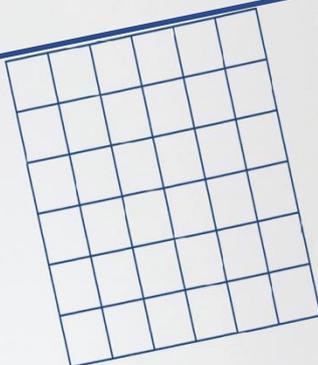


Boletín Técnico

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2018

Indicadores de Salud y Nutrición de la
Población ecuatoriana

Quito, diciembre 2019



Dirección de Innovación en Métricas y Metodologías

Elaborado por:

Melody Serrano
Mónica Pozo
Daniela Medina
Juan José Viteri
Esteban Lombeida

Revisado por:

Lorena Moreno

Aprobado por:

Sebastián Carvajal

Contacto:

inec@inec.gob.ec
www.ecuadorencifras.gob.ec
(02) 2234 164 · (02) 2235 890 · (02) 2526 072

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	2
ÍNDICE DE FIGURAS	4
ÍNDICE DE TABLAS	5
Resumen.....	6
Introducción	7
Aspectos metodológicos.....	7
Principales Resultados	8
1. Salud Materna y Neonatal	8
2. Fecundidad	9
3. Estado nutricional a partir de indicadores antropométricos	11
4. Planificación familiar y salud sexual.....	11
5. Salud de la niñez y Desarrollo Infantil.....	13
5.1. Salud en la niñez	13
5.2. Desarrollo Infantil.....	14
6. Infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida	15
7. Salud de Adolescentes	16
Glosario.....	18

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Porcentaje de menores de 5 años cuyas madres recibieron al menos 5 controles prenatales, área de residencia	8
Figura 2. Porcentaje de mujeres de 10 a 49 años que tuvieron un hijo nacido vivo en los últimos 5 años y cuyo parto fue atendido en un establecimiento de salud, área de residencia.....	8
Figura 3. Porcentaje de niños menores de 2 años que recibieron leche materna en su primera hora de vida, área de residencia.	9
Figura 4. Tasas Específicas de Fecundidad (TEF).....	9
Figura 5. Tasas Específicas de Fecundidad (TEF), por área	10
Figura 6. Tasa Global de Fecundidad (TGF), por área.....	10
Figura 7. Edad promedio a la primera relación sexual, por área.....	10
Figura 8. Edad promedio a la primera unión/casamiento y al primer nacimiento, por área	11
Figura 9. Uso de anticonceptivo en primera relación sexual, por área	12
Figura 10. Uso actual de métodos anticonceptivos modernos (Mujeres).....	12
Figura 11. Uso actual de métodos anticonceptivos modernos (Hombres)	12
Figura 12. Porcentaje de mujeres que toman sus propias decisiones informadas, por área.....	13
Figura 13. Porcentaje de mujeres que cubren sus necesidades de anticoncepción, por área y región natural	13
Figura 14. Cobertura de cuidado infantil por tipo de centro	14
Figura 15. Conocimiento Espontáneo de VIH/Sida (12 a 49 años)	15
Figura 16. Mujeres y hombres que han oído hablar sobre la prueba del VIH, saben dónde la hacen y se han hecho la prueba (15 a 49 años).	15
Figura 17. Mujeres y Hombres que se han realizado el examen de VIH/Sida (grupos de edad 15-49 años).....	15
Figura 18. Sedentarismo en adolescentes (Horas/Semana)	16

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Porcentaje de niños menores de 5 años cuyas madres recibieron al menos 5 controles prenatales, nivel de instrucción.....	8
Tabla 2. Porcentaje de mujeres de 10 a 49 años que tuvieron un hijo nacido vivo en los últimos 5 años, cuyo parto fue atendido en un establecimiento de salud público o privado u otro.....	9
Tabla 3. Desnutrición crónica en menores de cinco años.	11
Tabla 4. Desnutrición crónica en menores de dos años.....	11
Tabla 5. Porcentaje de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de edad	14
Tabla 6. Porcentaje de prevalencia de Enfermedades Diarreicas Agudas en menores de 5 años.	14
Tabla 7. Porcentaje de prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años	14
Tabla 8. Adolescentes que cepillan sus dientes al menos dos veces al día.....	16

Resumen

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), como ente rector de la producción estadística oficial, pone a disposición de la ciudadanía y demás usuarios externos, los principales resultados de la Encuesta de Salud y Nutrición 2018.

El INEC con acompañamiento técnico del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) e instituciones públicas como el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) formuló la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) que está compuesta por 5 formularios que tratan las temáticas: Estado Nutricional de la población; Fecundidad y Salud de las mujeres; Salud Materno Neonatal; Salud en la niñez y Desarrollo Infantil; Planificación Familiar y Actividad Sexual y Reproductiva; Salud de la población; Infecciones de transmisión sexual y VIH; y Salud de Adolescentes.

Este documento presenta la estadística descriptiva de 27 indicadores principales, haciendo énfasis en los indicadores que son parte del Plan Nacional Toda una Vida 2017-2021, de manera específica: Desnutrición Crónica en menores de 2 y menores de 5 años; Sobrepeso y Obesidad para niños entre 5 a menores de 12 años; y Lactancia Materna.

Introducción

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2017-2021, cuyo lema es "Toda una vida", es el principal instrumento del Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa (SNDPP)¹, que direcciona la gestión pública para el cumplimiento de los programas de gobierno y el logro de metas nacionales (Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021).

El PND constituye la hoja de ruta del país para la ejecución de políticas, es decir; el instrumento capital por medio del que se concreta la garantía de derechos en un marco de política pública.

En este contexto, tomando en cuenta que el PND marca metas a largo plazo, el monitoreo y seguimiento constante de los resultados de su implementación constituye una tarea ineludible para garantizar su correcta puesta en marcha y el cumplimiento de los objetivos planteados.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición – ENSANUT 2018 es una operación estadística por muestreo probabilístico que consta en el Programa Nacional Estadístico con periodicidad quinquenal y cuya población objetivo son todos los miembros del hogar. Investiga 2.591 conglomerados y 46.638 viviendas a nivel nacional con cobertura geográfica de las 24 provincias del país.

La ENSANUT 2018 está compuesta de 5 formularios: Formulario 1 de miembros de hogar (incluye antropometría); Formulario 2 de Mujeres en Edad Fértil, Salud de la niñez y Lactancia Materna; Formulario 3 Salud Sexual y Reproductiva Hombres 12 años y más; Formulario 4 Factores de Riesgo 5 a menores de 18 años de edad; y Formulario 5 Desarrollo Infantil para niños menores de 5 años. Tiene como población objetivo a todos los miembros del hogar y de manera específica recolecta información en mujeres en edad fértil (MEF) de 10 a 49 años, menores de 5 años, hombres de 12 años y más de edad y niños de 5 a 17 años.

¹ El SNDPP está encabezado por un Consejo Nacional de Planificación, integrado por representantes del Gobierno Central y de los Gobiernos Autónomos Descentralizados, junto con actores de la ciudadanía y una Secretaría Técnica que lo Coordina. Su principal objetivo es generar directrices que orienten la planificación nacional.

Aspectos metodológicos

La Encuesta de Salud y Nutrición es una operación estadística en la cual se investigó los diferentes aspectos que tienen relación con la salud, en una muestra de 43311 viviendas, distribuida en todo el territorio nacional. El objetivo principal es proporcionar información estadística que permita dar seguimiento a los objetivos del PND y demás agendas de desarrollo nacional e internacional.

A continuación se detalla las principales características de la ENSANUT 2018 que proporcionará al lector una mejor comprensión de la metodología empleada.

Tipo de encuesta	Encuesta por muestreo probabilístico
Periodo de levantamiento	15-Noviembre a 6-Enero 2018 y 1-Junio a 17-Julio 2019
Cobertura geográfica	Nacional Urbano/Rural
Población objetivo	Toda la población
Muestra total	43.311 viviendas/hogares efectivas

Notas para el lector:

- En este boletín se presenta los principales indicadores de la ENSANUT 2018.
- La ENSANUT 2018 se especializa en temas relacionados a la salud, se enfoca en la población dependiendo del formulario, es así que en el formulario 1, se ve lo relacionado con la vivienda y los miembros del hogar; en el formulario 2, se ven temas de planificación familiar, salud sexual y reproductiva de la mujer en edad fértil, así como fecundidad, salud materno neonatal y salud de la niñez; en el formulario 3, se tiene salud sexual y reproductiva de los hombres; en el formulario 4, factores de riesgo asociados a las personas de 5 a menores de 18 años; y en el formulario, desarrollo infantil para niños menores de 5 años.

Principales Resultados

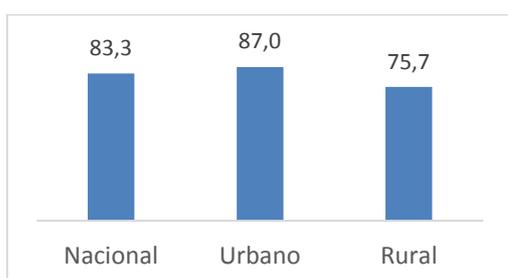
1. Salud Materna y Neonatal

Los indicadores de salud materna son relevantes para las estadísticas sociales debido a que están relacionados a dos grupos estratégicos para la salud pública: las madres y sus hijos menores de cinco años. La presente sección caracteriza las prácticas de salud materna relacionadas a prevención de enfermedades de las mismas madres y sus hijos.

Niños que recibieron al menos cinco controles prenatales

Las normas y protocolos de atención materno neonatal definen al control prenatal como las actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo y enfermedades en el gestante que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a (MSP, 2018). Las normas indican que un adecuado control prenatal deber ser periódico, con al menos 5 controles.

Figura 1. Porcentaje de menores de 5 años cuyas madres recibieron al menos 5 controles prenatales, área de residencia



Fuente: ENSANUT 2018.

En la Figura 1 **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** se observa, a nivel nacional el porcentaje de niños menores de 5 años cuyas madres recibieron al menos 5 controles prenatales es de 83,3% en el año 2018. Desagregando el indicador por área de residencia se tiene que, alcanza el 87,0% en el área urbana y 75,7% en el

área rural.

Tabla 1. Porcentaje de niños menores de 5 años cuyas madres recibieron al menos 5 controles prenatales, nivel de instrucción

Nivel de instrucción de la madre	2018
Ninguno/centro de alfabetización	64,2
Educación básica	77,6
Educación media/bachillerato	85,3
Superior	89,7

Fuente: ENSANUT 2018.

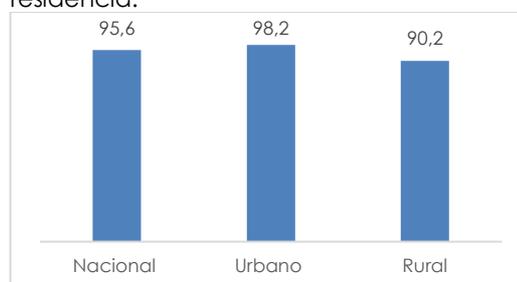
En la Tabla 1 se analiza el indicador tomando en cuenta el nivel de instrucción de la madre, se observa que existe una relación directa entre el acceso a los controles prenatales y el nivel de instrucción de la madre.

Parto institucionalizado

La atención del parto en un establecimiento de salud junto con la presencia de un profesional de la salud durante la atención del parto es un determinante crucial en la supervivencia de la madre y el recién nacido (WHO, 2014).

Se considera parto institucional cuando este ha sido dentro de un establecimiento de salud, y se excluye los nacimientos ocurridos en casa y otro (MSP, 2014).

Figura 2. Porcentaje de mujeres de 10 a 49 años que tuvieron un hijo nacido vivo en los últimos 5 años y cuyo parto fue atendido en un establecimiento de salud, área de residencia.



Fuente: ENSANUT 2018.

La Figura 2 presenta el porcentaje de mujeres de 10 a 49 años que tuvieron un hijo nacido vivo en los últimos 5 años cuyo parto fue atendido en un

establecimiento de salud. En 2018, el 95,6% de los niños menores de 5 años nacieron en un establecimiento de salud. Se puede observar una brecha entre el área urbana y rural de 8 puntos porcentuales.

Tabla 2. Porcentaje de mujeres de 10 a 49 años que tuvieron un hijo nacido vivo en los últimos 5 años, cuyo parto fue atendido en un establecimiento de salud público o privado u otro.

Área de residencia	Institución Pública	Institución Privada	Otro
Nacional	76,7	18,9	4,4
Urbano	75,9	22,3	1,8
Rural	78,3	11,9	9,8

Fuente: ENSANUT 2018.

En la Tabla 2 se puede observar el porcentaje de partos institucionalizados desagregado por área de residencia tomando en cuenta el tipo de establecimiento. En 2018 del total de partos, el 76,7% fueron en un establecimiento público, mientras que el 18,9% en establecimiento privado.

Parto asistido por personal médico

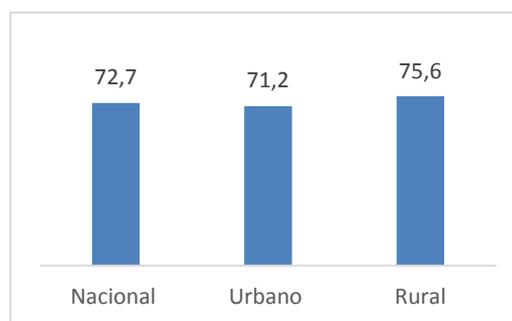
El parto asistido por personal médico incluye al médico/a, obstetrix o enfermero/a (OMS, 1999).

El porcentaje de mujeres de 10 a 49 años que tuvieron un hijo nacido vivo en los últimos 5 años y su parto fue asistido por personal médico es 96,3%.

Inicio temprano de lactancia materna

La lactancia materna tiene muchos beneficios para la salud de la madre y el niño. El suministro de leche materna al niño durante la primera hora de vida se conoce como "inicio temprano de la lactancia materna"; así se asegura que el recién nacido reciba el calostro (primera leche), rico en factores de protección (OMS, 2019).

Figura 3. Porcentaje de niños menores de 2 años que recibieron leche materna en su primera hora de vida, área de residencia.



Fuente: ENSANUT 2018.

En la Figura 3 se presenta el porcentaje de niños menores de 2 años que recibieron leche materna en la primera hora de vida. En 2018 el 72,7% de los niños menores de 2 años inició temprano la lactancia materna.

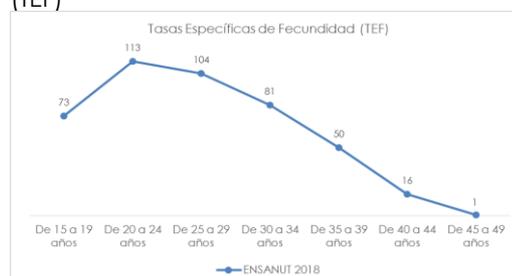
2. Fecundidad

Tasas Específicas de Fecundidad

Las Tasas Específicas de Fecundidad (TEF) se calculan como la razón entre los hijos tenidos en un periodo determinado de tiempo por grupos quinquenales de edad de las MEF y el tiempo al que han estado expuestas en el mismo periodo, clasificado por grupos de edad² (Rutstein, 2006).

En el Ecuador, para el periodo 2013-2018, el grupo quinquenal con la tasa específica más alta corresponde al grupo de 20 a 24 años de edad, con 113 hijos nacidos por cada 1000 mujeres en el periodo de tiempo (2013-2018) (Figura 4).

Figura 4. Tasas Específicas de Fecundidad (TEF)



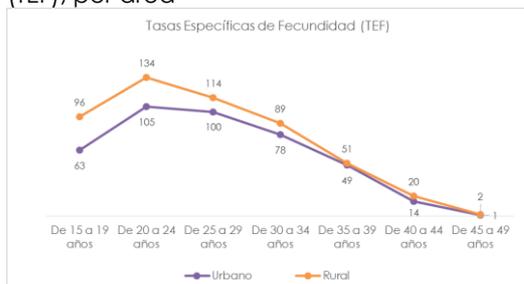
Fuente: ENSANUT 2018.

El grupo de mujeres de 25 a 29 años de edad alcanza la segunda tasa

² A los resultados se los multiplica por 1000 para facilitar su interpretación.

específica más alta, con 104 hijos nacidos por cada 1000 mujeres, en el periodo de tiempo de referencia (2013-2018). Este mismo orden se mantiene por área de residencia, notando que el área rural tiene TEF más altas que el área urbana (Figura 5).

Figura 5. Tasas Específicas de Fecundidad (TEF), por área



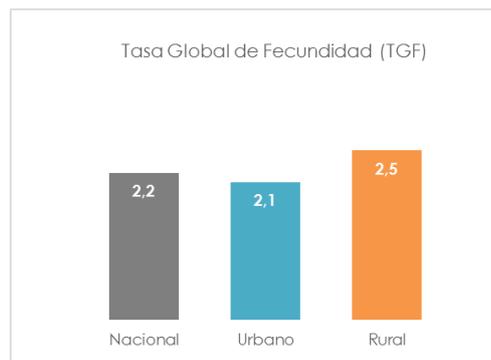
Fuente: ENSANUT 2018.

Tasa Global de Fecundidad

La Tasa Global de Fecundidad (TGF) se calcula sumando las tasas específicas de fecundidad y luego multiplicando ese total por cinco. Se la entiende como el número de hijos que en promedio tendría cada mujer de una cohorte hipotética de mujeres³.

Para el periodo 2013-2018, en Ecuador una mujer de 15 a 49 años de edad tendría en promedio 2,2 hijos en su vida reproductiva. En el área urbana, este promedio es de 2,1 hijos, mientras que el área rural alcanza los 2,5 hijos por mujer (Figura 6).

Figura 6. Tasa Global de Fecundidad (TGF), por área



Fuente: ENSANUT 2018.

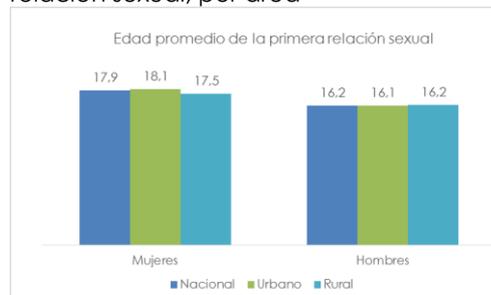
Edad a la primera relación sexual, primera unión y primer nacimiento

Edad promedio a la primera relación sexual

De acuerdo a la ENSANUT 2018, en el Ecuador la edad promedio a la primera relación sexual es de 18 años para la población femenina, y de 16 años para la población masculina.

En el cálculo de este indicador se toma en cuenta exclusivamente a la población que al momento de la encuesta tenía entre 12 y 49 años de edad cumplidos.

Figura 7. Edad promedio a la primera relación sexual, por área



Fuente: ENSANUT 2018.

En el caso de las mujeres, en el área rural se inicia levemente más temprano que en el área urbana. Mientras que para los hombres sucede lo contrario, en el área urbana inician esta actividad levemente más temprano que en el área rural (Figura 7).

Edad promedio a la primera unión/casamiento

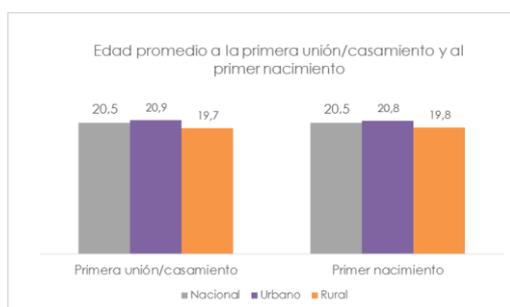
³ Esta cohorte hipotética tendría que cumplir con las condiciones de:

- Tener sus hijos durante el periodo fértil de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad de la población de interés.
- No estar expuesta al riesgo de morir desde el nacimiento hasta el término del periodo fértil (Rutstein, 2006).

La ENSANUT 2018 consultó también a las mujeres entre los 10 y los 49 años, la edad que tenían a su primera unión o casamiento. A nivel nacional, el promedio dio como resultado los 21 años de edad.

En términos de área de residencia, hay una diferencia de un año menos para el área rural (20 años) en relación al área urbana (21 años) (Figura 8).

Figura 8. Edad promedio a la primera unión/casamiento y al primer nacimiento, por área



Fuente: ENSANUT 2018.

Edad promedio al primer nacimiento

Se consultó también a las mujeres entre los 10 y los 49 años, la edad que tenía al momento del nacimiento de su primer hijo o hija. A nivel nacional, esta encuesta resultó en una edad promedio de 21 años, con una diferencia de un año menos en el área rural (Figura 8).

3. Estado nutricional a partir de indicadores antropométricos

La desnutrición crónica⁴ ha afectado a la población vulnerable de los países en desarrollo constantemente. Se ha demostrado que las consecuencias físicas a corto plazo se perpetúan a lo largo de la vida en niveles tan profundos que la reversibilidad es difícil de lograr. Debido a esto, se considera que la infancia es la etapa donde la intervención puede ser más efectiva (Behrman y Hoddinott, 2005).

⁴ Según la OMS, la desnutrición es el retardo en peso y talla para la edad, que se mide como dos desviaciones estándar por debajo de la media de peso y talla por edad.

Desnutrición crónica en menores de 5 años

A nivel nacional, la desnutrición crónica para menores de cinco años, pasó de 23,9% a 23,0% entre 2014 y 2018, esta variación no es estadísticamente significativa. En el área rural el indicador pasó de 31,9% a 28,7% en el mismo periodo, esta variación sí es significativa (Tabla 3).

Tabla 3. Desnutrición crónica en menores de cinco años.

	ECV 2014	Ensanut 2018	diff	Significancia
Nacional	23,9	23,0	-0,9	No
Urbano	19,7	20,1	0,4	No
Rural	31,9	28,7	-3,2	Sí

Fuente: ECV 2014 y ENSANUT 2018.

Desnutrición Crónica en menores de 2 años

En cuanto a la desnutrición crónica para menores de dos años, en el mismo periodo, a nivel nacional pasó de 24,8% a 27,2%. Ninguna de las variaciones observadas en este indicador es estadísticamente significativa (Tabla 4).

Tabla 4. Desnutrición crónica en menores de dos años.

	ECV 2014	Ensanut 2018	diff	Significancia
Nacional	24,8	27,2	2,4	No
Urbano	22,3	25,4	3,1	No
Rural	29,4	30,5	1,2	No

Fuente: ECV 2014 y ENSANUT 2018.

Sobrepeso y obesidad en menores 5 a 11 años

A nivel nacional, el porcentaje de niños entre 5 y 11 años con sobrepeso y obesidad a 2018 es 35,4%, por área de residencia los valores son 36,9% a nivel urbano y 32,6% en lo rural.

4. Planificación familiar y salud sexual

Uso de método anticonceptivos en la primera relación sexual

A nivel nacional, el 43,7% de las mujeres

entre los 12 y 24 años de edad hicieron uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual (Figura 9).

Figura 9. Uso de anticonceptivo en primera relación sexual, por área



Fuente: ENSANUT 2018.

Este porcentaje es mayor entre la población masculina, alcanzando el 53,8%⁵.

Uso actual de métodos anticonceptivos modernos

Entre la población de 15 a 49 años, que al momento de la encuesta declaró estar casada o en unión con una pareja, se investiga qué porcentaje utiliza actualmente algún método anticonceptivo y entre ellos qué porcentaje corresponde a algún método moderno⁶.

En el caso de las mujeres, el 78,2% declaró hacer uso de algún método anticonceptivo, mientras que el restante 21,8% declaró no usar

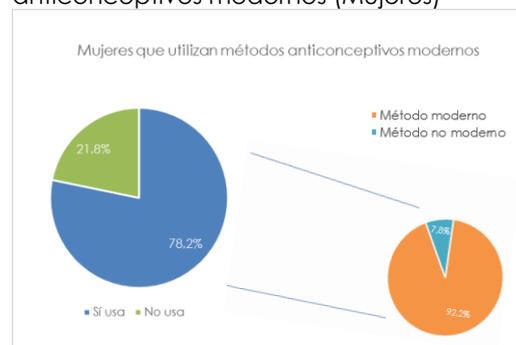
5 Los filtros del formulario de las MEF no permiten hacer una comparación directa con las estimaciones de los hombres. Para las MEF, el formulario tiene más preguntas que resultan en una reducción de las mujeres que entran a contestar la pregunta de interés. Se pierden los siguientes casos del denominador:

1. Mujeres que no han tenido relaciones sexuales o no desearon contestar dicha pregunta.
2. Mujeres que sí han tenido relaciones sexuales pero no desearon contestar la pregunta sobre la edad que tenía cuando tuvo su primera relación sexual.
3. Mujeres que sí han tenido relaciones sexuales, declararon la edad a la que tuvieron su primera relación sexual pero que sucedió sin su consentimiento.

⁶ Se consideran como métodos anticonceptivos modernos a: Esterilización masculina (vasectomía), esterilización femenina (ligadura), implante, inyección anticonceptiva, dispositivo intra-uterino o T de cobre, píldora o pastilla anticonceptiva, condón o preservativo femenino, condón o preservativo masculino, y pastillas anticonceptivas de emergencia.

actualmente ninguno (Figura 10). Este último grupo recoge a las mujeres que nunca han usado algún método anticonceptivo o han utilizado alguno pero no lo hacen actualmente.

Figura 10. Uso actual de métodos anticonceptivos modernos (Mujeres)

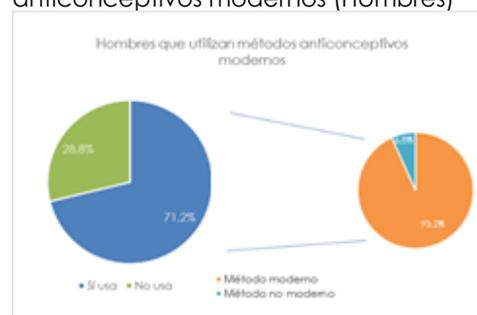


Fuente: ENSANUT 2018.

Dentro del subgrupo de mujeres que sí utiliza actualmente algún método anticonceptivo, se identifica que el 92,2% declara utilizar un método moderno.

En el caso de los hombres, el 71,2% reporta utilizar actualmente algún método anticonceptivo, y el restante 28,8% declara que no utiliza ningún método actualmente (Figura 11).

Figura 11. Uso actual de métodos anticonceptivos modernos (Hombres)



Fuente: ENSANUT 2018.

Dentro de los hombres que declaran estar utilizando algún método anticonceptivo actualmente.

Mujeres que toman sus propias decisiones informadas

Para este indicador, se utiliza el subgrupo poblacional de las mujeres entre los 15 y 49 años de edad, que están casadas o unidas al momento de

la entrevista y declaran usar anticonceptivos en la actualidad.

El objetivo es evaluar la capacidad de decisión de la MEF en tres aristas importantes de su salud sexual y reproductiva: elegir si tener o no relaciones sexuales, selección de métodos anticonceptivos utilizados y la esterilización o ligadura (en los casos en que se aplica).

De allí se identifica que, a nivel nacional, el 81,7% de las mujeres toman decisiones informadas en relación a estos aspectos. A nivel urbano este indicador sube hasta el 83,5%, mientras que a nivel rural baja al 77,4%, marcando una brecha de 6,1 p.p. entre ambas (Figura 12).

Figura 12. Porcentaje de mujeres que toman sus propias decisiones informadas, por área



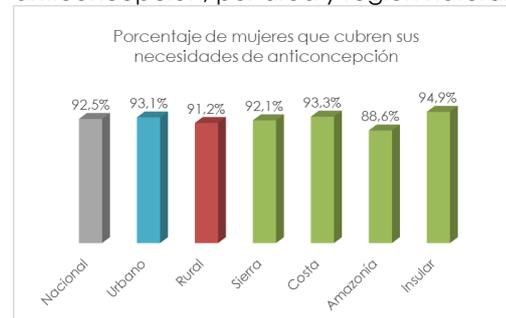
Fuente: ENSANUT 2018.

Mujeres que cubren sus necesidades de anticoncepción

Del total de mujeres entre los 15 y los 49 años de edad, que están casadas o unidas al momento de la entrevista, el 92,5% cubre sus necesidades de planificación familiar.

El indicador considera exclusivamente a las mujeres que tienen acceso a métodos anticonceptivos y no desean tener hijos al momento de la entrevista. Dentro de las cuatro regiones del país, la región amazónica es la que tiene un porcentaje menor al resto del país. Con un 88,6% de cumplimiento, se encuentra una brecha entre esta región y el promedio nacional de 3,9 p.p. (Figura 13).

Figura 13. Porcentaje de mujeres que cubren sus necesidades de anticoncepción, por área y región natural



Fuente: ENSANUT 2018.

5. Salud de la niñez y Desarrollo Infantil

5.1. Salud en la niñez

Lactancia Materna Exclusiva

La OMS y el UNICEF recomiendan que se inicie con la lactancia en la primera hora de vida y durante los seis meses de manera exclusiva (OMS, 2001). En 2010 (Ministerio del Trabajo, 2010) y hasta el 2018, se realizaron modificaciones a la Ley Orgánica del Servidor Público, en el que la licencia por maternidad (Art. 27) es una licencia con remuneración por 12 semanas por el nacimiento de su hijo o hija, esto constituye 3 meses para el niño recién nacido; el artículo 1 de la Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna (Ministerio del Trabajo, 2016) determina que: “la lactancia materna es un derecho natural del niño y constituye el medio más idóneo para asegurarle una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo”; el Art. 61 declara que se concederá permiso con remuneración a las servidoras para el cuidado del recién nacido por dos horas diarias durante doce meses efectivos contados a partir de la terminación de la licencia por maternidad (Ministerio del Trabajo & Correa, 2011). Estos reglamentos que rigen a los trabajadores del Ecuador, pueden afectar este indicador

principalmente hasta los 3 primeros meses de edad del niño recién nacido.

Tabla 5. Porcentaje de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de edad

Nacional		62,1%
Área	Urbano	58,4%
	Rural	70,1%
Nivel de Instrucción de la madre	Básica	66,3%
	Media/bachillerato	63,1%
	Superior	50,2%

Fuente: ENSANUT 2018.

En la Tabla 5 se observa que mientras disminuye el nivel de instrucción de la madre, el porcentaje de lactancia materna exclusiva aumenta, a nivel nacional, se ubica en 62,1%.

Enfermedades diarreicas y respiratorias

Tabla 6. Porcentaje de prevalencia de Enfermedades Diarreicas Agudas en menores de 5 años.

Prevalencia de EDAs		
Nacional		10,8%
Área	Urbano	9,8%
	Rural	12,8%

Fuente: ENSANUT 2018.

Para medir la prevalencia de diarrea se pregunta a la madre si el niño o niña había tenido algún episodio de diarrea en las dos semanas anteriores. En Ecuador el 10,8% de menores a 5 años tuvo una enfermedad diarreica en el periodo de referencia.

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) son la causa de la frecuente consulta pediátrica, ya que pueden estar presentes durante todo el año, (Juy Aguirre, Céspedes Floirian, C. Rubal Wong, Maza González, & Terán Guardia, 2014).

Tabla 7. Porcentaje de prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años

Prevalencia de IRA		
Nacional		34,2%
Área	Urbano	34,3%

	Rural	34,0%
--	-------	-------

Fuente: ENSANUT 2018.

Para medir la prevalencia de infecciones respiratorias se pregunta a la madre si el niño o niña ha tenido tos, moquera, dificultad para respirar, dolor de garganta, fiebre y/o gripe en las últimas dos semanas y se divide para el número total de niños encuestados que entran en el rango etario. A nivel nacional el 34,2% de menores de 5 años experimento IRAs.

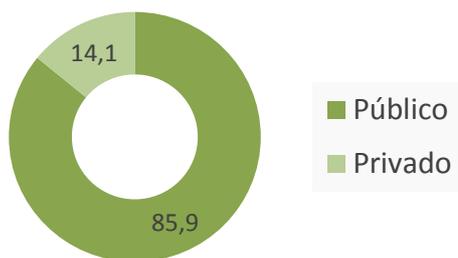
5.2. Desarrollo Infantil

Cobertura de programas de educación inicial

La intervención temprana en la infancia tiene como objetivo fomentar el desarrollo infantil en todas sus dimensiones (Burger, 2010). Una de las estrategias de intervención del gobierno ecuatoriano ha sido la creación de centros de desarrollo infantil públicos: Los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV), los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) y el programa Creciendo con Nuestros Hijos (CNH)0 priorizando la atención a niños que se encuentran en situación de pobreza y vulnerabilidad (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014; Soria, 2017).

El 16,4% de niños menores de 4 años asisten a un Centro de cuidado infantil (público o privado), de éstos el 85,9% asisten a un centro de desarrollo público; y el 68,4% asiste un centro del MIES.

Figura 14. Cobertura de cuidado infantil por tipo de centro



Fuente: ENSANUT 2018.

La asistencia del programa CNH tiene un porcentaje de cobertura de 20,1%, en menores de 3 años. A nivel urbano la cifra es de 52,1% y a nivel 47,9%.

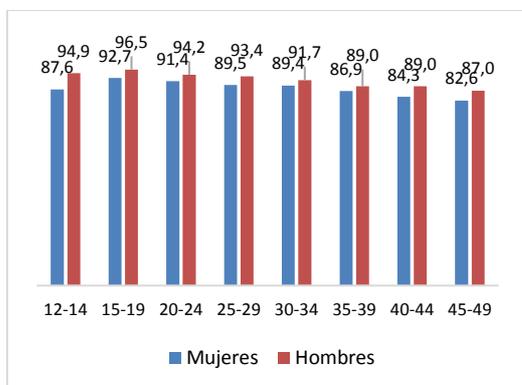
6. Infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se propagan predominantemente por el contacto sexual y son causadas por más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes (ENSANUT, 2012).

En el formulario 2 de ENSANUT 2018 dedicado a las MEFs se mide el conocimiento sobre las ITS y VIH/Sida para mujeres y en el 3 se indaga para hombres, a continuación se presentan algunos de los resultados principales.

VIH/Sida

Figura 15. Conocimiento Espontáneo de VIH/Sida (12 a 49 años)



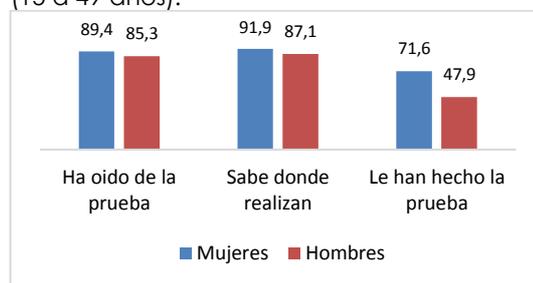
Fuente: ENSANUT 2018.

A nivel nacional, el 88,4% de las mujeres de 12 a 49 años conoce sobre el

VIH/Sida, en comparación con un 92,4% de los hombres que tiene conocimiento sobre el virus de forma espontánea.

El grupo de edad que mayor conocimiento presenta de forma espontánea sobre el VIH/Sida, es el grupo de 15 a 19 años de edad, tanto para mujeres como para hombres, aunque dentro de este grupo se presenta una diferencia de 3,8 p.p.

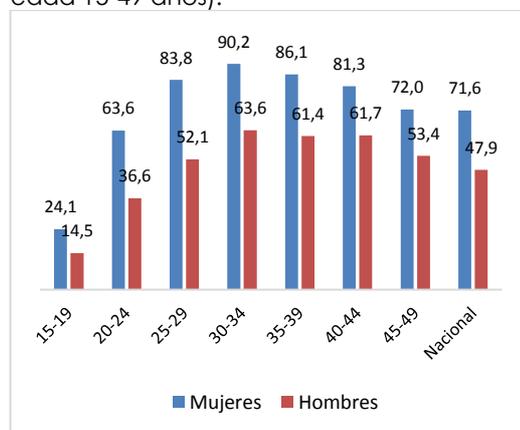
Figura 16. Mujeres y hombres que han oído hablar sobre la prueba del VIH, saben dónde la hacen y se han hecho la prueba (15 a 49 años).



Fuente: ENSANUT 2018.

A nivel nacional, el 89,4 % de las mujeres ha oído hablar y conoce sobre la prueba de VIH, el 91,9 % sabe dónde realizan la prueba y un 71,6 % se ha realizado alguna vez la prueba de VIH/Sida. En contraste con las cifras de hombres, se puede observar que el 85,3% ha oído hablar sobre la prueba, el 87,1% sabe dónde la realizan y tan solo el 47,9 % se ha hecho alguna vez la prueba del VIH/Sida.

Figura 17. Mujeres y Hombres que se han realizado el examen de VIH/Sida (grupos de edad 15-49 años).



Fuente: ENSANUT 2018.

Finalmente, se presenta el porcentaje de hombres y mujeres que se han realizado el examen de VIH/Sida, para los distintos grupos de edad. A nivel nacional, el 71,6 % de las mujeres se ha realizado la prueba de VIH/Sida, en comparación con un 47,9 % de los hombres que declaran haberlo realizado.

Como se observa en el gráfico, existen diferencias entre mujeres y hombres respecto de la realización del examen. El grupo de mujeres que mayor porcentaje de realización tiene es el de 30-34 años, con un 90,2%. De igual forma para los hombres, el grupo de 30-34 años es el que presenta un mayor porcentaje de realización del examen, con un 63,6 % respectivamente.

A pesar de ser un grupo de temprana edad; 1 de cada 4 mujeres del grupo de edad de 15 a 19 años, se ha realizado la prueba. Esto presenta una diferencia de 9,6 p.p. en relación al porcentaje de hombres del mismo grupo de edad que se ha realizado la prueba de VIH/Sida.

7. Salud de Adolescentes

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta. Los hábitos de salud adquiridos durante esta etapa, comúnmente persisten en la adultez, por lo que es importante enfocar esfuerzos en que éstos sean lo más saludable posible.

En esta sección se presenta información de las personas entre 10 y 17 años sobre el tiempo dedicado a actividad física y sedentarismo, así como hábitos sobre salud oral, consumo de tabaco y alcohol.

Actividad física

Personas que realizan actividad física, con frecuencia pueden tener un mejor control sobre su salud, especialmente en lo que respecta a la presión arterial, peso corporal y diversos mecanismos

relacionados con el control de niveles de insulina (Stewart, 2002).]

Los adolescentes en Ecuador dedican en promedio 2 días a la semana en alguna actividad física durante al menos 60 minutos.

Sedentarismo

El tiempo de exposición prolongado a televisión, internet o videojuegos está asociado con riesgos en la salud, como incrementos en la ingesta calórica y más dificultades para conciliar el sueño e iniciar el día (McGinnis, 2006).

En Ecuador, los adolescentes dedican 2,1 horas a la semana en actividades relacionadas al sedentarismo. Para ver más desagregaciones ver Figura 18.

Figura 18. Sedentarismo en adolescentes (Horas/Semana)



Fuente: ENSANUT 2018.

Salud oral

ENSANUT 2018 recoge información sobre el porcentaje de adolescentes que cepillan sus dientes al menos dos veces al día. El 77,9% de los adolescentes cepillan sus dientes al menos dos veces al día.

Tabla 8. Adolescentes que cepillan sus dientes al menos dos veces al día

Nacional		77,9%
Area	Urbano	80,4%
	Rural	73,4%
Sexo	Hombres	75,8%
	Mujeres	80,2%
Grupos de edad	10-14	74,8%
	15-17	83,3%

Fuente: ENSANUT 2018.

Consumo de Tabaco

La exposición ante productos de tabaco (que comúnmente contienen nicotina) durante la niñez y adolescencia puede provocar desarrollo anormal de la maduración cerebral, con consecuencias negativas a nivel cognitiva, salud física y de personalidad ((Brook, Schuster, & Zhang, 2004); (Richards, (2003)))

En Ecuador, el 4,3% de los adolescentes han consumido tabaco alguna vez en su vida.

Consumo de alcohol

El consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades y lesiones (Rehm, 2005), como enfermedades del hígado, dislepmia, trastornos cardíacos, trastornos afectivos, entre otros.

En Ecuador, 26,2% de los adolescentes han consumido alcohol alguna vez en su vida. El inicio de consumo de alcohol en Ecuador es en edades tempranas. El 13,6% de adolescentes entre 10 y 14 lo han hecho mientras que el 47,8% de los adolescentes entre 15 y 17 años ha consumido alcohol alguna vez.

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

En el 2015, se desarrolló la Cumbre del Desarrollo Sostenible, evento en el cual los jefes de estado a nivel mundial acordaron y aprobaron la Agenda 2030 para el Desarrollo. Dicha agenda contempla 17 objetivos de aplicación universal, los cuales se monitorean a través de metas e indicadores que deben cumplirse hasta el 2030.

Los Indicadores alineados a los Objetivos de Desarrollo Sostenible son:

2. Poner fin al hambre, conseguir la seguridad alimentaria y una mejor nutrición, y promover la agricultura sostenible.
3. Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos y todas en todas las edades.
5. Alcanzar la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres.

Plan Nacional Toda Una Vida 2017-2021

El Plan Nacional Toda Una Vida es el instrumento al que se sujetan las políticas, programas y proyectos públicos; la programación y ejecución del presupuesto del Estado; y la inversión y la asignación de los recursos públicos. Su observancia es de carácter obligatorio para el sector público e indicativo para los demás sectores.

El Eje al que está alineado la ENSANUT 2018 es el Eje 1: Derechos para Todos Durante Toda la Vida, con el siguiente objetivo:

1. Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas.

Glosario

Sobrepeso: En el caso de niños de 5 a 11 años, es el IMC para la edad con más desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS (OMS, 2018).

Obesidad: En niños de 5 a menores de 12 años, es mayor que dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS (OMS, 2018).

VIH: El virus de inmunodeficiencia humana ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de defensa contra las infecciones y contra determinados tipos de cáncer (OMS, 2019).

Sida: Es la fase más avanzada del VIH, que en función de la persona puede tardar de 2 a 15 años en manifestarse si no se trata (OMS, 2019).

MEF: Mujer en Edad Fértil, el rango etario para esta encuesta es de 10 a 49 años.

TGF: Tasa Global de Fecundidad, es el número de hijos que, en promedio, tendrán en toda su vida reproductiva las MEFs, si su reproducción transcurriera según el patrón de fecundidad observado en un determinado año (SIISE, 2004).

TEF: Tasa Específica de Fecundidad, es el número de nacidos de madres de 15 a 19 años de edad durante un período dado por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años en ese mismo período (SIISE, 2004).

Nacido vivo: se define como la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independiente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o dé cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta (OMS, 2013).

Recién nacido o neonato: Es un niño que tiene menos de 28 días. Estos 28 primeros días de vida son los que comportan un mayor riesgo de muerte para el niño. Por este motivo, es esencial ofrecer una alimentación y una atención adecuadas durante este período con el fin de aumentar las probabilidades de supervivencia del niño y construir los cimientos de una vida con buena salud (OMS, 2019).

Bibliografía

- Araujo, M., López-Boo, F., & Puyana, J. (2013). Panorama sobre los servicios de desarrollo infantil en América Latina y el Caribe. *BID*.
- Banco interamericano para el Desarrollo. (2014). Programa Regional de Indicadores de Desarrollo Infantil. *BID*.
- Belsky, J. e. (2006). Socioeconomic risk, parenting during the preschool years and child health age 6 years. *European Journal of Public Health*, 511-2.
- Berlinsky, S., & Schady, N. (2015). *Los primeros años: El bienestar infantil y el papel de las políticas públicas* (Fue editado por los autores ed.). Banco Interamericano de Desarrollo.
- Brook, J. S., Schuster, E., & Zhang, C. (2004). Cigarette Smoking and Depressive Symptoms: A Longitudinal Study of Adolescents and Young Adults. *Psychological Reports*, 159-166.
- Burger, K. (2010). How does early childhood care and education affect cognitive development? An international review of the effects of early interventions for children from different social backgrounds. *Early Childhood Research Quarterly*, 2, 25.
- Feachem, R. G., & Koblinski, M. A. (1984). Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: promotion of breast feeding. *Bull World Health Organ*, 271-291.
- Forman, M. R., Graubard, B. I., Hoffman, H. J., Beren, R., Harley, E. E., & Bennet, P. (1984). The Pima infant feeding study: Breast-feeding and respiratory infections during the first year of life. *Int J Epidemiol*, 447-453.
- Grantham-McGregor, S. e. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in Developing countries. *The Lancet*, 60-70.
- Heckman, J. J. (2012). *Giving Kids a Fair Chance*. Massachusetts: THE MIT PRESS Cambridge.
- Juy Aguirre, E., Céspedes Floirian, E., C. Rubal Wong, A., Maza González, A. M., & Terán Guardia, C. A. (2014). Morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. *MEDISAN*.
- Lee, S. J., Altschul, I., & Gershoff, L. (2015). Wait until your father gets home? fathers' and mothers' spanking development of child aggression. *Children and Youth Services Review*, 158-166.
- McGinnis, J. M. (2006). *Food marketing to children and youth: threat or opportunity?*. National Academies Press.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2014). Norma Técnica de Desarrollo Infantil Integral. Servicios de Centros de Desarrollo Infantil. Modalidad Institucional CIBV-CID. *MIES*.
- Ministerio del Trabajo. (6 de Octubre de 2010). Ley Orgánica del Servicio Público. *Ley Orgánica de Servicio Público, LOSEP*. Quito, Pichincha, Ecuador: LEXIS.
- Ministerio del Trabajo. (29 de Junio de 2016). Acuerdo Ministerial No. MDT-2'16-0158. Quito, Pichincha, Ecuador: Ministerio del Trabajo.
- Ministerio del Trabajo, & Correa, R. (24 de marzo de 2011). Reglamento General a la Ley Orgánica del Servicio Público. *Registro Oficial Suplemento 489*. Quito, Pichincha, Ecuador: Lexis Finder.
- OMS. (1999). Reduction of maternal mortality. Ginebra: OMS.
- OMS. (2001). *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva*. Ginebra: 54ª Asamblea Mundial de la Salud.

- OMS. (2013). Salud Materna y del Neonato. OMS.
- OMS. (2018). Obesidad y Sobrepeso. OMS.
- OMS. (19 de 12 de 2019). *Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA)* . Obtenido de https://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/es/
- OMS. (2019). Salud Neonatal. OMS.
- OMS. (2019). VIH/Sida. *Organización Mundial de la Salud*, 1-5.
- Rehm, J. &. (2005). Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy . *Revista Panamericana de Salud Publica*, 18, 241-248.
- Richards, M. J. ((2003)). Cigarette smoking and cognitive decline in midlife: evidence from a prospective birth cohort study. *American Journal of Public Health* 93(6), 994-998.
- Rutstein, S. O. (2006). *Guide to DHS Statistics, Demographic and Health Surveys*. Calverton, MD: ORC Macro.
- SIISE. (2004). Indicadores del SIISE. *Fichas de Indicadores*.
- Soria, E. (2017). El Estado del Buen vivir: Desarrollo Infantil Integral. *Ministerio de Inclusión Económica y Social*.
- Stewart, K. (2002). Exercise Training and the Cardiovascular Consequences of Type 2 Diabetes and Hypertension: Plausible Mechanisms for Improving Cardiovascular Health. *Jama*, 1622-1631.
- UNICEF. (2007). Lactancia materna. Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial. *UNICEF-Nutrición*.
- WHO. (2017). Diarrhoeal disease. *World Health Organization*.

**CADA
HECHO
DE TU
VIDA**
Cuenta

 @ecuadorencifras

 INEC/Ecuador

 @InecEcuador

 INECEcuador

 t.me/equadorencifras

 INEC Ecuador