PRESENTACION

El Centro Paraguayo de Estudios de Población, CEPEP, presenta en este informe los resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI 98), llevada a cabo gracias al apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), por intermedio de la Universidad de Carolina del Norte, Chaped-Hill, y a la valiosa asistencia técnica de la División de Salud Reproductiva de los Centros para el Control y Prevención de enfermedades (CDC), de Atlanta, Georgia, EEUU.

La **ENSMI 98** brinda información estadística sobre aspectos demográficos, de salud materno infantil, servicios de salud, planificación familiar y abuso verbal y físico hacia la mujer, a nivel nacional y por área de residencia urbana y rural; proporciona una base de datos comparable con estudios anteriores y fortalece la capacidad institucional para la realización de encuestas periódicas de este tipo.

La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, es la cuarta de una serie de encuestas hechas a nivel nacional por el CEPEP, y puesta a disposición de las instituciones públicas y privadas, para que su conocimiento y uso sirva de base a los técnicos que elaboran planes y proyectos de desarrollo social orientados a favorecer a la población paraguaya.

El CEPEP desea manifestar su reconocimiento institucional a todas las mujeres entrevistadas que proporcionaron tan valiosa información, sin cuya participación no hubiese sido posible el desarrollo del estudio. También desea resaltar la labor de todas las personas que participaron en la encuesta, tanto en la recolección, como en el procesamiento y en el análisis de datos.

Asunción, noviembre de 1999.

Dra. Cynthia Prieto
Directora Ejecutiva

CAPITULO 1

INTRODUCCION

1.1 Antecedentes y objetivos de la encuesta

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva (**ENDSR-95/96**) implementada por el Centro Paraguayo de Estudios de Población CEPEP, e iniciada durante el mandato del entonces Director Ejecutivo Dr. Juan María Carrón a quien le sucedió la Dra. Cynthia Prieto Conti, fue realizada con la asesoría técnica de la División de Salud Reproductiva de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta, Georgia y el apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), se contó con financiamiento adicional del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Esta Encuesta es la tercera a nivel nacional llevada a cabo por el CEPEP sobre Planificación Familiar, la segunda sobre salud materno-infantil y por primera vez en el Paraguay se indagó acerca de mortalidad y morbilidad materna y violencia intrafamiliar hacia la mujer. El objetivo fue obtener información sobre fecundidad, planificación familiar, preferencias reproductivas, mortalidad y morbilidad infantil y materna, acceso a servicios de salud, actividad sexual y maltratos psico-físicos hacia la mujer.

Es también objetivo, difundir adecuadamente los resultados obtenidos, de forma que la realidad de nuestro país en este campo sea conocida por todos los sectores de la sociedad. Esperamos que la información sirva para evaluar lor programas actualmente existentes sobre estas materias y a la vez se transforme en insumo para la formulación efectiva de planes de acción hacia los grupos más desprotegidos.

Entre los otros objetivos de esta encuesta tenemos la factibilidad de comparación existente con otras encuestas nacionales e internacionales, en los tópicos demográficos y de salud, lo cual proporciona a los organismos públicos y privados interesados un amplio marco de análisis.

Desde los procesos de planificación, hasta la elaboración del informe final, la ejecución de la encuesta estuvo bajo la responsabilidad del CEPEP.

1.2 Organización de la encuesta

Para los fines de la Encuesta se ha excluído la Región Occidental o Chaco por su baja densidad poblacional y su alto grado de dispersión (alberga a menos del 3% de la población total del Paraguay) por lo tanto la **ENDSR-95/96**, se llevó a cabo en la Región Oriental del país lo que representa:
Región 1: **Gran Asunción**, que comprende Asunción y los distritos de Fernando de la Mora, Lambaré, San Lorenzo, Ñemby, Luque, Mariano Roque Alonso, Limpio, San Antonio, Villa Elisa y Villa Hayes.
Región 2: **Norte**: comprende los departamentos de Concepción, San Pedro y Amambay;
Región 3: **Centro-Sur**: conformada por los departamentos de Cordillera, Guairá, Caazapá, Misiones, Paraguarí, Central y Ñeembucú,
Región 4: **Este**: comprende los departamentos de Caaguazú, Itapúa, Alto Paraná y Canindeyú.

1.3 Temas del Cuestionario

En la recolección de datos de la ENDSR 95/96 fueron utilizados dos cuestionarios. Un Cuestionario de Hogar y un Cuestionario Individual.

El Cuestionario de Hogar, recopila los siguientes puntos:

* El número de personas que residen habitualmente incluyendo niños en la vivienda.
* El listado de cada mujer de 15 a 49 años de edad que viven habitualmente en el hogar empezando con la de más edad.
* Selección de la mujer en edad fértil

En el caso de encontrar más de una mujer en edad fértil (MEF) se seleccionaba en forma aleatoria a una sola.

El Cuestionario Individual se utiliza para tomar los datos detallados de la mujer en edad fértil (15-49 años) seleccionada, de acuerdo al cuestionario del hogar.

El cuestionario consta de los siguientes capítulos:

I. Identificación
II. Características generales de la entrevistada
III. Historia de nacimientos
IV. Salud de la niñez
V. Planificación familiar
VI. Preferencias reproductivas
VII. Mortalidad Materna
VIII. Morbilidad Materna
IX. Adultas - Jóvenes
X. Actividad sexual y nupcialidad
XI. Vivienda
XII. Maltratos psico-físicos

1.4 Aspectos operativos de la encuesta

Esta encuesta fue planificada en junio de 1995. Fueron preparados los cuestionarios preliminares y luego de la prueba piloto, que se realizó tanto en sectores urbanos como rurales, se confeccionó el cuestionario definitivo.

Para la recopilación de la información de la ENDSR 95-96 se utilizó como marco muestral el Censo de Población y Viviendas de 1992 con un esquema de actualización cartográfica a la fecha de la encuesta. El trabajo de campo de los actualizadores cartográficos se inició en el mes de setiembre de 1995, prolongándose hasta enero de1996.

La convocatoria y selección de encuestadoras se efectuó a partir del 2 de octubre y la capacitación de supervisoras y entrevistadoras del 16 al 25 de octubre de 1995, con una duración de dos semanas. Esta capacitación estuvo dirigida a 40 mujeres de las cuales fueron seleccionadas 24 encuestadoras y 6 supervisoras divididas en 6 equipos. Cada equipo estaba conformado por 1 supervisora, 4 encuestadoras y 1 chofer.

La recolección de la información se inició a partir del 26 de octubre en Asunción y Area Metropolitana; el 13 de noviembre se inició la recolección en la Región 2, Norte; el 27 de noviembre en la Región 3, Centro Sur; y el 4 de enero de 1996 se inició en la Región 4, Este. El trabajo de campo concluyó el 25 de febrero de 1996. La etapa de codificación y digitación de los cuestionarios se inició el 27 de octubre y se prolongó hasta el 29 de febrero de 1996.

1.5 Procesamiento de datos

Para el ingreso de datos fue utilizado el programa SURVEY (CDC-ATLANTA), el cual está diseñado específicamente para el levantamiento de encuestas, esta etapa fue desarrollada con asesoría del personal técnico del CDC.

Durante la semana de haberse iniciado el trabajo de campo se procedió a la digitación de la información. Para el efecto, se integraron dos equipos de trabajo de tres digitadores cada uno, laborando en dos turnos de 4 horas. Se designó una coordinadora, la cual se encargó de organizar el material recibido y distribuirlo a los digitadores. El proceso de carácter interactivo y dinámico, implicó también sucesivas revisiones de todo el material. La información fue validada mediante un programa de inconsistencias que permitía que la coordinadora, conjuntamente con los digitadores, realizara los ajustes pertinentes, o de ser necesario se devolvía el material al campo para su corrección en el terreno.

La primera etapa de emisión de cuadros y análisis de los datos comenzó en el mes de marzo de 1996 y concluyó con la presentación del informe preliminar en junio del mismo año. Esta segunda etapa culmina con la presentación del informe final.

Datos Básicos del Paraguay

Indicadores Demográficos, 1995 (Proyecciones oficiales) Dirección General de Estadísticas Encuestas y Censos

Población total (en millones).....	4.8
Población urbana (porcentaje).....	51.7
Tasa de crecimiento-1995-2000 (porcentaje).....	2.6
Años necesarios para que se duplique la poblacion.....	27
Tasa bruta de natalidad (por mil) 1995-2000.....	31.3
Tasa Global de Fecundidad (1995-2000).....	4.2
Tasa bruta de mortalidad (por mil) 1995-2000.....	5.4
Esperanza de vida al nacer (1995-2000).....	69.7
Nacimientos anuales (B) en miles.....	162

Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva (ENDSR-95/96)

Población de la muestra

Mujeres de 15 - 49 años.....	6465
Niños nacidos en últimos 5 años.....	4940
Porcentaje de mujeres casadas/unidas.....	62.1
Porcentaje de mujeres con primaria incompleta.....	34.3
Porcentaje de mujeres con primaria completa.....	27.1
Porcentaje de mujeres con secundaria incompleta.....	22.2
Porcentaje de mujeres con secundaria completa o más.....	16.5

Adultas Jóvenes (15-24 años)

Mujeres con uno o más embarazos (porcentaje)	39.2
Mujeres que reportaron relaciones sexuales premaritales (porcent.)	46.1
Menores de 16 años que reportaron relac. sex. premaritales (porc.)	32.6
Mujeres que recibieron curso de educac. sexual en la escuela (porcent.).....	51.5

Fecundidad (15 - 49 años)

Tasa global de fecundidad.....	4.4
Tasa global de fecundidad urbana.....	3.3
Tasa global de fecundidad rural.....	5.7
Número medio de hijos nacidos vivos de mujeres de 45 a 49 años...	5.1
Porcentaje de mujeres que no desean más hijos (excluyendo las mujeres esterilizadas).....	36.4
Porcentaje de mujeres que desea postergar el nacimiento siguiente más de 2 años.....	30.1
Número medio ideal de hijos para las mujeres de 15 a 49 años.....	3.6

Conocimiento y uso de anticonceptivos (Mujeres casadas/unidas)

Porcentaje que conoce algún método moderno	98.4
Porcentaje que actualmente usa un método....	50.7
Que usa métodos modernos.....	41.3
Píldoras.....	13.5
DIU.....	7.6
Esterilización Femenina.....	6.8
Condón.....	6.5
Inyección.....	6.2
Ritmo.....	3.0
Retiro.....	3.4
Billings.....	3.1
Vaginales.....	0.7

Vacunación

Porcentaje de niños 12 a23 meses de edad con carnet de vacunación.....	36.6
Porcentaje de niños que han recibido todas las vacunas el primer año de vida.....	47.5
Porcentaje de niños que han recibido:	
BCG.....	81.8
DPT(las tres dosis).....	60.5
Polio (las tres dosis).....	57.7
Sarampión.....	66.8
Todas las vacunas.....	49.8

Prevalencia de Enfermedades en Menores de 5 años

Porcentaje de niños con diarrea.....	16.1
Porcentaje de niños enfermos con IRA.....	52.5

Lactancia

Duración promedio (meses) de lactancia.....	11.5
Duración media de la lactancia exclusiva (en meses).....	0.3
Porcentaje de niños de 0 2 meses que están amamantados exclusivamente.....	7.6

Razón de Mortalidad Materna (*) 192

Atención Materna

Porcentaje de madres cuyos parto fueron en Institución de Salud.....	56.8
Porcentaje de partos por cesáreas	15.3
Porcentaje de partos por cesáreas área urbana.	24.1
Porcentaje de partos por cesáreas área rural....	8.8
Porcentaje de mujeres cuyos partos fueron domiciliarios	43.2
Porcentaje de mujeres con control posparto....	51.2

Edad mediana a la primera relación sexual (15-24 años).....
Edad mediana a la primera
unión.....
Edad mediana al primer nacimiento
.....

* muertes maternas por 100.000 nacidos vivos para el período 1989 -95

CAPITULO 2

CARACTERISTICAS GENERALES DEL PARAGUAY

2.1 Geografía

El Paraguay, país mediterráneo de América del Sur, ocupa una superficie de 406.754 km², limita al norte y al este con Brasil; al sur con Argentina; y al norte y al oeste con Bolivia. Tiene salida al mar a través de los ríos Paraguay, Paraná y de la Plata, 1600 km. No posee montañas; los picos más elevados no sobrepasan los 800 metros sobre el nivel del mar.

El país se encuentra dividido por el río Paraguay en dos regiones naturales y claramente diferenciadas: la Occidental y la Oriental. La Región Occidental o Chaco, presenta una topografía plana en casi toda su extensión con condiciones extremas de humedad y sequedad y su suelo impermeable hace que sea inundable gran parte de la ribera de los ríos Paraguay y Pilcomayo, su superficie (246.925 km²) representa más del 60 por ciento del territorio nacional y en ella se encuentra asentada apenas el 2.5 por ciento de la poblacón total. La Región Oriental, con una superficie de 159.827 km², está habitada por cerca del 98 por ciento de la población, lo que le da una densidad demográfica de 25.3 habitantes por km². La mayor parte de las actividades económicas del país se desarrollan en esta región.

2.2 Idioma

La población paraguaya es bilingüe. La Constitución Nacional establece como idiomas oficiales el castellano y el guaraní, y que la enseñanza en el inicio del proceso escolar se realice en la lengua materna, y se instruya en el conocimiento y en el empleo de ambos idiomas oficiales. Según el censo de 1992, en el 37 por ciento de los hogares se habla solo Guaraní, en el 50 por ciento se habla simultáneamente Castellano y Guaraní y sólo en el 7 por ciento de los hogares se habla exclusivamente Castellano.

2.3 Historia

Al inicio de la conquista española, en el Siglo XVI, habitaban el actual territorio del Paraguay dos tipos de poblaciones bien diferenciadas; tribus guaraníes dedicadas a labores agrícolas rudimentarias asentadas entre los ríos Paraguay y Paraná, y en el actual territorio chaqueño, la zona comprendida entre la margen occidental del río Paraguay y el río Pilcomayo, tribus nómadas dedicadas a la caza y a la pesca. La conquista propiamente dicha comienza en el año 1537 con la fundación de Asunción donde se estableció el núcleo de la población del Paraguay conformado por españoles e indios guaraníes. Un intenso proceso de mestizaje conformó muy prematuramente los rudimentos de una nueva nacionalidad caracterizada por el bilingüismo y la mezcla de ambas culturas.

Las primeras décadas de la época independiente se caracterizaron por el aislamiento del país durante la dictadura del Dr.Francia (1814-1840). Posteriormente, durante los gobiernos de Carlos Antonio López y de su hijo Francisco Solano López se reabrieron las puertas del país y se inició un proceso de desarrollo. La guerra de la triple alianza (1864-1870) en la que el Paraguay enfrentó a Brasil, Argentina y Uruguay truncó este proceso de desarrollo. Luego de esa guerra el país quedó totalmente arruinado y despoblado. Cálculos aceptables estiman el número de habitantes en un poco más de 800.000 cuando comenzó la guerra. A su término, la población estimada era de aproximadamente 240.000 habitantes, en su mayoría mutilados, mujeres y niños.

La guerra con Bolivia (1932-1935) y las convulsiones políticas, en especial la guerra civil de 1947, aportaron su cuota de pérdida de vidas y daños económicos. Tras un período de inestabilidad, el general Alfredo Stroessner, con el apoyo del ejército y del Partido Colorado fue nombrado presidente en 1954, puesto que conservó tras sucesivas reelecciones, hasta que fue derrocado en febrero de 1989 por un movimiento militar encabezado por el general Andrés Rodríguez, quien poco después fue electo presidente y gobernó hasta 1993. Ese año, en elecciones nacionales salió electo el actual presidente

Juan Carlos Wasmosy.

2.4 Dinámica Demográfica

Una de las características de la dinámica demográfica del Paraguay está dada por el acelerado crecimiento poblacional evidenciado en las altas tasas registradas durante el período intercensal 1950-62 (2.7%) y 1972-82 (2.5%), que aumenta a 3.1% entre 1982-92. De esta manera, la población paraguaya censada pasa de 1.328.452 habitantes en 1950 a 4.152.588 en 1992 y a un poco más de 5 millones para el año 1997, según proyecciones de población de la Dirección General de Estadísticas Encuestas y Censos (1996).

El Paraguay caracterizado por ser un país predominantemente rural (65% población rural en 1950) ha experimentado un acelerado proceso de urbanización que adquirió mayor fuerza desde el año 1982 (43% población urbana), llegando a 50.3 el porcentaje de población que reside en zonas urbanas según el último Censo (1992).

La estructura por edades de la población paraguaya es predominantemente joven. Los menores de 15 años representan el 41.5% del total; los que tienen entre 15 y 64 años, 53.9% y los mayores de 65 años, el 4.6%.

La fecundidad de las mujeres paraguayas, medida a través de la Tasa Global de Fecundidad (número promedio de hijos vivos que tienen las mujeres al final de su período reproductivo), muestra una tendencia descendente desde el año 1960 cuando el promedio era de 6.7 hijos por mujer, hasta 4.4 hijos, tomando en cuenta los resultados de la presente encuesta (ENDSR-95/96). Para el quinquenio 2000-2005, de acuerdo a proyecciones de población, se estima una Tasa Global de Fecundidad de 3.8 hijos por mujer.

Los niveles de la Tasa Bruta de Natalidad se mantuvieron altos en los últimos años registrándose 42 nacimientos por cada mil habitantes entre 1950-1955 hasta llegar a cifras de 34 por mil durante el período 1990-1995. La Tasa Bruta de Mortalidad descendió de 9.9 por mil en el quinquenio 1960-1965 a 6.0 por mil entre 1990-1995. Se estima que la esperanza de vida al nacer es de 69.7 años.

2.5 Políticas y Programas de Población y Planificación Familiar

El Paraguay no cuenta con una política oficial de población, pero se realizan acciones sectoriales relacionadas con la salud, vivienda, empleo, educación y promoción de la mujer rural. La planificación familiar adquirió rango constitucional a partir del año 1992.

En efecto, la actual Constitución Nacional del Paraguay del año 1992 reconoce oficialmente, a través de los artículos 55 y 61, la protección de la Paternidad y Maternidad Responsables por parte del Estado y el derecho de las personas a decidir libre y responsablemente el número y la frecuencia del nacimiento de sus hijos, así como a recibir, educación, orientación científica y servicios adecuados en la materia.

Ante foros internacionales existe un reconocimiento oficial por parte del gobierno de que el Paraguay afronta dos obstáculos principales para su desarrollo: el acelerado crecimiento demográfico y una carencia de recursos para financiar nuestro desarrollo con la rapidez que exige el repentino aumento de la población (1).

(1) Del discurso pronunciado por el Pte.de la República, Ing.Juan Carlos Wasmosy en la 48 Asamblea General de la ONU realizada en Nueva York en setiembre de 1993.

Igualmente, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo, el jefe de la delegación paraguaya en su discurso había manifestado: "El gobierno del Paraguay está de acuerdo en realizar un plan general de planificación familiar, es decir que la pareja elija el número de hijos que desea tener y cuando tenerlos. Este principio es voluntario y depende exclusivamente de la pareja lo que significa, que no existe control de la natalidad. En este concepto de planificación familiar se debe respetar el derecho a la vida y en consecuencia, se aceptan todos los métodos de planificación familiar antes de la concepción"(2).

El Centro Paraguayo de Estudios de Población, afiliada a la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) y fundada en el año 1996, es la única institución que desde hace más de 30 años en forma ininterrumpida ofrece servicios y asesoramiento educativo a personas que desean espaciar o limitar el número de hijos. A nivel gubernamental, a través de sus establecimientos asentados en todo el territorio nacional, el Ministerio de Salud Pública ofreció servicios de planificación familiar entre los años 1972 y 1979, suspendiéndose en ese último año la ejecución del programa oficial. Posteriormente, desde el año 1988 se reinicia la oferta de servicios en los puestos y centros de salud como parte del programa de atención integral de la salud de la madre y el niño.

Durante el año 1993 el Ministerio de Salud Pública implementó el proyecto "Apoyo a la salud reproductiva y planificación familiar" que dió seguimiento a acciones anteriores de fortalecimiento del Programa Materno-Infantil, esto permitió el desarrollo del Plan Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (actualmente en ejecución) y la constitución del Consejo Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (3), que tienen como propósito mejorar los niveles de salud de las mujeres, hombres, niños/as y adolescentes a través de la atención integral en Salud Reproductiva.

(2) Del discurso del jefe de la delegación paraguaya, Ministro del Interior de ese entonces, Carlos Podestá, pronunciado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo en setiembre de 1994.

(3) A través del Plan Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, de máxima prioridad para el Ministerio de Salud, y del Consejo Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, creado por decreto presidencial, se pretende lograr una mayor cobertura de atención de los embarazos y partos, reducir la mortalidad materna e infantil, detectar precozmente el

cáncer mamario y uterino, ofrecer planificación familiar, información y servicios especiales a la población adolescente.

CUADRO 3.1
RESULTADO DE ENTREVISTAS POR REGION
ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFIA Y SALUD REPRODUCTIVA
PARAGUAY, 1995-1996 (ENDSR-95/96)

RESULTADO DE ENTREVISTAS	TOTAL DEL PAIS	REGIONES			
		GRAN ASUNCION	NORTE	CENTRO-SUR	ESTE
Nº DE VIVIENDAS	**9.462**	**2.255**	**2.040**	**2.505**	**2.662**
Entrevista Completa	98.7	98.7	99.3	99.3	97.8
Vivienda con MEF	71.3	74.3	67.4	68.8	73.4
Vivienda sin MEF	22.0	20.7	22.6	25.8	19.0
Vivienda Desocupada o Destruida	5.4	3 .7	9.4	3.8	5.4
Moradores Ausentes	0.6	0.5	0.6	0.5	0.8
Rechazo	0.7	0.8	0.1	0.2	1.4
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
MUJERES	6.751	1.676	1.375	1.746	1.954
Entrevista Completa	95.8	95.0	96.7	95.6	95.9
Ausente	1.6	1.4	1.2	2.2	1.6
Rechazo	1.1	2.3	0.7	0.6	0.7
Otras Razones	1.6	1.3	1.4	1.7	1.8
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº de Mujeres con Entrevista Completa:	6.465	1.593	1.329	1.669	1.874

NOTA: En este y en los cuadros subsecuentes, los subtotales pueden no sumar 100.0 debido al redondeo.

CUADRO 3.2
PROMEDIO DE PERSONAS POR VIVIENDA Y DORMITORIO, SEGUN AREA Y REGION DE RESIDENCIA, ENDSR-95/96

AREA Y REGION DE RESIDENCIA	PROMEDIO DE PERSONAS POR VIVIENDA	PROMEDIO DE PERSONAS POR DORMITORIO
TOTAL	**4.6**	**2.9**
AREA		
Urbana	4.3	2.4
Rural	5.0	3.5
REGION		
Gran Asunción	4.3	2.4
Norte	4.9	3.5
Centro-Sur	4.7	3.1
Este	4.9	3.0

CUADRO 3.3
CARACTERISTICAS DE LAS VIVIENDAS* POR AREA Y REGION, PARAGUAY, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	TOTAL PAIS	AREA		REGION			
		URBANA	RURAL	GRAN ASUNCION	NORTE	CENTRO SUR	ESTE
TIPO DE VIVIENDA							
Casa Independiente	75.3	84.5	65.3	83.5	62.1	78.1	71.2
Rancho	18.3	3.7	34.0	2.8	35.0	21.0	22.6
Departamento	1.5	2.9	--	2.8	0.2	0.3	1.9
Inquilinato	4.0	7.3	0.4	8.4	2.4	0.5	3.9
Otro/No responde	1.0	1.5	0.3	2.5	0.4	0.3	0.4
CONDICION DE LA VIVIENDA							
Propia	75.6	67.0	85.0	68.3	79.2	81.3	75.6
Alquilada	11.4	20.0	2.2	20.2	8.1	5.0	10.6
Gratuita	12.5	12.6	12.5	10.7	12.5	13.2	13.6
Otro/No responde	0.4	0.6	0.4	0.8	0.2	0.5	0.2
FUENTE DE ABASTECIMIENTO DE AGUA							
Tuberia en la casa	35.6	62.8	6.2	70.4	17.2	24.0	22.7
Tuberia en el patio	7.7	10.7	4.4	7.0	6.8	7.8	8.4
Pozo con bomba de mano	6.2	4.6	7.9	3.5	8.9	5.0	8.5
Pozo sin bomba de mano	38.6	13.4	65.8	9.0	56.7	49.5	47.7
Canilla pública	2.4	3.9	0.8	7.6	0.5	0.8	0.2
Río, manantial	2.6	0.1	5.2	0.1	2.0	4.9	3.0
Vendedor de agua	0.4	0.4	0.3	0.3	1.0	0.4	0.2
Aljibe	0.3	0.1	0.5	0.1	0.5	0.5	0.2
Otro/No responde	6.3	3.9	8.9	2.1	6.7	7.1	9.2
SERVICIO SANITARIO							
Baño moderno	12.4	23.1	1.0	32.8	4.6	4.8	4.4
Baño moderno con pozo ciego	28.8	45.7	10.6	43.0	15.3	22.2	27.7
Letrina municipal	8.6	7.5	9.7	7.0	6.4	12.6	7.4
Letrina común	49.3	23.3	77.5	16.8	72.3	59.5	59.6
Otro/No responde	1.0	0.5	1.3	0.4	1.4	1.0	1.0
COMBUSTIBLE PARA COCINAR							
Gas	57.6	87.8	25.0	89.1	36.3	45.5	49.3
Leña/Carbón	41.7	11.5	74.5	10.2	63.4	53.7	50.1
Otro	0.6	0.7	0.7	0.7	0.4	0.7	0.7
PORCENTAJE QUE TIENE ENERGIA ELECTRICA	78.0	97.1	57.3	98.3	55.4	75.1	71.9
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº DE CASOS	**6465**	**3220**	**3245**	**1593**	**1329**	**1669**	**1874**

FUENTE: CEPEP-ENDSR-95/96
* Número de viviendas con entrevista individual completa.

CUADRO 3.4
DISPONIBILIDAD DE BIENES EN LAS VIVIENDAS *, POR REGION Y AREA DE RESIDENCIA
PARAGUAY: ENDSR-95/96

DISPONIBILIDAD DE BIENES	TOTAL DEL PAIS	AREA		REGION			
		URBANA	RURAL	GRAN ASUNCION	NORTE	CENTRO SUR	ESTE
Radio	88.6	93.3	83.5	93.7	84.0	88.9	85.8
Televisor	72.6	90.8	53.0	94.0	43.5	72.1	66.5
Heladera	60.3	83.7	35.1	88.4	33.7	52.2	53.8
Lavarropa	30.7	50.1	9.6	55.3	12.9	17.0	28.4
Auto Particular	20.5	33.0	6.9	34.7	9.8	11.1	20.7
Video	17.7	30.5	3.9	35.2	7.8	10.0	13.3
Teléfono	12.3	22.3	1.5	28.6	6.1	4.5	7.3
Motocicleta	9.7	10.1	9.3	5.9	15.6	8.0	12.1
Nº DE VIVIENDAS *:	**6.465**	**3.220**	**3.245**	1593	1329	**1.669**	**1.874**

* Número de viviendas con entrevista individual completa.

CUADRO 3.5
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES EN EDAD FERTIL ENCUESTADAS,
POR GRUPOS DE EDAD Y ESTADO CIVIL, ENDSR 95/96

EDAD	CASADA	UNIDA	CASADA/UNIDA ALGUNA VEZ *	SOLTERA	TOTAL	Nº DE MUJERES
15-19	**5.6**	**9.9**	**2.9**	**81.6**	**100.0**	**1.066**
20-24	**30.3**	**25.3**	**7.1**	**37.3**	**100.0**	**1.065**
25-29	**52.8**	**23.0**	**8.7**	**15.6**	**100.0**	**1.173**
30-34	**61.9**	**22.3**	**6.2**	**9.6**	**100.0**	**1.125**
35-39	**64.8**	**17.7**	**10.5**	**7.0**	**100.0**	**890**
40-44	**65.3**	**17.2**	**10.2**	**7.4**	**100.0**	**647**
45-49	**63.7**	**14.5**	**15.3**	**6.5**	**100.0**	**499**
TOTAL	**43.8**	**18.5**	**7.7**	**30.1**	**100.0**	**6.465**

FUENTE: CEPEP - ENDSR 95/96
*Viuda, Separada o Divorciada
** Número no ponderado de mujeres mostrado en este y cuadros subsecuentes. Vea anexo para número ponderado de casos para variables principales.

CUADRO 3.6
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES EN EDAD FERTIL ENCUESTADAS
POR GRUPOS DE EDAD Y NIVEL EDUCATIVO, ENDSR-95/96

EDAD	0-2 AÑOS	3-5 AÑOS	PRIMARIA COMPLETA	SECUNDARIA Y MAS	TOTAL	Nº DE MUJERES
15-19	4.4	17.5	25.9	52.1	100.0	1.066
20-24	4.6	20.5	31.3	43.7	100.0	1.065
25-29	6.7	24.4	29.1	39.8	100.0	1.173
30-34	8.9	28.9	25.2	37.0	100.0	1.125
35-39	10.2	29.3	26.4	34.1	100.0	890
40-44	16.4	36.6	26.7	20.2	100.0	647
45-49	22.0	33.7	21.8	22.6	100.0	499
TOTAL	8.8	25.5	27.0	38.6	100.0	6.465

CUADRO 3.7
CARACTERISTICAS DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD ENTREVISTADAS, POR AREA Y REGION DE RESIDENCIA, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	TOTAL	AREA		REGION			
		URBANA	RURAL	GRAN ASUNCION	NORTE	CENTRO SUR	ESTE
EDAD							
15-19	21.8	21.4	22.3	21.7	23.9	20.6	22.1
20.24	16.7	17.6	15.5	16.5	18.3	16.4	16.5
25-29	15.8	16.1	15.5	15.8	14.7	15.1	17.0
30-34	14.9	15.1	14.6	15.8	14.3	14.0	15.0
35-39	12.7	13.1	12.4	13.4	10.2	13.9	12.2
40-44	10.1	9.0	11.4	9.7	9.9	12.0	9.0
45-49	8.0	7.7	8.3	7.2	8.6	8.1	8.3
NIVEL DE INSTRUCCION							
0-2 años	8.8	4.1	14.5	2.9	11.5	10.6	11.9
3-5 años	25.5	14.5	38.6	11.3	33.1	29.1	33.0
Primaria completa	27.0	24.3	30.2	23.7	27.4	30.6	27.0
Secundaria y Superior	38.6	57.0	16.7	62.0	28.0	29.7	28.0
ACTIVIDAD ECONOMICA							
No trabaja	56.3	47.7	66.5	44.8	67.2	60.4	59.2
Trabaja dentro de la casa	18.3	17.2	19.6	16.6	15.8	19.7	19.9
Trabaja fuera de la casa	25.4	35.1	13.9	38.6	17.0	19.9	20.9
PORCENTAJE ASEGURADA A IPS	12.8	19.1	5.3	22.5	7.1	9.7	8.5
INDICE SOCIO-ECONOMICO							
Bajo	32.2	6.5	62.9	3.9	59.6	41.5	40.1
Medio	29.6	29.5	29.7	26.2	22.9	34.9	31.3
Alto	38.2	63.9	7.3	69.9	17.4	23.6	28.5
IDIOMA QUE HABLAN EN LA CASA							
Guarani	41.3	17.8	69.3	10.1	63.9	56.9	48.7
Español	22.7	36.5	6.3	40.8	10.5	12.2	19.3
Español y Guarani	31.9	43.7	17.7	49.0	20.2	30.7	21.2
Otro	4.1	2.0	6.6	0.1	5.4	0.1	10.8
ESTADO CIVIL							
Unida	18.5	17.6	19.5	17.7	22.1	18.3	17.8
Casada	43.8	40.4	47.7	38.4	42.1	45.1	48.5
Viuda	1.0	1.0	0.9	0.8	1.3	0.6	1.3
Separada	6.6	7.9	5.0	7.5	7.4	5.7	6.0
Divorciada	0.2	0.3	0.0	0.3	0.1	0.2	0.0
Soltera	30.1	32.7	26.9	35.2	27.0	30.1	26.4
HIJOS ACTUALMENTE VIVOS							
0	31.7	35.9	26.7	38.6	28.1	29.6	28.4
1	15.7	18.2	12.8	18.0	15.3	13.3	15.7
2	14.7	16.4	12.6	16.9	12.6	14.5	13.5
3	11.9	12.9	10.6	11.5	11.0	11.9	12.6
4	8.7	8.1	9.5	8.6	8.7	10.0	7.8
5	4.9	3.5	6.5	2.7	5.6	5.8	5.8
6 y más	12.5	5.1	21.3	3.8	18.6	14.9	16.2
TOTAL	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Nº DE CASOS	**6465**	**3220**	**3245**	**1593**	**1329**	**1669**	**1874**

CUADRO 3.8
CARACTERISTICAS DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD Y NACIDOS VIVOS* EN LOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, PARAGUAY ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	TOTAL	
	MUJERES	NACIMIENTOS
AREA		
Urbana	54.4	42.6
Rural	45.6	57.4
REGION		
Gran Asunción	29.9	20.8
Norte	13.1	16.2
Centro-Sur	26.3	27.7
Este	30.7	35.3
NIVEL DE INSTRUCCION		
0-2 años	8.8	12.5
3-5 años	25.5	32.5
Primaria completa	27.0	30.1
Secundaria y Superior	38.6	25.0
INDICE SOCIO-ECONOMICO		
Bajo	32.2	48.1
Medio	29.6	29.1
Alto	38.2	22.8
TOTAL	**100.0**	**100.0**
Nº DE CASOS	**6465**	**4940**

*Nacidos durante el período de octubre de 1990 a setiembre de 1995.

CUADRO 3.9
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES ENTREVISTADAS POR GRUPOS DE EDAD Y PORCENTAJE DE CASADAS/UNIDAS COMPARADAS CON CENSO-92 Y ENDS-90, ENDSR-95/96

GRUPOS DE EDAD	TOTAL DE MUJERES		
	ENDSR 95/96	CENSO 92	ENDS 90
15-19	21.8	20.6	21.7
20-24	16.7	18.4	17.2
25-29	15.8	16.4	17.0
30-34	14.9	14.7	14.4
35-39	12.7	12.4	11.8
40-44	10.1	9.6	9.9
45-49	8.0	7.9	8.0
TOTAL	**100.0**	**100.0**	**100.0**

GRUPOS DE EDAD	PORCENTAJE DE MUJERES ACTUALMENTE CASADAS/UNIDAS		
	ENDSR 95/96	CENSO 92	ENDS 90
TOTAL	**62.3**	**60.3**	**61.3**
15-19	15.5	16.2	-
20-24	55.6	52.0	-
25-29	75.8	72.1	-
30-34	84.2	79.8	-
35-39	82.5	81.6	-
40-44	82.4	79.8	-
45-49	78.3	77.2	-

CUADRO 3.10
CARACTERISTICAS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS, SEGUN LAS ENCUESTAS ENDS 90 Y ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	ENDS-90	ENDSR-95/96
AREA		
Urbana	56.3	54.4
Rural	43.7	45.6
REGION		
Gran Asunción	36.1	29.9
Norte	10.8	13.1
Centro-Sur	27.0	26.3
Este	26.1	30.7
EDAD		
15-19	21.7	21.8
20.24	17.2	16.7
25-29	17.0	15.8
30-34	14.4	15.0
35-39	11.8	12.7
40-44	9.9	10.1
45-49	8.0	8.0
NIVEL DE INSTRUCCION		
0-2 años	9.2	8.8
3-5 años	26.8	25.5
Primaria completa	27.8	27.0
Secundaria y Superior	36.1	38.6
ACTIVIDAD ECONOMICA		
No trabaja	--	56.3
Trabaja dentro de la casa	--	18.3
Trabaja fuera de la casa	--	25.4
INDICE SOCIO-ECONOMICO		
Bajo	--	32.2
Medio	--	29.6
Alto	--	38.2
ESTADO CIVIL		
Unida	14.1	18.5
Casada	47.2	43.8
Viuda	0.7	1.0
Divorciada/Separada	5.1	6.8
Soltera	32.9	30.1
HIJOS ACTUALMENTE VIVOS		
0	32.5	31.7
1	15.1	15.7
2	14.8	14.7
3	10.7	11.9
4	7.7	8.7
5	5.1	4.9
6 y más	14.1	12.5
TOTAL	**100.0**	**100.0**
Nº DE CASOS	**5827**	**6465**

CAPITULO 4

FECUNDIDAD

La fecundidad es una de las variables más importantes para evaluar la tendencia de crecimiento de la población. Debido a ello en la ENDSR-95/96 se recolectó información detallada sobre el comportamiento reproductivo de las mujeres. Se obtuvo, para cada mujer entrevistada, datos sobre la historia de nacimientos: número de hijos nacidos vivos, fecha de nacimiento y sexo de cada hijo, condición de sobrevivencia a la fecha de la encuesta y la edad al morir de los fallecidos. Esta información permite obtener estimaciones de los niveles y tendencias de la fecundidad.

Para obtener un panorama más completo de este comportamiento, también se presentan los determinantes próximos de la fecundidad, exceptuando lo relacionado a la anticoncepción, ya que su análisis está contenido en el capítulo 5.

4.1 Tendencias de la Fecundidad

La estimación del nivel de fecundidad más reciente se refiere a los cinco años anteriores a la encuesta (octubre de 1990 a setiembre de 1995). El uso del período de referencia es importante porque así se atenúan las fluctuaciones aleatorias que pueden afectar los valores anuales, se reducen los errores muestrales al tener una muestra de mayor tamaño, y se evitan los sesgos por el olvido de eventos ocurridos mucho tiempo atrás.

En el Cuadro 4.1 se presenta las tasas específicas de fecundidad por edad según datos de las dos últimas encuestas. Las tasas muestran el número anual de nacimientos por 1000 mujeres en edad fértil de cada grupo de edad para los períodos de tiempo considerados. Se muestra además la Tasa Global de Fecundidad (TGF) como un indicador de la fecundidad reciente, la cual combina las tasas de fecundidad de todos los grupos de edad durante un período determinado y expresa el promedio de hijos nacidos vivos que tendrían las mujeres al final de su vida reproductiva, si las tasas de fecundidad actuales se mantuvieran constantes.

La Tasa Global de Fecundidad (TGF) a nivel nacional para el período 1990-1995 fue de 4.4 hijos por mujer. Comparado con el nivel encontrado en la Encuesta Nacional de Demográfia y Salud de 1990 (ENDS-90) que fue de 4.7 hijos por mujer, se observa un pequeño descenso del 6 por ciento en la TGF durante los últimos 5 años.

Cabe mencionar que si se usa los datos de la ENDSR-95/96 para estimar fecundidad en el mismo período estimado por la ENDS-90 (agosto 1987 - julio 1990) se obtiene una TGF de 5.0, 0.4 más hijos por mujer que el estimativo segun ENDS-90. Considerando la diferencia entre ENDS-90 y ENDSR-95/96 para el período 1987-90 segun región, se observa que la mayor diferencia ocurre en la región Centro-Sur donde la ENDS-90 estimó una TGF de 4.8 y la ENDSR-95/96 estima 5.6. La gran diferencia entre las regiones Centro-Sur y Norte en la TGF estimada por ENDS-90 (4.8 y 5.6, respectivamente) acompañado por la semejanza entre las dos regiones en la prevalencia de uso de anticonceptivos (43.5 y 45.2 por ciento de mujeres actualmente unidas segun ENDS-90) sugiere que la fecundidad para la región Centro-Sur fue subestimada en la ENDS-90.

La estructura de la fecundidad por edad (ver parte A de Cuadro 4.1, Gráfico 4.1) de las mujeres paraguayas pertenece al grupo de países con fecundidad de cúspide dilatada, pues los máximos niveles se dan entre las edades 20-24 y 25-29 años. Por otro lado, el aporte de la fecundidad total del grupo 15-19 años aumentó en importancia desde la ENDS-90 hasta la ENDSR-95/96 donde se nota un mayor aporte de ese grupo a la fecundidad total.

En la parte B del Cuadro 4.1 se pueden observar diferencias apreciables según áreas de residencia. Tanto en la ENDS-90 como en la ENDSR-95/96 las mujeres que residen en zonas rurales tienen en promedio 2.4 hijos más que las mujeres con residencia urbana. La mayor fecundidad se verifica nuevamente, al igual que en 1990, en la Región Norte, a pesar de que es ahí donde se produce el descenso más acelerado de la fecundidad en el país, traducido en la disminución de 1 hijo por mujer en el período analizado.

4.2 Diferenciales de la Fecundidad

Paraguay se ubica como uno de los países de más alta fecundidad en el contexto Latinoamericano, donde la TGF promedio es de 3.2 hijos por mujer. Ver Cuadro 4.2 y Gráfico 4.2, para comparar la TGF de Paraguay con la fecundidad en otros países que han tenido encuestas de fecundidad en años recientes. Entre este grupo de 7 países Bolivia es el único con una TGF más alta que Paraguay y solamente Paraguay y Bolivia tienen una TGF más alta de 4 hijos por mujer.

El Cuadro 4.3 y el Gráfico 4.3, muestran las diferencias en las tasas específicas de fecundidad por edad y en la TGF, según área, región de residencia, nivel de instrucción, indice socioeconómico, actividad económica, e idioma habitualmente hablado en la casa. Como ya vimos, las mujeres rurales tienen en promedio 2.4 hijos nacidos vivos más que las mujeres urbanas. En cuanto a región de residencia, las mujeres que residen en las regiones Norte (5.6 hijos), Este (5.1 hijos) y Centro-Sur (4.7 hijos) tienen en promedio de 2 a 3 hijos más que las mujeres del Gran Asunción (2.9 hijos).

Las diferencias en fecundidad son más pronunciadas según nivel de instrucción de la mujer e índice socioeconómico de la vivienda dónde ella reside. Hay diferencias de 4.4 y 4.1 hijos tenidos entre mujeres de las categorias inferiores y superiores de estas variables. Las diferencias de fecundidad de acuerdo al nivel educativo se acentúan cuando se compara las mujeres del grupo 15-19 años, donde la fecundidad de las de mayor escolaridad es apenas 19 hijos por cada mil mujeres, 13 veces inferior a la fecundidad del grupo sin ninguna instrucción o con 2 años de estudio.

Tambien hay diferencias según el idioma hablado habitualmente en la vivienda, con la fecundidad más alta entre las que reportaron sólo Guarani (5.8) y más baja entre las que reportaron sólo Español (2.9) como su idioma habitual.

El Cuadro 4.4 brinda una visión más detallada de la fecundidad retrospectiva de las mujeres entrevistadas en la ENDSR-95/96, mostrando la distribución porcentual del número de hijos nacidos vivos, según la edad de la entrevistada al momento de la encuesta. La parte superior de la tabla presenta datos para todas las mujeres, mientras que la parte inferior presenta datos sólo para las que están casadas/unidas. En general, el 31.5 por ciento de todas las mujeres de 15-49 años de edad, no había iniciado la fecundidad al momento de la encuesta, proporción que desciende a sólo 7.8 por ciento entre las mujeres casadas/unidas. Por el contrario, entre las mujeres en edad fértil de mayor edad (45-49 años), el 41 por ciento de todas las mujeres y el 45 por ciento de las casadas/unidas, ya habían tenido 6 ó más hijos al momento de la encuesta.

En el Cuadro 4.5 se puede ver las diferenciales en el promedio de hijos tenidos categorizado por edad actual de la mujer y las mismas características presentadas en Cuadro 4.3 para fecundidad reciente. Se aprecia que las diferencias en la fecundidad acumulada comienzan temprano. Por ejemplo, al llegar a edades 20-24 ya existe una diferencia pronunciada entre mujeres con 0-2 años de instrucción (2.2 hijos por mujer) y las que tienen 12 años o más (0.3 hijos por mujer). Esto se debe en gran parte al hecho que las mujeres que tienen su primer nacimiento en edades más jovenes tienden a continuar y tener más nacimientos en total que las mujeres que esperan para comenzar su fecundidad. Como se ve en la última parte del Cuadro 4.5 (edad al primer nacimiento), las mujeres que tuvieron su primer nacimiento antes de cumplir 18 años de edad han tenido en promedio 4.4 nacimientos, mayor que el promedio de solamente 2.4 nacimientos para las mujeres que tuvieron su primer hijo después de llegar a los 25 años de edad.

4.3 Nupcialidad

Asumiendo que la mayor exposición al riesgo de embarazo y por consiguiente, la mayor fecundidad se da entre las mujeres casadas/unidas, el estado civil es una variable que puede influir en la conducta reproductiva. Al respecto, en el Cuadro 4.6 se presenta la distribución porcentual de las mujeres, según su estado civil al momento de la presente encuesta, según edad actual. Se ve que al llegar a edades 45-49 solamente 6.4 por ciento se reportaron ser solteras o nunca unidas, mientras 5.4 por ciento son viudas, 9.8 separadas, y 0.1 por ciento divorciadas. En total, solamente 62.3 por ciento de las mujeres 15 a 49 años de edad estaban casadas o unidas al momento de la encuesta.

El Cuadro 4.7 enseña diferencias en estado civil según características seleccionadas. Los datos indican que la proporción de actualmente casada/unida es mayor entre las mujeres que viven en áreas rurales, entre las que viven fuera de Gran Asunción, y entre aquellas con nivel educativo o socioeconómico bajo. Dado que la gran mayoría de las mujeres en Paraguay eventualmente se casan o forman una unión consensual, estas variaciones en la proporción de solteras, son el principal resultado de las diferencias en la edad de inicio de una primera unión, para esos subgrupos de población. También se puede apreciar que no hay importantes diferencias en tasas de divorcio o separación según región, o niveles educativos y socioeconómicos.

4.4 Edad a la Primera Relación Sexual, Unión y Nacimiento

La edad al momento de la primera unión (legal o de hecho) y a la primera relación sexual, son variables demográficas que pueden jugar un rol significativo en la reducción de la fecundidad, en el sentido que entre más se retrasan estos acontecimientos, más se acorta la duración efectiva de la edad reproductiva de la mujer y por ende se incrementa la probabilidad de tener menos hijos. En el Cuadro 4.8 se presenta información detallada sobre la edad en la cual la mujer tuvo su primera relación, su primera unión (matrimonio) y su primer hijo nacido vivo. A la derecha se observa la proporción de mujeres de cada grupo de edad (actual) que alguna vez han tenido relaciones sexuales (parte superior), que alguna vez han estado casadas/unidas (parte media) y que alguna vez han tenido un parto (parte inferior) antes de alcanzar las edades seleccionadas, conforme a la edad (actual) al momento de la encuesta. Mediante la comparación de los grupos de edad dentro de cada una de las partes del cuadro, es posible establecer si la edad en la que se tuvo la experiencia (primera relación sexual, primera unión, parto del primer hijo nacido vivo), ha estado cambiando con el tiempo. Por ejemplo, se puede ver que la proporción que inició su primera unión antes de los 20 años de edad, ha subido de 37.3 por ciento entre las que tienen actualmente 45-49 años a 45.7 por ciento entre las que tienen 20-24 años de edad (actual).

Manteniendo la comparación entre los grupos de mujeres que actualmente tienen 45-49 años y las que tienen 20-24, en general se percibe una disminución gradual en la edad de la primera unión y del primer nacimiento. La edad mediana de la primera unión ha bajado de 21.8 a 20.2 años y la edad mediana del primer nacimiento de 22.1 a 20.9 años. Sólo se obtuvo edad a la primera relación para mujeres de 15 a 24 años de edad y por eso no se puede detectar una tendencia para este evento. La edad mediana es la edad en la cual la mitad de todas las mujeres de la cohorte (grupo de edad) ha experimentado el evento.

El Cuadro 4.9 muestra las edades medianas de la primera experiencia sexual, primera unión y primer nacimiento para los diferentes subgrupos de las mujeres entrevistadas. La mediana es calculada a través de una tabla de vida para todas las mujeres de 15-49 años (15-24 años para edad a la primera relación), en la cual las mujeres que nunca han experimentado el evento en cuestión (relación sexual, unión o parto) contribuyen a la exposición hasta la edad en la cual fueron entrevistadas. Es evidente que entre las mujeres con mayor educación hay más retraso en la experimentación de todos estos eventos relacionados con la fecundidad. La edad mediana de la primera relación sexual entre las que tienen 12 ó más años de instrucción es 3.7 años mayor que entre las quienes tienen 0-2 años, 5.9 años para la primera unión y 6.7 años para el primer nacimiento. Se encuentran diferencias menores por área de residencia, región y nivel socioeconómico.

4.5 Intervalos entre Nacimientos

El Cuadro 4.10 muestra tendencias en la duración mediana del intervalo después de un parto hasta el siguiente parto durante los ultimos 15 años. Los intervalos medianos están calculados usando una tabla de vida que incluye una observación para cada intervalo después de un nacimiento que ocurrió en cada período de análisis. Si la mujer no tuvo su próximo parto al llegar al fin del periódo la observación está truncada a la duración de tiempo que alcanzó cuando terminó el periódo. La longitud de los intervalos depende del tiempo que las mujeres esperan antes de embarazarse de nuevo y depende de la proporción de mujeres que no tienen su próximo nacimiento. Es decir, ambas prácticas de espaciar los nacimientos por uso de métodos temporales de anticonceptivos y de terminar la fecundidad de forma permanente por uso de la esterilización afectan los intervalos medianos.

La duración mediana del intervalo entre los partos aumenta con la edad, reflejando tanto la disminución de la capacidad biológica para reproducirse como el incremento en el uso de la anticoncepción a medida que las mujeres alcanzan o superan el tamaño deseado de sus familias. También es importante señalar que la duración mediana del intervalo se acorta a medida que aumenta el orden del nacimiento. Esto se debe a que en el orden más alto de nacimientos se genera un subconjunto seleccionado de mujeres cuyos partos han sido con espaciamientos muy breve.

Se puede ver en el Cuadro 4.10 y en los Gráfico 4.4 y 4.5, que entre 1980-85 y 1990-95 el intervalo mediano ha crecido 16.8 meses para nacimientos a edades 30-39, y 6.6 meses para nacimientos a edades 20-29, mientras solo subió 3.6 meses para nacimientos de mujeres menores de 20 años. La disminución de la fecundidad ha afectado los intervalos intergenésícos principalmente en áreas urbanas, en la región Gran Asunción, entre mujeres con 7 años o más de educación, y entre mujeres que residen en viviendas clasificadas con un índice socioeconómico medio o alto.

Cabe notar que la diferencia en espaciamento de nacimientos entre las mujeres que reportaron que su idioma habitual es Guaraní (25.7 meses) y Español (50.1 meses) ya existía en los años 1980-85 cuando hubo una diferencia de 24.4 meses entre los grupos. Esta diferencia subió ligeramente a 29.1 meses en 1990-95.

4.6 Amenorrea y Abstinencia Postparto

Los intervalos entre nacimientos presentados en la sección anterior pueden ser afectados por la amenorrea y la abstinencia postparto. El intervalo entre dos partos de una mujer puede ser dividido en tres segmentos: a) un período postparto de no susceptibilidad al embarazo debido a la amenorrea o abstinencia sexual, b) un período de susceptibilidad durante el cual la menstruación ha regresado y ella tiene actividad sexual y c) el próximo embarazo. En esta sección se presenta la duración promedio del período postparto de no susceptibilidad atribuido a la amenorrea postparto y de abstinencia que sigue al parto, para las mujeres actualmente casadas/unidas. La lactancia materna por períodos largos, alarga el tiempo después de cada parto antes de que se reinicie la ovulación y la menstruación. Por lo tanto, también se presenta la duración promedio de lactancia materna. El grado de aumento del período anovulatorio postparto debido al amamantamiento depende de la frecuencia e intensidad de la lactancia materna y del momento en que se inicia la alimentación suplementaria (tópicos presentados en el capítulo 9).

El Cuadro 4.11 presenta las estimaciones de la duración promedio de lactancia materna, amenorrea postparto, abstinencia postparto y no susceptibilidad postparto, clasificadas según las diferentes características de las mujeres. La duración promedio de lactancia materna, amenorrea y abstinencia han sido calculadas sobre datos actuales, considerando la proporción de mujeres que en el período de la encuesta se encontraban amamantando, cuyos períodos menstruales no habían regresado y quienes no habían reiniciado la actividad sexual desde el último parto, todas clasificadas por el número de meses desde el último parto. La duración promedio del período de no susceptibilidad se calcula por la proporción de mujeres a quienes no les había regresado la menstruación o no habían reiniciado las relaciones sexuales. Se restringe el denominador a los nacimientos de las casadas/unidas, ya que no se considera abstinencia postparto, la falta de cónyuge.

La duración promedio total del período de no susceptibilidad es de 5.8 meses, mientras la duración promedio de amenorrea es de 5.5 meses y la duración promedio de abstinencia sexual es de 1.8 meses. Con base en los datos del Cuadro 4.11 se puede afirmar que cuando la lactancia materna es más prolongada, igual viene siendo la amenorrea postparto. En todos los casos el período de no susceptibilidad es más prolongado, sea por abstinencia sexual o por amenorrea.

Debido a que las diferencias encontradas entre las duraciones de la abstinencia postparto son mínimas, se puede afirmar que las diferencias en el período no susceptible se deben principalmente a las diferencias en la amenorrea postparto. La diferencia según nivel educativo es la más pronunciada en la duración del período no susceptible. Las mujeres con 0 a 2 años de educación formal tienen en promedio 4.7 meses más de tiempo postparto no susceptible al embarazo que las mujeres con 12 ó más años de escolaridad, lo cual probablemente obedece a que

las primeras tienen una duración promedio de lactancia mayor que las segundas. A pesar de tener un período de no susceptibilidad corto, las mujeres con mayor nivel educativo tienen el intervalo intergenésico mediano más largo.

En general, los grupos que tienen los menores períodos no susceptibles son los mismos que tenian intervalos más largos en el Cuadro 4.10. Como se verá en el capítulo 5, las diferencias en el espaciamiento de partos básicamente se debe al uso de métodos de planificación familiar.

4.7 Actividad Sexual Reciente

En el Cuadro 4.12 se presenta la proporcion de mujeres que ha tenido relaciones sexuales en el último mes, clasificado por su estado civil actual. En total 60 por ciento están clasificadas como activas sexualmente. Como se espera, esta proporción es más alta entre las casada/unidas (87 por ciento) que entre las solteras (13 por ciento) o las separadas/divorciadas/viudas (31 por ciento). No se encuentra mayor diferencias en actividad sexual según las caracteristicas presentadas para las casadas/unidas. Las solteras (y las anteriormente unidas) que viven en áreas urbanas y con mayor educación tienen mayor vida sexual que las rurales y menos educadas.

4.8 Planeación del los Nacimientos

A las mujeres que informaron haber tenido por lo menos un nacimiento en los últimos 5 años se les preguntó, para cada nacimiento, si habían querido quedar embarazadas en ese momento, si hubiesen deseado esperar más tiempo, o si definitivamente no querían más hijos. Los nacimientos queridos en el momento de tenerlo estan clasificados como “Planeados”. Los que hubiesen deseado esperar más tiempo estan clasificados como “No Planeado”, y aquellos cuyas madres no querian tener más estan clasificados como “No Deseado”.

En base, a esta clasificación, a nivel nacional el 78.7 por ciento de los nacimientos en los últimos 5 años fueron planeados, 15.0 por ciento no planeados (no previsto) y el 6.3 por ciento no deseado (Cuadro 4.13). Casi no hay variación en el porcentaje no planeado según las características presentadas, pero el nivel de instrucción y el porcentaje de embarazos no deseados se correlacionan inversamente. Los porcentajes más altos de nacimientos no deseados están entre las mujeres con menores niveles de instrucción, los más bajos entre las más educadas.

4.9 Deseo de Más Hijos

A todas las mujeres casadas o unidas se les preguntó si deseaban tener otro hijo, en caso afirmativo, cuánto tiempo le gustaría esperar para tenerlo. A las embarazadas en el momento de la encuesta, se les formuló la misma pregunta pero poniendo énfasis en el deseo de otro hijo además del que estaban esperando en ese momento.

En el Cuadro 4.14 se presenta la distribución de mujeres actualmente unidas según área de residencia, edad, número de hijos vivos tenidos, nivel de instrucción, indice socioeconomico, e idioma habitualmente hablado en la casa, por diferentes niveles de preferencia en sus intenciones reproductivas. A nivel global se observa que el 36.4 por ciento de las mujeres en unión no desean más hijos (similar cifra ya se había detectado en la ENDS-90). Este deseo es bastante uniforme en todas las regiones del país e igual en las áreas urbanas y rurales.

Sin embargo, el deseo de limitar definitivamente el número de hijos aumenta rápidamente con la edad (Gráfico 4.6). En efecto, a medida que aumenta la edad, mayor es el porcentaje de mujeres unidas que no desean más hijos, pasando de 16 por ciento en el grupo 15-19 a alrededor de 50 por ciento entre las que tienen 35 o más años de edad. Un patrón similar de preferencias reproductivas se aprecia con la paridez hasta el punto en que más de la mitad (51 por ciento) de las mujeres con 4 hijos declararon no desear más. La relación entre el nivel de instrucción y el deseo de no tener más hijos, es inversamente proporcional; el porcentaje que no desea más hijos entre las mujeres con 0-2 años de instrucción es 43.5 por ciento, va descendiendo conforme aumenta el nivel de escolaridad, llegando entre las que tienen 12 años o más al 29.6 por ciento. El deseo seguramente está influenciado por la mayor paridez que registran las mujeres menos educadas.

No se puede desconocer que existe un gran grupo de mujeres que quieren espaciar los nacimientos, así tenemos que el 30 por ciento desea otro hijo pero más tarde, es decir después de 2 o más años. Como es de esperarse, la proporción que desea espaciar disminuye con la edad, así tenemos que el 63.8 por ciento de las mujeres entre 15 y 19 años desean tener hijos más tarde, proporción desciende consistentemente a medida que avanza la edad.

4.10 Número Ideal y Actual de Hijos

Se observan diferencias entre el número ideal de hijos y el número que las mujeres entrevistadas tienen actualmente.

Según el Cuadro 4.15, para cada número de hijos tenidos hay un grupo significativo de mujeres que preferirían haber tenido menos. Por ejemplo entre el grupo con 5 hijos, 25 por ciento querian 5, 30 por ciento quieren más, y 35 por ciento preferirian haber tenido menos. El porcentaje que preferirian haber tenido menos hijos aumenta con el número que ha tenido.

En el Cuadro 4.16 se puede apreciar diferencias en el promedio del número ideal de hijos, según varias características. Las mujeres sin hijos o con sólo un hijo actualmente vivo, desean tener en promedio 2.7 y 2.8 hijos, un hijo menos que aquellas de paridad 3, diferencia que se incrementa a dos hijos al llegar al grupo con 5 hijos. También se ve que el número ideal aumenta con la edad reflejando un cambio generacional en preferencias sobre fecundidad.

Interpretando los numeros del cuadro es importante anotar la actitud psicológica de las mujeres como madres, declarando un número ideal cercano a su experiencia reproductiva, especialmente de aquellas con alta paridez. De esta manera las diferencias en preferencias están producidas en parte por diferencias en comportamiento.

4.11 Fecundidad Deseada y No Deseada

El Cuadro 4.3 presenta diferencias en la fecundidad observada para el período comprendido entre octubre de 1990 y septiembre de 1995. Cada uno de los nacimientos en este período ha sido clasificado como deseado o no deseado usando las definiciones presentadas en el Cuadro 4.13. En el Cuadro 4.17 la Tasa Global de Fecundidad (TGF) está desglosada en fecundidad deseada y no deseada. La fecundidad deseada expresa el nivel de fecundidad que teóricamente resultaría si todos los nacimientos no deseados se hubieran evitado. La TGF deseada para este período de tiempo es 4.10 hijos por mujer, 7.2 por ciento menos que la TGF observada de 4.42.

Cabe mencionar que el cálculo de fecundidad deseada para ENDSR-95/96 está basado en preguntas diferentes que las preguntas usadas para ENDS-90 y por eso no se puede comparar los resultados sobre fecundidad deseada en las dos encuestas.

En el área rural la tasa de fecundidad no deseada (0.43 hijos) es el doble de la tasa urbana (0.22 hijos). Tambien la TGF no deseada entre mujeres con 0-2 años de instruccion (0.62 hijos) es diez veces la TGF no deseada entre mujeres con 12 o más años de instruccion (0.06 hijos).

En general, parte de las diferencias en la TGF observada esta explicada por diferencias en la fecundidad no deseads, pero se observa que mucha de las diferencias están explicadas por diferencias en deseos.

CAPITULO 5

PLANIFICACION FAMILIAR: CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS

Uno de los objetivos principales de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva, 1995/1996 (ENDSR-95/96) fue obtener información actualizada sobre conocimiento y uso de métodos de planificación familiar en el Paraguay. Esta información adquiere singular importancia no sólo como variable intermedia de la fecundidad, sino como insumo para los encargados de programas de planificación familiar y los responsables de la formulación de políticas de población y salud del país.

En el presente capítulo se analizan los niveles de conocimiento y el uso actual de métodos anticonceptivos de acuerdo a características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil.

5.1 Conocimiento de Métodos Anticonceptivos

El conocimiento de métodos anticonceptivos está bastante difundido entre las mujeres paraguayas, hecho que ya se había verificado en encuestas anteriores. El conocimiento se refiere a si la mujer conoce o ha oído hablar de cualquier método, no necesariamente a si sabe cómo usarlo correctamente, o si conoce cuales son sus posibles contraindicaciones.

El nivel de conocimiento de cada método en particular se presenta en el Cuadro 5.1 para todas las mujeres y para las mujeres en unión. Una gran mayoría conoce la píldora (93%), así como la inyección (91.8%) y el condón (91.1%). El DIU es conocido por el 84.4% y la esterilización femenina por el 77.6% de todas las mujeres. Solo un cuarto de ellas conoce la vasectomía y una minoría el norplant (4.6%).

Para las mujeres casadas o en unión, existe mayor conocimiento de cualquier método entre las que residen en el Gran Asunción y en el área urbana respecto a cualquier otra región o área del país.

El conocimiento de los yuyos está muy difundido entre las mujeres paraguayas y especialmente entre las casadas o unidas. Los yuyos son hierbas nativas que se consumen en forma de infusión y a los cuales se les atribuyen propiedades anticonceptivas, sin embargo esto no está demostrado científicamente y se duda de su efectividad.

La información del Cuadro 5.2 revela que no existen diferencias significativas entre el conocimiento de cualquier método (99.4%) y el conocimiento de un método moderno (98.4%) entre las mujeres casadas o unidas. Por área o región de residencia ambas categorías no presentan mayores diferencias.

Se observa cierta variación en el conocimiento de un método moderno según la edad de las mujeres, siendo más bajo entre las mujeres de los grupos extremos (15-19, 45-49), entre las que solo tienen primaria incompleta, que no declaran actividad económica, hablan solo guaraní y son de un nivel socioeconómico bajo.

5.2 Conocimiento del Período Fértil

El conocimiento que tienen las mujeres sobre su período fértil en el ciclo anovulatorio es muy importante considerando que en el Paraguay, como se verá más adelante, los métodos del ritmo, Billings y retiro representan en conjunto cerca del 10 por ciento del uso total. Para indagar este aspecto, se preguntó a todas las mujeres cuándo es más probable que la mujer pueda quedar embarazada durante el ciclo menstrual. En el Cuadro 5.3 se resumen los resultados sobre conocimiento del ciclo reproductivo para el total de mujeres y para las que han usado abstinencia

El conocimiento correcto del período fértil es más elevado en las mujeres que han usado abstinencia (52.6%) respecto a todas las mujeres (30.5%).

Los datos muestran que la mitad de usuarias de abstinencia periódica contestaron correctamente cuando es el momento de mayor riesgo para quedar embarazada, lo que estaría indicando que una gran proporción (47 por ciento) de usuarias han usado la abstinencia incorrectamente de acuerdo a las respuestas erróneas sobre el período fértil del ciclo ovulatorio.

Más de dos tercios de todas las mujeres entrevistadas no conocen el período de mayor riesgo para que una mujer pueda quedar embarazada.

5.3 Uso de Métodos Anticonceptivos: Tendencia de la Prevalencia de Uso

La prevalencia de métodos es entendida como el porcentaje de mujeres casadas o unidas que usan algún anticonceptivo en un momento determinado. En la ENDSR-95/96 la prevalencia llegó a 50.7% (incluye todos los métodos con excepción de yuyos o hierbas), esta proporción indica que el uso de métodos anticonceptivos en el Paraguay ha experimentado un incremento importante desde el año 1987 cuando la prevalencia era de 37.6% y de 44.1% en 1990 tal como se puede apreciar en el Cuadro 5.4

Se observa además que desde el año 1990 hasta ahora, el aumento se dio con más fuerza en el área rural, pasando de 34% en ese año a 45% en 1995/96. Este incremento se evidencia con la misma intensidad en las regiones Norte, Centro-Sur y Este del país. En el Gran Asunción el aumento fue de solo tres puntos porcentuales, de 56% a 59% en el período de cinco años.

De acuerdo al Cuadro 5.5 y Gráfico 5.1, podemos notar que el incremento mencionado más arriba se dio principalmente en los métodos modernos pasando de 29% a 41% entre 1987 y 1995. Es decir un aumento de 12 puntos porcentuales en menos de 10 años. El uso de métodos tradicionales permaneció casi constante desde 1987, cerca de 9 por ciento de las mujeres casadas o unidas usan ritmo, retiro o Billings, notándose un incremento no significativo de 8.9 a 9.5 por ciento de 1990 a 1995.

Como en encuestas anteriores, se comprobó nuevamente que el método más usado sigue siendo la píldora (13.5%). El DIU y la esterilización femenina le siguen en importancia con 7.6 y 6.8 por ciento de uso respectivamente. Entre 1990 y 1995 no se produjo un cambio muy acentuado en la mezcla de métodos anticonceptivos, el aumento que se dio en la prevalencia se debió principalmente a incrementos en el uso del condón y el DIU.

Aunque los yuyos (hierbas nativas) no están incluídos en la prevalencia total, deben ser tenidos en cuenta pues son usados por el 5.2% de las mujeres casadas o unidas y representan mujeres que quieren evitar embarazos. En el Capítulo 7 se analiza en detalle las características de las usuarias de yuyos.

Para tener una perspectiva de las tendencias a nivel regional sobre el uso de métodos anticonceptivos, en el Cuadro 5.6 se compara a Paraguay con otros países de América del Sur. A nivel total, los porcentajes más altos de uso se dan en Brasil y Colombia. Nuestro país tiene un mayor uso de anticonceptivos frente a Bolivia, donde más de la mitad de las mujeres casadas o unidas no usan métodos, y también respecto a Perú si comparamos solo la prevalencia de métodos modernos.

En relación a cada método en particular, Paraguay tiene una mayor prevalencia de la píldora (13.5%) respecto de Bolivia, Perú y Ecuador. Similar a Colombia (12.9%) y más baja que la de Brasil (20.7%). En el uso de la inyección nuestro país tiene la prevalencia más alta entre los demás países comparados. El DIU es usado más frecuentemente en Perú (13.4%), Ecuador (11.8%) y Colombia (11.1%). En cuanto a la esterilización femenina el uso de este método es todavía bajo (6.8%) entre las mujeres paraguayas, especialmente comparadas con las brasileras (40.1%), colombianas (25.7%) y ecuatorianas (19.8%).

En el Cuadro 5.7 se presentan los niveles de uso actual de métodos, según método usado para todas las mujeres, para las actualmente casadas o unidas y para las mujeres no unidas (separadas, divorciadas,

viudas y solteras). El 36.8 por ciento de todas las mujeres en edad fértil usan actualmente métodos para planificar su familia. Entre las mujeres alguna vez unidas (separadas, divorciadas o viudas) el 25 por ciento de ellas usan actualmente algún método anticonceptivo. En cuanto a preferencia de métodos, las mujeres alguna vez unidas siguen patrones similares de uso que las mujeres casadas o unidas.

5.4 Diferencias en los Niveles de Uso

Las diferentes niveles de uso actual por región y área de residencia entre las mujeres casadas o unidas en edad fértil se presentan en el Cuadro 5.8 y Gráfico 5.2. La práctica anticonceptiva llega a 56.2% en áreas urbanas y al 45.0% en las rurales. En cuanto a región de residencia, las diferencias en los niveles de uso se corresponden con el grado de desarrollo económico y social de las distintas regiones conformadas para el estudio. En efecto, la mayor prevalencia anticonceptiva se verifica en el Gran Asunción (58.9%) y la región Este (50.2%), niveles más bajos se constatan en el Norte (41.9%) y en Centro-Sur (47.5%).

Cabe mencionar algunas características importantes en el uso de métodos específicos por región de residencia. El uso de la píldora es casi uniforme en las cuatro regiones, entre 13 y 14 por ciento. En el Gran Asunción, el DIU es usado por el 10.7% de las mujeres, mientras que en el Norte la prevalencia de ese método no llega a 5 por ciento. El uso del condón es mayor en Gran Asunción (9.2%) y la esterilización es más frecuente en el Este (8.2%). La inyección anticonceptiva tiene bastante aceptación, especialmente en Gran Asunción donde su uso alcanza a 8.2%.

En el Cuadro 5.9 se presenta el uso de cada método en particular según algunas características seleccionadas como edad, educación y número de hijos vivos tenidos por las mujeres. En cuanto a **edad**, ya vimos que un poco más de la mitad de las mujeres casadas en edad fértil (50.7%) usan actualmente métodos anticonceptivos. El uso se incrementa desde 37.2% en las de 15 a 19 años, hasta 57.8% en el grupo de 35 a 39 años y luego desciende a 25.9% entre las de 45 a 49.

A partir de los grupos de edades 15 a 19 hasta 35 a 39 años se nota una mayor preferencia de las mujeres por el uso de la píldora, posteriormente la elección se orienta a un método definitivo (esterilización, entre 11 y 14 por ciento para mujeres de 35 a 49 años). El DIU es más usado en el grupo de 25 a 34 años. La preferencia por la inyección anticonceptiva se mantiene sin muchas variaciones hasta los 34 años, a partir de ahí se observa una declinación en su uso.

Respecto a la **educación** de las mujeres, se observa una asociación directa entre el aumento del nivel de instrucción y el uso de métodos de planificación familiar que va desde 32.6% para las mujeres sin ninguna educación o con dos años aprobados, hasta 64.4% para aquellas que alcanzaron el nivel secundario o superior.

Con relación al **número de hijos vivos** y la práctica anticonceptiva, se puede notar que en el Paraguay una de cada cuatro mujeres empieza a usar algún método sin tener ningún hijo. Las mujeres con 2 o 3 hijos son las que más usan anticonceptivos (60%). Existe un fuerte interés por parte de las mujeres por limitar el tamaño de su familia a partir del tercer hijo, lo que suele estar asociado a una mayor relevancia de la esterilización femenina.

El idioma habitualmente hablado en el hogar determina diferencias importantes en cuanto al uso de métodos anticonceptivos (Cuadro 5.10, Gráfico 5.3). Se observa un aumento en la prevalencia anticonceptiva en relación al idioma hablado, que va de menor a mayor uso de métodos según cual sea el idioma hablado: guaraní solo (39.4%), guaraní/español (56.2%), español solo (63.1%) y otro idioma (69.9%). El uso de métodos modernos (31.0%) es notoriamente más bajo entre las mujeres que hablan guaraní. El DIU, la esterilización femenina, el condón y la inyección son usados en menor medida por las mujeres que solo hablan guaraní. El uso del DIU es más frecuente entre las mujeres que solo hablan español. Las mujeres que hablan otro idioma (la mayoría hablan portugués) recurren preferentemente a la esterilización como método para limitar el número de hijos.

5.5 Promedio de Hijos y de Edad al Iniciar el Uso de Anticonceptivos

EL análisis entre el promedio de hijos vivos y la edad que tienen las mujeres cuando usan por primera vez un método anticonceptivo permite saber qué tan temprano durante su vida reproductiva inician la planificación familiar, y si lo hacen con intenciones de limitar o espaciar su prole.

En el Cuadro 5.11 se presenta el promedio de hijos vivos y la edad promedio que tenían las mujeres cuando usaron por primera vez algún método anticonceptivo de acuerdo al área de residencia, al nivel de instrucción y al primer método usado.

A nivel nacional, las mujeres esperan tener en promedio al menos un hijo vivo, 22.3 años de edad, para empezar a usar algún anticonceptivo. Entre el área urbana y rural existe una diferencia de más de un hijo nacido vivo a favor de las mujeres rurales, quienes empiezan a usar algún método cuando ya tienen por lo menos 2.4 hijos vivos y 23.1 años en promedio.

De acuerdo al nivel de instrucción, se observa una tendencia decreciente entre el promedio de 3.1 hijos vivos que tienen las mujeres sin educación o con dos años aprobados y el promedio de 0.7 hijos vivos entre las que tienen educación secundaria o superior.

5.6 Fuente de Suministro

A las usuarias actuales de métodos modernos se les preguntó el lugar donde habían obtenido el método. En el Cuadro 5.12 y Gráfico 5.4, se presentan los resultados para la fuente de abastecimiento de los métodos modernos.

La "fuente" de obtención de anticonceptivos se clasificó en tres categorías: sector público, sector privado y otra fuente. Dentro de cada categoría se desagregan la principales instituciones o puntos de provisión de métodos. En el Paraguay, existen dos fuentes principales de suministro de métodos anticonceptivos, el Ministerio de Salud Pública (22.7%) y las farmacias (47.0%) que en conjunto cubren el 70% de la demanda.

En cuanto a cada método en particular, la píldora es adquirida principalmente en las farmacias (56.2%) y en los Centros y Puestos del Ministerio de Salud Pública (28.8%). También el Ministerio de Salud es el principal proveedor del DIU (42.2%), una tercera parte de las usuarias actuales de este método lo obtiene a través de clínicas o médicos privados y un sexto de la demanda del DIU es satisfecho por el CEPEP.

En encuestas anteriores el aporte del CEPEP como fuente de abastecimiento de servicios fue mayor (EPF-1987, ENDS-90, 13.6% y 8.6%, respectivamente). Cabe mencionar que a partir del año 1993, la institución cerró varias clínicas y enfatizó los servicios basados en la comunidad -principalmente rural- y en programas que implicaban asociación con médicos privados de localidades del interior del país. Debido a ello, la mayor parte de las usuarias no identifican a los distribuidores comunitarios y a los médicos asociados privados con el CEPEP.

El condón (83.5%) y la inyección (82.2%) son proveídos en su mayoría por las farmacias. La demanda por esterilización femenina es satisfecha por el sector público en 42.6% y en 46.9% por el sector privado, otra fuente relativamente importante para la esterilización son los hospitales de la Argentina y del Brasil (10.2%).

A nivel de las regiones conformadas para este estudio, se pueden señalar algunos puntos relevantes presentados en el Cuadro 5.13:

. El sector público tiene mayor importancia en la región Centro-Sur, el sector privado y la

farmacia en el Gran Asunción. El CEPEP no presenta mayores diferencias en su participación cualquiera sea la región geográfica.

. La mayor demanda por la píldora se produce en las farmacias del Gran Asunción (76.9%). El DIU es obtenido por las usuarias del Gran Asunción en mayor medida del sector privado (52.0%). Situación que cambia en las restantes regiones, donde el sector público es el principal proveedor de este método, Norte (42.9%); Centro-Sur (73.3%) y Este (42.5%).

. El CEPEP se destaca como proveedor del DIU en el Gran Asunción (19.7%), en el Norte (21.4%) y en el Este (25.0%).

. En el Gran Asunción, la región Norte y Centro-Sur se observa que el 49%, el 44% y el 66.7%, respectivamente, de las esterilizaciones se practicaron en establecimientos del sector público. En la región Este la situación es diferente, siendo el sector privado el principal proveedor de este método (50.4%). En las regiones Norte (17.6%) y Este (20.2%), una fuente importante para la obtención de la esterilización son los hospitales de Argentina y Brasil.

5.7 Tiempo a la Fuente

Una manera de medir el acceso que tienen las mujeres para obtener el método anticonceptivo es a través del tiempo que ellas necesitan para llegar a la fuente de aprovisionamiento.
A las usuarias actuales se les preguntó cuánto tiempo les tomaba llegar desde sus casas a la fuente de suministro. A las no usuarias, se les preguntó si conocían un lugar para obtener métodos anticonceptivos y el tiempo que les tomaría llegar desde sus casas hasta dicho sitio.

El Cuadro 5.14, presenta la distribución porcentual de usuarias actuales de métodos modernos y de no usuarias por tiempo (en minutos) a la fuente de suministro de anticonceptivos, según área de residencia. Más de la mitad de las usuarias de métodos modernos (58.2%) declararon que pueden llegar a la fuente de abastecimiento en menos de 30 minutos. En el área urbana las tres cuartas partes de las usuarias actuales pueden obtener su método en ese tiempo, mientras que en zonas rurales esta situación solo se da en un 30.9 de las mujeres.

El acceso por parte de la población a métodos modernos, (Gráfico 5.5) medido a través de la percepción sobre el tiempo para llegar a la fuente de anticoncepción, ha mejorado desde el año 1990 cuando sólo un 43.3% de las mujeres de todo el país declararon poder llegar a una fuente de suministro en menos de 30 minutos. También en el área rural el acceso mejoró desde 1990 donde más de la mitad de las mujeres (54.2%) necesitaban más de una hora para aprovisionarse de métodos modernos, porporción que se redujo a 36.3% actualmente.

5.8 Razones para Uso Actual

Como se mencionó en el Capítulo IV existen fuertes motivaciones de las mujeres paraguayas para el espacimiento y limitación del número de hijos. En este punto se analizan las razones del uso actual de métodos anticonceptivos, para espaciar o para limitar los nacimientos. En el Cuadro 5.15 y Gráfico 5.6, se ve que del total de usuarias de anticonceptivos, el 53.9 por ciento los utiliza para espaciar los nacimientos y, el 34.6 por ciento para limitar su fecundidad, es decir para no tener más hijos. No se observan diferencias muy significativas entre áreas urbana y rural, como tampoco entre regiones.

Como es de esperar, las mujeres jóvenes usan más la anticoncepción para espaciar los nacimientos que para limitar el número de ellos, esta relación se invierte a medida que avanza la edad y así desde los grupos de 35 y más años, aumenta la proporcón que usa para limitar la cantidad de hi jos.

Respecto al nivel de instrucción, se puede ver que a medida que aumentan los años de estudios, se

incrementa el porcentaje de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos para espaciar los embarazos. Esto es porque en general las mujeres con más educación tienen menos hijos.

Cuando el número de hijos vivos es menor a tres, el motivo principal de uso es para espaciar los nacimientos (más de 60 por ciento), en cambio entre las mujeres que tienen más de 3 hijos su motivación principal de uso es para limitar el número de nacimientos.

5.9 Uso Actual y Método Preferido a Usar

A todas las usuarias actuales, se les preguntó si seguirían usando el mismo método o preferirían usar otro distinto, en caso afirmativo, se les preguntaba cuál método preferiría usar. Los resultados para cada método se presentan en el Cuadro 5.16, se observa que cuando en el punto de intersección el método usado actualmente y el preferido coinciden, puede suponerse que existe satisfacción con el uso del método actual. Por el contrario, los porcentajes que se ubican por arriba y por debajo de la diagonal corresponden a mujeres no satisfechas con el anticonceptivos usado.

Es interesante destacar que más del 90 por ciento de las mujeres esterilizadas prefieren ese método a otro, también las usuarias del DIU en una proporción elevada (86.2%) no cambiaría el dispositivo por ningún otro método. Entre las mujeres que usan actualmente el condón y la inyección alrededor de un 25 por ciento estaría interesada en cambiar de método.

Entre las usuarias de métodos tradicionales (Billings, ritmo y retiro), 1 de cada 5 mujeres desearían usar cualquier otro método diferente al actual. Un poco más del 25 por ciento de las usuarias de yuyos desearía cambiar a otro método anticonceptivo.

En general, si las mujeres cambiasen su método actual las mayores preferencias serían para la píldora y el DIU.

5.10 Esterilización Femenina

En el Paraguay, la prevalencia anticonceptiva de la esterilización femenina es todavía baja, como vimos anteriormente (Cuadro 5.6) en relación con otros países de la región. De acuerdo al Cuadro 5.17 podemos notar que apenas el 13.4 por ciento de las usuarias actuales, casadas o unidas se encuentran esterilizadas. Esta proporción es un poco mayor entre las mujeres rurales, principalmente entre las residentes de las regiones Norte y Este.

En relación a la edad, a partir de los 35 años aumenta el porcentaje de mujeres que optan por la esterilización. Esto es comprensible pues las más jóvenes aun no tienen cumplido su ideal reproductivo.

Contrariamente a los patrones habituales de mayor prevalencia en las mujeres con más educación, en el caso de la esterilización, son las que no tienen educación o con primaria incompleta las que en mayor porcentaje están esterilizadas. Esto es porque en general recurren a la esterilización las que tienen mayor paridad.

Respecto al número de hijos vivos, se observa que a partir del tercer hijo existe un aumento en la preferencia por la anticoncepción quirúrgica.

A las mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años, que estaban esterilizadas al momento de la encuesta, se les preguntó si estaban satisfechas con la operación. El Cuadro 5.18 muestra que el 79.1 por ciento reportó conformidad con la decisión de operarse para no tener más hijos. Existen muy pocas variaciones en los porcentajes de mujeres satisfechas según las diversas características analizadas.

CAPITULO 6

NO USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS Y NECESIDAD DE SERVICIOS

En el presente Capítulo se analizan a las mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años que no usan actualmente anticonceptivos, las razones de no uso y de discontinuación de uso para aquellas que usaron en el pasado. También se analiza la demanda potencial de los servicios de planificación familiar, tomando como indicador el deseo y el método preferido para uso actual o futuro. Se estudia además la población no cubierta con servicios de planificación familiar expuesta al riesgo de embarazo no deseado.

6.1 Razones para no usar anticonceptivos

A las mujeres casadas o unidas que no usan anticonceptivos actualmente (49.3%) se les preguntó cuál era la razón para no hacerlo. Las razones se analizan en dos grandes categorías: ***"razones relacionadas con el embarazo, fertilidad y actividad sexual"***,y ***"otras razones"*** que incluyen una serie de respuestas que están relacionadas a aspectos culturales, sociales, psicológicos y económicos. Los resultados se muestran en el Cuadro 6.1, para el total del país, y por región y área de residencia.

A nivel nacional, el 72.5 por ciento se ubica en la primera categoría, más de la mitad de ese porcentaje (39.5%) debe ser considerada como demanda potencial para el uso de métodos una vez finalizado el actual embarazo (25.1%) y el período de postparto y lactancia (14.4%). Las causas relacionadas con el embarazo, fertilidad y actividad sexual tienen mayor peso en las regiones de Gran Asunción (74.5%) y Este (76.5%) y en el área urbana (76.5%).

Con relación a la segunda categoría ***"otras razones"***, dentro del conjunto, la causa más frecuentemente citada fue no le gusta (5.9%) y razones de salud (3.8%) para el total del país. A nivel de regiones, "no le gusta" sube a 8.6% y 9.0% en el Norte y Centro-Sur, respectivamente.
En el Gran Asunción, las mujeres no usan métodos en mayor porcentaje por razones de salud.

6.2 Razón para discontinuar su uso

A las mujeres casadas o unidas, que usaron anticonceptivos y no estaban usando al momento de la encuesta, se les preguntó las razones para discontinuar su uso. Los datos del Cuadro 6.2 muestran, que entre las usuarias de métodos modernos, las dos razones reportadas con mayor frecuencia para dejar de usar son: para embarazarse y porque tuvo efectos colaterales. En cuanto a los métodos menos efectivos (Billings, ritmo, retiro y yuyos) las dos principales razones son: para embarazarse y porque el método no fue eficaz, le falló.

6.3 Deseo de uso actual o futuro

A las mujeres casadas o unidas, que no estaban usando anticonceptivos y reportaron como causa de no uso razones diferentes a "edad avanzada", "no le gusta", o "problemas relacionados con la fertilidad", se les preguntó si deseaban usar anticonceptivos en el presente o en el futuro, y a las que estaban interesadas se les preguntó qué método preferirían usar y dónde podrían obtenerlo.

En el Cuadro 6.3 se puede ver que más de la mitad (59.3%) de las mujeres que no están usando anticonceptivos desean usarlo. Es mayor el porcentaje en áreas urbanas (62.6%), en el Gran Asunción (62.6%) y en el Norte (63.8%). En el grupo de 20 a 24 años de edad (77.4%) y entre las que tienen nivel secundario o superior (68.6%). En el mismo cuadro se puede ver que el 88.0% de las mujeres no usuarias, que quieren usar, conocen el lugar donde obtener los métodos.

Los datos del Cuadro 6.4 muestran cuales serían los métodos preferidos por las mujeres que tienen intenciones de usar ahora o en el futuro. Los tres métodos con mayor potencial de demanda a nivel nacional son: la píldora (23.6%), el DIU (15.6%) y la inyección (14.7%). Es importante advertir que un

cuarto del total de mujeres casadas o unidas que quieren usar algún método anticonceptivo, no saben qué usar, lo que estaría indicando la necesidad de mayor información a estas mujeres.
La preferencia por un método moderno se extiende a más de la mitad de las mujeres cualquiera sea la región o área de residencia. Se puede destacar como una característica común en todas las regiones, que alrededor de un cuarto de las mujeres prefiere usar la píldora. En el Gran Asunción existe más preferencia por el DIU (27.7%) y la inyección anticonceptiva tiene mayor aceptación entre las mujeres de las regiones Centro-Sur y Este.

6.4 Demanda de esterilización femenina

La demanda incluye a las mujeres fértiles, que no desean más hijos y que declararon interés en hacerse esterilizar, usuarias o no de métodos anticonceptivos. De acuerdo a los resultados presentados en el Cuadro 6.5, el 27.9 por ciento de las mujeres declaró interés en la esterilización. Llamativamente el porcentaje es ligeramente mayor en áreas rurales (30.0%) que en las urbanas (25.9%).

El interés en operarse para no tener más hijos varia de 24% a32% en las cuatro regiones y aumenta a partir del tercer hijo vivo en adelante. Los porcentajes de deseo de esterilización son mayores para las no usuarias (30.7%) y para las usuarias de yuyos (31.8%), en relación a las usuarias actuales (24.8%). No hay diferencias importantes según nivel de instrucción o actividade económica.

A las mujeres que no deseban tener más hijos y que estaban interesadas en operarse se les preguntó: "si ya tiene todos los hijos que desea y tiene interés en operarse". ¿Porqué no ha ido a operarse? Casi un tercio (29%) respondió que el "costo es muy elevado" y otro 8% tuvieron rechazo del médico. La barrera económica fue mencionada mucho más por mujeres que viven en áreas rurales (39%), comparado con mujeres urbanas (19%); y por mujeres con menos de 7 años de instrucción (35%), comparado con las que tienen 7 o más años de instrucción (13%). Una de cada ocho (12%) dijeron que necesitan mayor información sobre la esterilización femenina y 9% respondieron que tienen miedo a la operación o a efectos colaterales.

La mayoría de las mujeres que no desean más hijos y no tienen interés en la operación es porque tienen miedo a la operación (33%) o miedo a efectos colaterales (11%). Este miedo a la operación o a efectos colaterales es más serio para mujeres residentes en el Norte (54%) y para mujeres con menos de 6 años de estudio (49%) y representan una población blanco para información sobre las nuevas técnicas de esterilización.

6.5 Necesidad de servicios de planificación familiar

Se considera mujeres que están en riesgo de embarazo no planeado o que requieren servicios de planificación familiar a todas las entrevistadas (independientemente de su estado civil) que no reportaron problemas de infertilidad, no embarazadas actualmente, que no desean un embarazo, son activas sexualmente y no están usando algún método anticonceptivo o están usando un método tradicional con menos eficacia.

Los datos del Cuadro 6.6 indican que para el total del país el 13.6 por ciento de las mujeres en edad fértil necesitan servicios de planificación familiar, necesidad que varía de 9.6 por ciento en zonas urbanas a prácticamente el doble (18.1%) en zonas rurales. Es de destacar que a nivel nacional la necesidad es mayor entre las mujeres casadas (19.2%), entre las mayores de 25 años de edad (15% y más), en mujeres sin educación que no habían completado la primaria (20%) y en madres con 5 o más niños (25% y más) .

Si se analiza la necesidad de servicios de planificación familiar de acuerdo al criterio de necesidad de métodos modernos, en el Cuadro 6.7, vemos que para el total del país la necesidad aumenta a 19.3 por ciento, una de cada cinco mujeres. Las mujeres rurales se encuentran con mayores necesidades de métodos modernos (24.1%) respecto a las residentes en zonas urbanas (15.1%).
Las mismas tendencias encontradas

en los dos cuadros anteriores para todas las mujeres (independientemente de su estado civil) se verifican en los Cuadros 6.8 y 6.9 donde se analiza la necesidad de servicios de planificación familiar y la necesidad de métodos modernos para las mujeres casadas o unidas. En efecto, los mayores porcentajes de necesidad se dan en zonas rurales, en mujeres de más edad, de menor educación y con mayor número de hijos. La necesidad de métodos modernos alcanza a un tercio de las mujeres unidas de zonas rurales. La necesidad de métodos modernos a nivel de regiones es bastante uniforme (alrededor del 30%), el menor nivel de necesidad se encuentra en el Gran Asunción (20%).

La demanda potencial de servicios de planificación familia presentada en el Cuadro 6.10 se calcula teniendo en cuenta el porcentaje total de necesidad de servicios (19.2%, Cuadro 6.8) más el porcentaje total de la demanda satisfecha de usuarias actuales (19.2% + 50.7% = 69.9%).

El porcentaje de demanda potencial satisfecha se obtiene calculando el porcentaje de la demanda satisfecha de usuarias actuales (50.7%) con respecto al total de la demanda potencial de planificación familiar (69.9%). De acuerdo al resultado se observa que entre 1990 y 1995-96 se produjo un leve aumento de la demanda potencial satisfecha, pasando de 70.7% a 72.5% en dicho período.

CAPITULO 7

USUARIAS DE YUYOS

Como se vió en el Capítulo 5, el uso de yuyos como anticonceptivo tiene una prevalencia más alta en el Paraguay frente a otros países de America Latina, aunque el uso ha bajado de 7.2% en la Encuesta de 1987 hasta 5.2% actualmente, entre mujeres casadas o unidas. Estas cifras son del uso exclusivo de los yuyos; los datos en el Capítulo 5 se refieren al método más efectivo de anticoncepción usado por las mujeres, si están usando más de un método.

En la entrevista, cada mujer fue preguntada si conocía un método de anticoncepción y si conocía un método, se le preguntaba si había usado alguna vez. En caso afirmativo, se le indagaba si usaba el método todavía. De esta forma, es posible que se incluya a mujeres que usan más de un método a la vez. Sin embargo, para identificar la tasa de prevalencia de anticonceptivos, la entrevistadora anotó de todos los métodos usados por una mujer cual era el más eficaz según un criterio ya establecido. De manera que el 5.2% mencionado en el Capítulo 5, se refiere al uso de yuyos sólo si la usuaria no usaba ningún otro método.

En cambio en este capítulo, no se enfoca desde el punto de vista de la prevalencia exclusiva de yuyos, sino teniendo en cuenta las características de las usuarias actuales o anteriores de yuyos. Hablamos de las mujeres que usan yuyos, pero no en forma exclusiva, sino que pueden estar usando otro método simultáneamente. Los datos se refieren a todas las mujeres, no sólo a las casadas y unidas, que declararon haber usado yuyos alguna vez y/o continúan usando, sea exclusivamente o con otros métodos.

Usó alguna vez y uso actual

Cuando se les preguntó a todas las mujeres si conocían los yuyos como método de anticoncepción, 87.6% de las 6.465 mujeres encuestadas dijeron conocer el método. De estas 87.6% (5.712 mujeres), el 29.2% dijeron haber usado alguna vez como método anticonceptivo, (Cuadro 7.1). Entonces, casi un tercio de las mujeres que han oído hablar de yuyos han usado alguna vez y aproximadamente 1 de cada 4 mujeres en Paraguay han usado yuyos. Se nota poca diferencia en el uso alguna vez entre áreas urbanas o rurales y poca diferencia regional.

El uso alguna vez de yuyos es más comun entre mujeres más de 30 años de edad, con seis años o menos de instrucción y mujeres que viven en casas donde hablan Guaraní.

A las mujeres que dijeron haber usado yuyos alguna vez, se les preguntó si seguían usando el método en el momento de la encuesta. En el Cuadro 7.1, se ve que el 20.4% de las mujeres que usaron están usando actualmente. El uso es más alto en el área rural (23.9%), y en la región Centro-Sur (22.9%). No existe diferencia significativa por nivel de instrucción hasta los 11 años de estudios (19 a 24%) recién a partir del ciclo secundario completo o superior baja a 9%.

Primer método usado y edad de uso

A todas las mujeres que han usado métodos anticonceptivos, se les preguntó cuál fue el primer método usado y la edad en que comenzó a usarlo. Un análisis del primer anticonceptivo usado se presenta en el Cuadro 7.2, revela que los yuyos son utilizados como primer método en 15.5% de los casos, una frecuencia más baja solamente frente al uso de la píldora, 37.4% e igual a la inyección (16%). En relación a la edad, se encontró que el uso de los yuyos como primer método es más común entre mujeres que no usan un anticonceptivo hasta los 40-49 años de edad (18.9%)

Para saber si el uso de yuyos como primer método cambia con la edad, en el Cuadro 7.3 se presenta la distribución porcentual de las mujeres que usaron como primer método el yuyo por edad del primer uso y la edad actual. Entre las mujeres que usaron yuyo como primer método, casi dos tercios (64.3%)

tenían entre 15-19 años la primera vez que lo usaron. Casi un cuarto (24.2%) tenía entre 20 y 29 años y solamente 11.7% utilizaron los yuyos como primer método cuando tenían 30 o más años de edad. Mirando la categoría edad actual, y excluyendo a las adolescentes, se nota que entre 53% y 69% de mujeres en cada categoría de edad dijeron haber usado yuyos como primer método anticonceptivo cuando tenían entre 15 y 19 años. Esta concentración del uso de yuyos entre las mujeres jóvenes aumenta el riesgo de se produzca un embarazo no planeado o no deseado durante la adolescencia.

Lugar de obtención de yuyos y motivo de uso

Se les preguntó a las usuarias donde consiguieron el método usado y la razón de uso. Los resultados presentados en el Cuadro 7.4 se refieren a usuarias exclusivas de yuyos. La mayor proporción de mujeres que usa yuyos lo obtiene del patio de su casa (38.2%), más de un cuarto (27.4%) consigue el método en el mercado o del macatero (vendedor ambulante) y un 21.3% obtiene los yuyos a través del marido, pareja o amiga. En áreas urbanas y en el Gran Asunción, las usuarias obtienen los yuyos principalmente en el mercado o del macatero y en áreas rurales y las regiones Norte, Centro-Sur y Este es más común obtenerlos en el patio de la casa.

La mayoría de las usuarias de yuyos lo usan para espaciar los hijos (58.5%), y las demás para no tener más hijos (37.6%) o por razones de salud (3.6%). El uso de yuyos por razones de salud es más comun en las áreas urbanas, entre las mujeres de la región Centro-Sur, las de mayor edad, las de nivel socio-económico medio y alto, y las que hablan solo español habitualmente en la casa.

Preferencia de otro método entre usuarias de yuyos

A las usuarias de yuyos se les preguntó si seguirían usando el mismo método o preferirían usar otro, a las que respondieron preferir otro, se les preguntó cuál método prefería usar y porqué razones no usaba el que prefería. Se encontró que 24% de las usuarias de yuyos dijeron que preferirían usar otro método.

En el Cuadro 7.5 se puede ver que más de la mitad de las usuarias de yuyos que preferían otro método, preferirían usar métodos hormonales (píldora, 30.7% e inyección, 24.1%); 13.3% optaría por el DIU y casi 6% preferiría la ligadura tubárica. Se debe notar que cerca de un cuarto de las mujeres usuarias de yuyos prefieren otro método pero no saben cual. La principal razón para no usar el método preferido es la falta de dinero (32.2%), 10.3% comentaron que los yuyos son más prácticos, 10.5% mencionaron falta de tiempo y un 9.1% tienen temor de otros métodos.

En resumen, hay un 5.2% de las mujeres casadas o unidas que están usando yuyos exclusivamente para evitar un embarazo no deseado, la mayoría para espaciar los hijos, pero más de un tercio ya no quieren otro hijo. Estas mujeres que tienen un riesgo de embarazos no deseados son un desafío para el sector salud para introducirlas en el uso de métodos modernos.

CAPITULO 9

MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

En el cuestionario de la encuesta se incluyó un módulo de preguntas para obtener la historia de todos los nacimientos de las entrevistadas, incluyendo si murío cada niño, y si murió la fecha y su edad cuando murió. Esta información permite calcular por métodos directos, las tasas de mortalidad en períodos específicos de tiempo.

9.1 Niveles y Tendencias de la Mortalidad

Para el presente análisis la mortalidad infantil (antes del año cumplido), se divide en dos rangos de edad: la neonatal (0-28 días) y la postneonatal (de 29 días a 11 meses cumplidos). Como mortalidad en la niñez se clasifican las defunciones ocurridas de los 12 a los 59 meses cumplidos. En el Cuadro 9.1 se comparan las estimaciones para el período 1985-90 con las del período 1990-95. En este primer período también se comparan las estimaciones a partir de la encuesta de 1990 (ENDS-90) con la de 1995/96 (ENDSR-95/96). En general, las cifras del período 1985-90 son similares para ambas encuestas. Esto indica que los resultados para las dos encuestas son comparables entre sí.

La tasa de mortalidad infantil estimada para el período 1990-95 (octubre de 1990 a septiembre de 1995) es de 27 defunciones en el primer año de vida por 1000 nacidos vivos y para los menores de 5 años es de 33 por 1000 nacidos vivos. La mortalidad neonatal de 17 muertes en los primeros 28 días por 1000 nacimientos indica que 63 por ciento de las muertes infantiles ocurren en los primeros 28 días después del parto.

Comparando los resultados de las dos encuestas se ve que la mortalidad postneonatal bajó 22 por ciento (de 14 a 11 por 1000) y de la niñez bajó 33 por ciento (de 9 a 6 por 1000), mientras la neonatal solo bajó 11 por ciento (de 19 a 17 por mil). Esto indica que disminuciones futuras en la mortalidad tendrán que concentrarse en el período neonatal.

El Cuadro 9.2 presenta el número promedio de nacidos vivos e hijos fallecidos por mujer, clasificada por edad actual de la entrevistada. Se pueden usar estos datos para calcular la mortalidad infantil por el método indirecto. La tasas estimadas por el método indirecto (datos no presentados) son muy semejantes a la tasas calculadas por el método directo, y por eso en este informe solamente se presentan las tasas estimadas por el método directo. Se observa que el número promedio de hijos nacidos vivos, como el número promedio que han muerto, se incrementa con la edad de la madre. Por consiguiente, el porcentaje de muertes asciende en esta misma dirección, desde un nivel del 3.2 por ciento entre las de 15-19 años a 7.9 por ciento entre las de 40-49 años.

En el Cuadro 9.3 y Gráfico 9.1, se comparan las tasas de mortalidad infantil y en la niñez de Paraguay con otros países en la región. Se observa que las tasas estimadas para Paraguay son entre las más bajas de la región y muy similares a las de Colombia.

9.2 Diferenciales en la Mortalidad

Mientras el período de referencia en el Cuadro 9.1 es de 5 años (octubre de 1990 a septiembre de 1995) en los Cuadros 9.4 y 9.5 se ha ampliado el período de referencia a 10 años (octubre de 1985 a septiembre de 1995) para tener más confianza en las diferencias presentadas.

Tal como se esperaba, las tasas de mortalidad más altas se encuentran en áreas rurales

(Cuadro 9.4, Gráfico 9.2). No hubo mucha diferencia entre áreas urbanas y rurales para la mortalidad neonatal, para la mortalidad postneonatal y en la niñez es más alta en áreas rurales.

En cuanto a las regiones, en el Este y en el Norte se presenta la mortalidad infantil más alta, de 37 muertes por 1000 nacidos vivos y el Norte tiene la mortalidad en la niñez más alta de 12. Gran Asunción tiene la mortalidad infantil más baja de 28 muertes infantiles por 1000 nacimientos.

En general, la mortalidad disminuye con el incremento del nivel de instrucción de la madre. Los hijos de madres con 0-2 años de escolaridad tienen una tasa de mortalidad infantil de 50 por 1000, que es casi 5 veces mayor de la estimada (11 por 1000) en el grupo de madres con 12 ó más años de escolaridad.

El primer grupo de diferenciales presentado en el Cuadro 9.5 y el Gráfico 9.3, es atendiendo a las características de la vivienda y al nivel socioeconómico como medida resumen de estas condiciones. Los datos muestran que el diferencial en las tasas de mortalidad es amplio para el nivel socioeconómico. Los niños del nivel bajo tienen una probabilidad de morir más del doble que la estimada para los del nivel alto.

La tenencia de electricidad, heladera, agua por tubería y servicio higiénico en la vivienda muestran diferencias en los niveles de mortalidad. Las diferencias son especialmente amplias en el período postneonatal (de 1 a 11 meses de edad). La mortalidad neonatal está más afectada por lo que pasó en el embarazo y parto, y como se espera, las diferencias en la mortalidad neonatal según estas condiciones de la vivienda son menores que las diferencias en el período postneonatal.

En la segunda parte de Cuadro 9.5 se muestra cómo las tasas de mortalidad difieren según las características reproductivas de la madre. La mortalidad infantil, y especialmente la neonatal, sigue el patrón de "U" relacionado con el intervalo previo (tiempo desde el nacimiento anterior). La mortalidad postneonatal y en la niñez son siempre más altas para niños nacidos después de intervalos cortos (menos de 24 meses). Las tasas de mortalidad aumentan con el orden del nacimiento, con la excepción de que la mortalidad neonatal también es alta para los primeros nacimientos porque puede estar relacionado con la edad joven de la madre cuando nació el primero. Considerando la edad de la madre cuando occurrió el nacimiento, la mortalidad neonatal y postneonatal aumenta con la edad de la madre, mientras la mortalidad en la niñez es más alta para niños de madres jóvenes (menores de 20 años al momento del nacimiento).

Las diferencias presentadas en los Cuadros 9.4 y 9.5 muestran que, aunque la mortalidad infantil para todo el país está concentrada en el período neonatal, en aquellos sectores de menor instrucción, del área rural, y de áreas sin servicios básicos, la mortalidad postneonatal aun tiene un amplio espacio para la dismunición.

En el Cuadro 9.6 y Gráfico 9.4, se presentan los diferenciales de la mortalidad atendiendo a indicadores del proceso del embarazo y parto, con la salvedad de que los datos sobre el embarazo y parto fueron recolectados solo para los niños que nacieron a partir de enero de 1990, razón por la cual en este cuadro se excluye la experiencia de los niños que nacieron antes de esa fecha y por eso se excluyen estimaciones de mortalidad en la niñez. Con esta aclaración se puede mencionar que el control prenatal precoz está asociado con un menor riesgo de muerte en el período de la infancia, con una tasa de mortalidad infantil de 24 por 1000 para los niños en que la madre recibió control en el primer trimestre, en comparación a la tasa de 51 por 1000 para los casos en que la madre no recibió control y un nivel mediado de 31 por 1000 para niños de madres quienes recibieron su primer control en el segundo o tercer trimestre. Los nacimientos que ocurrieron con asistencia médica tenían probabilidades mayores de sobrevivir, en comparación con los atendidos por parteras o sin ninguna atención.
El número de niños reportados con bajo peso al nacer o prematuros es bajo, por lo que las estimaciones de mortalidad para estos dos grupos no son sostenibles. Sin embargo, la

dirección de los diferenciales está de acuerdo con lo esperado: los niños de bajo peso al nacer tienen riesgo elevado de morir, especialmente en el período neonatal. Cabe señalar que los niños para quienes la madre no pudo recordar su peso al nacer tienen riesgo más alto que el promedio. Este resultado puede reflejar una mala calidad de la atención del parto (en que el niño nunca fue pesado), pero también puede explicarse porque es menos probable que la madre recuerde el peso al nacer para los niños que murieron. Los niños prematuros tienen un riesgo muy elevado en el período neonatal (más que 10 veces el riesgo para los no prematuros) pero muy poca diferencia en el período postneonatal.

CAPITULO 10

MORTALIDAD MATERNA

La encuesta permitió la estimación de la mortalidad materna usando información de las entrevistadas sobre la supervivencia de sus respectivas hermanas (hijas de la misma madre). Para cada hermana viva de la entrevistada se indagó su edad actual y para cada hermana que había muerto se determinó la edad al morir, el tiempo que había transcurrido desde la muerte al momento de la entrevista y si la muerte de la hermana ocurrió durante un embarazo, parto, o en las seis semanas después de un parto. Las defunciones que ocurrieron durante un embarazo, parto, o en las seis semanas después, fueron clasificadas como muertes maternas. Esta información permite calcular tasas de mortalidad materna por grupos de edad durante períodos de tiempo bien definidos.

La segunda columna del Cuadro 10.1 presenta el número (no ponderado) de muertes maternas que ocurrieron entre las hermanas de las entrevistadas durante los 14 años antes de la encuesta. En total, 59 muertes maternas fueron detectadas en los 14 años, 30 en el período 1982-88 y otro 29 en el período 1989-95.

La tercera columna de Cuadro 10.1 presenta la estimación de la tasa de mortalidad materna, para el período de 14 años antes de la encuesta (1982-1995). La tasa está expresada como el número anual de muertes maternas por 1000 mujeres durante el período de 1982-1995. En la columna 4 se presenta la tasa general de fecundidad para este mismo período de tiempo, expresada como nacimientos anuales por 1000 mujeres de 15 a 49 años de edad. La tasa general de fecundidad está calculada usando información sobre los nacimientos y tiempo expuesto de las mujeres entrevistadas (no las hermanas de las entrevistadas).

La razón de mortalidad materna (columna 5) de 190 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos está calculada dividiendo la tasa de mortalidad materna (0.286 muertes maternas anuales por 1000 mujeres de 15 a 49 años) por la tasa general de fecundidad (151 nacimientos anuales por 1000 mujeres, 15 a 49 años de edad) y multiplicando el resultado por 100.000.

El cuadro también presenta, en las columnas 6 y 7, el intervalo de confianza (de 95 por ciento) para la razón de mortalidad materna, el cual es bastante grande debido al pequeño número de muertes maternas identificadas en la encuesta. Aunque la razón estimada es 190 muertes maternas por 100.000 nacimientos, el intervalo de confianza de 95 por ciento es entre 142 y 238.

Se dividió el período de catorce años en dos períodos de siete años y se hicieron los mismos cálculos. Los resultados para la razón de mortalidad salieron casi iguales para los dos períodos, 188 y 192 muertes maternas por 100.000 nacimientos. Aunque la razón de mortalidad materna, que expresa el riesgo de morir que corresponde a un nacimiento no cambió, se puede ver que la tasa de mortalidad materna bajó de .307 a .275 muertes maternas anuales por mil mujeres de edad fértil. Esta baja en la tasa de mortalidad materna corresponde a la disminución de la fecundidad de 163 a 143 nacimientos anuales por mil mujeres. Mientras estos datos son tentativos, dado el pequeño número de muertes maternas, sugieren que el riesgo para una mujer de morir de un embarazo o parto durante las edades reproductivas está bajando con el número de embarazos tenidos, pero el riesgo obstétrico relacionado con un embarazo particular se mantiene igual.

CUADRO 10.1
MORTALIDAD MATERNA EN LOS 14 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA (1982 - 1995), ENDSR-95/96

PERIODO (1)	Nº DE MUERTES MATERNAS (2)	TASA DE MORTALIDAD MATERNA (POR 1000 MUJERES) (3)a	TASA GENERAL DE FECUNDIDAD (POR 1000 MUJERES) (4)a	RAZON DE MORTALIDA MATERNA		
				MUERTES MATERNAS/ (100,000 NAC) (5)	INTERVALO DE CONFIANZA b	
					BAJO (6)	ALTO (7)
1982-95	59	0.286	0.151	190	142	238
1982-88	30	0.307	0.163	188	121	255
1989-95	29	0.275	0.143	192	122	262

a. En los 14 años antes de la encuesta no se observa todo el tiempo expuesto de mujeres a las edades 35-49 años, debido a que sólo entrevistaron mujeres de 15 a 49 años para informar sobre la experiencia retrospectiva de sus hermanas. Por eso, la tasa de mortalidad materna y la tasa general de fecundidad están ajustadas a lo que ocurriría usando las tasas específicas por edad y la distribución por edad actual de las mujeres entrevistadas. Se usó tres grupos de edad: 15-24, 25-34, y 35-49.

b. Para calcular el intervalo de confianza se usó la razón más o menos 1.96 multiplicado por la razón dividido por la raíz cuadrada del número de muertes maternas, usando la fórmula de Poisson para un evento raro: (R +/- 1.96 *R/(raiz cuadrada (Nº de muertes))).

CAPITULO 11

SALUD DE LA MADRE

Uno de los objetivos de la ENDSR- 95/96, igual que en otras encuestas precedentes, fue conocer el nivel de atención de la salud materna, para que entre otros usuarios, los responsables de los programas de salud pública lo correlacionen con el indicador elevado de mortalidad materna que obstenta el país y dispongan de datos para la reformulacíon de intervenciones.

11.1 Atención Prenatal, Asistencia del Parto y Control Postparto

En el presente capítulo se abordan los principales indicadores del uso de los servicios de salud materno e infantil de: control prenatal, aplicación de toxoide antitetánico, lugar de ocurrencia del parto, tipo de parto, control postparto. Los datos refieren al uso de servicios durante el embarazo, parto y postparto para los hijos nacidos vivos en los últimos 5 años antes de la encuesta.

Del total de niños nacidos vivos en los 5 años anteriores a la encuesta, en 88.7 por ciento de ellos, sus madres concurrieron al control prenatal por lo menos una vez (Cuadro 11.1). Este tipo de control es más generalizado en madres con nivel de instrucción superior (93 por ciento y más, si la madre tenía seis años de instrucción o más), de nivel socioeconómico alto (97.6 por ciento), en madres primerizas (94.1 por ciento), y de entornos urbanos (94.5 por ciento).

Más madres de Asunción y Centro Sur acudieron a los controles (95.2 y 93.2 por ciento, respectivamente) comparado con madres en el Norte y Este (84.4 y 83.4 por ciento, respectivamente). Una preocupación es evidente en madres sin educación o con apenas 2 años de estudio; solamente 68 por ciento de ellas tuvieron por lo menos un control prenatal. El oportuno y periódico control del desarrollo del embarazo disminuye el riesgo de muerte tanto materna como fetal y favorece la adecuada atención del parto.

En el Cuadro 11.1 también se presenta la distribución porcentual del lugar donde las madres recibieron su control prenatal. A nivel del país, el 67.9 por ciento usaron los servicios del sector público, el 15.1 por ciento de las mujeres embarazadas recibieron atención en el sector privado, y el 11.3 por ciento no asistieron a ningún control prenatal. Las demás fueron atendidas por parteras o curanderos (2 por ciento) y en otros lugares (3.8 por ciento).

Las coberturas que presentan los diferentes establecimientos del sector público y privado, de acuerdo a los ámbitos geográficos, tienen comportamientos porcentuales diferentes. Por ejemplo, los controles en clínicas privadas fueron más comunes en Gran Asunción (26.9 por ciento) y en el Este (16.6 por ciento) comparado con controles en lugares públicos, que se encontraron más en Centro Sur (83.0 por ciento) y en el Norte (66 por ciento).

Según el idioma hablado en la casa, las madres que hablan habitualmente Guaraní en la casa son las que más se hacen controles en el sector público (70.7 por ciento) en comparación a las que acudieron al sector privado (6.7 por ciento). De acuerdo al nivel socioeconómico, el 5.6 por ciento de las del nivel bajo hacen controles de embarazo en el sector privado, mientras 38.7 por ciento de las del nivel alto utilizan servicios de este sector.

Como se muestra en el Cuadro 11.2, a nivel nacional, había 11.3 por ciento de madres que no hicieron ningún control prenatal, y 3 por ciento de las madres realizaron uno sólo, 18.8 por ciento acudieron a dos o tres controles, y 8.7 por ciento realizó cuatro. En el 57.4 por ciento de los nacimientos, las madres se realizaron el número adecuado, (cinco y más controles). Se muestra la situación más crítica para tener controles en áreas rurales, donde solamente 44.4 por ciento de las mujeres embarazadas

tuvieron controles suficientes; según los datos en las regiones, el problema de no tener adecuados controles se presenta en el Norte y Este, donde apenas 38.9 y 45.7 por ciento,respectivamente, de las madres han tenido cinco y más controles. Las madres sin instrucción o con poca instrucción (0-2 años) y que no terminaron la primaria (3-5 años), están lejos de alcanzar los niveles adecuados de control prenatal (5 y más), apenas 32.3 y 42.1 por ciento para ambos grupos mencionados. Así como aquellas que sólo hablan Guarani (40.5%), de nivel socioeconómico bajo (36.9%) y de paridez mayor a cinco hijos (39.2%).

En referencia al trimestre del embarazo (Cuadro 11.2), los datos nacionales indican que solamente el 58.1 por ciento de las mujeres embarazadas recibieron atención prenatal en el primer trimestre (lo recomendado), otro 30.6 por ciento en el segundo o tercer trimestre, y el resto (11.3 por ciento) no lo recibió. La asistencia tardía al primer control (en el 2do. o 3er. trimestre) es mayor en las regiones Norte (39.6%) y Este (34.8%)y entre las mujeres menos educadas y las que tienen mayor paridez.

11.2 Vacuna Antitetánica Durante el Embarazo

La aplicación de la vacuna antitetánica durante el embarazo es para prevenir al niño de contraer el tétano neonatal y a la mujer de contraer el tétano obstétrico, producto de las deficientes condiciones de higiene que rodean al parto. La importancia de esta vacuna es mayor para los partos no atendidos profesionalmente y en zonas de alta prevalencia.

Al nivel nacional, la ENDSR-95/96 encontró una cobertura de 90.1 por ciento de aplicación de esta vacuna en los embarazos de los últimos cinco años anteriores a la encuesta (Cuadro 11.3). Este tipo de vacunación es más común entre madres en áreas urbanas (94.3 por ciento), Gran Asunción (95.2 por ciento) y Centro Sur (93.3 por ciento). Las madres que hablan otro idioma distinto a Español o Guaraní tienen un porcentaje más bajo de aplicación de esta vacuna (77.6 por ciento).

11.3 Lugar de Atención y Tipo de Asistencia Profesional del Parto

El Cuadro 11.4 presenta información sobre el porcentaje de los partos de los nacidos vivos en los últimos 5 años que fueron institucionales y domiciliarios. Para los institucionales presenta el porcentaje en instituciones públicas y privadas, y para los partos domiciliarios presenta información sobre quien asistió al parto. En general 56.8 por ciento de los partos fueron institucionales, de los cuales 43.3 por ciento ocurrió en instituciones públicas y 13.5 por ciento en instituciones privadas.

Partos institucionales son más comunes en áreas urbanas (76.1%) y Gran Asunción (83.5%), para las mujeres con educación secundaria o superior (90.9%) y las que hablan español (86.1%), y para los primeros partos de una mujer (71.8%).

El 43 por ciento de las madres tuvieron sus partos en casa, sea con obstetra profesional (4 por ciento) o con parteras (31.3 por ciento); los demás partos domiciliarios fueron con familiares (2.8%) o solas, sin asistencia (1.5%). Los partos domiciliarios con una partera son más frecuentes en áreas rurales (42.6 por ciento) y en la región Norte (44.4 por ciento); y para mujeres menos educadas (46.8%) y con nivel socioeconómico bajo (48.1%). Cabe mencionar que el 15 por ciento de las mujeres con 0-2 años de educación tuvo su parto sin asistencia adecuada, sola (5.1 por ciento) o solamente con familiares (9.9 por ciento).

El Cuadro 11.5 presenta más detalles sobre la profesión de la persona que asistió a los partos institucionales (se excluye del análisis los partos ocurridos en la casa). La atención profesional del parto se presta con médicos (51.3 por ciento), obstetras (43.0 por ciento), y enfermeras (4.9 por ciento) y auxiliares de enfermería (0.1 por ciento). Médicos atendieron los partos institucionales más frecuentamente en áreas urbanas (62.8 por ciento) que en áreas rurales (36.2 por ciento). Es

importante la atención de la obstetra en zonas rurales (53.8 por ciento), y en regiones específicas como el Norte (55.0 por ciento) y Centro Sur (53.5 por ciento). Aumenta la atención de médicos cuando la madre tiene más años de instrucción, y es de nivel socioeconómico alto.

11.4 Tipo de Parto

Los hallazgos de la ENDSR-95/96 expresados en el Cuadro 11.6 indican que el 15.3 por ciento de los partos fueron por cesárea, y el otro 85 por ciento fueron por via vaginal. Dado que 56.8 por ciento de los partos fueron institucionales y que todos los partos por cesárea son institucionales se puede calcular que el 26.9 por ciento de los partos institucionales fueron cesáreas (ver la penúltima columna del Cuadro 11.6).

Comparando el porcentaje de cesáreas de todos los nacidos vivos en los últimos 5 años y el porcentaje de cesáreas de los partos institucionales, se puede apreciar que mucha de la variación en el porcentaje de cesáreas (de todos los partos) puede ser atribuida a la variación en el porcentaje de los partos que son institucionales. Por ejemplo, el porcentaje de cesáreas en áreas urbanas es casi 3 veces más que el porcentaje de cesáreas en áreas rurales (24.1 contra 8.8 por ciento), pero considerando solamente los partos institucionales, el porcentaje de cesáreas en áreas urbanas es 1.5 veces más que el porcentaje en áreas rurales (31.7 contra 20.7 por ciento).

Aún cuando se consideran solamente los partos institucionales hay grandes diferencias en el porcentaje de cesáreas según nivel de educación. Las más altas tasas de cesáreas se encuentran entre los partos de las mujeres menos educadas (29 por ciento entre las con 0-2 años) y entre las más educadas (29.6 por ciento para mujeres con 7-11 años y 48 por ciento para las de secundaria completa y superior).

El porcentaje de todos los partos que fueron cesáreas tienen un valor mucho más elevado en el área urbana (24.1 por ciento) y Gran Asunción (30.3 por ciento) que en el área rural (8.8 por ciento). Las madres que hablan sólo Guaraní en casa tienen las cifras más bajas de cesárea (7.1 por ciento), y es más común cuando aumenta el nivel socioeconómico.

Cabe mencionar que la Organización Panamericana de Salud en su plan de reducción de la mortalidad materna indica que la tasa de cesárea no debe ser mayor al 15%. Una tasa mayor surgiere que se están haciendo cesáreas innecesarias, que tambien tienen cierto riesgo para la mortalidad materna.

11.5 Atención Postparto de la Madre

El control postparto tiene importancia en la atención de la salud reproductiva, porque permite identificar alguna morbilidad materna dependiente de las condiciones de atención del parto y procurar su tratamiento oportuno, particularmente cuando dicho control es "precoz" (dos semanas después del parto) y en todos los casos, porque permite aconsejar medidas de planificación familiar adecuadas al período de lactancia y de acuerdo con las necesidades y deseos de las usuarias.

El Cuadro 11.7 presenta información sobre el porcentaje de los partos de nacidos vivos en los últimos 5 años que fueron seguidos por atención postparto de la madre, dónde fue obtenida esta atención, y cuánto tiempo pasó entre el parto y la atención postparto. En total, 51.2 por ciento de los partos fueron seguidos por atención postparto de la madre; 68.2 por ciento en áreas urbanas y 38.5 por ciento en áreas rurales. La atención postparto es más común en los partos institucionales (67.6 por ciento) que en los partos domiciliarios (29.7 por ciento).

De las que tuvieron control postparto, 24 por ciento lo recibió en una institución privada, porcentaje que sube con el nivel educativo de la mujer de 5.9 por ciento entre las que tienen ente 0-2 años, hasta 57.8 por ciento entre las que tienen 12 años y más de instrucción. El 71 por ciento obtuvo la atención postparto de una institución pública y 5 por ciento de una partera u otro lugar.

De los controles postpartos obtenidos, 10.5 por ciento ocurrieron en la primera semana después del parto, 45.3 por ciento dentro de las dos semanas siguientes y 57.8 por ciento en el mes después del parto. Los controles postpartos de partos institucionales fueron más tempranos que los controles de los partos domiciliarios. El 62.9 por ciento de los controles postpartos de partos institucionales ocurrieron el primer mes, comparado con 42.2 por ciento para partos domiciliarios. **11.6 Morbilidad Materna**

Existen pocos datos sobre morbilidad materna a nivel poblacional. Sin embargo, para reducir la mortalidad materna sería importante reducir la tasa de morbilidad materna o por lo menos evitar que avancen con severidad tal que causen la muerte de la mujer. Además, es importante conocer la morbilidad materna por el papel que juega en la morbilidad y mortalidad fetal y neonatal.

Para obtener datos poblaciones sobre la morbilidad materna se incluyeron en la ENDSR-95/96 una serie de preguntas sobre los problemas que tuvieron las mujeres paraguayas durante sus embarazos, partos, y en el puerperio. Estas preguntas se dirigieron solamente al subgrupo de mujeres que tuvieron un parto (de un nacido vivo o nacido muerto) o aborto desde enero de 1993. Para reducir el sesgo de falta de memoria de la entrevistada, solamente se preguntó sobre el último embarazo durante este período.

El universo para este análisis es diferente que el anterior, el cual presenta resultados representativos de todos los nacidos vivos en el período de 5 años antes de la entrevista. Por eso, el denominador para los resultados de esta sección del informe es diferente que el denominador en los cuadros anteriores y algunos porcentajes difieren en pequeñas magnitudes.

También es importante señalar que los datos de morbilidad materna son autoreportados y por lo tanto pueden ser subjetivos. Algunas preguntas requerían que quien contestara reportara su propia percepción de su salud. Esta percepción depende de factores tales como las experiencias anteriores, el grado de conocimiento y concientización sobre su salud y su tolerancia física y sicológica de diferentes grados de dolor u otras manifestaciones de deterioro de la salud. Lo normal para una mujer puede ser anormal para otra. Por ejemplo, una mujer nulípara puede tener diferentes percepciones a las de una mujer con un cuarto embarazo. Una mujer que tuvo controles prenatales puede darse cuenta de problemas, como anemia o presión alta, que no sabría de otra manera. Mujeres con mayores niveles de instrucción tienden a ser más conscientes sobre su salud que mujeres con bajos niveles educativos. Al interpretar los resultados sobre morbilidad materna deben tomarse en cuenta estas consideraciones.

Esta sección comienza con la discusión de los resultados de los embarazos (aborto, mortinato, nacido vivo) y de los resultados perinatales (mortalidad perinatal, prematurez y bajo peso al nacer). Se continúa con datos sobre los abortos y su tratamiento. Luego, para los embarazos que resultaron en un nacido vivo o un mortinato, siguen datos sobre las prevalencias de morbilidades durante tres períodos del embarazo: antenatal (antes del trabajo del parto), durante el parto y postparto. Para morbilidades antenatales y las durante el parto se presentan datos de los efectos de estas morbilidades sobre el resultado perinatal.

11.7 Resultados de los Embarazos

En el Cuadro 11.8 se presenta el porcentaje de los últimos embarazos desde enero de 1993 que terminaron en un aborto, mortinato o nacido vivo, según las características seleccionadas. Se define un aborto como una muerte fetal antes de los seis meses de gestación. Un mortinato es una muerte fetal después de los seis meses de gestación. En general, el 91.7 por ciento de los últimos embarazos fueron reportados como nacidos vivos, 7.4 por ciento como abortos, y 1.0 por ciento como mortinatos.

La declaración de un aborto como resultado del último embarazo es más común en Gran Asunción y áreas urbanas, y entre mujeres mayor educadas y de nivel socioeconómico alto. Se esperaría mejores resultados, tanto con respecto a abortos como a mortinatos, en mujeres con altos niveles de instrucción y socioeconómico, dado que generalmente tienen mejor estado de salud y mayor acceso a los servicios

de salud. El hecho de que esto no se observara con la tasa de abortos, sugiere que entre estos grupos es más probable que se reconozca y se reporte un aborto, o bien que el aborto inducido sea más frecuente.

El porcentaje de embarazos que terminan en un aborto es mucho más alto cuando ocurren a mujeres con 40 años o más de edad (20.8 por ciento comparado con 7.4 por ciento para todas las mujeres), resultado que refleja un verdadero riesgo elevado de un aborto espontáneo en este grupo de mujeres. También el aborto es más común entre mujeres sin control prenatal (26 por ciento) pero esto está afectado por causalidad reversa. Los abortos ocurren más temprano en el embarazo de tal manera que hay menor oportunidad de obtener control prenatal.

11.8 Resultados Perinatales

El Cuadro 11.9 resume la información sobre resultados perinatales para los embarazos que resultaron en un nacido vivo o en un nacido muerto (mortinato). Los indicadores presentados son la mortalidad perinatal, la prematurez y el bajo peso al nacer. La tasa de mortalidad perinatal incluye los mortinatos y las muertes neonatales tempranas (entre 0 y 7 días después del parto). Para definir la prematurez se les preguntó a las entrevistadas si el parto del último nacido vivo o nacido muerto ocurrió a tiempo o fue prematuro. Si respondieron que fue prematuro se les preguntó cuántas semanas antes de lo esperado. Los partos reportados como más de 2 semanas antes de lo esperado fueron definidos como partos prematuros. El bajo peso al nacer se reporta solamente para las mujeres cuyo último embarazo resultó en un nacido vivo y el infante fue pesado en la primera semana de vida. Se define bajo peso al nacer como un peso menor a 2.500 gramos. En general, la tasa de mortalidad perinatal es de 2.1 por ciento, la tasa de partos prematuros es de 4.1 por ciento, y la tasa de bajo peso al nacer es de 8.3 por ciento.

Datos sobre bajo peso al nacer también son presentados en el Cuadro 13.1 para todos los nacidos vivos en los 5 años anteriores a la encuesta. Se puede encontrar en ese cuadro que las madres pudieron reportar un peso al nacer para 82 por ciento de los nacidos vivos en este período de tiempo, y que la tasa de bajo peso es de 8.9 por ciento para este grupo de nacimientos.

Las más altas tasas de mortalidad perinatal están reportadas para partos en mujeres de 40 años o más de edad (5.6 por ciento), mujeres que habían tenido 4 o más partos antes (3.1 por ciento), y mujeres quienes fumaron en los tres meses antes de embarazarse (5.3 por ciento) o durante el embarazo (4.8 por ciento).

Se encuentran más altas tasas de partos prematuros reportados por mujeres en Gran Asunción, con mayor educación y de nivel socioeconómico alto, y entre aquellas que recibieron el primer control prenatal en el primer trimestre del embarazo. Como se mencionó anteriormente esto puede ser debido a un mayor conocimiento de la fecha probable del parto o que el infante nació pretermino o no. No parece muy plausible que estos grupos realmente tengan mayores tasas de prematurez.

Las mujeres con partos institucionales tuvieron mayor probabilidad de reportar un parto prematuro (5.0 por ciento) que los partos domiciliarios (2.6 por ciento). No es seguro si este resultado se debe a mayor referencia a los hospitales de mujeres con partos prematuros o a un mejor conocimiento de si el parto fue pretermino por el acceso a los servicios de salud. Las tasas de prematurez fueron mucho mayores en los partos por cesárea (10.1 por ciento) que en los partos vaginales (2.8 por ciento). También el riesgo de un parto prematuro es más alto en mujeres de edad avanzada (40 y más años) y para aquellas que no tenían partos anteriores o habían tenido 4 o más partos antes.

Como se esperaba las tasas de bajo peso al nacer son mayores para mujeres menos educadas (17.4 por ciento para las con 0-2 años), de nivel socioeconómico bajo (12.1 por ciento), y entre las que no recibieron control prenatal (14.7 por ciento). También se observan más altas tasas de bajo peso para partos de mujeres menores de 20 años (10.1 por ciento), mayores de 39 (21.3 por ciento) y para partos

de mujeres que habían tenido 4 o más partos antes (10.6 por ciento). Cabe mencionar que las diferencias son mínimas entre partos institucionales (7.9 por ciento) y domiciliarios (9.3 por ciento); y entre partos por cesáreas (8.5 por ciento) y vaginales (8.2 por ciento).

11.9 Características y Tratamiento de los Abortos

El Cuadro 11.10 muestra algunas características de los abortos que fueron reportados como resultado del último embarazo a partir de enero de 1993, y que representan 7.4 por ciento del total de embarazos declarados. Se puede ver que 86.8 por ciento fueron reportados como abortos espontáneos y solamente 11.6 por ciento como inducidos. Más de la mitad de estas terminaciones de embarazo ocurrieron antes de las 12 semanas o en el primer trimestre del embarazo y sólo 7 por ciento después de una duración de 20 semanas o más de gestación. Las mujeres más educadas tenían mayor probabilidad de reportar un aborto después de una duracíon de 20 semanas o más, alcanzando 20.4 por ciento para las que tenían secundaria completa o superior.

De las mujeres que reportaron un aborto, el 70.2 por ciento recibió algún tipo de atención médica en un hospital o clínica y otro 8.7 por ciento recibió atención de una partera, mientras 21.1 por ciento reportó que no recibió atención después del aborto. De las que habían recibido algun control prenatal solamente 7.3 por ciento reportó no haber recibido atención después de perder el embarazo comparado con 35.5 por ciento entre las mujeres que no tuvieron atención prenatal.

El Cuadro 11.11 presenta más información sobre el tratamiento recibido por las mujeres que fueron a un hospital o clínica para la atención médica después del aborto. Solamente 9.2 por ciento no fue internada, 73.8 por ciento fue hospitalizada entre menos de un día hasta 3 días, y 17.0 por ciento fue hospitalizada de 4 a 15 días. Los tratamientos más comunes que recibieron fueron antibióticos (86.4 por ciento) y legrado (86.1 por ciento). El 13.7 por ciento recibió transfusión de sangre y el 6 por ciento tuvo una cirugía.

11.10 Morbilidad Antenatal

La prevalencia de morbilidades antenatales y su efecto sobre el feto fue medida solamente en mujeres con un embarazo que terminó en un nacido vivo o un nacido muerto (excluyendo los abortos). El Cuadro 11.12 resume la prevalencia de algunos problemas antenatales reportados por estas mujeres. Tres de los problemas (desmayos/pérdida de conciencia, sangrado, y presión arterial alta) tienen referencia solamente al período del embarazo antes que comenzaran los dolores del parto. El cuarto problema (experiencia de ataques o convulsiones) refiere al embarazo, durante el parto y después del parto sin diferenciar cuando ocurrieron los ataques. Resultados sobre presión arterial alta están presentados solamente para mujeres que reportaron haber tenido su presión arterial tomada durante el embarazo.

Mujeres que reportaron sangrado en el embarazo fueron clasificadas según la severidad del sangrado en tres grupos: sangrado ligero (sólo manchó la ropa interior); sangrado moderado (también manchó la ropa exterior); y sangrado severo (manchó la ropa de cama). Un cuarto de las mujeres reportó sangrado en el embarazo; 18.0 por ciento con sangrado ligero, 3.9 por ciento con sangrado moderado, y 2.7 por ciento con sangrado severo.

El 21.5 por ciento de las mujeres con presión arterial tomada reportaron presión alta en el embarazo pero 10.5 por ciento ya tenía una historia de presión alta antes del embarazo, lo que sugiere hipertensión crónica. El otro 11.0 por ciento no tenía tal historia previa lo cual sugiere una preeclampsia.

El 4.7 por ciento reportó ataques/convulsiones en el embarazo, parto o después, pero 1.2 por ciento ya tenía una historia de convulsiones antes del embarazo, lo que sugiere epilepsia. El otro 3.6 por ciento no tenía una historia previa de convulsiones lo cual sugiere una eclampsia.

La presencia de desmayos o pérdida de conciencia durante el embarazo se reportó en 6.2 por ciento de las mujeres y no se encontraron grupos con mayor riesgo de este problema, con la excepción de los partos a mujeres con 40 años y más de edad (9.7 por ciento). El sangrado severo en el embarazo ocurrió más en mujeres mayores de 39 años (7.7 por ciento), en mujeres con 4 y más partos anteriores (4.4 por ciento), y en mujeres con menor instrucción.

La posible preeclampsia (presión arterial alta durante el embarazo sin antecedentes de hipertensión) ocurrió más en las de menor nivel educativo (16.3 por ciento), y en mayores de 39 años (15.4 por ciento). La posible eclampsia (ataques o convulsiones en el embarazo, parto o después sin una historia previa) fue más común en áreas rurales (4.3 por ciento), para mujeres menos educadas (6.1 por ciento), y para las que no tuvieron control prenatal durante el embarazo (5.3 por ciento).

11.11 Morbilidad Durante el Parto

El Cuadro 11.13 resume la prevalencia de ciertos problemas durante el parto. El 18.7 por ciento de las madres reportaron una ruptura prematura de las membranas (se le rompió la membrana al menos una hora antes de comenzar los dolores del parto), pero solamente el 5.1 por ciento reportaron una ruptura prolongada de las membranas. Se define una ruptura prolongada como una ruptura que ocurrió al menos una hora antes que comenzaran los dolores del parto y más de 24 horas antes del parto. (Debido a la estructura del cuestionario no fue posible calcular rupturas prolongadas para los partos en que la ruptura ocurrió después de comenzar los dolores del parto.) El 5.5 por ciento de los partos fueron prolongados (duraron más de 24 horas desde que comenzaron los dolores del parto). La retención placentaria fue reportada para 7.2 por ciento del los partos y se define como una placenta que no salió espontáneamente, es decir, sin ayuda. Finalmente, el 7.7 por ciento reportaron que tuveron un desgarro en el parto.

La ruptura temprana de las membranas casi no tiene diferenciales para las características presentadas en Cuadro 11.13, con excepción que se reportó mayor prevalencia de la ruptura temprana por mujeres sin control prenatal (25.3 por ciento), y menor prevalencia por mujeres que tuveron el parto con 40 años o más de edad (11.6 por ciento). Mayor prevalencia de la ruptura prolongada de las membranas también ocurrió durante los partos de mujeres sin control prenatal (7.7 por ciento) y las que tuvieron un parto por cesárea (6.4 por ciento) y un parto institucional que fue referido de otro lugar (9.4 por ciento).

El parto prolongado fue más reportado por las menores de 20 años (8.4 por ciento), sin parto previo (7.2 por ciento), y por las mujeres que tuveron un parto por cesárea (7.5 por ciento) y un parto institucional que fue referido de otro lugar (9.4 por ciento). Casi no hubo diferenciales en partos prolongados según área de residencia y nivel de instrucción de la mujer.

Como era de esperar, las mujeres con partos por cesáreas no reportaron la retención placentaria y casi no reportaron un desgarro en el parto (1.1 por ciento). La experiencia de un desgarro en el parto fue más común en áreas urbanas (10.4 por ciento), para mujeres sin partos previos (10.5 por ciento), y para mujeres menores de 20 años (13.3 por ciento).

En el Cuadro 11.14 se presentan algunos de los tratamientos que recibieron las mujeres durante el parto y el puerperio, según los problemas o complicaciones que experimentaron durante el parto. Los resultados están estratificados según si fue un parto institucional o un parto domiciliario. En total, el 58.9 por ciento de las mujeres recibieron antibióticos, el 17.9 por ciento tuvo una cesárea, al 5.9 por ciento le hicieron legrado, para 2.3 por ciento fue necesaria una tranfusión sanguinea, y al 0.3 por

ciento se le practicó histerectomía. El cuadro también presenta los porcentajes que recibieron estos tratamientos entre las mujeres que no experimentaron ninguna de las 5 complicaciones y los vemos que son muy semejantes a los resultados para todas las mujeres. La prevalencia de todos los tratamientos es mucho más alta para los partos institucionales que para los partos domiciliarios. Por ejemplo, el 77.4 por ciento de las mujeres con un parto institucional reportaron haber recibido antibióticos, comparado con 27.8 por ciento de las mujeres que tuvieron un parto domiciliario.

Enfocando el análisis en los partos instititucionales se observa que casi no hay diferencias en el tratamiento con antibióticos y la tranfusión sanguinea según las complicaciones del parto. El legrado, tiene mayor prevalencia cuando la mujer tuvo una ruptura prolongada de las membranas (13.5 por ciento) o una retención placentaria (15. 7 por ciento). La cesárea tiene más alta prevalencia para mujeres con una ruptura temprana (25.6 por cient), ruptura prolongada (33.8 por ciento), o un parto prolongado (38.6 por ciento).

11.12 Morbilidades del Postparto

En el Cuadro 11.15 se presentan algunas de las complicaciones durante el período postparto (en las seis semanas posteriores al parto). Se observa que el 21.0 por ciento de las mujeres reportaron haber tenido flujos con mal olor; 12.5 por ciento fiebre alta, 9.8 por ciento sangrado intenso, 9.6 por ciento una infección de los senos, 8.9 por ciento dolor al orinar, 3.0 por ciento pérdida involuntaria de orina, y 1.9 por ciento desmayo. Todas estas morbilidades tienen menores diferencias según las características presentadas en el cuadro. Hay una tendencia de las mujeres sin partos anteriores y menores de 20 años de reportar algunas morbildades con más frecuencia (fiebre alta, dolor al orinar y flujos mal olientes) que las otras mujeres.

El Cuadro 11.16 continúa la presentación de las morbilidades del puerperio considerando sus prevalencias según si la mujer había experimentado complicaciones durante el parto. Se observa que la retención placentaria está asociada con mayor prevalencia de todas las morbilidades en el período postparto y que las mujeres que reportaron desgarro en el parto también informan mayor prevalencia de sangrado intenso, flujos mal olientes, fiebre alta y dolor al orinar. Es interesante ver que la ruptura temprana de membranas y el parto prolongado no parecen tener tanta asociación con las morbilidades del puerperio.

11.13 Resultados Perinatales según Morbilidades del Embarazo y Parto

El Cuadro 11.17 resume las asociaciones de morbilidades durante el embarazo y parto con los resultados perinatales. La mortalidad perinatal, que tiene una tasa de 2.1 por ciento de todos los partos, es más alta si la mujer experimentó sangrado moderado (4.3 por ciento) o severo (13.4 por ciento) durante el embarazo. Los partos prematuros, que representan 4.1 por ciento de los partos, también ocurren con más frecuencia cuando la mujer experimentó el sangrado moderado (10.8 por ciento) o severo (21.1 por ciento) durante el embarazo o una ruptura prolongada de las membranas (13.6 por ciento). El bajo peso al nacer, que ocurre en 8.3 por ciento de los nacidos vivos que fueron pesados, es más común si la mujer tuvo desmayos o pérdida de conciencia (16.1 por ciento), sangrado moderado (22.3 por ciento) o severo (20.1 por ciento) en el embarazo, o experimentó una ruptura prolongada de las membranas (15.5 por ciento).

11.14 Detección Oportuna del Cáncer Cervico-Uterino

El cáncer de cuello uterino es una patología neoplásica frecuente y constituye una causa principal de enfermedad y muerte por cáncer en las mujeres. A todas las mujeres casadas o unidas se les preguntó si alguna vez se habían hecho examen para detección oportuna de cáncer de cuello uterino, mediante la toma de citología para el examen de Papanicolau (abreviado PAP), y si lo tuvo se les preguntó el lugar de obtención y cuanto tiempo había pasado desde la última vez.

En el Cuadro 11.18, los resultados señalan que casi 2 tercios (63.9 por ciento) de las mujeres

actualmente casadas/unidas se lo había realizado alguna vez, pero menos de la mitad (44.8 por ciento) en los últimos 2 años. En áreas urbanas el valor es 72.7 por ciento comparado con 54.7 por ciento en las áreas rurales. La cifras son más bajas en las regiones Norte (44.4 por ciento) y Este (55.9 por ciento). Solamente el 28.7 por ciento de las mujeres entre 15-19 años de edad se ha realizado. El valor aumenta entre mujeres con más años de instrucción, y de nivel socioeconómico alto.

La mayoría de los exámenes fueron realizados en una institución del sector público (65.7 por ciento), 24.4 por ciento en el sector privado, y 4.0 por ciento en clínicas del CEPEP. El sector público tiene más cobertura en áreas rurales, en El Norte y Este, y entre mujeres de mayor edad. Se encontró que las mujeres con más nivel educativo y las que pertenecen al nivel socioeconómico alto, tuvieron sus exámenes en mayor proporción en el sector privado.

CUADRO 11.1

PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA QUE TUVIERON ATENCION PRENATAL Y LUGAR DONDE RECIBIERON LA ATENCION, POR CARACTERISTICAS SELECCIONADAS, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	CONTROL PRENATAL			LUGAR DE ATENCION					TOTAL	Nº DE CASOS
	SI	NO	NS/NR	SECTOR PUBLICO	SECTOR PRIVADO	CURANDERO	OTRO/ NS	NUNCA FUE		
TOTAL	**88.7**	**11.3**	**0.0**	**67.9**	**15.1**	**1.9**	**3.8**	**11.3**	**100.0**	**4917**
AREA										
Urbana	94.5	5.5	0.0	66.7	24.0	0.7	3.0	5.5	100.0	1900
Rural	84.4	15.6	.	68.8	8.5	2.8	3.5	15.6	100.0	3017
REGION										
Gran Asunción	95.2	4.7	0.1	67.2	26.9	.	1.2	4.7	100.0	855
Norte	84.4	15.6	.	65.6	10.0	4.8	3.6	15.6	100.0	1212
Centro Sur	93.2	6.8	.	83.0	7.4	0.9	1.9	6.8	100.0	1256
Este	83.4	16.6	.	57.6	16.6	2.5	6.7	16.6	100.0	1594
NIVEL DE INSTRUCCION										
0-2 años	68.4	31.5	0.2	55.8	4.2	4.2	4.3	31.5	100.0	637
3-5 años	84.7	15.3	.	70.5	7.5	2.1	4.7	15.3	100.0	1666
Primaria completa	93.2	6.8	.	76.4	11.6	2.1	3.1	6.8	100.0	1496
Secundaria incompleta	97.6	2.4	.	71.7	23.0	0.4	2.4	2.4	100.0	674
Secundaria completa y Superior	99.6	0.4	.	44.0	51.0	.	4.6	0.4	100.0	444
IDIOMA HABLADO EN LA CASA										
Guaraní solo	83.2	16.8	.	70.7	6.7	3.1	2.6	16.8	100.0	2797
Español solo	97.8	2.2	.	57.7	35.8	1.0	3.4	2.2	100.0	692
Guaraní y Español	95.9	4.0	0.1	73.9	18.7	0.4	2.9	4.0	100.0	1212
Otro	78.3	21.7	.	31.2	21.4	.	25.8	21.7	100.0	216
NIVEL SOCIOECONOMICO										
Bajo	81.4	18.6	0.0	68.5	5.6	3.3	3.9	18.6	100.0	2607
Medio	93.9	6.1	.	76.4	12.5	1.0	4.0	6.1	100.0	1361
Alto	97.6	2.4	.	55.7	38.7	.	3.2	2.4	100.0	949
ORDEN DE NACIMIENTO										
1	94.1	5.9	.	63.4	25.0	1.4	4.2	5.9	100.0	1112
2-3	89.3	10.7	.	66.7	16.1	1.9	4.7	10.7	100.0	1757
4-5	88.6	11.3	0.1	74.2	9.7	1.8	3.0	11.3	100.0	994
6 y más	81.4	18.6	.	69.8	6.8	2.6	2.2	18.6	100.0	1054

CUADRO 11.2

PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA POR NUMERO DE CONTROLES PRENATALES TENIDOS Y TRIMESTRE DEL PRIMER CONTROL, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	NUMERO DE CONTROLES						TRIMESTRE DEL PRIMER CONTROL				Nº DE CASOS
	0	1	2-3	4	5 Y MAS	NS/NR	NINGUNO	1º	2º/3º	TOTAL	
TOTAL	11.3	3.0	18.8	8.7	57.4	0.7	11.3	58.1	30.6	100.0	4917
AREA											
Urbana	5.5	1.4	11.0	6.4	75.0	0.7	5.5	71.8	22.7	100.0	1900
Rural	15.6	4.2	24.6	10.5	44.4	0.8	15.6	48.0	36.4	100.0	3017
REGION											
Gran Asunción	4.7	0.8	6.2	4.8	83.2	0.4	4.7	75.9	19.4	100.0	855
Norte	15.6	4.4	28.8	11.4	38.9	0.9	15.6	44.9	39.6	100.0	1212
Centro Sur	6.8	1.4	17.2	9.2	64.1	1.2	6.8	64.9	28.3	100.0	1256
Este	16.6	4.8	22.9	9.5	45.7	0.5	16.6	48.5	34.8	100.0	1594
NIVEL DE INSTRUCCION											
0-2 años	31.5	4.7	24.4	6.3	32.3	0.8	31.5	36.8	31.7	100.0	637
3-5 años	15.3	4.9	26.4	11.0	42.1	0.3	15.3	48.0	36.7	100.0	1666
Primaria completa	6.8	2.1	17.6	9.6	62.9	1.1	6.8	60.8	32.4	100.0	1496
Secundaria incompleta	2.4	1.0	11.8	7.2	76.7	1.0	2.4	71.0	26.6	100.0	674
Secundaria completa y Superior	0.4	.	1.8	4.3	92.5	1.1	0.4	89.4	10.2	100.0	444
IDIOMA HABLADO EN LA CASA											
Guaraní solo	16.8	4.4	27.0	10.7	40.5	0.5	16.8	45.5	37.6	100.0	2797
Español solo	2.2	1.6	8.3	6.2	80.0	1.7	2.2	79.3	18.5	100.0	692
Guaraní y Español	4.0	0.7	9.9	6.3	78.8	0.4	4.0	71.6	24.4	100.0	1212
Otro	21.7	4.7	11.8	8.6	50.7	2.4	21.7	52.3	26.0	100.0	216
NIVEL SOCIOECONOMICO											
Bajo	18.6	5.2	28.2	10.6	36.9	0.5	18.6	42.0	39.4	100.0	2607
Medio	6.1	1.5	13.8	9.5	67.8	1.2	6.1	65.5	28.4	100.0	1361
Alto	2.4	0.1	5.1	3.7	87.9	0.7	2.4	83.0	14.7	100.0	949
ORDEN DE NACIMIENTO											
1	5.9	1.8	12.1	9.1	69.8	1.3	5.9	68.8	25.3	100.0	1112
2-3	10.7	2.8	16.8	8.1	61.1	0.6	10.7	60.6	28.7	100.0	1757
4-5	11.3	3.1	21.4	8.7	54.7	0.7	11.3	55.9	32.8	100.0	994
6 y más	18.6	4.4	27.8	9.5	39.2	0.5	18.6	43.5	37.9	100.0	1054

CUADRO 11.3

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE NACIDOS VIVOS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, POR OBTENCION DE LA VACUNA ANTITETANICA DURANTE EL EMBARAZO, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS, ENDSR-95/97

CARACTERISTICAS	VACUNA ANTITETANICA				Nº DE CASOS
	SI	NO	NS/NR	TOTAL	
TOTAL	**90.1**	**9.4**	**0.5**	**100.0**	**4917**
AREA					
Urbana	94.3	5.2	0.6	100.0	1900
Rural	86.9	12.6	0.4	100.0	3017
REGION					
Gran Asunción	95.2	4.1	0.7	100.0	855
Norte	86.6	13.0	0.4	100.0	1212
Centro Sur	93.3	5.8	0.8	100.0	1256
Este	86.1	13.7	0.2	100.0	1594
NIVEL DE INSTRUCCION					
0-2 años	73.8	25.7	0.5	100.0	637
3-5 años	86.7	12.9	0.5	100.0	1666
Primaria completa	94.6	5.1	0.3	100.0	1496
Secundaria incompleta	97.3	2.0	0.7	100.0	674
Secundaria completa y Superior	96.6	2.5	0.9	100.0	444
IDIOMA HABLADO EN LA CASA					
Guaraní solo	86.1	13.6	0.3	100.0	2797
Español solo	96.4	2.9	0.6	100.0	692
Guaraní y Español	96.0	3.0	1.0	100.0	1212
Otro	77.6	22.4	.	100.0	216
NIVEL SOCIOECONOMICO					
Bajo	84.6	15.0	0.4	100.0	2607
Medio	94.0	5.2	0.7	100.0	1361
Alto	96.6	3.0	0.4	100.0	949
ORDEN DE NACIMIENTO					
1	94.9	4.5	0.6	100.0	1112
2-3	89.5	10.1	0.4	100.0	1757
4-5	89.9	9.4	0.6	100.0	994
6 y más	85.4	14.1	0.5	100.0	1054

CUADRO 11.4
PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, POR LUGAR DE ATENCION DEL PARTO, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	PARTO INSTITUCIONAL			PARTO DOMICILIARIO					OTRO/ NS	TOTAL	Nº DE CASOS
	TOTAL	PUBLICO	PRIVADO	TOTAL	OBSTETRA	PARTERA	FAMILIARES	SOLA			
TOTAL	**56.8**	**43.3**	**13.5**	**43.2**	**4.0**	**31.3**	**2.8**	**1.5**	**3.5**	**100.0**	**4917**
AREA											
Urbana	76.1	53.5	22.6	23.9	2.6	16.1	1.1	0.6	3.5	100.0	1900
Rural	42.6	35.8	6.8	57.4	5.1	42.6	4.0	2.2	3.6	100.0	3017
REGION											
Gran Asunción	83.5	59.7	23.8	16.5	1.4	12.8	0.6	0.6	1.1	100.0	855
Norte	38.6	31.8	6.8	61.4	6.9	44.4	4.6	2.3	3.3	100.0	1212
Centro Sur	59.3	52.5	6.8	40.7	4.3	30.7	2.4	1.1	2.2	100.0	1256
Este	47.5	31.7	15.8	52.5	4.1	36.7	3.5	2.0	6.1	100.0	1594
NIVEL DE INSTRUCCION											
0-2 años	29.7	25.0	4.7	70.3	3.9	46.8	9.9	5.1	4.7	100.0	637
3-5 años	43.5	37.8	5.7	56.5	4.2	44.0	2.3	1.7	4.2	100.0	1666
Primaria completa	60.0	49.2	10.8	40.0	4.8	29.8	2.0	0.7	2.6	100.0	1496
Secundaria incompleta	78.3	57.7	20.6	21.7	4.5	13.1	0.9	0.5	2.7	100.0	674
Secundaria completa y Superior	90.9	44.5	46.4	9.1	0.8	3.3	0.6	0.4	4.0	100.0	444
IDIOMA HABLADO EN LA CASA											
Guaraní solo	39.3	34.2	5.1	60.7	5.3	47.0	4.0	2.2	2.3	100.0	2797
Español solo	86.1	54.2	31.9	13.9	1.7	7.5	1.0	0.3	3.4	100.0	692
Guaraní y Español	76.3	57.8	18.5	23.7	3.3	16.7	1.0	0.6	2.1	100.0	1212
Otro	43.0	23.7	19.3	57.0	1.9	15.7	5.7	3.2	30.5	100.0	216
NIVEL SOCIOECONOMICO											
Bajo	36.2	32.4	3.8	63.8	5.2	48.1	4.6	2.5	3.4	100.0	2607
Medio	67.5	55.0	12.5	32.5	4.0	22.1	1.6	1.0	3.8	100.0	1361
Alto	86.9	51.4	35.5	13.1	1.7	7.5	0.4	0.1	3.4	100.0	949
ORDEN DE NACIMIENTO											
1	71.8	47.8	24.0	28.2	3.1	19.0	1.5	0.4	4.1	100.0	1112
2-3	60.2	46.3	13.9	39.8	3.3	29.0	2.9	0.4	4.2	100.0	1757
4-5	52.3	43.3	9.0	47.7	4.5	34.7	3.2	1.7	3.7	100.0	994
6 y más	37.4	32.9	4.5	62.6	5.9	46.7	3.8	4.5	1.6	100.0	1054

CUADRO 11.5

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PARTOS INSTITUCIONALES DE NACIDOS VIVOS EN LOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, POR TIPO DE ASISTENCIA PROFESIONAL, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	QUIEN ASISTIO EL PARTO						TOTAL	Nº DE CASOS
	MEDICO	OBSTETRA	ENFERMERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	OTRO	NO SABE		
TOTAL	**51.3**	**43.0**	**4.9**	**0.1**	**0.2**	**0.5**	**100.0**	**2663**
AREA								
Urbana	62.8	34.8	1.7	0.1	0.1	0.5	100.0	1428
Rural	36.2	53.8	9.1	0.1	0.3	0.6	100.0	1235
REGION								
Gran Asunción	73.0	24.6	1.5	0.1	.	0.7	100.0	713
Norte	38.7	55.0	4.4	0.4	1.1	0.4	100.0	477
Centro Sur	40.8	53.5	5.2	.	0.1	0.3	100.0	734
Este	44.0	47.1	8.2	.	0.1	0.6	100.0	739
NIVEL DE INSTRUCCION								
0-2 años	47.7	43.2	8.3	.	.	0.9	100.0	183
3-5 años	39.7	49.6	9.9	.	0.3	0.5	100.0	694
Primaria completa	45.0	49.2	5.1	.	0.2	0.5	100.0	864
Secundaria incompleta	54.7	43.0	1.0	0.2	0.3	0.9	100.0	514
Secundaria completa y Superior	78.6	21.0	0.2	0.2	.	.	100.0	408
IDIOMA HABLADO EN LA CASA								
Guaraní solo	35.7	54.1	9.1	0.1	0.5	0.5	100.0	1050
Español solo	64.1	33.3	2.3	.	.	0.3	100.0	588
Guaraní y Español	58.0	39.1	2.2	0.1	.	0.6	100.0	924
Otro	61.6	30.6	5.3	.	0.7	1.8	100.0	101
NIVEL SOCIOECONOMICO								
Bajo	31.0	57.0	10.6	0.1	0.3	1.0	100.0	921
Medio	50.5	45.3	3.4	.	0.2	0.6	100.0	915
Alto	70.3	28.2	1.3	0.1	0.1	0.1	100.0	827
ORDEN DE NACIMIENTO								
1	63.0	32.4	3.1	0.1	0.3	1.0	100.0	767
2-3	52.4	42.1	4.9	.	0.2	0.4	100.0	1022
4-5	42.9	52.0	4.7	0.2	.	0.2	100.0	495
6 y más	32.6	57.8	9.2	.	0.1	0.2	100.0	379

CUADRO 11.6
PORCENTAJE DE PARTOS POR CESAREA ENTRE TODOS LOS PARTOS Y PARTOS INSTITUCIONALES
DE TODOS LOS NACIDOS VIVOS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA
ENCUESTA, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	TODOS LOS PARTOS			PARTOS INSTITUCIONALES	
	PORCENTAJE CESAREA	PORCENTAJE INSTITUCIONAL	Nº DE CASOS	PORCENTAJE CESAREA	Nº DE CASOS
TOTAL	**15.3**	**56.8**	**4917**	**26.9**	**2663**
AREA					
Urbana	24.1	76.1	1900	31.7	1428
Rural	8.8	42.6	3017	20.7	1235
REGION					
Gran Asunción	30.3	83.5	855	36.3	713
Norte	8.0	38.6	1212	20.7	477
Centro Sur	12.5	59.3	1256	21.1	734
Este	12.1	47.5	1594	25.5	739
NIVEL DE INSTRUCCION					
0-2 años	8.6	29.7	637	29.0	183
3-5 años	7.8	43.5	1666	17.9	694
Primaria completa	12.6	60.0	1496	21.0	864
Secundaria incompleta	23.2	78.3	674	29.6	514
Secundaria completa y Superior	43.6	90.9	444	48.0	408
IDIOMA HABLADO EN LA CASA					
Guaraní solo	7.1	39.3	2797	18.1	1050
Español solo	28.0	86.1	692	32.5	588
Guaraní y Español	23.1	76.3	1212	30.3	924
Otro	22.7	43.0	216	52.8	101
NIVEL SOCIOECONOMICO					
Bajo	6.1	36.2	2607	16.9	921
Medio	16.7	67.5	1361	24.7	915
Alto	33.2	86.9	949	38.2	827
ORDEN DE NACIMIENTO					
1	22.9	71.8	1112	31.9	767
2-3	18.0	60.2	1757	29.9	1022
4-5	9.9	52.3	994	18.9	495
6 y más	6.8	37.4	1054	18.2	379

CUADRO 11.7
PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, POR ATENCION POSTPARTO, LUGAR, TIEMPO DEL PRIMER CONTROL Y CARACTERISTICAS DE LA MADRE, ENDSR-95/96

ATENCION POSTPARTO	TOTAL	AREA		REGION				NIVEL DE INSTRUCCION					LUGAR DEL PARTO	
		URBANA	RURAL	GRAN ASUNCION	NORTE	CENTRO-SUR	ESTE	0-2 AÑOS	3-5 AÑOS	6 AÑOS	7-11 AÑOS	12 Y MAS	INSTITUCIONAL	DOMICILIO
TUVO ALGUN CONTROL DESPUES DEL PARTO														
Sí	51.2	68.2	38.5	76.0	37.4	56.9	38.3	28.8	37.2	54.7	68.7	88.1	67.6	29.7
No	47.8	31.0	60.4	23.4	60.5	42.4	60.8	70.3	61.3	44.6	30.1	11.9	31.6	69.1
NS/NR	1.0	0.8	1.1	0.6	2.1	0.7	1.0	1.0	1.4	0.7	1.2	.	0.8	1.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº DE CASOS	2907	1287	1620	601	648	739	919	331	905	860	467	344	1733	1174
DONDE TUVO ESE CONTROL														
Sector Público	71.0	63.1	81.7	62.8	76.7	89.1	56.4	90.3	83.2	79.0	67.0	38.4	69.2	76.6
Sector Privado	24.0	32.6	12.2	35.9	15.3	9.4	31.0	5.9	9.4	16.4	28.6	57.8	29.2	7.8
CEPEP	0.6	0.5	0.7	0.1	1.7	0.1	1.2	.	0.3	0.9	0.6	0.6	0.3	1.4
Partera/otro/NS	4.4	3.8	5.3	1.2	6.3	1.3	11.4	3.8	7.2	3.7	3.8	3.2	1.3	14.2
TIEMPO DESPUES DEL PARTO HASTA EL PRIMER CONTROL														
0-7 días	10.5	10.5	10.4	11.7	15.1	8.2	9.7	10.5	9.3	9.6	12.2	11.6	10.5	10.5
8-15 días	34.8	41.4	25.8	44.9	24.6	29.6	33.3	20.2	24.0	36.6	34.5	51.2	40.2	18.2
16-31 días	12.5	10.9	14.7	10.5	6.9	17.5	11.2	18.2	14.3	11.9	13.1	8.5	12.2	13.5
1 mes	21.1	19.4	23.3	17.1	24.2	21.9	23.6	28.9	24.4	20.0	20.6	16.2	19.9	24.8
2 meses	8.3	7.4	9.4	5.3	10.3	8.9	10.2	7.4	10.1	8.9	8.8	4.6	7.9	9.5
3+ meses	11.4	8.4	15.4	7.6	16.4	13.2	11.6	14.8	16.1	12.1	9.7	4.7	8.2	21.1
NS/NR	1.5	1.9	0.9	2.9	2.5	0.6	0.5	.	1.8	0.9	1.2	3.1	1.2	2.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº DE CASOS	**1529**	**886**	**643**	**462**	**251**	**448**	**368**	**92**	**341**	**478**	**317**	**301**	**1183**	**346**

CUADRO 11.8

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS ULTIMOS EMBARAZOS ENTRE ENERO DE 1993 Y LA FECHA DE LA ENTREVISTA, POR RESULTADO DEL EMBARAZO, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	RESULTADO DEL EMBARAZO			TOTAL	No. DE CASOS
	ABORTO	MORTINATO	NACIDO VIVO		
TOTAL	**7.4**	**1.0**	**91.7**	**100.0**	**2429**
AREA					
Urbana	9.6	0.7	89.6	100.0	1012
Rural	5.5	1.2	93.4	100.0	1417
REGION					
Gran Asunción	11.3	0.4	88.4	100.0	455
Norte	3.4	1.0	95.6	100.0	590
Centro Sur	7.0	1.7	91.3	100.0	606
Este	7.0	0.8	92.2	100.0	778
NIVEL DE INSTRUCCION					
0-2 años	4.3	2.1	93.6	100.0	283
3-5 años	6.0	1.1	92.9	100.0	791
Primaria completa	7.6	1.0	91.4	100.0	721
Secundaria incompleta	8.8	0.3	90.9	100.0	373
Secundaria completa y Superior	11.0	0.5	88.5	100.0	261
IDIOMA HABLADO EN LA CASA					
Guaraní solo	6.4	1.5	92.1	100.0	1328
Español solo	7.9	0.4	91.7	100.0	367
Guaraní y Español	9.3	0.3	90.4	100.0	620
Otro	4.6	1.4	94.0	100.0	114
INDICE SOCIOECONOMICO					
Bajo	4.7	1.2	94.1	100.0	1196
Medio	8.9	0.8	90.3	100.0	693
Alto	10.2	0.8	89.1	100.0	540
EDAD AL PARTO/ABORTO					
<20	6.9	1.1	92.1	100.0	343
20-29	5.9	0.9	93.2	100.0	1255
30-39	7.9	0.9	91.2	100.0	714
40-49	20.8	1.7	77.5	100.0	117
PARIDAD PREVIA					
0	7.4	1.5	91.2	100.0	534
1	8.4	0.5	91.0	100.0	479
2-3	7.1	0.4	92.5	100.0	688
4 y más	6.9	1.3	91.8	100.0	728
FUMABA EN LOS 3 MESES ANTES DEL EMBARAZO					
Sí	9.2	1.5	89.3	100.0	189
No	7.1	0.9	92.0	100.0	2235
FUMO DURANTE EL EMBARAZO					
Sí	9.0	2.2	88.8	100.0	130
No	7.2	0.9	91.9	100.0	2294
TRIMESTRE DE PRIMER CONTROL					
Ninguno	26.0	2.1	72.0	100.0	327
1°	6.4	0.7	93.0	100.0	1362
2°/3°	0.6	1.0	98.3	100.0	740
LUGAR DEL PARTO*					
Institucional	.	1.1	98.9	100.0	1362
Domicilio/Otro	.	0.9	99.1	100.0	912
TIPO DE PARTO*					
Vaginal	0.0	1.0	99.0	100.0	1888
Cesárea	0.0	1.2	98.8	100.0	386

* - Características del parto excluyen los 155 abortos.

CUADRO 11.9

RESULTADOS PERINATALES, POR CARACTERISTICAS SELECCIONADAS: MUJERES CUYO ULTIMO EMBARAZO A PARTIR DE ENERO DE 1993 RESULTO EN UN NACIDO VIVO O NACIDO MUERTO, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	MUERTE PERINATAL	PARTO PREMATURO	Nº DE PARTOS	BAJO PESO* AL NACER	
				POR-CENTAJE	No. DE CASOS
TOTAL	**2.1**	**4.1**	**2274**	**8.3**	**1834**
AREA					
Urbana	2.5	5.3	922	7.3	868
Rural	1.9	3.1	1352	9.3	966
REGION					
Gran Asunción	1.7	7.1	405	7.3	391
Norte	2.1	2.4	571	10.4	394
Centro Sur	2.1	4.8	568	8.9	493
Este	2.5	2.6	730	7.5	556
NIVEL DE INSTRUCCION					
0-2 años	3.6	3.4	272	17.4	152
3-5 años	3.0	2.7	749	11.1	548
Primaria completa	1.7	5.0	675	7.8	581
Secundaria incompleta	0.8	3.8	343	4.9	322
Secundaria completa y Superior	1.3	6.5	235	3.1	231
IDIOMA HABLADO EN LA CASA					
Guaraní solo	2.5	3.3	1257	11.4	874
Español solo	1.1	4.7	338	3.4	327
Guaraní y espanol	2.0	5.4	569	7.3	538
Otro	2.4	2.8	110	6.1	95
INDICE SOCIOECONOMICO					
Bajo	2.3	2.7	1147	12.1	767
Medio	2.6	5.0	636	7.5	585
Alto	1.4	5.4	491	4.3	482
EDAD AL PARTO					
<20	1.9	3.7	326	10.1	25
20-29	1.8	4.4	1187	7.9	972
30-39	2.3	3.1	663	6.4	546
40-49	5.6	8.8	98	21.3	66
PARIDAD PREVIO					
0	1.9	5.2	500	7.8	448
1	1.8	3.5	447	5.9	387
2-3	1.5	2.8	640	8.5	515
4 y más	3.1	4.7	687	10.6	484
FUMABA EN LOS 3 MESES ANTES DEL EMBARAZO					
Sí	5.3	6.1	173	12.1	116
No	1.9	3.9	2099	8.0	1716
FUMO DURANTE EL EMBARAZO					
Sí	4.8	6.4	118	14.5	71
No	2.0	4.0	2154	8.0	1761
TRIMESTRE DE PRIMER CONTROL					
Ninguno	3.0	2.1	253	14.7	117
1º	2.1	5.5	1286	8.5	1149
2º/3º	2.0	2.0	735	6.4	568
LUGAR DEL PARTO					
Institucional	2.4	5.0	1362	7.9	1315
Domicilio/Otro	1.6	2.6	912	9.3	519
TIPO DE PARTO					
Vaginal	1.9	2.8	1888	8.2	1462
Cesarea	3.1	10.1	386	8.5	372

* - Incluye solamente los nacidos vivos que fueron pesados.

CUADRO 11.10

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS CARACTERISTICAS DE LOS ABORTOS:
MUJERES CUYO ULTIMO EMBARAZO A PARTIR DE ENERO DE 1993 RESULTO EN UN ABORTO, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS DE LOS ABORTOS	TOTAL	AREA		NIVEL DE INSTRUCCION				CONTROL PRENATAL	
		URBANA	RURAL	0-5 AÑOS	PRIMARIA COMPLETA	SECUNDARIA INCOMPLETA	SECUND.COMPLETA Y SUPERIOR	SI	NO/ NR
TIPO DE ABORTO									
Espontáneo	86.8	86.7	87.0	91.1	86.1	83.7	83.7	88.0	85.6
Inducido	11.6	10.6	13.0	8.9	12.2	16.3	10.4	11.0	12.3
NS/NR	1.6	2.7	.	.	1.7	.	5.9	1.0	2.2
SEMANAS AL TERMINAR EL EMBARAZO									
1-7	23.8	29.9	14.8	18.4	16.4	32.7	36.4	23.4	24.2
8-11	26.8	24.1	30.9	31.3	28.2	29.7	13.4	24.2	29.6
12-15	23.1	19.0	29.1	27.1	28.4	13.2	17.6	21.5	24.7
16-19	13.5	12.6	14.8	15.7	15.5	13.6	6.1	15.5	11.4
20+	7.1	7.1	7.1	3.3	2.8	8.1	20.4	9.2	5.0
NS/NR	5.7	7.3	3.3	4.3	8.7	2.8	6.1	6.3	5.0
DIAS DE SANGRADO CON LA PERDIDA									
0-2 días	29.0	33.0	23.1	22.0	29.5	36.9	31.9	34.4	23.3
3-7 días	26.6	23.6	30.9	25.5	19.2	27.9	39.8	24.8	28.5
8-14 días	17.7	15.7	20.8	21.8	21.5	13.5	8.8	16.0	19.6
15 y más	18.6	16.3	22.0	26.4	19.5	21.7	.	14.9	22.5
NS/NR	8.0	11.3	3.3	4.3	10.4	.	19.5	9.9	6.1
LUGAR DE ATENCION									
Sin Atención	21.1	17.1	27.0	22.9	22.6	24.4	11.8	7.3	35.5
Hospital/Clínica Privada	70.2	74.6	63.7	64.1	67.8	67.2	88.2	84.8	55.0
Partera/Otro	8.7	8.3	9.3	13.0	9.7	8.4	.	7.9	9.5
TOTAL	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Nº DE CASOS	155	90	65	53	46	30	26	78	77

CUADRO 11.11

HOSPITALIZACION Y TRATAMIENTO DE ABORTOS, MUJERES CUYO ULTIMO EMBARAZO A PARTIR DE ENERO DE 1993 RESULTO EN UN ABORTO QUE FUE ASISTIDO EN UN HOSPITAL O CLINICA, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	DIAS HOSPITALIZADOS					TRATAMIENTOS RECIBIDOS				Nº DE CASOS
	0-1	2-3	4-15	NO FUE INTERNADA	TOTAL	ANTIBIO-TICOS	TRANSFUSION DE SANGRE	LEGRADO	CIRUGIA	
TOTAL	**36.0**	**37.8**	**17.0**	**9.2**	**100.0**	**86.4**	**13.7**	**86.1**	**6.0**	**106**
AREA										
Urbana	29.0	39.5	20.4	11.1	100.0	86.7	16.7	86.1	8.3	68
Rural	47.9	35.0	11.2	6.0	100.0	86.0	8.4	86.0	2.0	38
CONTROL PRENATAL										
Sí	34.1	38.0	17.9	10.1	100.0	85.2	13.4	85.9	2.5	66
No,NR	39.0	37.6	15.5	7.9	100.0	88.4	14.1	86.4	11.7	40
DIAS DE SANGRADO CON LA PERDIDA										
0-2 días	29.1	53.7	12.9	4.3	100.0	95.8	19.9	88.0	10.9	37
3-7 días	42.7	25.7	16.6	15.1	100.0	90.8	8.7	94.3	0.0	28
8 y más	31.3	37.2	22.3	9.2	100.0	81.9	13.4	82.0	6.7	34

CUADRO 11.12
MORBILIDADES DURANTE EL EMBARAZO:
MUJERES CUYO ULTIMO EMBARAZO A PARTIR DE ENERO DE 1993 RESULTO EN UN NACIDO VIVO O NACIDO MUERTO, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	DESMAYOS/ PERDIDA DE CONCIENCIA	SANGRADO			ATAQUES CONVULSIONES EN EL EMBARAZO, PARTO, O 48 HORAS POSTPARTO			Nº DE CASOS	PRESION ALTA* EN EL EMBARAZO			
		LIGERO	MODERADO	SEVERO	TOTAL	NO ANTES DE EMBARAZO	ANTES DE EMBARAZO		TOTAL	NO ANTES DE EMBARAZO	ANTES DE EMBARAZO	Nº DE CASOS
TOTAL	**6.2**	**18.0**	**3.9**	**2.7**	**4.7**	**3.6**	**1.2**	**2274**	**21.5**	**11.0**	**10.5**	**1919**
AREA												
Urbana	6.2	17.8	3.6	2.4	3.8	2.7	1.2	922	22.3	10.3	12.0	850
Rural	6.1	18.1	4.1	3.0	5.4	4.3	1.1	1352	20.8	11.6	9.2	1069
NIVEL DE INSTRUCCION												
0-2 años	9.5	22.5	5.3	3.8	8.2	6.1	2.1	272	31.7	16.3	15.4	177
3-5 años	7.3	20.0	4.2	2.9	6.7	5.6	1.1	749	22.8	12.1	10.8	594
Primaria completa	3.5	16.7	3.6	3.0	3.0	1.8	1.2	675	20.6	9.9	10.6	596
Secundaria incompleta	8.2	16.5	4.0	1.7	3.6	2.9	0.8	343	18.8	9.2	9.6	323
Secundaria completa y Superior	3.9	13.0	2.6	1.8	1.9	0.9	0.9	235	17.7	10.1	7.6	229
EDAD AL PARTO												
<20	5.7	19.1	4.4	2.1	5.4	4.9	0.4	326	20.2	11.8	8.4	248
20-29	7.4	17.0	3.6	2.5	4.8	3.4	1.4	1187	19.8	11.2	8.6	1021
30-39	3.7	18.1	4.3	2.8	3.9	2.7	1.2	663	24.0	9.7	14.3	572
40-49	9.7	23.7	3.5	7.7	6.4	5.8	0.6	98	31.1	15.4	15.8	78
PARIDAD PREVIA												
0	6.2	19.8	3.5	1.1	4.7	4.4	0.3	500	18.1	10.8	7.3	437
1	6.2	16.7	3.3	3.0	3.8	2.8	1.0	447	22.7	13.3	9.3	398
2-3	6.7	14.3	5.2	2.2	4.2	3.0	1.2	640	19.8	8.4	11.5	540
4 y más	5.6	20.7	3.5	4.4	5.9	3.9	2.0	687	25.6	12.1	13.5	544
TRIMESTRE DE PRIMER CONTROL												
Ninguno	4.8	17.9	4.7	2.0	6.1	5.3	0.8	253	26.7	18.1	8.7	69
1º	6.6	16.8	3.9	2.6	4.7	3.4	1.2	1286	21.3	10.0	11.4	1210
2º/3º	5.8	20.1	3.6	3.3	4.3	3.1	1.1	735	21.3	12.3	9.0	640

*- Sólo se incluye mujeres que reportaron que durante el embarazo le tomaron la presión arterial.

CUADRO 11.13

MORBILIDADES DURANTE EL PARTO: MUJERES CUYO ULTIMO EMBARAZO A PARTIR DE ENERO DE 1993 RESULTO EN UN NACIDO VIVO O NACIDO MUERTO, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	RUPTURA DE MEMBRANAS ANTES QUE COMENZARAN LOS DOLORES DEL PARTO		PARTO PROLONGADO (>24HS.)	RETENCION PLACENTARIA	TUVO DESGARRO	Nº DE CASOS
	RUPTURA TEMPRANA	RUPTURA PROLONGADA (>24 HS. ANTES DEL PARTO)				
TOTAL	**18.7**	**5.1**	**5.5**	**7.2**	**7.7**	**2274**
AREA						
Urbana	16.3	4.3	5.6	7.2	10.4	922
Rural	20.6	5.7	5.4	7.1	5.5	1352
NIVEL DE INSTRUCCION						
0-2 años	20.2	3.7	5.3	4.8	4.0	272
3-5 años	18.4	5.4	5.7	7.9	5.8	749
Primaria completa	20.7	6.1	5.6	5.7	8.9	675
Secundaria incompleta	18.0	4.9	6.7	11.5	12.0	343
Secund. completa y Superior	13.8	3.2	3.2	5.3	7.1	235
EDAD AL PARTO						
<20	17.0	4.6	8.4	8.1	13.3	326
20-29	19.7	5.2	5.4	7.4	7.1	1187
30-39	18.7	5.6	4.2	6.1	6.1	663
40-49	11.6	2.1	4.8	7.1	3.8	98
PARIDAD PREVIA						
0	18.7	5.5	7.2	8.3	10.5	500
1	20.3	5.4	5.8	5.9	10.2	447
2-3	17.2	4.1	4.3	6.8	7.2	640
4 y más	18.8	5.4	5.0	7.4	3.9	687
TRIMESTRE DE PRIMER CONTROL						
Ninguno	25.3	7.7	8.0	3.8	2.0	253
1º	17.9	4.5	5.4	6.3	8.3	1286
2º/3º	17.7	5.3	4.9	9.9	8.5	735
TIPO DE PARTO						
Vaginal	19.3	4.8	5.1	8.7	9.1	1888
Cesárea	16.0	6.4	7.5	0.0	1.1	386
LUGAR DEL PARTO						
Domicilio/Otro	20.1	4.5	5.4	7.7	3.4	912
Institucional	17.8	5.4	5.6	6.8	10.2	1362
- Planeado allá	17.0	4.8	5.0	7.2	9.8	1182
- Referido/urgencia	22.6	9.4	9.4	3.9	13.0	177

CUADRO 11.14

TRATAMIENTOS RECIBIDOS DURANTE EL PARTO O DESPUES, SEGUN MORBILIDADES DURANTE EL PARTO: MUJERES CUYO ULTIMO EMBARAZO A PARTIR DE ENERO DE 1993 RESULTO EN UN NACIDO VIVO O NACIDO MUERTO, ENDSR-95/96

LUGAR DEL PARTO / COMPLICACIONES	ANTIBIOTICOS	TRANSFUSION SANGUINEA	LEGRADO	HISTERECTOMIA	CESAREA	Nº DE CASOS
TODOS LOS PARTOS						
TOTAL	**58.9**	**2.3**	**5.9**	**0.3**	**17.9**	**2274**
Partos Sin Complicaciones	57.9	2.2	5.0	0.1	20.6	1541
Complicaciones						
- Ruptura Temprana	56.6	2.6	7.9	0.2	15.3	418
- Ruptura Prolongada	60.1	3.4	9.8	0.8	22.5	109
- Parto Prolongado	58.5	3.5	6.2	1.2	24.5	133
- Retencion Placentaria	65.7	2.2	13.8	0.9	0.0	157
- Tuvo desgarro	76.4	3.0	6.9	2.7	2.5	162
PARTOS INSTITUCIONALES						
TOTAL	**77.4**	**3.3**	**8.1**	**0.4**	**28.5**	**1362**
Partos Sin Complicaciones	77.4	3.1	7.4	0.1	33.1	914
Complicaciones						
- Ruptura Temprana	75.1	4.1	9.6	0.4	25.6	241
- Ruptura Prolongada	80.1	5.0	13.5	1.2	33.8	71
- Parto Prolongado	80.7	3.7	8.0	1.2	38.6	82
- Retencion Placentaria	78.4	2.1	15.7	1.0	0.0	92
- Tuvo desgarro	80.1	3.2	6.9	2.5	3.0	131
PARTOS DOMICILIARIOS						
TOTAL	**27.8**	**0.7**	**2.2**	**0.2**	**0.1**	**912**
Partos Sin Complicaciones	25.8	0.6	1.1	0.0	0.2	627
Complicaciones						
- Ruptura Temprana	29.0	0.3	5.3	0.0	0.0	177
- Ruptura Prolongada	20.2	0.0	2.4	0.0	0.0	38
- Parto Prolongado	20.1	3.3	3.3	1.2	0.0	51
- Retencion Placentaria	46.9	2.3	10.9	0.9	0.0	65
- Tuvo desgarro	57.8	2.0	6.5	3.4	0.0	31

CUADRO 11.15

MORBILIDADES DE PUERPERIO MUJERES CUYO ULTIMO EMBARAZO A PARTIR DE ENERO DE 1993 RESULTO EN UN NACIDO VIVO O NACIDO MUERTO, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	SANGRADO INTENSO	DESMAYO	FIEBRE ALTA	INFECCION DE LOS SENOS	DOLOR AL ORINAR	FLUJOS MAL OLIENTES	PERDIDAS INVOLUNTARIAS DE ORINA	Nº DE CASOS
TOTAL	**9.8**	**1.9**	**12.5**	**9.6**	**8.9**	**21.0**	**3.0**	**2274**
AREA								
Urbana	9.2	1.7	11.2	9.9	8.9	16.6	3.3	922
Rural	10.2	2.1	13.6	9.3	8.9	24.5	2.7	1352
NIVEL DE INSTRUCCION								
0-2 años	9.6	2.7	15.4	10.0	7.9	25.1	4.1	272
3-5 años	10.9	2.1	13.8	9.2	9.3	23.6	2.9	749
Primaria completa	10.2	1.0	11.1	8.7	7.4	22.4	2.9	675
Secundaria incompleta	6.1	2.7	13.6	8.9	11.4	18.8	2.4	343
Secundaria completa y Superior	10.6	1.7	8.6	13.1	8.9	9.5	3.4	235
EDAD AL PARTO								
<20	10.1	1.0	13.8	10.5	13.1	28.7	3.3	326
20-29	10.5	2.9	12.7	10.5	9.2	19.9	2.8	1187
30-39	8.6	0.6	12.2	7.7	6.3	17.7	3.2	663
40-49	6.6	2.1	8.1	6.8	7.4	28.5	3.3	98
PARIDAD PREVIA								
0	8.9	2.6	13.1	12.1	12.6	17.9	3.9	500
1	9.1	2.1	10.6	8.8	9.8	21.6	2.3	447
2-3	11.8	1.6	13.3	9.7	6.4	21.1	2.2	640
4 y más	9.0	1.4	12.7	7.7	7.5	23.3	3.5	687
TRIMESTRE DE PRIMER CONTROL								
Ninguno	9.3	3.0	14.4	9.8	7.7	22.4	2.4	253
1º	9.6	1.7	11.8	9.5	9.1	19.1	3.1	1286
2º/3º	10.2	1.9	13.2	9.6	9.0	24.1	3.1	735
TIPO DE PARTO								
Vaginal	10.7	1.7	12.9	8.9	9.0	22.5	3.3	1888
Cesárea	5.4	3.0	10.8	12.8	8.5	14.4	1.5	386
LUGAR DEL PARTO								
Domicilio/Otro	10.2	1.8	14.3	10.3	8.2	23.5	3.7	912
Institucional	9.5	2.0	11.5	9.1	9.3	19.5	2.6	1362
- Planeado allá	9.6	1.8	11.3	9.0	9.1	19.5	2.8	1182
- Referido/urgencia	8.3	3.3	12.6	9.5	11.1	18.9	1.5	177

CUADRO 11.16

MORBILIDADES DEL PUERPERIO, SEGUN COMPLICACIONES DEL PARTO, MUJERES CUYO ULTIMO EMBARAZO A PARTIR DE ENERO DE 1993 RESULTO EN UN NACIDO VIVO O NACIDO MUERTO, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	SANGRADO INTENSO	DESMAYO	FIEBRE ALTA	INFECCION DE LOS SENOS	DOLOR AL ORINAR	FLUJOS MAL OLIENTES	PERDIDA INVOLUNTARIA DE ORINA	Nº DE CASOS
TOTAL	**9.8**	**1.9**	**12.5**	**9.6**	**8.9**	**21.0**	**3.0**	**2274**
Partos sin complicaciones	9.1	1.6	11.5	8.7	7.6	19.0	2.5	1541
COMPLICACIONES								
- Ruptura Temprana	7.4	2.1	14.0	10.2	10.6	23.0	4.7	418
- Ruptura Prolongada	8.6	0.8	13.0	10.5	10.9	21.8	3.0	109
- Parto Prolongado	12.0	2.3	12.8	12.7	8.9	25.5	1.5	133
- Retención Placentaria	18.2	4.8	18.9	13.4	18.7	35.4	5.8	157
- Tuvo desgarro	20.4	1.4	16.8	14.8	15.9	31.2	4.8	162

CUADRO 11.17

RESULTADOS PERINATALES, SEGUN MORBILIDADES DEL EMBARAZO Y PARTO, MUJERES CUYO ULTIMO EMBARAZO A PARTIR DE ENERO DE 1993 RESULTO EN UN NACIDO VIVO O NACIDO MUERTO, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	MUERTE PERINATAL	PARTO PREMATURO	Nº DE PARTOS	BAJO PESO* AL NACER	
				PORCENTAJE	Nº DE CASOS
TOTAL	**2.1**	**4.1**	**2274**	**8.3**	**1834**
MORBILIDADES DEL EMBARAZO					
Presión alta en embarazo	3.1	5.8	416	8.7	370
Presión alta (en emb y /antes)	3.3	5.0	214	7.4	194
Presión alta (sólo embarazo)	2.9	6.6	202	10.0	176
Desmayos/pérdida de conciencia	1.5	4.2	147	16.1	112
Sangrado ligero	3.1	4.1	403	9.3	319
Sangrado moderado	4.3	10.8	91	22.3	71
Sangrado severo	13.4	21.1	65	20.1	44
Ataques en emb/parto/48	2.7	4.6	111	10.1	85
Ataques (en embarazo y antes)	3.6	7.1	28	-	21
Ataques (sólo embarazo)	2.4	3.8	83	10.5	64
MORBILIDADES DEL PARTO					
Ruptura temprana	2.5	6.8	418	9.3	328
Ruptura prolongada	3.9	13.6	109	15.5	84
Parto prolongado	4.4	4.0	133	7.4	106
Retención Placentaria	3.6	1.9	157	8.1	122
Tuvo desgarro	1.1	1.1	162	6.2	146

* Solo Nacidos Vivos que fueron pesados al nacer.

CUADRO 11.18

EXAMEN DE DETECCION OPORTUNA DEL CANCER CERVICO-UTERINO (PRUEBA PAPANICOLAOU) Y LUGAR EN QUE SE REALIZO MUJERES CASADAS/UNIDAS DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	TUVO PAPANICOLAOU			LUGAR DE OBTENCION					SUPO EL RESULTADO	Nº DE CASOS
	ALGUNA VEZ	ULTIMOS 2 AÑOS	Nº DE CASOS	MSP/ SECTOR PUBLICO	HOSPITAL/ CLINICA PRIVADA	CEPEP	OTRO/NS	TOTAL		
TOTAL	**63.9**	**44.8**	**4586**	**65.7**	**24.4**	**4.0**	**5.9**	**100.0**	**86.1**	**2837**
AREA										
Urbana	72.7	52.2	2146	56.6	33.7	4.3	5.3	100.0	90.2	1536
Rural	54.7	37.2	2440	78.2	11.7	3.4	6.7	100.0	80.5	1301
REGION										
Gran Asunción	74.9	53.5	1025	56.0	37.2	2.2	4.6	100.0	91.5	764
Norte	44.4	29.8	968	67.7	19.6	5.8	7.0	100.0	82.0	430
Centro Sur	72.3	54.0	1183	82.9	11.1	1.8	4.2	100.0	84.8	859
Este	55.9	36.4	1410	57.8	26.0	7.6	8.7	100.0	83.0	784
NIVEL DE INSTRUCCION										
0-2 años	43.3	27.5	531	76.3	10.3	5.0	8.4	100.0	73.4	217
3-5 años	55.3	35.0	1449	79.8	12.2	2.8	5.2	100.0	81.6	780
Primaria completa	66.0	47.2	1293	74.7	15.1	4.3	5.8	100.0	86.5	834
Secundaria incompleta	75.1	55.3	714	59.5	28.8	4.9	6.8	100.0	88.9	529
Secundaria completa y Superior	81.0	62.5	599	33.7	57.8	3.7	4.8	100.0	94.3	477
EDAD										
15-19	28.7	26.9	246	81.4	16.0	.	2.7	100.0	78.0	66
20-29	61.5	46.0	1667	67.8	22.4	3.7	6.1	100.0	85.8	993
30-39	71.1	49.9	1739	63.8	26.6	4.0	5.7	100.0	87.7	1186
40-49	64.0	39.3	934	64.7	24.4	4.8	6.2	100.0	84.7	592
IDIOMA HABLADO EN LA CASA										
Guaraní solo	52.8	35.3	2207	80.4	10.2	3.5	5.8	100.0	77.8	1139
Español solo	75.2	57.2	854	48.1	42.9	3.5	5.4	100.0	92.5	628
Guaraní y Español	74.9	52.6	1284	64.9	26.1	5.0	3.9	100.0	90.3	952
Otro	49.4	31.6	241	39.8	31.5	1.0	27.6	100.0	87.5	118
INDICE SOCIOECONOMICO										
Bajo	48.5	32.1	1875	85.3	6.0	2.5	6.2	100.0	74.8	891
Medio	65.4	45.6	1370	74.2	14.7	4.9	6.2	100.0	87.1	885
Alto	79.3	58.0	1341	46.4	44.0	4.2	5.4	100.0	93.0	1061

CAPITULO 12

LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACION SUPLEMENTARIA

Mundialmente se reconoce que la lactancia materna es un determinante importante de la probabilidad de sobrevivencia en la niñez. La leche materna es el alimento más completo que un infante puede recibir, ya que incluye todos los nutrientes que este necesita en los primeros meses de vida y por lo general está exenta de contaminación (McCann et al., 1984). Además de alimento propiamente dicho, es un medio de transmisión de anticuerpos que contribuyen al mecanismo de defensa inmunológica del niño. También, desde el punto de vista de salud reproductiva, la práctica de la lactancia materna exclusiva, intensiva y frecuente, en la mayoría de los casos demora el retorno de la ovulación, reduciendo la probabilidad de espacios intergenésicos cortos, que constituyen uno de los principales factores asociados al riesgo reproductivo.

En este capítulo se analiza el inicio y duración de la lactancia, así como los patrones de alimentación suplementaria.También se presentan otros indicadores usados por la OMS para evaluar la adecuación de las prácticas de lactancia materna.

12.1 Iniciación de la Lactancia Materna

En el Cuadro 12.1 se muestran las variaciones en el porcentaje de niños amamantados, según algunas características seleccionadas. En general, las mujeres de las regiones de Gran Asunción y Este y con niveles de instrucción más alta son las que tienden a amamantar menos. También las madres que tienen su parto en una Sanatorio/Hospital Privado o en el Hospital de Clínicas tienen menor incidencia de iniciar la lactancia materna que madres que tienen sus partos en otros lugares.

El inicio precoz de la lactancia materna es beneficioso para la salud de la madre y del niño. Si la madre empieza a dar pecho inmediatamente después del parto, se produce una descarga de oxitocina y causa contracciones del útero que contribuyen a la disminución del sangrado postparto. Además, al mamar en forma precoz, el niño ingiere calostro, que contribuye a su protección contra varios tipos de bacterias y otros organismos dañinos (McCann et al., 1984).

En el Cuadro 12.2 se muestra el período transcurrido entre la finalización del parto y el inicio de la lactancia materna, donde se observa que el 15.2 por ciento empezó el amamantamiento en los primeros diez minutos y 29.7 por ciento dentro de una hora. Otro 38.2 por ciento empezó a recibir pecho antes de que transcurrieran 24 horas de haber finalizado el parto.

12.2 Duración de la Lactancia

La duración promedio de lactancia en Paraguay es de 11.4 meses (Cuadro 12.3 y Gráfico 12.1). La lactancia exclusiva (le da solamente el pecho sin darle al niño otro alimento) tiene una duración promedio de solamente 0.3 meses, y la duración promedio de lactancia completa (pecho que puede ser acompañado por agua u otros líquidos excluyendo otros tipos de leches) se estima en 3.1 meses. La duración de la lactancia disminuye en madres que residen en áreas urbanas, con mayor nivel de instrucción y de nivel socio-económico alto. Según la regionalización, la lactancia dura menos en la región de Gran Asunción. Las mujeres que trabajan fuera del hogar lactan menos que las mujeres que trabajan dentro del hogar o que no trabajan en algo diferente de los oficios domésticos. La duración de la lactancia exclusiva y la completa tienen alta correlación con la de lactancia en general.

En el Cuadro 12.4 se presenta la distribución porcentual de los niños a quienes ya no les

dan pecho, según la razón reportada por la madre para destetarle y la edad al destete. La respuesta más común fue que el niño ya había cumplido la edad de destete, razón que tuvo poca frecuencia para los niños destetados antes de cumplir 3 meses de edad (7.5%), pero fue muy común para las que destetaron a los niños a partir de los 12 meses cumplidos 73.1%). Para los niños destetados más temprano, la respuesta más común fue "poca leche", en segundo lugar está que "niño no quería".

12.3 Suplementación y Práctica de Destete

Se recomienda lactancia exclusiva en los primeros 4 a 6 meses postparto y lactancia suplementaria hasta que no sea posible continuar con la exclusiva (OMS, 1981), ya que la edad de introducción de otros alimentos y líquidos no incluyendo leche materna y el tipo de comida introducida, pueden ser cruciales para el balance nutricional, crecimiento y desarrollo del niño, así como para la incidencia de diarrea y otras infecciones. Este es un factor que también afecta la producción de leche materna y la duración de la amenorrea postparto.

Los datos del Cuadro 12.5 y Gráfico 12.2, muestran la distribución porcentual de los niños menores de 2 años de edad, según el tipo de alimentos que reciben además de leche materna, clasificado por edad actual. Solamente 7.6 por ciento de los menores de 3 meses reciben lactancia materna exclusiva; la mayoría recibe leche materna y suplementos. Los suplementos más comunes en este grupo de edad son otros líquidos (33.9 por ciento), agua (30.8 por ciento), y otras leches (16.4 por ciento), mientras que el uso de sólidos o pures es mínimo antes de los 3 meses cumplidos. El uso de sólidos sube rápidamente en los próximos seis meses hasta 52.2 por ciento de niños 3-5 meses y 61.6 por ciento de niños 6-8 meses. Al llegar a 12-14 meses de edad la mayoría no reciben lactancia materna.

12.4 Indicadores de la OMS

Un grupo de trabajo de la OMS, en 1991 recomendó un listado de indicadores para evaluar la adecuación de las prácticas de lactancia en una población. Estos indicadores (Cuadro 12.6) son útiles para resumir los hallazgos del presente Capítulo. Adicionalmente es importante incorporar en este contexto, la proporción de niños menores de 4 meses que no son amamantados.

Los datos de la primera columna de Cuadro 12.6 indican que 7.5 por ciento de niños menores de 4 meses no están recibiendo leche materna. Los porcentajes más altos en esta situación se observan en las regiónes Norte y Este, y entre hijos de mujeres con nivel socioeconómico medio o alto.

Según lo recomendado por la OMS, todos los niños menores de 4 meses deben recibir lactancia materna en forma exclusiva, pero en Paraguay sólo 7.1 por ciento lo reciben. La lactancia exclusiva es más alta en Gran Asunción y en Centro Sur y en niños de mujeres del nivel socioeconómico alto o que habitualmente hablan Español o Español y Guaraní.

Es claro que la suplementación de la lactancia ocurre más temprano que lo recomendado. De los niños 0-3 meses de edad 58.6 por ciento ya reciben agua u otros líquidos (excluyendo otras leches) además de leche materna. En general esta práctica de introducir suplementos es más común para mujeres de indice socioeconómico bajo o que hablan Guaraní. Al acumular el porcentaje con lactancia exclusiva (7.1 por ciento) y el porcentaje de lactancia predominante (58.6 por ciento), se puede mencionar que 65.7 por ciento de los niños menores de 4 meses, reciben lactancia completa.

Considerando la edad de 4 a 6 meses como el período de transición entre la lactancia

exclusiva y el inicio de la suplementación alimentaria, lo indicado sería que todos los niños de 6 a 9 meses continuaran recibiendo leche materna y en forma simultánea sólidos o purés. Como se muestra en la cuarta columna de Cuadro 12.6, solo el 59.1 por ciento de niños de 6-9 meses reciben la alimentación óptima. Datos no presentados en este documento refieren que casi la totalidad del resto no recibe leche materna.

La OMS recomienda que de ser posible, la lactancia continúe al menos hasta que el niño cumpla 2 años. Las tasas de lactancia continuada de 12-15 meses y 20-23 meses (columnas 5 y 6 de Cuadro 12.6), reflejan cómo las madres se adhieren a esta recomendación. Entre los niños de 12-15 meses de edad, el 39.8 por ciento está siendo lactado y el 14.7 por ciento entre los que tienen 20-23 meses. En este caso las madres de nivel socioeconómico e instrucción más alta tienen mayor probabilidad de no continuar la lactancia como está recomendada.

CUADRO 12.1

NIÑOS QUE FUERON AMAMANTADOS POR CARACTERISTICAS SELECCIONADAS: ULTIMOS NACIDOS VIVOS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	LE DIO PECHO AL NIÑO		TOTAL	Nº DE CASOS
	SI	NO		
TOTAL	**93.6**	**6.4**	**100.0**	**3192**
REGION				
Gran Asunción	93.8	6.2	100.0	639
Norte	94.7	5.3	100.0	732
Centro-Sur	95.2	4.8	100.0	804
Este	91.8	8.2	100.0	1017
AREA				
Urbana	92.9	7.1	100.0	1380
Rural	94.3	5.7	100.0	1812
NIVEL DE INSTRUCCION				
0-2 años	96.5	3.5	100.0	362
3-5 años	93.2	6.8	100.0	1022
6 años	93.6	6.4	100.0	946
7-11 años	94.0	6.0	100.0	496
12 y más	91.6	8.4	100.0	366
INDICE SOCIO-ECONOMICO				
Bajo	94.5	5.5	100.0	1493
Medio	92.8	7.2	100.0	942
Alto	93.2	6.8	100.0	757
ACTIVIDAD ECONOMICA				
No trabaja	93.8	6.2	100.0	2077
Trabaja dentro de la casa	93.3	6.7	100.0	539
Trabaja fuera de la casa	93.1	6.9	100.0	576
IDIOMA HABLADO EN LA CASA				
Guarani	93.8	6.2	100.0	1655
Español	93.2	6.8	100.0	539
Español y Guarani	93.5	6.5	100.0	851
Otro	94.5	5.5	100.0	147
DONDE TUVO EL PARTO				
Establecimientos del Ministerio de Salud Pública y B. Social.	94.9	5.1	100.0	1103
Sanatorio/Hosp. Privado	88.3	11.7	100.0	356
Hospital de Clínicas	83.0	17.0	100.0	55
Cruz Roja	93.1	6.9	100.0	78
Instituto de Previsión Social	97.3	2.7	100.0	154
Hosp. Militar/Policial	95.3	4.7	100.0	35
Clínica/Médico privado	93.5	6.5	100.0	120
En casa con obstetra profesional	92.1	7.9	100.0	133
En casa con partera cha'e	95.1	4.9	100.0	701
En casa con familiares	94.3	5.7	100.0	79
Parto sola	97.8	2.2	100.0	44
En casa de la partera	90.9	9.1	100.0	212
Otro	96.4	3.6	100.0	122

CUADRO 12.2

INTERVALO ENTRE EL PARTO E INICIACION DE LA LACTANCIA, POR CARACTERISTICAS SELECCIONADAS: ULTIMOS NACIDOS VIVOS QUE FUERON AMAMANTADOS, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	TIEMPO ENTRE EL PARTO Y CUANDO COMENZO A DAR PECHO								
	1-10 MINUTOS	11-59 MINUTOS	1-8 HORAS	9-23 HORAS	24-47 HORAS	48 HORAS	NS/NR	TOTAL	Nº DE CASOS
TOTAL	**15.2**	**14.5**	**35.7**	**2.5**	**10.1**	**20.4**	**1.5**	**100.0**	**2996**
REGION									
Gran Asunción	20.1	15.1	38.9	4.3	9.2	10.3	2.1	100.0	600
Norte	19.0	16.7	23.8	1.6	8.7	29.3	1.0	100.0	692
Centro-Sur	20.1	17.3	34.4	1.6	7.8	18.0	0.9	100.0	771
Este	6.2	11.0	39.8	2.4	13.3	25.5	1.9	100.0	933
AREA									
Urbana	16.1	14.1	38.1	3.8	10.7	15.3	1.9	100.0	1281
Rural	14.4	14.9	33.6	1.3	9.6	25.0	1.2	100.0	1715
NIVEL DE INSTRUCCION									
0-2 años	16.2	12.9	31.1	1.2	12.2	24.5	1.9	100.0	349
3-5 años	13.3	13.8	34.4	1.6	10.3	25.1	1.5	100.0	952
6 años	15.4	15.2	34.6	2.0	9.7	21.9	1.1	100.0	891
7-11 años	17.9	17.3	35.9	3.8	8.6	15.1	1.4	100.0	468
12 y más	15.1	12.7	45.0	5.1	10.6	9.2	2.3	100.0	336
INDICE SOCIO-ECONOMICO									
Bajo	14.2	14.9	30.8	1.6	9.4	27.9	1.1	100.0	1416
Medio	16.3	16.3	36.4	2.1	10.1	17.4	1.4	100.0	872
Alto	15.6	12.1	42.5	4.2	11.2	12.1	2.3	100.0	708
ACTIVIDAD ECONOMICA									
No trabaja	14.9	14.6	34.9	1.9	9.7	22.4	1.6	100.0	1953
Trabaja dentro de la casa	17.0	15.8	33.6	2.7	9.6	19.7	1.6	100.0	505
Trabaja fuera de la casa	14.6	13.3	39.9	4.2	11.8	15.0	1.2	100.0	538
IDIOMA HABLADO EN LA CASA									
Guarani	14.5	14.6	32.1	1.7	8.8	26.7	1.5	100.0	1559
Español	9.7	18.1	40.4	4.9	10.0	15.6	1.3	100.0	501
Español y Guarani	21.1	13.1	36.8	2.2	10.6	14.5	1.8	100.0	796
Otro	7.2	8.8	48.2	3.3	22.0	9.8	0.7	100.0	140
LUGAR DEL PARTO									
Establecimientos del Ministerio de Salud Pública y B. Social.	16.5	17.7	37.6	1.7	8.1	17.3	1.0	100.0	1049
Sanatorio/Hosp. Privado	11.1	9.9	39.9	7.0	12.8	17.2	2.1	100.0	316
Hospital de Clínicas	23.2	4.7	26.6	3.6	14.9	21.8	5.2	100.0	46
Cruz Roja	20.2	22.7	38.4	2.5	10.0	6.2	-	100.0	72
Instituto de Previsión Social	15.8	14.8	38.7	2.5	9.9	15.8	2.5	100.0	149
Hosp. Militar/Policial	12.2	4.9	63.5	-	9.7	9.6	-	100.0	33
Clínica/Médico privado	10.4	13.8	36.5	5.3	12.7	20.5	0.9	100.0	111
En casa con obstetra profesional	14.1	14.6	28.5	4.8	9.6	27.1	1.3	100.0	126
En casa con partera cha'e	16.2	13.3	27.7	0.6	10.5	29.9	1.7	100.0	665
En casa con familiares	20.9	15.1	34.4	-	7.8	19.4	2.5	100.0	75
Parto sola	13.8	15.3	40.2	1.3	7.7	21.7	-	100.0	43
En casa de la partera	11.8	14.6	32.8	2.3	10.6	24.7	3.1	100.0	193
Otro	12.5	8.1	46.3	2.9	16.0	13.7	0.5	100.0	118

CUADRO 12.3

DURACION PROMEDIO DE LA LACTANCIA MATERNA, SEGUN TIPO DE LACTANCIA, NACIMIENTOS EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS SELECCIONDAS	CUALQUIER LACTANCIA	LACTANCIA EXCLUSIVA	LACTANCIA COMPLETA	Nº DE CASOS
TOTAL	**11.4**	**0.3**	**3.1**	**4918**
AREA				
Urbana	9.6	0.3	2.6	1901
Rural	12.7	0.3	3.4	3017
REGION				
Gran Asunción	9.7	0.7	2.8	855
Norte	13.4	0.2	3.8	1212
Centro-Sur	12.2	0.4	3.2	1256
Este	10.9	0.1	2.9	1595
NIVEL DE INSTRUCCION				
0-2 años	14.6	0.2	3.8	637
3-5 años	12.3	0.1	3.1	1666
6 años	11.4	0.3	3.2	1497
7-11 años	10.1	0.2	3.2	674
12 y más	7.3	0.8	1.4	444
INDICE SOCIO-ECONOMICO				
Bajo	13.3	0.2	3.6	2607
Medio	10.3	0.3	2.5	1361
Alto	8.5	0.5	2.8	950
ACTIVIDAD ECONOMICA				
No trabaja	11.4	0.3	3.1	3347
Trabaja dentro de la casa	13.3	0.3	3.4	784
Trabaja fuera de la casa	9.4	0.3	1.8	787
IDIOMA HABLADO EN LA CASA				
Guarani	12.6	0.2	3.4	2797
Español	8.5	0.4	2.3	692
Español y Guarani	10.6	0.4	3.2	1213

* - Se define como lactancia materna completa cuando el niño recibe solo pecho, o pecho y además agua u otros líquidos, no incluye otro tipo de leche.

CUADRO 12.4

RAZON PARA DEJAR DE LACTAR, POR EDAD DEL NIÑO AL DESTETE: NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD QUE ANTES FUERON AMAMANTADOS, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	TOTAL	MENOS DE 1 MES	EDAD AL DESTETE			
			1-3 MESES	4-11 MESES	12-24 MESES	24 Y MAS MESES
RAZON DE DEJAR						
Niño Enfermó de Diarrea	0.7	1.4	0.2	1.2	0.5	-
Niño Enfermó otra Causa	2.7	3.7	3.2	3.4	1.9	1.5
Niño Falleció	0.1	-	-	-	0.2	-
Niño no Queria	10.5	27.0	19.3	12.4	4.3	4.8
Poca Leche	18.9	27.3	49.4	21.8	4.7	1.4
Salia a Trabajar	5.3	5.8	9.0	8.1	1.5	0.9
Era Inconveniente	1.6	-	1.8	2.4	1.1	0.8
La Madre Enfermó	5.2	18.3	4.8	5.5	3.6	6.9
Senos Dolorosos	1.2	5.7	1.0	1.2	0.8	1.2
Fin del Destete	46.2	5.2	7.5	34.6	73.1	76.7
Quedó Embarazada	3.6	-	0.3	4.2	4.9	3.7
Pastillas Anticonceptivas	1.6	-	0.6	1.8	2.0	0.7
Otra Respuesta	2.4	5.7	3.1	3.1	1.3	1.4
No Recuerda	0.1	-	-	0.2	-	-
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº DE CASOS	**2016**	**64**	**319**	**727**	**780**	**126**

CUADRO 12.5

TIPO DE ALIMENTACION QUE RECIBE ACTUALMENTE, SEGUN EDAD, NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	TIPO DE ALIMENTACION							
	NO DANDO PECHO	PECHO EXCLUSIVO	PECHO Y AGUA	PECHO/JUGO/ LIQUIDO	PECHO/OTRA LECHE	PECHO/PURE O SOLIDO	TOTAL	Nº DE CASOS
TOTAL	**48.2**	**1.3**	**5.9**	**6.6**	**4.7**	**33.3**	**100.0**	**1689**
EDAD EN MESES								
0-2	6.6	7.6	30.8	33.9	16.4	4.6	100.0	219
3-5	14.3	1.4	9.6	13.9	8.6	52.2	100.0	211
6-8	28.7	-	2.6	0.9	6.3	61.6	100.0	230
9-11	46.3	0.3	0.7	0.7	1.8	50.4	100.0	231
12-14	58.7	0.6	0.9	1.2	1.4	37.3	100.0	209
15-17	74.2	-	1.0	0.8	0.5	23.4	100.0	223
18-20	82.2	-	-	-	1.2	16.6	100.0	207
21-23	87.1	-	-	0.4	0.6	11.9	100.0	159

CUADRO 12.6

TIPO DE LACTANCIA, SEGUN EDAD DEL NIÑO, POR CARACTERISTICAS SELECCIONADAS (INDICADORES DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD), ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	TIPO DE LACTANCIA					
	NO LACTANDO 0-3 MESES	LACTANCIA EXCLUSIVA 0-3 MESES	LACTANCIA PREDOMINANTE 0-3 MESES	LACTANCIA COMPLEMENTARIA 6-9 MESES	LACTANCIA CONTINUADA 12-15 MESES	LACTANCIA CONTINUADA 20-23 MESES
TOTAL	7.5	7.1	58.6	59.1	39.8	14.7
REGION						
Gran Asunción	3.9	15.7	51.0	39.1	25.0	6.9
Norte	12.1	2.2	64.8	66.3	54.2	26.2
Centro-Sur	5.2	9.1	59.7	67.0	42.2	16.7
Este	8.7	3.9	58.3	62.3	36.5	13.5
AREA						
Urbana	10.7	8.6	50.8	47.8	30.2	9.3
Rural	5.4	6.1	63.7	67.7	45.8	19.4
NIVEL DE INSTRUCCION						
0-2 años	3.3	5.4	67.2	58.7	61.5	19.3
3-5 años	8.0	4.3	61.6	64.6	41.1	22.3
6 años	6.2	6.0	59.0	66.2	40.0	12.7
7-11 años	8.3	6.6	68.4	55.5	31.1	8.2
12 y más	*	*	*	27.8	21.7	3.0
INDICE SOCIO-ECONOMICO						
Bajo	3.8	3.8	68.3	70.5	48.4	26.3
Medio	12.0	9.0	46.6	52.9	36.6	7.7
Alto	10.1	13.1	52.1	46.0	21.0	1.7
ACTIVIDAD ECONOMICA						
No trabaja	6.6	7.1	61.3	62.4	37.6	15.0
Trabaja dentro de la casa	10.3	5.7	58.2	60.9	50.7	29.3
Trabaja fuera de la casa	10.3	8.8	42.0	43.7	36.7	5.6
IDIOMA HABLADO EN LA CASA						
Guarani	7.5	4.4	62.7	67.1	48.3	20.6
Español	7.8	11.1	42.5	38.0	17.8	2.7
Español y Guarani	6.0	9.3	66.1	55.5	37.8	8.6
Otro	*	*	*	*	*	*

Definiciones:
Lactancia Exclusiva - solo pecho
Lactancia Predominante - pecho y agua u otros líquidos (excluyendo otros tipos de leche)
Lactancia Complementaria - Pecho acompañado por sólidos o puré
Lactancia Continuada - cualquie lactancia

CAPITULO 13

SALUD INFANTIL Y DE LA NIÑEZ

En la ENDSR-95/96 se recolectó suficiente información sobre aspectos relacionados con la salud infantil y de la niñez teniendo en cuenta que la sobrevivencia infantil constituye una de las principales preocupaciones de la salud pública. El cuestionario incluyó preguntas con el fin de obtener datos para conocer el peso de nacimiento del niño como determinante de sus oportunidades de sobrevivencia; a lo que se agregan en este capítulo aspectos orientados en la salud infantil como: la prevalencia y tratamiento de la diarrea, la alimentación de los niños con diarrea; la prevalencia y tratamiento de la infección respiratoria aguda (IRA), ambas patologías responsables de las dos causas más importantes de mortalidad y morbilidad infantil; los niveles de cobertura de inmunizaciones en los niños menores de cinco años como componentes de medicina preventiva.

13.1 Peso del niño al nacer

El peso al nacer es un indicador esencial para la vigilancia y evaluación de los programas de salud materno-infantil y de nutrición por su valor predictivo de la sobrevivencia, crecimiento y desarrollo sano, particularmente, de los menores de un año de edad.

El bajo peso al nacimiento comprende aquellos niños que pesan igual o menos de 2.500 gramos (5.5 libras), que experimentan mayor mortalidad por todas las causas en el primer año de vida y en los posteriores. El bajo peso al nacer es un proceso de causa compleja, que inicia y transcurre con el embarazo; es determinado por el estado nutricional previo de la madre y el que mantiene durante la gestación. Este factor se relaciona con el deficiente nivel socio-económico, la pobreza; también con las infecciones maternas, la toxemia gravídica, la funcionalidad placentaria; factores genéticos, trabajo pesado de la madre gestante, toxicomanías maternas; embarazos numerosos y con intervalos cortos, para mencionar sólo los más destacados.

En las "Estrategias para la infancia en la década de los 90" UNICEF cita que un 20% de lactantes nacen con bajo peso. El Fondo de Población de Naciones Unidas menciona que el bajo peso al nacer a nivel mundial es de 16.7%; Asia registra 20%; Africa 16%, América Latina 11% y Europa 5.8%.

Los datos de la ENDSR-95/96, que se muestra en el Cuadro 13.1, indican que de los niños que nacieron en los últimos cinco años anteriores a la encuesta (entre enero de 1990 y febrero de 1996, 4917), el 81.7% reportaron el peso del recién nacido. De los que fueron pesados, el 8.9% son de bajo peso, igual o menor de 2.500 gramos; 1.9% tenían la condición de prematurez (quienes nacieron dos semanas o más antes de tiempo). Estos resultados sobre peso insuficiente y prematurez, deben considerarse con una relativa reseva, porque algún sesgo puede presentarse en sobrevaloración del bajo peso al nacer y una respuesta no precisa sobre prematurez, por factores de memoria o comprensión inapropiada de las preguntas. Consideramos en todo caso una valiosa aproximación al tema que tratamos.

Aunque parece satisfactorio que del total de nacidos vivos 81.7% fueron pesados, no deja de preocupar que el 18% no lo fueron. Al examinar las variables consideradas, se magnifican las diferencias: en el área urbana son pesados al nacer 94.8%, mientras que en el área rural lo son el 72% de los recién nacidos.

En el Gran Asunción se pesaron 96% de los recién nacidos, en Centro-Sur el 84.6%, en el Este 75.8%, y en el Norte solamente 67.9%. De acuerdo al nivel educativo de las madres, entre las que no tienen ningún grado aprobado o solo completaron 2 años de estudio solamente fueron pesados el 57.4% de los recién nacidos frente a las mujeres con 12 años o más de estudio donde el porcentaje aumenta a 99.4%; probablemente relacionado este hecho al lugar de atención del parto y la influencia de una cultura de salud preventiva prevalenciente en las madres de mejor instrucción y mejores condiciones socio-económicas, ya que coherentemente se observa que cuando las madres se clasifican en el nivel socio-económico alto tienen un valor de peso de 98.9%.

Existe una relación positiva entre el tiempo que la mujer acudió al primer control cuando estaba embarazada y el peso del niño al nacer, en efecto, cuando el primer control se produjo en el primer trimestre del embarazo, los niños fueron pesados en el 91.5% de los casos, mientras que entre las madres que concurrieron a su primer control durante el tercer trimestre, el peso al recién nacido sólo se produjo en el 62.8% de ellos.

En cuanto a la edad de la madre en el parto respectivo, son pesados más los hijos de madres entre 20-39 años y se pesan más los primeros nacimientos que los que sobrepasan el número de orden 6. Los hijos de madres que solo hablan guarani en la casa son pesados en menor medida en relación a las que hablan sólo español, o guarani y español.

13.2 Control del niño sano

La prevalencia de control médico del niño después del nacimiento tiene gran significado en las prácticas de medicina preventiva para la sistematización del examen del niño "sano", así como el examen médico del niño enfermo, ya que las dos vertientes permiten identificar las condiciones de desarrollo del niño, como las de prevenir y tratar oportunamente las condiciones de morbilidad.

Según demuestran los datos del Cuadro 13.2, del total de niños nacidos vivos entre enero de 1990 y febrero de 1996, se seleccionaron aleatoriamente 2907 niños de los cuales el 80.6% fueron llevados al control médico del recién nacido para el total del país. Existe algún predominio del control médico del niño en Gran Asunción (93.3%) y en Centro-Sur (90.3%), tanto como en áreas urbanas, donde 92.0% de los niños fueron llevados al control.

Respecto a la educación, las cifras son más altas entre madres que tienen más años de instrucción; el 55.5% de los hijos de madres con ningún año aprobado o con 2 años de estudio fueron llevados al control, frente al 92.7% de los hijos de madres con secundaria incompleta (entre 7 y 11 años de estudio) y 98% de los hijos de madres con educación superior (12 o más años de estudio).

Considerando los niños que se hicieron control médico, la población analizada es de 2402 casos, de los cuales el 14.2% de los niños concurrieron en condiciones de enfermos y el 85.7% con estado sano. El control de niños en condición de enfermos muestra predominancia en áreas rurales (17.3%) y en el Norte (21.4%). Según nivel de instrucción la frecuencia del control del niño enfermo disminuye con más años de instrucción.

En cuanto al lugar en el que se realizó el control del niño, el primer lugar ocupan los servicios públicos (establecimientos del Ministerio de Salud Pública, principalmente), con 76.1% y luego el sector privado con 19.0% y las parteras, 4.9%. Mayores atenciones en el sector público se encuentran en las regiones Norte y Centro-Sur.

Respecto a la edad del niño al primer control médico, el 63.4% lo hacen antes de cumplir el primer mes de vida y el 19.4% cumplido el mes de edad y sólo 7.7% cuando los infantes tienen 3 meses o más. Valores destacados de control antes del primer mes se registran en áreas urbanas y Gran Asunción.

13.3 Prevalencia y tratamiento de la diarrea

La diarrea es un signo de un gran número de enfermedades intestinales. Las causas infecciosas están producidas por virus, bacterias y parasitósis o una combinación de los mismos y de las tóxinas que producen, mediadas en su proceso de transmisión por agua no segura, contaminación de los alimentos, prácticas de higiene personal defectuosa y condiciones pobres de saneamiento básico del medio ambiente.

La enfermedad diarreíca aguda es causa principal de muerte de infantes y de niños en el mundo actual, también es causa más frecuente de enfermedad de la infancia y uno de los contribuyentes destacados de la malnutrición y desarrollo infantil alterado.

En términos absolutos, se estima que en los países en desarrollo ocurren cada año 5 millones de muertes infantiles por diarrea. El 60% de estas muertes se considera causadas por deshidratación que produce la enfermedad, teniendo la evidencia que la tecnología actual permite prevenirla oportunamente.

Aunque existen varias definiciones sobre diarrea, para efectos prácticos se adoptó "un número excesivo de deposiciones líquidas en un período de por lo menos 24 horas". A cada mujer entrevistada se le preguntó si sus niños menores de 5 años habían tenido diarrea en las últimas dos semanas anteriores a la entrevista. Varias preguntas complementarias permiten medir la frecuencia, severidad, signos de deshidratación, signos que permiten presumir causa bacteriana o parasitaria; tratamiento instaurado, consulta médica, hospitalización, prácticas de rehidratación y de alimentación durante los episodios.

En el Cuadro 13.3 puede observarse que la prevalencia de diarrea encontrada en la ENDSR-95/96 para las dos semanas anteriores a la encuesta, entre los niños menores de cinco años de edad para todo el país es de 16.1%. Esta cifra de prevalencia de diarrea es el doble respecto a la prevalencia encontrada en la encuesta de 1990 (ENDS-90), cuando era de 8.1%. Debe notarse que en la ENDS-90, los datos fueron recolectados entre los meses de mayo a agosto de 1990, época generalmente de más frío cuando la incidencia de la diarrea puede ser más baja por el clima, sin embargo la actual encuesta fue realizada entre los meses de octubre de 1995 a febrero de 1996, época más calurosa, cuando la incidencia de la diarrea puede ser más alta.

Los episodios de diarrea declarados según área y regiones de residencia no presentan diferencias importantes. De acuerdo al nivel educativo de las madres, los hijos de las que no alcanzan a terminar dos años de estudio registran menor prevalencia de diarrea, aumentando luego entre las que tienen entre 3 y 5 años aprobados, para después disminuir nuevamente a medida que mayor es el número de años de estudios aprobados. Según el idioma habitualmente hablado en la casa, los hijos de madres que sólo hablan guarani presentaron más episodios de diarrea en relación a las que hablan sólo español o ambos.

En relación con el tipo de diarrea, se preguntó a las madres si las deposiciones diarreícas se acompañaron de moco y/o sangre, lo que permitiría agrupar aquellas causadas por rotavirus, bacterias invasoras, como la shigella, salmonella, coli enteroinvasor o parásitos como la ameba histolítica. la prevalencia de esta característica a nivel total es de 23.8%. En la ENDS-90 se reportó que la diarrea con sangre fue de 0.9%; esta cifra no es comparable a los datos de la actual encuesta, porque en 1990 sólo se preguntó si había sangre en las deposiciones y en la ENDSR-95/96 si había moco y/o sangre. Es posible que la mayoría de los casos hayan sido diarrea con moco.

Analizada esta característica de moco y/o sangre, se encuentran mayores niveles de prevalencia en el área rural con 26.4%, y fuera de Gran Asunción. Menores niveles se aprecia entre hijos de madres que hablan habitualmente español en la casa comparado con las que sólo hablan guarani o guarani y español.

De los niños que tuvieron episodios de diarrea el 24.6% presantaron vómitos, este signo adicional que refleja la irritación de la mucosa del estómago, completa el cuadro de las llamadas “gastroenteritis”. El vómito contribuye al agravamiento de la deshidratación producida por la diarrea. El acompañamiento de vómito a la diarrea es más frecuente en el área urbana con el 30.2%, en tanto en la rural es 20.9%.

Los signos de deshidratación, que en su forma leve aparecen cuando existe una pérdida del peso corporal de un 5%, corresponden con los signos investigados en la encuesta; cuando la pérdida de peso corporal es mayor del 10% pueden encontrarse en el niño signos clínicos precursores o que conducen al shock, que al tornarse irreversible lleva a la muerte.

En el mismo cuadro, observamos los signos de deshidratación que presentaron los niños: para el total

del país el 23.8% presentaron piel reseca y/o arrugada; ojos hundios 15.3%; y labios secos 17.5%. Un total de 2.7% de los 411 casos presentaron mollera hundida, haciendo la consideración que se puede observar entre infantes menores de 18 meses, en que la fontanela aun no se cierra y el reporte precisa mayor sentido de observación de la madre. Los otros signos de deshidratación tienen rangos coherentes con la expectativa de las preguntas.

En el Cuadro 13.3 también se presenta el porcentaje de prevalencia de diarrea en niños menores de 5 años en las dos semanas previas a la entrevista, por características de la diarrea y signos de deshidratación según edad del niño.

Teniendo presente el promedio total de episodios de diarrea del 16.1%, los niños de 0-11 meses cumplidos tienen una prevalencia de 20.2%; se asume que ellos tienen el factor protector de la lactancia materna y las defensas inmunológicas transmitidas; los niños de 12 a 23 meses tienen el pico máximo de prevalencia que llega a 25%; en estos grupos se puede explicar esta prevalencia por las prácticas de alimentación con defectos de higiene y probablamente por el hecho biológico, que en esta edad los niños se encuentran en etapas de reconocimiento del mundo que les rodea, así como de su proprio cuerpo y llevan a su boca todo tipo de objetos, muchos de ellos con elementos contaminantes.

El grupo de 24-35 meses reduce el porcentaje a 14.8%, y los grupos de 36-47 meses y 48-59 meses a 10.6% y 10% respectivamente.

En lo referente a la presencia de moco y/o sangre según la edad del niño en meses, se presentan en 21.3% en el grupo de 0-11 meses, y aumenta hasta 26.5% en el grupo de 36-47 meses. El acompañamiento de vómitos a la diarrea no demuestra importantes diferencias estadísticas según la edad del niño pasando los 11 meses sino entre el grupo de 24-35 meses cuando baja a 18.9%

13.4 Tratamiento de la Diarrea

Según datos que constan en el Cuadro 13.4, a las madres cuyos niños tuvieron un episodio de diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta, se les preguntó: "¿Hizo algo para aliviarle?", con el objeto de saber su nivel de preocupación sobre la enfermedad. El 92.1% contestaron afirmativamente. De total que mencionaron haber recibido tratamiento, se encontró a nivel total lo siguiente: recibieron antibióticos 20.9%; antidiarreícos 27.9%; suero oral 21.1%; remedios caseros 78.5%; y liquidos intravenosos 0.9%.

El tratamiento de la diarrea con antibióticos es de 28.9% en áreas urbanas y 15.5% en áreas rurales. Existe mayor uso en Gran Asunción con 33.6% y aumenta el uso entre hijos cuyos madres tienen más años de instrucción.

El tratamiento con antidiarreícos es también más elevado en el área urbana (38.2%) comparado con el área rural (21.0%) y entre hijos cuyas madres tienen más instrucción. El tratamiento con suero oral, que nivel nacional se fija en 21.1% y cuya importancia se destacó precedentemente, se usa más en el área urbana (30.8%) y en Gran Asunción (32.8%).

El recurso de tratamiento con remedios caseros y medicina tradicional, empleado por el 78.5%, es inverso a las preferencias anotadas anteriormente; en efecto en área rural lo usan en casi 80% de los casos; el uso el más alto fuera de Gran Asunción, y entre madres que no hablan Español habitualmente en la casa.

13.5 Alimentación de los Niños con Diarrea

Es un tema importantísimo afrontar el tipo de alimentación durante la enfermedad diarreíca. La realimentación deberá realizarse 20 a 30 minutos luego de la última toma de sales de rehidratación oral o de la rehidratación endovenosa, evitando los períodos de ayuno prolongado que generalmente empeoran el cuadro.

La mayoría de los pediatras están de acuerdo en que el incremento de líquidos y una alimentación con comidas blandas en las primeras 24 horas de enfermedad es lo más adecuado. Las infecciones intestinales agudas alteran la mucosa del intestino causando mala absorción de alimentos sólidos y pérdida de liquidos, consecuentemente administrar más liquidos y dar alimentos blandos, permiten una más rápida regeneración de la mucosa intestinal. Con el mismo propósito se recomiendan pequeñas cantidades de esos alimentos con mayor frecuencia.

Cuando se emplea leche de vaca, se recomienda iniciar la misma, diluida al medio durante 24 a 48 horas, aumentando la concentración de acuerdo a la tolerancia. Si el niño consume leche materna, esta no debe suspenderse ni aún en el proceso agudo de la diarrea, como norma fundamental.

La Organización Mundial de la Salud ha estimado que los programas de promoción de la lactancia materna, podrían sostener una reducción de un 8 a 20% en la incidencia de enfermedad diarreíca y una disminución de muertes por diarrea de 24 a 27%.

En el Cuadro 13.5, se presentan datos sobre el suministro de líquidos durante el episodio de diarrea, según diversas variables consideradas. Para niños con diarrea en las últimas dos semanas, el 69.8% de madres declararon haber aumentado la cantidad de líquidos; el 8.9% lo disminuyeron; 20% mantuvieron la misma cantidad y el 1.3% no sabe o no recuerda.

El aumento de líquidos en presencia de vómito y signos de deshidratación tiene un rango de 68.4% a 75.5%. En el área urbana el incremento de líquidos en el episodio de diarrea es de 76.8%, mientras en el área rural es de 65.2%. Aumenta el incremento de líquidos a medida que es mayor el nivel de instrucción, y cuando las madres hablan ambos idiomas en la casa, Guaraní y Español.

Para complementar los datos sobre alimentación durante el episodio de diarrea, se preguntó a las madres si durante la diarrea le había aumentado, disminuido o dado la misma cantidad de comida (alimentos sólidos) que normalmente le da a su hijo. En el Cuadro 13.6 se ve que un 2.7% respondió que dieron a sus hijos más sólidos, 64.8% disminuyó la cantidad de comida, y 29.1% no modificaron la alimentación usual.

La disminución de alimentos sólidos implica suministro de comida blanda. El incremento de alimentos blandos tiene significación en los casos de vómitos y signos de deshidratación, en rango que va del 67.3% entre niños con piel reseca hasta 79.9% para niños con vómitos. No hay diferencia en la disminuación de alimetos entre áreas urbanas y rurales, pero más madres disminuyeron comida para sus hijos en Gran Asunción comparado con otros regiones.

13.6 Infección Respiratoria Aguda (I.R.A.)

La infección respiratoria aguda (IRA) es una causa muy importante de morbilidad y de muerte de niños menores de cinco años en el Paraguay.

Las infecciónes respiratorias agudas son producidas por una amplia variedad de agentes de enfermedad. Se han identificado más de 300 tipos de bacterias y virus que pueden producirlas, incluyendo 4 enfermedades prevenibles por vacunas (sarampión, difteria, tos ferina, y tuberculosis). Estas infecciones varían en severidad, desde un resfriado común a la neumonía bacteriana.

Tradicionalmente se dividen en dos categorías principales: *del tracto respiratorio alto*, que son más frecuentes, a menudo de origen viral y por ello de evolución autolimitada, pero a veces aparentemente inofensivas, por diversas razones hacen infección secundaria complicada. La infección *del tracto respiratorio bajo*, es la causa más importante de mortalidad de la enfermedad. La infección bacteriana es particularmente peligrosa y la bacteria neumónica domina todas las infecciones mortales de la infancia. Las infecciones del tracto bajo son relativamente menos frecuentes que las altas, son de diagnóstico precoz más difícil y producen mayor mortalidad.

Las infecciones respiratorias agudas son primariamente transmitidas de persona a persona a través del aire. Los factores que influyen en su transmisión son altas densidades de población, condiciones de vivienda inapropiadas y con gran hacinamiento, y cambios estacionales.
Los principales factores de riesgo de mortalidad por estas causas son los niños de edad más temprana, el bajo peso al nacer y las condiciones de malnutrición, en que juega un papel importante la deficiencia de vitamina A. Las tasas más altas de mortalidad se presentan durante el primer año de vida, causada particularmente por la neumonía, en poblaciones empobrecidas. La incidencia de infección respiratoria aguda de la infancia, es aproximadamente la misma en regiones desarrolladas y en vía de desarrollo del mundo.

13.7 Prevalencia de Infección Respiratoria Aguda

Se preguntó a las madres de niños menores de 5 años sobre los episodios de infección respiratoria aguda (IRA) ocurridos en las dos semanas anteriores a la entrevista. Según los datos, en el Cuadro 13.7 se puede ver que un total de 52.5% de los niños tuvieron al menos un síntoma de IRA. Según edad de los niños, los menores de 3 años cumplidos tienen una prevalencia entre 54.4 y 57.3%, disminuyendo a menos de 50% para los mayores de 3 años.

La gravedad de la infección respiratoria aguda, se clasificó en: leve, moderada y severa, según los síntomas informados por las madres, en los episodios ocurridos dos semanas antes de la entrevista. Los criterios de clasificación utilizados son:

IRA LEVE: la presencia de los siguientes síntomas:
- -Nariz tapada/moco liquido
- -Tos

IRA MODERADA: la sintomatología anterior, agregada de:
- -Dolor de garganta
- -Ronquera
- -Dificultad al tragar
- -Dolores del oído o secreciones del oído

IRA SEVERA: la sintomatología anterior, agregada de:
- -Respiración rápida y con dificultad
- -Pecho hundido
- -Labios azules o morados
- -Falla de respiración

Adicionalmente se respetaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

No tenía IRA cuando no se reportó ningún síntoma descrito. IRA leve cuando uno o más síntomas de esta categoría se reportaron, pero ninguno del tipo moderado o severo. IRA moderada, cuando por lo menos un síntoma de esta categoría se informó, y ninguno del tipo grave. IRA grave, cuando la madre incluía por lo menos un síntoma de esta categoría.

En la presente investigación, de los casos que respondieron afirmativamente a presencia de IRAs, el 14.8% corresponde a IRA leve, 24% a IRA moderada, y 13.7% a IRA severa. La IRA leve, encasilla en su sintomatología generalmente infecciones virales de evolución autolimitada, requieren tratamiento de los síntomas molestos, aumento de líquidos y reposo.

No predominan las IRAs leves por área, pero se las encuentra más frecuentamente en Gran Asunción comparado con otras regiones. Según nivel de instrucción de las madres, la prevalencia de IRAs disminuye con más años de instrucción. Las IRAs leves se encuentran con menor prevalencia en las casas donde se habla otro idioma distinto al Guaraní o Español habitualmente.

La infección respiratoria moderada hace presumir complicación de enfermedades de origen viral o producidas por bacterias, que afectan amígdalas, faringe, laringe, oídos y que pueden precisar tratamientos específicos más enérgicos. Según edad del niño, hay mayor frecuencia de IRAs moderadas hasta los 3 años. Como en el caso anterior, se las encuentra con más frecuencia en Gran Asunción, y más en áreas urbanas que rurales. No se encontraron grandes diferencias en las cifras según instrucción de la madre, ni según idioma hablado en la casa.

La infección respiratoria aguda severa, cuyo valor promedio es de 13.7%, caracteriza en general a las infecciones del tracto respiratorio bajo o pulmonar, que antes señalamos; incluye los procesos de neumonía subsidiarios de mayor mortalidad, requieren mayor capacidad y recursos para su diagnóstico precoz, medios terapeuticos más eficaces y espicíficos, y con frecuencia son mejor tratados con hospitalización.

Alguna diferencia de IRA severa se encuentra en el área rural (14.3%) respecto al área urbana (12.8%). Existe diferencia notable entre la región Norte con 18.5%, y Este, con 10.9%. Los casos de IRA grave disminuyen obviamente cuando la madre tiene más años de instrucción. También cuando la madre habla solamente Español en casa u otro idioma (no el Guaraní), se nota que las cifras de IRA grave son más bajas.

13.8 Tratamiento de la Infección Respiratoria Aguda

A las madres de los niños que presentaron síntomas de IRA, se les preguntó si recibieron tratamiento y en caso afirmativo cuál fue el tratamiento recibido. En el Cuadro 13.8 se ve que a nivel total el 95.1% recibió algún tratamiento, con 91.0% para casos leves, 96.6% para casos de IRA moderada y 96.8% para los casos severos. Los niños de áreas urbanas recibieron tratamiento en mayor medida (96.9%) respecto a los residentes en áreas rurales (93.6%), y en el Gran Asunción en relación a las otras regiones. El tratamiento que reciben los niños aumenta a medida que es mayor el nivel educativo de las madres.

Respecto al tipo de tratamiento recibido: 32.9% declaró haber recibido antibióticos; 52.1% aspirinas; 45.7% expectorantes y 65.3% remedios caseros; hospitalización sólo 0.3%. El uso de antíbioticos según tipo de IRA tiene un rango de 14.5% para casos leves hasta 46.6% para casos severos. El mismo patrón se observa en los otros tratamientos, con la excepción de hospitalización, donde cualquiera haya sido la gravedad de la IRA no recibieron hospitalización.

Los tratamientos con antíbioticos, aspirina, expectorantes y hospitalización son más empleados en áreas urbanas que en rurales, y generalmente en Gran Asunción y Centro-Sur comparado con el Norte y Este. En cambio, el uso de remedios caseros es más alto en áreas rurales y en el Norte.

El uso de todos los tratamientos con la excepción de remedios caseros aumenta con los años de instrucción de la madre; las que tienen 7 años y más de instrucción usan en menor medida los remedios caseros. Según idioma hablado en casa, las que hablan sólo Español en la casa tienen mayor frecuencia de usao de antíbioticos, aspirinas y expectorantes. Los hijos cuyas madres hablan otro idioma, distinto al Guarani o Español son los que menos tratamiento recibieron comparados con los demás, y las que hablan solamente Guaraní en casa tienen mayor prevalencia en el uso de remedios caseros.

13.9 Inmunización de Niños Menores de Cinco Años

Las enfermedades prevenibles mediante inmunización son: sarampión, difteria, tosferina, tétanos, poliomielitis y tuberculosis. Las vacunas de las que se dispone contra estas enfermedades son en mayor parte seguras, efectivas y baratas. Importantes progresos en cobertura de inmunizaciones han ocurrido en el mundo, entre los países en desarrollo, en América Latina y el Caribe. Es sorprendente que las mismas enfermedades infantiles pueden ser más o menos inócuas en una contexto y devastadoras en otro. Su tremendo impacto en la sobrevivencia infantil en países en desarrollo es sostenido por cuatro principales factores: la presencia de malnutrición, hacinamiento y otras enfermedades complicantes; y la pobre disponibilidad de cuidados de salud.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que las inmunizaciones primarias deben ser completadas antes del primer cumpleaños. El número de dosis de vacunaciones propuesto por la OMS es: tres dosis de vacuna de polio (sabin), tres dosis de DPT (difteria, tétanos, pertussis) una de BCG (contra tuberculosis) y una de sarampión. El régimen de vacunación de sabin y DPT es a los dos, cuatro, y seis meses de edad. Para BCG es al nacimiento y la de sarampión a los nueve meses de edad. Las vacunaciones de sabin y DPT deben teóricamente cumplirse a los seis meses de edad, los menores de esa edad son excluidos del análisis, de la misma manera, los niños menores de nueve meses son excluidos cuando se examina la cobertura de inmunización para el sarampión. Como la BCG, contra la tuberculosis, puede ser suministrada al nacimiento, todos los niños se incluyen para el estudio.

La UNICEF considera un nivel de cobertura del 80% como indicación mínima de haber alcanzado inmunización adecuada para detener la transmisión de enfermedades inmunizables.

13.10 Niveles de Inmunización

En el cuadro 13.9 se presentan los datos de inmunización por dosis, las cifras de los niños entre 12-23 meses que han cumplido todas las vacunas y los que no cumplieron ninguno. De los 93 niños cuyas madres tenían el carnet en el momento, el 75.6% de los niños han recibido todas las vacunas necesarias, con 1.1% que no recibieron ninguna de las vacunas. De los 351 niños cuyas madres no tenían el carnet, el 34.9% han recibido todas las vacunas y 16.7% no han recibido ninguna vacuna. Los datos de cualquier fuente muestran que el 49.8% de los 564 niños han tenido todas las vacunas y 11% no tenían ninguna.

La cobertura de la primera dosis de DPT es más alta entre niños con carnet y un poco más alta según cualquier fuente comparado con todas las demás vacunas. Cuando aumenta los dosis de vacunas, baja la cobertura, según cualquier fuente, sea carnet o madre, y la cobertura de la antisarampionosa es un poco más baja comparado con las demás vacunas.

Para ver las tendencias en el tiempo sobre la proporción de niños vacunados en el primer año de vida, se realizó el análisis en el grupo de niños que en el momento de la entrevista tenían entre 1 y 5 años. El Cuadro 13.10, contiene la proporción de niños de 1-5 años que fueron vacunados antes del primer cumpleaños, por grupos de edad actual según tipo de vacuna. La proporción de niños con todas las vacunas recibidas en el primer año de vida es de 47.5% para niños que actualmente tienen entre 12 y 23 meses, frente a 26.9% entre aquellos que actualmente tienen entre 48 y 59 meses. Lo que indicaría una mayor cobertura de inmunizaciones durante el primer año de vida en la actualidad en relación a años anteriores. Los cambios más importantes pueden observarse en mayores proporciones de niños vacunados contra la BCG (92.5% vs. 71.5%) y la primera dosis de DPT (94.8% vs. 77.7%).

El Cuadro 13.11 contiene los niveles de cobertura de vacunación entre niños 12-23 meses según área, region, niveles de instrucción de la madre y socio-económico e idioma hablado en la casa. La cobertura para cada dosis de vacuna es más alta en áreas urbanas que rurales, y en las regiones Gran Asunción y Centro-Sur. La cobertura de cada dosis de vacuna aumenta con el nivel de instrucción de la madre y con el nivel socio-económico, y es más alta en casas donde se habla Español, sea con el Guaraní o solo. No había casos numerosos entre las que hablan otro idiomas para hacer un análisis.

13.11 Contenido de iodo en la sal

A la mitad de las mujeres entrevistadas sub-muestra de 50%) se les preguntó sobre la sal que utilizan habitualmente en la casa. Las entrevistadoras llevaron a cabo pruebas con la sal de estas casas para comprobar el contenido de iodo en la misma. En el Cuadro 13.12 se muestra que el 15.7% de todas las casas usan sal sin iodo, y el 19.3% usan sal con poco iodo (entre 7-15 ppm); el contenido del iodo ideal el de 30 ppm.

Comparaciones por región revelan que las regiones del Este y el Norte son las menos deficitarias en iodo, donde 73.7% y 66% de las casas, respectivamente, usan sal bien iodada. En Gran Asunción el 63.1%

de las casas y en el Centro-Sur el 52.2% de las casas utilizan sal bien iodada.
El contenido de iodo en la sal varía entre tipo de sal (sea fina, entrefina o gruesa). Se observa que al nivel nacional, solamente 41.7% de la sal gruesa es bien iodada, comparando a 54.7% de la sal entrefina y 74.9% de la sal fina. En las zonas urbanas, no existe mucha diferencia entre el contenido de iodo en la sal gruesa (67.3%) comparando con la sal entrefina (66.6%) y la sal fina (71.8%). Lo notable es que en las zonas rurales, donde es más utilizada la sal gruesa sólo 22.1% de la sal es bien iodada comparado con 44.7% de la sal entrefina y 79.1% de la sal fina. En el Norte, solamente 8.8% de la sal gruesa es sal bien iodada, y en el Centro-Sur y el Este, solamente el 28.6% y 28.8% de las casas tienen sal gruesa bien iodada.

CUADRO 13.1

PORCENTAJE QUE REPORTO PESO AL NACER Y PREVALENCIA DE BAJO PESO POR EDAD GESTACIONAL DE NIÑOS NACIDOS VIVOS ENTRE ENERO DE 1990 Y FEBRERO DE 1996, SEGUN CARACTERISTICAS DEL EMBARAZO Y PARTO, ENDSR-1995/96

CARACTERISTICAS DEL EMBARAZO Y PARTO	REPORTO PESO	Nº DE CASOS	BAJO PESO (< 2500 GRAMOS)			Nº CON PESO REPORTADO
			TOTAL	EDAD GESTACIONAL		
				PREMATURO	A TIEMPO	
TOTAL	81.7	4917	8.9	1.9	7.0	3913
AREA						
Urbana	94.8	1900	7.7	2.3	5.4	1799
Rural	72.0	3017	10.0	1.5	8.5	2114
REGION						
Gran Asuncion	96.2	855	7.7	2.6	5.1	821
Norte	67.9	1212	10.6	1.4	9.3	822
Centro Sur	86.5	1256	9.3	2.1	7.2	1081
Este	75.8	1594	8.6	1.4	7.2	1189
NIVEL DE INSTRUCCION						
0-2 años	57.4	637	18.7	2.5	16.3	356
3-5 años	74.4	1666	10.3	2.0	8.3	1209
Primaria completa	86.6	1496	8.0	1.8	6.2	1271
Secundaria incompleta	95.6	674	5.9	1.9	4.1	636
Secundaria completa y Superior	99.4	444	4.8	1.5	3.3	441
IDIOMA HABLADO EN CASA						
Guaraní solo	69.4	2797	12.0	2.0	10.0	1900
Español solo	97.6	692	4.9	1.8	3.0	671
Guaraní y Español	96.0	1212	7.0	2.0	5.0	1154
Otro	86.3	216	7.0	0.9	6.1	188
NIVEL SOCIO-ECONOMICO						
Bajo	67.6	2607	11.9	1.7	10.2	1722
Medio	91.7	1361	7.7	2.2	5.5	1252
Alto	98.9	949	5.8	1.9	3.9	939
CONTROL PRENATAL						
Ninguno	44.8	590	16.4	2.0	14.4	252
1er Trimestre	91.5	2765	8.4	2.1	6.3	2486
2do Trimestre	79.1	1326	8.1	1.4	6.7	1023
3ero Trimestre	62.8	236	8.9	1.3	7.6	152
LUGAR DE ATENCION DEL PARTO						
Medico/Obst./Enf.	97.1	2879	8.2	2.3	5.9	2780
Partera	55.9	1645	11.2	0.7	10.6	884
Familiar/Otro	45.4	140	10.0	1.5	8.5	58
Parto sola	36.1	75	10.7	0.0	10.7	27
NS/NR	94.0	178	7.5	1.2	6.3	164
EDAD DE LA MADRE AL NACIMIENTO (AÑOS)						
<20	80.0	746	9.5	1.4	8.1	572
20-29	82.2	2641	8.4	1.9	6.5	2116
30-39	83.1	1331	7.5	1.2	6.3	1083
40-49	73.4	199	21.8	8.4	13.4	142
ORDEN DE NACIMIENTO						
1	91.3	1112	7.6	1.7	5.9	999
2-3	83.6	1757	7.7	1.6	6.1	1439
4-5	81.0	994	10.2	2.1	8.1	784
6 y más	67.8	1054	12.0	2.7	9.2	691

CUADRO 13.2
CONTROL DEL NIÑO SANO: PORRCENTAJE DE NIÑOS LLEVADOS PARA EL CONTROL DEL RECIEN NACIDO, SEGUN CARACTERISTICAS AL PRIMER CONTROL, NIÑOS NACIDOS VIVOS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	TOTAL	AREA		REGION				NIVEL DE INSTRUCCION				
		URBANA	RURAL	GRAN ASUNCION	NORTE	CENTRO-SUR	ESTE	0-2 AÑOS	3-5 AÑOS	PRIMARIA COMPLETA	SECUNDARIA INCOMPLETA	SECUNDARIA COMPLETA Y SUPERIOR
CONTROL DEL RECIEN NACIDO												
Si	80.6	92.0	72.0	93.3	68.9	90.3	70.6	55.5	73.4	86.9	92.7	98.0
No	18.4	7.2	26.9	6.1	29.0	9.1	28.4	43.5	25.1	12.3	6.0	2.0
NS/NR	1.0	0.8	1.1	0.6	2.1	0.7	1.0	1.0	1.4	0.7	1.2	--
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Nª de Casos	2907	1287	1620	601	648	739	919	331	905	860	467	344
ESTADO DE SALUD DEL NIÑO												
Enfermo	14.2	10.9	17.3	8.6	21.4	13.1	16.5	24.6	17.1	15.3	8.6	4.7
Sano	85.7	88.8	82.7	91.1	78.6	86.8	83.5	75.4	82.9	84.4	91.3	95.3
NS/NR	0.1	0.2	--	0.3	--	0.2	--	--	--	0.3	0.1	--
LUGAR DE ATENCION												
Público	76.1	68.2	83.6	64.3	81.7	91.1	67.6	87.1	85.0	81.7	70.1	40.7
Privado	19.1	27.6	10.9	33.9	13.0	7.6	21.7	5.4	8.5	14.6	26.8	54.7
Partera/otro/NS	4.9	4.3	5.5	1.8	5.3	1.4	10.7	7.5	6.5	3.7	3.1	4.6
EDAD DEL NIÑO AL PRIMER CONTROL (meses)												
<1	63.4	74.7	52.7	79.3	50.0	65.4	54.9	46.8	53.6	65.0	72.5	82.1
1	19.4	16.7	22.1	14.3	23.9	18.7	22.3	24.7	20.9	19.6	17.5	14.6
2	8.8	4.7	12.8	3.7	11.1	10.1	10.4	8.1	14.0	8.4	6.3	1.2
3 y más	7.7	3.5	11.8	2.3	14.5	5.4	11.4	19.3	10.9	6.4	3.7	1.2
NS/NR	0.6	0.5	0.7	0.4	0.5	0.3	1.0	1.1	0.6	0.5	--	1.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº DE CASOS	2402	1199	1203	571	471	678	682	191	680	760	435	336

CUADRO 13.3
PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS QUE PRESENTARON DIARREA EN LAS DOS SEMANAS ANTERIORES A LA ENTREVISTA, POR SINTOMAS REPORTADOS, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	TUVO DIARREA	Nº DE CASOS	SINTOMAS		SIGNOS DE DESHIDRATACION				Nº DE CASOS
			MOCO O SANGRE	VOMITO	PIEL RESECA	OJOS HUNDIDOS	MOLLERA HUNDIDA	LABIOS SECOS	
TOTAL	**16.1**	**2749**	**23.8**	**24.6**	**23.8**	**15.3**	**2.7**	**17.5**	**411**
AREA									
Urbana	15.1	1206	19.9	30.2	19.9	14.6	5.3	16.0	163
Rural	16.8	1543	26.4	20.9	26.4	15.7	1.0	18.5	248
REGION									
Gran Asunción	14.2	569	12.4	32.8	12.4	10.9	0.0	13.1	71
Norte	16.3	601	23.5	22.1	23.5	27.0	6.9	25.0	97
Centro Sur	16.5	717	25.8	20.6	25.8	13.3	3.4	17.2	109
Este	16.7	862	28.0	24.8	28.0	14.0	1.7	16.8	134
NIVEL DE INSTRUCCION									
0-2 años	15.9	308	14.9	32.6	14.9	11.9	5.3	13.4	50
3-5 años	18.8	844	27.3	18.0	27.3	16.1	2.3	18.9	147
Primaria completa	15.7	813	24.6	24.8	24.6	16.9	1.6	18.0	119
Secundaria incompleta	14.1	450	25.1	28.4	25.1	16.1	4.7	17.2	65
Secundaria completa y Superior	11.5	334	14.7	37.4	14.7	8.7	2.0	15.8	30
IDIOMA HABLADO EN LA CASA									
Guarani solo	18.1	1394	25.1	23.6	25.1	17.1	3.1	20.6	243
Español solo	11.3	480	16.4	40.3	16.4	11.4	3.0	21.6	49
Guarani y Español	14.7	745	25.1	21.5	25.1	13.2	1.5	8.7	100
Otro	17.3	130	--	--	--	--	--	--	19
EDAD									
0-11 meses	20.2	546	21.3	21.7	21.3	11.2	4.1	15.3	103
12-23 meses	25.0	564	21.0	27.2	21.0	16.0	4.5	14.8	132
24-35 meses	14.8	478	30.6	18.9	30.6	17.8	0.9	16.2	64
36-47 meses	10.6	579	26.5	30.7	26.5	17.0	0.0	26.8	62
48-59 meses	10.0	582	23.4	24.9	23.4	16.0	1.0	20.1	50

*Datos no reportado por pocos casos

CUADRO 13.4

ENTRE LOS MENORES DE 5 AÑOS QUE TUVIERON DIARREA EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS, PORCENTAJE QUE RECIBIERON TRATAMIENTO PARA LA DIARREA, POR TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIDO, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	RECIBIO TRATAMIENTO	TRATAMIENTOS RECIBIDOS						Nº DE CASOS
		ANTIBIOTICOS	ANTIDIARREICOS	SUERO ORAL	REMEDIO CASERO	TRATAMIENTO ENDOVENOSO	HOSPITALIZACION	
TOTAL	**92.1**	**20.9**	**27.9**	**21.1**	**78.5**	**0.9**	**0.1**	**411**
AREA								
Urbana	94.9	28.9	38.2	30.8	77.1	1.0	0.3	163
Rural	90.3	15.5	21.0	14.7	79.5	0.9	0.0	248
REGION								
Gran Asunción	94.9	33.6	44.5	32.8	66.4	0.0	0.0	71
Norte	94.6	17.6	23.0	16.2	84.3	0.0	0.0	97
Centro Sur	91.0	21.9	25.8	19.7	81.5	0.0	0.0	109
Este	90.6	15.0	23.4	18.5	79.7	2.4	0.3	134
NIVEL DE INSTRUCCION								
0-2 anos	85.1	19.6	11.0	12.7	75.5	4.3	0.0	50
3-5 anos	93.6	16.4	18.5	17.3	85.8	0.7	0.0	147
Primaria completa	89.6	20.1	35.3	23.7	75.6	0.0	0.0	119
Secundaria incompleta	97.4	26.8	50.4	19.5	72.5	1.0	1.0	65
Secundaria completa y Superior	96.6	37.4	34.3	46.2	69.0	0.0	0.0	30
IDIOMA HABLADO EN LA CASA								
Guarani solo	91.8	15.9	20.0	16.0	80.8	1.3	0.0	243
Español solo	89.4	33.3	47.9	36.8	58.1	0.0	0.0	49
Guarani y Español	94.3	26.8	38.3	26.1	82.0	0.5	0.5	100
Otro	91.3	--	--	--	--	--	--	19
EDAD								
0-11 meses	83.3	19.1	21.4	16.1	68.2	2.1	0.0	103
12-23 meses	95.2	19.9	30.1	23.0	84.9	1.2	0.4	132
24-35 meses	96.2	24.1	30.5	16.8	76.5	0.0	0.0	64
36-47 meses	94.2	26.0	29.7	24.3	80.0	0.0	0.0	62
48-59 meses	93.8	17.0	29.9	28.3	83.7	0.0	0.0	50

--- Menos de 25 casos

CUADRO 13-5
CAMBIOS EN LA CANTIDAD DE LIQUIDOS DADOS A LOS NIÑOS CON DIARREA MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD CON DIARREA EN LAS ULTIMAS 2 SEMANAS ANTERIORES A LA ENTREVISTA, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	MAS LIQUIDOS	MENOS LIQUIDOS	MISMA CANTIDAD	NS/NR	TOTAL	Nº DE CASOS
TOTAL	**69.8**	**8.9**	**20.0**	**1.3**	**100.0**	**411**
SINTOMAS DE DESHIDRATACION						
Vómitos	70.7	13.2	14.0	2.1	100.0	112
Piel reseca	70.8	9.3	19.9	--	100.0	100
Ojos hundidos	75.5	7.7	14.3	2.5	100.0	72
Labios secos	68.4	13.7	15.7	2.2	100.0	80
AREA						
Urbana	76.8	5.8	15.1	2.3	100.0	163
Rural	65.2	10.9	23.3	0.6	100.0	248
REGION						
Gran Asunción	66.4	12.4	19.7	1.5	100.0	71
Norte	62.3	15.2	22.5	--	100.0	97
Centro Sur	79.0	6.4	14.2	0.4	100.0	109
Este	67.5	6.3	23.8	2.4	100.0	134
IDIOMA HABLADO EN LA CASA						
Guaraní solo	66.3	11.6	21.5	0.6	100.0	243
Español solo	69.0	8.3	16.8	5.9	100.0	49
Guaraní y español	79.6	4.1	16.3	--	100.0	100 19
Otro	--	--	--	--	--	
NIVEL DE INSTRUCCION						50
0-2 años	52.3	7.9	37.7	2.1	100.0	147
3-5 años	68.6	7.9	23.5	--	100.0	119
Primaria completa	71.7	11.4	14.3	2.6	100.0	65
Secundaria incompleta	73.5	7.0	17.5	2.1	100.0	30
Secundaria completa y Superior	89.7	8.5	1.7	--	100.0	

CUADRO 13-6
CAMBIOS EN LA CANTIDAD DE SOLIDOS DADOS A LOS NIÑOS CON DIARREA
MENORES DE 5 AÑOS CON DIARREA EN LAS ULTIMAS 2 SEMANAS
ANTERIORES A LA ENTREVISTA, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	MAS SOLIDOS	MENOS SOLIDOS	MISMA CANTIDAD	TODAVIA NO COME	NS/NR	TOTAL	Nº DE CASOS
TOTAL	**2.7**	**64.8**	**29.1**	**2.6**	**0.8**	**100.0**	**411**
SINTOMAS DE DESHIDRATACION							
Vómitos	1.3	79.9	15.0	1.1	2.6	100.0	112
Piel reseca	2.1	67.3	30.0	--	0.5	100.0	100
Ojos hundidos	1.7	68.7	23.7	1.8	4.2	100.0	72
Labios secos	1.4	72.7	18.6	2.8	4.4	100.0	80
AREA							
Urbana	2.0	66.7	28.4	1.9	1.0	100.0	163
Rural	3.1	63.5	29.6	3.1	0.6	100.0	248
REGION							
Gran Asunción	7.3	76.6	13.9	2.2	--	100.0	71
Norte	2.0	61.8	27.9	8.3	--	100.0	97
Centro Sur	1.3	58.8	39.9	.	--	100.0	109
Este	1.7	65.0	28.7	2.4	2.1	100.0	134
IDIOMA HABLADO EN LA CASA							
Guaraní solo	3.6	64.6	28.8	3.0	--	100.0	243
Español solo	--	64.0	25.4	4.8	5.8	100.0	49
Guaraní y español	2.1	68.0	29.9	--	--	100.0	100
Otro	--	--	--	--	--	--	19
NIVEL DE INSTRUCCION							
0-2 años	1.3	65.0	29.4	2.1	2.1	100.0	50
3-5 años	3.1	62.5	29.3	4.8	0.3	100.0	147
Primaria completa	3.2	68.1	27.0	0.4	1.3	100.0	119
Secundaria incompleta	1.2	62.2	35.6	1.0	--	100.0	65
Secundaria completa y Superior	3.3	67.9	25.3	3.5	--	100.0	30

CUADRO 13.7

PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTARON SINTOMAS DE UNA INFECCION RESPIRATORIA AGUDA (IRA) EN LAS 2 SEMANAS ANTES DE LA ENTREVISTA, POR GRAVEDAD DE LA IRA, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	TUVO IRA	GRAVEDAD DE IRA			Nro. DE CASOS
		IRA LEVE	IRA MODERADA	IRA SEVERA	
TOTAL	**52.5**	**14.8**	**24.0**	**13.7**	**2749**
EDAD DEL NIÑO					
0-11 meses	54.4	14.6	25.1	14.7	546
12-23 meses	57.3	15.9	25.9	15.5	564
24-35 meses	56.2	13.6	26.3	16.3	478
36-47 meses	49.7	15.8	21.5	12.5	579
48-59 meses	45.5	14.1	21.6	9.8	582
AREA					
Urbana	53.9	15.4	25.8	12.8	1206
Rural	51.4	14.5	22.6	14.3	1543
REGION					
Gran Asunción	62.8	17.0	31.3	14.5	569
Norte	58.9	14.9	25.4	18.5	601
Centro Sur	49.2	12.8	22.6	13.8	717
Este	46.3	15.2	20.1	10.9	862
IDIOMA HABLADO EN LA CASA					
Guarani solo	55.1	15.0	23.8	16.3	1394
Español solo	48.6	15.0	23.2	10.4	480
Español y Guarani	50.5	14.7	25.0	10.9	745
Otro	46.7	12.4	23.5	10.8	130
NIVEL DE INSTRUCCION					
0-2 años	59.4	16.5	25.5	17.3	308
3-5 años	53.1	14.6	23.1	15.3	844
Primaria completa	49.8	14.9	22.5	12.3	813
Secundaria incompleta	54.9	14.5	26.8	13.7	450
Secundaria completa y Superior	47.4	13.9	25.2	8.4	334

CUADRO 13.8
PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE RECIBIERON TRATAMIENTO PARA LA IRA, POR TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIDO, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	RECIBIO TRAMIENTO	TRATAMIENTOS RECIBIDOS					Nro. DE CASOS
		ANTIBIO-TICOS	ASPIRINAS	EXPECTO-RANTES	REMEDIOS CASEROS	HOSPITA-LIZACION	
TOTAL	**95.1**	**32.9**	**52.1**	**45.7**	**65.3**	**0.3**	**1430**
GRAVEDAD DE IRA							
Leve	91.0	14.5	40.7	38.8	61.1	0.3	411
Moderna	96.6	36.6	53.6	43.5	65.9	0.3	650
Severa	96.8	46.6	61.8	56.9	68.7	0.5	369
AREA							
Urbana	96.9	42.9	60.5	59.8	57.5	0.5	642
Rural	93.6	25.2	45.6	34.7	71.3	0.2	788
REGION							
Gran Asunción	96.1	46.9	57.9	59.4	54.6	0.7	340
Norte	95.9	23.7	40.4	38.7	77.7	0.0	334
Centro Sur	94.9	35.4	59.0	51.2	65.9	0.3	358
Este	93.9	24.8	48.0	33.8	66.3	0.3	398
IDIOMA HABLADO EN LA CASA							
Guaraní solo	94.2	23.7	46.2	33.8	72.6	0.0	759
Español solo	95.6	45.6	67.5	58.0	46.8	1.4	239
Guaraní y Español	97.1	46.1	57.9	63.2	62.0	0.5	372
Otro	92.5	30.1	38.1	52.9	51.0	0.0	60
NIVEL DE INSTRUCCION							
0 - 2 años	92.6	22.6	44.4	31.4	69.2	0.6	177
3 - 5 años	94.9	26.9	47.4	36.6	70.4	0.0	437
Primaria completa	94.6	31.4	53.4	48.3	68.5	0.3	411
Secundaria incompleta	96.5	46.8	58.4	62.3	53.1	0.5	250
Secundaria completa y Superior	98.3	50.2	64.9	62.0	52.6	0.8	155

CUADRO 13.9

PORCENTAJE DE NIÑOS DE 12 A 23 MESES DE EDAD QUE HAN RECIBIDO VACUNAS ESPECIFICAS, SEGUN FUENTE DE INFORMACION SOBRE SUS INMUNIZACIONES, ENDSR-95/96

INMUNIZACIONES	FUENTE DE INFORMACION		TOTAL
	CARNET	MADRE	
BCG	95.7	73.8	81.8
DPT-1	98.7	71.0	81.2
DPT-2	91.7	62.7	73.3
DPT-3	84.2	46.8	60.5
Polio-1	94.5	69.9	78.9
Polio-2	87.6	60.6	70.5
Polio-3	80.1	44.7	57.7
Sarampión	85.2	56.2	66.8
TODAS LAS VACUNAS	**75.6**	**34.9**	**49.8**
NINGUNA VACUNA	1.1	16.7	11.0
Nº DE CASOS	213	351	564

CUADRO 13.10

PORCENTAJE DE NIÑOS DE 12 A 59 MESES DE EDAD QUE HAN RECIBIDO SUS INMUNIZACIONES EN EL PRIMER AÑO DE VIDA, SEGUN EDAD ACTUAL DEL NIÑO: NIÑOS DE 12 A 59 MESES CON FECHAS DE INMUNIZACIONES RECORDADAS EN SU CARNET, ENDSR-95/96

INMUNIZACIONES	TOTAL (12-59)	EDAD DEL NIÑO			
		12-23 MESES	24-35 MESES	36-47 MESES	48-59 MESES
BCG	82.7	92.5	84.2	81.2	71.5
DPT-1	85.0	94.8	84.3	82.4	77.7
DPT-2	76.7	86.4	76.7	75.1	67.6
DPT-3	65.8	76.0	65.2	64.8	56.0
Polio-1	82.7	89.7	82.0	81.2	77.3
Polio-2	74.7	82.7	75.4	72.6	67.7
Polio-3	62.8	72.0	62.8	64.0	51.5
Sarampión	47.5	57.1	45.8	44.0	41.8
TODAS LAS VACUNAS	**37.3**	**47.5**	**38.3**	**35.5**	**26.9**
NINGUNA VACUNA	11.7	4.1	11.3	14.2	17.8
Nº DE CASOS	787	213	191	194	189

CUADRO 13.11

PORCENTAJE DE NIÑOS DE 12 A 23 MESES DE EDAD QUE HABIAN RECIBIDO INMUNIZACIONES ESPECIFICAS DE ACUERDO AL CARNET Y A LA INFORMACION DE LA MADRE, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	VACUNAS ESPECIFICAS								TODAS VACUNAS	NINGUNA VACUNA	% DE CARNET	No. DE CASOS
	BCG	DPT			POLIO (SABIN)			SARAM-PION				
		1	2	3	1	2	3					
TOTAL	**81.8**	**81.2**	**73.3**	**60.5**	**78.9**	**70.5**	**57.7**	**66.8**	**49.8**	**11.0**	**36.6**	**564**
AREA												
Urbana	88.9	85.2	78.7	70.8	82.0	75.8	68.0	73.6	59.4	6.8	44.6	242
Rural	76.6	78.2	69.4	52.9	76.7	66.6	50.0	61.8	42.8	14.1	30.8	322
REGION												
Gran Asunción	88.0	84.6	77.9	75.0	78.4	71.6	66.8	71.6	57.7	6.7	44.2	124
Norte	77.9	76.0	66.2	54.4	70.3	63.9	49.0	68.4	45.2	15.6	36.9	135
Centro Sur	88.3	85.8	78.4	65.2	84.4	76.6	64.5	72.0	59.6	7.8	50.0	140
Este	74.3	77.6	69.6	50.1	78.8	67.8	50.1	58.7	38.9	14.2	20.6	165
NIVEL DE INSTRUCCION												
0 - 2 años	62.7	65.9	46.3	36.6	62.4	46.3	32.7	48.6	29.3	28.7	32.9	48
3 - 5 añ	75.8	77.3	70.8	53.4	76.9	67.5	51.0	59.1	40.2	13.3	32.5	187
Primaria completa	82.6	80.8	72.0	58.5	77.0	69.1	57.3	67.7	51.0	9.7	36.0	166
Secundaria incompleta	93.7	86.9	81.9	73.9	84.0	77.9	66.0	79.7	60.6	5.6	42.4	90
Secundaria completa y Superior	99.0	100. 0	96.3	91.5	98.0	94.3	89.6	87.1	80.4	0.0	47.7	73
IDIOMA HABLADO EN LA CASA												
Guaraní solo	73.6	75.9	65.9	49.4	75.0	64.6	48.9	61.3	42.4	16.1	34.7	291
Español solo	96.4	93.7	87.3	81.5	85.0	80.7	74.9	77.3	64.9	2.1	48.0	99
Guaraní y Español	89.8	84.9	79.6	70.9	82.9	75.3	65.1	72.3	55.5	5.9	35.9	150
Otro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24

CUADRO 13.12

TIPO DE SAL UTILIZADA EN LAS VIVIENDAS Y CONTENIDO DE IODO EN LA SAL, SEGUN AREA Y REGION DE RESIDENCIA, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	TOTAL	AREA		REGION			
		URBANA	RURAL	GRAN ASUNCION	NORTE	CENTRO-SUR	ESTE
TIPO DE SAL							
Fina	65.7	71.5	59.4	56.0	76.2	58.7	76.1
Entrefina	5.7	4.9	6.5	5.2	3.5	6.7	6.0
Gruesa	27.7	22.8	33.0	37.7	19.3	34.0	16.6
NS/NR	1.0	0.8	1.2	1.1	1.0	0.5	1.3
CONTENIDO DE IODO							
No Iodada	15.7	5.7	26.8	7.4	20.1	27.1	11.6
Poco Iodada (7ppm*)	7.0	7.9	6.0	9.6	5.1	9.5	3.3
Poco Iodada (15ppm)	12.3	15.5	8.7	18.7	7.8	10.6	9.8
Bien Iodada (30ppm)	63.9	69.9	57.2	63.1	66.0	52.2	73.7
Rechazo al Test	1.1	0.9	1.3	1.1	1.0	0.7	1.6
TOTAL	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
No. de Casos	2978	1500	1478	748	592	761	877
% BIEN IODADA POR TIPO DE SAL							
Fina	74.9	71.8	79.1	60.4	82.0	67.8	86.4
Entrefina	54.7	66.6	44.7	76.9	52.4	39.2	52.8
Gruesa	41.7	67.3	22.1	67.0	8.8	28.6	28.8

*PPM de Iodo (Partes por millón de cada kilo de sal)

CAPITULO 14

ACCESIBILIDAD DE SERVICIOS

En el Capítulo 13 incluimos resultados sobre la prevalencia de diarrea e infección respiratoria aguda (IRA), y las características de las entrevistadas y los niños que presentaron síntomas en las dos semanas anteriores a la entrevista. En este capítulo vamos a presentar hallazgos sobre accesibilidad de servicios para la atención del parto, niños con diarrea y niños con IRA. Por accesibilidad se debe entender; si la atención fue dentro o fuera de la casa, cuánto tiempo tomó en llegar desde la casa hasta el lugar de atención, quién proporcionó la atención y qué tratamiento recibió el niño, y para IRA si la medicina le recetó el médico y cuánto costó. También, para partos si tuvo el parto donde planeaba y si la respuesta fue "No", por qué no tuvo el parto donde planeaba. Este capítulo está dividido en tres secciones; **1: Partos** (Cuadros 14.1-14.8); **2: Diarrea** (Cuadros14.9-14.13) y **3: IRA** (Cuadros 14.14-14.19).

14.1 PARTOS

El Cuadro 14.1 presenta el precio total en guaranies que pagaron las mujeres por la atención del parto del último nacido vivo en los últimos cinco años anteriores a la entrevista (incluyendo medicamentos, honorario del profesional que atendió, hospitalización, etc.).

La mayoría (22%) de las entrevistadas pagaron entre 40.001 y 100.000 guaranies (1), 14% fue atendida a través de algún seguro médico y 10% pagó más de 400.000 guaranies. Las mujeres residentes en áreas urbanas, que tienen 7 o más años de instrucción, y cuyo parto fue en una institución de salud y asistido por un médico han pagado un precio mayor.

El 85% de las mujeres dijeron que tuvieron su parto donde planeaban tenerlo no existiendo mucha variación por características de residencia o educación (Cuadro 14.2). La única diferencia significativa se dio en las mujeres que tuvieron su parto en el lugar más cercano pero fuera de la casa.

La razón principal para no tener el parto donde habían planeado tenerlo, por el lugar planeado se muestra en el cuadro 14.3. Más de un tercio (36%) dijeron que no tuvieron tiempo en llegar (al lugar planeado) y otro 28% respondió que le refirieron a otro lugar, generalmente para un embarazo de alto riesgo. El 15% reclamó la mala calidad de atención, no le atendieron bien.

La mitad de las mujeres que planeaban tener su parto en la casa fueron referidas a otro lugar por que tuvieron un embarazo de alto riesgo. El 26% de las mujeres que habían planeado tener el parto en el sector público fueron referidas a otro lugar y el 20% reclamaron la mala calidad de atención, (también el 10% de las que planeaban el parto en el sector privado refirieron mala calidad). El 16% que planeaba tener en el sector privado se quejó por el costo “muy caro”.

Si planeaba tener el parto donde tuvo (partos fuera de la casa), generalmente fue en el lugar más cercano. Si no planeaba tener el parto donde tuvo, en áreas urbanas, tenía el parto en la casa, por que no tuvo tiempo de llegar a un lugar de atención, y en áreas rurales, no tuvo en el lugar más cercano por que le refirieron a otro lugar (Cuadro 14.4).

(1) 1 US$ = Gs. 2.120 (Dos mil ciento veinte guaranies). Tipo de cambio promedio del período de la entrevista. Octubre 1995-Febrero 1996.

La razón para no elegir el lugar más cercano para el parto se presenta en el Cuadro 14.5, por área de residencia, región y nivel de instrucción. Un cuarto (26%) reclamó la mala calidad, 12% fue referido a otro lugar para una cesárea y 16% tenía seguros (8% IPS y 8% particular). Las mujeres con seguros residían en áreas urbanas en mayor proporción, en Gran Asunción y tenían 7 o más años de instrucción (Cuadro 14.5). No se registraron diferencias por características de residencia o educación entre las mujeres que se quejaron de mala calidad. Las que tuvieron cesárea fueron más comunes en áreas rurales, en las regiones Norte y Centro-Sur (las regiones con mayor proporción de población rural) y entre las de menor educación.

En el cuestionario fueron incluídas tres preguntas sobre acceso al lugar de atención: *distancia desde la casa; tiempo requerido y medio de movilidad utilizado para llegar al servicio de atención*. Para todos los servicios discutidos en este capítulo un alto porcentaje respondió que no sabía la distancia. En el caso del parto la cifra fue de 37% (Cuadro 14.6). Para el tiempo, solamente 4% desconocía cuánto tiempo le tomaba llegar desde su casa al lugar de atención y menos de 1% ignoraba el medio en que se movilizó.

Como distancia no es una variable confiable por el alto porcentaje que declaró desconocimiento, los próximos dos cuadros presentan el tiempo que tomaron en llegar desde la casa hasta el lugar donde tuvieron el parto (excluyendo los partos en la casa). En el Cuadro14.7 presentamos el tiempo, por área de residencia; si el lugar del parto fué más cercano a la casa; el nivel de instrucción de las mujeres y el medio en que se movilizaron. Casi la mitad llegó en menos de media hora (44%) y 19% entre media hora y 59 minutos. Solamente 16% llegó en 2 horas o más, principalmente en áreas rurales.

Un poco más de un tercio (36%) llegaron en auto particular y 25% en ómnibus (Cuadro 14.8). Si llegaron en menos de media hora, el medio de movilidad fue el auto particular (43%) en la mayoría de los casos. Si el tiempo fue de una hora o más el medio de movilidad principal fue el ómnibus.

14.2 DIARREA

Como se mencionó en el capítulo13 (Cuadro 13.3), 16% de los niños menores de 5 años de edad tuvieron diarrea en las 2 semanas anteriores a la entrevista. Casi 2/3 (62%) recibieron atención en la casa y un tercio fuera de la casa (32%). El 5% no recibió atención (Cuadro 14.9).

Si tuvieron atención fuera de la casa, 62% fueron al médico y 18% al curandero/a (Cuadro 14.10). En la casa, casi toda la atención fue proporcionada por la entrevistada (97%).

Entre los niños que tuvieron diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta, el 56% de ellos llegó en menos de media hora desde la casa hasta el lugar de atención (Cuadro 14.11). Si acudieron al médico privado o a otro proveedor de salud, un poco menos de dos tercios llegaron en menos de media hora, comparado con 42% que fueron a los establecimientos del Ministerio de Salud. No se muestra en el cuadro, pero 37% fue al sector público, 33% al sector privado y 30% a otros proveedores, incluyendo farmacias.

Para todos los niños que recibieron atención el 75% pagó el servicio. De los que acudieron al sector privado, el 87% pagó por el servicio recibido; y entre los que recurrieron a otros proveedores, 73% abonó por la atención, frente a 66% que fueron atendidos en el sector público y pagaron por la atención recibida.

En el cuadro 14.12 se presenta cuánto pagaron según el sector donde recibieron la atención. En total casi igual porcentaje pagaron entre 2.000 y 39.999 guaranies en las tres categorías de pago. Sin embargo, en el sector público la mayoría (74%) pagó menos de 50.000 guaranies y en el sector privado, la mayoría (68%) pagó más de 20.000 guaranies.

En el Cuadro 14.13 se presenta el tipo de tratamiento recibido, el lugar donde recibió y quien proporcionó la atención a los niños con diarrea. Más de tres cuartos (78%) de los niños recibieron remedios caseros y entre 21% y 28% recibieron antibióticos, andiarreícos y suero oral. Solamente 0.1%

fue hospitalizado.
Si la atención fue fuera de la casa, entre 50% y 66% recibieron los tratamientos mencionados. Entre los que fueron atendidos en la casa, 95% recibió remedios caseros y entre 6% y 11% los otros tratamientos. Cuando la entrevistada proporcionó la atención, la gran mayoría (95%) fueron tratados con remedios caseros. Cuando fue el médico el que dio la atención, 78% recibió antidiarreícos, 64 antibióticos y 63% suero oral.

14.3 IRA

En el Capítulo 13 se presentó la prevalencia de IRA, en las dos semanas anteriores a la entrevista, para los menores de 5 años de edad, por gravedad de la enfermedad, y en el Cuadro 13.7 se mostraba que alrededor de la mitad de los niños (52.5%) presentaron síntomas de una infección respiratoria aguda.

En el Cuadro 14.14 se muestra la distribución porcentual del total de niños que presentaron síntomas de IRA según la gravedad de la enfermedad, clasificadas en leve (28%); moderada (46%) y severa (26%) y el lugar donde recibieron atención, según la misma clasificación. Más de la mitad (57.6%) recibió atención en la casa y 37.7% fuera de la casa. Casi 5% no tuvo atención.

Aunque no se muestra en el cuadro, si la atención fue en la casa casi siempre (97%) fue proporcionada por la entrevistada. Si fue fuera de la casa, el médico proporcionó ayuda en 79% de los casos, seguido de la enfermera (9%) y la curandera (5%). Como era de esperarse, la mayoría que presentó síntomas de ira leve recibió atención en la casa (70%). Si la IRA fue moderada, 55% recibió atención en la casa y 41% fuera de la casa. Para una enfermedad severa aproximadamente la mitad fue tratado fuera y dentro de la casa.

Entre los niños que tuvieron atención fuera de la casa, 48% de ellos acudieron al sector público, 36% al sector privado y 16% a otros lugares (Cuadro 14.15). En el sector privado 81% tuvo que pagar por la atención, comparado con 65% en el sector público y 63% en otros lugares. Del total, un tercio llegó al lugar de atención en menos de 15 minutos; en el sector privado 41% llegó en ese tiempo, 38% en otros lugares y 25% en el sector público. Cerca de 20% demoraron una hora o más para llegar al lugar de atención.

En el Cuadro 14.16 se presenta el lugar donde obtuvieron atención fuera de la casa y cuánto pagaron por la consulta. Más de la mitad (57,3%) pagó entre 2.000 y 19.999 guaranies; pero en el sector público, 79% pagó menos de 5.000 guaranies y en el sector privado, la gran mayoría pagó mas de 5.000 guaranies por la consulta y 47% pagó más de 20.000 guaranies.

El Cuadro 14.17 presenta el porcentaje de niños tratados por tipo de tratamiento recibido. Dos tercios recibieron remedios caseros; 55% antifebriles, 48% antigripales y 35% antibióticos. Menos de 1% fueron hospitalizados. Cuando la atención fue fuera de la casa, más de dos tercios recibieron antifebriles (65%), antibióticos (69%) y antigripales (73%). Cuando la atención solamente fue en la casa, la gran mayoría recibió remedios caseros (76%); solamente 12% recibió antibióticos. El tratamiento varía de acuerdo a quién proporcionó la atención al niño. Si fue la entrevistada, 76% recibió remedios caseros; si fue el médico, más de dos tercios recibió antibióticos, antifebriles o antigripales.

El Cuadro 14.18 muestra el porcentaje que recibió un medicamento recetado por el médico, el lugar donde consiguió la medicina y el tipo de tratamiento. Si consiguió en la farmacia del Seguro Social (IPS) 94% tenía una receta, comparado con 54% que compraron especialmente y 26% ya tenía el medicamento en la casa.

El 77% de los niños fueron tratados con antibióticos, comparado con 68% de antigripales y 55% de antifebriles. Hasta 35% de remedios caseros fue recetado por el médico según la entrevistada.
Finalmente, la cantidad que pagaron por la medicina por receta (o no) y el tipo de tratamiento se presenta en el Cuadro 14.19. Si recetó el médico, la mayoría pagó entre 5.000 y 40.000 guaranies con casi el mismo porcentaje en las tres categorias de pago. Si no necesitaba una receta, la mayoría no tuvo que pagar (42%) o pagaron menos de 2.000 guaranies (19%). Los antibióticos fueron los más caros y los

remedios caseros los más baratos.

CUADRO 14.1

CUANTO TUVO QUE PAGAR EN TOTAL * POR LA ATENCION DEL PARTO, POR AREA DE RESIDENCIA, NIVEL DE INSTRUCCION, LUGAR DEL PARTO Y PROFESIONAL QUE LE ATENDIO, ENDSR-95/96
(DISTRIBUCION PORCENTUAL)

CARACTERISTICAS	SEGUROS	<20.000	20.001-40.000	40.001-100.000	100.001-200.000	200.001-400.000	> 400.001	NO RECUERDA	TOTAL	Nº DE CASOS
TOTAL	**14.2**	**11.7**	**15.1**	**22.5**	**16.8**	**9.1**	**10.5**	**0.2**	**100.0**	**2907**
AREA										
Urbana	15.8	5.6	8.3	20.5	23.4	12.4	13.7	0.2	100.0	1287
Rural	12.7	17.5	21.3	24.3	10.6	6.0	7.5	0.0	100.0	1620
NIVEL DE INSTRUCION										
0-2 Años	21.6	22.3	18.1	21.4	6.1	4.0	6.5	0.0	100.0	331
3-5 Años	11.2	17.3	23.1	25.2	12.1	5.6	5.7	0.0	100.0	905
6 Años	9.3	10.0	15.7	27.3	17.7	11.3	8.7	0.0	100.0	860
7-11 Años	17.5	7.0	8.1	20.0	22.2	11.0	13.1	0.2	100.0	467
12 y Más	21.7	0.4	1.7	9.7	27.4	13.8	25.3	0.0	100.0	344
LUGAR DE ATENCION										
Institucional	12.6	6.3	9.8	21.2	22.3	12.7	14.8	0.2	100.0	1877
Domiciliar	15.3	24.5	27.1	25.8	5.4	0.8	1.1	0.0	100.0	918
No Recuerda	33.7	6.5	12.2	19.2	9.4	10.4	8.6	0.0	100.0	112
TIPO DE ASISTENCIA PROFESIONAL**										
Médico	17.7	1.8	3.5	12.1	25.6	17.0	22.3	0.1	100.0	994
Obst. Profesional	9.3	9.7	16.5	29.2	18.7	9.1	7.0	0.5	100.0	755
Enfermera	13.3	18.5	20.1	33.2	6.7	5.3	3.0	0.0	100.0	92
Otro	*	*	*	*	*	*	*	*	100.0	17

* Incluyendo medicamentos, honorarios del profesional que atendió, hospitalización, etc. (1 U$ = Gs. 2.120 , guaranies Dos mil ciento veinte)
** Excluye partos domiciliarios.
* Menos de 25 casos.

CUADRO 14.2

PORCENTAJE DE MUJERES QUE TUVIERON SUS PARTOS DONDE PLANEABAN TENERLOS POR CARACTERISTICAS SELECCIONADAS*
ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	PORCENTAJE	Nº DE CASOS
TOTAL	**85.0**	**2907**
AREA		
Urbana	84.1	1287
Rural	85.9	1620
REGION		
Gran Asunción	83.2	601
Norte	89.2	648
Centro Sur	83.0	739
Este	86.1	919
NIVEL DE INSTRUCCION		
0-2 Años	86.8	331
3-5 Años	85.1	905
6 Años	81.7	860
7-11 Años	85.9	467
12 y Más	89.7	344
LUGAR DE PARTO **		
Casa	84.5	766
Lugar más Cercano***		
Si	90.0	1228
No	80.2	900

* Incluye solamente últimos nacidos vivos en los cinco años anteriores a la entrevista.
** Excluye 13 casos que no sabe/no recuerda
*** Donde se ofrece atención de parto.

CUADRO 14.3

RAZON PRINCIPAL POR QUE NO TUVO EL PARTO DONDE HABIA PLANEADO POR INSTITUCION DONDE PLANEABA TENER EL PARTO: ULTIMO NACIDO VIVO EN LOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA ENTREVISTA * ENDSR-95/96 (DISTRIBUCION PORCENTUAL)

RAZON	TOTAL	SECTOR PUBLICO	SECTOR PRIVADO	EN CASA	OTRO
No Tuvo Tiempo de Llegar	35.5	38.1	36.0	16.4	**
Le Refirieron a otro Lugarr/Alto Riesgo	27.6	25.9	16.2	50.2	**
No le Atendieron , Mala Calidad	15.0	19.5	9.9	4.7	**
Muy Caro	5.7	3.5	15.6	2.6	**
No Estaba el Médico	4.0	3.3	4.9	7.2	**
No Tuvo Transporte	3.8	4.1	0.0	8.7	**
Estaba Cerrado	2.6	3.1	6.2	0.0	**
Otras Razones	5.8	2.5	11.2	10.2	**
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	**
Número de Casos	415	267	71	62	15

* Mujeres que no tuvieron su parto donde planeaban tenerlo
** Menos de 25 años

CUADRO 14.4

LUGAR DONDE TUVO EL PARTO, POR CONDICION DE SI PLANEABA O NO TENER EL PARTO EN ESE LUGAR, ENDSR-95/96 (DISTRIBUCION PORCENTUAL)

PLANEABA TENER EL PARTO DONDE TUVO*	LUGAR DEL PARTO					
		LUGAR MAS CERCANO**				
	CASA	SI	NO	NO SABE/ NO RESP.	TOTAL	Nº DE CASOS
TOTAL						
SI	24.3	44.7	31.0	0.1	100.0	2484
NO	25.6	28.6	43.6	2.2	100.0	415
URBANA						
SI	8.3	50.1	41.4	0.2	100.0	1080
NO	34.5	51.7	12.9	0.9	100.0	202
RURAL						
SI	38.9	39.7	21.4	0.0	100.0	1404
NO	38.8	22.4	35.2	3.6	100.0	213

* Excluye 8 casos sin información
* * Donde se ofrece atención de parto

CUADRO 14.5

RAZONES PORQUE NO ELIGIO EL LUGAR MAS CERCANO PARA EL PARTO POR AREA, REGION Y NIVEL DE INSTRUCCION, ENDSR-95/96 (DISTRIBUCION PORCENTUAL)

CARACTERISTICAS	MALA CALIDAD	PARTO POR CESAREA	MUY CARO	TIENE SEGUROS		NO LE RECIBIERON	OTRO	TOTAL	Nº DE CASOS
				IPS	PARTICULAR				
TOTAL	**25.8**	**11.6**	**9.1**	**8.2**	**7.8**	**6.4**	**31.1**	**100.0**	**900**
Urbana	24.6	9.0	9.9	10.8	11.9	6.0	27.9	100.0	534
Rural	28.0	16.1	7.7	3.6	0.7	7.2	36.7	100.0	366
REGION									
Gran Asunción	22.5	9.4	10.4	11.0	14.7	6.7	25.4	100.0	299
Norte	24.7	12.1	9.3	7.1	2.8	1.6	42.3	100.0	151
Centro-Sur	29.9	16.3	2.0	6.8	0.8	8.8	35.2	100.0	211
Este	27.4	10.4	13.2	5.9	6.2	5.9	30.9	100.0	239
NIVEL DE INSTRUCCION									
0-5 años	21.9	16.0	13.5	1.9	0.6	9.6	36.5	100.0	248
6 años	29.4	12.7	9.1	5.8	1.7	8.3	32.9	100.0	270
7-11 años	29.5	7.3	6.4	12.8	10.7	5.4	27.8	100.0	182
12 y más	22.6	9.3	6.6	13.7	20.3	1.7	25.9	100.0	200

CUADRO 14.6

PORCENTAJE DE MUJERES QUE RESPONDIERON " NO SABE " A PREGUNTAS SOBRE DISTANCIA, TIEMPO Y MOVILIDAD PARA LLEGAR DESDE SU CASA AL LUGAR DONDE TUVO EL ULTIMO PARTO, ENDSR-95/96

PREGUNTA	% NO SABE
A qué distancia de su Casa queda el lugar donde tuvo el parto	37.0
Cuanto tiempo le tomó llegar desde su Casa al lugar donde tuvo el parto	4.2
En que medio se movilizó Ud., para llegar desde su casa al lugar donde tuvo el parto	0.3
Número de Casos	2141

CUADRO 14.7

TIEMPO* PARA LLEGAR DESDE LA CASA AL LUGAR DONDE TUVO EL PARTO POR CARACTERISTICAS SELECCIONADAS** ENDSR-95/96 (DISTRIBUCION PORCENTUAL)

CARACTERISTICAS	< 1/2 HORA	1/2 HORA - 1 HORA	1 - 2 HORAS	2 - 4 HORAS	>= 4 HORAS	NO RECUERDA	TOTAL	Nº DE CASOS
TOTAL	**43.6**	**19.2**	**17.0**	**10.1**	**5.9**	**4.2**	**100.0**	**2141**
AREA								
Urbana	55.6	18.7	12.7	4.0	5.4	3.6	100.0	1165
Rural	26.9	19.8	23.0	18.6	6.7	5.0	100.0	976
MAS CERCANO A SU CASA ***								
Si	55.9	18.5	12.4	6.4	4.3	2.5	100.0	1228
No	28.1	20.1	23.2	15.0	7.8	5.8	100.0	900
NIVEL DE INSTRUCCION								
0-5 Años	31.7	20.0	21.1	15.3	6.7	5.2	100.0	726
6 Años	41.2	19.9	18.1	11.8	5.8	3.3	100.0	660
7-11 Años	55.6	18.5	12.6	5.8	4.4	3.1	100.0	417
12 y más	55.8	17.0	12.6	2.9	6.5	5.2	100.0	338
EN QUE MEDIO SE MOVILIZO****								
Auto Particular	52.4	17.5	14.4	6.8	5.6	3.3	100.0	732
Omnibus	21.7	19.7	26.1	19.7	8.5	4.3	100.0	549
A pie	53.8	22.2	10.2	5.4	5.7	3.2	100.0	358
Taxi	60.2	17.2	12.1	3.8	2.0	4.7	100.0	257
Otro	29.0	22.7	21.5	14.6	6.3	5.9	100.0	238

* Excluye partos en la casa

** Pregunta: Cuanto tiempo le tomó llegar desde su casa hasta el lugar donde tuvo el parto

*** Lugar donde tuvo el parto (Excluye 13 casos sin información)

****Excluye 7 casos sin información.

CUADRO 14.8

MEDIO EN QUE SE MOVILIZO PARA LLEGAR AL LUGAR DEL PARTO, POR TIEMPO QUE LE TOMO LLEGAR , ENDSR-95/96 (DISTRIBUCION PORCENTUAL)

MEDIO UTILIZADO	TOTAL	TIEMPO				
		<1/2 HORA	1/2 HORA -1 HORA	1-2 HORAS	2-4 HORAS	>= 4 HORAS
Auto Particular	35.6	42.8	32.6	30.1	24.1	33.5
Omnibus	24.8	12.4	25.6	38.1	48.2	35.7
A pie	15.5	19.2	17.7	9.3	8.3	15.0
Taxi	13.7	18.9	12.3	9.7	5.1	4.5
Otro	10.0	6.7	11.9	12.7	14.4	10.6
No Recuerda	0.3	0.0	0.0	0.2	0.0	0.7
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº DE CASOS	2141	896	414	374	238	130

CUADRO 14.9

PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD CON DIARREA EN LAS DOS SEMANAS ANTERIORES A LA ENTREVISTA, QUE RECIBIERON ATENCION DE SALUD POR AREA, ENDSR-95/96

ATENCION DE SALUD	AREA		
	TOTAL	URBANA	RURAL
Fuera de la Casa	32.0	41.2	25.7
En la Casa	62.5	54.6	67.8
No obtuvo Atencion	5.5	4.2	6.4
TOTAL	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Nº DE CASOS	**411**	**163**	**248**

CUADRO 14.10

QUIEN PROPORCIONO LA ATENCION, POR LUGAR DONDE LE ATENDIERON: NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD CON DIARREA EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS ANTERIORES A LA ENTREVISTA, ENDSR-95/96 (DISTRIBUCION PORCENTUAL)

QUIEN PROPORCIONO LA ATENCION	TOTAL	FUERA DE LA CASA	EN LA CASA
Entrevistada	64.4	0.0	97.3
Médico	21.5	62.2	0.6
Curandero/a	6.5	18.2	0.6
Enfermero/a	4.3	11.8	0.4
Otro/a	3.4	7.8	1.1
TOTAL	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Nº CASOS	**390**	**142**	**248**

CUADRO 14.11

LUGAR DE ATENCION FUERA DE LA CASA POR TIEMPO PARA LLEGAR DESDE LA CASA HASTA ESE LUGAR Y PORCENTAJE QUE PAGARON EN ESA ATENCION, NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD CON DIARREA EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS ANTERIORES A LA ENTREVISTA ENDSR-95/96 (DISTRIBUCION PORCENTUAL)

TIEMPO	TOTAL	MINISTERIO DE SALUD	MEDICO PRIVADO	OTRO *
< 15 minutos	32.8	28.1	30.4	41.6
15-29 minutos	22.9	14.0	34.2	21.1
30-59 minutos	21.5	26.1	19.1	18.3
1-2 horas	10.7	10.6	11.2	10.3
2-3 horas	9.0	18.6	1.4	5.4
3-5 horas	2.7	2.6	2.4	3.3
No Recuerda	0.4	0.0	1.2	0.0
TOTAL				
Nº DE CASOS	100.0	100.0	100.0	100.0
% QUE PAGARON POR ESA ATENCION	142	49	49	44
	75.0	66.0	86.9	72.7

* Incluye Farmacias

CUADRO 14.12

LUGAR DE ATENCION POR PRECIO QUE PAGARON POR LA ATENCION DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD CON DIARREA, ENDSR-95/96 (DISTRIBUCION PORCENTUAL)

PRECIO PAGADO (GUARANIES *)	**TOTAL**	**MINISTERIO DE SALUD**	**MEDICO PRIVADO**	**OTRO ****
< 2.000	14.1	25.7	0.0	20.1
2.000 - 4.999	26.2	48.8	1.7	33.7
5.000 - 19.999	25.1	10.6	40.7	20.5
20.000 - 39.999	23.6	10.1	34.8	32.9
40.000 y más	4.1	4.9	22.8	1.9
TOTAL	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Nº DE CASOS	**108**	**31**	**44**	**33**

* (1 U$ = Gs. 2.120 , guaranies Dos mil ciento veinte)
** Incluye Farmacias

CUADRO 14.13

PORCENTAJE DE NIÑOS CON DIARREA TRATADOS Y TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIDO POR LUGAR DONDE RECIBIO LA ATENCION Y QUIEN PROPORCIONO LA ATENCION, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	TRATAMIENTOS RECIBIDOS						Nº DE CASOS* *
	ANTIBIOTICOS	ANTI-DIARREICOS	REMEDIOS CASEROS	SUERO ORAL	TRATAMIENTO ENDOVENOSO	HOSPITAL *	
TOTAL	**20.9**	**27.9**	**78.5**	**21.1**	**0.9**	**0.1**	**385**
DONDE RECIBIO LA ATENCION							
Fuera de la Casa	53.7	65.7	63.1	50.1	2.8	0.4	142
En la Casa	6.1	11.4	94.7	8.4	0.0	0.0	243
QUIEN PROPORCIONO ATENCION							
Entrevistada	6.2	11.3	94.8	8.7	0.0	0.0	235
Médico	63.6	77.9	57.6	63.1	1.9	0.6	88
Curandero/a o Enfermero/a	28.4	29.0	73.6	26.7	5.0	0.0	47
Otro/a	***	***	***	***	***	***	15

* Más de 24 horas
** Excluye 5 casos sin información
*** Menos de 25 casos

CUADRO 14.14

PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTARON SINTOMAS DE UNA INFECCION RESPIRATORIA AGUDA (IRA) EN LAS 2 SEMANAS ANTERIORES A LA ENTREVISTA POR DONDE RECIBIERON ATENCION POR GRAVEDAD DE LA IRA, ENDSR-95/96

ATENCION DE IRA	TOTAL	GRAVEDA DE IRA		
		LEVE	MODERADA	SEVERA
Fuera de la Casa	37.7	22.0	40.9	49.0
En la Casa	57.6	70.1	55.4	48.0
No tuvo Atención	4.7	7.9	3.7	3.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº DE CASOS	1430	411	650	369
DIST. PORCENTUAL DE GRAVEDAD DE IRA	100.0	28.3	45.7	26.0

CUADRO 14.15

LUGAR DONDE OBTUVO ATENCION FUERA DE LA CASA POR TIEMPO PARA LLEGAR DESDE LA CASA HASTA ESE LUGAR Y PORCENTAJE QUE PAGARON POR ESA ATENCION: NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD CON IRA, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	TOTAL	LUGAR DE ATENCION			Nº DE CAS
		SECTOR PUBLICO	SECTOR PRIVADO	OTRO	
Distribución Porcentual de lugar donde obtuvo Atención *	100.0	48.1	35.9	15.9	566
% Que pagaron por esa Atención **	70.8	65.5	81.4	63.1	565
TIEMPO ***					
< 15 minutos	32.9	25.1	41.1	38.4	
15- 29 minutos	24.1	27.7	23.9	12.9	
30 - 59 minutos	21.8	23.8	21.1	17.4	
1 - 2 horas	14.9	17.0	11.6	16.5	
2 y más horas	5.4	4.9	0.3	11.6	
No Recuerda	0.9	0.5	0.0	3.1	
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	
Nº DE CASOS	564	247	226	91	

* Excluye 1 caso sin información
** Excluye 2 casos sin información
*** Excluye 3 casos sin información

CUADRO 14.16

LUGAR DONDE OBTUVO ATENCION FUERA DE LA CASA, POR CUANTO PAGARON POR LA ATENCION: NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON IRA, ENDSR-95/96 (DISTRIBUCION PORCENTUAL)

CUANTO PAGARON (GUARANIES)	TOTAL	LUGAR DE ATENCION	
		SECTOR PUBLICO	SECTOR PRIVADO
< 2.000	17.4	24.2	2.5
2.000 - 4.999	30.7	54.6	3.3
5.000 - 19.999	26.6	11.5	47.2
20.000 - 39.999	18.3	4.6	37.4
40.000 y más	6.9	3.1	9.7
TOTAL	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Nº DE CASOS	**402**	**158**	**187**

CUADRO 14.17

PORCENTAJE DE NIÑOS CON IRA TRATADO, POR TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIDO POR LUGAR DONDE RECIBIO ATENCION Y QUIEN PROPORCIONO LA ATENCION, ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO					Nº DE CASOS
	ANTI-BIOTICOS	ANTI-FEBRILES	ANTI-GRIPALES	REMEDIOS CASEROS	HOSPITALiZACION	
PORCENTAJE QUE RECIBIO TRATAMIENTO	34.5	54.5	47.8	68.3	0.3	1367
DONDE RECIBIO ATENCION *						
Fuera de la Casa	69.1	65.0	72.6	56.6	0.9	567
En la Casa	12.2	48.4	32.0	75.8	0.0	789
QUIEN PROPORCIONO LA ATENCION *						
Entrevistada						
Médico	11.8	48.6	31.9	75.6	0.0	765
Enfermero/a	74.0	67.5	76.4	51.6	1.1	458
Curandero/a	45.1	65.2	66.1	68.2	0.0	50
Otro/a	20.5	30.5	18.2	96.1	0.0	30
	62.4	51.2	63.6	77.6	0.0	53

* Excluye 11 casos sin información

CUADRO 14.18

PORCENTAJE CON TRATAMIENTO (MEDICINA) QUE LE RECETO EL MEDICO, POR LUGAR DONDE CONSIGUIO LA MEDICINA Y TIPO DE TRATAMIENTO: NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD CON TRATAMIENTO PARA IRA, ENDSR-95/96

DONDE CONSIGUIO LA MEDICINA *	PORCENTAJE	Nº DE CASOS
Tenía en la Casa	26.1	491
Lo compró Especialmente	54.0	761
Consiguió en IPS	94.0	32
Otro Lugar	63.9	77
TOTAL	**44.4**	**1361**
TIPO DE TRATAMIENTO		
Anibióticos	77.1	489
Antifebriles	55.3	760
Antigripales	67.8	682
Remedios Caseros	34.8	925

* Excluye 6 casos sin información

CUADRO 14.19

CUANTO PAGO POR LA MEDICINA, POR LA CONSULTA Y TIPO DE TRATAMIENTO, NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD CON TRATAMIENTO PARA IRA, ENDSR-95/96

CUANTO PAGO (GUARANIES)	LE RECETO EL MEDICO *		TRATAMIENTO			
	SI	NO	ANTIBIOTICOS	ANTIFEBRILES	ANTIGRIPALES	REMEDIOS CASEROS
No tuvo que Pagar **	16.6	42.0	16.7	17.9	17.6	37.4
< 2.000	2.1	19.1	0.7	16.8	2.0	12.0
2.000 - 4.999	9.9	13.6	5.5	12.0	11.5	11.3
5.000 - 9.999	20.0	11.7	19.8	14.9	20.5	13.0
10.000 - 19.999	23.3	6.6	23.6	18.2	21.5	10.7
20.000 - 39.999	19.6	2.5	23.9	13.7	16.9	9.3
40.000 y más	8.5	4.5	9.8	6.6	9.9	6.4
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº DE CASOS	624	735	489	760	682	925

* Excluye 8 casos sin información

** Inxcluye Asegurados

CAPITULO 15

ABUSO VERBAL Y FISICO DE LA MUJER

Los patrones de comportamiento violento frecuentemente pasan de generación a generación. El hecho de haber escuchado o visto a los padres maltratarse uno al otro durante la niñez o adolescencia ha sido identificado como uno de los mayores factores de riesgo para maltrato en las edades adultas (1). Para las mujeres adultas, haber visto o escuchado maltrato entre los padres puede resultar en que ellas sean víctimas del maltrato por un esposo o compañero.

15.1 Antecedentes de Violencia entre los Padres

En Paraguay, 21.7% de las mujeres reportaron haber escuchado o visto a sus padres maltratarse cuando eran niñas o adolescentes (Cuadro 15.1). No existe diferencia entre mujeres residentes en áreas urbanas y rurales. Se encontró variación por región de residencia, con los porcentajes más altos en Gran Asunción y el Este, y con el más bajo en el Norte. En cuanto a edad, hubo poca variación en los porcentajes por edad actual de la mujer. Mujeres con más de 12 años de educación reportaron con menos frecuencia haber escuchado o visto maltrato entre los padres (17.1%) comparadas con mujeres con niveles de instrucción más bajos. Hablantes exclusivos de idioma Guaraní reportaron con menos frecuencia haber escuchado o visto a los padres maltratarse uno al otro comparados con hablantes de Guaraní/Español, Español exclusivo u otros idiomas.

CUADRO 15.1
PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS QUE DURANTE SU NIÑEZ O ADOLESCENCIA ALGUNA VEZ VIO O ESCUCHO A SUS PADRES MALTRATARSE FISICAMENTE, PARAGUAY ENDSR-95/96.

CARACTERISTICAS	ALGUNA VEZ VIO O ESCUCHO A SUS PADRES MALTRATARSE	Nº DE CASOS
TOTAL	21.7	6465
AREA		
Urbana	21.8	3220
Rural	21.6	3245
REGION		
Gran Asunción	23.5	1593
Norte	16.3	1329
Centro-Sur	20.3	1669
Este	23.4	1874
EDAD ACTUAL		
15-19	24.0	1066
20-24	23.3	1065
25-29	20.8	1173
30-34	21.5	1125
35-39	17.1	890
40-44	23.3	647
45-49	19.2	499
EDUCACION		
0-2 años	24.1	641
3-5 años	25.2	1810
Prim. Completa	20.8	1787
7-11 años	21.1	1275
12 y más	17.1	952
IDIOMA HABLADO		
Guaraní	19.3	2941
Guaraní/Español	23.9	1911
Español	23.1	1316
Otros Idiomas	22.3	297

(1) Straus MA, Gelles RJ. Physical Violence in American Families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 1990.

15.2 Violencia Física Hacia las Mujeres

En total, 13.9% de las mujeres paraguayas reportaron haber recibido maltrato físico alguna vez en su vida (Cuadro 15.2). El porcentaje aumenta suavemente con la edad, y disminuye con los años de educacion. Por ejemplo, 19.5% de las mujeres con 0-2 años de educación reportaron haber recibido maltratos físicos, comparado con 9.6% de las con 12 o más años de educación. Una proporción mayor de residentes del Gran Asunción reportaron haber sido maltratadas (17.1%), comparadas con residentes del Norte (11.9%), Centro Sur (13.3%), o el Este (12.9%).

Tal como esperamos, las mujeres separadas o divorciadas reportaron con más frecuencia haber sido maltratadas (28.5%) comparadas con mujeres viudas (20.4%), las actualmente casadas (13.2%) o las solteras (12.1%). Por tanto, es importante tomar en cuenta la posibilidad de baja respuesta, especialmente de las mujeres casadas, por miedo de posibles represalias. Mujeres hablantes de Español/Guaraní reportaron con más frecuencia haber sido maltratadas comparadas con las hablantes exclusivas de Guaraní, Español, u otros idiomas.

Los datos parecen confirmar lo encontrado en una investigación previa en que las mujeres expuestas durante su niñez a maltrato físico entre sus padres tienen más probabilidad de recibir maltratos físicos alguna vez en su vida.(1) Mientras que 9.3% de las mujeres que reportaron no haber visto maltrato entre sus padres reportaron haber sido maltratadas, 30.6% de las mujeres que habían visto maltrato entre sus padres habían sido víctimas de maltratos físicos.

CUADRO 15.2
PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE RECUERDAN HABER RECIBIDO MALTRATOS FISICOS, PARAGUAY ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	ALGUNA VEZ RECIBIO MALTRATOS FISICOS	Nº DE CASOS
TOTAL	13.9	6465
AREA		
Urbana	14.7	3220
Rural	13.1	3245
REGION		
Gran Asunción	17.1	1593
Norte	11.9	1329
Centro-Sur	13.3	1669
Este	12.3	1874
EDAD ACTUAL		
15-19	13.1	1066
20-24	14.1	1065
25-29	12.8	1173
30-34	15.1	1125
35-39	14.5	890
40-44	16.2	647
45-49	12.1	499
EDUCACION		
0-2 años	19.5	641
3-5 años	15.7	1810
Prim. Completa	13.5	1787
7-11 años	13.3	1275
12 y más	9.6	952
ESTADO CIVIL		
Casada/Unida	13.2	4586
Separada/Divorc.	28.5	401
Viuda	20.4	61
Soltera	12.1	1417
IDIOMA HABLADO		
Guaraní	13.3	2941
Guaraní/Español	16.1	1911
Español	12.9	1316
Otro Idioma	9.2	297
PADRES SE MALTRATARON		
Si	30.6	1363
No	9.3	5016

No Sabe/No Responde	13.2	86

Entre las mujeres que reportaron alguna vez haber recibido abuso físico, la mayoría (67.7%) fueron maltratadas solo en la niñez o adolescencia (con menos de 19 años de edad) (Cuadro 15.3). Una de cada diez mujeres (10.5%) fueron maltratadas como niña/ adolescente y también en las edades adultas, y 13.8% reportaron haber sido maltratadas solo como adulta (después de los 18 años de edad). Finalmente, en 8.1% no se pudo determinar la edad en que recibió el maltrato.

CUADRO 15.3

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS QUE RECUERDAN HABER RECIBIDO MALTRATOS FISICOS, SEGUN LAS EDADES EN QUE FUERON MALTRATADAS, PARAGUAY ENDSR-95/96.

EDADES EN QUE FUERON MALTRATADAS	PORCENTAJE QUE RECUERDA HABER RECIBIDO MALTRATOS
Solo en la niñez o adolescencia (con <=18 años de edad)	67.7
Como niña/adolescente y también como adulta	10.5
Solo como adulta (con 19 y más años de edad)	13.8
Edad no determinada	8.1
TOTAL	**100.0**
Nº No Ponderado	892

15.3 Tipos de Violencia Recibidos por las Mujeres de sus Parejas

A todas las mujeres que habían tenido pareja, se les preguntó si alguna vez: 1) habían peleado con un pareja o ex-pareja (verbalmente); 2) habían recibido insultos verbales de una pareja o ex-pareja; y 3) si habían recibido golpes físicos de una pareja o ex-pareja, (Cuadro 15.4). En total, la mitad de las mujeres (50.9%) respondió que había peleado con una pareja o ex pareja. Hubo poca variación, pero mujeres que reportaron con menos frecuencia haber peleado eran las mas jóvenes (40.6%), las residentes de la region Norte (42.4%), y las solteras (42.2%).

Casi un tercio (31.1%) de las mujeres reportaron haber recibido insultos verbales de una pareja o ex-pareja. El porcentaje que había recibido insultos verbales aumenta con la edad y disminuye con el mayor nivel de instrucción. Hubo poca variación por región y área de residencia. Mas de la mitad de las mujeres separadas y divorciadas reportaron haber recibido insultos (53.4%), comparadas con las viudas (36.3%), las actualmente casadas (33.1%), y las solteras (16.4%). Entre las mujeres alguna vez casadas, las que se casaron con menos de 20 años de edad reportaron con más frecuencia haber recibido insultos (36.4%), comparadas con las que se casaron con 30 años de edad o más (28.7%).

En total, 9.5% de las mujeres reportaron haber recibido golpes físicos de una pareja o ex-pareja. Tal como el hecho de haber sido insultada, la frecuencia de haber sido golpeada aumenta con la edad, y disminuye con más altos niveles de instrucción. Mientras que 15.7% de las mujeres con 0 a 2 años de instrucción reportaron haber recibido golpes, 7.1% de las con 12 años o más de instrucción reportaron haber sido golpeadas. El haber sido golpeada varió por región y por área de residencia, con las frecuencias más altas en Gran Asunción (11.0%) y en áreas urbanas (10.9%). Hablantes de Guaraní/Español y de otros idiomas reportaron con más frecuencia haber sido golpeadas (10.4% y 11.1%, respectivamente).

La variación más resaltante se notó según el estado civil actual. Un cuarto de las mujeres separadas y divorciadas (25.2%), y de las viudas (26.6%), reportaron haber recibido golpes de un pareja o ex-pareja, comparado con las actualmente casadas/unidas (9.5%) y las solteras (2.6%). Otra vez, es importante recordar la posibilidad de baja respuesta entre las mujeres actualmente casadas o unidas por miedo a represalias o por negación. Entre las mujeres alguna vez casadas, la proporción que reportaron haber sido golpeadas era más alta para las que se casaron con menos de 20 años de edad.

CUADRO 15.4

PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, ALGUNA VEZ CON PAREJA, SEGUN SU EXPERIENCIA POR TIPOS DE VIOLENCIA DE SU PAREJA (*), PARAGUAY ENDSR 95/96.

CARACTERISTICAS	ALGUNA VEZ PELEAN	ALGUNA VEZ INSULTADA	ALGUNA VEZ GOLPEADA	Nº DE CASOS
TOTAL	**50.9**	**31.1**	**9.5**	**5940**
AREA				
Urbana	54.1	32.5	10.9	957
Rural	47.1	29.3	7.7	2983
REGION				
Gran Asunción	49.9	31.9	11.0	1448
Norte	42.4	28.0	6.3	1209
Centro-Sur	49.3	29.8	9.6	1544
Este	56.9	32.6	9.2	1739
EDAD				
15-19	40.6	19.1	5.4	688
20-24	53.1	28.3	8.3	994
25-29	52.9	32.6	8.4	1154
30-34	51.0	32.4	10.6	1113
35-39	54.4	34.5	12.0	877
40-44	53.2	39.0	12.0	636
45-49	52.1	35.8	11.5	478
EDUCACION				
0-2 años	52.4	36.7	15.7	621
3-5 años	50.4	35.7	10.1	1724
Prim. Completa	49.9	31.4	9.2	1636
7-11 años	49.7	26.1	8.1	1075
12 y más	54.0	25.8	7.1	884
ESTADO CIVIL				
Casada/Unida	52.3	33.1	9.5	4585
Separada/Divorc.	62.9	53.4	25.2	401
Viuda	50.9	36.3	26.6	61
Soltera	42.2	16.4	2.6	893
IDIOMA HABLADO				
Guaraní	49.0	31.7	8.7	2735
Guaraní/Español	52.6	32.8	10.4	1736
Español	52.3	29.0	9.4	1193
Otro Idioma	50.0	22.6	11.1	276
EDAD A LA PRIMERA UNION				
Soltera	42.3	16.4	2.6	893
<=19 años	53.8	36.4	12.2	2646
20-29 años	52.5	34.0	10.4	2136
>= 30 años	55.4	28.7	8.9	237
No Sabe/No Responde	38.1	21.3	23.8	28

(*) Pareja incluye marido, compañero, novio, ex-marido, ex-compañero, ex-novio u otra pareja.

15.4 Formas de Reacción a la Agresión

El Cuadro 15.5 indica que entre las mujeres que alguna vez habían sido golpeadas por un pareja o ex-pareja, 38.9% respondieron al abuso de una manera activa, o agrediendo, y 60.0% respondieron de un manera pasiva, o aguantando el abuso. Las mujeres mas jóvenes (de 15-19 años) y de mayor edad (45-49 años) reportaron con más frecuencia el haber respondido pasivamente comparadas con las mujeres entre las edades de 20 y 44. La tendencia de responder de una manera activa creció con el nivel de instrucción. Mientras que 24.8% de las mujeres con 0 a 2 años de instrucción respondieron de una manera activa, 52.4% de las con 7-11 años de instrucción, y 55.4% de las con 12 o mas años de instrucción respondieron de una manera activa.

CUADRO 15.5
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS QUE FUERON FISICAMENTE MALTRATADAS, SEGUN SU REACCION AL MALTRATO, POR EDAD ACTUAL Y EDUCACION, PARAGUAY ENDSR-95/96

CARACTERISTICAS	MANERA EN QUE REACCIONO A LA AGRESION				
	FORMA ACTIVA AGREDIENDO	FORMA PASIVA AGUANTANDO	NO SABE NO RESPONDE	TOTAL	Nº DE CASOS
TOTAL	**38.9**	**60.0**	**1.0**	**100.0**	**558**
EDAD ACTUAL					
15-19	34.9	61.6	3.6	100.0	37
20-24	38.6	58.5	2.9	100.0	82
25-29	41.3	57.7	1.0	100.0	99
30-34	42.5	56.7	0.8	100.0	120
35-39	42.6	57.4	0.0	100.0	98
40-44	41.0	59.0	0.0	100.0	73
45-49	24.0	76.0	0.0	100.0	49
EDUCACION					
0-2 años	24.8	74.2	1.0	100.0	91
3-5 años	35.0	64.5	0.5	100.0	166
Prim.Completa	34.9	65.1	0.0	100.0	145
7-11 años	52.4	47.6	0.0	100.0	91
12 y más	55.4	38.7	5.9	100.0	65

15.5 Lugar Donde Acudían las Mujeres Maltratadas

A las mujeres abusadas también se les preguntó a quién acudían cuando fueron golpeadas (Cuadro 15.6). En total, 46.0% de las mujeres que reportaron haber respondido de manera activa, y 50.2% de las que respondieron de manera pasiva dijeron que no acudían a nadie. Entre ambos grupos, 30.5% y 28.2% respectivamente, reportaron que acudían a un familiar, mientras 13.5%y 12.5% reportaron haber acudido a las autoridades. Entre ambos grupos, aproximadamente 8% acudían a vecino(a)s o amigo(a)s.

CUADRO 15.6
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS QUE FUERON FISICAMENTE MALTRATADAS, SEGUN SU REACCION AL MALTRATO Y A QUIEN ACUDIA, PARAGUAY ENDSR-95/96

A QUIEN ACUDIA	MANERA EN QUE REACCIONO A LA AGRESION	
	FORMA ACTIVA AGREDIENDO	FORMA PASIVA AGUANTANDO
A nadie	46.0	50.2
Familiar	30.5	28.2
Autoridad	13.5	12.5
Amigo/a	6.0	0.9
Vecino/a	1.6	6.8
Otro	2.5	1.5

TOTAL	**100.0**	**100.0**
Nº No Ponderado	223	331

15.6 Razones para no Denunciar el Maltrato a las Autoridades

Tal como se indica en el Cuadro 15.6, en la gran mayoría de incidentes de violencia física, las víctimas no acudian a las autoridades. En el Cuadro 15.7, se ve que las razones principales para no haber acudido a las autoridades eran que: 1) la mujer creia que podía solucionar sola la situación; 2) la mujer tenía miedo de represalias de su pareja, o 3) la mujer pensaba que no iba a volver a ocurrir. Estos datos indican la aislación que experimentan muchas víctimas de abuso físico.

CUADRO 15.7

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS QUE FUERON FISICAMENTE MALTRATADAS Y QUE NO ACUDIAN A LAS AUTORIDADES, SEGUN LA RAZON POR NO HABER ACUDIDO, PARAGUAY ENDSR-95/96.

RAZONES PARA NO ACUDIR	PORCENTAJE QUE NO A
Creía que podía solucionarlo sola	28.0
Tenía miedo a represalias de la pareja	18.6
Pensó que no iba a volver a ocurrir	16.9
Tenía miedo a quedarse sola	5.5
No sabía que era delito	2.7
Creía que las autoridades no le prestarían atención	3.7
Otras razones	22.4
No sabe	2.2
TOTAL	**100.0**
Nº (No Ponderado)	488