



# Reportes de la **ENSANUT** 2018



Vol. 5

**Actividad Sexual y Salud Reproductiva y  
Planificación Familiar**

**Reportes de la ENSANUT 2018**

**Volumen N° 5. Actividad Sexual y Reproductiva y Planificación Familiar**

**Director Ejecutivo**

Roberto Castillo

**Subdirector General**

Jorge García-Guerrero

**Coordinador General Técnico de Innovación en Métricas y Análisis de Información**

Darío Vélez

**Director de Innovación en Métricas y Metodologías**

Galo Egas

**Autores:**

Ana Cristina Mena<sup>1</sup>,

Melody Serrano<sup>2</sup>

**Editores:**

Lorena De La Torre<sup>2</sup>

Mónica Pozo<sup>2</sup>

**1 Fondo de Población de las Naciones Unidas / United Nations Population Fund (UNFPA)**

Centro Corporativo EKOPARK, Torre 4, Piso 2 – Av. Simón Bolívar y vía a Nayón

Teléfono: (593-2) 380-1920

[www.ecuador.unfpa.org](http://www.ecuador.unfpa.org)

Quito – Ecuador.

**2 Instituto Nacional de Estadística y Censos**

Juan Larrea N15-36 entre Buenos Aires y José Riofrío

Teléfono: (593-2) 254-4326

[www.ecuadorencifras.gob.ec](http://www.ecuadorencifras.gob.ec)

Quito, Ecuador

Quito, Ecuador

Julio, 2023

---

**Contenido**

1	Introducción .....	9
2	Métodos .....	10
2.1	Población objetivo y selección de muestras de análisis .....	10
2.2	Procedimiento de recolección de la información .....	11
2.3	Variables e instrumentos .....	11
3	Caracterización .....	12
4	Resultados.....	14
4.1	Actividad Sexual y Salud Reproductiva en mujeres de 15 a 24 años ...	14
4.1.1	Edad en la menarquia .....	14
4.1.2	Educación en salud sexual y reproductiva.....	14
4.1.3	Experiencia sexual y tipo de relación sexual .....	16
4.1.4	Primera relación sexual .....	17
4.1.5	Primer embarazo .....	19
4.1.6	Uniones tempranas .....	23
4.1.7	Actividad sexual reciente .....	25
4.2	Planificación familiar para mujeres de 15 a 49 años .....	27
4.2.1	Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos .....	27
4.2.2	Acceso a servicios de planificación familiar .....	33
4.2.3	Esterilización femenina .....	36
4.2.4	Mujeres que no usan métodos anticonceptivos.....	37
4.2.5	Necesidades de planificación familiar .....	41
4.2.6	Propias decisiones informadas.....	45
5	Conclusiones e implicaciones .....	46
	Anexos .....	48
	Referencias .....	48

---

**Lista de tablas**

Tabla 1. Métodos anticonceptivos modernos y tradicionales.....	11
Tabla 2. Características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil, por grupos etarios .....	12
Tabla 3. Proporción de MEF 15 a 24 años, por edad de la menarquia.....	14
Tabla 4. Condición de embarazo en mujeres de 15 a 24 años, por características sociodemográficas.....	19
Tabla 5. Consecuencias laborales y educativas en mujeres que estudiaban y trabajaban al momento del primer embarazo, por características sociodemográficas.....	23
Tabla 6. Proporción de mujeres de 15 a 49 años que conocen métodos anticonceptivos, por estado civil .....	27
Tabla 7. Conocimiento de métodos anticonceptivos por sexo .....	29
Tabla 8. Proporción de mujeres que usan métodos anticonceptivos, por método y estado civil .....	30
Tabla 9. Uso de métodos anticonceptivos en mujeres casadas/unidas de 15 a 49 años en países de la región .....	32
Tabla 10. Proporción de mujeres de 15 a 49 años que no utilizan anticonceptivos, por estado civil y número de hijos.....	38
Tabla 11. Proporción de mujeres de 15 a 49 años, casadas/unidas o con otro estado civil pero sexualmente activas con necesidades insatisfechas de planificación familiar .....	43
Tabla 12. Proporción de mujeres de 15 a 49 años, por necesidad de servicios de planificación familiar y estado civil.....	44
Tabla 13. Conocimiento, uso pasado y deseo de uso de algún método anticonceptivo, por necesidad de servicios de planificación familiar en mujeres de 15 a 49 años .....	44

---

**Lista de figuras**

Gráfico 1. Mujeres de 15 a 24 años que han recibido información en temas de sexualidad y salud reproductiva .....	15
Gráfico 2. Mujeres de 15 a 24 años que recibieron información sobre sexualidad y salud reproductiva, por nivel de instrucción .....	15
Gráfico 3. Proporción de mujeres de 15 a 24 años que han tenido relaciones sexuales, por características sociodemográficas .....	16
Gráfico 4. Proporción de mujeres de 15 a 24 años, por tipo de relación sexual y grupos de edad .....	16
Gráfico 5. Motivos de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual .....	18
Gráfico 6. Proporción de mujeres de 15 a 24 años que usaron métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, por características sociodemográficas .....	18
Gráfico 7. Distribución de mujeres de 15 a 24 años, por condición del primer embarazo .....	19
Gráfico 8. Deseo del primer embarazo en mujeres de 15 a 24 años .....	20
Gráfico 9. Proporción de mujeres de 15 a 24 años que querían tener el primer embarazo, por características sociodemográficas .....	21
Gráfico 10. Deseo del primer embarazo en mujeres de 15 a 24 años, por nivel de instrucción .....	21
Gráfico 11. Actividad laboral y educativa al momento del primer embarazo en mujeres de 15 a 24 años .....	22
Gráfico 12. Consecuencias laborales y educativas en mujeres que estudiaban y trabajaban al momento del primer embarazo .....	22
Gráfico 13. Proporción de mujeres de 20 a 24 años casadas/unidas antes de edades específicas .....	24
Gráfico 14. Mujeres de 20 a 24 años casadas/unidas antes de los 15 años, por características sociodemográficas .....	24
Gráfico 15. Mujeres de 20 a 24 años casadas/unidas antes de los 18 años, por características sociodemográficas .....	25
Gráfico 16. Tiempo desde la última relación sexual en mujeres de 15 a 24 años sexualmente activas .....	25
Gráfico 17. Uso de preservativo en la última relación sexual. Mujeres de 15 a 24 años, por estado civil .....	26
Gráfico 18. Uso de preservativos en la última relación sexual en mujeres de 15 a 24 años sexualmente activas, por características sociodemográficas .....	26

---

Gráfico 19. Proporción de mujeres de 15 a 49 años que conocen al menos un método anticonceptivo, por tipo de método y área de residencia .....	28
Gráfico 20. Proporción de mujeres de 15 a 49 años que usan actualmente o han usado métodos anticonceptivos, por área de residencia.....	29
Gráfico 21. Proporción de mujeres que usan actualmente algún método anticonceptivo, por grupo étnico y tipo de método .....	31
Gráfico 22. Evolución del uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 15-49 años casadas o unidas .....	31
Gráfico 23. Motivos para uso actual de métodos anticonceptivos en MEF de 15 a 49 años, nacional y por estado civil .....	32
Gráfico 24. Motivos para uso actual de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años, por grupos de edad.....	33
Gráfico 25. Fuente de obtención de métodos anticonceptivos, nacional y por estado civil.....	34
Gráfico 26. Fuente de obtención de métodos anticonceptivos. Proporción de mujeres de 15 a 49 años, por nivel de ingresos .....	34
Gráfico 27. Proporción de mujeres que usan anticonceptivos, por el tiempo que tardan en llegar a la fuente de obtención.....	35
Gráfico 28. Tiempo promedio de traslado hasta la fuente de obtención de anticonceptivos, por región .....	36
Gráfico 29. Tiempo promedio de traslado hasta la fuente de obtención de anticonceptivos, por área de residencia .....	36
Gráfico 30. Proporción de mujeres de 15 a 49 años casadas o unidas que han usado la esterilización femenina .....	36
Gráfico 31. Proporción de mujeres esterilizadas que tomarían la misma decisión de esterilización.....	36
Gráfico 32. Proporción de mujeres de 15 a 49 años casadas/unidas que tienen interés en esterilizarse, por características sociodemográficas.....	37
Gráfico 33. Proporción de mujeres de 15 a 49 años que no usan métodos anticonceptivos, por área de residencia .....	38
Gráfico 34. Motivos de no uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años.....	39
Gráfico 35. Motivos de no uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años, por estado civil .....	39
Gráfico 36. Deseo de uso de métodos anticonceptivos en mujeres que no usan métodos anticonceptivos.....	40
Gráfico 37. Métodos que preferirían usar mujeres de 15 a 49 años que no usan métodos anticonceptivos.....	40

---

Gráfico 38. Métodos que preferirían usar mujeres de 15 a 49 años que no usan métodos anticonceptivos, por estado civil .....	41
Gráfico 39. Necesidades de planificación familiar satisfechas con métodos modernos en mujeres de 15 a 49 años casadas/unidas o sexualmente activas .....	42
Gráfico 40. Proporción de mujeres de 15 a 49 años casadas o unidas que toman sus propias decisiones informadas .....	45
Gráfico 41. Proporción de mujeres de 15 a 49 años casadas o unidas que toman sus propias decisiones informadas, por área de residencia .....	45

---

### Lista de abreviaturas

<b>DIU</b>	Dispositivo Intra Uterino
<b>ENSANUT</b>	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
<b>IESS</b>	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
<b>INEC</b>	Instituto Nacional de Estadística y Censos
<b>ISSFA</b>	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
<b>ISSPOL</b>	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
<b>MEF</b>	Mujer en edad fértil
<b>MELA</b>	Método de Lactancia Exclusiva y Amenorrea
<b>ODS</b>	Objetivos de Desarrollo Sostenible
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas

---

## 1 Introducción

Desde la aprobación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo se contempla la necesidad de que los países implementen medidas para garantizar el acceso igualitario a los servicios de salud, particularmente los de salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar (UNDP, 1975). De esta manera, se busca brindar a la población la posibilidad del ejercicio de sus derechos reproductivos y la libre decisión sobre el número de hijos deseados y el espaciamiento de los nacimientos.

Es relevante analizar la actividad sexual y reproductiva en la población joven dado que se encuentran en una etapa importante de la vida, para su desarrollo individual y futuro. A pesar de que, en términos generales, la salud de la población joven está marcada por elevados niveles de bienestar, las cuestiones en torno a la salud sexual y reproductiva son los principales retos. Muchos de los comportamientos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva se definen en la juventud, con efectos que persisten en el largo plazo (OPS, 2008). El inicio temprano de la maternidad, por ejemplo, es una cuestión que puede tener implicaciones en la vida educativa y profesional de las mujeres, así como mayores riesgos de morbilidad y mortalidad. Los jóvenes, y principalmente las mujeres jóvenes, también tienen necesidades particulares de servicios de salud y de educación en salud. Las necesidades también son heterogéneas en este grupo de población, dependiendo de su contexto y grado de desarrollo (OMS, 2019).

La importancia de la planificación familiar y los servicios de salud sexual y reproductiva son reconocidos además por la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como elementos clave para la garantía de una vida sana y la promoción del bienestar en todas las edades (Naciones Unidas, n.d.). Además, el acceso a los servicios de planificación familiar es un mecanismo para alcanzar la igualdad de género y lograr el empoderamiento de las mujeres. En definitiva, es un elemento fundamental para alcanzar el desarrollo sostenible.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la planificación familiar y los métodos anticonceptivos son el mecanismo a través del cual los individuos pueden decidir cuántos hijos tener y el intervalo entre nacimientos. La anticoncepción brinda a las mujeres autonomía y poder de decisión que, además, según el mecanismo de anticoncepción se pueden prevenir enfermedades de transmisión sexual y las infecciones de VIH y SIDA. Otros beneficios de la anticoncepción son la prevención de riesgos para la salud y otros vinculados al embarazo, como el embarazo precoz, embarazo no deseado, abortos peligrosos, reducción de la mortalidad infantil, entre otros (OMS, 2019, 2020).

El acceso y uso de métodos anticonceptivos está relacionado a la disponibilidad de información y la provisión de servicios de planificación familiar, que además tomen en cuenta la privacidad, confidencialidad y preferencias de la población. A esto se suma la disponibilidad de distintas opciones anticonceptivas para motivar su uso continuo y lograr la satisfacción de los usuarios (OMS, 2018).

---

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) es una operación estadística del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) cuyo principal objetivo es brindar información actualizada sobre la situación de la salud y nutrición de la población ecuatoriana en distintas temáticas. La encuesta aborda aspectos relacionados el estado nutricional de distintos grupos poblacionales, salud en la niñez, salud materna, planificación familiar, fecundidad, lactancia materna, entre otros. El fin de esta operación es poner a disposición de los distintos actores información clave para la formulación de políticas públicas. La encuesta más reciente corresponde al año 2018, cuyos resultados fueron publicados en 2019.

En el marco del trabajo coordinado entre el INEC y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), se elaboró el presente informe de resultados usando la información de la ENSANUT 2018, módulos referentes a Actividad Sexual y Reproductiva y Planificación Familiar. Se analiza la situación actual de las mujeres jóvenes, comprendidas en el rango etario de 15 a 24 años, en aspectos relacionados a su salud sexual y reproductiva. Se abordan las principales características sociodemográficas de este grupo poblacional, la edad de la primera menstruación, el acceso a información sobre sexualidad y salud sexual y reproductiva, experiencia y actividad sexual y maternidad adolescente. Así como también, se presenta la situación de la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres en 15 a 49 años en el país. Finalmente, se busca identificar las diferencias en el acceso, uso y conocimiento de métodos anticonceptivos en distintos grupos poblacionales según sus características sociodemográficas.

## 2 Métodos

### 2.1 Población objetivo y selección de muestras de análisis

La población analizada en el presente informe corresponde a las Mujeres en Edad Fértil (MEF) de 15 a 49 años, a pesar de que la ENSANUT recopila información para mujeres desde los 10 años, el grupo de población de 10 a 14 años no se analizará dado que existen pocas observaciones. Los indicadores asociados a la actividad sexual y salud reproductiva se analizarán para dos subgrupos: mujeres de 15 a 19 años y de 20 a 24 años.

El muestreo de la ENSANUT 2018 se realizó en dos etapas. En la primera se seleccionó una muestra estratificada de unidades primarias de muestreo (UPM), donde se enlistaron la totalidad de viviendas (y hogares) y se obtuvo el marco de selección<sup>1</sup>. En la segunda se escogieron, en promedio, aleatoriamente 18 viviendas de cada UPM, y se identificó a la población objetivo de cada cuestionario en sus hogares.

---

<sup>1</sup> El enlistamiento consistió en visitar todas las viviendas que conforman cada una de las UPM con tres grandes objetivos: conocer su condición de ocupación, la composición de los hogares que la habitan y generar material cartográfico de apoyo para el levantamiento de información (INEC, 2019).

---

Bajo este contexto, la encuesta tiene representatividad a nivel nacional, urbano-rural y por región. Todos los indicadores presentados en este informe están ponderados por los pesos muestrales correspondientes, por lo que reflejan la situación de la población (INEC, 2019)<sup>2</sup>.

Se realizó el análisis de los datos obtenidos del levantamiento de la ENSANUT 2018 con el formulario 2: Mujeres en edad fértil que recoge información de mujeres de 10 a 49 años. Para las variables cuyo análisis contempla la comparación por sexo, se toma en cuenta la información del formulario 3: Salud sexual y reproductiva, hombres de 12 años y más.

## 2.2 Procedimiento de recolección de la información

La información del formulario 2: Mujeres en edad fértil se recopiló mediante entrevista directa a todas las MEF en cada hogar por personal del INEC, apropiadamente capacitado. Para este formulario se intenta tener la mayor privacidad posible, dado que lo ideal es que la entrevista se efectuó a solas con la MEF dado que la presencia de otras personas puede afectar la calidad de las respuestas (INEC, 2018).

## 2.3 Variables e instrumentos

Las variables utilizadas para desagregación son: el nivel de instrucción, quintiles de ingreso, discapacidad<sup>3</sup> y otras que se generaron a partir de los datos recabados en el formulario del hogar.

Los métodos anticonceptivos fueron clasificados como modernos o tradicionales siguiendo los parámetros del Ministerio de Salud Pública (MSP) (Instituto Nacional de Estadística y Censos, n.d.; Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2010).

**Tabla 1. Métodos anticonceptivos modernos y tradicionales**

Métodos anticonceptivos modernos	Métodos anticonceptivos tradicionales
Esterilización masculina o vasectomía	Ritmo, calendario o control de temperatura, moco cervical
Esterilización femenina o ligadura	Coito interrumpido
Implante	Método de lactancia exclusiva – MELA
Inyección anticonceptiva	
Dispositivo Intra Uterino - DIU o T de cobre	
Píldora anticonceptiva	
Condón o preservativo femenino	
Condón o preservativo masculino	
Pastillas anticonceptivas de emergencia	

Fuente: MSP 2010, INEC.

<sup>2</sup> El diseño muestral de la encuesta, documentado en INEC (2019), presenta con mayor detalle el proceso de muestreo, selección y recolección de la ENSANUT 2018, así como el cálculo y uso de ponderadores.

<sup>3</sup> La condición de discapacidad reportó muy pocos casos que dificultan su análisis.

### 3 Caracterización

Las mujeres jóvenes comprendidas en el rango etario de 15 a 24 años representan el 34,0% del total de las MEF (15 a 49 años). Las mujeres más jóvenes y de 25 años en adelante se concentran principalmente en el área urbana (69,5% y 73,1% respectivamente). Además, se auto identifican en gran proporción como mestizas (80,8% y 82,3% respectivamente).

Para las mujeres hasta los 24 años el estado civil es su mayoría es soltero (67,5%), por el contrario, para las mujeres de 25 a 49 años en su mayoría están casadas (69,3%). En el grupo de mujeres más jóvenes se evidencian diferencias notables según el grupo de edad dado que las mujeres de 15 a 19 años casadas o unidas representan apenas el 13,7%, mientras que esta proporción alcanza el 44,2% en el grupo de 20 a 24 años<sup>4</sup>.

Respecto al nivel educativo, el 37,8% de las MEF de 25 a 49 años tiene educación básica y para las MEF más jóvenes el porcentaje más alto es la educación media o bachillerato (58,6%). Este porcentaje es menor en el grupo de 20 a 24 años, pues se incrementa la proporción de mujeres con educación superior alcanzando el 32,1%<sup>5</sup>.

En el grupo de 15 a 24 años apenas el 21,8% realiza alguna actividad laboral dentro o fuera de casa que contribuye al mantenimiento del hogar. Esta situación se relaciona con el nivel de aseguramiento que apenas alcanza el 22,5%. Por el contrario, el 59,6% de las mujeres de 25 a 49 años realiza alguna actividad económica y el 64,7% tiene un seguro.

Finalmente, 65,6% las mujeres jóvenes no tienen hijos, muy por encima de las mujeres de 25 años en adelante donde solamente el 11,1% no ha sido madre. El 22,3% de las mujeres jóvenes reporta tener un hijo nacido vivo, similar a las mujeres de 25 años en adelante (18,3%). En promedio, las mujeres de 15 a 24 años tienen 1,7 hijos nacidos vivos, mientras que las mujeres de 25 a 49 años tienen 2,6 hijos nacidos vivos como se observa en la Tabla 2.

**Tabla 2. Características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil, por grupos etarios**

Características MEF	15 a 24 años		25 a 49 años	
	%	IC <sub>95%</sub>	%	IC <sub>95%</sub>
Nacional	34,0	(33,3 - 34,8)	66,0	(65,2 - 66,7)
<i>Área de residencia</i>				
Urbano	69,5	(69,5 - 68,1)	73,1	(72,2 - 73,9)
Rural	30,5	(29,1 - 31,9)	26,9	(26,1 - 27,8)
<i>Estado civil</i>				
Casada/unidad	28,5	(27,1 - 29,9)	69,3	(68,2 - 70,3)
Separada/viuda	4,04	(3,6 - 4,5)	15,8	(14,9 - 16,6)

<sup>4</sup> Información en el Anexo Web 1

<sup>5</sup> Información en el Anexo Web 1

Características MEF	15 a 24 años		25 a 49 años	
	%	IC <sub>95%</sub>	%	IC <sub>95%</sub>
Soltera	67,5	(66,0 - 68,9)	15,0	(14,1 - 15,9)
<i>Autoidentificación étnica</i>				
Indígena	8,4	(7,4-9,5)	6,9	(6,3 - 7,6)
Afro-ecuatoriano	3,8	(3,2 - 4,4)	3,9	(3,5 - 4,4)
Mestizo	80,8	(79,4 - 82,1)	82,3	(81,3 - 83,3)
Blanco	1,5	(1,1 - 2,0)	1,5	(1,3 - 1,8)
Montubio u otros	5,5	(4,9 - 6,9)	5,3	(4,7 - 5,8)
<i>Nivel de instrucción</i>				
Ninguno	0,5	(0,3 - 0,7)	1,83	(1,6 - 2,1)
Básica	22,9	(21,7 - 24,1)	37,8	(36,5 - 39,0)
Media/bachillerato	58,6	(57,1 - 60,1)	33,2	(32,1 - 34,3)
Superior	18,1	(16,7 - 19,6)	27,2	(26,1 - 28,4)
<i>Quintil de ingreso</i>				
Q1 (menos ingresos)	20,0	(18,8 - 21,2)	18,0	(17,1 - 18,8)
Q2	21,5	(20,3 - 22,8)	19,2	(18,3 - 20,1)
Q3	23,0	(21,6 - 24,4)	20,6	(19,6 - 21,6)
Q4	21,4	(19,9 - 23,1)	20,6	(19,6 - 21,7)
Q5 (más ingresos)	14,1	(12,8 - 15,5)	21,7	(20,5 - 22,8)
<i>Actividad laboral</i>				
Desempleo	78,2	(76,8 - 79,5)	40,4	(39,3 - 41,5)
Empleo	21,8	(20,5 - 23,2)	59,6	(58,5 - 60,7)
<i>Aseguramiento</i>				
Si	77,5	(76,0 - 78,8)	64,7	(63,5 - 66,0)
No	22,5	(21,2 - 24,0)	35,3	(34,0 - 36,5)
<i>Número de hijos nacidos vivos</i>				
Sin hijos	65,6	(64,2 - 67,1)	11,1	(10,3 - 12,0)
Un hijo	22,3	(21,0 - 23,5)	18,3	(17,5 - 19,2)
Promedio	1,7	(1,7 - 1,8)	2,6	(2,6-2,7)

Fuente: ENSANUT, 2018.

## 4 Resultados

### 4.1 Actividad Sexual y Salud Reproductiva en mujeres de 15 a 24 años

#### 4.1.1 Edad en la menarquía

La edad de la menarquía es un indicador comúnmente utilizado para hacer referencia a la maduración sexual en las mujeres. Su inicio está relacionado con cambios físicos, fisiológicos, psicológicos y, sobretodo, en la capacidad reproductiva de las mujeres (Aréchiga et al., 1999; Marshall, 1978). Además, es un hecho relevante en el paso de la niñez a la adolescencia.

En Ecuador la edad promedio de la menarquía en mujeres cuya edad actual es de 15 a 24 años es de 12,6 años<sup>6</sup>. No se registran cambios importantes respecto a lo reportado en 2012 cuando la edad promedio se ubicaba en 13 años (Freire et al., 2013). El 93,3% de las mujeres de 15 a 24 años reportó haber tenido su primera menstruación entre los 11 y 15 años y el 4,4% antes de los 11 años. La proporción de mujeres con menstruación tardía o sin menstruación es marginal como se observa en la Tabla 3.

**Tabla 3. Proporción de MEF 15 a 24 años, por edad de la menarquía<sup>7</sup>**

Características MEF	n	%	IC <sub>95%</sub>
Antes de los 11 años	598	4,4	(3,8 - 5,0)
11-15 años	13.597	93,3	(92,5 - 94,0)
16 o más	317	2,1	(1,7 - 2,6)
No ha menstruado	40	0,3	(0,2 - 0,5)
Total	14.552	100,0	

Fuente: ENSANUT, 2018.

#### 4.1.2 Educación en salud sexual y reproductiva

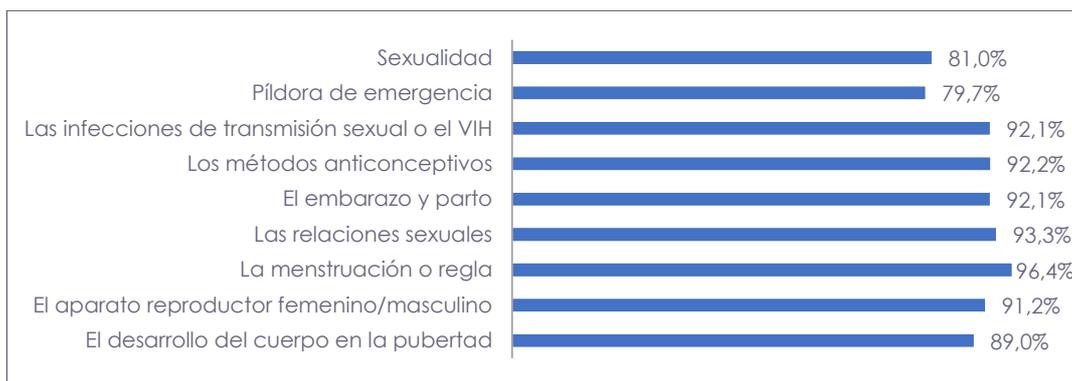
La educación sexual en adolescentes es clave para su desarrollo. Además es una herramienta eficaz para que la población joven tenga los conocimientos necesarios sobre salud sexual y reproductiva (OMS, 2019). La evidencia señala como potenciales beneficios de la educación sexual: el retraso en el inicio de las relaciones sexuales, disminución de su frecuencia y de parejas sexuales, y el incremento en el uso de métodos anticonceptivos (OMS, 2019; UNFPA, 2018).

La proporción de mujeres de 15 a 24 años que ha recibido información sobre sexualidad y salud reproductiva en términos generales es alta, superando el 80,0% en todos los temas. Así, la información sobre la píldora de emergencia o del día después es del 79,7% y el mayor conocimiento en educación sexual es acerca de la menstruación (96,4%). Adicionalmente, un mayor número de mujeres tienen conocimiento sobre: relaciones sexuales (93,3%), métodos anticonceptivos (92,2%), embarazo y parto (92,1%), infecciones de transmisión sexual o VIH (92,1%) y aparato reproductor masculino o femenino (91,2%) (Gráfico 1).

<sup>6</sup> Información desagregada por características sociodemográficas en el Anexo Web 2

<sup>7</sup> Información desagregada por características sociodemográficas en el Anexo Web 3

**Gráfico 1. Mujeres de 15 a 24 años que han recibido información en temas de sexualidad y salud reproductiva**

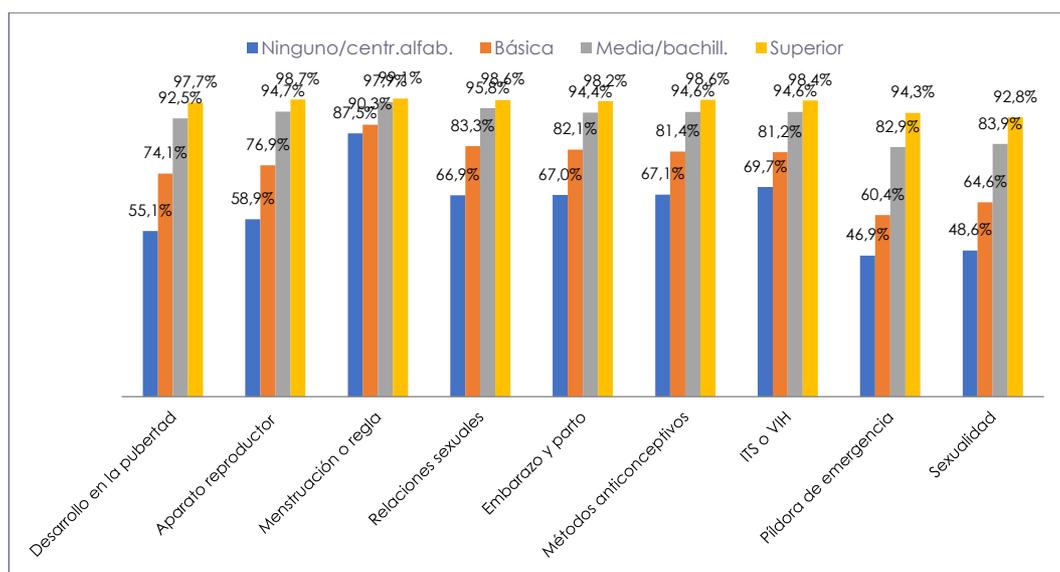


Fuente: ENSANUT, 2018.

Casi todas las mujeres de 15 a 24 años (98,3%) conocen al menos uno de los temas consultados. Sin embargo, esta proporción varía en función de las características sociodemográficas. Las mujeres en el área rural (96,1%), indígenas (94,0%) o montubias (94,7%), con menor nivel de ingresos (95,9%) y sin nivel de instrucción (91,2%) tienen un menor acceso a información sobre sexualidad y salud reproductiva<sup>8</sup>.

Cuando se profundiza en el acceso a información sobre sexualidad y salud reproductiva por temáticas y asociado al nivel de instrucción, se evidencia que las mujeres de 15 a 24 años sin nivel de instrucción tienen mayores brechas en educación sexual. Tal es el caso de la píldora de emergencia (46,9%), la sexualidad (48,6%), el desarrollo en la pubertad (55,1%) y el aparato reproductor masculino o femenino (58,9%). Por el contrario, en todos los casos el mayor nivel de instrucción está asociado a una mayor información en todos los temas consultados (Gráfico 2).

**Gráfico 2. Mujeres de 15 a 24 años que recibieron información sobre sexualidad y salud reproductiva, por nivel de instrucción**



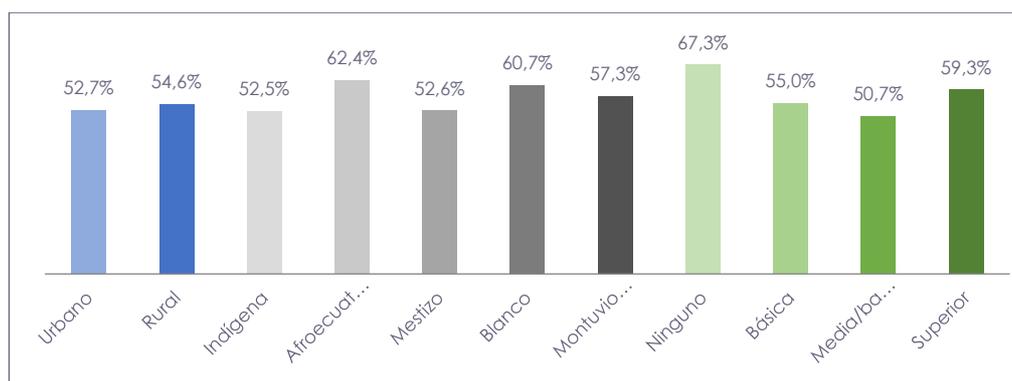
Fuente: ENSANUT, 2018.

<sup>8</sup> Información en el Anexo Web 4

### 4.1.3 Experiencia sexual y tipo de relación sexual

A nivel nacional el 53,3% de las mujeres de 15 a 24 años reportan haber tenido relaciones sexuales. A nivel nacional, el 21,0% de las mujeres encuestadas han mantenido relaciones sexuales. De este porcentaje, el 31,5% representa a las mujeres solteras. Es importante notar que, las mujeres afroecuatorianas (62,4%) y sin nivel de instrucción (67,3%) son quienes reportan mayores proporciones de experiencia sexual con 62,4% y 67,3%, valores superiores a la media nacional (Gráfico 3).

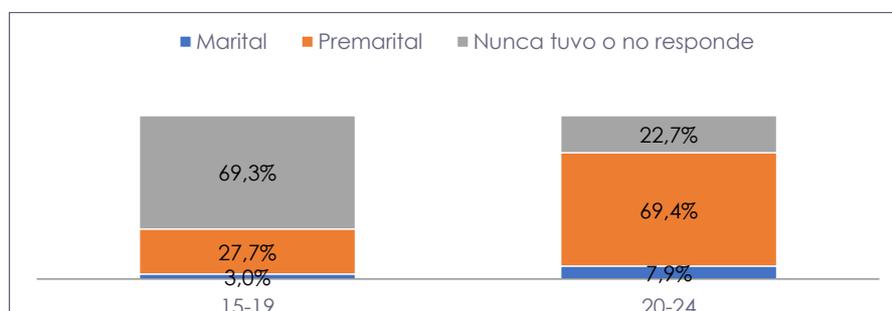
**Gráfico 3. Proporción de mujeres de 15 a 24 años que han tenido relaciones sexuales, por características sociodemográficas**



Fuente: ENSANUT, 2018.

El 77,3% de las mujeres de más edad, es decir de 20 a 24 años, han tenido relaciones sexuales, en contraste con un 30,7% de las mujeres más jóvenes (30,7%). La mayor proporción de mujeres tuvo su primera relación sexual antes del matrimonio o unión (47,9% del total de mujeres), mientras la primera relación de tipo marital tiene una menor participación (5,4% del total de mujeres). Similar a lo observado en todas las MEF, en el grupo de 20 a 24 años la mayor proporción de mujeres tuvo su primera relación antes del matrimonio (69,4%). Por el contrario, en el grupo de 15 a 19 años la mayor proporción de mujeres menciona que no ha tenido relaciones sexuales o no respondió la pregunta (69,3%) (Gráfico 4).

**Gráfico 4. Proporción de mujeres de 15 a 24 años, por tipo de relación sexual y grupos de edad<sup>9</sup>**



Fuente: ENSANUT, 2018.

<sup>9</sup> Los intervalos de confianza del gráfico se encuentran en el Anexo Web 5

#### 4.1.4 Primera relación sexual

En el Ecuador, el 53,3%<sup>10</sup> de las mujeres de 15 a 24 años han tenido relaciones sexuales. En promedio, la edad de la primera relación sexual es a los 16,6 años, esta media se ubica por debajo de la reportada por todo el grupo de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años (18,4 años), situación que podría estar relacionada a un inicio de la actividad sexual a edades más tempranas. Además, la edad de la primera relación sexual es un indicador relevante, pues se vincula a los niveles de fecundidad.

Las mujeres de 15 a 24 años mantuvieron su primera relación sexual con su novio o amigo en el 87,9% de los casos y el 10,3% de las mujeres reportó que su primera relación fue con su cónyuge o conviviente, mientras que el porcentaje restante corresponde a otro tipo de relación. Tomando en cuenta las características sociodemográficas de las mujeres, se evidencia que incrementa la proporción de mujeres que mantuvieron su primera relación sexual con un novio o amigo a medida que aumenta el nivel de educación (96,1% para mujeres con educación superior), es mayor el nivel de ingresos (94,0%) y cuando las mujeres residen en el área urbana (90,2%)<sup>11</sup>.

Según la OMS (2019) el uso de métodos anticonceptivos en las adolescentes o mujeres jóvenes y su promoción es una medida efectiva para disminuir el embarazo adolescente. Además, su uso se relaciona a la disminución de la muerte materna, los abortos en condición de riesgo, las infecciones de transmisión sexual y otros factores de riesgo (Darroch et al., 2016; OMS, 2019; WHO & School, 2018). El uso de métodos anticonceptivos en jóvenes además se torna de relevancia en el contexto nacional dada la situación del embarazo adolescente, presentado en volúmenes anteriores.

Aunque el uso de anticoncepción es un tema relevante en el contexto de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, su uso aun es un desafío para el sistema de salud. En 2018 el 43,7% de las mujeres de 15 a 24 años que han tenido relaciones sexuales reportó haber utilizado métodos anticonceptivos en su primera relación sexual<sup>12</sup>. Cabe destacar que en 2012, esta proporción alcanzaba el 32,3% (Freire et al., 2013). Es importante notar que, en las relaciones sexuales premaritales el uso de anticoncepción fue mayor (46,0%) respecto a las relaciones maritales (24,0%).

Las principales razones por las que las mujeres no usaron métodos anticonceptivos en su primera relación sexual se relacionan a la falta de planificación (58,1% no esperaba tener relaciones sexuales en ese momento) y al desconocimiento de los métodos (16,6%). Otras casusas están vinculadas al acceso a métodos anticonceptivos, ya sea por desconocimiento o dificultad para la obtención (

Gráfico 5).

---

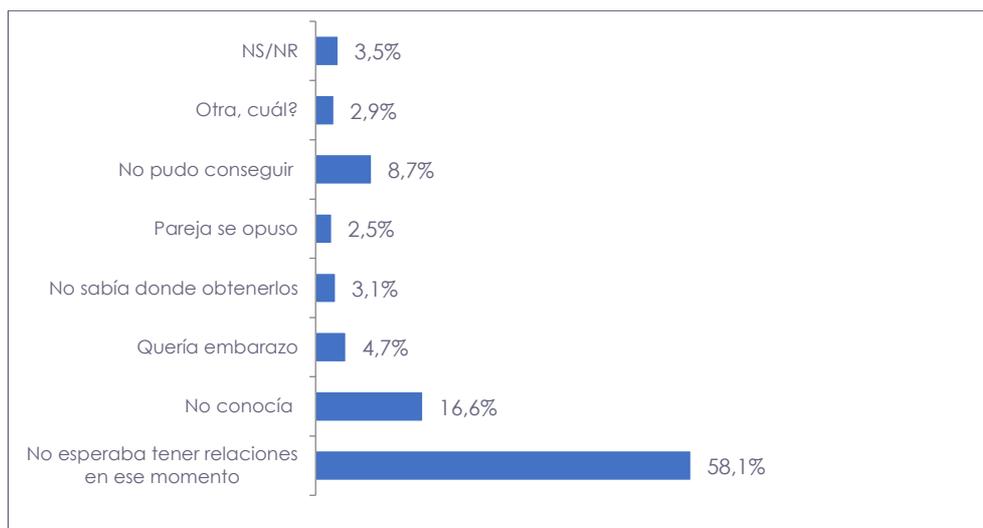
<sup>10</sup> Información en el Anexo Web 6

<sup>11</sup> Información en el Anexo Web 7

<sup>12</sup> Información en el Anexo Web 8

---

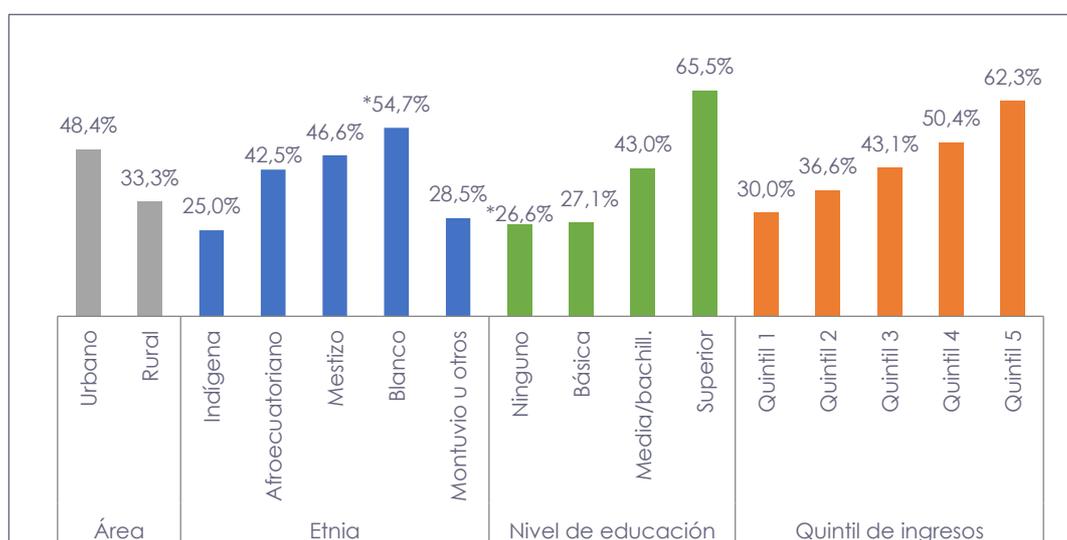
**Gráfico 5. Motivos de no uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual**



Fuente: ENSANUT, 2018.

Tomando en cuenta las características sociodemográficas de las mujeres, existen algunas diferencias importantes que deben ser consideradas para la mejora de las políticas públicas en torno a la promoción y acceso de métodos anticonceptivos. Las mujeres en el área rural (33,3%), de etnia indígena (25,0%) o montubia (28,5%), sin educación o con educación básica (26,6% y 27,1%) y con menores niveles de ingresos (30,0%) tienen una menor proporción en el uso de métodos anticonceptivos respecto a los otros grupos en cada categoría (Gráfico 6).

**Gráfico 6. Proporción de mujeres de 15 a 24 años que usaron métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, por características sociodemográficas<sup>13</sup>**



\* Los porcentajes tienen un coeficiente de variación superior al 15%

Fuente: ENSANUT, 2018.

<sup>13</sup> Los intervalos de confianza del gráfico se encuentran en el Anexo Web 8

### 4.1.5 Primer embarazo

Los embarazos precoces en mujeres jóvenes o adolescentes tienen amplias repercusiones sociales, económicas y sanitarias. El embarazo adolescente está relacionado a la mortalidad materna y neonatal, el bajo peso al nacer en los recién nacidos u otros problemas de salud. Al mismo tiempo que genera riesgos para la educación y futuro laboral de las mujeres (OMS, 2019). Además, se vincula a la pobreza, violencia de género y exclusión social. En ese contexto, el embarazo en adolescentes se constituye un problema de salud pública que afecta el desarrollo de las jóvenes y vulnera sus derechos.

De acuerdo con la ENSANUT 2018, el 34,5% de las mujeres de 15 a 24 años han estado embarazadas alguna vez. De ellas, el 23,6% tuvieron su primer embarazo antes del matrimonio o unión y el 11,0% lo tuvieron en el contexto de una unión conyugal (Gráfico 7).

**Gráfico 7. Distribución de mujeres de 15 a 24 años, por condición del primer embarazo**



Fuente: ENSANUT, 2018.

La proporción de mujeres jóvenes alguna vez embarazadas es mayor en los grupos étnicos minoritarios, con menor nivel de instrucción y que residen en el área rural. No se evidencian mayores diferencias tomando en cuenta el nivel de ingresos, con excepción de las mujeres en el quintil más rico en el que la prevalencia de embarazos es mucho menor que en los otros quintiles (Tabla 4).

**Tabla 4. Condición de embarazo en mujeres de 15 a 24 años, por características sociodemográficas<sup>14</sup>**

MEF de 15 a 24 años	Tipo de embarazo (primero)		Alguna vez embarazada (%)	Nunca embarazada (%)	Sin experiencia sexual (%)
	Marital (%)	Premarital (%)			
<b>Total</b>	<b>11,0</b>	<b>23,6</b>	<b>34,6</b>	<b>18,4</b>	<b>47,0</b>
<i>Área de residencia</i>					
Urbano	9,6	22,3	31,8	20,7	47,5
Rural	14,3	26,6	40,9	13,3	45,8

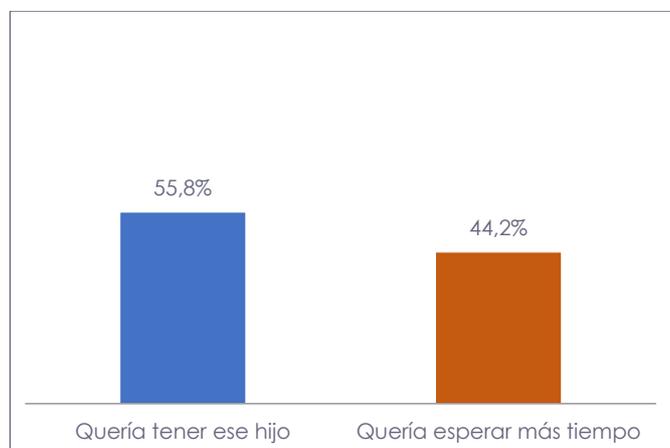
<sup>14</sup> Los intervalos de confianza de la tabla se encuentran en el Anexo Web 9

MEF de 15 a 24 años	Tipo de embarazo (primero)		Alguna vez embarazada (%)	Nunca embarazada (%)	Sin experiencia sexual (%)
	Marital (%)	Premarital (%)			
<i>Etnia</i>					
Indígena	11,5	25,9	37,5	14,6	47,9
Afroecuatoriano	10,7	30,6	41,3	21,1	37,7
Mestizo	10,6	23,0	33,5	18,7	47,8
Blanco	10,9	17,8	28,6	31,9	39,5
Montubio u otros	17,5	25,3	42,8	14,4	42,8
<i>Nivel de instrucción</i>					
Ninguno	16,4	32,1	48,5	18,7	32,8
Básica	17,3	29,1	46,3	8,4	45,3
Media/bachillerato	10,7	23,7	34,5	15,9	49,7
Superior	4,0	15,9	19,9	39,3	40,9
<i>Quintil de ingresos</i>					
Quintil 1	12,9	26,2	39,1	10,8	50,1
Quintil 2	14,5	26,5	40,9	13,4	45,7
Quintil 3	13,5	26,0	39,6	15,5	45,0
Quintil 4	7,7	22,7	30,4	22,0	47,6
Quintil 5	4,7	13,1	17,8	34,9	47,3

■ Coeficiente de Variación superior al 15% por lo tanto se debe utilizar con precaución.  
Fuente: ENSANUT, 2018.

Aunque el embarazo precoz genera importantes consecuencias en las mujeres indistintamente si este es deseado o no, está última condición aporta elementos para abordar la problemática. De las mujeres de 15 a 24 años embarazadas alguna vez, el 55,8% señaló que sí quería tener el hijo concebido en el primer embarazo y el porcentaje restante (44,2%) quería esperar más tiempo (Gráfico 8).

**Gráfico 8. Deseo del primer embarazo en mujeres de 15 a 24 años**



Fuente: ENSANUT, 2018.

Existen diferencias notables según las características sociodemográficas de las mujeres. Una mayor proporción de mujeres con un embarazo deseado y planificado (quería tener ese hijo) se encontró en las mujeres del área rural (59,1%), con menores ingresos (60,7%) y de minorías étnicas (Gráfico 9).

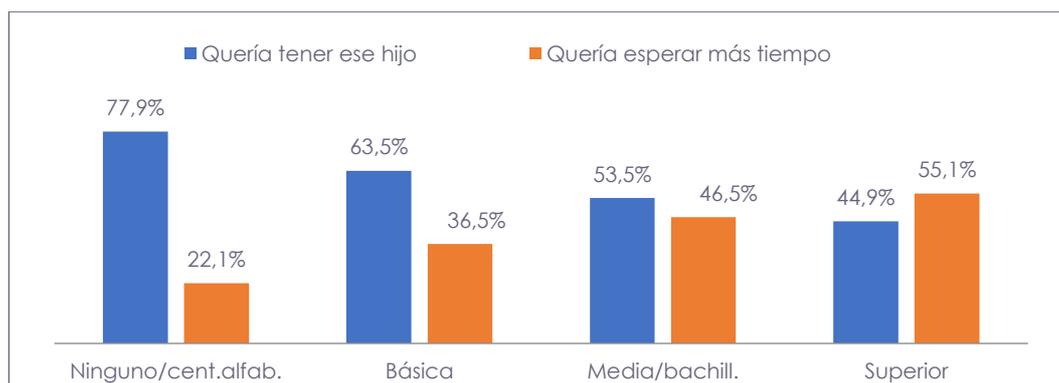
**Gráfico 9. Proporción de mujeres de 15 a 24 años que querían tener el primer embarazo, por características sociodemográficas**



Fuente: ENSANUT, 2018.

De manera similar, los primeros embarazos deseados son proporcionalmente mayores en mujeres con menor nivel educativo (77,9%). Por el contrario, la mayor proporción de mujeres que mencionan que querían esperar más tiempo son las que tienen mayor nivel educativo (55,1%) (Gráfico 10). Estos resultados requieren un abordaje de mayor profundidad para identificar patrones culturales o sociales que normalizan el embarazo precoz en ciertos grupos.

**Gráfico 10. Deseo del primer embarazo en mujeres de 15 a 24 años, por nivel de instrucción**



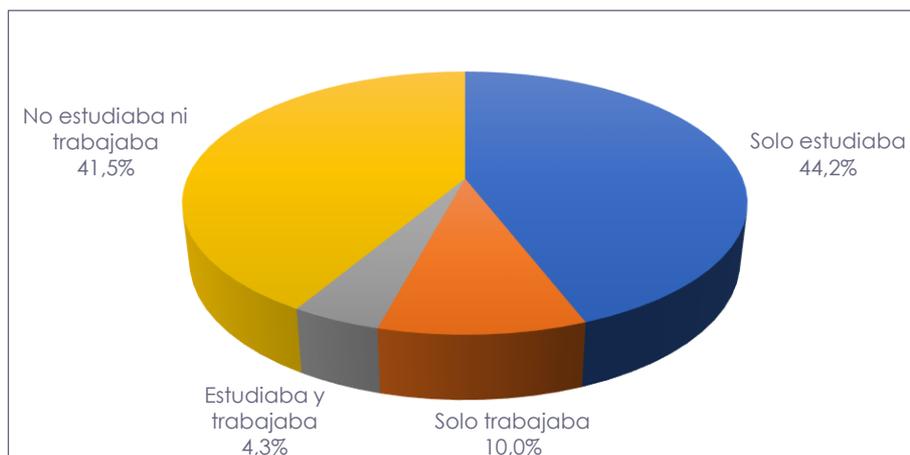
Fuente: ENSANUT, 2018.

### Consecuencias del primer embarazo

El embarazo precoz ocasiona importantes consecuencias sociales y de salud en las mujeres. Los costos sociales del embarazo en adolescentes se enmarcan en interrupción de la educación, y con ello la limitación de las perspectivas futuras en el ámbito educativo y laboral; aspectos que se vinculan a la pobreza (OMS, 2019; Thomas W. Merrick, 2015; UNFPA, 2015).

En Ecuador el 58,5% de las mujeres de 15 a 24 años que han estado embarazadas realizaba alguna actividad educativa o laboral al momento del primer embarazo. De este grupo, la mayor proporción estaba estudiando: el 44,2% solo estudiaba y el 4,3% combinaba las actividades educativas con el trabajo como se observa en el Gráfico 11.

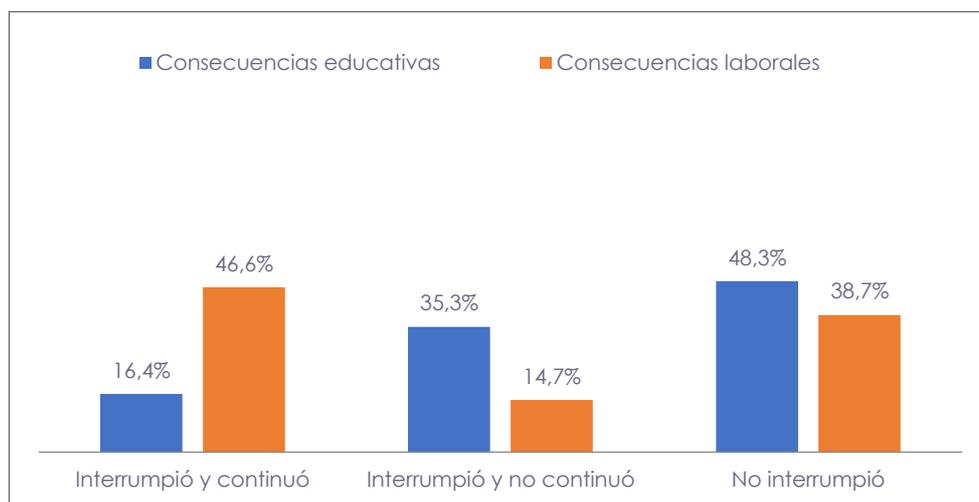
**Gráfico 11. Actividad laboral y educativa al momento del primer embarazo en mujeres de 15 a 24 años**



Fuente: ENSANUT, 2018.

El primer embarazo generó cambios importantes en la actividad de las mujeres. Es así como, más de la mitad de las mujeres que estudiaba y/o trabaja al momento de su embarazo interrumpió sus actividades. En el ámbito educativo, el 35,3% de las mujeres que estudiaba, interrumpió sus estudios y no continuó luego del embarazo y el 16,4% interrumpió, pero continuó. Los rendimientos futuros de la educación son altos, por lo que la suspensión de la educación genera consecuencias a largo plazo, pudiendo incluso comprometer su situación económica futura. Contrariamente, en el ámbito laboral, aun cuando la proporción de mujeres que trabaja al momento de primer embarazo era menor (14,0%), el 46,6% de las mujeres interrumpió su trabajo, pero volvió a trabajar una vez terminado el embarazo (Gráfico 12).

**Gráfico 12. Consecuencias laborales y educativas en mujeres que estudiaban y trabajaban al momento del primer embarazo**



Fuente: ENSANUT, 2018.

Además, cabe notar que las consecuencias del embarazo en mujeres jóvenes en términos educativos y laborales difieren según las características sociodemográficas como se observa en la Tabla 5. La interrupción y no continuidad de la educación a causa del embarazo es mayor en el área rural (38,5%), en la población indígena (39,6%), mujeres sin educación (87,6%) y menor nivel de ingresos (43,3%), circunstancias que profundizan las desigualdades.

**Tabla 5. Consecuencias laborales y educativas en mujeres que estudiaban y trabajaban al momento del primer embarazo, por características sociodemográficas**

Características MEF	Educativas				Laborales			
	Interrumpió y continuó		Interrumpió y no continuó		Interrumpió y continuó		Interrumpió y no continuó	
	%	IC <sub>95%</sub>	%	IC <sub>95%</sub>	%	IC <sub>95%</sub>	%	IC <sub>95%</sub>
<i>Área de residencia</i>								
Urbano	17,4	(14,8 - 20,3)	33,9	(30,5 - 37,5)	46,5	(39,7 - 53,4)	13,8	(10,0 - 18,6)
Rural	14,4	(11,8 - 17,4)	38,5	(34,4 - 42,7)	46,6	(38,3 - 55,2)	16,7	(11,1 - 24,3)
<i>Etnia</i>								
Indígena	15,5	(11,0 - 21,4)	39,6	(29,9-50,2)	41,2	(26,1 - 58,1)	8,3	(3,9 - 16,7)
Afroecuatoriano	19,6	(12,1 - 30,1)	30,0	(21,1-40,7)	60,4	(35,9 - 80,6)	16,8	(6,8 - 36,0)
Mestizo	16,7	(14,5 - 19,2)	34,2	(31,3-37,2)	45,7	(39,8 - 51,7)	16,3	(12,4 - 21,1)
Blanco	9,7	(3,6 - 23,5)	-	-	0,6	(27,0 - 85,9)	0,0	(0,5 - 23,4)
Montubio u otros	10,7	(5,7 - 18,9)	51,5	(39,6 - 63,2)	0,6	(37,0 - 80,8)	0,1	(2,0 - 15,8)
<i>Nivel de instrucción</i>								
Ninguno	5,1	(0,6 - 33,5)	87,6	(55,4 - 97,6)	0,9	(53,3 - 99,1)	-	-
Básica	15,1	(11,0 - 20,3)	65,0	(59,1 - 70,5)	55,4	(46,2 - 64,3)	11,2	(6,9 - 17,5)
Media/bachillerato	18,5	(15,9 - 21,4)	29,5	(26,3 - 33,1)	44,1	(38,0 - 50,4)	16,1	(12,2 - 21,0)
Superior	10,3	(6,8 - 15,3)	16,9	(10,7 - 25,7)	38,3	(22,0 - 57,7)	15,7	(6,5 - 33,2)
<i>Quintil de ingresos</i>								
Quintil 1	17,8	(13,9 - 22,4)	43,3	(38,5 - 48,3)	41,6	(31,2 - 52,8)	15,6	(8,9 - 26,0)
Quintil 2	20,4	(15,9 - 25,7)	33,9	(29,1 - 39,1)	49,8	(39,0 - 60,7)	19,0	(11,8 - 29,3)
Quintil 3	13,2	(10,3 - 16,7)	34,3	(29,5 - 39,4)	45,7	(36,0 - 55,8)	14,5	(9,0 - 22,5)
Quintil 4	15,7	(11,1 - 21,8)	31,6	(24,2 - 40,1)	56,1	(45,6 - 66,1)	11,6	(6,5 - 19,8)
Quintil 5	13,5	(7,7 - 22,5)	30,0	(16,9 - 47,5)	35,7	(19,3 - 56,2)	12,3	(5,7 - 24,5)

Fuente: ENSANUT, 2018.

#### 4.1.6 Uniones tempranas

Las uniones maritales antes de los 18 años se constituyen en una violación de los derechos de los niños y niñas (UNICEF, 2019). Además, la unión o matrimonio en edades tempranas se relaciona con el embarazo precoz y sus consecuencias sociales y sanitarias, actuales y futuras.

La reducción del matrimonio infantil es una de las metas de la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030 para lograr la igualdad entre los géneros y alcanzar el empoderamiento de las mujeres y las niñas (Naciones Unidas, n.d.).

De acuerdo con UNICEF (2019) en América Latina y el Caribe, 1 de cada 4 mujeres jóvenes contrajo matrimonio o se unió antes de cumplir los 18 años, principalmente a modo de unión informal. La tendencia observada respecto a las uniones tempranas ubicaría a la región como la segunda como mayores índices de uniones tempranas para 2030.

En Ecuador, del total de mujeres de 20 a 24 años, el 22,2% se casó o unió por primera vez antes de los 18 años<sup>15</sup>, y el 3,8% lo hizo antes de los 15 años<sup>16</sup>. Estos indicadores son apenas inferiores al promedio regional, que en el primer caso es del 25,0% y en el segundo del 5,0%<sup>17</sup>.

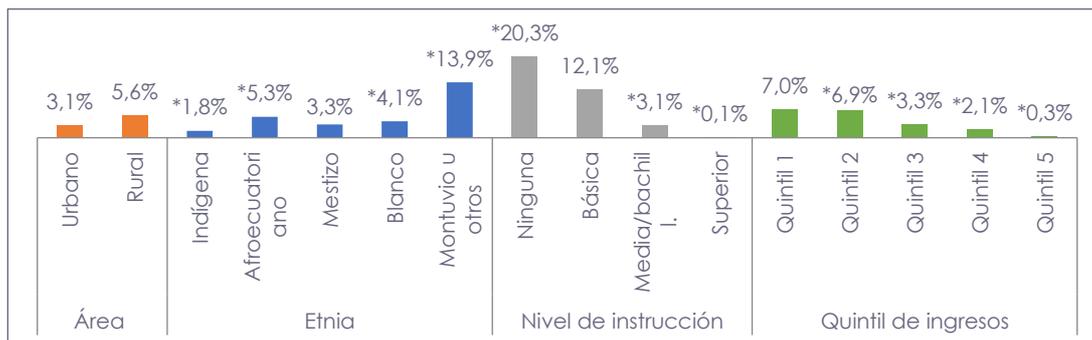
**Gráfico 13. Proporción de mujeres de 20 a 24 años casadas/unidas antes de edades específicas**



Fuente: ENSANUT, 2018.

Las niñas con mayor riesgo de matrimonio infantil antes de los 15 o 18 años son las que tienen bajos niveles de educación, viven en el área rural y tienen menores niveles de ingresos (Gráfico 14, Gráfico 15). Si se toma en cuenta las consecuencias laborales y educativas de las uniones y el embarazo precoz, esta realidad profundiza las desigualdades entre los distintos grupos.

**Gráfico 14. Mujeres de 20 a 24 años casadas/unidas antes de los 15 años, por características sociodemográficas<sup>18</sup>**



\* Coeficiente de Variación superior al 15% por lo tanto se debe utilizar con precaución

Fuente: ENSANUT, 2018.

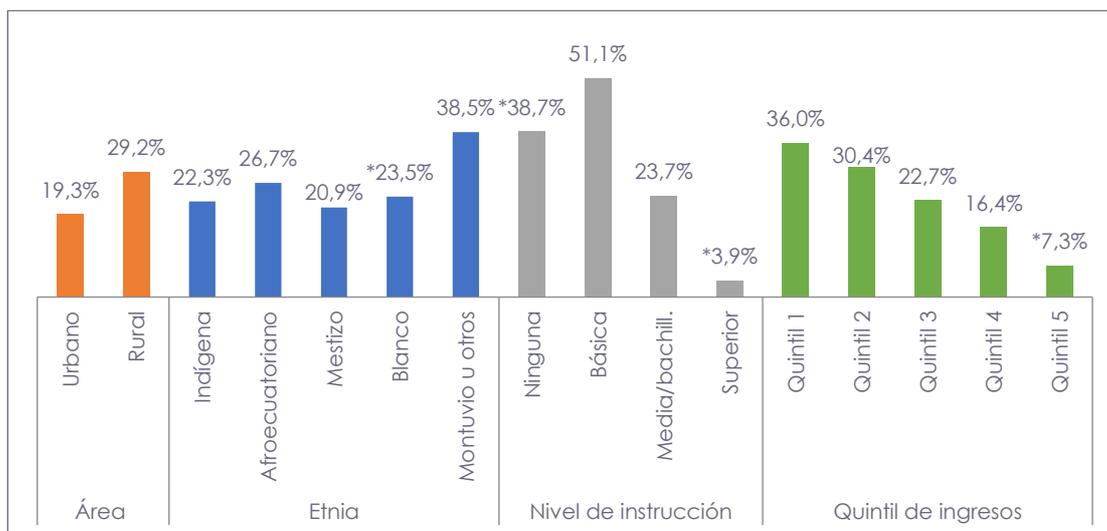
<sup>15</sup> Información en el Anexo Web 10

<sup>16</sup> Información en el Anexo Web 11

<sup>17</sup> Corresponde al porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que estuvieron casadas o unidas antes de 15 o 18 años (UN Statistics, 2018).

<sup>18</sup> Los intervalos de confianza del gráfico se encuentran en el Anexo Web 11

**Gráfico 15. Mujeres de 20 a 24 años casadas/unidas antes de los 18 años, por características sociodemográficas<sup>19</sup>**



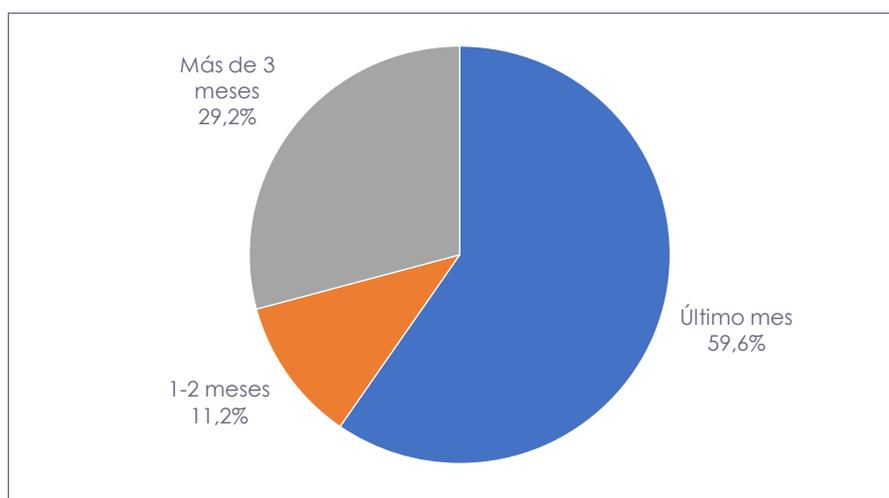
\* Coeficiente de Variación superior al 15% por lo tanto se debe utilizar con precaución  
Fuente: ENSANUT, 2018.

#### 4.1.7 Actividad sexual reciente

Con la finalidad de identificar la potencial demanda de métodos de planificación familiar o riesgos de embarazo precoz se abordan las características de la actividad sexual en mujeres jóvenes (15 a 24 años).

Las mujeres jóvenes sexualmente activas reportan en su mayoría (59,6%) que su última relación sexual se dio en el último mes previo a la encuesta, seguido del grupo con actividad sexual hace más de 3 meses (29,2%) como muestra el Gráfico 16.

**Gráfico 16. Tiempo desde la última relación sexual en mujeres de 15 a 24 años sexualmente activas<sup>20</sup>**



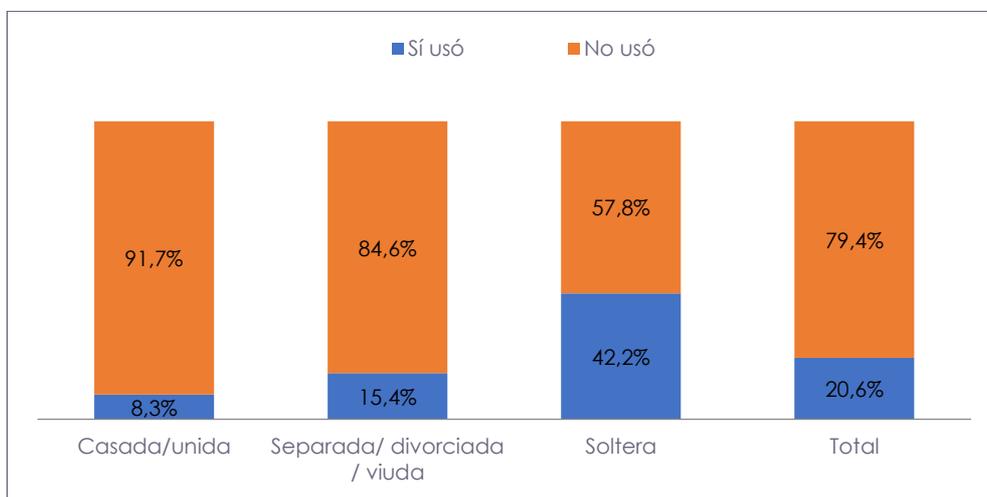
Fuente: ENSANUT, 2018.

<sup>19</sup> Los intervalos de confianza del gráfico se encuentran en el Anexo Web 10

<sup>20</sup> Los intervalos de confianza del gráfico se encuentran en el Anexo Web 12

El uso de preservativo o condón en la última relación sexual es limitado, el 79,4% de las mujeres no usó este método anticonceptivo. Existe una diferencia importante en el uso según el estado civil de las mujeres, siendo mayor el uso de este método en mujeres solteras (42,2%) que en las casadas/unidas o separadas/viudas (Gráfico 17).

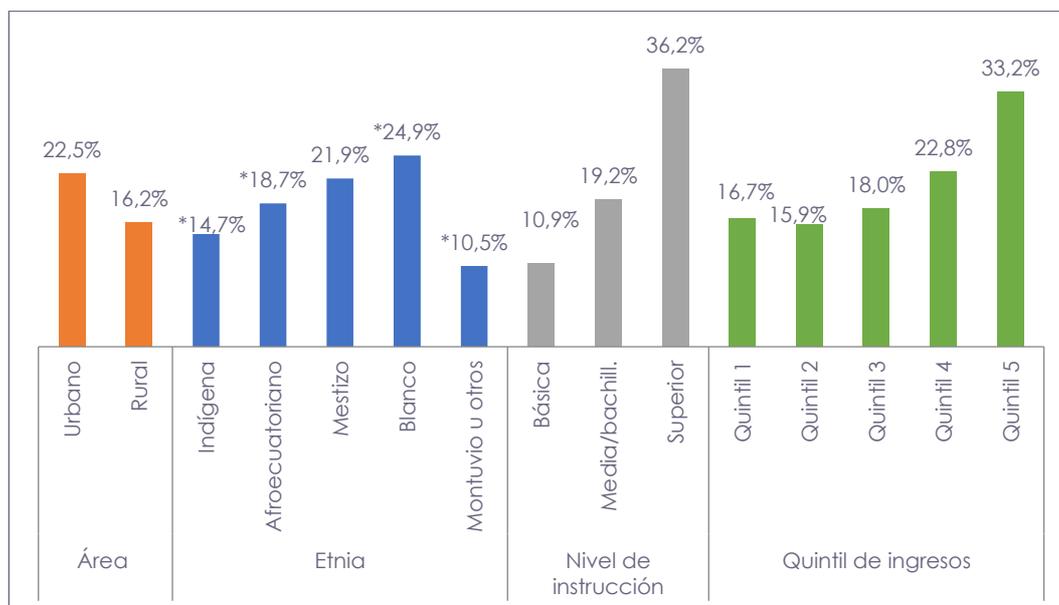
**Gráfico 17. Uso de preservativo en la última relación sexual. Mujeres de 15 a 24 años, por estado civil**



Fuente: ENSANUT, 2018.

Tomando en cuenta las características sociodemográficas de las mujeres, la mayor proporción de uso de preservativos en la última relación sexual se dio en mujeres con mayor nivel de ingresos (33,2%), educación superior (36,3%) y que residen en el área urbana (22,5%) (Gráfico 18).

**Gráfico 18. Uso de preservativos en la última relación sexual en mujeres de 15 a 24 años sexualmente activas, por características sociodemográficas<sup>21</sup>**



\* Coeficiente de Variación superior al 15% por lo tanto se debe utilizar con precaución

Fuente: ENSANUT, 2018.

<sup>21</sup> Los intervalos de confianza de los datos del gráfico se encuentran en el Anexo Web 13

El principal motivo de no uso de preservativo en la última relación sexual es por el uso de otro método anticonceptivo en la mitad de los casos. Otras causas relevantes son: cuentan con una sola pareja (24,3%) o que no tenían en ese momento (6,1%)<sup>22</sup>.

## 4.2 Planificación familiar para mujeres de 15 a 49 años

### 4.2.1 Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

#### Conocimiento de métodos anticonceptivos

El acceso a información sobre los métodos anticonceptivos disponibles o los que pueden ser usados para prevenir embarazos no deseados, espaciar los nacimientos y prevenir infecciones de transmisión sexual, contribuye a un mayor uso de estos. En el país, el conocimiento de los métodos anticonceptivos es amplio en las mujeres en edad reproductiva. El 98,5% de las mujeres de 15 a 49 años conoce de algún método de planificación familiar, siendo los más conocidos los métodos modernos (98,4%), respecto a los métodos tradicionales (67,5%) (Tabla 6).

Sin embargo, pese a que existe un amplio conocimiento, existen diferencias importantes entre los distintos tipos de métodos anticonceptivos. Una mayor proporción de mujeres en edad fértil conoce la píldora anticonceptiva, el condón o preservativo masculino y la inyección anticonceptiva; en todos los casos, más del 90,0% de las mujeres reportan conocer el método. Otros como la esterilización femenina o ligadura, el implante y el DIU también son ampliamente conocidos. Una situación contraria se presenta con el método de lactancia exclusiva, en donde apenas el 28,1% de las mujeres refiere conocerlo (Tabla 6).

El estado civil de las mujeres también muestra algunos patrones relevantes sobre el conocimiento de métodos anticonceptivos. Las mujeres separadas, divorciadas o viudas, en conjunto, reportan en mayor proporción conocer cada uno de los métodos. La proporción es similar a las mujeres casadas o unidas. Las mujeres solteras conocen los distintos métodos en menor proporción que las demás mujeres, principalmente el DIU, el método de lactancia exclusiva y la ligadura (Tabla 6).

**Tabla 6. Proporción de mujeres de 15 a 49 años que conocen métodos anticonceptivos, por estado civil**

Métodos anticonceptivos	Casada/ unida		Separada/ divorciada/viuda		Soltera		Total	
	%	IC <sub>95%</sub>	%	IC <sub>95%</sub>	%	IC <sub>95%</sub>	%	IC <sub>95%</sub>
Al menos un método conocido	99,1	(98,9 - 99,3)	99,1	(98,4 - 99,5)	97,3	(96,8 - 97,7)	98,5	(98,3 - 98,7)
Métodos modernos								
Al menos un método moderno conocido	99,0	(98,7 - 99,2)	98,9	(98,1 - 99,4)	97,3	(96,8 - 97,6)	98,4	(98,1 - 98,6)
Vasectomía	61,7	(60,5 - 63,0)	64,3	(61,7 - 66,8)	56,4	(54,6 - 58,2)	60,3	(59,2 - 61,3)

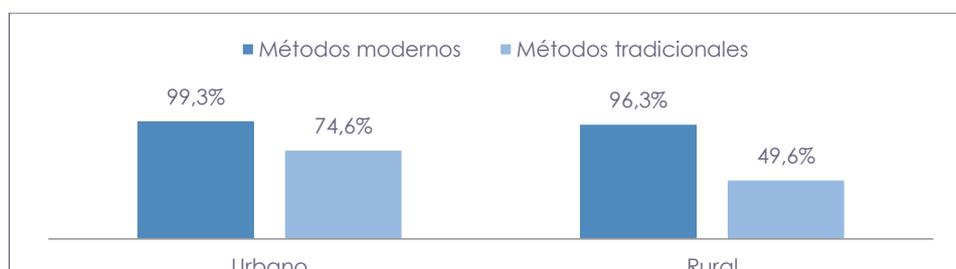
<sup>22</sup> Información sobre los motivos de no uso en el Anexo Web 14

Métodos anticonceptivos	Casada/ unida		Separada/ divorciada/viuda		Soltera		Total	
	%	IC <sub>95%</sub>	%	IC <sub>95%</sub>	%	IC <sub>95%</sub>	%	IC <sub>95%</sub>
Ligadura	91,4	(90,8 - 92,0)	93,3	(92,1 - 94,4)	83,0	(81,8 - 84,2)	88,9	(88,3 - 89,5)
Implante	89,3	(88,6 - 89,9)	89,1	(87,3 - 90,7)	81,4	(80,1 - 82,6)	86,7	(86,0 - 87,3)
Inyección anticonceptiva	94,3	(93,8 - 94,8)	95,7	(94,6 - 96,6)	87,1	(86,1 - 88,1)	92,1	(91,6 - 92,6)
DIU	87,2	(86,4 - 87,9)	89,9	(88,3 - 91,3)	71,5	(70,0 - 73,0)	82,4	(81,6 - 83,1)
Píldora anticonceptiva	94,1	(93,5 - 94,6)	95,3	(94,2 - 96,2)	89,8	(89,0 - 90,7)	92,8	(92,4 - 93,3)
Condón femenino	64,9	(63,7 - 66,1)	66,7	(64,2 - 69,2)	71,6	(70,1 - 73,0)	67,3	(66,3 - 68,3)
Condón masculino	91,9	(91,2 - 92,5)	93,5	(92,2 - 94,6)	92,4	(91,7 - 93,1)	92,2	(91,8 - 92,7)
Pastillas anticonceptivas de emergencia	74,8	(73,8 - 75,9)	77,3	(75,2 - 79,4)	79,6	(78,3 - 80,9)	76,7	(75,8 - 77,5)
Métodos tradicionales								
Al menos un método tradicional conocido	71,6	(70,5 - 72,7)	75,7	(73,4 - 77,9)	57,7	(55,9 - 59,5)	67,5	(66,6 - 68,5)
Ritmo	64,2	(63,0 - 65,4)	69,0	(66,5 - 71,4)	50,8	(49,0 - 52,3)	60,4	(59,4 - 61,4)
Coito interrumpido	48,9	(47,5 - 50,3)	53,3	(50,6 - 56,1)	39,6	(37,8 - 41,4)	46,4	(45,2 - 47,5)
Método de lactancia exclusiva	31,4	(30,2 - 32,6)	35,9	(33,5 - 38,4)	19,8	(18,5 - 21,2)	28,1	(27,2 - 29,0)

Fuente: ENSANUT, 2018.

El análisis de acuerdo con las características sociodemográficas también muestra algunos grupos en los que la proporción de mujeres que conocen los métodos anticonceptivos es menor. En el área rural, existe una menor proporción de mujeres que reportan conocer al menos un método respecto al área urbana, con una mayor diferencia en los métodos tradicionales (Gráfico 19). Las mujeres indígenas, con menor nivel de ingresos y menor nivel educativo tienen también un menor conocimiento de los métodos anticonceptivos, sean modernos o tradicionales<sup>23</sup>.

**Gráfico 19. Proporción de mujeres de 15 a 49 años que conocen al menos un método anticonceptivo, por tipo de método y área de residencia<sup>24</sup>**



Fuente: ENSANUT, 2018.

<sup>23</sup> Información en el Anexo Web 15, 16 y 17

<sup>24</sup> Los intervalos de confianza de los datos del gráfico se encuentran en el Anexo Web 16 y 17

Las mujeres en edad reproductiva tienen un conocimiento ligeramente superior al de los hombres. La diferencia es más marcada en los métodos tradicionales de anticoncepción, en donde la proporción de mujeres que conocen este tipo de opciones supera en más de 10 puntos porcentuales a la proporción de hombres que los conocen (Tabla 7).

**Tabla 7. Conocimiento de métodos anticonceptivos por sexo**

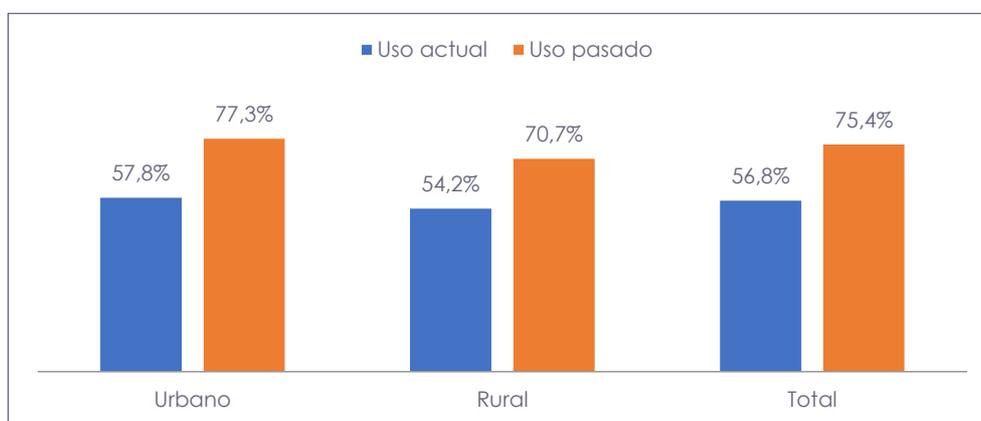
Métodos anticonceptivos	Hombre 12 años y más		Mujer 15 a 49 años	
	%	IC <sub>95%</sub>	%	IC <sub>95%</sub>
Al menos un método	94,4	(94,0 – 94,8)	98,5	(98,3 – 98,7)
Al menos un método moderno	94,3	(93,8 – 94,4)	98,4	(98,1 – 98,6)
Al menos un método tradicional	56,1	(55,0 – 57,3)	67,5	(66,6 – 68,5)

Fuente: ENSANUT, 2018.

#### Uso actual y pasado de métodos anticonceptivos

Aunque el conocimiento de al menos un método anticonceptivo es generalizado, su uso no refleja la misma intensidad. El 56,8% de las mujeres de 15 a 49 años reportó que en los 30 días previos a la encuesta utilizó algún método anticonceptivo<sup>25</sup>. Esta proporción es menor al uso pasado de algún método de anticoncepción (mujeres que alguna vez han usado). El uso actual y pasado de anticoncepción es mayor en el área urbana respecto al área rural. (Gráfico 20).

**Gráfico 20. Proporción de mujeres de 15 a 49 años que usan actualmente o han usado métodos anticonceptivos, por área de residencia<sup>26</sup>**



Fuente: ENSANUT, 2018.

De las mujeres que usan actualmente algún método anticonceptivo, la mayoría (93,0%) utiliza un método moderno. Los métodos que se usan con mayor frecuencia son la ligadura, la inyección anticonceptiva, la píldora anticonceptiva y el implante. Por el contrario, los métodos con menos preferencia son el condón femenino, el método de lactancia exclusiva, las pastillas anticonceptivas de emergencia y la

<sup>25</sup> Información en el Anexo Web 18

<sup>26</sup> Los intervalos de confianza de los datos del gráfico se encuentran en el Anexo Web 18 y 19

vasectomía. Los métodos tradicionales registran una baja proporción de uso actual en las mujeres de 15 a 49 años (Tabla 8).

El estado civil de las mujeres evidencia algunos patrones en el uso de métodos anticonceptivos. Las mujeres que alguna vez han estado casadas, pero ya no lo están (separadas, divorciadas o viudas) y que usan algún método, reflejan la mayor proporción de uso en métodos modernos, aunque sin mayores diferencias respecto a las mujeres casadas/unidas o solteras.

También se observa que el tipo de método varía según el estado civil. Es así como, las mujeres casadas/unidas usan mayoritariamente la ligadura (36,8%), mientras que las mujeres solteras tienen preferencia por el condón masculino (29,5%). En ambos grupos la inyección anticonceptiva es también uno de los métodos preferidos, como indica la Tabla 8.

**Tabla 8. Proporción de mujeres que usan métodos anticonceptivos, por método y estado civil**

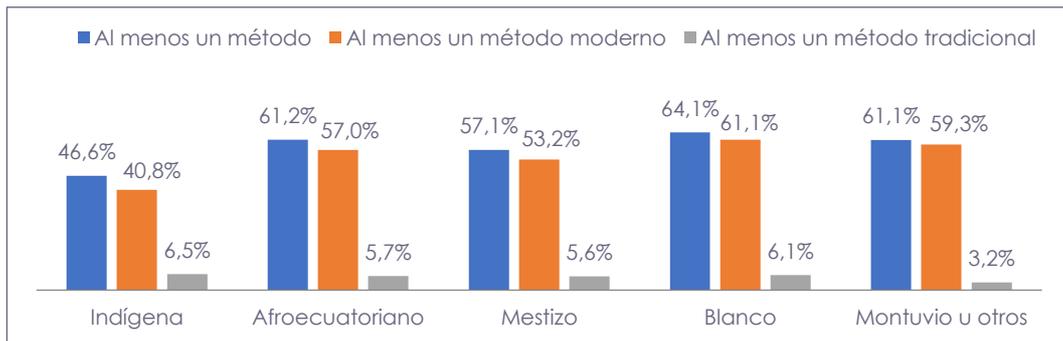
Uso actual métodos anticonceptivos	Casada/ unida		Separada/ divorciada/viuda		Soltera		Total	
	%	IC <sub>95%</sub>	%	IC <sub>95%</sub>	%	IC <sub>95%</sub>	%	IC <sub>95%</sub>
Uso de algún método moderno	92,6	(92,0 - 93,3)	96,1	(94,2 - 97,5)	92,9	(90,5 - 94,7)	93,0	(92,4 - 93,6)
Vasectomía	0,5	(0,3 - 0,8)	0,0	(0,0 - 0,1)	0,0	(0,0 - 0,2)	0,4	(0,2 - 0,6)
Ligadura	36,8	(35,6 - 38,0)	50,6	(46,9 - 54,2)	9,8	(8,1 - 11,8)	34,9	(33,8 - 36,0)
Implante	11,4	(10,5 - 12,3)	8,1	(0,6 - 0,9)	13,3	(11,3 - 15,6)	11,3	(10,5 - 12,0)
Inyección anticonceptiva	19,3	(18,4 - 20,2)	15,1	(12,8 - 17,6)	23,5	(20,3 - 27,0)	19,3	(18,5 - 20,2)
DIU	3,6	(3,1 - 4,1)	5,0	(3,7 - 6,8)	1,4	(0,9 - 2,3)	3,5	(3,0 - 3,9)
Píldora anticonceptiva	13,6	(12,8 - 14,5)	10,1	(8,0 - 12,8)	12,9	(10,7 - 15,6)	13,2	(12,4 - 14,0)
Condón femenino	0,1	(0,0 - 0,2)	0,1	(0,0 - 0,3)	0,3	(0,1 - 0,7)	0,1	(0,0 - 0,2)
Condón masculino	6,6	(5,9 - 7,3)	6,2	(4,7 - 8,1)	29,5	(26,2 - 33,1)	9,4	(8,7 - 10,2)
Pastillas anticonceptivas de emergencia	0,3	(0,2 - 0,6)	0,4	(0,2 - 0,9)	0,9	(0,4 - 2,2)	0,4	(0,3 - 0,7)
Uso de algún método tradicional/otro	9,5	(8,8 - 10,3)	5,5	(3,7 - 7,9)	15,1	(12,3 - 18,3)	9,8	(9,0 - 10,6)
Ritmo	4,9	(4,3 - 5,5)	3,3	(1,9 - 5,9)	6,0	(4,3 - 8,4)	4,9	(4,3 - 5,4)
Coito interrumpido	2,3	(1,9 - 2,7)	0,9	(0,5 - 1,8)	2,1	(1,4 - 3,2)	2,1	(1,8 - 2,5)
Método de lactancia exclusiva	0,4	(0,2 - 0,6)	0,1	(0,0 - 0,2)	0,1	(0,0 - 0,4)	0,3	(0,2 - 0,5)
Otro	0,2	(0,1 - 0,3)	0,1	(0,0 - 0,3)	0,0	(0,0 - 0,1)	0,2	(0,0 - 0,3)
<b>Total</b>	100,0		100,0		100,0		100,0	

Fuente: ENSANUT, 2018.

Como indica el Gráfico 21, en las mujeres indígenas, la proporción de uso actual de al menos un método anticonceptivo alcanza el 46,6%, con una diferencia de alrededor de 10 puntos porcentuales con el promedio nacional, diferencias que se mantienen para los métodos modernos y tradicionales.

De manera similar, las mujeres con menores niveles de ingresos (quintil 1) tienen una menor proporción de uso de métodos de anticoncepción respecto a las mujeres de mayores ingresos<sup>27</sup>.

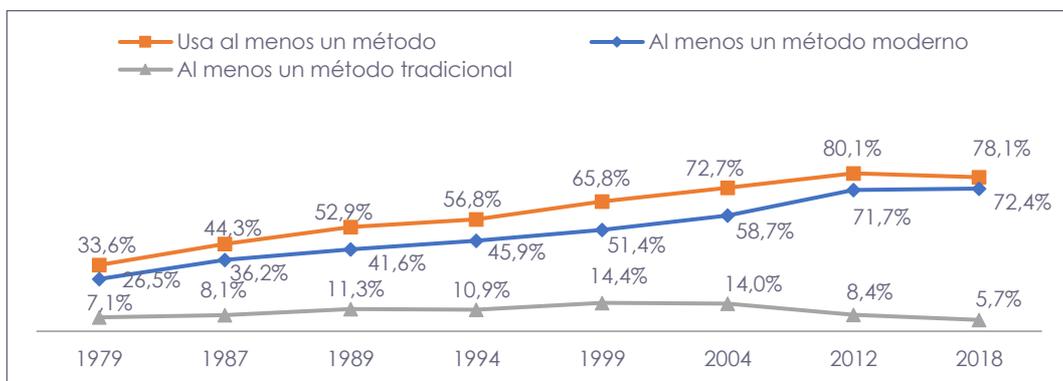
**Gráfico 21. Proporción de mujeres que usan actualmente algún método anticonceptivo, por grupo étnico y tipo de método<sup>28</sup>**



Fuente: ENSANUT, 2018.

Entendiéndose a la unión conyugal como un factor que incrementa el riesgo de embarazo, se evalúa en este grupo el comportamiento retrospectivo en el uso de métodos anticonceptivos. En las últimas décadas, el uso de métodos anticonceptivos en el Ecuador ha registrado una tendencia creciente en las mujeres casadas o unidas (Freire et al., 2013), con una propensión al uso generalizado de los métodos. En 2018, el 78,1% de las mujeres casadas/unidas usó algún método anticonceptivo, proporción ligeramente inferior a lo reportado en 2012, dado principalmente por la caída en el uso de métodos tradicionales. Sin embargo, es importante destacar que el porcentaje de uso de algún método moderno se incrementó en 2018 respecto a 2012 (Gráfico 22).

**Gráfico 22. Evolución del uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 15-49 años casadas o unidas**



Fuente: (INEC, 2013) y ENSANUT 2018.

<sup>27</sup> Información en el Anexo Web 18

<sup>28</sup> Los intervalos de confianza de los datos del gráfico se encuentran en el Anexo Web 18

Respecto a países que comparten frontera con Ecuador, el país se ubica por encima de Perú en la prevalencia de uso de algún método anticonceptivo en mujeres casadas/unidas de 15 a 49 años, pero por debajo de Colombia. El uso de algún método moderno sigue el mismo comportamiento, no así el uso de algún método tradicional que es mayor comparado con Colombia como se observa en la Tabla 9.

**Tabla 9. Uso de métodos anticonceptivos en mujeres casadas/unidas de 15 a 49 años en países de la región**

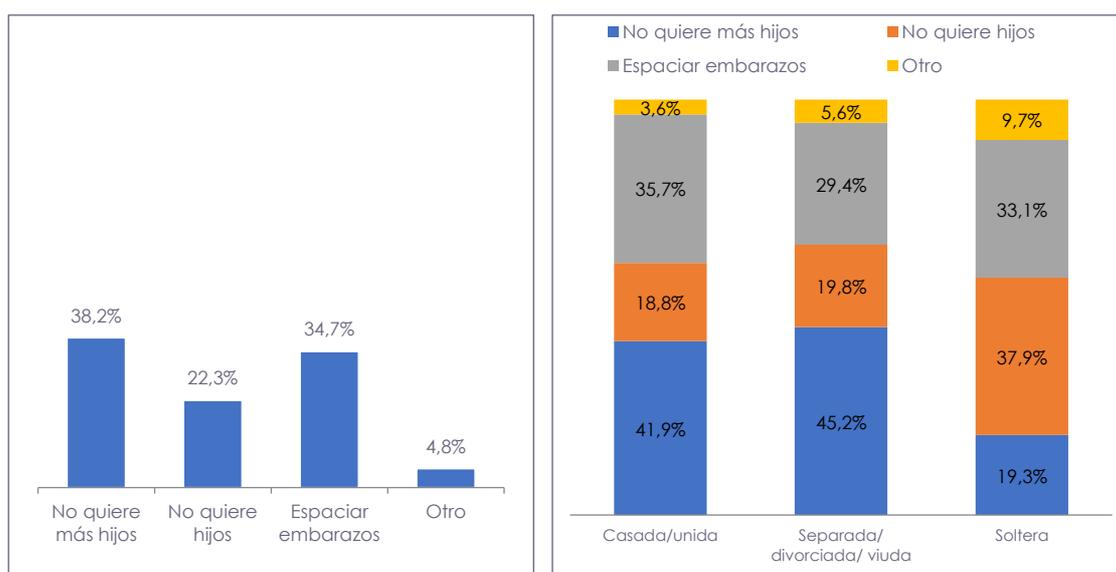
País	Año	Usa al menos un método	Al menos un método moderno	Al menos un método tradicional	No usa método
Ecuador	2018	78,1	72,4	5,8	21,9
Colombia	2015	81,0	75,9	5,0	19,0
Perú	2018	76,3	55,0	21,3	23,7

Fuente: ENSANUT 2018, ENDS Colombia 2015, ENDES Perú 2018.

#### *Motivos para uso actual de métodos anticonceptivos*

La principal motivación por la cual las mujeres usan métodos anticonceptivos se refiere al deseo de limitar el nacimiento de hijos, ya sea porque no quieren más hijos (38,2%) o porque no quieren tener hijos (22,3%). Otro motivo para el uso de la anticoncepción es el espaciamiento de los embarazos, el 34,7% de las mujeres que los usan refieren esta como la principal razón. Sin embargo, existen diferencias en las causas que motivan el uso de métodos anticonceptivos según el estado civil de las mujeres. Las mujeres de 15 a 49 años casadas o unidas usan la anticoncepción en su mayoría porque no quiere más hijos (41,9%), mientras que las mujeres solteras las usan por el deseo de no tener hijos (37,9%) como se observa en el Gráfico 23.

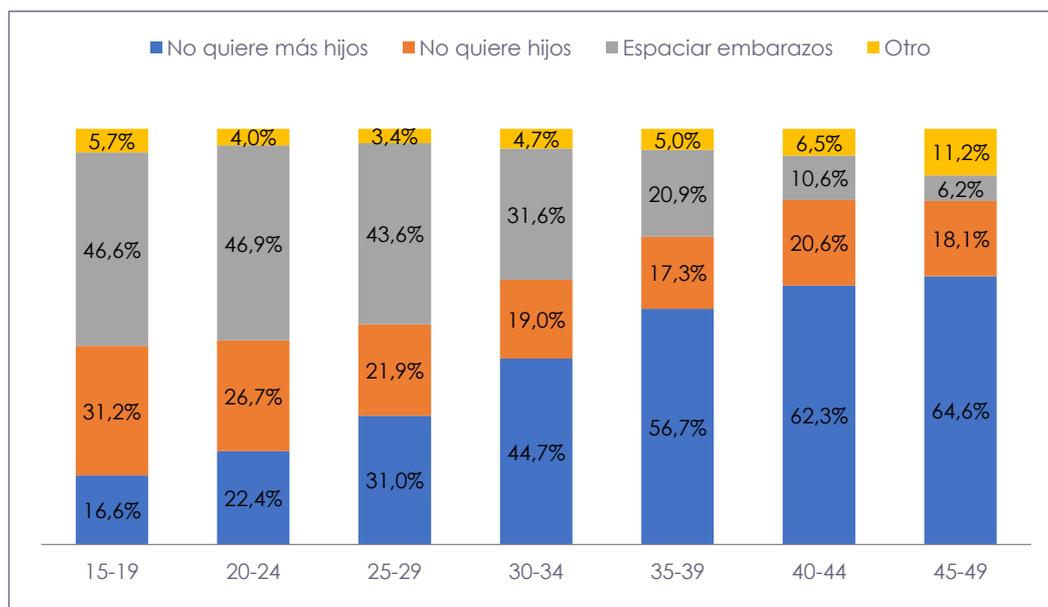
**Gráfico 23. Motivos para uso actual de métodos anticonceptivos en MEF de 15 a 49 años, nacional y por estado civil**



Fuente: ENSANUT, 2018.

La edad de las mujeres que usan métodos anticonceptivos se relaciona también a distintas motivaciones para su uso. A mayor edad, el uso de los métodos de anticoncepción se debe principalmente al deseo de no tener más hijos, mientras que, a edades más tempranas, el deseo de espaciar los embarazos es la principal justificación (Gráfico 24). Estas preferencias pueden estar relacionadas al número de hijos y sus variaciones en función de la edad de las mujeres en edad reproductiva, como se señaló en acápite anteriores.

**Gráfico 24. Motivos para uso actual de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años, por grupos de edad**



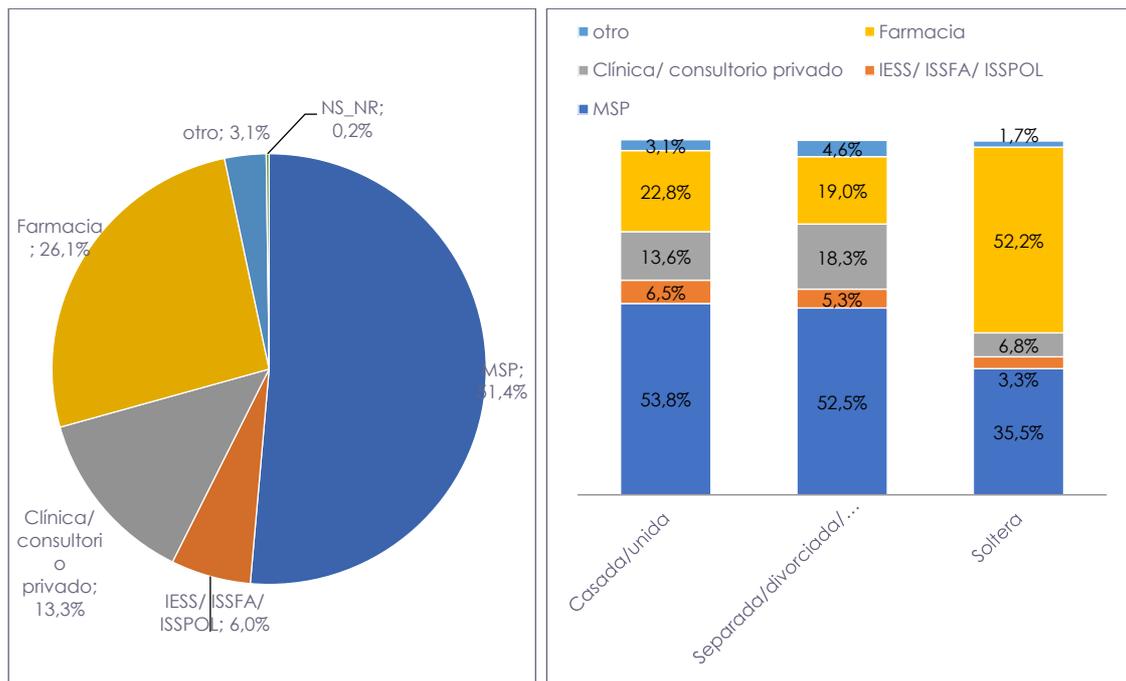
Fuente: ENSANUT, 2018.

## 4.2.2 Acceso a servicios de planificación familiar

### Fuente de obtención de métodos anticonceptivos

Las mujeres que usan métodos que requieren productos, insumos o procedimientos anticonceptivos tienen la posibilidad de acceder a los mismos mediante distintos tipos de proveedores de servicios de salud, públicos o privados. Como ha sido lo habitual en los últimos años, el MSP, las farmacias, las clínicas o consultorios privados han sido las principales fuentes para la obtención de estos métodos anticonceptivos. Sin embargo, la participación de otros proveedores públicos que brindan servicios de salud a su población asegurada (IESS, ISSFA, ISSPOL) es limitada (Gráfico 25). De igual manera, existen patrones diferenciados en el acceso a distintos proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva de acuerdo con estado civil de las mujeres. Las mujeres solteras acceden a los métodos principalmente a través de las farmacias (52,2%), mientras que las mujeres casadas lo hacen a través del MSP (53,8%).

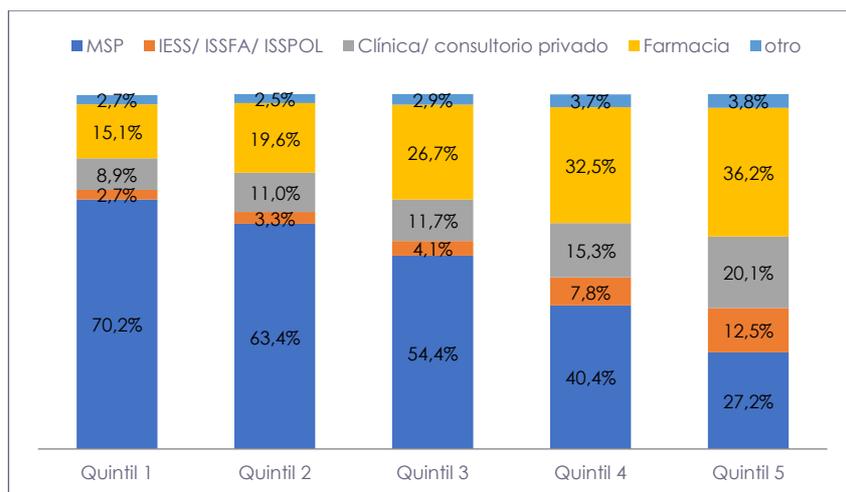
**Gráfico 25. Fuente de obtención de métodos anticonceptivos, nacional y por estado civil<sup>29</sup>**



Fuente: ENSANUT, 2018.

El nivel de ingresos de las mujeres también se relaciona con la fuente de acceso a los métodos anticonceptivos. A medida que los ingresos de las mujeres se incrementan existe una mayor proporción de mujeres que adquieren los insumos requeridos en las farmacias (36,2%). Esto significa que un mayor poder adquisitivo de las mujeres o sus hogares se relaciona a la decisión de autofinanciar los métodos de planificación. Por el contrario, en menores niveles de ingresos (quintiles 1-3) la fuente de obtención de los métodos en su mayoría es el MSP (Gráfico 26).

**Gráfico 26. Fuente de obtención de métodos anticonceptivos. Proporción de mujeres de 15 a 49 años, por nivel de ingresos<sup>30</sup>**



Fuente: ENSANUT, 2018.

<sup>29</sup> Los intervalos de confianza del gráfico se encuentran en el Anexo Web 20

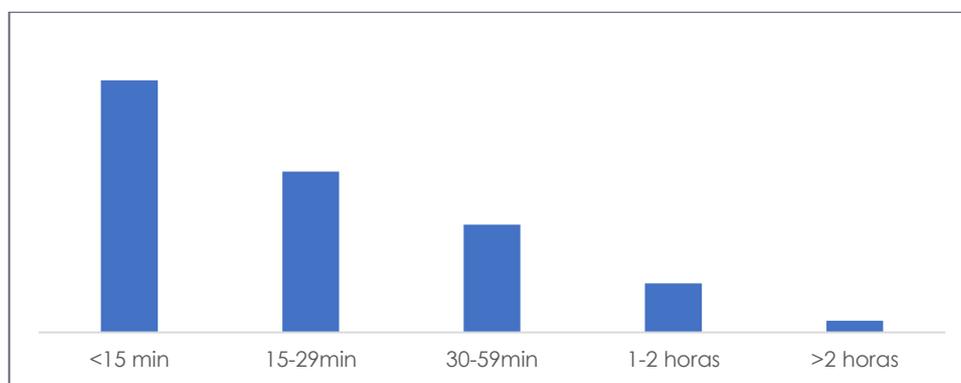
<sup>30</sup> Los intervalos de confianza del gráfico se encuentran en el Anexo Web 20

Tiempo para acceder a la fuente de obtención de anticonceptivos

Una variable que hace referencia a las potenciales barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva es la distancia o el tiempo que les toma a las mujeres acceder a la fuente para la obtención de métodos anticonceptivos. Para evaluar esta medida se clasificó el tiempo reportado por las mujeres para el acceso a los métodos que usan en: menos de 15 minutos, de 15 a 29 minutos, de 30 a 59 minutos, de 1 a 2 horas y más de 2 horas.

El 43,4% de las mujeres de 15 a 49 años que usan métodos anticonceptivos accedieron a la fuente de obtención de los métodos en menos de 15 minutos y el 27,6% entre 15 y 30 minutos (Gráfico 27). Aunque la mayor parte de las mujeres accede en un tiempo relativamente corto a los servicios de planificación familiar, existe una proporción de mujeres a las que les toma más de 1 hora llegar a la fuente de obtención (10,4%). Esta situación puede constituirse en una potencial barrera o desincentivo para el acceso.

**Gráfico 27. Proporción de mujeres que usan anticonceptivos, por el tiempo que tardan en llegar a la fuente de obtención<sup>31</sup>**

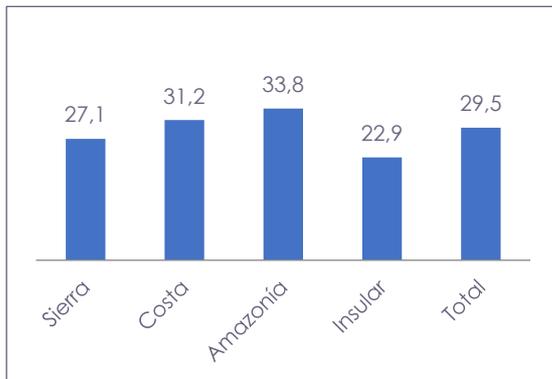


Fuente: ENSANUT, 2018

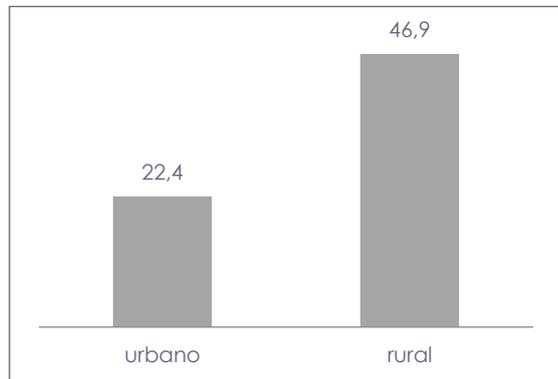
El tiempo promedio de traslado al establecimiento en el que se obtiene el método anticonceptivo es de 29,5 minutos, tiempo que es consistente con los datos antes presentados. Sin embargo, existen diferencias considerando aspectos territoriales. En la región amazónica, el tiempo de traslado se incrementa a 33,8 minutos en promedio, superando la media nacional. El área rural presenta las mayores dificultades, pues el tiempo promedio para llegar a la fuente de obtención de anticonceptivos es de 46,9 minutos (Gráfico 28, Gráfico 29).

<sup>31</sup> Los intervalos de confianza del gráfico se encuentran en el Anexo Web 21

**Gráfico 28. Tiempo promedio de traslado hasta la fuente de obtención de anticonceptivos, por región**



**Gráfico 29. Tiempo promedio de traslado hasta la fuente de obtención de anticonceptivos, por área de residencia**



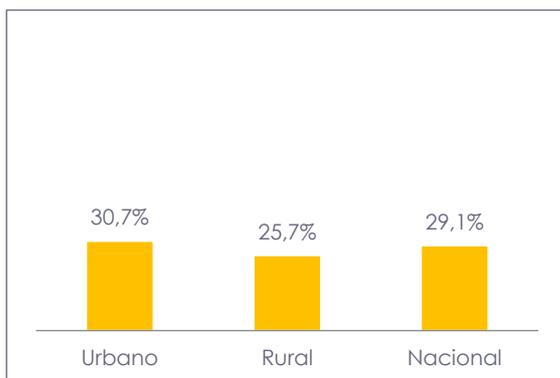
Fuente: ENSANUT, 2018.

### 4.2.3 Esterilización femenina

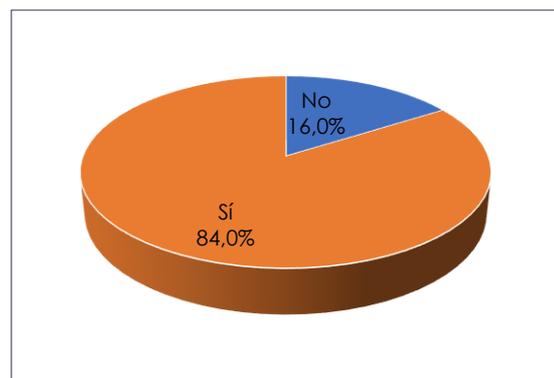
Respecto al uso de métodos anticonceptivos se profundiza en las preferencias y satisfacción de las mujeres de 15 a 49 años casadas o unidas que usan la esterilización femenina como opción. A nivel nacional, el 29,1% de MEF casadas o unidas están esterilizadas o ligadas. La proporción de mujeres que usan la ligadura como un método de anticoncepción es mayor en el área urbana frente al área rural (Gráfico 30).

El nivel de satisfacción de la esterilización como método de anticoncepción es alto en las mujeres que han optado por esta alternativa. El 84,0% de las mujeres esterilizadas señaló que tomarían la misma decisión de operarse para no tener más hijos (Gráfico 31). No existen diferencias notables en el grado de satisfacción de la esterilización en el área urbana y rural.

**Gráfico 30. Proporción de mujeres de 15 a 49 años casadas o unidas que han usado la esterilización femenina<sup>32</sup>**



**Gráfico 31. Proporción de mujeres esterilizadas que tomarían la misma decisión de esterilización<sup>33</sup>**



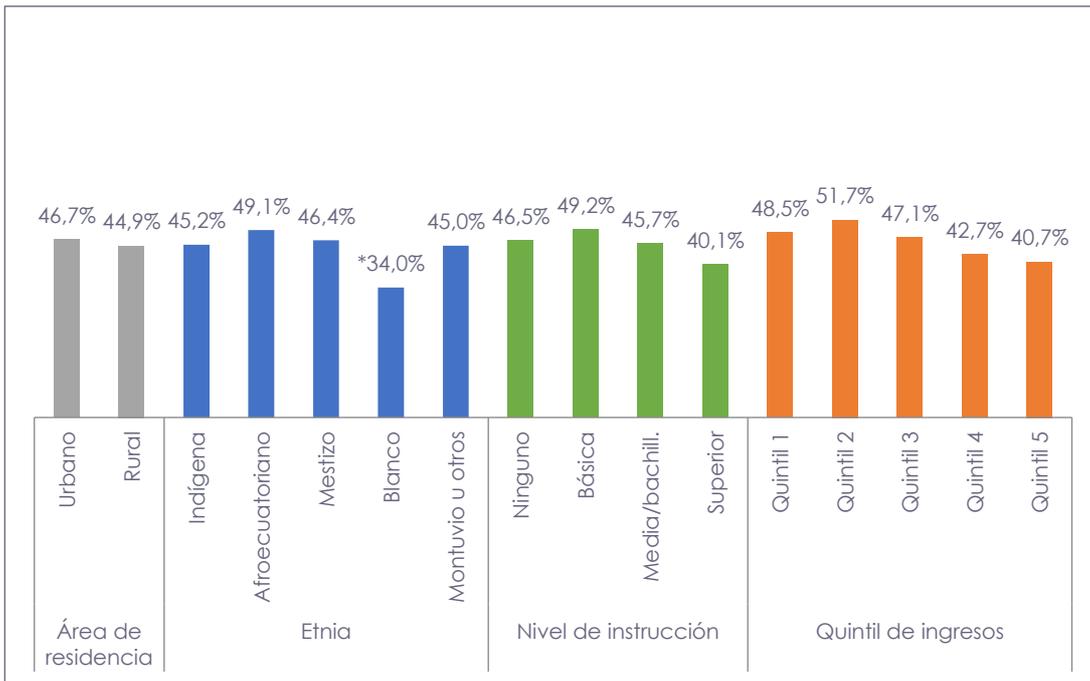
Fuente: ENSANUT, 2018.

<sup>32</sup> Los intervalos de confianza del gráfico se encuentran en el Anexo Web 22

<sup>33</sup> Los intervalos de confianza del gráfico se encuentran en el Anexo Web 23

Adicionalmente, con la finalidad de brindar elementos para el análisis de demanda de los servicios de salud sexual y reproductiva, se aborda el interés que tienen las mujeres no esterilizadas de acceder al método para no tener más hijos. A nivel nacional, el 46,1% de MEF casadas o unidas y sin esterilización tienen interés en este método de anticoncepción para limitar el número de hijos. Las mujeres en unión conyugal tienen un mayor interés en la esterilización femenina cuando pertenecen al área urbana y tienen un menor nivel de instrucción y de ingresos (Gráfico 32).

**Gráfico 32. Proporción de mujeres de 15 a 49 años casadas/unidas que tienen interés en esterilizarse, por características sociodemográficas<sup>34</sup>**



Indicador calculado para mujeres de 15 a 49 años que no se han ligado  
 \* Coeficiente de Variación superior al 15% por lo tanto se debe utilizar con precaución  
 Fuente: ENSANUT, 2018.

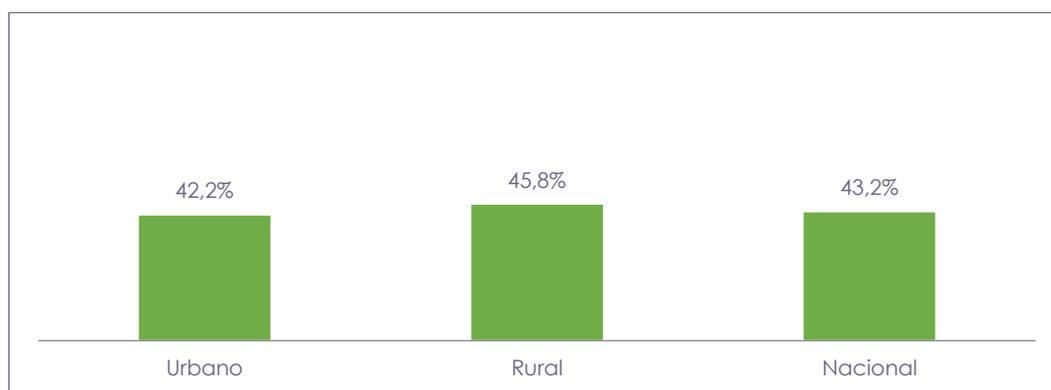
#### 4.2.4 Mujeres que no usan métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos contribuyen a la toma de decisiones de los individuos en cuanto al número de hijos que desean tener, el momento de tenerlos y el espaciamiento de embarazos. En ese contexto, las mujeres que no usan métodos anticonceptivos tienen un mayor riesgo de tener un embarazo no deseado o no planificado.

En Ecuador, el 43,2% de las MEF de 15 a 49 años no usa ningún método anticonceptivo, porcentaje ligeramente superior en el área rural (Gráfico 33). Las mujeres con menores niveles de ingresos (Q1: 45,1%), de etnia indígena (53,4%)<sup>35</sup>, de estado civil soltera, sin hijos o con más de 6 hijos son los grupos que muestran una mayor proporción de no uso de métodos anticonceptivos.

<sup>34</sup> Los intervalos de confianza del gráfico se encuentran en el Anexo Web 24

<sup>35</sup> Información desagregada por características sociodemográficas en el Anexo Web 25

**Gráfico 33. Proporción de mujeres de 15 a 49 años que no usan métodos anticonceptivos, por área de residencia<sup>36</sup>**

Fuente: ENSANUT, 2018.

**Tabla 10. Proporción de mujeres de 15 a 49 años que no utilizan anticonceptivos, por estado civil y número de hijos**

Mujeres que no usan actualmente métodos anticonceptivos	%	IC <sub>95%</sub>
<i>Estado civil</i>		
Casada/Unida	21,8	(20,8 - 22,8)
Separada	46,5	(44,1 - 48,9)
Soltera	78,1	(76,6 - 79,4)
<i>Número de hijos</i>		
Sin hijos	80,3	(78,6 - 81,9)
1 hijo	39	(37,0 - 40,9)
2 hijos	24,6	(23,0 - 26,2)
3 hijos	17,9	(16,4 - 19,5)
4 hijos	17,5	(15,4 - 19,8)
5 hijos	20,6	(17,4 - 24,3)
6 o más hijos	46,8	(42,8 - 50,8)

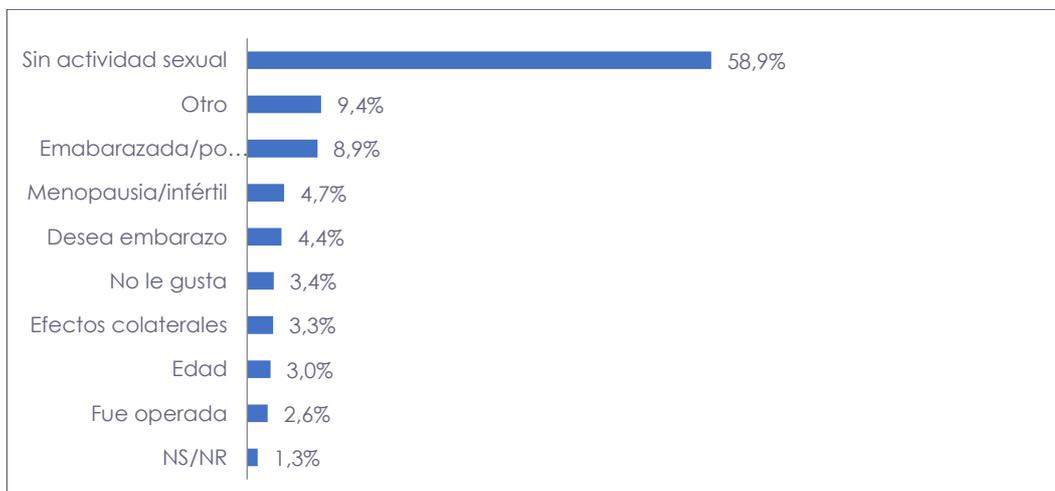
Fuente: ENSANUT, 2018.

La principal causa por la cual las MEF de 15 a 49 años no usan métodos anticonceptivos es la inactividad sexual, con una proporción del 58,9%. La condición de embarazo, parto o lactancia materna, así como la menopausia y la dificultad de concebir hijos (no ha quedado embarazada en los últimos 2 años) son las siguientes causas más frecuentes para el no uso de anticoncepción. Aunque tres de cada cuatro mujeres que no usan métodos anticonceptivos se enmarcan en estos motivos, otras justificaciones son relevantes como la falta de uso porque no le

<sup>36</sup> Los intervalos de confianza del gráfico se encuentran en el Anexo Web 25

gusta o porque tiene miedo o ha tenido efectos colaterales por el uso de algún método (Gráfico 34).

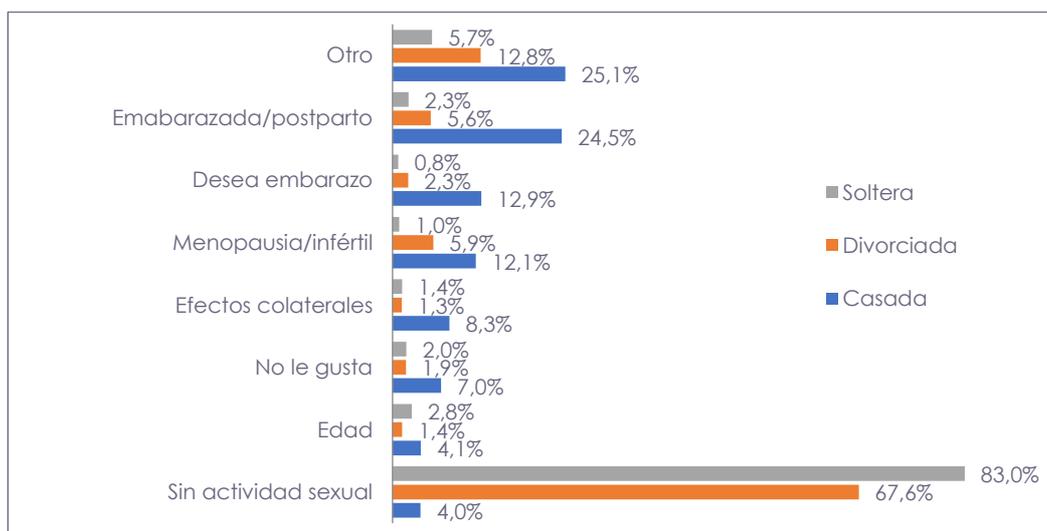
**Gráfico 34. Motivos de no uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años<sup>37</sup>**



Fuente: ENSANUT, 2018.

Cabe mencionar algunas diferencias importantes en los motivos para el no uso de métodos anticonceptivos según el estado civil de las mujeres. Las mujeres solteras o separadas, divorciadas o viudas tienen como principal motivo la inactividad sexual (83,0%). Sin embargo, en las mujeres casadas o unidas las principales causas para no usar métodos de anticoncepción son el estado de embarazo o postparto (24,5%), el deseo de embarazo (12,9%) o la menopausia (12,1%). Otros motivos tienen también una mayor proporción en las mujeres en unión conyugal respecto a los demás grupos (Gráfico 35).

**Gráfico 35. Motivos de no uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años, por estado civil**

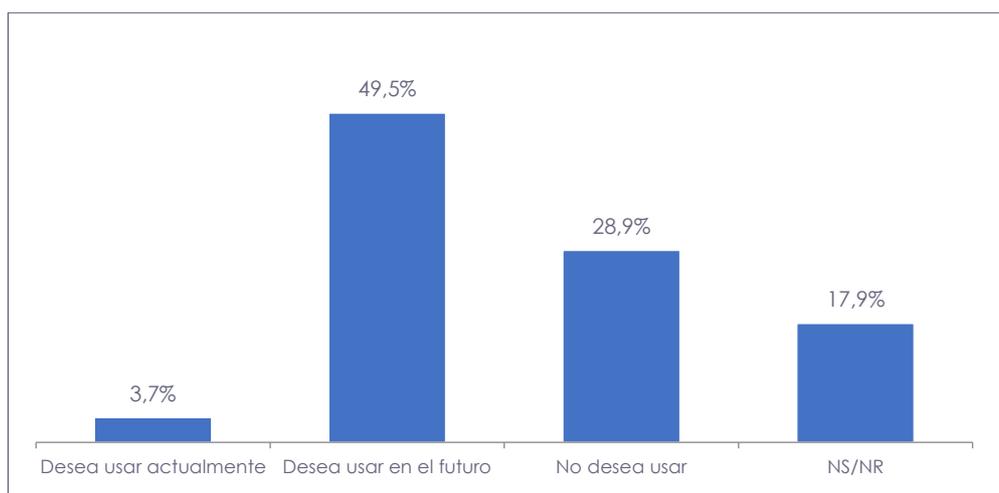


Fuente: ENSANUT, 2018.

<sup>37</sup> Los intervalos de confianza del gráfico se encuentran en el Anexo Web 26

El grupo de mujeres antes analizado es potencial usuario de los servicios de salud sexual y reproductiva, ya sea en el corto plazo o a futuro. Esto se da en función de cómo varíen las condiciones que en la mayoría de los casos motivan el no uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, el 28,9% de las mujeres declaró que no desea usar ningún método ni ahora ni en el futuro, adicional una de cada dos mujeres desea utilizar algún método en el futuro. Este deseo se interpreta como una demanda potencial siempre que se supere la condición actual (inactividad sexual, embarazo, etc.) (Gráfico 36).

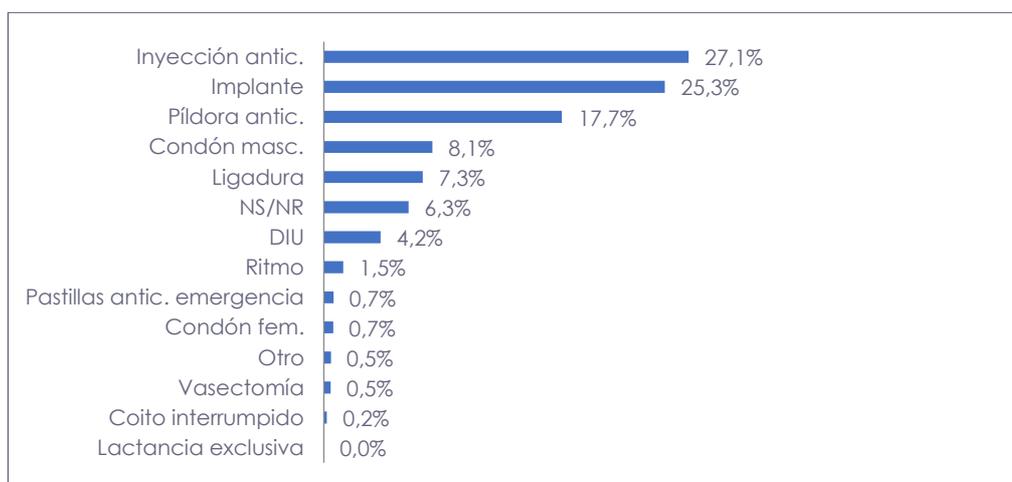
**Gráfico 36. Deseo de uso de métodos anticonceptivos en mujeres que no usan métodos anticonceptivos<sup>38</sup>**



Fuente: ENSANUT, 2018.

A las mujeres que no usan actualmente algún método, pero que desean usarlo ahora o en el futuro, se les consultó sobre el método que preferirían. Las alternativas que potencialmente serían más usadas por este grupo de mujeres son la inyección anticonceptiva, el implante y la píldora anticonceptiva (Gráfico 37).

**Gráfico 37. Métodos que preferirían usar mujeres de 15 a 49 años que no usan métodos anticonceptivos**

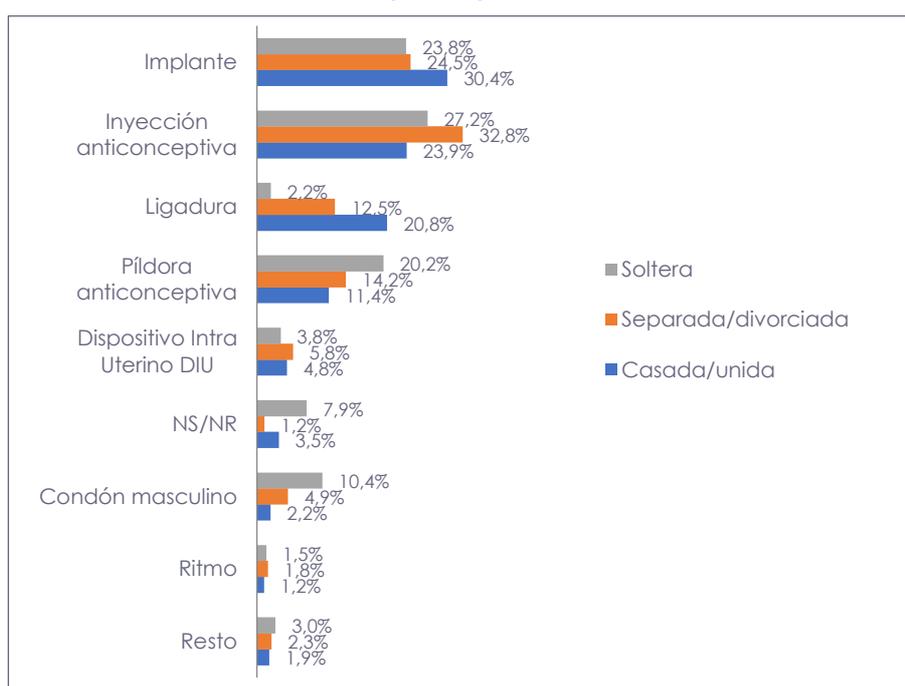


Fuente: ENSANUT, 2018.

<sup>38</sup> Los intervalos de confianza del gráfico se encuentran en el Anexo Web 27

El estado civil de las mujeres que no usan actualmente métodos anticonceptivos evidencia algunos patrones diferenciadores en los métodos que preferirían usar. Por ejemplo, las mujeres casadas o unidas tienen una mayor preferencia por el implante (30,4%), respecto a las mujeres separadas o divorciadas (24,5%). Lo contrario sucede con la inyección anticonceptiva, el 32,8% de las mujeres solteras en mayor preferirían usarlo, respecto al 23,9% de las mujeres casadas. La esterilización femenina o ligadura también tiene una diferencia importante, una de cada cinco mujeres casadas preferiría usar este método mientras que en las mujeres solteras la proporción apenas es del 2,2% (Gráfico 38).

**Gráfico 38. Métodos que preferirían usar mujeres de 15 a 49 años que no usan métodos anticonceptivos, por estado civil**



Fuente: ENSANUT, 2018.

#### 4.2.5 Necesidades de planificación familiar

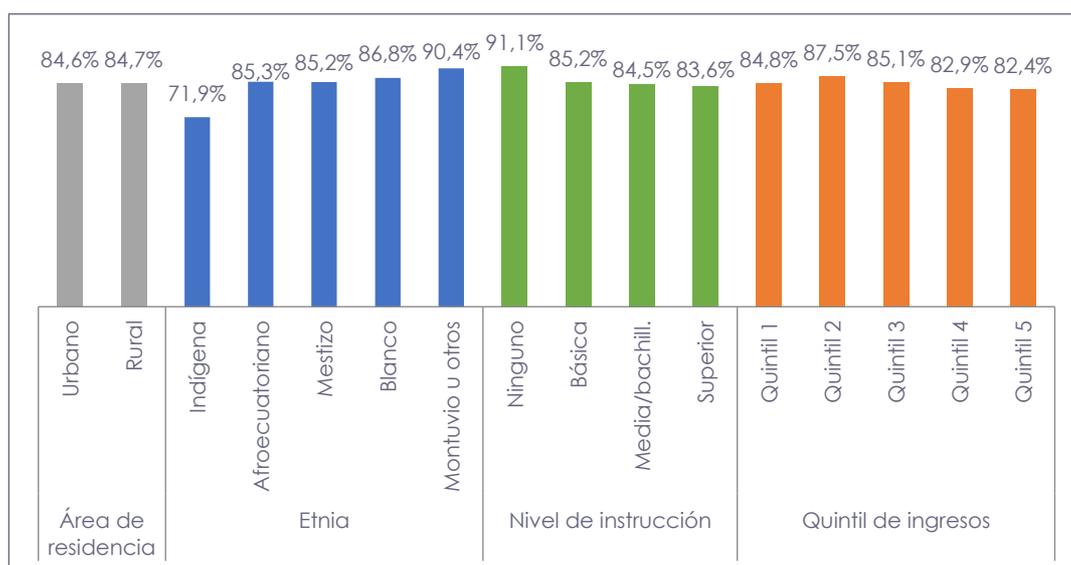
La demanda real o potencial de métodos anticonceptivos se mide a través de la estimación de necesidades de planificación familiar. Comprende a las mujeres que actualmente usan cualquier método anticonceptivo (prevalencia de anticoncepción) y a las que necesitan anticoncepción porque desean limitar o espaciar los nacimientos, pero no la usan (demanda insatisfecha).

El nivel de cobertura de dichas necesidades es una medida clave para el monitoreo del acceso a los programas y servicios de planificación familiar, la prevención de embarazos y el ejercicio de los derechos de salud sexual y reproductiva (United Nations, 2021). La cobertura de las necesidades de planificación familiar con métodos anticonceptivos modernos es, en ese contexto, una medida para el seguimiento de la meta de acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva. Se enmarca en el cumplimiento del ODS relacionado a asegurar una vida saludable en todas las edades (Naciones Unidas, n.d.).

A nivel nacional la proporción de mujeres de 15 a 49 años casadas/unidas o sexualmente activas que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos anticonceptivos modernos<sup>39</sup> es del 84,6%. Como lo señalan los parámetros de medición de los ODS, un indicador que supere el 75% puede ser considerado alto, por lo que los resultados del país son favorables.

El análisis por variables sociodemográficas evidencia pocas brechas en la cobertura de necesidades de planificación familiar. Se exceptúa la diferencia marcada entre la cobertura que se muestra en población indígena, que está más de 10 puntos porcentuales por debajo del promedio nacional (Gráfico 39).

**Gráfico 39. Necesidades de planificación familiar satisfechas con métodos modernos en mujeres de 15 a 49 años casadas/unidas o sexualmente activas<sup>40</sup>**



Fuente: ENSANUT, 2018.

En el análisis de la demanda de servicios de planificación familiar resulta relevante la medida de necesidades insatisfechas o las brechas en la prestación de servicios, que se define como la proporción de mujeres que quieren espaciar o limitar el número de hijos, pero no utilizan ningún método anticonceptivo (United Nations, 2021). La población incluida comprende a mujeres de 15 a 49 años casadas o unidas o sexualmente activas. Una definición más amplia y precisa de las necesidades insatisfechas comprenden las siguientes características de las mujeres de 15 a 49 años (Bradley et al., 2012):

- Necesidades insatisfechas para espaciar nacimientos
  - Mujeres fértiles que quieren esperar 2 años o más para su próximo nacimiento
  - Mujeres fértiles que quieren otro hijo sin tener claro en qué tiempo
  - Mujeres embarazadas que querían su embarazo después
  - Mujeres con amenorrea menor a 2 años que querían su último embarazo después

<sup>39</sup> Este indicador se define como el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que no desean tener más hijos o desean posponer el próximo hijo y que actualmente usan o su pareja usa un método anticonceptivo moderno.

<sup>40</sup> Los intervalos de confianza del gráfico se encuentran en el Anexo Web 28

- Necesidades insatisfechas para limitar nacimientos
  - Mujeres fértiles que no quieren más hijos
  - Mujeres embarazadas que no querían estar embarazadas
  - Mujeres con amenorrea que no querían su último nacimiento

Es importante mencionar que la medición de las necesidades insatisfechas de planificación es ampliamente utilizada para el desarrollo de políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva, y particularmente, sobre planificación familiar. Sin embargo, es importante considerar que sus estimaciones no se han realizado de manera consistente ni estandarizada a nivel internacional, por lo que se dificultan las comparaciones históricas y entre países (Bradley et al., 2012).

A nivel nacional, el 7,5% de las mujeres casadas/unidas o con otro estado civil pero sexualmente activas<sup>41</sup> tiene necesidades de planificación insatisfechas. Es decir, quieren limitar y espaciar los nacimientos, pero no acceden a métodos anticonceptivos. Esta situación incrementa el riesgo de embarazos no deseados.

Los grupos poblacionales de acuerdo con características sociodemográficas muestran algunas diferencias en la falta de cobertura de servicios de planificación familiar. Las mujeres indígenas, por ejemplo, casi duplican el promedio nacional en necesidades insatisfechas (14,3%). Con la misma tendencia, aunque con una brecha menos pronunciada, las mujeres que residen en el área rural (8,8%), con educación básica (8,3%) y con menores ingresos (Q1: 9,1%) también tienen mayores requerimientos de planificación familiar no cubiertos (Tabla 11).

**Tabla 11. Proporción de mujeres de 15 a 49 años, casadas/unidas o con otro estado civil pero sexualmente activas con necesidades insatisfechas de planificación familiar**

Mujeres con necesidades insatisfechas de planificación familiar	n	%	IC <sub>95%</sub>
Nacional	2.401	7,5	(6,9 - 8,1)
<i>Área de residencia</i>			
Urbano	1.295	6,9	(6,2 - 7,6)
Rural	1.106	8,8	(7,9 - 9,8)
<i>Etnia</i>			
Indígena	595	14,3	(12,4 - 16,2)
Afroecuatoriano	89	7,0	(4,9 - 9,1)
Mestizo	1.615	7,0	(6,3 - 7,6)
Blanco	30	7,6	(3,3 - 11,9)
Montubio u otros	72	6,1	(4,3 - 7,9)
<i>Nivel de instrucción</i>			
Ninguno	38	4,3	(2,5 - 6,2)
Básica	1.062	8,3	(7,4 - 9,1)
Media/bachillerato	950	7,9	(7,1 - 8,8)
Superior	351	5,7	(4,5 - 7,0)

<sup>41</sup> Reportan actividad sexual en los últimos 30 días

Mujeres con necesidades insatisfechas de planificación familiar	n	%	IC <sub>95%</sub>
<i>Quintil de ingresos</i>			
Q1 (menos ingresos)	759	9,1	(8,0 - 10,2)
Q2	486	7,4	(6,4 - 8,3)
Q3	453	7,7	(6,4 - 8,9)
Q4	372	7,2	(5,9 - 8,5)
Q5 (más ingresos)	295	6,3	(4,9 - 7,6)

Fuente: ENSANUT, 2018.

Del total de mujeres en edad reproductiva, el 5,1% necesita los servicios de planificación familiar, siendo mayor en las mujeres casadas frente a las mujeres separadas/ divorciadas o solteras (Tabla 12). El resto de las mujeres no necesitarían los servicios de planificación familiar dado que ya usan métodos anticonceptivos, son infértiles, no son activas sexualmente o no tienen necesidades insatisfechas de planificación familiar.

**Tabla 12. Proporción de mujeres de 15 a 49 años, por necesidad de servicios de planificación familiar y estado civil**

Estado civil	Mujeres que necesitan los servicios de planificación familiar		Mujeres que no necesitan los servicios de planificación familiar	
	%	IC <sub>95%</sub>	%	IC <sub>95%</sub>
Casada/unida	7,5	(6,9 - 8,1)	92,5	(91,9 - 93,1)
Separada/ divorciada/ viuda	2,6	(1,8 - 3,6)	97,4	(96,4 - 98,2)
Soltera	2,0	(1,5 - 2,5)	98,1	(97,5 - 98,5)
Total	5,1	(4,7 - 5,5)	95,0	(94,5 - 95,3)

Fuente: ENSANUT, 2018.

Finalmente, se abordan aspectos relacionados al conocimiento, uso pasado y deseo de uso de métodos anticonceptivos en mujeres 15 a 49 años según su necesidad de servicios de planificación familiar. Las mujeres que sí necesitan los servicios han usado en mayor proporción algún método anticonceptivo, pero tienen un menor deseo de usar alguna alternativa pronto o en el futuro. El conocimiento sobre los métodos es más o menos homogéneo en ambos grupos (Tabla 13).

**Tabla 13. Conocimiento, uso pasado y deseo de uso de algún método anticonceptivo, por necesidad de servicios de planificación familiar en mujeres de 15 a 49 años**

Necesidad de servicios de planificación familiar	Conocen al menos un método		Han usado al menos un método		Desean usar algún método actualmente		Desean usar algún método en el futuro	
	%	IC <sub>95%</sub>	%	IC <sub>95%</sub>	%	IC <sub>95%</sub>	%	IC <sub>95%</sub>
Mujeres que necesitan	97,5	(96,5 - 98,2)	83,9	(81,2 - 86,3)	16,9	(13,9 - 19,1)	33,3	(33,7 - 41,1)
Mujeres que no necesitan	98,8	(98,6 - 99,0)	76,2	(75,3 - 77,0)	2,1	(1,8 - 2,6)	54,6	(53,0 - 56,2)

Fuente: ENSANUT, 2018.

### 4.2.6 Propias decisiones informadas

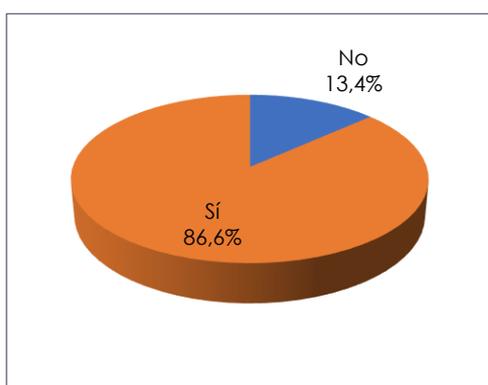
El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos se vincula al empoderamiento de las mujeres para tomar sus propias decisiones sobre las relaciones sexuales, el uso de métodos anticonceptivos y la atención de salud reproductiva. Así fue reconocido en la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo (UNDP, 1975; UNFPA, 2019) y reafirmado como una medida para monitorear el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible vinculado al alcance de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y niñas a través del acceso universal a la salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos (Naciones Unidas, n.d.).

La autonomía de las mujeres en la toma de decisiones sobre aspectos de salud sexual y reproductiva es precisamente uno de los elementos fundamentales para el empoderamiento y ejercicio de sus derechos reproductivos y de las libertades de decidir (UNFPA, 2019; United Nations, 2021).

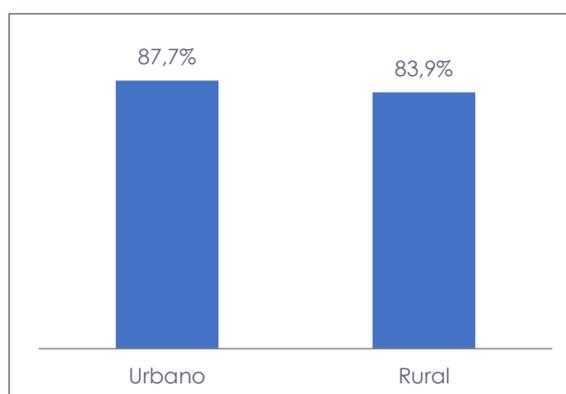
En Ecuador, de acuerdo con la ENSANUT 2018, el 86,6% de las mujeres en edad reproductiva (15 - 49 años) casadas o unidas tomaron sus propias decisiones respecto a tener relaciones sexuales con su pareja, usar algún método anticonceptivo, realizarse una ligadura, o acceder a atención médica ginecológica<sup>42</sup> (Gráfico 40).

En todos los grupos de mujeres según sus características sociodemográficas (etnia, nivel de instrucción y quintil de ingresos), esta proporción supera el 80,0%. Algunos grupos reflejan un mayor empoderamiento de las mujeres, como en el caso de aquellas que residen en el área urbana (87,7%) frente a las que habitan en el área rural (83,9%) (Gráfico 41).

**Gráfico 40. Proporción de mujeres de 15 a 49 años casadas o unidas que toman sus propias decisiones informadas<sup>43</sup>**



**Gráfico 41. Proporción de mujeres de 15 a 49 años casadas o unidas que toman sus propias decisiones informadas, por área de residencia<sup>44</sup>**



Fuente: ENSANUT, 2018.

<sup>42</sup> Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años casadas o unidas que reportan poder decir no a su pareja si no quiere tener relaciones sexuales, toman la decisión sobre el uso de métodos anticonceptivos y deciden el acceso a atención médica (UN Statistics, 2018).

<sup>43</sup> Los intervalos de confianza del gráfico se encuentran en el Anexo Web 29

<sup>44</sup> Los intervalos de confianza del gráfico se encuentran en el Anexo Web 29

## 5 Conclusiones e implicaciones

La juventud es una etapa crucial para la vida de las personas. En términos de salud sexual y reproductiva, lo es también porque en ella se determinan los principales comportamientos en torno a la sexualidad. Las uniones tempranas, los embarazos precoces y el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos son las principales cuestiones que monitorear en este grupo poblacional.

Según la ENSANUT 2018 la iniciación sexual en las mujeres jóvenes se realiza a edades tempranas, en torno a los 16 años, generando con ello mayores riesgos sanitarios y sociales. Principalmente, porque en las mujeres jóvenes sexualmente activas el uso de métodos anticonceptivos de barrera (preservativos) es limitado.

El embarazo precoz es un tema de relevancia en este grupo poblacional. Una de cada tres mujeres jóvenes ha estado embarazada alguna vez, y casi la mitad de los embarazos no fueron planeados o deseados. A esto se suman las consecuencias educativas y laborales de los embarazos a edades tempranas; particularmente, la interrupción de estudios y de actividades laborales, en muchos casos, definitiva.

Vinculado al embarazo están las uniones tempranas, donde las uniones maritales en menores de 18 años se constituyen en una violación de los derechos de los niños y, tiene consecuencias sociales también pronunciadas. Los bajos niveles de educación, la ruralidad y un menor nivel de ingresos son factores que se asocian a una mayor probabilidad de matrimonios o uniones tempranas.

La planificación familiar y el uso los métodos anticonceptivos son una herramienta clave para las decisiones de los individuos sobre cuántos hijos tener y en qué momento, así como para disminuir riesgos de enfermedades de transmisión sexual. La educación, acceso y oportunidad de los servicios de salud sexual y reproductiva son elementos necesarios para el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos.

En el país, el conocimiento de los métodos de anticoncepción es generalizado y la mayoría de las mujeres en edad reproductiva conocen al menos una alternativa. Sin embargo, opciones como la píldora anticonceptiva de emergencia o el condón femenino son menos conocidas pese a su eficacia.

A pesar del alto porcentaje de mujeres que conocen al menos un método anticonceptivo, el uso es menos generalizado. Es así como, tres de cada cuatro mujeres casadas en edad reproductiva usan actualmente algún método, mostrando una mayor preferencia por los métodos modernos. Nuevamente, las minorías étnicas, población con menor nivel de ingresos y nivel de instrucción más bajo o sin educación, son los grupos con menor nivel de uso, conocimiento o con mayores barreras para el acceso a los servicios de planificación familiar.

Persisten las necesidades insatisfechas de planificación familiar. Aunque la mayoría de los métodos anticonceptivos son provistos de manera gratuita por los servicios médicos públicos, principalmente por el Ministerio de Salud Pública, existe un grupo poblacional que manteniendo la necesidad no usan métodos anticonceptivos. Esta desconexión entre la oferta y demanda de servicios de salud sexual y reproductiva

---

y las brechas derivadas, incrementan los riesgos de embarazos no deseados, precoces o inoportunos, y sus consecuencias.

## Anexos

**Anexo Web:** Reportes\_ENSANUT\_Vol5\_Anexos

**Link:** [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Libros/Reportes/Reportes\\_ENSANUT\\_Vol5\\_Anexos\\_vf.xls](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Libros/Reportes/Reportes_ENSANUT_Vol5_Anexos_vf.xls)

## Referencias

- Aréchiga, J., Mejía, M. R., Marrodán, M. D., & Mesa, M. S. (1999). Análisis comparativo de la edad media de menarquía en población mexicana. *Anales Del Museo de América*, 7, 259–267.
- Bradley, S. E. K., Croft, T. N., & Fishel, J. D. (2012). *Revising Unmet Need for Family Planning: DHS Analytical Studies No. 25*. January, 63.
- Darroch, J. E., Woog, V., Bankole, A., & Ashford, L. S. (2016). *ADDING IT UP: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents*. New York: *Guttmacher Institute*, May, 1–16.
- Freire, W. ., Ramírez, M., Belmont, P., Mendieta, M., Silva, M., Romero, N., Sáenz, K., Piñeiros, P., Gómez, L., & Monge, R. (2013). *RESUMEN EJECUTIVO. TOMO I. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador. ENSANUT-ECU 2011-2013*. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadística y Censos. [https://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/ENSANUT/Publicacion\\_ENSANUT\\_2011-2013\\_tomo\\_1.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/Publicacion_ENSANUT_2011-2013_tomo_1.pdf)
- INEC. (2018). *Manual de Mujeres en Edad Fértil - MEF. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*. 295.
- INEC. (2019). *Diseño muestral de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*, 69.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (n.d.). *Ficha metodológica. Indicador Porcentaje de mujeres en edad fértil que utilizan métodos anticonceptivos modernos*.
- Marshall, W. A. (1978). Puberty. In *Human Growth* (pp. 141–181). Springer US. [https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2622-9\\_6](https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2622-9_6)
- Ministerio de Salud Pública Ecuador. (2010). *Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Proceso de Normatización Del SNS.*, 1–176. [https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/norma\\_planif\\_famil.pdf](https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/norma_planif_famil.pdf)
- Naciones Unidas. (n.d.). *Objetivos y metas de Desarrollo sostenible*. Retrieved June 4, 2020, from <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- OMS. (2018). *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos* (Tercera ed).
- OMS. (2019). *Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes*. In *Organización Mundial de la Salud; 2019*. | WHOLIS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312341/9789243514604-spa.pdf?ua=1%0Ahttps://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/who-312341>
- OMS. (2020). *Planificación Familiar. Datos y Cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- OPS. (2008). *La salud sexual y reproductiva del joven y del adolescente: Oportunidades, Enfoques y Opciones*. In *Ops*. [http://www.paho.org/hq/dmdocuments/salud\\_sexual\\_FINAL.pdf](http://www.paho.org/hq/dmdocuments/salud_sexual_FINAL.pdf)
- Thomas W. Merrick. (2015). *MAKING THE CASE FOR INVESTING IN ADOLESCENT REPRODUCTIVE HEALTH A Review of Evidence and PopPov Research Contributions*. *Population and Poverty Research Network*, December.
- UN Statistics. (2018). *E-Handbook on SDG Indicators - Indicator 5.6.1*. <https://unstats.un.org/wiki/display/SDGeHandbook/Indicator+5.6.1>
- UNDP. (1975). *International Advisory Committee on Population and Law. Annual review*

- of population law. *International Advisory Committee on Population and Law. Annual Review of Population Law.*
- UNFPA. (2015). *Girlhood, not motherhood: Preventing adolescent pregnancy.* In *United Nations Population Fund.*
- UNFPA. (2018). *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Un enfoque basado en evidencia.* In UNESCO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, U. Women, & WHO (Eds.), *Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.* [www.unesco.org/aids](http://www.unesco.org/aids)
- UNFPA. (2019). *Estado de la población mundial 2019.* UN. <https://doi.org/10.18356/fa87a4e7-es>
- UNICEF. (2019). *Perfil del matrimonio infantil y las uniones tempranas en América Latina y el Caribe.* 1–24. [https://www.unicef.org/lac/media/9381/file/PDF\\_Perfil del matrimonio infantil y las uniones tempranas en ALC.pdf](https://www.unicef.org/lac/media/9381/file/PDF_Perfil_del_matrimonio_infantil_y_las_union_early_marriage_in_LAC.pdf)
- United Nations. (2021). *SDG indicator metadata.* July, 1–28. <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-11-03-01.pdf>
- WHO, & School, J. H. B. (2018). *Family Planning. A global handbook for providers.*
-

 @ecuadorencifras

 @ecuadorencifras

 @InecEcuador

 t.me/equadorencifras

 INEC/Ecuador

 INECEcuador

 INEC Ecuador

# Reportes de la **ENSANUT** 2018



[www.ecuadorencifras.gob.ec](http://www.ecuadorencifras.gob.ec)