

CAPÍTULO I | ANTECEDENTES E INTRODUCCIÓN

Fotografía:
UNICEF/ Ecuador/ 20012-2123/ C. Corral

1.1 ANTECEDENTES E INTRODUCCIÓN

En 1979, el INEC realizó la primera encuesta de fecundidad. Más tarde, en 1982, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) trabajó en la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil y Variables Demográficas. A estas encuestas se sumaron la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDESA 1987) y la Encuesta de Demografía y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) de 1989, 1994, 1999 y 2004, efectuadas por una ONG.

La siguiente encuesta debía ser realizada en 2009. Para ese año, el gobierno se comprometió a realizar la octava encuesta, a través del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), como órgano rector del Sistema Estadístico Nacional, responsable de normar, planificar, dirigir, coordinar, supervisar las actividades estadísticas del país y producir la estadística básica estructural a través de los censos de población, vivienda, económico y agropecuario, entre otros, para el apoyo de las decisiones públicas y privadas.

En 2011, se concretó la realización de la encuesta con la participación activa del Ministerio de Salud como responsable técnico.

Para tal efecto, el Ministerio de Salud conformó un equipo técnico para elaborar la propuesta de investigación, que fue denominada Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU) y se ejecutó en 2012.

En esta encuesta fueron estudiados tres grandes temas. El primero, La situación de salud y nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años, el segundo, Los factores de riesgo en la población de 5 a 59 años y la aproximación a enfermedades crónicas en la población de 10 a 59 años y, el tercero, La situación de salud sexual y reproductiva en la población de mujeres de 12 a 49 años de edad. En este componente también se recolectó información de hombres de 12 a 49 años, que será publicada por separado.

Los temas primero y segundo se desarrollaron y publicaron en el Tomo I. Los resultados del tercer tema se describen en esta publicación.

A diferencia de los datos recogidos en la ENDEMAIN de 2004, aquí no se describe el análisis de los datos antropométricos ni de lactancia, pues forman parte de los resultados presentados en el Tomo I. En cuanto al tema *Violencia contra la mujer*, se decidió no incluirlo en este estudio, porque al mismo tiempo que se preparaba la realización de la ENSANUT-ECU, el INEC estaba ejecutando una encuesta nacional sobre violencia.

El Tomo II, referente a Salud Sexual y Reproductiva, tiene 16 capítulos, en donde se presentan temáticas específicas, más uno, el capítulo XVII, en que se describen las conclusiones y recomendaciones.

El capítulo II presenta los objetivos y la metodología empleados para la recolección de los datos, en el capítulo III se analizan las características de la vivienda y el hogar, el capítulo IV muestra las características de los miembros del hogar, el capítulo V presenta las características de las mujeres en edad fértil (MEF) y de los nacidos vivos en el período de julio 2007 a junio 2012, el capítulo VI describe los niveles, tendencias y diferenciales de la fecundidad, el capítulo VII muestra el comportamiento de las personas estudiadas en torno a la planificación familiar, el capítulo VIII estudia las mujeres que no usan anticonceptivos, el capítulo IX analiza la información sobre salud de la madre, el capítulo X describe los factores que influyen en la búsqueda de atención al parto y las complicaciones obstétricas, el capítulo XI estudia la mortalidad infantil y en la niñez, el capítulo XII presenta la salud del niño y la niña, el capítulo XIII muestra la actividad sexual y reproductiva en las mujeres jóvenes de 15 a 24 años, el capítulo XIV describe las infecciones de transmisión sexual y VIH/sida, el capítulo XV estudia el uso de los servicios de salud, el capítulo XVI analiza los gastos en salud y el capítulo XVII presenta las conclusiones y recomendaciones.

Para uso de los lectores, el Tomo II impreso en papel va acompañado de un CD en donde se incluyen los cuadros estadísticos que se utilizaron para el componente de salud sexual y reproductiva, por cada capítulo y tema.



CAPÍTULO II | OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Fotografía:
UNICEF/ Ecuador/ 2011-0589/ M. Avilés

Contenido

2.1 INTRODUCCIÓN 45
2.2 OBJETIVOS DE LA ENSANUT-ECU 2012 RELACIONADOS CON SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 45
2.2.1 Objetivo general 45
2.2.2 Objetivos específicos 45
2.3 METODOLOGÍA 45
2.3.1 Fases de la investigación 45
2.3.2 Estructura operacional 45
2.3.3 Instrumentos de recolección de datos 47
2.3.4 Prueba piloto 48
2.3.5 Actividades de preparación para la fase de campo 48
2.3.6 Recolección de la información 51
2.3.7 Logística 51
2.4 CONTROL DE CALIDAD Y VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN 51
2.5 CÁLCULO DE LOS FACTORES DE EXPANSIÓN 52
2.6 ÍNDICE DE CONDICIONES DE VIDA POR QUINTIL ECONÓMICO 53
2.7 DESGLOSE DE LA PRESENTACIÓN DE LOS DATOS 54
2.8 ASPECTOS ÉTICOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO 54
2.9 BIBLIOGRAFÍA 55

2.1 INTRODUCCIÓN

En este capítulo se describen los objetivos y la metodología pertinentes al estudio de las condiciones de salud sexual y reproductiva de las mujeres de 12 a 49 años, las condiciones de salud sexual de hombres de 12 a 49 años y la situación de salud de los menores de cinco años. El detalle de los objetivos y la metodología de toda la ENSANUT-ECU en cuanto a los otros grupos de edad y los otros componentes que se investigaron y la descripción de toda la metodología se encuentra en el Tomo I; se ha dejado en este Tomo II un resumen relacionado con salud sexual y reproductiva.

2.2 OBJETIVOS DE LA ENSANUT-ECU 2012 RELACIONADOS CON SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

2.2.1 Objetivo general

Describir la situación de salud sexual y reproductiva, salud materna e infantil, acceso a los servicios de salud y gasto en salud de la población ecuatoriana de 0 a 59 años, considerando el sexo, los rangos de edad y las diferencias geográficas, demográficas, étnicas, sociales y económicas.

2.2.2 Objetivos específicos

Objetivos específicos de desarrollo

- Estimar las inequidades y brechas de los problemas de salud, salud reproductiva, alimentación-nutrición a nivel nacional, provincial, subregional y por regiones de planificación y a nivel provincial.
- Ofrecer información actualizada para fortalecer el Plan Nacional para el Buen Vivir, las estrategias de promoción del desarrollo humano, la Agenda Social, las políticas de producción, alimentación, nutrición y salud.
- Plantear recomendaciones para optimizar la conducción, la regulación, el control y la ejecución de programas destinados a mejorar las condiciones de salud de la población ecuatoriana.
- Plantear recomendaciones que permitan mejorar los sistemas de información y vigilancia epidemiológica de las condiciones de salud de la población.

Objetivos específicos de la salud sexual y reproductiva

- Actualizar la información demográfica, de salud de la madre y el niño, salud sexual y reproductiva, infecciones de transmisión sexual y VIH, cuidado de la salud, de la población ecuatoriana.
- Comparar sus resultados con variables investigadas en las encuestas Endemain de los años anteriores y, en particular, con la de 2004, a fin de examinar niveles, tendencias y diferenciales, especialmente de fecundidad, mortalidad infantil y en la niñez, regulación de la fecundidad y salud de la madre y el niño.

2.3 METODOLOGÍA

2.3.1 Fases de la investigación

Para la implementación de la encuesta se contemplaron tres fases. La primera, la fase de diseño lógico, en que se realizaron todas las actividades previas al levantamiento de los datos. La segunda fase, de levantamiento de la información, y la tercera, de post levantamiento, dedicada al análisis computarizado de los datos y la elaboración del informe técnico. Gráfico 2.1).

2.3.2 Estructura operacional

Para la ejecución de la investigación se adoptó un proceso de gestión con una estructura operacional presentada en el Gráfico 2.2.

El equipo responsable estuvo constituido por un investigador principal del MSP y el director de Estadísticas Sociodemográficas del INEC. Se conformó un equipo de asesores nacionales e internacionales, con investigadores científicos de reconocido prestigio, seleccionado según sus hojas de vida y experiencia en los temas de la investigación. Además, en el Ministerio de Salud se conformó un equipo técnico de operaciones, responsable de la capacitación de encuestadores y de la supervisión directa del trabajo de campo. A este equipo se sumó el equipo del INEC, responsable de todas las actividades relacionadas con el operativo de campo. El INEC designó una contraparte de planta central y un equipo de ocho supervisores nacionales. A nivel regional se asignaron dos supervisores por cada región de operación del INEC. En total, el número de

supervisores nacionales fue de ocho del INEC, cuatro del MSP, dos del equipo de bioquímica y ocho supervisores regionales.

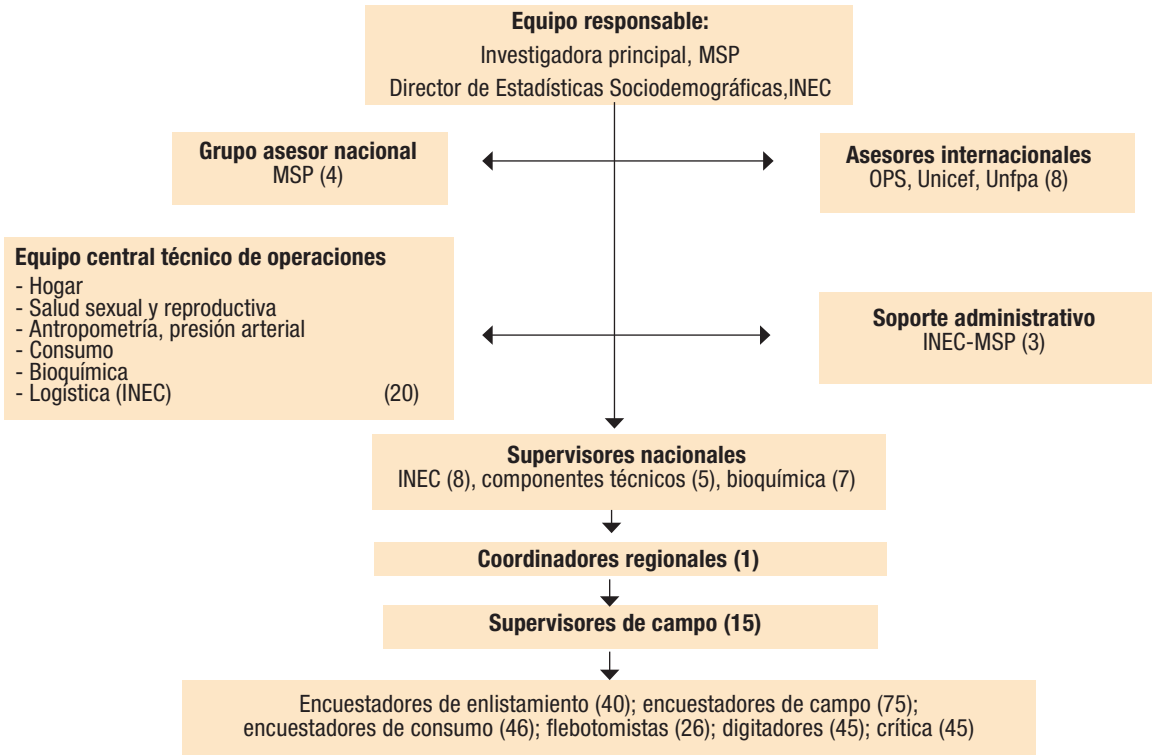
En relación con el trabajo de campo, se organizó a los encuestadores en tres categorías: 1) los que aplicaron los cuestionarios, incluyendo el de hogar, salud sexual y reproductiva de la mujer en edad fértil (MEF), salud sexual y reproductiva del hombre, salud de la niñez y los que tomaron antropometría y midieron la presión arterial; 2) aquellos que aplicaron el cuestionario de 24 horas recordatorio; y 3) los flebotomistas que recogían las muestras de sangre y orina.

Gráfico 2.1 **Cronograma de implementación de la encuesta ENSANUT- ECU 2012**

Diseño lógico Prelevantamiento de la información **junio 2011 - marzo 2012**	• El marco conceptual • Convenios y contratos • Diseño de la muestra • Conformación del equipo de asesores nacionales e internacionales • Elaboración de instrumentos: cuestionarios y manuales • Prueba piloto y diseño definitivo de instrumentos • Selección y contratación de encuestadores • Capacitación y estandarización de personal • Organización del cronograma de trabajo INEC-Laboratorio • Elaboración de plan de levantamiento de datos
Diseño operativo: Levantamiento de la información de la encuesta **julio 2012-febrero 2013**	• Reproducción de material • Actualización cartográfica • Organización del trabajo de campo • Plan de supervisión • Levantamiento de la encuesta • Critica, codificación, ingreso de datos y elaboración de base de datos
Diseño analítico Poslevantamiento de la encuesta **marzo - diciembre 2013** Publicación del informe final: **2015**	• Consolidación de la base de datos • Exploración. Validación y elaboración definitiva de base de datos • Análisis computarizado • Elaboración de informe • Socialización y difusión de la información

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC. **Elaboración**: Freire WB. *et al.*

Gráfico 2.2 **Estructura operacional de la ENSANUT-ECU**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC. **Elaboración:** Freire WB. *et al.*

2.3.3 Instrumentos de recolección de datos

Instrumentos para el enlistamiento: cuestionario y manual

El formulario y el manual de enlistamiento ENSANUT-ECU se diseñó con el fin de recolectar información georeferenciada de las viviendas; actualizar la cartografía y el listado de viviendas; registrar los hogares y reconocer las características demográficas de los miembros del hogar (edad, sexo, fecha de nacimiento y horas de permanencia de todas las personas que integran los hogares seleccionados), así como, la predisposición para aceptar la entrevista; efectuar la recolección de los datos; y verificar el marco muestral que se ajuste a los requerimientos de la encuesta. Con esta información se estructuró la base de datos de viviendas que serían visitadas y sirvió de base para la planificación de visitas durante la etapa de recolección de información.

Instrumentos de recolección de información: formularios y manuales

Para la recolección de información, sobre salud sexual y reproductiva se diseñaron cuatro formularios con sus respectivos manuales para ser aplicados en los diferentes grupos a ser investigados, como se desprende del Cuadro 2.1 en que se presentan los cuatro cuestionarios con su numeración (1, 2, 4 y 9).

Formulario 1: Hogar. Este formulario fue diseñado para recolectar información de todos los miembros del hogar acerca de la ubicación geográfica y las características de la vivienda y el hogar, la información socioeconómica, el gasto y el acceso a servicios de salud y el acceso a programas sociales, entre otros (Anexo A).

Formulario 2: Mujeres en edad fértil (MEF) de 12 a 49 años de edad. Con este formulario se recolectó información sobre las características generales de las mujeres en edad fértil (MEF), la historia de embarazos y nacimientos, servicios asociados a la salud materna, planificación familiar, preferencias reproductivas, actividad sexual y salud reproductiva de las MEF; nupcialidad; infecciones de transmisión sexual; y mortalidad materna (Anexo B).

Formulario 4: Salud en la niñez de menores de 5 años. Este formulario identificó las condiciones de salud de los niños menores de 5 años hijos e hijas de las MEF que nacieron a partir de junio de 2007, atención al parto, atención al recién nacido, control del niño sano, enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda, uso de carné e inmunizaciones (Anexo C).

Formulario 9: Salud sexual y reproductiva de hombres de 12 a 49 años. Fue aplicado a los hombres de 12 a 49 años para evaluar las prácticas de planificación familiar, la actividad sexual y reproductiva y las infecciones de transmisión sexual de hombres de entre 12 y menos de 50 años seleccionados, cuyos datos serán publicados por separado.

Además de los cuestionarios y manuales, se elaboraron los siguientes documentos: Consentimiento informado para aplicar a todos los sujetos que participaron en la muestra y que se presenta en el Tomo I (página 84), formulario de muestra y cobertura y matriz de diligenciamiento de formularios para muestra.

Cuadro 2.1 **Grupos de edad por cuestionario aplicado**

Formularios	GRUPOS DE EDAD												
	0 a 5 meses	6 a 12 meses	1 a 2.99 años	3 a 4.99 años	5 a 9.99 años	10 a 10.99 años	11 a 11.99 años	12 a 14.99 años	15 a 17.99 años	18 a 19.99 años	20 a 24.99 años	25 a 49.99 años	50 a 59.99 años
1. Hogar 0-59 años	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2. MEF 12-49 años								x	x	x	x	x	
4. Salud de la niñez 0-5 años	x	x	x	x									
9. Hombres de 12-49 años								x	x	x	x	x	

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

2.3.4 Prueba piloto

Una vez diseñados los instrumentos y manuales para recolectar la información de la ENSANUT-ECU, el siguiente paso fue la validación de los instrumentos en campo. Para tal efecto se realizó un taller de instrucción, de dos días, para los supervisores nacionales y coordinadores regionales, con quienes se aplicó la prueba piloto. En este taller se revisaron detalladamente los cuestionarios y sus respectivas preguntas.

La prueba piloto se efectuó en las provincias de Manabí (Manta, Portoviejo), Imbabura (Ibarra) y Sucumbíos (Lago Agrio) durante una jornada de siete días, en que se aplicaron todos los cuestionarios. Los objetivos de la prueba piloto fueron probar la funcionalidad de los instrumentos de investigación respecto del orden de secciones y preguntas, flujos y comprensión de preguntas; establecer el tiempo de diligenciamiento de los formularios; y determinar las condiciones necesarias para organizar la logística entre los diferentes módulos de investigación.

Para el desarrollo de la prueba piloto se organizaron cuatro grupos de trabajo: uno en la provincia de Manabí, uno en la provincia de Imbabura y dos en la provincia de Sucumbíos. En esta última fue necesario medir el tiempo destinado al acceso, puesto que era la primera vez que se entraba a la Amazonía con este tipo de estudio.

Cada equipo se organizó con un responsable regional, dos supervisores, tres encuestadores, un encuestador de consumo, un flebotomista y dos vehículos. Las jornadas de recolección de información se realizaron en dos visitas. En la primera se hizo el primer el contacto y se aplicaron el consentimiento informado y todos los cuestionarios en que estaban los cuatro que se desarrollan en este Tomo. En la segunda visita se obtuvieron las muestras de sangre y orina y se aplicó el cuestionario de consumo de alimentos, (cuyos resultados también se presentan en el Tomo I). Los participantes en la prueba piloto se detallan, por grupos, en el Tomo I (página 65).

Según los resultados obtenidos en la prueba piloto, los equipos técnicos del INEC y del MSP evaluaron y realizaron los ajustes necesarios a los instrumentos (manuales y cuestionarios). Se midió el tiempo promedio de aplicación de la encuesta y se identificaron las necesidades del personal a nivel local para la organización de los equipos de encuestadores.

2.3.5 Actividades de preparación para la fase de campo

Adquisición de equipos

Para obtener información georeferenciada de las viviendas, se adquirieron GPS para uso de cada uno de los encuestadores en el momento de la entrevista y otros equipos que se utilizaron en los demás componentes de la encuesta.

Selección del personal de campo: encuestadores, supervisores, críticos codificadores, flebotomistas y choferes

Para la selección de encuestadores, supervisores de campo, críticos-codificadores y encuestadores de consumo, se efectuó una convocatoria en que se solicitó a los interesados que se presentaran con documentación personal. Una vez revisadas las carpetas se entrevistó a cada candidato, y se conformó el grupo de preseleccionados.

Este grupo fue sometido a talleres de capacitación y evaluado según los resultados de las pruebas aplicadas. De este proceso se obtuvo la lista definitiva del personal de campo y un número de posibles reemplazos.

Organización de períodos de trabajo de campo

Para el levantamiento de la información se definió el plan de levantamiento, de acuerdo con el siguiente esquema:

- **Primer período:** del 16 al 26 de julio de 2012
- **Segundo período:** del 31 de julio al 10 de agosto de 2012
- **Tercer período:** del 17 al 27 de agosto de 2012
- **Cuarto período:** del 31 de agosto al 10 de septiembre de 2012
- **Quinto período:** del 14 al 24 de septiembre de 2012
- **Sexto período:** del 1 al 11 de octubre de 2012
- **Séptimo período**: del 15 al 30 de octubre de 2012
- **Octavo período:** del 5 al 15 de noviembre de 2012
- **Noveno período:** del 19 al 29 de noviembre de 2012
- **Décimo período:** del 3 al 9 de diciembre de 2012
- **Recuperación:** del 10 al 15 de diciembre de 2012

Debido a la complejidad de la encuesta y los diferentes componentes investigados, se definieron distintos períodos y diferentes informantes que fueron identificados en función de la temática que se investigó. Los cuestionarios que recolectaron información para el componente de salud sexual y reproductiva fueron aplicados por los encuestadores a través de entrevistas efectuadas en la primera visita que se realizó al hogar.

Períodos de referencia e informantes

En el Cuadro 2.2 se presentan los formularios que se emplearon para la recolección de los datos referentes a salud sexual y reproductiva.

Capacitación

Esta etapa de capacitación tuvo el objetivo de estandarizar los criterios técnicos que se aplicarían durante la entrevista, equiparar los conocimientos de los encuestadores en técnicas de entrevista y toma de datos, constatar que tuvieran la capacidad para asegurarse de identificar los errores de medición de lectura y registro y obtener niveles adecuados de precisión y exactitud en las mediciones. Además, se dieron instrucciones para el levantamiento de datos y manejo de muestra y cobertura (MyC) (Formularios de Muestra y Cobertura[1]) y el uso de los GPS[2] .

Cuadro 2.2 **Períodos de referencia e informantes para la toma de datos de los tres cuestionarios referentes a salud sexual y reproductiva estudiados en el Tomo II**

N.º DE FORMULARIO/ MÓDULO	SUJETOS DE ESTUDIO	TIPO DE INFORMANTE	SECCIÓN N.º	TEMAS DE INVESTIGACIÓN	PERÍODOS DE REFERENCIA
1. HOGAR	Todos los miembros de hogar	Calificado	1	Datos de la vivienda y el hogar	Momento de la entrevista
			3 y 4	Características sociodemográficas	La semana pasada
			5	Accesos a seguros de salud	Momento de la entrevista
			6 y 7	Uso de servicios y gastos en salud	Últimos 30 días, últimos 12 meses
			8	Acceso a programas sociales	Durante los últimos 12 meses
			10	Mortalidad en el hogar	Año 2011
2. MUJERES EN EDAD FÉRTIL (MEF) 12 A 49 AÑOS DE EDAD	Mujeres en edad fértil, de 12 a 49 años de edad	Directo	1	Características generales de la entrevistada	Momento de la entrevista, hace 5 años
			2	Historia de embarazos y nacimientos	Momento de la entrevista
			3	Servicios asociados a la salud materna	Momento de la entrevista, durante los últimos 30 días
			4	Planificación familiar	Momento de la entrevista
			5	Preferencias reproductivas	Momento de la entrevista
			6	Actividad sexual y salud reproductiva	Momento de la entrevista
			8	ITS/VIH-sida	Momento de la entrevista
			9	Mortalidad materna	Momento de la entrevista, hace 10 años (desde el 2002 hasta la fecha)
4. SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS	Niños y niñas de 0 a menores de 5 años	Calificado: madre del niño o la niña	1	Identificación de niño o la niña	Momento de la entrevista
			2	Control prenatal	Momento de la entrevista
			3	Atención al parto	Momento de la entrevista
			4	Atención al recién nacido	Momento de la entrevista
			5	Control postparto	Momento de la entrevista
			6	Control del niño o la niña	Momento de la entrevista
			7	Enfermedad diarreica aguda	Últimas dos semanas, momento de la entrevista
			8	Infección respiratoria aguda	Últimas dos semanas, momento de la entrevista
			9	Uso del carné	Momento de la entrevista
			10	Inmunizaciones	Momento de la entrevista
			11	Participación del padre	Momento de la entrevista, últimos 12 meses

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

1 MyC: Formularios en que constan las viviendas seleccionadas de la muestra.

2 GPS: Instrumento que permite obtener datos georeferenciados como latitud, longitud y altitud de las viviendas.

Para la capacitación, se organizó una agenda en función de la complejidad y especificidad de los cuestionarios que se aplicarían y de los datos que se recolectarían. La capacitación fue teórico-práctica y se utilizaron los respectivos cuestionarios y manuales elaborados.

Aparte de la capacitación específica a los temas de investigación, se dio instrucción sobre el método de la investigación, los objetivos de la encuesta, el manejo de cartografía censal, el listado de viviendas seleccionadas de acuerdo con la fase de enlistamiento, el manejo de los formularios y los objetivos de las preguntas, las técnicas de entrevista, los procedimientos aplicados a problemas frecuentes, las instrucciones obligatorias de verificación y control de calidad y se identificaron algunos errores en los cuestionarios que permitieron hacer una corrección final.

En la primera parte del taller recibieron la capacitación los responsables regionales de la encuesta. En la segunda parte, se capacitó al equipo de campo, con la participación de los responsables regionales, el equipo nacional el INEC y del MSP y los asesores nacionales e internacionales.

Organización de los equipos de campo

Responsables

Para la ejecución de la encuesta se conformaron dos equipos de trabajo: uno en el MSP y otro en el INEC. En el Ministerio de Salud, el equipo estuvo conformado por la responsable e investigadora principal, dos supervisoras nacionales y cuatro supervisoras regionales. Por parte del INEC, se designó, a escala nacional y como contraparte, al

Cuadro 2.3 **Distribución de dominio, sectores y viviendas por regional**

Regional	Dominio	Muestra sectores	Urbana	Rural	Viviendas muestra	Urbana	Rural
DINOR (Dirección Zonal Norte)	Quito	64	64	0	768	768	0
	Carchi	64	36	28	768	432	336
	Esmeraldas	64	42	22	768	504	264
	Imbabura	64	45	19	768	540	228
	Napo	64	28	36	768	336	432
	Resto de Pichincha	64	44	20	768	528	240
	Sucumbíos	64	30	34	768	360	408
	Orellana	64	30	34	768	360	408
	Santo Domingo de los Tsáchilas	64	51	13	768	612	156
DILIT (Dirección Zonal Litoral)	Guayaquil	64	64	0	768	768	0
	El Oro	64	51	13	768	612	156
	Resto de Guayas	64	43	21	768	516	252
	Los Ríos	64	39	25	768	468	300
	Manabí	64	40	24	768	480	288
	Galápagos	64	49	15	768	588	180
	Santa Elena	64	51	13	768	612	156
DICEN (Dirección Zonal Centro)	Bolívar	64	28	36	768	336	432
	Cotopaxi	64	28	36	768	336	432
	Chimborazo	64	28	36	768	336	432
	Pastaza	64	34	30	768	408	360
	Tungurahua	64	30	34	768	360	408
DISUR (Dirección Zonal Sur)	Azuay	64	37	27	768	444	324
	Cañar	64	28	36	768	336	432
	Loja	64	35	29	768	420	348
	Morona Santiago	64	28	36	768	336	432
	Zamora Chinchipe	64	28	36	768	336	432
	Total	**1 664**	**1 011**	**653**	**19 968**	**12 132**	**7 836**

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 2.4 **Esquema del operativo de campo Flebotomía y consumo. Ejemplo: Dirección Regional**

Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8	Día 9	Día 10	Día 11	Día 12
Campo	Campo	Campo	Campo	Campo	Campo	Campo	Campo	Campo	Campo	Campo	
Vehículo 1	Vehículo 2	Vehículo 3	Vehículo 1	Vehículo 2	Vehículo 3	Vehículo 1	Vehículo 2	Vehículo 3	Vehículo 1	Vehículo 2	
	Laboratorio	Laboratorio	Laboratorio	Laboratorio	Laboratorio	Laboratorio	Laboratorio	Laboratorio	Laboratorio	Laboratorio	Laboratorio
	Vehículo 1	Vehículo 2	Vehículo 3	Vehículo 1	Vehículo 2	Vehículo 3	Vehículo 1	Vehículo 2	Vehículo 3	Vehículo 1	Vehículo 2
	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
	Vehículo 3	Vehículo 1	Vehículo 2	Vehículo 3	Vehículo 1	Vehículo 2	Vehículo 3	Vehículo 1	Vehículo 2	Vehículo 3	Vehículo 3

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

director de Estadísticas Sociodemográficas, una profesional que actuó como punto de contacto permanente y un equipo de apoyo de cinco personas. En el ámbito regional, el INEC nombró cuatro responsables del operativo de campo, uno por cada región, cuatro responsables de crítica codificación y seis como personal de apoyo.

Número de sectores asignados por dirección zonal y cargas de trabajo

El número de sectores que se trabajaron fueron distribuidos a cada Dirección Regional de acuerdo con las jurisdicciones de cada región. A cada una le correspondieron los dominios de muestra con la asignación que se presenta en el Cuadro 2.3. A los equipos de campo se les programó un sector por día de trabajo con 12 viviendas de muestra.

2.3.6 Recolección de la información

Para la recolección de la información se realizaron diez jornadas de once días de trabajo continuo, con tres días de descanso entre cada una. Además, se programaron sesiones de reinstrucción entre cada jornada de trabajo de campo.

2.3.7 Logística

A fin de garantizar la movilización de los tres grupos de trabajo, cada equipo de campo contó con tres vehículos. El levantamiento de la información en cada sector se efectuó en dos días, distribuidos en dos visitas: el primer día, con la visita de los encuestadores de hogar, y el segundo día, con la visita de los encuestadores de flebotomía y consumo. Además, para coordinar adecuadamente la agenda preestablecida en la primera visita de campo, se estableció una rotación de vehículos y encuestadores de enlace. La organización y la rotación siguieron el esquema que se presenta en el Cuadro 2.4.

En el primer día ingresaban los encuestadores de hogar (1, 2 y 3) al sector y al día siguiente, los encuestadores de enlace (4 y 5) con los otros equipos de encuestadores. El sistema era rotativo y su distribución estuvo a cargo del supervisor de equipo, según las directrices establecidas.

Entre las actividades del supervisor de campo constaba entregar el material de trabajo al equipo, acompañar a los encuestadores de hogar para ubicarlos en el sector y ayudar a portar los instrumentos y revisar el material diligenciado y los formularios.

Para movilizar adecuadamente los materiales y equipos necesarios para la investigación, se solicitó que los vehículos contaran con las respectivas carpas y elementos aislantes (esponjas, cartones, etc.).

2.4 CONTROL DE CALIDAD Y VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

El control de calidad y la validación de la información se efectuaron en distintos niveles. El primer control fue a nivel de campo y estuvieron involucrados los encuestadores, los supervisores y los coordinadores. En esta etapa se revisó que los formularios sean completa y consistentemente llenados. Así, en los casos en que se encontró información inconsistente o faltante o no se aplicó el formulario correspondiente de acuerdo con el rango de edad, se procedió con la corrección de la información a nivel del hogar.

Una vez que los formularios contaron con la aprobación del supervisor, eran transferidos a las respectivas oficinas regionales para entrar a un proceso de crítica y codificación. Este proceso consistió en la revisión minuciosa de cada uno de los formularios, acogiéndose estrictamente

Cuadro 2.5 **Sistema informático para el ingreso de datos**

TIPO DE REGISTRO	DESCRIPCIÓN
ENSANUT_IDENTIFICACION	FORMULARIO 1: Carátula-información general del hogar
ENSANUT_VIVIENDA	FORMULARIO 1: Secc. I: Datos de la vivienda y el hogar
ENSANUT_MIGRACION_INTERNACIONAL	FORMULARIO 1: Secc. II: Migración internacional
ENSANUT_PERSONAS	FORMULARIO 1: Secc. III a IX: Información de miembros de hogar
ENSANUT_MORTALIDAD	FORMULARIO 1: Secc. X: Mortalidad en el hogar
ENSANUT_MEF	FORMULARIO 2: Mujeres en edad fértil de 12 a 49 años
ENSANUT_LACTANCIA	FORMULARIO 3: Lactancia materna-Menores de 3 años
ENSANUT_SALUD_NINEZ	FORMULARIO 4: Salud en la niñez-Menores de 5 años
ENSANUT_FACT_RIESGO_NINOS	FORMULARIO 5: Factores de riesgo-Niños de 5 a menores de 10 años
ENSANUT_FACT_RIESGO_ADOLESCENTES	FORMULARIO 6: Factores de riesgo-Adolescentes de 10 menos a de 20 años
ENSANUT_FACT_RIESGO_MAYORES	FORMULARIO 7: Factores de riesgo-Hombres y mujeres de 10 a menos de 60 años
ENSANUT_ACTIVIDAD_FISICA	FORMULARIO 8: Actividad física en el área urbana-Personas de 18 a menos de 60 años
ENSANUT_SALUD_REPRODUCTIVA	FORMULARIO 9: Salud reproductiva en los hombres de 12 a 49 años
ENSANUT_ANTROPOMETRIA	FORMULARIO 10: Datos de antropometría
ENSANUT_CONSUMO_PARTEA	FORMULARIO 11: PARTEA-Información sobre alimentación
ENSANUT_CONSUMO_PARTEB	FORMULARIO 11: PARTEA-Detalle del consumo de alimentos
ENSANUT_BIOQUIMICA	FORMULARIO 12: Datos referenciales de bioquímica y flebotomía

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

a las directrices impartidas en los manuales de crítica-codificación. Se aplicó la codificación de aquellas preguntas que así lo requirieron, con el apoyo de los listados de códigos de rama de actividad (CIIU), grupo ocupacional (CIUO), división político-administrativa, etc. En el caso de encontrar inconsistencias en esta etapa, se realizaron rectificaciones a la información mediante llamadas telefónicas a los informantes.

Una vez que los formularios pasaron por un proceso de critica-codificación se procedió a digitar la información utilizando el *software* CSPRO (versión 4.0). Este *software* contó con un modelo de datos jerárquico y un tipo de registro ajustado al diseño de cada formulario (Cuadro 2.5).

Además, el sistema informático permitió validar la consistencia de la información digitalizada por medio de mallas de validación y controles de rangos, flujos y consistencia de los datos. También, permitió el ingreso de los formularios de acuerdo con la muestra de viviendas entregada por la unidad de diseño muestral. Así, se obtuvieron bases validadas y depuradas, en la medida de lo posible, que fueron enviadas a la oficina central del INEC para su consolidación.

Finalmente, debido a que el laboratorio NETLAB fue responsable de ingresar los datos obtenidos de las muestras de sangre y orina, fue necesario realizar un emparejamiento de los datos de laboratorio con la base de datos del INEC. Se logró un emparejamiento del 100 % de los casos con 21 500 registros.

2.5 CÁLCULO DE LOS FACTORES DE EXPANSIÓN

Los factores de expansión se calcularon según la población de referencia del Censo de Población y Vivienda de 2010 (INEC, 2010). Se aplicó un procedimiento de estratificación postest *(raking)*, en que se emplearon las proyecciones demográficas de población de 2012, realizadas por el INEC. Esto permitió integrar los factores de expansión para que los totales marginales se adecúen con los totales observados en la población. Las probabilidades de selección de cada individuo se estimaron siguiendo el diseño muestral definido de antemano.

El factor de expansión corresponde al inverso de la probabilidad de selección. Fue calculado aplicando un factor de corrección según la población de referencia, y cuyo resultado es el total de personas para el grupo de edad considerado según el Censo de Población y Vivienda 2010 emitido por el INEC.

Calibración de los factores de expansión

El muestreo realizado cubre los segmentos de población meta, pero puede presentar, en proporción, diferencias con la población total.

Pueden surgir por fluctuaciones de muestreo, de no respuesta y porque el diseño muestral no cubre la totalidad de la población. Para evitar esta distorsión, y también para tomar en cuenta la evolución de la población entre 2010 y 2012, se realizó un *balanceo* de los factores de expansión en que se integraron estos datos. Se puede mejorar la adecuación entre la población total y la muestra ajustando los factores de expansión para que los totales marginales, según características determinadas, por ejemplo, el total de mujeres en un rango de edad determinado en una provincia dada, se adecúen con los totales observados en la población.

Para los factores de expansión de la ENSANUT-ECU se realizó un balance por raking (Battaglia, Izrael, Hoaglin & Frankel, 2004; Lumley, 2011) utilizando las últimas proyecciones poblacionales a junio de 2012 realizadas por el INEC y considerando las características poblacionales de edades simples por sexo y totales de personas por sexo, en la totalidad de las provincias por dominios.

Dominios y definición de áreas de influencia de las ciudades de Quito y Guayaquil

Para definir de forma consistente, la extensión de conjuntos urbanos para las ciudades autorepresentadas de Quito y Guayaquil, fueron evaluados los sectores censales con características urbanas vinculadas con la influencia de ambas ciudades.

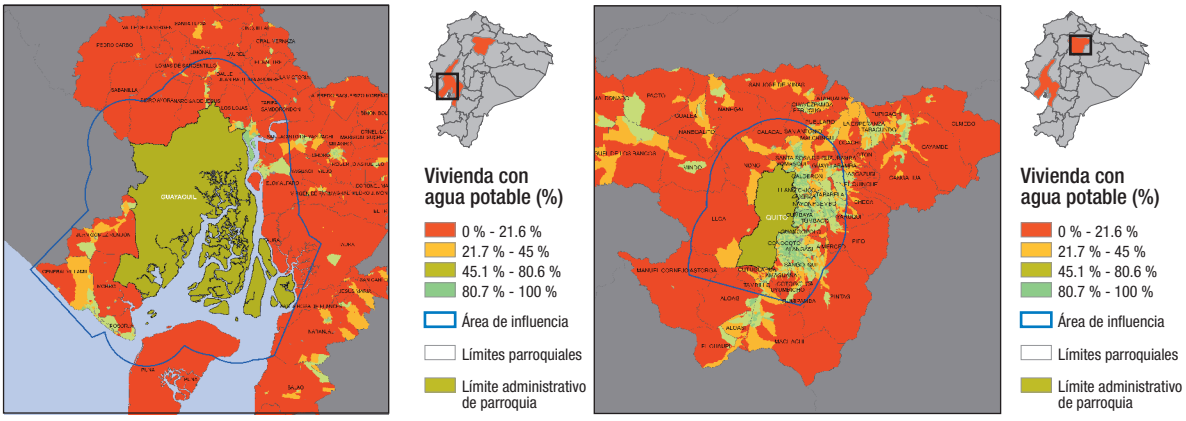
Además de las extensiones definidas por el diseño muestral, que abarca respectivamente las parroquias (según la división político administrativa vigente) de Quito y Guayaquil, se realizó una primera selección de sectores censales dentro de un rango de 15 kilómetros alrededor de estas extensiones, con algunos ajustes vinculados a las áreas de intervención en los municipios (ver Gráfico 2.3). Se seleccionó, como parte de estas ciudades autorrepresentadas, a los sectores censales con un porcentaje de acceso a agua potable superior a 45 % (INEC, Censo de Población y Vivienda 2010).

Por lo tanto, al presentar los datos desagregados por subregión y provincia, se debe tener en cuenta que Quito y Guayaquil no están incluidas en las subregiones de Sierra urbana y Costa urbana, ni tampoco en las provincias de Pichincha y Guayas, respectivamente, ya que se autorepresentan por sí solas.

2.6 ÍNDICE DE CONDICIONES DE VIDA POR QUINTIL ECONÓMICO

Para la obtención de un índice aproximado de bienestar económico que considere las características de la vivienda y el equipamiento del hogar, se aplicó la técnica de análisis de factores, a través de la solución de componentes principales (*principal component analysis*, por su nombre en inglés)[3]. Se consideraron 42 variables para la construcción del índice. Las variables que se usaron en este procedimiento fueron aquellas concernientes al equipamiento del hogar y variables de características de la vivienda. El detalle de la construcción de este índice se encuentra en el Tomo I (página 73).

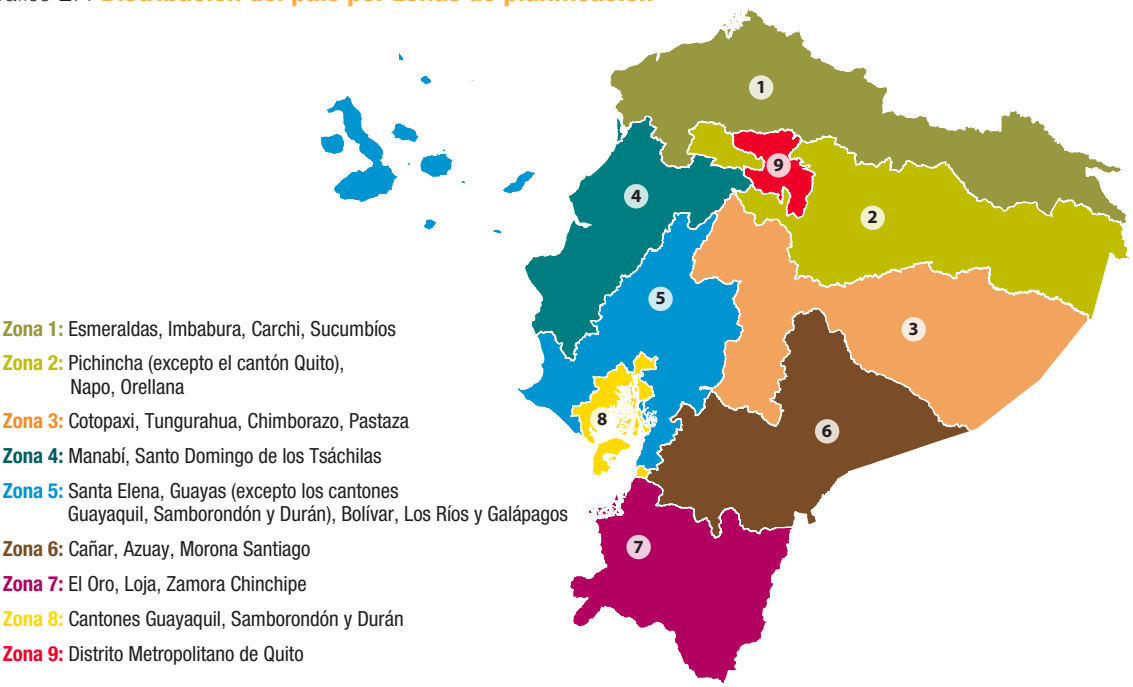
Gráfico 2.3 **Extensión del área de Quito y Guayaquil en función de la cobertura de agua potable**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

3 Al lector avanzado se le sugiere la lectura de Anderson, 2013 y Johonson & Wichern, 2007.

Gráfico 2.4 **Distribución del país por zonas de planificación**



Zona 1: Esmeraldas, Imbabura, Carchi, Sucumbíos
Zona 2: Pichincha (excepto el cantón Quito), Napo, Orellana
Zona 3: Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo, Pastaza
Zona 4: Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas
Zona 5: Santa Elena, Guayas (excepto los cantones Guayaquil, Samborondón y Durán), Bolívar, Los Ríos y Galápagos
Zona 6: Cañar, Azuay, Morona Santiago
Zona 7: El Oro, Loja, Zamora Chinchipe
Zona 8: Cantones Guayaquil, Samborondón y Durán
Zona 9: Distrito Metropolitano de Quito

Fuente: Senplades.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

2.7 DESGLOSE DE LA PRESENTACIÓN DE LOS DATOS

Los resultados de la encuesta ENSANUT-ECU se presentan desglosados por edad, sexo, etnia, quintil económico y subregión (Costa urbana, Costa rural, Sierra urbana, Sierra rural, Amazonía urbana, Amazonía rural, Galápagos, Quito y Guayaquil).

Aquellos datos que por su tamaño muestral permiten un desglose mayor se presentan por zonas de planificación (Gráfico 2.4) y a nivel provincial.

Las zonas de planificación están conformadas por provincias, de acuerdo con una proximidad geográfica, cultural y económica. La clasificación de zonas fue elaborada por la Senplades, y se identificaron nueve zonas administrativas de planificación (Gráfico 2.4). Cada zona está constituida por distritos y estos a su vez por circuitos. Desde este nivel se coordinan estratégicamente las entidades del sector público, a través de la gestión de la planificación para el diseño de políticas en el área de su jurisdicción.

En cuanto a la clasificación por grupo étnico, se tomó la decisión de clasificar los siguientes grupos: indígena, montuvio, afroecuatoriano y mestizo. En esta última categoría se incluyen, además, blanco y otros grupos étnicos, debido a que su proporción es bastante menor.

2.8 ASPECTOS ÉTICOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con el fin de resguardar las consideraciones éticas que se exigen en todos los estudios con personas, se utilizó el *consentimiento informado*, que se encuentra en el Tomo I (página 84). De acuerdo con los lineamientos emitidos en el Reporte Belmont[4] (HHS, 1979), en la obtención del consentimiento informado se explicaron detalladamente los objetivos del estudio, el carácter voluntario de la participación en este, la naturaleza y el alcance de los beneficios y riesgos del estudio, las alternativas y los derechos de los participantes. Después de haber leído el consentimiento informado, aquellos sujetos que desearon voluntariamente participar en el estudio debieron expresarlo por escrito y ante un testigo.

Para esto, el participante y el testigo debían firmar la hoja de consentimiento informado. El original de esta hoja se dejó al investigador principal y una copia se entregó al participante.

4 Enlace de acceso al Reporte Belmont: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._INTL_Informe_Belmont.pdf

Además, en seguimiento a los lineamientos establecidos en el Reporte Belmont, los participantes fueron tratados de manera ética, respetando siempre sus decisiones y proveyéndolos de todas las condiciones necesarias para asegurar su bienestar físico y emocional durante el estudio. Todos los participantes tuvieron la misma oportunidad de participar en el estudio.

En todo momento se respetó la decisión de los participantes de colaborar como sujetos de estudio y aportar libremente sus opiniones cuando lo consideraron conveniente. La confidencialidad de la información recolectada se observó mediante la asignación de un código que está guardado bajo llave y bajo la responsabilidad de la investigadora principal. Además, en todo momento se respetaron sus costumbres y sus estilos de vida. Siempre se consideró el derecho de los participantes a conocer los resultados de la investigación, dada su participación protagónica. Fue explícito que toda persona que manifestara voluntariamente su disposición a participar en el estudio suscribiera el consentimiento informado. Se les aseguró que la información recolectada será absolutamente confidencial y que sería utilizada exclusivamente para cumplir con los objetivos de estudio. De ninguna manera y en ningún momento se aplicaron procedimientos de experimentación.

Con relación a la gestión de la información, la publicación del informe de los resultados no limita que se pueda publicar, para beneficio de la humanidad, en revistas indexadas de difusión internacional. La copropiedad intelectual de los investigadores está respetada, es decir, se hace constar a las partes que financian y aportan al análisis. La (s) publicación (es) se hará (n) siguiendo las pautas internacionales de revistas biomédicas.

2.9 BIBLIOGRAFÍA

Battaglia, M. P., Izrael, D., Hoaglin, D. C., & Frankel, M. R. (2004). *Tips and tricks for raking survey data (aka sample balancing)*. Abt Associates, 4740-4744.

HHS.gov.US. Department of Health and Human Services. (1979). *The Belmont Report*.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2010). Censo de Población y Vivienda. INEC. Ecuador

Lumley, T. (2011). *Complex surveys: A guide to analysis using R (Vol. 565)*. John Wiley & Sons.



CAPÍTULO III

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y EL HOGAR

Fotografía:
MCDS

Contenido

3.1 INTRODUCCIÓN....61
3.2 METODOLOGÍA....61
3.3 RESULTADOS....61
3.3.1 Características de la vivienda....61
Tipo de vivienda....61
Tenencia de la vivienda....63
Abastecimiento de agua al hogar....63
Maneras de beber el agua....65
Infraestructura sanitaria/eliminación de excretas....65
Servicio de alumbrado....67
Servicio de telefonía....67
Combustible utilizado para cocinar....68
Eliminación de basura....68
Hacinamiento....69
3.3.2 Equipamiento del hogar....69
3.3.3 Acceso a programas sociales....71
3.4 BIBLIOGRAFÍA....73

3.1 INTRODUCCIÓN

La condición de la vivienda es uno de los determinantes de la calidad de vida de los miembros del hogar. La información sobre el tipo de vivienda y servicios básicos (abastecimiento de agua, electricidad, infraestructura sanitaria y eliminación de excretas, entre otros) es clave para entender el estado de salud de una población. De igual manera la clasificación de una población en un determinado quintil económico tiene una estrecha relación con las condiciones de la vivienda; si se encuentra en condiciones precarias, los riesgos de enfermedad para sus habitantes son mayores.

En este sentido, los resultados de este capítulo se organizan en tres secciones: *Características de la vivienda, Equipamiento del hogar y Acceso a programas sociales.* Esta organización difiere de aquella propuesta por la ENDEMAIN 2004 ya que los tópicos de *Seguridad alimentaria y Migración internacional* no están directamente relacionados con la temática de la salud sexual y reproductiva que se abarca en el presente tomo.

El texto, los cuadros y los gráficos de este capítulo exponen la información de manera resumida, pero para el lector que desee hacer un análisis a profundidad, el disco compacto que acompaña este informe contiene los anexos detallados con información sobre la población muestral (n), la población expandida (N) y los intervalos de confianza (IC95%).

3.2 METODOLOGÍA

Durante la fase de campo de la ENSANUT-ECU 2012 se aplicó el Formulario del hogar a cada uno de los domicilios seleccionados en la muestra. Para este capítulo en particular se analizó la sección I: *Datos de la vivienda y del hogar y* la sección VIII: *Acceso a programas sociales* (Anexo A). La información que se recolectó estuvo constituida por las respuestas del jefe o la jefa de hogar o de su cónyuge, independientemente de su edad y sexo. En ausencia de las personas mencionadas, la información fue suministrada por una persona mayor de 18 años perteneciente al hogar en referencia, que haya tenido la capacidad y el conocimiento necesarios para proporcionar datos veraces sobre el resto de los miembros del hogar. El Cuadro 3.1 presenta la composición temática de este capítulo, en donde se muestra la desagregación de cada una de las secciones, por estrato, según el orden de aparición.

3.3 RESULTADOS

3.3.1 Características de la vivienda

Tipo de vivienda

En el Anexo 3.1 se presenta la distribución porcentual del tipo de vivienda desagregada por área, grupo étnico y quintil económico. En el anexo se observa que, a nivel nacional, las viviendas que predominan en Ecuador son las

Cuadro 3.1 **Composición del capítulo III por estratos**

Sección	Estratos			
	Área, subregión	Grupo étnico/ Quintil económico	Zonas de planificación	Provincias
Tipo de vivienda	x	x	x	
Material del piso	x		x	
Tenencia de la vivienda	x	x	x	
Abastecimiento de agua	x	x	x	x
Manera de beber el agua	x	x	x	x
Infraestructura sanitaria (eliminación de excretas)	x	x	x	x
Servicio de alumbrado	x	x	x	
Servicio de telefonía	x	x	x	
Combustible utilizado para cocinar	x	x	x	
Eliminación de basura	x	x	x	
Hacinamiento	x	x	x	
Equipamiento del hogar	x		x	
Acceso a programas sociales	x	x	x	x

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC. **Elaboración:** Freire WB. *et al.*

casas o villas (65.9 %), le siguen los departamentos (14.3 %), las mediaguas (9.8 %) y los cuartos en casa de inquilinato (5.4 %).

El Anexo 3.1 muestra también que un 66.8 % de mestizos, un 66.6 % de indígenas y alrededor del 74 % de la población de los quintiles más ricos (Q3, Q4 y Q5) viven en casas o villas. Asimismo, se puede observar que un 15.4 % de montuvios, un 14.5 % de indígenas y un 26.6 % de la población del quintil económico más pobre (Q1) viven en mediaguas. Por último, se observa que un 26 % de hogares en el quintil más rico (Q5) posee departamento en casa o edificio.

Al comparar las proporciones de la tipología de viviendas en el año 2012 con las encontradas en la ENDEMAIN 2004 se observan valores similares: un 68.4 % de viviendas era casas o villas, un 13.7 % era departamentos, un 8.8 % era mediaguas y un 5.5 % era cuartos en casas de inquilinato (CEPAR, 2005).

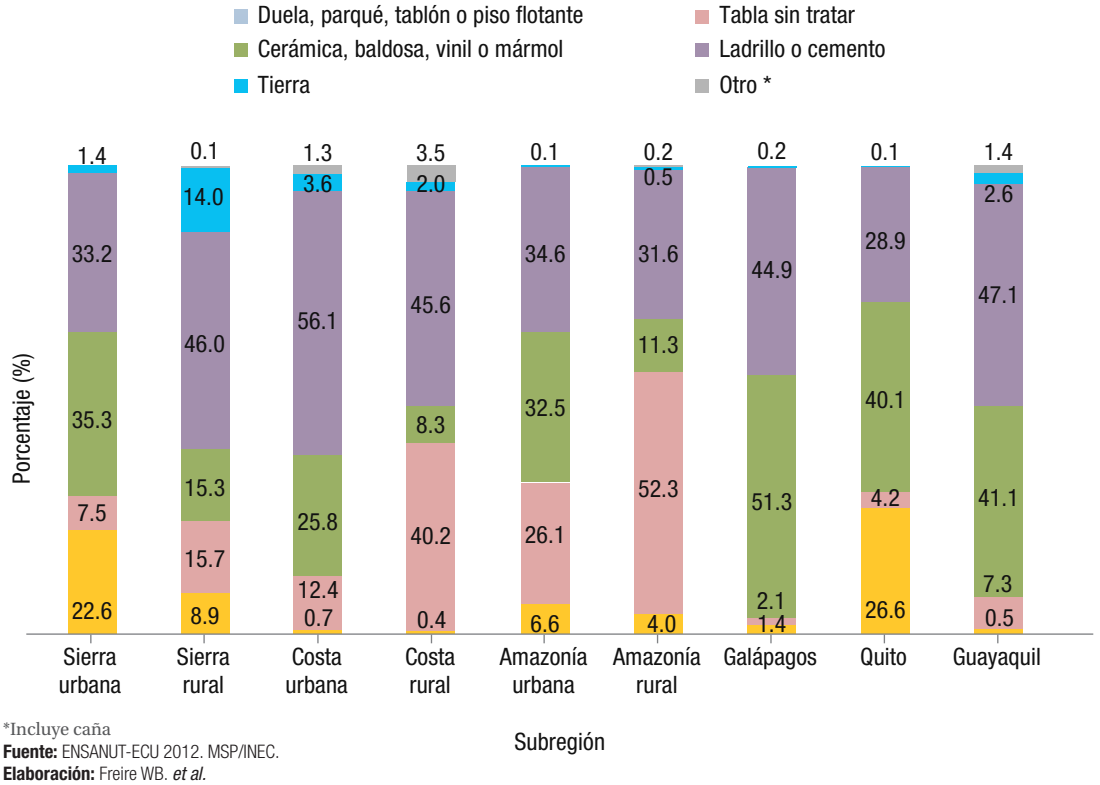
En Colombia, la tipología de viviendas es muy parecida a la de nuestro país, la mayoría de viviendas son casas (78.9 %), a esta siguen los departamentos (18.7 %) (Profamilia, 2010).

En el Anexo 3.2 se muestra la tipología de la vivienda estratificada por subregión y zona de planificación. Con relación a las subregiones, se desprende que la Sierra rural y la Amazonía rural poseen el mayor número de casas o villas (82.5 % y 81 %, respectivamente); Quito y Galápagos, el mayor número de departamentos (25.4 % y 24.1 %, respectivamente); la Amazonía urbana y la Sierra urbana, el mayor número de cuartos en casa de inquilinato (16.3 % y 13.2 %, respectivamente); la Sierra rural (11 %), el mayor número de mediaguas .

Con relación a las zonas de planificación, la zona 9 (Quito) posee más departamentos (33.2 %), la zona 6 (Azuay, Cañar y Morona Santiago) posee más cuartos en casa de inquilinato (11 %) y la zona 5 (Guayas, Santa Elena, Los Ríos, Bolívar y Galápagos) posee más mediaguas (11.8 %).

El Anexo 3.3 muestra la distribución porcentual del material del piso de las viviendas estratificada por área, subregión y zona de planificación. El Gráfico 3.1 muestra un resumen de esta información. Se observa que en todas las subregiones los materiales predominantes del piso son el ladrillo o el cemento (42.7 % a nivel nacional). En la Amazonía rural y la Costa rural se destacan los hogares con piso de tabla sin tratar (52.3 % y 40.2 %, respectivamente). En Quito y la Sierra urbana existe un mayor porcentaje de hogares con piso de duela, parqué, tablón o piso flotante (26.6% y 22.6 %, respectivamente).

Gráfico 3.1 **Material predominante del piso de la vivienda por subregión**



*Incluye caña
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Tenencia de la vivienda

En el Anexo 3.4 se muestra la distribución porcentual de la tenencia de vivienda por área de residencia, grupo étnico y quintil económico. Del anexo se desprende que, a nivel nacional 65.7 % de hogares posee vivienda propia; 18.5 %, vivienda arrendada o en anticresis; 13.6 %, vivienda prestada; y 2.2 %, vivienda recibida por servicios prestados.

Con relación al 2004 la proporción de hogares con vivienda propia ha subido del 63.4 % al 65.7 %. Además, la proporción de viviendas arrendadas ha aumentado de 16.8 % a 18.5 %; mientras que la proporción de viviendas cedidas o prestadas ha disminuido del 17.7 % al 13.6 % (CEPAR, 2005).

El análisis por área de residencia indica que tanto en el área rural (76.2 %) como en el área urbana (61.6 %) predominan las viviendas propias. Sin embargo, mientras en el área urbana un 23.5 % de viviendas es arrendada, en el área rural solamente el 5.6 % lo es. En el análisis por grupo étnico se destaca que los montuvios poseen mayor cantidad de viviendas propias (77.7 %) y los afroecuatorianos, mayor cantidad de viviendas arrendadas o en anticresis (23.6 %) en relación a los demás grupos. El análisis por quintil económico muestra que en el quintil más rico (Q5) se encuentra la proporción más alta de hogares con vivienda propia (72.3 %) mientras que en el quintil más pobre (Q1), se encuentra la proporción más alta de hogares con vivienda prestada o cedida (17.3 %).

En el Anexo 3.5 se observa la distribución de la tenencia de la vivienda por subregión y zonas de planificación. Se destaca del anexo que en la Costa rural existe una mayor proporción de hogares con vivienda propia (81.5 %), mientras que en Quito, la Sierra urbana y la Amazonía urbana existe una mayor proporción de hogares con vivienda arrendada o en anticresis (35.3 %, 33.8 % y 33.5 %, respectivamente).

Abastecimiento de agua al hogar

En el Anexo 3.6 se presenta la distribución porcentual del abastecimiento de agua en los hogares por área de residencia, grupo étnico y quintil económico. Se observa que a nivel nacional un 82.3 % de los hogares tiene acceso a agua potable o red pública, un 7.8 % tiene acceso a agua a través de pozo público o privado, un 5.8 % tiene acceso a agua proveniente de río o vertiente y un 3.8 % tiene acceso a agua por carro repartidor. Al analizar por área de residencia se observa que en el área urbana, un 91.7 % de hogares posee el servicio de agua potable, mientras que en el área rural, un 57.9 % posee este servicio. Asímismo se observa que en el área rural un 20.1 % de hogares accede a agua a través de pozo público o privado, y un 17.7 % accede a agua proveniente de río o vertiente, siendo estas cifras más altas que en áreas urbanas.

Al comparar con la ENDEMAIN 2004, se desprende que el servicio de agua potable o red pública se ha incrementado en casi seis puntos porcentuales, de un 76.8 % en 2004, a un 82.3 % en 2012 (CEPAR, 2005). En el contexto regional, se puede decir que Ecuador presenta coberturas de abastecimiento de agua potable parecidas a Perú. Perú tiene una tasa del 79 % en abastecimiento de agua potable a nivel nacional; en el área urbana alcanza un 85 % y en el área rural casi un 66 % (INEI, 2012).

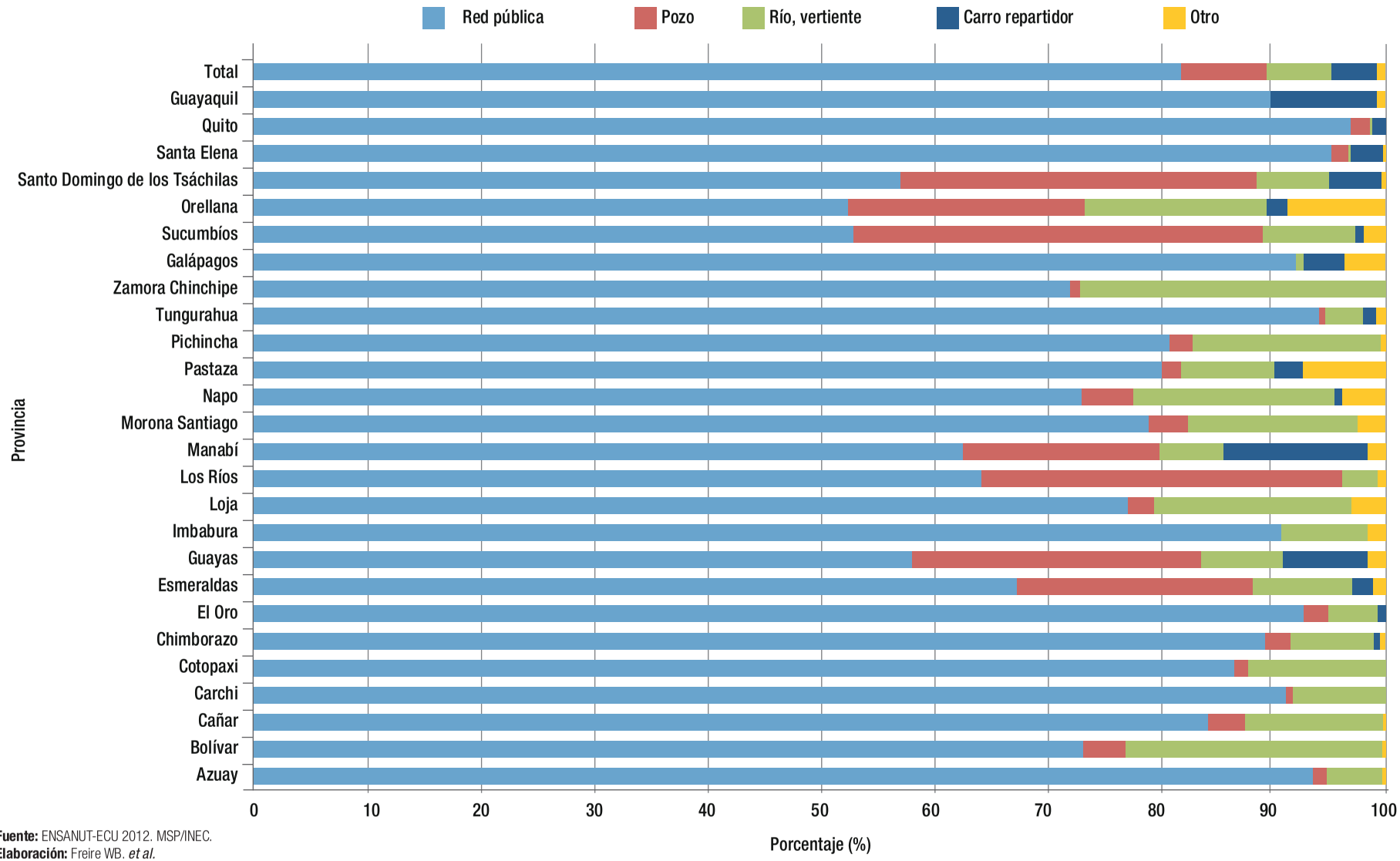
Con relación al grupo étnico, el abastecimiento de agua potable es menor entre la población montubia (46.6 %) y la indígena (76 %). Con relación al quintil económico, la mitad de personas en el quintil más pobre (Q1) no tiene acceso a agua potable (49.7 %); de igual manera, un cuarto de personas en el segundo quintil (Q2) tampoco posee este servicio (25.2 %).

En el Anexo 3.7 se presenta la distribución porcentual del abastecimiento de agua en los hogares por subregión y zona de planificación. El análisis por subregión indica que las tasas más bajas de abastecimiento de agua potable se encuentran en la Costa rural (30.8 %) y la Amazonía rural (51.9 %). En contraste, Quito, Galápagos y la Sierra urbana alcanzan una cobertura de servicio de agua potable de 98.2 %, 92.4 % y 93.4 %, respectivamente. Finalmente se destaca de este anexo que en la Costa rural el acceso a agua proviene principalmente de pozo es de 45.3 %.

Del análisis por zonas de planificación se desprende que la zona 4 (Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas) presenta la tasa más baja de acceso a la red pública (61.8 %), seguida por la zona 1 (Imbabura, Carchi y Sucumbíos) con una tasa de 76.9 %.

El Grafico 3.2 y el Anexo 3.8 muestran la distribución porcentual del abastecimiento de agua en los hogares por provincia. Se observa que en las provincias de Zamora Chinchipe y Bolívar existe una importante proporción de viviendas que acceden a agua proveniente de río o vertiente (26.3 % y 22.5 %, respectivamente). Además, las provincias de Los Ríos, Sucumbíos

Gráfico 3.2 **Abastecimiento de agua por provincia (%)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

y Santo Domingo de los Tsáchilas presentan una mayor proporción de viviendas que acceden a agua proveniente de pozo (32 %, 35.8 %, 31.4 %, respectivamente).

Maneras de beber el agua

El Anexo 3.9 presenta la distribución porcentual de las posibles maneras en que los miembros del hogar beben el agua, desagregada por área, grupo étnico y quintil económico. El Cuadro 3.2 por su parte, presenta un resumen de esta información por área de residencia. En el cuadro se observa que las posibles maneras de beber el agua incluyen: *Beben el agua tal como llega al hogar, Hierven el agua para beber, Ponen cloro en el agua para beber, Filtran el agua para beber y Compran agua purificada para beber.* Además, se observa que a nivel nacional el 35.8 % de hogares hierve el agua, el 34 % bebe el agua tal como llega al hogar, el 26.3 % compra agua purificada, el 2.7 % pone cloro en el agua y el 1.1 % filtra el agua.

Según el área de residencia, se puede apreciar que, en comparación con el área urbana, en el área rural hay una mayor proporción de hogares en que se bebe el agua tal como llega al hogar (28.1 % y 49.1 %, respectivamente). También se puede apreciar que en comparación con el área rural (14 %), en el área urbana existe una mayor proporción de hogares en donde compran agua purificada para beber (31.1 %).

Según el grupo étnico, este anexo indica que los hogares indígenas presentan la mayor proporción (59.2 %) de beber el agua tal como llega al hogar frente al nivel nacional (34 %). También se muestra que los hogares montuvios presentan la mayor proporción de poner cloro en el agua para beber (8.9 % frente al 2.7 % a nivel nacional). De manera adicional, según el quintil económico se desprende que mientras más pobre es el hogar, existe una mayor proporción de hogares que beben el agua tal como llega al hogar (47.3 % en el Q1 y 25.8 % en el Q5). En contraste, mientras más rico es el hogar, mayor es la proporción de hogares que compran agua purificada (37.2 % en el Q5 y 12.7 % en el Q1).

El Anexo 3.10 presenta la distribución porcentual de las posibles maneras en que los miembros del hogar beben el agua, desagregada por subregión, zona de planificación y provincia. El análisis de las maneras de beber el agua por subregión indica que un 61.7 % de hogares en la Sierra rural y un 52.2 % de hogares en la Amazonía rural beben el agua tal como llega al hogar, lo que las convierte en las proporciones más altas en esta categoría. En contraste, un 65.9 % de hogares en Galápagos, y un 52.2 % de hogares en la Costa urbana beben agua purificada, siendo también las proporciones más altas en esta categoría.

Infraestructura sanitaria/eliminación de excretas

El Anexo 3.11 presenta información sobre la eliminación de excretas desagregada por área, grupo étnico y quintil económico. Se observa que a nivel nacional 62.4 % de hogares elimina las excretas mediante red pública de alcantarillado; 24.2 %, lo hace a través de pozo séptico; 8.4 %, a través de pozo ciego; 3 % no posee ninguna forma de eliminación; 1.3 % utiliza letrinas y un 0.8 % descarga las excretas directamente al río, el mar u otros sitios. En el área urbana la mayoría de hogares (77.4 %) tiene servicios higiénicos con conexión a red pública, mientras que en el área rural, la mayoría (43.8 %) tiene pozo séptico.

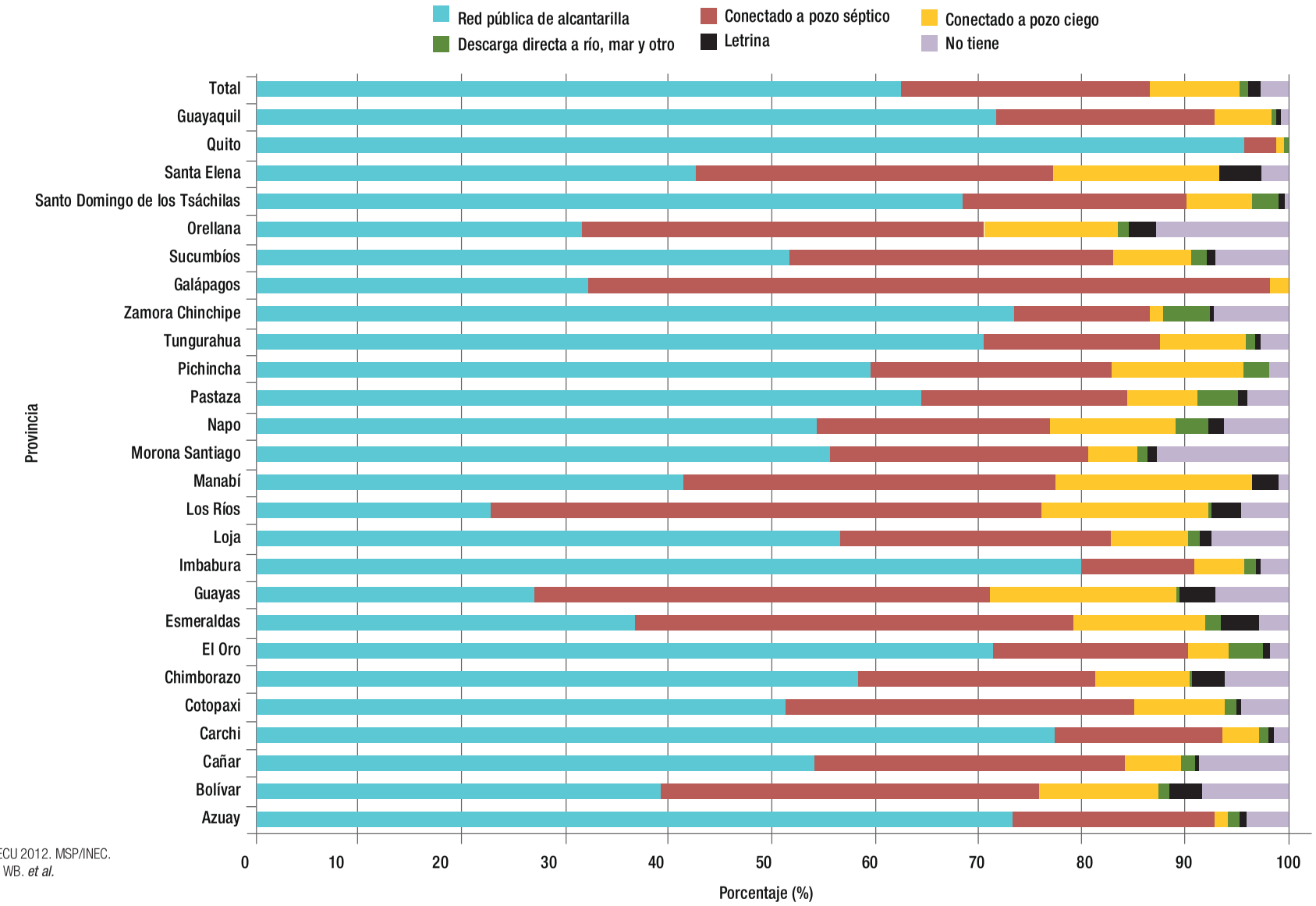
En 2004, la ENDEMAIN indicó que a nivel nacional el 44.4 % de hogares eliminaba las excretas mediante servicio higiénico conectado a alcantarillado y un 20 % mediante servicio higiénico conectado a pozo séptico (CEPAR, 2005). Estos dos servicios han incrementado en 18 y 4 puntos porcentuales, respectivamente, para el año 2012.

Cuadro 3.2 **Maneras de beber el agua en los hogares ecuatorianos por área de residencia (%)**

Área de residencia	Maneras de beber el agua					
	Beben el agua tal como llega al hogar	Hierven el agua	Ponen cloro en el agua	Filtran el agua	Compran agua purificada	Total
	%	%	%	%	%	%
Urbano	28.1	37.4	2.0	1.4	31.1	100
Rural	49.1	31.9	4.6	0.4	14.0	100
Total	34.0	35.8	2.7	1.1	26.3	100

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 3.3 **Eliminación de excretas por provincia (%)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

En el contexto regional, Colombia presenta un 75 % de hogares a nivel nacional con servicio de eliminación de excretas mediante red pública de alcantarillado (Profamilia, 2010). Ecuador se encuentra con casi 13 puntos porcentuales por debajo en relación con este país (62.4 %).

Al desagregar por grupo étnico se destaca que un 12.2 % de indígenas no posee ningún tipo de método para la eliminación de excretas. Además, solo un 21.8 % de montuvios tiene servicio higiénico conectado a la red pública de alcantarillado, siendo esta la proporción más baja. Por otro lado, al observar las diferencias por quintil económico se ve que una proporción importante de hogares del quintil más pobre (Q1) no tiene acceso a ninguna forma de eliminación de excretas (13.5 %).

En el Anexo 3.12 se presenta la distribución de los servicios de eliminación de excretas por subregiones y zonas de planificación. En la Amazonía rural, 15.6 % de hogares no posee ningún servicio para eliminación de excretas; además, un 2.2 % de estos hogares descarga las excretas directamente al río, etc.

Al hacer el análisis por zonas de planificación, se puede ver que la zona 5 (Guayas, Santa Elena, Los Ríos, Bolívar y Galápagos) es la menos favorecida en servicios para eliminación de excretas. En particular, solo un 31 % de hogares en esta zona posee servicio de eliminación de excretas conectado a alcantarillado, el 44 % de hogares está conectado a pozo séptico y el 5.9 % no tiene ningún servicio de eliminación de excretas.

El Gráfico 3.3 y el Anexo 3.13 muestran la distribución de los servicios de eliminación de excretas por provincias. En general, se puede decir que en todas las provincias el acceso a servicios de eliminación de excretas por alcantarillado llega al 50 o 60 %. Además, se puede observar que en Orellana y Morona Santiago, una proporción considerable no tiene ningún servicio para la eliminación de excretas (13.5 % y 12.9 %, respectivamente). Por otro lado, Zamora Chinchipe posee un 4.9 % de hogares que eliminan sus excretas mediante descarga al río; esta es la proporción más alta a nivel nacional en esta categoría.

Servicio de alumbrado

Los Anexos 3.14 y 3.15 presentan la distribución porcentual de hogares con servicio de luz eléctrica por área de residencia, grupo étnico, quintil económico, subregión y zona de planificación. El servicio de alumbrado a nivel país está en el 99.4 % de hogares en Ecuador. Por grupo étnico, quintil económico, subregión y zonas de planificación, la tasa del servicio de alumbrado es muy semejante a la escala nacional. Al comparar estos valores con los datos de la ENDEMAIN 2004 se puede decir que el servicio de alumbrado en los hogares ecuatorianos ha aumentado en casi 4 puntos porcentuales en estos últimos ocho años (de 96 % en 2004 a 99.4 % en 2012) (CEPAR, 2005).

En el contexto regional, Colombia posee un 97.4% de hogares con servicio de luz eléctrica y Perú posee un 89.2 % de hogares con este servicio (Profamilia, 2010; INEI, 2012).

Servicio de telefonía

En los Anexos 3.16 y 3.17 se presenta la tasa de cobertura de servicio de telefonía convencional y telefonía celular desagregada por área, grupo étnico, quintil económico, subregión y zona de planificación. Se desprende que un 41.6 % de hogares tiene acceso a servicio de telefonía convencional; en contraste, el 92 % de hogares tiene acceso a servicio de telefonía celular. También se observa que la mayoría de hogares, tanto en el área urbana (94.9 %) como en el área rural (84.4 %), posee telefonía celular.

Con relación a la ENDEMAIN 2004, el servicio de telefonía celular en el 2012 ha aumentado del 30.9 % al 92 % (CEPAR, 2005). Por otro lado, la tasa de uso del servicio de telefonía convencional ha aumentado en 10 puntos porcentuales (de 31.6 % en 2004 a 41.6 % en el 2012) (CEPAR, 2005).

En cuanto al grupo étnico, los hogares indígenas son los menos favorecidos por los servicios de telefonía convencional (33.8 %) y celular (77.1%). En cuanto al quintil económico, pocos son los hogares del quintil más pobre (Q1) que poseen teléfono convencional en comparación con el quintil más rico (Q5) (4.8 % y 88.3 %, respectivamente). Sin embargo, la brecha es mucho menor respecto del servicio telefónico celular, donde el 80 % del quintil más pobre (Q1) y el 97.8 % del quintil más rico (Q5) tienen acceso a este servicio.

El análisis por subregión indica que los hogares de la Costa rural, la Amazonía rural y la Sierra rural son los menos abastecidos del servicio de telefonía convencional (5.9 %, 23.2 % y 29 %, respectivamente). En cuanto a telefonía celular, la Amazonía rural y la Sierra rural son las subregiones con menor proporción en este servicio (74.2 % y 79.5 %, respectivamente).

El análisis por zonas de planificación indica que la zona 4 (Manabí, Santo Domino de los Tsáchilas) posee el menor porcentaje (29.1 %) de hogares con teléfono convencional. Por su parte, la zona 3 (Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo y Pastaza) y la zona 6 (Azuay, Cañar y Morona Santiago) poseen el menor porcentaje de hogares con teléfono celular (85.3 % y 85.5 %, respectivamente).

Combustible utilizado para cocinar

El Anexo 3.18 presenta la distribución del uso de combustibles para cocinar por área de residencia, grupo étnico y quintil económico. A nivel nacional, el combustible de preferencia para cocinar es el gas (97.3 %); en el área rural, esta proporción es menor a la del área urbana (93.1 % frente al 99 %). Además, se observa que un 6.1 % de hogares en el área rural usa leña para cocinar. Esta información es esencial ya que el uso de leña para cocinar tiene una relación directamente proporcional con el desarrollo infecciones respiratorias y enfermedades pulmonares, especialmente en niñas y niños (OMS, 2007). El análisis por grupo étnico y quintil económico muestra que un 12.8 % de indígenas y un 7.6 % de hogares del Q1 cocinan con leña.

Del análisis de la distribución de uso de combustible por subregión en el Anexo 3.19 se desprende que la Sierra rural, la Amazonía rural y la Costa rural poseen la mayor proporción de hogares que cocinan con leña (8.3 %, 4.1 % y 4.7 %, respectivamente). Este mismo análisis por zonas de planificación indicó que la zona 3 (Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo y Pastaza) tiene un 5.9 % de hogares que cocina con leña.

Eliminación de basura

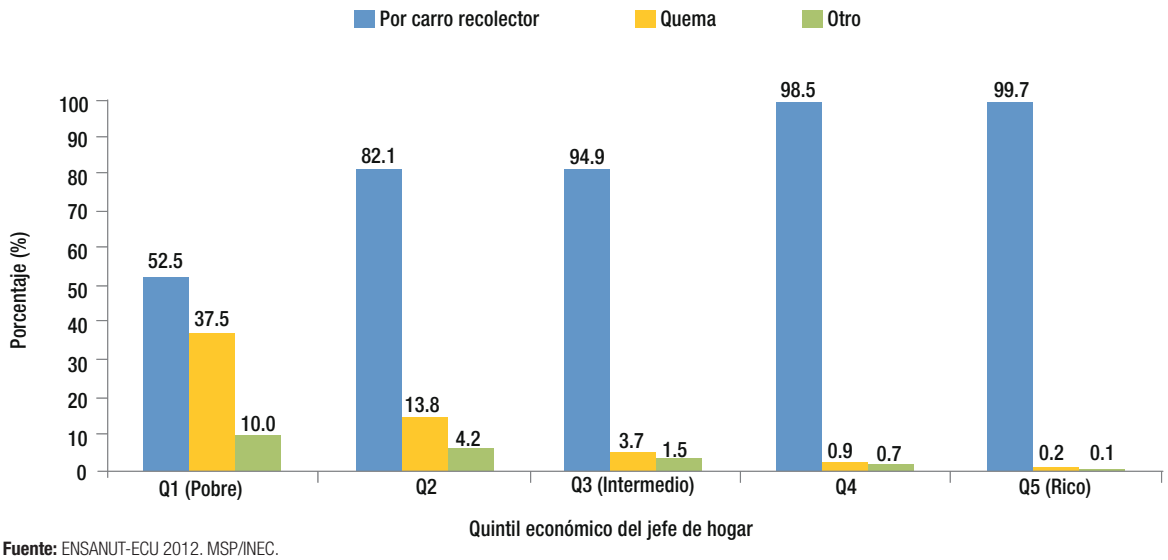
Los Anexos 3.20 y 3.21 presentan la distribución porcentual de eliminación de basura desagregada por área, grupo étnico, quintil económico, subregión y zona de planificación. Se desprende del anexo que el 85.5 % de hogares elimina la basura a través de carro recolector, el 11.2 % quema su basura y el 3.3 % elimina su basura de otras maneras (Anexo 3.20). Según el área de residencia, en el área rural se observa un menor porcentaje de hogares que usan carro recolector (53.2 %) en comparación con el área urbana (98.1%); el resto de hogares del área rural, quema la basura (37.4 %) o usa otro método (9.4 %).

En el año 2004, la proporción de hogares que usaba carro recolector a nivel nacional era menor (64.8 %) a la proporción observada en el año 2012 (85.5 %) (CEPAR, 2005). Además, en el área rural (25.3 %) y en el área urbana (92 %) los porcentajes también eran menores a los observados en 2012 (53.2 % y 98.1 %, respectivamente) (CEPAR, 2005).

En el contexto regional, Colombia presenta una proporción similar (80 %) a la de Ecuador de viviendas que poseen servicio de carro recolector de basura (Profamilia, 2010).

El análisis por grupo étnico indica que los hogares indígenas y montuvios son quienes tienen menos acceso al servicio de carro recolector de basura

Gráfico 3.4 **Eliminación de basura según el quintil económico del jefe de hogar (%)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

(61.8 % y 62.9 %, respectivamente); estos mismos hogares poseen una proporción considerable de eliminación de basura a través de la quema (27.8% y 33.2 %, respectivamente). En el análisis por quintil económico, en el Gráfico 3.4 se reporta que los hogares en el quintil más pobre (Q1) tienen menos acceso al carro recolector de basura (52.5 %) con relación a los demás quintiles; en contraste, estos mismos hogares del Q1 son los que más queman basura (37.5 %).

Al hacer el análisis de la distribución porcentual de la eliminación de basura por subregión, se desprende que la Costa rural posee un 46.3 % de hogares con acceso al carro recolector de basura, esto la convierte en la subregión menos atendida con este servicio. Además, la Costa rural posee un 47.5 % de hogares en donde se quema la basura.

Del análisis por zonas de planificación se observa que la zona 3 (Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo y Pastaza) y la zona 5 (Guayas, Santa Elena, Los Ríos, Bolívar y Galápagos) presentan la menor tasa de hogares con acceso al carro recolector de basura (72.2 % y 72.7 %, respectivamente). La zona 5, por su parte, presenta la proporción más alta de hogares que queman basura (24,3 %).

Hacinamiento

En la presente sección se entiende por hacinamiento la ocupación de tres o más personas en un cuarto para dormir. En el Anexo 3.22 se presenta la tasa de hacinamiento desagregada por área, grupo étnico y quintil económico. Se puede ver que a nivel nacional la tasa de hacinamiento es del 8 %. En el área rural la tasa es ligeramente mayor a la del área urbana (9.3 % y 7.5 %, respectivamente). Asimismo, la tasa de hacinamiento es más alta en los hogares indígenas (17.2 %), y en los hogares afroecuatorianos (12.1 %). Además, cabe destacar que la tasa de hacinamiento en los hogares del quintil más pobre (Q1) es la más alta (22.3 %), cómo se muestra en el Gráfico 3.5.

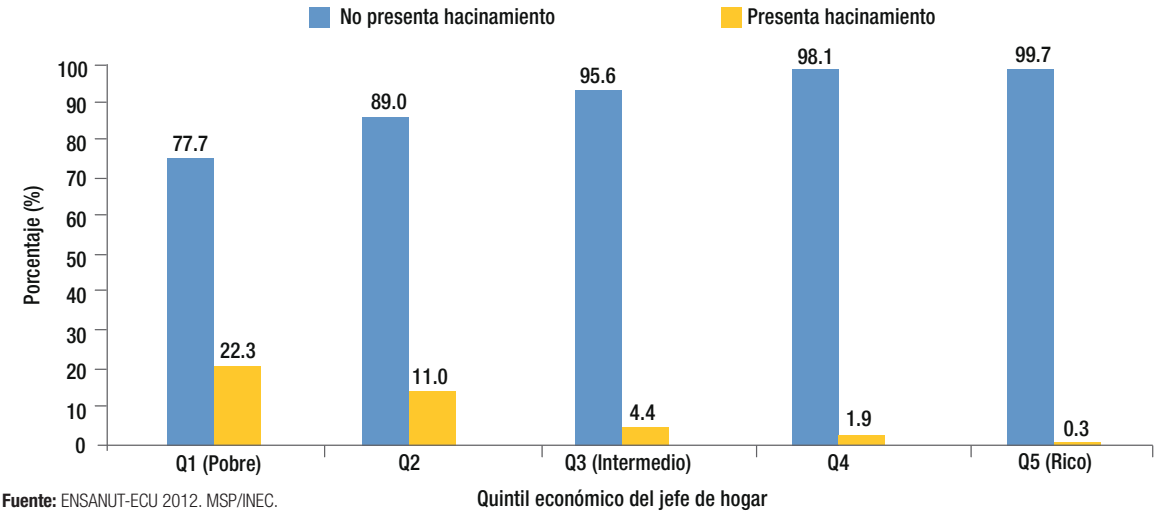
Al observar la tasa de hacinamiento por subregión y zona de planificación, en el Anexo 3.23 se reporta que la Amazonía rural y la Amazonía urbana son las más hacinadas (12.9 % y 12.1%, respetivamente). En cuanto a las zonas de planificación, la zona 1 (Esmeraldas, Carchi, Imbabura y Sucumbíos) presenta la tasa más alta (13.2 %).

3.3.2 Equipamiento del hogar

La posesión de bienes de consumo duradero constituye un indicador de los niveles de bienestar de la población y representa un instrumento de medición del nivel socioeconómico de los hogares (INEI, 2012). Por ejemplo, con respecto a la salud de la familia, la posesión o no de una refrigeradora brinda información acerca de cómo los hogares almacenan y conservan los alimentos. Asimismo, la tenencia de un equipo de sonido o radio, una televisión o una computadora habla del acceso de los hogares a los medios de comunicación y la tecnología.

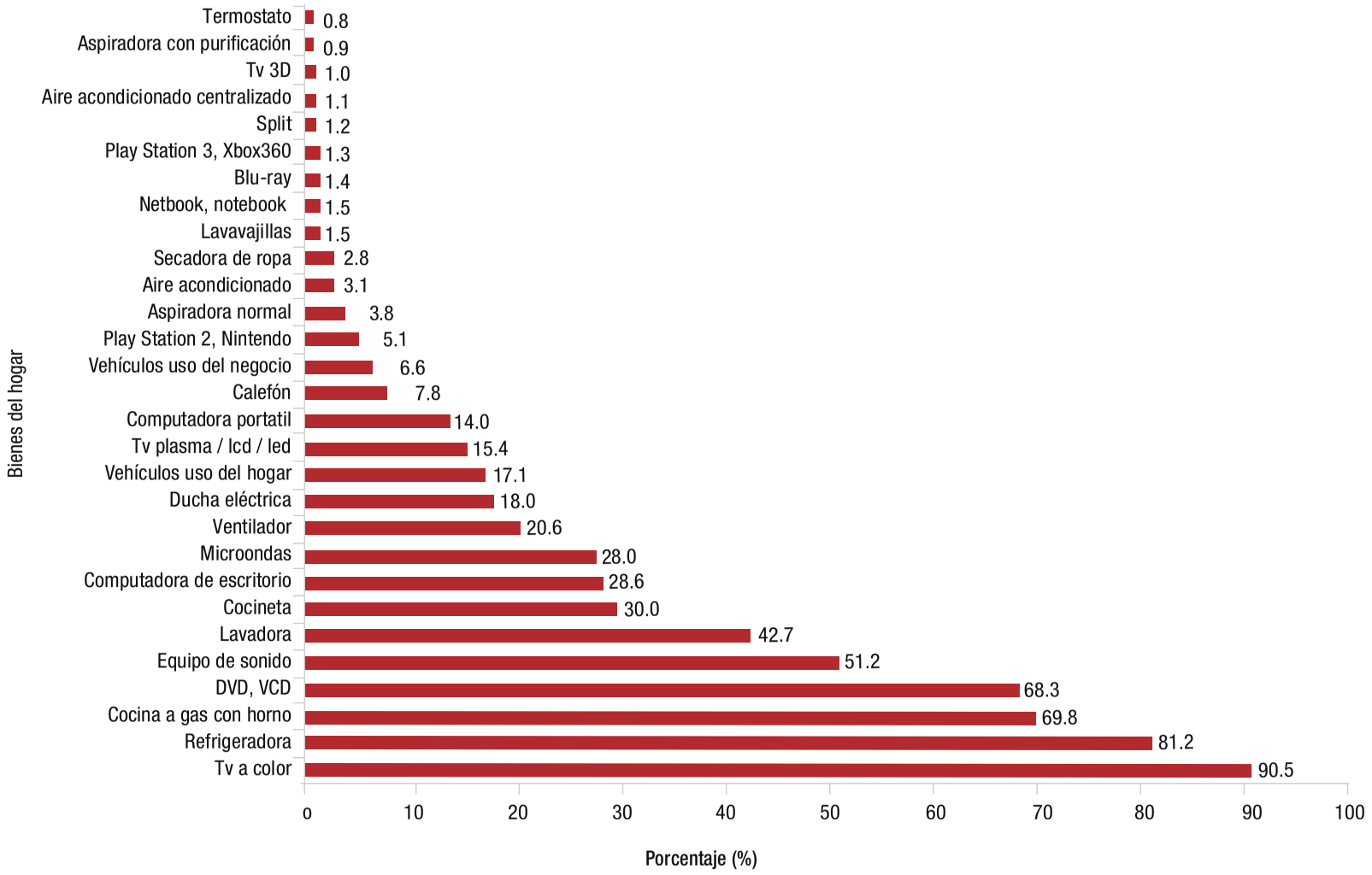
En este contexto, en los Anexos 3.24 y 3.25 se presenta el equipamiento de bienes de consumo duradero en los hogares ecuatorianos desagregado por área, subregión y zona de planificación. Como se desprende del Gráfico 3.6, los bienes más comunes en los hogares ecuatorianos son el

Gráfico 3.5 **Tasa de hacinamiento por quintil económico**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 3.6 **Equipamiento de los hogares a nivel nacional (%)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire et al

televisor a color (90.5 %), la refrigeradora (88.2 %), la cocina a gas con horno (87 %) y el DVD o VCD (71.8 %). Además, un 43 % de la población posee computadora, ya sea de escritorio o portátil. Por otro lado, se puede observar que los hogares ecuatorianos del área rural presentan una menor proporción en todos los bienes de consumo en comparación con el área urbana, la única excepción se da con la cocineta, cuya tenencia es mayor en el área rural (50.1 % frente al 22.2 %) (Anexo 3.24). De esta información se deduce que la población urbana está mejor equipada que la rural, sin embargo, la población rural presenta una mejora sustancial en la tenencia de bienes de consumo cuyo acceso en años anteriores hubiera sido imposible, como a las computadoras.

Al comparar los datos del 2012 con los del 2004, la distribución del equipamiento del hogar ha variado. En el pasado, la cocina (91 %), el televisor (80 %), la plancha (73 %) y la refrigeradora (61%) eran los bienes que los hogares poseían en mayor proporción (CEPAR, 2005). Por otro lado, a más de la tenencia de estos bienes, la ENSANUT-ECU 2012 incluyó preguntas sobre la posesión de bienes de consumo más modernos como el horno microondas, la televisión plasma y la secadora de ropa, entre otros.

El análisis del equipamiento del hogar por subregión indica que los hogares en la Sierra rural y la Amazonía rural presentan la menor proporción de tenencia de refrigeradora (57.8 % y 69 %, respectivamente). En cuanto a la posesión de cocina a gas o cocineta, la subregión menos favorecida es la Amazonía rural. Con relación a la posesión de una computadora (sea de escritorio o portátil) se observa que la Costa rural es la menos abastecida (8.7 %).

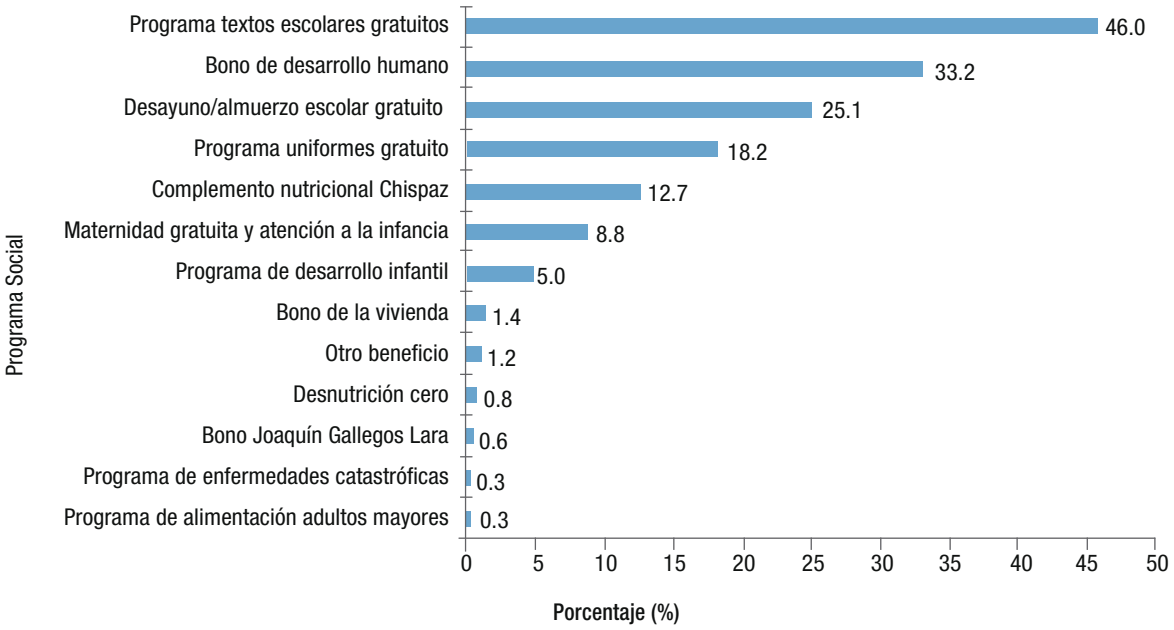
El análisis por zonas de planificación indica que la zona 3 (Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo y Pastaza) es la que menor proporción de tenencia de refrigeradora muestra (66.2 %) (Anexo 4.25). La zona 5 (Guayas, Santa Elena, Los Ríos, Bolívar y Galápagos) por su parte, es la que menor proporción de hogares con computadoras presenta (21 %).

3.3.3 Acceso a programas sociales

Los Anexos 3.26 y 3.27 muestran la proporción de hogares ecuatorianos en que, al menos, un miembro del hogar accede a uno de los programas sociales listados, desagregada por ubicación geográfica, quintil económico y grupo étnico. En estos anexos y en el Gráfico 3.7 se observa que, de mayor a menor, los programas sociales a los que más acceden los hogares son el Programa de textos escolares gratuitos, el Bono de desarrollo humano y el Desayuno/almuerzo escolar gratuito.

Con relación al 2004, se observa que los hogares que acceden al Bono de desarrollo humano han

Gráfico 3.7 **Hogares que acceden a programas sociales a nivel nacional**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

aumentado del 27.4 % al 33.2 % (CEPAR, 2005). Además, los hogares que acceden al Desayuno/almuerzo escolar gratuito han aumentado del 15.7 % al 25.1 %. Además, el acceso de los hogares al programa de Maternidad gratuita y atención a la infancia ha aumentado ligeramente del 7.1 % al 8.8 %. El acceso a los programas de Alimentación a los adultos mayores y al Bono de la vivienda, por su parte, se ha mantenido constante (0.3 % y 1.3 %, en el 2004). Para complementar esta información, en el cuadro se muestra información sobre el acceso de los hogares a nuevas intervenciones, tales como el acceso al Complemento nutricional Chispaz (12.7 %), el Programa de textos escolares gratuitos (46 %) y el Bono Joaquín Gallegos Lara (0.6 %).

Al analizar la distribución del acceso de los hogares a los programas sociales por quintil económico, el Cuadro 3.3 muestra que, en la mayoría de casos, mientras más pobre es el quintil, mayor es el porcentaje de acceso a los distintos programas sociales. Por ejemplo, un 65.8 % hogares del Q1 y un 51.7 % de hogares del Q2 acceden al Bono de desarrollo humano; en contraste, un 2.9 % de hogares del quintil más rico (Q5) acceden al mismo bono. Sin embargo, esta distribución es preocupante ya que un tercio (65.8 %) de la población más pobre (Q1), no tiene acceso al Bono de desarrollo humano, mientras que existen hogares del quintil 4 (13.5 %) y del quintil 5 (2.9 %) que sí lo reciben.

Por otro lado, en cuanto al acceso al Bono Joaquín Gallegos Lara y al Programa de enfermedades catastróficas, se puede ver que la distribución del acceso en los cinco quintiles económicos es muy similar.

Cuadro 3.3 **Hogares que acceden a programas sociales, por quintil económico (%)**

Programa social	Quintil económico						
	Q1 (Pobre)	Q2	Q3 (Intermedio)	Q4	Q5 (Rico)	Total	
	Sí acceden	Sí acceden	Sí acceden	Sí acceden	Sí acceden	Sí acceden	
	%	%	%	%	%	%	n
Programa de alimentación adultos mayores	0.6	0.4	0.1	0.1	0.1	0.3	83
Bono de desarrollo humano	65.8	51.7	31.9	13.5	2.9	33.2	7 389
Bono Joaquín Gallegos Lara	1.0	0.8	0.6	0.2	0.4	0.6	113
Bono de la vivienda	2.2	1.8	1.6	0.9	0.4	1.4	347
Programa de enfermedades catastróficas	0.4	0.2	0.5	0.4	0.3	0.3	62
Complemento nutricional Chispaz	19.3	17.0	12.4	8.9	5.6	12.7	3 746
Programa de desarrollo infantil	8.4	6.4	4.5	3.6	1.9	5.0	1 549
Desayuno/almuerzo escolar gratuito	38.2	34.6	26.1	18.6	8.2	25.1	6 667
Desnutrición cero	1.8	1.0	0.6	0.4	0.3	0.8	185
Acceso a maternidad y atención a la infancia gratuita	12.9	11.9	7.2	7.2	5.0	8.8	2 714
Programa textos escolares gratuitos	55.6	57.6	49.7	40.8	26.6	46	10 844
Programa de uniformes gratuitos	33.8	25.5	15.7	10.9	4.9	18.2	6 240

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

3.4 BIBLIOGRAFÍA

CEPAR (2005). *ENDEMAIN 2004: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil.* Ecuador: Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social (CEPAR).

INEI (2012). *ENDES. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.* Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

OMS (2007). *Energía doméstica y salud: combustibles para una vida mejor.* Francia

Profamilia (2010) *ENDS. Encuesta Nacional de Demografía y Salud.* Colombia: Profamilia, Ministerio de Protección Social, Bienestar Familia y USAID.



CAPÍTULO IV

CARACTERÍSTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Fotografía:
UNICEF/Ecuador/2009-174/Clavijo

Contenido

4.1 INTRODUCCIÓN 79
4.2 METODOLOGÍA 79
4.3 RESULTADOS 79
4.3.1 Características demográficas 79
Sexo y grupos de edad 79
4.3.2 Características socioeconómicas 80
Nivel de instrucción 80
Quintil económico 80
Grupo étnico 82
Estado civil 83
Relación de parentesco con el jefe de hogar 83
4.4 BIBLIOGRAFÍA 84

4.1 INTRODUCCIÓN

El presente capítulo hace un breve resumen de las principales características demográficas y socioeconómicas de la población ecuatoriana en el siguiente orden: sexo, grupos de edad, nivel de instrucción, quintil económico, grupo étnico y estado civil. Es necesario conocer las características demográficas y socioeconómicas de la población por estar relacionadas con el acceso a los servicios de salud, sobre todo en Ecuador, en donde, a pesar de las mejoras, la decisión de ir a un centro de salud está influenciada por determinantes socioeconómicos tales como el quintil económico, el nivel de instrucción y el grupo étnico de la población (López-Cevallos *et al.*, 2010a, 2010b).

En este contexto, los datos del presente capítulo se relacionan con los datos de la ENDEMAIN 2004 en los casos comparables. Resta decir que la información se encuentra resumida en gráficos y cuadros; sin embargo, en el disco compacto que acompaña este tomo, se encuentran los anexos, en donde se detalla la información de la población muestral (n), la población expandida (N), los intervalos de confianza (IC95%) y la desagregación por provincia y zona de planificación.

4.2 METODOLOGÍA

Los datos del capítulo fueron obtenidos durante la aplicación del Formulario del Hogar, Sección III: *Datos de los miembros del hogar*, al jefe o la jefa de hogar o a su cónyuge, independientemente de su edad y sexo (Anexo A). En ausencia de las personas mencionadas la información fue suministrada por una persona mayor de 18 años perteneciente al hogar en referencia, que haya tenido la capacidad y el conocimiento necesarios para proporcionar datos veraces sobre el resto de los miembros del hogar.

Para mayor detalle, en el Cuadro 4.1 se muestran los criterios de edad tomados en cuenta para la descripción estadística de este capítulo. En particular, para la determinación del nivel de instrucción, se tomó en cuenta la población mayor de 6 años; para la determinación del estado civil, se tomó en cuenta a la población mayor de 12 años; en los demás casos, se tomó en cuenta a toda la población.

4.3 RESULTADOS

4.3.1 Características demográficas

Sexo y grupos de edad

El Cuadro 4.2 muestra la distribución porcentual de hombres y mujeres por área de residencia. Se desprende que la distribución de hombres y mujeres es similar, con una pequeña diferencia en favor de las mujeres (48.7 % y 51.3 %, respectivamente). En 2004 esta distribución fue prácticamente igual.

En cuanto a los grupos de edad, se ve también en el Cuadro 4.2, que de 0 a 4 años, de 5 a 9 años y de 10 a 14 años de edad, las proporciones en la población se mantienen constantes (alrededor del 11 %). Sin embargo, de los 15 a los 24 años se observa que la población aumenta al 19.3 %. A partir de los 25 años, la distribución en los siguientes grupos etarios disminuye paulatinamente. Cabe decir que la menor proporción de personas se encuentran en los grupos de 55 a 64 años y el de 65 años y más (4.1 % y 4.2 %, respectivamente). Para mayor detalle de esta información, en el Anexo 4.1 se presenta la distribución por sexo y grupos de edad desagregada por subregión, provincias y zonas de planificación.

Cuadro 4.1 **Composición del capítulo IV por grupos de edad**

Sección	Población estudiada		
	6 años o más	12 años o más	Toda la población
Características demográficas			
Sexo y grupos de edad			X
Características socioeconómicas			
Nivel de instrucción	X		
Quintil económico			X
Grupo étnico			X
Estado civil		X	
Relación de parentesco con el jefe de hogar			X

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 4.2 **Distribución porcentual de la población ecuatoriana por sexo, grupo de edad y área de residencia (toda la población)**

Área de residencia	Urbano	Rural	Total	
	%	%	%	n
Sexo (toda la población)				
Hombre	48.5	49.3	48.7	44 979
Mujer	51.5	50.7	51.3	47 523
Total	100	100	100	92 502
Grupo de edad (toda la población)				
0 a 4	11.0	11.8	11.3	11 506
5 a 9	10.6	12.5	11.2	11 203
10 a 14	11.1	13.2	11.7	11 483
15 a 24	19.3	19.7	19.4	18 129
25 a 34	15.5	13.7	15.0	13 819
35 a 44	12.9	11.8	12.5	11 128
45 a 54	10.3	8.5	9.8	7 986
55 a 64	5.1	4.7	5.0	3 963
65 a 99	4.2	4.1	4.1	3 261
Total	100	100	100	92 478*

*Cabe indicar que el número de casos en el desglose por grupo de edad es menor debido a la falta de datos o valores perdidos en algunos individuos.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Al comparar con el 2004 se observa que la mayor proporción de personas estuvo constituida también por el grupo de 15 a 24 años (19.1 %). Igualmente en 2004, la menor proporción de personas correspondía a las personas entre 55 a 64 años (5.4 %) y las de 65 años y más (6.1 %).

4.3.2 Características socioeconómicas

Nivel de instrucción

El Anexo 4.2 presenta la distribución porcentual de la población ecuatoriana mayor de 6 años por nivel de instrucción, desagregada por área de residencia, subregión, provincia y zona de planificación. Se desprende de este Anexo que un 2.9 % de la población no posee instrucción, un 44.9 % posee instrucción primaria, un 39.1 % posee instrucción secundaria y un 13.1 % posee instrucción superior.

Al comparar con la ENDEMAIN 2004 se observa en el 2012 una importante disminución de 8 puntos porcentuales en la proporción de personas sin instrucción (CEPAR, 2005). Por otro lado, se observa también un aumento de casi 9 puntos porcentuales en la proporción de personas que poseen instrucción secundaria (del 30.2 % en 2004, al 39.1 % en 2012) y un aumento de 3 puntos porcentuales en las personas con instrucción superior (del 9.8 % en 2004, al 13.1 % en 2012) (CEPAR, 2005).

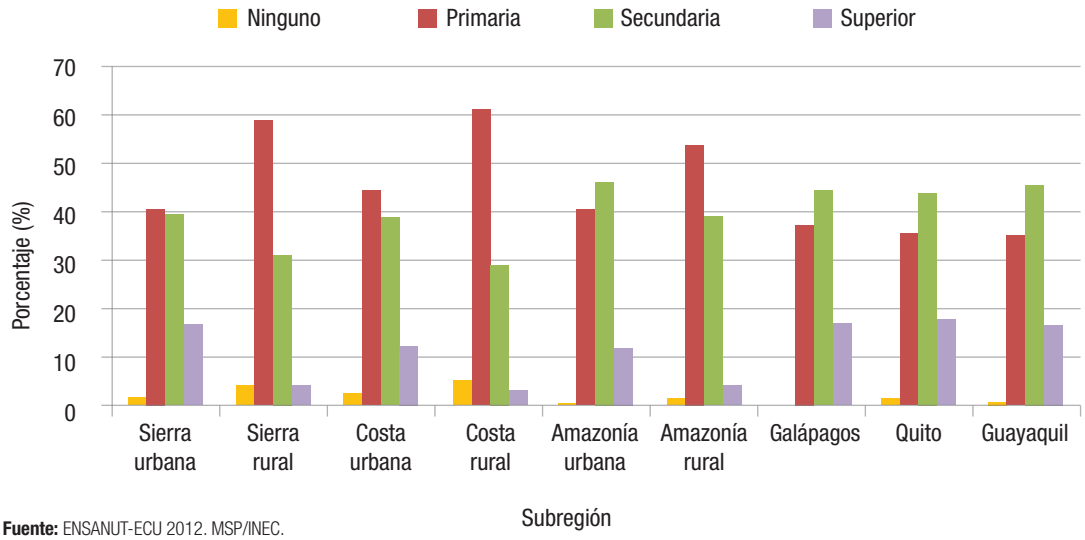
El análisis por subregión, en el Gráfico 4.1, indica que la Costa rural presenta una mayor proporción de población sin instrucción (6 % frente al 2.9 % a nivel nacional). Así mismo, la Costa rural presenta una proporción considerable de personas con instrucción primaria (60.7 % frente al 44.9 % a nivel nacional). Por su parte, Quito, Guayaquil, la Sierra urbana y Galápagos se caracterizan por tener una mayor proporción de personas con instrucción superior (18.5 %, 17.6 %, 17.6 % y 17.3 %, respectivamente). Para mayor detalle, la desagregación del nivel de instrucción por provincia y zonas de planificación se presenta en el Anexo 4.2.

Al analizar el nivel de instrucción por grupos de edad, el Cuadro 4.3 y el Anexo 4.3 indican que, en el grupo de 65 años y más, existe un porcentaje considerable de personas sin instrucción (22.6%). A esta proporción le sigue el grupo de 55 a 64 años, con un 8.4 % de personas sin instrucción. Adicionalmente, a partir de los 25 años, se observan proporciones considerables de personas que poseen tan solo instrucción primaria (todas sobre 32 %).

Quintil económico

En el Anexo 4.4 se presenta la distribución de la población ecuatoriana por quintil económico, según área de residencia, subregión, provincia y

Gráfico 4.1 **Nivel de instrucción de la población ecuatoriana por subregión (población de 6 años o más)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

zona de planificación. Se desprende del Anexo que a nivel nacional las proporciones son muy similares en cada uno de los quintiles (todos alrededor del 20 %). Al comparar con el 2004 se observa que la distribución era parecida, con la excepción del quintil más rico (Q5), en donde la proporción, en 2004, era de 17.3 %.

Al analizar los datos por área de residencia se encuentra que la mayor parte de la población de los quintiles más pobres (Q1 y Q2) vive en el área rural (45.1 % y 29.4 %, respectivamente). En contraste, la mayor parte de la población de los quintiles más ricos (Q4 y Q5) vive en el área urbana (25.1 % y 26.2%, respectivamente).

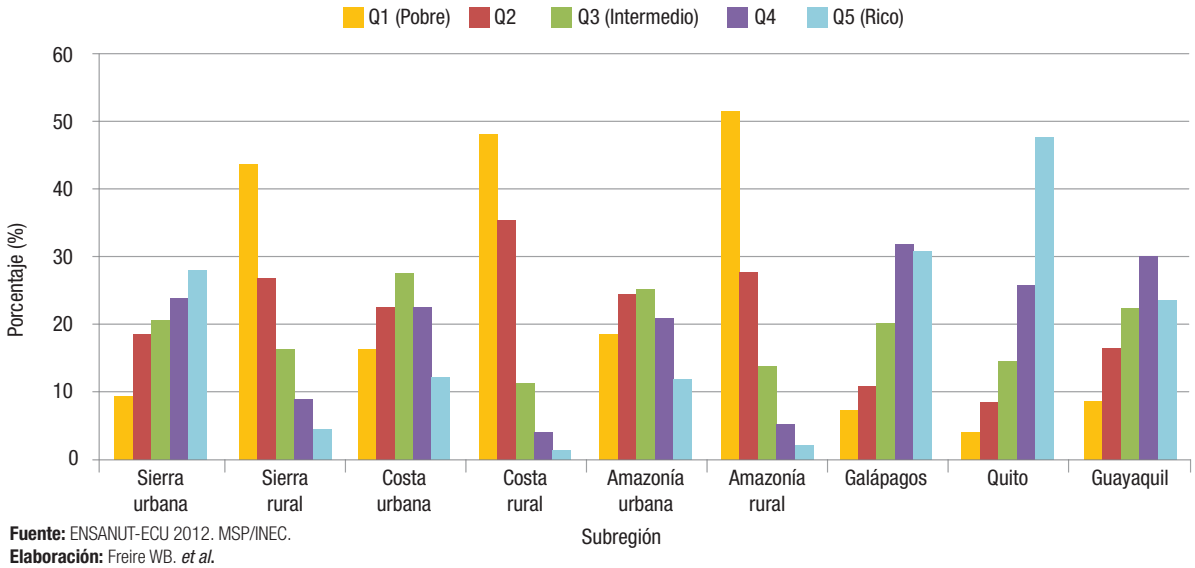
El análisis por subregión en el Gráfico 4.2 muestra que la Amazonía rural, la Costa rural y la Sierra rural tienen la mayor cantidad de personas del quintil más pobre (Q1) (51.2 %, 48.2 % y 43.8 %, respectivamente). De forma paralela, la Amazonía urbana se caracteriza por tener una menor brecha en la proporción de personas de los distintos quintiles. Quito, por su parte, tiene la mayor proporción de personas del quintil más rico, Q5 (47.5 %) y la menor proporción de personas en el quintil más pobre, Q1 (3.9 %).

Cuadro 4.3 **Nivel de instrucción de la población ecuatoriana por grupo de edad (población de 6 años o más)**

Grupo de edad (años)	Nivel de instrucción				Total
	Ninguno	Primaria	Segundaria	Superior	
	%	%	%	%	%
6 a 9	0.6	99.4	-	-	100
10 a 14	0.5	63.8	35.7	-	100
15 a 24	0.6	15.6	68.3	15.4	100
25 a 34	1.6	32.0	43.4	23.0	100
35 a 44	2.2	37.6	41.6	18.6	100
45 a 54	4.1	45.0	32.7	18.2	100
55 a 64	8.4	57.2	22.2	12.2	100
65 y más	22.6	61.6	11.6	4.1	100
Total (%)	2.9	44.9	39.1	13.1	100
Total (n)	2 045	36 475	29 473	8 496	76 489

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 4.2 **Población ecuatoriana por quintil económico y subregión (toda la población)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

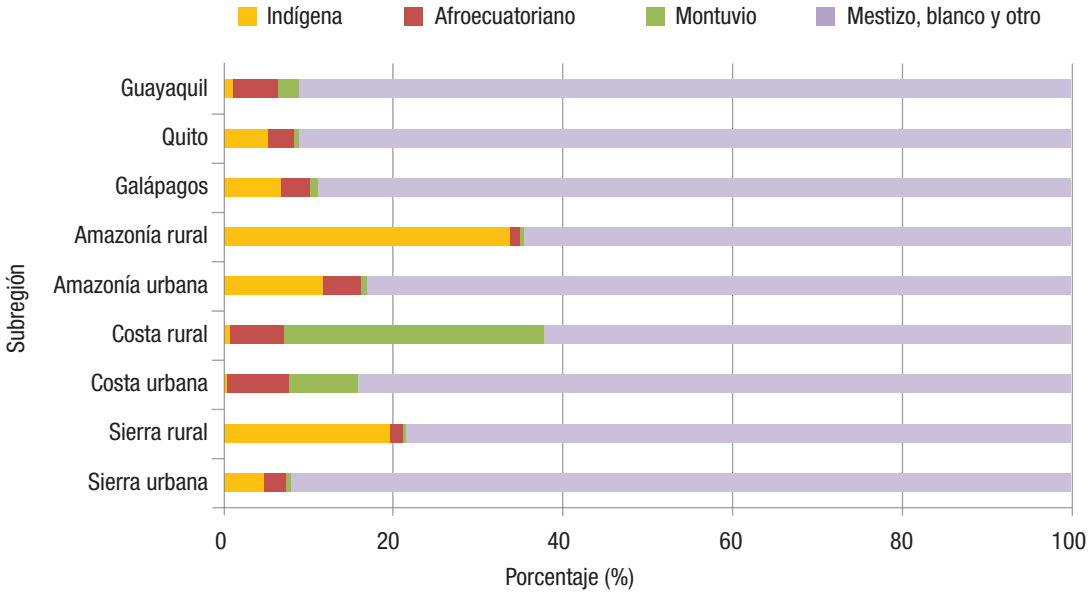
Grupo étnico

En el Anexo 4.5 se presenta la distribución de la población ecuatoriana según el grupo étnico por autodeclaración, desagregado por área de residencia, subregión, provincia y zona de planificación. Se puede observar de este anexo que la mayoría de ecuatorianos se autodeclaran mestizos, blancos o de otra etnia (83.9 %). Le siguen los indígenas (6.2%), los montuvios (5.5 %) y los afroecuatorianos (4.3%). Cabe mencionar que en la ENDEMAIN 2004 se identificó al 87.6 % de la población como mestiza y al 7 % como indígena (CEPAR, 2005).

Según el área de residencia, la mayoría de indígenas vive en el área rural (14.2 % frente al 2.9 % en el área urbana); además, la mayoría de montuvios vive en el área rural (11 % frente al 3.3 % en el área urbana). La mayoría de mestizos y blancos, por su parte, tiende a vivir en el área urbana (89 %), mientras que los afroecuatorianos se distribuyen de manera similar tanto en el área urbana, como en el área rural (3.1 % y 4.8 %, respectivamente).

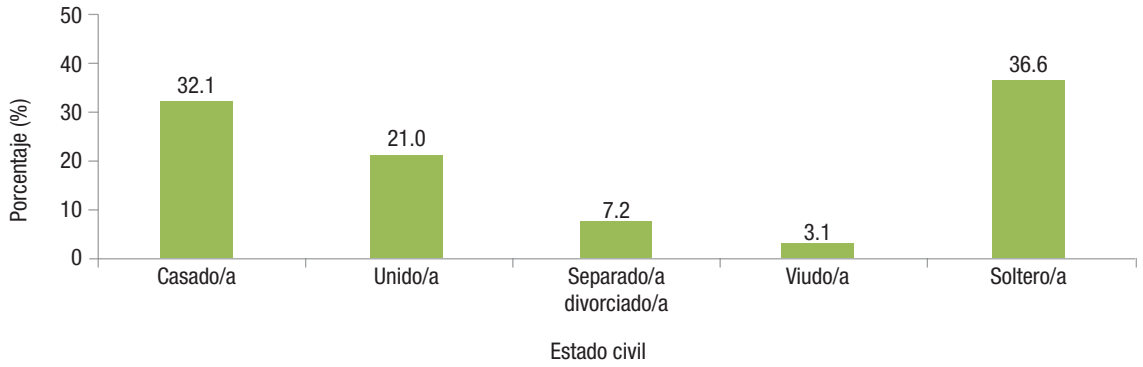
Por subregión, el Gráfico 4.3 indica que todas las subregiones se caracterizan por tener mayor cantidad de mestizos, blancos u otros. Se puede apreciar también que la Amazonía rural posee una

Gráfico 4.3 **Población ecuatoriana por grupo étnico y subregión (toda la población)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 4.4 **Estado civil de la población ecuatoriana (personas de 12 años y más)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

mayor proporción de indígenas (33.9 % frente al 6.2 % a nivel nacional). La Costa rural, por su parte, posee una mayor proporción de montuvios (30.9 % frente al 5.5 % a nivel nacional). Además, tanto la Costa urbana como la Costa rural poseen una mayor proporción de afroecuatorianos (7.4 % y 6.3 % frente al 4.3 % a nivel nacional).

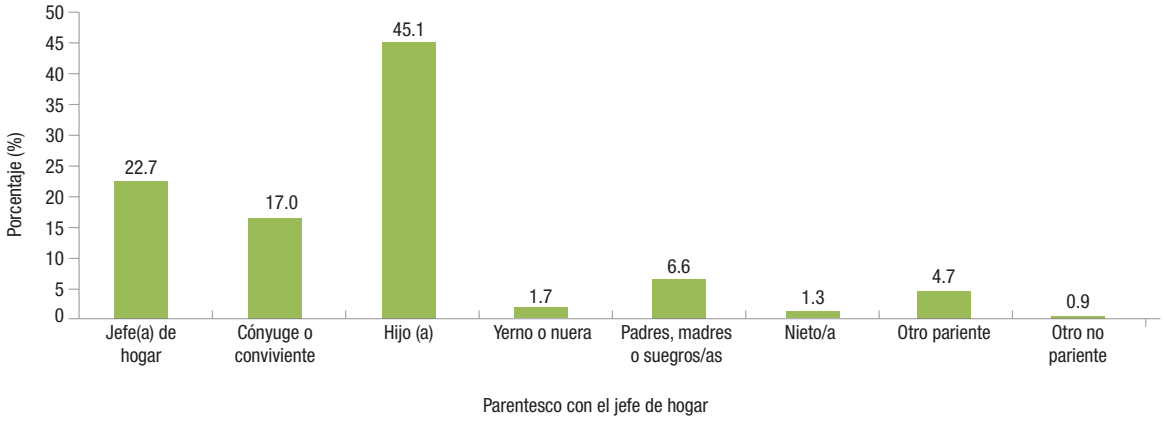
Estado civil

El Anexo 4.6 presenta la distribución porcentual de la población ecuatoriana de 12 años y más según su estado civil, desagregada por área de residencia, subregión, provincia y zona de planificación. Se observa en este Anexo y en el Gráfico 4.4 que un 36.6 % son solteros y solteras; un 32.1 %, casados y casadas; un 21 %, unidos y unidas; un 7.2 %, separados y separadas o divorciados y divorciadas; y un 3.1 %, viudos y viudas. Al comparar con los datos de la ENDEMAIN 2004, la distribución se comporta de forma similar. Es decir, la mayoría son solteros y solteras (37.3 %), le siguen los casados y casadas (35.4 %), los unidos y unidas (17.5 %), los separados y separadas o divorciados y divorciadas (5.8 %) y los viudos y viudas (4 %) (CEPAR, 2005). Por otro lado, se observa una disminución en el porcentaje de casados de alrededor de tres puntos porcentuales y un aumento en el porcentaje de unidos, también, de tres puntos porcentuales.

Relación de parentesco con el jefe de hogar

El Anexo 4.7 muestra la relación de parentesco de cada uno de los miembros del hogar con el jefe de hogar desagregada por área de residencia, subregión, provincia y zona de planificación. Se puede apreciar de este Anexo y del Gráfico 4.5, que a nivel nacional el 22.7 % son jefes de hogar, el 17 % son cónyuges (de sexo femenino o masculino), el 45.1 % son hijos e hijas, el 1.7 % son yernos o nueras, el 6.6 % son padres y madres o suegros y suegras, el 1.3 % son nietos y nietas, el 4.7 % son otros parientes y el 9.9 % son otros no parientes.

Gráfico 4.5 **Relación de parentesco con el jefe del hogar (toda la población)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

En relación con el 2004, la proporción (14,3 %) de otros parientes (incluyendo a los yernos o nueras, padres y madres o suegros y suegras, nietos y nietas y los otros parientes) se ha mantenido constante (CEPAR, 2005).

4.4 BIBLIOGRAFÍA

CEPAR (2005). *ENDEMAIN 2004: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil*. Ecuador: Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social (CEPAR).

López-Cevallos DF & Chi C (2010a). *Assessing the context of health care utilization in Ecuador: A spatial and multilevel analysis*. BMC Health Services Research, 10: 64.

López-Cevallos DF & Chi C (2010b). *Health care utilization in Ecuador: A multilevel analysis of socioeconomic determinants and inequality issues*. Health Policy and Planning, 25(3): 209-218.



CAPÍTULO V

CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL Y DE LOS NACIDOS Y NACIDAS VIVOS

Fotografía:
J. Samaniego/ 2012.

Contenido

5.1 INTRODUCCIÓN 91
5.2 METODOLOGÍA 91
5.3. RESULTADOS 91
5.3.1 Características generales de las mujeres de 15 a 49 años 91
Distribución por grupos de edad 91
Grupo étnico 92
Quintil económico 92
Estado civil 92
Número de hijos e hijas vivos 94
Afiliación al Seguro Social y tipo de seguro médico 95
Situación de empleo 95
5.3.2 Características generales de las mujeres de 12 a 14 años 95
5.3.3 Nivel de instrucción de las mujeres de 15 a 49 años 95
Nivel de instrucción según la edad, grupo étnico y quintil económico 97
Analfabetismo en las MEF de 15 a 49 años. 97
5.3.4 Características de los nacidos vivos y las nacidas vivas en el período julio 2007 a junio 2012 98
Nacidos vivos y nacidas vivas según características de la madre 98
Nacidos vivos y nacidas vivas según características del nacimiento 99
Distribución de NV y MEF 99
5.4 BIBLIOGRAFÍA 100

5.1 INTRODUCCIÓN

El presente capítulo describe las características demográficas y sociales de las mujeres en edad fértil (MEF) de 12 a 49 años y los nacidos vivos y nacidas vivas en el período de julio 2007 a junio 2012. En primer lugar se presentan las características generales de las MEF (edad, grupo étnico, quintil económico, estado civil, afiliación al seguro social, tipo de seguro médico y situación de empleo) desagregadas por área de residencia, subregión, provincia y zona de planificación. En una sección aparte, y siempre que el tamaño de la muestra lo permita, se presenta la misma desagregación para las mujeres de 12 a 14 años.

En segundo lugar se incluye información sobre el nivel de instrucción de las mujeres de 15 a 49 años desagregada por área de residencia, subregión, grupo étnico, quintil económico y edad. Para complementar esta información, también se incluyen datos sobre la tasa de analfabetismo en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, por área de residencia y grupo étnico.

La información resumida se muestra en cuadros y gráficos. Para el lector que desee hacer un análisis más profundo, el disco compacto que acompaña este tomo contiene los anexos en donde constan, la población muestral (n), la población expandida (N) y los intervalos de confianza (IC95%). Finalmente, para contextualizar los resultados de la ENSANUT-ECU con las encuestas de salud sexual y reproductiva realizadas anteriormente en Ecuador, se muestran comparaciones a nivel nacional, con los datos de la encuesta ENDEMAIN 2004.

5.2 METODOLOGÍA

Para la obtención de las variables estudiadas en el presente capítulo se combinó la información recolectada en el formulario de Hogar con la del formulario de MEF, Sección I. *Características generales de la entrevistada* y Sección II. *Historia de embarazos y nacimientos*, aplicados a las mujeres de 12 a 49 años (Anexos A y B). El Cuadro 5.1 muestra el desglose de las secciones de este capítulo, desagregadas según el grupo de edad estudiado en dicha sección.

5.3. RESULTADOS

5.3.1. Características generales de las mujeres de 15 a 49 años

Distribución por grupos de edad

El Anexo 5.1 muestra la distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por grupo de edad, área de residencia, subregión, provincia y zona de planificación. En el Cuadro 5.2 se presenta esta misma información resumida a escala nacional. Se observa en este cuadro que las mujeres más jóvenes (de 15 a 19 años) constituyen la mayor proporción (17.9 %), mientras que las mujeres mayores (de 44 a 49 años) constituyen la menor proporción (10.5 %). Sin embargo, en los grupos

Cuadro 5.1 **Componentes del Capítulo V, por grupo de edad**

Sección	Grupo de edad	
	MEF de 12 a 14 años	MEF de 15 a 49 años
Características generales		
Distribución por grupos de edad	X	X
Grupo étnico	X	X
Quintil económico	X	X
Estado civil	X	X
Afiliación al Seguro Social		X
Tipo de seguro médico		X
Situación de empleo	X	X
Nivel de instrucción		X
Analfabetismo		X
Nacidos vivos y nacidas vivas		X

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

de edad de 15 a 19, de 20 a 24, de 25 a 29 y de 30 a 34 años, las proporciones son similares (17.9 %, 17.6 %, 15.4 % y 14.7 %, respectivamente). Por otro lado, de 35 a 39, de 40 a 44 y de 45 a 49 años, las proporciones son también se asemejan (12.8 %, 11.2 % y 10.5 %, respectivamente).

Al comparar con los datos de la ENDEMAIN 2004, la distribución porcentual de las mujeres por grupos de edad en 2012 no ha variado notoriamente, excepto en la proporción de mujeres de 15 a 19 años, que ha disminuido del 20.9 %, en 2004, al 17.9 %, en 2012 (CEPAR, 2005).

Grupo étnico

En el Anexo 5.2 se presenta la distribución porcentual de las MEF según el grupo étnico en que se ubicaron, por área de residencia, subregión, provincia y zona de planificación. A nivel nacional, el 83 % de las mujeres se autodenominó mestiza, blanca o de otra etnia; en proporción, le siguen las mujeres indígenas (7 %), las mujeres montubias (5.2 %) y las mujeres afroecuatorianas (4.7 %).

Al desagregar por subregión se observa que la mayor proporción de mujeres mestizas, blancas o de otra etnia se ubica en la Sierra urbana (90.5 %) y Quito (89.7 %), mientras que la mayor proporción de indígenas se encuentra en la Amazonía rural (32.2 %) y la Sierra rural (22.1 %). Asimismo, la mayor proporción de montubias se ubica en la Costa rural (29.9 %), mientras que la mayor proporción de afroecuatorianas se encuentra en la Costa urbana (7.5 %).

En el Gráfico 5.1 se muestra la distribución porcentual de las mujeres por grupo étnico y provincia. Se puede observar que en casi todas las provincias la mayor proporción está constituida por mestizas, sin embargo, en Napo, Pastaza y Chimborazo se encuentra la mayor proporción de indígenas (54.2 %, 37 % y 34 %, respectivamente); en Esmeraldas e Imbabura, la mayor proporción de afroecuatorianas (47.6 % y 9 %, respectivamente); y en Los Ríos y Manabí, la mayor proporción de montubias (33.3 % y 19.4 %, respectivamente).

Quintil económico

En el Anexo 5.3 se presenta la proporción nacional de MEF según quintil económico, por área de residencia, subregión, provincia y zona de planificación. Se puede observar del anexo que las proporciones en los distintos quintiles son muy semejantes (19.5 % en el Q1, 20.1 % en el Q2, 19.4 % en el Q3, 20.2 % en el Q4 y 20.9 % en el Q5), similar a lo que se encontró en la ENDEMAIN 2004.

Al analizar la distribución porcentual de las MEF por quintil económico y por subregión, el Gráfico 5.2 muestra que existen marcadas diferencias económicas entre las subregiones. En general, se puede observar que Quito y Galápagos presentan una proporción más alta de mujeres del quintil más rico (Q5) (47.2 % y 33.6 %, respectivamente). Por su parte, la Amazonía rural, la Costa rural y la Sierra rural tienen una mayor proporción de mujeres que pertenecen al quintil más pobre (Q1) (50.1 %, 47.2 % y 44.9 %, respectivamente). Además, la Costa urbana y la Amazonía urbana tienen una mayor proporción de mujeres que pertenecen al quintil intermedio (Q3) (26.7 % y 26.7 %, respectivamente). Esta información nos dice claramente en dónde se ubican las mujeres más pobres.

Estado civil

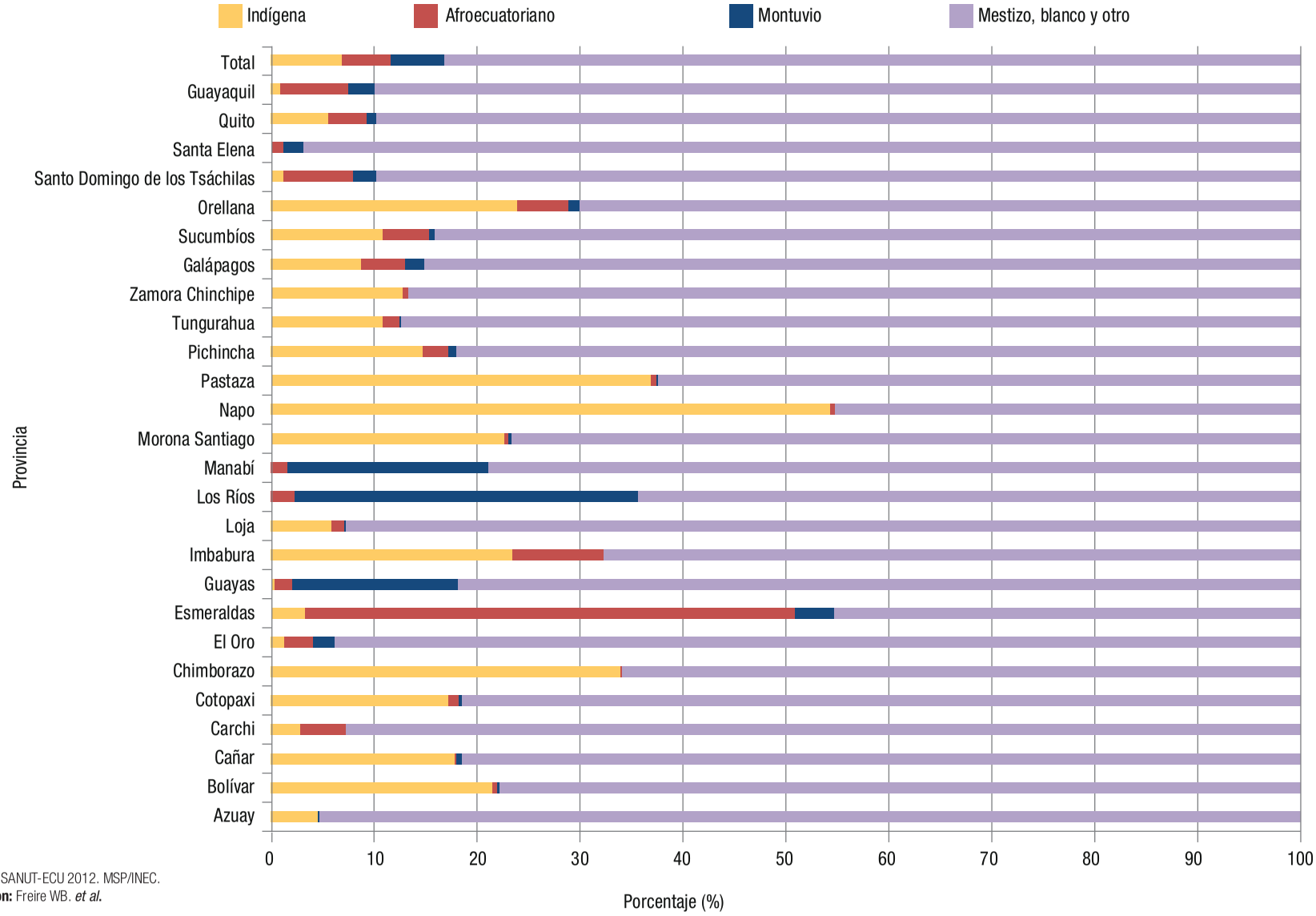
En el Anexo 5.4 se presenta la distribución porcentual de las MEF según su estado civil, desagregada por área de residencia, subregión,

Cuadro 5.2 **Distribución porcentual de MEF por edad**

Grupo de edad (años)	Total	
	%	n
15 a 19	17.9	1 718
20 a 24	17.6	2 940
25 a 29	15.4	3 291
30 a 34	14.7	3 189
35 a 39	12.8	2 672
40 a 44	11.2	2 159
45 a 49	10.5	1 692
Total	100	17 661

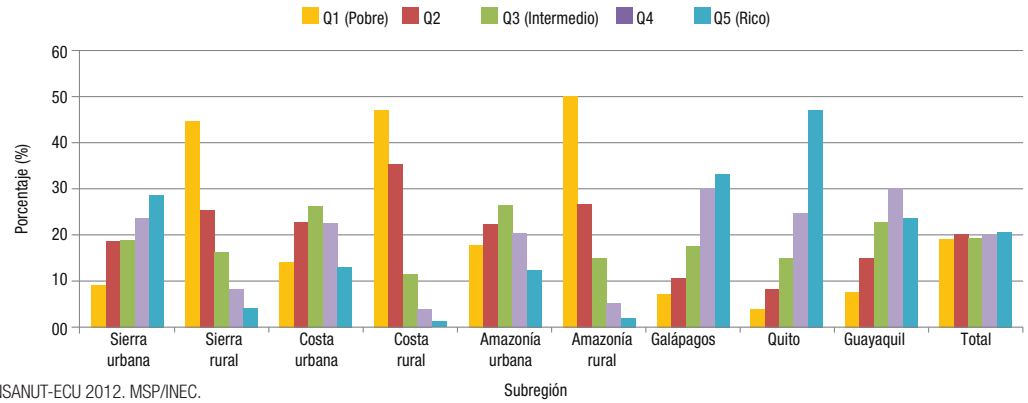
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 5.1 **Distribución porcentual de las MEF, de 15 a 49 años, por grupo étnico y provincia**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 5.2 **Distribución porcentual de las MEF, de 15 a 49 años, por quintil económico y subregión**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

provincia y zona de planificación. A nivel nacional se encontró que el 34.4 % de mujeres estaba soltera; el 30.8 %, casada; el 24.7 %, unida; el 9.5%, separada o divorciada; y el 0.6 %, viuda.

De 2004 a 2012, la proporción de mujeres unidas y la de divorciadas o separadas se ha mantenido constante (en 2004 era de 23.6 % y 8.1%, respectivamente) (CEPAR, 2005). Además, se evidencia que la proporción de mujeres solteras aumentó del 28.3 % en 2004 al 34.4 % en 2012 (CEPAR, 2005).

Al desglosar por subregión, Galápagos y Quito se destacan por tener, en proporción, más mujeres casadas (43 % y 40.5 %, respectivamente), la Costa rural por tener más mujeres unidas (42.5 %), la Costa urbana y la Amazonía urbana, por tener más mujeres separadas (12.8 % y 12 %, respectivamente) y la Sierra urbana y la Sierra rural, por tener más mujeres solteras (42.6 % y 40.3 %, respectivamente).

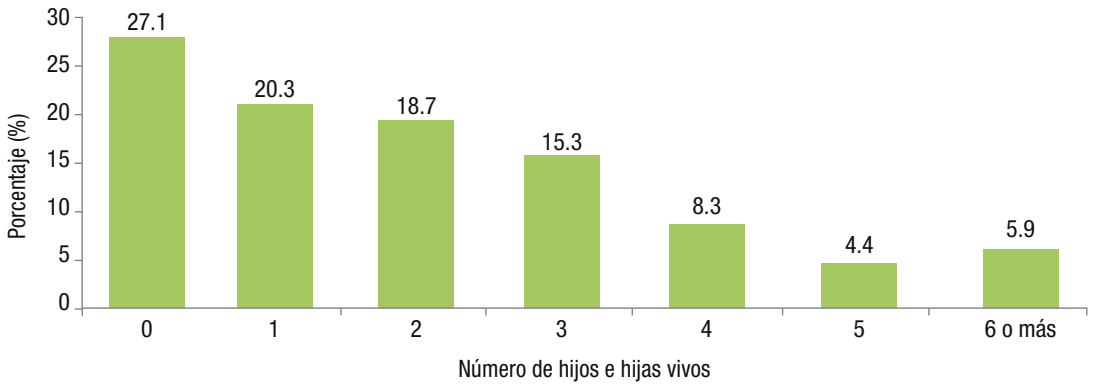
Número de hijos e hijas vivos

El Gráfico 5.3 y el Anexo 5.5 muestran la distribución porcentual de las MEF según el número de hijos e hijas vivos. En general, la proporción de mujeres disminuye a medida que el número de hijos e hijas aumenta. En consecuencia, existen más mujeres que no han tenido hijos o hijas (27.1 %) y menos mujeres que han tenido entre 5 y 6 o más hijos e hijas (4.4 % y 5.9 %, respectivamente).

El desglose por subregión indica que, con relación a las demás subregiones, la Amazonía rural, la Costa rural y la Sierra rural presentaron la mayor proporción de mujeres con 6 o más hijos (13 %, 11.7 % y 10.1 %, respectivamente). En contraste, la Sierra urbana y Guayaquil presentaron una mayor proporción de mujeres sin hijos (29.2 % y 29 %, respectivamente).

En comparación con 2004, las proporciones en 2012 variaron. En 2004, la proporción de mujeres

Gráfico 5.3 **Proporción de MEF de 15 a 49 años según el número de hijos e hijas vivos**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

sin hijos era la mayor (30.9 %), seguida por la proporción de mujeres con dos hijos (19.1 %) (CEPAR, 2005). Por otro lado, en 2004, al igual que en 2012, se reportó que en las subregiones rurales, las proporciones de mujeres con mayor número de hijos eran mayores que en otras subregiones (CEPAR, 2005).

Afiliación al Seguro Social y tipo de seguro médico

El Anexo 5.6 presenta la distribución porcentual de las MEF según su afiliación al Seguro Social y según su acceso a un seguro médico (sea este público o privado), por área de residencia, subregión, provincia y zona de planificación. Con relación a la afiliación al Seguro Social, un 18.3% indicó tener seguro social general; un 1.4 %, seguro social voluntario; y vvun 6.5 %, seguro social campesino, por ende, un 73.8 % de las mujeres reportó no estar afiliada al IESS.

Con relación al tipo de seguro médico, como se muestra en el Gráfico 5.4, el 25.6 % de las mujeres reportó acceder a uno de los seguros médicos públicos (ISSFA, ISPOL, municipal o IESS); el 1.6 %, a un seguro médico privado; el 2 %, a un seguro médico público, como a un seguro médico privado; y el 70.8 % reportó no tener acceso a ningún tipo de seguro médico.

Situación de empleo

En el Anexo 5.6 también se presenta la distribución porcentual de las MEF según su situación de empleo, desagregada por área de residencia, subregión, provincia y zona de planificación. Se puede observar que un 37.6 % de las mujeres reportó trabajar fuera del hogar, un 7.1 % reportó trabajar dentro del hogar y un 55.3 % reportó no trabajar. Al comparar con 2004 se desprende que el porcentaje de mujeres que trabajaban fuera del hogar aumentó del 30 %, en 2004, al 37.6 %, en 2012; mientras que, el porcentaje de mujeres que trabajaban dentro del hogar disminuyó del 13.6 % al 7.1 % (CEPAR, 2005).

5.3.2 Características generales de las mujeres de 12 a 14 años

En el Anexo 5.7 se presenta la distribución porcentual de las mujeres de 12 a 14 años y la de las mujeres de 15 a 49 años, por área de residencia, grupo étnico, estado civil, nivel de instrucción, número de hijos y situación de empleo. En esta sección, cuando el número de casos lo permitía, se hizo referencia solo a las cifras significativas.

Al analizar la proporción mujeres de 12 a 14 años por área de residencia, se desprende que un 53.2 % estaba viviendo en la área urbana y un 46.8 % vivía en el área rural. Estos datos reflejan la tendencia a escala nacional e indican que la mayoría de mujeres vive en el área urbana.

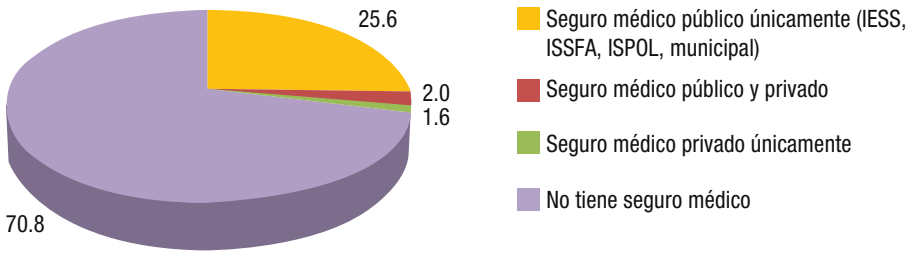
Con relación al grupo étnico, la mayor proporción de mujeres de 12 a 14 años se autodenominó mestiza, blanca u otra raza/etnia (83.4 %); a esta proporción le sigue la indígena (8.2 %).

Finalmente, se desprende que solo el 6.6 % de las mujeres de 12 a 14 años se encontraba trabajando fuera del hogar, mientras que la mayoría no trabajaba (92 %).

5.3.3. Nivel de instrucción de las mujeres de 15 a 49 años

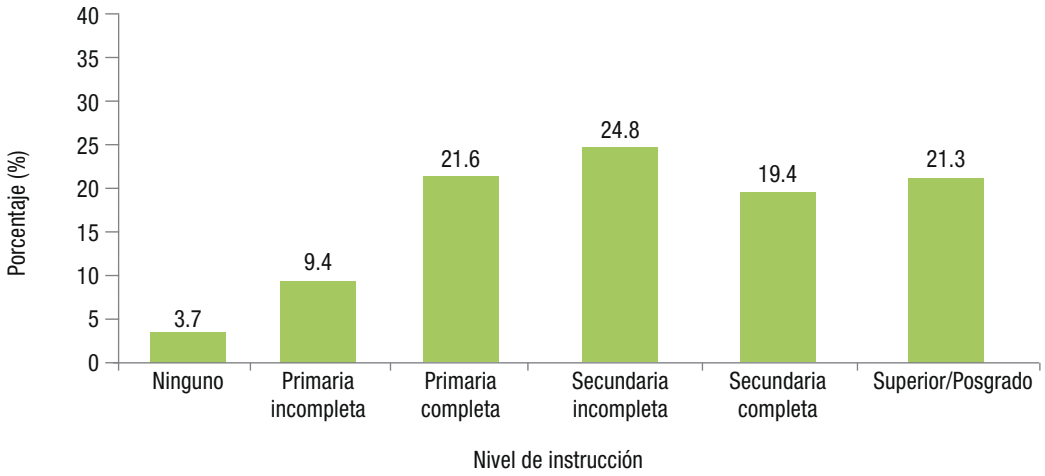
El Anexo 5.8 muestra la distribución porcentual de las MEF de 15 a 49 años según su nivel de instrucción, por área de residencia, subregión, provincia y zona de planificación. Un resumen de esta información se presenta en el Gráfico 5.5. Allí se puede observar que menos de la mitad de las mujeres (44.2 %) posee instrucción secundaria (incompleta y completa), mientras un 21.3 % posee instrucción superior o posgrado. Finalmente, un 3.7 % de mujeres no posee estudios.

Gráfico 5.4 **Tipo de seguro médico (%) (MEF de 15 a 49 años)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 5.5 **Distribución porcentual de las MEF de 15 a 49 años por nivel de instrucción**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Con relación a 2004, la proporción de mujeres con un nivel más alto de instrucción aumentó en 5 puntos porcentuales (de 16.2 % a 21.3 %). Con relación a las mujeres sin instrucción, la proporción se ha mantenido prácticamente igual (3.2 %, en 2004, y 3.7 %, en 2012). Por otro lado, la proporción de mujeres que han alcanzado la primaria completa disminuyó del 24.8 % al 21.5 %; mientras que, la proporción de mujeres que alcanzaron la secundaria completa aumentó del 15.3 % al 19.4 % lo que indica una importante mejora del nivel de instrucción de las mujeres.

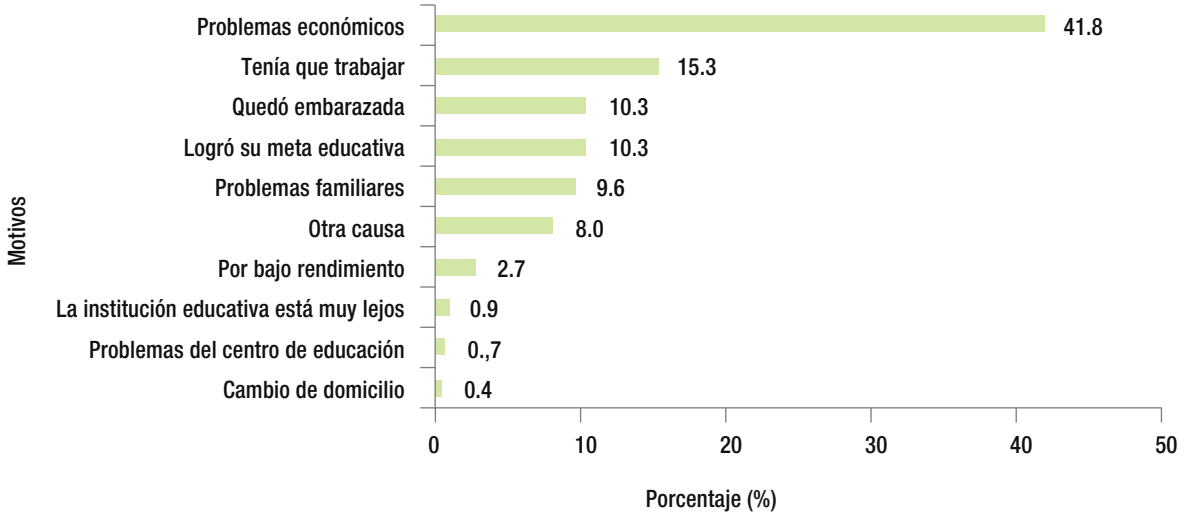
En el contexto regional, Colombia presentó, en 2010, un porcentaje de mujeres con instrucción superior de 24 %, y un porcentaje de mujeres con instrucción secundaria de 51 % (Profamilia, 2010). Perú, por su parte, presentó, en 2012, una proporción de casi 29 % de mujeres con instrucción superior y una proporción de casi 47 % de mujeres con instrucción secundaria (INEI, 2012). Estos datos indican que Ecuador está por debajo de Colombia (en casi 3 puntos porcentuales) y por debajo de Perú (en casi 7 puntos porcentuales) en cuanto a la proporción de mujeres que poseen instrucción superior o posgrado.

Cuadro 5.3 **Nivel de instrucción por grupo étnico y quintil económico (%) (MEF de 15 a 49 años)**

Nivel de instrucción	Sin estudios	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior/ Posgrado	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	n
Total	**3.7**	**9.4**	**21.6**	**24.8**	**19.4**	**21.3**	**100**	**17 661**
Grupo étnico								
Indígena	17.4	19.4	28.5	20.5	8.5	5.8	100	2 070
Afroecuatoriano	5.3	14.3	17.9	30.8	16.6	15.1	100	740
Montuvio	6.6	20.9	27.0	23.9	12.5	9.0	100	531
Mestizo, blanco, otro	2.2	7.5	20.8	24.8	20.9	23.7	100	14 320
Quintil económico								
Q1 (Pobre)	9.7	20.9	34.1	22.7	8.6	3.9	100	4 530
Q2	4.6	13.9	30.4	27.1	16.5	7.5	100	4 023
Q3 (Intermedio)	2.4	7.0	23.5	29.7	21.2	16.1	100	3 507
Q4	1.0	4.2	15.6	26.3	26.1	26.9	100	3 068
Q5 (Rico)	0.8	1.4	5.3	18.4	24.1	49.9	100	2 531

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 5.6 **Motivos principales para no estudiar o haber dejado de estudiar (MEF de 15 a 49 años)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Al hacer el desglose del nivel de instrucción por subregión, se destacan la Sierra rural, la Amazonía rural y la Costa rural por poseer las proporciones más altas de mujeres que han alcanzado tan solo la instrucción primaria completa (33.9 %, 28.5 % y 26.6 %, respectivamente). Por su parte, Quito, Galápagos y la Sierra urbana tienen las proporciones más altas de mujeres con instrucción superior o posgrado (39.4 %, 29.3 % y 28.1 %, respectivamente).

Nivel de instrucción según la edad, grupo étnico y quintil económico

En el Anexo 5.9 se presenta la distribución porcentual de las MEF según su nivel de instrucción, por grupo de edad, grupo étnico y quintil económico. En el análisis por grupo de edad se puede observar que entre las mujeres de 35 a 39, de 40 a 44 y de 45 a 49 años existe una proporción considerable sin estudios (6.7 %, 6.7% y 8.4 %, respectivamente). Asimismo se destaca que, a pesar de su edad, las mujeres de 40 a 44 años y de 45 a 49 años presentan una proporción importante de mujeres con instrucción primaria completa (27.7 % y 27.2 %, respectivamente).

En el Cuadro 5.3 se muestra la distribución porcentual de las MEF según nivel de instrucción por grupo étnico y quintil económico. Se desprende que un 17.4 % de mujeres indígenas no tiene estudios, lo que la convierte en la proporción más alta entre los distintos grupos étnicos. Además, un 9.7 % de las mujeres del quintil más pobre (Q1) no tiene estudios, mientras que un 49.9 % de mujeres en el quintil más rico (Q5) posee estudios de nivel superior o posgrado.

Para complementar la información anterior, en el Anexo 5.10 y el Gráfico 5.6 se presentan los motivos principales para que las MEF de 15 a 49 años no hayan estudiado o hayan dejado de estudiar. A nivel nacional, las motivos principales incluyen los problemas económicos (41.8 %), el haber tenido que trabajar (15.3 %), el haber quedado embarazada (10.3 %) y el haber logrado su meta educativa (10.3 %).

Al mismo tiempo, el análisis de las causas para no estudiar por nivel de instrucción, en el Anexo 5.10, indica que, entre las mujeres sin estudios, la principal causa para no haber estudiado fueron los problemas económicos (59.6 %), seguido por los problemas familiares (12.8 %). Además, entre las mujeres con instrucción primaria incompleta, las principales causas para haber dejado de estudiar fueron los problemas económicos (55.2 %), seguidos por el haber tenido que trabajar (12.6 %).

Analfabetismo en las MEF de 15 a 49 años.

En esta sección se entiende por *analfabetismo* la condición que presentan las personas de no saber leer ni escribir. Este indicador se expresa como el porcentaje de personas de 15 a 49 con analfabetismo, del total de personas en el mismo grupo etario (Senplades, 2013). Conocer el porcentaje de analfabetismo en las MEF es de suma importancia ya que está directamente relacionado con su grado de acceso a la educación y, por ende, con su situación de salud y la de sus hijos e hijas (Sandiford *et al,* 2010). En el Cuadro 5.4 y el Anexo 5.11 se presenta la proporción de mujeres con analfabetismo, desagregada por área

Cuadro 5.4 **Analfabetismo por área de residencia y grupo étnico (MEF de 15 a 49 años)**

Sabe leer y escribir ?	Urbano	Rural	Indígena	Afroecuatoriano	Montuvio	Mestizo, blanco, otro	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	n
Sí	97.2	91.6	82.2	93.4	90.6	97.1	95.5	17 229
No	2.8	8.4	17.8	6.6	9.4	2.9	4.5	432
Total	100	100	100	100	100	100	100	17 661

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

y grupo étnico. A nivel nacional, las MEF que reportaron no saber leer ni escribir conforman el 4.5 %; esta proporción es mayor en las áreas rurales (8.5 %), entre las mujeres indígenas (17.8%) y las mujeres montuvias (9.4 %).

5.3.4 Características de los nacidos vivos y las nacidas vivas en el período julio 2007 a junio 2012

En esta sección se presenta la información sobre nacidos vivos y nacidas vivas (NV) en los cinco años anteriores a la ENSANUT-ECU, es decir, de julio 2007 a junio 2012. El análisis de los datos, del Anexo 5.12 al Anexo 5.15, presenta la proporción de NV según las características de la madre, y según las características del nacimiento, desagregada por área de residencia, subregión, provincia y zona de planificación. Adicionalmente, al final de esta sección se presenta la distribución porcentual, a nivel nacional, de los NV y de las MEF, desagregada por área de residencia, región y nivel de instrucción.

Nacidos vivos y nacidas vivas según características de la madre

Estado civil de la madre

A nivel nacional, el 73.7 % de NV viene de mujeres casadas/unidas; el 13.6 %, de mujeres solteras; y el 12.7 %, de mujeres separadas, divorciadas o viudas (Anexo 5.12). Con relación a la ENDEMAIN 2004, se destaca un aumento de casi 9 puntos porcentuales en la proporción de NV que vienen de mujeres solteras, del 5.1 %, en 2004, al 13.6 %, en 2012 (CEPAR, 2005).

Edad de la madre

El análisis a nivel nacional de NV según la edad de la madre indicó que un 51.5 % de NV viene de mujeres de 20 a 29 años; un 19.4 %, de mujeres menores de 20 años; un 26 %, de mujeres de 30 a 39 años; y un 3.1 %, de mujeres de 40 a 49 años (Anexo 5.12).

Nivel de instrucción de la madre

A nivel nacional, el 42.3 % de NV viene de mujeres con estudios secundarios; el 37.1 %, de mujeres con estudios primarios; el 16.4 %, de mujeres con estudios superiores; y el 4.2 %, de mujeres sin estudios (Anexo 5.12). En comparación con la ENDEMAIN 2004, la proporción de NV de mujeres con estudios primarios se ha mantenido (CEPAR, 2005). La proporción de NV de mujeres con estudios secundarios ha aumentado del 38.2 % al 42.3 %; la proporción de NV de mujeres con estudios superiores ha aumentado del 10.6 % al 16.4 % (CEPAR, 2005). Cuando se analiza por subregión, se destacan la Sierra rural y la Costa rural puesto que aquí se encuentra la mayor proporción de niños y niñas nacidos vivos de mujeres con instrucción primaria (60 % y 56.4 %, respectivamente) en relación con la escala nacional (37.1 %) (Anexo 5.13).

Grupo étnico

Según el grupo étnico, la mayoría de NV viene de mujeres mestizas, blancas y de otra etnia (80.8 %) (Anexo 5.12). En los otros grupos étnicos, la proporción de NV es menor: 9.8 % en las indígenas, 4.8 % en las afroecuatorianas y 4.5 % en las montuvias.

En el análisis por subregión se destacó la Costa rural por presentar la proporción más alta de NV de mujeres montubias (29.1 %). Asimismo, la Costa urbana y Guayaquil, reportaron la proporción más alta de NV de mujeres afroecuatorianas (9.5 % y 6.3 %, respectivamente).Finalmente, la Amazonía rural y la Sierra rural reportaron la proporción más alta de NV de indígenas (39.9 % y 25.5 %, respectivamente).

Quintil económico

El análisis según el quintil económico de la madre indicó que la proporción de NV es mayor en las mujeres del quintil más pobre (26.2 %) y menor en las mujeres del quintil más rico (14.1 %), mostrando una diferencia de 12 puntos porcentuales entre

quintiles (Anexo 5.12). Al comparar con 2004, las diferencia en la proporción de NV entre el quintil más pobre (9.3 %) y el quintil más rico (33.9 %) fue de 25 puntos porcentuales, por ende, en el pasado, la diferencia entre quintiles era más marcada (24.6 %) (CEPAR, 2005).

Al desagregar por subregión se observa que en la Amazonía rural, la Costa rural y la Sierra rural la mayor proporción de NV viene de madres que pertenecen al quintil más pobre (59.7 %, 56.5 % y 52.8 %, respectivamente) (Anexo 5.13). Por su parte, la Sierra urbana, la Costa urbana, Guayaquil y la Amazonía urbana presentaron una distribución porcentual más equitativa entre quintiles. En contraste, Quito y Galápagos presentaron una proporción más alta de NV de mujeres del quintil más rico (32.1 % y 25.2 %, respectivamente).

Nacidos vivos y nacidas vivas según características del nacimiento

Orden del nacimiento

El desglose según el orden de nacimiento indicó que la mayoría de NV era de orden segundo a cuarto (51.2 %) (Anexo 5.12). Las proporciones restantes corresponden a NV primerizos (37.6 %), quinto a séptimo (9 %) o de octavo a un mayor orden (2.3 %). En comparación con 2004, la proporción de NV primerizos ha aumentado del 31 % al 37.6 %, es decir, en 6.6 puntos porcentuales (CEPAR, 2005).

Sexo y supervivencia del hijo o la hija

En cuanto al sexo de los y las NV, se estimó que un 51.4 % era masculino y un 48.6 %, femenino (Anexo 5.12). Con relación a la tasa de defunción, un 2 % de los y las NV falleció en los últimos años. En comparación con la ENDEMAIN 2004, la proporción de NV por sexo se mantiene, mientras que la proporción de NV que han fallecido en los últimos cinco años ha disminuido del 3.2 % al 2 % (CEPAR, 2005).

Intervalo previo al nacimiento

En el desglose de NV según el intervalo previo al nacimiento (período intergenésico), se estimó que un 18.8 % de niños y niñas nació en un período menor a 24 meses; la proporción restante nació en un período de entre 24 y 47 meses (34.3%), y el 46.8 %, en un período de 48 meses o más. Esta información es importante ya que se requiere de un período mayor que 24 meses (2 años) para que la madre esté en condiciones óptimas de salud para quedar nuevamente embarazada, y así evitar complicaciones obstétricas o neonatales (Freire et al, 2014). Al comparar estos datos con 2004, es importante rescatar que la proporción de NV que nacieron en un período menor a 24 meses disminuyó del 25.8 al 18.8 % (CEPAR, 2005).

Distribución de NV y MEF

En el Cuadro 5.5 y el Anexo 5.16 se muestra la distribución porcentual de las MEF y los NV, desglosada por área, región y nivel de instrucción. Las proporciones entre las MEF y los NV por área de residencia son muy similares e indican que la razón NV/MEF es prácticamente 1, tanto en el área rural, como en la urbana.

Al desglosar la distribución por región, se observa que la razón NV/MEF sigue siendo 1, en tres de las cuatro regiones, excepto la Amazonía, en donde las MEF presentan una proporción ligeramente menor (5 %) a la proporción de NV (7.3 %), que da una razón de 1.4 hijos por cada mujer.

Con relación al nivel de instrucción se observa que la proporción de MEF con estudios superiores es mayor que la proporción de NV (21.3 % y 16.4%, respectivamente). La proporción de MEF con estudios primarios es menor que la proporción de NV (30.9 % frente al 37.1 %, respectivamente). Estos datos indican que las mujeres con estudios superiores presentan una tasa de fecundidad más baja que las mujeres con instrucción primaria.

Cuadro 5.5 **Nacidos vivos y nacidas vivas (de julio 2007 a junio 2012) y MEF de 15 a 49 años por área de residencia, región y nivel de instrucción**

Variables seleccionadas	MEF	NV
	%	%
Área de residencia		
Urbano	71.0	69.3
Rural	29.0	30.7
Región		
Sierra	49.8	49.7
Costa	45.0	42.9
Amazonía	5.0	7.3
Insular	0.1	0.1
Nivel de instrucción		
Ninguno	3.7	4.2
Primaria	30.9	37.1
Segundaria	44.1	42.3
Superior	21.3	16.4
Total (%)	**100**	**100**
Total (n)	17 661	12 281

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

5.4 BIBLIOGRAFÍA

CEPAR (2005). *ENDEMAIN 2004: Encuesta demográfica y de salud materna e infantil.* Ecuador: Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social (CEPAR).

Freire WB., Ramirez-Luzuriaga MJ., Belmont P., Mendieta MJ., Silva-Jaramillo MK., Romero N., Saenz K., Piñeiros P., Gómez LF., Monge R. (2014). *Tomo I: Encuesta nacional de salud y nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012.* Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito-Ecuador. Pág. 421.

INEI (2012). *ENDES. Encuesta demográfica y de salud familiar.* Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

Profamilia (2010). *ENDS. Encuesta nacional de demografía y salud.* Colombia: Profamilia, Ministerio de Protección Social, Bienestar Familia y USAID.

Sandiford, P., Cassel, J., Montenegro, M. and Sanchez G. (2010). *The Impact of Women's Literacy on Child Health and its Interaction with Access to Health Services.* Population Studies: A journal of Demography, 49(1). doi: 10.1080/0032472031000148216.

Senplades (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir, 2013-2017.* Ecuador: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo



CAPÍTULO VI | FECUNDIDAD

Fotografía:
UNICEF/ Ecuador/ 2013-9969 / M. Avilés

Contenido

6.1 INTRODUCCIÓN 107
6.2 METODOLOGÍA 107
6.3 RESULTADOS 107
6.3.1 Niveles y tendencias de la fecundidad 107
6.3.2 Diferenciales de la fecundidad 110
6.3.3 Edad a la primera relación sexual, primera unión y primer nacimiento 112
6.3.4 Estado civil o conyugal de las mujeres en edad fértil y actividad sexual 115
6.3.5 Espaciamiento entre nacimientos 116
6.3.6 Amenorrea y abstinencia posparto 117
6.3.7 Preferencias reproductivas 118
6.4 BIBLIOGRAFÍA 121

6.1 INTRODUCCIÓN

La fecundidad es la variable demográfica de mayor incidencia en el crecimiento de la población ecuatoriana, por lo tanto, su estudio es fundamental en la comprensión de la dinámica y la estructura poblacional. La fecundidad se define como el número promedio de hijos que una cohorte hipotética de mujeres tendría en el final de su período reproductivo si estuvieran expuestas durante toda su vida a la tasa de fertilidad de un período dado y no sujetas a mortalidad (WHO, 2014).

Uno de los propósitos de la ENSANUT-ECU 2012 es describir las principales características de las mujeres en edad reproductiva, la historia de embarazos y nacimientos, los servicios asociados a la salud materna y recopilar información de las condiciones de salud sexual y reproductiva de las mujeres.

En este capítulo se resumen los niveles y tendencias de la fecundidad, algunos determinantes próximos de la fecundidad, como el período no susceptible de embarazo, y los indicadores importantes para el análisis del comportamiento reproductivo (las medianas de edad en la primera relación sexual, primera unión y primer nacimiento).

El texto, los cuadros y los gráficos del presente capítulo exponen la información de manera resumida. Para el lector que desee hacer un análisis a profundidad, el disco compacto que acompaña este informe contiene anexos con información detallada sobre la población muestral (n), la población expandida (N) y los intervalos de confianza (IC95 %).

6.2 METODOLOGÍA

Para la recolección de información se utilizó el formulario *Mujeres en Edad Fértil (MEF) 12 a 49 años*, que debía ser contestado por una MEF seleccionada por hogar, manteniendo la mayor privacidad posible, por cuanto la presencia de otra persona afectaría la calidad de las respuestas (Anexo B). La ENSANUT 2012 investigó a las mujeres entre los 12 a 14 años de edad, sin embargo, para el cálculo de los principales indicadores de fecundidad, y considerando la importancia de la comparabilidad internacional, se consideran a las mujeres en edad fértil entre los 15 a 49 años de edad, así como también a los nacidos vivos (NV) en el período de julio 2007 a junio 2012.

En el Cuadro 6.1, se presentan las secciones investigadas en el presente capítulo, desglosadas según el grupo poblacional a ser analizado.

6.3 RESULTADOS

6.3.1 Niveles y tendencias de la fecundidad

Las tasas específicas de fecundidad y la tasa global de fecundidad (TGF) son indicadores para analizar los niveles y tendencias de la fecundidad (Rutstein *et al.*, 2006).

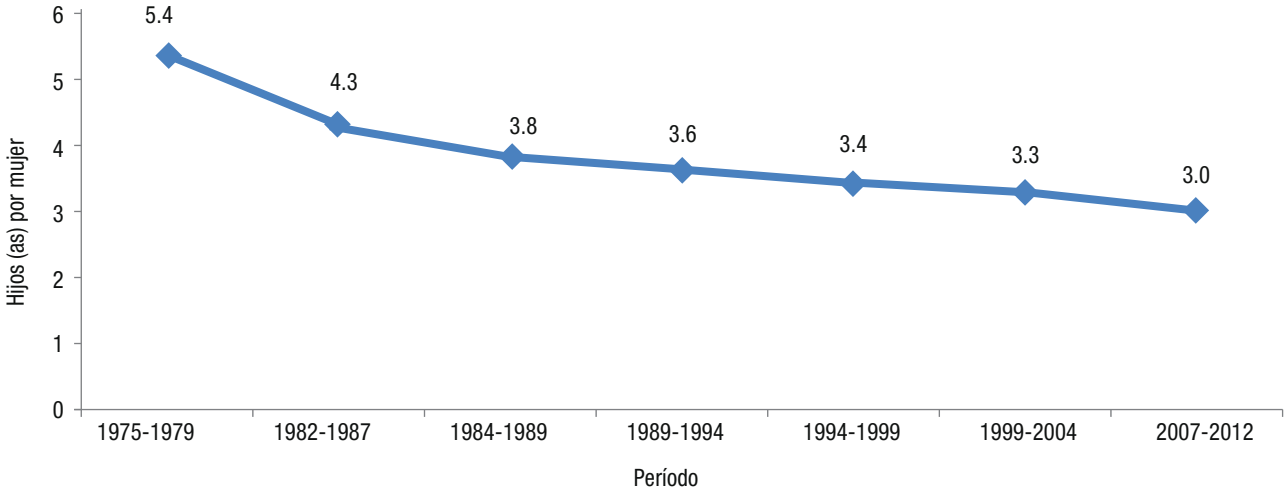
- **Tasa específica de fecundidad:** Se calcula como la razón entre los hijos tenidos en un

Cuadro 6.1 **Composición del capítulo VI, según la población de estudio**

Sección	Población de estudio	
	MEF de 12 a 49 años	NV de julio 2007 a junio 2012
Niveles y tendencias de la fecundidad	X	X
Diferenciales de la fecundidad	X	X
Edad a la primera relación sexual, primera unión y primer nacimiento	X	
Estado civil o conyugal de las mujeres en edad fértil y actividad sexual	X	
Esparcimiento entre nacimientos		X
Amenorrea y abstinencia posparto		X
Preferencias reproductivas	X	X

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 6.1 **Evolución de la tasa global de fecundidad (TGF)**



Fuente: ENDEMAIN 2004, CEPAR /ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

período por cada grupo quinquenal de edad de las mujeres y el tiempo expuesto por las mujeres en el mismo período, clasificado por grupos de edad (Rutstein *et al.*, 2006).

- **Tasa global de fecundidad (TGF)**: Es la suma de las tasas específicas, multiplicado por cinco y se interpreta como el número de hijos que en promedio tendría cada mujer de una cohorte hipotética de mujeres que cumplieran dos condiciones:

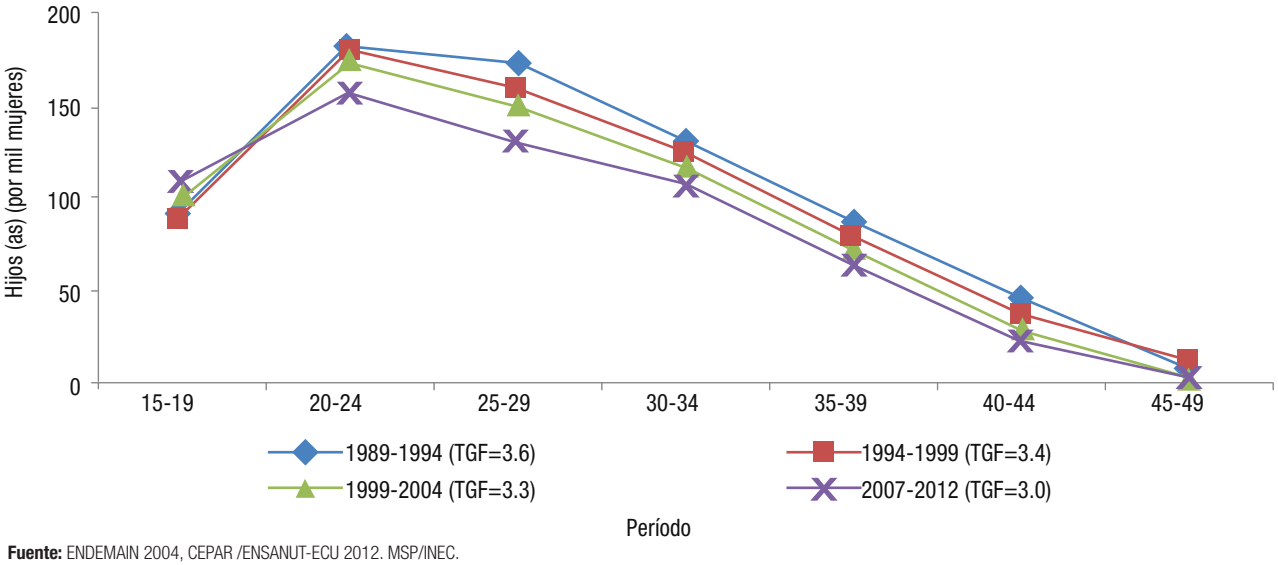
  a) Que durante el período fértil tuvieran sus hijos de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad de la población en estudio.

  b) Que no estuvieran expuestas a riesgos de morir desde el nacimiento hasta el término del período fértil (Rutstein *et al.*, 2006).

Las tasas específicas de fecundidad, permiten analizar las diferencias en el número de hijos alcanzados por los diferentes grupos de edad de las mujeres en edad fértil. De acuerdo con la información del Anexo 6.1, para el período 2007-2012, el grupo quinquenal con la tasa específica más alta corresponde al grupo de 20 a 24 años de edad con 157 hijos por cada mil mujeres y en segundo lugar se ubica el grupo de 25 a 29 años de edad, manteniendo una estructura reproductiva de cúspide temprana similar a la observada en anteriores encuestas.

La fecundidad a nivel nacional ha disminuido su ritmo de descenso a través de los años, hasta ubicarse en 3.0 hijos por mujer en el período 2007-2012, de acuerdo con las estimaciones realizadas por la ENSANUT-ECU 2012 (Gráficos 6.1 y 6.2).

Gráfico 6.2 **Tasas específicas de fecundidad por edad (varias fuentes y períodos)**



Fuente: ENDEMAIN 2004, CEPAR /ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 6.2 **Evolución de la tasa global de fecundidad (TGF), por área de residencia**

Características seleccionadas	ENDEMAIN			ENSANUT-ECU
	1989-1994	1994-1999	1999-2004	2007-2012
	Hijos por mujer	Hijos por mujer	Hijos por mujer	Hijos por mujer
Total	3.6	3.4	3.3	3.0
Área				
Urbana	3.0	2.8	2.9	2.9
Rural	4.6	4.4	3.9	3.2

Fuente: ENDEMAIN 2004, CEPAR /ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Sobresale en el análisis el comportamiento de la tasa específica de fecundidad adolescente que a diferencia del resto de tasas aumenta a 111 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad en el último período de estudio, una tendencia que ya se había observado en el período anterior (1999-2004).

De acuerdo con el Anexo 6.2 y el Cuadro 6.2, se observa que la reducción de la fecundidad en el país ha sido evidente en el área rural, pasando de 4.6 hijos por mujer en el período 1989-1994 a 3.2 en el período 2007-2012, con respecto a la fecundidad del área urbana no se aprecian cambios significativos. En cuanto a las regiones, la Amazonía persiste con las mayores tasas a nivel nacional, mientras la Costa y la Sierra tienden a converger en sus estimaciones del nivel de fecundidad, con la diferencia de que esta última región presenta una mayor disminución del número de hijos a través del tiempo.

En cuanto a la distribución por provincias, en el Anexo 6.2 se aprecia un descenso de la fecundidad en algunas provincias del país como: Bolívar, Cañar, Chimborazo, Cotopaxi, Los Ríos y Manabí; por otro lado, Morona Santiago, en la Amazonía, presentaría la tasa más alta a nivel provincial. A diferencia de lo observado en el período 1999-2004, las TGF estimadas de acuerdo con el nivel de instrucción y quintil económico de las mujeres en edad fértil presentan una disminución del número de hijos de las mujeres con ningún nivel de instrucción y las del quintil 1 (más pobre), reduciéndose de esta forma la brecha en cuanto al número de hijos de las mujeres con mayor educación o que pertenecen al quintil más rico, pese a ello, debe mencionarse que las diferencias aún persisten, como se observará más adelante.

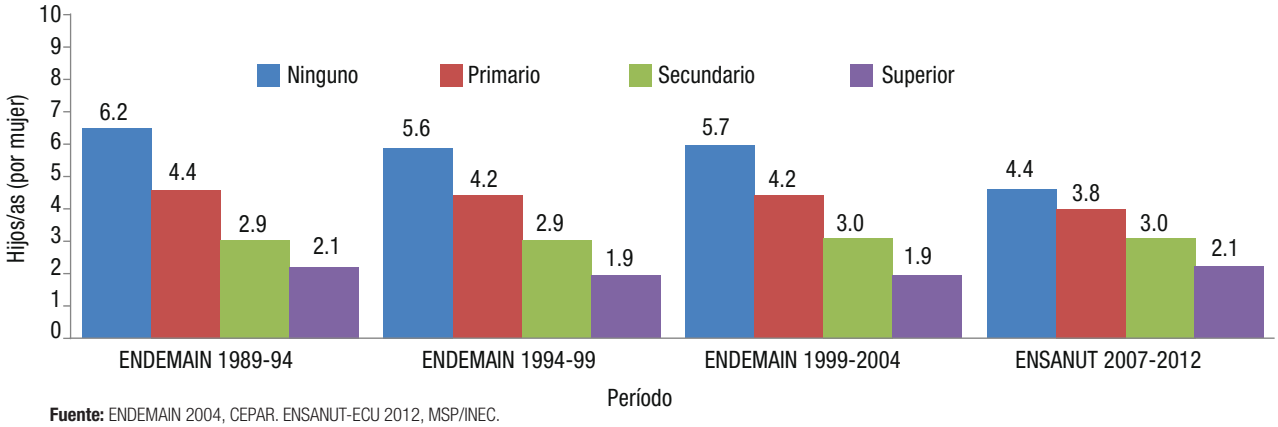
De acuerdo con los países seleccionados de América Latina en relación con la tasa global de fecundidad, Ecuador se ubica en tercer lugar con una tasa de 3.0 hijos por mujer, en primer lugar se encuentra Guatemala con una tasa de 3.6 hijos por mujer, seguido por Bolivia (3.5); por otro lado, con una fecundidad menor a la estimada para el país, se encuentran: Honduras (2.9), Perú (2.6), El Salvador (2.5), Paraguay (2.5) y Colombia (2.1). Existe una diferencia de casi un hijo entre Ecuador y el país que presenta la TGF más baja (Colombia) de los países seleccionados (Cuadro 6.3).

Cuadro 6.3 **Tasa global de fecundidad, según países seleccionados de América Latina y Ecuador**

Países seleccionados de América Latina	TGF
Guatemala 2008-2009	3.6
Bolivia 2008	3.5
Ecuador 2012	3.0
Honduras 2011-2012	2.9
Perú 2012	2.6
El Salvador 2008	2.5
Paraguay 2008	2.5
Colombia 2010	2.1

Fuente: ENSMI 2008-2009, Guatemala: MSPAS. ENDSA 2008, Colombia: Coa *et al.* ENSANUT-ECU 2012, Ecuador: MSP/INEC. ENDESA 2011/2012, Honduras: SS, INE e ICF International. ENDES 2012, Perú: INEI. FESAL 2008, El Salvador: ADS. ENDSSR 2008, Paraguay: CEPEP. ENDSA 2008, Colombia: Profamilia.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 6.3 **Evolución de la tasa global de fecundidad por nivel de instrucción, según períodos**



Fuente: ENDEMAIN 2004, CEPAR. ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

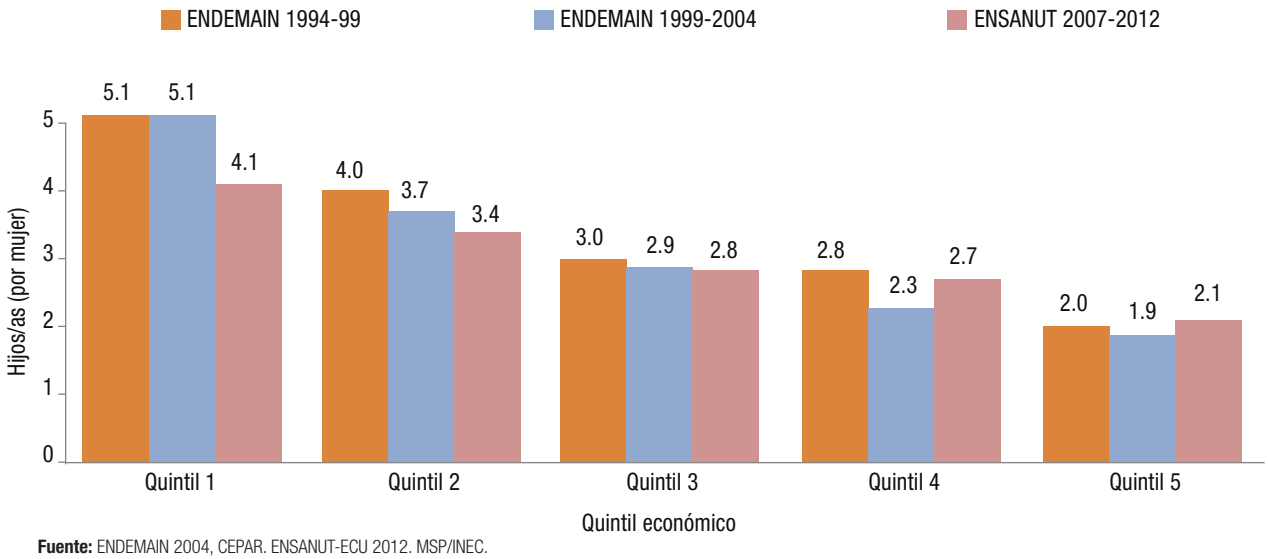
6.3.2 Diferenciales de la fecundidad

En el Anexo 6.4 se presentan los valores de las tasas específicas de fecundidad según grupos de edad y la TGF, según características seleccionadas, como lugar de residencia, instrucción y quintil económico al que pertenecen las mujeres. La evaluación de la fecundidad en distintos niveles de análisis permitirá identificar las diferencias que existen en el promedio de hijos en los diversos grupos sociales.

Al analizar el número de hijos de las mujeres con menores niveles educativos y las de mayor nivel educativo y si bien se acorta la brecha en el número promedio de hijos con respecto a las encuestas anteriores, continúan las diferencias. Así, para el período 2007-2012, aquellas mujeres que no tenían ningún nivel de instrucción presentaron la TGF más alta, pues alcanzaron un valor de 4.4 hijos, mientras que las mujeres que declararon tener nivel de instrucción superior presentaron una TGF de 2.1; lo que significa una diferencia de 2.3 hijos (Anexo 6.4 y Gráfico 6.3).

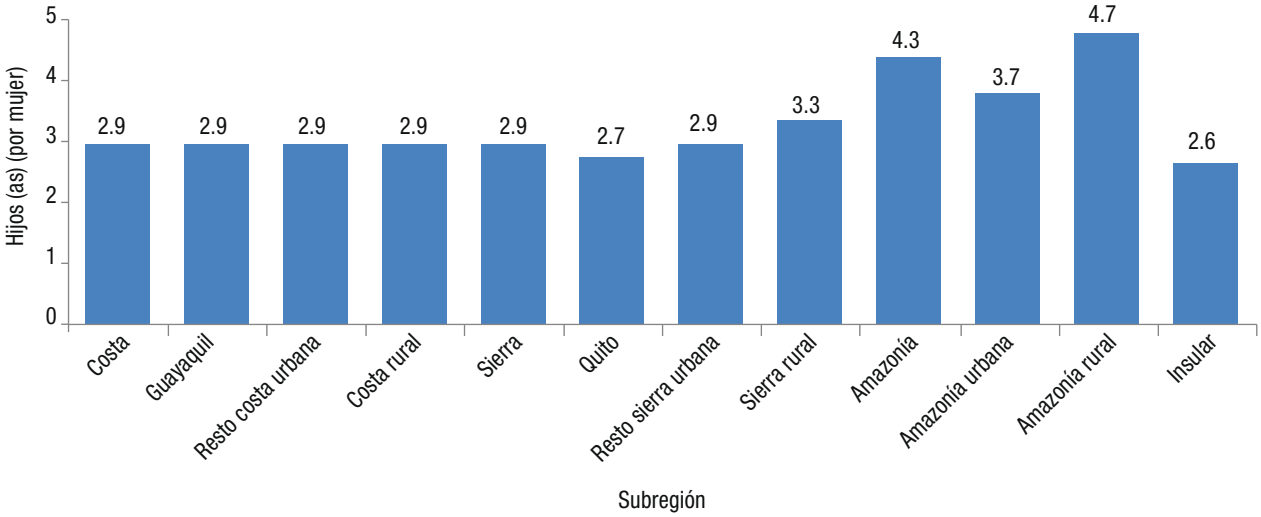
Como se observa en el Gráfico 6.4, la tasa global de fecundidad por quintil económico desciende en los grupos más pobres (quintil 1 y 2), comparando los períodos 1994-1999, 1999-2004 y 2007-2012. En el caso del quintil 1 (Q1) pasa de 5.1 a 4.1 hijos por mujer y en el quintil 2 (Q2), de 4.0 a 3.4 hijos por mujer. No se observan diferencias significativas en el número de hijos por mujer de los quintiles más ricos (4 y 5) entre los distintos períodos de estudio. Sin embargo, se mantiene una brecha significativa en el número de hijos entre los hogares más pobres (Q1, 4.1 hijos) y los hogares más ricos (Q5, 2.1 hijos).

Gráfico 6.4 **Tasa global de fecundidad por quintiles económicos, según períodos**



Fuente: ENDEMAIN 2004, CEPAR. ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 6.5 **Tasa global de fecundidad por regiones y dominios**



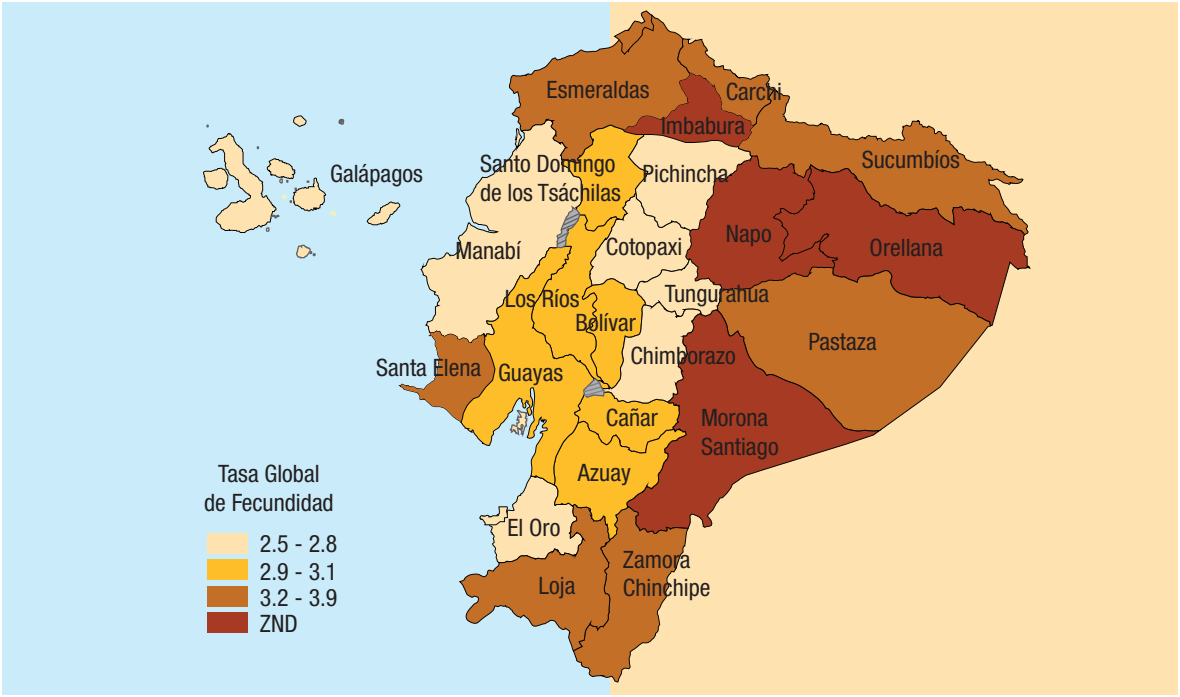
Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

De acuerdo con la información del Anexo 6.4, el área rural presenta una tasa de fecundidad ligeramente más elevada (3.2 hijos por mujer) que el área urbana (2.9 hijos por mujer). En cuanto a las regiones, en el Gráfico 6.5 se puede observar que la región Insular tiene la tasa más baja (2.6 hijos por mujer) y la Amazonía, la más alta (4.3 hijos por mujer). En la región Sierra se destaca el área rural con respecto a la urbana con una tasa de 3.3 hijos por mujer.

Si consideramos a las mujeres en edad fértil de acuerdo con su disponibilidad laboral, las mujeres que no se encontraban trabajando al momento de la entrevista presentan una tasa de fecundidad más alta (3.2 hijos por mujer) que aquellas que trabajan dentro o fuera del hogar (2.8 hijos por mujer).

Adicionalmente, en el Gráfico 6.6 y el Anexo 6.2 se presenta la tasa global de fecundidad por

Gráfico 6.6 **Tasa global de fecundidad, por provincia (julio 2007-junio 2012)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

provincia. Como se observa, las menores tasas se encuentran en: Tungurahua, El Oro y Galápagos (2.5 y 2.6 hijos por mujer) y la mayor tasa, en Morona Santiago (5,5 hijos por mujer).

En el Anexo 6.5 se presenta la distribución relativa de la fecundidad retrospectiva de las mujeres en edad fértil entrevistadas en la ENSANUT-ECU 2012, que corresponde al número de hijos nacidos vivos según la edad de las mujeres en edad fértil. Se incluye además la distribución relativa de la fecundidad retrospectiva solo de las mujeres casadas o unidas.

De esta información se desprende que del total de mujeres de 15 a 49 años de edad entrevistadas, el 34.1 % no había iniciado su fecundidad; el 18.4 % indicó haber tenido un hijo; el 16.8 %, dos hijos; el 13.9 %, tres hijos; el 7.5 %, cuatro hijos; y la diferencia, cinco hijos o más (Anexo 6.5). Del total de mujeres casadas o unidas entre 15 y 49 años, el 3.0 % se declaró sin hijos al momento de la entrevista y el 52.4 %, tener 3 hijos y más.

Según el Grafico 6.7 y el Anexo 6.5, se observa que todas las MEF y aquellas que se encuentran casadas o unidas de 15 a 49 años presentan un promedio de hijos por mujer de 1.8 y 2.9 respectivamente, el incremento del número de hijos con la edad es consistente con el tiempo de exposición de las mujeres a ser madres, cuyo riesgo al embarazo es mayor cuando su estado conyugal es casada o unida. Cabe mencionar que la diferencia del promedio de nacidos vivos por mujer, según el estado conyugal, es menor en todas mujeres en comparación con solo las casadas/unidas, porque incluye a todas las solteras.

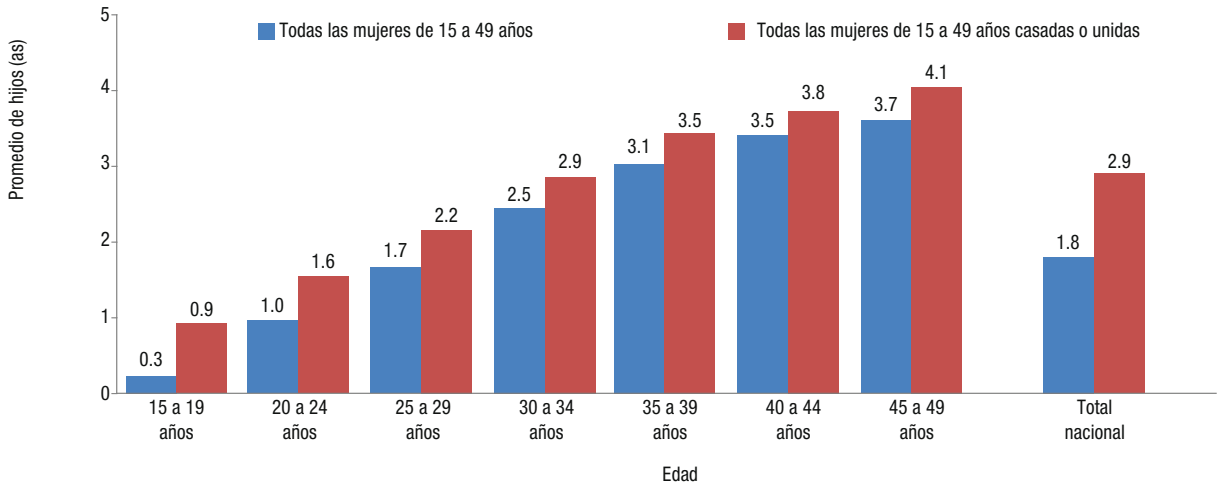
6.3.3 Edad a la primera relación sexual, primera unión y primer nacimiento

Las variables demográficas de *Edad al momento de la primera unión y Edad en la primera relación sexual* influyen en forma importante en la reducción de la fecundidad ya que si se retrasan, el período de edad reproductiva disminuye y como resultado se aumenta la posibilidad de tener menos hijos (CEPAR, 2005).

En el Anexo 6.6 y el Cuadro 6.4 se presenta información sobre la edad en que las mujeres tuvieron su primera relación sexual, primera unión y primer nacimiento de acuerdo con la edad declarada por las mujeres al momento de la entrevista (edad actual). El 38.0 % de las mujeres de 45 a 49 años mencionó haber tenido su primera relación sexual antes de los 18 años, esta cifra se eleva entre las mujeres de 20 a 24 años al 43 %.

Con respecto a la edad de la primera unión, el 20.4 % de las mujeres de 20 a 24 años mencionó haberse unido o casado antes de los 18 años, mientras que el 23.2 % de las mujeres de 40 a 44 años lo hizo antes de cumplir esa edad. Se evidencia un adelanto en el inicio de la maternidad pues el 41.2 % de las mujeres de 25 a 29 años tuvo su primer hijo antes de cumplir los 20 años de edad, cifra superior a la mencionada por las mujeres con edad actual entre 45 y 49 años (29 %). A nivel de regiones, la Sierra presenta mayor retraso en el inicio de la vida conyugal, y conjuntamente con la región Insular en el inicio de la maternidad, en cuanto a la edad mediana a la primera relación sexual, la Amazonía presenta una edad más temprana (17.6 años) (Anexo 6.6).

Gráfico 6.7 **Promedio de nacidos vivos por mujer, según estado conyugal y edad de las madres**



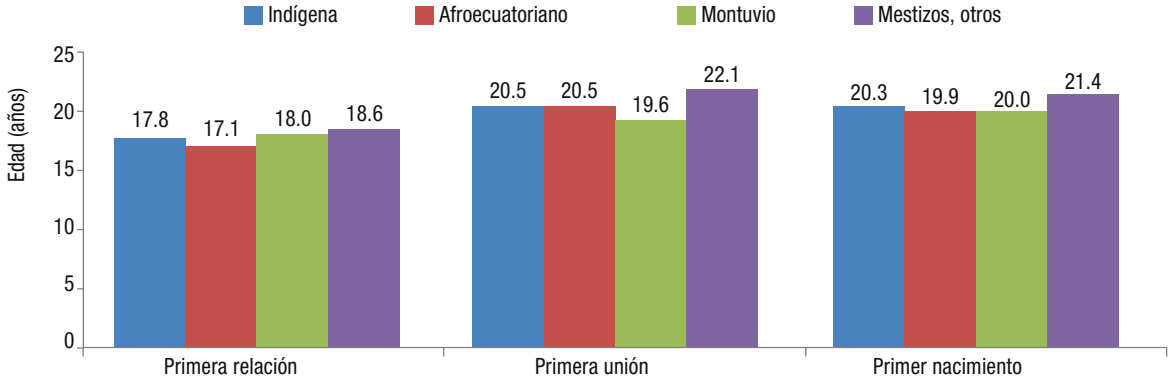
Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 6.4 **Mujeres de 15 a 49 años de edad que tuvieron la primera relación sexual, primera unión y primer nacimiento antes de cumplir las edades específicas, según edad actual**

Edad en la primera relación sexual	< 15	< 18	< 20	< 22	< 25	Ha tenido relaciones sexuales	No ha tenido relaciones sexuales	Edad mediana (años)
	%	%	%	%	%	%	%	
15-19	10.6	34.4	39.1	39.1	39.1	39.1	60.9	NA
20-24	7.4	43.0	69.2	77.1	79.2	79.2	20.8	18.5
25-29	9.4	40.8	66.1	78.2	88.0	91.0	9.0	18.6
30-34	10.6	49.8	68.6	79.4	88.6	95.8	4.2	18.0
35-39	8.7	44.2	66.4	79.4	89.1	96.9	3.1	18.5
40-44	10.3	40.8	60.1	72.4	84.4	96.7	3.3	18.7
45-49	8.7	38	57.1	69.8	81.1	95.0	5.0	19.2
Total	8.7	37.6	54.7	63.0	69.2	74.0	26.0	18.5
Edad en la primera unión	< 15	< 18	< 20	< 22	< 25	Alguna vez unida	Soltera	Edad mediana (años)
	%	%	%	%	%	%	%	
15-19	3.5	16.3	19.0	19.0	19.0	19.0	81.0	NA
20-24	2.5	20.4	38.3	46.6	50.4	50.4	49.6	22.4
25-29	3.3	20.9	35.8	47.6	60.7	67.5	32.5	22.4
30-34	5.0	27.3	43.6	55.2	67.9	82.5	17.5	20.9
35-39	3.8	22.9	42.8	57.0	69.6	85.6	14.4	20.8
40-44	4.7	23.2	39.5	52.4	66.4	90.3	9.7	21.4
45-49	4.0	22.2	37.8	52.0	64.4	89.0	11.0	21.5
Total	3.5	19.5	32.4	41.1	49.2	58.5	41.5	21.6
Edad en el primer nacimiento	< 15	< 18	< 20	< 22	< 25	Ha tenido nacimiento (s)	Ningún nacimiento	Edad mediana (años)
	%	%	%	%	%	%	%	
15-19	1.8	16.7	20.9	20.9	20.9	20.9	79.1	NA
20-24	1.2	19.6	41.9	56.6	62.1	62.2	37.8	20.9
25-29	2.5	21.9	41.2	56.1	70.7	79.5	20.5	21.1
30-34	3.0	25.3	45.7	60.5	73.8	90.1	9.9	20.5
35-39	1.5	17.8	40.2	57.7	75.1	92.4	7.6	21.0
40-44	2.4	17.1	33.3	48.9	69.4	93.6	6.4	22.2
45-49	1.0	14.7	29.0	47.0	64.5	91.9	8.1	22.7
Total	1.8	17.5	32.7	44.3	54.6	64.8	35.2	21.2

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 6.8 **Edad mediana a la primera relación sexual, primera unión y primer nacimiento, según grupo étnico**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

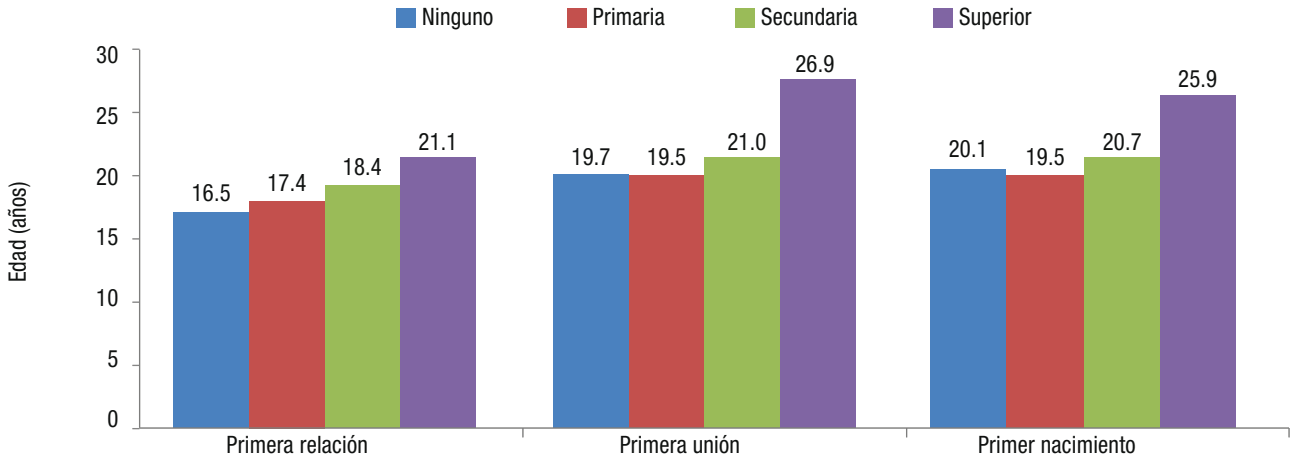
La *edad mediana* es un valor de la edad en años, por debajo del cual se encuentra el 50.0 % de las mujeres y por encima está el otro 50.0 %. Al comparar la edad mediana de estos tres acontecimientos en la vida de la mujer observamos que a nivel nacional la edad mediana de la primera relación sexual fue de 18.5 años; la edad mediana de la primera unión, de 21.6 años; y la edad mediana al primer nacimiento, de 21.2 años, los resultados de estos dos últimos eventos de acuerdo con la ENSANUT-ECU 2012 muestran una aparente desvinculación entre la entrada a la vida conyugal y el inicio de la maternidad en la vida de las mujeres (Cuadro 6.4).

Con respecto a su pertenencia étnica (Anexo 6.7 y Gráfico 6.8), las diferencias entre grupos no son tan evidentes, sin embargo, parecería que la edad mediana de inicio de relaciones sexuales es menor entre las mujeres afrodescendientes (17.1 años), y las edades medianas de entrada a la unión y a la maternidad serían inferiores en las mujeres indígenas, afrodescendientes y montuvias con respecto a la población mestiza y otros.

Según el Anexo 6.8 y el Gráfico 6.9, las mujeres con mayor nivel de educación inician su actividad sexual a una edad mediana más tardía (21.1 años) que las mujeres con ningún nivel educativo (16.5 años). De forma similar, se observa un retraso en la conformación de uniones y en la maternidad cuyo inicio se da a una edad mediana de 25.9 años para las mujeres de educación superior frente a las mujeres de ningún nivel educativo (20.1 años).

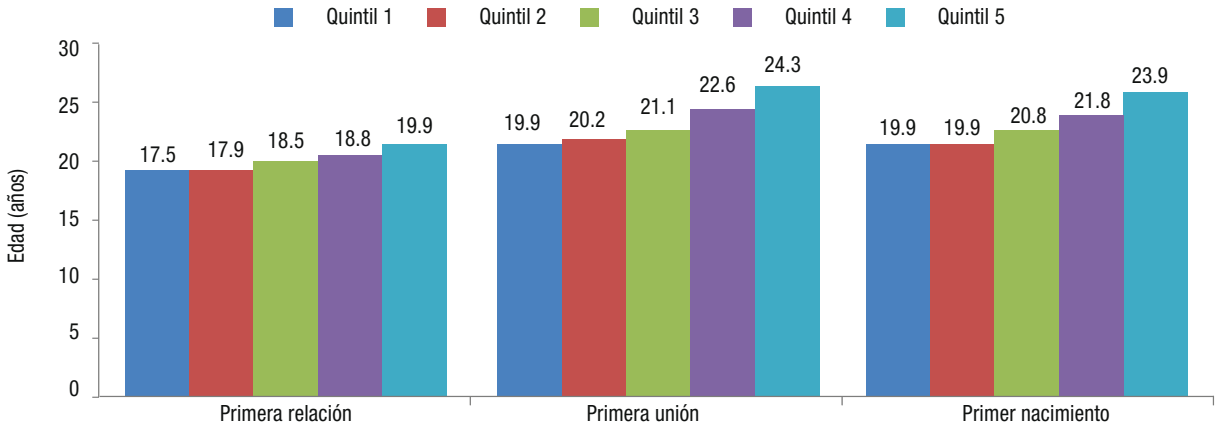
Como se muestra en el Anexo 6.8 y el Gráfico 6.10, la mitad de las mujeres del quintil 1 (más pobres) tienen su primer hijo a los 19.9 años o menos, mientras la edad mediana del quintil 5 (más ricos) es de 23.9 años, una postergación de la maternidad de 4 años con respecto a las mujeres de menor nivel económico. Esta información es

Gráfico 6.9 **Edad mediana a la primera relación sexual, primera unión y primer nacimiento, según nivel de instrucción**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/ INEC
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 6.10 **Edad mediana a la primera relación sexual, primera unión y primer nacimiento, según quintil económico**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

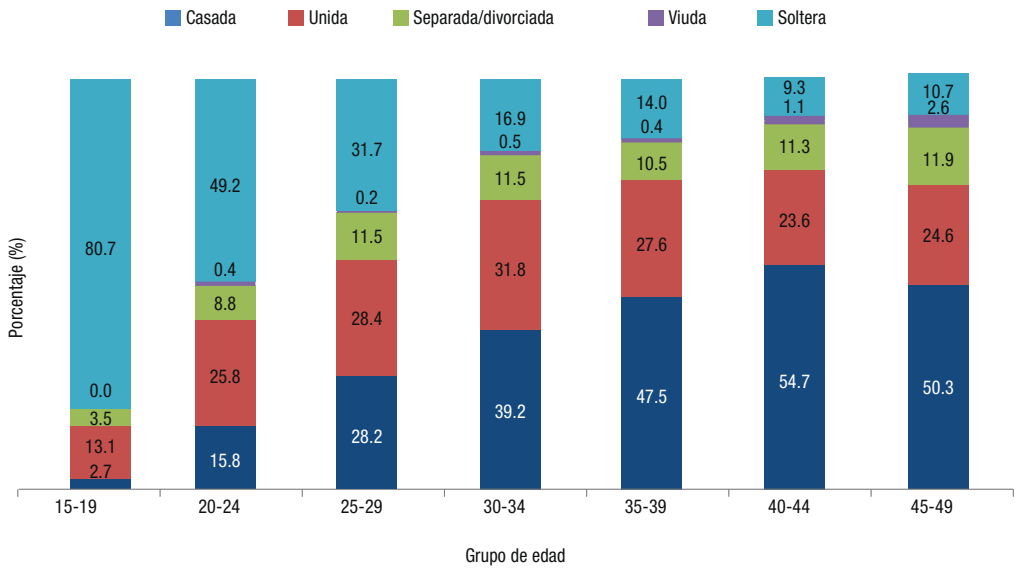
consistente con las edades medianas a la primera relación sexual, sin embargo, la diferencia en años de este evento es inferior entre las mujeres de los extremos de los quintiles económicos.

6.3.4 Estado civil o conyugal de las mujeres en edad fértil y actividad sexual

Bajo el supuesto de que las mujeres de estado conyugal casadas o unidas tienen una mayor exposición al riesgo de embarazo, su variación podría influir en los niveles de fecundidad. En el Anexo 6. 9 y el Gráfico 6.11, se presenta la distribución porcentual de las mujeres en edad fértil, según su estado civil o conyugal de acuerdo con los grupos de edad. En este sentido, se observa cómo la distribución porcentual de las mujeres solteras va descendiendo según avanza la edad de las mujeres, el 80.7 % de las mujeres de 15 a 19 años declararon ser solteras, cifra que disminuye al 9.3 % en las mujeres de 40 a 44 años de edad.

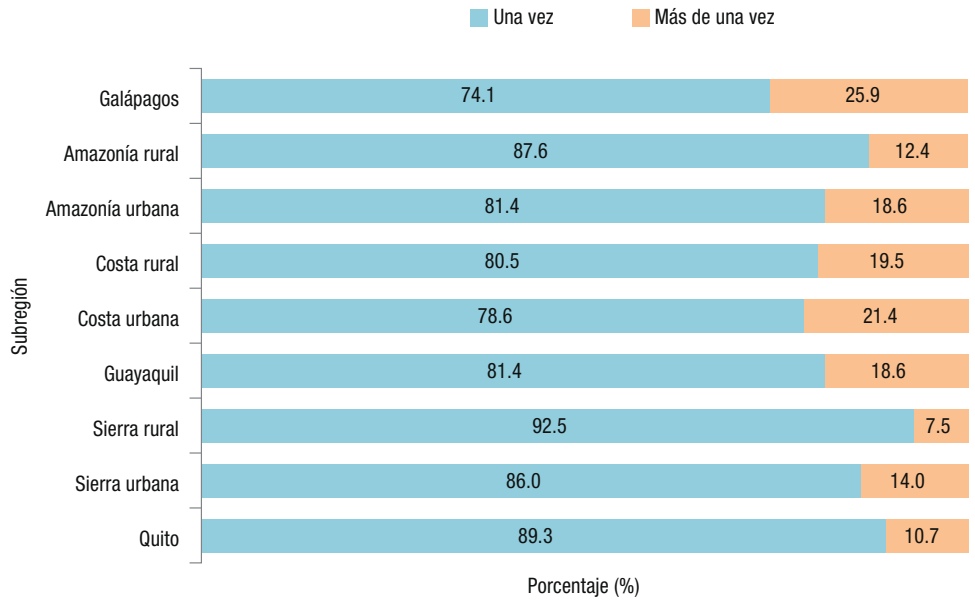
Como se muestra en el Anexo 6.10, a nivel nacional el 84.6 % de las mujeres ha estado casado o unido una sola vez y el 15.4 %, más de un vez, siendo más frecuente este último comportamiento en el área urbana (16.5 %) que en el rural (12.5 %). Al hacer el análisis por subregión se observa que las regiones Costa e Insular reportan mayor porcentaje de mujeres con más de una unión, especialmente las provincias de: Esmeraldas (28.9 %), Galápagos (25.9 %), Santo Domingo de los Tsáchilas (24.1 %) y Los Ríos (23.2 %) (Gráfico 6.12 y Anexo 6.10).

Gráfico 6.11 **Distribución porcentual de las MEF, por estado civil o conyugal, según grupos de edad**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 6.12 **Distribución relativa de las mujeres en edad fértil por número de veces que han estado casadas o unidas**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Como se muestra en el Anexo 6.11, una de cada tres mujeres afroecuatorianas mencionaron haber estado casadas o unidas más de una vez, mientras que las mujeres indígenas tienen el porcentaje más bajo en número de uniones (6.3 %) con respecto al resto de grupos étnicos. También reportan un mayor número de uniones las mujeres con ningún nivel de instrucción (19.2 %) seguidas por las de instrucción primaria (18.0 %). El 23.7 % de las mujeres que contrajo matrimonio o se unieron por primera vez antes de los 15 años de edad, tuvieron más de una unión, cifra que disminuye conforme avanza la edad de las mujeres a la primera unión.

Tiempo trascurrido desde la última relación sexual por estado civil

A nivel nacional, el 78.7 % de las mujeres de 15 a 49 años de edad ha tenido relaciones sexuales y el 17.6 % no ha tenido aún experiencia sexual a la fecha de la entrevista (Anexo 6.11b). Con respecto al tiempo transcurrido a partir de la última relación sexual, el 50.2 % tuvo su última actividad sexual en el último mes, y de estas, el 31.5 % en la última semana. El 3.4 % de las mujeres se encontraba embarazada y el 0.4 % en abstinencia posparto, es decir, no habían vuelto a tener relaciones sexuales desde el último parto o embarazo.

Por lo general, las mujeres casadas o unidas tienen mayor frecuencia de relaciones sexuales, el 82.0 % declaró haber tenido actividad sexual en el último mes, en tanto que el 5.2 % no ha tenido relaciones sexuales por estar embarazada o en abstinencia postparto, sin embargo, la actividad sexual no se restringe solamente a este grupo de mujeres; así, el 47.1 % de las mujeres solteras ha tenido relaciones sexuales y el 11.6 % tuvo su última relación durante el último mes (Anexo 6.11b).

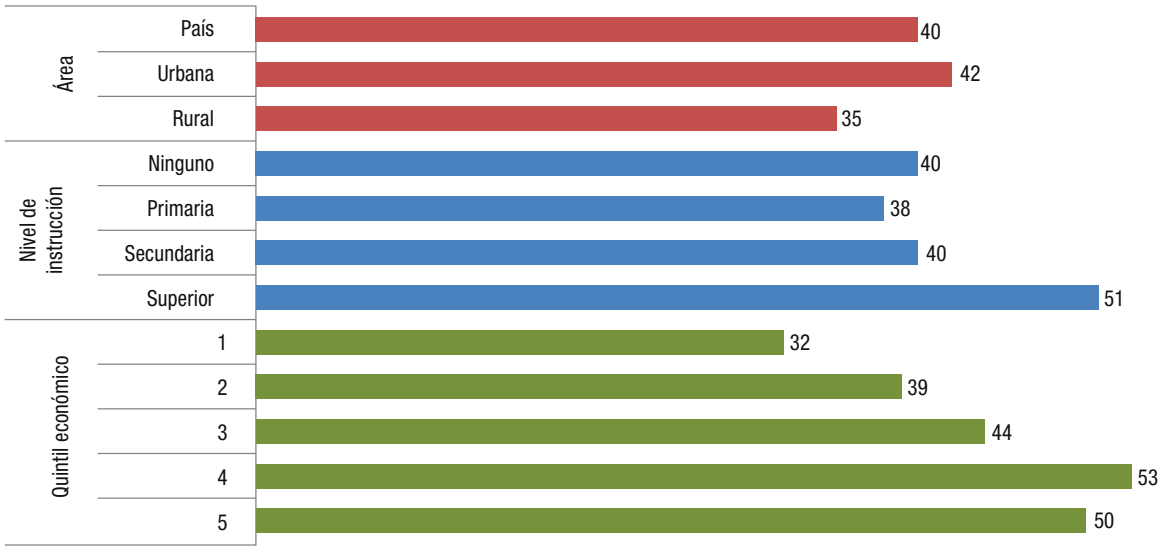
6.3.5 Espaciamiento entre nacimientos

El intervalo intergenésico es definido como el tiempo transcurrido (en meses) entre dos nacidos vivos consecutivos, exceptuándose del cálculo los nacimientos de primer orden. En el Anexo 6.12 se presentan los porcentajes de nacimientos ocurridos antes del intervalo definido desde el nacimiento anterior conforme a ciertas características seleccionadas. A nivel nacional, el 21.7 % de los nacimientos se produjo antes de los 24 meses y el 8.4 %, antes de los 18 meses, un período no óptimo de espaciamiento entre nacimientos.

Un mayor espaciamiento entre nacimientos afectaría tanto el nivel como el calendario de la fecundidad, en este sentido, a nivel nacional, se observa un aumento de la mediana del intervalo intergenésico que pasa de 35 a 40 meses entre los períodos 1999-2004 y 2007-2012, respectivamente.

Al comparar los distintos niveles de la mediana del intervalo con respecto a características seleccionadas, se aprecia que el área urbana presenta un mayor espaciamiento entre nacimientos (42 meses) con respecto al área rural

Gráfico 6.13 **Mediana del intervalo (en meses) de nacimientos que ocurrieron desde el nacimiento anterior, según características seleccionadas**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

(35 meses); asimismo, las mujeres de mayor nivel educativo y las que pertenecen a los quintiles económicos más ricos (cuarto y quinto), tienen las medianas del intervalo más altas (51, 53 y 50 meses respectivamente) (Gráfico 6.13 y Anexo 6.12).

6.3.6 Amenorrea y abstinencia posparto

El Anexo 6.13 presenta las estimaciones de la duración promedio de la amenorrea posparto, la abstinencia sexual posparto y el período de no susceptibilidad de riesgo a embarazo (en meses), considerando en el cálculo la proporción de mujeres a quienes no les había regresado la menstruación o no habían reiniciado las relaciones sexuales a partir del último nacimiento registrado en los cinco años anteriores a la encuesta. En este análisis se restringen en el denominador los nacimientos de las mujeres casadas o unidas, ya que la falta de cónyuge no se considera abstinencia.

La frecuencia e intensidad de la práctica de la lactancia materna retrasa el reinicio de la ovulación y suspende la menstruación por lo que, en dicho período, las mujeres no estarían en riesgo de concebir, el tiempo de duración de la amenorrea posparto es superior al de la abstinencia posparto, por ello, sería el principal componente del período no susceptible posparto en las mujeres después del nacimiento de sus hijos (OMS, 2012).

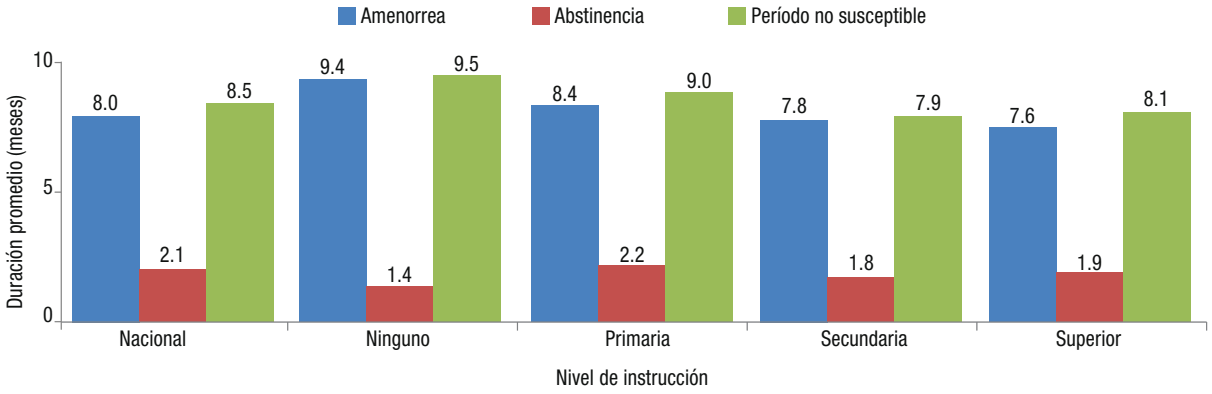
Como se observa en el Cuadro 6.5 y el Anexo 6.13, a nivel nacional, el tiempo promedio total del período de no susceptibilidad posparto es de 8.5 meses, mientras la duración promedio de la amenorrea posparto es de 8.0 meses y de la abstinencia posparto, de 2.1 meses. En el

Cuadro 6.5 **Duración promedio meses de la amenorrea posparto, abstinencia sexual posparto y del período no susceptible para embarazarse, por área de residencia**

Características seleccionadas	Duración promedio			
	Amenorrea posparto	Abstinencia sexual posparto	Período no susceptible	Número de casos
	Meses	Meses	Meses	n
Total	8.0	2.1	8.5	10 216
Área				
Urbano	7.6	2.1	8.0	5 774
Rural	9.2	2.0	9.5	4 442

Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 6.14 **Duración promedio de la amenorrea posparto, la abstinencia sexual posparto y el período no susceptible de embarazo, según nivel de instrucción**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

área rural, el período de la amenorrea posparto es de 9.2 meses y en el área urbana, 7.6 meses. En general, se observa una estabilidad con respecto a los tiempos promedio obtenidos con la ENDEMAIN 2004.

El período de no susceptibilidad posparto presenta diferencias a nivel regional: mientras la Amazonía tiene una duración promedio de 10 meses, en la Costa el período es de 7.4 meses (Anexo 6.13). Las mujeres con nivel de instrucción secundaria y superior tienen períodos más cortos de no susceptibilidad posparto (7.9 y 8.1 meses respectivamente) con respecto a las de ningún nivel educativo (9.5 meses) (Gráfico 6.14).

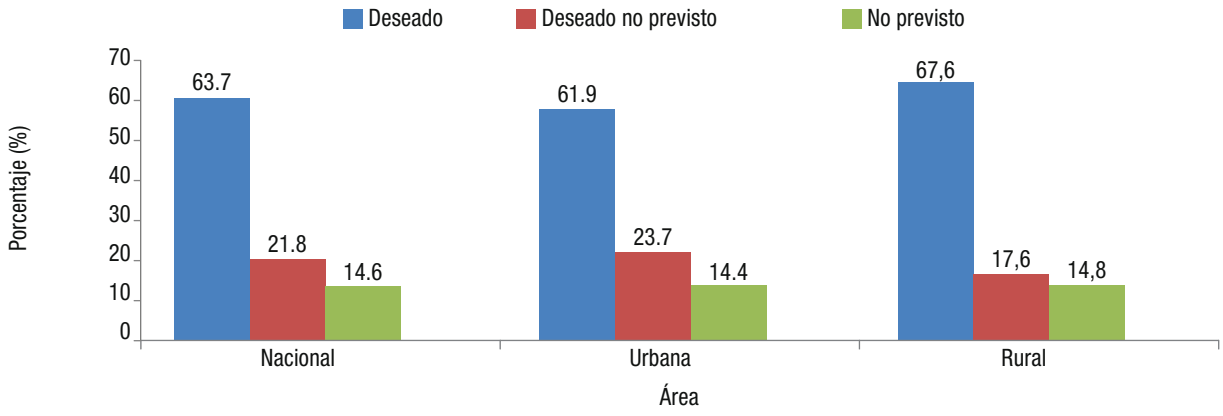
6.3.7 Preferencias reproductivas

En esta sección, se analiza las preferencias sobre la fecundidad de las mujeres en edad fértil de acuerdo con lo investigado en la ENSANUT-ECU 2012, para ello, se utiliza la información retrospectiva correspondiente al deseo de haber tenido hijos de las mujeres que tuvieron sus hijos nacidos vivos en los últimos cinco años anteriores a la encuesta y posteriormente se analiza el deseo actual de las mujeres por tener hijos o por esperar un tiempo antes de tener otro hijo, información de importancia en el estudio de la demanda de planificación familiar.

Para cada uno de los hijos nacidos vivos en los últimos cinco años, se preguntó a sus madres si en la época en que se embarazó quería tener ese hijo, es decir, si fue deseado o planeado, o quería esperar más tiempo para tener el hijo, lo que se denominó deseado no previsto o no quería tener más hijos, es decir, fue no previsto.

Si bien la información al ser del pasado podría estar subestimada por efecto de la recordación o consideraciones afectivas, el indicador podría proporcionar información de utilidad para la prevención de nacimientos no deseados y la regulación de la fecundidad.

Gráfico 6.15 **Distribución relativa de los nacidos vivos por tipo de embarazo, según área**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 6.6 **Nacidos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta, por área de residencia**

Características seleccionadas	Deseada	No deseada	Total
	TGF	TGF	TGF
Total	2.5	0.5	3.0
Área			
Urbana	2.5	0.4	2.9
Rural	2.7	0.5	3.2

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

En el Anexo 6.14 y el Gráfico 6.15 se observa que, de acuerdo con la clasificación antes indicada, a nivel nacional, el 63.7 % de los nacidos vivos en este período fue deseado o planificado, el 21.8 % fue deseado pero no previsto y el 14.6 % fue no previsto. Asimismo, el 61.9 % de los nacimientos del área urbana y el 67.9 % del área rural fue deseado o planificado, mientras que el embarazo deseado pero no previsto, es superior en el área urbana (23.7 %) con respecto al área rural (17.6 %). Es decir, hubo una mayor frecuencia en el área urbana de mujeres que hubiesen deseado esperar más tiempo para tener sus hijos.

Como se desprende del Anexo 6.15, los más altos porcentajes de hijos no previstos corresponden a: las mujeres de mayor edad (36.4 %), hijos nacidos en orden siete o más de nacimiento (41.5 %), así como en mujeres de ningún nivel educativo (21.5 %) y del quintil económico más bajo (16.7 %). También registran, a nivel de grupo étnico y mayor frecuencia de hijos no previstos, las mujeres afroecuatorianas (18.3 %) e indígenas (17.1 %). Con respecto a los hijos deseados pero no previstos, son más probables en mujeres de menos de 20 años al nacimiento del hijo (30.2 %), en el primer nacimiento (26.8 %), y en mujeres de nivel de instrucción superior (27.2 %).

El Anexo 6.16 y el Cuadro 6.6 muestran las tasas globales de fecundidad deseadas y no deseadas, según características seleccionadas, estas se calculan del mismo modo que la tasa global de fecundidad observada y se consideran para el efecto las categorías descritas en los Anexos 6.14 y 6.15, es decir, hijos deseados o planeados, hijos deseados no previstos e hijos no previstos, las dos primeras corresponden a los hijos deseados y el resto serán los hijos no deseados. La suma de ambos será la tasa global de fecundidad observada.

La tasa global de fecundidad (TGF) deseada del período 2007-2012, es de 2.5 hijos por mujer, un 17 % menor que la TGF observada de 3.0 hijos por mujer. La mayor brecha entre el número de hijos observado y el deseado se ubica en la Amazonía donde existe el nivel de fecundidad más alto del país, con una diferencia de 0.8 hijos entre la TGF observada y la TGF deseada.

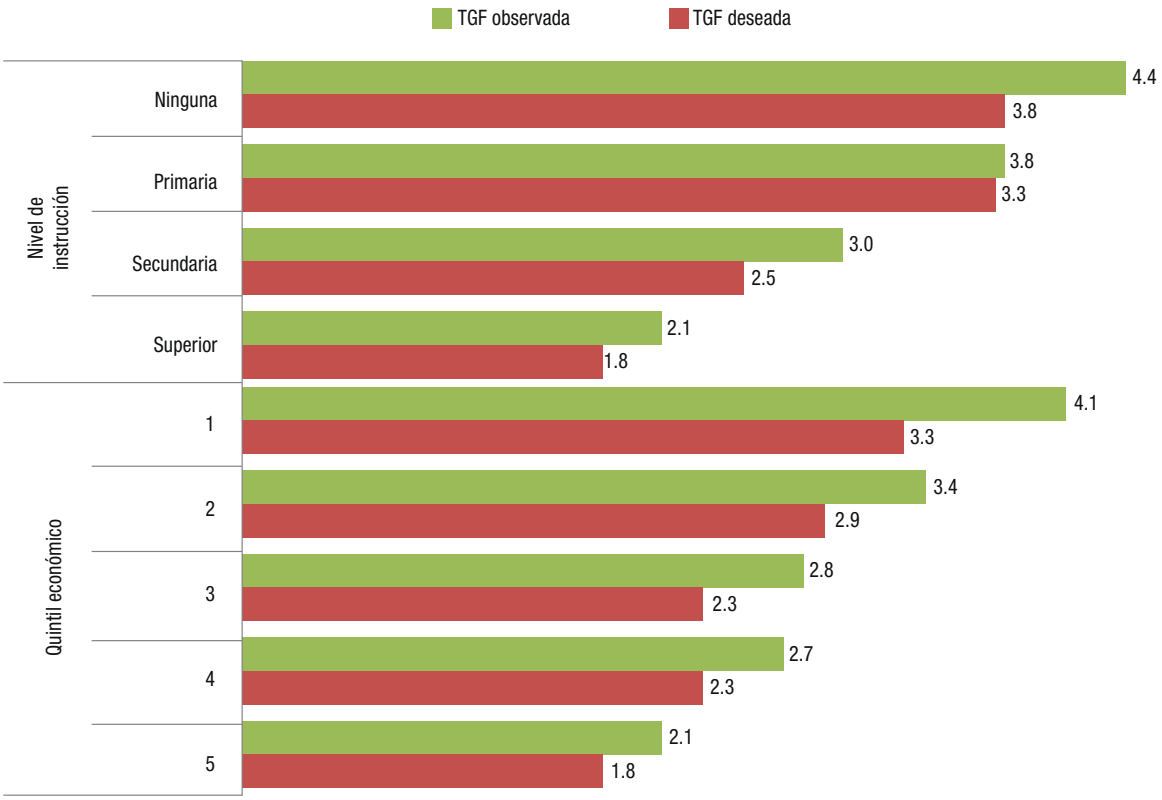
Se aprecia mayor distancia entre el número de hijos observados y los deseados en las mujeres de menor nivel educativo y del quintil económico más pobre. La tasa global de fecundidad deseada para mujeres del nivel de educación superior y del quintil económico más rico es de 1.8 hijos por mujer, mientras que, para las mujeres indígenas y aquellas con ningún nivel de instrucción, es de 3.4 y 3.8 hijos por mujer respectivamente (Gráfico 6.16).

En el Anexo 6.17 se presentan las tendencias de las TGF deseada y no deseada entre ENDEMAIN 1999, 2004 y ENSANUT-ECU 2012, en que no se evidencia mayor diferencia en el comportamiento de la descomposición de la TGF observada en el tiempo. La fecundidad deseada del área rural en la última encuesta (2.7 hijos por mujer) disminuye en mayor proporción a la observada en las encuestas anteriores, así como la fecundidad deseada de las mujeres con ningún nivel de instrucción (3.8 hijos por mujer) (Gráfico 6.17).

De acuerdo con el deseo actual de tener hijos de las mujeres casadas o unidas, excluyendo del denominador a las mujeres esterilizadas, operadas por razones médicas y menopáusicas, en el Anexo 6.18 se aprecia la tendencia de este indicador en el tiempo, que con respecto a la encuesta anterior disminuye al 39 % de las mujeres que sí desean tener más hijos. En consecuencia, aumenta el porcentaje de mujeres que no quieren tener más hijos (57.2 %), también se observa un incremento de mujeres indecisas de 2.3 % a 3.8 %.

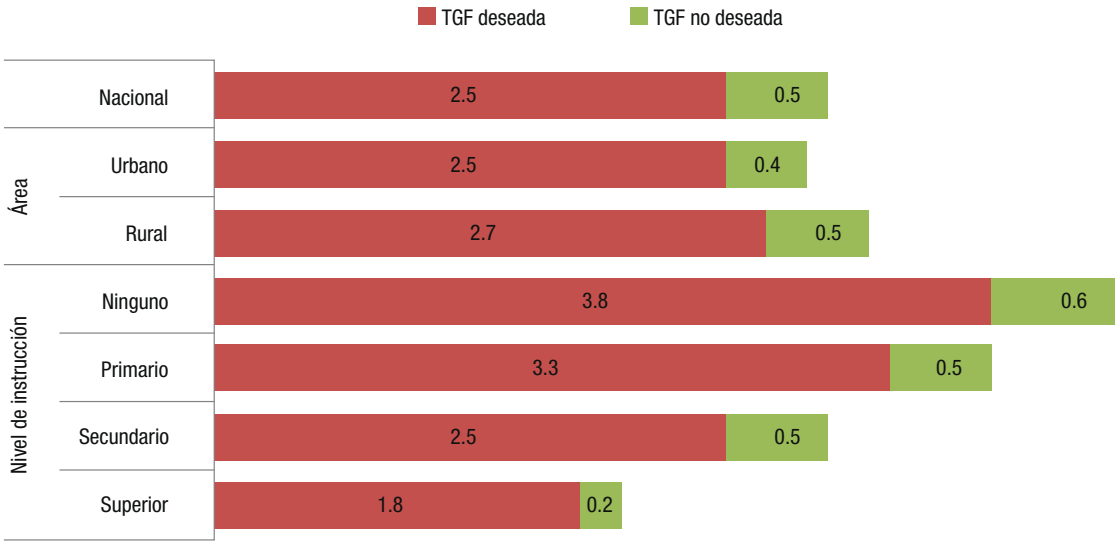
El porcentaje de mujeres que no desean tener más hijos es mayor en el área rural (60.3 %) que en el área urbana (55.8 %), entre las mujeres de mayor edad (90.5 % de mujeres de 45 a 49 años), en las

Gráfico 6.16 **. Tasa global de fecundidad observada y deseada (hijos por mujer), por nivel de instrucción y quintil económico**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/ INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 6.17 **Tasa global de fecundidad deseada y no deseada (hijos por mujer), por área y nivel de instrucción**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/ INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

mujeres con ningún nivel educativo (80.7 %) y aquellas con un alto número de hijos nacidos vivos (94.4 % mujeres con 6 hijos y más).

6.4 BIBLIOGRAFÍA

ADS (2009). FESAL 2008: *Encuesta de Salud Familiar*. El Salvador: Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS), Comité Consultivo Internacional (CCI) y Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC).

CEPAR (2005). *ENDEMAIN 2004: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil*. Ecuador: Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social (CEPAR).

CEPEP (2009). *ENDSSR 2008. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva*. Paraguay: Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP).

Coa, R. y Ochoa, L. H. (2009). *ENDSA 2008. Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bolivia: Ministerio de Salud y Deporte/ Instituto Nacional de Estadística/Programa Reforma de la Salud.

INEI (2013). *ENDES 2012. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

MSPAS (2010). *ENSMI-2008/09. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)/Instituto Nacional de Estadística (INE)/Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC).

OMS (2012). *Guía de planificación familiar para agentes de salud comunitários y sus clientes*. Suiza: Organización Mundial de la Salud (OMS)

Profamilia (2011). *ENDS 2010. Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Colombia: Profamilia, Ministerio de Protección Social, Bienestar Familia y United States Agency of International Development (USAID).

Rutstein, S. O. and Rojas, G. (2006). *Guide to DHS Statistics*. Demographic and Health Surveys, Calverton, MD: ORC Macro.

SS, INE e ICF International (2013). *ENDESA 2011/2012. Encuesta Nacional de Salud y Demografía*. Honduras: Secretaría de Salud (SS), Instituto Nacional de Estadística (INE) e ICF International.

WHO (2014). *Global Reference List of 100 core health indicators*. Geneva: World Health Organization (WHO).



CAPÍTULO VII | PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Fotografía:
UNICEF /Ecuador /2013-1688 /M. Avilés

Contenido

7.1 INTRODUCCIÓN....127
7.2 METODOLOGÍA....127
7.2.1 Conocimiento de métodos anticonceptivos....127
7.2.2 Uso pasado y actual de métodos anticonceptivos....130
7.2.3 Tendencias en el uso actual de métodos anticonceptivos....130
7.2.4 Diferencias en el uso actual de métodos anticonceptivos entre las MEF casadas/unidas y las MEF no casadas/unidas sexualmente activas....133
7.2.5 Fuente de obtención de anticonceptivos modernos....134
7.2.6 Tiempo que transcurre para acceder a la fuente de obtención de anticonceptivos....137
7.2.7 Motivos para uso actual de anticonceptivos....138
7.2.8 Satisfacción con el uso de anticonceptivos....138
7.2.9 Preferencias en el uso anticonceptivos....139
7.2.10 Esterilización femenina en las mujeres casadas o unidas....139
Satisfacción con la esterilización femenina....140
Motivos para no estar satisfecha con la esterilización femenina....141
Mujeres que tienen interés en esterilizarse....141
Mujeres que no tienen interés en esterilizarse....141
7.3 BIBLIOGRAFÍA....141

7.1 INTRODUCCIÓN

La planificación familiar, entendida como una herramienta que otorga a las mujeres y parejas la capacidad para decidir si quieren o no tener un hijo o una hija, qué número de hijos e hijas quieren tener y en qué momento, fomenta el espaciamiento de embarazos y pospone o evita el embarazo en las mujeres con mayor riesgo de morir, sobre todo en las más jóvenes y aquellas que ya han tenido varios hijos y/o hijas (OMS, 2013). Además, según el método anticonceptivo utilizado, la planificación familiar contribuye a la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/sida.

En este contexto, la OMS categoriza los métodos anticonceptivos de planificación familiar en métodos modernos y métodos tradicionales. Acorde con esta clasificación, como se muestra en el Cuadro 7.1, para el presente capítulo, los métodos anticonceptivos modernos incluyen la vasectomía, la esterilización femenina, el implante, la inyección anticonceptiva, las pastillas anticonceptivas, el condón femenino, el condón masculino, la píldora anticonceptiva de emergencia, los dispositivos intrauterinos (DIU), los métodos vaginales (como las jaleas) y el método de la amenorrea de la lactancia materna (MELA) (OMS, 2013). Los métodos anticonceptivos tradicionales, por su parte, incluyen el retiro, el ritmo o el calendario y los métodos que vigilan el moco cervical (OMS, 2013).

Cabe mencionar que en este capítulo, el texto, los cuadros y los gráficos exponen la información de manera resumida. Para el lector que desee hacer un análisis a profundidad, el disco compacto que acompaña este informe contiene los anexos con información detallada sobre la población muestral (n), la población expandida (N) y los intervalos de confianza (IC 95 %).

7.2 METODOLOGÍA

La medición del conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos se obtuvo del análisis de los datos recolectados en la aplicación de la Sección IV: *Planificación Familiar*, del formulario de mujeres en edad fértil (MEF), a todas las mujeres entre 12 y 49 años (Anexo B). Para tal efecto, el Cuadro 7.2 muestra la composición del presente capítulo por secciones estudiadas, según la clasificación de las MEF por grupo de edad, estado civil y actividad sexual.

7.2.1 Conocimiento de métodos anticonceptivos

Para la estimación del conocimiento de métodos anticonceptivos se preguntó a la entrevistada qué métodos de planificación familiar conoce. A continuación, para cada método no mencionado por la entrevistada se leyó el nombre del método, y se preguntó nuevamente si lo conocía o había oído hablar de él. Sin embargo, el conocimiento de un método no implica que la entrevistada tenga una profunda comprensión sobre el método y en qué forma utilizarlo. Con estos antecedentes, el Cuadro 7.3 y el Anexo 5.1 presentan el conocimiento de métodos anticonceptivos en las MEF de 15 a 49 años, por método y por estado civil. En el cuadro se reporta que, sin importar el estado civil, prácticamente todas las MEF conocen al menos un método anticonceptivo (98 %). Este mismo comportamiento se reporta en el conocimiento de al menos un método anticonceptivo moderno (97.9 %); sin embargo se observan algunas excepciones al hacer el análisis método por método. Este es el caso de la MELA (31.2 %), los métodos vaginales (32.5 %), la píldora anticonceptiva de emergencia (51.8 %) y la vasectomía (52 %).

Con relación al conocimiento de al menos un método tradicional, se observa un nivel de conocimiento mucho menor (71.3 %) al nivel del conocimiento de al menos un método (98 %) y de al menos un método moderno (97.9 %); particularmente, el nivel de conocimiento es mucho menor para el método anticonceptivo del retiro (45.2 %).

Para complementar la información antes mencionada, el Anexo 7.3 presenta el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos, de las MEF de 12 a 49 años, por método y por grupos de edad: de 12 a 14 años y de 15 a 49 años. De este anexo se desprende que, como era de esperarse, el nivel de conocimiento de las mujeres de 12 a 14 es mucho menor que el nivel de conocimiento de las mujeres de 15 a 49 años. Mientras que en las mujeres más jóvenes, el nivel de conocimiento de al menos un método es del 79.5 %, en las mujeres de 15 a 49 años el nivel de conocimiento es del 98 %. Esta diferencia es mucho más marcada al hacer el análisis por método específico; en particular, en el nivel de conocimiento de los DIU (21.9 % en el grupo de 12 a 14 años y 86 % en el grupo de 15 a 49 años); el ritmo, el calendario o el moco cervical (13.9 % en el grupo de 12 a 14 años y 63.6 % en el grupo de 15 a 49 años); y la

Cuadro 7.1 **Métodos anticonceptivos, descripción, manera de funcionamiento y eficacia para prevenir el embarazo**

Método anticonceptivo	Descripción	Manera en que funciona para prevenir el embarazo	Eficacia para prevenir el embarazo
Métodos anticonceptivos modernos			
Vasectomía o esterilización masculina	Anticonceptivo permanente que consiste en bloquear los conductos deferentes para impedir el paso de los espermatozoides desde los testículos hacia el pene.	Impide que haya espermatozoides en el semen eyaculado.	> 99 %, después de la evacuación del semen a los 3 meses.
Esterilización femenina o ligadura de las trompas de Falopio	Anticonceptivo permanente con que se bloquean o cortan las trompas de Falopio.	Los óvulos no pueden juntarse con los espermatozoides.	> 99 %.
Implante	Cilindros o cápsulas pequeñas y flexibles que se colocan debajo de la piel del brazo.	Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten, previendo así la ovulación.	> 99 %.
Inyección anticonceptiva	Métodos anticonceptivos hormonales que se inyectan por vía intramuscular cada mes o cada tres meses dependiendo del producto.	Evita la liberación de óvulos por los ovarios.	> 99 % si se usa de manera correcta y sostenida.
Pastillas anticonceptivas	Anticonceptivo hormonal oral para uso femenino que tiene como objetivo alterar el ciclo menstrual.	Evita la liberación de óvulos por los ovarios.	> 99 % si se usa de manera correcta y sostenida y 92 % si se usa de manera inadecuada.
Condón femenino	Vaina o forro que se adapta holgadamente a la vagina; está hecho de un material plástico transparente, fino y suave.	Forma una barrera que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten	90 % si se usa de manera correcta y sostenida.
Condón masculino	Vaina o cubierta que envuelve el pene erecto y evita la fecundación; además disminuye el riesgo de adquirir ITS.	Forma una barrera que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo	98 % si se usa de manera correcta y sostenida.
Píldora anticonceptiva de emergencia	Pastillas de progestágeno que se toman para prevenir el embarazo hasta 5 días después de una relación sexual sin protección.	Evita la ovulación	Reduce entre 60 % y 90 % el riesgo de embarazo.
Dispositivos intrauterinos (DIU).	Método que consiste en la colocación, dentro de la cavidad uterina, un elemento que, con efecto mecánico, químico u hormonal, impide que los espermatozoides lleguen a fecundar los óvulos. Entre estos métodos están la espiral y la T de cobre.	Según el material: -El cobre daña los espermatozoides e impide que se junten con el ovulo. -Suprime el crecimiento del revestimiento de la cavidad uterina (endometrio).	> 99 %.
Métodos vaginales	Se aplican o utilizan al interior de la vagina para evitar el embarazo. Incluyen a los espermicidas, jaleas y espumas, entre otros.	Impiden la unión del espermatozoide y el óvulo.	Varía según el tipo de método.
MELA (método de la amenorrea de la lactancia)	Método temporal para las mujeres que han dado a luz recientemente, que exige el amamantamiento exclusivo, día y noche, de una criatura menor de 6 meses.	Impide que los ovarios liberen los óvulos.	99 % si se aplica de manera correcta y sostenida.
Métodos anticonceptivos tradicionales			
Retiro (coito interrumpido)	Método en el que el hombre retira el pene completamente de la vagina antes de eyacular para que el semen no tenga contacto con los genitales de la mujer.	Evita que los espermatozoides penetren en la vagina, lo que impide la fecundación.	96 % si se aplica de manera correcta y sostenida y 73 % si se utiliza de manera inadecuada.
Ritmo, calendario y moco cervical	Métodos que vigilan los días fecundos, la secreción vaginal y la temperatura corporal durante el ciclo menstrual.	La pareja impide el embarazo evitando tener un coito sin protección durante los días fecundos, generalmente usando los métodos de la abstinencia o condones.	95 a 97 % cuando se usa de manera correcta y regular; 75 % cuando se usa inadecuadamente.

Fuente: Adaptado de OMS (2013) y Zumárraga *et al.* (2014).
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 7.2 **Composición del capítulo VII según las clasificación de la MEF por grupo de edad, estado civil y actividad sexual**

Sección del capítulo	Clasificación de las MEF por grupo de edad, estado civil y actividad sexual			
	MEF de 12 a14	MEF de 15 a 49	MEF casadas/ unidas	MEF no casadas/ unidas sexualmente activas en el último mes
Conocimiento de métodos anticonceptivos	X	X	X	
Uso pasado y actual de métodos anticonceptivos		X	X	
Tendencias y uso actual de métodos anticonceptivos			X	
Diferencias en el uso actual de métodos anticonceptivos			X	X
Fuente de obtención de métodos anticonceptivos		X	X	
Tiempo para llegar a la fuente de obtención de métodos anticonceptivos		X	X	
Motivos para uso actual de métodos anticonceptivos		X	X	
Satisfacción con el uso de métodos anticonceptivos		X	X	
Preferencias en el uso de métodos anticonceptivos		X	X	
Esterilización femenina en las MEF casadzas o unidas			X	

Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 7.3 **Conocimiento de métodos anticonceptivos, por método y por estado civil (MEF de 15 a 49 años)**

Método anticonceptivo	Unida/ casada	Soltera	Divorciada/ separada/viuda	Total	
	%	%	%	%	n
Al menos un método conocido	99.0	96.0	99.3	98.0	17 377
Método moderno conocido					
Al menos un método moderno conocido	98.8	96.0	99.2	97.9	17 309
Vasectomía	51.5	51.6	55.4	52.0	8 564
Esterilización femenina	92.5	84.0	92.8	89.6	15 885
Implante	72.0	61.1	76.7	68.7	13 474
Inyección anticonceptiva	93.0	86.7	95.3	91.1	16 304
Pastillas anticonceptivas	94.5	89.1	95.3	92.7	16 447
Condón femenino	47.0	57.6	54.0	51.3	7 951
Condón masculino	90.0	89.9	92.7	90.2	15 878
Píldora anticonceptiva de emergencia	46.6	59.4	55.0	51.8	8 043
DIU, espiral o T de cobre	91.0	76.4	91.5	86.0	15 266
Métodos vaginales	33.1	30.2	37.5	32.5	5 162
MELA	35.0	24.3	34.2	31.2	5 315
Método tradicional conocido					
Al menos un método tradicional conocido	74.4	64.5	77.4	71.3	12 742
Retiro	48.8	37.6	51.4	45.2	8 407
Ritmo, calendario, moco cervical	65.8	58.5	69.4	63.6	11 189
Otro	1.3	2.1	1.1	1.6	248

Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

esterilización femenina (46.3 % en el grupo de 12 a 14 años y 89.6 % en el grupo de 15 a 49 años).

A partir del Anexo 7.4 al Anexo 7.9 se presenta el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos de las MEF, por método, ubicación geográfica, quintil económico, grupo étnico, nivel de instrucción, grupos de edad y número de hijos e hijas. El vv hace un resumen de esta información desagregada por área de residencia. Se desprende de este gráfico que, a escala nacional, los métodos anticonceptivos más conocidos por las mujeres son las pastillas anticonceptivas (92.7 %), la inyección anticonceptiva (91.1 %), el condón masculino (90.2 %) y la esterilización femenina (89.6 %).

Con relación al área de residencia, se puede observar que el nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos es mayor en el área urbana que en el área rural. Esta diferencia de conocimiento es mucho más marcada al observar la vasectomía (60.9 % en el área urbana y 30.2 % en el área rural), el condón femenino (57.3 % en el área urbana y 36.8 % en el área rural), la píldora anticonceptiva de emergencia (59.7 % en el área urbana y 32.5 % en el área rural) y el ritmo, calendario o moco cervical (71.3 % en el área urbana y 44.8 % en el área rural).

La información más destacada en los anexos indica que el porcentaje de conocimiento de al menos un método anticonceptivo es menor, a nivel provincial, en Cotopaxi (89.9 %), Cañar (90.7 %) y Chimborazo (91.2 %). Por grupo étnico, en las mujeres indígenas (87.3 %) en comparación con las mujeres mestizas, blancas o de otra etnia (98.9 %). Y por nivel de instrucción, en las mujeres sin estudios (87.3 %) respecto de la mujeres con instrucción superior (99.8 %).

7.2.2 Uso pasado y actual de métodos anticonceptivos

Con el fin de analizar el uso pasado y actual de métodos anticonceptivos, a todas las mujeres de 15 a 49 años que declararon conocer algún anticonceptivo se les preguntó si lo habían usado en el pasado, y si lo están usando actualmente. Esta información permite medir la práctica pasada y actual del uso de la anticoncepción. Los resultados obtenidos del análisis del uso pasado y actual de anticonceptivos, desagregados por estado civil, se presentan en el Anexo 7.10, el Anexo 7.11 y en el Cuadro 7.4.

Se observa en el cuadro que la proporción total de mujeres de 15 a 49 años que en el pasado usó algún método es del 73.5 %, mientras que la proporción de mujeres que actualmente usa algún método es del 54.7 %, obteniéndose una brecha de 19 puntos porcentuales entre el uso pasado y el uso actual. Esta brecha se observa también al hacer el análisis por estado civil, en especial para las mujeres divorciadas, separadas o viudas (con una brecha de 42 puntos porcentuales entre el uso pasado y actual).

Además, se observa que los métodos anticonceptivos más usados en el pasado por las mujeres fueron la esterilización femenina (20.6 %), la inyección (18.5 %) y los DIU (12.1 %). Mientras que los métodos más usados actualmente por las mujeres son la esterilización femenina (20.5 %), seguida por la inyección (7.8 %) y las pastillas anticonceptivas (7.4 %).

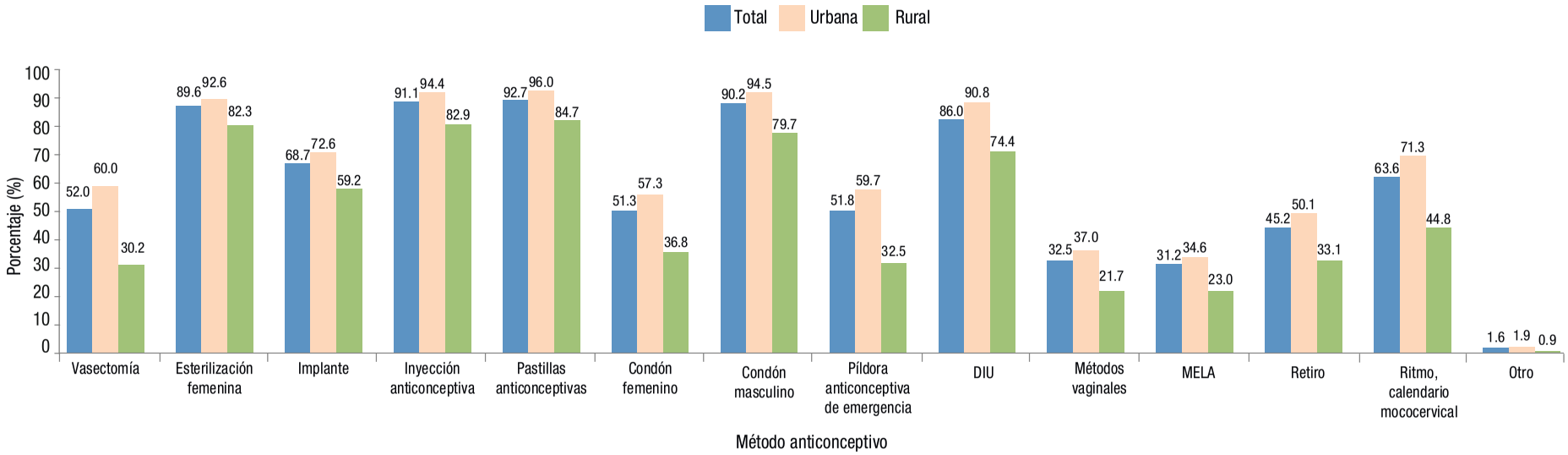
Resta mencionar que, en esta sección y en las siguientes, cuando un método anticonceptivo no aparece en el cuadro es porque el número de casos era muy pequeño y por lo tanto no cabía su inclusión.

7.2.3 Tendencias en el uso actual de métodos anticonceptivos

El Anexo 7.2 y el Gráfico 7.2 presentan la evolución de uso de métodos anticonceptivos, entendida como la proporción de mujeres de 15 a 49 años casadas o unidas, que en distintos años, usaban al menos un método anticonceptivo, al menos un método anticonceptivo moderno y al menos un método anticonceptivo tradicional. Se reporta en el gráfico que el uso de al menos un método anticonceptivo ha aumentado de 2004 a 2012, de un 33.6 % a un 80.1 %, de un 26.5 % a un 71.7 %, para el uso de algún método moderno, mientras que en el mismo período, se mantuvo el uso de al menos un método tradicional (CEPAR, 2005).

Como se observa en el Gráfico 7.2 el incremento del uso es mayor en estos últimos 8 años, con un aumento de un punto y 1.6 puntos porcentuales por año, en al menos un método y al menos un método moderno, respectivamente. Con relación al uso de al menos un método anticonceptivo tradicional, contrario a las categorías anteriores, este ha ido disminuyendo a través de los años. Por lo tanto, se puede decir que el uso de los métodos anticonceptivos modernos en las mujeres casadas/unidas cada vez es más común.

Gráfico 7.1 **Conocimiento de métodos de anticonceptivos por método y por área de residencia (MEF de 15 a 49 años)**



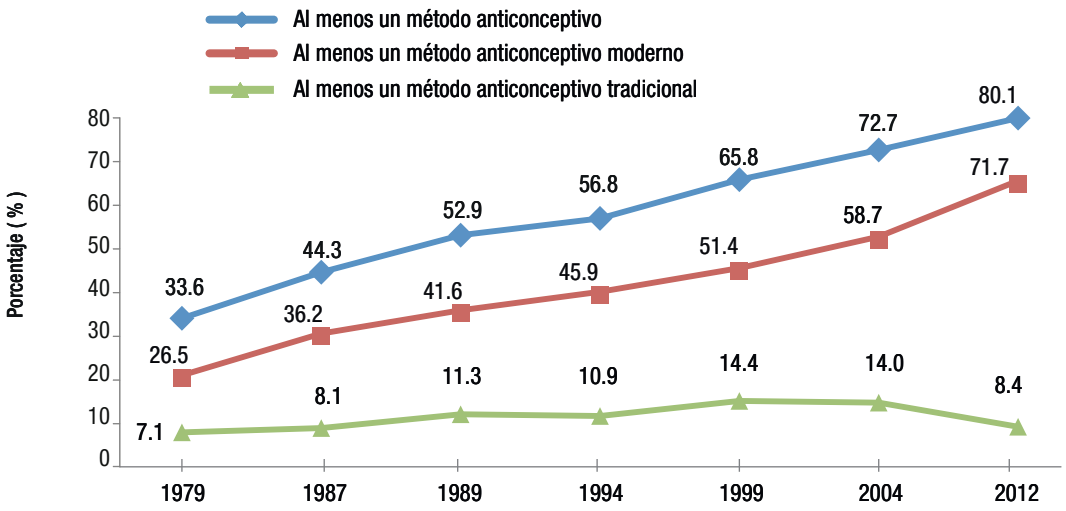
Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 7.4 Uso pasado y actual de métodos anticonceptivos, por método, y por estado civil (MEF de 15 a 49 años)

Estado civil	USO PASADO					USO ACTUAL				
	Estado civil					Estado civil				
	Unida/ casada	Soltera†	Divorciada/ separada/ viuda†	Total‡		Unida/ casada	Soltera†	Divorciada/ separada/ viuda†	Total‡	
	%	%	%	%	n	%	%	%	%	n
Ha usado un método	94.6	34.6	89.5	73.5	14 964	80.1	16.0	47.8	54.7	11 671
Método anticonceptivo										
Vasectomía	0.3	0.0	0.2	0.2	46	0.3	0.0	0.1	0.2	32
Esterilización femenina	32.4	1.4	20.5	20.6	3 689	32.3	1.4	20.3	20.5	3 666
DIU	17.3	1.4	19.5	12.1	2 276	5.1	0.3	4.9	3.5	598
Inyección anticonceptiva	23.1	8.9	25.8	18.5	4 663	10.8	3.2	7.1	7.8	1 840
Implante	3.3	1.7	3.7	2.8	825	5.8	1.8	5.3	4.4	1 547
Pastillas anticonceptivas	11.2	6.9	10.9	9.7	1 682	11.1	2.4	4.2	7.4	1 450
MELA	0.5	0.3	0.8	0.4	105	0.7	0.0	0.8	0.5	115
Métodos vaginales	0.2	0.2	0.1	0.2	49	*	*	*	*	*
Condón masculino	3.3	11.6	4.2	6.3	948	5.4	4.4	1.7	4.7	968
Condón femenino	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Ritmo	2.0	1.1	2.2	1.7	455	4.8	1.2	2.4	3.3	850
Retiro	1.0	0.6	1.5	0.9	208	3.6	1.2	0.9	2.5	578
No usan	5.4	65.4	10.5	26.5	2 679	19.9	84	52.2	45.3	5 979
Total	100	100	100	100	17 643	100	100	100	100	17 650

* Menos de 25 casos.
† Para esta estimación no se tomó en cuenta la actividad sexual en el último mes.
‡ Para esta estimación no se tomó en cuenta la actividad sexual en el último mes en las mujeres solteras, divorciadas, separadas y viudas.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 7.2 Evolución del uso de métodos anticonceptivos (MEF de 15 a 49 años casadas o unidas)



Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 7.5 **Uso actual de métodos anticonceptivos modernos en países seleccionados de Latinoamérica (mujeres casadas/unidas de 15 a 49 años)**

Uso de métodos anticonceptivos	Perú	Colombia	Bolivia	Guatemala	Ecuador
	ENDES 2012	ENDS 2010	ENDSA 2008	ENSMI 2008/09	ENSANUT-ECU 2012
	%	%	%	%	%
Al menos un método	75.5	61.2	41.4	54.1	80.1
Al menos un método moderno	51.8	56.9	24.0	44.0	71.7
Al menos un método tradicional	23.7	4.3	17.5	10.1	8.4

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC; ENDES-Perú 2012; ENDS-Colombia 2010; ENDSA-Bolivia 2008; ENSMI-Guatemala 2008/09
Elaboración: Freire WB. *et al.*

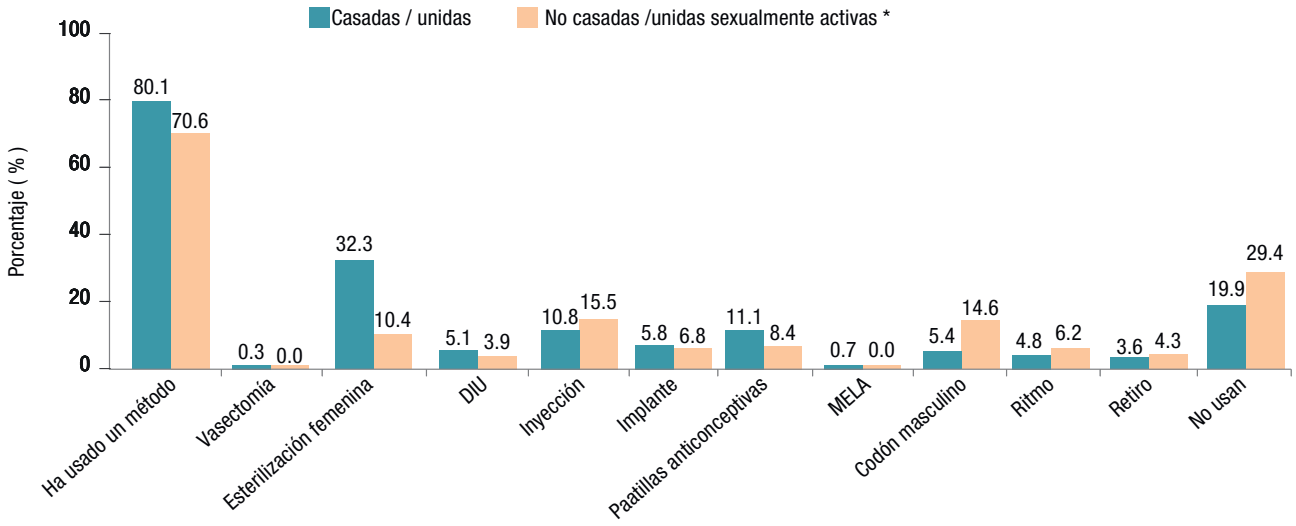
Para ubicar a Ecuador en el contexto regional, el Cuadro 7.5 muestra el uso actual, de al menos un método anticonceptivo en las mujeres casadas/unidas en países seleccionados de Latinoamérica. Del cuadro se desprende que Ecuador lleva la delantera en el nivel de uso de al menos un método y de al menos un método moderno, mientras que Bolivia presenta las tasas más bajas en estas dos categorías y la tasa más alta con relación al uso de al menos un método tradicional.

7.2.4 Diferencias en el uso actual de métodos anticonceptivos entre las MEF casadas/unidas y las MEF no casadas/unidas sexualmente activas

En el Gráfico 7.3 se presentan las diferencias a escala nacional en el uso actual de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres casadas/unidas y las no casadas/unidas sexualmente activas. Del gráfico se desprende que un 80.1 % de las mujeres casadas/unidas ha usado un método anticonceptivo mientras que un 70.6 % de las mujeres no casadas/unidas sexualmente activas ha usado un método.

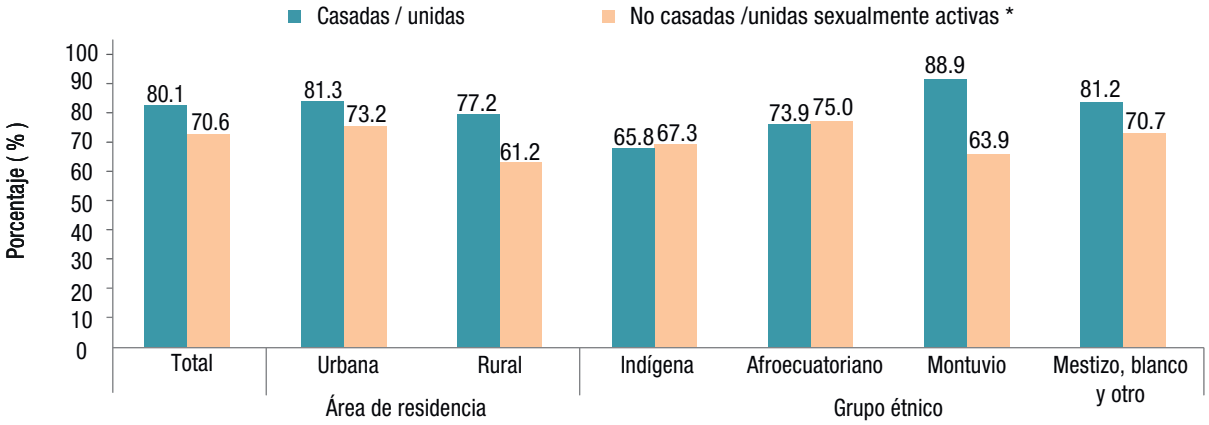
Al observar las tasas de uso, método por método, se aprecia que las mujeres casadas/unidas prefieren usar la esterilización femenina (32.3 %) y las pastillas anticonceptivas (11.1 %), mientras que las mujeres no casadas/unidas sexualmente activas prefieren usar la inyección anticonceptiva (15.5 %), el condón masculino (14.6 %) y en tercer lugar, la esterilización femenina (10.4 %). Al observar los demás métodos anticonceptivos el comportamiento es similar para los dos grupos. Resta decir que una proporción importante de

Gráfico 7.3 **Diferencias en el uso actual de métodos anticonceptivos, por método (mujeres casadas unidas y mujeres no casadas/unidas sexualmente activas)**



* MEF no casadas/unidas sexualmente activas en el último mes.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 7.4 **Diferencias en el uso actual de al menos un método anticonceptivo, por área de residencia y grupo étnico (mujeres casadas/unidas y mujeres no casadas/unidas sexualmente activas)**



* MEF no casadas / unidas sexualmente activas en el último mes
Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

mujeres no casadas/unidas sexualmente activas no usan anticonceptivos (29.4 %), por ende, estas mujeres forman un grupo de posibles intervenciones de planificación familiar y prevención del contagio de ITS.

Para el lector que lo desee, el detalle de las diferencias en el uso actual de métodos anticonceptivos, más las desagregaciones por subregión, zona de planificación, quintil económico, nivel de instrucción y número de hijos se encuentra del Anexo 7.12 al Anexo 7.18, para las mujeres casadas/unidas, y del Anexo 7.19 al Anexo 7.25, para las mujeres no casadas/unidas sexualmente activas.

Conforme el área de residencia, como se observa en el Gráfico 7.4, el porcentaje de uso de al menos un método anticonceptivo es menor en el área rural (77.2 % en las casadas/unidas, y 61.2 % en las no casadas/unidas sexualmente activas) que en el área urbana (81.3 % en las casadas/unidas y 73.2 % en las no casadas/unidas sexualmente activas). En cuanto al grupo étnico se observa que los porcentajes de uso de al menos un anticonceptivo son menores en las mujeres indígenas (65.8 % en las casadas/unidas y 67.3 % en las no casadas/unidas), como también en las mujeres montuvias no casadas/unidas sexualmente activas (63.9 %).

Con relación al desglose por provincia, en los Anexos 7.13 y 7.20 se puede observar que en todas las provincias más del 50 % de mujeres, sin importar la categoría, usa algún método anticonceptivo, siendo las provincias de Carchi y Los Ríos las que presentan las tasas más altas de uso. Además, al comparar entre las mujeres casadas/unidas y las no casadas/unidas sexualmente activas, se observa que en la mayoría de provincias las casadas/unidas son quienes más usan al menos un método anticonceptivo. Sin embargo, se observan excepciones en las provincias de Cotopaxi, Loja, Los Ríos, Napo y Sucumbíos, en donde las no casadas/unidas, son las que más usan al menos un método anticonceptivo.

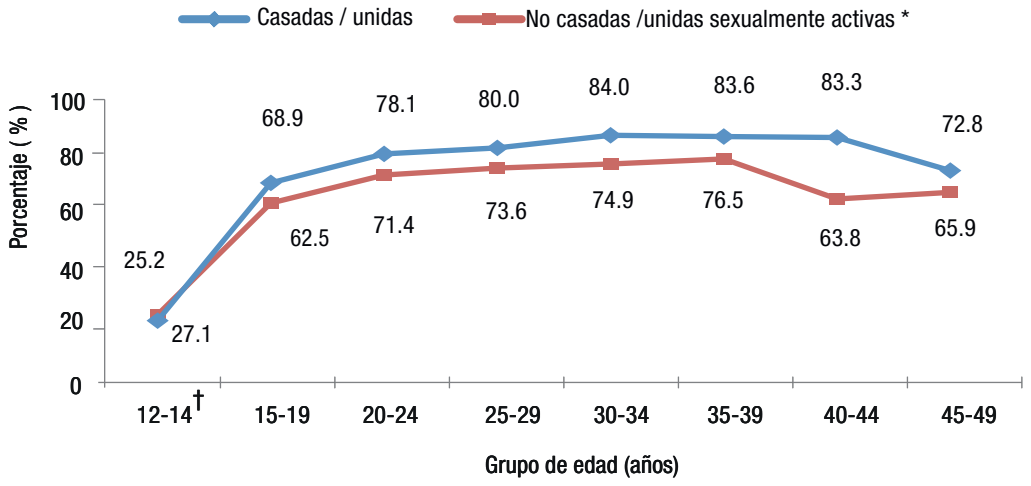
Al analizar el uso actual de al menos un método anticonceptivo por grupo de edad, en el Gráfico 7.5 se reporta que, en general, la proporción de uso de la anticoncepción es similar entre el grupo de mujeres casadas/unidas y las mujeres no casadas unidas sexualmente activas, y sobrepasa el 60 % en todos los grupos.

Finalmente, al analizar el uso de métodos anticonceptivos según el deseo de embarazarse, en el Cuadro 7.6 se observa que las tasas de uso de algún método son menores en las mujeres que actualmente desean un embarazo. El mismo comportamiento se observa cuando se analiza método por método.

7.2.5 Fuente de obtención de anticonceptivos modernos

A continuación, del Apartado 7.2.5 al 7.2.10 se analizan dos categorías: el total de las MEF de 15 a 49 años y las MEF casadas/unidas, también de 15 a 49 años. El análisis se hizo en estos dos grupos debido a que el número de MEF no casadas/unidas sexualmente activas y de MEF de 12 a 14 años es muy pequeño.

Gráfico 7.5 **Diferencias en el uso actual de al menos un método anticonceptivo por grupo de edad (mujeres casadas/unidas y mujeres no casadas/unidas sexualmente activas)**



* MEF no casadas/unidas sexualmente activas en el último mes.
†Datos no representativos.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 7.6 **Diferencias en el uso actual de métodos anticonceptivos por deseo actual de embarazo (mujeres casadas/unidas y mujeres no casadas/unidas sexualmente activas)**

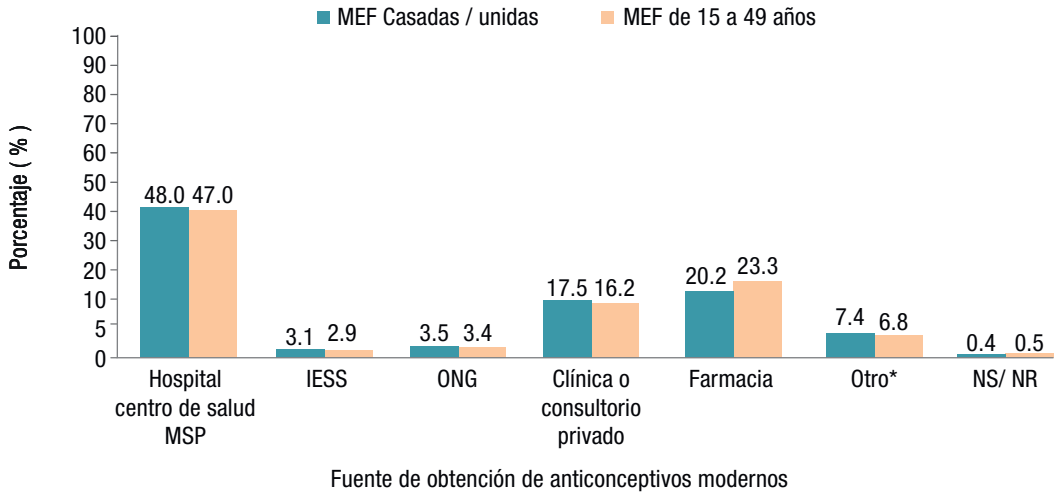
Deseo actual de embarazo	MUJERES CASADAS/UNIDAS			MUJERES NO CASADAS/UNIDAS SEXUALMENTE ACTIVAS		
	Desea actualmente	No desea	Indecisa/no sabe	Desea actualmente	No desea	Indecisa/no sabe
	%	%	%	%	%	%
Usa un método	62.4	80.3	70.0	57.3	77.7	67.4
Vasectomía	0.1	0.8	0.4	*	*	*
DIU	6.1	9.6	11.3	2.1	5.1	1.6
Inyección anticonceptiva	14.0	17.6	17	11.5	29.2	19.4
Implante	8.3	8.3	10.3	3.5	7.5	5.8
Pastillas anticonceptivas	15.8	17.7	15.5	7.4	14.5	4.6
MELA	0.7	1.2	0.3	*	*	*
Condón masculino	7.2	9.5	4.4	19.2	12.4	16.5
Ritmo	5.0	9.0	6.6	6.3	5.0	17.6
Retiro	5.4	6.3	4.0	6.7	3.3	1.7
No usan	37.6	19.7	30.0	42.7	22.3	32.6
Total	100	100	100	100	100	100

* Menos de 25 casos
Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

A todas las mujeres que estaban utilizando algún método anticonceptivo moderno en los últimos 30 días previos a la entrevista se les preguntó sobre el lugar en que podrían conseguir dicho método.

Los resultados del análisis de esta información se los puede encontrar en el Anexo 7.26, para las MEF de 15 a 49 años, y del Anexo 7.27 al Anexo 7.31, tan solo para las MEF casadas y unidas. Un resumen de estos anexos con los hallazgos a escala nacional se presenta en el Gráfico 7.6.

Gráfico 7.6 **Fuente de obtención de anticonceptivos modernos en las MEF casadas/unidas, y en las MEF de 15 a 49 años**



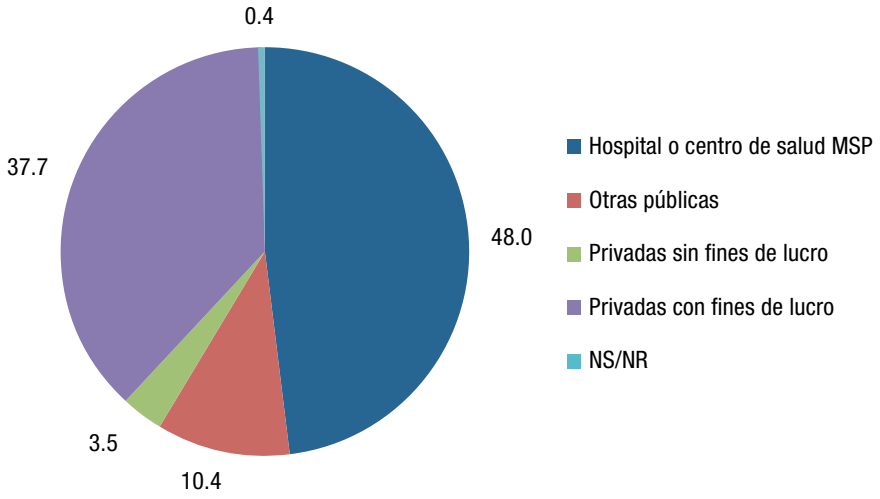
*Incluye FF. AA., Consejo Provincial, Unidad Municipal de Salud y Junta de Beneficencia.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Se desprende del gráfico que las principales fuentes de obtención de anticonceptivos modernos, al igual que lo reportado en la ENDEMAIN 2004, son el MSP, las farmacias y las clínicas o consultorios privados. Además, al observar por categoría de mujeres, no existe mayor diferencia entre el total de las MEF de 15 a 49 años y las MEF casadas/unidas.

El Gráfico 7.7 reporta la fuente para las mujeres casadas/unidas según sea una institución privada o pública. En este gráfico se puede observar que los principales proveedores de métodos anticonceptivos, son las fuentes públicas (hospital o centro de salud del MSP, 47.9 %, y otras públicas, 10.41 %) y las fuentes privadas con fines de lucro (37.69 %). Al comparar con las cifras reportadas en 2004, se puede decir que la obtención de métodos anticonceptivos de fuentes públicas (al sumar MSP y otras públicas) ha aumentado en casi 23 puntos porcentuales, de un 35.6 %, en 2004, a un 58.4 %, en 2012 (CEPAR, 2005).
Todo esto indica, por un lado, una mejora sustancial en la oferta y, por otro, una mayor demanda, en el sector público, de los métodos anticonceptivos modernos.

Por otro lado, los hallazgos más destacados que se desprenden de los anexos correspondientes a este apartado reportan que mientras mayor es el quintil económico y el nivel de instrucción de la mujer, existe una mayor demanda de los

Gráfico 7.7 **Fuente de obtención de anticonceptivos modernos según si son fuentes públicas o privadas (%) (mujeres casadas/unidas de 15 a 49 años)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

métodos anticonceptivos en clínicas, consultorios o farmacias privadas (Anexos 7.28 y 7.29). En cambio, mientras menor es el quintil económico y el nivel de instrucción de las mujeres, existe una mayor demanda de anticonceptivos en las unidades de salud del MSP. Al observar la desagregación por grupo étnico no existen diferencias notables, con la única excepción de las mujeres indígenas, quienes en su mayoría, obtienen los métodos anticonceptivos en el MSP (Anexo 7.30). Finalmente, al hacer el análisis por grupo de edad se reporta que las mujeres más jóvenes (15 a 24 años) obtienen los anticonceptivos principalmente en el MSP y en farmacias; mientras que las mujeres mayores (35 a 49 años) los obtienen principalmente en el MSP y en las clínicas o consultorios privados (Anexo 7.31).

7.2.6 Tiempo que transcurre para acceder a la fuente de obtención de anticonceptivos

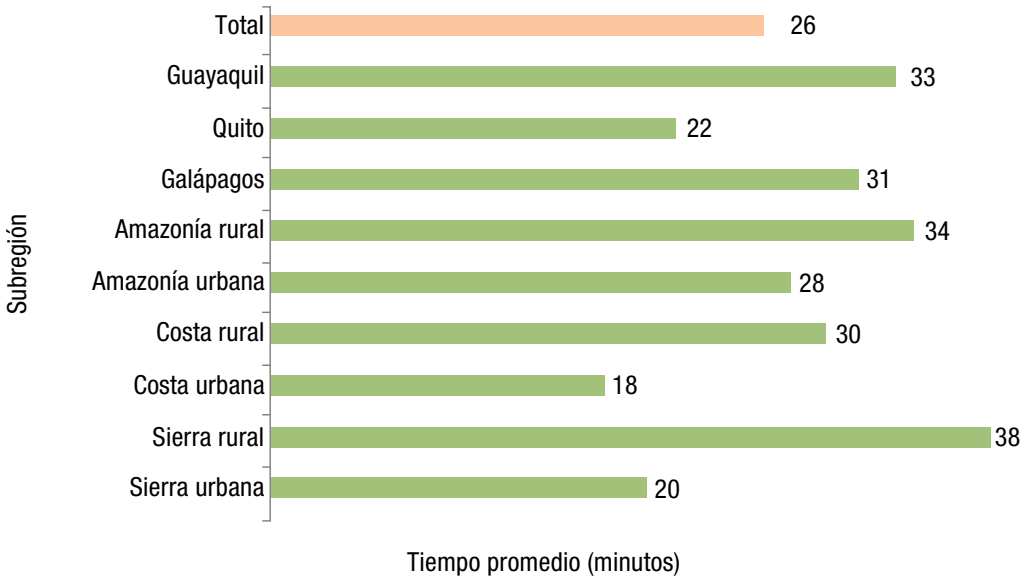
Para medir el tiempo que les tomó a las mujeres para acceder a la fuente de obtención de métodos anticonceptivos modernos reversibles[1] se preguntó a cada una cuánto tiempo tarda en llegar a dicha fuente en minutos y en horas. En este sentido las respuestas se agruparon en cinco categorías: menos de 15 minutos, de 15 a 29 minutos, de 30 a 59 minutos, de 1 a 2 horas y de 3 horas o más. Adicionalmente, se calculó el promedio de tiempo, en minutos, que les toma acceder a la fuente de obtención de métodos anticonceptivos.

Los resultados obtenidos, desagregados por estado civil, se los puede encontrar en el Anexo 7.32, para las MEF de 15 a 49, y desagregados por características seleccionadas, del Anexo 7.33 al Anexo 7.37, para las MEF casadas/unidas.

Del Anexo 7.32 se desprende que el promedio de tiempo para acceder a la fuente, tomando en cuenta a todas las MEF de 15 a 49 años, fue de 27.7 minutos; mientras que el promedio de tiempo, en las mujeres casadas/unidas fue de 26.4 minutos. Al comparar con el promedio reportado en la ENDEMAIN 2004 (29.8 minutos), específicamente con relación a las mujeres casadas/unidas se puede decir que hubo una disminución de 3.4 minutos en el promedio de tiempo que les toma para acceder a la fuente (CEPAR, 2005).

En el Gráfico 7.8 se presenta el tiempo promedio (en minutos) para acceder a la fuente de obtención de anticonceptivos modernos, en las mujeres casadas/unidas, desagregado por subregión. Se observa en el gráfico que a las mujeres de la Sierra rural, la Amazonía rural, Guayaquil y Galápagos

Gráfico 7.8 **Tiempo promedio para acceder a la fuente de obtención de anticonceptivos modernos reversibles, por subregión (mujeres casadas/unidas de 15 a 49 años)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

1 Los métodos anticonceptivos modernos reversibles incluyen los dispositivos intrauterinos (DIU), la inyección anticonceptiva, las pastillas anticonceptivas, los métodos vaginales, el condón masculino y el condón femenino.

les toma más tiempo en acceder a la fuente; mientras que a las mujeres de la Costa urbana, la Sierra urbana y Quito les toma menos tiempo.

7.2.7 Motivos para uso actual de anticonceptivos

Para determinar el motivo principal por el que las mujeres usan los métodos anticonceptivos modernos reversibles, se preguntó a cada una para qué o por qué usa métodos anticonceptivos. Las respuestas se clasificaron en seis categorías: 1) No quiere más hijos, 2) No quiere hijos, 3) No quiere hijos todavía, 4) Quiere espaciar embarazos, 5) Otra razón y 6) No sabe, no responde. Cabe decir que la categoría Otro motivo incluye varios motivos como: protección de infecciones de transmisión sexual (ITS), razones de salud y razones económicas. Para el lector que desee, los resultados de esta estimación se encuentran en detalle en el Anexo 7.38 para todas las MEF, y del Anexo 7.39 al Anexo 7.42, para las mujeres casadas/unidas.

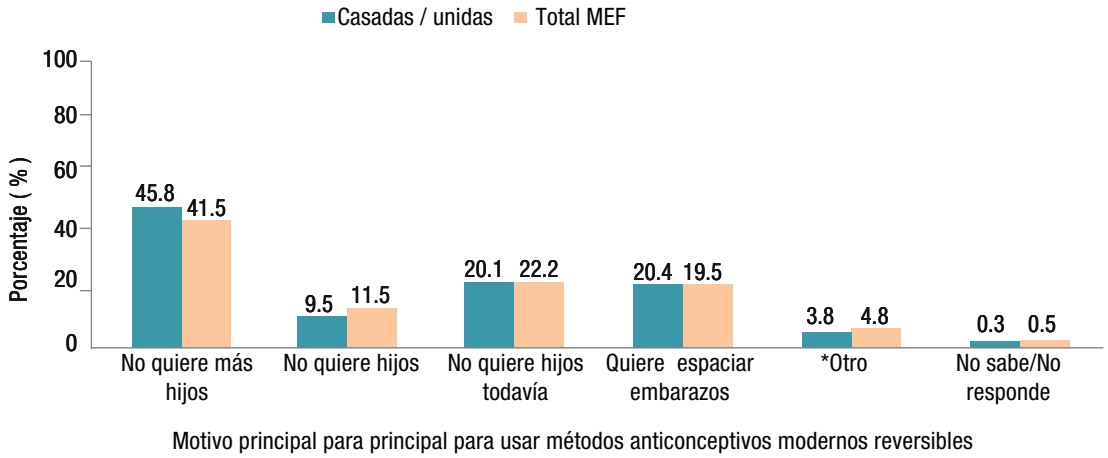
El Gráfico 7.9 presenta la distribución porcentual de los motivos para usar los métodos anticonceptivos tanto en las mujeres casadas/unidas, como en todas las MEF de 15 a 49 años. Se observa en el gráfico que el principal motivo para usar anticonceptivos en las dos categorías, es *No querer más hijos* (45.8 % en las mujeres casadas/unidas y 41.5 % en todas las MEF), seguido por *No querer hijos todavía* (20.1 % en las casadas/unidas y 22.2 % en todas las MEF) y *Querer espaciar los embarazos* (20.4 % en las casadas/unidas y 19.5 % en todas las MEF). Como se observa en el gráfico no existen diferencias significativas entre las dos categorías de mujeres.

7.2.8 Satisfacción con el uso de anticonceptivos

Para determinar el nivel de satisfacción con el uso de los anticonceptivos, a todas las mujeres que estaban usando algún método moderno reversible, se les preguntó si en este momento pudieran elegir, seguirían usando el mismo método o preferirían usar otro. Si la entrevistada indicaba que preferiría otro, se le preguntaba qué método preferiría usar. De esta manera, en el Anexo 7.43 se muestra información sobre el nivel de satisfacción con el uso de los anticonceptivos, por categorías de satisfacción y por estado civil, en todas las MEF. A escala nacional se reporta que un 67.6 % de las mujeres usaría el mismo método que usa actualmente, mientras que el 29.9 % preferiría usar otro método.

Para complementar lo antes mencionado, el Anexo 7.44 y el Cuadro 7.8 presentan el nivel de satisfacción con el uso de los anticonceptivos, por categorías de satisfacción y por método utilizado en las mujeres casadas/unidas. De este cuadro se desprende que los métodos más aceptados son los métodos vaginales (91.3 %), el implante (84.2 %) y el ritmo (79.4 %). Un mayor desglose de esta información se encuentra en los anexos 7.45, 7.46, 7.47 y 7.48.

Gráfico 7.9 **Motivo principal para usar métodos anticonceptivos modernos reversibles (mujeres casadas/unidas de 15 a 49 años y MEF de 15 a 49 años)**



*Incluye protección de ITS, razones de salud y razones económicas.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 7.8 **Satisfacción con el uso de anticonceptivos, por categorías de satisfacción y por método anticonceptivo utilizado (mujeres casadas/unidas de 15 a 49 años)**

Categoría de satisfacción	Preferiría otro	Usaría el mismo	No usaría ninguno	No sabe	Total	
Método anticonceptivo usado	%	%	%	%	n	%
DIU, espiral, T de cobre	25.1	71.4	0.3	3.2	516	100
Inyección anticonceptiva	29.1	69.1	0.4	1.5	1 540	100
Implante	14.0	84.2	0.8	1.0	1 286	100
Pastillas anticonceptivas	33.6	65.3	0.2	0.9	1 298	100
MELA	83.8	15.6	0.1	0.5	106	100
Métodos vaginales	*	91.3	*	*	*	*
Condón masculino	39.8	57.5	0.6	2.1	761	100
Ritmo	19.4	79.4	0.8	0.3	756	100
Retiro	43.5	52.6	1.0	2.9	523	100
Total	30.0	68.0	0.5	1.5	6 803	100

* Menos de 25 casos.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

7.2.9 Preferencias en el uso anticonceptivos

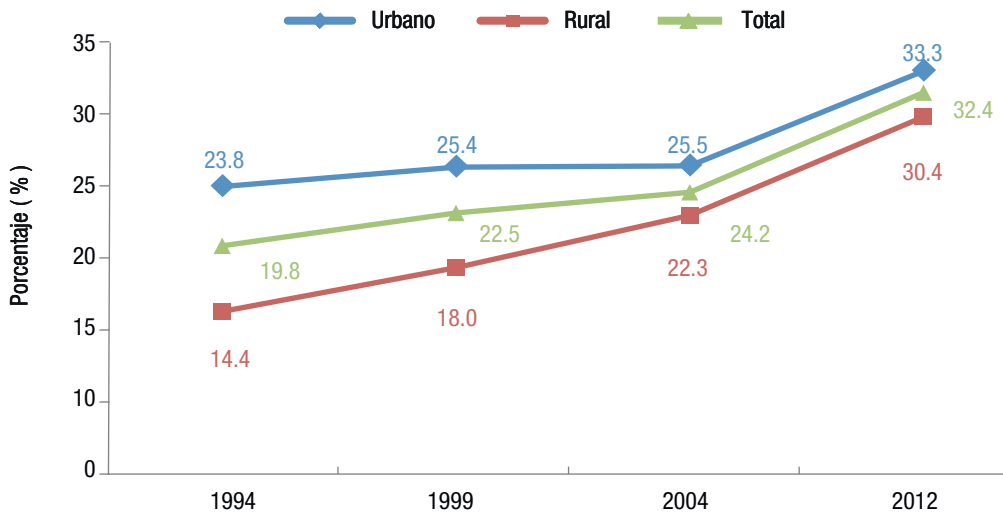
A todas las mujeres que mostraron insatisfacción con el método anticonceptivo que usan en la actualidad se les preguntó qué método preferirían usar si pudieran cambiar de método. Los resultados de esta pregunta indican que entre las mujeres que quisieran cambiar de anticonceptivo, los anticonceptivos preferidos son el implante (38.8 %), la inyección anticonceptiva (19.4 %) y la esterilización femenina (18.1 %) (Anexo 7.49).

En la ENDEMAIN 2004, el método más mencionado fue la inyección anticonceptiva (24.2 %), seguido de la esterilización femenina (22 %) (CEPAR, 2005). Se observa entonces que la esterilización femenina sigue teniendo el mismo nivel de acogida, mientras que el implante se ha convertido en el método preferido, frente a la inyección anticonceptiva.

7.2.10 Esterilización femenina en las mujeres casadas o unidas

El Gráfico 7.10 reporta la evolución de la tasa de uso de la esterilización femenina, por año, y

Gráfico 7.10 **Evolución del uso de la esterilización femenina, por área de residencia (mujeres casadas/unidas de 15 a 49 años)**



Fuente: ENDEMAIN 2004, CEPAR / ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 7.9 **Satisfacción con la esterilización femenina según la edad de la MEF al momento de la esterilización (mujeres casadas/unidas de 15 a 49 años que están esterilizadas**

Satisfacción con la esterilización	Sí	No	NS/NR	Total	
	%	%	%	n	%
Total	87.4	12.0	0.5	3 144	100
Edad de la mujer al momento de la esterilización					
20-24	77.9	19.7	2.4	259	100
25-29	85.7	14.1	0.2	823	100
30-34	87.9	11.8	0.3	1 156	100
35-39	91.6	7.5	0.8	693	100
40-44	92.1	7.8	0.0	197	100

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

por área de residencia en las mujeres casadas/unidas. De este gráfico se desprende que de 1994 a 2012 la tasa de uso ha incrementado en casi 13 puntos porcentuales (de 19.8 % a 32.4 %), con un incremento más acentuado de 2004 a 2012 (de 24.2 % a 32.4 %) (CEPAR, 2005). Además, se observa que en todos los años la tasa de uso es mayor en el área urbana que en el área rural.

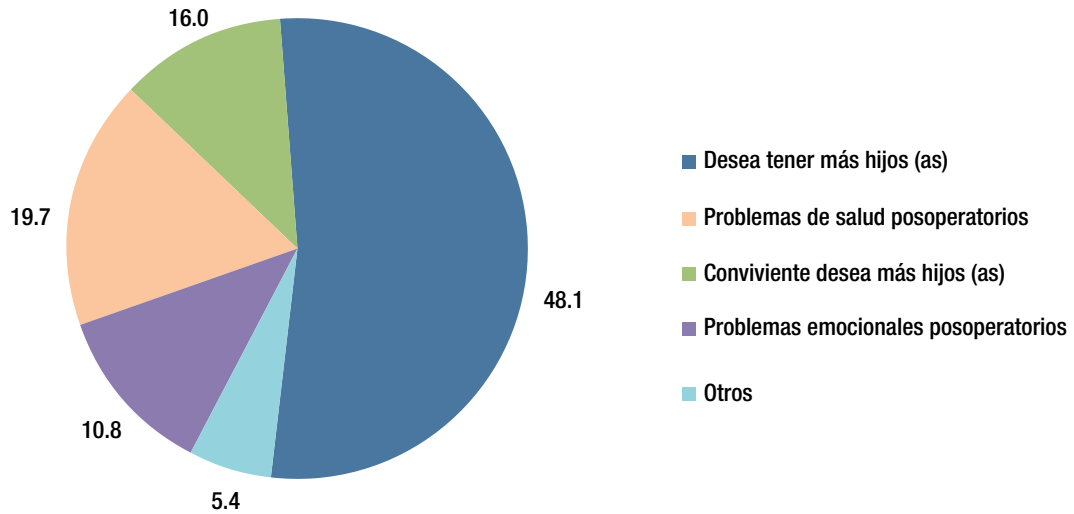
Para mayor detalle, la tasa de uso de la esterilización femenina en las MEF casadas/unidas con las desagregaciones por ubicación geográfica, edad, número de hijos y nivel de instrucción se encuentran en los Anexos 7.50, 7.51 y 7.52.

Los resultados más destacados en los anexos evidencian que el uso de la esterilización femenina es mayor por subregión, en la Costa rural (45.2 %); a escala provincial, en Manabí (50.4 %) y Los Ríos (40 %); según el nivel de instrucción, en las mujeres sin estudios (38.6 %) y en las mujeres con primaria incompleta (38.9 %); y conforme al número de hijos y/o hijas, en las mujeres que tienen 3, 4, 5 o 6 hijos y/o hijas (52.6 %, 53.5 %, 53.6 % y 48 %, respectivamente).

Satisfacción con la esterilización femenina

En los Anexos 7.53 y 7.54 se presenta información sobre el porcentaje de mujeres casadas/unidas que están satisfechas con la esterilización femenina, según la ubicación geográfica y el quintil económico, la edad actual, el grupo étnico y el número de hijos. Un resumen de estos datos se presenta en el Cuadro 7.9 desglosados por la edad de la mujer al momento de la esterilización. Como se puede observar a escala nacional, un 87.4 % de las mujeres se encuentra satisfecha con la esterilización femenina. Sin embargo, al observar el desglose por edad al momento de la esterilización se aprecia que mientras más

Gráfico 7.11 **Motivos para no estar satisfecha con la esterilización femenina (%) (mujeres casadas/unidas de 15 a 49 años que no están satisfechas con la esterilización)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

joven era la mujer, menor es el porcentaje actual de satisfacción. Los resultados en los anexos correspondientes a este apartado no muestran mayores diferencias entre categorías ni con relación a la escala nacional.

Motivos para no estar satisfecha con la esterilización femenina

A todas las mujeres que indicaron no estar satisfechas con la esterilización femenina se les preguntó el motivo principal de no estarlo. En este sentido, el Gráfico 7.11 presenta la distribución porcentual por categorías de respuesta, a escala nacional. En el gráfico se observa claramente que el motivo principal para que las mujeres no estén satisfechas con la esterilización es el deseo de tener más hijos y/o hijas, seguido por haber tenido problemas de salud postoperatorios y por el hecho de que el conviviente desea más hijos y/o hijas. Un mayor detalle de esta información se encuentra del Anexo 7.55 al Anexo 7.57.

Mujeres que tienen interés en esterilizarse

Para determinar la demanda de la esterilización femenina, se preguntó a todas las mujeres casadas/unidas que no están esterilizadas, y que además no desean tener más hijos y/o hijas, si tienen interés en esterilizarse. Los resultados junto con sus desgloses se presentan del Anexo 7.58 al 7.61. Se desprende de estos anexos que un 46.4 % de mujeres mostró interés en la esterilización femenina, mientras que el porcentaje restante no mostró interés alguno.

Además, se observa que las proporciones más altas de interés con relación a la escala nacional se ubicaron en el área urbana (48.2 %), la Costa urbana (50.4 %), la Costa rural (54.4 %), las provincias de Manabí (61.6 %), Santo Domingo de los Tsáchilas (55.2 %) y Esmeraldas (53.4 %), en las mujeres con instrucción secundaría completa (53.2 %), en las mujeres montuvias (56.4 %) y en las mujeres entre 30 y 34 años (57.4 %).

Para complementar esta información el Anexo 7.62 presenta información sobre los motivos por los que las mujeres que mostraron interés en esterilizarse no lo han hecho todavía. Al nivel nacional, el motivo principal para no haberse esterilizado es el miedo a la operación (26.3 %), seguido por otros motivos (23.8 %) y el hecho de ser muy joven (18.4 %).

Mujeres que no tienen interés en esterilizarse

A todas las mujeres que indicaron no tener interés en esterilizarse se les preguntó cuál es el motivo principal por el que no está interesada en la esterilización. La distribución porcentual de las respuestas a esta pregunta se presenta en el Anexo 7.63. El motivo principal para no mostrar interés en la esterilización es el miedo a la operación (31.8 %), seguido por el miedo a los efectos colaterales (17.7 %).

7.3 BIBLIOGRAFÍA

CEPAR (2005). *ENDEMAIN 2004: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil.* Ecuador: Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social (CEPAR).

Coa, R y Ochoa, L. H. (2009). *END*SA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008. Bolivia: Ministerio de Salud y Deporte/Instituto Nacional de Estadística/Programa Reforma de la Salud.

INEI (2012). *ENDES 2012. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

Zumárraga M., Rivadeneira L., Freire W. B. y Rivas G. *Manual de mujeres en edad fértil ENSANUT-ECU 2012*. Ecuador: Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

OMS (2012). *Guía de planificación familiar par*a agentes de salud comunitários y sus clientes. Suiza: Organización Mundial de la Salud (OMS).

OMS. (2013). *Planificación Familiar,* nota descriptiva. Octubre, 2014, Sitio web: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/.

Profamilia (2010) *ENDS. Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Colombia: Profamilia, Ministerio de Protección Social, Bienestar Familia y USAID.



CAPÍTULO VIII

MUJERES QUE NO USAN ANTICONCEPTIVOS

Fotografía:
UNICEF /Ecuador /07-MOR 100- Larrea

Contenido

8.1 INTRODUCCIÓN 147
8.2 METODOLOGÍA 147
8.3 RESULTADOS 147
8.3.1 Condición actual de uso de anticonceptivos 147
8.3.2 Motivos para no usar anticonceptivos 149
8.3.3 Deseo de usar anticonceptivos 150
Método anticonceptivo preferido 150
Fuente de obtención de anticonceptivos modernos 151
Tiempo promedio para acceder a la fuente de obtención de anticonceptivos modernos 152
8.3.4 Mujeres que necesitan de los servicios de planificación familiar 153
Conocimiento, uso pasado y deseo de usar anticonceptivos en las mujeres que necesitan de los servicios de planificación familiar 154
8.4 BIBLIOGRAFÍA 154

8.1 INTRODUCCIÓN

La decisión de usar anticonceptivos está determinada principalmente por el conocimiento que se tenga de ellos y por su accesibilidad (OMS, 2012). Sin importar los motivos, las mujeres que no usan anticonceptivos están expuestas a embarazos no planificados y a infecciones de transmisión sexual (ITS) que ponen en riesgo su vida (OMS, 2013). En este contexto, el presente capítulo describe la condición de uso de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil (MEF) de 15 a 49 años y se enfoca en estimar la necesidad de los servicios de planificación familiar en las mujeres que no usan anticonceptivos, con relación a la ubicación geográfica, el nivel de instrucción, la condición socioeconómica y el grupo étnico, entre otros.

Cabe mencionar que en este capítulo, el texto, los cuadros y los gráficos exponen la información de manera resumida. Para el lector que desee hacer un análisis a profundidad, el disco compacto que acompaña este informe contiene anexos con información detallada sobre la población muestral (n), la población expandida (N) y los intervalos de confianza (IC95 %).

8.2 METODOLOGÍA

La estimación de la necesidad de los servicios de planificación familiar en las mujeres de 15 a 49 años se hizo mediante el análisis de los datos recolectados en la aplicación del formulario de MEF, en particular, la Sección IV de planificación familiar (Anexo B). En tal virtud, en el Cuadro 8.1 se muestra la composición del presente capítulo desglosada según la población estudiada en cada sección.

8.3 RESULTADOS

8.3.1 Condición actual de uso de anticonceptivos

Para determinar la condición actual de uso de anticonceptivos en las MEF casadas o unidas, a todas las mujeres que conocían de al menos un anticonceptivo se les preguntó si lo habían usado en el pasado y si lo usan actualmente. Los resultados obtenidos de esta estimación, desglosados por ubicación geográfica, nivel de instrucción, quintil económico, grupo étnico, edad y número de hijos y/o hijas se presentan en los Anexos 8.1 a 8.4. Un resumen de esta información se encuentra en el Cuadro 8.2. Conforme a este cuadro, un 19.9 % de las mujeres casadas o unidas no usa anticonceptivos actualmente, de este porcentaje, un 5.4 % nunca ha usado anticonceptivos y un 14.5 % los usó en el pasado pero no los usa en la actualidad. Al comparar con lo reportado en la ENDEMAIN 2004, se observa una disminución en el porcentaje de mujeres que no usan anticonceptivos actualmente, del 27.3 %, en 2004, al 19.9 %, en 2012, es decir, 7.4 puntos porcentuales menos (CEPAR, 2005).

Con relación al nivel de instrucción, se observa que el porcentaje de mujeres que actualmente no usan anticonceptivos es más alto en las mujeres sin estudios (30.7 %) que en las mujeres con instrucción superior o posgrado (17 %).

Cuadro 8.1 **Composición del capítulo VIII según la población de estudio**

Sección del capítulo	Población de estudio			
	MEF de 15 a 49 años casadas o unidas	MEF de 15 a 49 años, casadas o unidas, que no usan anticonceptivos	MEF de 15 a 49 años, casadas o unidas, fértiles y que no usan anticonceptivos	Todas las MEF de 15 a 49 años
Condición de uso de anticonceptivos	X			
Motivos para no usar anticonceptivos		X		
Deseo de usar anticonceptivos en el presente o el futuro			X	
Mujeres que necesitan de los servicios de planificación familiar				X

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 8.2 **Condición de uso de anticonceptivos (%) (mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años)**

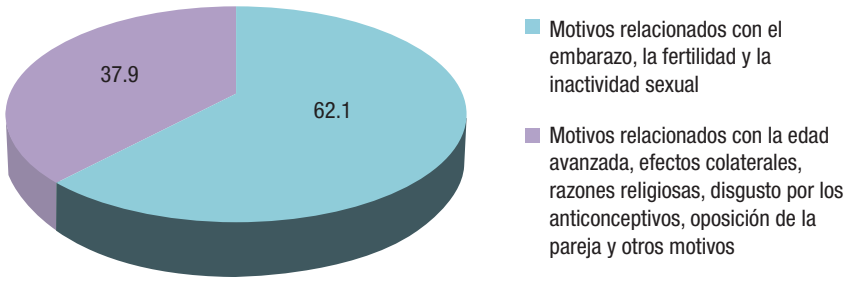
Condición del uso de anticonceptivos	Usa actualmente	Nunca ha usado	Ha usado pero no usa actualmente	Total (mujeres que no usan actualmente)	Total	
	%	%	%	%	%	n
Total	80.1	5.4	14.5	19.9	100	12 503
Nivel de instrucción						
Ninguno	69.3	18.2	12.5	30.7	100	237
Primaria incompleta	74.8	10.2	15.0	25.2	100	1 098
Primaria completa	79.8	5.8	14.4	20.2	100	3 645
Secundaria incompleta	80.7	4.5	14.7	19.2	100	2 910
Secundaria completa	83.7	2.1	14.2	16.3	100	2 664
Superior/postgrado	82.9	2.2	14.8	17.0	100	1 949
Grupo étnico						
Indígena	66.0	19.8	14.2	34.0	100	1 583
Afroecuatoriano	73.9	6.1	20.0	26.1	100	508
Montuvio	88.9	2.7	8.4	11.1	100	411
Mestizo, blanco y otro	81.2	4.2	14.6	18.8	100	10 001
Grupo de edad						
15-19	68.9	11.9	19.2	31.1	100	609
20-24	78.1	5.5	16.5	22.0	100	1 904
25-29	80.0	4.7	15.3	20.0	100	2 470
30-34	84.0	3.7	12.3	16.0	100	2 508
35-39	83.6	4.1	12.2	16.3	100	2 090
40-44	83.3	6.2	10.5	16.7	100	1 665
45-49	72.9	6.9	20.2	27.1	100	1 257

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

En cuanto al grupo étnico, se reporta que el porcentaje de mujeres que actualmente no usan anticonceptivos, es mayor en las mujeres indígenas (34 %) y en las mujeres afroecuatorianas (26.1 %), en comparación con las mujeres montuvias (11.1 %).

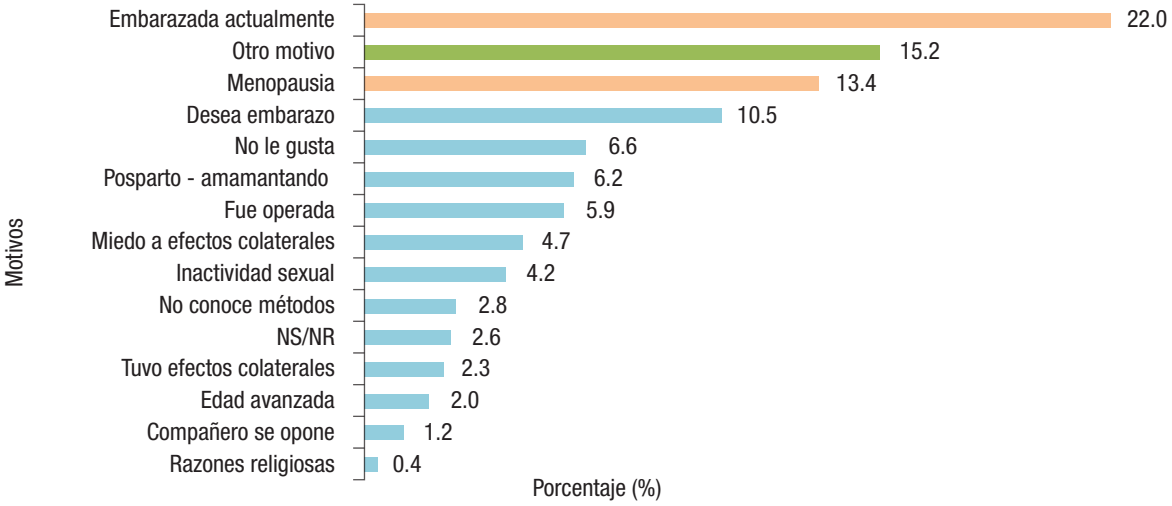
Finalmente, en las adolescentes de 15 a 19 años y en el grupo de 45 a 49 años, el porcentaje de mujeres que actualmente no usan de anticonceptivos es mayor en relación a los demás grupos de edad (31.1 % y 27.1 %, respectivamente).

Gráfico 8.1 **Motivos para no usar anticonceptivos (%) (mujeres de 15 a 49 años que no usaron anticonceptivos en los últimos 30 días)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 8.2 **Motivos para no usar anticonceptivos (%) (mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años que no usan anticonceptivos)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

8.3.2 Motivos para no usar anticonceptivos

Para determinar los motivos principales para no usar anticonceptivos, se preguntó a todas las mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años que no estaban usando anticonceptivos en los 30 días previos, cuál es el motivo principal para no usar anticonceptivos. El detalle de las respuestas, desglosadas por ubicación geográfica, nivel de instrucción, quintil económico, grupo étnico, edad y número de hijos y/o hijas, categorizadas por tipo de motivo, se encuentra en los Anexos 8.5 a 8.8.

Cuadro 8.3 **Deseo de usar anticonceptivos (%) (mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años, fértiles y que no usan anticonceptivos)**

Deseo de usar método anticonceptivos	Desea usar actualmente	Desea usar en el futuro	No desea usar	NS/NR	Total	
	%	%	%	%	n	%
Total	13.6	52.1	28.3	6	1 869	100
Nivel de instrucción						
Ninguno	11.6	22.8	50.7	14.8	58	100
Primaria incompleta	12.2	53.1	25.0	9.7	204	100
Primaria completa	17.8	50.6	24.5	7.1	575	100
Secundaria incompleta	15.2	57.4	23.6	3.8	436	100
Secundaria completa	13.4	54.7	28.6	3.3	353	100
Superior/postgrado	5.7	55.6	35.1	3.6	243	100
Grupo de edad						
15-19	12.1	77.1	6.4	4.5	159	100
20-24	18.2	68.5	8.8	4.5	372	100
25-29	14.8	63.6	16.4	5.2	418	100
30-34	9.7	50.9	34.1	5.2	351	100
35-39	14.2	45.7	31.1	9.0	270	100
40-44	12.2	21.3	53.3	13.2	177	100
45-49	11.1	12.0	75.0	1.8	122	100

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Los porcentajes a escala nacional se presentan en el Gráfico 8.1. De este gráfico se desprende que un 37.9 % de mujeres no usaba anticonceptivos por motivos relacionados con el embarazo, la fertilidad y la inactividad sexual; mientras que un 62.1 % de mujeres no usaba anticonceptivos por otros motivos, relacionados con la edad avanzada, efectos colaterales, razones religiosas, disgusto y oposición de la pareja. En comparación con el 2004, se puede decir que los porcentajes se han invertido. En la ENDEMAIN 2004 se reportó que un 72.2 % de mujeres no usaba anticonceptivos por motivos relacionados con el embarazo, la fertilidad y la inactividad sexual, mientras que un 27.8 % no usaba anticonceptivos por los otros motivos (CEPAR, 2005).

En mayor detalle, del Gráfico 8.2 se desprende que los motivos que más se mencionan para no usar anticonceptivos, sin incluir a las mujeres embarazadas y las que se encontraban en la menopausia, son: el deseo de embarazarse (10.5 %), el disgusto por los anticonceptivos (6.6 %), estar en la etapa de postparto o amamantamiento (6.2 %) y el haber sido operada (5.9 %). Cabe indicar que un 15.2 % de estas mujeres mencionó como respuesta *otro motivo,* sin especificar cuál era. Para el lector que desee hacer un análisis más en detalle motivo por motivo para no usar anticonceptivos, desagregados por ubicación geográfica, nivel de instrucción, quintil económico, grupo étnico, edad y número de hijos, puede referirse a los Anexos 8.9 al 8.12.

8.3.3 Deseo de usar anticonceptivos

Para tener un estimado del deseo de usar anticonceptivos, se preguntó a todas las mujeres fértiles casadas o unidas, de 15 a 49 años y que no estaban usando anticonceptivos, si deseaban usar anticonceptivos ya sea en el presente o en el futuro. A quienes respondieron afirmativamente, se les preguntó qué método preferirían y en dónde lo podrían obtener (CEPAR, 2005).

La información sobre el deseo de usar anticonceptivos, desagregada por ubicación geográfica, nivel de instrucción, quintil económico, grupo étnico, grupo de edad, número de hijos y método preferido se encuentra en los Anexos 8.13 a 8.17. En el Cuadro 8.3 se presenta un resumen de esta información. De este cuadro se deduce que del total de mujeres consultadas, un 13.6 % desea usar anticonceptivos actualmente, un 52.1 % indicó desear usar anticonceptivos en el futuro, un 28.3 % no desea usar anticonceptivos y un 6 % no supo o no respondió. En 2004, el porcentaje de mujeres que deseaba usar anticonceptivos en ese momento, fue del 10.3 %, y en el futuro, del 38 %; mientras que el porcentaje de mujeres que no deseaba usarlos y el porcentaje de mujeres que no respondía eran del 45.2 % y el 6.5 %, respectivamente (CEPAR, 2005). Por lo tanto, se puede decir que el porcentaje de mujeres que desean usar anticonceptivos, ya sea actualmente o en el futuro, ha aumentado del 48.3 %, en 2004, al 65.7 %, en 2012, es decir, casi 18 puntos porcentuales.

Respecto de las mujeres que desean usar los anticonceptivos actualmente, las mujeres con instrucción primaria completa (17.8 %) y secundaria incompleta (15.2 %) presentan los porcentajes más altos en comparación con las demás categorías. Por otro lado, según la edad, las mujeres de 20 a 24 años presentan el porcentaje más alto (18.2 %).

Con relación al deseo de usar anticonceptivos en el futuro, no se observan diferencias significativas por nivel de instrucción. Sin embargo, por grupos de edad, el deseo de usar anticonceptivos en el futuro es mayor en las mujeres jóvenes y menor, en las mujeres mayores.

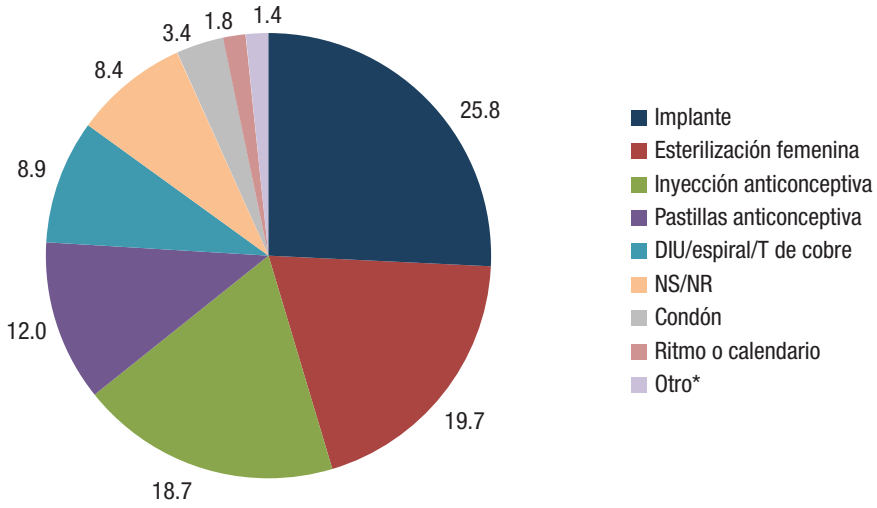
En cuanto a las mujeres que no desean usar anticonceptivos, los porcentajes más altos, según el nivel de instrucción, se reportan en las mujeres sin estudios (50.7 %) y las mujeres con instrucción superior (35.1 %). Según la edad, a partir de los 30 años, el deseo de no usar anticonceptivos va aumentando.

Método anticonceptivo preferido

Para determinar la preferencia por uno u otro método anticonceptivo, a todas las mujeres que mostraron interés en usar anticonceptivos se les preguntó qué método preferiría o está pensando utilizar usted o su pareja. En este sentido, los Anexos 8.18 a 8.21 presentan la distribución porcentual de los métodos anticonceptivos preferidos por las mujeres casadas o unidas o sus parejas, desglosada por ubicación geográfica, nivel de instrucción, quintil económico, grupo étnico, grupo de edad y número de hijos. Cabe indicar, para el lector que lo desee, que la descripción de cada uno de los métodos anticonceptivos mencionadas en esta sección y en las siguientes se la puede encontrar en el Capítulo 7, Planificación familiar.

En el Gráfico 8.3 se observa que los anticonceptivos preferidos por las mujeres fueron el implante (25.8 %), la esterilización femenina (19.7 %) y la inyección anticonceptiva (18.7 %).

Gráfico 8.3 **Método anticonceptivo preferido (%) (mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años que no usan anticonceptivos actualmente y desean usarlos)**



*Vasectomía, métodos vaginales, píldora anticonceptiva de emergencia y retiro.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cabe indicar que un 8.4 % de mujeres, si bien desea usar anticonceptivos, no sabe qué método prefiere. En comparación con lo reportado en la ENDEMAIN 2004, los anticonceptivos preferidos por las mujeres fueron, primero, la inyección anticonceptiva (19.2 %); segundo, la esterilización femenina (16.2 %); y, tercero, los dispositivos intrauterinos (15.5 %). Además, un 22.8 % de mujeres no sabía qué anticonceptivo prefería (CEPAR, 2005).

En cuanto a la distribución por provincias, como se muestra en el Anexo 8.18, el implante es el anticonceptivo preferido en las provincias de Zamora Chinchipe (62.4 %), Morona Santiago (49.2 %), Cañar (47.4 %) y Pastaza (46.2 %). Asimismo, según el nivel de instrucción, el quintil económico y el grupo de edad, el implante también es el anticonceptivo preferido en las mujeres con instrucción secundaría incompleta (34.3 %), las mujeres del quintil 4 (35.3 %) y las mujeres de 15 a 19 años (38.8 %).

Por su parte, la esterilización femenina es el anticonceptivo preferido en Manabí (34.6 %), a nivel provincial. En cuanto a la distribución por etnia, las mujeres afroecuatorianas (32.9 %) son las que más prefieren este método. Asimismo, por edad, las mujeres de 30 a 34 años (39.5 %) y las mujeres de 35 a 39 años (37.7 %) también prefieren la esterilización.

Fuente de obtención de anticonceptivos modernos

Del Anexo 8.22 al Anexo 8.25 se reporta el porcentaje de mujeres (de 15 a 49 años, casadas o unidas y que desean usar anticonceptivos) que conocen alguna fuente de obtención de métodos anticonceptivos modernos, desagregado según ubicación geográfica, nivel de instrucción, quintil económico, grupo étnico, grupo de edad y número de hijos. De estos Anexos se desprende que a escala nacional un 87.5 % de estas mujeres conoce alguna fuente en dónde conseguir los anticonceptivos modernos; esta cifra es similar a la reportada en 2004 (84.2 %) (CEPAR, 2005).

En estas mujeres, que conocen alguna fuente de donde obtener los anticonceptivos modernos, las fuentes más mencionadas son el MSP (69.9 %), seguido de las farmacias (15.4 %) y las clínicas o médicos privados (6 %) (Cuadro 8.4 y Anexo 8.26). Estos valores varían según el área de residencia, siendo el MSP más nombrado en el área rural (85.5 %) que en el área urbana (63.7 %), con 21 puntos porcentuales de diferencia. Con relación a las farmacias, que le sigue como fuente al MSP, estas fueron más mencionadas en el área urbana (19.1 %) que en el área rural (6.1 %) (Anexo 8.27).

En la ENDEMAIN 2004, las fuentes de obtención de anticonceptivos modernos más mencionadas fueron el MSP (44.5 %), las farmacias (19.1 %) y APROFE (14.6 %), por lo que se puede decir que, si bien los valores han variado, las dos primeras fuentes se mantienen con proporciones mayores a las reportadas en 2004 (CEPAR, 2005).

Al observar las fuentes de obtención de anticonceptivos, según el método anticonceptivo preferido por las mujeres (Cuadro 8.4 y Anexo 8.26), se desprende que el MSP fue la fuente más mencionada por las mujeres que prefieren la

Cuadro 8.4 **Fuente de obtención de anticonceptivos modernos según método anticonceptivo preferido (mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años que desean usar un método y conocen dónde obtenerlo)**

Método anticonceptivo preferido	Fuente de obtención de anticonceptivos							Total
	MSP	IESS	Clínica/médico privado	ONG/ APROFE/ CEMOPLAF	Farma-cia	Otra fuente*	NS/NR	
	%	%	%	%	%	%	%	%
Total	69.9	4.1	6.0	3.2	15.4	1.4	0.1	100
Esterilización femenina	75.1	9.0	13.7	1.3	-	0.7	0.2	100
Implante	86.4	1.6	5.1	4.1	2.0	0.9	-	100
Inyección anticonceptiva	69.8	2.1	3.3	4.3	20.2	0.3	-	100
Pastillas anticonceptivas	56.0	0.0	1.9	0.0	42.1	0.0	-	100
DIU/espiral/T de cobre	64.9	10.4	5.7	8.4	-	10.6	-	100
Otro	8.0	6.1	-	1.0	84.8	0.0	-	100

*Incluye FF. AA., Policía, Junta de Beneficencia, Consejo Provincial, Unidad Municipal de Salud y otras fuentes.

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

esterilización femenina, el implante, la inyección anticonceptiva, las pastillas anticonceptivas y los DIU. Con relación a la esterilización femenina, la segunda fuente más mencionada fueron las clínicas o los médicos privados (13.7 %); respecto de la inyección anticonceptiva y las pastillas anticonceptivas, fueron las farmacias (20.2 % y 42.1 %, respectivamente); y en cuanto los DIU, el IESS (10.4 %). Mayor información de las fuentes de obtención de anticonceptivos modernos por área de residencia y subregión se puede encontrar en el Anexo 8.27.

Tiempo promedio para acceder a la fuente de obtención de anticonceptivos modernos

En el Cuadro 8.5 se reporta el tiempo promedio (en minutos) que les tomaría a las mujeres en trasladarse del hogar a la fuente de obtención de anticonceptivos modernos, por área de residencia y por método preferido. Como se observa en el cuadro, se estimó que dichas mujeres tardarían en promedio 4.3 minutos para llegar a la fuente de obtención de anticonceptivos modernos; tiempo que es mayor en el área rural (8.1 minutos) que

Cuadro 8.5 **Tiempo promedio que transcurre hasta llegar a la fuente de obtención de métodos anticonceptivos modernos, por área de residencia (mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años que usan métodos modernos)**

Método anticonceptivo preferido	Urbano		Rural		Total	
	Promedio (minutos)	n	Promedio (minutos)	n	Promedio (minutos)	n
Total	2.8	612	8.1	461	4.3	1 073
Esterilización femenina	9.5	151	81.7	88	22.6	239
Implante	3.5	199	14.8	180	7	379
Inyección anticonceptiva	1.9	132	13.3	106	5	238
Pastillas anticonceptivas	4.1	65	17.6	51	8	116
DIU/espiral/T de cobre	28.3	42	40.8	19	31.8	61
Otro	10.8	23	30.7	17	16.5	40

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 8.6 **Porcentaje de mujeres que necesitan de los servicios de planificación familiar y porcentaje de mujeres que no necesitan de los servicios de planificación familiar, por estado civil (mujeres de 15 a 49 años)**

Estado civil	Mujeres que sí necesitan los servicios de planificación familiar	Mujeres que no necesitan los servicios de planificación familiar	Total	
	%	%	%	n
Total	7.0	93.0	100	17 661
Unida o casada	8.8	91.2	100	12 503
Soltera	4.7	95.3	100	2 905
Divorciada, separada o viuda	5.6	94.4	100	2 253

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

en el área urbana (2.1 minutos) (Anexo 8.28). Comparando con el tiempo promedio reportado en la ENDEMAIN 2004 (38 minutos) se observa una reducción sustancial de casi 34 minutos en trasladarse del hogar a la fuente de obtención de anticonceptivos modernos (CEPAR, 2005).

Al analizar el tiempo promedio para acceder a la fuente, según el anticonceptivo, se desprende que, sin contar con la esterilización femenina, a las mujeres les toma mucho más tiempo obtener los DIU (22.6 minutos) que cualquier otro método. En cambio, según lo reportado en 2004, a las mujeres les tomaba más tiempo obtener el implante (71.7 minutos) que cualquier otro método (CEPAR, 2005).

8.3.4 Mujeres que necesitan de los servicios de planificación familiar

Con el fin de estimar la necesidad de los servicios planificación familiar, en esta sección se definen como *mujeres que requieren de los servicios de planificación familiar* a todas quienes están expuestas al riesgo de un embarazo, identificadas mediante las siguientes características (CEPAR, 2005):

- No reportan problemas de infertilidad
- No están embarazadas
- No desean un embarazo en este momento
- Son activas sexualmente
- No están usando un método anticonceptivo

El Cuadro 8.6 y el Anexo 8.29 presentan la estimación del porcentaje de mujeres que necesitan de los servicios de planificación familiar y de mujeres que no necesitan de los servicios de planificación familiar, desagregado por estado civil. A escala nacional, un 93 % de mujeres no necesita de los servicios de planificación familiar, mientras que un 7 % de mujeres sí los necesita; siendo esta necesidad más alta en las mujeres unidas o casadas (8.8 %). Al comparar con lo reportado en la ENDEMAIN 2004, se desprende que la necesidad de los servicios de planificación familiar a nivel nacional ha aumentado en 2 puntos porcentuales, del 5 %, en 2004, al 7 %, en 2012. Este aumento también se evidencia, por estado civil, en las mujeres unidas o casadas que pasa del 7.4 % al 8.8 %; en las mujeres solteras, del 1.2 % al 4.7 %; y en las mujeres divorciadas, separadas o viudas, del 2 % al 5.6 %. (CEPAR, 2005).

En el Anexo 8.30 se presenta el desglose de los motivos principales por los que las mujeres no necesitan de los servicios planificación familiar. Como se observa en el Anexo, la mayoría de mujeres no necesita de estos servicios ya que actualmente está usando anticonceptivos (46.7 %) o bien no han tenido relaciones sexuales en el último mes (38.8 %).

En los Anexos 8.30 a 8.33 se reporta, a escala nacional y según área de residencia, el porcentaje total de mujeres que necesitan los servicios de planificación familiar, por estado civil, grupo de edad, número de hijos, grupo étnico, subregión, nivel de instrucción y quintil económico. Respecto del grupo étnico, se observa que la necesidad de los servicios de planificación familiar es mayor en las indígenas (10.4 %) y las afroecuatorianas (10.1 %), en relación con las montuvias (3.9 %) y las mestizas, blancas u otra etnia (6.8 %).

Respecto del nivel de instrucción, la necesidad de los servicios de planificación familiar es mayor en las mujeres sin instrucción (9.2 %) en comparación con los otros niveles de instrucción, cuyo porcentaje es muy similar al de la escala nacional (7 %). Resta decir que no se encontraron

Cuadro 8.7 **Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que necesitan los servicios de planificación familiar, por conocimiento de al menos un anticonceptivo, uso pasado de anticonceptivos y deseo de usar anticonceptivos**

Características seleccionadas	Mujeres que necesitan de los servicios de planificación familiar		
	Al menos un anticonceptivo es conocido	Ha usado al menos un anticonceptivo	Desea usar algún anticonceptivo
	%	%	%
Total	97.0	69.8	48.4
Nivel de instrucción			
Ninguno	73.6	59.6	-
Primaria	95.8	67.5	42.2
Secundaria	99.6	67.3	63.1
Superior	100	82.0	39.5
Quintil económico			
Q1 (Pobre)	87.9	55.4	44.0
Q2	98.9	77.9	50.3
Q3 (Intermedio)	99.8	63.4	59.5
Q4	99.9	74.9	63.5
Q5 (Rico)	100	76.8	11.3

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

diferencias importantes en los demás desgloses con relación a los hallazgos a escala nacional.

Conocimiento, uso pasado y deseo de usar anticonceptivos en las mujeres que necesitan de los servicios de planificación familiar

En el Cuadro 8.7 se presenta la estimación porcentual del conocimiento actual de anticonceptivos, uso pasado de anticonceptivos y deseo de usar anticonceptivos en las mujeres de 15 a 49 años de edad que necesitan los servicios de planificación familiar. De este cuadro se desprende que el 97 % de mujeres que necesitan estos servicios conoce al menos un anticonceptivo, el 69.8 % ha usado al menos un anticonceptivo y el 48.4 % desea usar anticonceptivos. Mientras en 2004 el conocimiento de anticonceptivos fue del 66.7 % en las mujeres que necesitan de los servicios de planificación familiar, para 2012, este fue casi universal (97 %) (CEPAR, 2005).

Se observa también en el cuadro que los porcentajes de conocimiento, el uso pasado y el deseo de usar anticonceptivos varían según el nivel de instrucción y quintil económico de la mujer; siendo menor el conocimiento y el uso pasado de anticonceptivos en las mujeres sin instrucción (73.6 % y 59.6 %, respectivamente) y en las mujeres del quintil 1 (87.9 % y 55.4 %, respectivamente). Por su parte, el deseo de usar anticonceptivos es mayor en las mujeres con instrucción secundaría (63.1 %) y en las mujeres del quintil 5 (63.5 %). Finalmente, al desagregar esta misma información por estado civil, número de hijos y ubicación geográfica, los hallazgos son muy similares a lo encontrado a escala nacional (Anexos 8.34, 8.35 y 8.36).

8.4 BIBLIOGRAFÍA

CEPAR (2005). *ENDEMAIN 2004: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infan*til. Ecuador: Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social (CEPAR).

OMS (2013). *Planificación familiar, nota descriptiva*. Octubre, 2014, Sitio web: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/.

OMS (2012). *Guía de planificación familiar para agentes de salud comunitarios y sus clientes.* Suiza: Organización Mundial de la Salud (OMS).V



CAPÍTULO IX | SALUD MATERNA

Fotografía:
UNICEF / Ecuador /2012- 6090/ M. Avilés

Contenido

9.1 INTRODUCCIÓN 161
9.2 METODOLOGÍA 161
9.3 RESULTADOS 161
9.3.1 Uso de servicios y prácticas de salud materna 161
Tendencias en el uso de los servicios de salud materna 161
Control prenatal 162
Atención del parto 166
Control posparto 168
Vacunación antitetánica 169
Citología cérvicovaginal o Papanicolaou 170
Autoexamen de mamas y uso de mamografía 173
9.3.2. Consideraciones sobre mortalidad materna 175
Consideraciones preliminares 175
Metodología de estimación 175
Limitaciones de la estimación 176
9.4. BIBLIOGRAFÍA 176

9.1 INTRODUCCIÓN

Los indicadores de salud materna tienen un carácter vital dentro de las estadísticas sociales debido a que se focalizan en dos grupos estratégicos para la salud pública: las madres y sus hijos menores de cinco años. En este contexto, el objetivo principal de este capítulo es hacer un análisis de las prácticas de salud materna, con cuya información se pueda contribuir en la definición de las políticas públicas enfocadas en la prevención de enfermedades en las mujeres y sus hijos, y la disminución de la mortalidad materna.

El texto, los cuadros y los gráficos del presente capítulo exponen la información de manera resumida. Para el lector que desee hacer un análisis a profundidad, el disco compacto que acompaña este informe, contiene anexos con información detallada sobre la población muestral (n), la población expandida (N) y los intervalos de confianza (IC 95 %).

9.2 METODOLOGÍA

Para la obtención de los indicadores estudiados en este capítulo se analizó la información recolectada en dos formularios: 1) *Mujeres en edad fértil (MEF)*, Sección III: *Servicios asociados a la salud materna,* y Sección IX: *Mortalidad materna*; y 2) *Salud en la niñez*, Sección II: *Control prenatal,* Sección III: *Atención del parto y* Sección V: *Control posparto* (Anexos B y C). Dichos formularios fueron aplicados a las MEF de 12 a 49 años y las madres de los nacidos y nacidas vivos (NV) en el período de julio 2007 a junio 2012. El Cuadro 9.1 muestra el desglose de las secciones estudiadas en este capítulo, desagregadas según el grupo o grupos poblacionales estudiados en dicha sección.

9.3 RESULTADOS

9.3.1 Uso de servicios y prácticas de salud materna

La presente sección analiza los factores relacionados con la adopción de los servicios de salud materna desde dos perspectivas: una, respecto de las madres de los NV en el período de julio 2007 a junio 2012, y otra, con relación a las mujeres en edad fértil, ya sea de 15 a 49 años o de 12 a 14 años cuando el número de casos lo permite. Por lo mismo, en primer lugar se presentan los indicadores relacionados con el control prenatal, el lugar de atención del parto y el control posparto en las madres de los NV; y en segundo lugar, se presentan los indicadores de la recepción de la vacuna contra el tétanos, el uso de la citología cérvicovaginal y el uso del examen de mamas en las MEF.

Tendencias en el uso de los servicios de salud materna

El Cuadro 9.2 y el Anexo 9.1 presentan la evolución en el uso de servicios asociados con la salud materna respecto del control prenatal, la atención del parto, el tipo de parto, el control posparto y la citología cérvicovaginal desde 1994. En general, se puede decir que se ha dado una mejora integral en el uso de cada uno de estos

Cuadro 9.1 **Componentes del Capítulo IX, según el grupo poblacional a ser analizado**

Sección	Grupo poblacional		
	Madres de los NV de julio 2007 a junio 2012	MEF de 12 a 14 años	MEF de 15 a 49 años
Tendencias en el uso de los servicios de salud materna	X		X
Control prenatal	X		
Atención del parto	X		
Control posparto	X		
Vacunación antitetánica		X	X
Citología cérvicovaginal o Papanicolaou		X	X
Autoexamen de mamas y uso de mamografía		X	X
Consideraciones sobre mortalidad materna			X

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 9.2 **Evolución del uso de servicios de salud materna de 1994 a 2012 (%)**

Servicio de salud materna		Encuestas			
		ENDEMAIN 1994	ENDEMAIN 1999	ENDEMAIN 2004	ENSANUT-ECU 2012
		%	%	%	%
Control prenatal	Al menos un control	74.7	80.6	84.2	95.0
	Primer control al primer trimestre	56.7	60.7	64.6	79.0
	Cinco o más controles	47.5	52.8	57.4	79.5
Atención del parto en un establecimiento de salud		63.5	69.2	74.2	90
Parto por cesárea		17.1	19.9	25.8	41.2
Control posparto	Al menos un control	33.3	36.0	36.2	51.0
	Primer control en los primeros 40 días	22.7	24.7	24.9	46.0v
Citología vaginal	Alguna vez	49.8	59.5	64.3	67.2
	En los últimos dos años	36.8	41.5	40.7	44.4

Fuente: ENDEMAIN 2004, CEPAR/ ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

servicios. De manera particular, se destaca la práctica de al menos un control posparto, cuya proporción ha aumentado de 36.2 %, en 2004, a 51 %, en 2012 (CEPAR, 2005). Además, tomando en cuenta la cifra de 1994, este aumento ha sido mayor en los últimos 8 años que en los últimos 18 años. Lo mismo sucede con la proporción de la práctica del control posparto en los primeros 41 días, que ha aumentado de 24.9 %, en 2004, a 46 %, en 2012 (CEPAR, 2005). De igual manera, se destaca la práctica de cinco o más controles prenatales, cuya proporción ha aumentado en 22 puntos porcentuales, de 57.4 %, en 2004, a 79.5 %, en 2012 (CEPAR, 2005). Finalmente, preocupa el hecho de que los partos por cesárea continúan con una tendencia al aumento; de 2004 a 2012 hubo un aumento de casi 16 puntos porcentuales (CEPAR, 2005).

Control prenatal

Las normas y protocolos de atención materno neonatal del MSP 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, 2008). Además de esta definición, las normas indican que un adecuado control prenatal debe ser:

- Completo e integral
- Precoz, es decir, en el primer trimestre
- Intercultural
- Periódico, con al menos cinco controles
- Afectivo, es decir, que toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidez y calidad

Con estos antecedentes, en el Anexo 9.1 se presenta la evolución en el uso de los servicios de atención materna desde 1994 hasta 2012. Con relación a la proporción de madres de los NV que tuvieron al menos un control prenatal, se puede observar que la tendencia de 1994 a 2012 ha ido en aumento (del 74.7 % al 95 %, respectivamente) (CEPAR, 2005). De forma particular, de 2004 a 2012 se dio un aumento de 11 puntos porcentuales, como se muestra en el Gráfico 9.1 (CEPAR, 2005).

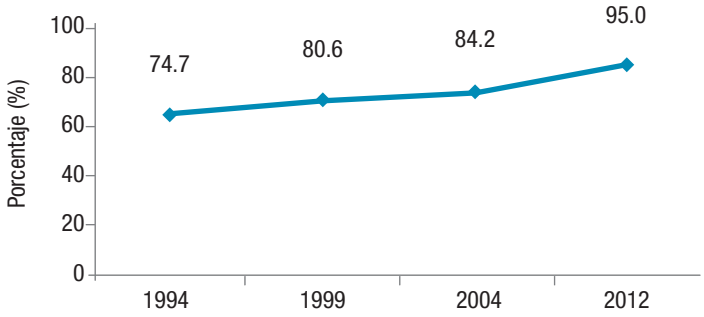
Control prenatal en el primer trimestre de embarazo

En el Anexo 9.2 se presenta la distribución porcentual de los NV según el trimestre de embarazo en que la madre tuvo su primer control prenatal, por área, subregión, grupo étnico, provincia y zona de planificación. Esta información es relevante ya que nos indica el porcentaje de madres que tuvieron un control prenatal precoz, es decir, en el primer trimestre de embarazo.

Se desprende de este anexo que, a escala nacional, un 79 % de madres tuvo un control prenatal en el primer trimestre de embarazo; un 14.5 %, en el segundo trimestre; un 1.4 %, en el tercer trimestre; y un 5 % no tuvo control prenatal. Al hacer este mismo análisis por área de residencia se observa que en la área rural la proporción de haber tenido el primer control prenatal en el primer trimestre de embarazo es menor (73.7 %) a la del área urbana (81.4 %).

Al observar la desagregación por grupo étnico, se encuentra que, en comparación con los demás

Gráfico 9.1 **Evolución en la proporción de madres que han recibido al menos un control prenatal durante el embarazo (NV en el período de julio 2007 a junio 2012)**



Fuente: ENDEMAIN 2004, CEPAR; ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

grupos, las madres indígenas presentan una proporción notoriamente más baja de haber tenido el primer control prenatal en el primer trimestre. (54.8 % en las indígenas, 86.2 % en las montuvias, 81.8 % en las afroecuatorianas y 81.3 % en las mestizas, blancas u otras). De igual manera, las madres indígenas presentan la proporción más alta de haber tenido el primer control prenatal en el segundo semestre (18.6 %) y la proporción más alta de no haber tenido control prenatal (23.4 %). Estas cifras indican que las madres indígenas son las menos favorecidas con la práctica de un control prenatal precoz.

Al hacer el análisis de la proporción de NV según el trimestre de embarazo en que la madre tuvo el primer control prenatal, por subregión, se determina que la Sierra rural (68.5 %) presenta la menor proporción de haber tenido un control prenatal precoz con relación a la escala nacional (79 %); mientras que Galápagos presenta la mayor proporción (86.1 %). En cuanto a la proporción de madres que no tuvieron control prenatal se destacan la Sierra rural y la Amazonía rural por presentar las proporciones más altas (11,8 % y 10.1 %, respectivamente) con relación a la escala nacional (5 %).

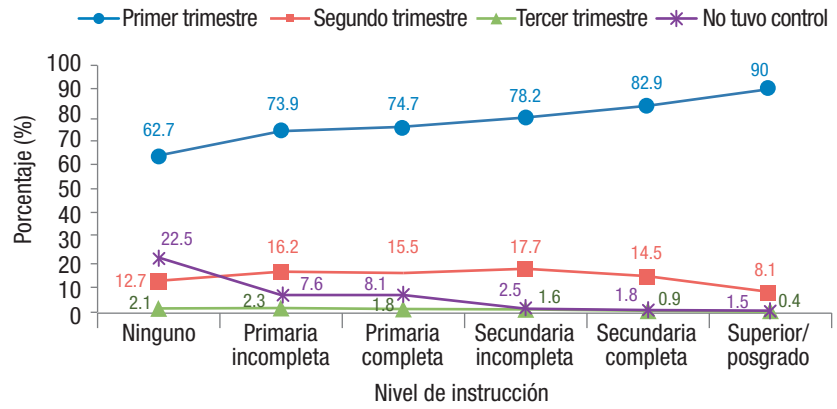
Para complementar lo antes dicho, en el Gráfico 9.2 se presenta la proporción de NV cuya madre tuvo un control prenatal precoz por provincia. En este gráfico se puede observar claramente que todas las provincias presentan proporciones de un control prenatal precoz mayores al 64 %. Sin embargo, también se puede observar que en las provincias de Imbabura, Napo, Sucumbíos, Orellana, Pastaza, Bolívar, Chimborazo, Cañar y Azuay las proporciones están entre el 65 % y el

Gráfico 9.2 **Proporción de NV en quienes la madre tuvo un control prenatal precoz, por provincia (NV en el período de julio 2007 a junio 2012)**



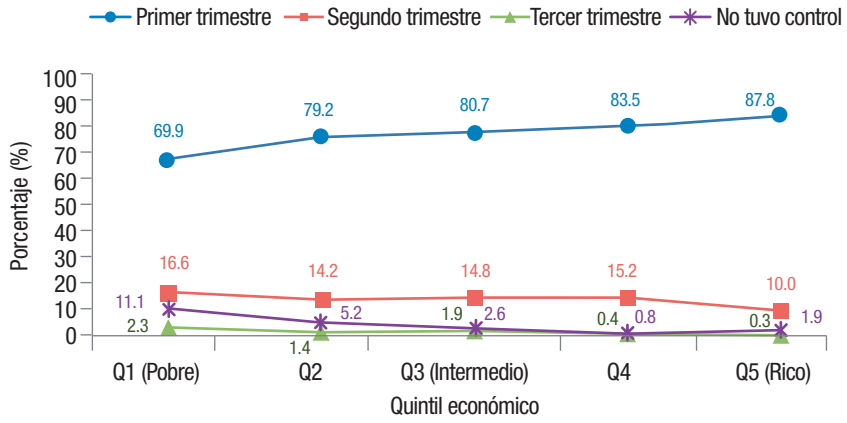
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 9.3 **Proporción de madres de NV según trimestre de embarazo en que tuvieron su primer control, por nivel de instrucción (NV en el período de julio 2007 a junio 2012)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 9.4 **Proporción de madres de NV según trimestre de embarazo en vque tuvieron su primer control, por quintil económico (NV en el período de julio 2007 a junio 2012)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

74 %, cifras que son menores a la reportadas en las demás provincias (≥ 75 %). Al comparar estos datos con los datos disponibles en la ENDEMAIN 2004 se observa un aumento considerable en el porcentaje de madres que tuvieron un control prenatal precoz en todas las provincias y, sobre todo, en Cotopaxi y Azuay (CEPAR, 2005).

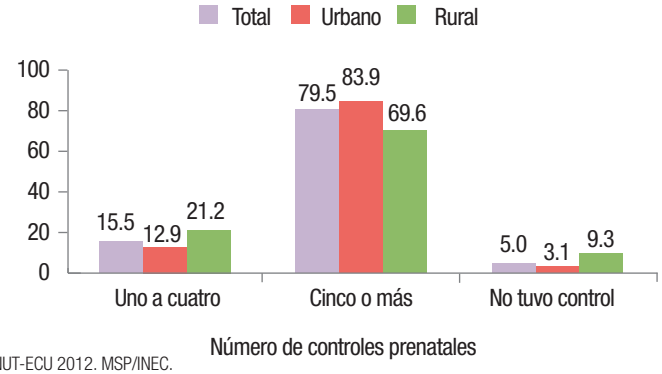
En los Gráficos 9.3 y 9.4 se presenta la distribución porcentual de los NV según el trimestre de embarazo en que la madre tuvo su primer control prenatal, por nivel de instrucción y quintil económico. Se puede observar en los gráficos que tener el primer control prenatal en el primer trimestre está directamente relacionado con el nivel de instrucción y el quintil económico de la madre, es decir, a mayor educación y quintil económico de la madre, la proporción de tener el primer control en el primer trimestre aumenta al 90 % (nivel de instrucción superior o posgrado) y al 87.8 % (Q5, quintil más rico) (Anexo 9.3).

Número de controles prenatales

Los Anexos 9.4 y 9.5 muestran la distribución porcentual de NV según el número de controles prenatales que tuvieron sus madres, desagregada por área de residencia, grupo étnico, provincia, subregión, zona de planificación, nivel de instrucción, edad de la madre al momento del parto, orden de nacimiento y quintil económico. El Gráfico 9.5 presenta un resumen de esta información a escala nacional y por área de residencia.

Se desprende del gráfico que a escala nacional, el 15.5 % de madres tuvo de 1 a 4 controles prenatales, el 79.5 % tuvo 5 o más controles y el 5 % no tuvo ningún control prenatal. Al comparar con los datos reportados por la ENDEMAIN 2004 se puede decir que el porcentaje de madres que han tenido 5 o más controles (57.5 %) ha aumentado en 22 puntos porcentuales (79.5 %), lo cual indica

Gráfico 9.5 **Número de controles prenatales, por área de residencia (NV entre julio 2007 y junio 2012)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

una mejora importante en el acceso a este servicio de salud en estos últimos años (CEPAR, 2005).

El análisis por área de residencia indica que en el área urbana el 83.9 % de madres tuvo cinco o más controles prenatales, comparado con el 69.6 % en las madres que viven en el área rural. Además, se observa que la proporción de no tener control prenatal es mayor en el área rural (9.3 %) que en el área urbana (3.1 %).

Por otro lado, el análisis por grupo étnico indica que las madres indígenas tienen una proporción menor de tener cinco o más controles prenatales (47.4 %) respecto de las madres montuvias (88.1 %) o mestizas, blancas y otra etnia (82.8 %). De igual manera, al analizar por subregión se observa que la Sierra rural y la Amazonía rural presentan una menor proporción a tener cinco o más controles prenatales (63.7 % y 63.1 %, respectivamente).

Análisis de la práctica conjunta de un control prenatal precoz y la periodicidad mínima de controles prenatales.

Para determinar el cumplimiento de la norma neonatal con relación al inicio precoz del control prenatal y de la periodicidad mínima de controles prenatales recibidos, se estimó qué porcentaje de las madres de NV, en el período de julio 2007 a junio 2012, tuvo un control prenatal en el primer trimestre y, como mínimo, tuvo cinco controles prenatales. Esta información puede ser encontrada en los Anexos 9.6 y 9.7, desagregada por área de residencia, grupo étnico, provincia, subregión, zona de planificación, nivel de instrucción, edad de la madre al momento del parto, orden de nacimiento y quintil económico.

Se observa en estos anexos que a escala nacional un 71.5 % de las madres tuvo, en conjunto, un control prenatal precoz y cinco controles prenatales durante su embarazo, esta cifra es menor en el área rural (63.5 %) y mayor en el área urbana (75.1 %). Si se compara con los datos reportados en la ENDEMAIN 2004 se puede decir que el porcentaje de madres que en conjunto realizaron estas dos prácticas de salud materna ha aumentado de un 52 %, en 2004, a un 71.5 %, en 2012 (es decir, casi 20 puntos porcentuales) (CEPAR, 2005). Por lo mismo, se puede decir que la cantidad y la calidad de los controles prenatales han tenido una mejora contundente en estos años.

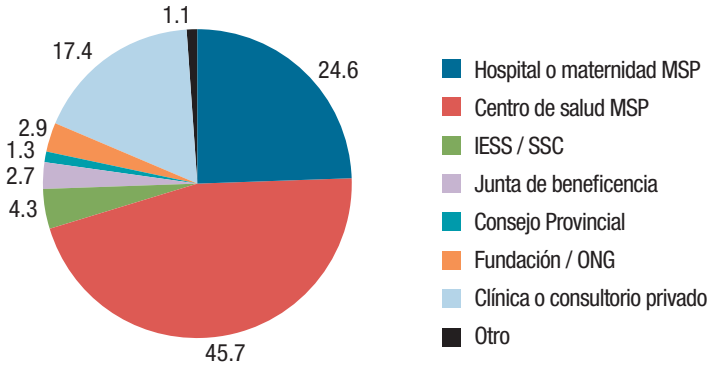
Sin embargo, en los anexos se puede observar que las madres indígenas (39.5 %) y las madres que viven en la Amazonía rural (57.4 %) y en la Sierra rural (57.7 %), al comparar con la escala nacional (71.5 %), presentan las proporciones más bajas de haber tenido un control prenatal precoz y cinco controles prenatales. De igual manera se puede observar que, según el nivel de instrucción y el quintil económico, las madres sin estudios (47.8 %) y las que pertenecen al quintil más pobre (58.2 %) presentan las menores proporciones de realización conjunta de estas dos prácticas de salud materna.

Lugar de atención prenatal

En el Anexo 9.8 se presenta la distribución porcentual de NV según el lugar en donde la madre recibió el control prenatal por área de residencia, grupo étnico, subregión, provincia y zona de planificación; se incluyen a todas las madres que recibieron algún control prenatal. Esta información se presenta en forma resumida en el Grafico 9.6.

De este gráfico se desprende que la gran mayoría de las madres tuvo al menos un control prenatal en los centros de salud del MSP (45.7 %). En segundo lugar, se encuentran los hospitales o maternidades del MSP (24.6 %) y en tercer lugar, las clínicas y consultorios privados (17.4 %), las

Gráfico 9.6 **NV según el lugar en donde la madre recibió al menos un control prenatal (%)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

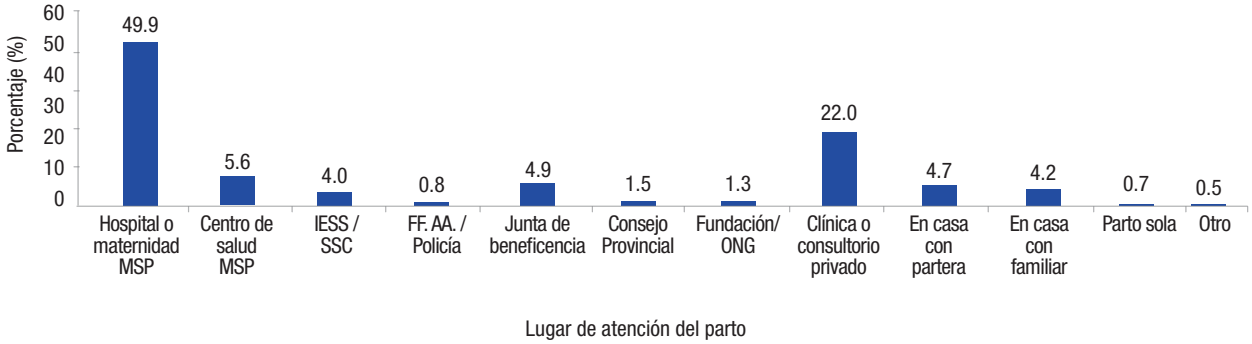
demás categorías tienen porcentajes mucho menores. Estos datos indican que el MSP, y en particular los centros de atención primaria, es el principal proveedor de controles prenatales a nivel nacional. Para mayor detalle de los demás desgloses referirse a los anexos correspondientes.

Atención del parto

La presencia de un profesional de la salud durante la atención del parto (doctor, doctora, enfermero, enfermera u otro) es un determinante crucial en la supervivencia de la madre y el neonato, de allí la importancia del análisis de esta información (WHO, 2014a). Para tener una estimación de la proporción de madres de NV que fueron atendidas por personal de salud capacitado, en este apartado y en los Anexos 9.11 y 9.12, se presenta la distribución de NV según el lugar de atención del parto y tipo de parto, desagregados por ubicación geográfica, edad de la madre al momento del nacimiento, orden de nacimiento, grupo étnico, nivel de instrucción y quintil económico. El Gráfico 9.7 presenta un resumen de esta información e indica que, en proporción, la mayoría de madres dio a luz en un hospital o una maternidad del MSP (49.9 %). A esta proporción le sigue la de las madres que dieron a luz en un hospital o una clínica privada (22 %). Además, se puede observar que un 8.9 % de las madres dio a luz en casa ya sea con una partera o un familiar y un 0.7 % dio a luz sola. De estos datos se desprende que a nivel nacional un 90 % de madres tuvo un parto profesional (MSP, IESS/SSC, FF. AA/Policía, Junda de beneficencia, Consejo Provincial, fundación/ONG y clínica privada), mientras que un 9.5 % tuvo un parto domiciliario (con partera, con familiar o sola).

El análisis por área de residencia muestra que los partos en casa, con una partera o un familiar, tienen una proporción más alta en el área rural que en el área urbana (19.8 % y 3.9 %, respectivamente); mientras que los partos en clínicas o consultorios privados tienen una proporción más alta en el área urbana, que en el área rural (24.7 % y 15.9 %, respectivamente). Estos datos reflejan la importancia de la capacitación en buenas prácticas de salud materna, sobre todo en las áreas rurales. Para mayor detalle de la desagregación en otras categorías referirse a los anexos.

Gráfico 9.7 **Distribución porcentual de NV según el lugar de atención del parto (julio 2007 a junio 2012)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Profesional de salud que atendió el parto

En esta sección se presenta información sobre el profesional de salud que atendió el parto en los nacimientos que ocurrieron en un establecimiento de salud en el período de julio 2007 a junio 2012. Esta información se presenta en los Anexos 9.13 y 9.14, desagregada por ubicación geográfica, grupo étnico, nivel de instrucción, edad de la madre al nacimiento, orden del nacimiento y quintil económico.

En los anexos se observa que a escala nacional un 79.7 % de los nacimientos ocurridos en un establecimiento de salud fue atendido por un doctor o una doctora; un 17.3 %, por un o una obstetra; un 1.9 %, por una enfermera o un enfermero; y el porcentaje restante, por un o una auxiliar de enfermería u otro profesional.

En el análisis por área de residencia y grupo étnico no se observan diferencias marcadas con la escala nacional, sin embargo, por subregión se observa que en la Amazonía urbana y la Amazonía rural hay una mayor proporción nacimientos que fueron atendidos por médicos (86.8 % y 87 %, respectivamente). Mientras, un porcentaje considerable de partos fue atendido por un o una obstetra en Guayaquil (24.1 %), Costa urbana (21.7 %) y Galápagos (20.4 %).

Al hacer el análisis del profesional de salud que atendió el parto por el nivel de instrucción de la madre se puede observar que la proporción de nacimientos atendidos por un profesional médico es de 88.9 %, en las madres sin ninguna instrucción, mientras que en las mujeres con instrucción superior fue de 76.9 % (Anexo 9.14).

Para complementar esta información, el Anexo 9.15 y el Cuadro 9.3 presentan la distribución porcentual de los nacimientos según el profesional de salud que atendió el parto, desagregada por el lugar de atención del parto. Del cuadro se desprende que en todos los casos, el principal profesional encargado de la atención al parto es el médico, seguido, con diferencias importantes, por el o la obstetra.

Parto vaginal o por cesárea

La OMS indica que, aunque el parto por cesárea puede mejorar los resultados obstétricos en los casos clínicamente indicados, las excesivas tasas de parto por cesárea también pueden tener consecuencias negativas para la salud de la madre. De hecho, se ha encontrado que la tasa de mortalidad materna en las mujeres que se someten a una cesárea es de cuatro a diez veces mayor que en un parto vaginal, ya que puede causar sangrado, infección, complicaciones anestésicas, depresión, entre otras. Asimismo, las cicatrices uterinas pueden dejar lesiones que impidan futuros embarazos (Runmei *et al.*, 2014).

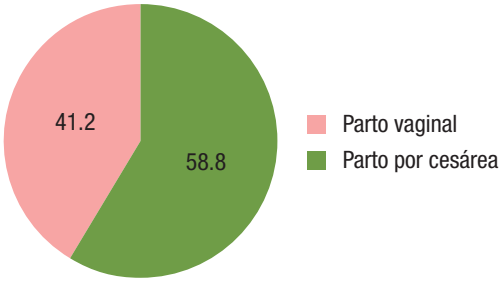
En este contexto, los Anexos 9.16, 9.17 y 9.18 presentan la distribución del tipo de parto (vaginal o por cesárea) a nivel nacional, desagregado por ubicación geográfica, edad de la madre, orden de nacimiento, grupo étnico, quintil económico, nivel de instrucción y lugar de parto. El Gráfico 9.8 presenta la distribución del tipo de parto a escala nacional. De este gráfico se desprende que un 58.8 % de los nacimientos se dio mediante un parto vaginal y un 41.2 %, mediante un parto por cesárea. Al comparar con lo reportado en la ENDEMAIN 2004 se observa que

Cuadro 9.3 **Distribución porcentual de NV según el profesional de salud que atendió el parto y según el lugar de su atención (julio 2007 a junio 2012)**

Lugar de atención del parto	Médico	Obstetra	Enfermera	Auxiliar de enfermería	Otro	No sabe	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	n
Hospital/maternidad MSP	80.4	16.6	1.9	0.4	0.2	0.6	100	5 417
Centros de salud MSP	65.1	22.1	9.6	1.1	0.5	1.6	100	560
IESS/SSC	86.2	12.5	1.1	0.2	0.0	0.0	100	308
FFAA/Policía	63.8	34.6	0.5	0.0	1.1	0.0	100	61
Junta de Beneficencia	79.9	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100	152
Consejo Provincial	79.2	18.0	0.0	2.3	0.5	0.0	100	119
Fundación/ONG	80.7	18.2	1.0	0.0	0.0	0.0	100	84
Clínica/consultorio privado	81.3	17.2	0.8	0.0	0.6	0.0	100	1 643
Total	79.7	17.3	1.9	0.3	0.3	0.4	100	8 344

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 9.8 **Distribución porcentual del tipo de parto (%) (NV en el período de julio 2007 a junio 2012)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

los partos por cesárea han aumentado del 25.8 %, en 2004, al 41.2%, en 2012, es decir, casi 16 puntos porcentuales (CEPAR, 2005). Estos datos son alarmantes si se piensa que en países con ingresos bajos a medios, como Ecuador, el promedio de partos por cesárea es del 9 %, mientras que en la región de las Américas, el promedio es de 36 % (WHO, 2014b).

Al hacer el análisis por área de residencia, se observa que en el área rural el parto vaginal tiene una proporción más alta que el área urbana (68.5 % y 55.2 %, respectivamente). En contraste, el parto por cesárea tiene una proporción más alta en el área urbana que el área rural (44.8 % y 31.5 %, respectivamente) (Anexo 9.16).

En el análisis por grupo étnico, se observa que las madres indígenas presentan una proporción considerablemente más alta de partos vaginales (79.2 %) con relación a la proporción nacional; mientras que las madres montuvias presentan la proporción más alta de partos por cesárea (53.4 %) (Anexo 9.16). En concordancia con este análisis, al observar la desagregación por subregión, se desprende que la Amazonía rural y la Sierra rural tienen las proporciones más altas de partos vaginales (76.2 % y 74.6 %, respectivamente), y que la Costa urbana y Guayaquil tienen las proporciones más alta de partos por cesárea (54.4 % y 53.8 %, respectivamente) (Anexo 9.16).

Al hacer el análisis del tipo de parto según el nivel de instrucción, se observa que hay un incremento en el porcentaje de partos por cesárea de 24.1 % a 55 % de las madres con instrucción primaria incompleta a las madres con instrucción superior y posgrado (Anexo 9.17). Además, la proporción de partos por cesárea se incrementa del 31.4 % entre madres del quintil más pobre, Q1, al 57 % entre madres del quintil más rico, Q5 (Anexo 9.17). De todo lo antes expuesto se puede decir que los partos por cesárea están cada vez más ofertados y/o demandados, a pesar del nivel de instrucción y el quintil económico y el mayor riesgo para la madre (Runmei *et al.*, 2014).

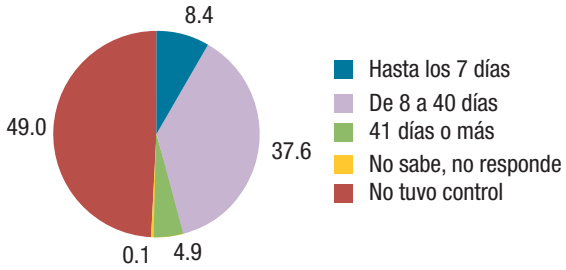
En cuanto a la edad de la madre, se observa que la proporción de partos por cesárea se incrementa de 34.7 %, entre madres menores de 20 años, a 46.6 %, entre madres de 30 a 39 años, y a 45.5 %, entre madres de 40 a 49 años (Anexo 9.18). Estos dos últimos, se ubican por encima del promedio nacional de partos por cesárea (41.2 %).
Adicionalmente, en el Anexo 9.18 se puede observar que la mayoría de partos son normales (vaginales) en las instancias del MSP (70.7 % en hospital o maternidad y 82.4 % en centros de salud); mientras que más de la mitad de los partos por cesárea son en clínicas o consultorios privados (69.9 %) y en FFAA (56.8 %).

Control posparto

El control posparto es necesario para evaluar el desarrollo normal del puerperio, es decir, el período desde el nacimiento hasta las seis semanas posparto, etapa en donde los órganos genitales maternos y el estado de salud general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación (MSP, 2008). Por este motivo, en la presente sección se analiza la información sobre el control posparto y el lugar de atención del parto, en las madres de NV en el período de julio 2007 a junio 2012.

La norma de control materno del MSP indica que toda madre con un puerperio normal debe recibir un control posparto a los siete días después del parto (MSP, 2008). El Gráfico 9.9 muestra la distribución porcentual del tiempo en días al primer control posparto. Del gráfico se desprende que, a nivel nacional, solo un 8.4 % de las madres recibió el control posparto en los primeros siete días; un 37.6 %, entre 8 y 40 días; un 4.9 %, a los 41 días o más; y un 49 % no tuvo ningún control. Esta información confirma que hubo un incremento importante de madres que recibieron un control

Gráfico 9.9 **Distribución porcentual del tiempo en días al primer control posparto (%) (NV en el período de julio 2007 a junio 2012)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

posparto del 36.2 %, en 2004, al 51 %, en 2012; sin embargo, preocupa que solo un 8.4 % recibiera el control de acuerdo con la norma del MSP (CEPAR, 2005).

Para un mayor detalle, la información desagregada por ubicación geográfica, edad de la madre, orden de nacimiento, grupo étnico, nivel de instrucción y quintil económico se encuentra en los Anexos 9.19 y 9.20.

Lugar de control posparto

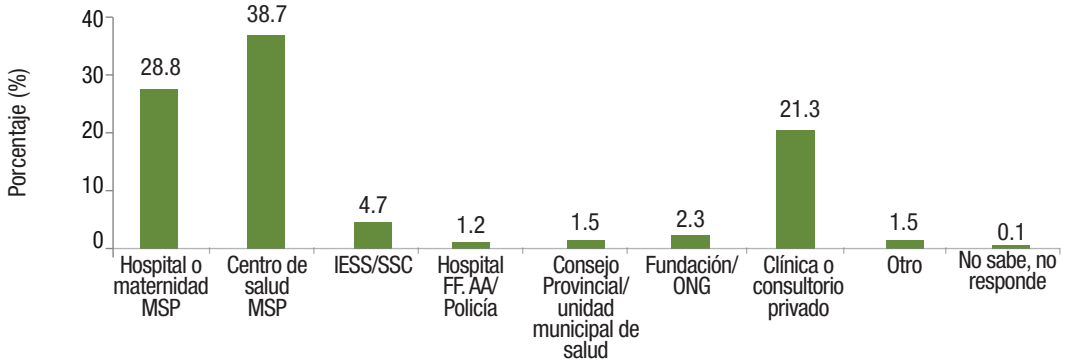
En los Anexos 9.21 y 9.22 se presenta la distribución porcentual del lugar de control posparto desagregada por ubicación geográfica, grupo étnico, nivel de instrucción, edad de la madre al nacimiento, orden de nacimiento y quintil económico. El Gráfico 9.10 presenta un resumen de esta información a escala nacional. Se observa en este gráfico que, entre las madres que recibieron control, más de un tercio recibió su control posparto en un centro de salud del MSP (38.7 %). A esta proporción le sigue la de las madres que recibieron el control posparto en los hospitales o maternidades del MSP (28.8 %) y las que recibieron el control posparto en las clínicas o consultorios privados (21.3 %).

Con relación a la recepción del control posparto en clínicas o consultorios privados se observa en los anexos que las mayores proporciones, con respecto a la escala nacional se dan en las provincias de Santo Domingo de los Tsáchilas (33.2 %) y Los Ríos (31.7 %); entre las madres con estudios superiores o de posgrado (41.3 %) y en las madres del quintil más rico (39.6 % en el Q5).

Vacunación antitetánica

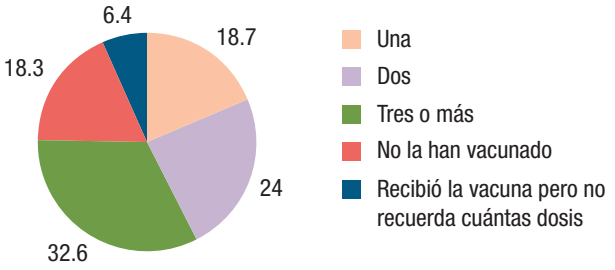
El tétanos neonatal se trasmite por contaminación del cordón umbilical durante la atención del parto con deficiente asepsia. La bacteria *Clostridium tetani,* que produce la toxina tetanospasmina, es la responsable de las manifestaciones clínicas de la enfermedad (MSP, 2005). Para que el recién nacido adquiera la protección pasiva de la madre y se evite el contagio, las MEF deben

Gráfico 9.10 **Distribución porcentual del primer control posparto según el lugar de atención (NV en el período de julio 2007 a junio 2012, cuyas madres tuvieron un control posparto)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 9.11 **Recepción de la vacuna contra el tétanos, por número de dosis recibidas (%) (mujeres de 15 a 49 años de edad)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

recibir cinco dosis que le garantizan la inmunidad de por vida (MSP, 2005; UNICEF, 2014). Si no han recibido ninguna vacuna al momento de presentarse un embarazo, las normas nacionales e internacionales indican que la madre deber recibir tres dosis para adquirir la capacidad de transmitir la inmunidad pasiva al recién nacido (MSP, 2005; UNICEF, 2014).

Partiendo de esta información, los anexos 9.23, 9.24 y 9.25 presentan los datos sobre la proporción de MEF de 15 a 49 años de edad que recibieron una, dos, tres o más dosis de la vacuna antitetánica durante toda su vida, desglosada por ubicación geográfica, grupo étnico, nivel de instrucción, quintil económico, número de embarazos y grupos de edad. Un resumen de esta información se presenta en el Gráfico 9.11. De este gráfico se desprende que un 32.6 % de mujeres ha recibido tres o más dosis de la vacuna, un 24 % ha recibido dos dosis, un 18.7 % ha recibido una dosis, un 6.4 % recibió la vacuna pero no recuerda cuántas dosis y un 18.3 % no la recibió.

Al hacer la comparación con los datos de la ENDEMAIN 2004 se observa que la proporción de mujeres que han recibido tres dosis o más vacunas aumentó del 25 %, en 2004, a 32.6 %, en 2012; esto indica que una cantidad mayor de mujeres transmitirán la inmunidad pasiva contra el tétanos a su hijo o hija el momento del parto (CEPAR, 2005).

Según el porcentaje de mujeres que no han recibido la vacuna antitetánica, el porcentaje más alto por grupo étnico se da en las mujeres afroecuatorianas (20.6 %). Según la provincia, los porcentajes más altos se dan en Cañar (36.6 %), Pichincha (36.1 %) y Cotopaxi (32.5 %). Asimismo, según el nivel de instrucción, el porcentaje más alto se da en las mujeres sin estudios (28 %).

Citología cérvicovaginal o Papanicolaou

Una de las diez primeras causas de muerte en las mujeres ecuatorianas es la neoplasia maligna de útero o cáncer uterino (INEC, 2013). La práctica periódica de la citología vaginal o examen de Papanicolaou es una de las alternativas de detección temprana de este tipo de cáncer. El MSP (2008) establece que toda mujer debe realizarse este examen cada tres años y, en el caso de un embarazo, este examen debe ser practicado en la primera consulta, independientemente de la edad gestacional. Para analizar el conocimiento sobre la detección precoz de cáncer uterino, la ENSANUT-ECU, aplicó, en todas las MEF, las siguientes preguntas:

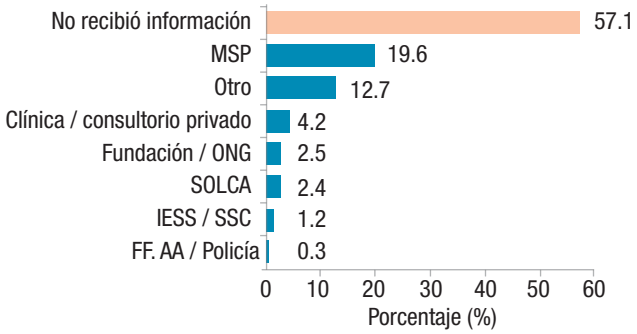
- ¿Ha recibido información sobre el cáncer de útero?
- ¿Dónde recibió la información?
- ¿Se ha hecho alguna vez el examen de Papanicolaou?
- Si se ha hecho el examen, ¿hace cuánto tiempo le hicieron la última citología cérvicovaginal?
- ¿Dónde se hizo el examen de Papnicolaou?
- Si no se han hecho el examen, ¿cuál es la razón principal por la que no se ha hecho el examen de Papanicolaou?

Los resultados del análisis de estas preguntas se presentan a partir del Anexo 9.26 hasta el Anexo 9.37 desagregados por ubicación geográfica, grupo étnico, nivel de instrucción, quintil económico, estado civil y grupos de edad.

Recepción de información sobre el cáncer uterino y fuente que brindó la información

En el Gráfico 9.12 y el Anexo 9.26 se observa que un 57.1 % de MEF no ha recibido información sobre el cáncer uterino. El porcentaje restante recibió información del MSP (19.6 %), de otra

Gráfico 9.12 **Recepción de información sobre el cáncer uterino y fuente que brindó la información (mujeres de 15 a 49 años)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

fuente (12.7 %), de una clínica o un consultorio privado (4.2 %), de una fundación o una ONG (2.5 %) y de SOLCA (2.4 %).

Al comparar estas cifras con la ENDEMAIN 2004 se evidencia que el MSP (10.2 %) ha tenido un aumento de casi 10 puntos porcentuales como proveedor de información del cáncer uterino en estos 8 años, a pesar de lo cual es un porcentaje bajo (CEPAR, 2005). Además, se puede decir que la proporción de mujeres que no han recibido información ha disminuido de un 65.3 %, en 2004, a un 57.1 %, en 2012; ello indica una leve mejora en la entrega de información por parte de las distintas instituciones (CEPAR, 2005). Para mayor detalle de las otras desagregaciones referirse a los Anexos 9.27 y 9.28.

Práctica de la citología cérvicovaginal y tiempo transcurrido desde el último examen

El Cuadro 9.4 presenta la distribución porcentual de la práctica de la citología cérvicovaginal y el tiempo en meses desde la realización de la última citología, en las mujeres de 15 a 49 años

Cuadro 9.4 **Realización de citología vaginal y tiempo en meses desde la última citología cérvicovaginal (%) (mujeres de 15 a 49 años con experiencia sexual).**

Lugar de atención del parto	Tiempo desde que le realizaron la última citología				Nunca tuvo una citología	NS/NR	Total	
	1 a 11 meses	12 a 23 meses	Más de 24 meses	NS/NR				
	%	%	%	%	%	%	%	n
Total	23.6	22.3	23.0	0.5	30.5	0.1	100	16 444
Nivel de instrucción								
Ninguno	21.6	17.4	25.8	0.4	34.6	0.1	100	290
Primaria incompleta	23.0	17.5	24.7	0.7	33.8	0.2	100	1 379
Primaria completa	21.5	23.1	27	0.7	27.4	0.4	100	4 463
Secundaria incompleta	22.6	21.0	21.7	0.1	34.6	0.0	100	3 816
Secundaria completa	22.0	24.2	22.4	1.1	30.2	0.0	100	3 557
Superior/posgrado	29.2	24.2	18.8	0.2	27.6	0.0	100	2 939
Quintil económico								
Q1 (Pobre)	19.9	16.8	19.4	0.6	43.2	0.1	100	4 246
Q2	20.1	20.4	23.9	0.2	35.0	0.4	100	3 790
Q3 (Intermedio)	22.7	23.0	24.6	0.8	28.8	0.1	100	3 270
Q4	25.0	25.2	25.2	0.6	24.0	0.0	100	2 846
Q5 (Rico)	30.4	26.1	21.8	0.5	21.2	0.0	100	2 291

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

con experiencia sexual, desglosada por nivel de instrucción y quintil económico (Anexos 9.29 y 9.30). Se puede observar, en este cuadro, que a nivel nacional un 30.5 % de mujeres nunca ha tenido una citología cérvicovaginal, cifra que es menor a la reportada en 2004 (35.6 %) (CEPAR, 2005). Además, se puede observar que un 23.6 % de mujeres tuvo su última citología vaginal de 1 a 11 meses atrás; un 22.3 %, 12 a 23 meses atrás; y un 23 %, 24 o más meses atrás. Estas cifras son muy similares a las reportadas en 2004, con excepción de la cifra de 12 a 23 meses que en 2004 fue de 16.2 % (CEPAR, 2005).

En el Cuadro 9.4 también se indica que a menor nivel de instrucción y a menor quintil económico, el porcentaje de mujeres que no han tenido una citología vaginal es mayor que en las otras categorías (34.6 % en las mujeres sin estudios y 43.2 % en las mujeres del quintil más pobre), con la excepción de las mujeres con instrucción secundaria incompleta, en quienes también se observa un porcentaje alto (34.6 %). Asimismo, se evidencia que a mayor nivel de instrucción y a mayor quintil económico el porcentaje de mujeres que tuvieron la citología hace menos de un año es más alto (29.2 % en las mujeres con instrucción superior o de posgrado y 30.4 % en las mujeres del quintil más rico).

Por otro lado, con relación a las mujeres que no han tenido una citología vaginal, del Anexo 9.31 se desprende que el porcentaje es notoriamente más alto, al reportado a escala nacional (30.5 %), por estado civil , en la mujeres solteras (58.8 %), y por grupo de edad, en las mujeres menores, de 15 a 19 años (78.3 %), y de 20 a 24 años (57 %).

Lugar de realización de la última citología cérvicovaginal

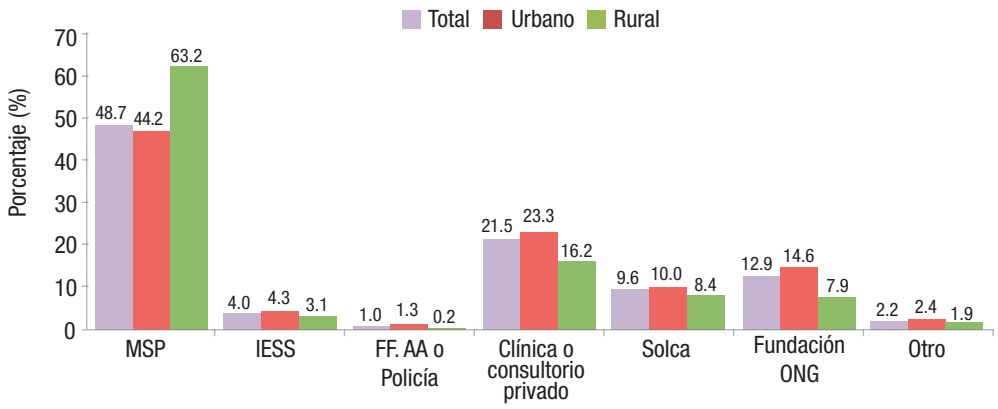
En el Gráfico 9.13 y los Anexos 9.32, 9.33 y 9.34 se presenta la distribución porcentual del lugar de realización de la última citología cérvicovaginal en las mujeres con experiencia sexual que se practicaron este examen. En el gráfico se reporta que a nivel nacional los cuatro principales proveedores de la citología vaginal son el MSP (48.7 %), las clínicas y consultorios privados (21.5 %), las fundaciones u ONG (12.9%) y SOLCA (9.6 %). Cuando se compara con las cifras reportadas en la ENDEMAIN 2004, se desprende que la provisión del examen por parte del MSP ha aumentado en casi 17 %, mientras que la provisión del examen por parte de clínicas y consultorios privados ha disminuido en un 6 %.

Al observar la desagregación por área de residencia se observa que el MSP es el mayor proveedor en el área rural (62.3 %) que en el área urbana (44.2%); mientras que las clínicas y los consultorios privados presentan un porcentaje más alto en el área urbana (23.3 %) que en el área rural (16.2%). Para el lector que desee mayor detalle de las desagregaciones por subregión, provincia, zona de planificación, nivel de instrucción, quintil económico, estado civil y edad, referirse a los anexos.

Motivos para no realizarse la citología cérvicovaginal

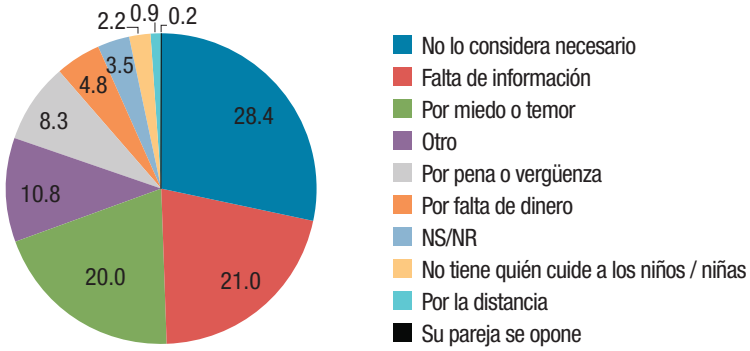
El Gráfico 9.14 y los Anexos 9.35, 9.36, y 9.37 reportan la distribución porcentual de los motivos principales para no realizarse la citología cérvicovaginal en las mujeres de 15 a 49 años,

Gráfico 9.13 **Distribución porcentual del lugar de realización de la última citología cérvicovaginal, por área de residencia (mujeres de 15 a 19 años con experiencia sexual que han tenido una citología vaginal)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 9.14 **Motivos para no realizarse la citología vaginal (%) (mujeres de 15 a 49 años con experiencia sexual, que nunca se han hecho una citología cérvicovaginal)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

con experiencia sexual. Se observa que, a nivel nacional, el motivo principal para no realizarse la citología es no considerarla necesaria (28.4 %), seguido de falta de información (21 %) y por miedo o temor (20 %).

La proporción de no considerarla necesaria es mayor en el área urbana (32.1 %) y por grupo étnico, en las mujeres montuvias (34.5 %) y las mujeres afroecuatorianas (34.5 %). Al analizar por subregión, la proporción es mayor en Guayaquil (46.1 %), Galápagos (41.5 %), la Costa urbana (32.4 %) y la Costa rural (30.9 %).

La proporción de mujeres que no considera necesaria la citología vaginal se incrementa según el nivel de instrucción, del 15.5 % en las mujeres sin estudios al 38.1 % en las mujeres con estudios superiores o de posgrado. De manera similar, dicha proporción se incrementa del 21.7 %, en las mujeres del quintil más pobre (Q1), al 39.5 %, en las mujeres del quintil más rico (Q5) (Anexo 9.36). Adicionalmente, el 37.4 % de mujeres de entre 15 y 19 años de edad y el 35.5 % de mujeres solteras no consideran necesario realizarse la citología cérvicovaginal; estas cifras son las más altas en esta categoría (Anexo 9.37).

Autoexamen de mamas y uso de mamografía

La OMS reporta que a nivel mundial varios países de bajos y medianos ingresos, como Ecuador, están enfrentando cada vez más casos de cáncer de mama (WHO, 2014c). Dependiendo la edad de la mujer, existen varias estrategias a nivel poblacional para su prevención y detección temprana. Estas estrategias incluyen el autoexamen de mamas y el tamizaje mediante mamografía.

En cuanto al tamizaje mediante mamografía, la OMS indica que este es el único instrumento que ha probado ser efectivo para reducir hasta en un 20 % el cáncer de mamas en el grupo de mujeres examinadas. Sin embargo, todavía existe controversia de la aplicación de este tamizaje en mujeres menores de 40 años ya que implica una exposición temprana a la radiación, además de que puede causar alarmas innecesarias al identificar falsos positivos (WHO, 2014c). El costo de la aplicación de un tamizaje mediante mamografía puede ser muy alto en países con recursos limitados y no hay evidencia que respalde su aplicación en estos escenarios (WHO, 2014c).

En cuanto al autoexamen de mamas, la OMS indica que no existe evidencia de que este procedimiento reduzca el cáncer de mamas en la población. Su práctica, sin embargo, se convierte en una estrategia para aumentar la percepción de autocuidado en la mujer, más que una herramienta para el tamizaje; además, el autoexamen de mamas no constituye ningún riesgo para las mujeres más jóvenes (WHO, 2014c).

Los Anexos 9.38, 9.39 y 9.40 muestran información sobre las mujeres que han oído hablar del cáncer de mama, las mujeres a las que les han examinado los senos, las mujeres a las que les han enseñado a autoexaminarse a los senos y las mujeres a las que les han realizado una mamografía. Los datos de cada una de estas categorías se presentan desagregados por ubicación geográfica, grupo étnico, nivel de instrucción, quintil económico, estado civil, experiencia sexual y grupos de edad.

En el Cuadro 9.5 se observa un resumen de esta información desglosada por nivel de instrucción y

Cuadro 9.5 **Mujeres de 15 a 49 años que han oído hablar del cáncer de mama, le han examinado los senos, le han enseñado cómo hacerse el autoexamen y se han hecho alguna vez la mamografía, por nivel de instrucción y quintil económico.**

Variables seleccionadas	Han oído hablar del cáncer de mama	Le han examinado los senos	Le han enseñado cómo hacerse el autoexamen	Se hizo la mamografía	Total
	%	%	%	%	%
Nivel de instrucción					
Ninguno	62.2	26.2	28.1	8.0	298
Primaria incompleta	75.2	31.8	40.4	12.7	1 429
Primaria completa	83.0	33.5	47.6	13.4	4 598
Secundaria incompleta	87.1	28.4	49.0	9.1	4 320
Secundaria completa	93.9	38.1	67.1	15.2	3 790
Superior/posgrado	97.0	50.9	79.9	23.2	3 226
Quintil económico					
Q1 (Pobre)	71.6	22.5	34.7	6.2	4 530
Q2	84.7	30.9	47.3	9.7	4 023
Q3 (Intermedio)	90.8	35.9	57.5	13.0	3 507
Q4	93.3	41.7	67.4	16.8	3 068
Q5 (Rico)	97.0	49.9	77.7	25.9	2 531
Total	87.6	36.4	57.2	14.5	17 661

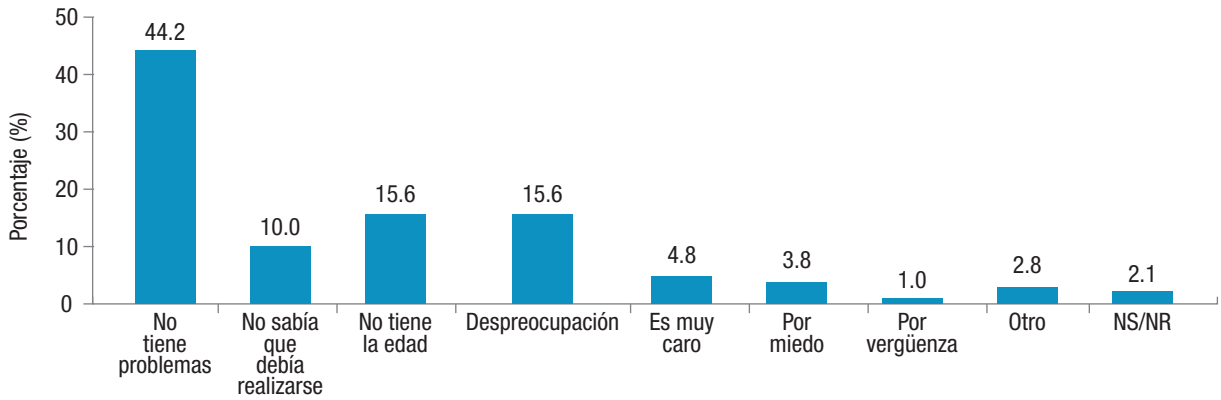
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

quintil económico. En este cuadro se reporta que, a nivel nacional, un 87.6 % ha oído hablar del cáncer de mama, a un 36.4 % le han examinado los senos, a un 57.2 % le han enseñado a autoexaminarse los senos y un 14.5 % se hizo la mamografía.

Al comparar con los datos reportados por la ENDEMAIN 2004 se observa un aumento en cada una de estas proporciones, con un incremento mucho mayor (de 20 puntos porcentuales) en el porcentaje de mujeres a las que les han enseñado a autoexaminarse los senos (CEPAR, 2005).

Con relación al nivel de instrucción y quintil económico, se observa que para todas las categorías existe una relación directamente proporcional con estas variables. Es decir a mayor nivel de estudios y mayor nivel económico existe un mayor conocimiento del cáncer de mama, como también una mayor práctica de

Gráfico 9.15 **Motivos para no realizarse la mamografía (mujeres de 15 a 49 años que nunca se han hecho la mamografía)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

la examinación de los senos y del examen de la mamografía.

Motivos para no realizarse la mamografía

Para complementar los datos mencionados en el apartado anterior, en los Anexos 9.41, 9.42 y 9.43 se reportan los motivos principales por los que las mujeres nunca se hicieron una mamografía. Los datos se encuentran desglosados por ubicación geográfica, grupo étnico, nivel de instrucción, quintil económico, estado civil, experiencia sexual y grupos de edad. En el Gráfico 9.15 se reportan los hallazgos a nivel nacional. De allí se desprende que los tres motivos principales para no haberse realizado la mamografía son: no tener problemas (44.2 %), no tener la edad suficiente para el examen (15.6 %), la despreocupación (15.6%) y no saber que debían practicarse el examen (10 %).

Al analizar los motivos para no realizarse la mamografía por grupo étnico se destacan las mujeres indígenas ya que en ellas la categoría de no tener problemas tiene una proporción menor que a escala nacional (28.8 % frente al 44.2 %, respectivamente). Por el contrario, las mujeres indígenas tienen una proporción más alta en la categoría de no saber que debe realizarse la mamografía que a escala nacional (19.3 % frente al 10 %, respectivamente).

Al hacer el análisis de los motivos para no haberse realizado la mamografía por nivel de instrucción y quintil económico se puede observar que la proporción de no tener problemas es menor que a escala nacional, en las mujeres sin estudios (28 %) y en las mujeres del quintil económico más pobre (37.3 %). Esto indica un posible desconocimiento de la importancia de la mamografía como una herramienta de detección temprana del cáncer.

9.3.2. Consideraciones sobre mortalidad materna

Evaluar la mortalidad materna requiere de un sistema de información eficiente para obtener un registro completo de muertes maternas, ya que la clasificación inadecuada de las causas de muerte tiende a subestimar la mortalidad.

Sin la disponibilidad de información completa y verificada, se pueden emplear encuestas de un tamaño de muestra razonable (< 20 000 hogares) para la estimación de la mortalidad materna. En este contexto, la metodología de la hermana viva permite obtener, de una muestra de MEF, datos acerca de la mortalidad.

Consideraciones preliminares

Entre las metodologías que se utilizan para estimar la mortalidad materna está la de la hermana viva, que según la OMS, se aplica únicamente en caso de no tener otra fuente de estimación confiable. La razón de mortalidad materna se define como la ratio entre la tasa de muerte materna dividida para la tasa de fecundidad.

Hay que tener presente, sin embargo, que no conviene utilizar este método para hacer comparaciones a corto plazo, ni en países donde la tasa global de fecundidad es baja (cercana a 3) ni cuando haya existido un evento migratorio reciente significativo (WHO, 1997). En el caso de Ecuador, la tasa de fecundidad para 2012 es de 2.9, caso en que se podría aplicar la metodología de la hermana viva con limitaciones (ver: Hanley, Hagen, & Shiferaw, 1996).

El módulo de muerte materna aplicado en la ENSANUT-ECU permite obtener de la entrevistada, la información sobre muertes maternas de hermanas biológicas. Sin embargo, las entrevistadas más jóvenes pueden no conocer eventos y causas de muerte materna de hermanas mayores, lo cual conduce a una subestimación del número de muertes maternas. También, al ser prohibido el aborto en Ecuador, la información reportada puede estar sesgada. En cambio, la inclusión de muertes maternas no relacionadas con complicaciones obstétricas (dos meses después del embarazo) tiende a sobreestimar los casos validos de muerte materna. La OMS reporta que en estudios teóricos, hasta un tercio de las muertes clasificadas como maternas podrían ser desclasificadas. El efecto de estos sesgos, que ocurren de forma simultánea, es desconocido (Rutstein & Rojas, 2006).

Los resultados obtenidos de razón de mortalidad materna, de la ENDEMAIN 2004 fueron:

$$RMM = 107; IC95- = 67 - IC95+ = 147$$

El tamaño de muestra correspondiente a esta razón se encuentra entre 20 100 y 8 600 individuos entrevistados. Por su parte, la ENSANUT-ECU 2012 obtuvo información de 18 213 hermanas, cifra que alcanzó el tamaño de sujetos necesarios para la estimación.

Metodología de estimación

Los cálculos efectuados con la ENSANUT-ECU 2012 se realizaron empleando las consideraciones

técnicas de la CDC, herramienta que también se utilizó en el 2004 (cálculos replicables).

Cabe mencionar que en el análisis de la base de datos del 2012 se encontró una sobreestimación de casos de muertes materna, en comparación de la razón de mortalidad estimada por el INEC según los datos del Registro Civil, razón que está por debajo de 100. Por este motivo se consideró que era preferible adoptar el valor estimado por el INEC.

Limitaciones de la estimación

En función de lo antes expresado, y en consideración a los avances en el registro de muertes maternas por parte del Registro Civil (mejora de búsqueda activa, cobertura más amplia), se decidió no presentar la RMM con los datos de la ENSNAUT-ECU y, más bien, adoptar la estimada por el INEC, que es de 59.90 por cada 100 000 NV, para el año 2012 (INEC, 2013).

A partir del 2009, se dio un alza en la RMM que alcanzó la cifra de 60.28, debido a que desde ese año se comenzó con la búsqueda activa de muertes maternas a cargo del MSP y que dio como resultado una mejora en el registro.

Finalmente, es importante mencionar que, además de las mejoras observadas en la toma de datos del Registro Civil, es necesario seguir reforzando este sistema para que a futuro, se alcancen estimaciones más precisas.

9.4. BIBLIOGRAFÍA

CEPAR (2005). *ENDEMAIN 2004: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil.* Ecuador: Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social (CEPAR).

Hanley, J. A., Hagen, C. A. & Shiferaw, T. (1996). *Confidence intervals and sample-size calculations for the sisterhood method of estimating maternal mortality*. Studies in Family Planning, 220-227.

INEC. (2013). *Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones.* Ecuador: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

MSP. (2008). *Componente normativo materno*. Ecuador: MSP, CONASA.

MSP. (2005). *Manual de normas técnico-administrativas, métodos y procedimientos de vacunación y vigilancia epidemiológica del Programa Ampliado de Inmunizaciones.* Ecuador: Equipo PAI-MSP.

Runmei, M. *et al.* (2012). *Practice audits to reduce caesareans in a tertiary referral hospital in south-western China*. Bulletin of the World Health Organization, 90 (7), 488-494.

Rutstein, S. O. & Rojas, G. (2006). *Guide to DHS statistics*. Calverton, Maryland: ORC Macro. Retrieved from https://home.zhaw.ch/pleo/Guide.pdf

UNICEF. (2014). *¿Cómo actúa la vacunación?* Sitio web: http://www.unicef.org/spanish/immunization/index_how.html

UNICEF & others. (2014). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013*. Retrieved from https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/18203

WHO. (1997). *The sisterhood method for estimating maternal mortality: guidance notes for potential users*. World Health Organization, Division of Reproductive Health and UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction.

WHO. (2014b). *World Health Statistics 2014*. Geneva: WHO.

WHO. (2014c). *Breast cancer: prevention and control.* Sitio web: http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index3.html

WHO. (2014a). *Millenium Development Goals: Fact sheet N°290*. Sitio web: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/en/



CAPÍTULO X

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN PARA EL PARTO Y LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Fotografía:
UNICEF /Ecuador /2012 -1474 /M. Avilés

Contenido

10.1 INTRODUCCIÓN 183
10.2 METODOLOGÍA 183
10.3 RESULTADOS 183
10.3.1 Lugar del parto 183
10.3.2 Partos institucionales 186
Razones por las que decidió ir al establecimiento en que dio a luz 186
Percepción positiva del establecimiento de salud en que dieron a luz 186
Aspectos que deberían mejorar en el establecimiento en que dieron a luz 189
Gastos para la atención obstétrica 191
Percepción del tiempo esperado para ser atendida 191
10.3.3 Partos domiciliarios 194
10.3.4 Quiénes participan en la decisión de dónde dar a luz y las intenciones sobre dónde dar a luz en caso de volver a embarazarse 198
Quiénes participaron en la decisión sobre dónde dar a luz 198
Lugar donde daría a luz si volviera a embarazarse 199
10.3.5 Dónde recurrir en caso de una complicación obstétrica 201
Lugar donde recurrió primero ante complicaciones durante el embarazo 202
Lugar donde recurrió primero ante complicaciones durante el parto 203
10.4 BIBLIOGRAFÍA 204

10.1 INTRODUCCIÓN

La declaración el milenio de las Naciones Unidas, en el año 2002, estableció ocho objetivos entre cuyos indicadores se plantea mejorar la salud materna. Si bien, Ecuador ha logrado cumplir con la mayor parte de los objetivos del milenio, la mortalidad materna es todavía un asunto pendiente por resolver.

Las complicaciones obstétricas (como hemorragias anteparto y posparto, sepsis, parto prolongado u obstruido, ruptura uterina y embarazo ectópico) son las principales causas de mortalidad materna (Say *et al.*, 2014). El acompañamiento calificado durante el parto y el diagnóstico oportuno de las complicaciones obstétricas se encuentran entre los principales objetivos dentro de programas de la OMS para reducir o prevenir la mortalidad materna (WHO, 2012). En Ecuador, la mayoría de las mujeres da a luz en instituciones de salud (maternidades, hospitales y clínicas privadas, entre otras). Sin embargo, algunas mujeres todavía optan por los partos en casa, con parteras no entrenadas (CEPAR, 2005).

En el presente capítulo se describen los hallazgos de la encuesta con respecto a los factores que inciden en las decisiones de las mujeres al momento de buscar atención especializada para el parto y las complicaciones obstétricas.

El capítulo se divide en cinco secciones. La primera sección describe el lugar del parto. En la segunda y la tercera secciones se presentan los datos relacionados con los partos institucionales y domiciliarios, respectivamente. La cuarta sección analiza los factores que influyen en la decisión de la mujer sobre el lugar donde quiere dar a luz. Finalmente, la quinta sección presenta datos sobre la búsqueda de atención al momento de una complicación obstétrica.

Cabe señalar que el texto, los cuadros y los gráficos del presente capítulo exponen la información de manera resumida. Para el lector que desee hacer un análisis a profundidad, el disco compacto que acompaña este informe contiene anexos con información detallada sobre la población muestral (n), la población expandida (N) y los intervalos de confianza (IC 95 %).

10.2 METODOLOGÍA

Para este capítulo se empleó la información del Formulario 2: Mujeres en edad fértil (MEF) 12 a 49 años de edad, Sección II: *Historia de embarazos y nacimientos*, y Sección III: *Servicios asociados a la salud materna* (Anexo B).

El cuestionario fue aplicado a mujeres que dieron a luz a su último hijo o hija a partir de julio de 2007. La organización del capítulo y el grupo poblacional de estudio en cada sección se presenta en el Cuadro 10.1.

10.3 RESULTADOS

10.3.1 Lugar del parto

A las mujeres que dieron a luz a su último hijo a partir de julio de 2007 se les preguntó en qué lugar o establecimiento de salud fueron atendidas. Los resultados se muestran en el Cuadro 10.2 y el Anexo 10.1.

Cuadro 10.1 **Organización del capítulo y grupos poblacionales de estudio en cada sección**

Secciones	Grupo poblacional	
	Mujeres que dieron a luz a su último hijo a partir de julio de 2007	
	Partos institucionales	Partos domiciliarios
Lugar del parto	X	X
Partos institucionales	X	
Partos domiciliarios		X
Quiénes participan en la decisión de dónde dar a luz e intenciones sobre dónde dar a luz en caso de volver a embarazarse.	X	X
Lugar donde recurrió si percibió complicaciones durante el embarazo.	X	X
Lugar donde recurrió si percibió complicaciones durante el parto.		X

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 10.2 **Lugar del parto a escala nacional, por área, quintil económico y subregión (mujeres que dieron a luz su último hijo o hija a partir de julio de 2007)**

Lugar de parto	Institucional	En casa	Otro/no responde	Total	
	%	%	%	%	n
Total	92.3	6.5	1.2	100	5 561
Área					
Urbano	97.3	2.2	0.5	100	3 144
Rural	80.9	16.3	2.8	100	2 417
Quintil económico					
Q1 (Pobre)	79.6	17.5	2.9	100	1 865
Q2	93.5	5.6	0.9	100	1 335
Q3(Intermedio)	97.0	2.5	0.5	100	1 000
Q4	98.3	1.0	0.7	100	780
Q5 (Rico)	99.0	0.6	0.4	100	581
Subregión					
Sierra urbana	96.7	2.2	1.1	100	1 192
Sierra rural	75.2	20.8	4.0	100	1 021
Costa urbana	96.0	3.7	0.3	100	675
Costa rural	95.1	4.9	-	100	307
Amazonía urbana	94.4	4.8	0.8	100	753
Amazonía rural	75.0	21.9	3.2	100	1 027
Galápagos	97.4	2.6	-	100	135
Quito	96.9	2.2	0.9	100	283
Guayaquil	100	-	-	100	168

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

184

Del Cuadro 10.2 se observa que a escala nacional, el 92.3 % de las mujeres dio a luz en una institución de salud; el 6.5 %, en casa; y el 1.2 %, en otro lugar. Al comparar estos datos con los reportados por la ENDEMAIN 2004, se observa que en el transcurso de 8 años, la proporción de partos institucionales se ha incrementado cons iderablemente, pasando de 78.5 % en 2004 a 92.3 % en 2012 (CEPAR, 2005).

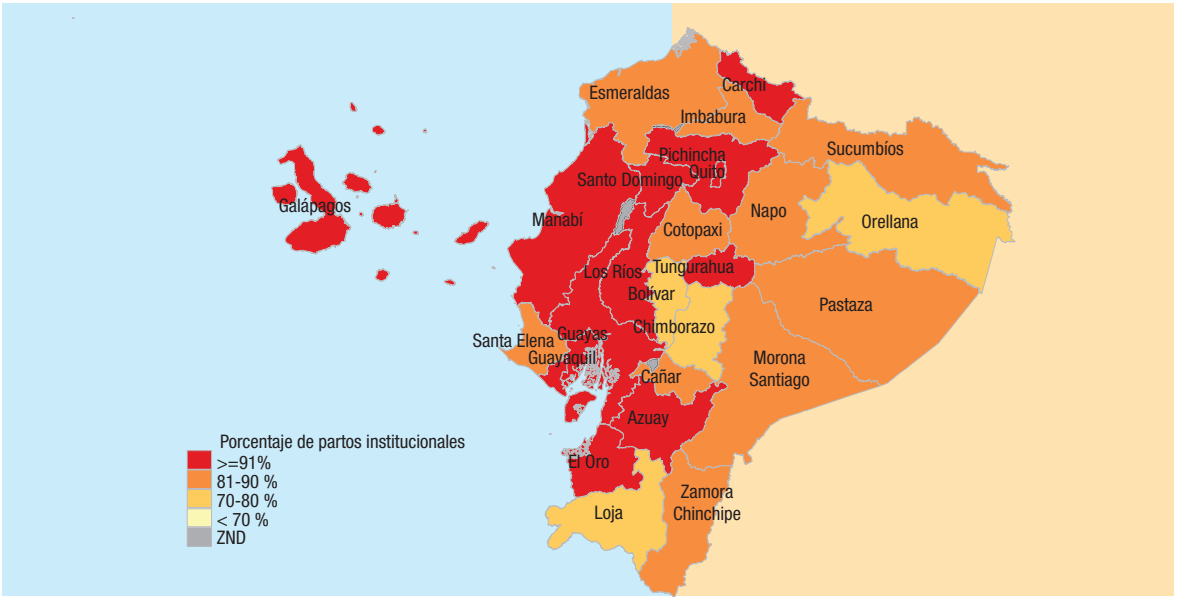
Por otro lado, al desagregar los datos por lugar de residencia se observan diferencias importantes entre el área urbana y el área rural. Así, la prevalencia de partos domiciliarios en el área rural es 14.1 puntos porcentuales mayor respecto de la del área urbana (Cuadro 10.2). Sin embargo, entre 2004 y 2012 la proporción de partos domiciliarios en el área rural se redujo en 21.9 puntos porcentuales (de 38.2 %, en 2004, a 16.3 %, en 2012).

Al desagregar los datos por subregión, se desprende que Guayaquil presenta la tasa más alta de partos institucionales del país (100 %), mientras que la Sierra y la Amazonía rural registran la mayor proporción de partos en casa (20.8 % y 21.9 %, respectivamente), en comparación con el resto de subregiones del país.

Adicionalmente, al analizar los datos por quintil económico, el Cuadro 10.2 muestra que la proporción de mujeres que dieron a luz en instituciones de salud es mayor en el quintil más rico respecto del quintil de menores ingresos económicos (99 % frente a 79.6 %). Por otro lado, con respecto a los partos domiciliarios se observa una disminución de 21.3 puntos porcentuales en la proporción de partos domiciliarios para el quintil más pobre, pasando de 38.8 %, en 2004, a 17.5 %, en 2012.

Al desagregar los datos por provincia, se observa, del Gráfico 10.1, que la mayor concentración de partos institucionales se presenta en la Costa ecuatoriana, específicamente en las provincias de Manabí, Guayas, Los Ríos, El Oro y Guayaquil (Anexo 10.1). Por otro lado, los partos domiciliarios se presentan en mayor proporción en las provincias de la Sierra central:

Gráfico 10.1 **Porcentaje de partos institucionales por provincia**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

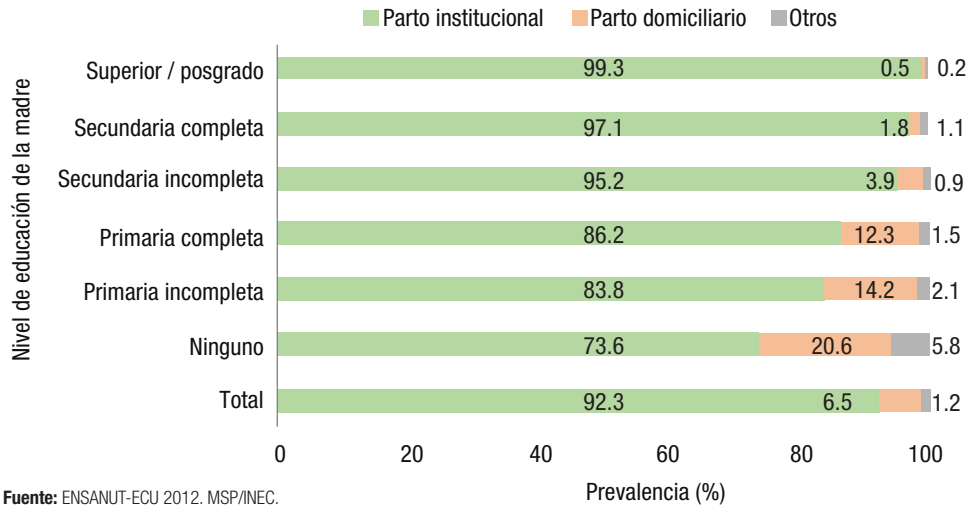
Bolívar, Chimborazo y Loja, y en la Amazonía, específicamente en la provincia de Orellana.

Por otro lado, el análisis de datos por nivel de educación de la madre muestra que la proporción de mujeres sin educación, que dieron a luz en algún establecimiento de salud, es 73.6 %, prevalencia que es considerablemente menor a la registrada en el caso de mujeres con mayor nivel de educación (Anexo 10.1 y Gráfico 10.2).

Sin embargo, es importante destacar que al comparar estos datos con los reportados por la ENDEMAIN 2004, se observa un aumento de 32 puntos porcentuales en la proporción de partos institucionales para mujeres sin ningún nivel de educación (ENDEMAIN 2004: 41.6 % versus ENSANUT 2012: 73.6 %).

Adicionalmente, al analizar los datos por grupo étnico, del Anexo 10.1 se observa que la mayor

Gráfico 10.2 **Lugar de parto por nivel de instrucción de la madre. Mujeres que dieron a luz su último hijo o hija a partir de julio del 2007**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

proporción de partos en casa se produce entre las mujeres indígenas (31.6 %), en comparación con otros grupos étnicos. Sin embargo, cabe destacar que la proporción de mujeres indígenas que dan a luz en casa ha disminuido en 33.5 puntos porcentuales respecto a 2004 (ENDEMAIN 2004: 65.1 %).

10.3.2 Partos institucionales

Esta sección analiza las razones por las que las mujeres dieron a luz en un establecimiento de salud y su percepción sobre la atención recibida, los aspectos de la atención que podrían mejorar, los gastos incurridos durante su último parto y su percepción del tiempo de espera para ser atendida. Los resultados de esta sección se presentan en los Cuadros 10.3 a 10.7 y Anexos 10.2 a 10.18.

Razones por las que decidió ir al establecimiento en que dio a luz

El Cuadro 10.3 muestra las razones por las que las madres seleccionaron el establecimiento en que dieron a luz, a escala nacional, por área, grupo étnico y subregión. Se observa que a escala nacional, los aspectos que más influyen en la selección del establecimiento para dar a luz es el económico (34 %), seguido por la confianza (21.4 %), la emergencia (17.6 %) y la buena atención (15.3 %)1. Estos porcentajes no muestran mayores diferencias respecto de los datos reportados en la ENDEMAIN 2004.

Al analizar los datos por área de residencia, se observa que en el área rural, el factor económico es más importante al momento de seleccionar un establecimiento de salud respecto al área urbana (37.6 % frente a 32.6 %). Por otro lado, la confianza muestra ser un factor más decisivo al momento de seleccionar un establecimiento de salud en el área urbana (23.2 %), en comparación con el área rural (16.4 %).

Al analizar los datos por grupo étnico, se evidencia que, en mujeres indígenas y afroecuatorianas, el factor económico es el más importante al momento de seleccionar un establecimiento de salud en comparación con mujeres de otros grupos étnicos (Cuadro 10.3).

Con respecto a la subregión, se evidencia que en Galápagos, Quito y Guayaquil, el factor económico, como razón para seleccionar un establecimiento de salud, es menos importante respecto al resto de subregiones del país (26.9 %, 24.5 % y 25.6 %, respectivamente).

El Anexo 10.3 muestra las razones por las que las mujeres seleccionaron el establecimiento de salud en que dieron a luz por nivel de instrucción de la madre y quintil económico del hogar. Se observan diferencias importantes entre categorías de análisis. Así, el 62.4 % de madres sin educación considera el factor económico como el más importante al momento de seleccionar un establecimiento de salud, frente al 23.5 % de madres con educación superior o posgrado.

Con respecto al quintil económico, no sorprende que el factor económico sea más importante para seleccionar un establecimiento de salud entre mujeres del quintil más pobre (45.2 %), respecto a las mujeres pertenecientes al quintil de mayores ingresos económicos (18.5 %) (Anexo 10.3). Adicionalmente, se observa en el Anexo 10.3 que a medida que el quintil económico aumenta, aspectos como la confianza y la buena atención cobran más importancia al momento de seleccionar el establecimiento de salud para dar a luz.

Con respecto a las razones que llevaron a las mujeres a seleccionar el establecimiento de salud desagregado por lugar del parto (Anexo 10.5). Es importante destacar, que la mayor proporción de mujeres que consideran el factor económico como el más importante para seleccionar un establecimiento de salud, dio a luz en instituciones del MSP (51.1 %) (Gráfico 10.3).

Por otro lado, se observa que en mujeres que dieron a luz en instituciones privadas con o sin fines de lucro, factores como la confianza y la buena atención fueron los más importantes al momento de seleccionar un establecimiento de salud (Anexo 10.5).

Percepción positiva del establecimiento de salud en que dieron a luz

El Gráfico 10.4 muestra los aspectos que las mujeres percibieron como positivos respecto del establecimiento de salud en que dieron a luz, a escala nacional, por área, grupo étnico, nivel de instrucción de la madre y quintil económico. De este gráfico se desprende que a escala nacional, el 62.3 % de las mujeres considera como un factor positivo del establecimiento en que dieron a luz la calidad de atención recibida, seguida en menor proporción por la amabilidad del personal (30.4 %).

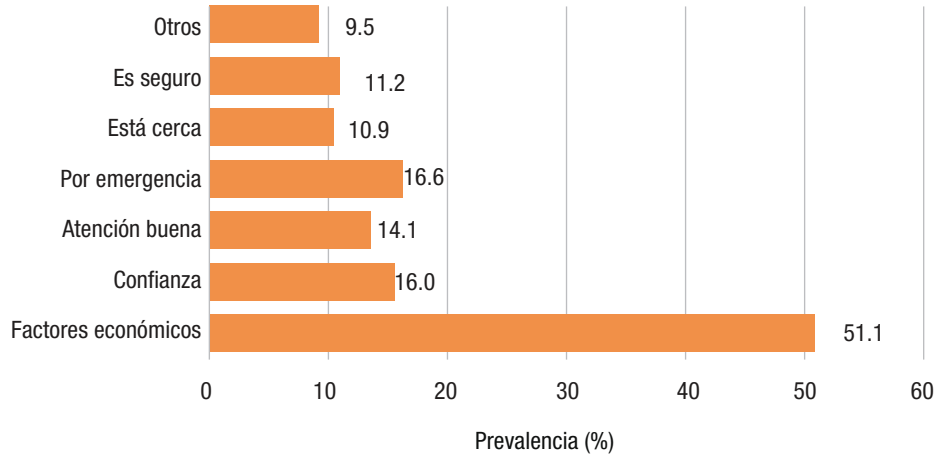
1 La categoría *Factores económicos* contempla respuestas que dejan ver la importancia de recibir bienes y servicios sin tener que pagar. *Confianza* destaca la importancia de la calidez y el trato humano. *Emergencia* comprende la percepción de la capacidad del establecimiento para manejar y resolver complicaciones y emergencias lo cual se clasifica también dentro de la categoría *Seguridad en caso de complicación.*

Cuadro 10.3 **Razones por las que seleccionaron el establecimiento de salud en que dieron a luz a escala nacional, por área, grupo étnico y subregión (mujeres que dieron a luz su último hijo o hija a partir de julio de 2007)**

Características seleccionadas	Factores económicos	Otro	Confianza	Atención buena	Por emergencia	Está cerca	Es seguro	Personal capacitado	Es afiliada	Tiene seguro privado	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n
Total	34.0	5.1	21.4	15.4	17.6	8.7	13.6	5.3	6.4	0.8	6 226
Área											
Urbano	32.6	4.9	23.2	15.9	16.6	8.6	13.6	5.8	7.1	0.9	3 836
Rural	37.6	5.6	16.4	14.2	20.3	8.9	13.7	3.9	4.3	0.6	2 390
Grupo étnico											
Indígena	43.8	6.8	14.4	14.3	18.9	11.8	16.7	4.2	8.6	2.0	733
Afroecuatoriano	48.8	4.7	14.9	8.9	16.9	7.1	11	2.3	6.6	0.0	267
Montuvio	30.0	4.4	14.0	16.6	25.0	9.8	20.8	2.2	3.3	-	
Mestizo, blanco y otro	32.7	5.0	22.7	15.8	17.1	8.5	13.1	5.7	6.4	0.8	5062
Subregión											
Sierra urbana	43.1	4.5	18.7	11.7	17.4	5.9	9.7	5.7	7.1	1.3	1 439
Sierra rural	39.4	5.6	12.4	11.8	22.8	9.7	13.4	3.4	5.5	1.0	962
Costa urbana	35.1	3.1	29.3	15.5	13.9	7.2	19.4	3.1	3.7	0.2	843
Costa rural	34.9	5.5	22.8	17.2	16.3	8.4	13.2	4.6	1.4	0.1	362
Amazonía urbana	38.3	4.0	23.7	12.1	15.2	10.5	12.7	5.6	2.7	0.5	893
Amazonía rural	39.4	4.7	16.1	16.1	20.9	7.3	16.5	3.7	3.2	0.5	988
Galápagos	26.9	36.6	16.1	9.9	8.6	8.2	8.9	3.9	2.3	0.5	162
Quito	24.5	7.8	17.3	17.5	21.1	15.3	12.5	7.3	11.3	1.4	361
Guayaquil	25.6	4.5	27.0	19.9	14.4	5.2	11.9	7.7	8.1	0.9	216

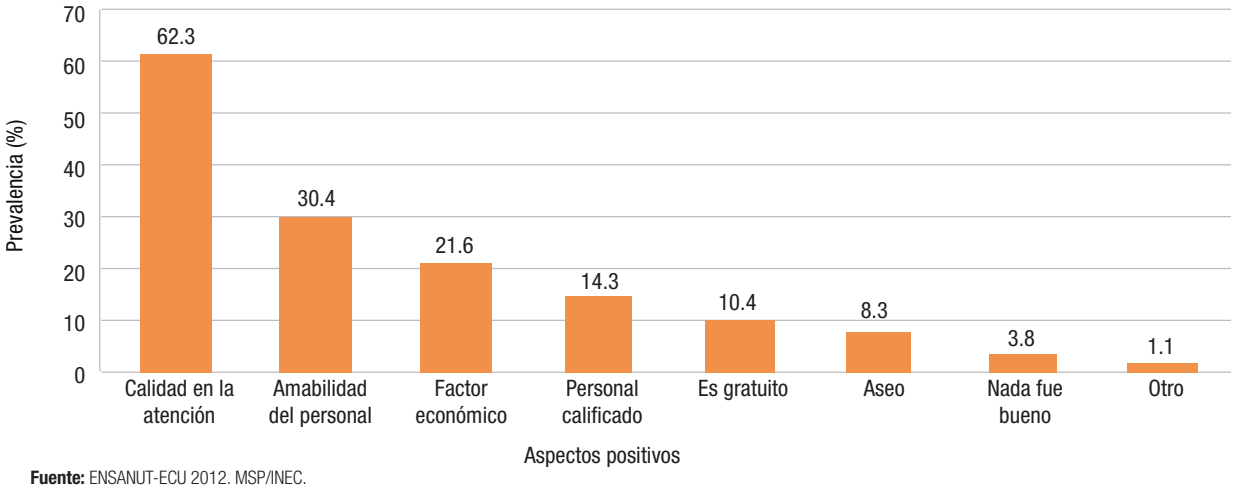
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 10.3 **Razones por las que las mujeres seleccionaron dar a luz en un establecimiento del MSP**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 10.4 **Lo que le pareció bien del establecimiento donde dio a luz, a escala nacional**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Al desagregar los datos por área de residencia, en el Cuadro 10.4, se observa que, tanto a nivel rural como urbano, existe una gran proporción de mujeres que consideró como un aspecto positivo del establecimiento de salud, la calidad de la atención recibida; siendo esta mayor en el área urbana respecto de la rural (63.9 % frente a 57.7 %).

Respecto del grupo étnico, en el Cuadro 10.4 se observa que una mayor proporción de mujeres indígenas consideran como positivas la amabilidad del personal, el factor económico y la gratuidad del servicio en comparación con mujeres de otros grupos étnicos. Por su parte, las mujeres de etnia montuvia perciben la presencia de personal calificado y la calidad de la atención como factores positivos del establecimiento, en mayor proporción que mujeres de otros grupos étnicos.

Al analizar los datos por quintil económico se evidencia que el 56.3 % de las mujeres que pertenecen al quintil más pobre percibe como positiva la calidad de la atención, frente al 66.4 % de las mujeres pertenecientes al quintil de mayores ingresos económicos (Cuadro 10.4).

Cuadro 10.4 **Lo que les pareció bueno del establecimiento de salud en que dieron a luz, a escala nacional, por área, grupo étnico y quintil económico (mujeres que dieron a luz su último hijo o hija en un establecimiento de salud a partir de julio de 2007)**

Características seleccionadas	Calidad en la atención	Amabilidad del personal	Factor económico	Personal calificado	Aseo	Nada fue bueno	Es gratuito	Otro	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	N
Total	62.3	30.4	21.6	14.3	8.3	3.8	10.4	1.1	7 406
Área									
Urbano	63.9	30.0	20.0	14.5	8.4	3.8	10.2	1.0	4 533
Rural	57.7	31.6	26.1	14.0	8.2	3.8	11.0	1.2	2 873
Grupo étnico									
Indígena	55.2	37.9	26.1	12.2	14.4	3.1	17.0	0.8	905
Afroecuatoriano	64.5	27.5	25.2	7.7	4.9	3.3	12.9	-	334
Montuvio	68.7	21.7	19.1	21.8	2.1	0.8	5.6	0.9	189
Mestizo, blanco y otro	62.3	30.6	21.2	14.4	8.4	4.0	10.1	1.2	5 978
Quintil económico									
Q1 (Pobre)	56.3	28.9	26.8	13.4	6.0	2.7	14.5	0.4	2 123
Q2	61.9	31.7	26.7	11.3	9.1	4.0	10.4	0.8	1 825
Q3 (Intermedio)	63.2	29.4	20.4	13.4	8	2.5	9.1	0.7	1 431
Q4	65.2	33.2	16.3	14.6	10.1	5.4	8.8	1.3	1 145
Q5 (Rico)	66.4	28.8	14.7	20.8	8.6	4.6	8.7	2.4	882

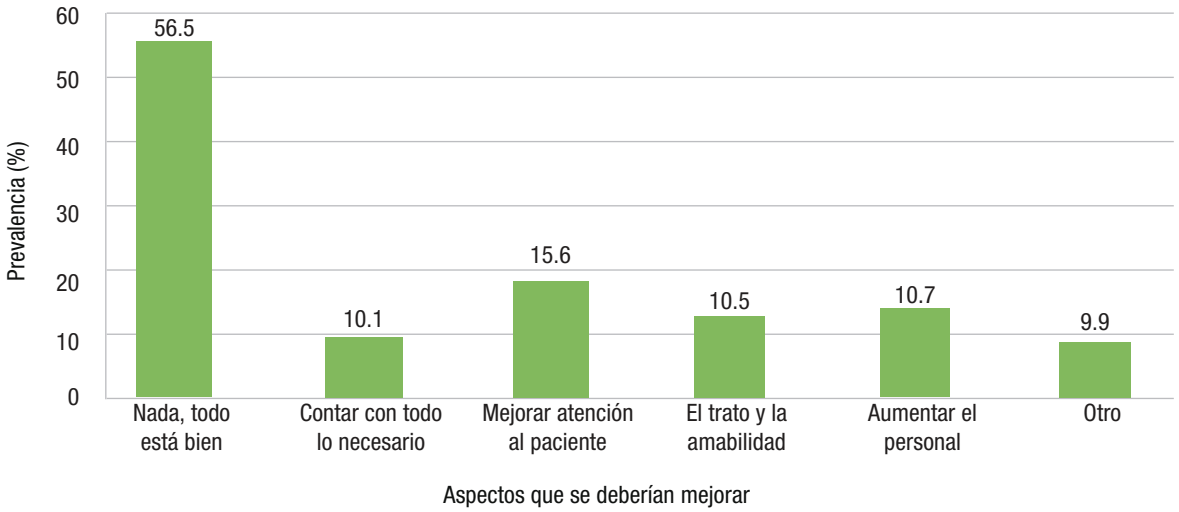
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

El Anexo 10.8 muestra los aspectos percibidos como positivos del establecimiento de salud, desagregado por lugar de parto. Se evidencia que las mujeres que dieron a luz en establecimientos privados perciben como positiva la calidad de la atención en mayor proporción que las mujeres que dieron a luz en establecimientos públicos. Con respecto a la presencia de personal calificado y el aseo del establecimiento, no se observan mayores diferencias entre establecimientos públicos y privados.

Aspectos que deberían mejorar en el establecimiento en que dieron a luz

El Gráfico 10.5 y el Cuadro 10.5 muestran los aspectos de atención de los establecimientos de salud que las mujeres consideran que deberían

Gráfico 10.5 **Aspectos de atención que se deberían mejorar en los establecimientos de salud a escala nacional**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 10.5 **Aspectos de atención que se deberían mejorar en los establecimientos de salud a escala nacional, por área, grupo étnico, subregión y lugar del parto (mujeres que dieron a luz su último hijo o hija en establecimientos de salud a partir de julio de 2007)**

Características seleccionadas	Nada, todo está bien	Contar con todo lo necesario	Mejorar la atención al paciente	El trato y la amabilidad	Aumentar el personal	Otro	Total
	%	%	%	%	%	%	n
Total	56.5	10.1	15.6	10.5	10.7	9.9	5 623
Área							
Urbano	55.2	9.2	16.5	10.1	11.2	10.3	3 464
Rural	60.3	12.5	13.2	11.6	9.6	8.6	2 159
Grupo étnico							
Indígena	55.5	14.1	15.0	13.4	9.2	11.2	635
Afroecuatoriano	50.7	10.2	13.8	9.5	9.8	19	257
Montuvio	63.0	10.4	10.9	8.8	5.2	10.3	139
Mestizo, blanco y otro	56.6	9.8	16.0	10.4	11.2	9.2	4 592
Subregión							
Sierra urbana	49.7	10.6	19.5	12.9	11.6	10.3	1 317
Sierra rural	56.6	11.5	14.2	13.6	11.8	10.1	869
Costa urbana	59.9	10.5	13.4	7.7	11	10.0	739
Costa rural	68.1	14.2	9.7	8.3	7.6	4.2	323
Amazonía urbana	50.3	9.8	20.4	12.8	10.1	11.5	814
Amazonía rural	61.1	11.9	15.8	10.6	6.0	8.6	884
Galápagos	42.3	25.9	18.5	10.5	18.7	17.7	180
Quito	53.1	8.5	19.5	12.7	11.7	10.1	315
Guayaquil	57.8	6.9	12.8	6.6	10.4	11.9	182
Lugar del parto							
MSP	48.6	13.2	19.0	14	11.5	10.5	4 128
Otros públicos	50.9	4.6	19.2	9.1	14.0	16.2	378
Privado con fines de lucro	76.3	5.6	7.6	2.7	8.1	6.1	959
Privado sin fines de lucro	65.3	5.8	8.7	7.9	9.4	8.8	158

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

mejorar, a escala nacional y por área, grupo étnico, subregión y lugar del parto, respectivamente. Se desprende que, a escala nacional, el 56.5 % de las mujeres considera que no hay nada que mejorar y que todo está bien con respecto al establecimiento de salud en que dieron a luz, el 15.6 % piensa que se debería mejorar la atención al paciente, el 10.1 % piensa que debería haber una mejora en la calidad de los suministros del hospital, el 10.5 % piensa que habría que mejorar el trato y la amabilidad y el 10.7 % piensa que debería mejorar la cantidad de personal.

Al analizar los datos por área de residencia del Cuadro 10.5, se evidencia que la percepción de que *todo está bien y no hay nada que mejorar* es mayor en el área rural frente al área urbana.

Al analizar los datos por grupo étnico, se observa que la percepción de que deberían mejorar la atención al paciente y el trato y la amabilidad es mayor entre mujeres indígenas y mestizas frente a la de mujeres de otros grupos étnicos (Cuadro 10.5).

Con respecto a subregiones, llama la atención que las mujeres que habitan en Galápagos son las que en menor proporción perciben que *todo está bien y no hay nada que mejorar*, respecto a mujeres de otras subregiones (42.3 %). También en Galápagos,

la percepción de que *no hay suficientes suministros en el hospital*, y por tanto se debe contar con todo lo necesario, es considerablemente más alta en comparación con las demás subregiones del país (25.9 %) (Cuadro 10.5).

Finalmente, al analizar los datos por lugar del parto, se observa de forma general que las mujeres que asistieron a establecimientos públicos perciben en mayor proporción que existe un mayor número de aspectos por mejorar frente a las mujeres que dieron a luz en establecimientos privados (Cuadro 10.5).

Para terminar, es importante destacar que, tanto en establecimientos públicos como privados, la percepción de que t*odo está bien y no hay nada que mejorar* ha incrementado de forma importante respecto de 2004 (ENDEMAIN 2004: MSP: 26.7 %, otros públicos: 17.6 %, privado sin fines de lucro: 26.1 % y privados con fines de lucro: 50 %). Con lo cual se evidencia que tanto en establecimientos públicos como privados, la percepción del mejoramiento de la atención al parto institucionalizado ha incrementado de forma importante en el transcurso de los últimos 8 años.

Gastos para la atención obstétrica

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia de Ecuador garantiza a toda mujer ecuatoriana el derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto. Esta ley estipula la prestación de servicios gratuitos y de calidad a través de los establecimientos del MSP.

El Cuadro 10.6 muestra los gastos incurridos durante el último parto y su conformidad con el gasto a escala nacional, por área, subregión y grupo étnico. De este cuadro se desprende que, a escala nacional, el 42.1 % de las mujeres reporta haber pagado la atención, el 11 % reporta haber comprado insumos y medicamentos y el 46.4 % reporta no haber pagado nada

Con respecto a la conformidad con el gasto, el 75.8 % de las mujeres está conforme con el gasto incurrido, frente al 17.9 %, que no lo está. Al comparar estos resultados con los de la ENDEMAIN 2004 se observa que la proporción de madres que pagaron por la atención ha disminuido en 14 puntos porcentuales en el transcurso de 8 años, pasando de 56.1 %, en 2004, a 42.1 %, en 2012.

Con respecto al área de residencia, se evidencia que la proporción de madres que pagaron por la atención es mayor en el área urbana (44.6 %), respecto al área rural (35.3 %); sin embargo, en el área rural la compra de insumos o medicamentos es mayor en 4.6 puntos porcentuales respecto al área urbana (Cuadro 10.6).

Al desagregar los datos por grupo étnico, se observa que las mujeres de etnia montuvia son las que en mayor proporción pagaron por la atención recibida (53.4 %), respecto a mujeres de otros grupos étnicos. También se evidencia que las mujeres indígenas son las que en mayor proporción compraron insumos o medicamentos (21.8 %).

Los datos por subregión revelan que las mujeres que habitan en la Costa urbana (59.3 %), Guayaquil (55.2 %) y la Costa rural (52.4 %) registran haber pagado por la atención recibida en mayor proporción que mujeres de otras subregiones del país. En lo que respecta a la inconformidad con el gasto, este es más alto en la Sierra urbana (21 %) y la Amazonía urbana (21.8 %) (Cuadro 10.6).

El Anexo 10.14 muestra los datos desagregados por quintil económico y nivel de educación de la madre. Se observa que la proporción de mujeres que pagaron por la atención aumenta con el quintil económico (Q1: 32.3 %, Q5: 50.9 %), así como con el nivel de educación de la madre (sin estudios: 14.8 %, superior o posgrado: 53.6 %).

Cuando el análisis se efectúa por lugar del parto, el Gráfico 10.6 y el Anexo 10.15 muestran que las mujeres que dieron a luz en establecimientos del MSP son las que en menor proporción pagaron por la atención (18.9 %), seguidas por otros establecimientos públicos (24.3 %). Sin embargo, se debe destacar que la compra de insumos o medicamentos es mayor en establecimientos públicos, sean o no del MSP, respecto a establecimientos privados.

Percepción del tiempo esperado para ser atendida

Para analizar el tiempo de espera es importante mencionar que no se evaluó la cantidad de tiempo, sino la percepción de la mujer respecto del tiempo de espera para ser atendida.

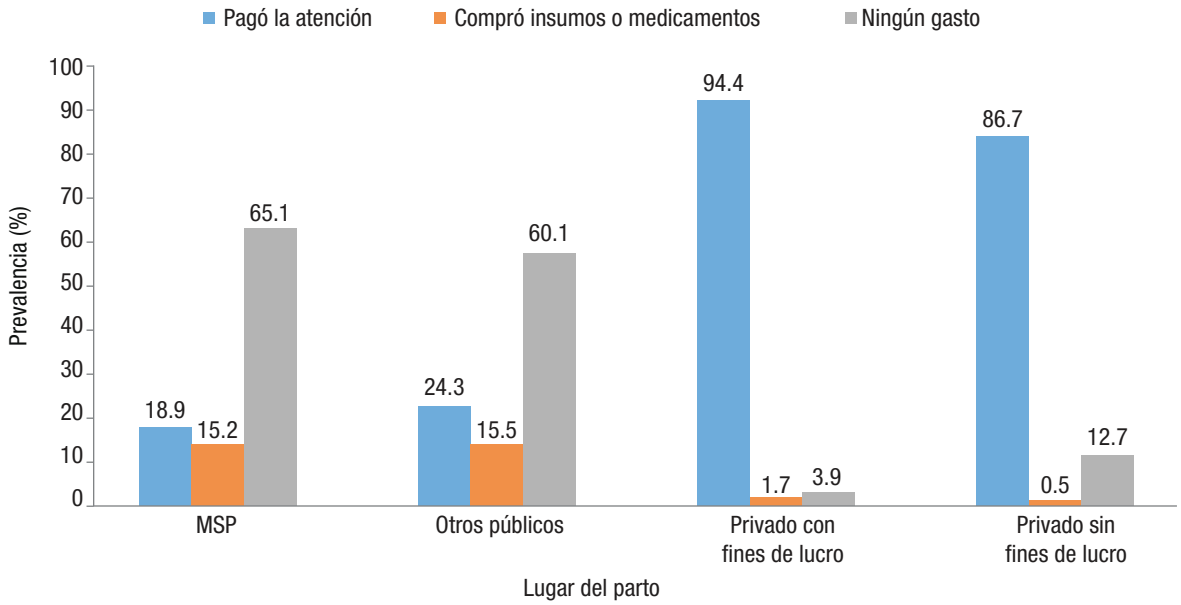
Del Cuadro 10.7 se desprende que, a escala nacional, el 52.5 % de las mujeres respondió que las atendieron inmediatamente, el 22.9 %

Cuadro 10.6 **Gastos durante el último parto según tipo de gastos y conformidad con el gasto a escala nacional, por área, grupo étnico y subregión (mujeres que dieron a luz su último hijo o hija en establecimientos de salud a partir de julio de 2007)**

Características seleccionadas	Tipo de gasto						Conformidad con el gasto				
	Pagó la atención	Compró insumos o medicamentos	No pagó nada	No sabe	Total		Está conforme	No está conforme	No sabe, no responde	Total	
	%	%	%	%	n	%	%	%	%	n	%
Total	42.1	11.0	46.4	0.4	4906	100	75.8	17.9	6.3	2 393	100
Área											
Urbano	44.6	9.8	45.2	0.4	3 010	100	75.7	18.2	6.1	1 532	100
Rural	35.3	14.4	49.9	0.5	1 896	100	75.9	17.1	7.0	861	100
Grupo étnico											
Indígena	20.6	21.8	57.6	0.1	559	100	74.0	15	11.1	204	100
Afroecuatoriano	17.3	15.7	67.1	-	221	100	76.3	9.0	14.7	85	100
Montuvio	53.4	8.3	38.3	-	127	100	56.8	28.8	14.4	79	100
Mestizo, blanco y otro	44.4	10.1	45.0	0.5	3 999	100	77.1	17.7	5.2	2 025	100
Subregión											
Sierra urbana	33.5	15.6	50.3	0.6	1 145	100	75.0	21.0	4.1	552	100
Sierra rural	28.1	20.4	50.8	0.8	777	100	77.2	15.8	7.0	347	100
Costa urbana	59.3	5.8	35.0	-	649	100	76.0	13.9	10.2	394	100
Costa rural	52.4	4.9	42.5	0.2	285	100	77.2	17.5	5.2	163	100
Amazonía urbana	31.5	14.7	53.3	0.5	704	100	72.5	21.8	5.7	329	100
Amazonía rural	21.3	16.6	62.0	0.1	775	100	74.8	17.1	8.1	326	100
Galápagos	33.3	11.5	54.5	0.6	132	100	75.8	8.8	15.5	58	100
Quito	32.6	12.1	54.5	0.8	271	100	72.6	24.0	3.4	123	100
Guayaquil	55.2	4.3	40.2	0.3	168	100	77.9	16.7	5.4	101	100

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 10.6 **Gastos para la atención del parto o para los insumos o medicamentos, según el lugar del parto**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 10.7 **Percepción de la mujeres sobre el tiempo esperado para ser atendidas por área, grupo étnico y subregión (mujeres que dieron a luz su último hijo o hija en establecimientos de salud a partir de julio del 2007)**

Características seleccionadas	Mucho tiempo	Ni mucho, ni poco	Poco tiempo	Le atendieron inmediata-mente	No sabe-no responde	Total	
	%	%	%	%	%	%	n
Total	13.4	11.1	22.9	52.5	0.1	100	4 906
Área							
Urbano	14.1	11.0	23.9	51.0	0.0	100	3 010
Rural	11.6	11.4	20.2	56.6	0.1	100	1 896
Grupo étnico							
Indígena	9.7	10.0	26.6	53.7	0.1	100	559
Afroecuatoriano	15.5	9.0	28.3	47.2	-	100	221
Montuvio	15.8	10.4	15.6	58.3	-	100	127
Mestizo, blanco y otro	13.4	11.4	22.8	52.3	0.1	100	3 999
Subregión							
Sierra urbana	18.2	9.5	25.1	47.1	-	100	1 145
Sierra rural	11.3	11.7	22.1	54.6	0.3	100	777
Costa urbana	10.6	11.6	16.2	61.6	0.1	100	649
Costa rural	12.8	10.4	16.7	60.0	-	100	285
Amazonía urbana	9.3	7.9	20.0	62.8	-	100	704
Amazonía rural	8.2	7.9	21.5	62.2	0.1	100	775
Galápagos	11.1	7.9	16.1	64.8	-	100	132
Quito	16.6	11.6	31.4	40.3	-	100	271
Guayaquil	12.0	13.3	24.3	50.5	-	100	168

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

manifestó que esperaron poco tiempo, el 13.4 % percibió que esperaron mucho tiempo y el 11.1 % dio una respuesta ambigua: *ni mucho, ni poco.*

Al desagregar los datos por área de residencia, se observa que en el área rural la proporción de mujeres que percibieron ser atendidas de forma inmediata es mayor respecto al área urbana (56.6 % frente a 51 %). Al desagregar los datos por grupo étnico, se evidencia que las mujeres montuvias son las que en mayor proporción perciben que fueron atendidas de forma inmediata, respecto a mujeres de otros grupos étnicos. Los datos desagregados por subregión muestran que, en la Sierra urbana y Quito, percibieron que esperaron mucho tiempo para ser atendidas frente al resto del país (18.2 % y 16.6 %, respectivamente).

El Anexo 10.18 muestra la percepción del tiempo esperado para ser atendida, por lugar del parto. De este anexo se desprende que una mayor proporción de mujeres que dieron a luz en establecimientos privados percibió que fueron atendidas de forma inmediata (privado con fines de lucro: 69.4 %, privado sin fines de lucro 54.7 %), en comparación con las mujeres que fueron atendidas en instituciones del MSP (46.9 %) u otras instituciones públicas (43.7%).

10.3.3 Partos domiciliarios

Esta sección analiza las razones que llevaron a algunas mujeres a dar a luz en casa, lo que les pareció positivo de esta decisión y su percepción de la atención recibida por parte de la partera o el agente de salud. Los resultados de esta sección se presentan en los cuadros 10.8 a 10.10 y Anexos 10.19 a 10.24.

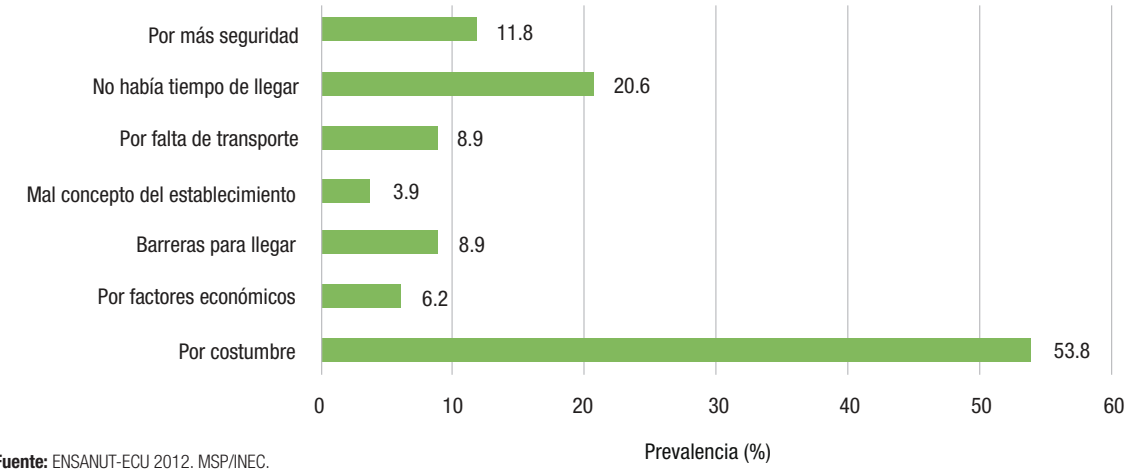
Razones por las que decidió dar a luz en casa

El Cuadro 10.8 muestra las razones por las que las mujeres decidieron dar a luz en casa, a escala nacional, por área, grupo étnico y subregión. De este cuadro se desprende que, a escala nacional, el 53 % de las mujeres que dieron a luz en casa lo hizo por costumbre; el 20.6 %, porque no tuvo tiempo de llegar al establecimiento de salud; el 11.8 %, por más seguridad; el 8.9 % por barreras para llegar al establecimiento de salud (vivía lejos del establecimiento); el 8.9 % por falta de transporte; el 6.3 %, por factores económicos; el 3.9 %, por mal concepto del establecimiento de salud; y el 4.5 %, por otras razones (Gráfico 10.7).

En comparación con la ENDEMAIN 2004, se evidencia que la proporción de mujeres que dan a luz en casa por costumbre se ha incrementado en 16.4 puntos porcentuales (ENDEMAIN: 37.4 %). Se observa también que los factores económicos y las barreras para llegar al establecimiento de salud han dejado de ser razones importantes para dar a luz en casa respecto de lo encontrado en el 2004 (ENDEMAIN 2004: el 29 % daba a luz en casa por factores económicos; el 25.8 %, por barreras para llegar).

Al desagregar los datos del Cuadro 10.8 por área de residencia se evidencia que, en el área rural, la razón para dar a luz en casa se encuentra influenciada en mayor proporción por la costumbre (61.8 %), respecto del área urbana (27.7 %); mientras que las mujeres que dieron a luz en casa y que residen en el área urbana, consideran, en mayor proporción, que es más seguro dar a luz

Gráfico 10.7 **Razones por las que dieron a luz en la casa a escala nacional. (mujeres que dieron a luz su último hijo o hija en la casa a partir de julio del 2007)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 10.8 **Razones por las que dieron a luz en la casa a escala nacional, por área, grupo étnico y subregión (mujeres que dieron a luz su último hijo o hija en casa a partir de julio del 2007)**

Lugar de parto	Por costumbre	Por factores económicos	Barreras para llegar	Mal concepto del establecimiento	Por falta de transporte	No había tiempo para llegar	Por más seguridad	Por otra razón	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	n
Total	53.8	6.2	8.9	3.9	8.9	20.6	11.8	4.6	719
Área									
Urbano	27.7	8.2	6.2	2.8	7.2	33.5	21.2	9.0	132
Rural	61.8	5.5	9.7	4.3	9.4	16.6	9.0	3.3	587
Grupo étnico									
Indígena	68.2	7.2	10.0	4.3	3.7	12.8	12.2	2.7	404
Afroecuatoriano	30.7	2.6	-	8.0	12.0	35.7	15.1	3.4	20
Montuvio	72.5	-	17.7	-	17.7	-	9.8	-	7
Mestizo, blanco y otro	42.8	5.8	8.5	3.3	13.1	26.4	11.2	6.6	288
Subregión									
Sierra urbana	23.1	24.6	2.4	2.3	12.3	17.6	19.1	3.1	40
Sierra rural	64.3	5.5	8.9	4.2	7.5	18.6	8.4	3.6	275
Costa urbana	23.4	2.1	12.0	1.1	4.4	47.3	7.6	10.5	27
Costa rural	58.8	0.0	5.3	4.9	24.9	5.4	10.2	3.1	27
Amazonía urbana	49.1	7.9	5.6	19.5	-	18.0	17.2	0.8	52
Amazonía rural	56.9	7.9	14.3	4.5	8.5	12.9	10.9	2.4	283
Galápagos	-	-	-	-	-	64.6	35.4	-	3
Quito	29.6	-	-	-	14.9	33.5	45.4	15.1	12
Guayaquil	55.2	4.3	40.2	0.3	168	100	77.9	16.7	5.4

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 10.9 **Razones por las que dieron a luz en la casa por nivel de instrucción de la madre y quintil económico (mujeres que dieron a luz su último hijo o hija en casa a partir de julio del 2007)**

Lugar de parto	Por costumbre	Por factores económicos	Barreras para llegar	Mal concepto del establecimiento	Por falta de transporte	No había tiempo para llegar	Por más seguridad	Por otra razón	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	n
Total	53.8	6.2	8.9	3.9	8.9	20.6	11.8	4.6	719
Nivel de instrucción									
Sin estudios	69.7	7.4	11.2	3.3	1.0	17.6	9.3	5.1	40
Primaria incompleta	63.8	5.0	11.8	4.1	11.5	11.9	10.2	1.4	149
Primaria completa	49.4	6.7	4.9	3.8	11.5	24.3	13.6	5.0	289
Secundaria incompleta	41.8	3.9	6.9	3.4	4.5	27.8	10.7	7.2	149
Secundaria completa	45.8	13.0	28.2	4.8	9.8	18.1	10.7	4.7	73
Superior/posgrado	27.9	-	3.5	13.2	0.0	19.0	26.1	15.9	12
Quintil económico									
Q1 (Pobre)	59.8	7.0	11.1	4.0	8.1	15.6	9.1	2.9	530
Q2	42.9	6.7	4.0	3.1	6.6	33.6	16.8	6.0	133
Q3 (Intermedio)	39.3	0.7	-	3.6	16.7	27.3	9.3	5.7	15
Q4	34.5	-	-	8.3	15.7	47.3	40.7	35.9	15
Q5 (Rico)	11.6	-	26.9	6.5	30.7	-	33.2	-	6

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

en casa (21.2 %), respecto de las mujeres del área rural (9 %).

Al desagregar los datos por grupo étnico, se observa del Cuadro 10.8 que las mujeres indígenas y montuvias que dieron a luz en casa, lo hicieron por costumbre, en mayor proporción que aquellas de otros grupos étnicos. Con respecto a la subregión, destacan la Sierra rural, la Costa rural y la Amazonía rural por ser las subregiones en que se efectúan en mayor proporción los partos en casa por costumbre: 64.3 %, 58.8 % y 56.9 %, respectivamente.

El Cuadro 10.9 y Anexo 10.20 muestra las razones por las que las mujeres dieron a luz en casa, desagregado por nivel de instrucción de la madre y quintil económico del hogar. De este cuadro y anexo se desprende que, a medida que aumenta el nivel de instrucción de la madre, la costumbre deja de ser una razón para dar a luz en casa. Así, el 69.7 % de madres sin estudios dio a luz en casa por costumbre, frente al 27.9 % de madres con instrucción superior o posgrado.

Con respecto al quintil económico, se evidencia que la seguridad y la falta de transporte son razones que en mayor proporción influyeron en el parto en casa en mujeres pertenecientes a los quintiles de mayores ingresos económicos, respecto a mujeres de los quintiles más pobres. Sin embargo, el tamaño de muestra en los quintiles de mayores ingresos económicos es muy pequeño, por lo que los datos deben ser analizados con cautela (Cuadro 10.9).

Percepciones de lo positivo de dar a luz en casa

En el Cuadro 10.10 se observa que, a escala nacional, los factores que en mayor proporción fueron percibidos como positivos del parto en casa son: la confianza (60.5 %), el buen trato (21.9 %) y la práctica de tradiciones (12.4 %).

Al desagregar los datos por área de residencia, se evidencia que la confianza con el ambiente, los familiares y la partera fue percibido en mayor proporción como un aspecto positivo en el área

Cuadro 10.10 **Lo que le pareció positivo de dar a luz en casa a escala nacional, por área, grupo étnico y subregión (mujeres que dieron a luz su último hijo o hija en la casa a partir de julio del 2007**

Características seleccionadas	Confianza	Buen trato	Practicar tradiciones	Mala atención en hospital	Por economía	No es bueno dar a luz en casa	Otro	Total
	%	%	%	%	%	%	%	n
Total	60.5	21.9	12.4	6.7	2.9	11.5	1.6	752
Área								
Urbano	50.7	42.6	9.5	8.8	0.3	12.8	0.2	143
Rural	63.5	15.6	13.3	6.0	3.7	11.2	2.0	609
Grupo étnico								
Indígena	62.7	19.2	18.4	9.6	4.2	7.9	2.4	437
Afroecuatoriano	58.4	31.3	8.9	2.1	-	3.4	-	19
Montuvio	82.5	17.5	17.5	-	-	-	-	7
Mestizo, blanco y otro	58.2	23.5	7.3	4.7	2.1	16.0	1.1	289
Subregión								
Sierra urbana	65.1	44.0	1.3	11.4	1	6.6	-	47
Sierra rural	62.4	12.6	13.3	5.9	3.8	11.3	1.8	266
Costa urbana	32.0	55.9	5.3	1.3	-	11.5	-	27
Costa rural	61.8	16.0	10.6	1.8	0.5	15.0	-	24
Amazonía urbana	72.4	17.5	7.0	18.9	0	10.7	2.3	57
Amazonía rural	68.6	26.2	14.9	8.3	4.8	7.4	3.7	317
Galápagos	64.9	-	-	-	-	35.1	-	3
Quito	58.2	22.7	25.6	14.4	-	27.4	-	13

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 10.11 **Persona o agente de salud que brindó atención en casa (mujeres que dieron a luz su último hijo o hija en la casa a partir de julio del 2007)**

Persona o agente de salud que brindó atención en casa	%	n
Médico	0.7	3
Enfermera	0.1	2
Partera	53.8	307
Promotor de salud comunitaria	0.1	1
Familiar(es)	35.6	250
Sola (nadie)	8.6	43
Otro*	1.1	7
Total	100	613

*Incluye obstetras, auxiliares de enfermería y otros agentes tradicionales.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

rural (63.5 %) respecto del área urbana (50.7 %). Por otro lado, la percepción de que fue positivo dar a luz en casa porque recibieron un buen trato, es mayor en el área urbana respecto del área rural (42.6 % frente a 15.6 %).

Al desagregar los datos por grupo étnico, es importante destacar que la confianza es percibida como positiva en mayor proporción entre mujeres montuvias (82.5 %), seguido de mujeres indígenas (62.7 %), mujeres afroecuatorianas (58.4 %) y mujeres mestizas, blancas y otras (58.2 %) (Cuadro 10.10).

En lo que respecta a la subregión, se destacan a la Amazonía urbana y la rural por ser las subregiones que concentran la mayor proporción de mujeres que dieron a luz en casa por el factor confianza (72.4 % y 68.6 %, respectivamente) (Cuadro 10.10).

El Anexo 10.23 muestra los aspectos que fueron considerados como positivos de haber dado a luz en casa, desagregado por nivel de educación de la madre y quintil económico del hogar. De este anexo se desprende que una mayor proporción de mujeres con instrucción superior o posgrado consideró como positivo el factor *confianza* (89.4 %), frente a las mujeres con un menor nivel educativo. Con respecto al quintil económico, es importante destacar que el factor *confianza* fue percibido como positivo en mayor proporción entre las mujeres del quintil más pobre (63.2 %), respecto a las mujeres del quintil de mayores ingresos económicos (35.8 %).

Es importante señalar que los datos de otras razones (además de confianza) deben ser analizados con cautela dado que el tamaño de muestra en ciertos grupos es muy pequeño.

Persona o agente de salud que la atendió en casa

El Cuadro 10.11 muestra a la persona o el agente de salud que brindó atención en casa. De este cuadro se desprende que, entre las mujeres entrevistadas que tuvieron un parto en casa, 53.8 % fueron atendidas por parteras; 35.6 %, por familiares; 8.6 % dieron a luz solas; 0.1 % fueron atendidas por promotores de salud comunitaria; 0.7 %, por un médico; y 0.1 %, por una enfermera.

En la ENDEMAIN 2004 se reportó que el 47 % de las mujeres que dieron a luz en casa fue atendido por parteras tradicionales; el 43 %, por familiares; el 1.7 %, por un médico; el 1.6 %, por una enfermera; y el 0.4 %, por un promotor de salud comunitaria. Estos datos evidencian que la atención por parte de parteras se ha incrementado en 6.8 puntos porcentuales y que la ayuda de familiares ha disminuido en 7.4 puntos porcentuales.

10.3.4 Quiénes participan en la decisión de dónde dar a luz y las intenciones sobre dónde dar a luz en caso de volver a embarazarse

Los resultados de esta sección se presentan en los Cuadros 10.12 y 10.13 y Anexos 10.26 a 10.29.

Quiénes participaron en la decisión sobre dónde dar a luz

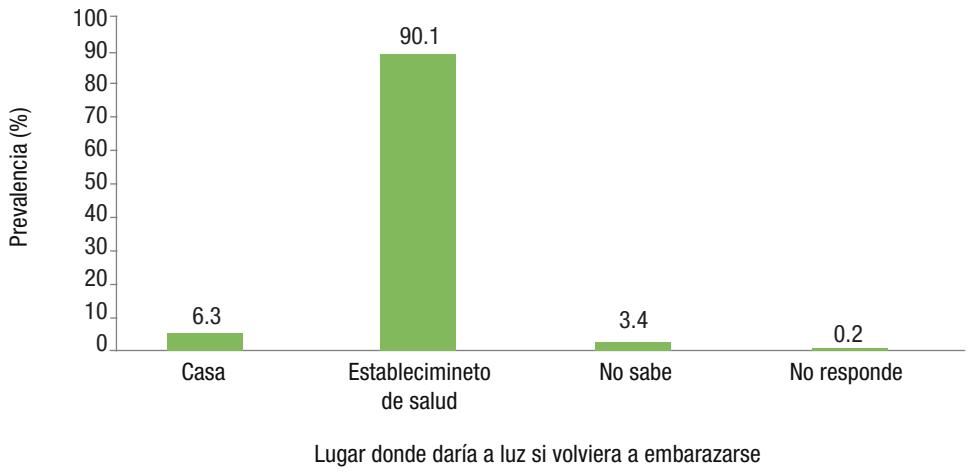
El Cuadro 10.12 muestra los participantes en la decisión de dar a luz en algún establecimiento de salud o en el hogar a escala nacional. Se observa que el 33.8 % de las mujeres toma la decisión en pareja, el 24.8 % de las mujeres toma la decisión sola, el 12.2 % es decisión del esposo, conviviente o pareja y el 10.7 % es decisión de la madre. La

Cuadro 10.12 **Participantes en la decisión de dar a luz en establecimientos de salud o en casa (mujeres que dieron a luz su último hijo o hija a partir de julio del 2007)**

Participantes en la decisión de dar a luz[1]	%	n
Parturienta con esposo o pariente	33.8	2 234
Parturienta sola	24.8	1 272
Madre/padre	10.7	364
Esposo/conviviente/pareja	12.2	703
Personal de salud solo	4.4	209
Parturienta/madre/padre	2.6	77
Parturienta/esposo/padre/otro	2.4	166
Otro familiar solo	2.0	98
Nadie/costumbre	1.8	153
Otro*	1.2	41
Esposo/padre/otro sin partera	1.0	46
Suegra(o) solo	0.8	47
Partera/esposo/padre/parturienta/madre	0.7	35
Parturienta/otro familiar	0.7	29
No sabe, no responde	0.1	4v
Partera sola	0.0	4
Total	100	5 519

[1] Las categorías no son mutuamente exclusivas.
*Incluyen otros prestadores tradicionales.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 10.8 **Lugar donde daría a luz si volviera a embarazarse, a escala nacional**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

ENDEMAIN 2004 reportó que el 30.5 % de las mujeres tomó la decisión en pareja, mientas que en el 18 % de los casos fue la madre y en el 28.3 % de los casos fue el esposo, conviviente o pareja. Con lo que se observa que la participación de la madre y el esposo, conviviente o pareja en la decisión de dar a luz en algún establecimiento de salud o en casa ha disminuido en el transcurso de 8 años.

Lugar donde daría a luz si volviera a embarazarse

A escala nacional, la mayoría de mujeres daría a luz en un establecimiento de salud en caso de volver a embarazarse (Gráfico 10.8). Al comparar con los resultados de ENDEMAIN 2004, se observa un incremento de 18.6 puntos porcentuales en la proporción de mujeres que darían a luz en un

Cuadro 10.13 **Lugar donde daría a luz si volviera a embarazarse a escala nacional, por área, grupo étnico y lugar del parto (mujeres que dieron a luz su último hijo o hija a partir de julio del 2007)**

Características seleccionadas	Casa	Establecimiento de salud	No sabe	No responde	Total	
	%	%	%	%	%	n
Total	6.3	90.1	3.4	0.2	100	5 561
Área						
Urbano	2.8	94.3	2.8	0.2	100	3 144
Rural	14.4	80.6	4.7	0.3	100	2 417
Grupo étnico						
Indígena	29.9	62.8	7.0	0.3	100	910
Afroecuatoriano	5.3	93.0	1.6	0.1	100	241
Montuvio	1.1	98.0	0.9	-	100	133
Mestizo, blanco y otro	4.1	92.5	3.2	0.2	100	4 277
Lugar del parto						
MSP	2.3	94.6	2.9	0.2	100	3 511
Otros públicos	0.1	99.3	0.5	0.0	100	337
Privado con fines de lucro	2.1	93.2	4.4	0.2	100	917
Privado sin fines de lucro	0.0	99.6	0.4	-	100	141
En casa	61.2	27.7	10.2	0.9	100	562
Otro-parto sola	44.8	47.2	8.0	-	100	93

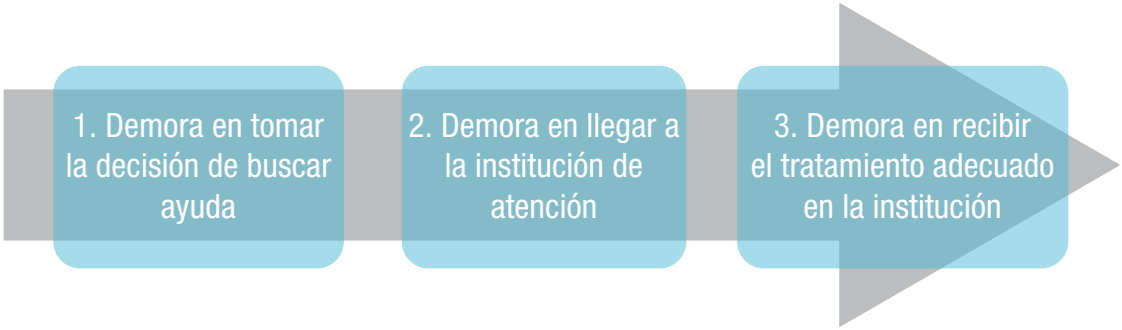
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

establecimiento de salud en el caso de presentar un nuevo embarazo (ENDEMAIN 2004: 71.5 %).

Al desagregar los datos del Cuadro 10.13 por área de residencia, se evidencia que una mayor proporción de mujeres del área urbana daría a luz en un establecimiento de salud en caso de volver a embarazarse, respecto de las mujeres del área rural (94.6 % frente a 80.3 %). El análisis por grupo étnico muestra que las mujeres indígenas son las que en mayor proporción darían a luz en casa (29.9 %) en caso de presentarse un nuevo embarazo. A su vez, las mujeres de etnia mestiza, blanca u otra son las que en mayor proporción darían a luz en un establecimiento de salud (92.5 %).

Al analizar los datos por lugar del parto se evidencia que, de aquellas mujeres que dieron a luz en casa, 61.2 % volverían a hacerlo en caso de volver a embarazarse, mientras que una proporción mucho menor de mujeres que dieron

Gráfico 10.9 **Modelo de las tres demoras**



Fuente: WHO, 2012.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 10.14 **Lugar donde recurrió primero cuando se presentaron problemas o complicaciones durante el embarazo a escala nacional, por área, grupo étnico, subregión y quintil económico (mujeres que dieron a luz su último hijo o hija a partir de julio de 2007)**

Características seleccionadas	Establecimiento o personal de salud	Farmacia-botica	Se quedó en casa-remedio casero	Persona tradicional	Otro	No sabe/no responde	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	n
Total	90.2	1.3	7.1	0.6	0.7	0.2	100	4 987
Área								
Urbano	92.6	1.3	5.0	0.3	0.7	0.0	100	2 878
Rural	84.7	1.1	12	1.2	0.5	0.5	100	2 109
Grupo étnico								
Indígena	68.8	2.9	25.9	0.9	0.5	1	100	771
Afroecuatoriano	93.0	2.7	3	0.2	0.4	0.5	100	230
Montuvio	97.2	-	0.8	1.9	-	-	100	127
Mestizo, blanco y otro	91.8	1.1	5.8	0.5	0.7	0.1	100	3 859
Subregión								
Sierra urbana	89.1	0.8	8.5	0.6	1	0	100	1 069
Sierra rural	80.9	1.8	15.1	1.2	0.5	0.5	100	856
Costa urbana	96.7	1.7	1.3	0.3	0.1	-	100	631
Costa rural	94.3	-	3.9	1.2	0.1	0.5	100	293
Amazonía urbana	88.1	0.6	10	0.5	0.7	-	100	700
Amazonía rural	80.0	1.4	16	1.4	0.6	0.7	100	907
Galápagos	95.8	1.2	2	1.1	-	-	100	118
Quito	88.4	0.7	8.6	0.3	2	-	100	255
Guayaquil	95.9	2.4	1.7	-	-	-	100	158
Quintil económico								
Q1 (Pobre)	84.0	1.9	12.1	1.4	0.2	0.5	100	1 616
Q2	92.3	1.6	5.3	0.2	0.5	0.1	100	1 205
Q3 (Inter.)	89.9	1.9	6.9	0.6	0.7	0.0	100	914
Q4	95.1	0.3	3.7	0	0.9	-	100	727
Q5 (Rico)	91.9	0.1	6	0.6	1.5	0.0	100	525

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

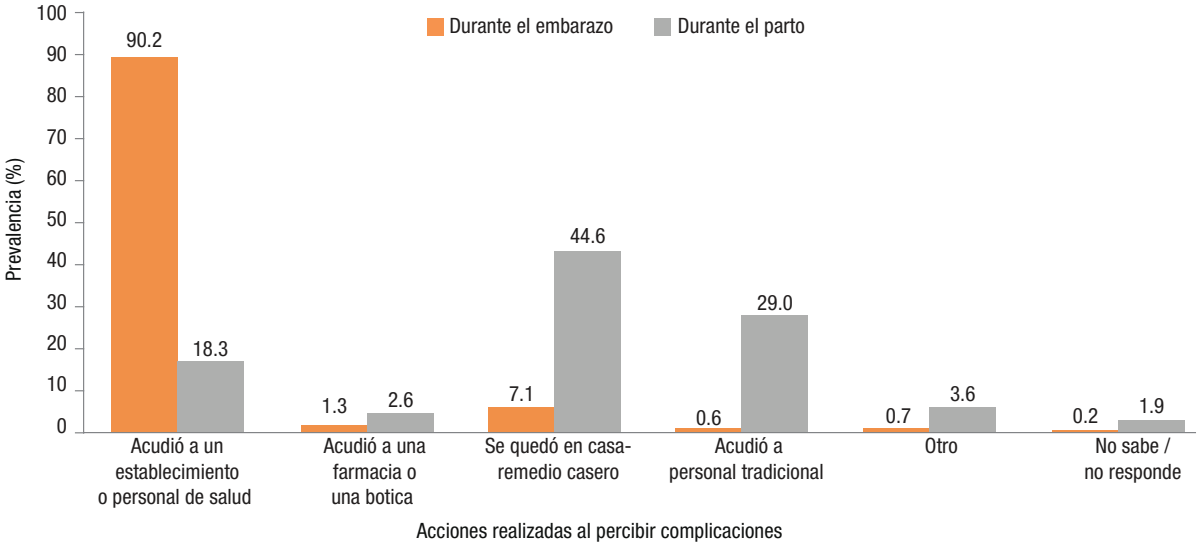
a luz en algún establecimiento de salud daría a luz en casa en un embarazo futuro (27.7 %) (Cuadro 10.13).

10.3.5 Dónde recurrir en caso de una complicación obstétrica

Existen cinco complicaciones obstétricas más comúnmente asociadas con la muerte materna: la hemorragia, la hipertensión inducida por el embarazo (preclampsia y eclampsia), la sepsis, el parto obstruido prolongado y las complicaciones post aborto. Estas complicaciones son imprevisibles y, en algunos casos, pueden ocurrir rápidamente, por consiguiente, se ha desarrollado el *modelo de las tres demoras* (Gráfico 10.9), que indica los momentos críticos que impiden que una mujer en labor de parto pueda recibir atención oportuna (WHO, 2012; Berg et al., 1996).

Para esta sección, se consideran las preguntas relacionadas con la primera demora, es decir, la decisión sobre dónde recurrir primero al momento de percibir una complicación, ya sea en el caso del embarazo o del parto. En el primer caso, se hicieron preguntas a todas las mujeres que dieron a luz su último hijo o hija a partir de julio del 2007. En el segundo caso, se aplicó el cuestionario solamente a mujeres que tuvieron un parto domiciliario, ya que las demoras de decisión y de llegar al centro de salud no existen al tratarse de partos en establecimientos de salud.

Gráfico 10.10 **Acciones realizadas al percibir complicaciones durante el embarazo y el parto**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Los resultados de esta sección se presentan en los Cuadros 10.14 y 10.15 y Anexos 10.30 y 10.35.

Lugar donde recurrió primero ante complicaciones durante el embarazo

Del Cuadro 10.14 se desprende que, a escala nacional, el 90.2 % de las mujeres acudió a un establecimiento o personal de salud cuando se presentaron problemas o complicaciones durante el embarazo, el 7.1 % se quedó en casa y recurrió a remedios caseros, el 1.3 % acudió a farmacias o boticas y menos del 2 % de la población acudió a personal tradicional (partera, *yachac, shamán* o curandero) y otros.

Con respecto al área de residencia, se observa que las mujeres del área rural acuden en menor proporción a un establecimiento o personal de salud cuando se presentan complicaciones durante el embarazo, en comparación con las mujeres del área urbana (Cuadro 10.14).

Por otro lado, al desagregar los datos por grupo étnico se observa que las mujeres indígenas son las que en menor proporción recurrieron a un establecimiento o personal de salud cuando se presentaron problemas durante el embarazo (68.8 %), en comparación con mujeres de otros grupos étnicos (Cuadro 10.14).

Al mirar el desglose por subregión se desprende que las mujeres que habitan en la Sierra rural son las que en mayor proporción acudieron a remedios caseros y se quedaron en casa al presentar problemas durante el embarazo (15.1 %), respecto de las mujeres de otras subregiones (Cuadro 10.14).

Cuadro 10.15 **Lugar donde recurrió primero cuando se presentaron problemas o complicaciones durante el parto a escala nacional y por área (mujeres que dieron a luz su último hijo o hija en casa a partir de julio del 2007)**

Características seleccionadas	Establecimiento o personal de salud	Farmacia-botica	Se quedó en casa-remedio casero	Personal tradicional	Otro	No sabe-no responde	Total	
	%	%	%	%	%	%	n	%
Área								
Urbano	26.1	0.4	40.7	29.3	0.0	3.6	76	100
Rural	15.0	3.5	46.3	28.9	5.1	1.2	250	100
Total	18.3	2.6	44.6	29.0	3.6	1.9	326	100

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 10.16 **Lugar donde recurrió primero cuando se presentaron problemas o complicaciones durante el parto por estado civil y grupo de edad (mujeres que dieron a luz su último hijo o hija en casa a partir de julio del 2007)**

Características seleccionadas	Establecimiento o personal de salud	Farmacia-botica	Se quedó en casa-remedio casero	Personal tradicional	Otro	No sabe-no responde	Total	
	%	%	%	%	%	%	n	%
Estado civil								
Unida-casada	14.2	2.9	44.5	31.0	5.3	2.1	144	100
Soltera	21.6	1.8	42.5	30.1	1.1	3.0	135	100
Divorciada, separada o viuda	18.8	3.3	48.2	24.5	5.1	-	47	100
Grupo de edad								
Menor de 25	15.8	3.3	44.0	31.1	4.3	1.6	156	100
25-34	26.9	0.3	44.1	23.5	2.2	3.1	119	100
35-49	8.6	4.9	47.6	34.0	4.4	0.5	51	100
Total	18.3	2.6	44.6	29.0	3.6	1.9	326	100

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

En cuanto a la desagregación por quintil económico, se evidencia que la proporción de mujeres que recurrieron a remedios caseros disminuye a medida que el quintil económico del hogar aumenta. Así, el 12.1 % de mujeres del quintil más pobre se quedó en casa y recurrió a remedios caseros cuando se presentaron problemas o complicaciones durante el embarazo, frente al 6 % del quintil de mayores ingresos económicos (Cuadro 10.14).

Lugar donde recurrió primero ante complicaciones durante el parto

Del total de mujeres que dieron a luz en casa, se observa que el 18.3 % acudió a un establecimiento o personal de salud ante complicaciones durante el parto, mientras que el 44.6 % se quedó en casa y recurrió a remedios caseros (Gráfico 10.10).

Al comparar estos datos con los reportados por la ENDEMAIN 2004, se desprende que el porcentaje de mujeres que acudieron a un establecimiento de salud cuando presentaron complicaciones durante el parto se ha incrementado en 8.6 puntos porcentuales en el trascurso de 8 años (ENDEMAIN 2004: 9.7 %).

Al desagregar los datos por área de residencia, en el Cuadro 10.15, se observa que una mayor proporción de mujeres acudió a un establecimiento o personal de salud en el área urbana, respecto del área rural (26.1 % frente a 15 %).

El Cuadro 10.16 muestra el lugar donde la mujer recurrió primero cuando se presentaron problemas o complicaciones durante el parto, por estado civil y grupo de edad de la mujer. Se observa que las mujeres solteras son las que en mayor proporción acudieron a un establecimiento de salud cuando presentaron complicaciones durante el parto (21.6 %), en comparación con aquellas casadas o unidas (14.2 %) y divorciadas, separadas o viudas (18.8 %). Por otro lado, con respecto al grupo de edad, se evidencia que las mujeres entre 25 y 34 años recurrieron en mayor proporción a un establecimiento o personal de salud cuando se presentaron complicaciones durante el parto, en comparación con mujeres de otros grupos de edad.

10.4 BIBLIOGRAFÍA

Berg C., Danel I., Mora G., editores. (1996). *Guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna.* Washington D.C.: Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Fondo de Población de las Naciones Unidas.

CEPAR. (2005). ENDEMAIN 2004. *Encuesta Demográfica de Salud Materna e Infantil.* Ecuador: Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social (CEPAR).

Maine D., Akalin M. Z., Ward V. M. y Kamara A. (1997). *Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna. New York:* Centro para la Población y Salud Familiar. Facultad de Salud Pública, Universidad de Columbia.

Say, Lale, Doris Chou, Alison Gemmill, Özge Tunçalp, Ann-Beth Moller, Jane Daniels, A. Metin Gülmezoglu, Marleen Temmerman, and Leontine Alkema. (2014). *Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis.* The Lancet: e323–33. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X.

WHO (2012). *Handbook for guideline development.* World Health Organization: Geneva.



CAPÍTULO XI | MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

Fotografía:
UNICEF / ECUADOR /2005 / Huaoranies (19)/ M. Avilés

CONTENIDO

11.1 INTRODUCCIÓN 211
11.2 METODOLOGÍA 211
11.3 RESULTADOS 211
11.3.1 Niveles y tendencias de la mortalidad 211
11.3.2 Diferenciales de la mortalidad 212
11.3.3 Mortalidad perinatal 216
11.3.4 Registro de las muertes 217
11.4 BIBLIOGRAFÍA 217

11.1 INTRODUCCIÓN

La mortalidad infantil y la mortalidad de los menores de cinco años son indicadores que reflejan el nivel de desarrollo social y económico alcanzado por un país, debido a que sus descensos están condicionados a los niveles de educación de la madre, el nivel de urbanización, el acceso a bienes y servicios y el acceso y la calidad de los servicios de salud (UN IGME, 2014; WHO, 2014).

En los últimos años, estos indicadores se han modificado significativamente a nivel mundial y a nivel de los diferentes países, como resultado de mejoras sustantivas en las condiciones de vida de la población (UN IGME, 2014; WHO, 2014). Por ello, el análisis de estos indicadores es esencial para evaluar el avance del desarrollo de un país o una región.

Cabe indicar, para información del lector, que el disco compacto que acompaña este informe contiene los anexos a los que se hacen mención en este capítulo.

11.2 METODOLOGÍA

Para fines de la descripción que se hace en este capítulo, la mortalidad infantil se divide en: *mortalidad neonatal*, que comprende la mortalidad que ocurre dentro del primer mes de vida (desde el nacimiento hasta antes de cumplir los 28 días), y *mortalidad postneonatal*, que se refiere a la mortalidad que ocurre entre el momento de cumplir 28 días de nacido y el correspondiente al primer cumpleaños (Rustein *et al.*, 2006). Las defunciones ocurridas de los 12 a los 59 meses cumplidos se definen como *mortalidad en la niñez* y las defunciones de menores de 5 años (0 a 59 meses), como *mortalidad en menores de 5 años* (Rustein *et al.*, 2006).

Los datos del presente capítulo fueron obtenidos durante la aplicación de los formularios: *Mujeres en edad fértil (MEF)* y *Salud en la niñez*, cuya informante fue la madre o cuidadora principal (Anexos B y C). Los datos provienen de la historia de embarazos y nacimientos de las madres, en los últimos 5 años, es decir de julio 2007 a junio 2012, e investigan las siguientes variables en cada uno de los nacidos vivos: sexo, fecha de nacimiento, supervivencia, edad del niño, fecha de muerte y edad al morir de ser el caso. En el Cuadro 11.1 se muestran las secciones investigadas en el capítulo y la población en estudio.

11.3 RESULTADOS

11.3.1 Niveles y tendencias de la mortalidad

Los datos de la ENSANUT-ECU (Cuadro 11.2 y Anexo 11.1) reportan que la tasa de mortalidad infantil para el período 2007-2012 fue de 13 por 1 000 nacidos vivos; la neonatal, de 7 por cada 1 000 nacidos vivos; la postneonatal, de 6 por cada 1 000 nacidos vivos; la de la niñez, de 3 por cada 1 000 niños y niñas que sobrevivieron su primer año de vida; y la de menores de cinco años, de 16 por cada 1 000 nacidos vivos.

Al comparar estos resultados con las encuestas anteriores se observa una franca reducción desde la primera encuesta (ENDESA, 1987) en todas las tasas, lo que refleja una mejora sustantiva en los diferentes grupos de edad, situación que también es evidente cuando solo se compara con la ENDEMAIN 2004, con niveles de reducción del orden de 16, 10, 6, 2 y 19 puntos, respectivamente (CEPAR, 2005).

En el Cuadro 11.3 se presenta la tendencia en las tasas de mortalidad infantil, estimada con los datos de ENDEMAIN 1994, ENDEMAIN 1999, ENDEMAIN 2004 y ENSANUT-ECU 2012, por área, región y nivel de instrucción de la madre (Anexo 11.2).

De este cuadro se concluye que, a nivel nacional, de 1994 a 2012, se dio una reducción de 27 puntos

Cuadro 11.1 **Composición del capítulo XI, según la población de estudio**

Sección	Población de estudio	
	Nacidos vivos de julio 2007 a junio 2012	Número de partos de julio 2007 a junio 2012
Niveles y tendencias de la mortalidad	x	
Diferenciales de la mortalidad	x	
Mortalidad perinatal	x	x
Registro de las muertes	x	

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 11.2 **Tendencia en la tasa de mortalidad infantil, neonatal, postneonatal, en la niñez y en menores de cinco años, según varias encuestas**

Encuestas	Infantil	Neonatal	Postneonatal	En la niñez (1-4 años)	En menores de 5 años
ENDESA 1987[a]	58	36	22	25	82
ENDEMAIN 1989[a]	53	-	-	17	70
ENDEMAIN 1994[a]	40	22	18	12	51
ENDEMAIN 1999[a]	30	19	11	9	39
ENDEMAIN 2004	29	17	12	5	35
ENSANUT-ECU 2012	13	7	6	3	16

[a] Solo se incluyen Costa y Sierra (se excluyen Amazonía y Galápagos).
Mortalidad infantil. Muertes antes de cumplir 1 año por cada 1 000 nacidos vivos.
Mortalidad neonatal. Muertes antes de cumplir 29 días por cada 1 000 nacidos vivos.
Mortalidad postneonatal. Muertes después de 28 días y antes de cumplir un año por cada 1 000 nacidos vivos.
Mortalidad en la niñez. Muertes después de 1 año y antes de cumplir 5 años por cada 1 000 que cumplen su primer año.
Mortalidad en menores de 5 años. Muertes antes de cumplir 5 años por cada 1 000 nacidos vivos.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

en la tasa de mortalidad infantil, siendo mayor esta reducción en el área rural en comparación con la urbana (34 y 19 puntos, respectivamente).

Del mismo modo, se observa que, al comparar la Sierra con la Costa, la mayor reducción se dio en la Sierra con 35 puntos. Cuando se compara por el nivel de instrucción de la madre, a diferencia de los hallazgos más frecuentes, se observa que la mayor reducción en la tasa de mortalidad infantil se dio en las mujeres con menor educación (educación primaria), siendo más evidente en los últimos ocho años, posiblemente como producto de las mejores condiciones de vida que ha experimentado toda la población en general y la población de los niveles más pobres.

11.3.2 Diferenciales de la mortalidad

El Cuadro 11.4 presenta las tasas de mortalidad infantil y de menores de cinco años, desagregadas por área, región, subregión, nivel de instrucción de la madre y grupo étnico, estimadas con los datos de la ENSANUT-ECU 2012 (Anexo 11.3). De este cuadro se desprende que, en relación con la mortalidad infantil, el área rural (18/1 000) presenta las tasas más altas con relación al área urbana (11/1 000).

Al desglosar la información por subregión, la Sierra rural tiene la tasa más alta, seguida de la Costa rural (22/1 000 y 16/1 000, respectivamente). Por etnia, sobresale con la tasa más alta el grupo

Cuadro 11.3 **Tendencia en la tasa de mortalidad infantil, 1994- 2012, por área, región y nivel de instrucción de la madre**

Características seleccionadas	ENDEMAIN 1994[a] (6/89-5/94)	ENDEMAIN 1999[a] (3/94-2/99)	ENDEMAIN 2004 (7/99-6/04)	ENSANUT-ECU 2012 (7/07-6/12
Total	40	30	29	13
Área				
Urbana	30	22	28	11
Rural	52	40	32	18
Región				
Sierra	47	34	35	12
Costa	32	26	27	14
Nivel de instrucción				
Ninguno	79	51	48	*
Primaria	44	35	36	16
Secundaria	33	25	24	14
Superior	11	11	16	8

[a] Solo se incluyen Costa y Sierra (se excluyen Amazonía y Galápagos).
* Bajo número de casos para calcular el indicador.
Fuente: ENDEMAIN 2004. CEPAR; ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

montuvio (22/1 000), y por quintil económico, el Q4 y Q5 presentan las tasas más bajas (7/1 000 y 11/1 000, respectivamente).

Con relación a la mortalidad de menores de cinco años, llaman la atención los niveles más altos en el área rural (23/1 000), en particular en la Sierra rural (32/1 000). En cuanto al nivel de instrucción, aquellas madres con el nivel más bajo presentan las tasas más altas (22/1 000) y, con relación a la etnia, el grupo indígena presenta las tasas más altas (25/1 000), datos que son consistentes con lo observado en otros indicadores.

En el anexo 11.3 se presentan, además, las tasas de mortalidad neonatal, postneonatal y de la niñez (1 a 4 años). Esta información debe ser utilizada con cautela, debido al bajo número de casos que reporta la encuesta.
El Cuadro 11.5 presenta los mismos indicadores

Cuadro 11.4 **Mortalidad infantil y en menores de cinco años, por área, región, subregión, nivel de instrucción, grupo étnico y quintil económico. ENSANUT-ECU 2012**

Características seleccionadas	Infantil	En menores de 5 años	N.º de nacimientos
Total	13	16	11 094
Área			
Urbano	11	13	6 263
Rural	18	23	4 831
Región y subregión			
Sierra	12	17	4 979
Sierra urbana	11	12	2 368
Sierra rural	22	32	2 066
Quito	*	*	545
Costa	14	17	2 483
Costa urbana	14	18	1 433
Costa rural	16	16	668
Guayaquil	13	16	382
Amazonía	11	13	3 367
Amazonía urbana	9	11	1 396
Amazonía rural	13	14	1 971
Galápagos	*	*	265
Nivel de instrucción			
Ninguno	*	*	211
Primaria	16	22	4 154
Secundaria	14	15	5 107
Superior	8	8	1 622
Grupo étnico			
Indígena	12	25	1 840
Afroecuatoriano	12	12	514
Montuvio	*	*	295
Mestizo, blanco y otro	13	15	8 445
Quintil			
Q1 (Pobre)	15	18	3 836
Q2	12	22	2 657
Q3 (Intermedio)	18	20	1 977
Q4	7	7	1 531
Q5 (Rico)	11	11	1 093

*Bajo número de casos para calcular el indicador.
Mortalidad infantil. Muertes antes de cumplir 1 año por cada 1 000 nacidos vivos.
Mortalidad en menores de 5 años. Muertes antes de cumplir 5 años por cada 1 000 nacidos vivos
Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 11.5 Mortalidad infantil y en menores de cinco años, por sexo, edad de la madre, orden de nacimiento e intervalo entre nacimientos. ENSANUT-ECU 2012

Características seleccionadas	Infantil	En menores de 5 años	N.º de nacimientos
Total	13	16	11 094
Sexo			
Hombre	14	16	5 614
Mujer	12	17	5 480
Edad de la madre			
< 20	13	13	2 327
20-29	14	16	5 696
30-39	11	20	2 732
40-49	*	*	339
Orden de nacimiento			
1	9	9	3551
2-3	14	16	5102
4-6	12	22	893
7 o más	21	33	1548
Intervalo previo			
< 2 años	23	26	1 318
2 y 3 años	20	26	2 745
4 o más años	9	13	3 416
Primer nacimiento	9	9	3 551

*Bajo número de casos para calcular el indicador.
Mortalidad infantil. Muertes antes de cumplir 1 año por cada 1 000 nacidos vivos.
Mortalidad en menores de 5 años. Muertes antes de cumplir 5 años por cada 1 000 nacidos vivos
Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 11.6 Tasa de mortalidad infantil neonatal, postneonatal y en menores de cinco años, por características del embarazo y el parto

Características seleccionadas	Infantil	Neonatal	Postneonatal	En menores de 5 años	N.º de nacimientos
Total	13	7	6	16	11 094
Control prenatal					
1.er trimestre	3	3	6	8	6 119
2.º o 3.er trimestres	5	5	11	11	2 769
Ninguno	4	4	8	8	502
Lugar de parto					
Institucional	7	4	4	8	8 447
Casa	9	4	4	9	1 249
Prematuridad					
Sí	24	17	8	24	1 010
No	5	2	3	6	8 767
Tamaño al nacer					
Muy pequeño	23	19	4	23	474
Pequeño	11	4	6	12	1 667
Mediano o grande	5	2	3	6	7 397

Mortalidad infantil. Muertes antes de cumplir 1 año por cada 1 000 nacidos vivos.
Mortalidad neonatal. Muertes antes de cumplir 29 días por cada 1 000 nacidos vivos.
Mortalidad postneonatal. Muertes después de 28 días y antes de cumplir un año por cada 1 000 nacidos vivos.
Mortalidad en menores de 5 años. Muertes antes de cumplir 5 años por cada 1 000 nacidos vivos.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

desglosados por sexo, edad de la madre, orden de nacimiento e intervalo previo al nacimiento. De este cuadro se deprende que en cuanto a la mortalidad infantil, los hombres presentan una tasa mayor que las mujeres (14/1 000 frente a 12/1 000). Asimismo las mayores tasas están en las madres más jóvenes (20 a 29 años). Cuando se observa la distribución por orden de nacimiento, en las mujeres que tienen más hijos, la tasa es mayor. Así, cuando la mujer tiene solo un hijo, la tasa es 9/1 000, mientras que cuando tiene siete o más, esta sube a 21/1 000. Finalmente, cuando se desglosa por intervalo previo, la tasa más alta está en el grupo de menores de dos años (Anexo 11.4). Al desglosar los indicadores por características del embarazo y el parto (Cuadro 11.6 y Anexo 11.5), se puede establecer que la mayor tasa de mortalidad infantil y mortalidad de menores de cinco años se da en el control prenatal durante el período del embarazo, del 2.° y 3.er trimestres.

Por prematuridad, aquellos que fueron prematuros son los que presentan las tasas más altas tanto para la mortalidad infantil, como para la mortalidad de menores de cinco años, así como en relación al tamaño al nacer. Aquellos más pequeños son los que presentan las tasas más altas (Cuadro 11.6).

El Cuadro 11.7, en donde se reporta la mortalidad

Cuadro 11.7 **Mortalidad infantil, neonatal, postneonatal y en menores de cinco años, por provincia. ENSANUT-ECU 2012 (período 2002-2012)**

Características seleccionadas	Infantil	Neonatal	Postneonatal	En menores de 5 años	N.° de nacimientos
Total	14	8	5	17	20 935
Provincia					
Azuay	18	9	9	19	739
Bolívar	18	9	10	24	815
Cañar	35	20	15	35	591
Carchi	62	40	22	62	886
Cotopaxi	14	2	12	18	751
Chimborazo	19	14	6	23	789
El Oro	13	11	2	13	603
Esmeraldas	20	12	8	20	940
Guayas	6	6	0	8	465
Imbabura	8	4	4	13	975
Loja	20	7	12	24	855
Los Ríos	13	9	4	19	683
Manabí	16	12	4	18	590
Morona Santiago	18	6	12	21	1 071
Napo	16	12	4	20	1 164
Pastaza	13	7	6	16	938
Pichincha	16	11	5	32	356
Tungurahua	13	9	3	13	649
Zamora Chinchipe	7	4	3	9	822
Galápagos	21	19	2	22	525
Sucumbíos	9	8	2	14	998
Orellana	15	10	5	22	1 188
Santo Domingo de los Tsáchilas	13	11	2	15	993
Santa Elena	20	7	13	25	782
Quito	6	3	2	8	1 038
Guayaquil	13	9	5	15	729

Mortalidad infantil. Muertes antes de cumplir 1 año por cada 1 000 nacidos vivos.
Mortalidad neonatal. Muertes antes de cumplir 29 días por cada 1 000 nacidos vivos.
Mortalidad postneonatal. Muertes después de 28 días y antes de cumplir un año por cada 1 000 nacidos vivos.
Mortalidad en menores de 5 años. Muertes antes de cumplir 5 años por cada 1 000 nacidos vivos.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 11.8 **Mortalidad perinatal por área, nivel de instrucción y edad de la madre al nacimiento. ENSANUT-ECU 2012**

Características seleccionadas	Total perinatal **	Nació muerto	Murió entre 0-7 días de edad	N.º de partos
Total	16	10	6	11 198
Área				
Urbano	16	10	5	6 324
Rural	17	10	7	4 874
Nivel de instrucción				
Ninguno	*	*	*	213
Primaria	17	11	7	4 196
Secundaria	18	12	6	5 153
Superior	12	7	4	1 636
Edad de la madre al nacimiento				
< 20	16	12	4	2 344
20-29	14	7	7	5 735
30-39	17	13	5	2 768
40-49	36	36	1	351

*Bajo número de casos para calcular el indicador.
**Número de nacidos muertos y muertes en los primeros 7 días de vida del recién nacidos por cada 1 000 nacidos vivos en un año determinado.
Fuente: ENDEMAIN 2004. CEPAR; ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC
Elaboración: Freire WB. *et al.*

infantil a nivel provincial, debe analizarse con cautela debido a que el número de niños por provincia es muy pequeño. Sin embargo, es importante mencionar que la provincia de Carchi presenta las tasas más altas de mortalidad infantil, neonatal, postneonatal y de menores de cinco años, mientras que Guayas, Imbabura, Zamora Chinchipe y Quito, presentan las tasas más bajas (Anexo 11.6).

11.3.3 Mortalidad perinatal

En el Cuadro 11.8 y el Anexo 11.7 se presenta la mortalidad perinatal. A nivel nacional, la tasa es de 16 por cada 1 000 nacidos vivos, tasa que es 12 puntos menos que la estimada en el 2004 (28/1 000). Al observar los datos por área, la diferencia es mínima entre ambas. Sin embargo, cuando se desglosa por nivel de instrucción de la madre, aquellas que alcanzaron el nivel superior presentan las tasas más bajas (12/1 000).

Al desglosar la mortalidad por nacidos muertos y aquellos que murieron en los primeros siete días, se determina que, al nivel nacional, un 62.5 % representa los nacidos muertos (10/ 1 000). La tasa de mortalidad neonatal temprana de 6/1 000 (0-7 días) representa el 85.7 % de la tasa de mortalidad neonatal a nivel nacional (7/1 000), lo que indica la importancia de la mortalidad neonatal temprana en la mortalidad infantil, tasa que es mayor a la de 2004 (76.5 %) (CEPAR, 2005).

Cuadro 11.9 **Porcentaje de muertes inscritas en el Registro Civil por edad al morir el niño o la niña (muertes entre julio 2007 y junio 2012). ENSANUT-ECU 2012**

Edad al morir	Fue inscrita la muerte		Total	
	n	%	n	%
0-7 días	10	59	25	100
8-28 días	*	*	*	*
1-11 meses	27	72	37	100
12-59 meses	*	*	*	*
Total	44	72	70	100

*Menos de 25 casos.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 11.10 **Porcentaje de nacimientos inscritos en el Registro Civil por sobrevivencia del del niño o la niña. ENSANUT-ECU 2012**

Sobrevivencia	El nacimiento fue inscrito		Total	
	n	%	n	%
Vivo	9 035	92	9 708	100
Muerto	40	58	70	100
Total inscrito	9 075	92	9 778	100

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

11.3.4 Registro de las muertes

El Cuadro 11.9 presenta el porcentaje de muertes de niños y niñas menores de cinco años, que las madres reportaron como registradas (Anexo 11.8). En total, las madres reportaron que el 72 % de las muertes fue registrado, cifra que desciende al 59 % cuando los niños murieron en los primeros 7 días. Si bien el total de muertes registradas es superior a lo reportado en la ENDEMAIN 2004 (68 %), esto indica que todavía persiste el subregistro (CEPAR, 2005).

El Cuadro 11.10 presenta el porcentaje de nacimientos inscritos en el Registro Civil por sobrevivencia del niño o la niña (Anexo 11.9). De este cuadro se desprende que el 92 % de los sobrevivientes fue registrado. Sin embargo, cuando se trata de los muertos, el porcentaje desciende a 58 %. Si bien estas cifras son superiores a las de la ENDEMAIN, 2004 (84.9% y 39.9 % respectivamente), existe todavía una proporción de niños que no son registrados, sobre todo, de los niños muertos (CEPAR, 2005).

11.4 BIBLIOGRAFÍA

CEPAR. (2005). *Endemain 2004: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil*. Ecuador: Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social (CEPAR).

WHO. (2014). *Global Reference List of 100 Core Health Indicators*. Geneva: World Health Organization (WHO).

Rutstein, S. O. and Rojas, G. (2006). *Guide to DHS Statistics*. Demographic and Health Surveys, Calverton, MD: ORC Macro.

UN IGME. (2014). *Levels and trends in child mortality: report 2014*. New York: UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME).



CAPÍTULO XII SALUD DEL NIÑO Y LA NIÑA

Fotografía:
UNICEF /ECUADOR /2011/ 0193 /Corral

CONTENIDO

12.1 INTRODUCCIÓN....223
12.2 METODOLOGÍA....223
12.3 RESULTADOS....224
12.3.1 Toma de peso del niño (a)....224
12.3.2 Inscripción de los nacimientos....225
12.3.3 Control del recién nacido(a)....227
12.3.4 Prevalencia y tratamiento de la diarrea....232
12.3.5 Prevalencia y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas (IRA)....243
12.3.6 Tenencia y uso del carné de salud infantil....251
12.3.7 Inmunización completa por tipo de vacuna....253
12.3.8 Participación del padre en asuntos relacionados con la salud del niño (a)....258
12.4 BIBLIOGRAFÍA....263

12.1 INTRODUCCIÓN

Durante las últimas dos décadas, la mortalidad global en niños menores de 5 años ha disminuido considerablemente: de más de 12 millones de muertes en 1990, a 6.9 millones en 2011. A escala mundial, la neumonía, la malaria, la diarrea y el sarampión, todas enfermedades fácilmente prevenibles, son causa del 48 % de las muertes en niños menores de 5 años (Bhutta *et al.*, 2013).

Varias intervenciones han demostrado ser efectivas para abordar eficazmente estas enfermedades, entre las que se encuentran la promoción de la lactancia materna, las inmunizaciones y el mejoramiento de la calidad de agua y el saneamiento (Chopra *et al.*, 2013).

En Ecuador, a pesar de que la mayoría de estas intervenciones se están implementado como parte del sistema de salud, su cobertura y disponibilidad a las poblaciones más pobres y marginadas del país han sido históricamente limitadas.

Este capítulo presenta los resultados de las preguntas formuladas a las madres, respecto de la salud de sus hijos e hijas nacidos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta (período de julio 2007 a junio 2012). El capítulo analiza los factores que influyen de forma directa o indirecta en la salud del niño, con el objetivo de identificar la población y/o las intervenciones que requieren mayor atención por parte del estado y los logros alcanzados durante los últimos años.

El capítulo se divide en ocho secciones. La primera sección describe la toma del peso al nacer y el peso al nacer de la población infantil ecuatoriana. La segunda analiza la inscripción de los nacimientos en el Registro Civil. La tercera presenta indicadores relacionados con el control del recién nacido. La cuarta y quinta secciones presentan datos relacionados con las enfermedades que más afectan a la infancia: diarrea e infecciones respiratorias agudas. La sexta sección describe la tenencia y el uso del carné de salud infantil. La séptima sección describe la cobertura de las diferentes vacunas. Finalmente, en la octava sección se analiza la participación del padre en asuntos relacionados con la salud del niño o la niña.

El texto, los cuadros y los gráficos del presente capítulo exponen la información de manera resumida. Para el lector que desee hacer un análisis a profundidad, el disco compacto que acompaña este informe contiene anexos con información detallada sobre la población muestral (n), la población expandida (N) y los intervalos de confianza (IC 95 %).

12.2 METODOLOGÍA

Para el presente capítulo se empleó la información del Formulario 4: *Salud de la niñez de 0 años a menores de 5 años;* Sección IV: *Atención al recién nacido*, preguntas 4 y 5; Sección VI: *Control del niño*; Sección VII: *Enfermedad diarreica aguda* (EDA); Sección VIII: *Infección respiratoria aguda* (IRA); Sección IX: *Uso de carné*; Sección X:

Cuadro 12.1 **Organización del capítulo y grupos poblacionales de estudio en cada sección**

Secciones	Grupos poblacionales		
	Nacidos vivos entre julio 2007 y junio 2012		
	Niños (as) menores de cinco años de edad	Niños (as) de 12 a 23 meses de edad	Niños (as) de 12 a 59 meses de edad
Toma de peso al nacer y prevalencia de bajo peso al nacer	X		
Inscripción de los nacimientos	X		
Control del recién nacido	X		
Prevalencia y tratamiento de la diarrea	X		
Prevalencia y tratamiento de las infecciones respiratorias	X		
Tenencia y uso del carné de salud infantil	X		
Inmunización		X	X
Participación del padre en asuntos relacionados con la salud del niño (a)	X		

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Inmunizaciones; y Sección XI: *Participación del padre* (Anexo C). La organización del capítulo y el grupo poblacional de estudio en cada sección se presenta en el Cuadro 12.1.

12.3 RESULTADOS

12.3.1 Toma de peso del niño (a)

El peso al nacer es el determinante más importante de las posibilidades de que un recién nacido experimente un crecimiento y un desarrollo satisfactorios (McCormick, 1985). Por tal motivo, la toma del peso del recién nacido es de vital importancia, ya que los niños (as) que nacen con un bajo peso al nacer (menos de 2 500 gramos) presentan un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad infantil (McCormick MC, 1985).

En este contexto, se preguntó a las madres de los niños (as) nacidos vivos (NV) entre julio 2007 y junio 2012 si se tomó el peso del recién nacido al momento del nacimiento o dentro de los primeros siete días después del parto.

Adicionalmente, se registró el peso al nacer de aquellos niños (as) cuyo peso al momento del nacimiento fue registrado en el carné de salud infantil. Los resultados de esta sección se presentan en los Cuadros 12.2-12.4 y Anexos 12.1-12.3b.

El Cuadro 12.2 y el Anexo 12.1 muestran la proporción de niños a quienes, según las madres, sí se les tomó el peso al nacer o en los primeros siete días después del nacimiento a nivel nacional, por área, grupo étnico y subregión. La toma del peso al nacer o en los primeros siete días después del nacimiento fue de 89 % a nivel nacional, de acuerdo con el reporte de la madre. Este valor presenta un incremento de aproximadamente 9 puntos porcentuales respecto de la ENDEMAIN 2004 (80.6 %).

Por otro lado, se observa que la toma del peso al nacer es una práctica que se realiza con mayor frecuencia en el área urbana respecto del área rural (93.4 % frente a 79.2 %). Además, al analizar los datos por grupo étnico se evidencia que los indígenas registran el peso al nacer en

Cuadro 12.2 **Toma del peso del niño (a) al nacer o en los primeros siete días, a escala nacional, área, grupo étnico y subregión. NV de julio 2007 a junio 2012**

Características seleccionadas	Toma de peso		Total	
	Sí	No		
	%	%	%	n
Total	89.0	11.0	100	9 671
Área				
Urbano	93.4	6.6	100	5 472
Rural	79.2	20.8	100	4 199
Grupo étnico				
Indígena	59.7	40.3	100	1 591
Afroecuatoriano	89.7	10.3	100	437
Montuvio	88.0	12.0	100	257
Mestizo, blanco y otro	92.5	7.5	100	7 386
Subregión				
Sierra urbana	93.9	6.1	100	2 017
Sierra rural	75.8	24.2	100	1 735
Costa urbana	91.2	8.8	100	1 277
Costa rural	87.1	12.9	100	593
Amazonía urbana	89.3	10.7	100	1 268
Amazonía rural	74.0	26.0	100	1 759
Galápagos	99.7	0.3	100	230
Quito	94.4	5.6	100	498
Guayaquil	95.0	5.0	100	294

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

menor proporción (59.7 %), que otros grupos étnicos. Adicionalmente, los datos por subregión muestran que la toma del peso al nacer es considerablemente más baja en la Amazonía rural (74 %) y en la Sierra rural (75.8 %), respecto de las demás subregiones del país (Cuadro 12.2 y Anexo 12.1).

El Gráfico 12.1 y el Anexo 12.2 muestran la proporción de toma del peso del niño (a) al nacer por quintil económico y nivel de educación de la madre. De este gráfico y este anexo se desprende que la toma del peso al nacer incrementa a medida que el quintil económico mejora (Q1: 76.6 % frente a Q 5:96.6 %). Esta tendencia se mantiene al desagregar los datos por nivel de educación de la madre, en donde se evidencia que la toma de peso al nacer es más alta entre hijos (as) de mujeres con mayor nivel de educación (Anexo 12.2).

Peso al nacer

El Anexo 12.3b y el Cuadro 12.3 muestra la prevalencia de bajo peso al nacer (< 2 500 g) de los NV de julio 2007 a junio 2012 registrado en carné de salud infantil, desagregado por características seleccionadas. De este cuadro y este anexo se desprende que a escala nacional, la prevalencia de bajo peso al nacer (< 2 500 gramos) es de 6.8 %. Al analizar los datos por área de residencia se observa que la prevalencia de bajo peso al nacer es ligeramente más alta en el área rural (7.0 %), respecto del área urbana (6.2 %).Por otro lado, cuando el análisis se realiza por grupo étnico, se evidencia que los afroecuatorianos son los más afectados por el bajo peso al nacer (10.2 %), en comparación con indígenas (8.7 %), montuvios (8.3 %) y mestizos, blancos y otros (6.5 %). En lo que respecta a la subregión, se observa que la Sierra rural (8.8 %) y la Sierra urbana (8.2 %), son las subregiones del país que presentan las prevalencias más altas de bajo peso al nacer (Cuadro 12.3).

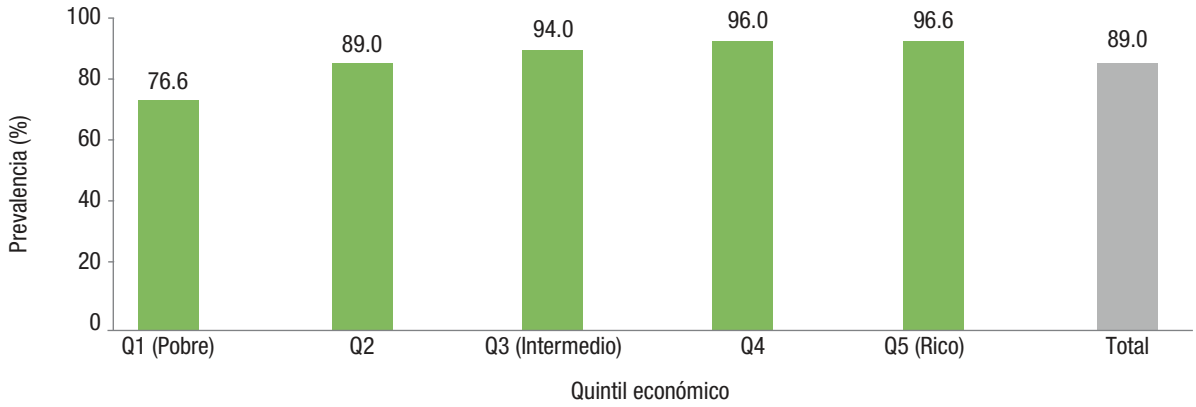
El Cuadro 12.4 y el Anexo 12.3b muestra el peso del niño (a) al nacer por nivel de educación de la madre y quintil económico del hogar. Cuando el análisis se efectúa por nivel de educación de la madre, llama la atención que la prevalencia de bajo peso al nacer (< 2500 g) es menor entre hijos (as) de mujeres sin estudios (1.3 %), respecto mujeres con mayor nivel educativo. Sin embargo, esta diferencia se podría deber al poco tamaño de muestra en dicha categoría de análisis (n=53), por lo que los hallazgos deben ser interpretados con cautela.

Por otro lado, al desagregar los datos por quintil económico no se observa una tendencia clara respecto de la prevalencia de bajo peso al nacer. Así, la prevalencia de bajo peso al nacer en el quintil más pobre difiere en apenas 0.3 puntos porcentuales respecto del quintil de mayores ingresos económicos (7.5 % frente a 7.8 %) (Cuadro 12.4).

El Gráfico 12.2 y el Anexo 12.3b muestra la prevalencia de bajo peso al nacer por provincia. De este Gráfico y este Anexo se desprende que las provincias que registran las prevalencias más altas de bajo peso al nacer son Bolívar (15.8 %), Pichincha (15.3 %) y Tungurahua (10.4 %).

12.3.2 Inscripción de los nacimientos

Gráfico 12.1 **Toma del peso del niño (a) al nacer o en los primeros siete días, por quintil económico. NV de julio 2007 a junio 2012**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 12.3 **Peso del niño (a) al nacer, a escala nacional, por área, grupo étnico y subregión. NV de julio 2007 a junio 2012**

Características seleccionadas	Peso del niño (a) al nacer		Total	
	< 2500 g	≥ 2500 g		
	%	%	%	n
Total	6.8	93.2	100	4 510
Área				
Urbana	6.2	93.8	100	1 692
Rural	7.0	93.0	100	2 818
Grupo étnico				
Indígena	8.7	91.3	100	517
Afroecuatoriano	10.2	89.8	100	179
Montuvio	8.3	91.7	100	104
Mestizo, blanco y otro	6.5	93.5	100	3 710
Subregión				
Sierra urbana	8.2	91.8	100	1 153
Sierra rural	8.8	91.2	100	757
Costa urbana	5.9	94.1	100	493
Costa rural	3.0	97.0	100	214
Amazonía urbana	3.5	96.5	100	574
Amazonía rural	4.5	95.5	100	647
Galápagos	6.4	93.6	100	158
Quito	7.3	92.7	100	346
Guayaquil	6.2	93.8	100	168

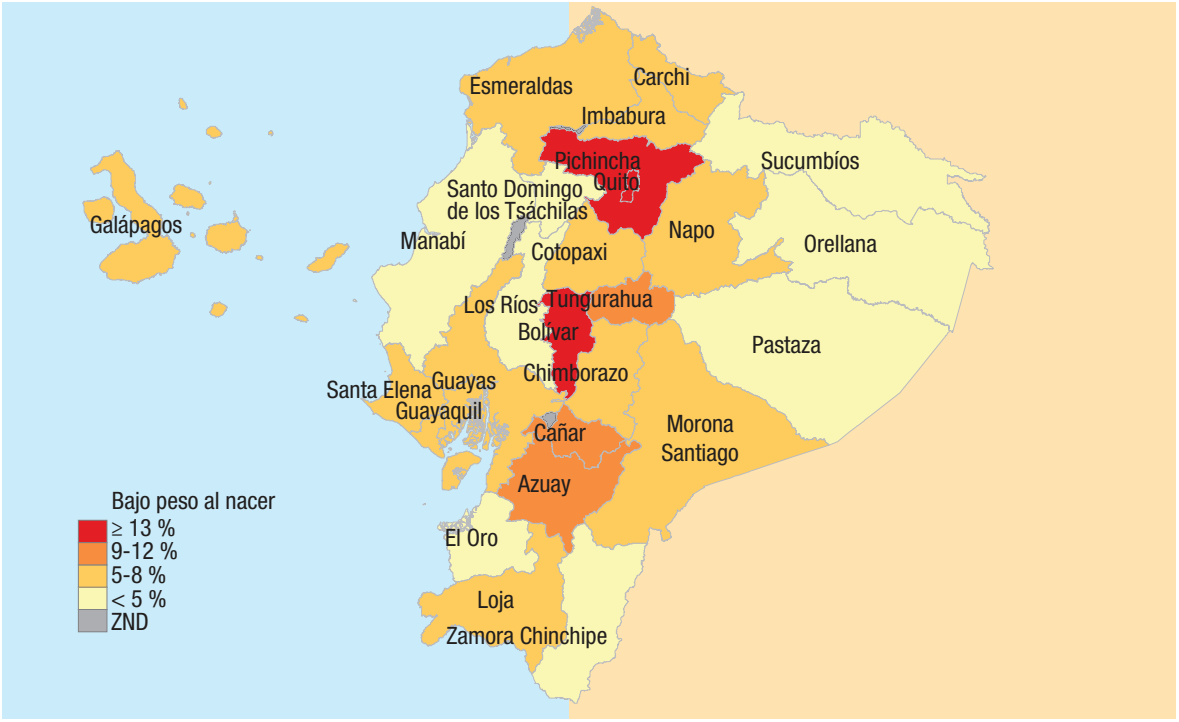
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 12.4 **Peso del niño (a) al nacer por nivel de educación de la madre y quintil económico. NV de julio 2007 a junio 2012**

Características seleccionadas	Peso del niño (a) al nacer		Total	
	< 2500 g	≥ 2500 g		
	%	%	%	n
Nivel de educación de la madre				
Ninguno	1.3	98.7	100	57
Primaria incompleta	6.1	93.9	100	317
Primaria completa	4.7	95.3	100	1 117
Secundaria incompleta	9.4	90.6	100	1 162
Secundaria completa	6.8	93.2	100	1 089
Superior/posgrado	7.3	92.7	100	768
Quintil económico				
Q1(Pobre)	7.5	92.5	100	1 163
Q2	4.8	95.2	100	1 129
Q3(Intermedio)	6.3	93.7	100	922
Q4	8.1	91.9	100	749
Q5(Rico)	7.8	92.2	100	547
Total	6.8	93.2	100	4 510

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 12.2 **Prevalencia de bajo peso al nacer (< 2 500 g), por provincias. NV de julio 2007 a junio 2012**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

De los nacimientos ocurridos entre julio de 2007 y junio de 2012, se preguntó a las madres si después del nacimiento habían inscrito a su hijo (a) en el Registro Civil. Los resultados de esta sección se presentan en los Cuadros 12.5-12.6, y Anexos 12.4-12.6. Se observa del Cuadro 12.5 y el Anexo 12.4 que el 92.1 % de las madres reportaron haber inscrito a su hijo (a) en el Registro Civil.

En la ENDEMAIN 2004 el porcentaje de inscripción reportado fue de 84.9 %, con lo cual se evidencia un incremento de 7.2 puntos porcentuales en la inscripción de nacimientos en el transcurso de 8 años. Al desagregar los datos por área de residencia, se observa que la inscripción de nacimientos es ligeramente mayor en el área rural (93.2 %), respecto del área urbana (91.6 %). Por otro lado, con respecto del grupo étnico, el Cuadro 12.5 y el Anexo 12.4 muestra que los afroecuatorianos y montuvios registran los porcentajes más bajos de inscripción de nacimientos (79.3 % y 89.2 % respectivamente), en comparación con indígenas (92.1 %), y mestizos, blancos y otros (93.0 %).

El Gráfico 12.3 y el Anexo 12.4 muestran la inscripción de nacimientos desagregado por provincia. De este Gráfico y este Anexo se desprende que las provincias de Esmeraldas, Los Ríos y Zamora Chinchipe presentan los porcentajes más bajos de inscripción de nacimientos del país (80.9 %, 89.1 %, 88.9 %, respectivamente).

Al desagregar los datos por quintil económico se observa del Anexo 12.5 que la inscripción de nacimientos es menor en el quintil más pobre (89.6%), y difiere en 5.9 puntos porcentuales respecto del quintil de mayores ingresos económicos (95.5 %). Al comparar estos resultados con los obtenidos en la ENDEMAIN 2004 se evidencia que en la población perteneciente al quintil más pobre ha habido un aumento de la inscripción de nacimientos de 10.6 puntos porcentuales, pasando de 79 % en 2004 a 89.6 % en 2012.

Adicionalmente, en el Anexo 12.6 se evidencia que la inscripción de los nacimientos es menor entre mujeres que tienen menos de 20 años al momento del parto (89.6 %), respecto de mujeres de mayor edad. Adicionalmente, se observa que la inscripción de nacimientos no varía de forma importante ni por el sexo del niño (a), ni por orden de nacimiento.

12.3.3 Control del recién nacido(a)

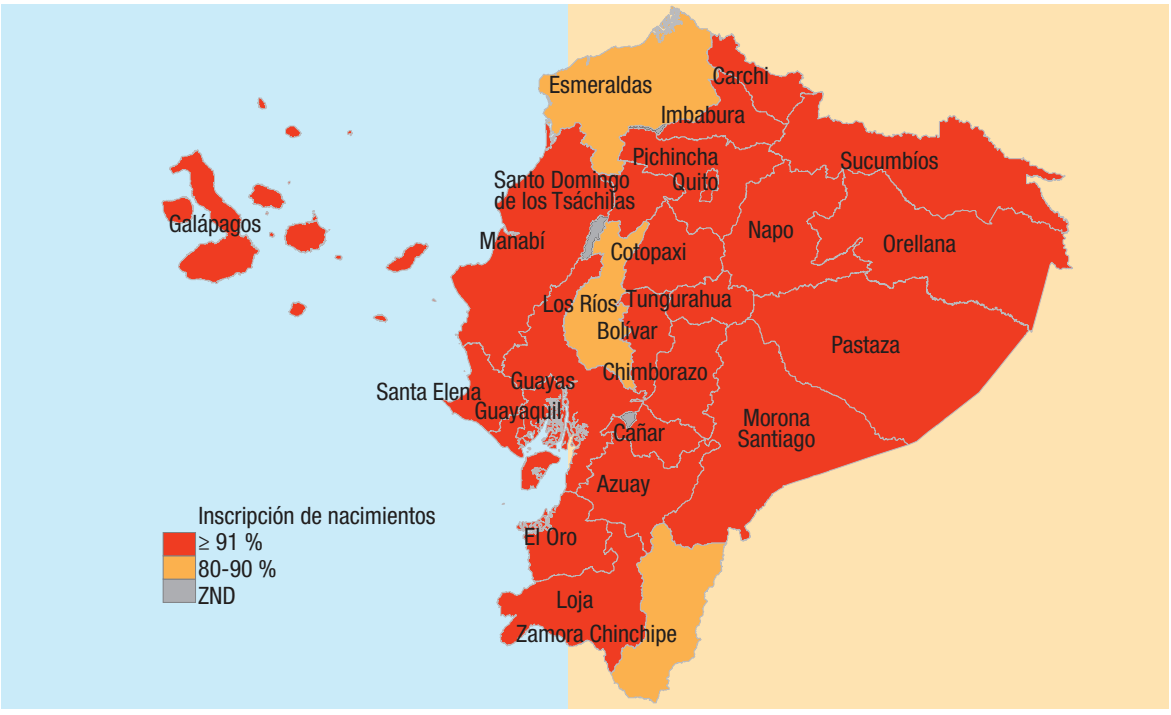
El control del recién nacido(a) es la oportunidad para monitorear que el niño (a), particularmente durante los primeros dos años de vida, se encuentre ganando un peso apropiado para su

Cuadro 12.5 **Inscripción de los nacimientos en el Registro Civil a escala nacional, por área, grupo étnico y subregión. NV de julio 2007 a junio 2012**

Características seleccionadas	Inscripción de nacimientos en el registro civil			Total	
	Sí	No	No sabe		
	%	%	%	%	n
Total	92.1	7.8	0.1	100	9 671
Área					
Urbana	91.6	8.3	0.1	100	5 472
Rural	93.2	6.7	0.2	100	4 199
Grupo étnico					
Indígena	92.1	7.9	0.0	100	1 591
Afroecuatoriano	79.3	20.7	0.0	100	437
Montuvio	89.2	10.8	0.0	100	257
Mestizos, blancos y otros	93.0	6.9	0.1	100	7 386
Subregión					
Sierra urbana	93.3	6.7	0.0	100	2 017
Sierra rural	94.0	5.7	0.3	100	1 735
Costa urbana	91.2	8.8	0.0	100	1 277
Costa rural	93.2	6.8	0.0	100	593
Amazonía urbana	92.1	7.9	0.0	100	1 268
Amazonía rural	91.5	8.5	0.0	100	1 759
Galápagos	95.2	4.8	0.0	100	230
Quito	94.6	5.2	0.2	100	498
Guayaquil	86.1	13.9	0.0	100	294

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 12.3 **Prevalencia de inscripción de nacimientos, por provincia. NV de julio 2007 a junio 2012**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 12.6 **Concurrencia al primer control de salud a escala nacional, por área, grupo étnico y subregión. NV de julio 2007 a junio 2012**

Características seleccionadas	Concurrencia al primer control de salud		Total	
	Sí	No		
	%	%	%	n
Total	97.7	2.3	100	9 671
Área				
Urbana	98.0	2.0	100	5 472
Rural	97.1	2.9	100	4 199
Grupo étnico				
Indígena	95.5	4.5	100	1 591
Afroecuatoriano	98.1	1.9	100	437
Montuvio	94.9	5.1	100	257
Mestizos, blancos y otros	98.1	1.9	100	7 386
Subregión				
Sierra urbana	97.9	2.1	100	2 017
Sierra rural	97.3	2.7	100	1 735
Costa urbana	98.8	1.2	100	1 277
Costa rural	96.1	3.9	100	593
Amazonía urbana	98.9	1.1	100	1 268
Amazonía rural	98.2	1.8	100	1 759
Galápagos	99.8	0.2	100	230
Quito	97.1	2.9	100	498
Guayaquil	97.4	2.6	100	294

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

edad, y esté creciendo adecuadamente (OMS, 2008). Además, los controles del recién nacido permiten asegurar que la madre del niño (a) reciba consejería a fin de promover prácticas adecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria, así como la administración de vacunas, suplementación con micronutrientes, y prevención de enfermedades comunes como la diarrea y las infecciones respiratorias agudas (IRA). Según las normas del MSP, el primer control se debe realizar durante el transcurso del primer mes de vida y mantenerse periódicamente hasta cumplir 5 años de edad. Los resultados de esta sección se describen en los Cuadros 12.6-12.11 y Anexos 12.7-12.12.

El Cuadro 12.6 y el Anexo 12.7 muestran la concurrencia al primer control de salud del recién nacido (a) de acuerdo a características seleccionadas. El 97.7 % de los niños a escala nacional recibieron por lo menos un control médico después del nacimiento. Además, se observan porcentajes de concurrencia al primer control de salud, superiores al 95 % en todas las categorías de análisis.

El Cuadro 12.7 y el Anexo 12.7 muestran la condición del salud al primer control del recién nacido(a) a escala nacional, por área de residencia y grupo étnico. La proporción de niños sanos al momento de la visita es de 90.8 % a escala nacional y se ubica 15.3 puntos porcentuales por encima de la reportada por la ENDEMAIN 2004 (75.5 %). Estos datos permiten inferir que para el 2012, hubo un incremento sustancial en el control del niño sano, en comparación con el 2004. Por otro lado, al desglosar los datos por grupo étnico, se observa que la proporción de niños sanos que acudieron al control al momento de la visita es menor en población indígena (89 %) y montuvia (86.8 %), respecto de las demás grupos étnicos (Cuadro 12.7).

El Cuadro 12.8 y el Anexo 12.7 muestran la edad al primer control del recién nacido a escala nacional, por área y grupo étnico. El 90.7 % de los niños (as) a escala nacional tuvieron su primer control en el transcurso del primer mes de edad. Al comparar estos resultados con los obtenidos por la ENDEMAIN 2004 se observa un incremento de 11.3 puntos porcentuales en la concurrencia al

Cuadro 12.7 **Condición de salud al primer control del recién nacido (a), a escala nacional por área y grupo étnico. NV de julio 2007 a junio 2012**

Características seleccionadas	Condición de salud del recién nacido al primer control				Subtotal Sítuvo control	Total	
	Estaba enfermo	Para control niño sano	NS/NR	No tuvo control			
	%	%	%	%	%	%	n
Total	6.8	90.8	0.1	2.3	97.7	100	9 671
Área							
Urbana	7.4	90.5	0.1	2.0	98.0	100	5 472
Rural	5.4	91.5	0.2	2.9	97.1	100	4 199
Grupo étnico							
Indígena	5.7	89.0	0.7	4.5	95.5	100	1 591
Afroecuatoriano	4.8	93.3	0	1.9	98.1	100	437
Montuvio	8.1	86.8	0	5.1	94.9	100	257
Mestizos, blancos y otros	6.9	91.1	0.1	1.9	98.1	100	7 386

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

primer control durante el primer mes de vida en el transcurso de 8 años (ENDEMAIN 2004: 79.4 %).

Por otro lado, al analizar los datos por área de residencia se observa que la proporción de niños(as) que durante el primer mes recibieron su primer control es menor en el área rural (87.9 %), respecto del área urbana (91.9 %) (Cuadro 12.8), al igual que los montuvios e indígenas, con relación a los otros grupos étnicos.
El Cuadro 12.9 y el Anexo 12.8 muestran la edad al primer control del recién nacido(a) por nivel de instrucción de la madre y quintil económico. Se observa que el control del recién nacido en el transcurso del primer mes de vida aumenta a medida que el nivel de instrucción de la madre, y el quintil económico del hogar incrementan.

12.3.3.1. Lugar de atención al primer control del recién nacido

El Cuadro 12.10 y el Anexo 12.10 muestran el lugar de atención al primer control del recién nacido(a) a escala nacional, por área, grupo étnico y subregión. A escala nacional, el primer control se efectúa en mayor proporción en las instalaciones del Ministerio de Salud Pública (MSP) (79.1 %), seguido de las clínicas y consultorios privados

Cuadro 12.8 **Edad al primer control del recién nacido(a) a escala nacional, por área y grupo étnico. NV de julio 2007 a junio 2012**

Características seleccionadas	Edad al primer control (meses)						Subtotal sí tuvo control	Total	
	< 1	1	2	3	NS/NR	No tuvo control			
	%	%	%	%	%	%	%	%	n
Total	46.9	43.8	4.0	2.2	0.7	2.3	97.7	100	9 671
Área									
Urbana	49.8	42.1	3.2	2.0	0.8	2.0	98.0	100	5 472
Rural	40.3	47.6	5.8	2.9	0.5	2.9	97.1	100	4 199
Grupo étnico									
Indígena	34.5	51.4	5.0	3.7	0.8	4.5	95.5	100	1 591
Afroecuatoriano	50.0	35.6	3.9	4.2	4.4	1.9	98.1	100	437
Montuvio	55.9	31.9	5.1	2.0	0.0	5.1	94.9	100	257
Mestizos,blancos y otros	47.6	44.1	3.9	1.9	0.5	1.9	98.1	100	7 386

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 12.9 **Edad al primer control del recién nacido (a), por nivel de instrucción de la madre y quintil económico. NV de julio 2007 a junio 2012**

Características seleccionadas	Edad al primer control						Subtotal Sí tuvo control	Total	
	< 1	1	2	3	NS/NR	No tuvo control			
	%	%	%	%	%	%	%	%	n
Nivel de instrucción de la madre									
Ninguno	31.1	49.7	4.8	5.6	0.9	7.9	92.1	100	172
Primaria incompleta	36.2	48.6	6.3	3.2	2.5	3.2	96.8	100	888
Primaria completa	42.0	47.1	4.9	2.6	0.5	2.9	97.1	100	2 685
Secundaria incompleta	49.1	43.0	3.9	2.1	0.4	1.5	98.5	100	2 464
Secundaria completa	50.0	42.0	3.7	1.7	0.6	1.9	98.1	100	2 030
Superior/posgrado	59.0	37.2	1.6	0.9	0.4	0.9	99.1	100	1 432
Quintil económico									
Q1 (Pobre)	36.2	49.5	5.5	3.7	0.6	4.4	95.6	100	3 324
Q2	46.5	44.1	4.5	1.9	1.3	1.7	98.3	100	2 323
Q3 (Intermedio)	50.2	41.1	4.4	1.7	0.5	2.1	97.9	100	1 738
Q4	46.3	46.3	3.3	2.0	0.8	1.3	98.7	100	1 350
Q5(Rico)	63.6	33.2	1.1	1.2	0.0	1.0	99.0	100	936
Total	46.9	43.8	4.0	2.2	0.7	2.3	97.7	100	9 671

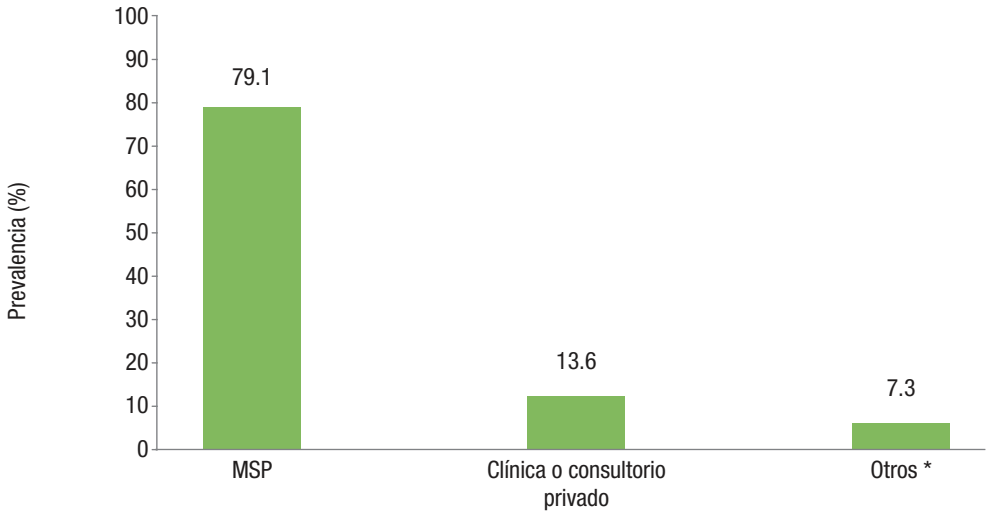
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

(13.6 %), en mucho menor proporción (Gráfico 12.5). La ENDEMAIN 2004 reporta que el 74.1 % de los controles se realizaron en el MSP, y el 17.4 % en clínicas o consultorios privados, lo cual muestra que ha habido un aumento de 5 puntos porcentuales en el uso de servicios de salud del MSP en el trascurso de 8 años.

Por otro lado, se puede apreciar que el uso de servicios del MSP para atención al primer control es menor en áreas urbanas (74.5 %), respecto de áreas rurales (89.4 %). Por el contrario, el uso de clínicas privadas es mayor en las áreas urbanas (16.5 %), en relación con las áreas rurales (7 %) (Cuadro 12.10); pero en ambos casos predomina el uso de servicios del MSP.

Al analizar los datos por subregión, se observa del Cuadro 12.10 y el Anexo 12.10 que el uso de

Gráfico 12.4 **Lugar de atención al primer control del recién nacido a escala nacional. NV de julio 2007 a junio 2012**



*IESS/SSC, Fundación ONG, parteras, junta de beneficencia, no sabe no responde.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 12.10 **Lugar de atención al primer control del recién nacido(a) a escala nacional, por área, grupo étnico y subregión. NV de julio 2007 a junio 2012**

Características seleccionadas	Lugar de atención al primer control del recién nacido							Total	
	MSP	IESS/SSC	Clínica-consultorio privado	Fundación-ONG	Consejo de salud-unidad de salud municipal	Otro*	No sabe-no responde		
	%	%	%	%	%	%	%	%	n
Total	79.1	2.7	13.6	1.7	1.2	1.7	0.0	100	9 504
Área									
Urbano	74.5	3.0	16.5	2.2	1.6	2.2	0.0	100	5 392
Rural	89.4	1.9	7.0	0.7	0.2	0.6	0.1	100	4 112
Grupo étnico									
Indígena	94.5	1.9	2.3	0.7	0.0	0.3	0.3	100	1 545
Afroecuatoriano	88.9	1.8	5.7	0.6	0.1	2.9	0.0	100	430
Montuvio	86.5	1.0	10.1	0.3	0.8	1.3	0.0	100	248
Mestizo, blanco y otro	76.3	2.9	15.5	2.0	1.4	1.8	0.0	100	7 281
Subregión									
Sierra urbana	77.6	2.5	15.9	1.7	1.2	1.2	0.0	100	1 986
Sierra rural	89.6	2.3	6.3	0.8	0.3	0.6	0.2	100	1 696
Costa urbana	77.7	1.3	19.5	0.4	0.4	0.7	0.0	100	1 263
Costa rural	87.7	1.0	9.4	1.1	0.0	0.8	0.0	100	575
Amazonía urbana	88.2	1.3	7.2	0.4	1.4	1.2	0.3	100	1 254
Amazonía rural	96.7	1.1	1.1	0.2	0.4	0.4	0.0	100	1 732
Galápagos	83.7	1.5	9.9	1.6	0.0	3.3	0.0	100	229
Quito	69.2	6.4	14.2	3.5	3.5	3.1	0.0	100	483
Guayaquil	69.6	2.7	18.3	3.8	1.3	4.3	0.0	100	286

*Incluye junta de beneficencia, fundación y partera
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

los servicios del MSP es más bajo en Guayaquil (68.6 %) y Quito (69.2 %), respecto del resto de subregiones del país. Por otro lado, se observa que la Sierra urbana, Costa urbana, Quito y Guayaquil presentan los porcentajes más altos de atención al primer control en clínicas y consultorios privados.

Al desagregar los datos por grupo étnico, se evidencia que los indígenas acuden en mayor proporción a instalaciones del MSP para atención al primer control del recién nacido (94.5 %), respecto de afroecuatorianos (88.9 %), montuvios (86.5 %), y mestizos, blancos y otros (76.3 %) (Cuadro 12.10).

El Cuadro 12.11 y el Anexo 12.11 muestran el lugar de atención al primer control del recién nacido por nivel de instrucción de la madre y quintil económico del hogar. La atención al primer control del recién nacido(a) en instituciones del MSP disminuye a medida que aumenta el nivel de instrucción de la madre, así como el quintil económico del hogar. Por el contrario, el uso de clínicas y consultorios privados aumenta conforme se incrementa el ingreso familiar, y el nivel de instrucción de la madre.

12.3.4 Prevalencia y tratamiento de la diarrea

A escala mundial, las enfermedades diarreicas son una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en niños menores de 5 años. Cada año se producen 2 000 millones de casos de enfermedad diarreica en todo el mundo, y aproximadamente un millón y medio de niños mueren por esta causa (WHO, 2009). Durante un episodio de diarrea, se pierde agua y electrolitos. Cuando estas pérdidas no se restituyen, se produce deshidratación, la cual constituye la amenaza más grave de las enfermedades diarreicas.

En países en desarrollo, por lo general, la diarrea se produce como consecuencia de la exposición

Cuadro 12.11 **Lugar de atención al primer control del recién nacido(a) por nivel de instrucción de la madre y quintil económico. NV de julio 2007 a junio 2012**

Características seleccionadas	Lugar de atención al primer control del recién nacido							Total	
	MSP	IESS/SSC	Clínica-consultorio privado	Fundación-ONG	Consejo de salud-unidad de salud municipal	Otro*	No sabe-no responde		
	%	%	%	%	%	%	%	%	n
Total	79.1	2.7	13.6	1.7	1.2	1.7	0.0	100	9 504
Nivel de educación de la madre									
Ninguno	96.3	0.0	2.9	0.0	0.0	0.0	0.8	100	162
Primaria incompleta	95.2	0.9	2.4	0.7	0.3	0.6	0.0	100	857
Primaria completa	89.9	2.1	5.6	1.1	0.3	0.9	0.0	100	2 624
Secundaria incompleta	81.6	1.6	12.2	0.8	1.8	2.0	0.0	100	2 436
Secundaria completa	75.5	2.5	16.3	2.4	1.7	1.6	0.0	100	2 002
Superior/posgrado	48.9	7.0	34.2	4.5	1.7	3.7	0.0	100	1 423
Quintil económico									
Q1 (Pobre)	94.6	0.9	3.3	0.3	0.2	0.6	0.1	100	3 232
Q2	89.7	0.6	7.5	0.9	0.3	1.0	0.0	100	2 297
Q3 (Intermedio)	83.2	1.6	11.8	1.7	0.3	1.5	0.0	100	1 711
Q4	67.8	4.1	20.8	1.5	3.4	2.5	0.0	100	1 336
Q5 (Rico)	42.7	9.0	35.4	6.0	2.6	4.3	0.0	100	928

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

a alimentos o agua contaminados. Así, una proporción significativa de las enfermedades diarreicas pueden prevenirse mediante el acceso al agua potable y a servicios adecuados de saneamiento (WHO, 2009).

Por otro lado, la diarrea es una de las principales causas de malnutrición en niños menores de cinco años. La malnutrición aguda o emaciación, y la enfermedad diarreica conforman un círculo vicioso: una enfermedad aumenta la probabilidad de la otra y su gravedad, y viceversa. Así, los niños que mueren por diarrea suelen padecer malnutrición subyacente, lo que les hace más vulnerables a presentar enfermedades diarreicas (Guerrant *et al.*, 2008).

12.3.4.1 Prevalencia de diarrea

Con el objetivo de medir la prevalencia de diarrea, se preguntó a la madre si el niño (a) había tenido algún episodio de diarrea en las dos semanas que precedieron la encuesta, entre los hijos e hijas actualmente vivos menores de 5 años de las mujeres entrevistadas. Los resultados de esta sección se presentan en el Cuadro 12.12 y Anexos 12.13-12.15.

El Cuadro 12.12 y el Anexo 12.13 muestran la prevalencia de diarrea entre los niños y niñas menores de cinco años, clasificada de acuerdo a los síntomas asociados a su gravedad, a escala nacional, por área, grupo étnico y subregión. A escala nacional el 11.8 % de los niños (as) menores de cinco años presentaron diarrea; de los cuales el 3 % tuvieron diarrea con deshidratación grave. Estas prevalencias son inferiores en 9.9 y 3.3 puntos porcentuales respectivamente, a las obtenidas en la ENDEMAIN 2004 (Diarrea: 21.7 % Diarrea con deshidratación grave: 6.3 %). Estos datos evidencian que la prevalencia de diarrea en niños menores de 5 años, ha disminuído en el período 2004-2012.

Al analizar los datos por área de residencia, se observa del Cuadro 12.12 y el Anexo 12.13 que la prevalencia de diarrea en niños (as) menores de 5 años es ligeramente mayor en el área rural (13 %), respecto del área urbana (11.3 %). Adicionalmente, se evidencia que la prevalencia de diarrea es más alta en la Amazonía urbana y rural, en comparación con el resto de subregiones del país. Así mismo, los datos por grupo étnico muestran que los indígenas y los afroecuatorianos

Cuadro 12.12 **Prevalencia de diarrea en las últimas dos semanas, clasificada de acuerdo a los síntomas asociados a su gravedad que fueron identificados por la madre, a escala nacional, por área, grupo étnico y subregión. NV de julio 2007 a junio 2012**

Características seleccionadas	Prevalencia de diarrea en las últimas dos semanas					Total	
	Sin deshidratación	Con deshidratación no grave	Con deshidrtación grave	No tuvo diarrea	Subtotal tuvo diarrea		
	%	%	%	%	%	%	n
Total	1.7	7.1	3	88.2	11.8	100	9 572
Área							
Urbano	1.7	6.8	2.8	88.7	11.3	100	5 416
Rural	1.9	7.7	3.4	87.0	13	100	4 156
Grupo étnico							
Indígena	1.8	7.5	5.4	85.3	14.7	100	1 573
Afroecuatoriano	0.9	10.5	3.5	85.2	14.9	100	431
Montuvio	0.7	6.2	2.3	90.8	9.2	100	254
Mestizo, blanco y otro	1.8	6.9	2.7	88.6	11.4	100	7 314
Subregión							
Sierra urbana	2.5	6.6	2.2	88.7	11.3	100	2 002
Sierra rural	2.1	7.2	2.4	88.2	11.7	100	1 720
Costa urbana	1.3	6.7	2.5	89.5	10.5	100	1 262
Costa rural	1.0	7.4	3.2	88.5	11.6	100	587
Amazonía urbana	3.4	10.5	3.5	82.6	17.4	100	1 249
Amazonía rural	2.7	9.6	5.9	81.8	18.2	100	1 737
Galápagos	2.9	6.9	0.4	89.9	10.2	100	229
Quito	2.2	5.7	3.3	88.8	11.2	100	494
Guayaquil	0.0	7.9	3.9	88.2	11.8	100	292

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

presentan las mayores tasas de diarrea (14.7 % y 14.9 % respectivamente), respecto de los demás grupos étnicos del país.

El Gráfico 12.5 y el Anexo 12.13 muestran la prevalencia de diarrea desagregada por provincia. Las tasas más altas de diarrea en niños menores de 5 años se registran en las provincias de Napo (21.5 %), Zamora Chinchipe (20.5 %), Orellana (18.2 %), Esmeraldas (18.2 %), Pastaza, (16.8 %), y Cotopaxi (16.7 %).

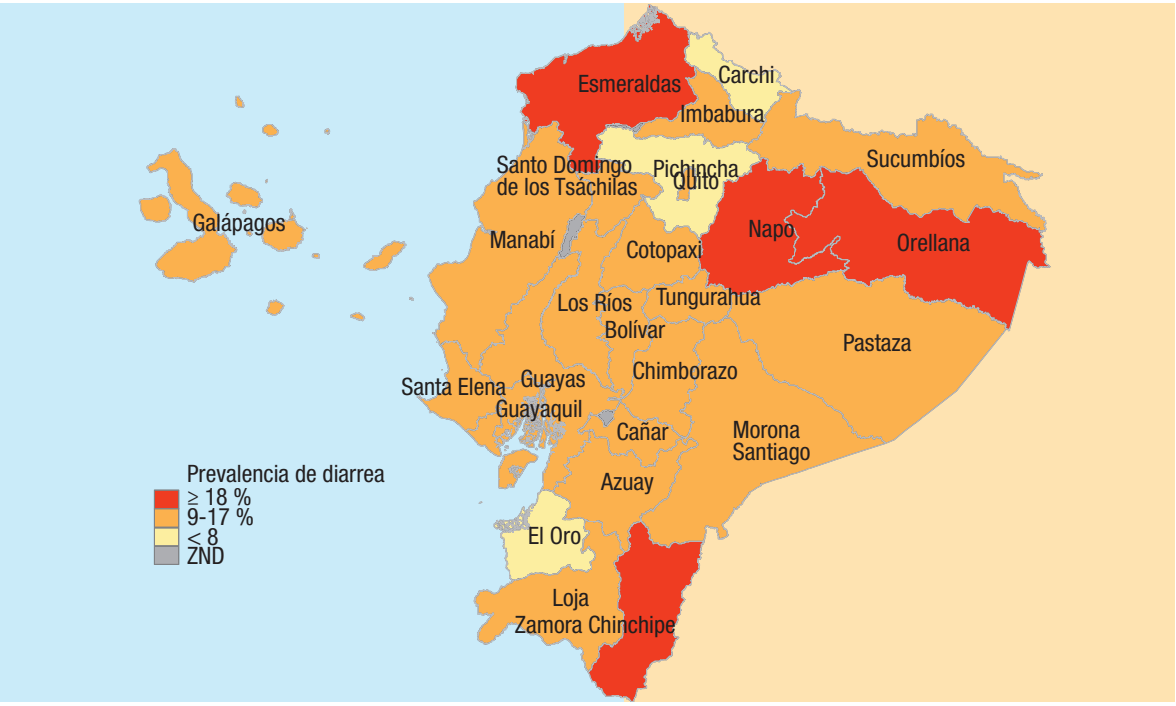
Con respecto de la prevalencia de diarrea desagregada por quintil económico, el Anexo 12.14 y el Gráfico 12.6 muestran diferencias importantes entre categorías de análisis. Así, la prevalencia de diarrea en niños (as) pertenecientes al quintil más pobre es 3.6 puntos porcentuales mayor respecto de niños (as) del quintil de mayores ingresos económicos (13.5 % y 9.9 %, respectivamente).

En lo que respecta a la prevalencia de diarrea desagregada por edad del niño se observa del Gráfico 12.7 y el Anexo 12.15 que la prevalencia de diarrea alcanza su valor máximo al alcanzar el año de vida (19.5 %) y luego decrece. Este comportamiento es similar al observado en la prevalencia de retardo en talla en niños ecuatorianos menores de 5 años, que alcanza su valor máximo al cumplir el año de vida (32.6%), con lo cual se evidencia la relación existente entre infección y desnutrición (Freire *et al.*, 2014) y además el período en que el niño se mueve con independencia.

12.3.4.2 Número promedio en días que duró la diarrea y número promedio de episodios de diarrea por día

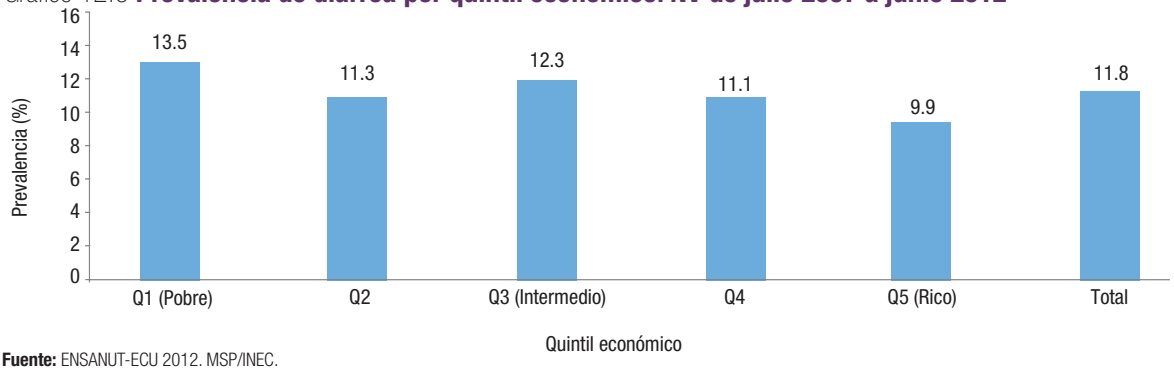
Los resultados de esta sección se presentan en los Cuadros 12.13 y 12.14 y Anexos 12.16-12.18. El Cuadro 12.13 y el Anexo 12.16 muestran el número promedio de días que duró la diarrea y el número promedio de episodios de diarrea

Gráfico 12.5 **Prevalencia de diarrea por provincia. NV de julio 2007 a junio 2012**



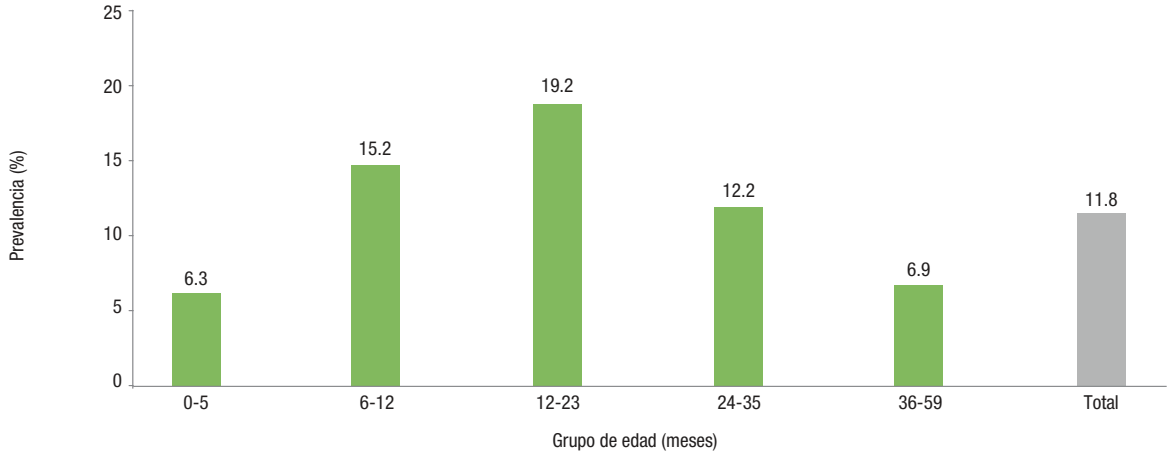
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 12.6 **Prevalencia de diarrea por quintil económico. NV de julio 2007 a junio 2012**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 12.7 **Prevalencia de diarrea por edad del niño (a). NV de julio 2007 a junio 2012**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 12.13 **Promedio de días que duró la diarrea y número promedio de episodios de diarrea por día a escala nacional, por grupo étnico y subregión. NV de julio 2007 a junio 2012 con diarrea en las últimas dos semanas**

Días que duró la diarrea	Días que duró la diarrea		Número de episodios por día	
	Media	n	Media	n
Nacional				
Total	3.6	1 353	4.8	1 320
Grupo étnico				
Indígena	4.1	317	4.4	309
Afroecuatoriano	4.9	73	4.7	73
Montuvio	3.6	29	4.7	27
Mestizo, blanco y otro	3.4	934	4.8	911
Subregión				
Sierra urbana	3.1	264	4.3	258
Sierra rural	3.6	203	4.6	198
Costa urbana	3.4	157	5.0	155
Costa rural	4.0	77	4.5	75
Amazonía urbana	3.9	209	4.5	201
Amazonía rural	3.7	328	4.3	319
Galápagos	2.5	23	3.1	22
Quito	4.0	58	4.6	58
Guayaquil	3.6	34	5.7	34

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

por día a escala nacional, por grupo étnico y subregión. En promedio, la diarrea dura 3.6 días, con 4.8 episodios de diarrea por día. Estos datos muestran que ha habido una disminución en la duración promedio de la diarrea respecto de lo reportado por la ENDEMAIN 2004, que ha pasado de 4.2 días, en 2004, a 3.6 días, en 2012.

Al desagregar los datos por grupo étnico y subregión se observa que los niños (as) pertenecientes a la etnia indígena y el grupo afroecuatoriano, presentan en promedio una mayor duración de la diarrea (4.1 y 4.9 días respectivamente), en comparación con niños (as) de otros grupos étnicos. Adicionalmente, el análisis por subregión revela que la duración promedio de la diarrea en niños (as) menores de 5 años oscila entre 2.5 y 4 días entre las distintas subregiones del país, destacándose Quito y la Costa rural por presentar, en promedio, la mayor duración de diarrea (4 días).

El Cuadro 12.14 y el Anexo 12.17 muestran el promedio de días que duró la diarrea y el número promedio de episodios de diarrea por día, desagregado por quintil económico y nivel de educación de la madre. Los hijos (as) de madres con educación superior presentan en promedio la menor duración de diarrea (2.7 días), respecto de madres con un menor nivel de educación. Sin embargo, no se observa una relación entre el nivel de instrucción de la madre y el número de episodios de diarrea por día.

Por otro lado, al desagregar los datos por quintil económico, no se observan mayores diferencias en la duración promedio de la diarrea, entre las distintas categorías de análisis.

12.3.4.3 Tratamiento para la diarrea

Se preguntó a la madre acerca de la búsqueda de tratamiento para la diarrea de sus hijos (as) menores de 5 años y sobre el tipo de tratamiento que le proporcionó. Específicamente se preguntó sobre el uso de plantas medicinales, antidiarreicos, antibióticos, sueros de rehidratación oral (SRO), suero intravenoso y purgantes. Además, se preguntó a la madre sobre el lugar o la persona donde las madres acudieron o consultaron primero sobre la enfermedad.

En cuanto al tratamiento, la información no discrimina si los niños (as) recibieron uno o más tratamientos. Por lo tanto la información puede indicar que no necesariamente se tomó una

Cuadro 12.14 **Promedio de días que duró la diarrea y número promedio de episodios de diarrea por día por quintil económico y nivel de instrucción de la madre. NV de julio 2007 a junio 2012 con diarrea en las últimas dos semanas**

Días que duró la diarrea	Días que duró la diarrea		Número de episodios por día	
	Media	n	Media	n
Quintil económico				
Q1 (Pobre)	3.3	39	4.2	36
Q2	3.4	196	4.8	195
Q3 (Intermedio)	3.6	457	5.0	445
Q4	3.8	313	4.9	304
Q5 (Rico)	3.6	341	4.4	333
Nivel de educación de la madre				
Ninguno	3.7	14	4.3	14
Primaria incompleta	3.8	126	4.7	121
Primaria completa	4.0	354	4.8	349
Secundaria incompleta	3.7	387	4.7	372
Secundaria completa	3.5	306	4.9	303
Superior/posgrado	2.7	166	4.8	161
Total	3.6	1 353	4.8	1 320

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

sola acción. Los resultados de esta sección se presentan en los Cuadros 12.15 y 12.16 y Anexos 12.19-12.21.

El Cuadro 12.15 y el Anexo 12.19 muestran el tratamiento recibido para la diarrea a escala nacional, por área, grupo étnico y subregión. El 88.4 % de los niños (as) a escala nacional recibió algún tipo de tratamiento para la diarrea, y entre aquellos que recibieron tratamiento, el 73.9 % de las madres consultó con alguien en relación con la enfermedad. Los tratamientos que se administraron con mayor frecuencia fueron SRO (45.8 %), antibióticos (43.4 %) y antidiarreicos (42.4 %).

Al comparar estos resultados con los obtenidos en la ENDEMAIN 2004 se observa que la proporción de niños que recibieron tratamiento para la diarrea disminuyó 3 puntos porcentuales respecto del 2012. Por el contrario, el porcentaje de mujeres que consultaron con alguien acerca de la enfermedad aumentó en 14 puntos porcentuales (ENDEMAIN: 91.4 % recibió tratamiento, y 59.9% de madres consultaron con alguien sobre la enfermedad).

Por otro lado, se observa que la proporción de niños (as) que recibieron algún tipo de tratamiento es similar entre áreas urbanas (87.2 %) y rurales (90.8 %), así como la proporción de madres que consultaron con alguien sobre la enfermedad (Urbana: 74.8 %, Rural: 72.3 %) (Cuadro 12.15).

Con relación al porcentaje de niños que recibieron tratamiento, así como sobre el tipo de tratamiento recibido, desagregado por grupo étnico y subregión, se observan diferencias importantes. Así, los niños (as) de etnia afroecuatoriana son los que en menor proporción recibieron tratamiento para la diarrea (83.6 %), en comparación con los demás grupos étnicos (Cuadro 12.15 y Anexo 12.19).

Al observar el tipo de tratamiento recibido llama la atención que el uso de purgantes es considerablemente más alto entre afroecuatorianos (18.6 %), en comparación con los demás grupos étnicos (Cuadro 12.15).

Con respecto de la subregión, se evidencia que el uso de antibióticos para tratamiento de la diarrea es más alto en la Costa urbana y rural, así como en Guayaquil. Con respecto de los sueros de rehidratación oral (SRO), su uso es más alto en el área urbana (Suero oral y casero: 73.7 %), respecto del área rural (Suero oral y casero: 58.1 %) (Cuadro 12.15).

El Cuadro 12.16 y el Anexo 12.20 muestran el tipo de tratamiento recibido para la diarrea por nivel de instrucción de la madre y quintil económico del hogar. La proporción de madres que consultaron con alguien respecto del tratamiento a la diarrea aumenta con su nivel de educación. Además, se observa que el uso de medicinas, plantas y otros remedios caseros se encuentran asociados con

Cuadro 12.15 **Tratamiento recibido para la diarrea a escala nacional, por área, grupo étnico y subregión. NV de julio 2007 a junio 2012 con diarrea en las últimas dos semanas**

Características seleccionadas	Madre hizo algo		Tratamiento recibido										Madre consultó con alguien
			Purgantes	Medicinas naturales	Suero casero	Otros remedios caseros	Sales de rehidratación	Suero intravenoso	Antibióticos	Antidiarreicos	Le hospitalizó	Otros	
	%	n	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Total	88.4	1219	7.1	36.4	22.5	20.9	45.8	3.1	43.4	42.4	2.3	3.6	73.9
Área													
Urbano	87.2	668	7.2	33.5	21.9	18.4	51.8	3.7	46.5	42.8	2.9	3.9	74.8
Rural	90.8	551	7.1	41.8	23.5	25.6	34.6	1.9	37.7	41.7	1.1	3.1	72.3
Grupo étnico													
Indígena	93.3	287	8.6	54.4	20.7	22.9	30.0	1.8	29.7	38.2	1.6	2.7	71.7
Afroecuatoriano	83.6	66	18.6	28.7	20.0	15.4	45.2	6.3	63.7	58.4	1.4	4.7	74.1
Montuvio	92.3	27	7.8	34.7	29.3	14.4	54.9	0.0	66.7	33.2	3.8	3.8	74.4
Mestizo, blanco y otro	87.9	839	6.0	34.1	22.6	21.3	48.0	3.2	43.0	42.4	2.4	3.7	74.3
Subregión													
Sierra urbana	87.9	240	7.8	34.1	23.4	21.7	34.6	1.8	38.4	42.6	0.6	5.6	69.6
Sierra rural	88.4	176	5.4	44.0	21.8	32.3	32.7	2.5	30.6	46.1	1.8	4.6	71.0
Costa urbana	93.1	146	13.6	26.1	24.7	20.0	58.0	2.4	59.1	49.7	1.7	2.5	70.6
Costa rural	94.3	72	8.5	33.4	17.7	11.1	37.3	0.8	56.8	45.8	0.0	2.7	70.8
Amazonía urbana	94.9	195	14.6	38.7	18.9	22.6	40.6	3.1	47.7	41.8	2.2	4.6	73.6
Amazonía rural	89.7	292	10.7	49.9	22.6	28.9	31.2	2.6	35.5	33.8	1.3	1.3	71.0
Galápagos	80.1	20	0.0	19.9	6.7	20.4	41.5	0.0	48.7	18.0	0.0	2.5	74.8
Quito	82.6	49	0.0	56.2	21.4	16.5	46.2	3.2	28.3	28.2	2.4	4.4	73.2
Guayaquil	84.2	29	2.6	13.9	24.8	13.8	73.9	7.8	55.6	47.4	7.8	2.1	92.0

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 12.16 **Tratamiento recibido para la diarrea por nivel de instrucción de la madre y quintil económico. NV de julio 2007 a junio 2012 con diarrea en las últimas dos semanas**

Características seleccionadas	Madre hizo algo		Tratamiento recibido										Madre consultó con alguien
			Purgantes	Medicinas naturales	Suero casero	Otros remedios caseros	Sales de rehidratación	Suero ntravenoso	Antibióticos	Antidiarreicos	Le hospitalizó	Otros	
	%	n	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Nivel de instrucción de la madre													
Ninguno	94.0	12*	4.1	72.8	3.6	40.0	28.9	2.9	5.8	46.3	0.0	0.0	54.5
Primaria incompleta	90.1	119	12.6	36.1	24.2	21.5	34.9	4.3	42.2	32.0	0.9	4.6	64.3
Primaria completa	90.5	323	6.3	34.2	25.4	21.3	32.2	2.0	39.2	48.0	1.4	2.5	78.6
Secundaria incompleta	86.2	348	9.8	34.9	22.4	16.0	52.8	6.7	55.2	45.9	6.1	3.1	77.8
Secundaria completa	86.8	272	5.3	36	18.5	24.5	49.8	2.4	41.7	39.9	2.3	6.0	70.2
Superior/posgrado	88.2	145	4.0	37.1	23.8	19.6	62.6	0.0	42.9	38.3	0.0	3.0	74.9
Quintil económico													
Q1 (Pobre)	94.1	505	8.0	34.6	26.3	21.2	41.1	1.9	43.0	44.1	1.3	3.6	74.3
Q2	84.4	290	9.6	43.2	20.3	21.6	43.0	4.5	45.0	44.8	4.0	2.9	73.5
Q3 (Intermedio)	85.1	207	8.7	31.1	24.0	18.4	45.3	2.8	44.9	43.8	1.0	3.4	73.4
Q4	83.3	130	5.4	38.8	23.4	20.0	44.9	3.5	38.9	38.4	3.1	3.2	75.6
Q5 (Rico)	94.0	87	0.8	34.5	12.8	23.9	63.9	3.5	45.5	37.1	3.0	5.5	72.5
Total	88.4	1219	7.1	36.4	22.5	20.9	45.8	3.1	43.4	42.4	2.3	3.6	73.9

*no representativo
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

un menor nivel educativo, mientras que el uso de sueros de rehidratación oral (SRO) aumenta conforme mejora el nivel de instrucción de la madre.

Al analizar los datos por quintil económico, se observa que la terapia de rehidratación oral es utilizada en mayor proporción por madres del quintil económico más rico (63.9 %), frente al 41.1 % de madres del quintil de menores ingresos económicos (Cuadro 12.16).

Con respecto del tratamiento recibido para la diarrea, desagregado por tipo de diarrea, se observa del Anexo 12.21 que la proporción de niños que recibieron tratamiento, así como la proporción de madres que consultaron con alguien sobre la enfermedad es mayor entre aquellos niños que presentaron diarrea con deshidratación grave.

12.3.4.4 Lugar y personas donde las madres consultaron primero para aliviar la diarrea de sus hijos

Los resultados de esta sección se muestran en el Cuadros 12.17 y 12.18 y Anexos 12.22-12.24. El Cuadro 12.17 y el Anexo 12.22 muestran el lugar o persona donde las madres consultaron primero para aliviar la diarrea de sus hijos, a escala nacional, por área, grupo étnico y subregión. A escala nacional la mayor proporción de consultas se efectuaron en centros de salud del MSP (40.4 %), seguidas por clínicas o consultorios privados (24.9 %).

Con respecto del área de residencia, se observa que de forma general, existe un mayor uso de los servicios del MSP en el área rural respecto del área urbana. Por el contrario, el uso de clínicas y consultorios privados es mayor en el área urbana. Al desagregar los datos por etnia, se observa que las madres pertenecientes a la etnia indígena son

Cuadro 12.17 **Lugar o persona donde las madres consultaron primero a escala nacional, por área, grupo étnico y subregión. NV de julio 2007 a junio 2012 con diarrea en las últimas dos semanas cuyas madres hicieron una consulta**

Lugar de consulta	Hospital o maternidad-MSP	Centros de salud/ similares MSP	IESS-SSC	Clínica-consultorio privado	Farmacia o botica	Otro**	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	n
Total	13.5	40.4	2.7	24.9	8.9	9.7	100	875
Área								
Urbano	16.1	35.5	2.5	27.2	9.5	9.3	100	478
Rural	8.4	49.8	3.0	20.4	8.0	10.4	100	397
Grupo étnico								
Indígena	10.7	54.8	0.9	10.7	14.9	7.9	100	218
Afroecuatoriano	11.5	47.5	0.0	29.5	8.0	3.6	100	47
Montuvio	*	*	*	*	*	*	*	*
Mestizo, blanco y otro	14.5	37.8	2.8	26.4	8.1	10.4	100	590
Subregión								
Sierra urbana	11.8	35.9	2.7	21.4	18.0	10.1	100	164
Sierra rural	6.6	50.7	2.8	21.8	11.7	6.5	100	123
Costa urbana	20.8	36.3	5.9	22.0	6.7	8.2	100	100
Costa rural	13.6	48.3	4.4	20.3	2.4	11.0	100	51
Amazonía urbana	21.7	39.6	1.6	15.7	9.9	11.6	100	147
Amazonía rural	9.3	67.0	2.8	6.1	4.0	10.8	100	213
Galápagos	*	*	*	*	*	*	*	*
Quito	2.6	33.1	0.9	38.7	11.3	13.4	100	36
Guayaquil	23.3	30.0	0.0	34.1	3.7	8.9	100	26

*Menos de 25 casos
**Incluye FF.AA-Policía, seguro social campesino, junta de beneficencia y ONG
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 12.18 **Lugar o persona donde las madres consultaron primero por quintil económico y nivel de instrucción de la madre. NV de julio 2007 a junio 2012 con diarrea en las últimas dos semanas cuyas madres hicieron una consulta**

Lugar de consulta	Hospital o maternidad-MSP	Centros de salud similares	IESS-SSC	Clínica-consultorio privado	Farmacia o botica	Otro**	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	n
Nivel de instrucción de la madre								
Ninguno	*	*	*	*	*	*	*	*
Primaria incompleta	15.5	57.1	0.0	14.9	7.4	5.1	100	87
Primaria completa	10.8	47.3	1.5	22.7	12.7	5.1	100	239
Secundaria incompleta	19.2	40.0	1.7	21.6	6.4	11.0	100	257
Secundaria completa	14.6	42.7	5.0	14.5	6.9	16.3	100	180
Superior/posgrado	8.3	17.1	4.7	51.5	6.4	12.1	100	102
Quintil económico								
Q1 (pobre)	12.2	53.4	1.4	15.3	11.7	5.9	100	371
Q2	15.6	48.4	3.8	14.0	8.7	9.6	100	210
Q3 (intermedio)	18.9	38.5	1.6	23.3	7.6	10.2	100	145
Q4	12.2	26.0	5.8	34.4	10.2	11.3	100	92
Q5 (rico)	6.7	14.9	1.5	57.5	2.6	16.8	100	57
Total	13.5	40.4	2.7	24.9	8.9	9.7	100	875

*Menos de 25 casos
**Incluye FF.AA-Policía, seguro social campesino, junta de beneficencia y ONG
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

las que en mayor proporción realizan sus consultas en dependencias del MSP. En lo que respecta a la subregión, se evidencia que la proporción de consultas en servicios del MSP es mayor en la Amazonía urbana y rural en comparación con las demás subregiones del país (Cuadro 12.17).

El Cuadro 12.18 y el Anexo 12.23 muestran el lugar o persona donde las madres consultaron primero respecto del tratamiento de la diarrea, por quintil económico y nivel de instrucción de la madre.

La proporción de consultas que se realizan en clínicas y consultorios privados incrementa conforme aumenta el nivel de educación de la madre (Gráfico 12.8). Por el contrario, la consulta en instalaciones del MSP es mayor entre mujeres con menor nivel educativo, así como entre los quintiles de menores ingresos económicos.

A las 74 madres que no consultaron con alguien para aliviar la diarrea de sus hijos se les preguntó la razón principal de no hacerlo. El 61.3 % respondió que no lo consideró necesario, 9.7 % por descuido y 9.8 % por falta de dinero (No se muestran los datos).

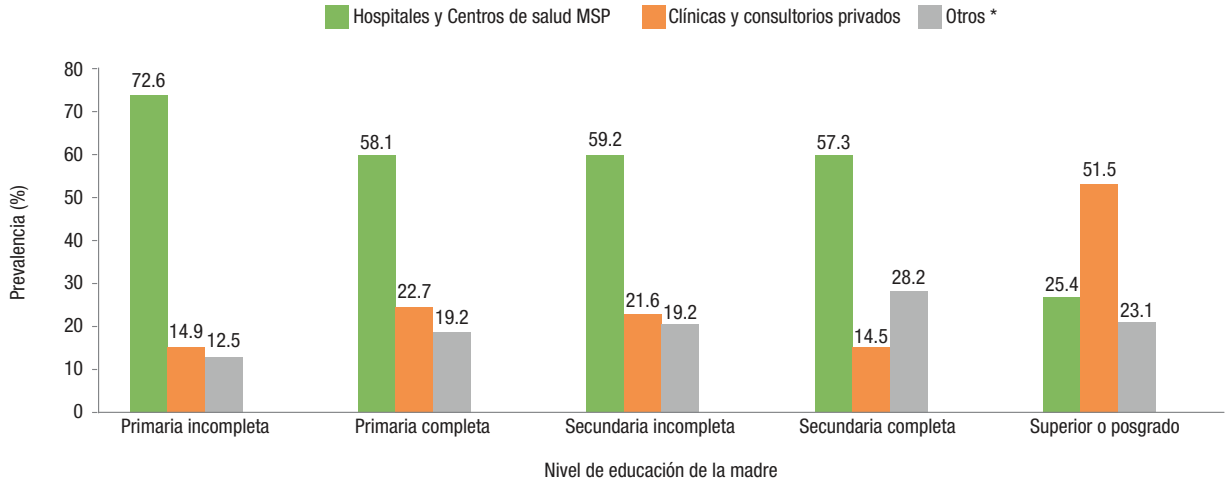
12.3.4.5 Alimentación con líquidos y comida sólida durante el episodio de diarrea más reciente

Con el propósito de analizar los hábitos y comportamientos de la población ante los casos de diarrea, se preguntó a las madres si habían modificado la cantidad de comida y de líquidos que normalmente dan al niño (a) frente a un episodio de diarrea. Los resultados de esta sección se presentan en el Cuadro 12.19 y Anexos 12.25-12.27.

El Gráfico 12.9 y el Anexo 12.25 muestran la proporción de alimentación con líquidos y comida sólida durante el episodio de diarrea más reciente a escala nacional. La proporción de niños que reciben más cantidad de líquidos durante un episodio de diarrea es 67.4 %. Al comparar estos datos con los reportados por la ENDEMAIN 2004 se observa que la administración de líquidos durante el episodio de diarrea más reciente aumentó en 12.6 puntos porcentuales respecto del 2004 (ENDEMAIN: 54.8 %).

Con respecto de los alimentos sólidos, 5.3 % de los niños reciben más cantidad de alimentos sólidos durante un episodio de diarrea, 57 % de niños

Gráfico 12.8 **Lugar donde las madres consultaron primero por nivel de instrucción. NV de julio 2007 a junio 2012 con diarrea en las últimas dos semanas cuyas madres hicieron una consulta**



*Incluye FFAA-Policía, seguro social campesino, farmacia o botica y junta de beneficencia y ONG.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

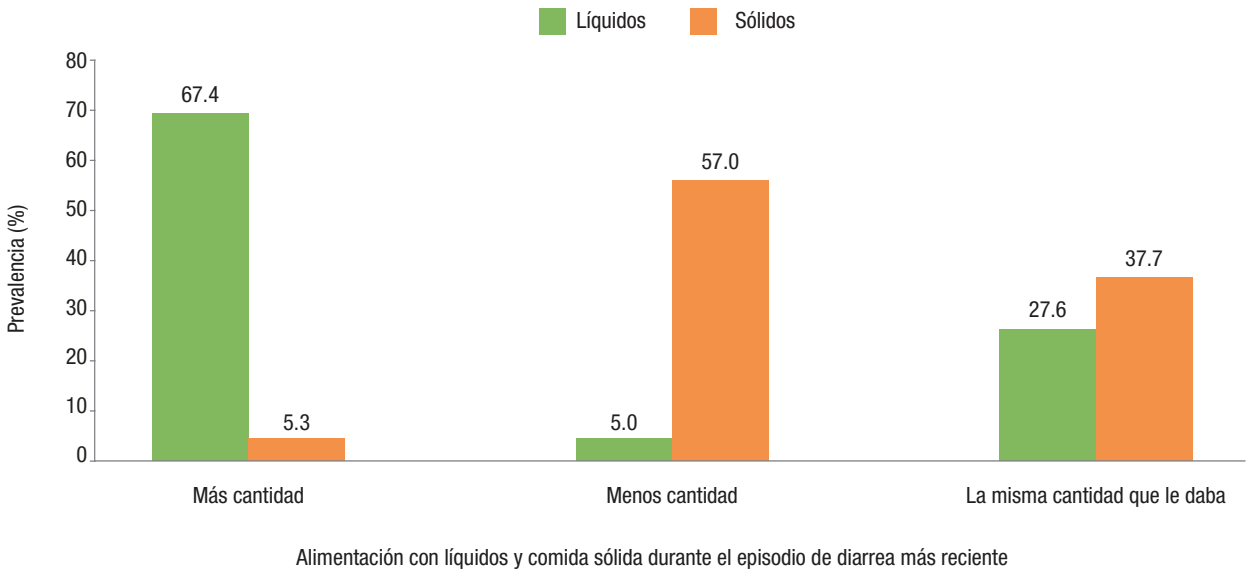
reciben menos cantidad de alimentos sólidos durante un episodio de diarrea, y 37.7 % reciben la misma cantidad de alimentos sólidos que antes de un episodio de diarrea (Gráfico 12.9).

El Anexo 12.26 muestra la alimentación con líquidos y sólidos durante el episodio de diarrea más reciente por nivel de educación de la madre y quintil económico del hogar. Se observa que la administración de líquidos y alimentos sólidos aumenta durante el episodio de diarrea, a medida que el nivel de educación de la madre incrementa.

Por otro lado, no se observa una tendencia clara al analizar la administración de líquidos y alimentos sólidos desagregados por quintil económico del hogar.

El Cuadro 12.19 y el Anexo 12.27 muestra la alimentación con líquidos durante el episodio de diarrea más reciente desagregado por gravedad de la diarrea. La proporción de niños que recibieron mayor cantidad de líquidos aumenta cuando la diarrea presenta deshidratación grave y no grave (Diarrea sin deshidratación: 30.2 %;

Gráfico 12.9 **Prevalencia de alimentación con líquidos y comida sólida durante el episodio de diarrea más reciente, a escala nacional**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 12.19 **Alimentación con líquidos durante el reciente episodio de diarrea por edad, sexo y gravedad de la diarrea del niño (a). NV de julio 2007 a junio 2012 con diarrea en las últimas dos semanas**

Cantidad de alimentos líquidos	Más líquidos	Menos líquidos	La misma cantidad que le daba	No sabe/no contesta	Total	
	%	%	%	%	%	n
Gravedad de la diarrea						
Sin deshidratación	30.2	2.0	67.8	0.0	100	216
Con deshidratación no grave	75.4	4.7	20.0	0.0	100	776
Con deshidratación grave	70.4	7.5	22.1	0.0	100	326
Total	67.4	5.0	27.6	0.0	100	1 318

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Diarrea con deshidratación no grave 75.4 %; y diarrea con deshidratación grave 70.4 %). Estas prevalencias son mucho mayores a las registradas en la ENDEMAIN 2004 en donde la proporción de niños que recibieron mayor cantidad de líquidos durante el último episodio de diarrea sin deshidratación, diarrea con deshidratación no grave y diarrea con deshidratación grave fue de 28.7 %, 62.3 % y 52.5 % respectivamente.

12.3.5 Prevalencia y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas (IRA)

En países en vías de desarrollo, como el Ecuador, las infecciones respiratorias agudas (IRA), especialmente la neumonía constituye una de las principales causas de muerte en los niños (as) menores de 5 años (Hardelid *et al.*, 2014). Esto debido a que ocasionan pérdida del apetito y desgastes alimentarios que pueden ser asociados directamente con el inicio o el empeoramiento de un proceso de desnutrición.

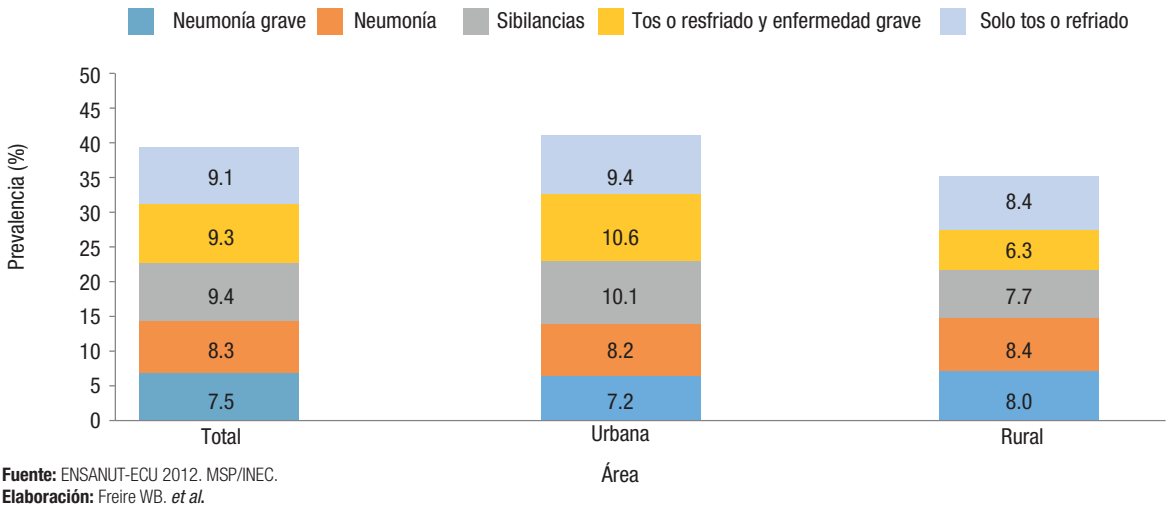
El diagnóstico temprano y el tratamiento con antibióticos pueden prevenir una gran proporción de las muertes por IRA/neumonía. Adicionalmente, estas infecciones son la razón más frecuente de consulta externa pediátrica y de hospitalización.

12.3.5.1 Prevalencia de las Infecciones respiratorios agudas (IRA)

En esta sección se analiza la prevalencia de las infecciones respiratorias entre niños (as) menores de 5 años de edad, dos semanas previas a la encuesta, y su clasificación de acuerdo a los síntomas de gravedad. Los resultados de esta sección se presentan en los Cuadros 12.20 y 12.21 y Anexos 12.28-12.30.

El Cuadro 12.20, el Gráfico 12.10 y el Anexo 12.28 muestran la prevalencia de infecciones respiratorias a escala nacional por área, grupo étnico y subregión. A escala nacional el 43.6 % de niños (as) presentaron infección respiratoria y el

Gráfico 12.10 **Prevalencia de Infecciones respiratorios, por clasificación de la enfermedad, según área de residencia.**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 12.20 **Prevalencia de infecciones respiratorias en las últimas dos semanas de acuerdo a los síntomas asociados a su gravedad identificados por la madre a escala nacional, por área, grupo étnico y sub región. NV de julio 2007 a junio 2012**

Prevalencia de infecciones respiratorias	Neumonía grave	Neumonía	Sibilancias	Tos o resfriado y enfermedad grave	Solo tos o resfriado	Subtotal tuvo infección	No tuvo infección	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	n
Total	7.5	8.3	9.4	9.3	9.1	43.5	56.5	100	9 572
Área									
Urbano	7.2	8.2	10.1	10.6	9.4	45.5	54.5	100	5 416
Rural	8.o	8.4	7.7	6.3	8.4	38.8	61.1	100	4 156
Grupo étnico									
Indígena	8.4	5.2	2.9	5.4	6.7	28.6	71.4	100	1 573
Afroecuatoriano	10.7	8.6	9.5	12.1	10.6	51.5	48.6	100	431
Montuvio	13.7	10.4	21.1	12.8	8.2	66.2	33.8	100	254
Mestizo, blanco y otro	6.8	8.5	9.5	9.4	9.3	43.5	56.6	100	7 314
Subregión									
Sierra urbana	5.2	8.2	7.0	7.0	8.7	36.1	63.9	100	2 002
Sierra rural	4.9	7.0	5.0	5.3	7.1	29.3	70.6	100	1 720
Costa urbana	11.0	13.0	14.2	13.6	8.8	60.6	39.4	100	1 262
Costa rural	13.8	10.9	14.5	8.0	10.9	58.1	41.9	100	587
Amazonía urbana	5.7	6.3	6.2	7.7	9.3	35.2	64.8	100	1 249
Amazonía rural	8.2	8.3	4.4	6.8	8.1	35.8	64.3	100	1 737
Galápagos	1.2	9.2	14.4	7.0	10.4	42.2	58.0	100	229
Quito	2.3	5.7	6.1	8.3	8.0	30.4	69.6	100	494
Guayaquil	10.7	5.4	13.7	13.8	12.6	56.2	43.8	100	292

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

7.5 % tuvieron neumonía grave. Al comparar estos resultados con los reportados en la ENDEMAIN 2004 se observa que en el transcurso de 8 años estas prevalencias no han variado de forma importante (ENDEMAIN 2004: Infecciones respiratorias: 42.3 %; neumonía grave: 8.3 %).

Con respecto del área de residencia se observa que el porcentaje de niños (as) que presentaron infecciones respiratorias es mayor en el área urbana (45.5 %), en relación con el área rural (38.8 %). Por otro lado, la prevalencia de neumonía grave es ligeramente mayor en el área rural (8 %), en relación conl área urbana (7.2 %) (Gráfico 12.10).

Al analizar los datos por subregión y grupo étnico se observa que las infecciones respiratorias son más frecuentes en la Costa urbana y rural, (60.6 % y 58.1 %, respectivamente), así como en Guayaquil (56.2 %). Con respecto del grupo étnico, la prevalencia de infecciones, incluyendo a la neumonía grave, es más alta en población infantil montuvia (66.2 %), respecto de los demás grupos étnicos. Por otro lado, se evidencia que los indígenas son la etnia menos afectada por este tipo de infecciones (28.6 %) (Cuadro 12.20).

El Cuadro 12.21 y el Anexo 12.29 muestran la prevalencia de infecciones respiratorias por nivel de educación de la madre y quintil económico. La prevalencia de infecciones respiratorias no muestra una tendencia definida de acuerdo con el nivel de instrucción de la madre. Sin embargo, llama la atención que la prevalencia de infecciones respiratorias es más baja entre hijos(as) de madres sin nivel de instrucción. Debido al poco tamaño de muestra en dicha categoría de análisis (n=169), los resultados deben ser tomados con cautela.

Con respecto del quintil económico, se evidencia que la prevalencia de infecciones respiratorias no varía de forma importante entre los quintiles 1 y 4; y desciende de en el quintil más rico. Por otro lado, con respecto de la neumonía grave, la prevalencia en la población infantil perteneciente al quintil más pobre es 3.1 puntos porcentuales mayor, en comparación con el quintil de mayores ingresos económicos (10.4 % frente a 7.3 %).

Cuadro 12.21 **Prevalencia de infecciones respiratorias en las últimas dos semanas de acuerdo a los síntomas asociados a su gravedad que fueron inidentificados por la madre, por nivel de instrucción de la madre y quintil económico. NV de julio 2007 a junio 2012**

Prevalencia de infecciones respiratorias	Neumonía grave	Neumonía	Sibilancias	Tos o resfriado y enfermedad grave	Solo tos o resfriado	Subtotal tuvo infección	No tuvo infección	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	n
Nivel de instrucción									
Ninguno	9.1	3.1	3.1	4.2	6.7	26.2	73.8	100	169
Primaria incompleta	8.7	7.7	9.3	9.0	9.4	44.1	55.8	100	876
Primaria completa	8.2	7.6	9.1	7.9	9.7	42.5	57.5	100	2 654
Secundaria incompleta	6.6	10.7	11.5	10.0	7.6	46.4	53.5	100	2 435
Secundaria completa	6.5	8.2	9.3	8.9	9.7	42.6	57.3	100	2 011
Superior/posgrado	7.3	7.8	8.5	12.3	9.6	45.5	54.5	100	1 427
Quintil económico									
Q1 (pobre)	10.4	8.4	7.8	7.5	9.8	43.9	56.1	100	3 279
Q2	5.8	8.2	10.1	10.2	10.7	45.0	54.9	100	2 300
Q3 (intermedio)	8.1	9.2	10.5	9.3	7.6	44.7	55.3	100	1 721
Q4	4.5	9.9	9.9	11.3	7.9	43.5	56.4	100	1 337
Q5 (rico)	7.3	4.9	8.8	8.6	8.5	38.1	61.8	100	935
Total	7.5	8.3	9.4	9.3	9.1	43.5	56.5	100	9 572

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

En lo que respecta a la edad del niño, el Anexo 12.30 muestra que la prevalencia de enfermedades respiratorias es ligeramente más alta entre niños de 0 a 5 meses de edad (47.2 %), respecto de niños(as) de otros grupos de edad.

12.3.5.2 Duración de las infecciones respiratorias agudas (IRA)

Los resultados de esta sección se presentan en el Cuadro 12.22 y los Anexos 12.31-12.33. El Cuadro 12.22 y el Anexo 12.32 muestra el número promedio de días que duraron las infecciones respiratorias agudas, a escala nacional, por quintil económico y nivel de instrucción de la madre. En promedio, las infecciones respiratorias agudas duran 6.2 días a escala nacional. Esta cifra es menor a la reportada en la ENDEMAIN 2004 en donde la duración promedio de las infecciones respiratorias agudas fue de 7.3 días. Adicionalmente, se observa que la duración promedio de las infecciones respiratorias agudas disminuye conforme aumenta el nivel de educación de la madre, así como el quintil económico del hogar.

Por otro lado, no se observan variaciones importantes en la duración promedio de las infecciones respiratorias agudas al desagregar los datos por área, subregión y grupo étnico (Anexo 12.31).

Con respecto de la edad del niño, el Anexo 12.33 muestra que la duración promedio de las infecciones respiratorias agudas no varía de forma importante, aunque se evidencia que en promedio la duración es más baja en el grupo de 0 a 5 meses (5.2 días) en comparación con niños mayores de 5 meses de edad.

12.3.5.3 Tratamiento recibido para las infecciones respiratorias agudas (IRA)

Los resultados de esta sección se presentan en el Cuadro 12.23-12.24 y los Anexos 12.34-12.36. El Cuadro 12.23 y el Anexo 12.34 recoge la información de la acción de la madre sobre la presencia de las infecciones respiratorias, la misma que no necesariamente se refiere a una sola acción por separado, ya que pudo haber tomado más de una acción al mismo tiempo. El cuadro y el anexo también muestran el tratamiento recibido para las infecciones respiratorias agudas a escala nacional, por área, grupo étnico y subregión. A escala nacional 91.7 % de los niños (as) recibieron algún tipo de tratamiento, y 72.1 % de las madres consultaron con alguien con respecto de la enfermedad. Se observa además, que 67.2 % de los niños (as) recibieron algún remedio casero; 57.9 % recibieron medicina para la fiebre; 47.4 %, antibióticos y; el 42.8 % recibió algún descongestionante.

Cuadro 12.22 **Número promedio de días que duraron las IRA por quintil económico y nivel de instrucción de la madre. NV de julio 2007 a junio 2012 con IRA en las últimas dos semanas**

Características seleccionadas	Duración (en días)	
	Promedio	n
Nivel de instrucción		
Ninguno	8.1	55
Primaria incompleta	6.7	330
Primaria completa	5.9	1 006
Secundaria incompleta	6.5	1 018
Secundaria completa	5.9	814
Superior/posgrado	6.2	562
Quintil económico		
Q1 (Pobre)	6.5	1 285
Q2	6.3	945
Q3 (Intermedio)	6.2	682
Q4	5.9	521
Q5 (Rico)	5.9	352
Total	7.5	8.3

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Al desagregar los datos por área, se observa que la proporción de niños (as) que recibieron algún tratamiento y de madres que consultaron con alguien es ligeramente mayor en el área urbana respecto del área rural. Por otro lado, respecto del tipo de tratamiento recibido se observa que los remedios caseros y los descongestionantes son usados en mayor proporción en el área urbana (remedio casero: 68.3 %; descongestionantes: 44.8 %) respecto de al área rural (remedio casero: 64.6 %; descongestionantes: 37.5 %).

Por otro lado, el análisis de datos por grupo étnico muestra que las madres pertenecientes a la etnia montuvia son las que en mayor proporción hicieron algo para aliviar la tos de sus hijos (as) respecto de otros grupos étnicos (94.7 %), mientras que las madres mestizas son quienes más consultaron con alguien sobre la enfermedad (74 %) (Cuadro 12.23).

Con respecto de la subregión, se observa que en Galápagos (97.3 %), la Costa urbana (95.5 %), y la Costa rural (95.2 %), los niños recibieron tratamiento para la IRA en mayor proporción (97.3 %) que el resto de subregiones del país. Además, se observa que la proporción de madres que consultaron con alguien es mayor en Galápagos (78.9 %), y menor en Quito (64.9 %) (Cuadro 12.23).

Con respecto del tipo de tratamiento recibido, se evidencia que el uso de remedios caseros, descongestionantes, antibióticos y medicinas para bajar la fiebre es considerablemente mayor en la Costa urbana, Costa rural y Galápagos respecto del resto de subregiones del país (Cuadro 12.23).

El Anexo 12.35 muestra el tipo de tratamiento recibido para las infecciones respiratorias agudas por quintil económico y nivel de instrucción de la madre. Al analizar los datos por quintil económico, los datos no evidencian una tendencia clara. Por el contrario, con respecto del nivel de instrucción de la madre, se observa que el porcentaje de niños (as) que recibieron tratamiento incrementa conforme el nivel de educación de la madre aumenta (Gráfico 12.12). Así mismo, en el Gráfico 12.11 se observa que la proporción de madres que consultaron con alguien incrementa en madres con instrucción superior (82.8 %).

El Cuadro 12.24 y el Anexo 12.36 muestran el tratamiento recibido para las infecciones respiratorias agudas desagregado por edad y sexo del niño. De este cuadro y este anexo se desprende que la proporción de madres que consultaron con alguien respecto de la enfermedad disminuye a medida que incrementa la edad del niño. Así, el 80.8 % de madres de niños de 0 a 5 meses consultaron con alguien frente al 69.6 % de madres de niños de 36 a 59 meses. Además, se observa que la proporción de consultas aumenta conforme mayor es la gravedad de los síntomas asociados a la IRA. Por otro lado, no se observan

Cuadro 12.23 **Tratamiento recibido para la IRA a escala nacional, por área, grupo étnico y subregión.NV de julio 2007 a junio 2012 con IRA en las últimas dos semanas cuyas madres hicieron algo para aliviar la enfermedad**

Características seleccionadas	Madre hizo algo		Tratamiento recibido							Consultó con alguien por esta enfermedad
			Le puso gotas de agua tibia	Le administró algún remedio casero	Le administró algún descongestionante	Le administró antibióticos	Le administró alguna medicina para bajar la fiebre	Le hospitalizaron	Le administró algo más	
	%	n	%	%	%	%	%	%	%	%
Total	91.7	3 459	17.9	67.2	42.8	47.4	57.9	0.7	5.9	72.1
Área										
Urbano	92.0	2 089	17.7	68.3	44.8	47.9	57.7	0.7	6.7	72.3
Rural	90.8	1 370	18.3	64.6	37.5	46.2	58.4	0.6	3.8	71.8
Grupo étnico										
Indígena	80.7	456	12.8	51.2	24.2	36.7	44.6	1.5	3.4	61.9
Afroecuatoriano	85.4	182	17.1	67.0	38.7	42.7	56.0	0.3	8.0	60.6
Montuvio	94.7	157	26.9	67.5	43.8	49.3	59.4	0.1	3.4	69.3
Mestizo, blanco y otro	92.8	2 664	17.5	68.5	44.5	48.4	59.0	0.7	6.1	74.0
Subregión										
Sierra urbana	87.4	636	16.7	56.7	37.4	47.4	56.3	1.7	5.7	67.7
Sierra rural	87.5	444	18.6	58.8	28.1	37.9	51.9	0.3	4.3	66.6
Costa urbana	95.5	717	23.1	72.4	47.7	55.2	63.1	0.3	5.3	75.4
Costa rural	95.2	326	19.0	72.9	49.4	55.5	66.0	0.6	3.0	75.0
Amazonía urbana	88.2	381	13.9	49.7	37.0	45.9	52.6	1.2	8.0	69.9
Amazonía rural	87.1	560	10.8	55.1	30.2	44.3	53.6	1.4	5.5	71.5
Galápagos	97.3	91	18.9	69.7	47.9	53.4	62.5	0	8.2	78.9
Quito	85.9	142	16.0	54.8	37.2	39.1	48.4	1.4	11.7	64.9
Guayaquil	95.0	162	13.2	82.1	51.4	43.0	57.9	0	5.5	77.7

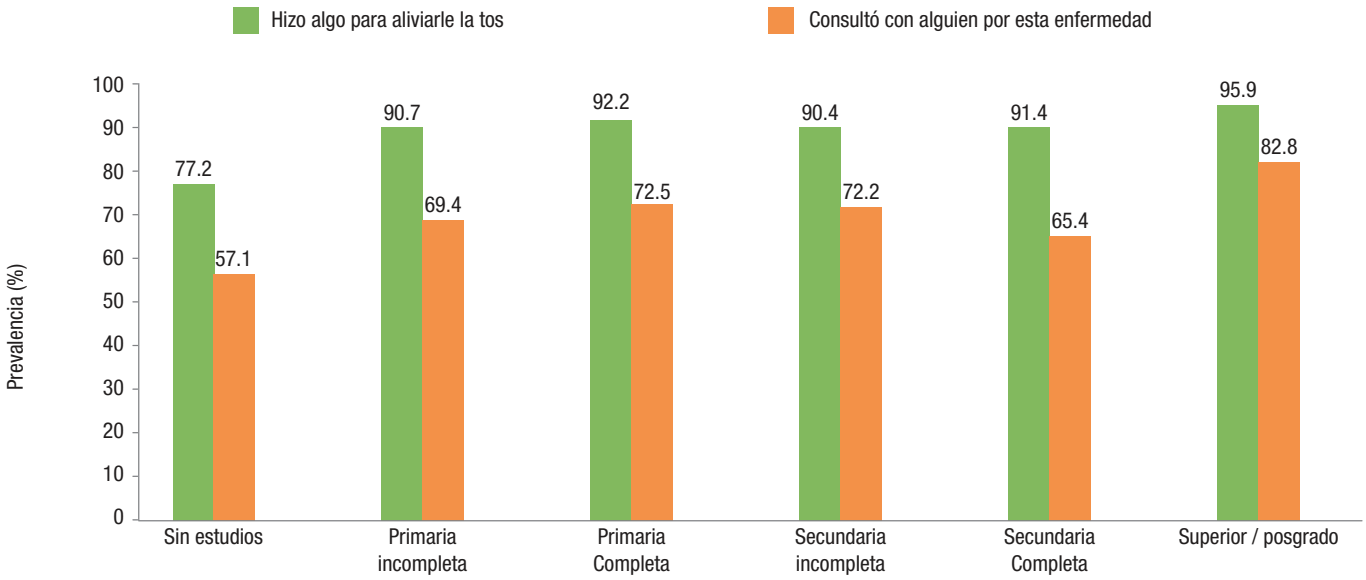
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 12.24 **Tratamiento recibido para la IRA por síntomas asociados, edad y sexo del niño (a). NV de julio 2007 a junio 2012 con IRA en las últimas dos semanas cuyas madres hicieron algo para aliviar la enfermedad**

Características seleccionadas	Hizo algo para aliviarle la tos		Tratamiento recibido							Consultó con alguien por esta enfermedad
			Le puso gotas de agua tibia	Le dio algún remedio para calmar la tos	Le administró algún descongestionante	Le administró antibióticos	Le administro alguna medicina para bajar la fiebre	Le hospitalizaron	Le administró algo mas	
	%	n	%	%	%	%	%	%	%	%
Síntomas asociados										
Neumonía grave	96.4	655	26.1	76.8	53.5	61.2	67.8	2.1	4.5	84
Neumonía	96.8	698	23.8	69.8	45.5	50.8	69.5	0.6	6.6	74.2
Sibilancias	95.7	683	18	74.2	46.8	49.3	67.5	0.2	4.9	77.7
Tos o resfriado y enfermedad aguda	93.4	747	16.6	65.7	39.1	48.5	49.5	0.6	5.8	76.3
Solo tos o resfriado	80.8	676	7.0	51.5	31.2	30.0	38.0	0.1	7.3	52.7
Edad del niño (meses)										
0-5	93.7	142	30	62.6	48.2	31.7	50.3	0.9	8.4	80.8
6-11	93.2	444	29.4	66.9	36.8	45.2	63.8	1.2	7.4	78.8
12-24	90.3	741	16.1	68.7	46	47	56.2	0.5	6.4	72
25-35	89.8	768	16.4	66.4	40.3	51.8	61.3	0.2	4.0	70.3
36-59	92.7	1 332	14	67.2	43.4	48.4	55.8	0.8	5.5	69.6
Sexo										
Hombre	91.5	1 816	17.8	66.5	43.5	47.8	57.3	0.6	5.4	73.1
Mujer	91.9	1 643	18.0	68.1	42.0	47.0	58.6	0.7	6.3	71
Total	91.7	3 459	17.9	67.2	42.8	47.4	57.9	0.7	5.9	72.1

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 12.11 **Tratamiento recibido para la IRA por nivel de instrucción de la madre.**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

mayores diferencias al desagregar los datos por sexo del niño.

12.3.5.4 Lugar o personas donde las madres consultaron primero

A las madres que consultaron con alguien sobre la infección respiratoria de su hijo (a) se les preguntó el lugar o persona donde las madres consultaron primero. Los resultados de esta sección se presentan en el Cuadro 12.25 y 12.26 y los Anexos 12.37-12.39.

El Cuadro 12.25 y el Anexo 12.37 muestra que a escala nacional el 43.9 % de las madres efectuaron la consulta sobre la infección respiratoria de su hijo (a) en centros de salud del MSP; 23.4 % en clínicas o consultorios privados; 13.9 % en Hospitales o maternidades del MSP; 7.8 % en farmacias o boticas, 3.6 % en centros del IESS/ SSC, y 7.4 % en otros.

En la ENDEMAIN 2004 se reporta que el 48.4 % de madres consultaron en algún establecimiento del MSP y el 30.1 % en una clínica o consultorio privado. Estos porcentajes muestran que en el transcurso de 8 años ha habido un aumento de 9.4 % en el uso de los servicios del MSP, así como una disminución de 6.7 % en el uso de clínicas y consultorios privados respecto del 2004.
Por otro lado, se observa que las consultas en servicios del MSP son mayores en el área rural (68.8 %), en relación conl área urbana (53.6 %). Además, se evidencia que las subregiones que presentan los porcentajes más altos de consultas en Hospitales o centros de salud del MSP son la Amazonía rural (73.3 %) y la Costa rural (73.7 %), mientras que los porcentajes más bajos se presentan en Quito (44.2 %), y Guayaquil (51.1 %) (Cuadro 12.25).

El Cuadro 12.26 y el Anexo 12.38 muestra el lugar o personas donde las madres consultaron primero sobre la infección respiratoria de su hijo (a), por nivel de instrucción de la madre y quintil económico. La proporción de consultas en servicios del MSP disminuye conforme aumenta el quintil económico del hogar. Así, el 19.4 % de consultas del quintil más pobre se efectuaron en establecimientos de MSP, frente a un 5.6 % del quintil de mayores ingresos económicos.

Con respecto del nivel de instrucción de la madre, se observa que las madres con mayor nivel de educación efectuaron su consulta en clínicas o consultorios privados en mayor proporción que madres con menor o ningún nivel de instrucción (Cuadro 12.26).

Por otro lado, al desagregar los datos por edad del niño, el Anexo 12.39 muestra que el porcentaje de consultas sobre infecciones respiratorias agudas en instituciones del MSP es mayor entre niños de 0 a 5 meses (71.2 %) y de 6 a 11 meses (66.9 %) respecto del resto de grupos etarios.

Cuadro 12.25 **Lugar o personas donde las madres consultaron primero a nivel nacional, por área, grupo étnico y subregión. NV de julio 2007 a junio 2012 con IRA en las últimas dos semanas cuyas madres hicieron una consulta**

Lugar de consulta	Hospital o maternidad-MSP	Centros de salud MSP similares	IESS-SSC	Clínica-consultorio privado	Farmacia o botica	Otro*	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	n
Total	13.9	43.9	3.6	23.4	7.8	7.4	100	2 716
Área								
Urbano	15.0	38.6	3.4	26.7	7.6	8.7	100	1 637
Rural	11.1	57.7	4.0	14.6	8.4	4.1	100	1 079
Grupo étnico								
Indígena	4.8	64.6	4.0	11.8	9.6	5.2	100	359
Afroecuatoriano	26.9	42.3	2.4	18.2	3.2	7.1	100	122
Montuvio	13.5	56.5	2.2	18.6	5.4	3.7	100	119
Mestizo, blanco y otro	13.8	41.5	3.8	24.9	8.2	7.9	100	2 116
Subregión								
Sierra urbana	11.2	40.4	4.3	29.6	9.7	4.8	100	494
Sierra rural	7.3	58.4	6.8	14.0	9.3	4.1	100	329
Costa urbana	18.4	40.1	3.7	24.1	8.3	5.3	100	554
Costa rural	15.5	58.2	2.4	14.6	5.5	3.8	100	245
Amazonía urbana	14.9	44.9	3.0	18.7	11.2	7.4	100	308
Amazonía rural	5.4	67.9	2.1	7.8	12.3	4.6	100	471
Galápagos	59.3	3.7	18.8	10.1	7.2	1.0	100	73
Quito	5.4	38.8	2.8	32.9	8.6	11.5	100	109
Guayaquil	17.9	33.2	2.8	26.8	4.9	14.3	100	133

*Incluye FFAA-Policía, seguro social campesino, junta de beneficencia y ONG
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 12.26 **Lugar o personas donde las madres consultaron primero por nivel de instrucción de la madre y quintil económico. NV de julio 2007 a junio 2012 con IRA en las últimas dos semanas cuyas madres hicieron una consulta**

Lugar de consulta	Hospital o maternidad-MSP	Centros de salud similares	IESS-SSC	Clínica-consultorio privado	Farmacia o botica	Otro*	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	n
Nivel de instrucción de la madre								
Ninguno	16.2	71.7	0.0	9.3	2.8	0.0	100	30
Primaria incompleta	22.9	56.6	3.2	6.8	7.4	3.1	100	222
Primaria completa	10.1	57.2	2.7	15	10.5	4.5	100	709
Secundaria incompleta	17.2	45.9	1.7	23	6.4	5.9	100	730
Superior/posgrado	6.4	22.7	7.6	44.5	6.2	12.7	100	440
Quintil económico								
Q1 (Pobre)	19.4	55.2	2.2	11.3	8.3	3.6	100	882
Q2	14	55.0	3	12.8	11.6	3.6	100	660
Q3 (Intermedio)	16.5	44.4	2.5	20.8	7.3	8.5	100	515
Q4	9.0	33.6	5.4	39.2	4	8.9	100	396
Q5 (Rico)	5.6	16.2	6.7	47.4	6.8	17.3	100	263
Total	13.9	43.9	3.6	23.4	7.8	7.4	100	2 716

*Incluye FFAA-Policía, seguro social campesino, junta de beneficencia y ONG
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

12.3.6 Tenencia y uso del carné de salud infantil

El carné de salud infantil es una herramienta que registra todas las acciones de salud que se han realizado a lo largo de la vida del niño (a). Algunos de los datos que se registran incluyen medidas antropométricas al momento del nacimiento como el peso, la talla y el perímetro cefálico. Así mismo, se registra la ubicación del niño (a) en la curva de crecimiento, las inmunizaciones recibidas, los suplementos nutricionales, y las actividades claves en su desarrollo psicomotor. Es importante que el carné de salud infantil se use para los propósitos con los que fue diseñado e implementado. Para averiguar el uso del carné de salud infantil se investigó el registro de los datos en el mismo. Los resultados de esta sección se presentan en los Cuadros 12.27 y 12.28 y Anexos 12.40-12.42.

12.3.6.1 Tenencia y registro de datos en el carné de salud infantil

El Cuadro 12.27 y el Anexo 12.40 muestran la tenencia de carné de salud y actividades registradas en el mismo, a escala nacional, por área, grupo étnico y subregión. El 82.1 % de los niños (as) a escala nacional presentaron carné de salud infantil. De aquellos que tuvieron carné, 62.2 % tenían registrado el peso al nacer, 59 % la talla, 48.5 % el perímetro cefálico y el 64.7 % los puntos en la curva de crecimiento. La tenencia de carné infantil en la ENDEMAIN 2004 fue de 63.7 %, con lo cual se observa un aumento de 18.4 puntos porcentuales en el uso del carné en los últimos ocho años.

Adicionalmente, el registro del peso y la talla al nacer, así como el perímetro cefálico y los puntos en la curva de crecimiento se han incrementado en 24.2, 24.2, 17.8 y 12.5 puntos porcentuales respectivamente (ENDEMAIN 2004: Registro de peso al nacer: 38 %; talla: 34.8 %, Perímetro cefálico: 30.7 %; Puntos en la curva de crecimiento: 52.2 %). Sin embargo, siguen siendo valores bajos.

Al desagregar los datos por área de residencia se evidencia que el porcentaje de niños (as) que presentaron carné de salud es mayor en el área urbana (83.6 %) en relación conl área rural (78.8 %), y esta tendencia se mantiene en todas

Cuadro 12.27 **Tenencia de carné de salud infantil y actividades registradas en el mismo a escala nacional, por área, grupo étnico y subregión. NV de julio 2007 a junio 2012**

Características seleccionadas	Tiene el carné de salud infantil		Actividades registradas			
			Peso al nacer	Talla al nacer	Perímetro cefálico al nacer	Puntos en la curva de crecimiento
	n	%	%	%	%	%
Total	7 648	82.1	62.2	59	48.5	64.7
Área						
Urbana	4 388	83.6	66.4	63.6	51.1	63.2
Rural	3 260	78.8	52.1	48.2	42.2	68.4
Grupo étnico						
Indígena	1 205	72.5	46.7	45.5	39.8	67.1
Afroecuatoriano	330	76.9	54.4	48.6	45.6	66.1
Montuvio	221	89.2	52.1	43.7	32.1	60.4
Mestizo, blanco y otro	5 892	83.1	64.9	62	50.6	64.7
Subregión						
Sierra urbana	1 571	79.7	74.6	72.2	63.9	68.9
Sierra rural	1 292	75.8	56.5	54.5	49.3	71.4
Costa urbana	1 048	85.0	46.9	40.3	28.7	56.7
Costa rural	495	84.7	47	38.4	29	63.3
Amazonía urbana	1 009	81.1	51.9	49.6	45	69.9
Amazonía rural	1 379	79.6	44.2	43.2	41	69.9
Galápagos	194	82.3	82.8	78.9	74.4	64.2
Quito	411	83.9	84.3	84.1	77	74.9
Guayaquil	249	85.2	65.3	63.7	37.8	50

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

las medidas registradas con la excepción de los puntos en la curva de crecimiento.

Con respecto del grupo étnico, se observa que los indígenas (72.5 %) y afroecuatorianos (76.9 %), son los que en menor proporción reportaron tenencia de carné de salud infantil. Al analizar los datos por subregión, se evidencia que la Sierra rural y urbana, así como la Amazonía rural muestran la menor tenencia de carné de salud infantil respecto de las demás subregiones del país (75.8 %, 79.7 % y 79.6 % respectivamente) (Cuadro 12.27).

El Cuadro 12.28 y el Anexo 12.41 muestra la tenencia de carné de salud infantil y actividades registradas en el mismo por quintil económico y nivel de instrucción de la madre. No se observan mayores diferencias respecto de la tenencia del carné infantil entre los distintos estratos, con excepción de las madres sin estudios y del quintil más pobre quienes registran los porcentajes más bajos en ambas categorías de análisis.

Por otro lado, el registro de la talla, peso, perímetro cefálico y puntos en la curva de crecimiento tienden a aumentar a medida que el nivel educativo de la madre y nivel económico del hogar mejoran (Cuadro 12.28).

Por otro lado, con respecto de la tenencia del carné de salud infantil desagregada por edad de la madre y del niño, se observa del Anexo 12.42 que la tenencia de carné de salud infantil disminuye conforme mayor es la edad de la madre y del niño(a).

Promedio de puntos en la curva de crecimiento

Se espera que al menos se registren 6 puntos en el carné de salud infantil a fin de asegurar una evaluación nutricional en tres ocasiones durante los primeros dos años de vida. Los Anexos 12.43, 12.44 y 12.45 presentan el número promedio de puntos en la curva de crecimiento de acuerdo a características seleccionadas.

El Anexo 12.43 muestra que a escala nacional se registró un promedio de 5.2 puntos en la curvas de crecimiento. La ENDEMAIN 2004 reportó que el número promedio de puntos registrados fue 2.7 a escala nacional, con lo cual se evidencia que el registro de puntos en la curva de crecimiento se ha duplicado en el transcurso de 8 años.

Cuadro 12.28 **Tenencia de carné de salud infantil y actividades registradas en el mismo por quintil económico, nivel de instrucción de la madre. NV de julio 2007 a junio 2012**

Características seleccionadas	Tiene el carné de salud infantil		Actividades registradas			
			Peso al nacer	Talla al nacer	Perímetro cefálico al nacer	Puntos en la curva de crecimiento
	n	%	%	%	%	%
Nivel de instrucción de la madre						
Ninguno	119	74.2	50.3	50.3	43.8	62.6
Primaria incompleta	686	82.1	53.0	47.4	40.3	65
Primaria completa	2 114	80.8	54.5	51.4	45.8	64.2
Secundaria incompleta	1 968	83.8	63.8	60.4	47.7	63.3
Secundaria completa	1 656	83.7	71.4	66.8	51.8	66.2
Superior/posgrado	1 105	81.8	69.6	69.2	56.3	66.0
Quintil económico						
Q1 (Pobre)	2 519	76.9	49.1	44.3	38.3	63.9
Q2	1 902	84.4	59.2	55.0	45.5	64.7
Q3 (Intermedio)	1 399	84.1	67.0	62.6	50.5	65.1
Q4	1 086	84.8	68.6	67.1	52.1	65.0
Q5 (Rico)	742	82.1	75.1	76.1	63.8	65.2
Total	7 648	82.1	62.2	59.0	48.5	64.7

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

12.3.7 Inmunización completa por tipo de vacuna

Según las normas del MSP, la primera dosis de la BCG (tuberculosis), se debe aplicar al momento de nacimiento, o alternativamente sí el parto ocurre a nivel extra-hospitalario, en la primera visita a un establecimiento de salud. Con respecto de la vacuna contra el polio y DPT/pentavalente (tétanos), se considera que el niño (a) tiene inmunización completa si ha recibido tres dosis de cada una al cumplir su sexto mes de vida. La norma para la aplicación de la vacuna contra el sarampión se establecía a los 9 meses cumplidos, pero ahora la aplicación de esta vacuna o la SRP o SR se hace al cumplir el primer año de edad (MSP, 2005).

Para evaluar la cobertura de inmunizaciones, dosis y fechas de aplicación de las vacunas se recogió información del carné de salud infantil sobre las vacunas recibidas en los niños menores de 5 años de edad. Cuando la madre no contaba con el carné de salud infantil se indagó sobre la historia de vacunación.

En ese sentido, los resultados sobre las inmunizaciones de los niños menores de 5 años, cuyos datos fueron recabados independientemente de que el esquema de vacunación estuviera o no documentado en el carné de salud infantil se presentan en los Cuadros 12.29-12.32 y Anexos 12.46-12.49. Los resultados sobre inmunizaciones en niños menores de 5 años cuyas madres mostraron el carné de vacunación y contaban con fechas válidas para la aplicación de vacunas se presentan en los Cuadros 12.33-12.35 y Anexos 12.50-12.51.

12.3.7.1 Inmunización completa por tipo de vacuna en niños de 12 a 23 meses

El Cuadro 12.29 y el Anexo 12.46 presenta la cobertura de inmunización completa por tipo de vacuna a escala nacional, por área, grupo étnico y subregión, en los niños de 12 a 23 meses de edad de vacunación, reportado por la madre o registrado en el carné. A escala nacional el 71.2 % de los niños recibieron el esquema de vacunación completo (todas las vacunas). Al comparar estos

Cuadro 12.29 **Inmunización completa por tipo de vacuna por nivel de instrucción de la madre y quintil económico. Niños de 12 a 23 meses de edad, con o sin carné de vacunación que viven con la madre**

	Tiene el carné de salud infantil		BCG		DPT		Poliomielitis		Sarampión		Inmunización completa	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	1 798	87.5	2 018	97.7	1 838	88.1	1 792	84.8	1 664	78.9	1 513	71.2
Área												
Urbano	1 020	87.8	1 143	98.3	1 044	88.3	1 018	84.6	930	78.1	850	70.4
Rural	778	86.7	875	96.6	794	87.6	774	85.2	734	80.8	663	72.8
Grupo étnico												
Indígena	277	79.9	328	97.3	275	83.3	267	77.4	249	77.3	219	68.6
Afroecuatoriano	80	84.5	86	93.3	71	79.5	67	73.2	69	75.9	49	58.6
Montuvio	48	95.7	51	100	45	85.1	44	85.4	42	81.6	37	73.5
Mestizo, blanco y otro	1 393	88.1	1 553	98.0	1 447	89.4	1 414	86.4	1 304	79.2	1 208	72.2
Subregión												
Sierra urbana	363	83.7	414	96.9	380	88.4	373	87.2	349	79.3	317	72.1
Sierra rural	315	83.9	362	96.8	336	89.8	320	85.2	316	85.9	292	78.1
Costa urbana	213	89.7	234	98.5	210	90.0	201	81.7	184	78.8	163	67.5
Costa rural	116	93.4	118	96.6	104	87.1	102	84.7	92	73.5	80	66.5
Amazonía urbana	265	88.4	300	99.0	276	89.2	271	88.6	243	78.7	230	74.9
Amazonía rural	325	84.3	371	95.5	331	84.8	329	85.5	306	78.6	272	69.3
Galápagos	47	86.3	51	92.9	50	91.4	50	91.4	44	83.4	43	81.9
Quito	93	90	101	97.9	95	89.6	90	85.4	81	80.2	74	73.7
Guayaquil	61	87.6	67	100	56	83.6	56	83.4	49	72.5	42	66.6

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

resultados con los reportados por la ENDEMAIN 2004 se observa un incremento de 17.7 puntos porcentuales en la cobertura de inmunización completa (ENDEMAIN 2004: 53.4 %). Estos datos reflejan que la cobertura de vacunación en el país ha incrementado de forma importante entre el período que comprende a ambas encuestas. Por otro lado, se observa que a escala nacional la vacuna contra el sarampión en niños de 12 a 23 meses se administra en menor proporción (78.9 %), respecto de la BCG (97.7 %), DPT (88.1 %) y poliomielitis (84.8 %).

Al analizar los datos por área de residencia, se evidencia que la cobertura de vacunación completa es ligeramente mayor en el área rural (72.8 %), respecto del área urbana (70.4 %). Esta tendencia se contrapone a la encontrada en la ENDEMAIN 2004 en donde la cobertura de vacunación completa era mayor con casi 10 puntos porcentuales en el área urbana respecto del área rural (57.8 %, frente a 48.5 %, respectivamente) (Cuadro 12.29).

En cuanto a grupos étnicos, se observa que la población infantil afroecuatoriana de 12 a 23 meses es la que en menor proporción recibe su esquema de vacunación completo (58.6 %).

Con respecto de la subregión, se observa que Galápagos presenta la cobertura más alta de inmunización en niños de 12 a 23 meses, mientras que la Costa urbana, Costa rural, Guayaquil y la Amazonía rural muestran los porcentajes de inmunización completa más bajos del país (Cuadro 12.29).

El Cuadro 12.30 y el Anexo 12.47 presentan la cobertura de inmunización completa por tipo de vacuna reportado por la madre o registrado en el carné, desagregado por nivel de instrucción de la madre, quintil económico en niños (as) de 12 a 23 meses de edad. La cobertura de inmunización completa incrementa conforme aumenta el nivel de instrucción de la madre. Así, el 64.8 % de los hijos de mujeres sin estudios presentaron inmunización completa, frente al 75.8 % de los hijos de mujeres con instrucción superior. Con respecto del esquema de inmunización completa desagregado por quintil económico, no se observa una tendencia clara entre las distintas categorías de análisis (Cuadro 12.30).

12.3.7.2 Inmunización completa por tipo de vacuna en niños de 12 a 59 meses, reportado por la madre o registro en carné

El Cuadro 12.31 y el Anexo 12.48 muestran la cobertura de inmunización completa por tipo de vacuna a escala nacional por área y grupo étnico en niños de 12 a 59 meses, reportado por la madre o con carné de vacunación. A escala nacional, 95.3 % de los niños de 12 a 59 meses presentan la BCG, 86.6 % la DPT, 84.4 % la vacuna contra la poliomielitis y el 81.7 % la vacuna contra el sarampión. Además se observa que a escala nacional el 72.5 % de los niños (as) presentaron el esquema de inmunización completo (todas las vacunas).

Al comparar estos resultados con los reportados por la ENDEMAIN 2004 se evidencia un

Cuadro 12.30 **Inmunización completa por tipo de vacuna por nivel de instrucción de la madre y quintil económico. Niños de 12 a 23 meses de edad, con o sin carné de vacunación que viven con la madre**

Inmunización completa	Tiene el carné de salud infantil		BCG		DPT		Poliomielitis		Sarampión		Inmunización completa	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	6 233	79.7	7 587	95.3	6 964	86.6	5 919	84.4	6 620	81.7	6 813	72.5
Área												
Urbano	3 567	80.8	4 309	95.9	3 959	86.9	3 351	84.5	3 744	81.6	3 861	72.5
Rural	2 666	77.3	3 278	94.1	3 005	85.9	2 568	84.1	2 876	81.9	2 952	72.5
Grupo étnico												
Indígena	969	70.0	1 215	94.4	1 085	81.7	891	75.6	1 019	76.7	1 044	64.8
Afroecuatoriano	265	73.8	330	91.3	270	75.8	207	73.5	267	74.2	263	59.5
Montuvio	196	90.3	215	97.8	194	88.2	170	89.2	195	87.9	195	79.4
Mestizo, blanco y otro	4 803	80.6	5 827	95.6	5 415	87.8	4 651	85.8	5 139	82.4	5 311	73.9

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 12.31 **Inmunización completa por tipo de vacuna a escala nacional, por área y grupo étnico. Niños de 12 a 59 meses de edad, con o sin carné de vacunación que viven con la madre**

Inmunización completa	Tiene el carné de salud infantil		BCG		DPT		Poliomielitis		Sarampión		Inmunización completa	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	6 233	79.7	7 587	95.3	6 964	86.6	5 919	84.4	6 620	81.7	6 813	72.5
Área												
Urbano	3 567	80.8	4 309	95.9	3 959	86.9	3 351	84.5	3 744	81.6	3 861	72.5
Rural	2 666	77.3	3 278	94.1	3 005	85.9	2 568	84.1	2 876	81.9	2 952	72.5
Grupo étnico												
Indígena	969	70.0	1 215	94.4	1 085	81.7	891	75.6	1 019	76.7	1 044	64.8
Afroecuatoriano	265	73.8	330	91.3	270	75.8	207	73.5	267	74.2	263	59.5
Montuvio	196	90.3	215	97.8	194	88.2	170	89.2	195	87.9	195	79.4
Mestizo, blanco y otro	4 803	80.6	5 827	95.6	5 415	87.8	4 651	85.8	5 139	82.4	5 311	73.9

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

incremento de 5.1 puntos porcentuales en la cobertura de inmunización completa, pasando de 67.4 % en 2004, al 72.5 % en el 2012.

No se observan mayores diferencias al desagregar los datos por área de residencia. Por otro lado, cuando se analizan los datos por grupo étnico, se evidencia que la población infantil afroecuatoriana de 12 a 59 meses de edad, es la que en menor proporción presenta el esquema de vacunación completo, respecto de los demás grupos étnicos.

El Cuadro 12.32 y el Anexo 12.49 muestran la cobertura de inmunización completa por tipo de vacuna, desagregado por nivel de instrucción de la madre y quintil económico, en niños de 12 a 59 meses, reportado por la madre o con carné de vacunación.La administración de BCG, DPT, poliomielitis y Sarampión es más baja entre hijos (as) de mujeres sin educación, respecto de mujeres con mayor nivel educativo. Por otro lado, con respecto del quintil económico, no se observa una tendencia clara respecto de la cobertura de vacunas entre las distintas categorías de análisis.

Cuadro 12.32 **Inmunización completa por tipo de vacuna por nivel de instrucción de la madre y quintil económico. Niños de 12 a 59 meses de edad, con o sin carné de vacunación que viven con la madre**

	Tiene el carné de salud infantil		BCG		DPT		Poliomielitis		Sarampión		Inmunización completa	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel de instrucción												
Ninguno	30	19.6	133	93.8	106	74.6	102	70.5	105	71.7	95	70.5
Primaria	379	10.9	2 811	94.6	2 521	83.4	2 491	82.2	2 414	79.0	2 318	79.5
Secundaria	434	10.8	3 508	95.7	3 262	89.3	3 184	86.9	3 092	84.2	2 931	81.4
Superior	164	13.8	1 135	96.5	1 075	90.1	1 036	86.6	1 009	84.2	889	78.2
Quintil económico												
Q1 (Pobre)	400	13.6	2 572	93.8	2 296	82.8	2 269	81.1	2 187	78.1	2 059	75.2
Q2	201	10.3	1831	95.5	1 668	85.5	1 649	85.5	1 605	80.8	1 549	81.9
Q3 (Intermedio)	174	10.3	1386	96.5	1 299	88.7	1 267	86.4	1 227	83.9	1 151	82.3
Q4	122	9.3	1073	95.3	1 008	88.4	963	84.4	946	83.5	888	82.2
Q5 (Rico)	110	15.5	725	96.5	693	90.6	665	86.1	655	85.2	586	78.2
Total	1 007	11.7	7 587	95.3	6 964	86.6	6 813	84.4	6 620	81.7	6 233	79.7

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 12.33 **Inmunización completa por tipo de vacuna a nivel nacional, por área, grupo étnico y subregión. Niños de 12 a 59 meses de edad, con carné y fechas válidas para la aplicación de las vacunas**

	BCG		DPT		Poliomielitis		Sarampión		Inmunización completa	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total (independiente de la edad)	5 766	92.8	5 188	83.6	5 057	81.3	5 475	86.8	4 100	65.5
Total (al cumplir el año de edad)	5 642	90.7	4 953	79.7	4 646	73.7	4 890	77.0	3 442	54.5
Área										
Urbano	3 297	93.1	2 980	84.4	2 897	81.4	3 132	86.3	2 334	65
Rural	2 469	92	2 208	81.7	2 160	81	2 343	87.9	1 766	66.4
Grupo étnico										
Indígena	873	89.8	768	81.1	749	78.2	813	86.7	586	61.2
Afroecuatoriano	240	90.2	189	71.9	190	70.2	220	82.2	138	52.7
Montuvio	186	96.4	168	86.2	169	89.9	175	90.9	147	78.9
Mestizo, blanco y otro	4 467	93	4 063	84.4	3 949	81.7	4 267	86.8	3 229	65.7

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

12.3.7.3 Inmunización completa por tipo de vacuna en niños de 12 a 59 meses, registrado en el carné y con fechas válidas

El Cuadro 12.33 y el Anexo 12.50 muestran el esquema de vacunación de los niños de 12 a 59 meses de edad, cuyas madres mostraron el carné de vacunación y presentaron fechas válidas para la aplicación de vacunas. El cuadro tiene dos totales, el primero corresponde al nivel de cobertura en los menores de cinco años, independiente de la edad y, el segundo, corresponde al nivel de cobertura al cumplir un año de edad.

La cobertura de la vacuna contra el sarampión al cumplir un año de edad es 77 % a escala nacional, y se encuentra 9.8 puntos porcentuales por debajo de la cobertura a los cinco años de edad (86.8 %). Este hallazgo es importante si consideramos que en el 2004 la cobertura de la vacuna contra el sarampión al cumplir el año de edad fue de apenas el 17.6 %, y la cobertura final fue de 33.5 %.

Además, se observa que la cobertura de la BCG prácticamente se completa en el primer año de vida. Así el 90.7 % de los niños de 12 a 59 meses recibieron esta vacuna al cumplir el año de vida. Con respecto del Polio y DPT la cobertura al cumplir el año de vida es de 73.7 % y 79.7 %, respectivamente.

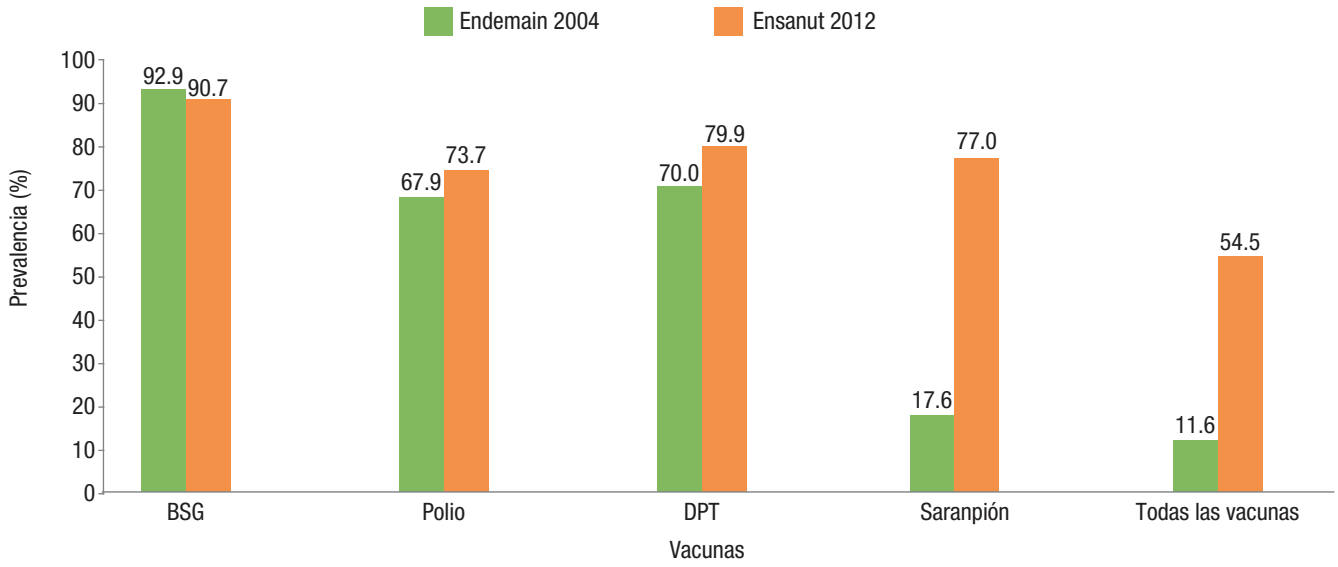
En lo que se refiere a los niños que tienen su esquema de vacunación completo, se observa que la cobertura al cumplir un año de edad es 54.5 %, valor que se encuentra 42.9 puntos porcentuales por encima de lo reportado en la ENDEMAIN 2004 (11.6 %). Con lo cual se concluye que la cobertura de inmunizaciones ha incrementado considerablemente durante el período 2004-2012 (Gráfico 12.12).

Al desagregar los datos por área de residencia, no se observan mayores diferencias en la cobertura de las vacunas individuales (BCG, DPT, poliomielitis y Sarampión), así como tampoco en la cobertura de inmunización completa (Cuadro 12.33). Esto muestra que la brecha entre área urbana y rural ha disminuido de forma importante respecto de lo encontrado en el 2004, en donde la cobertura de las vacunas, especialmente de Polio y DPT era considerablemente mayor en las áreas urbanas.

Con respecto del grupo étnico, se observa que la población de 12 a 59 meses, perteneciente a la etnia montuvia es la que en mayor proporción presentó su esquema de vacunación completo (78.9 %), respecto de los demás grupos étnicos. Por otro lado, la población afroecuatoriana es la que en menor proporción cuenta con su esquema completo de inmunizaciones (Cuadro 12.33).

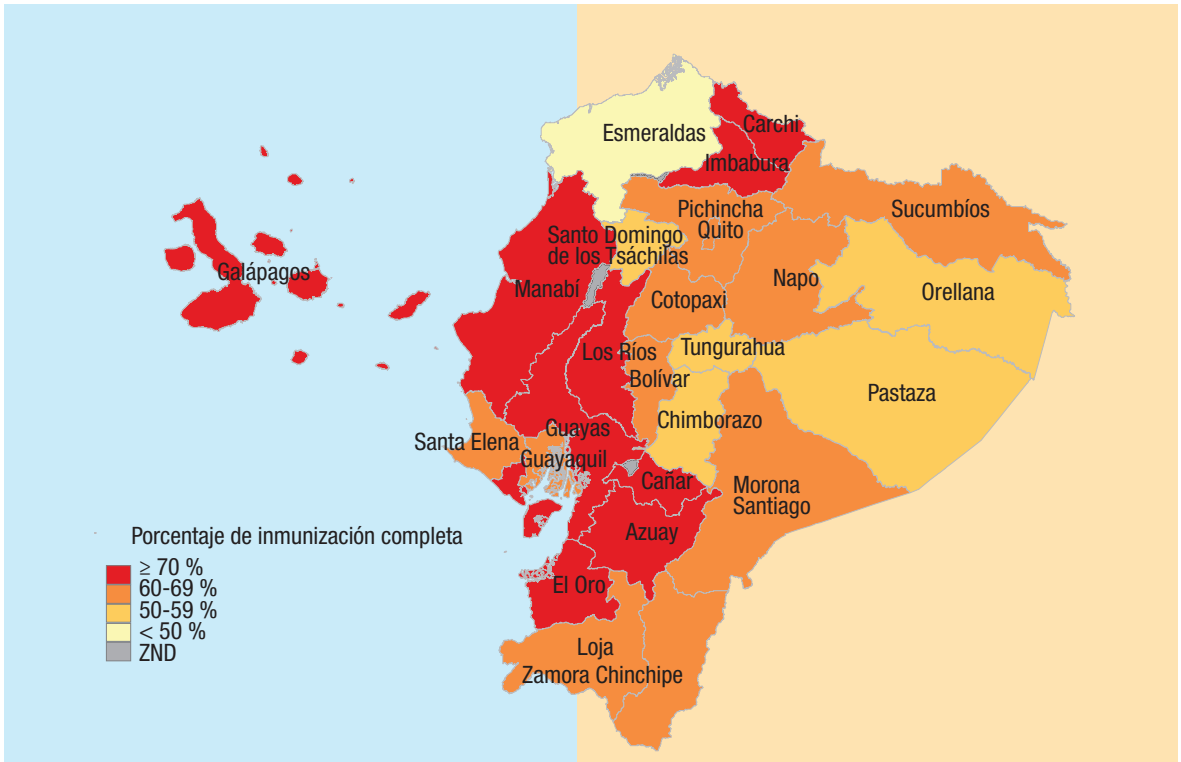
El Anexo 12.50 y Gráfico 12.13 muestran la cobertura de inmunización completa desagregado por provincia, en niños (as) de 12 a 59 meses de edad que presentaron carné de vacunación y fechas válidas para la aplicación de vacunas. Las provincias que presentan las menores coberturas de inmunización completa

Gráfico 12.12 **Comparación de la cobertura de vacunación al cumplir el año de edad entre la ENDEMAIN 2004 y la Ensanut 2012. Niños de 12 a 59 meses de edad, con carné y fechas válidas para la aplicación de las vacunas**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 12.13 **Inmunización completa (todas las vacunas) por provincia. Niños de 12 a 59 meses de edad con carné de vacunación y fechas válidas para la aplicación de vacunas**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

son: Esmeraldas (41.7 %), Chimborazo (51.8 %), Tungurahua (58.8%), Orellana (58.6 %), Pastaza (56.1 %), y Santo Domingo de los Tsáchilas (58.6 %).

El Cuadro 12.34 y el Anexo 12.50 muestra la cobertura de inmunización completa por tipo de vacuna, desagregado por nivel de instrucción y de la madre y quintil económico del hogar, entre niños (as) de 12 a 59 meses que presentaron carné de vacunación y fechas válidas para la aplicación de vacunas. El nivel educativo de la madre y el nivel socioeconómico del hogar son factores que no influyen de forma importante en el acceso a las vacunas en niños (as) de 12 a 59 meses de edad. Esto debido a que no se observan mayores diferencias entre las distintas categorías de análisis

El Cuadro 12.35 y el Anexo 12.51 muestra la edad al recibir la vacuna, según tipo de vacuna en niños (as) de 12 a 59 meses que presentaron carné de salud y fechas válidas para la aplicación de vacunas. El 94.6 % de los niños de 0 a 2 meses con carne de vacunación han recibido por lo menos una dosis de BCG. Esta cifra es 6.8 puntos porcentuales mayor a la reportada por la ENDEMAIN 2004 (87.8 %). Además, se observa que la cobertura de la BCG prácticamente se completa en los primeros 5 meses de vida. Solo el 3.1 % de los niños (as) de 12 a 59 meses reciben la vacuna de la BCG después de esa edad.

Con respecto de la triple viral, se observa que la administración de esta vacuna alcanza su pico entre los 12 y 14 meses de edad (74.6 %). Este hallazgo no sorprende tomando en cuenta que su administración se debe iniciar precisamente en esta edad. Además, se observa que un 9.6 % de los niños de 12 a 59 meses se administra esta vacuna antes del año de vida, y un 15.8 % entre los 15 y 59 meses de edad (Cuadro 12.35).

Con respecto de la Antipolio, se observa que el 83.9 % de niños presentaron su primera dosis antes de los dos meses de vida, y un 13.4 % entre los 3 a 5 meses de edad. La segunda dosis se efectúa en mayor frecuencia entre los 3 a 5 meses de edad (83.8 %).

Al analizar la administración de la vacuna Pentavalente, por grupo de edad del niño, se evidencia que su primera dosis se administra con mayor frecuencia antes de los primeros dos meses de vida (86.2 %), la segunda dosis entre los 3 y 5 meses (87.1 %), y la tercera dosis entre los 6 y 8 meses (81.7 %) (Cuadro 12.35).

12.3.8 Participación del padre en asuntos relacionados con la salud del niño (a)

Con el fin de analizar los cambios respecto de la participación del padre en asuntos relacionados a la salud de sus hijos (as), se preguntó a las madres si el padre biológico del niño (a) vivía actualmente con ella. Si el padre vivía en el hogar se preguntó a las madres si: 1) El padre ayuda a

Cuadro 12.34 **Inmunización completa por tipo de vacuna por nivel de instrucción de la madre y quintil económico. Niños de 12 a 59 meses de edad, con carné y fechas válidas para la aplicación de las vacunas**

Características seleccionadas	BCG		DPT		Poliomielitis		Sarampión		Inmunización completa	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel de instrucción de la madre										
Ninguno	88	93.2	68	76.4	72	74.8	80	84.7	57	63.1
Primaria	2 134	92.5	1 881	80.9	1 829	78.4	2 010	84.9	1 467	62.5
Secundaria	2 713	93.1	2 479	85.7	2 417	83.9	2 596	88.7	1 977	67.8
Superior	831	92.4	760	85.9	739	82.6	789	87.0	599	66.6
Quintil económico										
Q1 (Pobre)	1 899	92.8	1 638	80.2	1 640	80.1	1 763	85.8	1 301	64.1
Q2	1 439	94.5	1 289	82.8	1 244	81.1	1 374	85.7	1 020	67
Q3 (Intermedio)	1 061	91.9	994	85.1	974	84.0	1 039	88.2	798	67.7
Q4	820	90.9	762	86.8	724	80.6	776	86.8	581	63.1
Q5 (Rico)	547	93.5	505	84.9	475	80.8	523	88.6	400	65.3
Total	5 766	92.8	5 188	83.6	5 057	81.3	5 475	86.8	4 100	65.5

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 12.35 **Edad al recibir cada vacuna, según tipo de vacuna. Niños de 12 a 59 meses, con carne de salud y fechas válidas para aplicación de las vacunas**

	BCG 1 dosis		Tiple viral		Antipolio 1 dosis		Antipolio 2 dosis		Antipolio 3 dosis		Pentavalente 1 dosis		Pentavalente 2 dosis		Pentavalente 3 dosis		DPT 1 dosis		DPT 2 dosis		DPT 3 dosis	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad en meses																						
0-2	5 424	94.6	113	1.9	4 292	83.9	94	2.1	5	0.1	4 488	86.2	78	1.4	3	0.0	11	11.0	3	20.1	1	0.2
3-5	142	2.3	49	1.2	624	13.4	4 280	83.8	362	7.1	5 74	12.1	4 514	87.1	372	6.8	9	3.6	12	30.6	0	0.0
6-8	44	0.4	69	1.3	77	1.6	493	10.4	3 905	75.8	40	0.8	442	9.2	4 172	81.7	9	6.8	4	6.3	1	0.5
9-11	32	0.4	287	5.2	18	0.3	85	1.9	374	7.6	9	0.2	58	1.2	387	7.2	1	0.7	2	8.3	2	3.2
12-14	67	1.5	4 159	74.6	24	0.4	36	0.6	126	3.1	20	0.4	10	0.2	98	2.2	7	2.9	2	2.7	8	10.5
15-17	7	0.1	355	6.8	9	0.2	32	0.6	74	1.6	6	0.1	26	0.6	25	0.3	13	4.4	0	0.0	2	4.9
18-23	9	0.1	233	4.3	5	0.1	24	0.3	142	3.2	4	0.0	9	0.2	63	1.3	77	52.3	4	17.5	37	62.1
24-35	32	0.5	143	3.0	6	0.0	10	0.2	60	1.3	8	0.0	10	0.1	24	0.4	19	13.4	4	3.9	12	15.8
36-59	9	0.1	67	1.7	2	0.0	3	0.0	9	0.1	1	0.0	3	0.0	6	0.1	9	4.8	1	10.6	4	2.8
Total	5 766	100	5 475	100	5 057	100	5 057	100	5 057	100	5 150	100.0	5 150	100.	5 150	100.	155	100.0	32	100	67	100.0

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

cuidar al niño (a) cuando este está enfermo; 2) Si necesita el permiso del padre para llevar al niño al establecimiento de salud, y 3) Si requiere el dinero del padre para comprar las medicinas en caso de necesitarlas. Las respuestas a estas preguntas se presentan en los Cuadros 12.36-12.38 y Anexos 12.52-12.56.

El Cuadro 12.36 y el Anexo 12.52 muestra la presencia del padre en el hogar y su participación en asuntos relacionados con la salud del niño (a) a escala nacional, por área, grupo étnico y subregión. A escala nacional el 70.5 % de los padres viven con sus hijos(as). De estos, 86.8 % ayudan a cuidar al niño (a) cuando este está enfermo, 76.5 % requieren contribuir con dinero para la compra de medicinas del niño (a), y 14.4 % requieren su permiso para que la madre lleve al niño (a) a un establecimiento de salud.

Al comparar estos resultados con los obtenidos en la ENDEMAIN 2004 se observa que la proporción de padres que viven con sus hijos ha disminuido en 11.3 puntos porcentuales en el transcurso de 8 años (ENDEMAIN: 81.8 %). Además, se observa que la proporción de madres que requieren el permiso de los padres para llevar a sus hijos a un establecimiento de salud bajo de 31.3 % en 2004 a 14.4 % en 2012. Con respecto del área de residencia, se observa que la proporción de padres que viven con sus hijos (as) es mayor en el área rural (73.3 %), respecto del área urbana (69.2 %). Por otro lado, se observa que la participación del padre en asuntos relacionados con la salud del niño (a) es mayor en el área urbana respecto del área rural (Cuadro 12.36).

Al desagregar los datos por grupo étnico se observa que la proporción de padres que viven con sus hijos (as) menores de 5 años, es mayor entre población indígena y montuvia, y menor entre población afroecuatoriana y mestiza.

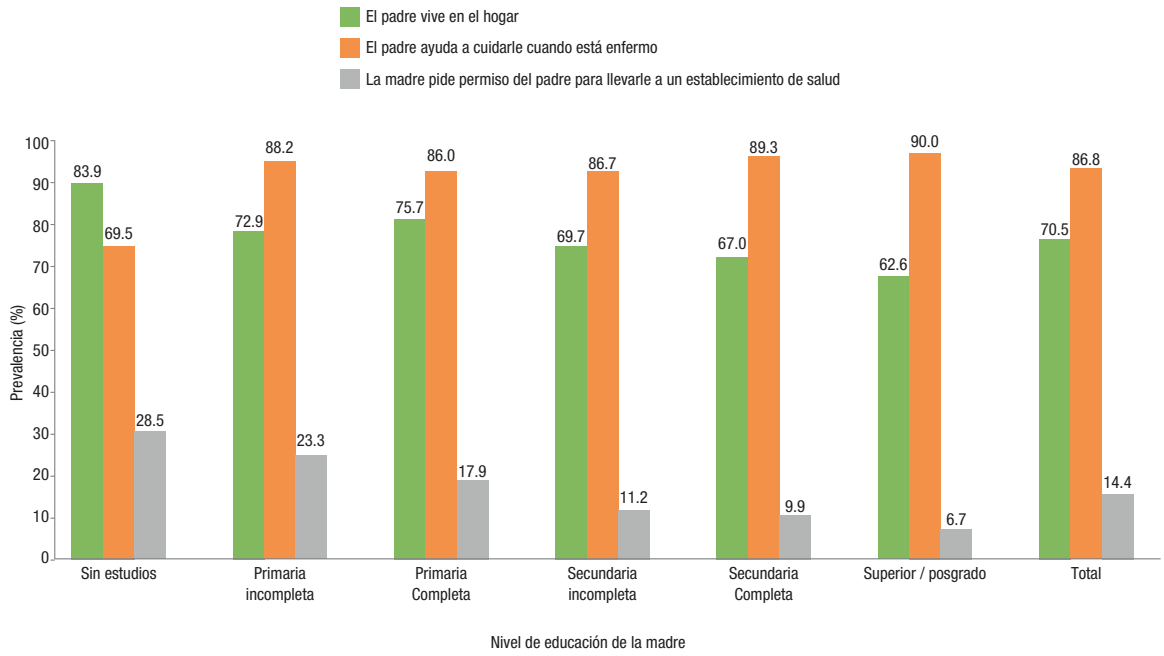
El Gráfico 12.14 y el Anexo 12.53 muestran la presencia del padre en el hogar y su participación en asuntos relacionados con la salud del niño, por

Cuadro 12.36 **Presencia del padre en el hogar y su participación en asuntos relacionados con la salud del niño, por área, subregión, etnia. NV de julio 2007 a junio 2012**

Características seleccionadas	El padre vive en el hogar		Participación en la salud del niño (a)		
			El padre ayuda a cuidarle cuando está enfermo	Pide permiso del padre para llevarle a un establecimiento de salud	Para comprar medicinas necesita que el padre de dinero
	n	%	%	%	%
Total	7 605	70.5	86.8	14.4	76.5
Área					
Urbano	4 159	69.2	87.1	11.5	74.3
Rural	3 446	73.3	86.2	20.5	81.2
Grupo étnico					
Indígena	1 341	76.9	82.8	23.4	82.3
Afroecuatoriano	306	68.6	84.6	10.0	78.8
Montuvio	209	76.5	85.7	22.6	83.5
Mestizo, blanco y otro	5 749	69.5	87.5	12.9	75.2
Subregión					
Sierra urbana	1 529	63.3	87.3	11.6	71.9
Sierra rural	1 364	68.9	85.6	20.3	79.5
Costa urbana	974	70.9	86.2	14.8	86.8
Costa rural	499	78.8	86.8	21.3	82.6
Amazonía urbana	942	64.5	83.0	12.5	73.3
Amazonía rural	1 485	74.7	87.1	19.4	82.1
Galápagos	188	75.5	89.0	15.3	66.5
Quito	392	70.2	87.5	10.4	67.4
Guayaquil	232	75.0	87.9	9.2	70.1

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 12.14 **Presencia del padre en el hogar y su participación en asuntos relacionados con la salud del niño, por nivel de instrucción de la madre. NV de julio 2007 a junio 2012**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

nivel de instrucción de la madre. De este gráfico se desprende que el porcentaje de padres que viven con sus hijos (as) disminuye conforme mayor es el nivel de instrucción de la madre. Además, se observa que la participación del padre en el cuidado del niño cuando está enfermo aumenta a medida que el nivel de instrucción de la madre mejora.

El Anexo 12.53 muestra la proporción de padres que viven con sus hijos y su participación en el cuidado de sus hijos por quintil económico y sexo del niño (a). De este Anexo se desprende que la proporción de padres que viven con sus hijos es mayor en el quintil más pobre (74.3 %), respecto del quintil de mayores ingresos económicos (69.7 %). Por el contrario, la participación del padre en asuntos relacionados al cuidado de sus hijos (as) es menor en los quintiles de menores ingresos económicos respecto de los quintiles más ricos. Al desagregar los datos por sexo del niño no se observan mayores diferencias entre las distintas categorías de análisis.

12.3.8.1 Número de ocasiones que el padre ha visitado a sus hijos

A las madres que reportaron que el padre biológico de sus hijos (as) no vive con ellas, se les preguntó si el padre les da dinero para mantener a sus hijos y cuántas veces han visitado a sus hijos en los últimos 12 meses. El Cuadro 12.37 y el Anexo 12.55 muestran la proporción de padres que en los últimos 12 meses han dado dinero para mantener a sus hijos y número de veces que los han visitado en el mismo período a escala nacional, por área, grupo étnico y subregión. De este cuadro y este anexo se desprende que el 55.6 % de los padres dan dinero para mantener a los hijos; y 38.9 % de los padres no han visitado a sus hijos en el último año. De aquellos que si visitan a sus hijos, la mayor proporción lo hicieron 15 veces o más en el último año (26.5 %).

Al comparar estos resultados con los obtenidos en la ENDEMAIN 2004, se observa que el porcentaje de padres que en los últimos 12 meses han dado dinero para mantener a sus hijos ha aumentado en 16.4 puntos porcentuales. Adicionalmente, se observa un incremento de 15.4 puntos porcentuales en la proporción de padres que han visitado a sus hijos al menos una vez en el último año, pasando de 45.7 % en 2004 a 61.1 % en 2012. Con respecto del área de residencia, se evidencia que el apoyo económico de los padres es mayor en el área urbana (58 %) respecto del área rural (49.3 %). Por otro lado, la proporción de padres que no han visitado a sus hijos en los últimos doce meses es mayor en el área rural (52.8 %), respecto del área urbana (33.6 %) (Cuadro 12.37).

Al desagregar los datos por grupo étnico se observa que el apoyo económico de los padres para mantener a sus hijos (as) es menor en indígenas y

Cuadro 12.37 **Padres que en los últimos 12 meses han dado dinero para mantener a sus hijos y número de veces que los han visitado en el mismo período a escala nacional, por área, grupo étnico y subregión. NV de julio 2007 a junio 2012 que no viven con su padre**

Características seleccionadas	Da dinero para mantener a los hijos		Número de veces que los han visitado							
			Nunca	1-4	5-9	10-14	15 o más	No sabe	Total	
	%	n	%	%	%	%	%	%	%	n
Total	55.6	1 967	38.9	16.1	6.7	7.4	26.5	4.3	100	1 967
Área										
Urbana	58.0	1 257	33.6	17.6	7.6	6.5	30	4.8	100	1 257
Rural	49.3	710	52.8	12.3	4.2	9.8	17.6	3.2	100	710
Grupo étnico										
Indígena	38.0	232	59.1	16.2	1.5	7.3	14	1.8	100	232
Afroecuatoriano	45.4	125	45.5	18.1	11.9	11.1	10.5	2.9	100	125
Montuvio	52.4	45	40.1	20	10.6	0.7	16.9	11.7	100	45
Mestizo, blanco y otro	58.0	1 565	36.7	15.8	6.6	7.5	29.1	4.3	100	1 565
Subregión										
Sierra urbana	57.0	473	35.3	18.4	7.5	5.4	29.7	3.6	100	473
Sierra rural	50.1	356	53.9	14.2	2.3	9.5	16.2	3.9	100	356
Costa urbana	54.7	288	38.7	16.6	5.9	7.9	25.8	5.1	100	288
Costa rural	46.6	88	52.7	5.1	7.0	11.6	23.1	0.5	100	88
Amazonía urbana	54.8	307	39.7	17.6	3.9	7.8	27.4	3.6	100	307
Amazonía rural	49.9	252	49.2	14.6	8.5	7.4	15.7	4.5	100	252
Galápagos	40.2	41	74.2	1.6	2.3	2.1	19	0.8	100	41
Quito	65.4	102	25.5	17	10.4	7.7	33.9	5.4	100	102
Guayaquil	55.0	60	32.7	19	7.2	4.2	31.6	5.3	100	60

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 12.38 **Padres que en los últimos 12 meses han dado dinero para mantener a sus hijos y número de veces que los han visitado en el mismo período, por quintil económico y sexo del niño. NV de julio 2007 a junio 2012 que no viven con su padre**

Características seleccionadas	Da dinero para mantener a los hijos		Número de veces que los han visitado							
			Nunca	1-4	5-9	10-14	15 o más	No sabe	Total	
	%	n	%	%	%	%	%	%	%	n
Quintil económico										
Q1 (Pobre)	44.1	603	52.7	14.9	3.2	7.6	19.4	2.2	100	603
Q2	48.6	509	46.5	15.4	7.5	8.1	18.3	4.2	100	509
Q3 (Intermedio)	56.8	378	38.3	17.3	7.0	8.0	24.1	5.4	100	378
Q4	62.8	287	31.6	14.6	7.9	6.4	35.7	3.8	100	287
Q5 (Rico)	73.2	190	16.5	19.8	8.8	6.5	41.4	7.1	100	190
Sexo										
Hombre	56.8	1 027	38.2	16.7	7.1	7.0	25.2	5.8	100	1 027
Mujer	54.3	940	39.7	15.4	6.2	7.8	28.1	2.7	100	940
Total	55.6	1 967	38.9	312	120	171	481	95.0	100	1 967

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

mayor en mestizos (38 % y 58 %, respectivamente). De igual forma, el porcentaje de padres que no han visitado sus hijos en los últimos doce meses es mayor en indígenas (59.1%) y menor en mestizos (36.7 %) (Cuadro 12.37).

El Cuadro 12.38 y el Anexo 12.56 muestran la proporción de padres que en los últimos 12 meses han dado dinero para mantener a sus hijos, así como el número de veces que los han visitado en el mismo período, por quintil económico y sexo del niño. De este cuadro se desprende que a medida que el quintil económico del hogar mejora, la proporción de padres que apoyan económicamente a sus hijos también aumenta. Así, el 44.1 % de padres del quintil más pobre apoya económicamente a sus hijos, frente al 73.2 % del quintil más rico. Además, se observa que a mayor quintil económico del hogar, mayor es la proporción de padres que durante los últimos 12 meses han visitado a sus hijos 15 veces o más. Finalmente, al analizar los datos por sexo del niño, no se observan mayores diferencias entre las distintas categorías de análisis.

12.4 BIBLIOGRAFÍA

Bhutta, Zulfiqar A. *et al.* (2013). *Interventions to address deaths from childhood pneumonia and diarrhoea equitably: wh at works and at what cost?* The Lancet, 381:9875; 1417–1429.

CEPAR. (2005). *ENDEMAIN 2004. Encuesta Demográfica de Salud Materna e Infantil.* Ecuador: Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social (CEPAR).

Chopra, Mickey *et al.* (2013). *Ending of preventable deaths from pneumonia and diarrhoea: an achievable goal.* The Lancet, 381:9876; 1499-1506.

Freire WB., Ramírez-Luzuriaga MJ. Belmont P. ,Mendieta MJ., Silva-Jaramillo KM., Romero N. Sáenz K., Piñeiros P., Gómez LF., Monge R. (2014). *ENSANUT-ECU 2012. Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años.* Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito-Ecuador.

Guerrant, RL., Oriá, RB., Moore, SR. Oriá, MO., & Lima, AA. (2008). *Malnutrition as an enteric infectious disease with long-term effects on child development.* Nutrition Reviews, 66(9), 487–505. doi:10.1111/j.1753-4887.2008.00082.x.

Hardelid, Pia, Nirupa Dattani, Mario Cortina-Borja, y Ruth Gilbert. (2014). *Contribution of Respiratory Tract Infections to Child Deaths: A Data Linkage Study*. BMC Public Health 14: 1191. doi:10.1186/1471-2458-14-1191.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2005). *Manual de Normas Técnico-Administrativas, Métodos y Procedimientos de Vacunación y de Vigilancia Epidemiológica del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)*. Quito.

McCormick MC. (1985). *The Contribution of Low Birth Weight to Infant Mortality and Childhood Morbidity.* The New England Journal of Medicine 312, 2:82–90. doi:10.1056/NEJM198501103120204

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Curso de capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño*, Ginebra, OMS.

World Health Organization. (2009) *Diarrheal disease fact sheet*. Geneva.



CAPÍTULO XIII

ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES DE 15 A 24 AÑOS

Fotografía:
UNICEF/ECUADOR

Contenido

13.1 INTRODUCCIÓN 269
13.2 METODOLOGÍA 269
13.3 RESULTADOS 269
13.3.1 Características sociodemográficas de las mujeres de 15 a 24 años de edad 269
13.3.2 Edad en la menarquia 270
13.3.3 Educación en salud sexual y reproductiva 270
13.3.4 Experiencia sexual y tipo de relación sexual 272
13.3.5 Circunstancias en las que tuvo el primer embarazo 277
13.3.6 Planificación del primer embarazo 280
13.3.7 Problemas educativos y laborales a consecuencia del embarazo 284
13.3.8 Actividad sexual reciente y uso del preservativo en la última relación sexual 286
13.4 BIBLIOGRAFÍA 287

13.1 INTRODUCCIÓN

La adolescencia y los primeros años de la vida adulta son etapas vulnerables y decisivas para todo ser humano, particularmente para las mujeres, quienes tienen un mayor riesgo de dejar la escuela, estar expuestas al VIH/sida y a otras infecciones de transmisión sexual (ITS), a embarazos tempranos o no planificados, matrimonios prematuros, la explotación y la violencia sexual (Laakkonen, 2014). Lo que las mujeres experimentan durante estas etapas determina el rumbo de sus vidas y el de sus familias (Laakkonen, 2014). En este sentido, el objetivo del presente capítulo es aportar al estudio de la salud sexual y reproductiva en las mujeres en edad fértil (MEF) de 15 a 24 años, al hacer un análisis descriptivo de sus características sociodemográficas y los aspectos relacionados con el desarrollo de su sexualidad, por ejemplo, la edad en su primer ciclo menstrual, la edad en su primera relación sexual, la recepción de educación sexual y el uso de anticonceptivos, entre otros.

El texto, los cuadros y los gráficos del presente capítulo exponen la información de manera resumida. Para el lector que desee hacer un análisis a profundidad, el CD que acompaña este informe contiene anexos con información detallada sobre la población muestral (n), la población expandida(N) y los intervalos de confianza (IC 95 %).

13.2 METODOLOGÍA

La información presentada en este capítulo se obtuvo luego de la aplicación del formulario de mujeres en edad fértil (MEF), Sección VI: *Actividad sexual y salud reproductiva*, a las mujeres de 15 a 24 años (Anexo B) .

El Cuadro 13.1 muestra las secciones estudiadas en este capítulo, desglosadas según los grupos de edad a ser analizados, las MEF adolescentes de 15 a 19 años y las MEF adultas de 20 a 24 años.

13.3 RESULTADOS

13.3.1 Características sociodemográficas de las mujeres de 15 a 24 años de edad

En esta sección se presenta el perfil sociodemográfico de las mujeres de 15 a 24 años de edad de acuerdo con características seleccionadas. Esta información se reporta en el Anexo 13.1. Se observa en el anexo que las mujeres de 15 a 24 años están distribuidas un 68.8% en el área urbana y un 34.2 % en el área rural .

El análisis de las mujeres por grupo étnico indica que un 6.8 % es indígena; un 4.8 %, afroecuatoriana; un 4.8 %, montuvia; y un 83.5 %, mestizas, blancas u otras.

Al observar el desglose por estado civil se desprende que en total un 28.6 % están casadas o unidas, un 65.1 % solteras y un 6.3 % divorciadas o separadas o viudas. Además, se destaca el hecho de que un porcentaje importante de adolescentes de 15 a 19 años (15.8 %) se encuentra casada o unida.

El desglose por nivel de instrucción muestra que un 5.6 % de mujeres posee instrucción primaria incompleta; un 12.8 %, primaria completa; un 39.9 %, secundaria incompleta; un 21.4 %, secundaria completa; un 19.9 %, estudios superiores o de posgrado; y un 0.4 % de mujeres no tiene educación formal.

Cuadro 13.1 **Componentes del CAPÍTULO XIII, por grupo de edad**

Sección	Grupo de edad	
	15 a 19 años	20 a 24 años
Características sociodemográficas	x	X
Edad en la menarquía	x	X
Educación en salud sexual y reproductiva	x	X
Experiencia sexual y tipo de relación sexual	x	X
Circunstancias enque tuvo el primer embarazo	x	X
Planificación del primer embarazo	x	X
Problemas educativos y laborales a consecuencia del embarazo	x	X
Actividad sexual reciente y uso del preservativo en la última relación sexual	x	X

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

En cuanto a la experiencia sexual, se reporta que un 59.3 % de mujeres de 15 a 24 años ya ha tenido relaciones sexuales. Como era de esperarse, este porcentaje es más alto en las mujeres adultas de 20 a 24 años (79.6 %) que en las adolescentes de 15 a 19 años (39.2 %). A pesar de esto el porcentaje en adolescentes no deja de ser alto, ya que ha aumentado en 12 puntos porcentuales del 27 %, en 2004, al 39.2 %, en 2012 (CEPAR, 2005).

Con relación al número de hijos se desprende que un 28.1 % de mujeres de 15 a 24 años tiene un hijo; un 10.2 %, dos hijos; un 2.4 %, tres hijos; un 0.7 %, cuatro hijos (as); y un 58.6 % no tiene hijos. Cabe resaltar que en el grupo de 15 a 19 años, un 18.3 % ya tiene un hijo, cifra que ha aumentado en cinco puntos porcentuales desde 2004 (ENDEMAIN 2004: 13.3 %).

Finalmente, al observar la situación de empleo de las mujeres de 15 a 24 años se desprende que un 26.2 % se encuentra trabajando, dentro (3.5 %) o fuera del hogar (22.7 %). El porcentaje de mujeres que trabajan fuera de casa es mayor en el grupo de 20 a 24 años (31.1 %), que en el grupo de 15 a 19 años (14.5 %).

13.3.2 Edad en la menarquia

En el Anexo 13.2 y el Cuadro 13.2 se presenta la distribución porcentual de las MEF de 15 a 24 años según la edad que tenía en su primer período menstrual o menarquia, y según su edad actual. También se presentan los promedios de edad en la menarquía, por categoría de edad actual. En este cuadro se observa que un 31.6 % de mujeres tuvo su primera menarquia a los 12 años; un 26.4 %, a los 13 años; un 14 %, a los 14 años; un 13.7 %, a los 11 años; y un 7.7 %, a los 15 años; el porcentaje restante corresponde a proporciones muy pequeñas. Además, se observa que la edad promedio de la menarquia en el total de mujeres de 15 a 24 años es de 13 años. Al comparar estos valores con los reportados en la ENDEMAIN 2004 no se observan diferencias considerables (CEPAR, 2005).

Para complementar la información de este apartado en el Anexo 13.3 se presenta la distribución porcentual de las MEF de 15 a 24 años, según si tenía información o no de la menstruación en el momento de la menarquia, y según qué persona proporcionó dicha información. De este anexo se desprende que un 74 % de mujeres tenía información sobre la menstruación al momento de la menarquía. Además, se reporta que en la mayoría de casos, la persona que dio información sobre la menstruación fue la madre (70 %), seguida en relevancia por un profesor (a) (13.2 %), otro pariente (5 %) y un hermano/a (4.5 %).

13.3.3 Educación en salud sexual y reproductiva

La inversión pública en la salud y educación sexual de las mujeres más jóvenes es una inversión fundamental, ya que tiene efectos positivos en las actitudes y prácticas de estas mujeres en cuanto a su sexualidad, a lo largo de toda su vida, y en las vidas de quienes las rodean (Laakkonen,

270

Cuadro 13.2 **Edad en la menarquia, por edad actual (mujeres en edad fértil de 15 a 24 años)**

Edad de la MEF en la menarquía (años)	Edad actual				Total	
	15-17	18-19	20-22	23-24		
	%	%	%	%	n	%
<11	4.3	3.8	2.4	3.5	129	3.5
11	15.9	14.0	13.6	10.1	521	13.7
12	36.5	29.7	29.8	28.8	1 484	31.6
13	26.0	30.9	25.3	24.0	1 181	26.4
14	10.3	14.0	15.2	18.0	764	14.0
15	5.5	5.7	9.9	9.6	447	7.7
16	0.3	1.0	3.3	4.0	96	2.0
17	-	0.7	0.4	1.5	25	0.6
18	-	0.0	0.1	0.2	6	0.1
No ha menstruado todavía	1.1	-	-	0.3	5	0.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	4658	100.0
Promedio de edad en la menarquia (años)	13.3	12.6	12.8	13.2	13.0	

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

2014). En este contexto, en los Anexos 13.4, al 13.6 se brinda información sobre la recepción de información, en las MEF de 15 a 24 años, sobre temas de sexualidad y salud reproductiva, por tema y por ubicación geográfica, grupo étnico, quintil económico, nivel de instrucción y experiencia sexual. Los temas que se abordaron incluyen: la pubertad, el aparato reproductor femenino y masculino, la menstruación, las relaciones sexuales, el embarazo y el parto, los métodos anticonceptivos, el VIH/sida y otras ITS, y la píldora anticonceptiva de emergencia. En el Gráfico 13.1 se presenta un resumen de lo presentado en estos anexos con la desagregación por nivel de instrucción.

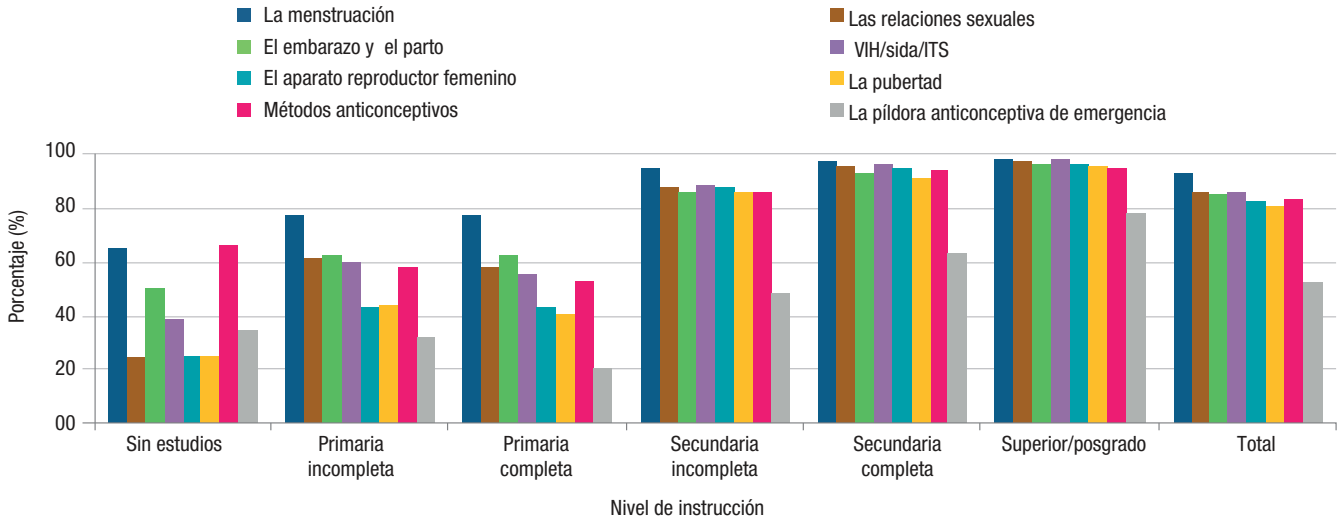
Se evidencia que el 80.8 % de las mujeres de 15 a 24 años ha sido informado sobre la pubertad; el 82.8 %, sobre los aparatos reproductores femenino y masculino; el 93.2 %, sobre la menstruación; el 86.1 %, sobre las relaciones sexuales; el 85.2 %, sobre el embarazo y el parto; el 83.7 %, sobre los métodos anticonceptivos; el 86.3 %, sobre el VIH/sida y otras ITS; y el 53 %, sobre la píldora anticonceptiva de emergencia (Gráfico 13.1). Al comparar estas cifras con las obtenidas en la ENDEMAIN 2004, se observa un considerable incremento en la recepción de la información sobre los temas de la menstruación (del 81.5 % al 93.2 %), el embarazo y el parto (del 70.7 % al 85.2 %), los métodos anticonceptivos (del 66.9 % al 83.7 %), las relaciones sexuales (del 71.3 % al 86.1 %) y el VIH/sida y otras ITS (del 69.3 % al 86.3 %) (CEPAR, 2005).

Además, se observa en el Gráfico 13.1 que, en general, la recepción de información sobre sexualidad y salud sexual está directamente relacionada con el nivel de educación de la mujer. Es así que la recepción de información de cada uno de los temas es proporcionalmente mayor (sobrepasa al 80 %) en las mujeres con instrucción secundaría y con instrucción superior o de posgrado. La única excepción se reporta con relación a la recepción de información sobre la píldora anticonceptiva de emergencia, cuya proporción es menor a la de otros temas en todos los niveles de instrucción.

De manera particular, se destaca la recepción de información sobre la menstruación, que sobrepasa el 60 % en todos los niveles de instrucción (Gráfico 13.1). Según lo expuesto se puede decir que la recepción de información sobre sexualidad y salud reproductiva es menor en las instancias primarias de los planteles educativos; por ende, el ser la educación sexual una inversión pública, se recomienda impartirla de una forma integral y responsable a edades más tempranas.

Además, de los anexos de esta sección se desprende que, con relación a todos los temas de sexualidad y salud reproductiva, las mujeres del área rural reciben menos información que las mujeres en el área urbana. De igual forma, se observa que la recepción de información es menor en las mujeres indígenas, las mujeres de las provincias de Cañar, Chimborazo, Pastaza y las mujeres de la Sierra rural (Anexo 13.4).

Gráfico 13.1 **Recepción de información sobre temas de sexualidad y salud reproductiva, por tema y nivel de instrucción (MEF de 15 a 24 años)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cabe señalar que la recepción de información sobre sexualidad y salud reproductiva está directamente relacionada con el quintil económico de la mujer; es decir que a menor quintil económico, menor es la proporción de recepción de información (Anexo 13.5).

Por último, con relación a la experiencia sexual de la mujer, se observa que quienes no han tenido relaciones sexuales, son quienes más información sobre sexualidad y salud sexual han recibido (Anexo 13.6).

Fuente que brindó información sobre los temas de sexualidad y salud reproductiva

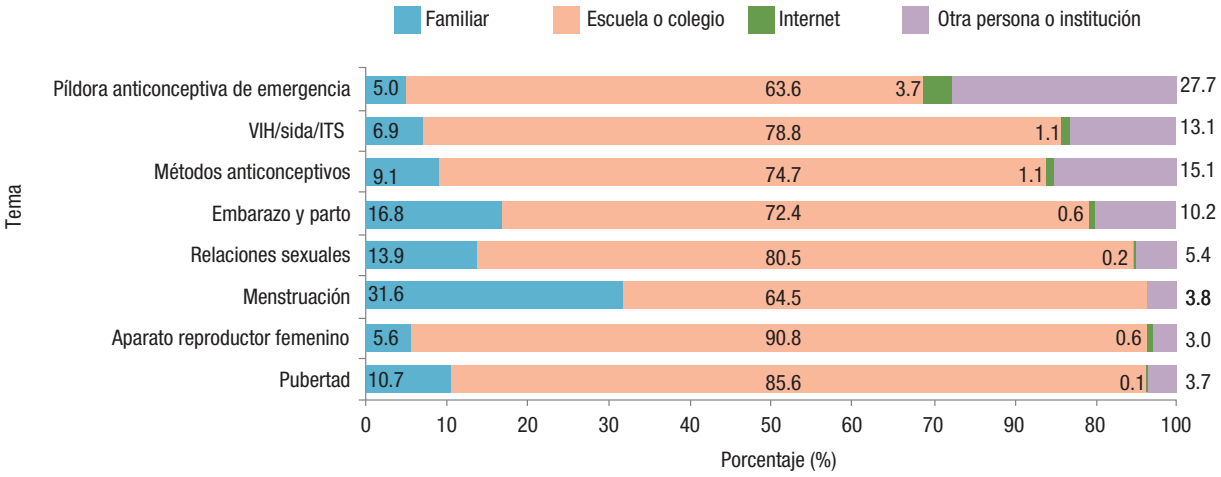
En el Anexo 13.7 y el Grafico 13.2 se reporta la distribución porcentual de la fuente que brindó información sobre los temas de sexualidad y salud reproductiva a las MEF de 15 a 24 años. Es claro en el gráfico que la principal fuente de información en cada uno de los temas es la escuela o colegio (píldora anticonceptiva de emergencia: 63.6 %, VIH/sida/ITS: 78.8 %, métodos anticonceptivos: 74.7 %, relaciones sexuales: 80.5 %, menstruación: 64.5 %, aparato reproductor: 90.8 % y pubertad: 85.6 %).

13.3.4 Experiencia sexual y tipo de relación sexual

La clasificación de las MEF según si han tenido relaciones sexuales o no, además de la clasificación según si su primera relación sexual fue marital o premarital[1] , se presenta del Anexo 13.8 al Anexo 13.10, con las desagregaciones por ubicación geográfica, grupo étnico, nivel de instrucción, quintil económico, estado civil y edad actual. A nivel nacional, se observa que un 59.3 % de las de las mujeres entre 15 y 24 años ya ha tenido relaciones sexuales, de este porcentaje, un 4.6 % le corresponde a las mujeres que han tenido una relación sexual marital y un 54.6 %, a las mujeres que han tenido una relación sexual premarital. Vale la pena mencionar que a menor nivel de instrucción y quintil económico de la mujer, mayor fue la proporción de mujeres que han tenido relaciones sexuales (Anexo 13.9).

A todas las mujeres que han tenido relaciones sexuales se les preguntó: *¿Cuál era su relación con la persona con quién tuvo su primera relación sexual?* Del Anexo 13.11 al 13.13 se presentan las respuestas a esta pregunta con los desgloses por ubicación geográfica, grupo étnico, nivel de instrucción, quintil económico, estado civil y edad actual. Un resumen de esta información a escala nacional se presenta en el Gráfico 13.3. Se puede observar que un 86.6 % de mujeres tuvo su primera relación sexual con su novio; le sigue en importancia, las mujeres que tuvieron su primera relación con su cónyuge o conviviente (7.9 %) y las que tuvieron su primera relación sexual con un amigo (3.7 %). Además, si bien la proporción y el número de casos son mínimos, un 1.1 % de mujeres reportó haber tenido su primera relación sexual como producto de una violación.

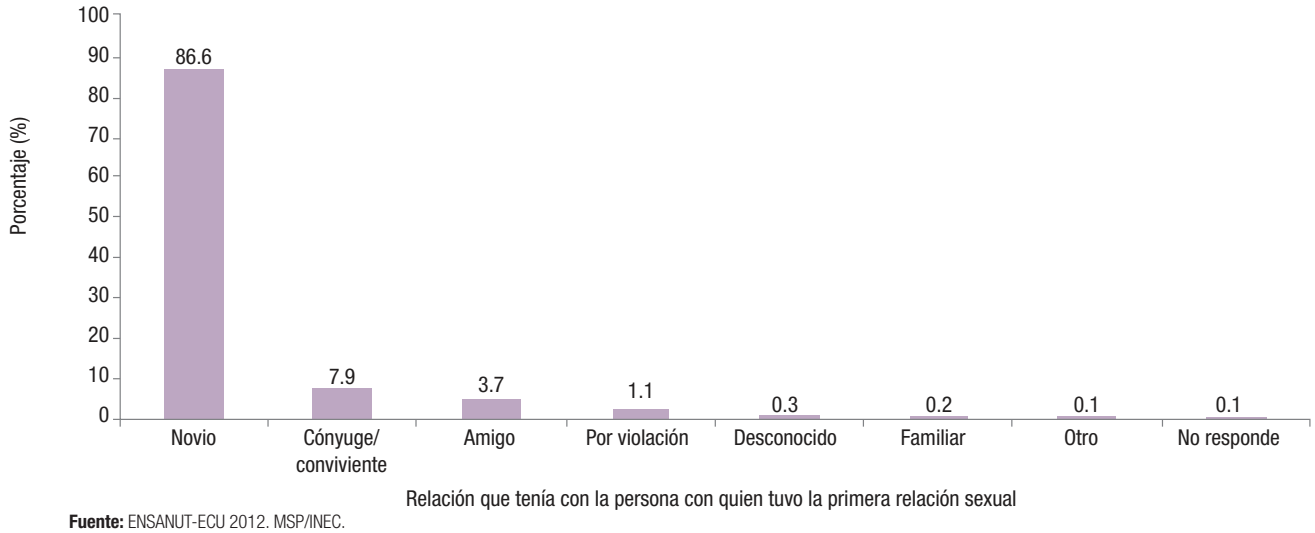
Gráfico 13.2 **Fuente que brindó información sobre los temas de sexualidad y salud reproductiva por tema. (MEF de 15 a 24 años que han recibido información sobre sexualidad y salud reproductiva)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

1 Para esta clasificación se define como r*elación sexual premarital* aquella que ocurrió cuando las mujeres no estaban casadas o unidas a la fecha de la primera relación sexual. *Relación sexual marital* es aquella que ocurrió cuando las mujeres estaban casadas o unidas a la fecha de la primera relación sexual.

Gráfico 13.3 **Relación que tenía con la persona con quien tuvo su primera relación sexual (mujeres de 15 a 24 años que han tenido relaciones sexuales)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Al comparar los datos de 2012 con lo reportado en 2004 se puede decir que ha habido un aumento considerable (del 68.7 % al 86.6 %) en la proporción de mujeres que han tenido su primera relación sexual con su novio; a su vez, ha habido una disminución (del 25.3 % al 7.9 %) en la proporción de mujeres que han tenido su primera relación sexual con su cónyuge o conviviente (CEPAR, 2005).

Edad en la primera relación sexual

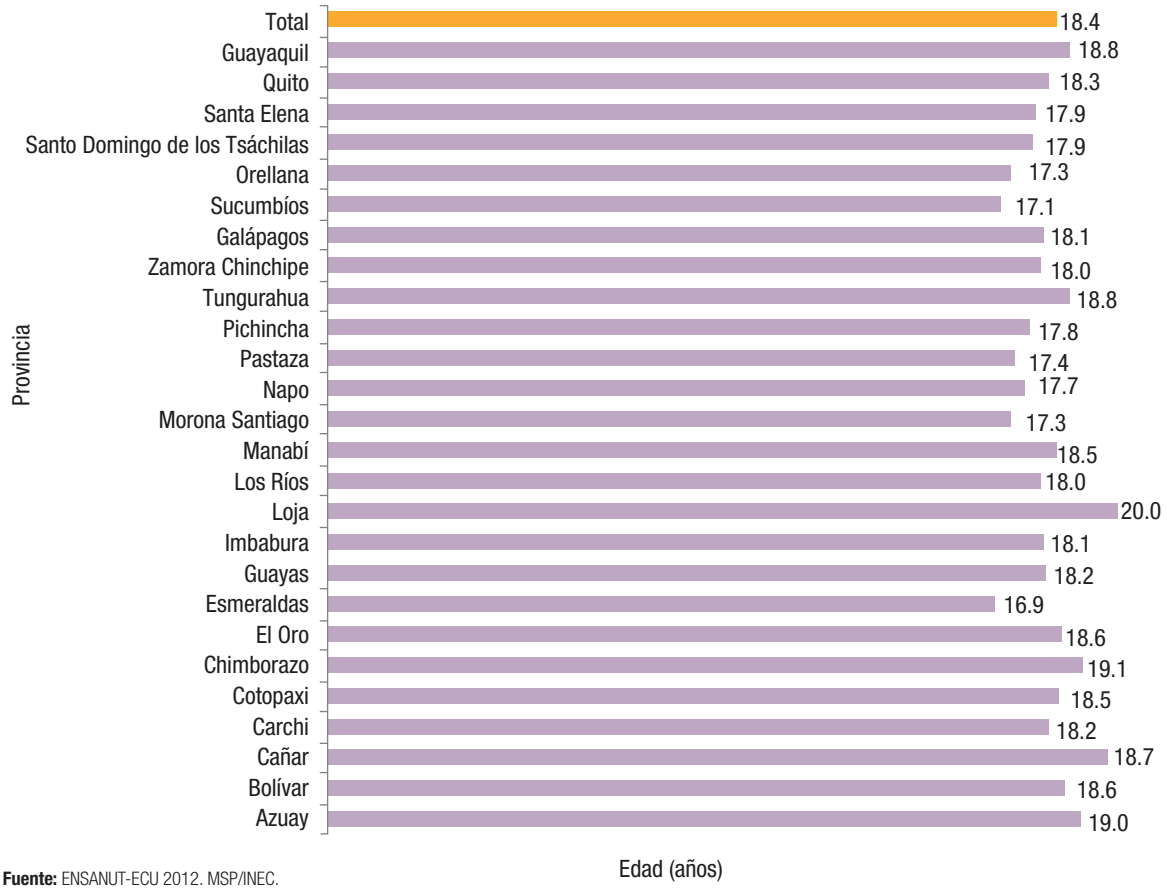
La edad en la primera relación sexual es un factor determinante de la fecundidad de los individuos,

Cuadro 13.3 **Edad en la primera relación sexual por categoría de edad y edad mediana en la primera relación sexual, por área de residencia, grupo étnico y quintil económico (mujeres de 15 a 24 años de edad)**

Características seleccionadas	Categoría de edad en la primera relación sexual (porcentaje acumulado)					Ha tenido relaciones sexuales	No ha tenido relaciones sexuales	Edad mediana
	< 15 años	< 18 años	< 20 años	< 22 años	< 25 años			
	%	%	%	%	%	%	%	(años)
Total	7.5	30.1	41.8	44.8	45.6	45.6	54.4	18.4
Área								
Urbano	8.2	31.0	44.2	47.7	48.7	48.7	51.3	18.5
Rural	6.2	28.5	37.3	39.4	39.6	39.6	60.4	18.1
Grupo étnico								
Indígena	7.2	32.8	42.4	46.0	46.7	46.7	53.3	18.0
Afroecuatoriano	10.7	41.1	48.6	50.4	50.4	50.4	49.6	16.9
Montuvio	9.8	31.2	45.1	47.3	47.3	47.3	52.7	18.1
Mestizo, blanco y otro	7.2	29.2	41.2	44.2	45.1	45.1	54.9	18.5
Quintil económico								
Q1 (Pobre)	10.4	35.5	43.7	45.2	45.3	45.3	54.7	17.5
Q2	9.0	32.5	42.8	45.8	46.2	46.2	53.8	17.9
Q3 (Intermedio)	8.1	32.0	45.5	47.9	48.5	48.5	51.5	18.4
Q4	6.0	32.1	41.7	45.0	46.0	46.0	54.0	18.5
Q5 (Rico)	3.0	17.0	34.9	39.9	41.8	41.8	58.2	19.8
Total	7.5	30.1	41.8	44.8	45.6	45.6	54.4	18.4

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 13.4 **Edad en la primera relación sexual, por provincia (mujeres de 15 a 24 años que han tenido relaciones sexuales)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

ya que a medida en que se retrasa el inicio de las relaciones sexuales, se reduce el tiempo de vida reproductiva y el riesgo de tener embarazos no deseados, embarazos de alto riesgo, abortos en condiciones riesgosas, hijos (as) de madres solteras, contagio de VIH/Sida y otras ITS y, por supuesto, la mortalidad materna (CEPAR, 2005).

Con estos antecedentes, del Anexo 13.14 al Anexo 13.16 se presenta la edad de la primera relación sexual en las mujeres de 15 a 24 años por categoría de edad, ubicación geográfica, grupo étnico, nivel de instrucción, quintil económico, grupo de edad y estado civil. Un resumen de la información más relevante de estos anexos se presenta en el Cuadro 13.3. Se desprende que la edad de la primera relación sexual es de 18.4 años; y se observa una edad ligeramente menor entre las afroecuatorianas (16.9 años), las mujeres de los quintiles 1 y 2 (17.5 años y 17.9 años, respectivamente) y las mujeres de la Amazonía rural (17.2 años) y la Amazonia urbana (17.6 años).

Al observar los porcentajes acumulados de la primera relación según categoría de edad, se evidencia que un 7.5 % de las mujeres tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años; un 30.1 %, antes de los 18 años; un 41.8 %, antes de los 20 años; un 44.8 %, antes de los 22 años; y un 45.6 %, antes de los 25 años. Estos porcentajes son muy semejantes a los reportados en la ENDEMAIN 2004 (8 %, 30 %, 40.9 %, 45.1 % y 46.2 %, respectivamente) (CEPAR, 2005).

En el Gráfico 13.4 se presenta, la edad de las mujeres en su primera relación sexual, por provincia. Se observa en el gráfico que Esmeraldas reporta la menor edad de inicio de las relaciones sexuales (16.9 años), mientras que Loja reporta la mayor edad (20.0 años).

Edad de la persona con quien tuvo su primera relación sexual

El Anexo 13.17 y el Cuadro 13.4 presentan información sobre la edad de la persona con quien las mujeres tuvieron su primera relación sexual, con relación a la edad de la mujer en la primera relación sexual. Proporcionalmente hablando se puede decir que a escala nacional

Cuadro 13.4 **Edad de la persona con la que tuvo la primera relación sexual, por categoría de edad de la persona y edad de la mujer en la primera sexual (mujeres de 15 a 24 años de edad)**

Características seleccionadas	Categoría de edad de la persona con la que tuvo su primera relación sexual (años)						Edad promedio
	< 15	15-17	18-19	20-24	24 o más	NS/NR	
	%	%	%	%	%	%	(años)
Total	0.8	18.8	28.6	36.2	12.5	3.1	19.2
Edad de la mujer en la primera relación sexual (años)							
< 15	4.3	31.5	22.6	26.6	9.1	5.8	18.3
15-17	0.2	25.2	31.5	29.6	10.4	3.1	18.8
18-19	-	4.8	34.4	46.0	13.2	1.6	20.1
20-24	-	0.6	4.3	63.0	29.5	2.6	21.5

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

la mayoría de mujeres de 15 a 24 años tuvieron su primera relación sexual con una persona de 20 a 24 años (36.2 %); en orden de importancia le sigue, las mujeres que tuvieron su primera relación sexual con una persona de 18 a 19 años (28.6 %). Asimismo, se observa en el cuadro que la edad promedio de la persona con quien las mujeres tuvieron su primera relación sexual es de 19.2 años (Cuadro 13.4).

En las mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años, un 31.5 % tuvo su primera relación con una persona de 15 a 17 años; un 26.6 %, con una persona de 20 a 24 años; un 22.6 %, con una persona de 18 a 19 años; un 9.1 %, con una persona de 24 años o más; un 4.3 %, con una persona menor de 15 años; y un 5.8 % no sabe o no recuerda la edad de esa persona. Por lo tanto, se puede decir que la mayoría de mujeres que iniciaron su vida sexual antes de los 15 años lo hizo con hombres mayores que ellas (89.8 %) (Cuadro 13.4).

Al analizar el patrón de comportamiento en las mujeres que tuvieron su primera relación sexual entre los 15 y 17 años, se deduce que un 71.5 % tuvo su primera relación con una persona mayor a ellas (al sumar 31.5 % de 18 a 19 años, más 29.6 % de 20 a 24 años y más 10.4 % de 24 o más años).

De igual manera, en las mujeres que tuvieron su primera relación sexual entre los 18 y 19 años, se observa que un 59.2 % tuvo su primera relación con una persona mayor. Mientras, en las mujeres que tuvieron su primera relación sexual entre los 20 a 24 años, solo un 29.5 % tuvo su primera relación sexual con una persona mayor; mientras que un 63 % tuvo su primera relación con una persona de la misma edad (Cuadro 13.4).

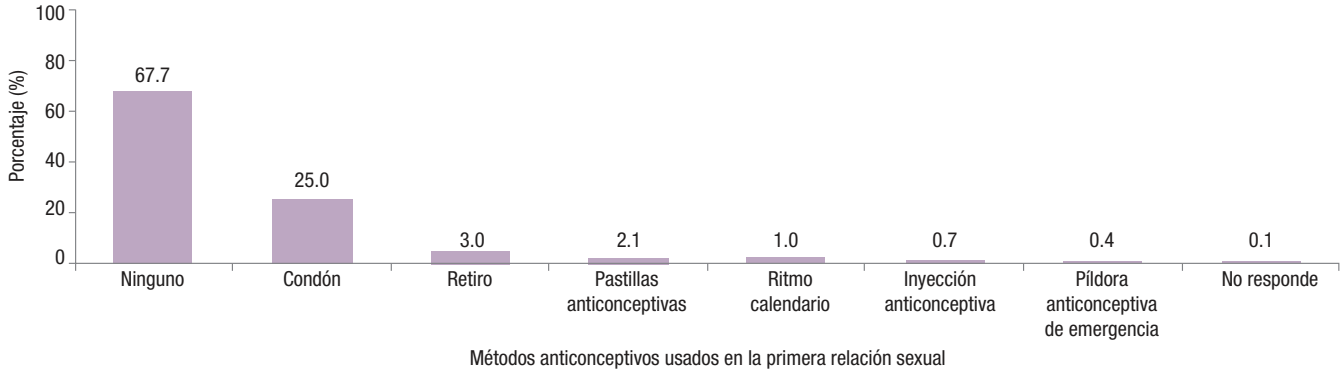
Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual

La recepción de información sobre el funcionamiento, eficacia, ventajas del uso de anticonceptivos y fuentes de obtención, en las adolescentes y las mujeres que inician la vida adulta, representa una de las alternativas para evitar embarazos precoces, el VIH/Sida y otras ITS y la mortalidad materna (OMS, 2014; CEPAR, 2005). Sin embargo, las relaciones sexuales no planificadas y la falta de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, representan barreras reales en el uso de dichos métodos. Con el fin de profundizar en el entendimiento de estas complejas interacciones en los Anexo 13.18 y 13.19 se presenta la tasa de uso de anticonceptivos en las mujeres de 15 a 24 años, desagregada según la clasificación de la primera relación sexual (marital o premarital) y según el área de residencia, el grupo étnico, la subregión, la edad de la primera relación sexual, el nivel de instrucción y el quintil económico.

Un 32.3 % de mujeres usó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual; esta cifra es casi 19 puntos porcentuales más alta que la cifra reportada en 2004 (13.5 %) (CEPAR, 2005). De acuerdo con la clasificación de la primera relación sexual, el uso de anticonceptivos es mayor cuando la primera relación sexual fue premarital (33.6 %) que cuando fue marital (17.5 %).

Complementando la información anterior, del Anexo 13.20 al Anexo 13.22 se presenta,

Gráfico 13.5 **Métodos anticonceptivos usados en la primera relación sexual (%) (mujeres de 15 a 24 años que usaron métodos anticonceptivos en la primera relación sexual)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

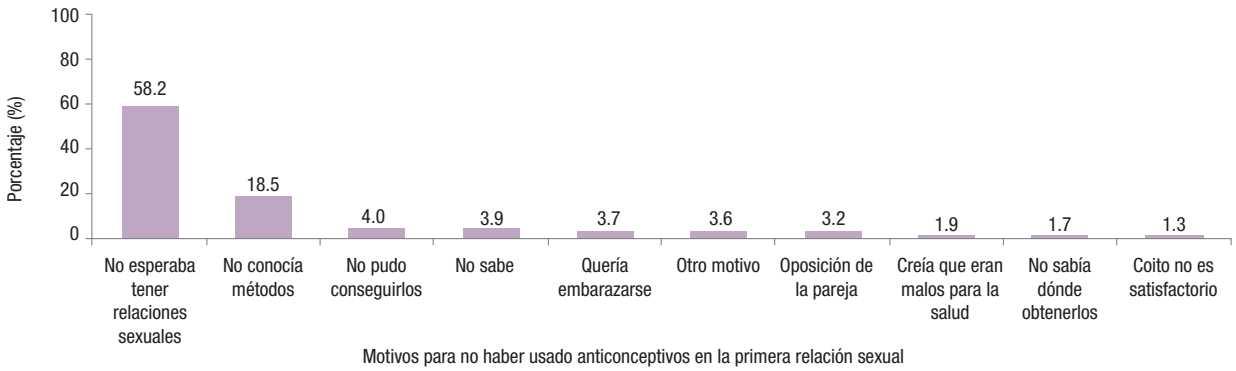
la distribución porcentual de los métodos anticonceptivos usados en la primera relación, desagregada por características seleccionadas. Un resumen de esta información es presentado en el Gráfico 13.5. Se evidencia que dos de cada tres mujeres (67.7 %) no utilizó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. El anticonceptivo más usado fue el condón (25 %), seguido por el retiro (3 %) y las pastillas anticonceptivas (2.1 %). Cabe resaltar que el uso del condón ha aumentado, del 6.7 %, en 2004, al 25 %, en 2012 (CEPAR, 2005).

Motivos para no haber usado anticonceptivos en la primera relación sexual

En el Anexo 13.23 y Gráfico 13.6 se muestran los motivos para no haber usado anticonceptivos en la primera relación sexual, tanto en estado marital como premarital. Se evidencia en el gráfico que a escala nacional los tres motivos principales para no haber usado anticonceptivos en la primera relación sexual son *No esperaba tener relaciones sexuales* (58.2 %), *No conocía los métodos anticonceptivos* (18.5 %) y *No pudo conseguirlos* (4 %).

Al estudiar la desagregación por estado marital o premarital, en el Anexo 13.23 se desprende que cuando la primera relación sexual fue marital, los motivos para no haber usado anticonceptivos varían en comparación con las proporciones nacionales: el primer motivo es *No conocía los métodos anticonceptivos* (32.4 %), seguido por *Quería embarazarse* (21.9 %) y *No esperaba tener relaciones sexuales* (21.5 %) . En el caso de las relaciones sexuales premaritales los motivos

Gráfico 13.6 **Motivos para no haber usado anticonceptivos en la primera relación sexual (%) (mujeres de 15 a 24 años con experiencia sexual y que no usaron anticonceptivos en su primera relación sexual)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

principales para no haber usado métodos anticonceptivos siguen el mismo patrón que la escala nacional: No esperaba tener relaciones: 62.1 %; No conocía los métodos: 17 %; y *No pudo conseguirlos:* 4 % (Anexo 13.23).

Para mayor detalle las desagregaciones de los datos por ubicación geográfica, grupo étnico, edad de la primera relación sexual, nivel de instrucción y quintil económico, se encuentran en los Anexos 13.24 y 13.25 (relación sexual premarital) y en los anexos 13.26 y 13.27 (relación sexual marital).

13.3.5 Circunstancias en las que tuvo el primer embarazo

Para prevenir embarazos precoces, es necesario que individuos, familias, comunidades e instituciones reconozcan que las niñas necesitan un tiempo adecuado para su crecimiento y desarrollo, en un proceso que les permita dejar atrás la niñez y la adolescencia para llegar a ser mujeres antes de convertirse en esposas y madres (OMS, 2014). Esto se puede conseguir mediante intervenciones integrales que tomen en cuenta a todos los actores en general, dejando de lado esquemas de vergüenza, rechazo y estigma asociados con el embarazo adolescente (OMS, 2014; OPS, 2008). Por otro lado, cuando ocurren dichos embarazos, los servicios de salud deben estar preparados para prestar una atención eficaz, que garantice el bienestar y la supervivencia de la madre y el recién nacido (OMS, 2014).

Con estos antecedentes, en los Anexos 13.28, 13.29 y 13.30 se presenta la proporción de mujeres de 15 a 24 años que estuvieron algunas vez embarazadas, según la clasificación del embarazo como marital o premarital[2] , desagregada por ubicación geográfica, grupo étnico, nivel de instrucción, quintil económico, estado civil y edad actual. Un resumen de la información más relevante de estos anexos se presenta en el Cuadro 13.5.

Se evidencia que un 42 % de mujeres estuvo alguna vez embarazada. De este porcentaje, un 14.7 % fue de embarazos maritales y un 27.3 %, embarazos premaritales. También se observa en el cuadro que la proporción de mujeres alguna vez embarazadas es más alta en las mujeres con instrucción primaria (63.3 %) que en las mujeres con instrucción superior o de posgrado (33.9 %). Además, al estudiar el desglose por quintil económico se reporta que la proporción de mujeres alguna vez embarazadas es más alta en el quintil 1 (Q1: 48 %) y menor en el quintil 5 (Q5: 28.2 %). Por ende, se puede decir que tanto el nivel de instrucción como el nivel económico de las mujeres son factores influyentes en la ocurrencia de embarazos, maritales o premaritales.

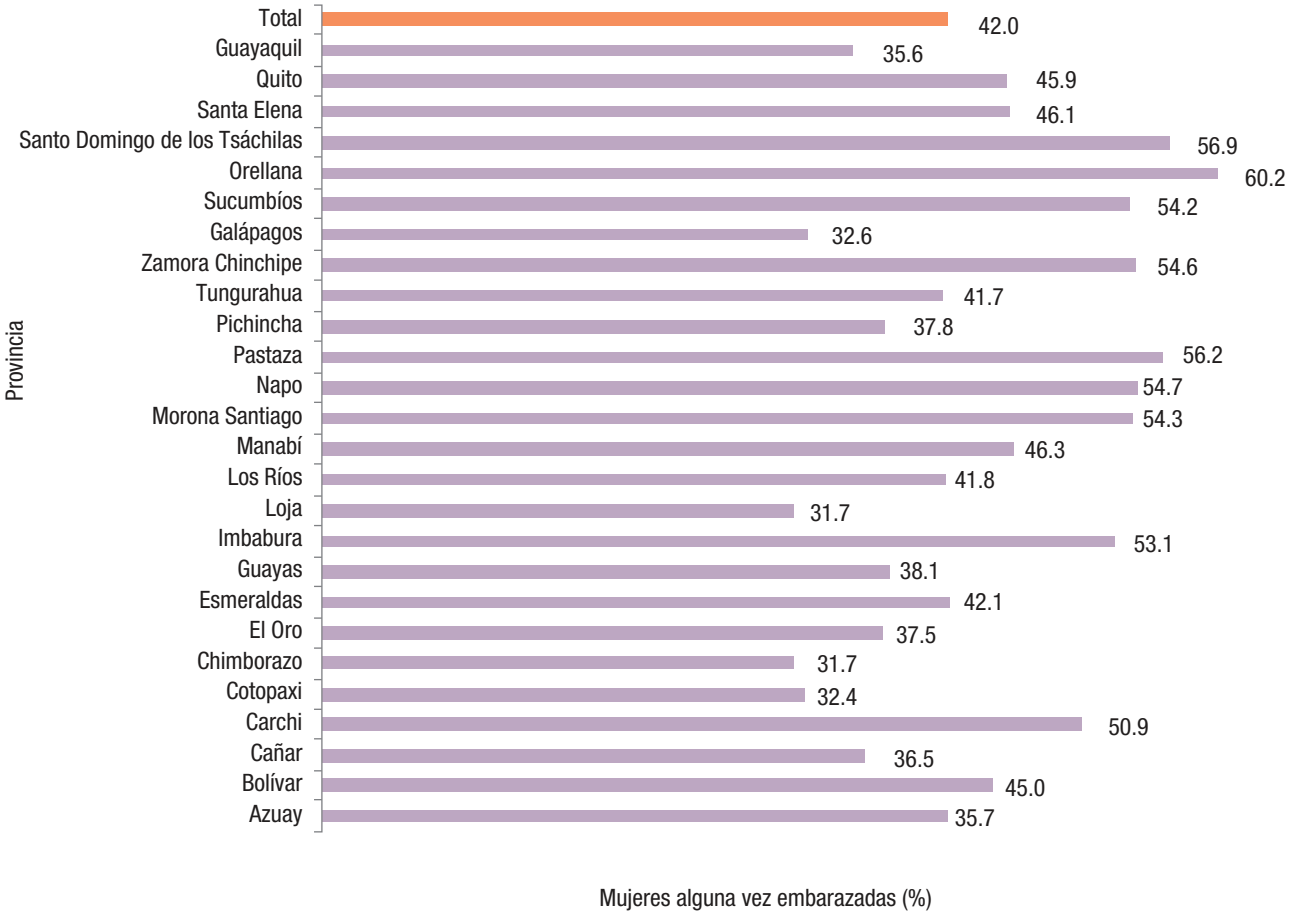
Cuadro 13.5 **Mujeres alguna vez embarazadas, por clasificación del primer embarazo, nivel de instrucción y quintil económico (mujeres de 15 a 24 años)**

Características seleccionadas	Tipo de embarazo		Alguna vez embarazada	Nunca embarazada	Sin experiencia sexual	Total	
	Marital	Premarital					
	%	%	%	%	%	%	n
Total	14.7	27.3	42.0	15.3	42.8	100	4 313
Nivel de instrucción							
Ninguno	*	*	*	*	*	*	*
Primaria	26.5	36.8	63.3	11.8	25.0	100	908
Segundaria	13.3	24.8	38.1	13.4	48.5	100	2 687
Superior/posgrado	7.7	26.2	33.9	24.4	41.7	100	702
Quintil económico							
Q1 (Pobre)	21.6	26.4	48.0	13.7	38.3	100	1 327
Q2	20.0	31.7	51.7	10.6	37.6	100	1 028
Q3 (Intermedio)	15.4	25.9	41.3	16.2	42.5	100	822
Q4	9.9	31.0	40.9	14.8	44.3	100	622
Q5 (Rico)	6.7	21.5	28.2	20.8	51.0	100	514

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

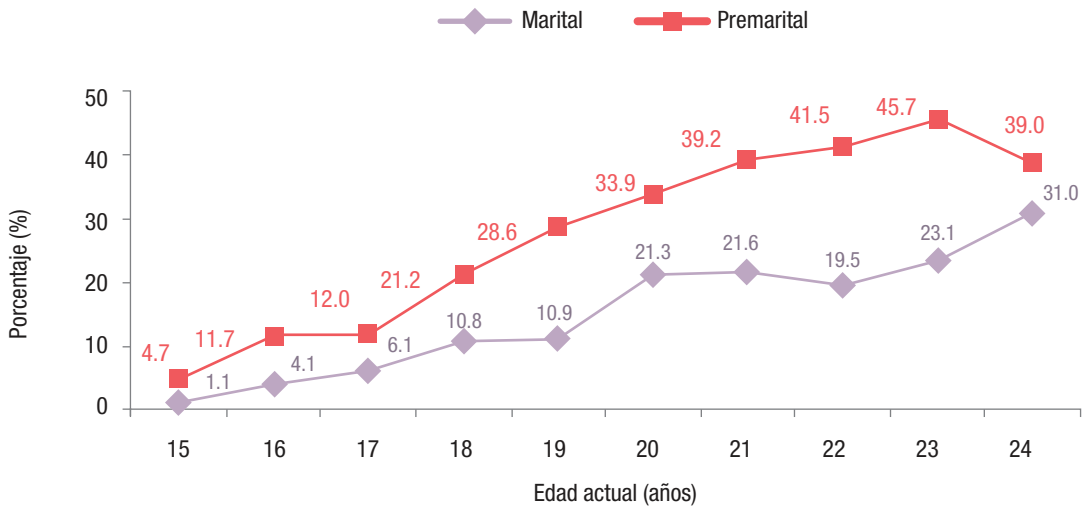
2 Para esta clasificación se define como *embarazo premarital* aquel que ocurrió cuando las mujeres no estaban casadas o unidas. *Embarazo marital* es aquel que ocurrió cuando las mujeres estaban casadas o unidas durante dicho embarazo.

Gráfico 13.7 **Porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas, por provincia (mujeres de 15 a 24 años)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 13.8 **Mujeres alguna vez embarazadas, por clasificación del primer embarazo y edad actual (mujeres de 15 a 24 años)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Complementando la información antes expuesta, en el Gráfico 13.7 se presenta el porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas a nivel provincial.

Como se observa, las provincias con una mayor tasa de mujeres alguna vez embarazadas son Orellana (60.2 %), Santo Domingo de los Tsáchilas (56.9 %) y Pastaza (56.2 %); mientras que las provincias con una menor tasa de mujeres alguna vez embarazadas son Loja (31.7 %), Chimborazo (31.7 %), Cotopaxi (32.4 %) y Galápagos (32.6 %).

En el Anexo 13.30 y el Gráfico 13.8 se presenta el porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas según la clasificación de embarazo (marital o premarital) y según la edad actual de la mujer. A partir de los 16 años se observa una mayor proporción de mujeres que se embarazaron en estado premarital, en comparación con aquellas en estado marital.

Embarazos ocurridos cuando las mujeres pensaban que no podían quedar embarazadas

Los Anexos 13.31 a 13.33 hacen referencia a la proporción de embarazos ocurridos cuando las mujeres pensaban que no podían quedar embarazadas, desagregados por estado marital o premarital, ubicación geográfica, grupo étnico, nivel de instrucción, quintil económico, edad al momento del embarazo y acceso a información sobre la menstruación, el embarazo y el parto. Se desprende de estos anexos que un 58.2 % de embarazos ocurrió cuando las mujeres pensaban que no podían quedar embarazadas. Según la clasificación de estado civil, la proporción varía del 56.8 %, cuando el embarazo fue premarital, al 70.7 %, cuando el embarazo fue marital.

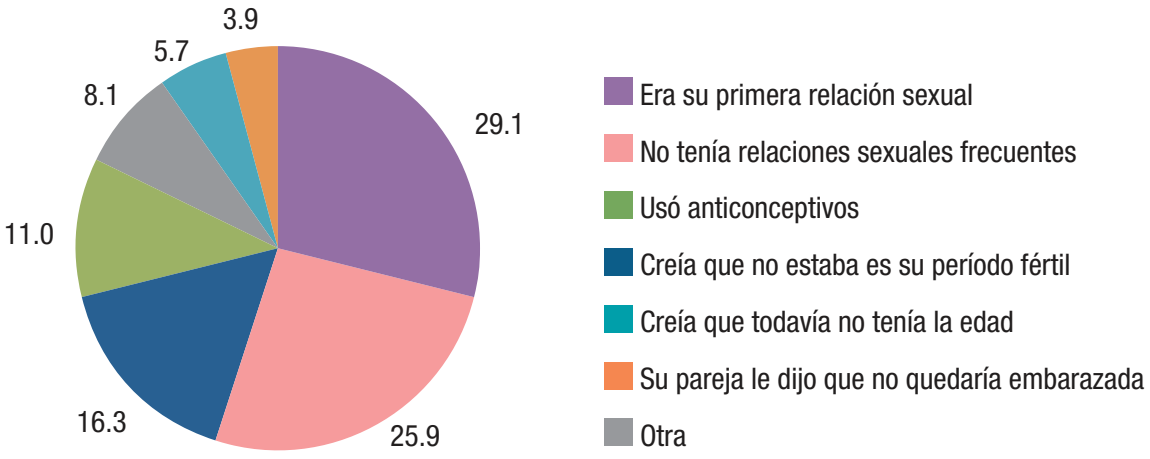
A nivel nacional, se destacan las mujeres afroecuatorianas (66 %) entre los grupos étnicos, y las mujeres que viven en las provincias de Cañar (68.7 %), Carchi (66.3 %), Loja (65.3 %), Manabí (65.2 %) y Los Ríos (64.2 %), por presentar las proporciones más altas de embarazos ocurridos cuando las mujeres no lo esperaban.

Motivos para creer que no podía quedar embarazada

A todas las mujeres entre 15 y 24 años que respondieron que no creían que podían quedar embarazadas se les preguntó los motivos para creer esto. La distribución porcentual de los motivos para creer que no podían quedar embarazadas se presentan, en el Gráfico 13.9, a escala nacional, y en los Anexos 13.34, 13.35 y 13.36, los desgloses por características seleccionadas.

Como se observa en el Gráfico 13.9, los motivos más mencionados por los que no creían que podían quedar embarazadas incluyen: *Era su primera relación sexual* (29.1 %), *No tenía relaciones sexuales frecuentes* (25.9 %), *Creía que no estaba en su período fértil* (16.3 %) y *Usó anticonceptivos* (11 %). En menor proporción, *Creía que todavía no tenía la edad* (5.7 %) y *Su pareja le dijo que no quedaría embarazada* (3.9 %). Si bien los porcentajes han variado con relación a los reportados en la ENDEMAIN 2004, los motivos

Gráfico 13.9 **Motivos para creer que no podía quedar embarazada (%) (mujeres de 15 a 24 años de edad que no creían que podían quedar embarazadas)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

más mencionados continúan siendo los mismos: *Era su primera relación sexual*: 34.7 %, *No tenía relaciones frecuentes*: 18.8 % y *Creía que no estaba en su período fértil:* 16.1 % (CEPAR, 2005).

Si bien a nivel nacional el 29.1 % de las mujeres mencionó como motivo principal que *Era su primera relación sexual*, este porcentaje es mayor en el área rural (37.3 %), en las mujeres de las provincias de Manabí (44.3 %) y Cotopaxi (41.3 %); así como en las mujeres que tuvieron un embarazo antes de los 15 años (40.9 %) y en las mujeres que no recibieron información sobre la menstruación (38.3 %) (Anexos 13.34 a 13.36).

Un 25.9 % de mujeres a nivel nacional mencionó como motivo principal *No tenía relaciones sexuales frecuentes*; por etnia, las mujeres indígenas presentaron la mayor prevalencia (36.4 %); por provincia, Galápagos (36.1 %), Pastaza (35.2 %), Azuay (35 %), Guayas (33.7 %) y Chimborazo (30.4 %). En cuanto al nivel de instrucción y quintil económico, las mujeres con instrucción primaria (32.3 %) y las del quintil 3 (Q3: 31.2 %), presentaron también los valores más altos. (Anexos 13.34 a 13.35)

Respecto a las mujeres que mencionaron como motivo principal *Creía que no estaba en su período fértil*, se observa al nivel provincial que Napo (29.7 %), Chimborazo (27.1) y Guayas (23.1 %) están por sobre el nivel nacional (16.3 %). En cuanto al nivel de instrucción, aquellas con instrucción superior o de posgrado (31.9 %) y el grupo de mujeres de 20 y 24 años al momento del embarazo (26.1 %) presentaron las proporciones más altas. Con relación al quintil económico, el Q5 presentó los niveles más altos (25 %), al igual que las mujeres que tenían una relación con su cónyugue o conviviente al momento del embarazo (25.5 %) (Anexos 13.34 a 13.35).

13.3.6 Planificación del primer embarazo

Para tener un estimado de cuán planificado fue el primer embarazo, a todas las mujeres entre 15 y 24 años que estuvieron alguna vez embarazadas, se preguntó: En la época en la que quedó embarazada, usted... a) *¿Quería tener ese hijo (a)*?, b) *¿Quería esperar más tiempo? o c) ¿No quería hijos (as)?* El resultado de estas preguntas se presenta en los Anexos 13.37, 13.38 y 13.39, desagregado por ubicación geográfica, grupo étnico, nivel de instrucción, edad al momento del embarazo, quintil económico y relación con la persona con quien tuvo el primer embarazo.

A nivel nacional, se reporta que un 52.5 % de las mujeres quería tener ese hijo (a), un 43.8 % quería esperar más tiempo para tener ese hijo (a) y un 3.7 % no quería tener hijo (a). Al comparar con los datos reportados en la ENDEMAIN 2004 se observa una diminución en el porcentaje de mujeres que quería tener ese hijo (a), del 66.3 % al 52.5 %, un aumento en el porcentaje de mujeres que quería esperar más tiempo, del 26.8 % al 43.8 % y una disminución en las mujeres que no querían tener ese hijo (a), del 6.8 % al 3.7 % (CEPAR, 2005).

Al desglosar la información por área, la proporción de mujeres que querían tener ese hijo es mayor en el área rural (60.4 %). Por subregión, la Costa rural (66 %) presenta las proporciones más más altas. En cuanto al nivel de instrucción, las del nivel primario (67.6 %) presentan la proporción más alta, así como el Q1 (59 %) con relación a los otros quintiles. En cuanto a la relación con la persona con quien tuvo el primer embarazo, aquellas que tenían una relación con su cónyuge o conviviente presentaron las proporción más alta (74.1 %), frente aquellas que tenían un novio o amigo u otra persona.

En cuanto a las mujeres que querían esperar más tiempo para tener ese hijo (a), las proporciones más altas se dieron en las mujeres de Galápagos (56.1 %) al nivel provincial, las mujeres con instrucción superior o posgrado (56.5 %), las mujeres que tenían menos de 15 años al momento del embarazo (58.8 %), y las mujeres que tenían una relación con un novio o amigo al momento del embarazo (54.7 %).

Finalmente, con relación a las mujeres que no querían tener ese hijo (a), las proporciones más altas se dieron en las mujeres de la Amazonía urbana (10 %) con relación a las otras subregiones, las que tenían menos de 15 años al momento del embarazo (7.5 %) y las que tenía otro tipo de relación (diferente a un cónyugue, novio o amigo) al momento del embarazo (24.6 %).

Edad de la persona con quien tuvo el primer embarazo

En el Anexo 13.40 se presenta la edad de la persona con quién la MEF de 15 a 24 años tuvo su primer embarazo, por categoría de edad, desagregada por área de residencia, nivel de instrucción, relación con la persona con quien tuvo su primer embarazo y edad al embarazo. Un resumen de esta información se presenta en el Cuadro 13.6.
La edad promedio de la persona con quien las mujeres tuvieron su primer embarazo fue de 21.7

Cuadro 13.6 **Edad de la persona con la que tuvo el primer embarazo por edad de la MEF en el momento del primer embarazo (mujeres de 15 a 24 años de edad alguna vez embarazadas)**

Características seleccionadas	Edad de la persona con la que tuvo el primer embarazo								Total		Edad promedio
	< 15	15-17	18-19	20-22	23-24	25-29	30 o más	NS/ NR			
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n	años
Total	0.2	10.2	22.8	31.3	14.6	12.7	5.4	2.8	100	3 248	21.7
Edad de la MEF en el momento del embarazo											
< 15	0.3	27.3	18.0	26.8	10.3	8.6	7.8	1.0	100	236	20.9
15-17	0.2	16.0	29.0	25.6	11.4	10.1	4.1	3.4	100	1 442	20.9
18-19	0.3	4.7	26.9	36.1	13.3	10.7	5.7	2.2	100	986	21.7
20-24	-	1.0	4.6	37.3	24.5	22.7	6.7	3.1	100	584	23.6

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

años. Cabe señalar que, con relación a las mujeres que quedaron embarazadas antes de los 15 años, la mayoría de ellas tuvo su primer embarazo con una persona entre 15 y 17 años (27.3 %), una persona entre 20 y 22 años (26.8 %), o con una persona de 30 o más años (7.8%).

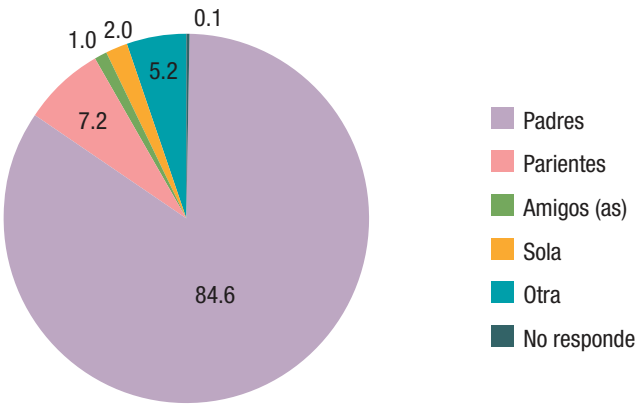
Persona con quién tuvo el primer embarazo

En los Anexos 13.41 y 13.42 se presenta información sobre la persona con quién la MEF de 15 a 24 años tuvo su primer embarazo, por área de residencia, grupo étnico, subregión, nivel de instrucción, edad de la MEF en el momento del embarazo y quintil económico. Conforme estos anexos se evidencia que al nivel nacional, un 60.9 % de mujeres tuvo su primer embarazo con su novio; un 35.2 %, con su cónyuge o conviviente; un 1.9 %, con su amigo; un 0.8 %, con un familiar; y un 0.4 %, con un desconocido. En comparación con el 2004 ha habido un aumento del 39.4 % al 60.9 % en las mujeres que tuvieron su primer embarazo con su novio, y una disminución del 56.6 % al 35.2 % en las mujeres que tuvieron su primer embarazo con su cónyuge o conviviente (CEPAR, 2005).

Persona con quien vivía cuando tuvo su primer embarazo premarital

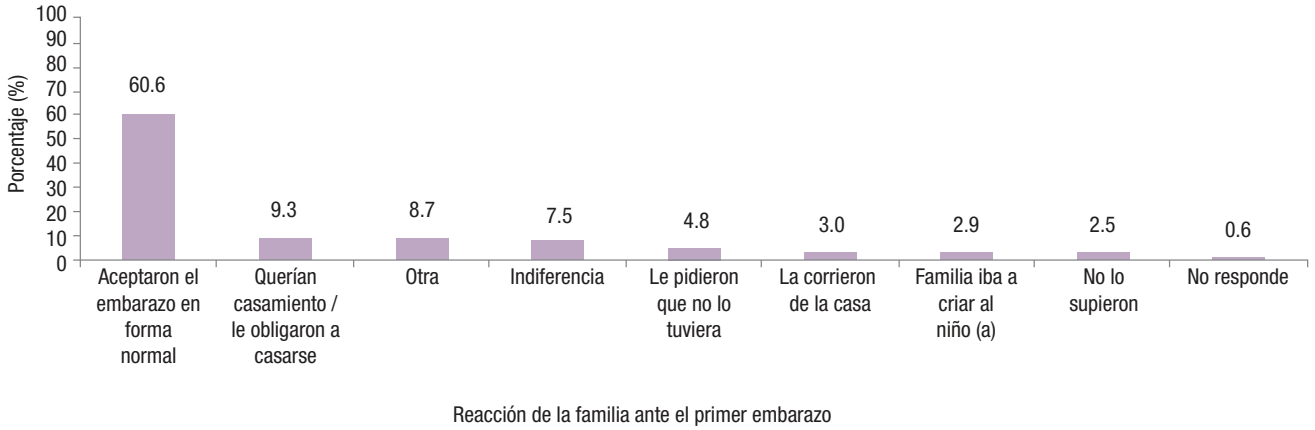
Para determinar el entorno familiar en el que ocurrieron los embarazos premaritales, a todas las mujeres que reportaron no estar casadas o unidas en el momento del embarazo se preguntó: *¿Con quién vivía usted cuando se dio cuenta del primer embarazo?* Cómo se desprende del Gráfico 13.10, un 84.6 % de las mujeres de 15 a 24 años vivía con sus padres. Cabe mencionar que cuando la mujer tenía menos de 15 años, un 69.1 % vivía con sus padres, mientras que un 26.3 % vivía con otra persona (Anexo 13.43).

Gráfico 13.10 **Persona con quién vivía cuando se embarazó por primera vez (%) (mujeres de 15 a 24 años de edad, con al menos un embarazo premarital**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 13.11 **Reacción de la familia ante el primer embarazo (mujeres de 15 a 24 años de edad, con al menos un embarazo premarital)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

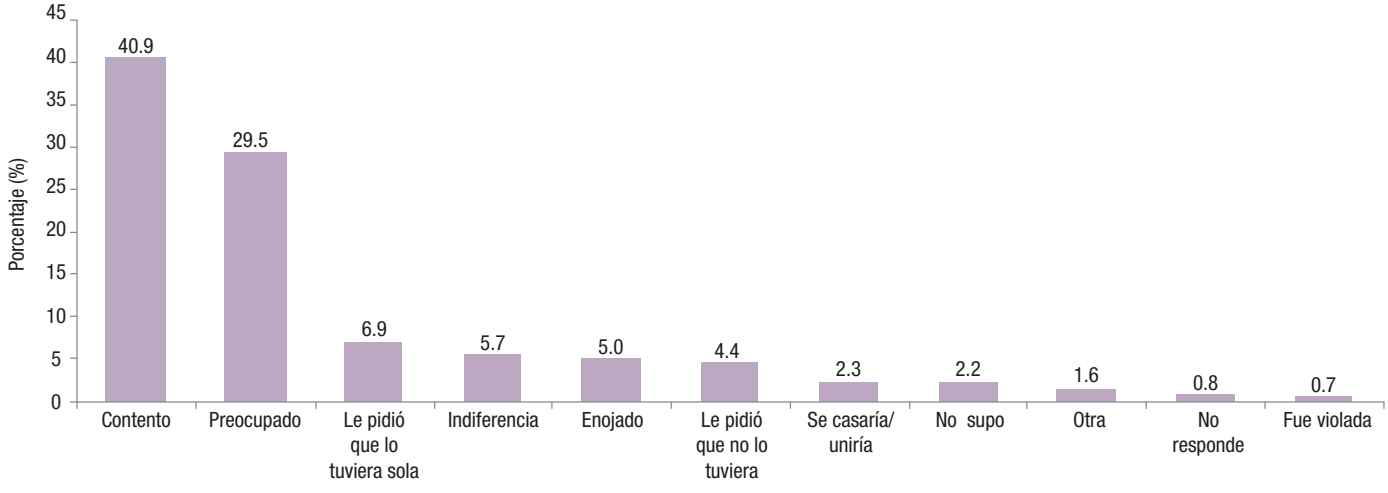
Reacción de la familia ante el primer embarazo premarital

Para determinar la reacción de la familia ante el primer embarazo premarital, a todas las mujeres que reportaron no estar casadas o unidas en el momento del embarazo se les preguntó: *¿Cuál fue la reacción de su familia cuando se enteraron de su primer embarazo?* En el Anexo 13.44 y el Gráfico 13.11 se evidencia que casi dos de cada tres familias (60.6 %) aceptaron el embarazo premarital en una forma normal, mientras que un 9.3 % de familias quisieron u obligaron a que la mujer se casara, un 8.7 % de familias tuvo otra reacción, un 7.5 % de familias mostró indiferencia, un 4.8 % pidió que no tuvieran a su hijo (a), un 3 % sacó a la mujer de la casa y un 2.5 % de familias no supo del embarazo.

Reacción de la persona con quien tuvo su primer embarazo premarital

Para establecer la reacción de la persona con quien la MEF tuvo su primer embarazo premarital, a todas las mujeres que reportaron no estar casadas o unidas en el momento del embarazo se les preguntó: *¿Cuál fue la reacción de la persona con quien tuvo su primer embarazo, cuando supo que usted estaba embarazada?* En el Anexo 13.45 y Gráfico 13.12 se puede observar que las tres respuestas más mencionadas fueron: *Se puso contento* (40.9 %), *Se mostró preocupado* (29.5 %) y *Le dijo que tuviera su hijo (a)* sola (6.9 %).

Gráfico 13.12 **Reacción de la persona con quien tuvo su primer embarazo (mujeres de 15 a 24 años de edad, con al menos un embarazo premarital)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 13.7 **Forma en que terminó el primer embarazo por nivel de instrucción y edad de la MEF al momento del embarazo (mujeres de 15 a 24 años de edad alguna vez embarazadas)**

Forma en que terminó el embarazo	Forma en que termino el primer embarazo				Total	
	Nacido vivo	Pérdida (aborto)	Nacido muerto	Aún embarazada		
	%	%	%	%	%	n
Total	89.6	4.2	1.0	5.3	100	3 252
Nivel de instrucción						
Ninguno	*	*	*	*	*	*
Primaria	94.2	1.5	0.2	4.0	100	860
Segundaria	87.6	4.9	1.7	5.8	100	1962
Superior/posgrado	88.4	5.8	0.1	5.7	100	413
Edad de la MEF en el momento del embarazo						
< 15	92.4	7.5	0.0	0.1	100	236
15-17	89.4	4.1	1.2	5.3	100	1 442
18-19	90.4	3.4	1.5	4.6	100	986
20-24	88.7	4.5	0.1	6.6	100	584

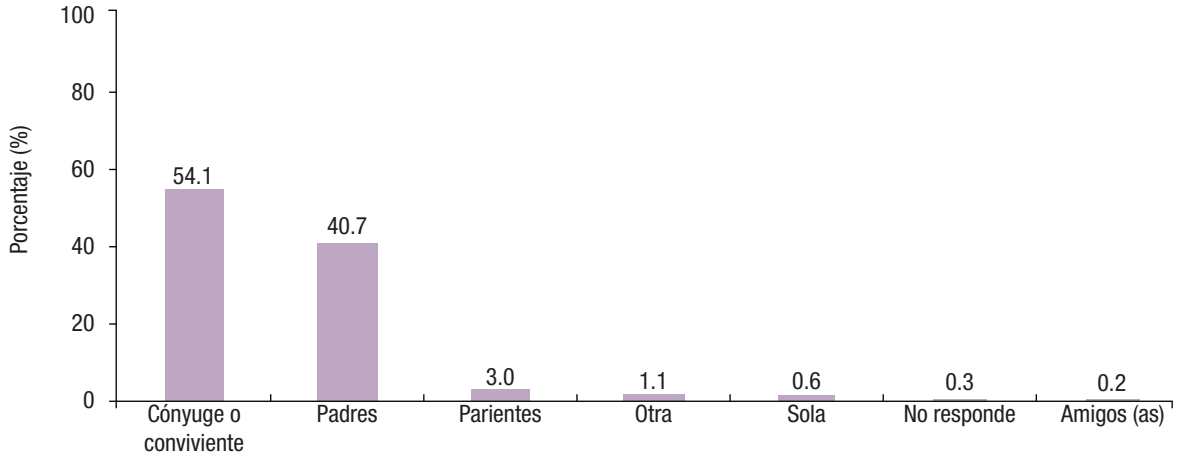
* Menos de 25 casos
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Forma en que terminó el primer embarazo

A todas las mujeres de 15 a 24 años alguna vez embarazadas se les preguntó *¿En qué forma terminó su primer embarazo?* Las categorías de respuesta incluyeron: a) *Nacido vivo*, b) *Pérdida o aborto*, c) *Nacido muerto (mortinato)* y d) *Aún está embarazada*. Los Anexos 13.46, 13.47 y 13.48 muestran la distribución porcentual de las formas en que terminó el primer embarazo, desagregada por ubicación geográfica, nivel de instrucción, quintil económico, edad al momento del embarazo, planificación del primer embarazo y clasificación de la primera relación sexual (marital o premarital). Un resumen de la información más importante de estos anexos se presenta en el Cuadro 13.7. De este cuadro se desprende que un 89.6 % de embarazos terminó con un nacido vivo; un 4.2 % terminó en un aborto; un 1 %, con un nacido muerto; y un 5.3 % todavía estaba embarazada el momento de la encuesta. Además, se desprende del cuadro que los abortos fueron más frecuentes cuando la mujer tenía menos de 15 años (7.5 %) y en las mujeres con instrucción superior o posgrado (5.8 %).

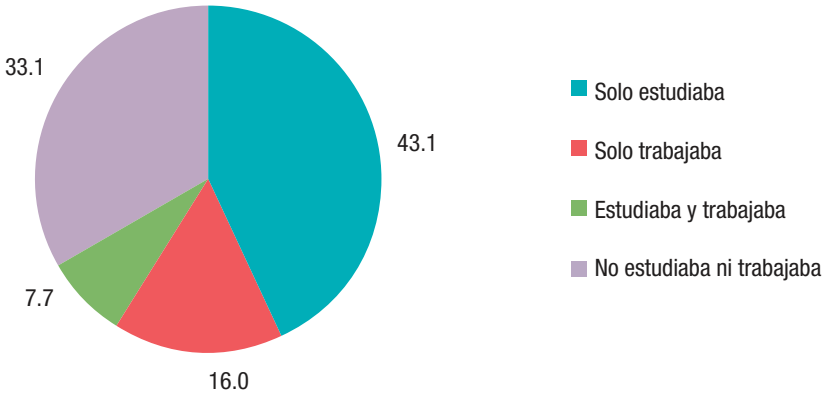
Al comparar estas cifras con las reportadas en la ENDEMAIN 2004 no se observan cambios importantes en la escala nacional (Nacido vivo: 85.5 %; Abortos: 5.8 %; Nacido muerto: 0.7 %; Aún embarazada: 7.9 %) (CEPAR, 2005).

Gráfico 13.13 **Persona con quién vivía después del primer embarazo (mujeres de 15 a 24 años de edad, cuyo embarazo fue a término)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 13.14 **Condición de estudio o trabajo al momento del primer embarazo (%) (mujeres de 15 a 24 años de edad con al menos un embarazo)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Persona con quien vivía después del primer embarazo

Para determinar con qué persona (as) vivía la mujer después del primer embarazo, a todas las mujeres de 15 a 24 años que tuvieron un embarazo a término se les preguntó: *¿Con quién vivía después de que terminó el embarazo?* En el Anexo 13.49 y el Gráfico 13.13 se presenta la distribución porcentual de la persona (as) con quien vivían las mujeres después del primer embarazo. Se reporta en el gráfico que un 54.1 % de las mujeres vivía con su cónyugue o conviviente; un 40.7 %, con sus padres; y un 3 %, con sus parientes. Al comparar estos datos con los de la ENDEMAIN 2004 se observa que la proporción de mujeres que reportó vivir con su cónyugue o conviviente disminuyó del 70.3 %, en 2004, al 54.1 %, en 2012; mientras que la proporción de mujeres que reportó vivir con sus padres aumentó del 22.7 %, en 2004, al 40.7 %, en 2012 (CEPAR, 2005).

13.3.7 Problemas educativos y laborales a consecuencia del embarazo

El matrimonio a temprana edad, y la maternidad precoz o no planeada, pueden producir un impacto profundo y prolongado en la educación y situación laboral de la mujer (CEPAR, 2005). En este este sentido la presente sección reporta los datos referentes a las consecuencias educativas y laborales como producto del primer embarazo en las mujeres de 15 a 24 años, que han tenido al menos un embarazo.

Condición de estudiante y trabajo de la mujer cuando se quedó embarazada por primera vez
En los Anexos 13.50 y 13.51 se reporta la condición de estudiante y trabajo, en proporciones, de las mujeres de 15 a 24 años, cuando se quedaron embarazadas por primera vez, desagregada por ubicación geográfica, grupo étnico, edad al momento de embarazo, nivel de instrucción, quintil económico y clasificación del primer embarazo (marital o premarital). Un resumen de esta información a escala nacional se presenta en el Gráfico 13.14. Como se observa en este gráfico, un 43.1 % de mujeres se encontraba estudiando al momento de su primer embarazo; un 33.1 % no estudiaba, ni trabajaba; un 7.7 % se encontraba estudiando y trabajando; y un 16 % se encontraba trabajando. Al comparar con lo reportado en la ENDEMAIN 2004, se observa un aumento en el porcentaje de mujeres que se encontraban solo estudiando, del 23.5 % en 2004 al 43.1 % en 2012; también se observa una disminución en el porcentaje de mujeres que no estaban estudiando ni trabajando del 45.3 %, en 2004, al 33.1 %, en 2012 (CEPAR, 2005).

Al observar el desglose por área de residencia, en el Anexo 13.50, se desprende que en el área rural el porcentaje de mujeres que se encontraba solo trabajando es más alto (19.2 %), que en el área urbana (14.7 %). Al observar el desglose por grupo étnico se reporta que el porcentaje de mujeres indígenas que se encontraba trabajando es mucho más alto a lo observado en los otros grupos étnicos (indígenas: 31.4 %; afroecuatorianas: 16.6 %; montuvias: 11.7 %; y mestizas, blancas u otra etnia: 14.8 %) (Anexo 13.50).

Finalmente, ya que se esperaría que las mujeres entre 15 y 24 años estén ya sea estudiando, las adolescentes, o iniciando la vida laboral, las más adultas, al observar el desglose por edad de la mujer en el momento del embarazo, resalta el hecho que un 6.9 % de las mujeres menores de 15

Cuadro 13.8 **Nivel de instrucción en el momento del primer embarazo por grupo étnico y quintil económico (mujeres de 15 a 24 años con al menos un embarazo)**

Nivel de instrucción	No estudiaba	Primaria	Secundaria	Superior/ Posgrado	Total	
	%	%	%	%	%	n
Total	0.9	4.4	70.9	23.8	100	1 590
Grupo étnico						
Indígena	5.2	7.1	67.5	20.2	100	214
Afroecuatoriano	1.6	5.6	69.1	23.7	100	78
Montuvio	0.0	20.6	68.5	10.9	100	27
Mestizo, blanco y otro	0.6	3.7	71.3	24.5	100	1 271
Quintil económico						
Q1 (Pobre)	1.2	14.2	74.4	10.1	100	415
Q2	2.7	3.9	79.4	14.0	100	390
Q3 (Intermedio)	0.6	6.0	71.8	21.6	100	337
Q4	0.0	0.4	78.5	21.2	100	256
Q5 (Rico)	0.0	0.3	48.2	51.5	100	192

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

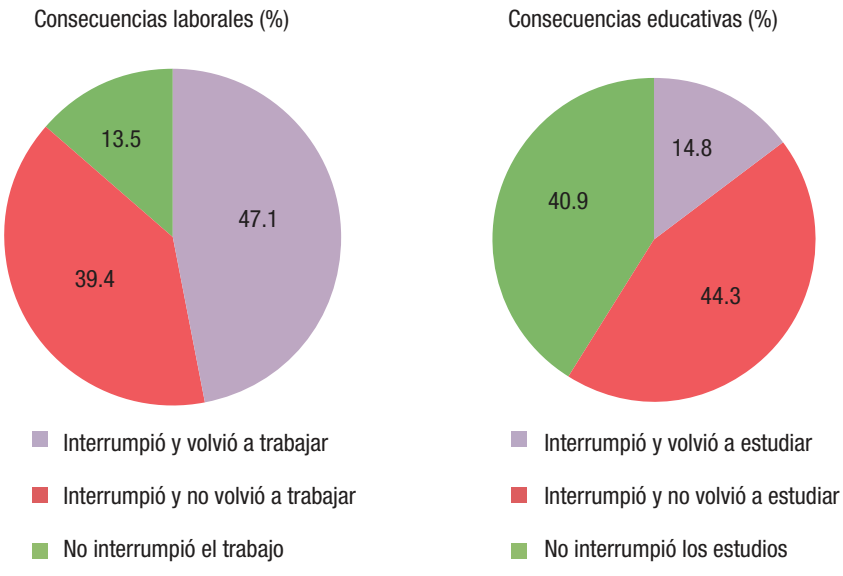
años, y un 11.3 % de las mujeres de 15 a 17 años se encontraba solo trabajando (Anexo 13.51).

Nivel de instrucción en el momento del primer embarazo

En los Anexos 13.52 y 13.53 se presenta el nivel de instrucción de las MEF de 15 a 24 años, en el momento del embarazo, desagregado por área de residencia, grupo étnico, subregión, edad al momento del embarazo, quintil económico y clasificación de embarazo (marital o premarital). En el Cuadro 13.8 se presenta un resumen de la información más relevante de estos anexos. Del cuadro se desprende que un 0.9 % de las mujeres no estudiaba en el momento del embarazo, un 4.4 % estaba cursando la primaria, un 70.9 % estaba cursando la secundaria y un 23.8 % estaba realizando sus estudios superiores o de posgrado.

Al comparar estos datos con lo reportado en el 2004, se desprende que la proporción de mujeres

Gráfico 13.15 **Consecuencias laborales y educativas a causa del primer embarazo (%) (MEF de 15 a 24 años que eran estudiantes o que estaban trabajando cuando salieron embarazadas y tuvieron un embarazo a término)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

que cursaba la secundaria en el primer embarazo ha aumentado notablemente del 22.1 %, en 2004, al 70.9 %, en 2012, es decir, casi 50 puntos porcentuales (CEPAR, 2005).

Al desglosar por grupo étnico y quintil económico se destacan las mujeres montuvias y las del quintil más pobre (Q1) por presentar las proporciones más altas de embarazos en mujeres que cursaban la primaria (20.6 % y 14.2 %, respectivamente).

Consecuencias educativas o laborales a causa del primer embarazo

Para tener una idea aproximada de las consecuencias laborales y educativas del primer embarazo en las mujeres de 15 a 24 años en el Anexo 13.54 y el Gráfico 13.14 se presenta la distribución porcentual, de los efectos laborales y educativos en cuatro categorías: a) *Interrumpió y volvió a trabajar/estudiar*, b) *Interrumpió y no volvió a trabajar/estudiar* y c) *No interrumpió el trabajo/los estudios*.

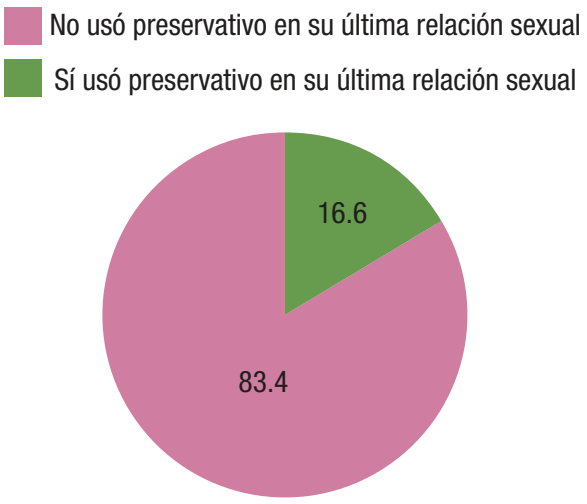
Con relación a lo laboral, se desprende del gráfico, que en total un 86.5 % de mujeres interrumpió su trabajo; de este porcentaje, un 47.1 % volvió a trabajar y un 39.4 % no volvió a trabajar. Además, se observa que un 13.5 % de mujeres no interrumpió su trabajo. Estas cifras varían notablemente con lo reportado en 2004. Por ejemplo, el porcentaje de mujeres que dejaron de trabajar por el embarazo (sea que hayan vuelto a trabajar o no) aumentó del 33.2 %, en 2004, al 86.5 %, en 2012.
Con relación a lo educativo, se desprende del gráfico que en total un 59.1 % de mujeres interrumpió sus estudios; de este porcentaje, un 14.8 % volvió a estudiar y un 44.3 % no volvió a estudiar. Además se observa que un 40.9 % de mujeres no interrumpió sus estudios. Todas estas cifras son muy similares a las reportadas en 2004 (16.5 %, 41.3 % y 42.2 %, respectivamente).

13.3.8 Actividad sexual reciente y uso del preservativo en la última relación sexual

Actividad sexual reciente

A todas las mujeres de 15 a 24 años sexualmente activas, se les preguntó: *¿Hace cuánto tiempo tuvo su última relación sexual?* De esta manera se estimó el porcentaje de mujeres que tuvieron su última relación sexual hace menos de un mes (30 días) y hace menos de tres meses (90 días). Esta información desagregada por ubicación geográfica, grupo étnico, nivel de instrucción, quintil económico, estado civil y edad se la puede encontrar en el Anexo 13.55. Se evidencia en este anexo que a nivel nacional un 63.2 % de mujeres tuvo su última relación sexual hace menos de un mes, mientras que el 70.5 % tuvo su última relación sexual hace menos de tres meses (porcentaje en el que se incluye la categoría *En el último mes*). En el Anexo 13.55, se desprende que las proporciones más altas en las dos categorías (último mes y últimos tres meses) se encuentran en las mujeres que viven en el área urbana, la Costa rural, la Costa Urbana, Galápagos y Guayaquil, las mujeres montuvias, las mujeres unidas o casadas y las mujeres de 24 años.

Gráfico 13.16 **Uso del preservativo en la última relación sexual (mujeres de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales en el último año)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Uso del preservativo en la última relación sexual

Para estimar el porcentaje de uso del preservativo en la última relación sexual, a todas las mujeres de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales en el último año se les preguntó si habían usado preservativo en su última relación sexual. El anexo 13.56 presenta el porcentaje de mujeres que usó preservativo en su última relación sexual, desagregado por área de residencia, grupo étnico, subregión, nivel de instrucción, quintil económico, estado civil y edad de la mujer. De este anexo y del gráfico 13.16 se desprende que un 16.6 % de mujeres usó preservativo en su última relación sexual.

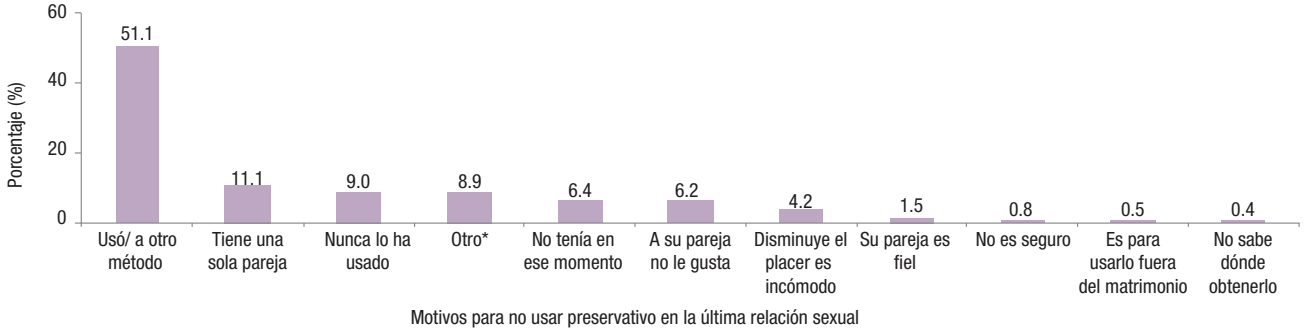
Al comparar esta cifra con la reportada en la ENDEMAIN 2004 se observa un aumento, del 9.1 %, en 2004, al 16.6 %, en 2012, en el porcentaje de mujeres que usaron preservativo en su última relación sexual; si bien el porcentaje de mujeres que usó preservativo en su última relación sexual todavía es bajo (16.6 %), ha habido un aumento de casi el doble con relación al 2004 (CEPAR, 2005).

Por otro lado, también se evidencia que el porcentaje de uso del preservativo en la última relación sexual es mucho menor en las montuvias (7.6 %), en las afroecuatorianas (8.2 %), en las mujeres que viven en Guayaquil (8.9 %), y en las mujeres casadas/ unidas (7.6 %).

Motivos para no usar preservativo en la última relación sexual

A todas las mujeres que reportaron no haber usado preservativo en su última relación sexual se les preguntó el motivo principal para no haberlo hecho. La distribución porcentual de los motivos para no haber usado preservativo en la última relación sexual se presenta en el Anexo 13.57 y el Gráfico 13.17. Como se observa en el gráfico los tres motivos más mencionados fueron *Usó/usa otro método anticonceptivo* (51.1 %), *Tiene una sola persona* (11.1 %), y *Nunca lo ha usado* (9 %). En la ENDEMAIN 2004 los motivos más mencionados fueron *Usó/usa otro método anticonceptivo* (41.7 %), *Nunca lo ha usado* (17.8 %), *A su pareja no le gusta* (9.5 %) y *Tiene una sola pareja* (8.8 %) (CEPAR, 2005). De lo antes dicho se desprende que el desconocimiento sobre el funcionamiento, efectividad y costo del preservativo podría ser una barrera en su uso, sobre todo en las mujeres que respondieron que nunca han usado, las que dicen que es caro, las que dicen que es para usarlo fuera del matrimonio y las que dicen que no es seguro.

Gráfico 13.17 **Motivos para no usar preservativo en la última relación sexual (mujeres de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales en el último año y que no usaron preservativo en la última relación sexual)**



* Incluye *Es difícil de obtener, Es caro/costoso* y *Otro.*
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

13.4 BIBLIOGRAFÍA

Laakkonen, Helmo. (2014). *Adolescents' sexual and reproductive health (SRH): empowering young people to realize their full potential.* Entre Nous: The European Magazine for sexual and reproductive health 80:3. WHO/UNFPA.

CEPAR. (2005). *ENDEMAIN 2004: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil.* Ecuador: Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social (CEPAR).

OMS. (2014). *¿Qué problemas de salud tienen los adolescente y qué cabe hacer para prevenirlos y responder a ellos?* Sitio web: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/#

OPS. (2008). *La Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y los Jóvenes: Oportunidades, Enfoques y Opiniones.* Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud (OPS).



CAPÍTULO XIV | INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA

Fotografía:
FAO/ ECUADOR

Contenido

14.1 INTRODUCCIÓN 295
14.2 METODOLOGÍA 295
14.3 RESULTADOS 295
14.3.1 Conocimiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) 295
14.3.2 Indicadores de conocimiento delVIH/sida 299
14.3.3 Conocimiento y uso de la prueba del VIH 310
14.3.4 Actitudes de aceptación frente a las personas que viven con el VIH/sida 322
14.3.5 Percepción personal del riesgo de adquirir el VIH/sida 325
14.3.6 Uso de condón en la última relación sexual 331
14.3.7 Disposición al uso de condón en la pareja 336
14.4 BIBLIOGRAFÍA 339

14.1 INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son causadas por más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes y se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral. Cada día, más de un millón de personas contrae una infección de transmisión sexual. Se estima que, anualmente, unos 500 millones de personas contraen alguna de las siguientes ITS: clamidia, gonorrea, sífilis o tricomoniasis. Además, más de 290 millones de mujeres están infectadas con el virus del papiloma humano (VPH), una de las ITS más comunes (OMS, 2013).

En Ecuador, desde 1984, año en el que se registró a la primera persona con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que posteriormente genera el síndrome de la inmunodeficiencia humana (sida), se ha reconocido un aumento progresivo y constante de personas que viven con VIH/sida. En el año 1994, se reportó una relación de siete hombres infectados por cada mujer y para 2004, esta relación fue de dos hombres por cada mujer (CEPAR, 2005).

La medición del conocimiento sobre ITS en la ENSANUT-ECU 2012 tuvo como objetivo establecer la frecuencia de mujeres de 12 a 49 años que declaran conocer las ITS y el VIH, tanto de manera espontánea como por referencia; además, describir las características del conocimiento sobre las acciones de prevención y tratamiento del VIH/sida. La información se muestra por grupos de edad, grupo étnico, quintil económico, estado civil, nivel de instrucción y declaratoria de la experiencia sexual; también, se presenta la información con respecto a variables geográficas (área de residencia, subregión, provincia y/o zonas de planificación).

El texto, los cuadros y los gráficos del presente capítulo exponen la información de manera resumida. Para el lector que desee hacer un análisis a profundidad, el CD que acompaña este informe contiene anexos con información detallada sobre la población muestral (n), la población expandida (N) y los intervalos de confianza (IC95%). La contextualización de los resultados de la ENSANUT-ECU 2012 en el proceso histórico de las encuestas de salud sexual y reproductiva realizados en Ecuador muestra comparaciones, a nivel nacional, con los datos de la encuesta ENDEMAIN 2004. En lo referente a la región sudamericana, para ubicar la situación ecuatoriana se utilizan los datos nacionales de las situaciones comparables con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia (ENDS 2010), la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de Perú (ENDES 2012) y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Bolivia (ENDSA 2008).

14.2 METODOLOGÍA

La información presentada en este capítulo corresponde a la Sección VIII: *Infecciones de transmisión sexual (ITS/VIH/sida)* y a un apartado de la Sección VI: *Actividad sexual y salud reproductiva* del formulario de mujeres en edad fértil (MEF) (Anexo B).

La Sección VIII del formulario midió el conocimiento sobre las ITS en las mujeres de 12 a 49 años (sífilis, gonorrea, VIH/sida, herpes genital, condiloma, clamidia, hepatitis B, virus del papiloma humano, tricomoniasis, candidiasis y leucorrea). Además, incluye información sobre el conocimiento del VIH/sida, las actitudes de aceptación frente a las personas que viven con VIH/sida (PVVS) y la percepción personal de riesgo de adquirir el virus del VIH/sida.

El apartado de la Sección VI, que se presenta en este capítulo, incluye información sobre el uso de preservativo en la última relación sexual y la disposición a su uso en la pareja. El Cuadro 14.1 muestra la composición del presente capítulo.

14.3 RESULTADOS

14.3.1 Conocimiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS)

A todas las mujeres de 12 a 49 años de edad se les preguntó, en dos pasos, sobre su conocimiento de once ITS (sífilis, gonorrea, VIH/sida, herpes genital, condiloma, clamidia, hepatitis B, virus del papiloma humano, tricomoniasis, candidiasis y leucorrea). Primero, se preguntó sobre cuáles infecciones de transmisión sexual ha oído hablar esperando que la encuestada respondiera espontáneamente. Posteriormente, para cada infección que no mencionó espontáneamente, se hizo la pregunta señalando las enfermedades y registrando la respuesta. La presente sección describe el conocimiento de diez ITS, sin incluir VIH/sida.

Las ITS más conocidas a nivel nacional son la gonorrea (78.3 %), el virus de papiloma humano (67.1 %), el herpes genital (60.6 %) y la sífilis (59.1 %). Las ITS menos conocidas en el país son la tricomoniasis (14.7 %), la candidiasis (14.8 %) y la chlamydia (16.6 %). Con relación a la ENDEMAIN 2004 se observa en el Gráfico 14.1 que, en general, hay un aumento del conocimiento de estas

Cuadro 14.1 **Composición del capítulo infecciones de transmisión sexual y VIH/sida**

Componente	Grupo de edad	
	12 a 14 años	15 a 49 años
Conocimiento de las infecciones de transmisión sexual	x	x
Indicadores del conocimiento de VIH/sida	x	x
Conocimiento y uso de la prueba de VIH	x	x
Actitudes de aceptación frente a las personas que viven con VIH/sida	x	x
Percepción personal del riesgo de adquirir VIH/sida	x	x
Uso de condón en la última relación sexual	x	x
Disposición al uso de condón en la pareja	x	x

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

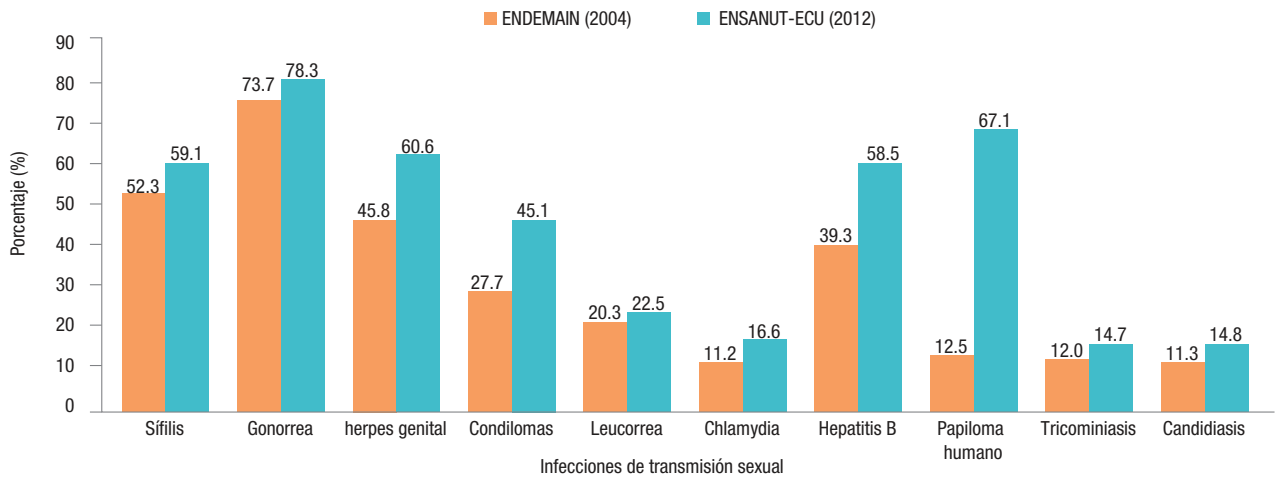
enfermedades, particularmente en el caso del virus de papiloma humano (VPH). Así, en el año 2004 una de cada diez mujeres había oído hablar del VPH, mientras que para 2012, seis de cada diez mujeres declararon conocer esta ITS.

En el Cuadro 14.2 y el Anexo 14.1 se presenta el conocimiento de las ITS desglosado por área de residencia, grupo étnico y subregión. De este Cuadro y este Anexo se desprende que el conocimiento de las ITS es más bajo en las áreas rurales, respecto de las áreas urbanas. Además, la información desglosada por subregión evidencia que el porcentaje de mujeres que han oído hablar sobre las distintas ITS es mayor en la ciudad de Guayaquil, frente a las otras subregiones. Dentro de las ITS más conocidas en esa ciudad se destacan la gonorrea (92.2 %), el VPH (78.3 %) y el herpes genital (77.5 %).

Se observa también que las afroecuatorianas son el grupo étnico que más conoce sobre la mayoría de las ITS. Mientras que las indígenas son el grupo étnico que menos conoce las distintas ITS. En ambos casos y para los demás grupos étnicos, las ITS más conocidas son la gonorrea, el papiloma humano y la sífilis (Cuadro 14.2 y Anexo 14.1).

El Cuadro 14.3 y el Anexo 14.2 presentan la descripción del conocimiento de ITS, según el quintil económico, nivel de educación y grupo de edad. Se evidencia que a medida que aumenta el quintil económico y el nivel de educación, incrementa el conocimiento de las diversas ITS. Así, menos de la mitad de las mujeres entrevistadas sin instrucción formal y que pertenecen al quintil de menores ingresos económicos conocen sobre las ITS.

Gráfico 14.1 **Mujeres que conocen o han oído hablar de infecciones de transmisión sexual (ITS), comparación ENDEMAIN 2004 y ENSANUT-ECU 2012 (mujeres de 15 a 49 años)**



Fuente: ENDEMAIN 2004, CEPAR /ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 14.2 **Mujeres que conocen o han oído hablar de infecciones de transmisión sexual (ITS) por área, grupo étnico y subregión (mujeres de 15 a 49 años)**

Infecciones de transmisión sexual	Sífilis	Gonorrea	Herpes genital	Condiloma	Leucorrea	Chlamydia	Hepatitis B	Papiloma humano	Tricomoniasis	Candidiasis	Otra	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n
Área												
Urbano	67.1	85.4	69.2	51.6	24.8	19.8	66.5	75.9	17.1	18.0	3.0	10 732
Rural	39.4	61.0	39.5	29.3	17.0	8.8	39.2	45.6	8.7	7.0	0.9	6 929
Grupo étnico												
Indígena	25.0	33.6	20.9	15.1	10.8	6.4	27.0	29.3	4.6	3.9	1.3	2 070
Afroecuatoriano	62.8	89.1	58.1	53.8	31.7	19.5	60.4	66.1	16.3	15.6	2.6	740
Montuvio	52.6	81.6	53.0	44.9	24.6	7.1	46.3	56.1	11.2	7.5	1.6	531
Mestizo, blanco y otro	62.1	81.2	64.6	47.2	22.9	17.9	61.9	71.0	15.6	16.1	2.5	14 320
Subregión												
Sierra urbana	63.9	79.2	65.8	41.0	22.9	19.8	61.1	73.0	16.0	16.6	1.3	4 076
Sierra rural	30.9	48.0	33.5	22.0	14.7	9.4	34.5	39.2	8.0	7.0	0.7	3 291
Costa urbana	65.0	87.5	63.6	54.7	23.8	14.8	60.6	69.2	14.8	15.3	2.7	2 520
Costa rural	51.0	79.7	49.0	41.8	20.6	8.1	45.6	55.5	10.4	6.4	1.5	1 093
Amazonía urbana	65.0	85.7	58.9	42.5	22.5	16.5	57.5	66.5	12.1	12.8	0.7	2 040
Amazonía rural	43.5	66.2	36.3	25.3	16.9	8.8	39.7	41.4	7.6	7.9	0.4	2 332
Galápagos	73.8	87.3	69.6	59.3	24.8	19.8	65.4	83.2	16.9	22.0	6.1	526
Quito	65.5	81.2	70.4	48.1	22.9	24.6	69.6	83.1	18.3	20.1	1.7	1 034
Guayaquil	73.3	92.2	77.5	62.3	29.6	19.5	74.8	78.3	19.4	20.2	6.4	749
Total nacional	59.1	78.3	60.6	45.1	22.5	16.6	58.5	67.1	14.7	14.8	2.4	17 661

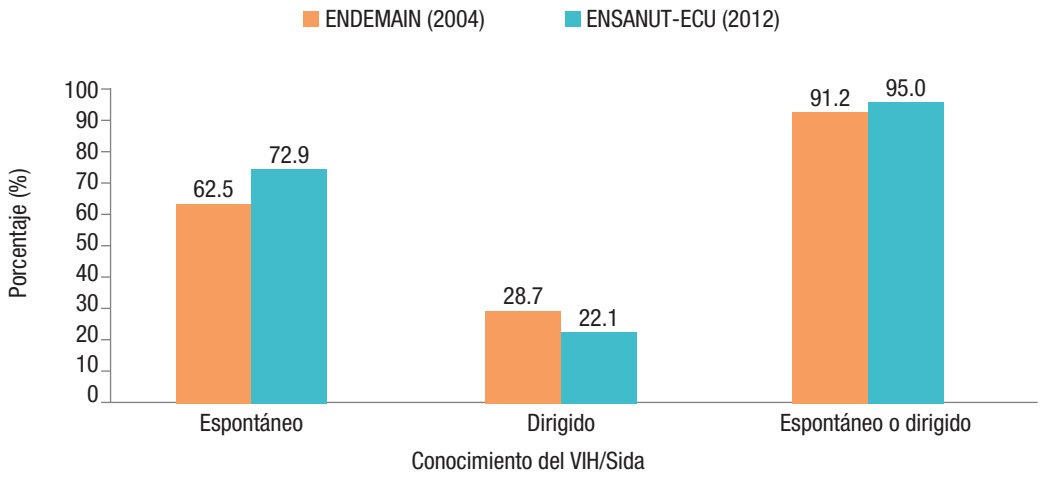
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 14.3 **Mujeres que conocen o han oído hablar de infecciones de transmisión sexual (ITS) por área, grupo étnico y subregión (mujeres de 15 a 49 años)***

Infecciones de transmisión sexual	Sífilis	Gonorrea	Herpes genital	Condiloma	Leucorrea	Chlamydia	Hepatitis B	Papiloma humano	Tricomoniasis	Candidiasis	Otra	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n
Nivel de instrucción												
Ninguno	29.1	42.0	23.2	18.4	11.7	4.1	27.7	26.8	4.0	2.3	1.3	298
Primaria	35.4	62.7	36.7	32.5	16.5	7.9	38.8	48.3	7.9	6.8	1.5	6 027
Secundaria	63.9	84.5	65.9	47.9	23.5	15.4	64.2	72.2	13.3	12.1	2.7	8 110
Superior/posgrado	88.7	94.4	90.7	62.5	31.1	33.9	80.9	90.7	29.3	34.3	3.3	3 226
Quintil económico												
Q1 (Pobre)	34.8	58.1	31.7	27.5	15.6	7.3	33.6	39.9	7.6	5.2	1.2	4 530
Q2	47.8	70.7	48.0	37.0	18.7	9.8	48.5	55.3	8.5	8.2	2.3	4 023
Q3 (Intermedio)	62.2	82.5	63.2	50.4	23.3	15.8	59.0	69.6	14.5	14.1	2.4	3 507
Q4	67.2	87.4	73.9	52.0	24.1	20.4	69.3	80.2	17.4	17.4	3.2	3 068
Q5 (Rico)	81.8	91.9	84.3	57.9	30.3	28.9	80.7	88.8	24.7	28.3	2.8	2 531
Total nacional	59.1	78.3	60.6	45.1	22.5	16.6	58.5	67.1	14.7	14.8	2.4	17 661
Grupo de edad												
12-14	18.1	31.8	18.8	10.8	5.5	4.4	36.6	27.7	2.0	1.7	0.3	552
15-19	54.5	73.7	54.8	41.5	23.3	16.9	64.1	63.7	13.3	8.9	1.6	1 718
20-24	60.1	76.3	63.8	42.0	19.9	18.1	59.7	69.1	14.1	15.3	2.7	2 940
25-29	57.9	79.2	61.7	41.2	18.9	15.8	56.6	66.6	13.7	15.4	1.7	3 291
30-34	59.4	79.6	60.2	46.9	21.6	13.9	55.9	68.8	12.9	13.9	3.0	3 189
35-39	58.8	80.2	60.5	47.8	21.3	16.7	56.4	67.3	13.9	16.2	1.8	2 672
40-44	61.4	79.7	61.9	50.4	25.4	18.2	57.9	66.3	18.9	19.9	3.5	2 159
45-49	64.3	82.3	62.5	51.1	30.7	16.5	57.1	68.1	18.2	17.2	2.9	1 692
Total 12 a 49 años	55.1	73.8	56.5	41.8	20.9	15.4	56.4	63.3	13.4	13.5	2.2	18 213

*Para el desglose por grupo de edad se incluyeron a las adolescentes de 12 a 14 años.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 14.2 **Conocimiento espontáneo o dirigido del VIH/sida, comparación entre ENDEMAIN 2004 y ENSANUT-ECU 2012 (mujeres de 15 a 49 años)**



Fuente: ENDEMAIN 2004, CEPAR /ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Del mismo Cuadro 14.3 se desprende que el porcentaje de mujeres que conocen las distintas ITS aumenta conforme incrementa la edad. Las mujeres entre 12 y 14 años presentan los porcentajes más bajos de conocimiento para todas las ITS, mientras que las mujeres mayores de 40 años presentan los porcentajes más altos.
La información desagregada por estado civil no presentan grandes diferencias, esto ocurre también al desagregar los datos por experiencia sexual, como se muestra en el Anexo 14.3.

Para una mayor desagregación sobre las mujeres que conocen o han oído hablar de infecciones de transmisión sexual (ITS), revisar los Anexos 14.1, 14.2 y 14.3.

14.3.2 Indicadores de conocimiento del VIH/sida

Al igual que para las demás ITS, las mujeres de 12 a 49 años respondieron de manera espontánea o dirigida si conocían el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el sida. A las mujeres entrevistadas que conocían o que habían oído hablar de la infección por el virus del VIH/sida, se les indagó si había algo que una persona pueda hacer para evitar infectarse con el VIH, sobre el conocimiento de formas programáticas y específicas de evitar el virus, la percepción de la entrevistada sobre el riesgo de infección por el VIH y los aspectos sociales de la prevención y mitigación.

Conocimiento espontáneo o dirigido del VIH/sida

A nivel nacional, el 95 % de las mujeres conoce o ha oído hablar del VIH/sida, de este el 72.9 % lo mencionó espontáneamente y el 22.1 %, de forma dirigida. El porcentaje de mujeres que conocen el VIH/sida ha aumentado en relación al año 2004. Así, el 91.2 % de las mujeres entre 15 y 49 años, en el año 2004, manifestó conocer el VIH/sida, mientras que para 2012, ese porcentaje aumento 3.8 puntos porcentuales (95 %) (Gráfico 14.2). Es importante notar que el porcentaje de mujeres que conocen de manera *espontánea* el VIH/sida aumentó 10.4 puntos porcentuales, al pasar de 62.5 %, en 2004, a 72.9 %, en el año 2012 (CEPAR, 2005) (Gráfico 14.2). De cierta manera, este incremento en el conocimiento sobre el VIH/sida refleja que el acceso a la información ha mejorado con el tiempo, permitiendo que más mujeres estén informadas y tengan conocimiento sobre el virus.

Con relación a los demás países de América Latina, el porcentaje de mujeres ecuatorianas que declaran conocer el VIH/sida está ligeramente por debajo de las mujeres en Colombia y Perú y, notablemente, por encima de Bolivia. Es así que, Colombia y Perú registraron que el 98.6 % y el 96.6 % de las mujeres conocen el VIH/sida, respectivamente; mientras que en Bolivia se reporta que el 79.4 % de mujeres conoce el VIH/sida (ENDS, 2010; ENDES, 2012; ENDSA, 2008).

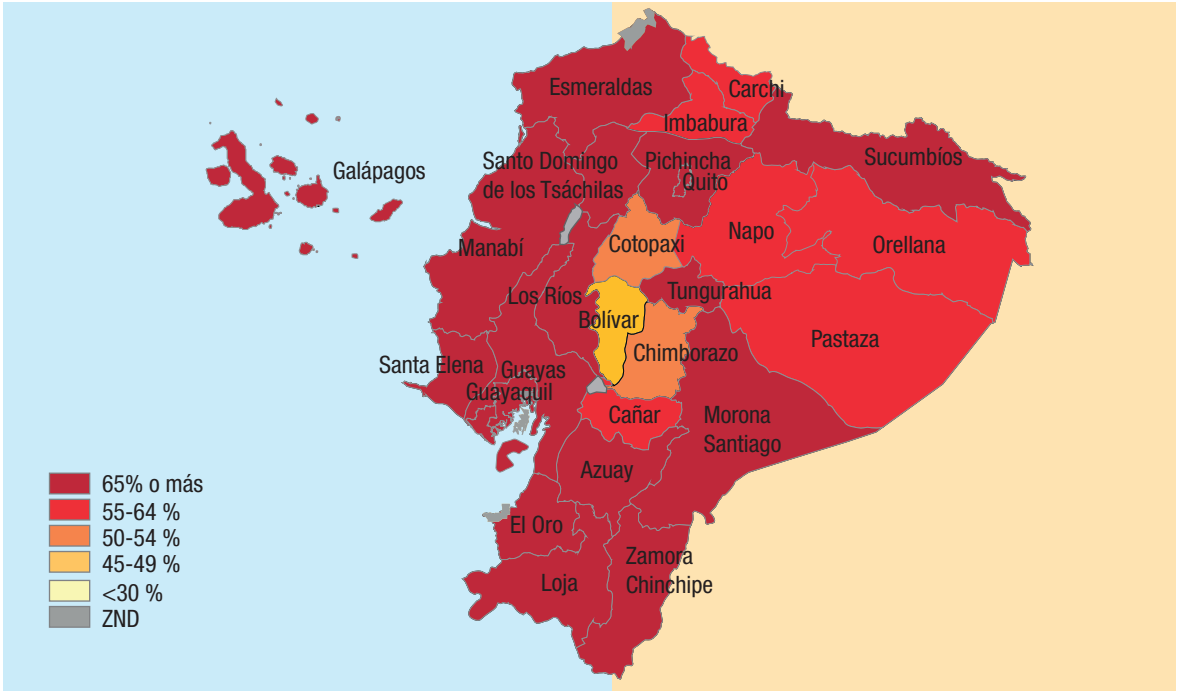
Como se observa en el Cuadro 14.4 y el Anexo 14.4, el conocimiento espontáneo de VIH/sida es mayor en las áreas urbanas (78.1 %) en relación con las áreas rurales (60.3 %), y es notoriamente bajo en la Sierra rural (54.0 %) y en la Amazonía rural (58.6 %) y particularmente alto en la ciudad de Guayaquil (86.1 %) y en la Costa urbana (77.8 %).

Cuadro 14.4 **Conocimiento espontáneo o dirigido del VIH/sida por área y subregión (mujeres de 15 a 49 años)**

Tipo de conocimiento	Espontáneo	Dirigido	Espontáneo o dirigido	Total
	%	%	%	n
Área				
Urbano	78.1	98.2	98.2	10 732
Rural	60.3	87.0	87.0	6 929
Subregión				
Sierra urbana	72.9	97.5	97.5	4 076
Sierra rural	54.0	81.0	81.0	3 291
Costa urbana	77.8	98.1	98.1	2 520
Costa rural	69.8	96.3	96.3	1 093
Amazonía urbana	73.1	96.2	96.2	2 040
Amazonía rural	58.6	85.9	85.9	2 332
Galápagos	78.2	98.7	98.7	526
Quito	75.7	98.2	98.2	1 034
Guayaquil	86.1	99.2	99.2	749
Total nacional	72.9	95.0	95.0	17 661

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 14.3 **Conocimiento espontáneo del VIH/sida, por provincia (mujeres de 15 a 49 años de edad)**

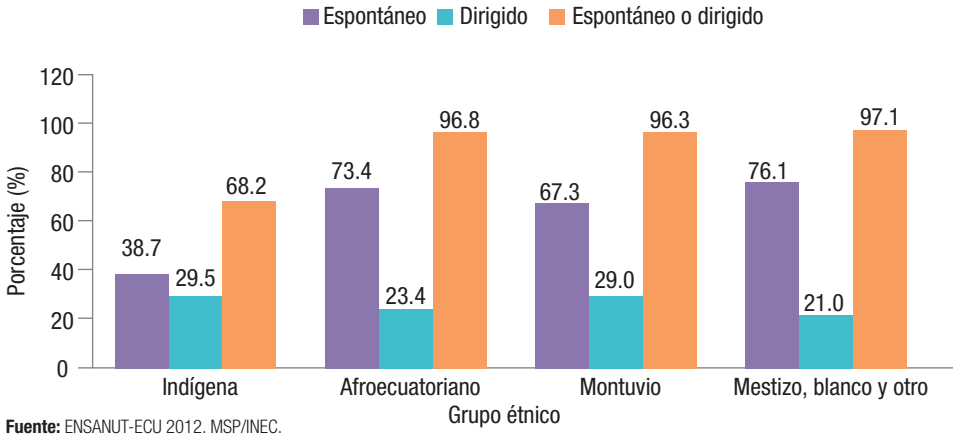


Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

El Gráfico 14.3 y el Anexo 14.4 muestran el conocimiento espontáneo del VIH/sida de las mujeres de 15 a 49 años, desglosado por provincia. De manera general, se observa que las provincias de la Sierra centro son las que presentan la menor tasa de conocimiento del virus del VIH/sida (Bolívar: 49.3 %, Cotopaxi: 50.3 % y Chimborazo: 54.7 %). Mientras que las provincias de la Costa ecuatoriana, en su mayoría son las más informadas (Los Ríos: 82.7 %, El Oro: 78.6 % y Galápagos: 78.6 %).

Al desglosar el conocimiento espontáneo por grupo étnico, se puede apreciar que las mujeres

Gráfico 14.4 **Conocimiento espontáneo del VIH/sida, por grupo étnico (mujeres de 15 a 49 años de edad)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

indígenas son las que menos conocen o han oído hablar de VIH/sida, mientras que las mujeres mestizas, blancas u otras son las que reportan conocer el virus del VIH/sida en mayor proporción (Gráfico 14.4).

En el Cuadro 14.5 y el Anexo 14.5 se puede apreciar que el conocimiento espontáneo sobre el VIH/sida aumenta conforme incrementa el quintil económico, es así que los porcentajes son bajos entre mujeres del quintil más pobre (Q1) (55.8 %) y altos entre mujeres que puntúan para el quintil más rico (Q5) (82.6 %). Además, las mujeres sin instrucción formal muestran porcentajes bajos (30.7 %) en relación a las mujeres con instrucción superior (86.5 %).

Conocimiento sobre si se puede estar contagiada y no presentar síntomas y si existe o no cura para el sida

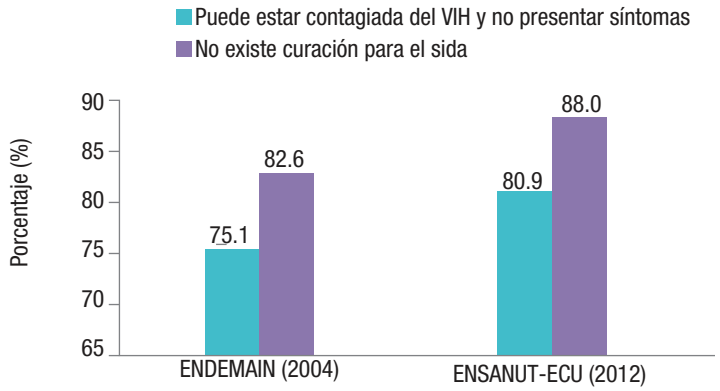
La creencia de que una persona de aspecto saludable no puede estar infectada por el VIH y que el sida tiene cura son ideas erróneas comunes que pueden dar lugar a relaciones sexuales no protegidas con personas infectadas (ONUSIDA, 2012). A nivel nacional, el 80.9 % de las mujeres entre 15 y 49 años de edad piensan que una persona puede estar contagiada del VIH y no

Cuadro 14.5 **Conocimiento espontáneo o dirigido del VIH/sida por nivel de instrucción y quintil económico (mujeres de 15 a 49 años)**

Tipo de conocimiento	Espontáneo	Dirigido	Espontáneo o dirigido	Total
	%	%	%	n
Nivel de instrucción				
Ninguno	30.7	68.1	68.1	298
Primaria	60.9	89.4	89.4	6 027
Secundaria	78.3	98.8	98.8	8 110
Superior/posgrado	86.5	99.9	99.9	3 226
Quintil económico				
Q1 (Pobre)	55.8	82.9	82.9	4 530
Q2	68.5	94.9	94.9	4 023
Q3 (Intermedio)	76.7	98.1	98.1	3 507
Q4	80.5	98.9	98.9	3 068
Q5 (Rico)	82.6	99.7	99.7	2 531
Total nacional	72.9	95.0	95.0	17 661

Fuente:ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 14.5 **Mujeres que piensan que una persona puede estar contagiada del VIH y no presentar síntomas, y que no existe curación para el sida, comparación ENDEMAIN (2004) y ENSANUT-ECU (2012) (mujeres de 15 a 49 años)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

presentar síntomas y el 88 % sabe que no existe curación para el Sida (Cuadro 14.6).

En relación con la ENDEMAIN 2004, se observa un aumento del porcentaje de mujeres que piensan que una persona puede tener VIH/sida sin presentar síntomas (2004: 75.1 % versus 2012: 80.9 %) y un aumento del porcentaje de personas que saben que no existe cura (2004: 82.6 % versus 2012: 88.0%).

En relación con otros países de la región se observa que el conocimiento sobre el VIH/sida de las mujeres ecuatorianas medida con este indicador está por encima de otros países como Perú y Bolivia. En Perú, el 75.5 % de las mujeres

Cuadro 14.6 **Mujeres que piensan que una persona puede estar contagiada del VIH y no presentar síntomas, y que no existe curación para el sida por área, grupo étnico y subregión (mujeres de 15 a 49 años)**

Características	Puede estar contagiada del VIH y no presentar síntomas	No existe cura para el sida	Total
	%	%	n
Área			
Urbano	84.3	88.4	10 504
Rural	71.6	86.8	5 938
Grupo étnico			
Indígena	58.7	87.3	1 444
Afroecuatoriano	82.5	81.9	716
Montuvio	76.0	85.2	520
Mestizo, blanco y otro	82.5	88.6	13 762
Subregión			
Sierra urbana	79.2	89.8	3 974
Sierra rural	66.6	86.8	2 690
Costa urbana	86.5	87.6	2 490
Costa rural	79.4	87.5	1 051
Amazonía urbana	75.9	86.7	1 970
Amazonía rural	65.1	86.6	1 988
Galápagos	90.0	85.2	518
Quito	84.1	89.8	1 016
Guayaquil	87.6	86.3	745
Total nacional	80.9	88.0	16 442

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

reportó que una persona que parece saludable puede tener VIH/sida. En Bolivia, el 55.8 % de las mujeres piensa que una persona que parece saludable puede tener VIH/sida (ENDES, 2012; ENDSA, 2008). Sin embargo, cabe mencionar que las preguntas en estas encuestas están redactadas de distinta manera, lo cual puede influir las respuestas.

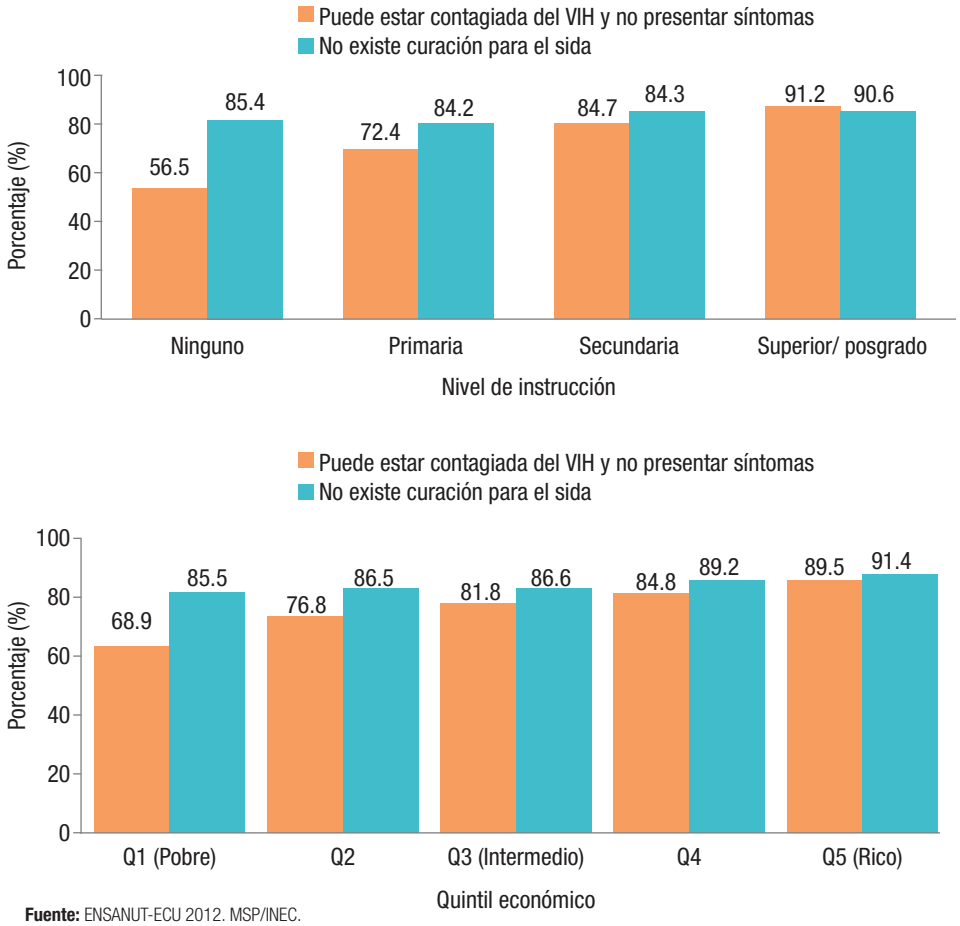
En el Cuadro 14.6 y en el Anexo 14.7 se puede apreciar que el porcentaje de mujeres que conocen que una persona puede tener VIH/sida sin tener síntomas es mayor en las áreas urbanas (84.3 %), respecto a las áreas rurales (71.6 %). Asimismo, el porcentaje de mujeres que declaran que el VIH/sida no tiene cura es más alto en las áreas urbanas (88.4 %), respecto a las áreas rurales de Ecuador (86.8 %).

Al desglosar esta información por subregión, se observa que el porcentaje de mujeres que piensan que una persona con VIH/sida puede vivir sin síntomas es bajo en la Amazonía rural (65.1 %) y en la Sierra rural (66.6 %) y es alto en Galápagos (90 %). Además, las mujeres que piensan que no hay cura para el sida es bajo en las áreas rurales de la Amazonía y la Sierra (73.8 % y 75.3 %, respectivamente) y es alto en la ciudad de Quito (86.5 %) (Cuadro 14.6 y Anexo 14.7).

Además, se observa que solo una de cada dos mujeres indígenas sabe que una persona puede tener VIH/sida y no presentar síntomas, porcentaje que se encuentra por debajo del reportado por los demás grupos étnicos. Por otro lado, el 81.9 % de las mujeres afroecuatorianas y el 85.2 % de las mujeres montuvias saben que no existe cura para el VIH/sida, valores que son más bajos con respecto a los demás grupo étnicos (Cuadro 14.6 y Anexo 14.7).

En el Gráfico 14.6 y el Anexo 14.8 se presentan las frecuencias de las mujeres que piensan que una persona puede ser portadora de VIH y no presentar síntomas y que no existe curación para el sida, desglosadas por el quintil económico y el

Gráfico 14.6 **Mujeres que piensan que una persona puede estar contagiada del VIH y no presentar síntomas, y que no existe curación para el sida por nivel de instrucción y quintil económico (mujeres de 15 a 49 años)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 14.7 **Conocimiento espontáneo de formas o maneras de prevenir el contagio de VIH/sida por área de residencia**

Conocimiento espontáneo	No conoce	Una	Dos o más	Total	
	%	%	%	n	%
Área					
Urbano	8.9	38.4	52.7	10 504	100.0
Rural	22.5	40.0	37.5	5 938	100.0
Total nacional	12.6	38.8	48.6	16 442	100.0

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

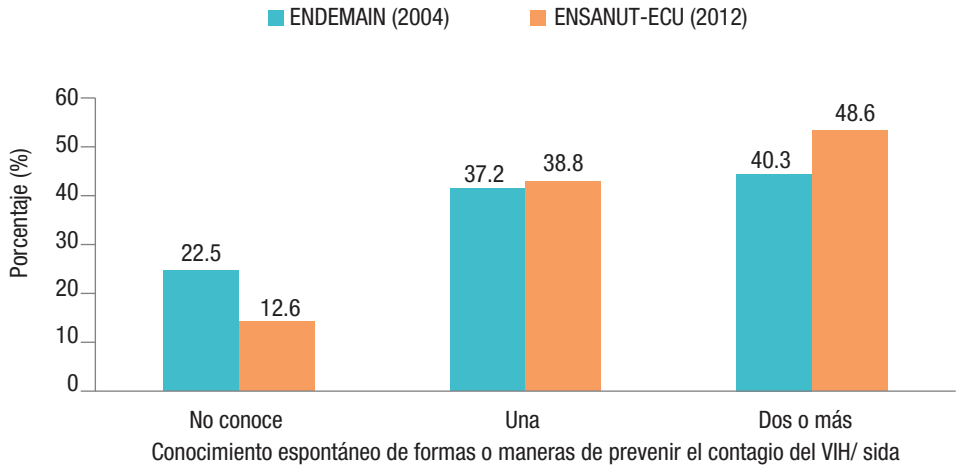
nivel de educación. Se observa que a medida que aumenta el nivel socioeconómico, aumenta el porcentaje de mujeres que conocen sobre estos dos aspectos del VIH/sida. Así, las mujeres del quintil más pobre (Q1) presentan los porcentajes más bajos (ausencia de síntomas: 68.9 %, carencia de cura: 85.5 %); mientras que las mujeres del quintil más rico (Q5), los porcentajes más altos (ausencia de síntomas: 89.5 %, carencia de cura: 91.4 %) (Gráfico 14.6).

Esta tendencia es similar al desagregar los datos por nivel de instrucción: las mujeres sin instrucción formal presentan los porcentajes más bajos de conocimiento de estos dos aspectos del VIH/sida (ausencia de síntomas: 56.5 %, carencia de cura: 85.4 %), mientras que las mujeres con instrucción superior presentan los porcentajes de conocimiento más altos (ausencia de síntomas: 91.2 %, carencia de cura: 90.6 %) (Gráfico 14.6 y Anexo 14.8). Para mayor desglose sobre estos dos indicadores de conocimiento sobre el VIH/sida revisar los Anexos 14.7, 14.8 y 14.9.

Conocimiento espontáneo de formas o maneras de prevenir el contagio de VIH/sida

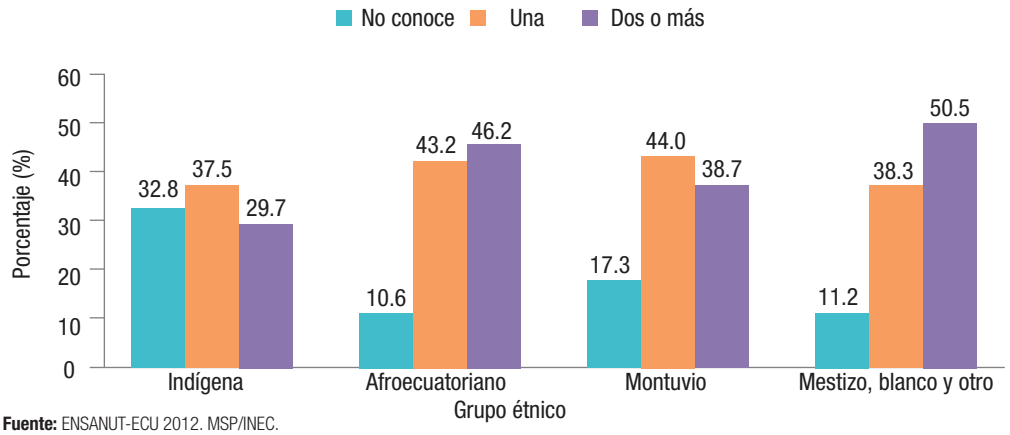
Es importante mencionar que la ENSANUT-ECU 2012 replicó el cuestionario usado por la ENDEMAIN 2004 (CEPAR, 2005) con el fin de tener información comparable y medir su tendencia en el tiempo. Así, a las mujeres que conocían sobre el VIH/sida se les preguntó qué formas de prevención del contagio de VIH/sida conocen y se esperó una lista de respuestas espontáneas. Posteriormente, se les preguntó si conocen o han oído hablar de las formas de prevenir el contagio que no fueron mencionadas espontáneamente. Los métodos considerados en el cuestionario son: abstinencia, fidelidad mutua de pareja, uso de condones, evitar jeringas usadas, evitar transfusiones sanguíneas inseguras, evitar sexo

Gráfico 14.7 **Conocimiento espontáneo de formas o maneras de prevenir el contagio de VIH/sida, comparación ENDEMAIN (2004) y ENSANUT-ECU (2012) (mujeres de 15 a 49 años)**



Fuente: ENDEMAIN 2004, CEPAR /ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 14.8 **Conocimiento espontáneo de formas o maneras de prevenir el contagio de VIH/sida, por grupo étnico (mujeres de 15 a 49 años)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

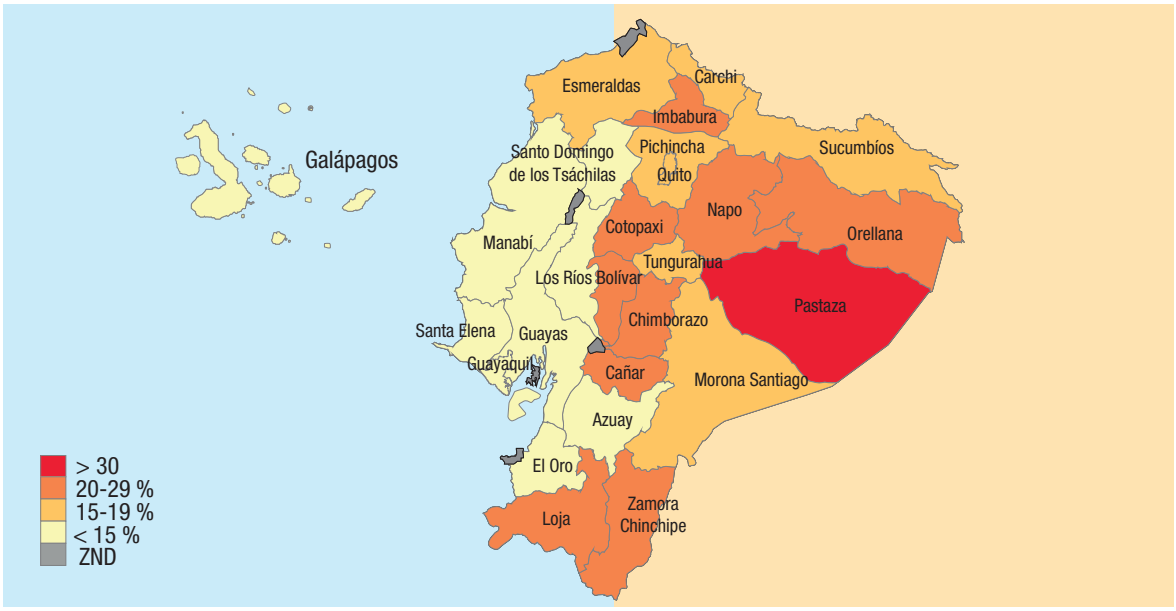
oral, evitar sexo anal, evitar relaciones sexuales con desconocidos, evitar relaciones sexuales con hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, evitar relaciones sexuales con hombres que tienen múltiples parejas sexuales (Anexo B).

En el Cuadro 14.7 y los Anexos 14.10, 14.11 y 14.12, se presenta el conocimiento espontáneo de varias formas o maneras de prevenir el contagio con el virus del VIH/sida desagregadas por varias características. A nivel nacional, el 38.8 % de las mujeres conoce al menos una forma de evitar la infección por VIH/sida, el 48.6 % conoce dos o más formas y el 12.6 % no conoce ninguna forma de evitar la infección.

Con relación a la encuesta ENDEMAIN (2004), se puede observar en el Gráfico 14.7 que el porcentaje de mujeres que no conocen ninguna forma de evitar el contagio con el virus del VIH/sida ha disminuido 10 puntos porcentuales en 8 años, al pasar de 22.5 %, en 2004, a 12.6 %, en 2012. Asimismo, se observa que el porcentaje de mujeres que conocen una forma se ha mantenido constante (37.2 %); mientras que el porcentaje de mujeres que conocen dos o más formas de evitar el contagio por VIH/sida ha aumentado en 8.3 puntos porcentuales de 40.3, en 2004, a 48.6 %, en 2012.

En el Cuadro 14.7 y el Anexo 14.10 se evidencia que el porcentaje de mujeres que no conocen

Gráfico 14.9 **No conoce espontáneamente ninguna forma o manera de prevenir el contagio de VIH/sida, por provincias (mujeres de 15 a 49 años)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 14.8 **Conocimiento espontáneo de formas o maneras de prevenir el contagio de VIH/sida por nivel de instrucción y quintil económico (mujeres de 15 a 49 años)**

Conocimiento espontáneo	No conoce	Una	Dos o más	Total	
	%	%	%	n	%
Nivel de instrucción					
Ninguno	30.2	40	29.8	177	100
Primaria	20.4	40.2	39.5	5 145	100
Secundaria	10.8	41	48.1	7 906	100
Superior/posgrado	3.8	32.3	63.8	3 214	100
Quintil económico					
Q1 (Pobre)	24.6	42.3	33.1	3 677	100
Q2	17.4	39.1	43.5	3 785	100
Q3 (Intermedio)	8.8	42.7	48.5	3 415	100
Q4	8.8	38.5	52.7	3 037	100
Q5 (Rico)	5.9	32.6	61.5	2 526	100
Total nacional	12.6	38.8	48.6	16 442	100

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 14.9 **Conocimiento espontáneo de formas o maneras de prevenir el contagio de VIH/sida por grupos de edad (mujeres de 12 a 49 años)**

Conocimiento espontáneo	No conoce	Una	Dos o más	Total	
	%	%	%	n	%
Grupo de edad					
12-14	36.8	40.7	22.5	453	100
15-19	16.4	46.3	37.3	1 598	100
20-24	11.2	41.6	47.2	2 719	100
25-29	12.8	38.1	49.1	3 078	100
30-34	12.1	37.3	50.6	3 005	100
35-39	10.7	34.6	54.8	2 504	100
40-44	11.2	33.9	54.9	1 976	100
45-49	12.1	34.8	53.1	1 562	100
Total 12 a 49 años	14.6	39.0	46.4	16 895	100

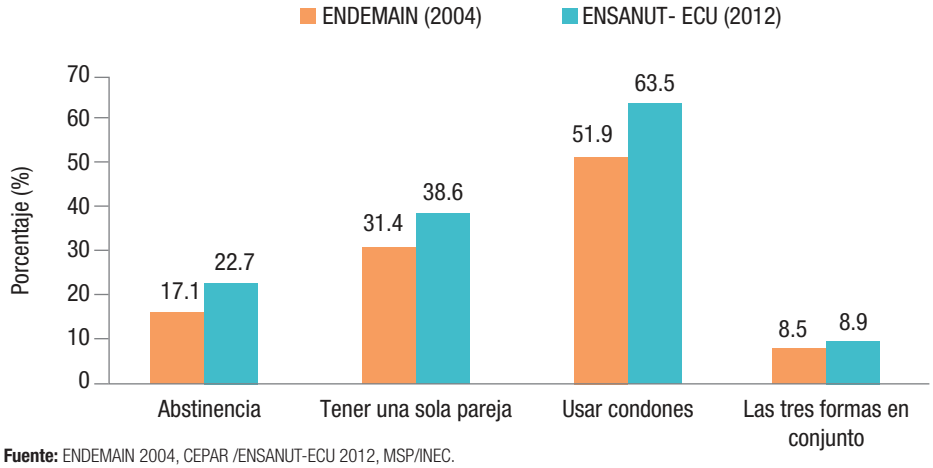
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

ninguna forma de prevención es mayor en el área rural, respecto al área urbana (22.5 % versus 8.9 %). Mientras que el conocimiento espontáneo de una o más formas de prevenir el contagio por el virus del VIH/sida es mayor en las áreas urbanas respecto a las áreas rurales.

La información desagregada por grupo étnico evidencia que las mujeres indígenas son las que menos conocimiento general poseen de las formas de prevenir el contagio de VIH/sida, con respecto a los demás grupos étnicos del país (Gráfico 14.8 y Anexo 14.10). Así, una de cada tres mujeres indígenas entre 15 y 49 años no conoce espontáneamente ninguna forma de prevenir el VIH/sida. Mientras que el conocimiento espontáneo de dos o más formas es mayor en las mujeres mestizas, blancas u otras (50.5 %).

La información por provincias muestra que las mujeres de la provincia de Pastaza y las provincias de la Sierra Centro son las que menos conocen formas o maneras de prevenir el contagio de VIH/sida (Gráfico 14.9 y el Anexo 14.10). Mientras que el conocimiento de dos o más formas es mayor en entre las mujeres que habitan en Galápagos con 60.4 % y en la ciudad de Guayaquil con 61.3 %.

Gráfico 14.10 **Conocimiento espontáneo de las tres formas primarias de prevención del contagio de VIH/sida**



Fuente: ENDEMAIN 2004, CEPAR /ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Como se observa en el Cuadro 14.8 y el Anexo 14.11, el porcentaje de mujeres que no conocen ninguna forma de prevenir la infección es menor a medida que incrementa el quintil económico y el nivel de educación. La información desagregada por grupos de edad muestra un porcentaje más elevado de mujeres que no conocen ninguna forma para prevenir la infección en el grupo de edad de 12 a 14 años (36.8 %), valor que triplica el encontrado para los demás grupos de edad (Cuadro 14.9 y el Anexo 14.12).

Para mayores desagregaciones del conocimiento espontáneo de formas o maneras de prevenir el contagio de VIH/sida, revisar los Anexos 14.10, 14.11 y 14.12

Conocimiento espontáneo de las tres formas primarias de prevención del contagio de VIH/sida

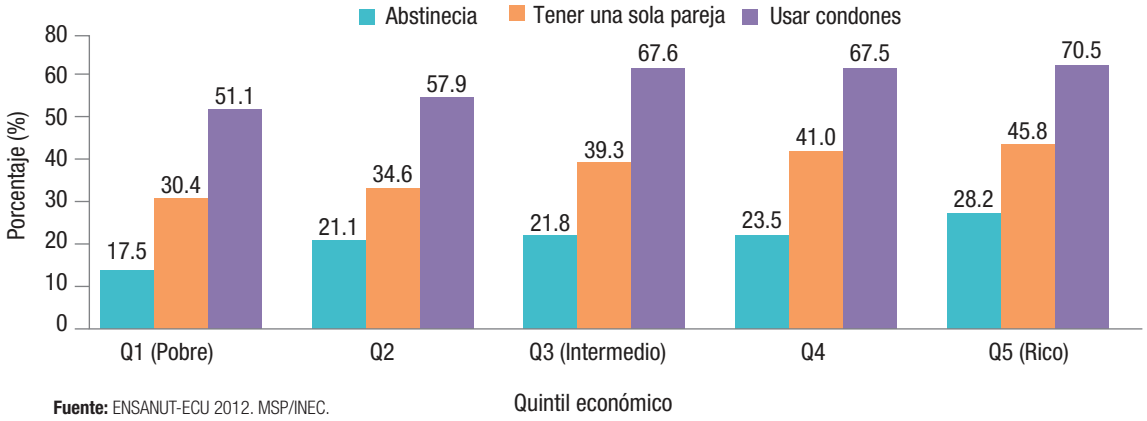
A nivel nacional, las tres principales formas de prevención mencionadas de manera espontánea fueron el uso de condón (63.5 %), la monogamia (38.6 %) y la abstinencia (22.7 %). Asimismo,

Cuadro 14.10 **Conocimiento espontáneo de las tres formas primarias de prevención del contagio de VIH/sida por área, grupo étnico y nivel de instrucción (mujeres de 15 a 49 años)**

Conocimiento espontáneo	Abstinencia	Tener una sola pareja	Usar condones	Las tres formas en conjunto	Total
	%	%	%	%	n
Área					
Urbano	24.2	41.4	67.2	10.3	10 504
Rural	18.5	31.0	53.3	5.0	5 938
Grupo étnico					
Indígena	16.8	30.4	38.2	4.5	1 444
Afroecuatoriano	22.4	34.3	68.2	8.4	716
Montuvio	16.5	35.0	60.5	6.2	520
Mestizo, blanco y otro	23.4	39.6	64.9	9.3	13 762
Nivel de instrucción					
Ninguno	19.8	36.0	34.6	3.3	177
Primaria	19.3	36.5	53.8	7.6	5 145
Secundaria	21.4	36.7	66.4	7.9	7 906
Superior/posgrado	29.9	45.6	73.6	13.3	3 214
Total nacional	22.7	38.6	63.5	8.9	16 442

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 14.11 **Conocimiento espontáneo de las tres formas primarias de prevención del contagio de VIH/sida, por quintil económico (mujeres de 15 a 49 años)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

estas tres formas primarias de prevención del contagio de VIH/sida fueron las más conocidas en el año 2004 (CEPAR, 2005). En general, se observa un incremento importante de 11.6 puntos porcentuales en el uso de condón, de 51.9 %, en 2004, a 63.5 %, en 2012. Además, se observa un incremento de 7.2 puntos porcentuales de la monogamia como forma de prevención, al pasar de 31.4 %, en 2004, a 38.6 %, en 2012.

Finalmente, la abstinencia como forma primaria de prevención de contagio de VIH/sida también tuvo un incremento de 5.6 puntos porcentuales (Gráfico 14.10).

El Cuadro 14.10 y el Anexo 14.10 presentan la distribución del conocimiento espontáneo de las tres formas primarias de prevención del contagio de VIH/sida, por área y grupo étnico. El conocimiento de las tres formas de prevención es mayor en el área urbana (condones: 67.2 %, monogamia: 41.4 %, abstinencia: 24.2 %) respecto al área rural (condones: 53.3 %, monogamia: 31 %, abstinencia: 18.5 %).

Las mujeres indígenas son las que menos información tienen de las tres maneras principales de prevenir el contagio de VIH/sida (condones: 38.6 %, monogamia: 30.4 %, abstinencia: 16.8 %), con respecto a los demás grupos étnicos (Cuadro 14.10 y Anexo 14.10).

En el Anexo 14.11 se evidencia que los porcentajes sobre el conocimiento espontáneo de la prevención primaria del VIH/sida aumentan a medida que incrementa el quintil económico y el nivel de instrucción. De tal forma que, los porcentajes más bajos se encuentran entre las mujeres del quintil más pobre (Q1) (condones: 51.1 %, monogamia: 30.4 %, abstinencia: 17.5 %) y los más altos, entre mujeres del quintil más rico (Q5) (condones 70.5 %, monogamia 45.8 %, abstinencia: 28.2 %) (Gráfico 14.11 y Anexo 14.11).

Asimismo, las mujeres sin instrucción formal presentan los porcentajes más bajos de conocimiento espontáneo de la prevención primaria del VIH/sida (monogamia: 36.0 %, condones: 34.6 %, abstinencia: 19.8 %); mientras que los más altos se presentan en las mujeres con educación superior o posgrado (condones: 73.6 %, monogamia: 45.6 %, abstinencia: 29.9 %) (Cuadro 14.10 y Anexo 14.11).

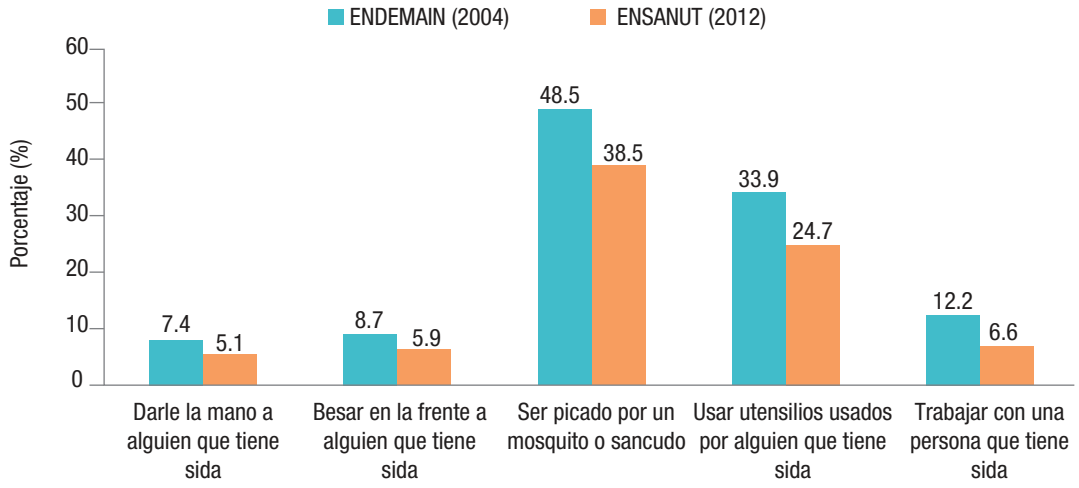
Para un mayor desglose sobre el conocimiento espontáneo de las tres formas primarias de prevención del contagio de VIH/sida, revisar los Anexos 14.13, 14.14 y 14.15.

Creencias no documentadas sobre la transmisión de VIH/sida

Rechazar las principales ideas erróneas sobre los modos de transmisión del VIH es tan importante como el conocimiento correcto de los verdaderos modos de transmisión. Por ejemplo, la creencia de que el VIH se transmite por medio de las picaduras de mosquitos puede debilitar la motivación para adoptar un comportamiento sexual seguro, mientras que la creencia de que el VIH puede transmitirse compartiendo alimentos refuerza el estigma al que se enfrentan las personas que viven con VIH/sida (ONUSIDA, 2012).

A nivel nacional se observa que el 38.5 % de las mujeres cree que el virus puede ser transmitido por un picado de mosquito o zancudo y el 24.7 % cree

Gráfico 14.12 **Creencias no documentadas sobre la transmisión de VIH/sida, comparación ENDEMAIN (2004) y ENSANUT-ECU (2012)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 14.11 **Creencias no documentadas sobre la transmisión de VIH/sida por área, grupo étnico, provincia, subregión y zona de planificación (mujeres de 15 a 49 años)**

Creencias no documentadas	Darle la mano a alguien que tiene sida	Besar en la frente a alguien que tiene sida	Ser picado por un mosquito o zancudo	Usar cucharas, tenedores, platos o vasos usados por alguien que tiene sida	Trabajar con una persona que tiene sida	Total
	%	%	%	%	%	n
Área						
Urbano	3.1	3.7	36.1	22.2	4.7	10 504
Rural	10.5	11.9	45.4	31.4	12	5 938
Grupo étnico						
Indígena	18.4	19.2	41.7	36.3	16.9	1 444
Afroecuatoriano	3.6	8.2	46.1	27.8	8.5	716
Montuvio	5.3	7.6	58.7	31.2	8.1	520
Mestizo, blanco y otro	4.4	4.9	36.7	23.4	5.8	13 762
Total nacional	5.1	5.9	38.5	24.7	6.6	16 442

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

que se puede transmitir al usar los utensilios usados por alguien infectado. Mientras que el 5.1 % y el 5.2 % creen que se puede transmitir al dar la mano o besar la frente a alguien infectado, y el 6.6 %, al trabajar con alguien seropositivo.

De manera general, se puede observar que todas las creencias no documentadas sobre la transmisión del VIH/sida han disminuido con relación al año 2004 (CEPAR, 2005) (Gráfico 14.12).

En las áreas rurales de Ecuador, estas creencias no documentadas tienen una mayor prevalencia en comparación con las áreas urbanas (Cuadro 14.11 y Anexo 14.16). Con excepción de la creencia que el virus se transmite por picadura de mosquito, que es mayor entre las mujeres montuvias, para el resto de creencias no documentadas son las mujeres indígenas las que presentan los porcentajes más altos. Es así que, una de cada tres mujeres indígenas piensa que el VIH/sida se transmite por usar utensilios que fueron usados por alguien que tiene la enfermedad y una de cada cinco piensa que puede contagiarse por darle la mano a una persona seropositiva.

Cuadro 14.12 **Creencias no documentadas sobre la transmisión de VIH/sida por nivel de instrucción y quintil económico (mujeres de 15 a 49 años)**

Creencias no documentadas	Darle la mano a alguien que tiene sida	Besar en la frente a alguien que tiene sida	Ser picado por un mosquito o zancudo	Usar cucharas, tenedores, platos o vasos usados por alguien que tiene sida	Trabajar con una persona que tiene sida	Total
	%	%	%	%	%	n
Nivel de instrucción						
Ninguno	14.9	17.9	61.1	38.0	18.1	177
Primaria	8.9	10.0	48.2	31.4	11.1	5 145
Secundaria	3.8	4.5	37.2	23.6	5.0	7 906
Superior/posgrado	1.7	2.1	26.0	16.5	2.8	3 214
Quintil económico						
Q1 (Pobre)	11.9	14.6	49.3	35.8	13.4	3 677
Q2	7.3	7.4	46.1	28.5	8.5	3 785
Q3 (Intermedio)	3.4	5.0	40.5	25.1	4.9	3 415
Q4	3.2	3.0	34.0	20.9	4.6	3 037
Q5 (Rico)	1.1	1.4	25.8	15.6	3.2	2 526
Total nacional	5.1	5.9	38.5	24.7	6.6	16 442

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

En el Cuadro 14.12 y el Anexo 14.17, se puede apreciar que la prevalencia de creencias no documentadas disminuye a medida que incrementa el quintil económico y el nivel de educación. Así, los porcentajes más altos se presentan entre las mujeres del quintil más pobre (Q1) (picadura 49.3 %, utensilios 35.8 %) y los más bajos en las mujeres del quintil más rico (Q5) (picadura 25.8 %, utensilios 15.6 %). Además, en los grupos con menor nivel de educación se observan mayores porcentajes de mujeres con creencias no documentadas sobre el contagio del VIH, las mismas que se reducen a medida que se incrementan los niveles de instrucción. Es así que dos de cada tres mujeres sin instrucción formal creen que el VIH se puede transmitir por una picadura del mosquito y una de cada tres, por compartir utensilios.

Para una mayor desagregación acerca de las creencias no documentadas sobre la transmisión de VIH/sida, revisar los Anexos 14.16, 14.17 y 14.18.

14.3.3 Conocimiento y uso de la prueba del VIH

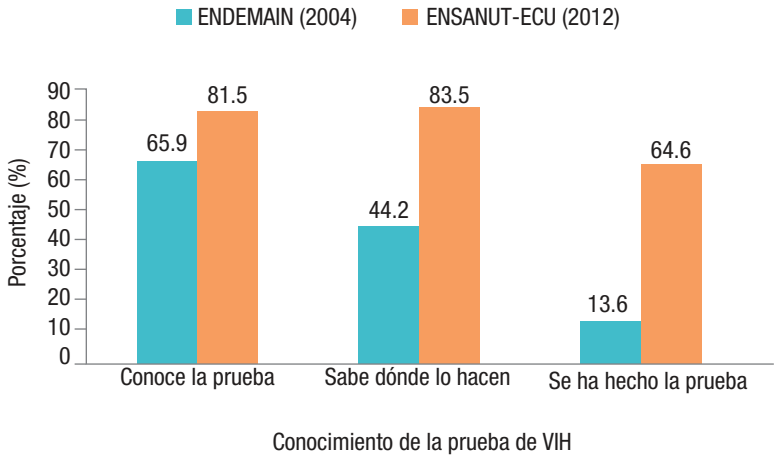
El conocimiento sobre la prueba del VIH es un factor determinante en la prevención de la propagación del virus de la inmunodeficiencia humana. Es importante que las personas conozcan su estado serológico con respecto al VIH tanto para protegerse a sí mismas como para evitar infectar a los demás (ONUSIDA, 2012). Según la Organización Mundial de la Salud, la realización de pruebas de detección de VIH y otras ITS es altamente recomendada para todas las personas expuestas a cualquier factor de riesgo, para tener conocimiento de su estado de salud y, si fuera necesario, acceder oportunamente a los servicios de tratamiento (WHO, 2013a). Sin embargo, cerca de 30 años después de la aparición de las primeras pruebas de anticuerpos contra el VIH, el progreso hacia un conocimiento universal del estado serológico con respecto a la infección sigue siendo insuficiente (WHO, 2013b).

La ENSANUT-ECU preguntó a las mujeres en edad fértil que mencionaron conocer el virus del VIH si habían escuchado de la prueba de detección del VIH, si sabían dónde realizan la prueba, si se la habían hecho y hace cuánto tiempo, dónde se la hicieron y algunos otros aspectos sobre la prueba que se describen a continuación.

Mujeres que han oído hablar sobre la prueba del VIH, saben dónde la hacen y se han hecho alguna vez la prueba

A nivel nacional, el 81.5 % de mujeres ha oído hablar de la prueba de VIH, el 83.5 % sabe dónde la hacen y el 64.6 % se ha hecho la prueba (Gráfico 14.13). Con relación a la ENDEMAIN 2004, se observa un incremento importante en el

Gráfico 14.13 **Mujeres que han oído hablar sobre la prueba del VIH, saben dónde la hacen y se han hecho alguna vez la prueba, comparación ENDEMAIN (2004) y ENSANUT-ECU (2012)**



Fuente: ENDEMAIN 2004, CEPAR /ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 14.13 **Mujeres que han oído hablar sobre la prueba del VIH, saben dónde la hacen y se han hecho alguna vez la prueba por área, grupo étnico y subregión (mujeres de 15 a 49 años)**

Conocimiento y uso de la prueba del VIH	Conoce la prueba		Sabe dónde la hacen		Se ha hecho la prueba	
	%	n	%	n	%	n
Área						
Urbana	86.5	10 504	85.2	8 925	67.1	7 787
Rural	67.7	5 938	77.3	4 080	55.1	3 242
Grupo étnico						
Indígena	53.7	1 444	68.5	798	54.8	605
Afroecuatoriano	85.5	716	83.1	614	68.2	529
Montuvio	79.9	520	87.3	444	62.4	389
Mestizo, blanco y otro	83.0	13 762	83.8	11 149	64.9	9 506
Subregión						
Sierra urbana	78.9	3 974	81.0	3 195	62.2	2 689
Sierra rural	58.3	2 690	73.4	1 686	55.3	1 277
Costa urbana	89.6	2 490	86.9	2 270	66.5	2 020
Costa rural	80.7	1 051	80.1	874	52.4	723
Amazonía urbana	80	1 970	87.3	1 607	69.2	1 422
Amazonía rural	65.3	1 988	79.7	1 340	63.6	1 089
Galápagos	91.1	518	95.4	479	74.9	453
Quito	83.0	1 016	82.2	840	70.1	709
Guayaquil	94.0	745	89.2	714	68.1	647
Total nacional	81.5	16 442	83.5	13 005	64.6	11 029

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

conocimiento y el uso de la prueba de detección del VIH. Así, en el año 2004, el 65.9 % de las mujeres entre 15 y 49 años de edad conocía la prueba, para el año 2012, ese porcentaje aumentó 15.6 puntos porcentuales (81.5 %). Además, el porcentaje de mujeres que saben dónde la hacen, aumentó aproximadamente 40 puntos porcentuales, al pasar de 44.2 %, en 2004, a 83.5 %, en 2012. El aumento más importante, de 51 puntos porcentuales en 8 años, se da en el porcentaje de mujeres que se han hecho la prueba del VIH, de 13.6 %, en 2004, a 64.6 %, en 2012.

Cuadro 14.14 **Mujeres que han oído hablar sobre la prueba del VIH, saben dónde la hacen y se han hecho alguna vez la prueba por nivel de instrucción y quintil económico (mujeres de 15 a 49 años)**

Conocimiento y uso de la prueba del VIH	Conoce la prueba		Sabe dónde la hacen		Se ha hecho la prueba	
	%	n	%	n	%	n
Nivel de instrucción						
Ninguno	62.8	177	59.6	102	50.5	63
Primaria	71.3	5 145	77.9	3 518	62.6	2 742
Secundaria	83.2	7 906	83.2	6 439	63.0	5 523
Superior/posgrado	93.5	3 214	91.3	2 946	69.8	2 701
Quintil económico						
Q1 (Pobre)	68.5	3 677	77.1	2 452	59.7	1 952
Q2	76.4	3 785	79.4	2 877	66.1	2 381
Q3 (Intermedio)	83.0	3 415	84.0	2 776	64.0	2 368
Q4	87.0	3 037	86.8	2 624	64.7	2 313
Q5 (Rico)	89.5	2 526	86.9	2 275	66.5	2 014
Estado civil						
Unida/casada	82.8	11 564	85.2	9 173	73.4	7 840
Soltera	77.8	2 727	79.4	2 037	44.6	1 632
Divorciada/separada/ viuda	86.7	2 151	86.9	1 795	75.7	1 557
Total nacional	81.5	16 442	83.5	13 005	64.6	11 029

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

El porcentaje de mujeres informadas sobre la prueba, dónde la hacen y aquellas que se la han hecho es mayor en el área urbana con respecto al área rural (Cuadro 14.13 y Anexo 14. 19). A nivel regional, Galápagos es la subregión que presenta los valores más elevados tanto para el conocimiento como en el uso de la prueba de detección del VIH (conoce: 91.1 %, sabe dónde la hacen: 95.4 % y se ha hecho la prueba: 74.9 %), con respecto a las demás subregiones.

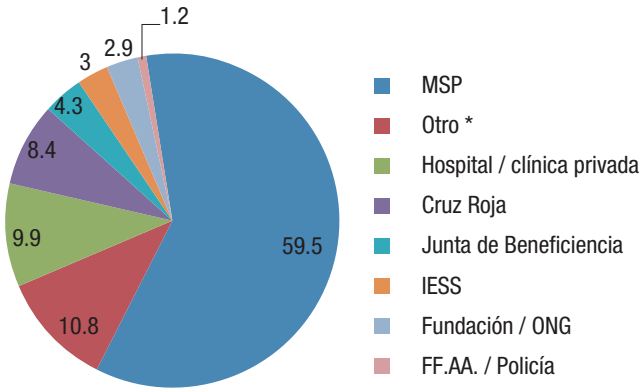
Con respecto al grupo étnico, se observa que las mujeres indígenas son las que menos conocen la prueba, saben dónde la hacen y se han realizado la prueba, 53.7 %, 68.5 % y 54.8 %, respectivamente. Mientras que las mujeres afroecuatorianas son quienes evidencian un mayor conocimiento de los tres aspectos de la prueba, con valores por encima de la media nacional (Cuadro 14.13 y Anexo 14. 19).

Cuadro 14.15 **Mujeres que han oído hablar sobre la prueba del VIH, saben dónde la hacen y se han hecho alguna vez la prueba por grupo de edad (mujeres de 12 a 49 años)**

Grupo de edad	Conoce la prueba		Sabe dónde la hacen		Se ha hecho la prueba	
	%	n	%	n	%	n
12-14	44.1	453	48.5	193	10.5	106
15-19	72.9	1 598	72.9	1 112	36.0	875
20-24	84.4	2 719	88.8	2 233	72.5	1 972
25-29	84.4	3 078	87.1	2 498	77.3	2 167
30-34	83.9	3 005	86.5	2 403	78.3	2 093
35-39	83.5	2 504	82.2	2 015	65.8	1 695
40-44	82.5	1 976	83.3	1 547	59.5	1 272
45-49	80.1	1 562	82.3	1 197	51.3	955
Total Mujeres 12 a 49 años	78.3	16 895	81.8	13 198	63.1	11 135

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 14.14 **Lugar donde se hizo la última prueba de VIH, a nivel nacional (%)**



* Incluye Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud, laboratorio privado y otro.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Al desagregar los datos por quintil económico y nivel de instrucción, se observa que el porcentaje de mujeres que conocen la prueba, saben dónde la hacen y se han hecho la prueba aumenta conforme incrementa el nivel de instrucción y el quintil económico (Cuadro 14.14 y Anexo 14.20).

Los datos por estado civil, muestran porcentajes muy similares para el conocimiento de la prueba y dónde la realizan. Sin embargo, para la categoría Se han hecho la prueba, se observa una diferencia importante: las mujeres solteras son las que presentan la menor prevalencia (44.6 %) con respecto a las mujeres unidas, casadas o divorciadas (Cuadro 14.14 y Anexo 14.20).

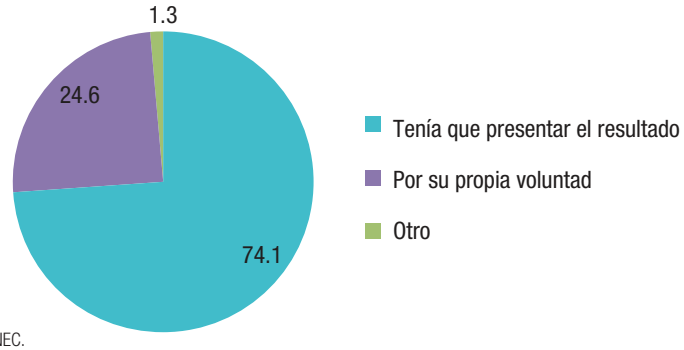
Con relación al grupo de edad, se observa que las mujeres más jóvenes (12 a 14 años) son las que menos conocen o han oído hablar de la prueba de detección del VIH (44.1 %), las que menos saben dónde la realizan (48.5 %) y las que menos se han realizado la prueba (10.5 %); porcentajes muy por debajo a los presentados para los demás grupos de edad (Cuadro 14.15 y Anexo 14.21).

Cuadro 14.16 **Lugar donde se hizo la última prueba de VIH por área, nivel de instrucción y quintil económico (mujeres de 15 a 49 años que se han hecho la prueba)**

	MSP	IESS	FF. AA./ Policía	Hospital/Clínica privada	Cruz Roja	Fundación/ ONG	Junta de Beneficencia	Otro*	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	n	%
Área										
Urbano	56.8	3.2	1.3	10.4	8.7	3.1	5.1	11.5	5 654	100
Rural	72.3	2.0	0.4	7.6	6.9	2.2	0.8	7.7	2 148	100
Nivel de instrucción										
Ninguno	75.2	1.0	-	-	16.0	3.9	-	3.9	37	100
Primaria	77.1	1.2	0.6	6.5	5.0	2.4	3.2	4.0	1 808	100
Secundaria	63.4	2.2	1.4	9.0	6.9	2.8	5.5	8.8	3 974	100
Superior/posgrado	39.8	5.5	1.3	14.3	12.8	3.5	3.5	19.3	1 983	100
Quintil económico										
Q1 (Pobre)	85.5	0.5	0.0	4.3	1.4	1.1	2.9	4.3	1 388	100
Q2	76.8	0.9	0.1	5.2	4.9	2.1	3.3	6.8	1 698	100
Q3 (Intermedio)	67.2	1.4	0.3	8.6	6.0	2.6	4.9	9.0	1 669	100
Q4	53.1	4.2	1.3	10.6	10.0	3.7	6.3	10.8	1 622	100
Q5 (Rico)	34.8	5.7	2.8	16.5	14.5	3.9	3.5	18.3	1 424	100
Total nacional	59.5	3.0	1.2	9.9	8.4	2.9	4.3	10.8	7 802	100

* Incluye Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud, laboratorio privado y otro.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 14.15 **Voluntariedad para hacerse la última prueba de VIH a nivel nacional (%) (mujeres de 15 a 49 años que se han hecho la prueba)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Para una mayor desagregación acerca de las mujeres que han oído hablar sobre la prueba de detección del VIH, saben dónde la hacen y se la han hecho alguna vez, revisar los Anexos 14.19, 14.20 y 14.21.

Lugardonde se hizo la última prueba de VIH

Del 64.6 % de mujeres en edad fértil que se han realizado la prueba de VIH, el 59.5 % se la hizo en un establecimiento del MSP; el 10.8 %, en una unidad municipal de salud o del Consejo Provincial, un laboratorio privado y otro; y el 9.9%, en un hospital o clínica privada (Gráfico 14.14 y Anexo 14.22).

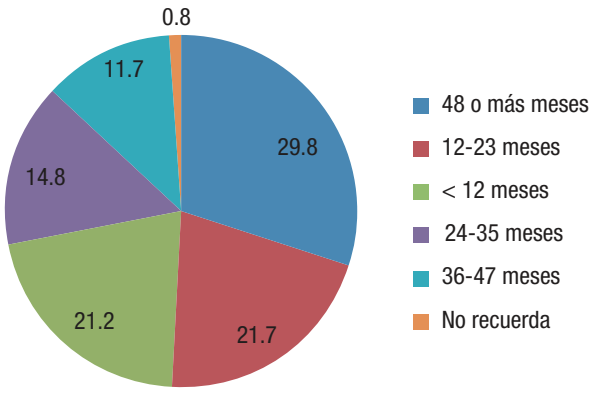
Del Cuadro 14.16 y el Anexo 14.22 se desprende que el uso de los servicios del MSP para realizarse la prueba de VIH es mayor en las áreas rurales (72.3 %), en relación con las urbanas (56.8 %). Mientras que el uso de clínicas y consultorios privados es más elevado en las áreas urbanas (10.4%), en relación con las rurales (7.6 %). En general, se observa que el uso del sector privado aumenta a medida que incrementa el nivel de instrucción y el quintil económico. En cuanto al uso del sector público es mayor en los quintiles de menores ingresos y en las mujeres sin ninguna instrucción formal (Cuadro 14.16 y Anexo 14.23). Para una mayor desagregación acerca del lugar dónde las mujeres en edad fértil se realizaron la última prueba de detección del VIH, revisar los Anexos 14.22, 14.23 y 14.24.

Voluntariedad para hacerse la última prueba de detección del VIH

A las mujeres en edad fértil que se han realizado la prueba de detección del VIH en alguna oportunidad, se les preguntó lo siguiente: ¿Ese examen se lo hizo por voluntad propia, porque tenía que presentar el resultado o por alguna otra razón? A nivel nacional, se observa que el 74.1 % se realizó la prueba de detección del VIH porque tenía que presentar los resultados, el 24.6 % de las mujeres se realizó la prueba por voluntad propia y el 1.3 %, por otras razones (Gráfico 14.15 y Anexo 14.28).

De manera general, se observa que no existen diferencias significativas entre casi todas las

Gráfico 14.16 **Tiempo (en meses) desde que se hizo la última prueba de VIH a nivel nacional (%) (mujeres de 15 a 49 años que se han hecho la prueba)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 14.17 **Voluntariedad para hacerse la última prueba de VIH por grupo étnico** y grupo de edad*** (mujeres que se han hecho la prueba)**

Voluntariedad para hacerse la prueba de VIH	Por su propia voluntad	Tenía que presentar el resultado	Otro	Total	
	%	%	%	n	%
Grupo étnico					
Indígena	23.1	72.9	4.1	383	100
Afroecuatoriano	34.8	63.8	1.4	398	100
Montuvio	13.4	86.0	0.6	278	100
Mestizo, blanco y otro	24.7	74.0	1.3	6 751	100
Total nacional	24.6	74.1	1.3	7 810	100
Grupo de edad					
12-14	*	*	*	*	*
15-19	23.7	74.0	2.3	475	100
20-24	21.1	77.5	1.4	1 564	100
25-29	24.1	75.1	0.8	1 779	100
30-34	24.5	74.6	0.9	1 614	100
35-39	26.7	71.4	1.9	1 165	100
40-44	28.7	69.3	2.0	739	100
45-49	28.2	70.8	1.0	466	100
Total mujeres de 12 a 49 años	24.6	74.1	1.3	7 810	100

* Menos de 25 casos.
** Mujeres de 15 a 49 años.
*** Mujeres de 12 a 49 años.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

características estudiadas. Así, la mayoría de mujeres, sin importar el lugar dónde viven, su nivel de educación, el quintil económico al que pertenecen o su actividad sexual, se realizó la prueba de detección del VIH debido a que tenía que presentar los resultados (Anexos 14.25, 14.26 y 14.27). Sin embargo, por grupo étnico se observa una mayor prevalencia de mujeres afroecuatorianas que se han realizado la prueba de detección del VIH por voluntad propia, con respecto a los demás grupos étnicos (Cuadro 14.17 y el Anexo 14.25).

Además, al analizar los datos por grupos de edad se puede apreciar en el Cuadro 14.17 y el Anexo 14.27 que el porcentaje de mujeres que se realizan la prueba por voluntad propia incrementa conforme avanza la edad.

Para una mayor desagregación acerca de la voluntariedad para hacerse la última prueba de detección del VIH, revisar los Anexos 14.25, 14.26 y 14.27.

Tiempo (en meses) desde que se hizo la última prueba de detección del VIH

El Gráfico 14.16 y el Anexo 14.28 presentan el tiempo transcurrido desde la última prueba de detección del VIH, a nivel nacional. De este gráfico y anexo, se desprende que la mayoría de las mujeres entre 15 y 49 años se realizó la prueba de detección hace 48 meses o más (29.8%). Una menor proporción de mujeres, pero de igual manera importante, se realizó la prueba de detección hace menos de 12 meses (21.2 %) y entre 12 y 23 meses (21.7 %).

La información desagregada por grupo étnico (Cuadro 14.18 y Anexo 14.28) muestra que las mujeres montuvias, afroecuatorianas y mestizas, blancas u otras, en su mayoría se realizaron la prueba de detección hace 48 o más meses (42.9 %, 26.8 % y 29.3 %, respectivamente). Mientras que las mujeres indígenas en su mayoría se la realizaron hace menos de 12 meses (31.1 %).

Cuadro 14.18 **Tiempo (en meses) desde que se hizo la última prueba de VIH por grupo étnico** y grupo de edad*** (mujeres que se han hecho la prueba)**

Tiempo desde la última prueba	< 12 meses	12 a 23 meses	24 a 35 meses	36 a 47 meses	48 o más meses	No recuerda	Total	
	%	%	%	%	%	%	n	%
Grupo étnico								
Indígena	31.1	22.3	14.6	7.8	23.7	0.5	382	100
Afroecuatoriano	22.7	17.8	18.2	12	26.8	2.5	398	100
Montuvio	21.2	15.6	12.9	7.2	42.9	0.1	277	100
Mestizo, blanco y otro	20.9	22.3	14.7	12.1	29.3	0.7	6 722	100
Total nacional	21.2	21.7	14.8	11.7	29.8	0.8	7 779	100
Grupo de edad								
12 a 14	*	*	*	*	*	*	*	*
15 a 19	32.8	32.7	23.3	5.9	4.6	0.7	472	100
20 a 24	26.7	28.5	15.7	14.3	14.5	0.3	1 559	100
25 a 29	22	19.8	14.5	12.2	31.3	0.2	1 774	100
30 a 34	19.7	19.9	14.6	11.6	32.9	1.3	1 611	100
35 a 39	15.1	17.4	15.7	13.4	37.6	0.8	1 160	100
40 a 44	15.9	15.2	12.5	7.9	47.6	0.9	739	100
45 a 49	13.7	16.5	6.6	12	49	2.3	464	100
Total 12 a 49 años	21.4	21.7	14.7	11.7	29.7	0.8	7 787	100

* Menos de 25 casos.
**Mujeres de 15 a 49 años.
*** Mujeres de 12 a 49 años.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC. **Elaboración:** Freire WB. *et al.*

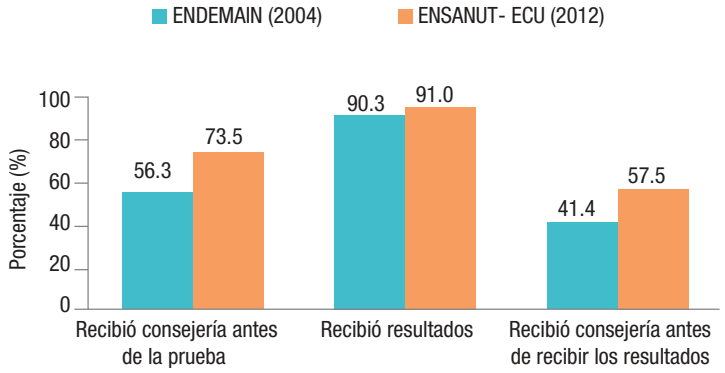
Del Cuadro 14.18 y el Anexo 14.30 se desprende que a medida que avanza la edad, disminuye el porcentaje de pruebas recientes. Así, el porcentaje de mujeres que se han realizado la prueba en el último año es alto entre mujeres de 15 a 19 años (32.8 %) y bajo entre mujeres de 45 a 49 años (13.7 %).

Para una mayor desagregación acerca del tiempo (en meses) transcurridos desde la última prueba de detección del VIH, revisar los Anexos 14.28, 14.29 y 14.30.

Consejería antes de hacerse la última prueba de VIH, recepción de resultados y consejería antes de recibir los resultados de la prueba de VIH

Según las normas y los protocolos de salud, toda persona que solicite la prueba para detección del

Gráfico 14.17 **Consejería antes de hacerse la última prueba de VIH, recepción de resultados y consejería antes de recibir los resultados de la prueba de VIH, comparación ENDEMAIN 2004 y ENSANUT-ECU 2012 (mujeres de 15 a 49 años que se han hecho la prueba)**



Fuente: ENDEMAIN 2004, CEPAR /ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 14.19 **Consejería antes de hacerse la última prueba de VIH, recepción de resultados, y consejería antes de recibir los resultados de la prueba de VIH por área y subregión (mujeres de 15 a 49 años que se han hecho la prueba)**

Características seleccionadas	Recibió consejería antes de la prueba		Recibió los resultados		Recibió consejería antes de recibir los resultados	
	%	n	%	n	%	n
Área						
Urbano	73.6	5 654	91.5	5 654	57.3	5 220
Rural	73.1	2 148	88.6	2 148	58.5	1 971
Subregión						
Sierra urbana	62.2	1 852	90.3	1 852	48.6	1 697
Sierra rural	70.9	828	90.5	828	51.8	761
Costa urbana	80.3	1 475	93.5	1 475	62.0	1 382
Costa rural	76.5	468	88.4	468	63.7	430
Amazonía urbana	65.2	1 060	92.2	1 060	53.5	976
Amazonía rural	68.0	736	90.9	736	60.0	673
Galápagos	64.6	384	93.5	384	43.1	358
Quito	70.1	521	90.3	521	58.4	476
Guayaquil	78.4	478	90.4	478	58.2	438
Total nacional	73.5	7 802	91.0	7 802	57.5	7 191

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 14.20 **Consejería antes de hacerse la última prueba de VIH, recepción de resultados, y consejería antes de recibir los resultados de la prueba de VIH por nivel de instrucción, quintil económico y estado civil (mujeres de 15 a 49 años que se han hecho la prueba)**

Características seleccionadas	Recibió consejería antes de la prueba		Recibió los resultados		Recibió consejería antes de recibir los resultados	
	%	n	%	n	%	n
Nivel de instrucción						
Ninguno	83.1	37	95.0	37	64.9	34
Primaria	75.6	1 808	87.5	1 808	64.5	1 628
Secundaria	76.5	3 974	93.0	3 974	57.3	3 679
Superior/posgrado	67	1 983	90.5	1 983	52.4	1 850
Quintil económico						
Q1 (Pobre)	74.5	1 388	88.4	1 388	59	1 249
Q2	77.0	1 698	91.7	1 698	64.7	1 575
Q3 (Intermedio)	76.0	1 669	90.9	1 669	58.4	1 545
Q4	72.7	1 622	91.0	1 622	54.9	1 495
Q5 (Rico)	69.1	1 424	91.8	1 424	53.3	1 326
Estado civil						
Unida/casada	75.4	5 838	91.5	5 838	58.2	5 391
Soltera	65.7	827	87.6	827	53.1	741
Divorciada/ separada/viuda	76.6	1 137	94.1	1 137	60.8	1 059
Total nacional	73.5	7 802	91.0	7 802	57.5	7 191

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

VIH, debe recibir consejería preprueba, y tanto los casos que resulten positivos como negativos a la prueba, deben recibir la consejería posprueba. La consejería preprueba está dirigida a proporcionar información veraz, actualizada y oportuna sobre el VIH/sida, las ITS y una preparación emocional para recibir el resultado, sea positivo o negativo. La consejería posprueba es importante en resultados negativos para mantener la seronegatividad mediante la adopción de prácticas que disminuyan el riesgo de infección; la consejería posprueba de VIH con resultados positivo es fundamental para brindar el apoyo emocional y el acompañamiento necesario para aceptar la infección, hecho reportado como uno de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento (MSP, 2012).

A todas las mujeres que reportaron haberse realizado una prueba de detección de VIH al menos una vez en la vida, se les preguntó si habían recibido consejería antes y después del examen. A nivel nacional, el 73.5 % de las mujeres reportó haber recibido alguna forma de consejería preprueba y el 57.5 % recibió consejería posprueba. Con relación al año 2004, se observa un aumento de 17.2 puntos porcentuales en el porcentaje de mujeres que recibieron consejería antes de la prueba, al pasar de 56.3 % en 2004 a 73.5 % en 2012. Además, se evidencia un aumento de 16.1 puntos porcentuales en el porcentaje de mujeres que recibieron consejería antes de recibir los resultados, al pasar de 41.4 % en el año 2004 a 57.5 % en 2012 (Gráfico 14.17).

El Cuadro 14.19 y el Anexo 14.31 presentan la prevalencia de mujeres que recibieron los resultados y aquellas que recibieron consejería preprueba y posprueba, desglosada por área de residencia y subregión. Por área de residencia, no se observan diferencias importantes entre el área urbana y rural. Además, se observan proporciones muy similares entre subregiones para las tres categorías, sin embargo, el porcentaje de mujeres que recibió consejería antes de hacerse la prueba es bajo en la Sierra urbana (62.2 %) y Galápagos (64.6 %) y alto, en la Costa urbana y en la ciudad de Guayaquil (80.3 % y 78.8 %, respectivamente). La consejería posprueba es mayor en la Costa urbana y rural (62 % y 63.7 %, respectivamente).

La consejería preprueba y posprueba es mayor entre las mujeres sin instrucción formal y de menores ingresos económicos (Cuadro 14.20 y Anexo 14.32). Con relación al estado civil, del Cuadro 14.20 y el Anexo 14.33 se desprende que las mujeres unidas/casadas y separadas/divorciadas/viudas, son las que presentan los porcentajes más altos de consejería antes y después de la prueba de detección de VIH. Mientras que las mujeres solteras presentan los valores más bajos de consejería preprueba y posprueba, además que, son las que menos recibieron los resultados.

El Cuadro 14.21 y el Anexo 14.33 presentan la prevalencia de mujeres que recibieron los resultados y aquellas que recibieron consejería preprueba y posprueba, desglosada por el lugar dónde se realizó la prueba. Así, se observa que la consejería preprueba y posprueba es mayor en las dependencias del Ministerio de Salud (76.6 % y 59.8 %, respectivamente). Mientras que la recepción de los resultados es mayor en las unidades de las Fuerzas Armadas y Policía (95 %). Para una mayor desagregación sobre la consejería antes de hacerse la última prueba de VIH,

Cuadro 14.21 **Consejería antes de hacerse la última prueba de VIH, recepción de resultados y consejería antes de recibir los resultados de la prueba de VIH por lugar dónde se hizo la prueba (mujeres de 15 a 49 años que se han hecho la prueba)**

Lugar dónde se hizo la prueba	Recibió consejería antes de la prueba		Recibió los resultados		Recibió consejería antes de recibir los resultados	
	%	n	%	n	%	n
MSP	76.6	5 310	90.9	5 310	59.8	4 864
IESS	71.1	173	87.8	173	40.7	151
FF. AA./Policía	75.5	69	95.0	69	45.9	67
Hospital/Clínica privada	70.0	663	92.7	663	54.5	626
Cruz Roja	65.0	560	91.5	560	59.5	517
Fundación/ONG	68.1	209	93.9	209	41.8	201
Junta de Beneficencia	76.1	116	86.3	116	58.7	101
Otro*	66.7	702	91.0	702	55.8	664
Total nacional	73.5	7 802	91.0	7 802	57.5	7 191

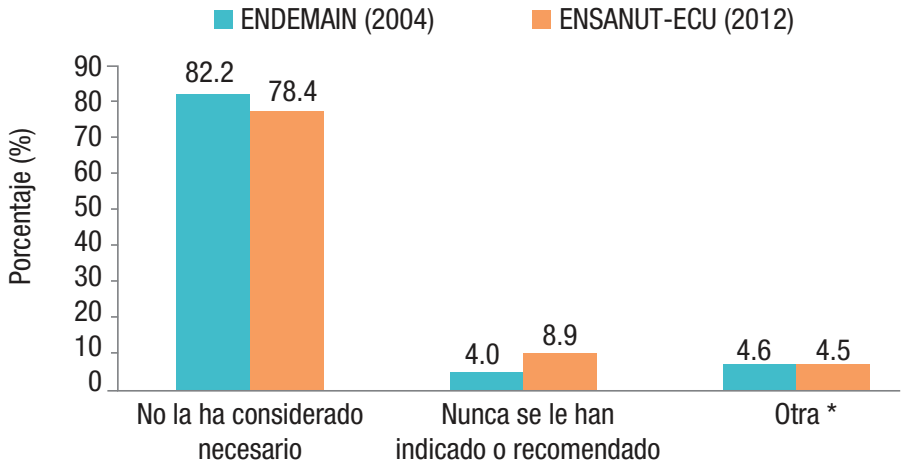
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 14.22 **Razón para no hacerse la prueba de VIH por área, grupo étnico, provincia, subregión y zona de planificación (mujeres de 15 a 49 años que conocen o han oído hablar de la prueba y saben dónde la hacen pero nunca se han hecho)**

	No la ha considerado necesario	Temor a la falta de confiden-cialidad	Oposición de la pareja u otros familiares	Temor al resultado	No ha tenido tiempo	Falta de dinero/muy caro	Nunca se le ha indicado o recomendado	Otra*	No sabe/no responde	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n	%
Área											
Urbano	80.1	1.1	-	2.4	2.6	0.9	7.7	4.0	1.2	2 133	100
Rural	73.5	1.0	0.0	0.9	3.2	1.1	12.3	5.9	2.1	1 094	100
Grupo étnico											
Indígena	57.4	1.2	-	7.9	3.2	2.1	14.6	11.3	2.3	222	100
Afroecuatoriano	75.5	0.6	-	1.0	1.6	0.4	11.3	8.5	1.1	131	100
Montuvio	78.2	-	-	-	0.6	-	12.7	5.2	3.3	112	100
Mestizo, blanco y otro	79.4	1.1	0.0	2.0	2.9	1.0	8.3	4.0	1.3	2 762	100
Subregión											
Sierra urbana	79.3	1.2	-	2.6	2.6	1.0	6.5	4.0	2.7	837	100
Sierra rural	71.1	1.9	0.0	1.4	4.0	1.6	10.7	7.2	2.1	449	100
Costa urbana	79.3	2.0	-	0.8	2.7	1.0	10.7	2.1	1.4	545	100
Costa rural	76.6	0.3	-	0.2	1.7	0.8	14.1	4.0	2.2	255	100
Amazonía urbana	76.7	2.5	-	3.9	1.9	0.0	6.0	5.2	3.8	362	100
Amazonía rural	71.7	1.2	0.4	1.0	3.5	0.3	13.0	6.4	2.4	353	100
Galápagos	78.8	-	-	1.0	-	0.6	7.8	8.1	3.6	69	100
Quito	83.3	-	-	4.7	3.5	0.9	3.5	3.6	0.5	188	100
Guayaquil	78.7	0.6	-	1.9	2.2	0.6	9.1	6.7	0.1	169	100
Total nacional	78.4	1.0	0.0	2.0	2.7	0.9	8.9	4.5	1.5	3 227	100

* Incluye razones religiosas, dicen que el personal de salud regaña, dicen que no dan el resultado y otros.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 14.18 **Razón para no hacerse la prueba de VIH (mujeres de 15 a 49 años que conocen o han oído hablar de la prueba y saben dónde la hacen pero nunca se han hecho), comparación ENDEMAIN 2004 y ENSANUT-ECU 2012**



* Incluye razones religiosas, dicen que el personal de salud regaña, dicen que no dan el resultado y otro.
Fuente: ENDEMAIN 2004, CEPAR /ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

recepción de resultados, y consejería antes de recibir los resultados de la prueba de VIH, revisar los Anexos 14.31, 14.32 y 14.33.

Razón para no hacerse la prueba de VIH

A las mujeres que conocen la prueba de detección de VIH y saben dónde la hacen, pero nunca se la han hecho, se les preguntó la razón principal para no hacerlo. La razón predominante para no hacerse la prueba de detección del VIH, es que no la consideran necesaria: 78.4 %. En un porcentaje menor aparecen como razones para no hacerse la prueba, el que nunca se la han indicado o recomendado (8.9 %) y debido a razones religiosas o porque el personal de salud les regaña (4.5 %), etc. El temor al resultado es reportado únicamente por el 2.0 % de las mujeres a nivel nacional (Cuadro 14.22 y Anexo 14.34).

En el mismo cuadro y el mismo anexo se evidencia que estos porcentajes varían muy poco por área y por subregión, y es la razón predominante para todas las categorías el no considerarla necesaria.
En relación con la encuesta ENDEMAIN, realizada en el año 2004, se observa en el Gráfico 14.18 que el porcentaje de mujeres que no se realizaron la prueba por no considerarla necesaria tuvo una disminución modesta de 3.8 puntos porcentuales en 8 años, al pasar de 82.2 %, en 2004, a 78.4 %, en 2012. Mientras que el porcentaje de mujeres que reportaron no haberse realizado la prueba debido a que nunca se la habían recomendado o indicado aumentó 4.9 puntos porcentuales, de 4 % en 2004 a 8.9 % en 2012.

Para una mayor desagregación de las razones para no hacerse la prueba de detección de VIH, revisar el Anexo 14.34.

Disposición para hacerse la prueba de VIH si fuese gratuita

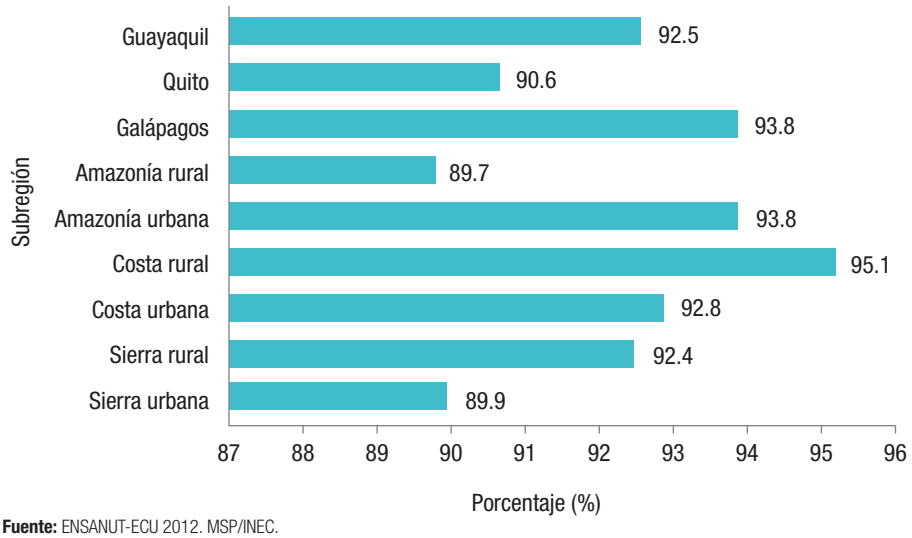
A nivel nacional, se observa en el Cuadro 14.23 y el Anexo 14.35a que el 92.1 % de las mujeres que no se han realizado la prueba estarían dispuestas a hacerlo si la prueba fuese gratuita. Este porcentaje es ligeramente mayor en el área rural respecto al área urbana (93.8 % versus 91.5 %).

Cuadro 14.23 **Disposición para hacerse la prueba de VIH si fuese gratis por área de residencia (mujeres de 15 a 49 años que no se han hecho prueba)**

Disposición para hacerse la prueba de VIH	Sí	No	Total	
	%	%	n	%
Área				
Urbano	91.5	8.5	2 133	100
Rural	93.8	6.2	1 094	100
Total nacional	92.1	7.9	3 227	100

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 14.19 **Disposición para hacerse la prueba de VIH si fuese gratis por subregión (mujeres de 12 a 49 años que no se han hecho prueba)**



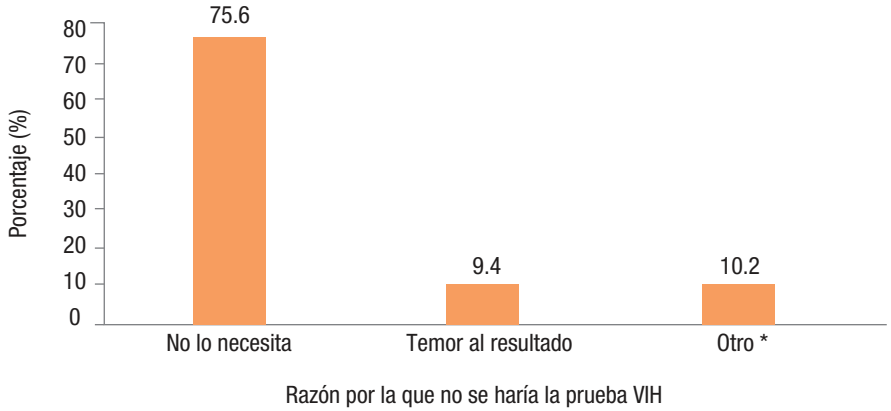
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 14.24 **Disposición para hacerse la prueba de VIH si fuese gratis por quintil económico* y grupo de edad** (mujeres que no se han hecho prueba)**

Disposición para hacerse la prueba de VIH	Sí	No	Total	
	%	%	n	%
Quintil económico				
Q1 (Pobre)	95.3	4.7	564	100
Q2	92.5	7.5	683	100
Q3 (Intermedio)	92.3	7.7	699	100
Q4	91.2	8.8	691	100
Q5 (Rico)	90.5	9.5	590	100
Grupo de edad				
12 a 14	82.8	17.2	98	100
15 a 19	88.2	11.8	400	100
20 a 24	89.9	10.1	408	100
25 a 29	95.2	4.8	388	100
30 a 34	94.6	5.4	479	100
35 a 39	95.3	4.7	530	100
40 a 44	91.4	8.6	533	100
45 a 49	95.3	4.7	489	100
Total 12 a 49 años	92.1	7.9	3 227	100

* Mujeres de 15 a 49 años.
** Mujeres de 12 a 49 años.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 14.20 **Razón por la que no se haría la prueba de VIH, aun si fuese gratuita**



* Incluye razones religiosas, dicen que no dan el resultado y otro.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 14.25 **Razón por la que no se haría la prueba de VIH, aun si fuese gratuita por área y subregión (mujeres de 15 a 49 años)**

	No lo necesita	Temor a la falta de confidencialidad	Oposición de la pareja u otros familiares	Temor al resultado	No ha tenido tiempo	Dicen que el personal de salud le regaña	No sabe/no responde	Otro*	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	n	%
Área										
Urbano	76.3	2.4	-	10.1	0.2	-	1	9.9	147	100
Rural	72.7	4.4	0.5	6.6	3.7	0.3	0.7	11.2	63	100
Total nacional	75.6	2.8	0.1	9.4	0.9	0.1	0.9	10.2	210	100

* Incluye razones religiosas, dicen que no dan el resultado y otro.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

La información desglosada por subregión, muestra que los mayores porcentajes de mujeres que estarían dispuestas a realizarse la prueba del VIH de manera gratuita se encuentran en la Costa rural (95.1 %), la Amazonía urbana y Galápagos, ambas con 93.8 % (Gráfico 14.19 y el Anexo 14.35a).
De manera general, nueve de cada diez mujeres en edad fértil están dispuestas a realizarse la prueba de detección de VIH si fuese gratuita, siendo este porcentaje mayor en los quintiles de menores ingresos económicos y a medida que avanza la edad (Cuadro 14.24 y Anexo 14.35a).

Para una mayor desagregación de la disposición para hacerse la prueba de VIH si fuese gratis, revisar el Anexo 14.35a.

Razón por la que no se haría la prueba de VIH, aun así fuese gratuita

Del 7.9 % de las mujeres que no estarían interesadas en realizarse la prueba si fuese gratuita, el 75.6 % respondió que la razón principal para no hacerla es debido a que no la necesita, el 9.4 debido al temor al resultado y el 10.2 % debido a otros motivos que incluyen a razones religiosas, entre otras (Gráfico 14.20 y Cuadro 14.25).

Para una mayor desagregación de las razonas por las cuáles las mujeres no se harían la prueba aun así fuese gratuita, revisar el Anexo 14.35b.

14.3.4 Actitudes de aceptación frente a las personas que viven con el VIH/sida

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH persisten como los principales obstáculos a una respuesta eficaz al VIH en todo el mundo. Muchos estudios vincularon el estigma asociado al VIH con una demora a la hora de someterse a las pruebas del VIH, la no divulgación de los resultados a las parejas y poco compromiso con los servicios relacionados con el VIH. Las personas que sufren el estigma y la discriminación informan distintos efectos negativos, entre ellos, la pérdida de ingresos, el aislamiento de las comunidades

y la incapacidad de participar como miembro productivo de la sociedad, como resultado de su estado serológico con respecto al VIH (ONUSIDA, 2013).

La ENSANUT-ECU hizo una serie de preguntas a las entrevistadas que conocen o han oído hablar del VIH/sida para indagar sobre las actitudes de aceptación frente a las PVVS. Las preguntas que se realizaron fueron las siguientes:

a) Si un pariente suyo se enfermara de sida, ¿estaría usted dispuesta a recibirlo y cuidarlo en su casa?

b) Si supiera que un vendedor de verduras o alimentos tiene sida, ¿le compraría usted a él?

c) Si una profesora se encontrara infectada por el VIH, pero no se ve enferma, ¿se le podría permitir que siga dando clases?

d) Si una persona de su familia se infectara con el virus del sida, ¿preferiría usted que eso se mantuviera en secreto?

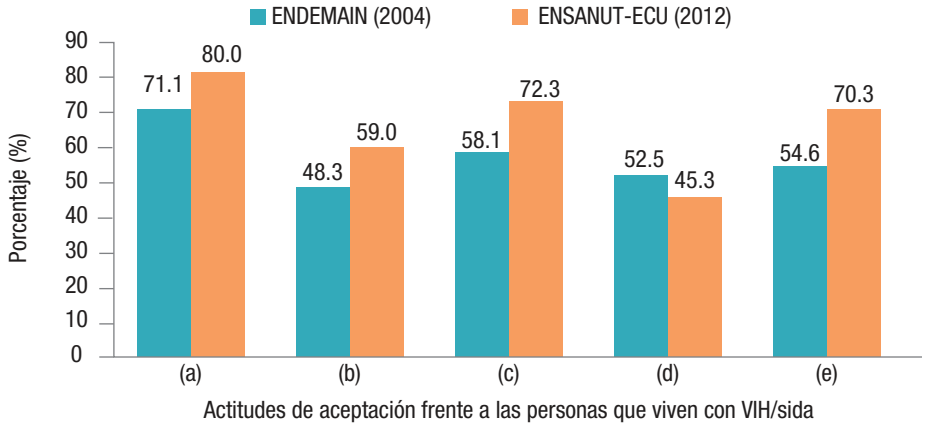
e) Si un niño estuviera infectado con el virus del sida, ¿piensa que se le debería dejar que vaya a la misma escuela o colegio donde van los niños (as) de su familia?

A nivel nacional, el 80 % estaría dispuesta a recibir y cuidar en su casa a un pariente enfermo de Sida, el 59 % indicó que le comprarían alimentos a un vendedor si tiene VIH/sida, el 72.3 % opinó que se le debería permitir, a una profesora que se encuentra infectada por el VIH, pero no se ve enferma, que siga dando clase, el 45.3 % preferiría mantener en secreto la infección de VIH de un familiar y el 70.3 % piensa que se debería dejar al niño que está infectado con VIH seguir en la misma escuela (Gráfico 14.21 y Anexo 14.36).

Los porcentajes son mayores respecto de la ENDEMAIN 2004, es decir, se podría inferir una reducción modesta del estigma y la discriminación hacia las personas infectadas por el VIH (CEPAR, 2005). Así, se observa un aumento en la proporción de mujeres que estarían dispuestas a recibir a un pariente infectado en casa y en la proporción de mujeres que comprarían alimentos de un vendedor infectado con sida (8.9 y 10.7 puntos porcentuales, respectivamente) (Gráfico 14.21).

Además, se evidencia un incremento en la proporción de mujeres que consideran que si una profesora está infectada debería seguir dando clases y que piensan que si un niño está infectado con Sida debería atender a la misma escuela o colegio que los otros niños de la familia (14.2 y 15.7 puntos porcentuales, respectivamente). Asimismo, es importante destacar una disminución de 7.2 puntos porcentuales en la proporción de mujeres que preferirían mantener en secreto en caso de que una persona de su familia se infectara con el virus, al pasar de 52.5 %, en 2004, a 45.3 %, en 2012 (Gráfico 14.21).

Gráfico 14.21 **Actitudes de aceptación frente a las personas que viven con VIH/sida (mujeres de 15 a 49 años que conocen o han oído hablar del VIH/sida)**



(a) Si un pariente suyo se enfermara de sida, ¿estaría usted dispuesta a recibirlo y cuidarlo en su casa?
(b) Si supiera que un vendedor de verduras o alimentos tiene sida, ¿le compraría usted a él?
(c) Si una profesora se encontrara infectada por el VIH, pero no se ve enferma, ¿se le podría permitir que siga dando clases?
(d) Si una persona de su familia se infectara con el virus del sida, ¿preferiría usted que eso se mantuviera en secreto?
(e) Si un niño estuviera infectado con el virus del sida, ¿piensa que se le debería dejar que vaya a la misma escuela o colegio donde van los niños (as) de su familia?

Fuente: ENDEMAIN 2004, CEPAR /ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 14.26 **Actitudes de aceptación frente a las personas que viven con VIH por área, grupo étnico, y subregión (mujeres de 15 a 49 años que conocen o han oído hablar del VIH/sida)**

Actitudes (*)	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	Total
	%	%	%	%	%	n
Área						
Urbano	81.8	62.1	76.8	47.4	74.8	10 504
Rural	74.8	50.5	60.1	39.5	57.9	5 938
Grupo étnico						
Indígena	70.3	41.5	52.3	36.5	50.2	1 444
Afroecuatoriano	82.6	60.0	70.0	45.4	68.7	716
Montuvio	78.3	49.7	58.3	35.9	55.9	520
Mestizo, blanco y otro	80.5	60.6	74.5	46.4	72.5	13 762
Total nacional	80.0	59.0	72.3	45.3	70.3	16 442

(*) Respuestas afirmativas
(a) Si un pariente suyo se enfermara de sida, ¿estaría usted dispuesta a recibirlo y cuidarlo en su casa?
(b) Si supiera que un vendedor de verduras o alimentos tiene sida, ¿le compraría usted a él?
(c) Si una profesora se encontrara infectada por el VIH, pero no se ve enferma, ¿se le podría permitir que siga dando clases?
(d) Si una persona de su familia se infectara con el virus del sida, ¿preferiría usted que eso se mantuviera en secreto?
(e) Si un niño estuviera infectado con el virus del sida, ¿piensa que se le debería dejar que vaya a la misma escuela o colegio donde van los niños(as) de su familia?

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 14.27 **Actitudes de aceptación frente a las personas que viven con VIH por área, grupo étnico, y subregión (mujeres de 15 a 49 años que conocen o han oído hablar del VIH/sida)**

Actitudes (*)	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	Total
	%	%	%	%	%	n
Nivel de instrucción						
Ninguno	72.1	45.8	41.7	41.8	38.8	177
Primaria	75.3	52.0	58.0	39.1	57.5	5 145
Secundaria	81.2	60.9	76.3	46.5	73.4	7 906
Superior/posgrado	84.5	65.9	86.3	51.2	84.3	3 214
Quintil económico						
Q1 (Pobre)	71.9	44.5	54.3	36.3	51.2	3 677
Q2	79.1	57.7	65.6	41.6	65.9	3 785
Q3 (Intermedio)	81.8	61.5	73.1	45.0	72.2	3 415
Q4	81.7	62.5	79.2	49.8	75.7	3 037
Q5 (Rico)	83.7	66.1	85.1	51.7	82.4	2 526
Total nacional	80.0	59.0	72.3	45.3	70.3	16 442

(*) Respuestas afirmativas
(a) Si un pariente suyo se enfermara de sida, ¿estaría usted dispuesta a recibirlo y cuidarlo en su casa?
(b) Si supiera que un vendedor de verduras o alimentos tiene sida, ¿le compraría usted a él?
(c) Si una profesora se encontrara infectada por el VIH, pero no se ve enferma, ¿se le podría permitir que siga dando clases?
(d) Si una persona de su familia se infectara con el virus del sida, ¿preferiría usted que eso se mantuviera en secreto?
(e) Si un niño estuviera infectado con el virus del sida, ¿piensa que se le debería dejar que vaya a la misma escuela o colegio donde van los niños(as) de su familia?

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Las actitudes de aceptación frente a las personas que viven con VIH son mayores en el área urbana del Ecuador respecto al área rural. Por grupo étnico las mujeres indígenas y las mujeres montuvias son las que presentan mayores proporciones de estigma y discriminación relacionados con el VIH, respecto a los demás grupos étnicos (Cuadro 14.26 y Anexo 14.36).

Como se puede observar en el Cuadro 14.27 y el Anexo 14.37, la actitud de aceptación frente a las personas que viven con VIH/sida aumenta, conforme incrementa el quintil económico y nivel de instrucción. Es decir, el estigma y discriminación es mayor en los quintiles de menores ingresos y en las mujeres sin educación formal. Por ejemplo, a medida que el quintil

económico al que pertenece la mujer aumenta, se incrementa también el porcentaje de mujeres que están dispuestas a cuidar y recibir a un pariente enfermo en su casa (Q5: 83.7 % versus Q1:71.9 %). De manera similar, a medida que aumenta el nivel de educación, se incrementa también el porcentaje de mujeres que están dispuestas a cuidar y recibir a un pariente enfermo con sida en su casa (superior: 84.5 % versus ninguno: 72.1 %).

Para una mayor desagregación de las actitudes de aceptación frente a las personas que viven con VIH, revisar los Anexos 14.36, 14.37 y 14.38.

14.3.5 Percepción personal del riesgo de adquirir el VIH/sida

La percepción del riesgo de adquirir VIH/sida puede ser determinante en el comportamiento sexual y las medidas que las mujeres y hombres adoptan para protegerse (CEPAR, 2004). En este apartado se presentan tres secciones que describen la percepción de riesgo de infectarse del VIH/sida y las razones por las que las mujeres piensan que tienen o no algún riesgo de infectarse de VIH/sida.

Percepción de riesgo de infectarse del VIH/sida

A las mujeres entrevistadas que conocen o han oído hablar del VIH/sida se les preguntó: ¿Cree usted que tiene algún riesgo o peligro de infectarse del VIH/sida? A nivel nacional, el 24.6 % de las mujeres perciben que se encuentran en riesgo de infectarse con el virus del VIH/sida (Cuadro 14.28 y Anexo 14.39).

Con relación a la encuesta ENDEMAIN 2004, se observan valores muy similares entre los dos períodos de tiempo como se observa en el Gráfico 14.22.

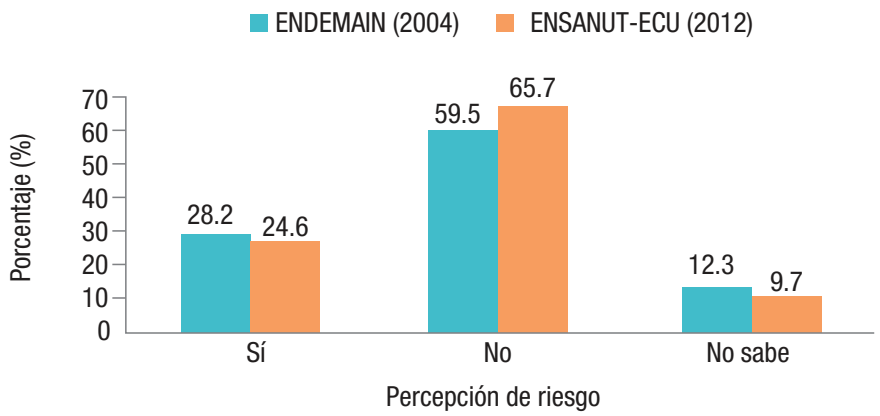
Las mayores proporciones de mujeres que consideran que tienen riesgo de adquirir el VIH/sida se encuentran en las provincias de Esmeraldas (32.4 %), Pichincha (32 %) y Santo

Cuadro 14.28 **Percepción de riesgo de infectarse del VIH/sida por grupo étnico (mujeres de 15 a 49 años que conocen o han oído hablar del VIH/sida)**

Grupo étnico	Sí	No	No sabe	Total	
	%	%	%	n	%
Indígena	25.9	51.9	22.3	1 444	100
Afroecuatoriano	32.6	57.4	10.0	716	100
Montuvio	21.1	64.5	14.4	520	100
Mestizo, blanco y otro	24.3	67.1	8.6	13 762	100
Total nacional	24.6	65.7	9.7	16 442	100

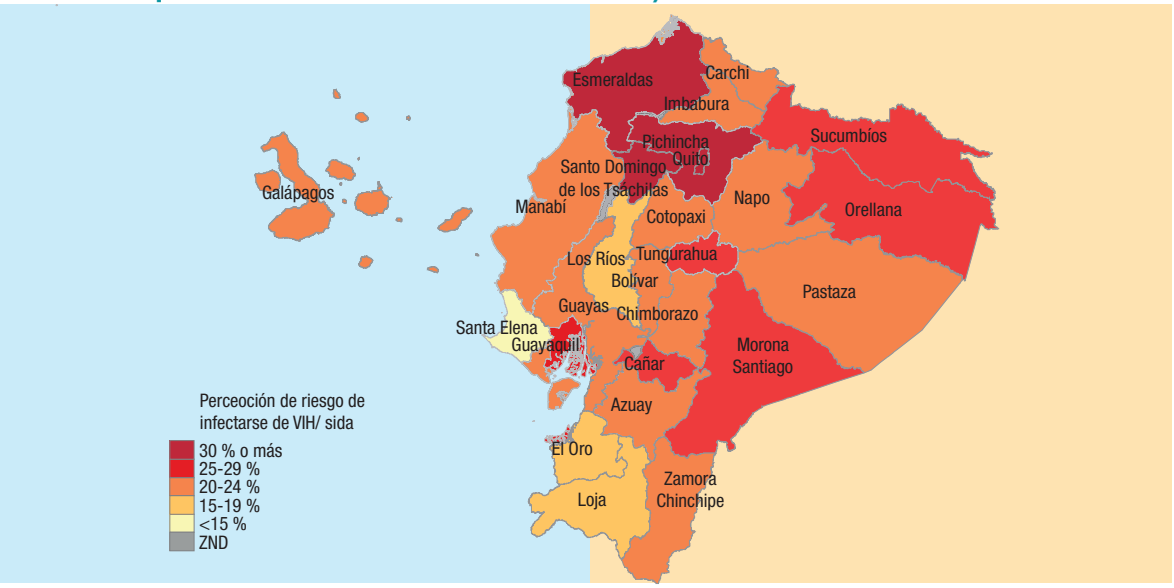
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 14.22 **Percepción de riesgo de infectarse del VIH/sida (mujeres de 15 a 49 años que conocen o han oído hablar del VIH/sida), comparación ENDEMAIN 2004 y ENSANUT-ECU 2012**



Fuente: ENDEMAIN 2004, CEPAR /ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 14.23 **Percepción de riesgo de infectarse del VIH/sida por provincias (mujeres de 15 a 49 años que conocen o han oído hablar del VIH/sida)**



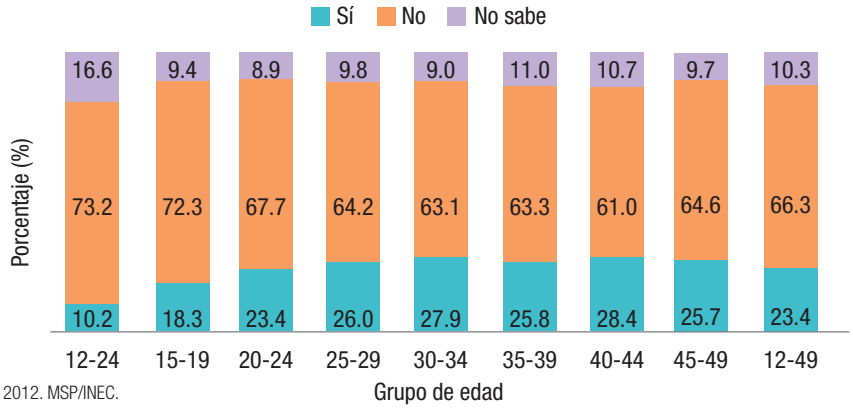
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 14.29 **Percepción de riesgo de infectarse del VIH/sida por nivel de instrucción y quintil económico (mujeres de 15 a 49 años que conocen o han oído hablar del VIH/sida)**

Percepción de riesgo	Sí	No	No sabe	Total	
	%	%	%	n	%
Nivel de instrucción					
Ninguno	23.7	55.8	20.5	177	100
Primaria	27.1	59.5	13.4	5 145	100
Secundaria	22.2	68.8	9.0	7 906	100
Superior/posgrado	26.4	68.5	5.0	3 214	100
Quintil económico					
Q1 (Pobre)	24.2	59.1	16.8	3 677	100
Q2	25.2	62.9	11.9	3 785	100
Q3 (Intermedio)	23.6	67.0	9.4	3 415	100
Q4	25.0	67.9	7.1	3 037	100
Q5 (Rico)	25.1	70.0	4.9	2 526	100
Total nacional	24.6	65.7	9.7	16 442	100

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 14.24 **Percepción de riesgo de infectarse del VIH/sida por grupo de edad (mujeres de 12a 49 años que conocen o han oído hablar del VIH/sida).**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Domingo de los Tsáchilas (30.2 %) (Gráfico 14.23 y el Anexo 14.39).

El Cuadro 14.28 y el Anexo 14.39 describen la percepción de riesgo de infectarse con el virus del VIH/sida, desagregada por grupo étnico. De este Cuadro y este Anexo se desprende que las mujeres afroecuatorianas son el grupo étnico que más se percibe en riesgo de infectarse (32.6 %), respecto a los demás grupo étnicos. Es decir, una de cada tres mujeres afroecuatorianas piensa que está en riesgo de infectarse por el virus del VIH/sida.

Por nivel de instrucción y quintil económico no se observan diferencias significativas en la percepción de riesgo de adquirir el VIH/sida. Sin embargo, se observa una mayor prevalencia de mujeres que no saben si están en riesgo o no de infectarse, en aquellas con menores ingresos económicos y con menor nivel de educación (Cuadro 14.29 y Anexo 14.40).

Según los grupos de edad de las mujeres, a mayor edad, mayor percepción de riesgo de adquirir el VIH. A partir de los 25 años, en promedio el 25 % considera que está en riesgo de infectarse del VIH/sida, mientras que en el grupo edad de 12 a 14 años solo el 10 % se considera en riesgo (Gráfico 14.24 y Anexo 14.41).

Para una mayor desagregación sobre la percepción de riesgo de infectarse del VIH/sida, revisar los Anexos 14.39, 14.40 y 14.41.

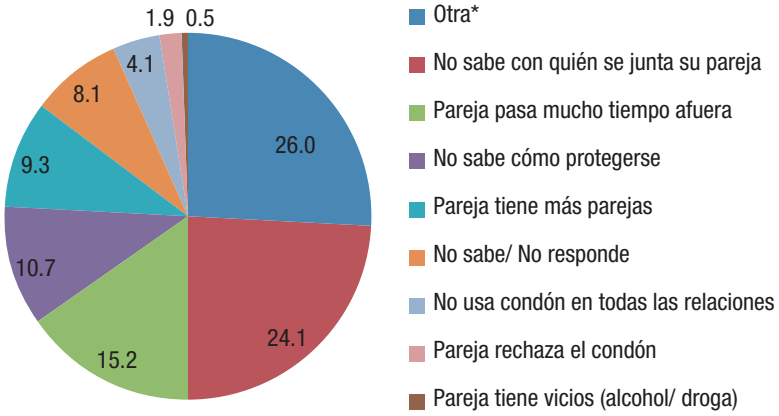
Razón por la que piensa que tiene algún riesgo de infectarse de VIH/sida

El Gráfico 14.25 y Cuadro 14.30 presentan las razones por las cuales las mujeres perciben que tienen riesgo de adquirir VIH/sida, a nivel nacional. Las principales razones referidas son: porque ya ha tenido ITS o por ser trabajadora sexual, entre otras (26 %), porque no sabe con quién se junta su pareja (24.1 %), porque su pareja pasa mucho tiempo fuera de casa (15.2 %) y porque que no sabe cómo protegerse (10.7 %). Si juntamos las categorías: *No sabe con quién su pareja se junta*, *Su pareja pasa mucho tiempo fuera de casa*, *La pareja tiene más parejas y La pareja rechaza el uso de condón* se puede inferir que la mitad de las mujeres (50.5 %) atribuye la razón de riesgo al comportamiento o posible exposición de riesgo de la pareja sexual.

La información desagregada por área de residencia no muestra diferencias importantes entre en área rural y el área urbana. Sin embargo, se puede apreciar que el porcentaje de mujeres que no saben cómo protegerse es mayor en el área rural respecto al área urbana (13.4 % frente a 9.8 %). Por grupo étnico, del mismo cuadro y el Anexo se desprende que para la mayoría de grupos étnicos la principal razón mencionada es porque no saben con quién se junta su pareja; con excepción de las mujeres montuvias, quienes reportan como principal motivo a las razones categorizadas como Otras .

En el Cuadro 14.30, se observa que la principal razón por la cual las mujeres sin ningún nivel de instrucción piensan que están en riesgo de infectarse por el virus del VIH/sida es porque no saben con quién se junta su pareja, Mientras que el principal motivo mencionado por las mujeres con estudio superior incluyen a las razones categorizadas como Otras. Por quintil económico se observa el mismo comportamiento, así, las mujeres que se ubican en el quintil de menores ingresos económicos reportan como principal razón el no saber con quién se junta su pareja (Q1:

Gráfico 14.25 **Razón por la que piensa que tiene algún riesgo de infectarse de VIH/sida a nivel nacional (%) (mujeres de 15 a 49 años que conocen o han oído hablar del VIH/sida)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 14.30 **Razón por la cual piensa que tiene algún riesgo de infectarse de VIH/sida por área, grupo étnico, nivel de instrucción y quintil económico (mujeres de 15 a 49 años que conocen o han oído hablar del VIH/sida)**

	Su pareja tiene más parejas	Su pareja pasa mucho tiempo fuera	No sabe cómo protegerse	Su pareja rechaza el condón	No usa condón en todas las relaciones	No sabe con quién se junta su pareja	Su pareja tiene vicios (alcohol/ droga)	Otra*	No sabe/No responde	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n	%
Área											
Urbano	9.3	15.3	9.8	1.8	4.0	24.3	0.5	27.4	7.5	2 688	100
Rural	9.1	15.1	13.4	2.1	4.3	23.7	0.5	21.7	10.1	1 396	100
Grupo étnico											
Indígena	5.8	9.8	14.7	0.7	3.9	35.7	2.5	12.6	14.4	359	100
Afroecuatoriano	13.1	20.9	6.8	4.0	6.4	32.1	0.9	14.2	1.6	243	100
Montuvio	10.5	6.3	13.6	0.3	1.6	26.4	0.3	31.2	9.8	117	100
Mestizo, blanco y otro	9.2	15.6	10.6	1.9	4.0	22.7	0.4	27.5	8.1	3 365	100
Nivel de instrucción											
Ninguno	5.0	19.1	7.2	16.0	-	36.4	-	8.5	7.7	47	100
Primaria	11.0	17.7	13.0	2.5	3.3	28.2	0.6	14.7	9.0	1 325	100
Secundaria	9.4	15.2	10.4	1.3	5.5	24.5	0.6	24.7	8.4	1 894	100
Superior/posgrado	7.3	11.5	8.5	0.4	3.1	16.9	0.4	45.4	6.4	818	100
Quintil económico											
Q1 (Pobre)	11.0	16.7	13.0	2.3	2.8	27.4	0.6	16.4	9.8	922	100
Q2	8.3	17.0	11.7	2.9	4.6	27.2	0.4	19.4	8.3	956	100
Q3 (Intermedio)	9.0	17.6	8.9	1.6	6.4	23.2	0.6	24.7	8.0	852	100
Q4	11.2	13.3	7.6	1.7	3.4	21.9	0.8	31.7	8.4	767	100
Q5 (Rico)	7.3	12.2	12.6	1.0	3.0	21.8	0.2	35.2	6.7	587	100
Total nacional	9.3	15.2	10.7	1.9	4.1	24.1	0.5	26.0	8.1	4 084	100

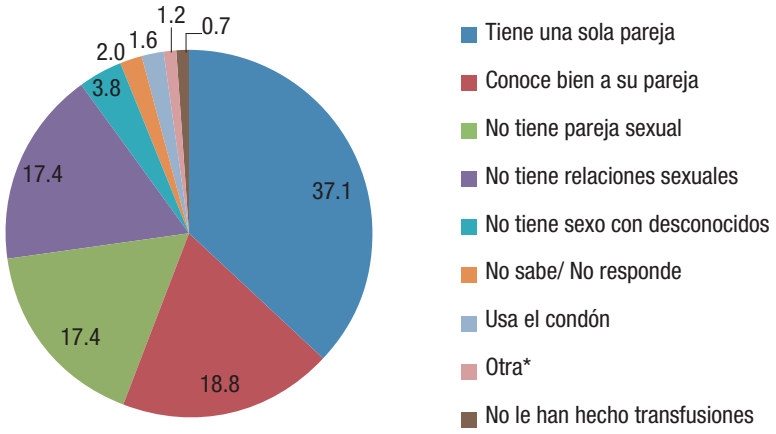
* Incluye Ya ha tenido ITS, por ser trabajadora sexual y otra.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 14.31 **Razón por la que piensa que no tiene ningún riesgo de infectarse de VIH/sida por área, grupo étnico y subregión (mujeres de 15 a 49 años que conocen o han oído hablar del VIH/sida)**

	No tiene sexo con desconocidos	Usa el condón	Tiene una sola pareja	Conoce bien a su pareja	No tiene pareja sexual	No tiene relaciones sexuales	No le han hecho transfusiones	Otra*	No sabe/No responde	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n	%
Área											
Urbano	3.9	1.9	37.8	18.9	17.3	16.7	0.7	1.2	1.6	6 704	100
Rural	3.4	1.0	35.0	18.4	17.6	19.3	1.0	1.4	3.0	3 565	100
Grupo étnico											
Indígena	5.4	0.4	32.5	17.0	18.3	19.7	0.2	0.4	6.0	732	100
Afroecuatoriano	5.2	3.2	32.9	19.0	18.0	17.8	0.1	1.5	2.2	393	100
Montuvio	3.9	0.8	37.7	21.9	16.5	13.4	0.6	0.9	4.2	318	100
Mestizo, blanco y otro	3.6	1.7	37.5	18.7	17.4	17.5	0.8	1.3	1.6	8 826	100
Nivel de instrucción											
Ninguno	2.9	-	50.6	16.7	11.4	6.5	-	2.1	9.7	96	100
Primaria	2.7	1.0	45.1	23.4	13.9	9.5	0.7	0.9	2.9	2 961	100
Secundaria	4.6	1.8	33.3	17.1	17.8	22.2	0.7	1.2	1.4	5 047	100
Superior/posgrado	3.4	2.2	34.8	17.3	21.1	17.4	0.9	1.6	1.2	2 165	100
Quintil económico											
Q1 (Pobre)	4.1	1.1	36.4	17.9	18.7	15.8	1.0	1.2	3.8	2 070	100
Q2	3.2	0.7	37.8	20.7	18.5	15.0	0.7	0.7	2.8	2 298	100
Q3 (Intermedio)	3.7	1.4	36.9	18.7	17.8	18.2	0.4	1.0	2.0	2 160	100
Q4	3.8	2.1	34.2	18.8	17.1	21.0	0.4	1.4	1.2	1 971	100
Q5 (Rico)	4.0	2.6	39.8	18.0	15.5	16.3	1.3	1.8	0.7	1 768	100
Total nacional	3.8	1.6	37.1	18.8	17.4	17.4	0.7	1.2	2.0	10 269	100

* Incluye Usa otro método anticonceptivo, No es trabajadora sexual, No usa drogas y otra.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 14.26 **Razón por la que piensa que no tiene ningún riesgo de infectarse de VIH/sida a nivel nacional (%) (mujeres de 15 a 49 años que conocen o han oído hablar del VIH/sida)**



* Incluye Usa otro método anticonceptivo, No es trabajadora sexual, No usa drogas y otra.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

27.4 %), mientras que aquellas que se ubican en el quintil 5 reportan como principal razón a aquellos motivos categorizados como otras.

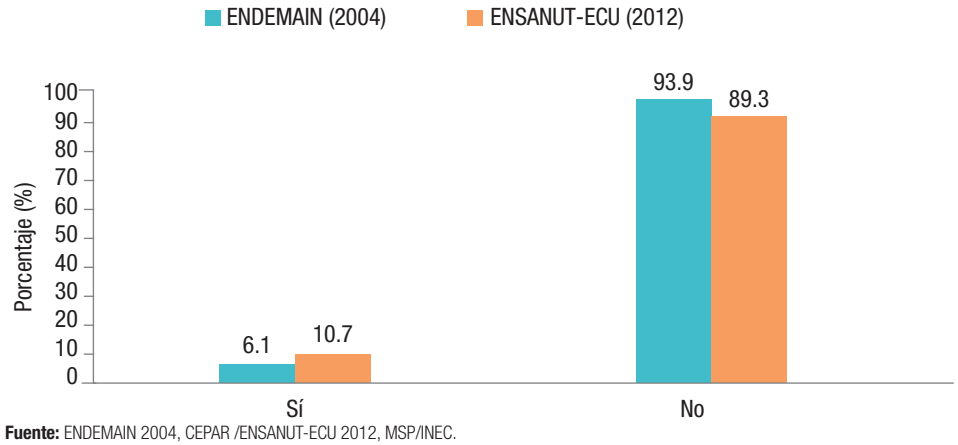
Para una mayor desagregación sobre las razones por las cuales las mujeres en edad fértil piensan que tienen algún riesgo de infectarse por el virus del VIH/sida, revisar los Anexos 14.42, 14.43 y 14.44.

Razón por la que piensa que no tiene ningún riesgo de infectarse de VIH/sida

A las mujeres que respondieron que no sienten que corren riesgo de infectarse de VIH/sida, se les preguntó la razón por la cual creen que no están en riesgo. A nivel nacional, las principales razones mencionadas fueron el tener una sola pareja (37.1 %), conocer bien a su pareja (18.8 %), no tener relaciones sexuales o no tener pareja sexual, ambas con una prevalencia de 17.4 % (Cuadro 14.31, Gráfico 14.26 y Anexo 14.45).

La información desagregada por área de residencia no muestra diferencias importantes entre en área rural y el área urbana. Además, como se observa el Cuadro 14.31 y en los Anexos 14.46 y 14.47, las razones por las cuales las mujeres en edad fértil piensan que no tienen riesgo de infectarse por el virus del VIH/sida no varían según las características seleccionadas. Para una mayor desagregación sobre las razones por las cuales las mujeres en edad fértil piensan que no tienen ningún riesgo de infectarse por el virus del VIH/sida, revisar los Anexos 14.45, 14.46 y 14.47.

Gráfico 14.27 **Uso de condón en la última relación sexual (mujeres de 15 a 49 años que conocen o han oído hablar del VIH/sida y que estuvieron sexualmente activas en el último año), comparación ENDEMAIN 2004 y ENSANUT-ECU 2012**



Fuente: ENDEMAIN 2004, CEPAR /ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 14.32 **Uso de condón en la última relación sexual por área, grupo étnico, provincia, subregión y zona de planificación (mujeres de 15 a 49 años que conocen o han oído hablar del VIH sida y que estuvieron sexualmente activas en el último año)**

Uso de condón en la última relación sexual	Sí	No	Total	
	%	%	n	%
Área				
Urbano	11.5	88.5	8 501	100
Rural	8.7	91.3	4 797	100
Subregión				
Sierra urbana	14.1	85.9	3 079	100
Sierra rural	10.2	89.8	2 063	100
Costa urbana	9.2	90.8	2 044	100
Costa rural	6.3	93.7	881	100
Amazonía urbana	15.3	84.7	1 688	100
Amazonía rural	10.0	90.0	1 673	100
Galápagos	16.0	84.0	453	100
Quito	14.3	85.7	834	100
Guayaquil	7.8	92.2	583	100
Total nacional	10.7	89.3	13 298	100

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

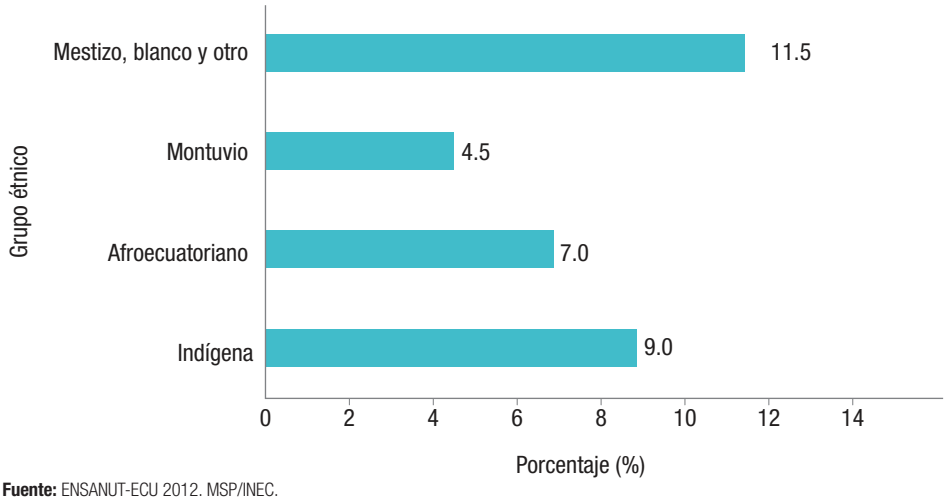
14.3.6 Uso de condón en la última relación sexual

Uso de condón en la última relación sexual

El uso de condón de manera continua y adecuada puede contribuir a reducir el contagio por VIH/sida entre la población sexualmente activa (OMS, 2013; CEPAR, 2005). Así, a todas las mujeres en edad fértil que estuvieron activas sexualmente durante el último año previo a la encuesta y que conocen o han oído hablar del VIH/sida, se les preguntó si habían usado condones en su última relación sexual.

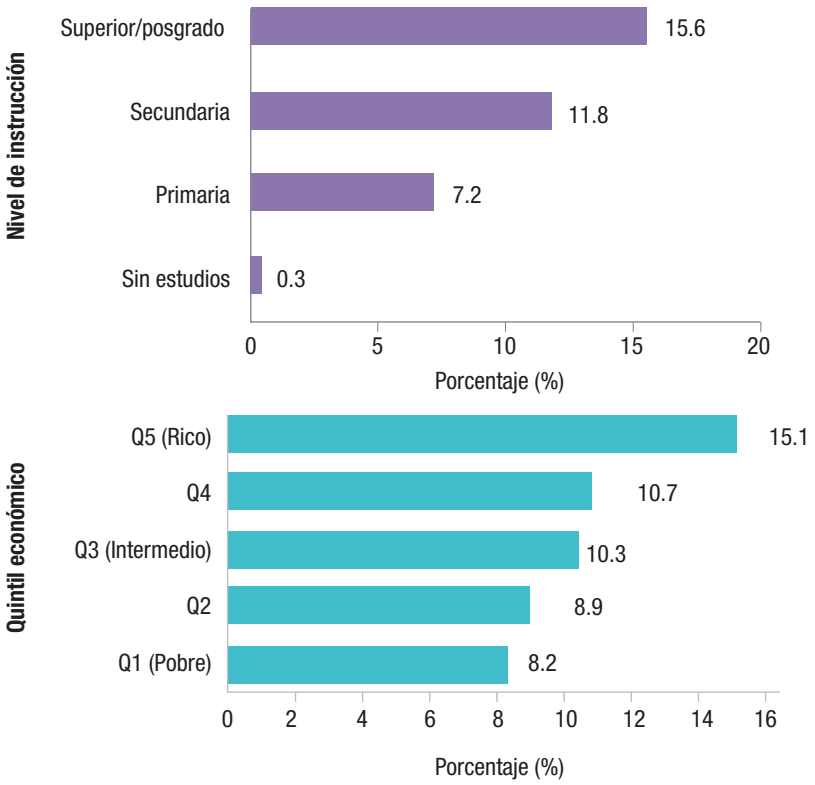
El 89.3 % de las mujeres sexualmente activas en el último año y que han oído hablar del virus del VIH/sida, respondió que no usaron condón en su última relación sexual. Solamente el 10.7 % respondió que sí lo habían usado. En relación con la encuesta ENDEMAIN, realizada en el año 2004, se evidencia un modesto aumento de 4.6 puntos porcentuales en el uso de condones en la última relación sexual, al pasar de 6.1 % a 10.7 % (Gráfico 14.27).

Gráfico 14.28 **Uso de condón en la última relación sexual por grupo étnico (mujeres de 15 a 49 años que conocen o han oído hablar del VIH/sida y sexualmente activas en el último año)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 14.29 **Uso de condón en la última relación sexual por nivel de instrucción y quintil económico (mujeres de 15 a 49 años que conocen o han oído hablar del VIH/sida y sexualmente activas en el último año)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 14.33 **Uso de condón en la última relación sexual por estado civil (mujeres de 15 a 49 años que conocen o han oído hablar del VIH/sida y sexualmente activas en el último año)**

Uso de condón en la última relación sexual	Sí	No	Total	
	%	%	n	%
Estado civil				
Unida/casada	6.2	93.8	11 148	100
Soltera	30.5	69.5	938	100
Divorciada/separada/viuda	17.9	82.1	1 212	100
Total nacional	10.7	89.3	13 298	100

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

El uso de condón en la última relación sexual es mayor en el área urbana, respecto al área rural, esta diferencia de 2.8 puntos porcentuales es estadísticamente significativa (Cuadro 14.32 y Anexo 14.48). Las subregiones de Galápagos y la Amazonía urbana, son las áreas geográficas en las cuáles se reporta la mayor prevalencia de uso de condón en la última relación sexual por parte de las mujeres que conocen o han oído hablar del virus del VIH/sida (16 % y 15.3 %, respectivamente). Mientras, la menor prevalencia se reporta en la Costa ecuatoriana (Cuadro 14.32 y Anexo 14.48).

Con relación al grupo étnico, se observa que las mujeres montuvias son las que reportan los porcentajes más bajos de haber usado condón en la última relación sexual (4.5 %). Mientras que las mujeres mestizas, blancas u otras son las que reportan los porcentajes más altos (11.5 %) (Gráfico 14.28 y el Anexo 14.48).

Cuadro 14.34 **Uso de condón en la última relación sexual por grupo de edad (mujeres de 12 a 49 años que conocen o han oído hablar del VIH/sida y sexualmente activas en el último año)**

Grupo de edad	Sí	No	Total	
	%	%	n	%
12-14	6.9	93.1	10	100
15-19	21.7	78.3	825	100
20-24	15.1	84.9	2 192	100
25-29	13.1	86.9	2 695	100
30-34	9.5	90.5	2 628	100
35-39	7.7	92.3	2 131	100
40-44	5.5	94.5	1 639	100
45-49	4.7	95.3	1 188	100
Total 12 a 49 años	10.7	89.3	13 308	100

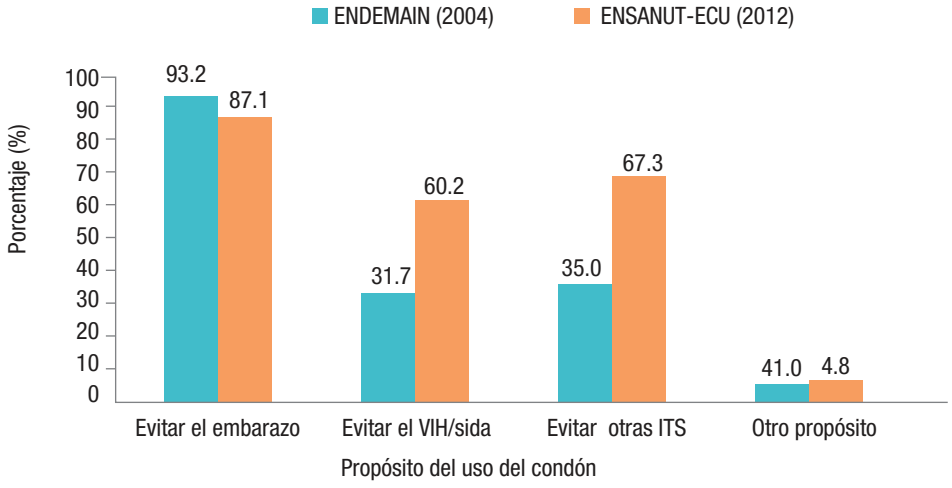
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

El porcentaje de mujeres activas sexualmente que conocen o han oído hablar del virus del VIH y que usaron condón en la última relación sexual aumenta conforme incrementa el quintil económico y el nivel de instrucción (Gráfico 14.29 y Anexo 14.49). Así, las mujeres que se ubican en el quintil más pobre presentan los porcentajes más bajos de uso de condón (Q1: 8.2 %), mientras que las mujeres del quintil más rico presentan los porcentajes más altos (Q5: 15.1 %). El mismo comportamiento se observa al desagregar los datos por nivel de instrucción. Es decir, las mujeres sin instrucción formal reportan los porcentajes más bajos de uso de condón (0.3%), en contraste las mujeres con nivel instrucción superior presentan los porcentajes más altos (15.6%) (Gráfico 14.29 y Anexo 14.49).

El Cuadro 14.33 y el Anexo 14.50 presentan el uso de condón en la última relación sexual desagregado por el estado civil de las mujeres en edad fértil. De este Cuadro y el Anexo se evidencia que las mujeres solteras presentan la proporción más alta de uso de los condones (30.5 %), respecto de las mujeres unidas/casadas y las divorciadas/separadas/viudas.

La información desagregada por grupo de edad, muestra que el uso de condón en la última relación sexual es mayor entre mujeres de 15 a 19 años (21.7 %), este porcentaje disminuye de forma progresiva hasta llegar a 5.1 % en las mujeres de 45 a 49 años (Cuadro 14.34).

Gráfico 14.30 **Propósito del uso de condón en la última relación sexual (mujeres de 15 a 49 años sexualmente activas en el último año, que conocen o han oído hablar del VIH/sida y que usaron condón en la última relación sexual), comparación ENDEMAIN**



Fuente: ENDEMAIN 2004, CEPAR /ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 14.35 **Propósito del uso de condón en la última relación sexual por área y grupo étnico (mujeres de 15 a 49 años sexualmente activas en el último año, que conocen o han oído hablar del VIH/sida y que usaron condón en la última relación sexual)**

Propósito del uso de condón	Evitar el embarazo	Evitar el VIH/ sida	Evitar otras ITS	Otro propósito	Total
	%	%	%	%	n
Área					
Urbano	86.2	60.1	66.9	4.7	904
Rural	90.2	60.5	69.0	4.9	386
Grupo étnico					
Indígena	88.4	63.3	70.8	4.3	91
Afroecuatoriano	87.7	88.5	90.9	2.5	50
Montuvio	92.3	61.5	65.9	1.6	23
Mestizo, blanco y otro	86.8	59.0	66.4	4.9	1 126
Total nacional	87.1	60.2	67.3	4.8	1 290

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 14.36 **Propósito del uso de condón en la última relación sexual por grupos de edad, estado civil y experiencia sexual (mujeres de 12 a 49 años sexualmente activas en el último año, que conocen o han oído hablar del VIH/sida y que usaron condón en la última relación sexual)**

Grupo de edad	Evitar el embarazo	Evitar el VIH/ sida	Evitar otras ITS	Otro propósito	Total
	%	%	%	%	n
12-14	100.0	-	-	-	1
15-19	91.9	74.4	85.2	3.2	134
20-24	95.5	60.8	67.8	4.6	275
25-29	83.5	61.7	67.4	2.4	293
30-34	85.1	53.9	60.5	9.2	247
35-39	81.6	46.2	57.1	3.2	180
40-44	72.1	61.7	62.1	10.9	106
45-49	83.7	51.1	55.8	1.5	55
Total 12 a 49 años	87.1	60.1	67.2	4.8	1 291

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Para una mayor desagregación sobre el uso de condón en la última relación sexual en las mujeres que conocen o han oído hablar del VIH/sida y que estuvieron sexualmente activas en el último año, revisar los Anexos 14.48, 14.49 y 14.50.

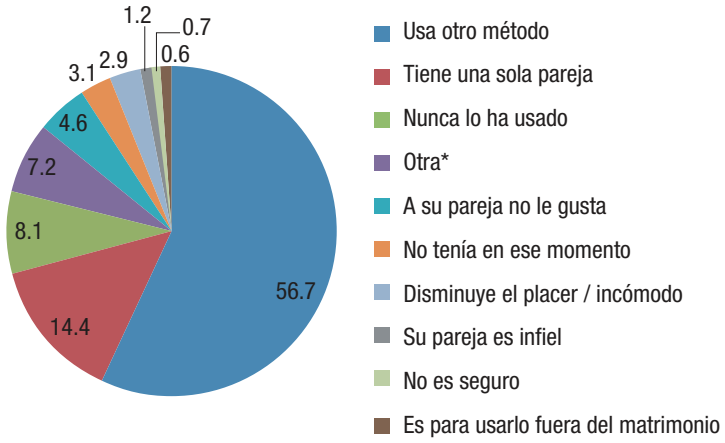
Propósito del uso de condón en la última relación sexual

A las mujeres que usaron condón en la última relación sexual durante el año previo a la entrevista, se les preguntó: Usó condón para: (a) evitar el embarazo, (b) evitar el VIH/sida, (c) evitar otras ITS y (d) por otra razón. A nivel nacional, el 87.1 % usó condón para evitar el embarazo, el 60.2 % usó condón para evitar el VIH/sida, el 67.3 % usó condón para evitar otras ITS y el 4.8 % usó condón por otras razones (Gráfico 14.30 y Anexo 14.52).

Con relación a la encuesta ENDEMAIN 2004, se observa un aumento de 28.5 puntos porcentuales en el uso de condón con el propósito de evitar el VIH/sida, al pasar de 31.7 %, en 2004, a 60.2 %, en 2012. Además, se observa un aumento de 32.3 puntos porcentuales en la proporción de mujeres que usaron condón en la última relación sexual con el objetivo de evitar otras ITS, de 35 %, en 2004, a 67.3 %, en 2012 (Gráfico 14.30).

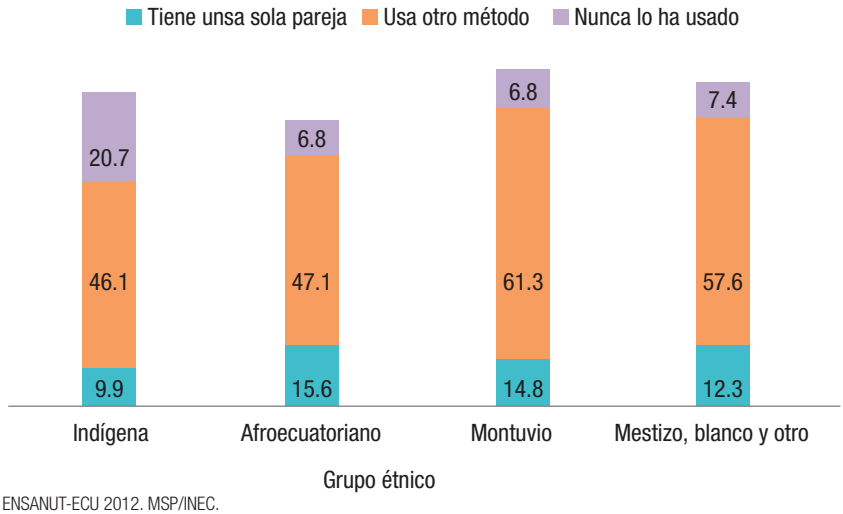
Por área de residencia no se observan diferencias estadísticamente significativas para las tres categorías indagadas. Por grupo étnico, se observa que el uso de condón con el propósito de evitar el virus del VIH/sida y otras ITS es mayor en las mujeres afroecuatorianas, con respecto a los demás grupos étnicos (Cuadro 14.35 y Anexo 14.52).

Gráfico 14.31 **Razón por la que no usó el condón en la última relación sexual a nivel nacional (%). (mujeres de 15 a 49 años sexualmente activas en el último año, que conocen o han oído hablar del VIH/sida y que no usaron condón en la última relación sexual)**



*** Incluye Difícil de obtener, Es caro/costoso y otra**
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 14.32 **Razón por la que no usó el condón en la última relación sexual, por grupo étnico (mujeres de 15 a 49 años sexualmente activas en el último año, que conocen o han oído hablar del VIH/sida y que no usaron condón en la última relación sexual)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

En el Cuadro 14.36 y el Anexo 14.53, se evidencia que el uso de condón con el propósito de protegerse de la infección del VIH/sida y de otras infecciones de transmisión sexual es más frecuente en las mujeres de 15 a 19 años, respecto a los demás grupos de edad.

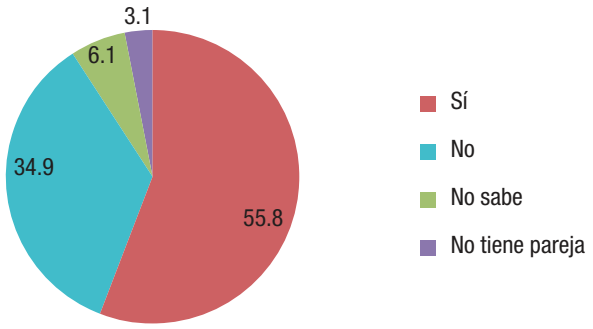
Para una mayor desagregación sobre los propósitos del uso de condón en las mujeres que estuvieron sexualmente activas en el último año y que conocen o han oído hablar del VIH/sida, revisar los Anexos 14.52, 14.53 y 14.54.

Razón por la que no usó condón en la última relación sexual

A las mujeres sexualmente activas en el último año, que conocen o han oído hablar del VIH/sida y que respondieron no haber usado condón en la última relación sexual, se les preguntó la razón por la que no lo usaron. A nivel nacional, el 56.7 % de las mujeres respondió que usan otro método anticonceptivo; el 14.4 %, que tiene una sola pareja; y el 8.1%, que nunca ha usado condón, información que se presenta en el Anexo16.55 y el Gráfico 14.31.

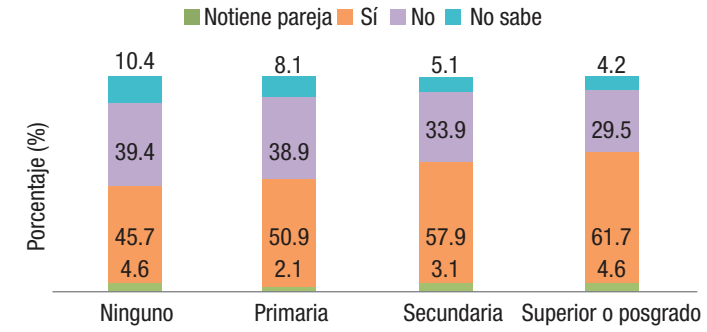
El Gráfico 14.32 desagrega las tres principales

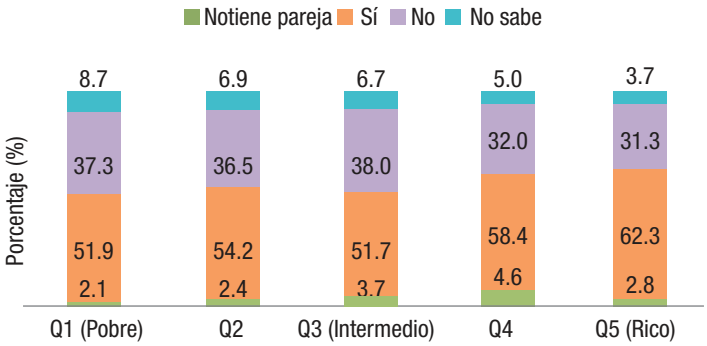
Gráfico 14.33 **Disposición a usar condón si la pareja sexual lo propone a nivel nacional (%) (mujeres de 15 a 49 años que conocen o han oído hablar del VIH/sida, sexualmente activas en el último año y que no usaron condón en la última relación sexual)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 14.34 **Disposición a usar condón si la pareja sexual lo propone, por nivel de instrucción y quintil económico (mujeres de 15 a 49 años que conocen o han oído hablar del VIH/sida, sexualmenteactivas en el último año y que no usaron condón en la última relación sexual)**





Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

razones por las que las mujeres no usaron condón en la última relación sexual, por grupo étnico. De este gráfico es interesante notar que el 20.7 % de las mujeres indígenas no usaron condón porque nunca lo han usado, valor que triplica a los reportados para esta misma categoría en los demás grupo étnicos.

Para una mayor desagregación sobre las razones para no usar condón en la última relación sexual reportadas por las mujeres que conocen o han oído hablar del virus del VIH/sida y que estuvieron sexualmente activas en el último año, revisar los Anexos 14.55, 14.56 y 14.57.

14.3.7 Disposición al uso de condón en la pareja

A todas las mujeres que estuvieron activas sexualmente durante el año previo a la encuesta, que conocen o han oído hablar del VIH/sida y que no usaron el condón en su última relación sexual, se les preguntó si estarían dispuestas a usar condón si su pareja se lo propusiera. Además, se

Cuadro 14.37 **Disposición a usar condón si la pareja sexual lo propone, por estado civil** y grupo de edad*** (mujeres que conocen o han oído hablar del VIH/sida, sexualmente activas en el último año y que no usaron condón en la última relación sexual)**

Disposición a usar condón	No tiene pareja	Sí	No	No sabe	Total	
	%	%	%	%	n	%
Estado civil						
Unida/casada	0.8	54.6	38.4	6.2	10 346	100
Soltera	10.5	63.9	18.5	7.0	666	100
Divorciada/separada/viuda	15.8	56.7	23.4	4.1	996	100
Grupo de edad						
12-14	*	*	*	*	*	*
15-19	6.4	54.1	31.2	8.3	691	100
20-24	4.0	62.2	28.9	4.9	1 917	100
25-29	4.7	58.9	31.1	5.2	2 402	100
30-34	2.3	58.8	33.0	5.8	2 381	100
35-39	1.9	54.5	37.1	6.4	1 951	100
40-44	1.4	51.6	41.4	5.7	1 533	100
45-49	2.5	46.2	43.0	8.3	1 133	100
Total 12 a 49 años	3.2	55.8	34.9	6.1	12 017	100

* Menos de 25 casos.
** Mujeres de 15 a 49 años.
*** Mujeres de 12 a 49 años.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

les preguntó cómo pensaban que reaccionarían sus parejas si fueran ellas las que propusieran el uso de condón.

Disposición a usar condón si la pareja sexual lo propone

A nivel nacional, el 55.8 % de las mujeres entre 15 y 49 años de edad estaría dispuesta a usar condón si su pareja se lo propone y el 34.9 % no estaría dispuesta, como se expone en el Gráfico 14.33 y el Anexo 14.58.
En el Gráfico 14.34 y el Anexo 14.59 se presenta la disposición a usar condón si la pareja sexual lo propone, por quintil económico y nivel de instrucción en las MEF que estuvieron sexualmente activas en el último año, que conocen o han oído hablar del VIH/sida y que no usaron condón en la última relación. La disposición a usar condón si la pareja lo propone, aumenta conforme incrementa el nivel de educación y el quintil económico.

La información desagregada por estado civil y grupo de edad se presenta en el Cuadro 14.37 y en el Anexo 14.60. Por grupo de edad, se observa que el porcentaje de mujeres dispuestas a usar condón si la pareja lo propone es mayor entre las mujeres de 15 a 35 años. Al considerar el estado civil, se puede apreciar que las mujeres solteras son las más dispuestas a usar condón si la pareja lo propone (63.9 %), con respecto a las mujeres separadas/divorciadas/viudas (56.7 %) y a las casadas/unidas (54.6 %).

Para una mayor desagregación sobre la disposición a usar condón si la pareja sexual lo propone de las mujeres que estuvieron sexualmente activas en el último año, que conocen o han oído hablar del VIH/sida y que no usaron condón en la última relación sexual, revisar los Anexos 14.58, 14.59 y 14.60.

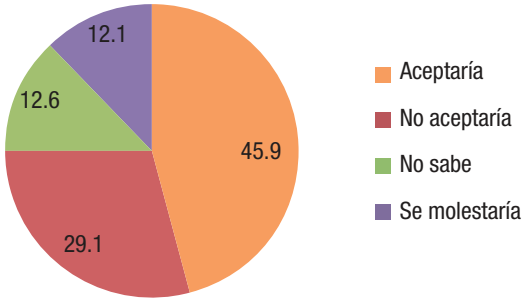
Percepción de reacción de la pareja al solicitarle que usen el condón

A nivel nacional, el 46 % de las mujeres que respondieron que su pareja aceptaría usar condón, el 29 % reportó que no aceptaría y 12.6 % considera que la pareja se molestaría, como se muestra en el Gráfico 14.35.

Por área de residencia, se observa que el porcentaje de parejas que aceptaría usar condón es mayor en el área urbana, respecto al área rural, diferencias que son estadísticamente significativas (48.2 % versus 39.5 %) (Cuadro 14.38 y Anexo 14.61).

El nivel de aceptación de la pareja al uso de condón aumenta conforme incrementa el quintil

Gráfico 14.35 **Percepción de reacción de la pareja al solicitarle que usen el condón a nivel nacional (%) (mujeres de 15 a 49 años sexualmente activas en el último año, que conocen o han oído hablar del VIH/sida y que no usaron condón en la última relación sexual)**



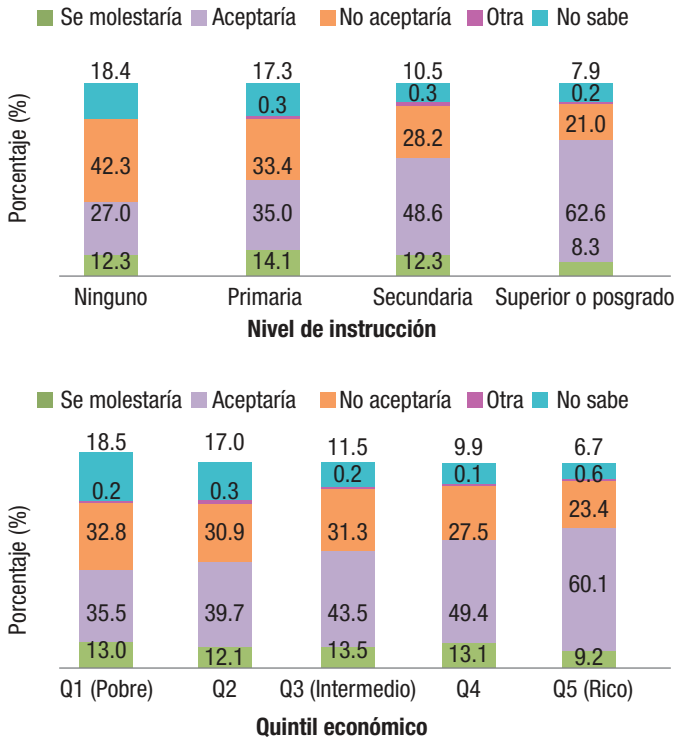
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 14.38 **Percepción de reacción de la pareja al solicitarle que usen el condón por área, grupo étnico y subregión (mujeres de 15 a 49 años sexualmente activas en el último año, queconocen o han oído hablar del VIH/sida y que no usaron condón en la última relación sexual)**

Percepción de reacción de la pareja	Se molestaría	Aceptaría	No aceptaría	Otra	No sabe	Total	
	%	%	%	%	%	n	%
Área							
Urbana	12.9	48.2	28.8	0.3	9.8	7 402	100
Rural	10	39.5	29.9	0.2	20.4	4 312	100
Grupo étnico							
Indígena	11.2	32.1	32.2	0.2	24.2	1 048	100
Afroecuatoriano	18.3	40	29.8	0.1	11.9	530	100
Montuvio	13.1	34.2	27.1	0.6	25	405	100
Mestizo, blanco y otro	11.8	47.9	29	0.3	11.1	9 731	100
Subregión							
Sierra urbana	10.7	51.7	25.5	0.3	11.7	2 656	100
Sierra rural	10.2	41.4	26.6	0.3	21.5	1 817	100
Costa urbana	11.6	43.5	33.8	0.2	10.9	1 837	100
Costa rural	10.8	34.6	33.5	0.2	20.9	817	100
Amazonía urbana	8	47.9	27.3	0.4	16.3	1 441	100
Amazonía rural	7.8	40.9	30.8	0.1	20.4	1 519	100
Galápagos	9.6	50.5	30.5	-	9.4	387	100
Quito	15	50.7	25.3	0.6	8.4	716	100
Guayaquil	14.2	48.7	29.8	0.1	7.3	524	100
Total nacional	12.1	45.9	29.1	0.3	12.6	11 714	100

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 14.36 **Percepción de reacción de la pareja al solicitarle que usen el condón a nivel nacional (%) (mujeres de 15 a 49 años sexualmente activas en el último año, que conocen o han oído hablar del VIH/sida y que no usaron condón en la última relación sexual)**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

económico y el nivel de instrucción de las mujeres (Gráfico 14.36 y el Anexo 14.62). Así, se observa el porcentaje más bajo de aceptación en el quintil de menores ingresos económicos y el más alto en el quintil de mayores ingresos (27.0 % frente a 62.6 %). Además, los datos por nivel de instrucción muestran el porcentaje más bajo de aceptación entre las mujeres sin instrucción formal (35.5 %) y el más alto entre las mujeres con instrucción superior (60.1 %).

Para una mayor desagregación sobre la percepción de reacción de la pareja al solicitarle que usen el condón de las mujeres que estuvieron sexualmente activas en el último año, que conocen o han oído hablar del VIH/sida y que no usaron condón en la última relación sexual, revisar los Anexos 14.61, 14.62 y 14.63.

14.4 BIBLIOGRAFÍA

Coa, R y Ochoa, L. H (2009). *ENDSA 2008. Encuesta Nacional de Demografía y Salud.* Bolivia: Ministerio de Salud y Deporte/ Instituto Nacional de Estadística/Programa reforma de la salud.

CEPAR (2005). *ENDEMAIN 2004. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil.* Ecuador: Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social (CEPAR).

INEI (2013). *ENDES 2012. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.* Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) (2012) *Informe mundial de avances en la lucha contra el sida: seguimiento de la declaración política sobre el VIH/sida de 2011: directrices para el desarrollo de indicadores básicos: informe 2012.* Ginebra, Suiza

Profamilia (2011). *ENDS 2010. Encuesta Nacional de Demografía y Salud.* Colombia: Profamilia, Ministerio de Protección Social, Bienestar Familia y United States Agency of International Development (USAID).

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) (2012). *Guía de atención integral para adultos y adolescentes con infección por VIH*. Quito, Ecuador.

World Health Organization (WHOa) (2013). *Nota descriptiva N.° 360: VIH/sida* Disponible en:

http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/

World Health Organization (WHOb) and Pan American Health Organization (PAHO) (2013). *Métodos de prestación de servicios de orientación y pruebas de detección del VIH: marco de un programa estratégico*. Washington, D.C.: OPS

World Health Organization (WHO) (2013). *Nota descriptiva: Infecciones de transmisión sexual*. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/



CAPÍTULO XV | USO DE SERVICIOS DE SALUD

Fotografía:
UNICEF/ ECUADOR

CONTENIDO

15.1 INTRODUCCIÓN....347
15.2 METODOLOGÍA....347
15.3 RESULTADOS....347
15.3.1 Afiliación a algún seguro de salud....347
15.3.1.1 Razón por la que no está afiliado....351
15.3.2 Presencia de problemas de salud y acciones tomadas para resolverlos....352
15.3.2.1 Presencia de problemas de salud....352
15.3.2.2 Tipo de problemas de salud....355
15.3.2.3 Acciones tomadas para resolver los problemas....359
Primera acción tomada para resolver problemas de salud....359
Número de visitas a establecimientos de salud de la población que tuvo al menos un problema de salud durante los últimos 30 días....361
Tipo de establecimiento visitado para resolver los problemas de salud....363
Motivo por el que no hizo nada para resolver cualquier problema de salud....369
15.3.2.4 Solución a los problemas de salud....370
Primer problema de salud....370
15.3.3 Uso de servicios de salud preventivos....374
15.3.4 Uso de control prenatal y lugar de atención al parto....376
15.3.4.1 Control prenatal....376
Tipo de establecimiento utilizado para el control prenatal....383
15.3.4.2 Motivos para elegir el lugar del control prenatal....385
15.3.4.3 Lugar de atención al parto....388
15.3.4.4 Motivos para elegir el lugar del parto....391
15.4 BIBLIOGRAFÍA....392

15.1 INTRODUCCIÓN

El presente capítulo describe el uso de servicios de salud, los problemas de salud percibidos y las acciones que se toman como respuesta para enfrentar dichos problemas de salud, para todos los miembros del hogar. Se presentan cuatro secciones: en la primera se describe el nivel de afiliación de la población a distintos tipos de seguros de salud; en la segunda, los problemas de salud que tuvo la población treinta días antes de la entrevista; en la tercera, el uso de servicios de salud preventivos en los últimos 30 días; y en la cuarta, el uso de control prenatal y el lugar del parto entre las mujeres de 15 a 49 años que estuvieron embarazadas o dieron a luz en los últimos doce meses antes de la entrevista.

Para cada sección se presenta la información en el ámbito nacional, por área urbana y rural, nueve subregiones, grupo étnico, quintil económico, nivel de instrucción, etc. Además, para algunas secciones se examinan las tendencias en su comportamiento entre los años 2004 y 2012.

El texto, los cuadros y los gráficos del presente capítulo exponen la información de manera resumida. Para el lector que desee hacer un análisis a prufundidad, el CD que acompaña este informe contiene anexos con información detallada sobre la población muestral (n), la población expandida (N) y los intervalos de confianza (IC_{95} %)

15.2 METODOLOGÍA

La información presentada en este capítulo corresponde a las Secciones V, VI y VII del Formulario del Hogar (Anexo A). El Cuadro 15.1 describe la población estudiada en cada sección.

15.3 RESULTADOS

15.3.1 Afiliación a algún seguro de salud

Para este análisis se tomó en cuenta el seguro privado y el sistema de seguridad social que está integrado por cuatro instituciones autónomas, regidas por el sistema de repartos y financiadas por sus respectivos contribuyentes: el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Seguro Social Campesino (SSC), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL).

En el Gráfico 15.1 se presenta el porcentaje de la población ecuatoriana con protección en salud en 2004 y en 2012. De este gráfico se desprende que en Ecuador la cobertura de protección en salud es solamente del 37 %. Así, de acuerdo con estas cifras habría alrededor de 9 millones de ecuatorianos (cerca del 63 %) sin protección en salud. En 2004 la población sin protección en salud estimada fue del 19.2 %, es decir, ha habido un incremento en la cobertura de 18 puntos porcentuales en 8 años. Sin embargo, esta cifra está aún muy por debajo de las reportadas por algunos países latinoamericanos como México, que tiene una cobertura en salud de aproximadamente el 75 % (Gutiérrez *et al*., 2012).

De la población que actualmente tiene un seguro de salud la mayor parte corresponde al IESS y al SSC (24.7 % y 6.8 %, respectivamente). Cabe mencionar que con relación al año 2004 la cobertura del IESS ha incrementado en 17.2 puntos porcentuales en 8 años (7.5 % versus 24.7 %), mientras que el SSC ha disminuido en 0.9 puntos porcentuales (7.7 % versus 6.8 %). La cobertura de otros seguros es pequeña, así, solo el 1.1 % de la población tiene afiliación a un seguro privado y el 1.6 % a instituciones como el ISSFA o el ISSPOL, valores que prácticamente se han mantenido desde el año 2004 (Gráfico 15.1 y Anexo 15.1).

Del Gráfico 15.2 y el Anexo 15.1 se puede observar que el porcentaje de personas que tienen afiliación al IESS, el ISSFFA, el ISSPOL o un seguro privado es mayor en el área urbana (IESS: 32.6 %, ISSFA o ISSPOL: 2.1 %, Privado: 1.4 %) con respecto al área rural (IESS: 14.6 %, ISSFA o ISSPOL: 0.6 %, Privado: 0.2 %). Asimismo, como se espera la cobertura del SSC es mayor en el área rural con respecto al área urbana (19.2 % versus 1.6 %).

Al desagregar la información por subregión (Cuadro 15.2 y Anexo 15.1) se observa que la Costa urbana y la Sierra rural son las subregiones con la menor proporción de personas aseguradas, mientras la mayor proporción se observa en Galápagos (45 %) y en Quito (49.5 %). Con relación al IESS, se evidencia que la mayor cobertura la tienen Galápagos (39.0 %), Quito (37.8 %) y la Amazonía urbana (31.4 %) y la menor cobertura se presenta en la Costa y la Sierra rural (11.8 % y 13.4 %, respectivamente). El SSC tiene mayor cobertura en las áreas rurales de la Costa y la Sierra (25.3 % y 16.9 %, respectivamente).

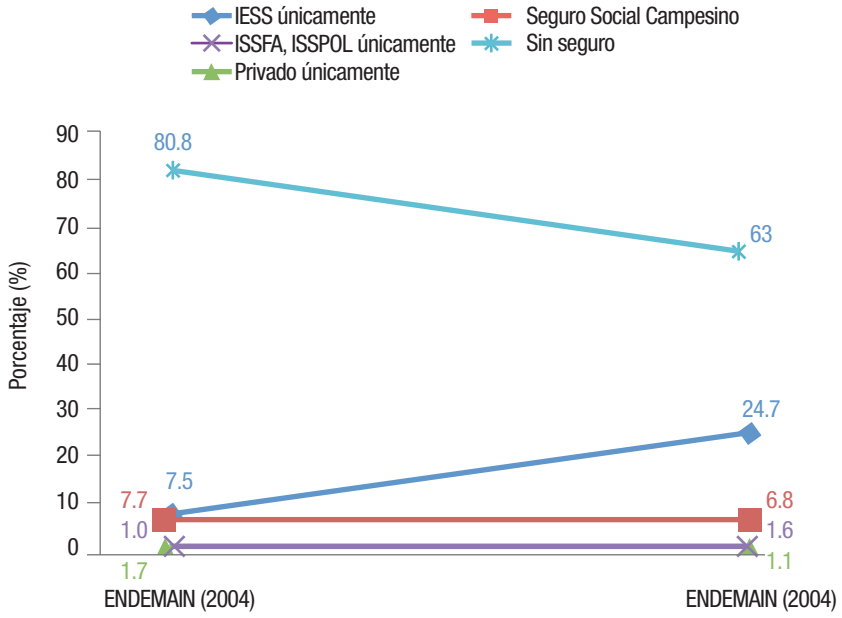
En el Gráfico 15.3 y el Anexo 15.1 se observa que Los Ríos (74.7 %), Chimborazo (74.5 %) y Bolívar (73.4 %) son las provincias con la menor cobertura de protección en salud; así, en estas provincias apenas una de cada cuatro personas tiene algún

Cuadro 15.1 **Población estudiada en las secciones V, VI y VII del Formulario del Hogar**

Formulario del Hogar			
Sección	Nombre	Población estudiada	
		MEF de 12 a 49 años	Toda la población
V	Acceso a seguro de salud		X
VI	Uso de servicios y gastos en salud	X	
VII	Uso de servicios y gastos en salud		X

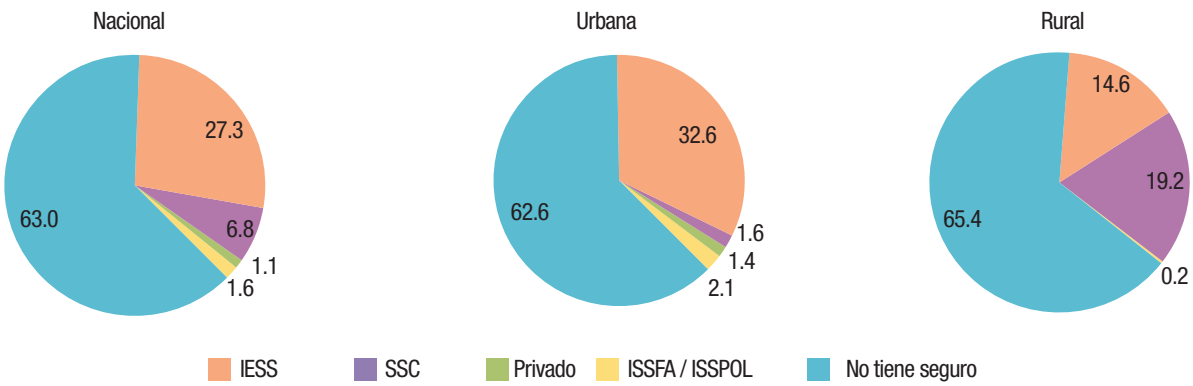
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 15.1 **Porcentaje de la población con protección en salud, ENDEMAIN 2004 y ENSANUT-ECU 2012**



Fuente: ENDEMAIN 2004. CEPAR/ ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 15.2 **Afiliación de la población a algún seguro de salud, por área de residencia (%)**



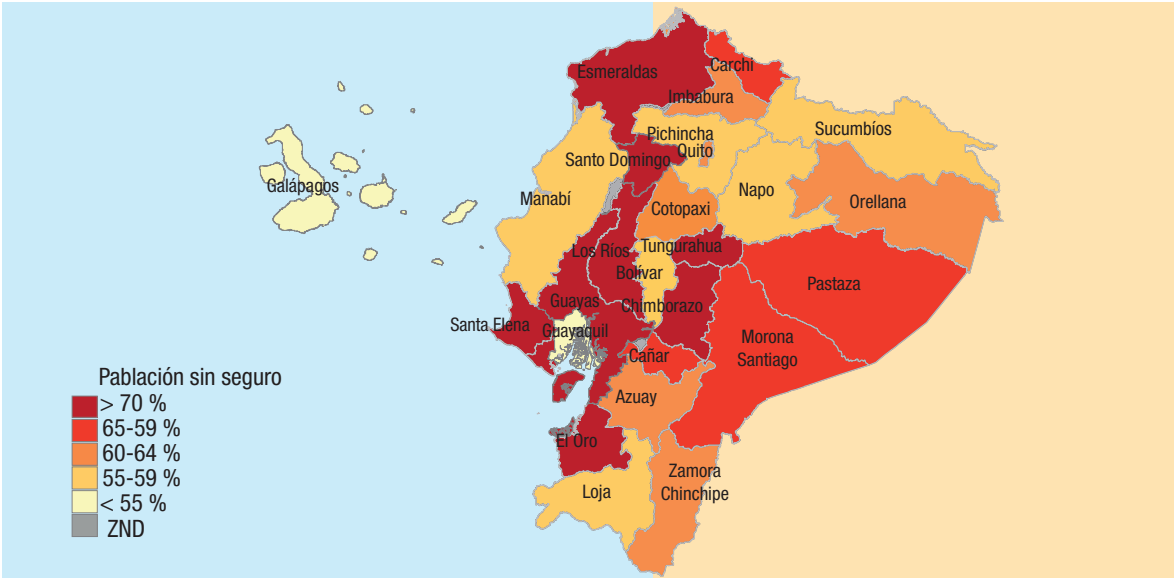
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 15.2 **Afiliación de la población a algún seguro de salud, por subregión y etnia**

Características seleccionadas	Tipo de seguro de salud								
	IESS únicamente	IESS y otro	SSC únicamente	Privado únicamente	ISSFA, ISSPOL únicamente	Sin Seguro	Otro	Total	N.º de casos
	%	%	%	%	%	%	%	%	n
Subregión									
Sierra urbana	28.9	2.3	1.5	0.9	2.9	63.3	0.2	100	14 431
Sierra rural	13.4	0.3	16.9	0.2	0.8	68.5	0.0	100	11 384
Costa urbana	22.3	1.6	4.0	1.1	0.9	70.0	0.1	100	13 262
Costa rural	11.8	0.3	25.3	0.3	0.1	62.3	0.0	100	7 123
Amazonía urbana	31.4	2.5	1.4	0.8	2.1	61.8	0.0	100	15 445
Amazonía rural	18.0	0.6	17	0.3	0.9	63.2	0.1	100	10 545
Galápagos	39.0	5.5	4.3	2.1	4.1	45.0	0.0	100	10 626
Quito	37.8	6.5	0.1	2.3	3.7	49.5	0.1	100	4 043
Guayaquil	29.4	4.4	0.2	1.6	1.0	63.1	0.3	100	3 232
Grupo étnico									
Indígena	13.1	0.4	8.9	0.2	0.6	76.8	0.0	100	10 949
Afroecuato-riana	19.8	1.6	7.5	1.2	1.6	68.3	0.1	100	3 662
Montuvio	14.6	0.7	16.6	0.9	0.4	66.8	0.0	100	2 889
Resto de la población	26.5	3.0	5.9	1.2	1.8	61.5	0.2	100	72 590
Total nacional	24.7	2.6	6.8	1.1	1.6	63	0.1	100	90 090

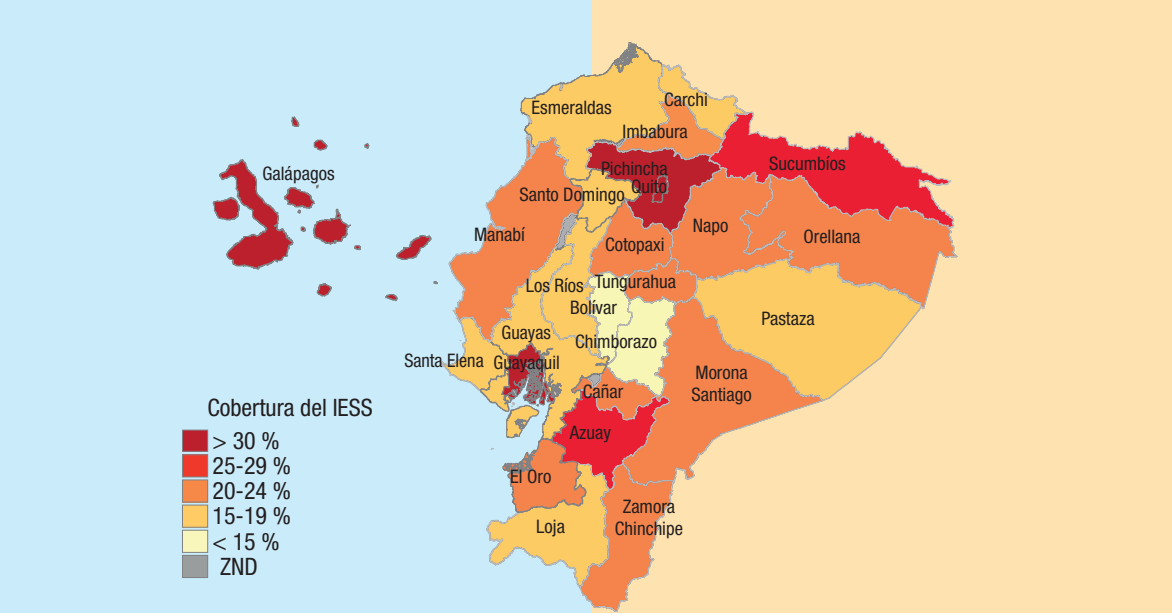
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 15.3 **Proporción de personas sin seguro, por provincias**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 15.4 **Cobertura del IESS únicamente, por provincia**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

seguro de salud. Con respecto a la cobertura del IESS por provincias (Gráfico 15.4 y Anexo 15.1), se observa que las provincias que tienen coberturas por encima del 30 % son solamente Galápagos (39 %), Pichincha (30.8 %) y Quito (37.8 %).

Al desagregar los datos por etnia (Cuadro 15.2 y Anexo 15.1) se puede apreciar que, aproximadamente, cuatro de cada cinco indígenas no tienen ningún seguro de salud (76.8 %). Respecto a la cobertura del IESS se observa que es menor para las etnias indígena (13.1 %) y montuvia (14.6 %). La cobertura del SSC es mayor en la Costa rural, por ende, los que más tienen seguro social campesino son los montuvios (16.6 %).

Con relación al sexo, los datos de la ENSANUT-ECU muestran que un mayor porcentaje de mujeres no tienen seguro de salud respecto de los hombres (66.5 % frente a 59.4 %) (Cuadro 15.3 y Anexo 15.3). También se observa que la afiliación al IESS es menor en mujeres que en hombres (21.4 % versus 28.1 %), mientras que para el SSC, el ISSFA, el ISSPOL y el seguro privado no se encuentran diferencias significativas entre ambos sexos. Por grupos de edad (Cuadro 15.3 y Anexo 15.3) se observa que el porcentaje de personas sin seguro se distribuye de manera casi homogénea entre los diferentes grupos de edad, siendo el grupo de 15 a 20 años (69.1 %) y los mayores de 75 años (67.4 %) la población más desprotegida. Con relación al SSC exclusivo se aprecia que el porcentaje de personas afiliadas aumenta conforme incrementa la edad (Cuadro 15.3 y Anexo 15.3).

En términos de la cobertura del IESS, la incorporación de los grupos menores (0 a 4 años) a esta institución es un fenómeno interesante ya que de cierta manera el acceso a salud de este grupo vulnerable tiene una enorme repercusión en la condición de salud y esto se confirma con las bajas tasas de mortalidad encontradas en la ENSANUT-ECU en comparación con las encontradas por la encuesta ENDEMAIN en el año 2004. Así, en el año 2004 el porcentaje de niños entre 0 y 4 años con protección en salud del IESS era de 0.2 % mientras que para el año 2012 es de 28.7 %, es decir, un aumento de más de 28 puntos porcentuales en el transcurso de 8 años. Este incremento puede deberse a políticas recientes las cuáles establecen la afiliación indirecta de los dependientes económicos y de la pareja.

De acuerdo con la categorización socioeconómica (Cuadro 15.3 y Anexo 15.2), se observa que la cobertura de todos los tipos de seguro aumenta a medida que incrementa el quintil económico, con excepción del SSC. El IESS reporta una afiliación del 41.7 % en los individuos de mayores recursos, frente a 9.4 % en el quintil de menores ingresos. Se observa además, en el mismo Cuadro 15.3 y Anexo 15.2 que al igual que el quintil económico, el nivel de educación también se encuentra directamente relacionado con la afiliación a un seguro de salud.

Cuadro 15.3 **Afiliación de la población a algún seguro de salud por sexo, edad, nivel de instrucción y quintil económico**

Características seleccionadas	Tipo de seguro de salud								
	IESS únicamente	IESS y otro	SSC únicamente	Privado únicamente	ISSFA, ISSPOL únicamente	Sin Seguro	Otro	Total	N.º de casos
	%	%	%	%	%	%	%	%	n
Sexo									
Hombre	28.1	3.0	6.7	0.8	1.8	59.4	0.2	100	43 674
Mujer	21.4	2.3	6.9	1.3	1.4	66.5	0.1	100	46 416
Edad									
0-4	28.7	2.5	4.7	0.6	1.6	61.9	0	100	11 300
5-14	26.6	2.6	7.6	0.6	1.6	60.8	0.1	100	22 415
15-29	20.3	2.2	5.7	1.3	1.2	69.1	0.2	100	24 035
30-44	26.1	3.8	6.3	1.5	2.3	59.9	0.2	100	17 586
45-59	25.8	2.7	8.1	1.4	1.7	60.3	0.1	100	10 123
60-74	22.7	1.5	11.2	1.1	1.6	61.8	0.1	100	3 439
75 o más	20.2	0.4	10.6	0.2	1.2	67.4	0.0	100	1 184
Nivel de instrucción									
Ninguno	6.8	0.0	12.5	0.3	0.2	80.3	0	100	2 192
Primaria	20.1	1.4	9.3	0.6	0.9	67.7	0.1	100	38 576
Segundaria	24.4	2.5	5.6	1.3	2.3	63.6	0.2	100	29 473
Superior	42.1	8.3	1.8	3.0	2.4	42.0	0.2	100	8 496
Quintil económico									
Q1 (Pobre)	9.4	0.2	14.6	0.1	0.1	75.6	0.1	100	23 950
Q2	17.2	0.2	10.8	0.2	0.2	71.4	0	100	20 695
Q3 (Intermedio)	24.6	1.0	5.3	0.6	0.7	67.7	0.1	100	17 533
Q4	31.4	2.8	2.2	1.4	2.4	59.6	0.2	100	15 139
Q5 (Rico)	41.7	9.1	0.6	3.2	4.8	40.2	0.3	100	12 563
Total nacional	24.7	2.6	6.8	1.1	1.6	63.0	0.1	100	90 090

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

15.3.1.1 Razón por la que no está afiliado

El Cuadro 15.4 y el Anexo 15.4 presentan las razones por las que la población no está afiliada al IESS o el SSC por área de residencia, grupo étnico y subregión. Del 72.7 % de las personas que no tienen afiliación al IESS o al SSC, el 25.3 % es debido a que los padres no son afiliados, el 23.4 % porque no trabajan y el 15.3 % debido a que el costo del servicio es alto. Cuando se desglosa esta información por área de residencia se observa que en el área urbana la razón principal es porque no trabaja (26.1 %) y en el área rural porque los padres no son afiliados (29.5 %). Al desagregar las razones por las cuáles la población no está afiliada al IESS o al SSC por edad, se observa que la razón más mencionada en los menores de 15 años es debido a que los padres no son afiliados, mientras que para a partir de los 15 años de edad es debido a que no trabajan o porque consideran que el costo del servicio es alto. Por condición de actividad económica se puede apreciar que entre los que trabajan las principales razones es porque el costo de afiliación es muy alto o porque el patrono no le afilia (29 % y 25 %, respectivamente) (Cuadro 15.4 y Anexo 15.6).

Con relación al quintil económico se puede observar que el porcentaje de personas a quienes el patrono no afilia (Q1: 9.6 % frente a Q5:6.6 %) y el porcentaje que responde que los padres no son afiliados (as) (Q1: 33 % frente a Q5: 15 %) es mayor en los quintiles más pobres con respecto a los quintiles más ricos. Asimismo, se observa que el porcentaje de personas que no están afiliadas debido a que no trabajan (Q1: 17 % frente a Q5: 31 %) y las que no les interesa afiliarse (Q1: 6.2 % versus Q5: 12.2 %) incrementa conforme aumenta el quintil económico. Para el resto de categorías

Cuadro 15.4 **Razón por la que la población no está afiliada o cubierta por el IESS y el SSC, por área, sexo, grupo de edad, condición de empleo y quintil económico**

Características seleccionadas	Razón por la que no está afiliado										
	El patrono no le afilia	No tiene edad	No trabaja	El costo del servicio es alto	El servicio que brinda es malo	Los centros de atención quedan lejos	Los padres no son afiliados	No le interesa	Otro	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n
Área											
Urbana	9.6	5.6	26.1	15.6	1.6	0.3	23.5	7.6	10.2	100	35 617
Rural	8.7	5.1	17.1	14.8	2.0	2.6	29.5	8.3	12.0	100	24 912
Sexo											
Hombre	14.0	5.9	13.0	16.0	1.9	1.1	28.0	8.7	12.2	100	27 757
Mujer	5.7	5.1	33.0	15.0	1.6	0.9	23.0	7.0	9.5	100	32 772
Grupo de edad											
0 a 4	0.1	14.2	3.9	3.8	0.4	0.2	70.0	1.8	6.0	100	7 595
5 a 14	0.3	11.9	13.0	4.5	0.8	0.5	62.0	2.0	5.1	100	14 610
15 a 29	16.0	2.4	37.0	14.0	1.2	0.9	12.0	7.5	9.7	100	17 590
30 a 44	16.0	0.2	25.0	26.0	2.7	1.3	0.3	12.4	16.9	100	11 458
45 a 59	11.0	0.6	23.0	30.0	3.6	1.7	0.3	13.9	15.6	100	6 273
60 a 74	6.3	4.8	31.0	23.0	3.1	2.5	0.4	14.8	13.9	100	2 183
75 o más	1.4	11.9	37.0	16.0	2.5	1.8	0.5	11.8	17.1	100	813
Condición de empleo											
Trabaja	25.0	1.1	5.3	29.0	3.3	1.6	2.5	14.7	18.0	100	22 087
No trabaja	0.1	5.0	49.0	9.3	0.9	0.9	23.0	4.6	6.7	100	23 585
Quintil económico											
Q1(Pobre)	9.6	5.2	17.0	14.0	1.2	2.2	33.0	6.2	11.0	100	18 154
Q2	11.0	4.9	21.0	14.0	1.3	1.0	30.0	6.8	10.0	100	14 657
Q3(Intermedio)	10.0	6.5	25.0	17.0	1.6	0.4	24.0	7.0	9.0	100	11 760
Q4	8.7	5.1	27.0	18.0	2.2	0.7	20.0	8.0	10.6	100	9 456
Q5 (Rico)	6.6	5.6	31.0	13.0	2.7	0.4	15.0	12.2	13.9	100	6 350
Total nacional	9.3	5.4	23.4	15.3	1.7	1.0	25.3	7.8	10.7	100	60 529

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

se evidencia variabilidad entre los quintiles, sin ninguna tendencia evidente (Cuadro 15.4 y Anexo 15.5). Para un mayor desglose de las razones por las que la población no está afiliada al IESS o al SSC revisar los Anexos 15.4, 15.5 y 15.6.

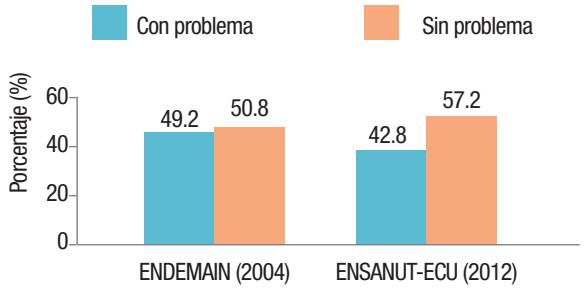
15.3.2 Presencia de problemas de salud y acciones tomadas para resolverlos

15.3.2.1 Presencia de problemas de salud

A nivel nacional, el 42.8 % de las personas entrevistadas percibió que se encontraban enfermas o que tuvieron algún problema de salud en los 30 días previos a las entrevista, y el 4.2 % tuvo que ser hospitalizado en los 12 meses previos a la entrevista (Cuadro 15.5 y Anexo 15.7). Estos valores prácticamente se han mantenido desde 2004, la ENDEMAIN reportó que el 49.2 % había tenido problemas de salud y que el 3 % tuvo que ser hospitalizados (Gráfico 15.5).

Del mismo uadro y el mismo anexo se desprende que las personas que viven en el área urbana percibieron, en mayor proporción, tener algún problema de salud con respecto a las que habitan en el área rural (43.2 % versus 41.9 %), sin embargo, estas diferencias no son significativas. Al desagregar los datos por etnia, se observa que la hospitalización prácticamente no varía de forma significativa de acuerdo con el grupo étnico, sin embargo, los indígenas son los que reportan en menor proporción haber sido hospitalizados en los últimos 12 meses (2.9 %). Con relación a la percepción de tener problemas de salud se observa que los montuvios son los que presentan las mayores tasas (54.4 %) seguidos

Gráfico 15.5 **Población con problemas de salud durante los 30 días previos a la entrevista , comparación ENDEMAIN (2004) y ENSANUT-ECU (2012)**



Fuente: ENDEMAIN 2004. CEPAR/ ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 15.5 **Problemas de salud durante los últimos 30 días y hospitalización en los últimos 12 meses, según área, etnia y subregión**

Características seleccionadas	Hospitalizaciones en los últimos 12 meses		Problemas de salud durante los últimos 30 días		Total	
	No	Sí	No	Sí		
	%	%	%	%	n	%
Área						
Urbano	95.4	4.6	56.8	43.2	52 692	100
Rural	96.5	3.5	58.1	41.9	37 398	100
Grupo étnico						
Indígena	97.1	2.9	67.5	32.5	10 949	100
Afroecuatoriano	96.0	4.0	57.0	43.0	3 662	100
Montuvio	96.6	3.4	45.6	54.4	2 889	100
Mestizo, blanco y otro	95.6	4.4	57.2	42.8	72 590	100
Subregión						
Sierra urbana	94.9	5.1	62.5	37.5	19 081	100
Sierra rural	96.5	3.5	64.1	35.9	17 071	100
Costa urbana	95.9	4.1	47.3	52.7	13 460	100
Costa rural	96.6	3.4	46.9	53.1	6 330	100
Amazonía urbana	95.6	4.4	63.9	36.1	9 666	100
Amazonía rural	96.7	3.3	65.0	35.0	12 932	100
Galápagos	95.6	4.4	54.8	45.2	2 573	100
Quito	94.9	5.1	65.6	34.4	4 957	100
Guayaquil	95.8	4.2	54.2	45.8	4 020	100
Total nacional	95.8	4.2	57.2	42.8	90 090	100

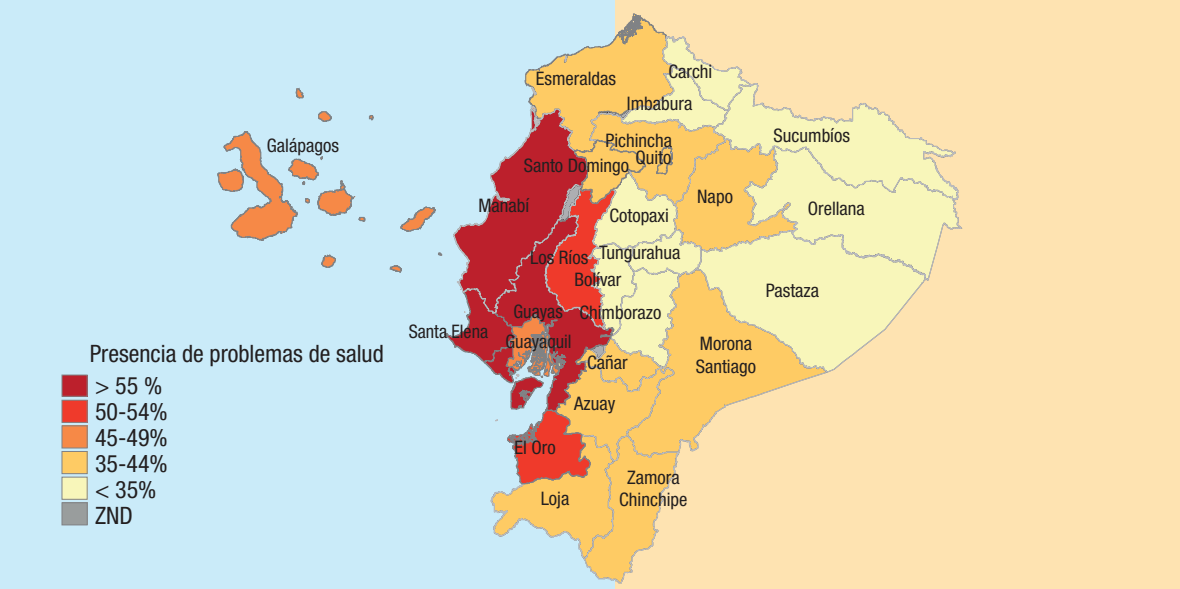
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

por los afroecuatorianos (43.0 %), mientras las menores tasas se presentan en los indígenas (32.5 %) (Cuadro 15.5 y Anexo 15.7).

Al desagregar la prevalencia de hospitalización en los últimos 12 meses por subregión, se observa que la Sierra urbana y Quito presentan el mayor porcentaje, ambas con 5.1 %. Con relación a los problemas de salud durante los últimos 30 días desagregados por subregión (Cuadro 15.5 y Anexo 15.5), se observa que las áreas urbanas y rurales de la Costa son las que presentan el mayor porcentaje de personas que percibieron tener problemas de salud (52.7 % y 53.1 %, respectivamente).

En el Gráfico 15.6 y el Anexo 15.7 se presenta la presencia de problemas de salud en los últimos 30 días desglosada por provincias. El mayor porcentaje de personas que percibieron tener problemas de salud es mayor en las provincias

Gráfico 15.6 **Presencia de problemas de salud en los últimos 30 días, por provincias**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 15.6 **Problemas de salud durante los últimos 30 días y hospitalización en los últimos 12 meses, según sexo y quintil económico**

Características seleccionadas	Hospitalización en los últimos 12 meses		Tuvo problemas de salud en los últimos 30 días		Total	
	No	Sí	No tuvo problemas de salud	Tuvo problemas de salud		
	%	%	%	%	%	n
Sexo						
Hombre	96.2	3.8	60.3	39.7	100	43 674
Mujer	95.4	4.6	54.3	45.7	100	46 416
Quintil económico						
Q1 (Pobre)	96.4	3.6	56.1	43.9	100	23 950
Q2	96.2	3.8	55.0	45.0	100	20 695
Q3 (Intermedio)	95.8	4.2	54.2	45.8	100	17 533
Q4	95.6	4.4	58.2	41.8	100	15 139
Q5 (Rico)	94.8	5.2	62.6	37.4	100	12 563
Total nacional	95.8	4.2	57.2	42.8	100	89 880

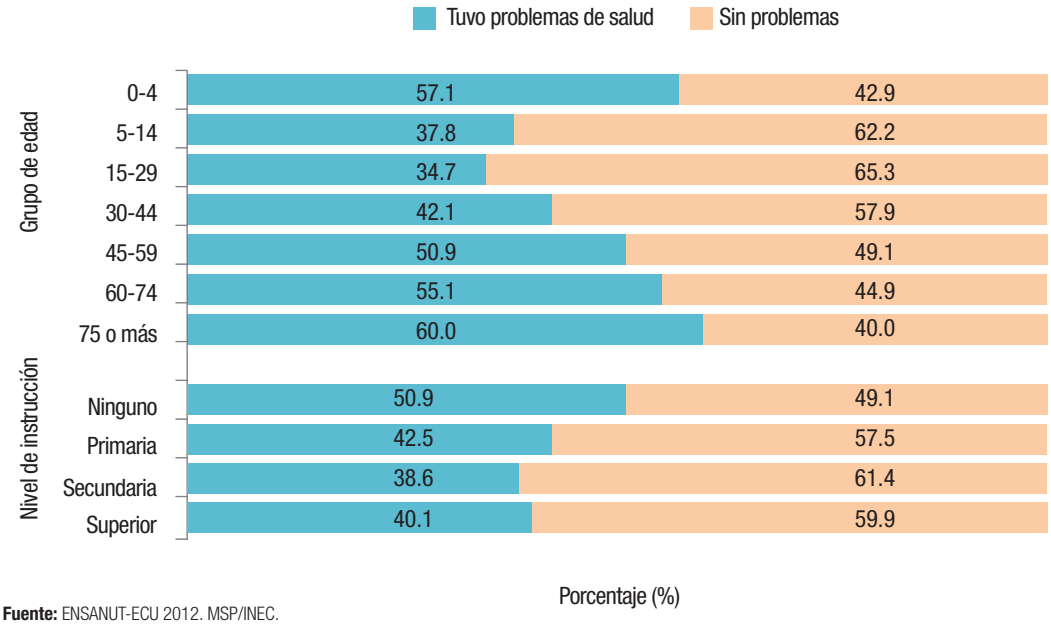
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

de Manabí (57.4 %), Guayas (55.1 %) y Santa Elena (55 %). Es decir, en estas tres provincias de la Costa una de cada dos personas dijeron tener problemas de salud en los últimos 30 días. Mientras que el menor porcentaje se encuentra en las provincias pertenecientes a la Sierra (Imbabura con 29.1 %, Orellana con 30.9 % y Bolívar con 32.3 %).

Los resultados presentados en el Cuadro 15.6 y el Anexo 15.8 indican que las mujeres son las que reportan, en mayor proporción, haber sido hospitalizadas en los últimos 12 meses (4.6 % versus 3.8 %), y haber tenido problemas de salud en los últimos 30 días (45.7 % frente a 39.7 %).

Al desglosar esta información por quintil económico se puede observar que el porcentaje de personas hospitalizadas en el período de referencia es mayor en los quintiles más ricos con respecto a quintiles más pobres (Q1: 3.6 % versus Q5: 5.2 %). Con relación a la presencia de problemas de salud desglosada por quintil económico se observa que el mayor porcentaje de personas que percibieron tener problemas de

Gráfico 15.7 **Problemas de salud durante los últimos 30 días según grupo de edad y nivel de instrucción**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

salud se encuentra en los quintiles más pobres y en el quintil intermedio (Q1: 43.9 %, Q2: 45.0 % y Q3: 45.8 %) (Cuadro 15.6 y Anexo 15.8).

Al desagregar los problemas de salud en los 30 días previos a la encuesta por edad actual (Gráfico 15.7 y Anexo 15.9), se observa que estos son altos en los primeros cinco años de vida y que, a partir de los 30 años de edad aumentan conforme incrementa la edad. Así, en el grupo de edad de 0 a 4 años el porcentaje es 57.1 %, mientras que a partir de la tercera década de la vida este porcentaje comienza a incrementarse y llega al 60 % a los 75 años. Similar comportamiento se observa con relación a la hospitalización, es decir, el porcentaje de personas que reportaron haber sido hospitalizadas en los últimos 12 meses, comienza a incrementarse a partir de los 30 años hasta llegar al 9.9 % en las mujeres y los hombres de 75 años o más.

Del mismo Gráfico y el mismo Anexo 15.8 se desprende que mientras menor es el nivel de instrucción mayor es la percepción de tener problemas de salud y mayor es el porcentaje de hospitalización (50.9 % versus 41.0 % y 6.0 % versus 5.1 %, respectivamente).

15.3.2.2 Tipo de problemas de salud

El Cuadro 15.7 y el Anexo 15.10 presentan el tipo de problemas de salud a nivel nacional y desagregado por área, grupo étnico y subregión. A nivel nacional, los principales problemas de salud reportados son los problemas respiratorios (21.9 %) y en un distante lugar las enfermedades clasificadas como otras[1] (8.6 %) y los problemas digestivos o vómito (5.4 %). Con respecto a la ENDEMAIN 2004 se puede apreciar que los problemas respiratorios han disminuido 2.9 puntos porcentuales, al pasar de 24.8 %, en 2004, a 21.9 %, en 2012. En general, se puede apreciar que la mayoría de los problemas de salud reportados en los últimos 30 días han disminuido con relación a los reportados en 2004 (CEPAR, 2005).

La información desagregada por área de residencia muestra que los problemas respiratorios son mayores en la población que reside en el área urbana 22.5 % respecto a la población que reside el área rural (20.5 %), estas diferencias son estadísticamente significativas (Cuadro 15.7 y Anexo 15.10). Las enfermedades clasificadas como otras también presentan diferencias estadísticamente significativas entre el área urbana y rural (7.8 % y 8.7 %, respectivamente). Para los demás problemas de salud reportados no existen diferencias significativas de acuerdo con el área de residencia.

En el mismo Cuadro 15.7 y el mismo Anexo 15.10 se presentan los principales problemas de salud desagregados por subregión. Se puede apreciar que la Costa presenta la mayor proporción de personas que reportaron problemas respiratorios en los 30 días previos a la entrevista (Costa urbana: 26.5 % y Costa rural: 25.0 %). Con relación a los problemas clasificados como

1 Incluye problemas dentales, del embarazo, óseos, enfermedades del hombre/mujer, enfermedades tradicionales y otras.

Cuadro 15.7 **Tipos de problemas de salud que afectaron a la población durante los últimos 30 días por área, subregión y grupo étnico**

Tipo de problemas de salud	Respiratorios	Cardiovasculares	Digestivos o vómito	De la piel	De los ojos	De nervios musculares	Psicológicos	Fracturas, heridas o golpes	Enfermedades crónicas**	Otro*	No tuvo problemas	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n
Área													
Urbana	22.5	1.1	5.3	0.7	0.4	1.9	0.3	0.7	2.0	7.8	56.8	100	52 692
Rural	20.5	0.9	5.6	0.9	0.5	2.0	0.2	0.7	1.3	8.7	58.1	100	37 398
Subregión													
Sierra urbana	19.8	0.8	5.5	0.8	0.4	1.3	0.3	0.5	1.5	6.7	62.5	100	19 081
Sierra rural	17.9	0.7	5.0	0.7	0.6	1.7	0.2	0.5	0.9	7.7	64.1	100	17 071
Costa urbana	26.5	1.2	5.6	0.9	0.5	2.9	0.3	0.9	2.8	11.0	47.3	100	13 460
Costa rural	25.0	1.2	6.5	1.2	0.4	2.8	0.2	0.9	2.0	12.9	46.9	100	6 330
Amazonía urbana	16.7	0.9	6.3	1.1	0.4	1.1	0.3	0.6	1.2	7.4	63.9	100	9 666
Amazonía rural	16.2	0.6	6.6	1.0	0.3	1.1	0.2	0.5	1.0	7.5	65.0	100	12 932
Galápagos	18.6	0.7	6.4	0.9	0.6	2.6	0.3	1.3	2.5	11.3	54.8	100	2 573
Quito	19.3	1.0	4.4	0.6	0.4	1.5	0.3	0.5	1.3	5.0	65.6	100	4 957
Guayaquil	24.1	1.4	5.3	0.5	0.3	1.7	0.2	0.6	2.3	9.3	54.2	100	4 020
Grupo étnico													
Indígena	15.0	0.6	5.4	0.7	0.7	1.5	0.1	0.7	0.5	7.4	67.5	100	10 949
Afroecuatoriano	22.6	1.4	4.3	0.7	0.2	2.6	0.4	0.7	2.1	8.0	57.0	100	3 662
Montuvio	25.0	1.6	7.3	1.0	0.4	2.9	0.3	0.9	2.3	12.7	45.6	100	2 889
Mestizo, blanco y otro	22.2	1.0	5.3	0.8	0.4	1.9	0.2	0.6	1.9	8.4	57.2	100	72 590
Total nacional	21.9	1.0	5.4	0.8	0.4	2.0	0.2	0.7	1.8	8.6	57.2	100	90 090

* Incluye problemas dentales, del embarazo, óseos, enfermedades del hombre/mujer, enfermedades tradicionales y otras.
** Hipertensión arterial, diabetes, obesidad, cáncer, artritis, otros tipos de cáncer.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 15.8 **Tipo de problemas de salud que afectan a la población durante los últimos 30 días por sexo, quintil económico, edad actual y nivel de instrucción**

Tipo de problemas de salud	Respiratorios	Cardiovasculares	Digestivos o vómito	De la piel	De los ojos	De nervios musculares	Psicológicos	Fracturas, heridas o golpes	Enfermedades crónicas**	Otro*	No tuvo problemas	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n
Sexo													
Hombre	22.4	0.9	5.2	0.9	0.5	1.8	0.2	0.8	1.3	5.8	60.3	43 674	100
Mujer	21.5	1.1	5.6	0.7	0.4	2.2	0.3	0.5	2.3	11.2	54.3	46 416	100
Quintil económico													
Q1 (Pobre)	22.4	0.9	6.0	1.0	0.3	2.4	0.2	0.6	1.3	9.0	56.1	23 950	100
Q2	23.1	1.1	5.4	0.9	0.5	2.0	0.2	0.7	1.6	9.5	55.0	20 695	100
Q3 (Intermedio)	23.3	1.0	5.4	0.8	0.5	2.0	0.3	0.8	2.2	9.7	54.2	17 533	100
Q4	21.1	1.1	5.5	0.6	0.4	1.8	0.3	0.8	2.0	8.1	58.2	15 139	100
Q5 (Rico)	19.8	1.0	4.6	0.6	0.4	1.7	0.3	0.4	1.9	6.6	62.6	12 563	100
Grupo de edad													
0-4	43.5	0.2	8.5	1.2	0.1	0.1	0.0	0.2	0.0	3.2	42.9	11 300	100
5-14	25.2	0.3	4.0	1.0	0.4	0.7	0.1	0.7	0.1	5.3	62.2	22 415	100
15-29	18.1	0.6	4.4	0.6	0.3	1.6	0.2	0.6	0.4	7.9	65.3	24 035	100
30-44	17.7	1.1	5.7	0.6	0.3	2.9	0.4	0.6	1.4	11.1	57.9	17 586	100
45-59	15.2	2.5	6.9	0.6	0.6	4.1	0.5	0.9	5.5	14.2	49.1	10 123	100
60-74	14.2	3.2	5.3	0.7	1.3	4.1	0.1	1.2	11.4	13.7	44.9	3 439	100
75 o más	13.2	6.1	5.4	1.6	1.8	4.1	0.4	0.9	11.1	15.5	40.0	1 184	100
Nivel de instrucción													
Ninguno	15.0	2.6	5.7	0.7	0.8	3.6	0.4	1.2	6.2	14.8	49.1	2 192	100
Primaria	20.5	1.2	5.1	0.8	0.5	2.3	0.2	0.8	2.2	9.0	57.5	38 576	100
Secundaria	18.0	0.9	4.5	0.6	0.5	2.0	0.3	0.7	1.6	9.5	61.4	29 473	100
Superior	18.7	1.2	5.7	0.5	0.5	2.4	0.3	0.6	1.9	8.4	59.9	8 496	100
Total nacional	21.9	1.0	5.4	0.8	0.4	2.0	0.2	0.7	1.8	8.6	57.2	90 090	100

* Incluye problemas dentales, del embarazo, óseos, enfermedades del hombre/mujer, enfermedades tradicionales y otras.
** Hipertensión arterial, diabetes, obesidad, cáncer, artritis, otros tipos de cáncer.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

otros (problemas dentales, del embarazo, óseos, enfermedades del hombre/mujer, enfermedades tradicionales y otras) se observa la mayor prevalencia en la Costa rural y Galápagos (12.9 % y 11.3 %, respectivamente). Mientras que, la mayor proporción de personas que reportaron enfermedades digestivas se encuentra en la Amazonía rural (6.6 %) y en la Costa rural (6.5 %).

Del mismo Cuadro y el mismo Anexo se desprende que los problemas respiratorios son en su mayoría reportados por los montuvios (25 %) y en menor proporción por los indígenas (15 %). En general, se observa que la población indígena es la que menos se ve afectada por los distintos problemas de salud, mientras que los montuvios son los que presentan la mayor prevalencia de enfermedades respiratorias (25 %), digestivas (7.3 %) y neuromusculares (2.9 %) (Cuadro 15.7 y Anexo 15.10).

El Cuadro 15.8 y el Anexo 15.11 presentan tipos de problemas de salud que afectan a la población durante los últimos 30 días desagregados por sexo, quintil económico, edad actual y nivel de instrucción.

Los datos por quintil económico muestran que los problemas respiratorios (Q1: 22.4 % versus Q5: 19.8 %) y los digestivos (Q1:6.0 % frente a Q5: 4.6 %) disminuyen conforme aumenta el quintil económico. Como es de esperarse, los niños de 0 a 4 años de edad son los que sufren en mayor proporción problemas respiratorios y digestivos (43.5 % y 8.5 %, respectivamente), mientras que las personas mayores de 59 años se ven afectadas en su mayoría por enfermedades crónicas (Cuadro 15.8 y Anexo 15.12).

La información desagregada por nivel de instrucción indica que la prevalencia de enfermedades crónicas aumenta conforme disminuye el nivel de educación (Cuadro 15.8 y Anexo 15.11).

Para una mayor desagregación de los tipos de problemas de salud que afectaron a la población en los últimos 30 días revisar los Anexos 15.10, 15.11 y 15.12.

Cuadro 15.9 **Primera acción tomada para resolver problemas de salud de la población que tuvo al menos un problema de salud durante los últimos 30 días por área, subregión y grupo étnico**

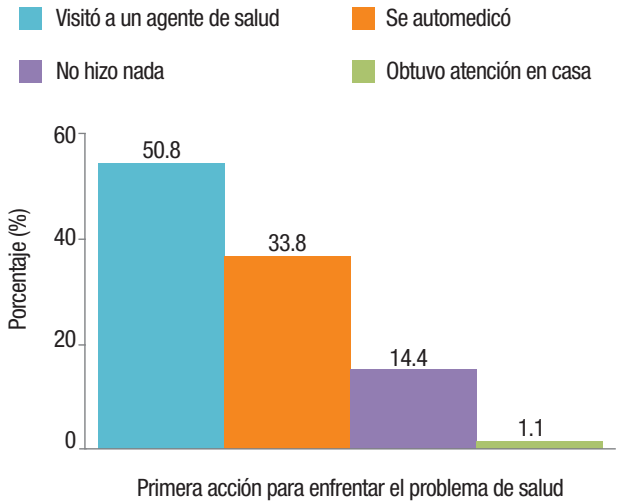
Primera acción tomada para resolver problemas de salud	Visitó a un agente de salud*	Obtuvo atención en casa	Se automedicó	No hizo nada	Total	
	%	%	%	%	n	%
Área						
Urbana	50.4	1.2	34.6	13.7	21 741	100
Rural	51.8	0.7	31.6	16.0	14 352	100
Subregión						
Sierra urbana	54.1	1.3	31.2	13.4	7 015	100
Sierra rural	53.0	0.9	31.3	14.8	6 103	100
Costa urbana	45.8	0.7	37.0	16.4	6 912	100
Costa rural	49.5	0.4	33.2	16.9	3 257	100
Amazonía urbana	54.6	0.5	28.2	16.7	3 529	100
Amazonía rural	58.3	0.9	23.7	17.1	4 578	100
Galápagos	49.7	0.6	32.3	17.4	1 153	100
Quito	55.0	1.9	31.3	11.8	1 702	100
Guayaquil	50.4	1.4	36.9	11.3	1 844	100
Grupo étnico						
Indígena	48.9	1.5	30.5	19.1	3 682	100
Afroecuatoriano	49.3	0.4	35.3	15.0	1 490	100
Montuvio	45.8	0.6	35.4	18.2	1 549	100
Mestizo, blanco y otro	51.4	1.1	33.7	13.8	29 372	100
Total nacional	50.8	1.1	33.8	14.4	36 093	100

* Incluye: visitó un dispensario médico, centro/subcentro/puesto de salud, consultó a un médico, enfermera, curandero, etc. o se internó en un hospital.

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.

Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 15.8 **Problemas de salud durante los últimos 30 días según nivel de instrucción y grupo de edad**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

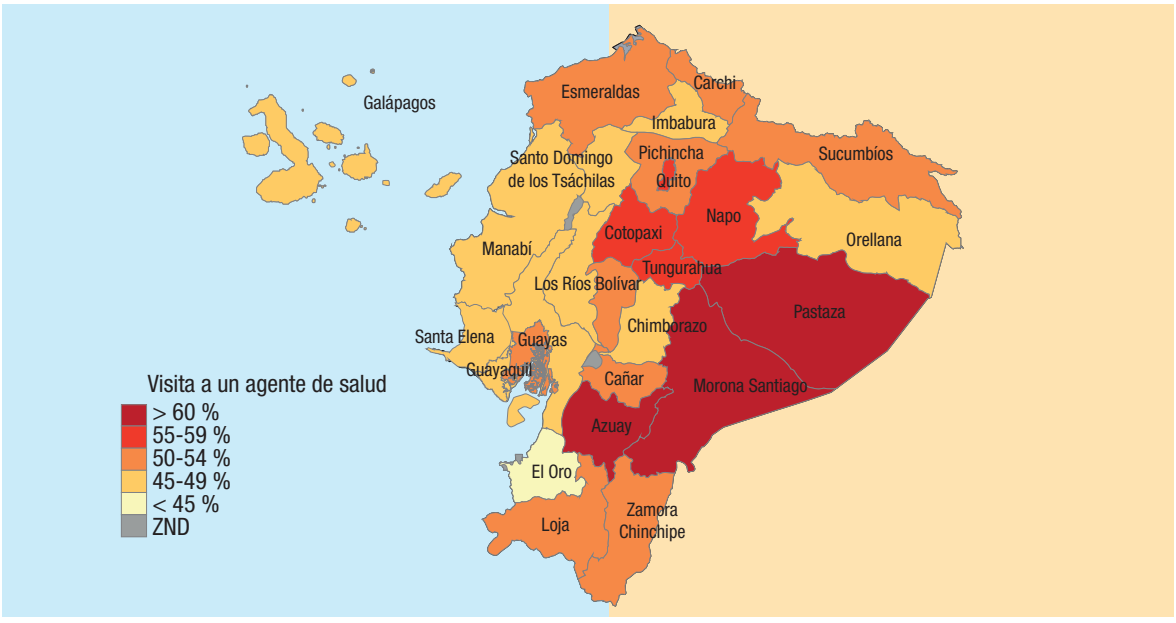
15.3.2.3 Acciones tomadas para resolver los problemas

Primera acción tomada para resolver problemas de salud

En el Cuadro 15.9 y el Anexo 15.13 se presenta información sobre la primera acción tomada por la población para resolver los problemas de salud, desglosada a nivel nacional, por área de residencia, grupo étnico y subregión. Los resultados muestran que a nivel nacional, el 50.8 % visitaron a un agente de salud, el 33.8 % se automedicaron, el 14.4 % no tomaron ninguna acción y el 1.1 % obtuvo atención en casa (Gráfico 15.8).

La información desagregada por área de residencia indica que las personas que viven en el área rural se automedicaron en menor proporción en comparación con las que residen en el área urbana (31.6 % versus 34.6 %, respectivamente). Los datos por subregión sugieren que el mayor porcentaje de personas que acudieron a un agente de salud se concentra en la Amazonía rural (58.3 %) y en Quito (55 %). Mientras el porcentaje más bajo se encuentra en la Costa urbana y la Costa rural (45.8 % y 49.5 %, respectivamente). La mayor

Gráfico 15.9 **Visita a un agente de salud para resolver problemas de salud en los últimos 30 días, por provincia**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 15.10 **Primera acción tomada para resolver problemas de salud de la población que tuvo al menos un problema de salud durante los últimos 30 días por sexo, nivel de instrucción, quintil económico y grupo de edad**

Primera acción tomada para resolver problemas de salud	Visitó a un agente de salud*	Obtuvo atención en casa	Se automedicó	No hizo nada	Total	
	%	%	%	%	n	%
Sexo						
Hombre	48.1	1.1	36.3	14.5	16 356	100
Mujer	53.0	1.1	31.7	14.2	19 737	100
Nivel de instrucción						
Ninguno	54.5	1.1	28.0	16.4	1 073	100
Primaria	50.0	0.8	34.1	15.1	15 106	100
Secundaria	42.4	1.2	39.7	16.6	10 435	100
Superior	49.4	2.2	33.7	14.6	3 198	100
Quintil económico						
Q1 (Pobre)	49.1	0.7	34.7	15.5	9 532	100
Q2	47.9	0.6	36.3	15.2	8 541	100
Q3 (Intermedio)	51.6	0.8	33.0	14.6	7 326	100
Q4	51.1	0.9	33.4	14.6	5 926	100
Q5 (Rico)	55.1	2.7	30.9	11.3	4 631	100
Grupo de edad						
0-4	69.7	0.7	22.2	7.3	6 250	100
5-14	51.8	0.9	33.5	13.8	7 860	100
15-29	39.8	1.1	41.1	18.0	7 666	100
30-44	44.3	1.3	38.0	16.4	6 845	100
45-59	49.7	1.1	34.0	15.2	4 903	100
60-74	59.7	0.8	27.0	12.5	1 843	100
75 o más	60.5	3.6	23.1	12.9	723	100
Total nacional	50.8	1.1	33.8	14.4	36 093	100

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

proporción de personas que se automedicaron se encuentra en la Costa urbana (37.0 %) y en Guayaquil (36.9 %).

Al desagregar la información por grupo étnico, se observa que los montuvios presentan los porcentajes más bajos de acudir a un agente de salud y los más altos de automedicación (45.8 % y 35.4 %, respectivamente). El grupo étnico que presenta la mayor proporción de personas que no hacen nada frente a los problemas de salud son los indígenas (19.1 %), mientras que los que más visitan a un agente de salud son los mestizos, blancos u otros (Cuadro 15.9 y Anexo 15.13).

El Gráfico 15.9 y el Anexo 15.13 presentan la prevalencia de visitas a un agente de salud para resolver los problemas de salud en los últimos 30 días, por provincias. Además, se desprende que las personas que habitan en las provincias de Morona Santiago y Pastaza son las que acuden a un agente de salud en mayor proporción (67.9 % y 62.7 %, respectivamente). Mientras que la menor proporción de personas que visitan a un agente de salud se encuentra en las provincias de El Oro y Guayas (43.9 % y 46.5 %, respectivamente).

El Cuadro 15.10 y los Anexos 15.14 y 15.15 presentan la primera acción tomada por la población para resolver los problemas de salud desagregada por sexo, nivel de instrucción, quintil económico, condición de actividad económica y grupo de edad. La información por sexo refleja que las mujeres son las que acuden a un agente de salud en mayor proporción con respecto a los hombres (53.0 % versus 48.1 %, respectivamente). Mientras que los hombres son los que poseen el porcentaje más alto de haberse automedicado (36.3 %), 4.6 puntos porcentuales por encima de las mujeres (31.7 %).

Del mismo cuadro y del Anexo 15.14 se desprende que las personas con educación secundaria son las que menos visitan a un

agente salud (42.4 %) y aquellas que no tienen ningún nivel de instrucción son las que menos se automedican (28 %). Con relación al quintil económico se observan similares proporciones para todas las acciones tomadas para resolver los problemas de salud, con excepción de la visita a los agentes de salud y el no hacer nada frente al problema de salud. Así, se observa que los quintiles más ricos son los que buscan en mayor proporción una atención para su enfermedad. Por otro lado, se observa que la cantidad de personas que declaran no hacer nada frente al problema de salud disminuye conforme aumenta el nivel socioeconómico (Q5: 11.3 % frente a Q1: 15.5 %) (Cuadro 15.10 y Anexo 15.14).

Al desagregar la información por edad (Cuadro 15.10 y Anexo 15.15) se puede apreciar que la cantidad de personas que visitan un agente de salud es más alta durante los primeros años de vida y a partir del cuarto decenio de la vida (0 a 4 años: 69.7 %, 30 a 44 años: 44.3 %, 75 años o más: 60.5 %). Además, se observa que el porcentaje de personas que se automedican es alto en las edades intermedias y bajo entre jóvenes y adultos mayores (0 a 4 años: 22.2 %, 15 a 29 años: 41.1 %, 75 años o más: 23.1 %).

Número de visitas a establecimientos de salud de la población que tuvo al menos un problema de salud durante los últimos 30 días

A nivel nacional, el 47.6 % de las personas no realizó ninguna visita a un establecimiento de salud en los últimos 30 días; el 49.0 % realizó una visita; el 2.7 %, dos visitas; y menos del 1 % realizó tres o más visitas (Cuadro 15.11 y Anexo 15.16). En la ENDEMAIN 2004 se reportó que el 58.5 % no realizó ninguna visita; el 36.3 %, una visita; el 4.5 %, dos visitas; y el 0.7 %, tres o más visitas (CEPAR, 2005). Es decir, en el transcurso de 8 años aumentó el porcentaje de personas que visitan los establecimientos de salud en 10.9 puntos porcentuales, asimismo, el porcentaje de personas enfermas que acuden por lo menos una vez a un establecimiento de salud aumentó en 12.7 puntos porcentuales (Gráfico 15.10).

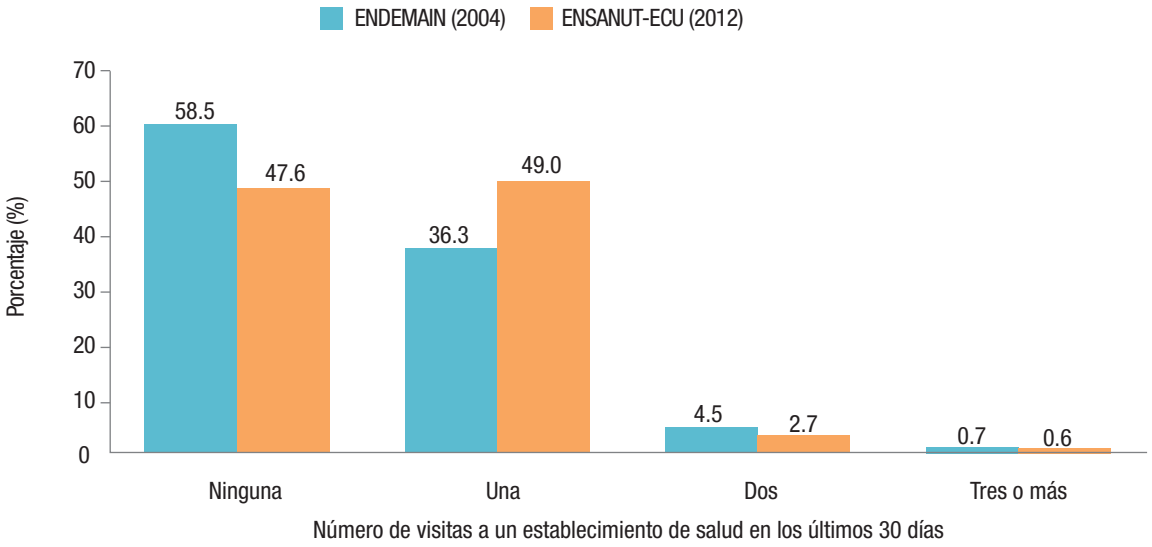
Del mismo Cuadro y el mismo Anexo se desprende que el número de visitas a los establecimientos de salud es similar entre el área urbana y el área rural. Con respecto a la subregión, se observa que la mayor proporción de personas que tuvo al menos un problema de

Cuadro 15.11 **Número de visitas a establecimientos de salud de la población que tuvo al menos un problema de salud durante los últimos 30 días por área, subregión y grupo étnico**

Número de visitas a establecimientos de salud	Ninguna	Una	Dos	Tres o más	Total	
	%	%	%	%	n	%
Área						
Urbana	47.8	48.5	3.0	0.7	21 741	100
Rural	47.2	50.3	2.0	0.5	14 352	100
Subregión						
Sierra urbana	44.0	52.5	2.9	0.6	7 015	100
Sierra rural	45.7	51.0	2.6	0.7	6 103	100
Costa urbana	53.3	44.3	2.0	0.4	6 912	100
Costa rural	49.8	48.5	1.4	0.3	3 257	100
Amazonía urbana	44.2	52.8	2.4	0.6	3 529	100
Amazonía rural	40.7	56.5	2.3	0.6	4 578	100
Galápagos	49.4	46.5	3.7	0.4	1 153	100
Quito	42.5	52.3	4.6	0.7	1 702	100
Guayaquil	47.2	48.3	3.3	1.2	1 844	100
Grupo étnico						
Indígena	49.5	47.5	2.2	0.8	3 682	100
Afroecuatoriano	50.1	47.0	2.5	0.3	1 490	100
Montuvio	53.3	44.4	1.8	0.4	1 549	100
Mestizo, blanco y otro	46.9	49.6	2.8	0.7	29 372	100
Total nacional	47.6	49.0	2.7	0.6	36 093	100

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 15.10 **Número de visitas a un establecimiento de salud en los últimos 30 días, comparativo ENDEMAIN 2004 y ENSANUT-ECU 2012**



Fuente: ENDEMAIN 2004. CEPAR/ ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 15.12 **Número de visitas a establecimientos de salud de la población que tuvo al menos un problema de salud durante los últimos 30 días por sexo, quintil económico y grupo de edad**

Número de visitas a establecimientos de salud	Ninguna	Una	Dos	Tres o más	Total	
	%	%	%	%	n	%
Sexo						
Hombre	50.3	46.6	2.5	0.6	16 356	100
Mujer	45.4	51.0	2.9	0.7	19 737	100
Quintil económico						
Q1 (Pobre)	50.1	47.4	2.0	0.5	9 532	100
Q2	50.9	46.6	1.9	0.6	8 541	100
Q3 (Intermedio)	47.0	49.8	2.6	0.6	7 326	100
Q4	47.5	48.8	3.2	0.6	5 926	100
Q5 (Rico)	41.7	53.3	4.1	1.0	4 631	100
Grupo de edad						
0-4	29.0	66.9	3.5	0.6	6 250	100
5-14	46.8	51.3	1.7	0.3	7 860	100
15-29	58.6	39.4	1.7	0.3	7 666	100
30-44	53.9	42.1	3.3	0.7	6 845	100
45-59	48.8	46.9	3.3	1.1	4 903	100
60-74	39.4	55.3	3.5	1.8	1 843	100
75 o más	35.8	58.9	4.1	1.2	723	100
Total nacional	47.6	49.0	2.7	0.6	36 093	100

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

salud en los últimos 30 días y que no acudió a un establecimiento de salud se encuentra en la Costa urbana y la Costa rural (53.3 % y 49.8 %, respectivamente) y en Galápagos (49.4 %). Por otro lado, la mayor proporción de personas que tuvieron al menos un problema de salud y que visitaron por lo menos una vez un establecimiento de salud se encuentra en la Amazonía urbana y la Amazonía rural (52.8 % y 56.5 %, respectivamente) (Cuadro 15.11 y Anexo 15.16).

El grupo étnico que menos visitó un establecimiento de salud frente a una enfermedad en los últimos 30 días fue el montuvio (53.3 %); mientras que el que tiene el mayor número de visitas es el de mestizos, blancos u otros (Cuadro 15.11 y Anexo 15.16).

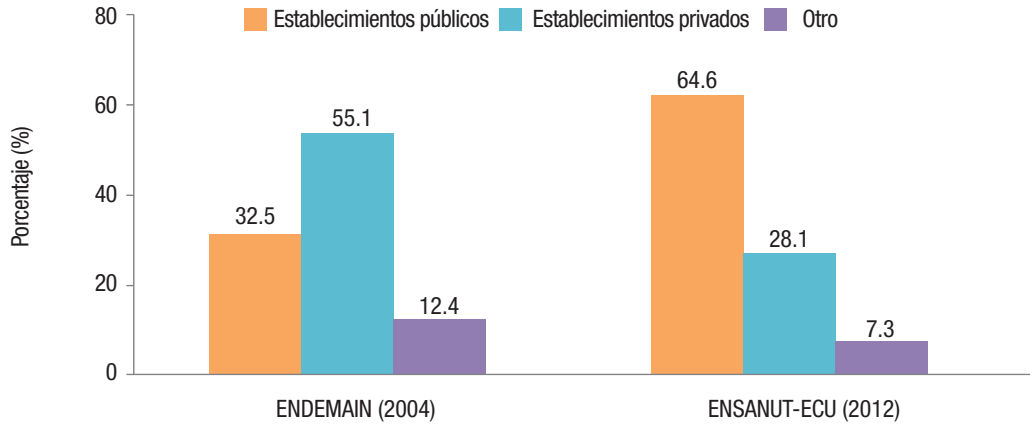
El Cuadro 15.12 y los Anexos 15.17 y 15.18 presentan el número de visitas a establecimientos de salud de la población que tuvo al menos un problema de salud durante los últimos 30 días, desglosado por nivel de instrucción, sexo, quintil económico, y grupo de edad. En resumen, los resultados indican que el sexo masculino, los quintiles más pobres (Q1 y Q2) y las edades intermedias son los que visitaron en menor proporción los establecimientos de salud a pesar de haber presentado al menos un problema de salud. Para un mayor desglose de esta información revisar los anexos 15.16, 15.17 y 15.18.

Tipo de establecimiento visitado para resolver los problemas de salud

A las personas que respondieron que tuvieron un problema de salud y que acudieron a algún establecimiento de salud se les preguntó qué tipo de establecimiento visitaron. El Gráfico 15.12 agrupa los tipos de establecimientos de salud en tres categorías de acuerdo con el reporte ENDEMAIN 2004 para esta sección: *Establecimientos públicos* (hospital público, centro de salud público y subcentro/puesto de salud y hospital/clínica dispensario IESS), *Establecimientos privados* (hospital/clínica privada, farmacia y consultorio médico/dental/homeópata) y *Otros* (fundación/ONG y otro[2]). Así, se observa que a nivel nacional en el transcurso de 8 años el porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud públicos aumentó 32.1 puntos porcentuales, de 32.5 % en 2004 a 64.6 % en 2012. Mientras que el porcentaje de personas que visitaron un establecimiento privado se redujo 27 puntos porcentuales, al pasar de 55.1 %, en 2004, a 28.1 %, en 2012.

Al desagregar esta información por área (Gráfico 15.12 y Cuadro 15.13) se puede apreciar que el porcentaje de personas que acudieron a establecimientos públicos es mayor en el área rural (75.2 %) con respecto al área urbana (59.9 %). Dentro de los establecimientos públicos

Gráfico 15.11 **Lugar a donde acudió para enfrentar el problema de salud (últimos 30 días)***



* Para este indicador se consideró en el denominador a la población que visitó a un agente de salud, cálculo realizado por el INEC basado en la base de datos ENDEMAIN 2004.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

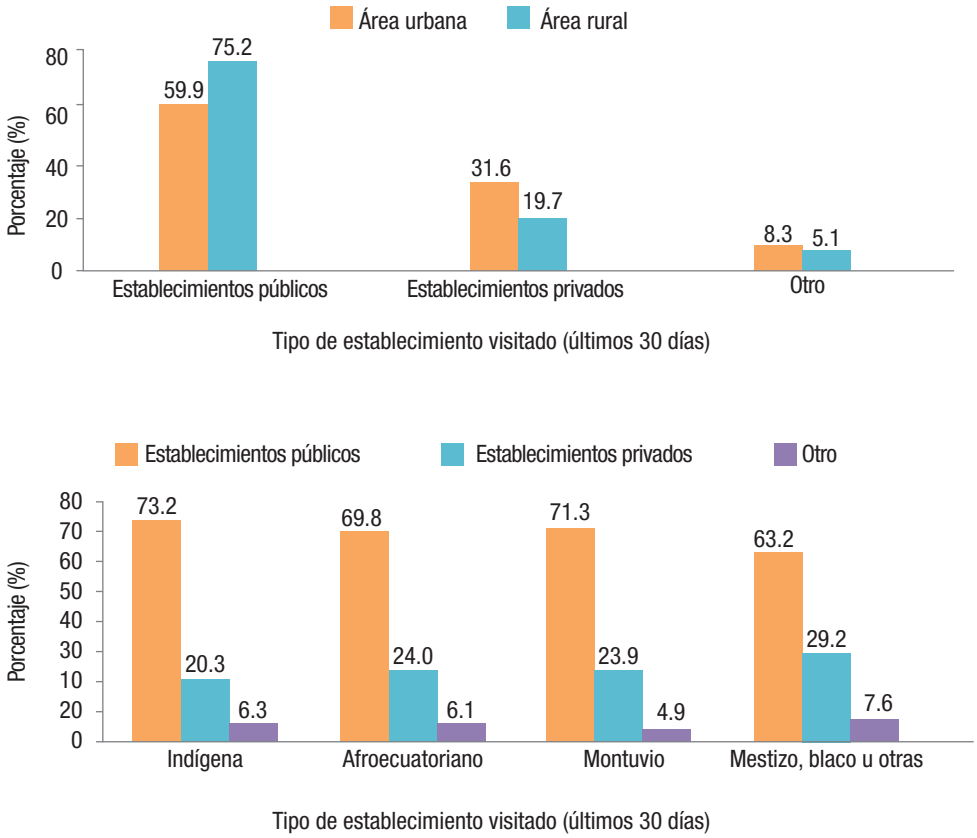
2 Incluye hospitales de FF. AA./Policía, Junta de Beneficencia, Consejo Provincial/unidad municipal de salud, centros naturistas, curandero/sobador/partera y otros.

Cuadro 15.13 **Tipo de establecimiento visitado para resolver los problemas de salud por área, subregión y grupo étnico (población que tuvo al menos un problema de salud en 30 días previos a entrevista)**

Tipo de establecimiento para resolver los problemas de salud	Hospital público	Centro de salud público	Subcentro, puesto de salud público	Hospital/clínica, dispensario IESS	Hospital/clínica privada	Fundación/ ONG	Farmacia	Consultorio médico/ dental/ homeópata	Otro*	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n	%
Área											
Urbana	15.5	13.4	18.3	12.7	16.3	2.7	0.9	14.4	5.6	11 065	100
Rural	13.2	12.6	35.8	13.6	8.7	1.8	0.9	10.1	3.3	7 613	100
Grupo étnico											
Indígena	11.6	18.1	37.2	6.3	5.0	1.5	1.6	13.7	4.8	1 924	100
Afroecuatoriano	14.5	18.9	25.7	10.7	10.3	3.6	0.1	13.6	2.5	761	100
Montuvio	14.0	11.2	33.1	13.0	13.1	2.2	0.0	10.8	2.7	708	100
Mestizo, blanco y otro	15.1	12.7	21.9	13.5	14.9	2.4	1.0	13.3	5.2	15 285	100
Subregión											
Sierra urbana	14.0	14.6	16.8	13.4	15.1	2.2	2.6	16.1	5.3	3 752	100
Sierra rural	12.3	16.7	31.8	12.4	8.4	1.6	1.5	11.6	3.7	3 169	100
Costa urbana	19.1	8.5	26.6	12.7	15.4	2.6	0.4	11.3	3.3	3 138	100
Costa rural	13.9	8.6	36.8	16.5	9.6	2.1	0.3	9.3	2.8	1 592	100
Amazonía urbana	21.1	9.6	28.3	9.3	11.7	1.2	0.6	11.9	6.3	1 942	100
Amazonía rural	9.0	11.7	58.0	7.0	5.3	0.6	0.8	4.1	3.5	2 649	100
Galápagos	58.5	0.6	4.8	19.2	8.0	0.5	0.2	5.0	3.3	571	100
Quito	11.5	16.5	10.0	14.5	15.3	2.2	1.1	21.4	7.4	935	100
Guayaquil	15.1	16.5	14.2	11.0	19.7	3.8	0.1	12.3	7.2	930	100
Total nacional	14.9	13.1	23.5	13.0	14.1	2.4	0.9	13.2	4.9	18 678	100

*Incluye hospitales de FF. AA./Policía, Junta de Beneficencia, Consejo Provincial/unidad municipal de salud, centros naturistas, curandero/sobador/partera y otros.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 15.12 **Lugar a donde acudió para enfrentar el problema de salud (últimos 30 días), por área de residencia y grupo étnico***

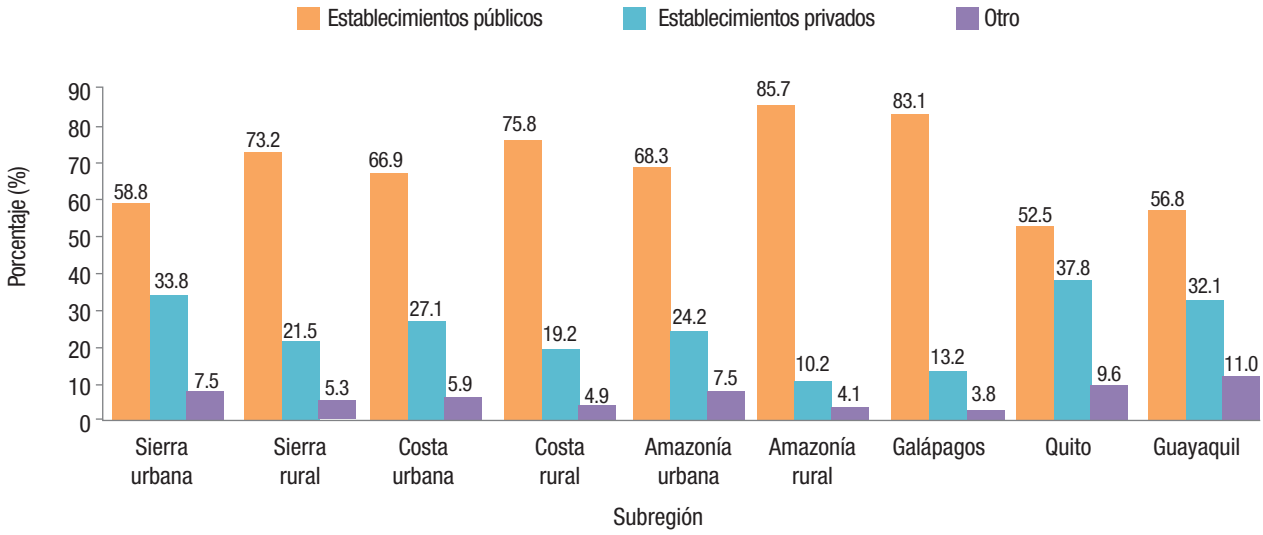


* Establecimientos públicos (hospital público, centro de salud público y subcentro/puesto de salud y hospital/clínica dispensario IESS), Establecimientos privados (hospital/clínica privada, farmacia y consultorio médico/dental/homeópata) y Otros (fundación/ONG y Otro)

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.

Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 15.13 **Lugar a donde acudió para enfrentar el problema de salud (últimos 30 días), por subregión***

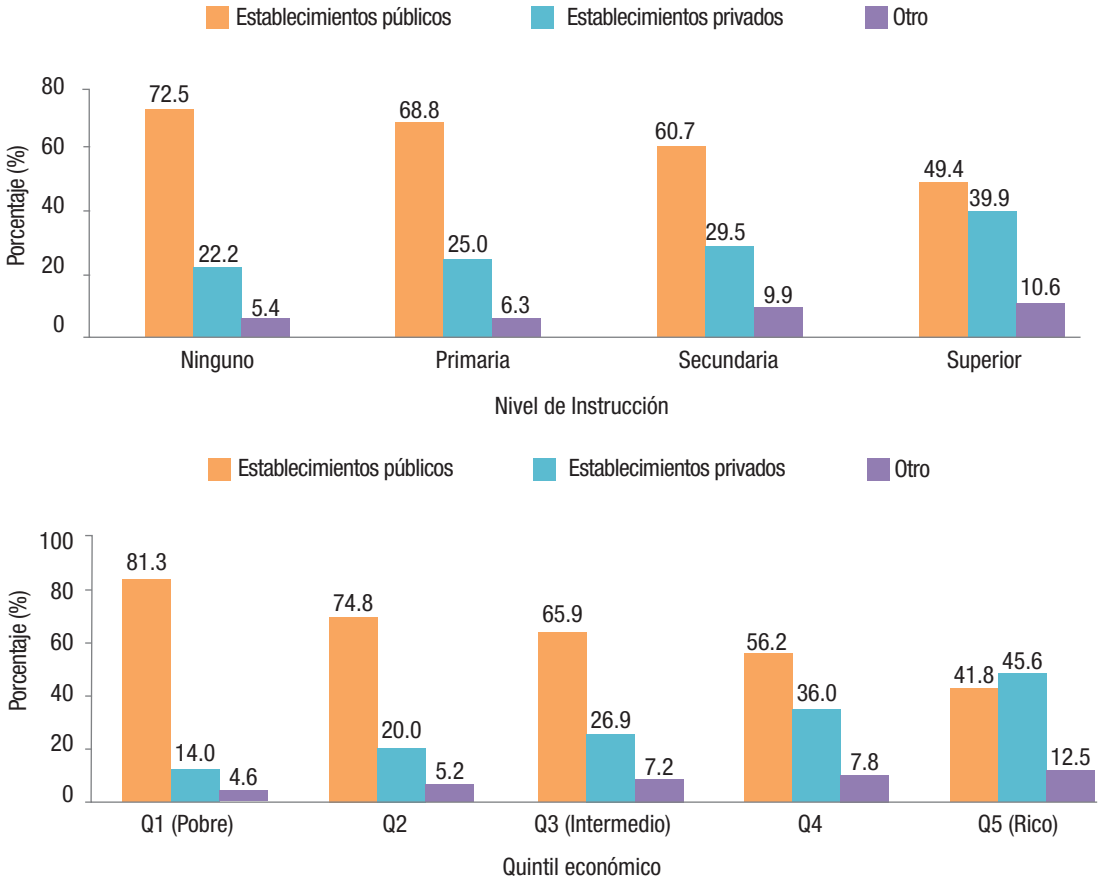


* Establecimientos públicos (hospital público, centro de salud público y subcentro/puesto de salud y hospital/clínica dispensario IESS), Establecimientos privados (hospital/clínica privada, farmacia y consultorio médico/dental/homeópata) y Otros (fundación/ONG y Otro).

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.

Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 15.14 **Lugar a donde acudió para enfrentar el problema de salud (últimos 30 días), por nivel de instrucción y quintil económico***



* Establecimientos públicos (hospital público, centro de salud público y subcentro/puesto de salud y hospital/clínica dispensario IESS), Establecimientos privados (hospital/clínica privada, farmacia y consultorio médico/dental/homeópata) y Otros (fundación/ONG y Otro)
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

más visitados en el área rural y urbana es el subcentro o puesto de salud público (35.8 % y 18.3 %, respectivamente). Además, se puede observar que el porcentaje de personas que acudieron a establecimientos privados y a otros (fundación/ONG, hospitales de FF. AA./Policía, Junta de Beneficencia, Consejo Provincial/ unidad municipal de salud, centros naturistas, curandero/sobador/partera y otros) es mayor en el área urbana con respecto al área rural (Cuadro 15.13 y Anexo 15.19).

Los resultados por grupo étnico muestran que los indígenas son los que más acudieron a establecimientos públicos en los últimos 30 días (73.2 %), seguidos por los montuvios (71.3 %) y los afroecuatorianos (69.8 %). Los establecimientos privados fueron más visitados por los mestizos, blancos u otros (29.2 %) (Gráfico 15.12).

La Amazonía rural y Galápagos son las subregiones con el mayor el porcentaje de personas que acudieron a establecimientos públicos (85.7 % y 83.1 %, respectivamente) y con el menor porcentaje de personas que visitaron establecimientos privados (4.1 % y 3.8 %, respectivamente). Mientras que Quito y Guayaquil son las que presentan la mayor proporción de personas que acudieron a establecimientos privados (37.8 % y 32.1 %) y la menor proporción de personas que visitaron establecimientos públicos (52.5 % y 56.8 %, respectivamente) (Gráfico 15.13).

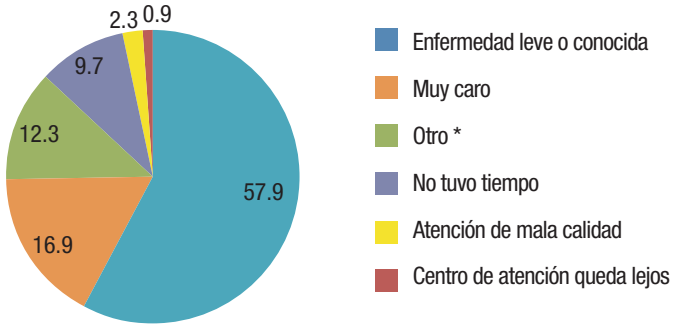
En el Gráfico 15.14, el Cuadro 15.14 y el Anexo 15.20 se presenta la información desglosada por quintil económico y nivel de instrucción. El porcentaje de personas que acuden a establecimientos públicos disminuye conforme aumenta el quintil económico y el nivel de educación. Así, las personas que se encuentran en el quintil más pobre y las que no tienen ninguna instrucción formal son las que visitan en mayor proporción los establecimiento públicos (81.3 % y 72.5 %, respectivamente) frente a las que se encuentran en el quintil más rico y que tienen un mayor nivel de educación (41.8 % y 49.4 %, respectivamente).

Cuadro 15.14 **Tipo de establecimiento visitado para resolver los problemas de salud, según nivel de instrucción y quintil económico (población que tuvo al menos un problema de salud en 30 días previos a entrevista)**

Tipo de establecimiento para resolver los problemas de salud	Hospital público	Centro de salud público	Subcentro, puesto de salud público	Hospital/clínica, dispensario IESS	Hospital/ clínica privada	Fundación/ ONG	Farmacia	Consultorio médico/ dental/homeópata	Otro*	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n	%
Nivel de instrucción											
Ninguno	20.8	12.8	27.3	11.6	11.3	1.9	0.8	10.1	3.5	559	100
Primaria	16.9	13.7	25.8	12.4	12.3	2.4	0.9	11.8	3.9	7 584	100
Secundaria	14.1	11.9	19.4	15.3	14.1	2.7	1.2	14.2	7.2	4 575	100
Superior	9.6	5.6	8.4	25.8	20.1	2.4	0.8	19.0	8.2	1 667	100
Quintil económico											
Q1 (Pobre)	17.6	14.3	40.0	9.4	6.0	2.0	0.7	7.3	2.6	4 781	100
Q2	16.6	15.1	31.4	11.7	10.1	2.3	0.9	9.0	2.9	4 355	100
Q3 (Intermedio)	17.5	14.4	24.0	10.0	13.8	2.5	0.8	12.3	4.7	3 747	100
Q4	13.2	14.1	14.3	14.6	18.9	2.9	0.8	16.3	4.9	3 116	100
Q5 (Rico)	8.7	7.2	6.1	19.8	22.5	2.6	1.4	21.7	9.9	2 595	100
Total nacional	14.9	13.1	23.5	13.0	14.1	2.4	0.9	13.2	4.9	18 678	100

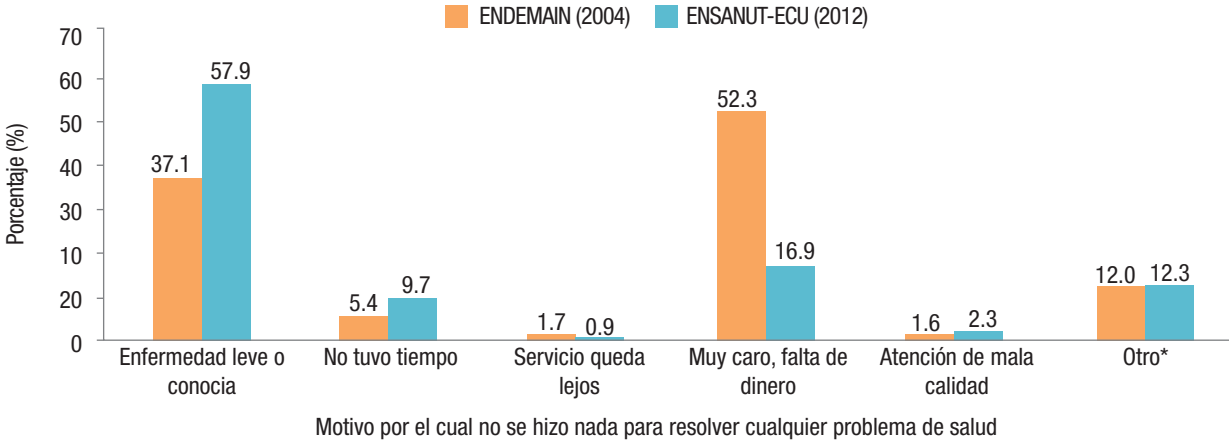
*Incluye hospitales de FF. AA./Policía, Junta de Beneficencia, Consejo Provincial/unidad municipal de salud, centros naturistas, curandero/sobador/partera y otros.Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 15.15 **Motivo por el que no hizo nada para resolver cualquier problema de salud a nivel nacional (%)**



* Incluye *No pudo dejar la casa o los niños.*
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 15.16 **Motivo por el que no hizo nada para resolver cualquier problema de salud a nivel nacional, comparación ENDEMAIN 2004 y ENSANUT-ECU 2012**



* Incluye *No pudo dejar la casa o a los niños.*
Fuente: ENDEMAIN 2004. CEPAR/ ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 15.15 **Motivo por el que no hizo nada para resolver cualquier problema de salud por área, subregión y grupo étnico (población que tuvo al menos un problema de salud en 30 días previos a entrevista)**

Motivo por el que no hizo nada para resolver problema de salud	Enfermedad o accidente leve, conoce la enfermedad	No tuvo tiempo	Centro de atención queda lejos	Muy caro, falta de dinero	Atención de mala calidad	Otro*	Total	
	%	%	%	%	%	%	n	%
Área								
Urbana	58.9	9.9	0.2	16.2	2.2	12.6	3 189	100
Rural	55.6	9.1	2.4	18.5	2.6	11.9	2 344	100
Grupo étnico								
Indígena	49.4	12.6	3.4	21.1	3.2	10.4	705	100
Afroecuatoriano	51.0	13.5	0.3	14.5	3.0	17.6	239	100
Montuvio	51.9	7.5	2.2	22.7	4.4	11.2	273	100
Mestizo, blanco y otro	59.6	9.4	0.6	16.1	2.0	12.3	4 316	100
Total nacional	57.9	9.7	0.9	16.9	2.3	12.3	5 533	100

* Incluye *No pudo dejar la casa o a los niños.*
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Además, se observa en el mismo Gráfico 15.15 y Cuadro 15.14 que el porcentaje de personas que visitaron establecimientos privados y los lugares categorizados como *Otros*[3] es mayor en los quintiles más ricos y en aquellas personas que cuentan con mayor nivel de instrucción (Q5: 45.6 % y 12.5 % y superior: 39.9 % y 10.6 %) con respecto a los quintiles más pobres y a las personas con ninguna instrucción formal (Q1:14.0 % y 4.6 % y ninguno: 22.2 % y 5.4 %).

Para un mayor desglose sobre los tipos de establecimientos visitados para resolver los problemas de salud revisar los Anexos 15.19 y 15.20.

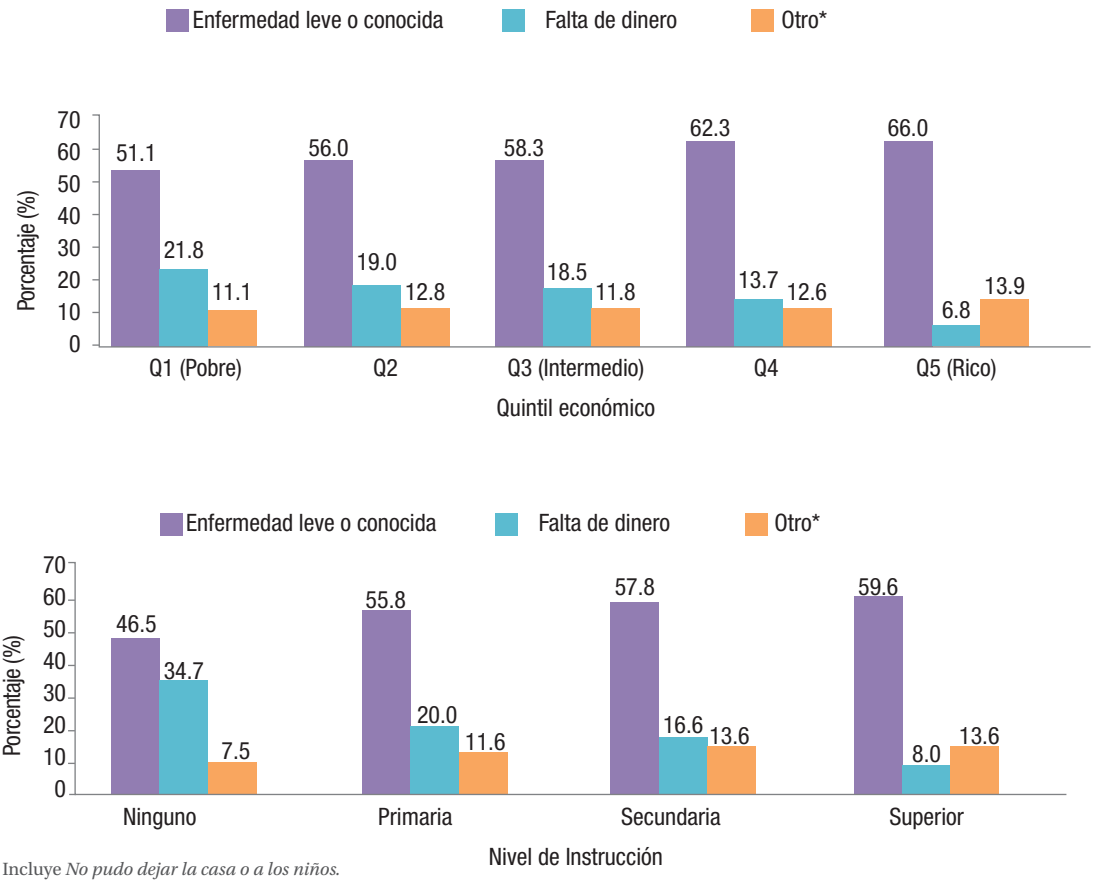
Motivo por el que no hizo nada para resolver cualquier problema de salud

Como se mencionó con anterioridad, 14.4 % de las personas que tuvieron algún problema de salud en el último mes, no tomó ninguna acción para resolverlo. A estas personas se les preguntó la razón por la cual no tomó ninguna acción. A nivel nacional el 57.9 % respondieron que el motivo era porque tenían una enfermedad que consideraban leve o porque conocían la enfermedad, el 16.9 % respondieron que por falta de dinero o era muy caro y el 12.3 % porque otros motivos como el no haber podido dejar la casa o a los niños (Gráfico 15.15 y Anexo 15.21).

Con relación a 2004, es importante notar, como se observa en el Gráfico 15.16, que el porcentaje de personas que no hicieron nada para resolver un problema de salud debido a que consideraron que el servicio era muy caro se ha reducido 35.4 puntos porcentuales, de 52.3 %, en el año 2004, a 16.9 %, en 2012.

Al desagregar la información por área (Cuadro 15.15 y Anexo 15.21) se puede observar que los porcentajes son muy similares, mientras que al desglosar por grupo étnico se observan

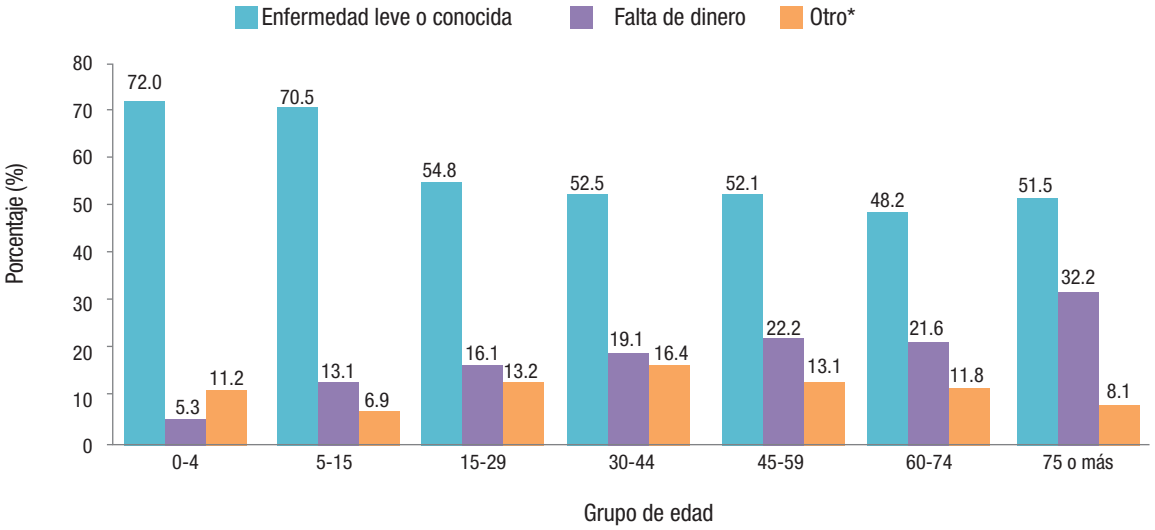
Gráfico 15.17 **Motivo por el que no hizo nada para resolver cualquier problema de salud por quintil económico y nivel de instrucción**



* Incluye *No pudo dejar la casa o a los niños.*
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC, ENDEMAIN 2004.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

3 Incluye Hospitales FF. AA./Policía, Junta de Beneficencia, Consejo Provincial/unidad municipal de salud, centros naturistas, curandero/sobador/partera y otros.

Gráfico 15.18 **Motivo por el que no hizo nada para resolver cualquier problema de salud por grupo de edad**



* Incluye *No pudo dejar la casa o a los niños.*
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC, ENDEMAIN 2004.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

algunas diferencias. Así, se puede apreciar que el porcentaje de personas que no se trató la enfermedad porque les hacía falta dinero o era muy caro es mayor entre el grupo étnico montuvio (22.7 %) e indígena (20.7 %); y el porcentaje de personas que no se trató porque consideraron que su enfermedad era leve o conocida es mayor entre los mestizos, blancos u otros (59.6 %).

Además, al analizar los tres principales motivos por los que no se trató la enfermedad por quintil económico y nivel de instrucción, se observa que el porcentaje de personas que consideraron que la enfermedad era leve o conocida y/o porque consideraron que el servicio era caro o por falta de dinero aumenta conforme incrementa el quintil económico y el nivel de educación formal. Por otro lado, como es de esperarse la proporción de personas que no hicieron nada por falta de recursos económicos disminuye conforme incrementa el nivel socioeconómico (Q1:21.8 % versus Q5:6.8 %) y el nivel de educación (ninguno: 34.7 % frente a superior: 8.0 %) (Gráfico 15.17 y Anexo 15.22).

Al desagregar estos motivos por grupos de edad (Gráfico 15.18 y Anexo 15.23) se puede apreciar que el porcentaje de personas que no hizo nada frente a un problema de salud porque lo consideraron era una enfermedad leve o conocida disminuye progresivamente conforme avanza la edad (0 a 4 años: 72.0 %, 74 años o más: 51.5 %). Al contrario, de las personas que no hicieron nada por falta de dinero que aumenta conforme incrementa el grupo de edad.

Para una mayor desagregación de los motivos por los que la población no tomó ninguna acción frente a un problema de salud en el último mes revisar los Anexos 15.21, 15.22 y 15.23.

15.3.2.4 Solución a los problemas de salud

En esta sección se especifica la secuencia en el tiempo de las acciones tomadas para resolver los problemas de salud en los últimos 30 días, especificando el tipo de acciones y el resultado de las mismas. Los hallazgos analizan el primer problema de salud que las personas entrevistadas tuvieron en el último mes. Se clasifica como el primer problema a la enfermedad más grave o que produjo el mayor gasto.

Primer problema de salud

i.Primera acción

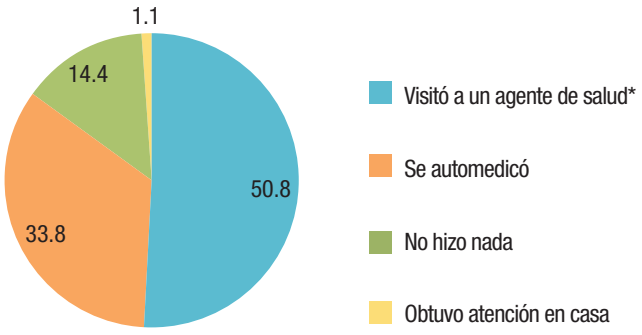
El Cuadro 15.18 y el Anexo 15.24 presentan la primera acción tomada para resolver el primer problema de salud durante los 30 días previos a la entrevista a nivel nacional y desagrega esta información por área, subregión y grupo étnico. A nivel nacional, el 50.8 % de las personas que tomaron alguna acción respondieron que visitó a un agente de salud primero (incluye hospital/centro/subcentro de salud y tuvo que internarse en un hospital o clínica), el 33.8 % se automedicó primero, el 14.4 % no hizo nada y el 1.1 % obtuvo atención en casa. Como resultado de esta primera acción, se observa que el 24.1 % reporta no haberse curado (Gráfico 15.19 y Cuadro 15.24).

Cuadro 15.16 **Primera acción tomada para resolver el primer problema de salud durante los últimos 30 días por área, grupo étnico, sexo y quintil económico (población que tuvo al menos un problema de salud en 30 días previos a entrevista)**

Primera acción tomada para resolver problemas de salud	Visitó a un agente de salud*	Obtuvo atención en casa	Se automedicó	No hizo nada	Total		No se curó
	%	%	%	%	n	%	%
Área							
Urbana	50.4	1.2	34.6	13.7	21 741	100	24.1
Rural	51.8	0.7	31.6	16.0	14 352	100	21.2
Grupo étnico							
Indígena	48.9	1.5	30.5	19.1	3 682	100	23.9
Afroecuatoriano	49.3	0.4	35.3	15.0	1 490	100	27.6
Montuvio	45.8	0.6	35.4	18.2	1 549	100	21.3
Mestizo, blanco y otro	51.4	1.1	33.7	13.8	29 372	100	23.2
Sexo							
Hombre	48.1	1.1	36.3	14.5	16 356	100	21.4
Mujer	53.0	1.1	31.7	14.2	19 737	100	24.8
Quintil económico							
Q1 (Pobre)	49.1	0.7	34.7	15.5	9 532	100	21.1
Q2	47.9	0.6	36.3	15.2	8 541	100	21.2
Q3 (Intermedio)	51.6	0.8	33.0	14.6	7 326	100	24.3
Q4	51.1	0.9	33.4	14.6	5 926	100	24.9
Q5 (Rico)	55.1	2.7	30.9	11.3	4 631	100	25.2
Total nacional	50.8	1.1	33.8	14.4	36 093	100	23.3

* Incluye: visitó un dispensario médico, centro/subcentro/puesto de salud, consultó a un médico, enfermera, curandero, etc. o se internó en un hospital.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 15.19 **Primera acción tomada para resolver el primer problema de salud a nivel nacional (%)**

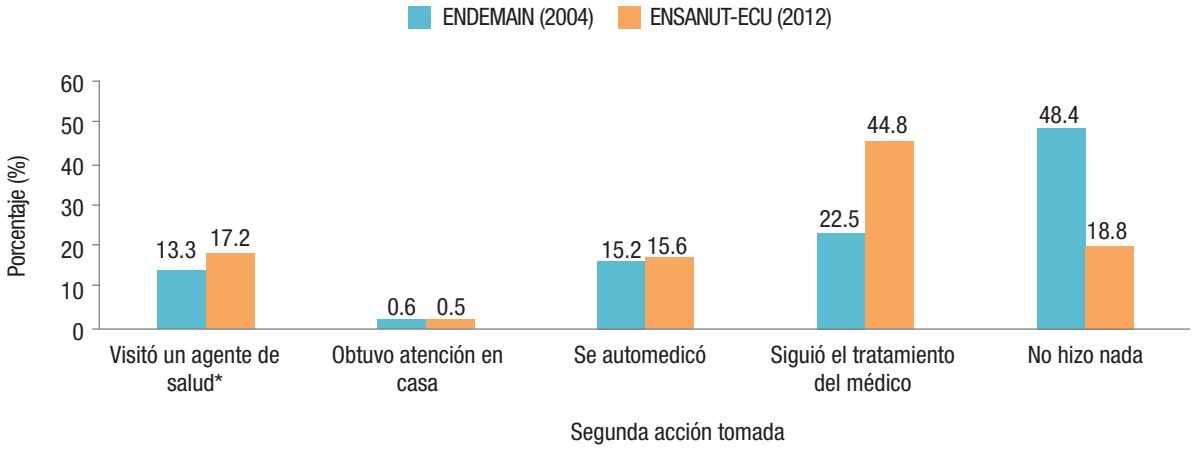


* Incluye: visitó un dispensario médico, centro/subcentro/puesto de salud, consultó a un médico, enfermera, curandero, etc. o se internó en un hospital.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Los datos desglosados por área de residencia muestran proporciones similares. Sin embargo, se puede observar que el porcentaje de personas que se automedicaron y que no hicieron nada como primera acción difiere entre el área urbana y rural; siendo la automedicación más alta el área urbana (34.6 %) en comparación con el área rural (31.6 %) y el porcentaje de personas que no hicieron nada mayor en el área rural (16.0 %) frente al 13.7 % en el área urbana (Cuadro 15.16 y Anexo 15.24).

Del mismo cuadro y anexo se desprende que el porcentaje más alto de personas que visitaron a una agente de salud como primera acción frente a un problema de salud se encontró en la etnia mestiza, blanca u otra (51.4 %) mientras que el más bajo entre etnia la montuvia (45.8 %). Respecto de la automedicación se encontró el valor más alto entre el grupo montuvio (35.3 %) y el más bajo entre los mestizos, blancos u otros (33.7 %). Los indígenas son el grupo étnico con el porcentaje

Gráfico 15.20 **Segunda acción tomada para resolver el primer problema de salud durante los últimos 30 días. Comparativo 2004 y 2012**



* Incluye *Se internó en hospital/clínica.*
Fuente: ENDEMAIN 2004. CEPAR/ ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 15.17 **Segunda acción tomada para resolver el primer problema de salud durante los últimos 30 días por área, subregión y grupo étnico y quintil económico (población que tuvo al menos un problema de salud en 30 días previos a entrevista)**

Segunda acción tomada	Visitó otra vez al mismo agente de salud	Obtuvo atención en casa	Se automedicó	Siguió el tratamiento del médico	No hizo nada	Otra*	Total		No se curo
	%	%	%	%	%	%	n	%	%
Área									
Urbana	18.3	0.5	15.6	44.8	18.8	1.9	4 438	100	71.5
Rural	14.1	0.5	11.3	47.8	23.9	2.4	2 727	100	71.1
Grupo étnico									
Indígena	13.8	0.3	18.5	30.1	35.4	1.9	704	100	71.1
Afroecuatoriano	12.6	0.0	31.4	46.6	23.8	1.6	352	100	67.6
Montuvio	12.2	0.8	18.1	54.9	12.7	1.3	276	100	67.2
Mestizo, blanco y otro	18.1	0.5	13.5	46.2	19.6	2.2	5 833	100	72.0
Quintil económico									
Q1 (Pobre)	13.6	0.5	15.5	41.3	27.3	1.7	1 789	100	72.0
Q2	15.6	0.3	15.0	42.7	23.4	3.0	1 614	100	69.1
Q3 (Intermedio)	16.8	0.2	15.1	48.7	17.6	1.6	1 486	100	70.1
Q4	18.1	0.9	13.2	47.3	19.0	1.5	1 225	100	73.1
Q5 (Rico)	22.0	0.5	14.0	47.0	13.9	2.6	1 000	100	72.4
Total nacional	17.2	0.5	14.5	45.6	20.1	2.1	7 165	100	71.4

* Incluye *Se internó en hospital/clínica.*
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

más alto de personas que no hicieron nada como primera línea de acción frente a una enfermedad (19.1 %) (Cuadro 15.16 y Anexo 15.24).

Con relación al quintil económico, del Cuadro 15.16 y el Anexo 15.25 se desprende que la visita a un agente salud como primera acción aumenta conforme incrementa el quintil económico (Q5: 55.5 % frente a Q1: 49.1 %). Por el contrario, la automedicación y el no hacer nada como primera línea de acción aumenta conforme disminuye el quintil económico.

Para una mayor desagregación sobre la primera acción tomada para resolver el primer problema de salud durante los últimos 30 días revisar los Anexos 15.24, 15.25 y 15.26.

Cuadro 15.18 **Tercera acción tomada para resolver el primer problema de salud durante los últimos 30 días a nivel nacional**

Tercera acción tomada	Visitó otra vez al mismo agente de salud	Obtuvo atención en casa	Se automedicó	Siguió el tratamiento del médico	No hizo nada	Otra*	Total	
	%	%	%	%	%	%	n	%
Área								
Urbana	8.7	0.2	13.4	54.9	21.5	1.3	2 601	100
Rural	7.6	0.2	9.0	55.1	25.5	2.6	1 489	100
Total nacional	8.4	0.2	12.4	54.9	22.5	1.6	4 090	100

* Incluye *Se internó en hospital/clínica.*
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

ii. Segunda acción

El Cuadro 15.17 y el Anexo 15.27 presentan la segunda acción tomada para resolver el primer problema de salud durante los últimos 30 días a nivel nacional y, además, presentan la información desglosada por área, subregión y grupo étnico. El denominador incluye solo a las personas que respondieron que la primera acción tomada no resolvió el primer problema de salud. A nivel nacional el 45.6 % siguió el tratamiento, el 19.3 % visitó un agente de salud, el 14.5 % se automedicó y el 20.1 % no hizo nada.

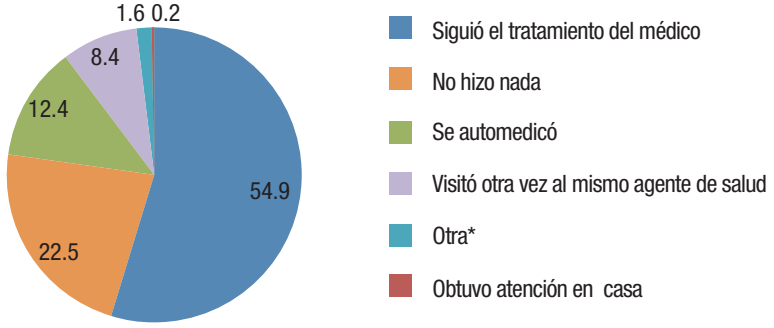
Con relación al 2004, se puede observar un aumento de 22 puntos porcentuales en la proporción de personas que singuen el tratamiento médico como segunda línea de acción entre 2004 y 2012. También, se observa un cambio importante en la proporción de personas que no hicieron nada de 48.4 %, en 2004, a 18.8 %, en 2012. Para el resto de categorías los valores son muy similares (Gráfico 15.20).

Al desagregar la información por área de residencia se puede observar que el porcentaje que visita otra vez el centro de salud y que se automedica como segunda línea de acción frente a un problema de salud es mayor en el área urbana con respecto al área rural (centro de salud: 18.3 % versus 14.1 % y automedicación: 15.16 % frente a 11.3 %), diferencias que son estadísticamente significativas mientras que el no hacer nada es más común en las personas que residen en el área rural con respecto a las que residen en el área urbana (Cuadro 15.17 y Anexo 15.27).

La información por quintil económico (Cuadro 15.17 y Anexo 15.28) muestra que el porcentaje de personas que visitaron un agente de salud (Q1: 13.6 % versus Q5: 22.0 %), y que siguieron con el tratamiento (Q1: 41.3 %, Q5: 47.0 %) aumenta conforme incrementa el quintil económico. Al contrario, la población que no hace nada como segunda línea de acción frente a un problema de salud es mayor en los quintiles de menores ingresos (Q1:27.3 % y Q5:13.9 %).

Para mayor información sobre las segundas acciones tomadas para resolver el primer problema de salud durante los últimos 30 días revisar los Anexos 15.27, 15.28 y 15.29.

Gráfico 15.21 **Tercera acción tomada para resolver el primer problema de salud durante los últimos 30 días, a nivel nacional (%)**



* Incluye *Se internó en hospital/clínica.*
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

iii. Tercera acción

En el Cuadro 15.18 y los Anexos 15.30, 15.31 y 15.32 se presenta la tercera acción tomada para resolver el primer problema de salud durante los últimos 30 días. A nivel nacional el 54.9 % siguió el tratamiento médico, el 22.5 % no hizo nada, el 12.4 % se automedicó, y el 8.4 % visitaron otra vez al mismo agente de salud (Gráfico 15.21).

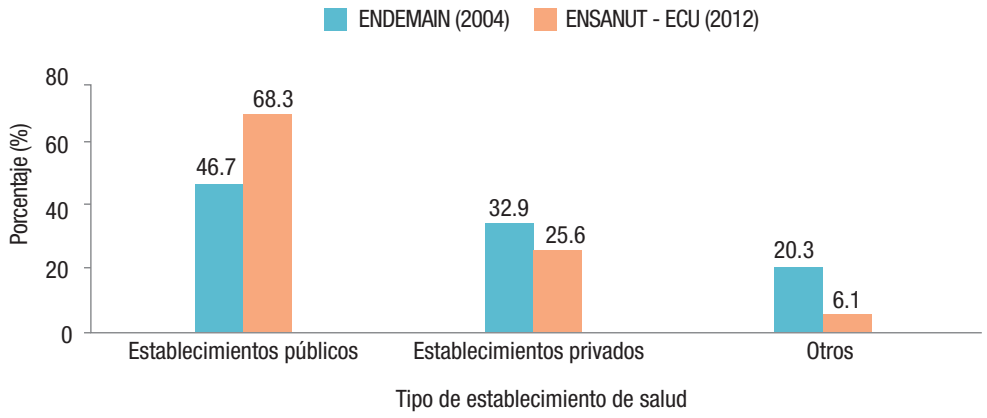
Al desagregar los datos por área de residencia se observa que las personas que residen en las áreas urbanas visitaron de nuevo a un agente de salud (8.7 %) y se automedicaron (13.4 %) en mayor proporción que las que residen en las área rurales. Mientras que aquellas personas que residen en las áreas rurales siguieron el tratamiento (55.1 %) y no hicieron nada (25.5 %) en mayor proporción con respecto a aquellas personas que residen en las áreas urbanas de Ecuador. Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Para una mayor desagregación de las terceras acciones tomadas por la población para resolver el primer problema de salud durante los últimos 30 días revisar los anexos 15.30, 15.31 y 15.32.

15.3.3 Uso de servicios de salud preventivos

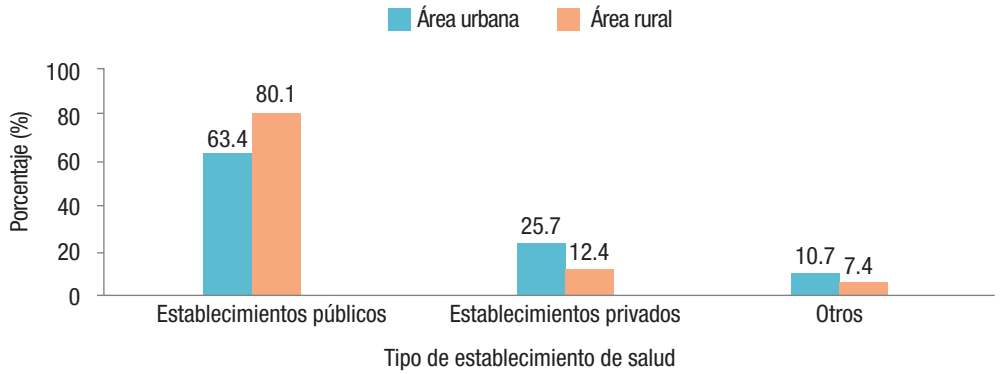
Para este acápite se analiza la pregunta incluida en el módulo de atención de salud preventiva de la sección de uso de servicios y gastos en salud: ¿Visitó en los últimos 30 días algún establecimiento de salud, médico, dentista, psicólogo o curandero, para hacerse un chequeo general o parcial o recibir algún servicio preventivo como: vacunas, control del niño sano,

Gráfico 15.22 **Atención de servicios de salud preventiva y tipo de establecimiento al que acudió la población en los últimos 30 días a nivel nacional, ENDEMAIN 2004 y ENSANUT-ECU 2012***



* Establecimientos públicos (hospital público, centro de salud público y subcentro/puesto de salud y hospital/clínica dispensario IESS), Establecimientos privados (hospital/clínica privada, farmacia y consultorio médico/dental/homeópata) y Otros (fundación/ONG y Otro).
Fuente: ENDEMAIN 2004. CEPAR/ ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 15.23 **Atención de servicios de salud preventiva y tipo de establecimiento* al que acudió la población en los últimos 30 días por área de residencia**



* Establecimientos públicos (hospital público, centro de salud público y subcentro/puesto de salud y hospital/clínica dispensario IESS), Establecimientos privados (hospital/clínica privada, farmacia y consultorio médico/dental/homeópata) y Otros (fundación/ONG y Otro).
Fuente: ENDEMAIN 2004. CEPAR/ ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 15.19 **Atención de servicios de salud preventiva y tipo de establecimiento al que acudió la población en los últimos 30 días por área, grupo étnico y subregión**

Tipo de establecimiento al que acudió	Salud preventiva			Tipo de establecimiento de salud										
	Recibió	No recibió	No de casos	Hospital público	Centro de salud público	Subcentro, puesto de salud público	Hospital/clínica, dispensario IESS	Hospital/clínica privada	Farmacia	Consultorio médico/dental /homeópata	Fundación/ ONG	Otro*	Total	
	%	%	n	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n	%
Área														
Urbana	9.2	90.8	36 147	12.4	17.1	19.2	14.7	14	0	11.7	4.5	6.2	3 358	100
Rural	8.9	91.1	26 495	10.0	17.5	43.4	9.2	4.9	0.2	7.3	2	5.4	2 442	100
Grupo étnico														
Indígena	6.7	93.3	8 212	15.0	15.3	46.8	4.8	7.7	0.1	2.9	1.1	6.1	626	100
Afroecuatoriano	8.1	91.9	2 554	14.7	21.1	28.6	6.3	12.9	0.0	10.3	0.7	5.3	231	100
Montuvio	7.2	92.8	1 744	12.5	11.2	46.2	10.0	7.7	0.0	6.1	0.9	5.4	125	100
Mestizo, blanco y otro	9.5	90.5	50 132	11.4	17.5	24.0	14.1	11.7	0.1	11.1	4.2	6.0	4 818	100
Subregión														
Sierra urbana	10.1	89.9	13 722	13.0	18.7	17.7	13.0	13.4	0.1	15.2	3.7	5.1	1 354	100
Sierra rural	9.8	90.2	12 420	10.0	20.9	40.0	8.3	5.0	0.4	7.8	2.3	5.3	1 173	100
Costa urbana	6.6	93.4	8 204	17.0	10.4	29.6	13.1	13.3	0.0	8.6	2.4	5.4	562	100
Costa rural	6.9	93.1	3 790	9.5	11.3	46.4	11.7	4.1	0.0	8.8	2.4	5.8	265	100
Amazonía urbana	9.4	90.6	7 086	20.5	9.3	34.1	11.8	7.8	0.0	8.6	1.5	6.5	731	100
Amazonía rural	9.4	90.6	9 534	9.2	10.7	62.0	6.8	2.6	0.1	3.3	0.3	5.0	925	100
Galápagos	9.4	90.6	1 648	53.1	2.9	11.0	7.7	7.2	0.8	12.0	0.8	4.4	157	100
Quito	11.6	88.4	3 665	7.1	21.9	16.7	16.8	13.4	0.0	10.7	7.0	6.4	409	100
Guayaquil	8.7	91.3	2 573	14.1	15.9	13.9	15.7	17.4	0.0	11.4	3.8	7.9	224	100
Total nacional	9.1	90.9	62 642	11.7	17.3	26.2	13.1	11.4	0.1	10.4	3.8	6.0	5 800	100

*Incluye hospitales de FF. AA./Policía, Junta de Beneficencia, concejo provincial/unidad municipal de salud, Consejo Provincial/unidad municipal de salud, centros naturistas/acupuntura, curanderos/sobadores/parteras y otros.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

medir la presión, control odontológico, examen de Papanicolaou, mamografía, consejería y consulta sobre planificación familiar, etc.? Además, esta sección también presenta el tipo de establecimiento visitado para uso preventivo de salud y para efectos de visualización en los gráficos se los agrupó en tres categorías conforme a la categorización presentada en la Sección Tipo de establecimiento visitado para resolver los problemas de salud, que se detalla a continuación:

- Establecimientos públicos (hospital público, centro de salud público y subcentro/puesto de salud y hospital/clínica dispensario IESS).
- Establecimientos privados (hospital/clínica privada, farmacia y consultorio médico/ dental/homeópata).
- Otros (fundación/ONG y otro[4]).

Dentro de los establecimientos públicos más visitados a nivel nacional en el año 2004 para chequeos preventivos fueron los centros de salud (16.8 %), contrario al año 2012 dónde los más visitados fueron los subcentros de salud y los puestos de salud (26.2 %) (Gráfico 15.22). Así, se podría inferir que esta importante diferencia puede deberse a una mayor disponibilidad de acceso a salud en las áreas rurales de Ecuador. Es importante destacar que los subcentros de salud corresponden a los centros de salud rurales y la mayor diferencia radica en que los centros de salud disponen de farmacia institucional, mientras que los subcentros de salud solo disponen de botiquín (MSP, 2014).

Al desagregar esta información por área (Gráfico 15.23 y Anexo 15.33) se observan valores muy parecidos, es decir, no existe una diferencia significativa entre el uso de atención preventiva en el área urbana respecto al área rural. Es importante destacar que el porcentaje de personas que acudieron a establecimientos públicos para atención preventiva es mayor en el área rural (80.1 %) con respecto al área urbana (63.4 %). Dentro de los establecimientos públicos más visitados en el área rural y urbana es el subcentro o puesto de salud público (43.4 % y 19.2 %, respectivamente). Además, del mismo gráfico se desprende que el porcentaje de personas que acudieron como medida preventiva a establecimientos privados y a otros (hospitales de FF. AA./Policía, Junta de Beneficencia, Consejo Provincial/unidad Municipal de Salud, centros naturistas, curandero/sobador/partera y otros) es mayor en el área urbana con respecto al área rural (Cuadro 15.19 y Anexo 15.33).

En el Cuadro 15.19 y el Anexo 15.33 se observa que el uso de servicios preventivos de salud es mayor en Quito (11.6 %) y en las demás ciudades de la Sierra urbana (10.1 %) y menor en la Costa urbana y rural (6.6 % y 6.9 %, respectivamente), diferencias que son estadísticamente significativas. Además, al desagregar la información por grupo étnico se evidencia que los mestizos, blancos u otros (9.5 %) son los que acudieron en mayor proporción a realizarse chequeos de salud preventiva respecto a los demás grupos étnicos.

En el Cuadro 15.20 y los Anexos 15.34 y 15.35 se observa que el uso de servicios preventivos de salud es más elevado en los menores de cinco años (20.4 %), en las personas con instrucción superior (10.3 %), y en aquellas personas que se encuentran en los quintiles de mayores ingresos económicos (12.2 %). Además, se observa que de la población que usó algún servicio de salud preventiva la mayoría acudió a establecimientos públicos. Sin embargo, como es de esperarse a medida que aumenta el nivel educativo y el quintil económico, también aumenta el uso de establecimientos privados para atención preventiva.

Para una mayor desagregación de los servicios de salud preventiva y el tipo de establecimiento al que acudió la población en los últimos 30 días revisar los anexos 15.33, 15.34 y 15.35.

15.3.4 Uso de control prenatal y lugar de atención al parto

15.3.4.1 Control prenatal

Es importante destacar que las normas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador definen que 5 es el número mínimo aceptable de controles prenatales que debe tener la mujer embarazada que no presenta un riesgo mayor (MSP,2008). El Cuadro 15.21 y el Anexo 15.36 presentan el porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años de edad que estuvieron embarazadas y el número de controles prenatales de aquellas que estuvieron embarazadas durante los últimos 12 meses desglosados por área, grupo étnico y subregión. De este cuadro y anexo se desprende que a nivel nacional el 12.3 % de las mujeres entre 15 y 49 años

4 Incluye hospitales de FF. AA./Policía, Junta de Beneficencia, Consejo Provincial/ unidad municipal de salud, centros naturistas, curandero/ sobador/partera y otros.

Cuadro 15.20 **Atención de servicios de salud preventiva y tipo de establecimiento* al que acudió la población en los últimos 30 días por nivel de instrucción, quintil económico y grupo de edad.**

Tipo de establecimiento al que acudió	Salud preventiva			Tipo de establecimiento de salud										
	Recibió	No recibió	No de casos	Hospital público	Centro de salud público	Subcentro, puesto de salud público	Hospital/clínica, dispensario IESS	Hospital/clínica privada	Farmacia	Consultorio médico/dental /homeópata	Fundación/ ONG	Otro*	Total	
	%	%	n	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n	%
Nivel de instrucción														
Ninguno	5.7	94.3	1 459	28.6	13.6	27.4	10.4	2.5	0.0	3.9	2.2	11.4	92	100
Primaria	8.0	92.0	27 227	13.0	17.8	29.6	11.9	9.5	0.1	8.8	2.4	6.8	2 198	100
Secundaria	7.5	92.5	21 788	11.8	15.7	22.3	13.6	13.1	0.1	11.5	5.4	6.6	1 588	100
Superior	10.3	89.7	6 092	7.0	5.6	8.2	27.9	20.4	0.2	20.2	4.7	5.7	633	100
Quintil económico														
Q1 (Pobre)	7.6	92.4	16 699	14.2	20.6	43.7	7.2	2.8	0.0	3.4	1.4	6.8	1415	100
Q2	9.1	90.9	14 127	16.1	19.3	39.9	8.4	5.1	0.4	6.8	1.5	2.6	1 342	100
Q3 (Intermedio)	8.1	91.9	12 019	12.0	19.4	29.3	10.4	9.4	0.1	8.7	4.2	6.4	1 026	100
Q4	8.4	91.6	10 695	10.1	20.2	20.8	12.9	12.1	0.0	13.9	4.2	5.7	954	100
Q5 (Rico)	12.2	87.8	8 969	8.1	10.5	7.8	22.0	21.6	0.0	16.0	6.3	7.8	1047	100
Grupo de edad														
0-4	20.4	79.6	6 049	10.9	26.9	37.9	5	6.9	0	5.8	3.4	3.2	1 287	100
5-14	8.8	91.2	16 117	12.5	18.3	31.4	7.7	8.8	0.1	10.8	2.7	7.7	1 454	100
15-29	7.0	93.0	18 291	11.3	16.6	24.4	10.8	13.6	0.2	12.6	4.8	5.6	1 345	100
30-44	7.1	92.9	12 583	11	14.1	20.8	15.9	16	0.1	11.7	3.8	6.5	868	100
45-59	9.1	90.9	6 683	13.4	9.3	14	27.5	11.9	0	11.9	4.9	7	536	100
60-74	10.6	89.4	2 200	12.6	8.5	13.6	34.6	15.1	0	8.1	2	5.5	219	100
75 o más	13.6	86.4	714	10.2	13	19	21.4	10.4	0	13.2	5	7.9	91	100
Total nacional	9.1	90.9	62 642	11.7	17.3	26.2	13.1	11.4	0.1	10.4	3.8	6.0	5800	100

* Incluye hospitales de FF. AA./Policía, Junta de Beneficencia, concejo provincial/unidad municipal de salud, Consejo Provincial/unidad municipal de salud, centros naturistas/acupuntura, curanderos/sobadores/parteras y otros.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 15.21 **Número de controles prenatales y mujeres de 15 a 49 años de edad que estuvieron embarazadas, no estuvieron embarazadas y nunca estuvieron embarazadas durante los últimos 12 meses por área, grupo étnico y subregión.**

Características	Está o estuvo embarazada en los últimos 12 meses (mujeres de 15 a 49 años)					Número de controles prenatales											
	Sí	No	Nunca estuvo embarazada	Total		Ninguno	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Seis	Siete	Ocho	Más de ocho	Total	
	%	%	%	n	%	%	%	%	%	%	%v	%	%	%	%	n	%
Área																	
Urbana	12.0	67.9	20.1	15 008	100	4.5	8.8	8.3	9.8	8.6	9.8	11.9	9.3	9.2	19.7	1 883	100
Rural	13.0	67.7	19.3	9 588.0	100	8.7	10.5	9.4	11.5	10.8	11.5	9.4	8.1	7.3	12.9	1 425	100
Grupo étnico																	
Indígena	17.5	65.1	17.4	2 816	100	17.4	8.4	10.9	14.2	11.4	7.7	9.8	8.1	3.4	8.7	583	100
Afroecuatoriano	15.0	69.8	15.2	1 005	100	8.9	5.4	10.4	9.7	12.6	7.4	11.1	6.9	7.2	20.4	161	100
Montuvio	10.7	67.2	22.2	702	100	4.4	6.8	6.5	13.6	12.7	3.0	11.4	12.7	9.0	19.9	80	100
Mestizo, blanco y otro	11.9	68.0	20.2	20 073	100	4.4	9.7	8.4	9.8	8.6	11.1	11.3	9.0	9.2	18.4	2 484	100
Subregión																	
Sierra urbana	11.8	71.7	16.5	5 714	100	4.0	9.8	8.1	8.1	8.7	9.9	13.7	7.9	7.7	22.1	652	100
Sierra rural	13.2	68.8	18.0	4 628	100	6.5	10.3	8.8	11.3	11.8	11.8	10.0	7.3	7.0	15.2	604	100
Costa urbana	12.7	63.2	24.1	3 522	100	2.8	9.4	7.3	11.6	8.9	8.8	12.4	10.8	11.3	16.5	473	100
Costa rural	10.6	65.2	24.2	1 512	100	10.3	9.9	10.0	10.7	11.2	10.9	7.7	10.7	8.5	10.1	173	100
Amazonía urbana	15.8	69.6	14.7	2 780	100	9.5	8.2	10.3	12.4	8.0	9.7	9.4	6.7	8.2	17.7	423	100
Amazonía rural	19.4	66.4	14.2	3 178	100	11.9	9.7	11.7	12.9	9.7	10.6	8.1	6.7	6.9	11.8	614	100
Galápagos	8.4	71.0	20.6	701	100	3.8	9.7	8.6	7.8	13.1	7.5	18.0	6.9	3.8	20.8	60	100
Quito	12.6	70.7	16.7	1 418	100	7.2	9.5	9.8	11.7	8.0	9.1	10.6	8.3	6.6	19.2	184	100
Guayaquil	10.5	67.2	22.2	1 143	100	4.5	6.9	7.8	6.8	8.2	12.2	11.7	10.2	10.7	21.2	125	100
Total nacional	12.3	67.8	19.9	24 596	100	5.8	9.3	8.6	10.3	9.3	10.3	11.2	9.0	8.6	17.7	3 308	100

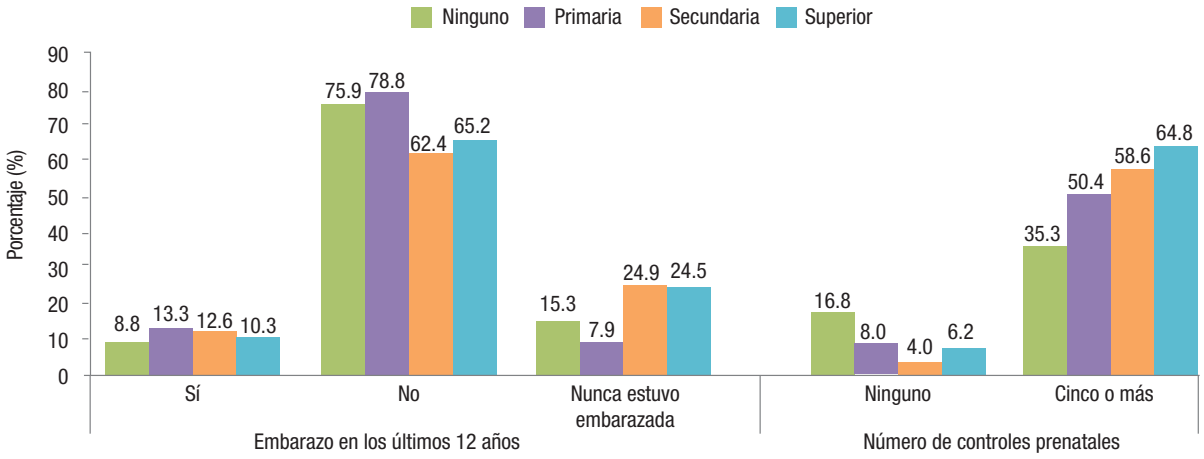
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 15.22 **Número de controles prenatales y mujeres de 15 a 49 años de edad que estuvieron embarazadas, no estuvieron embarazadas y nunca estuvieron embarazadas durante los últimos 12 meses por nivel de instrucción, quintil económico, condición de actividad económica y grupo de edad**

Características	Está o estuvo embarazada en los últimos 12 meses (mujeres de 15 a 49 años)					Número de controles prenatales											
	Sí	No	Nunca estuvo embarazada	Total		Ninguno	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Seis	Siete	Ocho	Más de ocho	Total	
	%	%	%	n	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n	%
Nivel de instrucción																	
Ninguno	8.8	75.9	15.3	433	100	16.8	8.7	15.7	15.4	8.0	14.3	5.6	1.8	3.4	10.2	49	100
Primaria	13.3	78.8	7.9	7 573	100	8.0	9.4	10.2	12.1	10.0	11.7	12.0	7.7	8.7	10.3	1 098	100
Secundaria	12.6	62.4	24.9	12 138	100	4.0	9.3	8.2	10.4	9.6	9.6	10.8	9.8	8.2	20.2	1 665	100
Superior	10.3	65.2	24.5	4 452	100	6.2	8.9	6.7	6.5	7.0	9.5	11.5	9.5	10.1	24.2	496	100
Quintil económico																	
Q1 (Pobre)	17.0	65.5	17.6	5 873	100	9.9	10.9	8.6	13.2	10.9	9.8	9.5	8.2	7.5	11.6	1 138	100
Q2	13.7	68.0	18.3	5 530	100	5.3	10.0	10.7	11.1	7.5	12.5	10.3	9.5	6.7	16.4	773	100
Q3 (Intermedio)	11.9	68.7	19.4	4 939	100	4.5	4.9	7.3	9.4	10.8	11.5	11.1	11.4	10.9	18.2	584	100
Q4	10.9	67.4	21.7	4 430	100	3.5	8.0	7.1	7.3	9.4	8.2	12.7	10.2	10.2	23.5	465	100
Q5 (Rico)	8.7	69.3	22.0	3 791	100	3.8	12.8	9.5	9.0	7.0	9.1	13.2	4.9	8.7	22.1	345	100
Condición de actividad económica																	
Trabajo	8.7	78.0	13.2	11 410	100	9.4	10.5	10.3	9.3	7.5	10.0	11.9	7.3	6.2	17.6	1 102	100
No trabajo	15.4	59.0	25.7	13 186	100	3.9	8.7	7.8	10.8	10.1	10.4	10.8	9.8	9.8	17.8	2 206	100
Grupo de edad																	
15-29	17.0	47.7	35.4	12 736	100	5.0	9.0	7.9	10.8	9.4	10.7	10.9	9.3	8.7	18.3	2 305	100
30-44	9.6	86.1	4.2	9 391	100	7.6	10.0	10.2	9.1	8.8	9.4	11.8	8.3	8.5	16.4	991	100
45-59	0.2	95.9	3.9	2 469	100	2.6	0.0	35.6	0.0	44.0	0.0	9.5	0.0	5.6	2.7	12	100
Total nacional	12.3	67.8	19.9	24 596	100	5.8	9.3	8.6	10.3	9.3	10.3	11.2	9.0	8.6	17.7	3 308	100

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 15.24 **Número de controles prenatales y mujeres de 15 a 49 años de edad que estuvieron embarazadas, no estuvieron embarazadas y nunca estuvieron embarazadas durante los últimos 12 meses por nivel de instrucción**



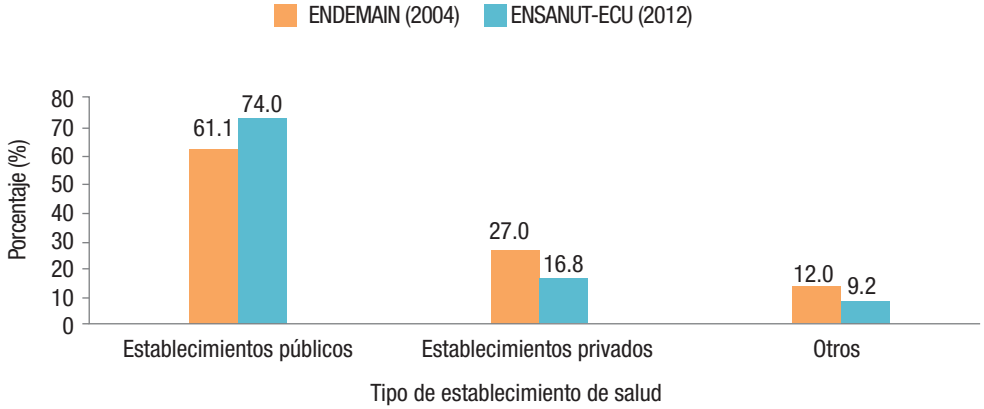
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

estuvo embarazada, entre las cuales el 56.8 % tuvo cinco o más controles prenatales mientras el 5.8 % nunca tuvo un control prenatal.

Del Cuadro 15.21 y el Anexo 15.36 se desprende que el porcentaje de mujeres que no han tenido ningún control es mayor en el área rural (8.7 %) respecto al área urbana (4.5 %). Mientras que el porcentaje de mujeres embarazadas que tuvieron cinco controles o más durante el embarazo es mayor en el área urbana respecto al área rural (59.9 % versus 49.2 %). Esta información desagregada por subregión muestra que en las zonas rurales de la Amazonía y de la Costa son las que tienen la mayor proporción de mujeres embarazadas que no se realizó ningún control (11.9 % y 10.3 %, respectivamente). El mayor porcentaje de mujeres que se realizaron controles se encuentra en la ciudad de Guayaquil, dónde 6 de cada 10 mujeres embarazadas tuvieron por lo menos cinco o más controles prenatales.

El porcentaje más alto de mujeres embarazadas en los últimos 12 meses previos a la entrevista se encontró en el grupo étnico indígena (17.5 %). Sin embargo, fueron las mujeres indígenas las que en mayor proporción no se realizaron ningún control prenatal en mayor proporción (17.4 %). Mientras

Gráfico 15.25 **Tipo de establecimiento* utilizado para control prenatal, comparación ENDEMAIN 2004 y ENSANUT 2012**



* Establecimientos públicos (hospital público, centro de salud público y subcentro/puesto de salud y hospital/clínica dispensario IESS), Establecimientos privados (hospital/clínica privada y consultorio médico) y Otros (fundación/ONG y Otro8)
Fuente: ENDEMAIN 2004. CEPAR/ ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 15.23 **Control prenatal por tipo de establecimiento utilizado por área, nivel de instrucción y quintil económico**

Tipo de establecimiento	Hospital público	Centro de salud público	Subcentro, puesto de salud público	Hospital/clínica, dispensario IESS	Hospital/clínica privada	Consultorio médico	Fundación/ONG	Otro*	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	n	%
Área										
Urbana	19.7	24.4	19.2	7.1	13.7	5.0	3.9	7.0	1 779	100
Rural	18.6	18.3	41.4	4.7	7.5	4.5	1.4	3.7	1 283	100
Nivel de instrucción										
Ninguno	36.9	21.3	28.3	-	11.9	-	1.5	-	37	100
Primaria	21.9	24.7	37.4	2.9	5.3	4.0	0.8	3.0	984	100
Secundaria	20.5	25.0	23.9	5.0	10.4	4.4	3.5	7.3	1 567	100
Superior	10.6	12.2	9.6	17.4	27.9	8.1	6.4	7.7	474	100
Quintil económico										
Q1 (Pobre)	23.0	23.7	42.2	1.2	3.8	2.5	1.1	2.5	992	100
Q2	23.3	24.2	31.5	2.7	7.0	4.2	2.3	4.7	731	100
Q3 (Intermedio)	21.3	24.3	22.9	5.7	12.9	3.1	3.3	6.7	556	100
Q4	18.8	22.3	16.6	8.2	14.8	7.0	4.0	8.4	447	100
Q5 (Rico)	6.9	17.5	5.1	18.7	26.8	9.0	6.4	9.7	334	100
Total nacional	19.4	22.7	25.5	6.4	11.9	4.9	3.2	6.0	3 062	100

* Incluye hospitales de FF. AA./Policía, Junta de Beneficencia, Consejo Provincial/ unidad municipal de salud, consultorio. obstetra, enfermera, partera y otro.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

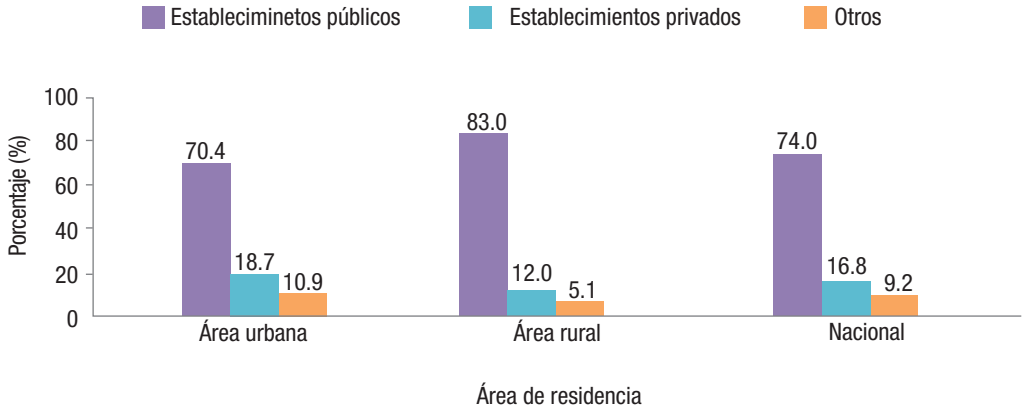
que las mujeres mestizas, blancas u otras fueron las que más se realizaron cinco controles prenatales o más durante el embarazo (59 %) (Cuadro 15.21 y Anexo 15.36).

El porcentaje de mujeres embarazadas que no han tenido ningún control es mayor entre las mujeres sin educación formal (13.8 %) frente a las mujeres con instrucción superior (6.2 %). Mientras que el porcentaje de mujeres que han tenido cinco controles prenatales o más, aumenta a medida que incrementa el nivel de instrucción (sin instrucción: 36 % versus instrucción superior: 64.8 %) (Cuadro 15.21, Anexo 15.37 y Gráfico 15.24).

Al desagregar los datos por quintil económico (Cuadro 15.22 y Anexo 15.37) se aprecia que el porcentaje de mujeres embarazadas disminuye conforme incrementa el quintil (Q1: 17 % versus Q5: 8.6 %). Asimismo, se observa que el porcentaje de mujeres que cumplen con la norma del MSP, es decir, que se realizaron por lo menos cinco o más controles prenatales aumenta conforme incrementa el nivel socioeconómico (Q1: 46.6 % frente a Q4: 64.8 % y Q5: 58 %).

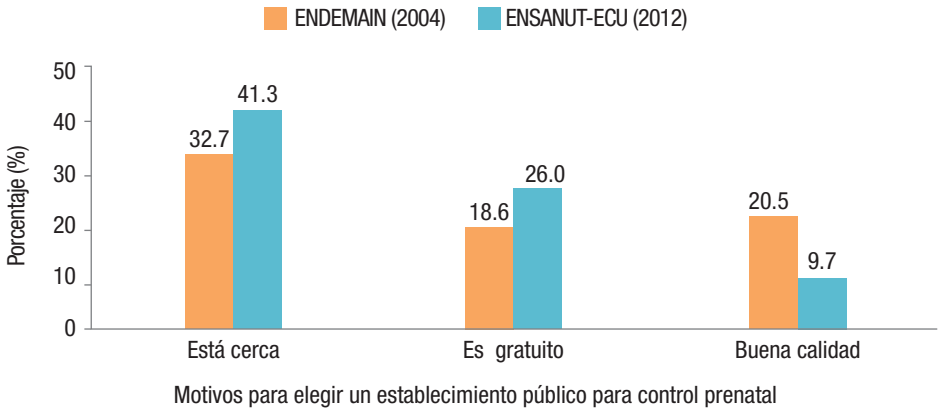
En relación con la condición de actividad económica se observa en el Cuadro 15.22 y el Anexo 15.38 que las mujeres que no trabajan tienen porcentajes más altos de embarazo (trabaja: 8.7 % versus no trabaja: 15.4 %). En este desglose es interesante notar que el porcentaje de mujeres que no se realizaron ningún control es mayor entre las mujeres que trabajan (9.4 %) frente a las mujeres que no trabajan (3.9 %), diferencias que son estadísticamente significativas. Por el

Gráfico 15.26 **Tipo de establecimiento utilizado para control prenatal a nivel nacional y por área de residencia**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 15.27 **Motivos para elegir un establecimiento público para control prenatal, comparación ENDEMAIN (2004) y ENSANUT-ECU (2012)**



Fuente: ENDEMAIN 2004. CEPAR/ ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

contrario, aquellas mujeres embarazadas que no trabajan fueron las que se realizaron en mayor proporción cinco o más controles prenatales (trabaja: 58.6 % versus no trabaja: 53 %).

Para una mayor desagregación sobre el número de controles prenatales y la prevalencia de mujeres de 15 a 49 años de edad que estuvieron embarazadas, no estuvieron embarazadas y nunca estuvieron embarazadas revisar los anexos 15.36, 15.37 y 15.38.

Tipo de establecimiento utilizado para el control prenatal

A las mujeres embarazadas que tuvieron al menos un control prenatal se les preguntó en qué establecimiento habían tenido sus controles. El Gráfico 15.25 agrupa los tipos de establecimientos de salud en tres categorías conforme el informe ENDEMAIN: Establecimientos públicos (hospital público, centro de salud público y subcentro/ puesto de salud y hospital/clínica dispensario), Establecimientos privados (hospital/clínica privada y consultorio médico) y Otros (fundación/ ONG y Otro[5]). Así, se observa que a nivel nacional en el transcurso de 8 años el porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal en establecimientos de salud públicos aumentó 12.9 puntos porcentuales, de 61.1 %, en 2004, a 74 %, en 2012. Mientras que el porcentaje de personas que visitaron un establecimiento privado se redujo 10.2 puntos porcentuales, al pasar de 27 %, en 2004, a 16.8 %, en 2012.

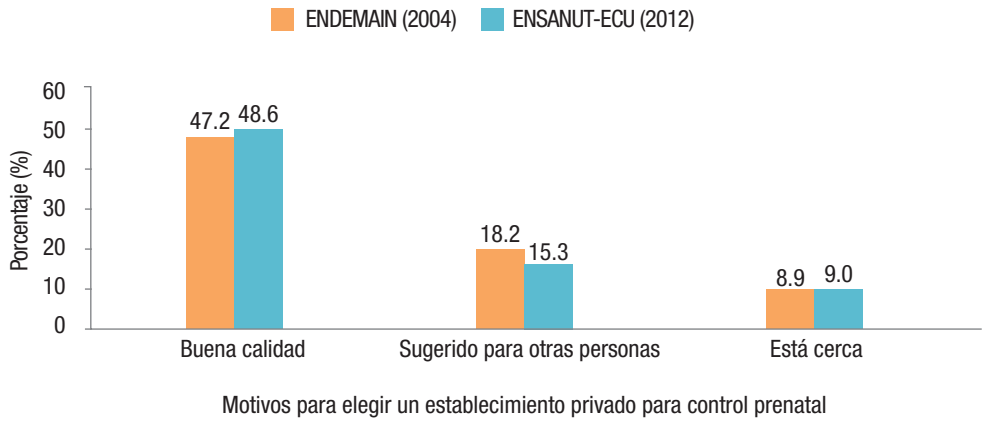
El establecimiento público más visitado a nivel nacional en el año 2004 por mujeres embarazadas que se realizaron al menos un control fueron hospitales públicos (25.5 %), mientras que en el año 2012 fueron los subcentros o puestos de salud públicos (25.5 %) (Cuadro 15.23).

Al desagregar el tipo de establecimiento visitado para control prenatal por área de residencia (Gráfico 15.26 y Anexo 15.39) se puede apreciar que el porcentaje de mujeres que acudieron a establecimientos públicos es mayor en el área rural (83.0 %) con respecto al área urbana (70.4 %). Además, se puede observar que el porcentaje de personas que acudieron a establecimientos privados y a otros (hospitales de FF. AA./Policía, Junta de Beneficencia, Patronato San José, centros naturistas, curandero/sobador/partera y otros) es mayor en el área urbana con respecto al área rural (10.9 % versus 5.1 %) (Gráfico 15.27)).

En general, los resultados muestran que el uso de establecimientos públicos para controles prenatales disminuye en la medida en que aumenta el nivel de instrucción formal y el quintil económico de las mujeres, mientras que el uso de establecimientos privados aumenta conforme incrementa el nivel de educación y el nivel económico (Cuadro 15.23 y Anexo 15.40).

Para una mayor desagregación sobre el tipo de establecimiento visitado para controles prenatales por las mujeres embarazadas revisar los anexos 15.39, 15.40 y 15.41.

Gráfico 15.28 **Motivos para elegir un establecimiento privado para control prenatal, comparación ENDEMAIN (2004) y ENSANUT-ECU (2012)**



Fuente: ENDEMAIN 2004. CEPAR/ ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

5 Incluye hospitales de FF. AA./Policía, Junta de Beneficencia, Consejo Provincial/ unidad municipal de salud, consultorio, obstetra, enfermera, partera y otro.

Cuadro 15.24 **Motivos para elegir el establecimiento de salud público o privado para el control prenatal por área y subregión.**

Motivos para elegir el establecimiento	Está cerca	Precios bajos	Buena calidad	Experiencia anterior	Tiene seguro	Sugerido por otras personas	No hay otro establecimiento	Es gratuito	Otro	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n	%
Establecimiento públicos											
Área											
Urbana	39.6	2.1	10.3	1.9	8.7	5.9	2.4	27.3	1.8	1 380	100
Rural	45.0	1.6	8.2	2.8	5.2	4.0	8.2	23.2	1.8	1 129	100
Subregión											
Sierra urbana	40.8	3.5	11.5	1.8	7.3	4.5	2.2	26.2	2.2	472	100
Sierra rural	46.8	1.8	8.6	2.8	5.4	4.4	6.7	21.8	1.7	471	100
Costa urbana	40.5	0.8	7.1	1.5	5.6	4.0	4.2	35.7	0.7	347	100
Costa rural	37.0	1.5	7.2	3.9	2.5	3.3	12.7	29.8	2.1	128	100
Amazonía urbana	42.5	1.7	10.9	1.7	4.2	6.8	5.5	25.2	1.6	324	100
Amazonía rural	51.0	1.4	9.3	1.9	2.3	4.5	9.0	18.8	1.9	502	100
Galápagos	24.9	-	5.1	1.2	4.7	-	42.3	19.7	2.2	53	100
Quito	42.9	1.8	14.6	1.9	15.6	8.7	0.5	12.2	1.9	137	100
Guayaquil	32.0	2.5	7.5	2.8	9.2	6.2	1.2	35.8	2.8	75	100
Total nacional	41.3	1.9	9.7	2.2	7.6	5.3	4.2	26.0	1.8	2 509	100
Establecimientos privados											
Área											
Urbana	9.2	8.1	49.9	8.0	3.9	15.5	0.3	1.7	3.5	390	100
Rural	8.4	10.9	43.7	11.6	1.9	14.6	0.3	1.2	7.4	150	100
Subregión											
Sierra urbana	5.2	16.0	46.7	7.4	4.3	13.1	1.0	0.6	5.7	151	100
Sierra rural	11.4	3.1	49.0	6.6	3.2	17.8	0.5	2.1	6.0	82	100
Costa urbana	11.7	4.7	49.8	8.1	2.9	14.2	-	4.0	4.7	104	100
Costa rural	2.8	25.0	35.3	16.3	-	11.3	-	-	9.3	27	100
Amazonía urbana	14.5	-	40.8	8.2	3.1	25.5	1.2	2.4	4.2	55	100
Amazonía rural	17.8	2.5	42.1	11.0	2.5	12.1	-	-	11.9	38	100
Galápagos	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Quito	9.1	3.9	51.1	17.1	7.2	9.8	-	1.9	-	33	100
Guayaquil	9.2	8.3	52.3	4.2	2.7	20.7	-	-	2.7	45	100
Total nacional	9.0	8.7	48.6	8.7	3.5	15.3	0.3	1.6	4.3	540	100

* Menos de 25 casos.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 15.25 **Motivos para elegir el establecimiento de salud público o privado para el control prenatal por nivel de instrucción y quintil económico**

Motivos para elegir el establecimiento	Está cerca	Precios bajos	Buena calidad	Experiencia anterior	Tiene seguro	Sugerido por otras personas	No hay otro establecimiento	Es gratuito	Otro	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n	%
Establecimientos privados											
Nivel de instrucción											
Ninguno	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Primaria	10.7	12.9	50.1	9.2	1.3	10.5	0.9	-	4.5	93	100
Secundaria	9.9	8.6	46.8	8.0	1.9	16.7	0.2	2.3	5.5	270	100
Superior	6.8	7.0	51.7	9.7	7.1	14.0	-	1.2	2.5	175	100
Quintil económico											
Q1 (Pobre)	9.1	8.1	49.8	6.3	1.4	11.0	0.6	7.2	6.5	62	100
Q2	8.2	15.1	40.8	10.8	0.7	15.6	0.5	2.2	6.2	91	100
Q3 (Intermedio)	10.7	7.7	50.6	4.2	2.9	19.9	0.1	-	4.0	107	100
Q4	9.2	8.8	48.9	8.2	2.9	15.0	0.4	1.8	4.9	128	100
Q5 (Rico)	8.2	6.0	51.4	11.9	6.7	13.2	-	0.4	2.3	151	100
Total nacional	41.3	1.9	9.7	2.2	7.6	5.3	4.2	26.0	1.8	2 509	100
Establecimientos públicos											
Nivel de instrucción											
Ninguno	42.2	-	7.8	5.0	-	6.8	1.4	36.8	-	35	100
Primaria	43.5	2.5	7.5	2.1	2.8	5.2	5.6	29.2	1.5	884	100
Secundaria	42.7	1.7	11.5	2.3	5.4	5.6	3.4	25.3	2.0	1 292	100
Superior	28.2	1.4	7.8	1.8	32.0	4.4	4.2	18.6	1.7	298	100
Quintil económico											
Q1 (Pobre)	42.0	1.5	8.2	3.0	0.9	4.5	7.4	31.9	0.7	927	100
Q2	42.6	2.4	9.1	2.6	2.0	5.9	4.6	29.4	1.5	634	100
Q3 (Intermedio)	41.9	2.0	11.6	1.6	5.9	5.0	4.3	25.7	2.0	448	100
Q4	44.9	2.5	11.5	0.9	10.9	6.9	0.7	19.5	2.2	316	100
Q5 (Rico)	29.9	0.9	8.3	2.6	35.2	4.2	1.0	13.8	4.2	183	100
Total nacional	41.3	1.9	9.7	2.2	7.6	5.3	4.2	26.0	1.8	2 509	100

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

15.3.4.2 Motivos para elegir el lugar del control prenatal

De manera general, como es de esperarse el patrón de motivos mencionados por mujeres que recibieron atención prenatal en un establecimiento de salud privado es diferente al patrón mencionado por aquellas que recibieron atención prenatal en un establecimiento público. Por ejemplo a nivel nacional, la calidad del servicio ocupa el primer lugar para elegir un establecimiento privado, mientras que la cercanía es el principal motivo para escoger un establecimiento público. A continuación, se presenta un análisis comparativo de los motivos para elegir el establecimiento para el control prenatal por las mujeres embarazadas entre el año 2004 (ENDEMAIN) y el año 2012 (ENSANUT-ECU).

La principal razón para escoger un establecimiento público a nivel nacional es debido a la cercanía (41.3 %), para 2004 este también fue el principal motivo y el porcentaje que correspondió a esta categoría fue de 32.7 %. El segundo motivo se debe a la gratuidad del servicio (26.0 %), en el año 2004 este ocupó el tercer lugar con 18.6 %. La tercera razón más mencionada en la ENSANUT-ECU fue debido a la buena calidad (9.7 %), categoría que para el año 2004 se encontró en cuarto lugar (Gráfico 15.27).

Para el caso de los establecimientos de salud privados, se observa que la razón principal a nivel nacional es la buena calidad (48.6 %), este porcentaje se compara con el 47.2 % reportado en el año 2004 para la misma categoría (Gráfico 15.28). El segundo motivo reportado por las mujeres embarazadas es debido a la sugerencia

Cuadro 15.26 **Atención del parto durante los últimos 12 meses por área, subregión y grupo étnico**

Mujeres que tuvieron parto	Nunca estuvo embarazada	Sí	No	Total	
	%	%	%	n	%
Área					
Urbana	20.1	8.2	71.7	15 008	100
Rural	19.3	8.7	71.9	9 588	100
Grupo étnico					
Indígena	17.4	12.1	70.5	2 816	100
Afroecuatoriano	15.2	9.3	75.5	1 005	100
Montuvio	22.2	7.6	70.3	702	100
Mestizo. blanco y otro	20.2	8.0	71.8	20 073	100
Subregión					
Sierra urbana	16.5	8.2	75.3	5 714	100
Sierra rural	18.0	9.1	72.9	4 628	100
Costa urbana	24.1	8.5	67.4	3 522	100
Costa rural	24.2	6.8	69.0	1 512	100
Amazonía urbana	14.7	11.0	74.4	2 780	100
Amazonía rural	14.2	13.5	72.3	3 178	100
Galápagos	20.6	6.3	73.1	701	100
Quito	16.7	8.4	74.8	1 418	100
Guayaquil	22.2	7.2	70.6	1 143	100
Total nacional	19.9	8.3	71.8	24 596	100

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 15.27 **Atención del parto durante los últimos 12 meses por quintil económico y grupo de edad**

Mujeres que tuvieron parto	Nunca estuvo embarazada	Sí	No	Total	
	%	%	%	n	%
Quintil económico					
Q1 (Pobre)	17.6	11.7	70.8	5 873	100
Q2	18.3	9.7	72.0	5 530	100
Q3 (Intermedio)	19.4	8.2	72.3	4 939	100
Q4	21.7	7.1	71.2	4 430	100
Q5 (Rico)	22.0	5.6	72.4	3 791	100
Grupo de edad					
15-29	35.4	11.5	53.1	12 736	100
30-44	4.2	6.5	89.3	9 391	100
45-59	3.9	0.2	95.9	2 469	100
Total nacional	19.9	8.3	71.8	24 563	100

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 15.28 **Mujeres de 15 a 49 años que dieron a luz durante los últimos 12 meses por tipo de establecimiento o lugar donde dieron a luz por área, subregión y grupo étnico**

Establecimiento o lugar donde dieron a luz	Hospital público	Centro de salud público	Subcentro. puesto de salud público	Hospital/clínica dispensario IESS	Hospital/clínica privada	Junta de beneficencia	Consultorio privado	Partera	En casa con familiar	Otros estable cimientos de salud*	Otro**	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n	%
Área													
Urbana	52.7	2.2	1.5	7.3	21.7	7.0	2.1	1.1	1.1	1.7	1.7	1 304	100
Rural	53.4	2.6	2.4	5.0	16.2	1.5	0.3	6.8	6.9	1.5	3.4	985	100
Grupo étnico													
Indígena	51.2	2.2	2.3	5.2	2.0	-	-	15.5	15.0	0.9	5.5	405	100
Afroecuatoriano	68.6	-	3.8	9.8	7.7	2.8	3.1	1.7	2.5	-	-	101	100
Montuvio	55.9	0.3	1.5	3.2	27.2	8.9	-	1.5	-	-	1.5	55	100
Mestizo. blanco y otro	52.0	2.6	1.6	6.8	22.4	5.9	1.7	1.5	1.6	1.9	2.0	1 728	100
Subregión													
Sierra urbana	60.7	1.6	0.8	8.3	21.8	0.3	1.4	0.9	1.3	1.9	1.0	470	100
Sierra rural	55.4	3.5	1.8	6.1	10.4	-	0.3	8.0	8.0	2.3	4.1	417	100
Costa urbana	50.8	1.0	0.8	3.7	32.7	6.5	0.8	1.7	0.2	0.3	1.6	314	100
Costa rural	47.0	0.7	3.2	1.6	35.3	5.7	-	2.6	1.2	0.7	2.0	116	100
Amazonía urbana	62.1	2.3	2.4	3.8	18.7	-	3.7	2.4	2.3	0.3	2.1	293	100
Amazonía rural	58.5	0.9	3.9	2.9	7.1	-	0.9	11.0	12.4	0.6	1.9	428	100
Galápagos	88.2	0.0	0.0	2.8	6.5	-	-	-	-	-	2.6	45	100
Quito	47.4	6.7	2.0	12.2	13.9	-	6.0	1.1	3.0	4.1	3.7	122	100
Guayaquil	49.8	0.0	2.4	6.9	15.4	23.8	-	-	-	0.8	0.9	84	100
Total nacional	52.9	2.3	1.7	6.6	20.1	5.4	1.6	2.7	2.8	1.6	2.2	2 289	100

* Incluye hospital de FF. AA./Policía, Consejo Provincial/unidad municipal de salud, fundación/ONG y consultorio obstetra
** Incluye enfermera, parto sola y otro.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

por otras personas con el 15.3 %, además, este valor es muy similar al reportado por la encuesta ENDEMAIN en 2004 (18.2 %). Finalmente, el tercer motivo más mencionado fue la cercanía, que presenta un valor muy similar al reportado en el año 2004 (9 %).

En el Cuadro 15.24 y el Anexo 15.42 se presentan los motivos para elegir establecimientos públicos o privados para el control prenatal desglosados por área de residencia y subregión. El primer panel corresponde a las mujeres que realizaron sus chequeos en un establecimiento de salud público y el panel inferior a controles en un establecimiento privado. La información desagregada por área de residencia muestra que el comportamiento de los motivos para elegir un establecimiento público y privado es muy similar entre el área urbana y rural. Los datos por subregión muestran que con excepción de Galápagos, el principal motivo para la elección de un establecimiento público en las subregiones es la cercanía. En Galápagos, un mayor porcentaje de las mujeres manifiestan elegir un establecimiento público porque no hay otro establecimiento (42.3 %). Para los establecimientos privados no se encuentran mayores diferencias entre los motivos mencionados por subregión (Cuadro 15.24 y Anexo 15.42).

El Cuadro 15.25 y el Anexo 15.43 desagregan los datos por quintil económico y nivel de instrucción. En relación con los establecimientos privados se puede observar que el porcentaje de personas que respondieron está cerca y el de personas que respondieron es gratis disminuye con el quintil económico y con el nivel de instrucción. Con relación a los establecimientos privados, no se observan mayores diferencias según el nivel de educación y el nivel económico.

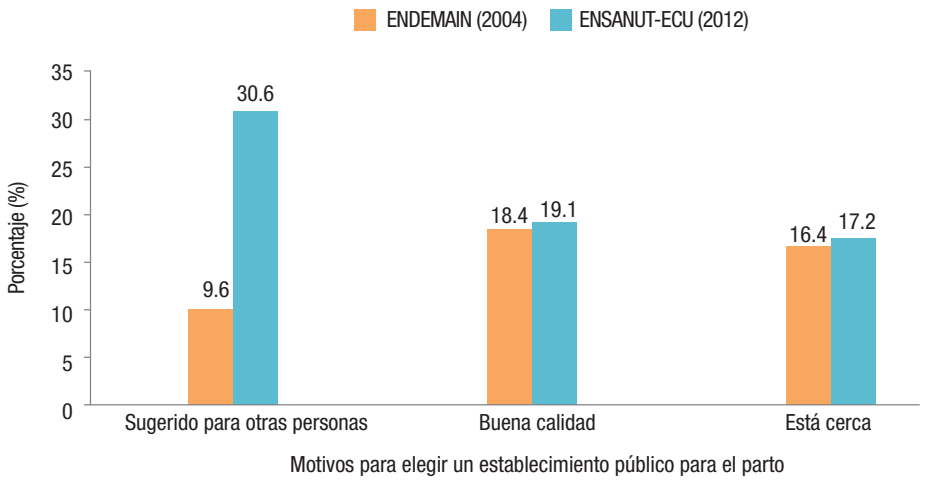
Para una mayor desagregación sobre los motivos para elegir el establecimiento de salud público o privado para el control prenatal revisar los anexos 15.42, 15.43 y 15.44.

15.3.4.3 Lugar de atención al parto

A nivel nacional, el 8.3 % de las mujeres entre 15 y 49 años tuvo un parto en los 12 meses previos a la entrevista. Este porcentaje prácticamente se ha mantenido en el transcurso de 8 años, ya que para el año 2004 la encuesta ENDEMAIN reportó que el 8.2 % de las mujeres en edad fértil tuvieron algún parto en los 12 meses previos a la entrevista (Cuadro 15.26 y Anexo 15.46).

El porcentaje de mujeres que dieron a luz en el último año no varía por área de residencia. Por subregión se observa que la Amazonía concentra la mayor proporción de mujeres que tuvieron un parto (Amazonía rural: 13.5 % y Amazonía urbana: 11.0 %). Además, la proporción de mujeres que dieron a luz en los 12 meses previos a la entrevista es más alta en la población indígena (12.1 %) , en los quintiles de mayores ingresos económicos (11.7) y entre las mujeres de 15 a 29 años (11.5 %) (Cuadro 15.27 y Anexos 15.46 y 15.47). Para una mayor desagregación revisar los anexos 15.45, 15.46 y 15.47.

Gráfico 15.29 **Motivos para elegir un establecimiento público para el parto, comparación ENDEMAIN (2004) y ENSANUT-ECU (2012)**



Fuente: ENDEMAIN 2004. CEPAR/ ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 15.29 **Mujeres de 15 a 49 años que dieron a luz durante los últimos 12 meses por tipo de establecimiento o lugar donde dieron a luz por nivel de instrucción, quintil económico y grupo de edad**

Establecimiento o lugar donde dieron a luz	Hospital público	Centro de salud público	Subcentro. puesto de salud público	Hospital/ clínica dispensario IESS	Hospital/clínica privada	Junta de beneficencia	Consultorio privado	Partera	En casa con familiar	Otros establecimientos de salud*	Otro**	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n	%
Nivel de instrucción													
Ninguno	57.5	-	3.4	-	-	12.3	-	7.2	13.0	-	6.6	38	100
Primaria	60.0	2.6	2.1	4.0	13.9	2.5	1.1	6.0	5.3	0.8	1.9	766	100
Secundaria	56.0	2.7	1.8	4.7	19.5	6.2	1.5	1.4	1.8	1.6	2.7	1 136	100
Superior	29.9	1.0	0.8	17.8	35.4	7.3	2.9	0.3	0.2	3.4	0.9	349	100
Quintil económico													
Q1 (Pobre)	66.5	2.1	2.2	1.6	7.7	2.7	0.2	7.0	7.0	0.9	2.2	789	100
Q2	64.5	2.4	2.3	2.1	18.0	3.0	1.0	2.5	1.6	0.2	2.5	540	100
Q3 (Intermedio)	51.1	1.0	1.9	4.9	23.0	10.7	1.9	1.6	1.5	0.5	1.9	402	100
Q4	40.6	4.0	1.0	11.7	26.2	6.9	1.3	0.5	1.9	5.2	0.9	317	100
Q5 (Rico)	28.0	2.3	0.8	18.8	34.0	4.8	5.0	0.0	-	2.3	3.9	241	100
Grupo de edad													
15-29	53.9	2.3	1.9	4.7	20.8	4.8	1.7	2.5	3.2	2.0	2.3	1 595	100
30-44	50.7	2.4	1.2	11.1	18.6	6.8	1.4	3.0	1.8	0.8	2.2	684	100
45-59	27.9	0.0	15.7	5.3	23.3	-	-	27.8	-	-	-	10	100
Total nacional	52.9	2.3	1.7	6.6	20.1	5.4	1.6	2.7	2.8	1.6	2.2	2 289	100

* Incluye hospital de FF. AA./Policía, Consejo Provincial/unidad municipal de salud, fundación/ONG y consultorio obstetra.
** Incluye enfermera, parto sola y otro.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

El Cuadro 15.28 y el Anexo 15.48 presentan el tipo de establecimiento o lugar dónde dieron a la luz las mujeres en los 12 meses previos a la entrevista. De este cuadro se desprende que a nivel nacional una de cada dos mujeres (52.9 %) dio a luz en hospitales públicos y el 20.1 % dio a luz en hospitales o clínicas privadas.

Por área de residencia, se observa que en el área urbana y en el área rural más de la mitad de las mujeres dieron a luz en un hospital público (53.4 % y 52.7 %, respectivamente). Asimismo, el segundo lugar fue el hospital o clínica privada, 21.7 % en el ámbito urbano y 16.2 % en el ámbito rural. El uso de parteras y partos en casa con familiares es mayor en el área rural respecto al área urbana. Bolívar, Chimborazo, Orellana y Pastaza son las provincias con la mayor prevalencia de partos con parteras y en casa con familiares (Cuadro 15.28 y Anexo 15.48).

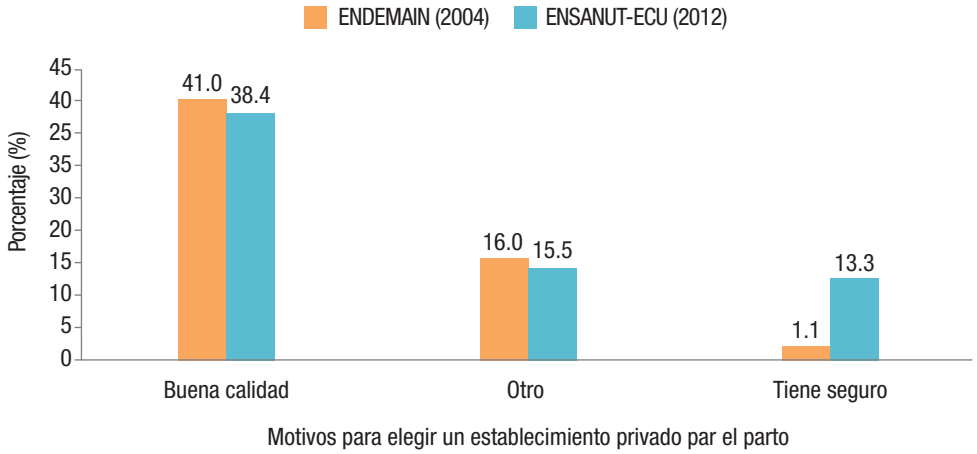
Al desagregar la información por grupo étnico se observa el uso de hospitales públicos es similar entre grupos étnicos siendo un poco más alto

Cuadro 15.30 **Motivos para elegir el establecimiento de salud público o privado para la atención al parto por nivel de instrucción y quintil económico**

Motivos para elegir el establecimienmto	Está cerca	Precios bajos	Buena calidad	Experiencia anterior	Tiene seguro	Sugerido por otras personas	No hay otro establecimiento	Es gratuito	Otro	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n	%
Establecimiento público											
Nivel de instrucción											
Ninguno	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Primaria	18.5	2.6	16.9	3.6	11.0	34.2	1.9	1.1	10.1	538	100
Secundaria	17.9	3.3	19.7	5.4	13.6	30.6	2.7	0.5	6.3	820	100
Superior	11.6	2.9	20.0	27.6	9.6	21.7	2.2	0.5	3.9	215	100
Quintil económico											
Q1 (Pobre)	19.4	1.5	18.6	1.6	9.3	36.7	3.7	1.4	7.9	548	100
Q2	17.9	3.1	16.3	2.5	16.7	34.2	1.4	0.7	7.2	419	100
Q3 (Intermedio)	16.7	5.3	22.1	5.3	12.6	27.1	2.6	0.1	8.3	284	100
Q4	13.4	2.9	20.6	14.7	13.6	25.4	2.0	0.5	6.8	215	100
Q5 (Rico)	17.3	2.2	19.2	29.1	6.1	21.3	1.8	-	3.1	130	100
Total nacional	17.2	3.0	19.1	7.8	12.1	30.6	2.4	0.7	7.1	1 596	100
Establecimiento privado											
Nivel de instrucción											
Ninguno	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Primaria	13.1	7.8	28.2	0.7	7.0	2.9	2.0	18.8	19.5	154	100
Secundaria	8.6	6.0	42.2	3.8	15.6	2.1	0.3	4.9	16.5	262	100
Superior	8.9	4.8	41.8	12.6	15.2	3.7	-	3.0	10.0	130	100
Quintil económico											
Q1 (pobre)	10.0	3.3	25.5	0.3	6.3	4.0	1.7	31.5	17.4	130	100
Q2	10.4	13.4	32.3	-	15.2	0.2	-	5.6	23.0	102	100
Q3 (intermedio)	7.8	2.1	44.8	3.3	13.1	2.9	1.4	10.1	14.4	112	100
Q4	12.2	3.3	42.4	9.7	14.6	2.8	0.5	0.7	13.9	98	100
Q5 (rico)	8.5	8.0	42.4	10.5	15.1	4.4	-	0.7	10.5	109	100
Total nacional	9.8	6.1	38.4	5.3	13.3	2.8	0.6	8.0	15.5	551	100

* Menos de 25 casos.
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 15.30 **Motivos para elegir un establecimiento privado para el parto, comparación ENDEMAIN (2004) y ENSANUT-ECU (2012)**



Fuente: ENDEMAIN 2004. CEPAR/ ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

entre las mujeres afroecuatorianas (68.6 %). Mientras que el uso de hospitales privados es alto entre las mujeres montuvias (27.2 %) y mestizas (22.4 %). El uso de parteras y el parto en casa con familiar es mayor entre las mujeres indígenas (15.5 % y 15.0 %, respectivamente).

El análisis por subregión muestra, además, que en todas las regiones los hospitales públicos son el lugar principal para dar a luz, siendo Galápagos la subregión con el mayor porcentaje (88.2 %). Es interesante notar que la Costa presenta la mayor tasa de partos en hospitales y clínicas privadas (Costa Urbana: 32.7 % y Costa rural: 35.3 %) (Cuadro 15.28 y Anexo 15.48).

Con relación al nivel de instrucción y al quintil económico se observa en el Cuadro 15.29 y el Anexo 15.49, que el porcentaje de mujeres que dieron a luz en un hospital público es mayor en los quintiles de menores ingresos y en las mujeres con menor nivel de educación. Mientras que el porcentaje de mujeres que dieron a luz en un hospital o clínica privada es mayor entre las mujeres del quintil económico más rico y en las mujeres con nivel de educación superior. Por grupos de edad es interesante notar que la mayor prevalencia de partos con partera o en casa se encuentra en las mujeres de 45 a 49 años (27.8 %) (Cuadro 15.29 y Anexo 15.50).

Para una mayor desagregación sobre la atención del parto durante los últimos 12 meses y sobre el tipo de establecimiento o lugar donde dieron a luz las mujeres de 15 a 49 años durante los últimos 12 meses revisar los Anexos 15.45, 15.46, 15.47, 15.48, 15.49 y 15.50.

15.3.4.4 Motivos para elegir el lugar del parto

La ENSANUT-ECU reporta que el principal motivo para elegir un establecimiento público para el parto por las mujeres que dieron a luz durante los 12 meses previos a la entrevista a nivel nacional fue debido a la sugerencia de otras personas (30.6 %). Para 2004, este no fue el principal motivo y el porcentaje que correspondió a esta categoría fue del 9.6 %. El segundo motivo reportado en la ENSANUT-ECU es debido a la buena calidad, en el año 2004 esta razón ocupo el segundo lugar con 18.4 %. La tercera razón más mencionada fue debido a la cercanía (17.2 %), categoría que para el año 2004 se encontró en cuarto lugar (Gráfico 15.29).

Para el caso de los establecimientos de salud privados, se observa que la razón principal para elegirlos a nivel nacional es la buena calidad (41.0 %), este porcentaje es similar con el 38.4 % reportado en el año 2004 para la misma categoría. El segundo motivo más mencionado en la ENSANUT-ECU fue debido a razones categorizadas como Otras (15.5 %), que presenta un valor muy similar al reportado en el año 2004 (16 %). Finalmente, el tercer motivo más mencionado fue debido a la afiliación a algún seguro de salud (13.3 %), categoría que para el año 2004 se encontró en último lugar (1.1 %) (Gráfico 15.30).

En el Cuadro 15.30 y el Anexo 15.52 se presentan los motivos para elegir establecimientos públicos o privados para el parto desglosados por quintil económico y nivel de instrucción. El primer panel corresponde a las mujeres que eligieron

un establecimiento público para dar a luz, y el panel inferior a mujeres que eligieron un establecimiento privado. De manera general, se observa que la buena calidad del servicio como principal motivo reportado por las mujeres para dar a luz en un establecimiento público o privado, aumenta conforme incrementa el nivel de instrucción y el quintil económico.

Para una mayor desagregación de los motivos para elegir el establecimiento de salud público o privado para la atención al parto revisar los Anexos 15.51, 15.52 y 15.53.

15.4 BIBLIOGRAFÍA

CEPAR (2004). ENDEMAIN: *Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil.* Ecuador: Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social (CEPAR).

Gutiérrez, J., Rivera-Donmarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Hernández-Ávila, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales.* Cuernavaca, México: Instituto de Salud Pública (MX).

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). (2008). *Componente Normativo Materno.* Ecuador: MSP, CONASA.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) (2014). Acuerdo Ministerial 00005212: *Tipología sustitutiva para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención y servicios de apoyo del sistema nacional de salud.* Ecuador: MSP.



CAPÍTULO XVI | USO DE SERVICIOS DE SALUD

Fotografía:
OPS/ECUADOR

Contenido

16.1 INTRODUCCIÓN 399
16.2 METODOLOGÍA 399
16.3 RESULTADOS.....399
16.3.1 Gastos en salud anualizados 399
16.3.2 Gastos en atención curativa ambulatoria 403
16.3.3 Gastos en hospitalización 411
16.3.4 Gastos en salud preventiva.....414
16.3.5 Gastos en control prenatal 414
16.3.6 Gastos en atención del parto.....415
16.4 BIBLIOGRAFÍA 415

16.1 INTRODUCCIÓN

La información que se presenta en este capítulo, permite analizar los patrones de gasto en salud de la población, en relación con la atención curativa ambulatoria y la salud preventiva, que se recolectaron en referencia a los 30 días previos a la entrevista, y a los gastos en hospitalización, control prenatal y atención del parto durante los 12 meses previos a la entrevista. Los datos recolectados se refieren a gasto en consulta médica, medicamentos, exámenes de laboratorio y transporte y las pérdidas de ingresos que ocurren como consecuencia del problema de salud en el hogar o por la búsqueda de atención médica.

El texto, los cuadros y los gráficos del presente capítulo exponen la información de manera resumida. Para el lector que desee hacer un análisis a profundidad, el disco compacto que acompaña este informe contiene anexos con información detallada sobre la población muestral (n), la población expandida (N) y los intervalos de confianza (IC95 %).

16.2 METODOLOGÍA

La información sobre gastos en salud se recolectó como parte del Formulario de Hogar, en la primera visita. En este formulario estaba inserta la Sección VI: *Uso de servicios y gastos en salud*, que se aplicó al jefe de hogar o su cónyuge (Anexo A). En ausencia de uno de ellos, la información fue suministrada por una persona mayor de 18 años perteneciente al hogar y que estuvo en capacidad y conocimiento del hogar, para proporcionar datos veraces.

Los datos recolectados hicieron referencia a diferentes tipos de gastos como se indica en el Cuadro 16.1, en donde también se muestran las desagregaciones estudiadas según el tipo de gasto. Dado que la información recolectada se hizo para los últimos 30 días, en relación con la atención curativa ambulatoria y la salud preventiva, y para los últimos 12 meses, en relación con los gastos en hospitalización, control prenatal y atención del parto, fue necesario anualizar la información recolectada en los últimos 30 días para poder hacer una interpretación de todos los gastos en conjunto.

16.3 RESULTADOS

16.3.1 Gastos en salud anualizados

Gastos en salud anualizados en el hogar

En el Anexo 16.1 y el Cuadro 16.2 se presentan los gastos totales en salud anualizados, por gasto total del hogar, por área, subregión, grupo étnico y quintil económico. El gasto promedio anual de los hogares que utilizaron servicios de salud fue de USD 1 177.89. Por su parte, al analizar el gasto promedio anual de todos los hogares, el promedio de gasto anual se reduce a USD 1 033.89. Al analizar los datos por área, urbana o rural, se observa que en el área urbana el gasto promedio fue de casi el doble del área rural (USD 1 345.61 versus USD 746.78). Al desglosar el gasto por subregión, se observa que los promedios más altos se encuentran en las subregiones urbanas. Asimismo, se observa que la población indígena, montuvia y la que pertenece al quintil 5, es la que menos gasta con relación a los otros grupos étnicos y a los otros quintiles, respectivamente.

Para aquellos lectores que tengan interés de analizar estos desgloses, el Anexo 16.1 presenta información adicional sobre el gasto de hogar por provincia y por zonas de planificación.

Cuadro 16.1 **Tipos de gastos efectuados por las familias entrevistadas y desagregaciones analizadas**

Tipos de gasto	Desagregaciones analizadas					
	Área	Subregión	Quintil	Grupo étnico	Provincia	Zona de planificación
Gasto en salud anualizado	X	X	X	X	X	X
Gasto en atención curativa ambulatoria	X	X	X	X	X	X
Gasto en hospitalización	X	X	X	X	X	X
Gastos en salud preventiva	X	X	X	X	X	X
Gastos en control prenatal	X	X	X	X	X	X
Gastos en atención al parto	X	X	X	X	X	X

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 16.2 **Gasto total en salud anualizado, por gasto total del hogar, por área, subregión, grupo étnico y quintil económico**

Gastos anualizados por hogar												
Características seleccionadas	Hogares sin problemas de salud	Hogares con problemas de salud que no tomaron acciones	Hogares que usaron servicios de salud y no gastaron	Hogares que sí gastaron : Rango de gasto (dólares)					Total	Promedio de gastos, hogares que usaron servicio de salud	Promedio de gastos, todo los hogares	Casos
				0 a < 200	200 a < 400	400 a < 800	800 a < 2 000	> 2 000				
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	Dólares	Dólares	n
Total	12.2	4.1	3.4	18	10	16.2	21.3	14.8	100	1 177.89	1 033.89	19 949
Área												
Urbana	12.3	3.9	3.1	14.7	9.3	16.3	23.0	17.6	100	1 345.61	1 180.42	12 170
Rural	12.1	4.6	4.4	26.6	11.7	15.9	17.1	7.7	100	746.78	656.48	7 779
Subregión												
Sierra urbana	15.4	3.5	3.8	14.0	8.0	14.9	22.1	18.3	100	1 409.51	1 192.10	4 432
Sierra rural	14.4	4.7	5.4	25.9	10.2	15.1	15.9	8.3	100	782.16	669.28	3 692
Costa urbana	7.8	4.3	3.4	19.1	12	17.3	23.2	12.8	100	1 061.22	977.98	3 043
Costa rural	8.0	3.9	2.3	29.9	13.4	17.4	18.1	7.0	100	673.60	619.85	1 371
Amazonía urbana	14.4	5.2	5.3	16.3	7.3	12.9	20.5	18.0	100	1 353.43	1 159.05	2 181
Amazonía rural	12.5	5.7	8.1	24.2	9.8	15.1	16.5	8.0	100	739.28	647.17	2 455
Galápagos	12.3	6.6	3.8	8.6	6	11.6	22.2	28.9	100	2 393.24	2 099.01	693
Quito	17.7	3.9	2.1	11.5	6.3	14.3	23.2	21.0	100	1 584.07	1 303.62	1 175
Guayaquil	9.5	3.8	2.4	12.5	11	18.7	23.6	18.5	100	1 402.54	1 269.15	907
Grupo étnico												
Indígena	17.2	7.6	8.2	26	8.5	12.3	13.8	6.5	100	671.47	556.14	2 145
Afroecuatoriano	12.2	6.4	3.9	20.8	10.4	16.3	20.0	10.1	100	936.43	822.40	847
Montuvio	6.9	4.5	2.4	29.0	15.1	14.5	20.6	7.1	100	818.91	762.19	732
Mestizo, blanco, otro	12.3	3.7	3.1	16.4	9.6	16.6	22.0	16.3	100	1 254.18	1 100.06	16 225
Quintil económico												
Q1 (Pobre)	11.9	5	6.3	31.9	13.4	14.8	12.5	4.2	100	534.84	470.94	5 092
Q2	11.3	3.8	4.4	24.3	12.9	17.9	18.9	6.4	100	720.31	638.56	4 479
Q3 (Intermedio)	10.9	4.1	3	17.3	11	19.4	23.6	10.8	100	968.45	863.13	3 937
Q4	13.5	3.8	2	10.5	7.9	18.3	25.5	18.4	100	1 401.92	1 212.17	3 439
Q5 (Rico)	13.5	3.5	1.2	5.8	4.6	10.6	26.3	34.4	100	2 295.83	1 986.11	2 899

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gastos en salud anualizados, per cápita

En el Anexo 16.2 se presenta información sobre el gasto total en salud anualizado per cápita, por área, subregión grupo étnico, quintil económico, provincia y zona de planificación. El Cuadro 16.3 presenta un resumen de esta información con los hallazgos más importantes. El promedio de gastos totales en salud, per cápita, de los hogares que utilizaron los servicios de salud fue de USD 284.97. Estos promedios están por encima de los obtenidos para el área rural (USD 171.96), pero por debajo del promedio en el área urbana (USD 328.94). Nuevamente aquí se observa que el promedio de gasto per cápita es mayor en las subregiones con predominio de población urbana, así como en el quintil más rico, en comparación con el quintil más pobre. En el cuadro 16.3 también se presenta la distribución porcentual de gasto per cápita. De esta información se desprende que el 11.3 % de las personas gastó menos de USD 20, mientras que el 34.2 % gastó más de USD 200.

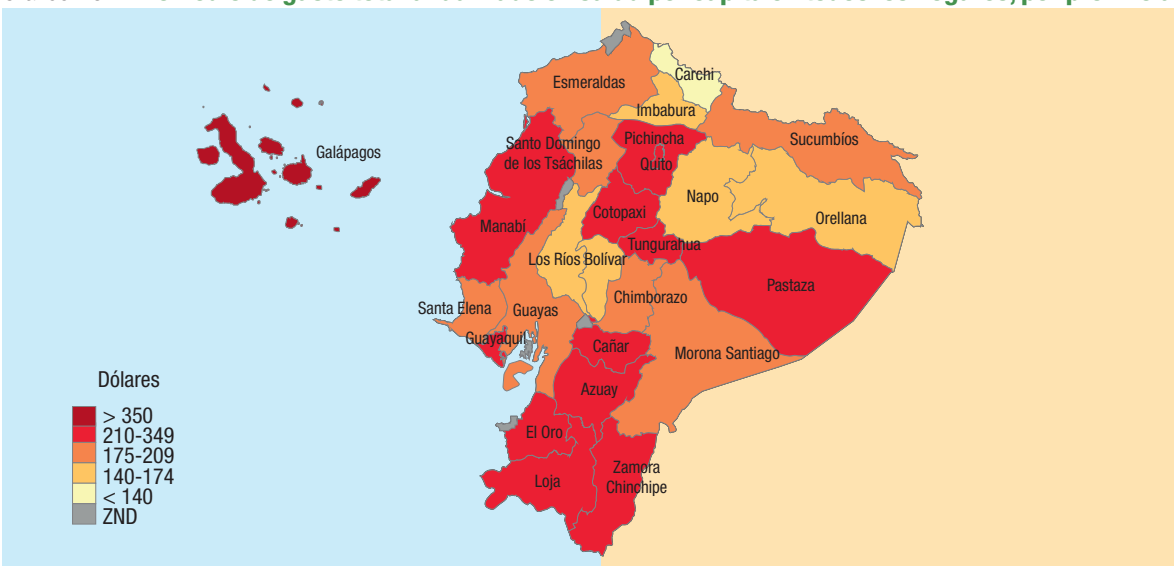
Para el lector que desee, el desglose del promedio de gasto total anualizado en salud per cápita de todos los hogares, por provincia, se encuentra en el Gráfico 16.1.

Cuadro 16.3 **Gasto total en salud anualizado, por gasto per cápita, área, subregión, grupo étnico y quintil económico**

Gasto per cápita												
Características seleccionadas	Hogares sin problemas de salud	Hogares con problemas de salud que no tomaron acciones	Hogares que usaron servicios de salud y no gastaron	Hogares que sí gastaron : Rango de gasto (dólares)					Total	Promedio de gastos, hogares que usaron servicio de salud	Promedio de gastos, todo los hogares	Casos
				0 a < 200	200 a < 400	400 a < 800	800 a < 2 000	> 2 000				
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	Dólares	Dólares	n
Total	12.2	4.1	3.4	11.3	5.3	8.5	21.2	34.2	100	284.97	250.14	19 846
Área												
Urbana	12.3	3.9	3.1	8.8	4.5	7.6	21.0	38.9	100	328.94	288.56	12 170
Rural	12.1	4.6	4.4	17.6	7.1	10.8	21.6	21.9	100	171.96	151.17	7 779
Subregión												
Sierra urbana	15.4	3.5	3.8	8.4	4.5	6.8	18.3	39.3	100	348.88	295.07	4 432
Sierra rural	14.4	4.7	5.4	17.7	6.8	9.8	19.1	22.0	100	178.67	152.88	3 692
Costa urbana	7.8	4.3	3.4	12.0	5.7	10.3	23.0	33.6	100	257.84	237.61	3 043
Costa rural	8.0	3.9	2.3	19.0	7.5	12.4	25.1	21.7	100	160.61	147.80	1 371
Amazonía urbana	14.4	5.2	5.3	10.1	5	7.1	17.6	35.3	100	324.54	277.93	2 181
Amazonía rural	12.5	5.7	8.1	18.0	7.3	9.7	19.0	19.8	100	153.66	134.51	2 455
Galápagos	12.3	6.6	3.8	4.3	2.1	4.5	13.6	52.9	100	681.39	597.62	693
Quito	17.7	3.9	2.1	6.0	3.9	4.8	19.1	42.5	100	390.67	321.51	1 175
Guayaquil	9.5	3.8	2.4	7.6	3.9	7.9	24.0	40.8	100	336.95	304.90	907
Grupo étnico												
Indígena	17.2	7.6	8.2	18.4	7.1	7.8	17.6	16.2	100	150.48	124.63	2 145
Afroecuatoriano	12.2	6.4	3.9	13.0	6.0	11.1	19.3	28.1	100	252.60	221.84	847
Montuvio	6.9	4.5	2.4	17.8	7.6	13.7	21.3	25.8	100	193.21	179.83	732
Mestizo, blanco, otro	12.3	3.7	3.1	10.2	4.9	7.9	21.5	36.3	100	303.12	265.87	16 225
Quintil económico												
Q1 (Pobre)	11.9	5	6.3	20.9	8.5	11.9	19.7	15.8	100	136.53	120.22	5 092
Q2	11.3	3.8	4.4	15.4	7.4	11.3	24.7	21.6	100	169.85	150.58	4 479
Q3 (Intermedio)	10.9	4.1	3.0	10.9	4.9	9.1	24.4	32.7	100	241.33	215.09	3 937
Q4	13.5	3.8	2.0	5.9	3.7	6.7	22.0	42.4	100	329.87	285.23	3 439
Q5 (Rico)	13.5	3.5	1.2	3.2	1.9	3.3	15.1	58.2	100	552.70	478.14	2 899

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 16.1 **Promedio de gasto total anualizado en salud per cápita en todos los hogares, por provincia**



* Rangos de datos adaptados según índice de precios al consumidor (IPC) de 2004 a 2012 (INEC, 2013).
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gastos anuales en salud por categoría de gasto y pérdida de ingreso

A continuación se examinan los componentes de gasto anualizado en salud y las pérdidas de ingreso por problemas de salud o uso de los servicios de salud:

a) Gastos directos en salud anualizados

En el Anexo 16.3 se desglosa el gasto directo en salud anualizado, por área, subregión, grupo étnico y quintil económico, nivel provincial y zona de planificación. Estos gastos incluyen aquellos en consulta médica, medicamentos y exámenes de laboratorio, incurridos como parte de la atención curativa ambulatoria, la atención de salud preventiva, el control prenatal, la atención del parto, y los gastos de hospitalización. El Cuadro 16.4 presenta un resumen de esta información con los hallazgos más importantes. El gasto directo promedio de los hogares que usaron servicios de salud fue de USD 585.24, cifra que disminuye a USD 513.69 cuando se incluye a todos los hogares. Por subregión el gasto promedio más alto de los hogares que usaron servicios de salud, se da en la sierra urbana (USD 716.08) y el más bajo en la Amazonía rural (USD 316.30). Al observar los datos por quintil económico, los que se ubican en el quintil 5 gastaron tres veces más que los que se ubican en el quintil 1. En cuanto a grupo étnico, los hogares indígenas son los que en promedio gastan menos (USD 351.64), mientras que los hogares mestizos son los que gastan más (USD 615.54).

b) Gastos en transporte anualizados

En el Anexo 16.4 se presenta el gasto en transporte de los hogares que utilizaron los servicios de salud

Cuadro 16.4 **Gasto directo en salud anualizado por subregión, grupo étnico y quintil económico**

Gastos directos en salud												
Características seleccionadas	Hogares sin problemas de salud	Hogares con problemas de salud que no tomaron acciones	Hogares que usaron servicios de salud y no gastaron	Hogares que sí gastaron : Rango de gasto (dólares)					Total	Promedio de gastos, hogares que usaron servicio de salud	Promedio de gastos, todo los hogares	Casos
				0 a < 200	200 a < 400	400 a < 800	800 a < 2 000	> 2 000				
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	Dólares	Dólares	n
Total	12.2	4.1	13.6	28.1	12.5	12.3	11.5	5.6	100	585.24	513.69	19 949
Subregión												
Sierra urbana	15.4	3.5	12.5	24.5	12.3	11.9	12.7	7.2	100	716.08	605.63	4 432
Sierra rural	14.4	4.7	20.6	26.6	11.0	9.6	9.0	4.0	100	441.48	377.76	3 692
Costa urbana	7.8	4.3	10.0	31.1	14.5	13.7	12.9	5.6	100	586.28	540.30	3 043
Costa rural	8.0	3.9	15.4	33.6	13.4	12.9	10.2	2.6	100	394.36	362.89	1 371
Amazonía urbana	14.4	5.2	16.6	27.1	10.9	8.7	11.1	5.9	100	626.75	536.74	2 181
Amazonía rural	12.5	5.7	27.6	27.1	10.0	7.7	6.7	2.8	100	316.30	276.89	2 455
Galápagos	12.3	6.6	17.8	25.2	14.2	9.3	7.7	6.8	100	652.53	572.31	693
Quito	17.7	3.9	12.2	26.7	10.0	12.2	10.5	6.8	100	678.34	558.25	1 175
Guayaquil	9.5	3.8	11.3	27.7	13.6	14.1	13.4	6.6	100	645.14	583.79	907
Grupo étnico												
Indígena	17.2	7.6	21.7	27.0	9.9	8.7	4.7	3.2	100	351.64	291.24	2 145
Afroecuatoriano	12.2	6.4	16.6	29.1	11.4	12	8.3	4.0	100	482.88	424.08	847
Montuvio	6.9	4.5	14.5	33.5	15.5	9.8	12.0	3.4	100	473.42	440.62	732
Mestizo, blanco, otro	12.3	3.7	12.9	27.7	12.5	12.8	12.2	6.0	100	615.54	539.90	16 225
Quintil económico												
Q1 (Pobre)	11.9	5.0	18.8	33.5	12.7	9.5	6.2	2.4	100	319.46	281.30	5 092
Q2	11.3	3.8	15.8	33.1	12.7	10.5	9.9	2.8	100	396.49	351.49	4 479
Q3 (Intermedio)	10.9	4.1	12.3	29.4	12.4	13.7	11.9	5.3	100	558.43	497.70	3 937
Q4	13.5	3.8	11.0	23.7	13.0	14.3	13.8	6.9	100	727.77	629.26	3 439
Q5 (rico)	13.5	3.5	10.1	21.1	11.5	13.6	16.0	10.7	100	930.24	804.75	2 899

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

y de todos los hogares, de acuerdo con el área de residencia, la subregión, el nivel provincial, el grupo étnico, el quintil económico y las zonas de planificación. Estos gastos incluyen tanto el transporte hacia el establecimiento de salud como el regreso al hogar. Con el fin de observar el comportamiento del gasto en trasporte por subregión, el Gráfico 16.2 muestra que el gasto promedio anual de todos los hogares, fue de USD 27.50. Llama la atención que Galápagos es la que más gasta en este rubro, en comparación con el resto de subregiones que gastan más o menos lo mismo, debido posiblemente al traslado en barco, bote e incluso avioneta fuera de la isla de residencia.

c) Pérdida de ingresos anualizada

En el Cuadro 16.5 y el Anexo 16.5 se presenta la pérdida de ingresos ocurridos cuando algún miembro del hogar estuvo enfermo o cuando alguien buscó atención en salud. Esta información no se refiere a gasto directo o gasto en transporte, sin embargo, es importante analizar estos datos ya que afecta la decisión de buscar o no atención en salud. Del Cuadro 16.5 se desprende que la pérdida promedio anualizada fue de USD 116.65 en los hogares que utilizaron los servicios de salud y de USD 102.39 en todos los hogares. Por subregión, Galápagos es la subregión que pierde más en promedio; así como los afroecuatorianos y, los que se ubican en el quintil 5.

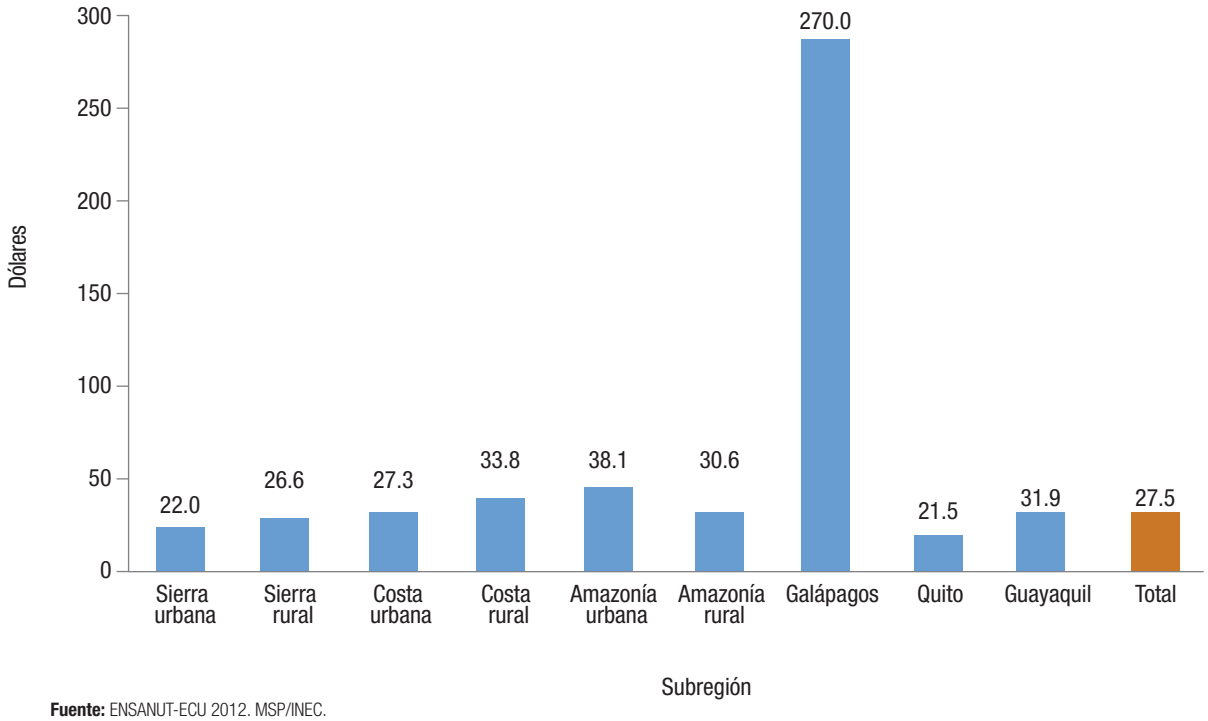
16.3.2 Gastos en atención curativa ambulatoria

Gastos en atención curativa ambulatoria en el hogar

A continuación se presenta el promedio de gastos en atención curativa ambulatoria del hogar, durante los 30 días previos a la entrevista. Esta información se encuentra detallada en el Anexo 16.6 y resumida en el Gráfico 16.3 y el Cuadro 16.6. La atención curativa ambulatoria se refiere a gastos por visita a un establecimiento o agente de salud, por atención médica en casa, por automedicación, por seguimiento del tratamiento médico y por transporte. Del Cuadro 16.6 se desprende que el promedio de gastos de los hogares que utilizaron los servicios de salud fue de USD 43.19, es decir 10 dólares más en relación al gasto promedio de todos los hogares.

Al analizar los datos por subregión, Galápagos vuelve mostrar el promedio de gastos más alto. Al observar los datos por etnia, los mestizos presentan el promedio más alto, seguido de los afroecuatorianos. Al desglosar la información por quintil, se observa que el quintil 5 (Q5) tuvo un gasto promedio de más del doble con relación al quintil 1 (Q1).

Gráfico 16.2 **Promedio de gasto total anualizado en salud per cápita en todos los hogares, por provincia**



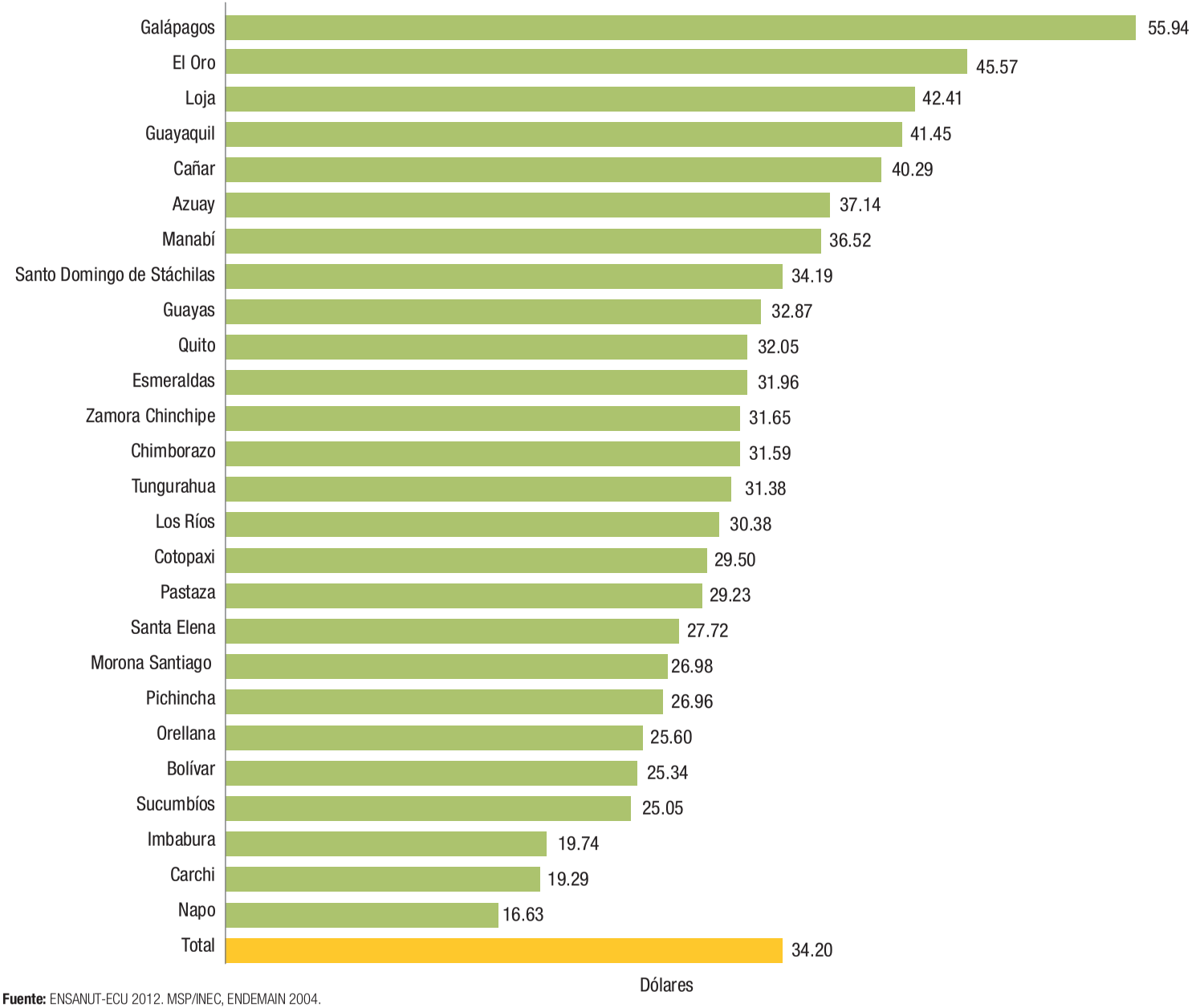
Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 16.5 **Pérdida de ingresos anualizada, por subregión, grupo étnico y quintil económico**

Gastos directos en salud											
Características seleccionadas	Hogares sin problemas de salud	Hogares con problemas de salud que no tomaron acciones	Hogares que usaron servicios de salud y no gastaron	Hogares que sí gastaron : Rango de gasto (dólares)				Total	Promedio de gastos, hogares que usaron servicio de salud	Promedio de gastos, todo los hogares	Casos
				0 a < 100	100 a < 200	200 a < 400	> 400				
	%	%	%	%	%	%	%	%	Dólares	Dólares	n
Total	12.2	4.1	70.3	1.4	2.3	3.4	6.3	100	116.65	102.39	19 949
Subregión											
Sierra urbana	15.4	3.5	68.4	1.4	2.1	3.4	5.8	100	130.10	110.03	4 432
Sierra rural	14.4	4.7	66.2	2.3	2.6	3.8	5.9	100	115.10	98.49	3 692
Costa urbana	7.8	4.3	75.5	1.2	2.0	3.2	6.0	100	90.17	83.09	3 043
Costa rural	8.0	3.9	71.3	1.5	3.6	4.4	7.3	100	101.12	93.05	1 371
Amazonía urbana	14.4	5.2	68.8	1.4	2.1	2.2	5.9	100	134.40	115.09	2 181
Amazonía rural	12.5	5.7	70.3	1.4	2.3	3.1	4.8	100	100.45	87.93	2 455
Galápagos	12.3	6.6	72.8	0.2	0.1	1.4	6.6	100	178.44	156.50	693
Quito	17.7	3.9	65.4	1.4	1.7	2.9	7.1	100	139.54	114.83	1 175
Guayaquil	9.5	3.8	73.4	0.9	2.5	3.2	6.6	100	127.75	115.60	907
Grupo étnico											
Indígena	17.2	7.6	60.3	2.3	2.9	3.6	6.2	100	128.01	106.03	2 145
Afroecuatoriano	12.2	6.4	67.8	1.3	1.9	3.6	6.9	100	144.72	127.10	847
Montuvio	6.9	4.5	71.4	1.6	4.4	5.4	5.8	100	94.18	87.66	732
Mestizo, blanco, otro	12.3	3.7	71.0	1.3	2.1	3.2	6.4	100	116.12	101.85	16 225
Quintil económico											
Q1 (Pobre)	11.9	5	67.6	2	2.9	4.4	6.2	100	100.60	88.58	5 092
Q2	11.3	3.8	69.4	1.9	3.2	3.7	6.7	100	116.23	103.03	4 479
Q3 (Intermedio)	10.9	4.1	71.1	1.6	2.3	3.3	6.7	100	104.26	92.92	3 937
Q4	13.5	3.8	70.9	0.9	1.7	3.1	6.0	100	119.12	102.99	3 439
Q5 (Rico)	13.5	3.5	72.4	0.7	1.3	2.5	6.1	100	143.76	124.36	2 899

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 16.3 **Gasto promedio en atención curativa ambulatoria mensual por gastos del hogar, según provincia**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC, ENDEMAIN 2004.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 16.6 **Promedio de gasto en atención curativa ambulatoria durante los últimos 30 días, por gastos del hogar, subregión, grupo étnico y quintil económico**

Características seleccionadas	Promedio de gastos en atención curativa ambulatoria del hogar		
	Promedio de gastos, hogares que usaron servicio de salud	Promedio de gastos, todo los hogares	Total
	Dólares	Dólares	n
Total	43.19	34.20	19 949
Subregión			
Sierra urbana	50.84	37.20	4 432
Sierra rural	35.00	25.57	3 692
Costa urbana	43.64	38.51	3 043
Costa rural	30.80	27.40	1 371
Amazonía urbana	47.10	34.79	2 181
Amazonía rural	24.26	18.63	2 455
Galápagos	68.93	55.94	693
Quito	46.83	32.05	1 175
Guayaquil	48.87	41.45	907
Grupo étnico			
Indígena	28.65	20.23	2 145
Afroecuatoriano	38.59	30.94	847
Montuvio	33.78	30.41	732
Mestizo, blanco, otro	45.18	35.65	16 225
Quintil económico			
Q1 (Pobre)	25.94	20.78	5 092
Q2	31.29	25.34	4 479
Q3 (Intermedio)	42.75	35.02	3 937
Q4	53.63	41.86	3 439
Q5 (Rico)	63.55	47.62	2 899

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

En el Gráfico 16.3, en el que se presenta el gasto promedio del hogar, por provincia, se hace evidente que nuevamente Galápagos tiene el gasto promedio más alto, seguido de El Oro, Loja y Guayaquil, mientras que Imbabura, Carchi y Napo presentan los gastos promedios más bajos.

Gastos en atención curativa ambulatoria per cápita

En el Cuadro 16.7 y el Anexo 16.7 se presenta el promedio de gasto per cápita, en atención curativa ambulatoria, durante los últimos 30 días, por área, etnia, provincia, quintil económico, subregión y zonas de planificación. La atención curativa ambulatoria se refiere a los gastos por visita a un establecimiento o un agente de salud, por atención médica en casa, por automedicación, por seguimiento del tratamiento médico y por transporte. De este cuadro se desprende que el gasto promedio mensual per cápita es de USD 10.47, en los hogares que usaron servicios de salud. Esta cifra es un poco más alta cuando se compara con el valor per cápita de todos los hogares. Cuando el desglose se hace por subregión, Galápagos aparece con el mayor gasto promedio per cápita. Por quintil, el quintil 5 es el que presenta el más alto nivel de gasto promedio per cápita.

El Cuadro 16.8 y el Anexo 16.8 presentan el promedio de gasto en atención curativa ambulatoria por enfermo, durante los últimos 30 días, por área de residencia, grupo étnico, provincia, quintil económico, subregión y zonas de planificación. De este cuadro se desprende que el gasto promedio por enfermo, en los hogares que usaron servicios de salud es de USD 20.92, cifra un poco superior al promedio de todos los hogares.

De la información por subregión, Galápagos presenta el promedio de gasto más alto, seguido de las subregiones con mayor concentración de población urbana. Por quintil económico, el quintil 5 (Q5) presenta el promedio más alto.

Gastos directos, gastos en transporte y

Cuadro 16.7 **Promedio de gasto per cápita en atención curativa ambulatoria durante los últimos 30 días por subregión, grupo étnico y quintil económico.**

Características seleccionadas	Promedio de gastos per cápita		
	Promedio de gastos, hogares que usaron servicio de salud	Promedio de gastos, todo los hogares	Total
	Dólares	Dólares	n
Total	10.47	8.29	19 949
Subregión			
Sierra urbana	13.10	9.59	4 432
Sierra rural	7.90	5.77	3 692
Costa urbana	10.63	9.38	3 043
Costa rural	7.50	6.68	1 371
Amazonía urbana	11.31	8.35	2 181
Amazonía rural	4.88	3.75	2 455
Galápagos	19.83	16.09	693
Quito	11.48	7.86	1 175
Guayaquil	11.53	9.78	907
Grupo étnico			
Indígena	6.56	4.63	2 145
Afroecuatoriano	10.84	8.70	847
Montuvio	8.36	7.53	732
Mestizo, blanco, otro	10.87	8.58	16 225
Quintil económico			
Q1 (pobre)	6.58	5.27	5 092
Q2	7.53	6.10	4 479
Q3 (intermedio)	10.60	8.68	3 937
Q4	12.54	9.79	3 439
Q5 (rico)	15.21	11.40	2 899

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 16.8 **Promedio de gasto en atención curativa ambulatoria por enfermo durante los últimos 30 días, por subregión, grupo étnico y quintil económico**

Promedio de gastos por enfermo			
Características seleccionadas	Promedio de gastos, hogares que usaron servicio de salud	Promedio de gastos, todo los hogares	Total
	Dólares	Dólares	n
Total	20.92	16.57	19 949
Subregión			
Sierra urbana	27.09	19.82	4 432
Sierra rural	19.09	13.94	3 692
Costa urbana	19.53	17.23	3 043
Costa rural	14.44	12.85	1 371
Amazonía urbana	24.29	17.94	2 181
Amazonía rural	12.10	9.30	2 455
Galápagos	36.90	29.94	693
Quito	23.50	16.08	1 175
Guayaquil	21.56	18.28	907
Grupo étnico			
Indígena	15.25	10.77	2 145
Afroecuatoriano	17.10	13.71	847
Montuvio	15.25	13.73	732
Mestizo, blanco, otro	21.99	17.35	16 225
Quintil económico			
Q1 (Pobre)	12.91	10.34	5 092
Q2	14.74	11.93	4 479
Q3 (Intermedio)	19.41	15.90	3 937
Q4	25.27	19.72	3 439
Q5 (Rico)	33.02	24.74	2 899

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

pérdida de ingresos en atención curativa ambulatoria

Para analizar los gastos directos, los gastos en transporte y la pérdida de ingresos en atención curativa ambulatoria durante los últimos 30 días, en el Cuadro 16.9, se resume la información de los Anexos 16.9, 16.10 y 16.11. En este cuadro se presentan los promedios de cada rubro. Se observa que los hogares que usaron los servicios de salud tuvieron un promedio de gasto directo de USD 41.02, mientras que el promedio de gasto directo en todos los hogares fue de USD 32.49. El desglose por subregión muestra que aquellas subregiones cuya mayor población se ubica en el área urbana son las que mayor promedio de gasto directo presentan, al igual que el quintil 5 (Q5).

En cuanto al gasto en transporte, los hogares que usaron los servicios de salud tuvieron un gasto promedio, de USD 2.17, mientras que el gasto promedio de todos los hogares fue de USD 1.72. La información por subregión, muestra que Galápagos presenta un gasto promedio muy por encima de las otras subregiones, al igual que los quintiles 4 y 5. Con relación a la pérdida de ingreso, los hogares que usaron los servicios de salud tuvieron un gasto promedio de USD 10.07, mientras que el promedio en todos los hogares fue de USD 7.98. Además, el análisis por subregión muestra un gasto promedio mayor en las subregiones con mayor concentración urbana, así como en Galápagos, y en el quintil más alto.

El Anexo 16.12 y el Cuadro 16.10 presentan la distribución del gasto en atención curativa ambulatoria de los hogares con personas que

Cuadro 16.9 **Promedio de gasto en atención curativa ambulatoria durante los últimos 30 días, en gastos directos, gastos en transporte y pérdida de ingresos, por subregión, grupo étnico y quintil económico (todos los hogares)**

Características seleccionadas	Gasto directo		Gasto en transporte		Pérdida de ingreso		Total
	Promedio de gastos, hogares que usaron servicio de salud	Promedio de gastos, todos los hogares	Promedio de gastos, hogares que usaron servicio de salud	Promedio de gastos, todos los hogares	Promedio de pérdida de ingresos, hogares que usaron servicio de salud	Promedio de pérdida de ingresos, todo los hogares	
	Dólares	Dólares	Dólares	Dólares	Dólares	Dólares	n
Total	41.02	32.49	2.17	1.72	10.07	7.98	19 949
Subregión							
Sierra urbana	49.10	35.92	1.74	1.28	11.32	8.28	4 432
Sierra rural	32.81	23.97	2.19	1.60	10.24	7.48	3 692
Costa urbana	41.59	36.71	2.05	1.81	7.45	6.58	3 043
Costa rural	28.16	25.05	2.64	2.35	8.66	7.70	1 371
Amazonía urbana	43.84	32.38	3.26	2.41	11.99	8.85	2 181
Amazonía rural	21.71	16.67	2.55	1.96	8.76	6.73	2 455
Galápagos	46.33	37.60	22.60	18.34	15.85	12.86	693
Quito	45.00	30.80	1.82	1.25	12.55	8.59	1 175
Guayaquil	46.59	39.51	2.28	1.94	11.11	9.42	907
Grupo étnico							
Indígena	26.86	18.96	1.79	1.26	11.18	7.89	2 145
Afroecuatoriano	36.65	29.39	1.94	1.55	12.70	10.19	847
Montuvio	31.78	28.61	2.00	1.80	7.88	7.10	732
Mestizo, blanco, otro	42.96	33.90	2.22	1.75	10.04	7.92	16 225
Quintil económico							
Q1 (Pobre)	24.05	19.27	1.89	1.51	8.68	6.96	5 092
Q2	29.05	23.52	2.24	1.82	9.84	7.97	4 479
Q3 (Intermedio)	40.71	33.34	2.05	1.68	8.91	7.30	3 937
Q4	51.30	40.04	2.33	1.82	10.36	8.09	3 439
Q5 (Rico)	61.20	45.86	2.35	1.76	12.75	9.56	2 899

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 16.10 **Gasto en atención curativa ambulatoria durante los últimos 30 días,de hogares con personas que realizaron acciones para curarse, por quintil económico**

Quintil económico	Hogares que usaron servicios pero no gastaron	Gasto total en atención curativa					Total	
		0 a < 10	10 a < 30	30 a < 60	60 a < 90	> 90		
	%	%	%	%	%	%	%	n
Q1 (Pobre)	14.2	39.7	21.9	13.2	4.3	6.6	100	3 638
Q2	11.7	36.7	23.0	12.9	6.6	9.2	100	3 306
Q3 (Intermedio)	10.1	30.6	21.9	17.4	7.8	12.3	100	2 905
Q4	8.5	26.5	21.2	18.2	8.5	17.1	100	2 473
Q5 (Rico)	7.4	22.9	22.9	16.2	10.4	20.2	100	2 046
Total	10.4	31.4	22.2	15.6	7.5	13	100	14 368

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

realizaron acciones para curarse, por rangos de gasto. El cuadro muestra que la proporción de gasto es menor a medida que se incrementa el gasto (entre USD 60 y menos de USD 90 y más de USD 90). La mayor proporción está en el rango de USD 0 a menos de USD 10 (31.4 %).

Gastos totales atención curativa ambulatoria, según tipo de acción realizada

En el Cuadro 16.11 se presenta la información de gastos totales y gasto promedio en atención curativa ambulatoria, según tipo de acción realizada: 1) Visitas a un establecimiento o un agente de salud, 2) Atención médica en casa, 3) Automedicación y 4) Seguimiento del tratamiento del médico. Este cuadro resume la información presentada en los Anexos 16.13, 16.14, 16.15a y 16.15.b.

De este cuadro se desprende que el gasto promedio de visita a un establecimiento de salud fue de USD 49.6, mientras que el gasto promedio de atención en casa fue de USD 27.2. Asimismo se observa que el gasto promedio en automedicación fue de USD 10.2, mientras que el gasto promedio en tratamiento médico fue de USD 21.8 (Cuadro 16.11).

También se observa que la mayor proporción del gasto al visitar un establecimiento de salud se dio en el rango de cero a menos de USD 10 (24.3 %), al igual que en atención en la casa (26 %). Llama la atención que la automedicación en el rango de cero a menos de USD 10 fue la proporción más alta (57.1 %). Finalmente, la mayor proporción de gasto en el seguimiento de un tratamiento médico, se dio en los que gastaron de USD 10 a USD 30.

Cuadro 16.11 **Gasto en atención curativa ambulatoria durante los últimos 30 días, de hogares con personas que realizaron acciones para curarse, según acción realizada.**

Acción realizada	Hogar que usó el servicio de salud y no gastó	Gastó entre 0 y < 10	Gastó entre 30 y < 60	Gastó entre 10 y < 30	Gastó entre 60 y < 90	Gastó > 90	Total		Promedio
	%	%	%	%	%	%	%	n	Dólares
Visita a establecimiento de salud	12.1	24.3	22.9	17.7	8.6	14.4	100	10 879	49.60
Atención en la casa	23.0	26.0	17.0	18.0	8.0	8.0	100	258	27.20
Automedicación	15.7	57.1	19.1	5.7	1.4	1.0	100	6 879	10.20
Siguió tratamiento médico	67.2	6.1	10.3	6.5	2.5	7.4	100	1 849	21.80

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gastos directos en atención curativa ambulatoria, según tipo de gasto

En el Cuadro 16.12 se presentan los gastos directos en atención curativa ambulatoria durante los 30 días, por tipo de gasto, según características seleccionadas. Este cuadro es el resumen de los Anexos 16.16, 16.17, 16.18 y 16.19. El denominador usado en cada panel de los cuadros incluye los hogares que tuvieron un problema de salud en el último mes e hicieron algo para resolverlo. Los tipos de gasto que se analizaron son los referentes a consulta médica, análisis de laboratorio, medicamentos y otros gastos. En este cuadro se observa que el gasto promedio más alto mensual corresponde a la categoría de otros gastos con un USD 51.9, seguido de la consulta médica con USD 32.5.

En cuanto a consulta médica (Anexo 16.16), Galápagos es la provincia que en promedio gastó más (USD 69.3), seguida de Chimborazo (USD 65.9) y Morona Santiago (USD 56.5). El mayor gasto promedio se observa entre los afroecuatorianos, al desglosar por etnia y en Galápagos y Chimborazo al desglosar por provincias.

Con relación al gasto promedio en laboratorio (Anexo 16.17), se observa que los indígenas gastan más, en promedio, con relación a los otros grupos étnicos (USD 60). Entre las provincias, Galápagos ocupa el primer lugar con un gasto promedio de USD 101.2, seguido de Loja (USD 89.4), El Oro, (USD 83.1) y Los Ríos con USD 80.4.

El Anexo 16.19 presenta la información del promedio de otros gastos. Los hogares afroecuatorianos presentan un gasto promedio de USD 65.2, seguido de hogares mestizos, blancos y otros, con un gasto promedio de USD 52.3. Al observar el desglose por provincia, los gastos más altos corresponden a Galápagos con un valor promedio de USD 175.3, seguida de Loja con USD 93.3, Zamora Chinchipe con USD 90.1, El Oro con USD 87, Pastaza con USD 68.9 y Cañar con USD 67.3. El desglose por quintil económico establece que los quintiles 4 y 5 presentan los promedios más altos de otros gastos de USD 67 y USD 62, respectivamente.

16.3.3 Gastos en hospitalización

En el Gráfico 16.4 se presenta el gasto promedio, por hogar, en hospitalización durante los últimos 12 meses, por quintil económico (Anexo 16.20). Es evidente que hay un incremento del gasto conforme se incrementa el quintil económico. Se observa que aquellos que se ubican en el quintil más alto tienen un promedio de gasto en hospitalización de más del doble del quintil más bajo, es decir, el quintil más pobre.

En el Anexo 16.20 se puede encontrar el promedio de gasto por hospitalización, en los últimos 12 meses, por área, subregión, etnia, provincia y zona de planificación. De este anexo se puede establecer que hay una diferencia importante en el promedio de gasto por hospitalización entre el área urbana y rural (USD 55.8 frente a USD 39.7, respectivamente). En cuanto a la distribución por grupo étnico, se determina que hogares mestizos, blancos u otros presentan el promedio de gasto más alto (USD 93). Al desglosar por provincia, se observa que Azuay es la que más gasta en promedio (USD 93), seguido de Quito con USD 79.1 de gasto promedio, Tungurahua con USD 69.2 y Loja con USD 68.2.

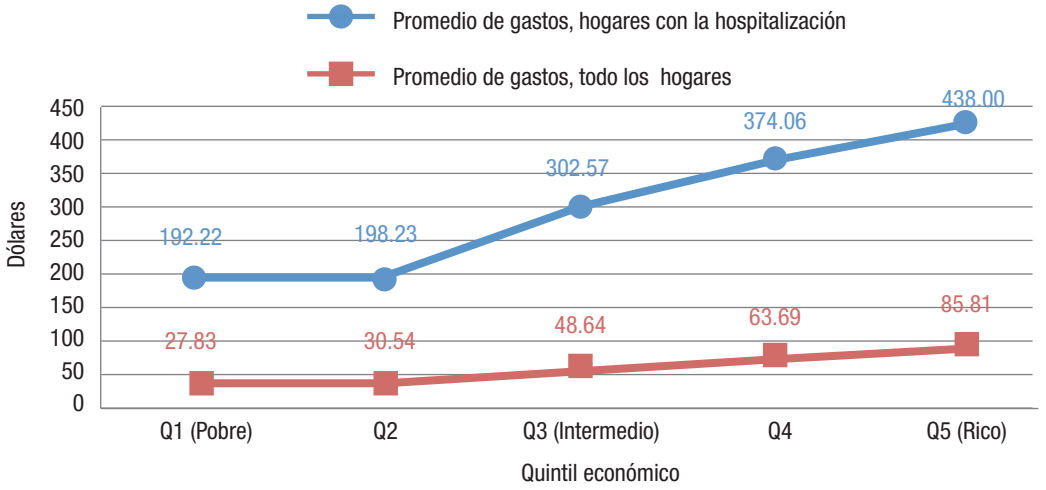
Para el lector que desee, en el Anexo 16.21 se presenta el gasto en hospitalización por persona durante los últimos 12 meses, por área, subregión, grupo étnico, provincia y zona de planificación.

Cuadro 16.12 **Gasto en atención curativa ambulatoria durante los últimos 30 días, de hogares con personas que realizaron acciones para curarse, según acción realizada.**

Acción realizada	Hogar que usó el servicio de salud y no gastó	Gastó entre 0 y < 10	Gastó entre 30 y < 60	Gastó entre 10 y < 30	Gastó entre 60 y < 90	Gastó > 90	Total		Promedio
	%	%	%	%	%	%	%	n	Dólares
Consulta médica	6.0	27.2	39.1	16.2	5.4	6.2	4 009	100	32.50
Laboratorio	89.3	1.8	4.6	2.4	1.0	0.8	15 448	100	3.80
Medicamentos	27.3	27.1	22.9	13.6	4.5	4.6	15 448	100	22.00
Otros gastos	5.0	5.7	42.4	21.2	10.4	15.2	738	100	51.90

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 16.4 **Gasto promedio por hogar en hospitalización durante los últimos 12 meses, por quintil económico**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Forma de pago, de los gastos en hospitalización

En los Anexos 16.22, 16.23 y 16.24, se presenta, en porcentajes, la información referente a la forma de pago que las personas adoptaron cuando estuvieron hospitalizadas durante los 12 meses previos a la encuesta. Para el análisis de estos datos se ordenó la información en cuatro categorías: 1) pagó todo, 2) pagó una parte y el resto le rebajaron, 3) pagó y recuperó del seguro público o privado y 4) no pagó.

El Grafico 16.5 presenta la información en porcentajes, de la forma de pago de gastos en hospitalización, por quintil económico. De este cuadro se desprende que en cuanto al no pago, la mayor proporción se ubica en el Q1, que es el más pobre, con el 67.7 %; sin embargo, casi un cuarto de la población del Q5, que corresponde al grupo más rico, tampoco pagó (23.2 %). Con relación a los que pagaron y recuperaron del seguro público o privado, la proporción más alta (39.6 %) se encuentra en el Q5.

Mecanismos de financiamiento, de los gastos en hospitalización

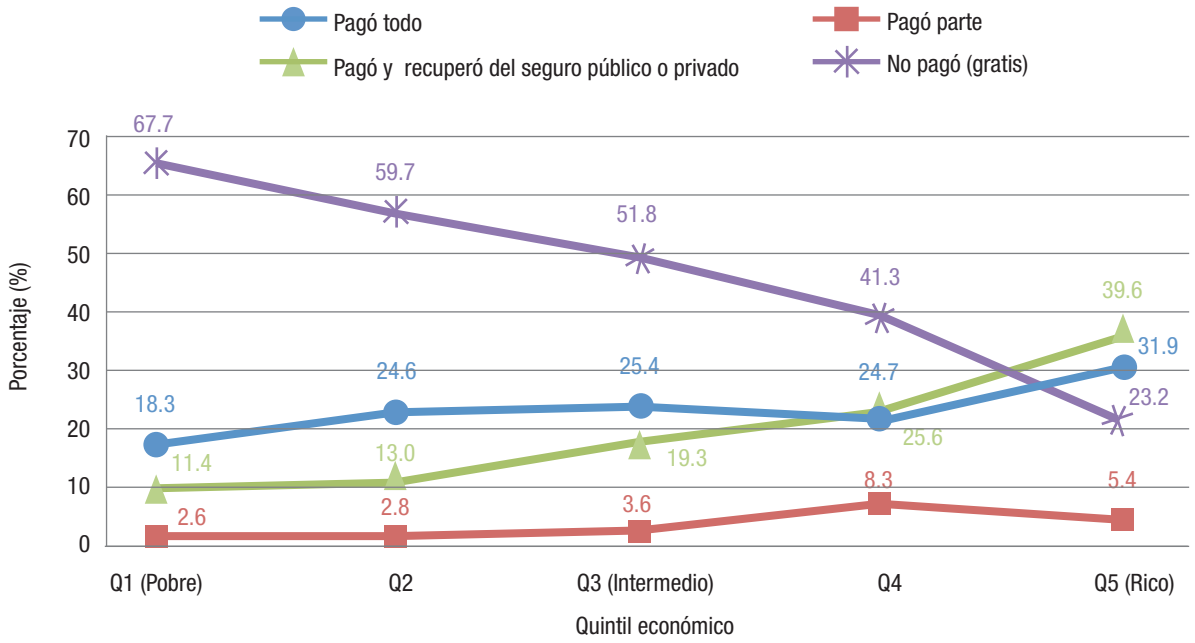
Los Anexos 16.25, 16.26 y 16.27 muestran, las proporciones de los mecanismos de financiamiento (ahorros propios, préstamo bancario, préstamo familiar/amigos, tuvo que vender algo, pago con tarjeta de crédito u otro) de los gastos en hospitalización por área, subregión, quintil económico, etnia y nivel de instrucción.

En el Gráfico 16.6 se presentan, en porcentaje, los mecanismos de financiamiento, por quintil económico. De este cuadro se deprende que los gastos fueron cubiertos, proporcionalmente, en su mayoría, con ahorros propios y con préstamos de familiares y amigos. Sin embargo, las personas también tuvieron que vender algo para obtener los fondos, siendo mayor la proporción en el quintil uno. Otro aspecto que llama la atención es que en todos los quintiles se tuvo que acudir a un préstamo bancario.

Al analizar los mecanismos de financiamiento de los gastos de hospitalización por grupo étnico, en el anexo 16.25 se muestra que en todos los grupos étnicos el uso de ahorros propios y préstamos son proporcionalmente similares. Además, se observa que los montuvios fueron los que, en proporción, más tuvieron que vender algo y los mestizos los que más utilizaron tarjetas de crédito.

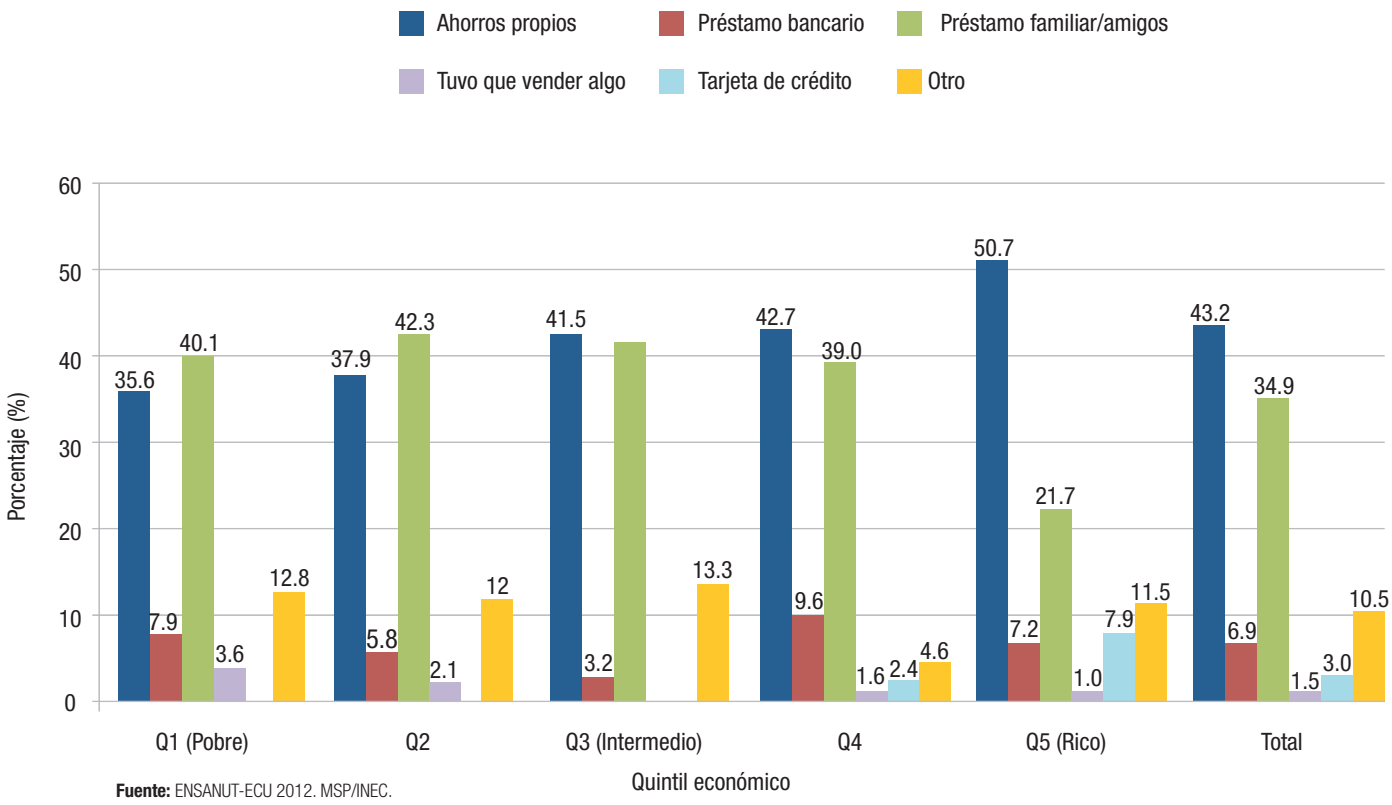
En el Cuadro 16.13 se describe la población hospitalizada durante los últimos 12 meses y la proporción de los diferentes mecanismos de financiamiento, por subregión y situación de empleo. De este cuadro se concluye que a nivel nacional un 43.1 % utilizó los ahorros propios y un 35.9 % hizo préstamo a familiares y amigos, seguido de un préstamo bancario en un 6.8 %. Por subregión las diferencias no son marcadas excepto en la Amazonía urbana que sobrepasa a la siguiente categoría, con más de 10 % el uso de ahorros propios.

Gráfico 16.5 **Forma de pago de gastos en hospitalización por quintil económico.**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Gráfico 16.6 **Mecanismos de financiamiento de los gastos en hospitalización por quintil económico**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 16.13 **Población hospitalizada durante los últimos 12 meses por porcentaje de mecanismos de financiamiento según subregión y situación de empleo**

Características seleccionadas	Ahorros propios	Préstamo bancario	Préstamo familiar/ amigos	Tuvo que vender algo	Tarjeta de crédito	Otro	Total	
	%	%	%	%	%	%	%	n
Total	43.1	6.8	34.9	1.5	3	10.7	100	950
Subregión								
Sierra urbana	45.2	13.1	24.4	0.7	2.7	13.9	100	265
Sierra rural	50.6	13.1	27.0	1.2	0.6	7.5	100	162
Costa urbana	46.5	4.2	34.5	0.4	1.0	13.4	100	156
Costa rural	33.1	2.5	42.6	5.9	0.0	16.0	100	54
Amazonía urbana	62.9	7.8	15.4	1.1	0.7	12.1	100	104
Amazonía rural	46.1	5.0	28.2	5.4	0.0	15.2	100	61
Galápagos	50.2	23.6	14.5	0.0	0.0	11.8	100	20
Quito	46.3	5.6	26.9	3.1	9.3	8.8	100	75
Guayaquil	30.2	1.6	61.2	0.0	2.1	5.0	100	53
Situación de empleo								
Trabajó	46.8	7.1	27.2	2.0	3.6	13.4	100	418
No trabajó	40.7	6.1	41.5	1.7	3.2	6.9	100	360

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

16.3.4 Gastos en salud preventiva

Los gastos en salud preventiva se describen a partir del Anexo 16.28 al Anexo 16.31. En el anexo 16.28 se presentan los gastos en atención preventiva durante los últimos 30 días, por gastos del hogar, por área, grupo étnico, quintil económico, subregión, provincia y zona de planificación. En el Anexo 16.29 se describen estos gastos per cápita; mientras que en el Anexo 16.30 se describen estosgastos en salud preventiva, por persona que recibió el servicio. Finalmente en el Anexo 16.31 se presentan los gastos en atención de salud preventiva durante los últimos 30 días, de hogares con personas que recibieron el servicio.

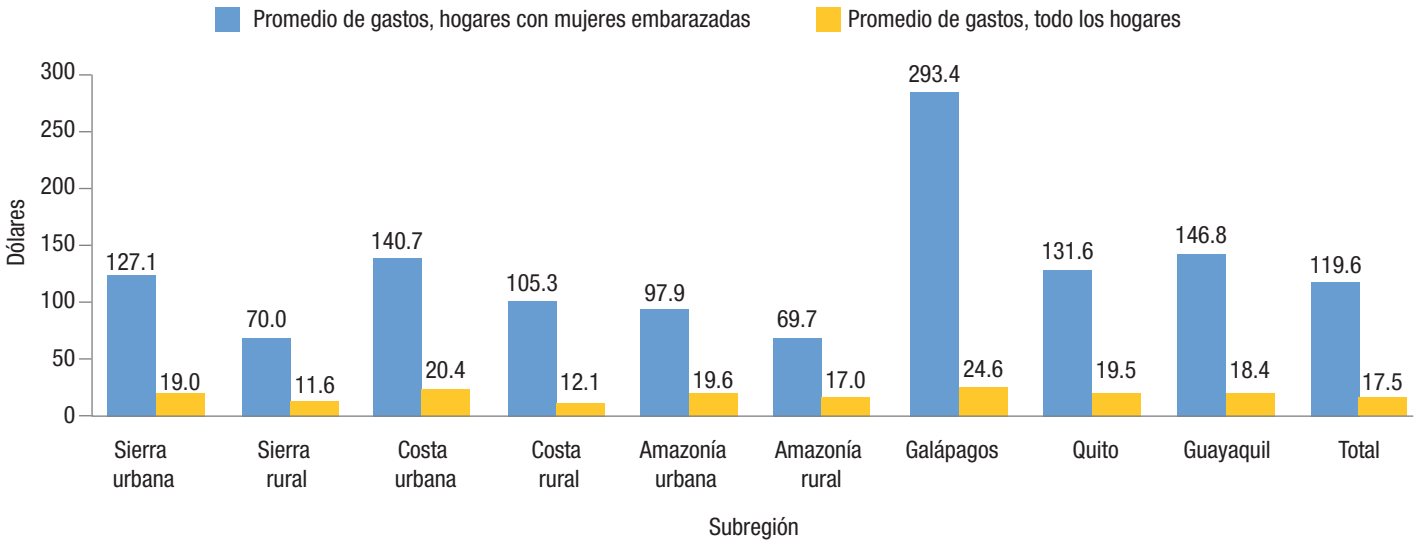
De estos anexos se desprende que, en general, los gastos en atención preventiva son mínimos. El promedio de gastos por hogar, en los hogares que tuvieron problemas de salud, es de USD 22.2 (Anexo 16.28), el promedio de gastos per cápita es de USD 5.6 (Anexo 16.29), el promedio de gastos por persona que recibió el servicio es de USD 17.3 (Anexo 16.30) y el promedio de gastos de los hogares que recibieron el servicio es de USD 1.2 (Anexo 16.31).

16.3.5 Gastos en control prenatal

El Gráfico 16.8 presenta los gastos promedios del control prenatal durante los últimos 12 meses, por subregión. De este gráfico se desprende que, en los hogares con mujeres embarazadas, la subregión de Galápagos es la que, en promedio, ha gastado más que el resto de subregiones (USD 293.4), seguido de Guayaquil y la Costa urbana con una muy menor cantidad (USD 146.8 y USD 140.70, respectivamente). El gasto promedio de los hogares con mujeres embarazadas fue de USD 119.60.

En el Anexo 16.32 se describen, con más detalle, los gastos de control prenatal durante los últimos 12 meses, desagregados por área, subregión, provincia, quintil económico, grupo étnico y zona de planificación, de los hogares con mujeres embarazadas y en el total de hogares. En este anexo sobresalen diferencias muy importantes en cuanto a los gastos de control prenatal. En el desglose por grupo étnico, por ejemplo, mientras los hogares mestizos, blancos y otros gastaron un promedio de USD 133.2, los hogares indígenas gastaron un promedio de USD 41.6. Cuando se observa el desglose del gasto promedio por provincia también son evidentes las diferencias. Así por ejemplo, Galápagos es la provincia que más gasta en promedio (USD 293.4), seguido de Tungurahua con un gasto promedio de USD 167.8, Guayas con USD 162 y Guayaquil con USD 146.8. Mientras que las provincias de Morona Santiago y Napo muestras valores promedios de USD 45.7 y USD 41.4, respectivamente.

Gráfico 16.8 **Promedio de gastos en control prenatal durante los últimos 12 meses, por subregión**



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

En cuanto a los gastos en control prenatal durante los últimos 12 meses por gasto total y gasto directo por área, grupo étnico, subregión, quintil económico, provincia y zona de planificación (Anexo 16.33), se observa, con relación al gasto total de hogares con mujeres embarazadas, que la proporción más alta se ubica en la categoría de gasto de más de USD 30 (58.4 %). Además, la proporción más alta del gasto directo también cae en la misma categoría (58 %) (Cuadro 16.14).

16.3.6 Gastos en atención del parto

El Anexo 16.34 presenta los gastos de atención al parto, durante los últimos 12 meses, por rango de gasto, además del promedio de gasto en hogares con mujeres embarazadas y en el total de hogares. En el cuadro 16.15 se presenta esta misma información pero desagregada solo por grupo étnico y quintil económico. De este cuadro se desprende que del total de hogares, el 90 % corresponde a hogares sin mujeres que dieron a luz. A nivel nacional, el gasto promedio en atención de parto fue de USD 136.54. Por grupo étnico, se observa que los hogares montuvios que tuvieron atención al parto, gastaron en promedio USD 172.94, cifra que es la más alta entre todos los grupos. En cuanto al ingreso, el quintil más alto (Q5) es el que, en promedio, más gastó (USD 226.25), en comparación con el quintil más bajo que gastó USD 64.5.

En el Anexo 16.35 y Cuadro 16.16 se presenta la distribución de los gastos totales y directos para los hogares con mujeres que dieron a luz durante el último año. Del cuadro se desprende que con respecto al gasto total en atención al parto, el 36.9 % del gasto se dio en la categoría de cero a menos de USD 30, mientras que el 22.7 % gastó más de USD 180. Con respecto al gasto directo en atención al parto, un 47.6 % no gastó, mientras que un 22.1 % gastó más de USD 180.

En cuanto al gasto total en atención al parto, desagregado por grupo étnico y quintil económico, se observa que la proporción mayor de gasto se dio entre los hogares montuvios, seguido de los hogares mestizos, blancos u otros. En cuanto al nivel de ingreso, el mayor gasto se dio entre los quintiles 5, 4 y 3. Este comportamiento es similar cuando se trata de gastos directos en atención al parto.

16.4 BIBLIOGRAFÍA

CEPAR (2005). *ENDEMAIN: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil.* Ecuador: Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social (CEPAR).

Cuadro 16.14 Gasto en control prenatal durante los últimos 12 meses, de hogares con mujeres embarazadas, por gasto total y gasto directo, según grupo étnico y quintil económico

Características seleccionadas	No gasto	Gasto total en control prenatal (dólares)			No gasto	Gasto directo en control prenatal (dólares)			Total	
		0 a < 10	10 a < 30	> 30		0 a < 10	10 a < 30	> 30		
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n
Total	30.2	2.2	9.6	58	14.2	17.3	10.2	58.4	100	3 020
Grupo étnico										
Indígena	46.4	2.5	10.9	40.3	23.8	23.9	11.6	40.7	100	457
Afroecuatoriano	33.4	3.4	13.1	50.2	17.7	14.2	14.8	53.3	100	143
Montuvio	32.0	2.5	12.4	53.1	9.9	23.0	13.9	53.1	100	80
Mestizo, blanco, otro	28.5	2.1	9.0	60.4	13.3	16.6	9.5	60.6	100	2 340
Quintil económico										
Q1 (Pobre)	39.8	1.4	10.3	48.5	17.3	22.1	11.7	49.0	100	984
Q2	32.4	2.0	11.8	53.8	14.1	20.1	11.9	53.9	100	721
Q3 (Intermedio)	29.0	2.9	9.2	58.9	15.4	15.1	10.3	59.2	100	550
Q4	24.5	2.1	10.5	62.8	13.1	13.0	10.1	63.8	100	434
Q5 (Rico)	20.6	3.2	4.3	71.9	9.3	13.5	5.1	72.1	100	329

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 16.15 Gasto en atención al parto, por rango de gasto, durante los últimos 12 meses y promedio de gasto en hogares con mujeres embarazadas y el total de hogares, por grupo étnico y quintil económico

Características seleccionadas	Hogar sin mujeres que dieron a luz	No gastaron	Gasto total en atención al parto				Promedio, hogares con atención al parto	Promedio, todo los hogares	Total	
			0 a < 30	30 a < 60	60 a < 180	> 180				
	%	%	%	%	%	%	Dólares	Dólares	%	n
Total	90.0	1.6	3.7	1.1	1.4	2.3	136.5	13.6	100	19 949
Grupo étnico										
Indígena	84.4	5.3	5.8	2.3	1.4	0.8	39.9	6.2	100	2 145
Afroecuatoriano	91.0	0.9	5.1	1.4	0.8	0.9	61.1	5.5	100	847
Montuvio	93.0	0.1	2.3	0.6	1.4	2.5	172.9	12.1	100	732
Mestizo, blanco, otro	90.1	1.5	3.5	1.1	1.4	2.4	149.2	14.7	100	16 225
Quintil económico										
Q1 (Pobre)	87.3	2.6	4.9	1.9	1.8	1.3	64.5	8.2	100	5 092
Q2	88.6	1.3	4.4	1.6	1.9	2.3	106.4	12.2	100	4 479
Q3 (Intermedio)	90.2	1.0	3.9	1.0	1.3	2.6	143.1	14.0	100	3 937
Q4	91.0	1.3	3.4	0.4	1.2	2.7	198.0	17.8	100	3 439
Q5 (Rico)	92.8	1.6	1.8	0.7	0.6	2.5	226.3	16.2	100	2 899

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Cuadro 16.15 **Gasto en atención del parto durante los últimos 12 meses, de hogares con mujeres que dieron a luz, por gasto total y gasto directo, según grupo étnico y quintil económico**

Características seleccionadas	Gasto total en atención del parto					Total	Gastos directos en atención del parto					Total	
	No gastó	0 a < 30	30 a < 60	60 a < 180	> 180		No gastó	0 a < 30	30 a < 60	60 a < 180	> 180		
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n
Total	15.7	36.9	11.1	13.6	22.7	100	47.6	8.3	9.5	12.5	22.1	100	2 267
Grupo étnico													
Indígena	34.1	37.3	14.4	9.1	5.0	100	61.5	14.1	10.5	9.0	5.0	100	392
Afroecuatoriano	10.1	56.4	15.2	8.6	9.8	100	57.4	13.4	13.0	8.2	8.1	100	88
Montuvio	1.8	33.6	8.2	20.0	36.5	100	35.6	4.2	7.4	20.9	31.9	100	56
Mestizo, blanco, otro	14.8	36	10.7	14.0	24.5	100	46.2	7.6	9.3	12.6	24.2	100	1 731
Quintil económico													
Q1 (Pobre)	20.9	39.1	15.0	14.4	10.6	100	54.8	8.6	13.7	12.3	10.6	100	784
Q2	11.2	38.7	13.8	16.5	19.8	100	45.2	11.7	8.9	15.7	18.6	100	534
Q3 (Intermedio)	10.5	39.5	10.4	13.1	26.5	100	43.8	9.0	8.6	12.6	26.0	100	397
Q4	14.8	37.8	4.3	13.1	30.0	100	47.7	5.2	5.7	11.4	29.9	100	312
Q5 (Rico)	22.2	25.4	9.7	8.5	34.2	100	44.0	5.0	9.0	8.7	33.3	100	240

Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*



CAPÍTULO XVII | CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Fotografía:
UNICEF/ ECUADOR/ 2012-1081/ M. Avilés

Contenido

17.1 CONCLUSIONES 423
17.2 RECOMENDACIONES 426
17.2.1 Recomendaciones sobre la réplica de la encuesta en años futuros 426
17.2.2 Recomendaciones sobre los resultados. 426

17.1 CONCLUSIONES

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU 2012), además de recoger información en una muestra representativa de la población ecuatoriana sobre la situación de salud y nutrición de la población de cero a 59 años, también recogió información sobre la salud sexual y reproductiva en las mujeres de edad fértil de 12 a 49 y de los nacidos vivos de julio 2007 a junio de 2012. La encuesta se ejecutó en una muestra representativa a escala nacional para expandir los datos recolectados en los módulos de salud y nutrición y el módulo de salud sexual y reproductiva.

Esta encuesta es la octava encuesta demográfica y de salud materna e infantil que recoge información similar a la que se recolectó en las encuestas anteriores y la última encuesta ENDEMAIN (2004), con lo que, y de acuerdo con los requerimientos hechos por la Senplades, permitirá actualizar los datos demográficos de salud materna e infantil y hacer comparaciones con las encuestas anteriores.

Del análisis de los datos, se concluye:

Al respecto a los servicios básicos, los resultados, a nivel nacional, indican un aumento desde 2004, sobre todo en el acceso a luz eléctrica, telefonía celular y agua potable.

Existe un importante segmento de viviendas (del área rural, de la etnia indígena y del quintil más pobre (Q1)) en que menos del 14 % tiene acceso al servicio de eliminación de excretas. La ENSANUT-ECU también reporta que existen hogares en el área rural, en los grupos de indígenas o montuvios y del quintil económico más pobre (Q1), que no tienen un apropiado servicio de eliminación de basura.

Al analizar la proporción de hogares ecuatorianos que acceden a los distintos programas sociales, se desprende que en los últimos 8 años ha habido un aumento de alrededor de 10 puntos porcentuales en el acceso al bono de desarrollo humano y el acceso al desayuno/almuerzo escolar gratuito. Sin embargo, la proporción de hogares que acceden a los demás programas sociales se ha mantenido relativamente constante.

De los datos de vivienda y hogar de las familias ecuatorianas, se determina que ha habido una mejora significativa en los últimos años.

En cuanto a las características demográficas, con relación a 2004, la situación de la población ecuatoriana, en cuanto a la distribución por sexo, grupos de edad, quintil económico, estado civil y parentesco con el jefe de hogar, se ha mantenido constante.

En esta encuesta se reporta por primera vez la distribución por grupo étnico en que se recoge información sobre mujeres montuvias y afroecuatorianas que representan el 5.2 % y el 4.7 % de las MEF, respectivamente.

Del análisis del nivel de instrucción, se observa que desde 2004 a 2012 ha habido un aumento importante en las personas que poseen instrucción secundaria y un aumento más tenue en las personas con instrucción superior. A pesar de estas mejoras, todavía existía una proporción considerable de personas sin ningún tipo de instrucción.

Con relación al número de hijos e hijas vivos, la Sierra rural, la Costa rural y la Amazonía rural presentaron las proporciones más altas de mujeres con seis hijos; mientras que la Amazonía urbana y la Sierra urbana, presentaron las proporciones más altas de mujeres con un solo hijo.

En cuanto a la tenencia de un seguro médico (sea este público o privado), un 70.8 % de las MEF no tiene ningún tipo de seguro. Por otro lado, si bien el acceso al seguro social (general, voluntario o campesino) incrementó en casi 11 puntos porcentuales desde 2004 hasta 2012, los datos muestran que es imprescindible expandir este servicio a las MEF que no tienen ningún tipo de seguro.

En cuando al nivel de instrucción, se observa que las mujeres con estudios secundarios y estudios primarios han aumentado. Estos datos reflejan una mejor situación, sin embargo, solo un 0.8 % de las MEF posee estudios de posgrado y un 20.5 % posee estudios superiores de 3 o 4 años.

Con relación al estado civil de las madres de los NV en el período de julio 2007 a junio 2012, la proporción de madres solteras ha aumentado en casi 11 puntos porcentuales desde 2004, con lo que, el número de madres solas, que deben dar atención y cuidado, también se ha incrementado.

En cuanto al período intergenésico, un 18.3 % de madres de los NV tuvo su hijo en un intervalo menor a 2 años; lo cual refleja la necesidad de continuar con las actividades de educación sexual

y reproductiva de las mujeres en edad fértil, en particular, las más jóvenes.

El 38.0 % de las mujeres de 15 a 49 años mencionó haber tenido su primera relación sexual antes de los 18 años, esta cifra se eleva al 43 % entre las mujeres de 20 a 24 años.

Al comparar la edad mediana de los tres acontecimientos (la primera relación sexual, primera unión y primer nacimiento) en la vida de la mujer, se observa que a nivel nacional la edad mediana de la primera relación sexual fue de 18.5 años; la edad mediana de la primera unión, de 21.6 años; y la edad mediana al primer nacimiento, de 21.2 años.

Los datos muestran que el nivel de educación de las mujeres tiene relevancia en el inicio de la actividad sexual; así, aquellas con mayor nivel de educación empiezan su actividad sexual a una edad mediana más tardía (21.1 años), mientras que aquellas que no tienen ningún nivel educativo, presentan una edad mediana de 16.5 años, en el inicio de actividad sexual. Este comportamiento es similar en cuanto a la conformación de uniones. Así, la edad mediana en las uniones de mujeres con educación superior es de 25.9 años, mientras que las mujeres sin ningún nivel educativo tienen una edad mediana de 20.1 años.

Con relación a la edad de la mujer cuando tuvo su primer hijo, por quintil económico, se observa que aquellas que se ubican en el quintil más pobre (Q1) tienen su primer hijo a los 19.9 años o menos, mientras la edad mediana del quintil más rico (Q5) es de 23.9 años, es decir, una diferencia de 4 años con respecto a las mujeres de menor nivel económico.

En cuanto a la información que la ENSANUT arroja sobre planificación familiar se destaca que la mayoría de las mujeres conoce y utiliza al menos un método de planificación familiar y, en su mayoría, se refiere a un método moderno; sin embargo, también conoce, aunque en menor proporción, un método tradicional. Se observan diferencias cuando se desglosa la información por región, nivel de instrucción y quintil económico, favoreciendo a aquellas que viven en el área urbana, pertenecen al Q5 y al nivel más alto de instrucción.

La ENSANUT-ECU reporta un incremento en la oferta de servicios de planificación familiar, tanto para MEF casadas/unidas como para el total de las MEF, lo que ha permitido un mayor acceso al servicio y la información que reciben las usuarias.

Llama la atención un incremento importante en el uso de la esterilización femenina en las mujeres casadas o unidas, en las áreas urbana y rural, si se compara con los datos de 2004. La ENSANUT-ECU no reporta las razones de este incremento, lo que invita a realizar estudios adicionales para determinar la razón de este comportamiento, pues como es conocido, en muchos países en Latinoamérica y en otras partes del mundo, se han reportado diferentes formar de presionar para que las mujeres adopten este método de planificación familiar.

Con relación al uso de servicios relacionados a salud materna, se observa un incremento importante en la proporción de mujeres que accedieron a, por lo menos, un control prenatal, al primer control durante el primer trimestre y al acceso, a por lo menos, los cinco controles que es lo que se recomienda. Cuando se analiza por región, por grupo étnico y por quintil económico, las madres menos favorecidas son las más pobres, las indígenas y las que viven en el área rural.

También se observa un incremento en la atención al parto en un establecimiento de salud. Sin embargo, los controles posparto siguen manteniéndose en niveles bajos, con las diferencias anotadas en cuanto a etnia, área geográfica y quintil económico.

La atención al parto, en su mayor proporción, fue realizada en los hospitales y maternidades del MSP, seguida de las unidades privadas, y en proporciones mucho más bajas, otros lugares de atención. Este servicio, en su mayoría, fue proporcionado por un médico seguido de una obstetra.

Los datos sobre control posparto revelan que una muy pequeña proporción de madres se sometió al control posparto en los primeros siete días y en total, menos del 50 % lo hizo en los primeros 40 días, mientras que un 49 % no tuvo ni un control.

De aquellas madres que sí acudieron al primer control, la mayoría lo hizo en los establecimientos del MSP, seguidos de las clínicas y consultorios privados.

En cuanto a los datos referentes a la proporción de partos vaginales en comparación con los partos por cesárea, la ENSANUT-ECU revela que los partos por cesárea alcanzaron el 59 %, proporción mayor a los partos vaginales, lo que muestra una distorsión en lo que debería ser la

real proporción de partos por cesárea, ya que no hay una justificación ni médica ni biológica ni fisiológica que justifique este alto porcentaje. De hecho, al comparar con la ENDEMAIN 2004, los partos por cesárea aumentaron en un 16 %.

El acceso a la información sobre cáncer uterino es limitada. La ENSANUT-ECU reporta que el 57 % de las mujeres no recibió ninguna información y, de aquellas que sí recibieron, un 20 % lo hizo en las unidades del MSP, mientras que en los otros servicios no alcanzó ni el 5 %.

Estos datos reflejan la poca información que sobre cáncer uterino se entrega a las mujeres y se corroboran con el hecho de que un 30 % de las mujeres nunca tuvo una citología vaginal y, de aquellas que sí lo tuvieron, en su mayoría lo hicieron en una unidad del MSP.

En cuanto al cáncer de mama, la información recabada de las mujeres muestra que cerca del 90 % ha oído hablar de este problema, sin embargo, solo a un 36 % le hicieron un examen de seno.

La ENSANUT-ECU reporta que para 2012, la mortalidad infantil fue de 13 por 1 000 NV. Esta tasa nuestra una reducción muy importante al compararla con la tasa estimada de 2004, año en que se reportó un 29 por 1 000 NV. Una comparación con las ENDEMAIN de los años anteriores revela una reducción significativa a través de los años. Sin embargo, es importante tener presente que al interior del país hay también diferencias en esta tasa, Así, el área rural (18/1 000) presenta las tasas más altas con relación al área urbana (11/1 000). Al desglosar la información por subregión, la Sierra rural tiene la tasa más alta, seguida de la Costa rural (22/1 000 y 16/1 000, respectivamente). Por etnia, sobresale con la tasa más alta el grupo montuvio (22/1 000) y por quintil económico, Q4 y Q5 presentan las tasas más bajas (7/1 000 y 11/1 000, respectivamente).

Con relación a la mortalidad de menores de cinco años, a nivel nacional, la tasa estimada fue de 16/1 000, siendo más alta en el área rural (23/1 000), en particular en la Sierra rural (32/1 000). En cuanto al nivel de instrucción, aquellas madres con el nivel más bajo presenta las tasas más altas (22/1 000) y, en relación a la etnia, el grupo indígena presenta las tasas más altas (25/1 000), datos que son consistentes con lo observado en otros indicadores.

La tasa de mortalidad neonatal temprana es de 6/1 000 (0-7 días) representa el 85.7 % de la tasa de mortalidad neonatal (7/1 000), lo que indica la importancia de mortalidad neonatal temprana en la mortalidad infantil, tasa que es mayor a la de 2004 (76.5 %).

Un indicador relevante para medir el estado de salud del niño y la situación social y económica del país es el peso al nacer. La ENSANUT-ECU reporta una tasa de bajo peso al nacer (< 2 500 gramos) de 6.8 %, al nivel nacional. Esta tasa, sin embargo, varía cuando se desglosa por área de residencia, en donde se encuentra que la tasa en el área rural es más alta (7.0 %), respecto del área urbana (6.2 %). Por etnia, los afroecuatorianos son los más afectados por el bajo peso al nacer (10.2 %), en comparación con indígenas (8.7 %), montuvios (8.3 %) y mestizos , blancos y otros (6.5 %).

En cuanto a las enfermedades diarreicas, a nivel nacional, el 11.8 % de los niños (as) menores de cinco años presentó esta patología, siendo mayor entre los indígenas y los afroecuatorianos. La prevalencia de diarrea alcanza su valor máximo cuando los niños cumplen el primer año de vida (19.5 %) y luego decrece. Este comportamiento es similar al observado en la prevalencia de retardo en talla en niños ecuatorianos menores de 5 años, que alcanza su máximo valor al cumplir el año de vida (32.6 %), con lo que se evidencia la relación existente entre infección y desnutrición, que es cuando el niño empieza a actuar en forma independiente y está más expuesto a la contaminación. En promedio, la diarrea dura 3.6 días, cifra inferior a la estimada en 2004.

Con relación a las infecciones respiratorias, a nivel nacional, fue de 43.6 % de niños (as) con un 7.5 % de neumonía grave, siendo mayor en el área urbana (45.5 %), en relación con el área rural (38.8 %) y más frecuente en la Costa urbana y la Costa rural, (60.6 % y 58.1 %). Por grupo étnico, los montuvios presentaron las tasas más altas.

En cuanto a vacunación, a nivel nacional, el 71.2 % de los niños (as) recibió el esquema de vacunación completo. La población infantil afroecuatoriana de 12 a 23 meses es la que en menor proporción recibió su esquema de vacunación completo (58.6 %). Cabe hacer notar que la cobertura de inmunización completa se incrementa conforme aumenta el nivel de instrucción de la madre. Así, el 64.8 % de los hijos de mujeres sin estudios presentó inmunización completa, frente al 75.8 % de los hijos de mujeres con instrucción superior. Estos datos muestran una mejora importante con relación a la ENDEMAIN 2004, lo que refleja una mayor cobertura.

En lo referente a la práctica de relaciones sexuales, en las mujeres de 15 a 24años, la ENSANUT-ECU reporta que para 2014, la edad promedio de la primera relación sexual fue de 18.4, valor inferior al estimado en 2004, lo que indica que las mujeres inician su vida sexual a edades más tempranas.

Llama la atención que el uso de preservativo en la última relación sexual, de las mujeres de 15 a 24 años, fue de solo un 16.6 %, valor que es relativamente bajo si se considera que su uso disminuye considerablemente el riesgo de embarazo y de contagio de infecciones de trasmisión sexual, lo que amerita reforzar las actividades de información y educación.

Con relación al conocimiento de las ITS, la ENSANUT-ECU informa que, en general, las mujeres de 15 a 49 años conocen estos problemas en particular las patologías más comúnmente identificadas como la gonorrea, el herpes genital, la hepatitis B y el virus del papiloma humano.

Con relación al VIH/sida, es evidente que la mayoría de mujeres de 15 a 49 años, conoce esta patología, aunque es baja la proporción de las que saben cómo evitarla o prevenirla. El 64.6 % de las mujeres se hizo la prueba de VIH/sida alguna vez, cifra que es significativamente más alta que la estimada en 2004.

En cuanto a la demanda de servicios de salud preventiva, en establecimientos públicos, la ENSANUT-ECU muestra un incremento significativo con relación a la ENDEMAIN 2004, cambio que se debe al mejoramiento de la calidad y cobertura de las unidades públicas de atención.

17.2 RECOMENDACIONES

Del análisis y las conclusiones de los datos recolectados en el módulo de Salud Sexual y Reproductiva de la ENSANUT-ECU se plantean las recomendaciones en dos sentidos: 1) En cuanto a réplica de la encuesta en años futuros y 2) en cuanto a sus resultados.

17.2.1 Recomendaciones sobre la réplica de la encuesta en años futuros

Las encuestas demográficas y de salud materna e infantil se vienen replicando desde 1987, en que CEPAR tomó la responsabilidad de ejecutarlas con el apoyo técnico de los Centros de Control y Prevención de las Enfermedades de los Estados Unidos (CDC).

La ejecución de la ENSANUT-ECU, que adoptó como uno de sus objetivos replicar la ENDEMAIN 2004, ha demostrado que es imperioso que en la próxima encuesta, que estará a cargo del Instituto Nacional de Estadística y Censos, se parta de una revisión bibliográfica actualizada que permita analizar a profundidad la pertinencia de los datos y la construcción de indicadores que se ha venido empleando. En la aplicación de la ENSANUT-ECU se hizo evidente que muchas de las preguntas deben ser replanteadas a la luz de los avances en el conocimiento de esta temática y los diferentes enfoques que existen para el análisis e interpretación de los resultados. Para esto, es indispensable, que el INEC, conforme un equipo de investigadores científicos, que se responsabilice del análisis bibliográfico, la construcción de indicadores, la lista de datos a recolectarse y el diseño de los instrumentos para la recolección de los datos. Esto permitirá contar con información que responda a la necesidad del país, es decir, con datos que estén sustentados en la evidencia científica más reciente, de tal manera que su interpretación tenga todo el sustento necesario.

Desde 1987, la literatura científica ha sido prodigiosa en poner a disposición de la comunidad científica, nuevos conceptos y enfoques que obligan a este replanteamiento, dentro de una visión integradora, igualitaria y con una perspectiva de género que responda a los avances sociales que en este campo se ha alcanzado a nivel mundial y a las recomendaciones que organismos como la OMS y la OPS están planteando al momento.

17.2.2 Recomendaciones sobre los resultados.

Los indicadores reportados en la ENSANUT-ECU revelan en general una mejora muy importante en las condiciones de la salud sexual y reproductiva de las MEF. Sin embargo, se mantienen las diferencias por condición social, etnia, nivel de instrucción y residencia, lo que evidencia que hay segmentos de población que siguen postergados en todos los determinantes que juegan un papel preponderante en el comportamiento de las variables estudiadas. Por ello, es indispensable que en la definición de políticas y planificación de intervenciones se focalicen las actividades hacia esos grupos menos favorecidos.

En lo que respecta al acceso a información para

que las mujeres y los hombres tomen decisiones informadas sobre salud sexual y reproductiva, el Ministerio de Salud, como parte de un Estado laico garantizado por la Constitución, tiene la obligación de actuar sobre los derechos y obligaciones descritos en la Constitución, en los tratados internacionales y en los compromisos adquiridos en los foros internacionales y las Asambleas Mundiales de la Salud, de proveer información y acceso a servicios y distintos métodos de planificación familiar. En este sentido el Ministerio ha hecho avances importantes en los últimos años, que deben continuar para garantizar el acceso a la información.

El trabajo intersectorial alrededor de la salud sexual y reproductiva, para la definición de políticas, programas y actividades, debe ser fortalecido para garantizar que los ministerios involucrados normen e implementen estrategias para alcanzar los objetivos nacionales.

También es fundamental que sea el MSP el que, a través de sistemas de vigilancia, pueda asegurarse que todas las partes involucradas en temas relacionados con salud sexual y reproductiva, cumplan con sus obligaciones en los niveles que les corresponda.

El MSP debe continuar garantizando el acceso a la información y los métodos anticonceptivos como parte del cambio radical que plantea la Constitución de 2008, con la que se garantiza una cobertura universal, el acceso a métodos anticonceptivos y el asesoramiento en relación a planificación familiar.

La evidencia científica indica que la reducción de la pobreza y los años de escolaridad tienen que ver con el número de embarazos deseados o no deseados. Por ello, es fundamental que, junto a las actividades de información, se fortalezca la educación de las mujeres y hombres, sobre todo en el período reproductivo, desde tempranas edades hasta la adultez, poniendo énfasis justamente en aquellos grupos de población en donde los indicadores son más preocupantes.

Si bien la ENSANUT-ECU, no recoge datos sobre violencia intrafamiliar, es necesario que se analicen los resultados en conjunto con la encuesta del INEC sobre violencia de género, ya que es uno de los factores sociales que inciden directamente sobre el embarazo en adolescentes y, por lo tanto, debe ser materia de políticas y programas dirigidos a modificar este problema.

En cuanto al acceso a los servicios de salud, es fundamental fortalecer el papel rector del Ministerio de Salud y la participación intersectorial. El MSP, al ser la institución que establece políticas, normas y recomendaciones que deben ser aplicadas por todos los sectores al nivel nacional, tiene la capacidad de convocar a todos los involucrados, para construir una estrategia nacional que responda a la realidad reportada por la ENSANUT-ECU.

El MSP debe ser la entidad que convoque a todos los involucrados para que en un ejercicio compartido se fortalezca una estrategia que beneficie a toda la población, independientemente de su etnia y sexo.

ANEXOS

Ministerio de Salud Pública

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN "ENSANUT"

INEC instituto nacional de estadística y censos

CONFIDENCIALIDAD:

LOS DATOS PROPORCIONADOS POR EL INFORMANTE SON ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES Y SERÁN UTILIZADOS ÚNICAMENTE CON FINES ESTADÍSTICOS DE ACUERDO AL ARTÍCULO 21 DE LA LEY DE ESTADÍSTICA

1

FORMULARIO DEL HOGAR

Formulario ☐☐ **de** ☐☐

1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y MUESTRAL

1. Regional: 1. Norte; 2. Litoral; 3. Centro; 4. Sur ☐	8. No. de vivienda según muestra: ☐☐
2. Área: 1. Urbana 2. Rural ☐	9. No. de vivienda original en el sector: ☐☐☐
3. Provincia: ☐☐	10. Total de hogares: ☐
4. Cantón: ☐☐	11. No. de hogar: ☐
5. Cabecera cantonal o parroquial: ☐☐	12. No. de edificio: ☐☐☐
6. Zona: ☐☐☐	13. Manzana: ☐☐
7. Sector: ☐☐☐	14. Período ☐

15. ¿La vivienda fue efectiva en vivienda original?

SÍ ☐ 1 → **CONTINÚE CON EL ÍTEM 2**

NO ☐ 2

16. ¿La vivienda fue efectiva en vivienda de reemplazo?

SÍ ☐ 1 → ¿Número de la vivienda que reemplaza? → ☐☐

NO ☐ 2

2. IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN DE LA VIVIENDA

Calle o localidad:		
Lote No.	Bloque No.	Patio No.
Piso No.	Casa No.	Depart. No.
Teléfono convencional No.	Teléfono célular No.	

3. SEGUIMIENTO DE VISITAS

Visita No.	Fecha entrevista	Hora inicio entrevista	Hora fin entrevista
1			
2			
3			
4			

4. GEORREFERENCIACIÓN

Latitud: ☐☐ ° ☐☐ ' ☐☐ . ☐ " 1.N ☐ 2.S ☐

Longitud: ☐☐☐ ° ☐☐ ' ☐☐ . ☐ " 3.E ☐ 4.w ☐

Altitud: ☐☐☐☐ **msnm**

5. RESULTADO DE LA ENTREVISTA

Resultado de la Entrevista			
1. COMPLETA		6. VIVIENDA EN CONSTRUCCIÓN	
2. RECHAZO		7. VIVIENDA INHABITABLE O DESTRUIDA	
3. NADIE EN CASA		8. VIVIENDA CONVERTIDA EN NEGOCIO	
4. VIVIENDA TEMPORAL		9. OTRA RAZÓN, CUÁL? _____	
5. VIVIENDA DESOCUPADA			

6. DATOS DEL/LA INFORMANTE

Nombre del/la Informante Calificado/a: _____ *COD. PER.* ☐☐

Relación de parentesco con el jefe/a del hogar: _____ *COD.* ☐

7. PERSONAL RESPONSABLE

COORDINADOR (A) REGIONAL: _____	**SUPERVISOR (A):** _____ *COD.* ☐☐
ENCUESTADOR/A: _____ *COD.* ☐☐	**CRÍTICO/CODIFICADOR (A):** _____ *COD.* ☐☐
DIGITADOR/A: _____	*COD.* ☐☐

8. INDICADOR DE SUPERVISIÓN

LA SUPERVISIÓN DE EQUIPO/REGIONAL/NACIONAL FUE:

SI...1 NO....2

	Equipo	*Regional*	*Nacional*
1. OBSERVACIÓN/ ACOMPAÑAMIENTO DE LA ENCUESTA.....	☐	☐	☐
2. REENTREVISTA.....	☐	☐	☐
3. REVISIÓN DEL CUESTIONARIO(S).....	☐	☐	☐

NOMBRE DEL SUPERVISOR EQUIPO/REGIONAL/NACIONAL

_____

FIRMA_____

9. FECHA DE LA ENCUESTA

DÍA ☐☐ MES ☐☐ AÑO **2012**

Buenos días (tardes) mi nombre es _____ y trabajo en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC y en conjunto con el Ministerio de Salud Pública; estamos visitando los hogares a nivel Nacional para platicar sobre su salud, educación, vivienda y algunos temas relacionados con estos aspectos. La información que nos proporcione será confidencial y solamente será utilizada para fines estadísticos, es decir, ningún resultado que se presente de este estudio hará referencia a personas en particular. La información que usted nos proporcione ayudará para mejorar los programas sociales, de educación y de salud de todo el país.

SECCIÓN I: DATOS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR

DATOS DE LA VIVIENDA

1.- VÍA DE ACCESO PRINCIPAL A LA VIVIENDA (Registre por observación)

- Calle o carretera adoquinada, pavimentada o de concreto	1
- Calle o carretera empedrada	2
- Calle o carretera lastrado o de tierra	3
- Camino, sendero, chaquiñán	4
- Río / mar / lago	5
- Otra, cuál (especifique)? _____	6

2.- TIPO DE LA VIVIENDA (Registre por observación)

- Casa / Villa	1
- Departamento en casa o edificio	2
- Cuarto (s) en casa de inquilinato	3
- Mediagua	4
- Rancho	5
- Covacha	6
- Choza	7
- Otra, cuál (especifique)? _____	8

3.- ¿El material predominante del techo o cubierta de la vivienda es de:

- Hormigón (losa, cemento)?	1
- Asbesto (eternit, eurolit)?	2
- Zinc?	3
- Teja?	4
- Palma, paja u hoja?	5
- Otro, cuál (especifique)? _____	6

4.- ¿El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:

- Hormigón?	1
- Ladrillo o bloque?	2
- Adobe o tapia?	3
- Madera?	4
- Caña revestida o bahareque?	5
- Caña no revestida?	6
- Otro, cuál (especifique)? _____	7

5.- ¿El material predominante del piso de la vivienda es de:

- Duela, parquet, tablón o piso flotante?	1
- Tabla sin tratar?	2
- Cerámica, baldosa, vinil o mármol?	3
- Ladrillo o cemento?	4
- Caña?	5
- Tierra?	6
- Otro, cuál (especifique)? _____	7

6.- ¿De dónde proviene principalmente el agua que recibe la vivienda:

- De red pública?	1
- De pozo?	2
- De río, vertiente, acequia o canal?.....	3
- De carro repartidor?	4
- Otro (Agua lluvia/Albarrada)? _____	5

7.- ¿El agua que recibe la vivienda es:

- Por tubería dentro de la vivienda?	1
- Por tubería fuera de la vivienda pero dentro del edificio, lote o terreno?	2
- Por tubería fuera del edificio, lote o terreno?	3
- No recibe agua por tubería sino por otros medios?	4

8.- ¿El servicio higiénico o escusado de la vivienda es:

- Conectado a red pública de alcantarillado?	1
- Conectado a pozo séptico?	2
- Conectado a pozo ciego?	3
- Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada?	4
- Letrina?	5
- No tiene?	6

9.- ¿El servicio de luz (energía) eléctrica de la vivienda proviene principalmente de:

- Red de empresa eléctrica de servicio público?	1
- Panel solar?	2
- Generador de luz (Planta eléctrica)?	3
- No tiene?	4
- Otro , cuál (especifique)? _____	5

10.- Principalmente, ¿cómo elimina la basura de la vivienda:

- Por carro recolector?	1
- La arrojan en terreno baldío o quebrada?	2
- La queman?.....	3
- La entierran?	4
- La arrojan a río, acequia o canal?	5
- De otra forma, cuál (especifique)? _____	6

11.- Sin contar la cocina, el baño y cuartos de negocio, ¿cuántos cuartos tiene la vivienda, incluyendo sala y comedor?

Número de cuartos .....

SECCIÓN I: DATOS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR

DATOS DEL HOGAR

12.- Del total de cuartos de este hogar, ¿cuántos son exclusivos para dormir?

Número de dormitorios? ……

13.- ¿Tiene este hogar cuarto o espacio exclusivo para cocinar?

- Sí ……	1
- No ……	2

14.- Principalmente, ¿el agua que toman los miembros del hogar:

- La beben tal como llega al hogar? ……	1
- La hierven? ……	2
- Le ponen cloro?……	3
- La filtran? ……	4
- Compran agua purificada? ……	5

15.- ¿Cuál es el principal combustible o energía que utiliza este hogar para cocinar?

- Gas (tanque o cilindro)? ……	1
- Gas centralizado? ……	2
- Electricidad? ……	3
- Leña, carbón? ……	4
- Residuos vegetales y/o de animales? ……	5
- No cocina? ……	6
- Otro (Ej. gasolina, keréx o diesel etc.), cuál (especifique)? _____	7

16.- ¿El servicio higiénico o escusado que dispone el hogar es:

- De uso exclusivo del hogar?……	1
- Compartido con varios hogares?……	2
- No tiene……	3

17.- ¿Dispone este hogar de servicio de teléfono convencional?

- Sí ……	1
- No ……	2

18.- ¿Algún miembro de este hogar dispone de servicio de teléfono celular?

- Sí ……	1
- No ……	2

19.- ¿La vivienda que ocupa este hogar es:

- Propia y totalmente pagada? ……	1
- Propia y la está pagando? ……	2
- Propia? (regalada, donada, heredada o por posesión) ……	3
- Prestada o cedida (no paga)? ……	4
- Por servicios? ……	5
- Arrendada? ……	6
- Anticresis? ……	7

20.- ¿Tiene (...BIEN…) los miembros de este hogar:

	BIENES DEL HOGAR	SÍ TIENE	NO TIENE
		1	2
1	TV a color?		
2	TV Plasma/LCD/LED?		
3	Televisión 3D?		
4	DVD, VCD?		
5	Blue Ray		
6	Cocina a gas con horno?		
7	Cocineta?		
8	Lavavajillas?		
9	Microondas?		
10	Refrigeradora?		
11	Lavadora?		
12	Secadora de ropa?		
13	Ducha eléctrica?		
14	Calefón?		
15	Termostato?		
16	Ventilador?		
17	Aire acondicionado/Calefacción?		
18	Split?		
19	Aire acondicionado centralizado?		
20	Equipo de sonido y/o minicomponente?		
21	Computadora de escritorio?		
22	Computador portátil?		
23	Netbook/Notebook?		
24	Aspiradora con sistema de purificaciòn?		
25	Aspiradora normal?		
26	Play Station 2/Nintendo Wii?		
27	Play Station 3/Xbox 360?		
28	Vehículos para el uso exclusivo del hogar?		
29	Vehículos para el NEGOCIO?		

SECCIÓN II: MIGRACIÓN INTERNACIONAL

Encuestador(a): Estas preguntas se refieren a aquellas personas que fueron miembros del hogar y que viven en otro país.

ENTREVISTA AL JEFE/A DEL HOGAR O A LA PERSONA DE 18 AÑOS O MÁS DE EDAD QUE CONOZCA SOBRE EL TEMA

EMIGRANTE

¿A partir del 2007 una o más personas que fueron miembros de este hogar han salido a vivir fuera del país y todavía no regresan para quedarse definitivamente?

Sí … 1 → **¿Cuántos?** ⌊__⌋

No……. 2

Pase a Sección III

¿Cuál es el nombre y apellido?

PARENTESCO

¿Qué parentesco o relación tiene (…) con el/la jefe/a del hogar?

- Cónyuge o conviviente ….. 1
- Hijo o hija …….. 2
- Yerno o nuera …… 3
- Padres o suegros ……. 4
- Nieto o nieta …… 5
- Otro pariente …….. 6
- Otro no pariente …….. 7

REMESAS

¿Cuánto dinero envía (…) con qué frecuencia y cuántas veces envió durante los últimos 12 meses?

- Mensual …….. 1
- Trimestral …… 2
- Semestral ……... 3
- Anual ……..…… 4
- Ocasional …….. 5

NO ENVÍA = "00"

Continúe con la siguiente persona

UTILIZACIÓN DE LAS REMESAS

¿En qué utilizan principalmente el dinero que le envía (...)?

(Marque las dos principales)

- Pagar deudas …… 1
- Gasto diario (comida, ropa,etc.) …….. 2
- Comprar, construir o reparar la casa …… 3
- Comprar terrenos …… 4
- Educación y salud ……... 5
- Depósito en el banco ……..… 6
- Otro, Cuál? _____ 7

OBSERVACIONES

No. PER	1	2	3			4		
			MONTO	FREC.	VECES	Alt. 1	Alt. 2	
01								
02								
03								
04								
05								
06								

SECCIÓN III: DATOS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

A. CARACTERÍSTICAS GENERALES : PARA TODAS LAS PERSONAS

REGISTRO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR					SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO			ELEGIBILIDAD												
Registre los nombres y apellidos de todas las personas que **COMEN Y DUERMEN HABITUALMENTE EN ESTE HOGAR** **EMPIECE CON EL JEFE (A) DE HOGAR y continúe de acuerdo con el orden de la pregunta 6; NO omita los nombres de las personas adultas mayores y niños recién nacidos**					Sexo de (…) Hombre .1 Mujer ….2	¿Cuántos años cumplidos tiene (…)? MENORES DE 1 AÑO REGISTRE "00"	¿Cuál es la fecha de nacimiento de (…)? **(Solicite la cédula de identidad o partida de nacimiento)**			DE ACUERDO CON EL FORMULARIO MyC Y LA MATRIZ DE DILIGENCIAMIENTO DE FORMULARIOS, MARQUE CON UNA "X" EN LA LÍNEA DE LA PERSONA SELECCIONADA EL O LOS FORMULARIO(S) A DILIGENCIAR.											
										PERSONA ELEGIBLE	RESULTADO	FORMULARIO No.										
												2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
										Sí seleccionada . 1 No Seleccionada. 2 Persona reemplazo…. 3 No miembro . 4 Nuevo miembro …… 5	Completa … 1 Rechazo …. 2 Ausencia Permanente 3 Otra razón 4	MEF 12 a 49 años	LACTANCIA 0 a <3 años	SALUD DE LA NIÑEZ 0 a < 5 años	FACTORES DE RIESGO NIÑOS Y NIÑAS 5 a < 10 años	FACTORES DE RIESGO ADOLESCENTES 10 a < 20 años	FACTORES DE RIESGO HOMBRES Y MUJERES 20 a < 60 años	ACTIVIDAD FÍSICA 18 a < 60 años	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA HOMBRES 12 a 49 años	ANTROPOMETRÍA	CONSUMO	BIOQUÍMICA
		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			DÍA	MES	AÑO												
COD PER	COD ENLISTAMIENTO	1				2	3	4			5											
01																						
02																						
03																						
04																						
05																						
06																						
07																						
08																						
09																						
10																						
11																						
12																						

SECCIÓN III: DATOS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

A. CARACTERÍSTICAS GENERALES : PARA TODAS LAS PERSONAS

PARENTESCO

¿Qué parentesco o relación tiene (…) con el/la jefe/a del hogar?

- Jefe o jefa del hogar 1
- Cónyuge o conviviente 2
- Hijo o hija 3
- Yerno o nuera 4
- Padres o suegros 5
- Nieto o nieta 6
- Otro pariente 7
- Otro no pariente 8
- Empleada(o) Doméstica(o) (Puertas adentro) 9

NÚCLEO FAMILIAR

¿El padre de (…) vive en este hogar?

Sí 1

No 2

COD. | COD. PER.

¿La madre de (…) vive en este Hogar?

Sí 1

No 2

COD. | COD. PER.

LUGAR DE NACIMIENTO

¿Dónde nació (…)

- En esta ciudad o parroquia rural? 1
- En otro lugar del país? 2 → Registre: Provincia, cantón y parroquia
- En otro país?..... 3 → Registre el PAÍS en la columna PROVINCIA

COD | PROVINCIA | CANTÓN | CIUDAD O PARROQUIA RURAL | USO INEC

RESIDENCIA ACTUAL

¿Siempre vivió (…) en este lugar/ciudad?

Lugar/ciudad donde se está realizando la encuesta

Sí 1 → Pregunta 12

No 2

COD | ¿Cuántos años vive en este lugar/ciudad?

COD PER	6	7		8		9				COD	10		COD PER
01													01
02													02
03													03
04													04
05													05
06													06
07													07
08													08
09													09
10													10
11													11
12													12

SECCIÓN III: DATOS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

A. CARACTERÍSTICAS GENERALES : PARA TODAS LAS PERSONAS

RESIDENCIA ANTERIOR

¿Dónde vivió (…) antes de venir a este lugar?

En otro lugar del país… 1 → **Registre: Provincia, cantón y parroquia**

En otro país……. 2 → **Registre el PAÍS en la columna PROVINCIA**

IDIOMA Y AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA

¿Qué idioma(s) o lengua(s) habla (…)?

ADMITE MÁS DE UNA RESPUESTA

Indígena, Cuál? _____ 1

(LENGUAS: Achuar, Andoa, Awapit, A´Ingae, Cha´palaa, Zia pedee, Kichwa, Paicoca, Shuar, Tsa´fiqui, Shiwiar, Waotededo, Sapara)

Castellano / español …… 2

Extranjero …… 3

No habla …… 4

¿Cómo se identifica (…) según su cultura y costumbres:

Indígena?..... 1
Afroecuatoriano/a Afrodescendiente?... 2
Negro/a?..... 3
Mulato/a?..... 4
Montubio/a?..... 5
Mestizo/a?..... 6
Blanco/a?..... 7
Otro/a,cuál?*(Especifique)* _____ 8

MENOR DE 5 AÑOS Pase a Sección V

ESTADO CIVIL O CONYUGAL

¿Actualmente (…) está:

Personas de 12 años y más de edad

Casado(a)?..... 1
Unido(a)?..... 2
Separado(a)?.... 3
Divorciado(a)?... 4
Viudo(a)?..... 5
Soltero(a)? 6

COD PER	11 COD	PROVINCIA	CANTÓN	CIUDAD O PARROQUIA RURAL	USO INEC	12 Alt. 1	Alt. 2	USO INEC	13	14	COD PER
01											01
02											02
03											03
04											04
05											05
06											06
07											07
08											08
09											09
10											10
11											11
12											12

SECCIÓN III: DATOS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

B. CARACTERÍSTICAS EDUCACIONALES: PARA LAS PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS DE EDAD

15 ¿Sabe leer y escribir (…)?
Sí……1
No ……..2

16 ¿Asiste (….) actualmente a clases?
Sí ……1
Pase a Preg. 18
No ……..2

17 ¿Cuál fue la causa principal por la que (…) no estudió o dejó de estudiar?
Logró su meta educativa .. 1
Salió embarazada …… 2
Problemas familiares ……. 3
Problemas económicos …. 4
Problemas del centro de educación …… 5
Tenía que trabajar ……. 6
Muy lejos …….. 7
Por bajo rendimiento …… 8
Cambio de domicilio …….. 9
Otra, Cuál? _____ 10
Pase a Preg 19

18 ¿El establecimiento de enseñanza regular al que asiste (….) es:
Fiscal (Estado)? ..1
Particular/ (Privado)?.....2
Fiscomisional? …3
Municipal? ……..4

19 ¿Cuál es o fue el último nivel de instrucción y grado, curso o año más alto que aprobó (…)?
Ninguno……..…… 1
Centro de alfabetización/ EBA)…….. 2
Preescolar……..…… 3
Primario……..…… 4
Secundario…… 5
Educación Básica…… 6
Bachillerato - Educación Media…… 7
Ciclo Postbachillerato …….. 8
Superior…… 9
Postgrado…….. 10
Pase a Sección IV Preg. 1

Sólo para la personas que culminaron sus estudios universitarios

20 ¿Por los estudios realizados (…) obtuvo algún título superior?
Sí 1
No 2

COD PER	15	16	17	18	19 NIVEL DE INSTRUCCIÓN	19 GRADO, CURSO O AÑO	20 COD	20 ¿Qué título obtuvo?	COD	COD PER
01										01
02										02
03										03
04										04
05										05
06										06
07										07
08										08
09										09
10										10
11										11
12										12

SECCIÓN IV: CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS (Para las personas de 5 años y más de edad)

OCUPACIÓN

¿Qué hizo (…) la semana pasada:

- Trabajó al menos una hora? …….. 1
- No trabajó pero Si tiene trabajo? ….. 2
- Al menos una hora fabricó algún producto o brindó algún servicio? …. 3
- Al menos una hora ayudó en algún negocio o trabajo de algún familiar? 4
- Al menos una hora realizó labores agrícolas o cuidó animales? …….. 5
- Es cesante: Buscó trabajo habiendo trabajado antes y está disponible para trabajar? ……... 6

Pase a Preg. 3

No trabaja? …… 7

¿Si no ha trabajado (…):

- Buscó trabajo por primera vez y está disponible para trabajar? …….. 1
- Es rentista? …….. 2
- Es jubilado o pensionista? .. 3
- Es estudiante? …….. 4
- Realiza quehaceres del hogar? ……... 5
- Le impide su discapacidad? 6
- Otro, Cuál? _____ 7

Pase a Sección V

RAMA DE ACTIVIDAD

El negocio o empresa en la que (…) trabaja o trabajó, ¿a qué se dedica o hace?

RAMA DE ACTIVIDAD

Describa las actividades que realiza la empresa; qué produce, elabora, qué comercializa o qué servicios presta

GRUPO OCUPACIONAL

¿Qué hace o qué es (…) en donde trabaja o trabajó?

GRUPO DE OCUPACIÓN

Describa las actividades tareas labores u oficios que realizan las personas en sus trabajos

COD PER	1	2	3	USO INEC COD	4	USO INEC COD	COD PER
01							01
02							02
03							03
04							04
05							05
06							06
07							07
08							08
09							09
10							10
11							11
12							12

SECCIÓN IV: CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS (Para las personas de 5 años y más de edad)

CATEGORÍA DE OCUPACIÓN	HORAS TRABAJADAS	LUGAR DE TRABAJO	INGRESO BRUTO	OBSERVACIONES
¿En el lugar indicado (…) trabaja o trabajó como: Empleado/a u obrero del Estado, Gobierno, Municipio, Consejo Provincial, Junta Parroquial?…… 1 Empleado/a u obrero/a privado/a?…….. 2 Jornalero/a peón?…… 3 Patrono/a?…… 4 Socio/a?…… 5 Cuenta propia?…… 6 Trabajador/a no remunerado/a?…… 7 Empleado/a Doméstico/a?…… 8 **Cesantes pase a Sección V**	¿Cuántas horas trabajó (…) la semana pasada o la última semana que trabajó? **No. de horas**	¿El trabajo que realiza o realizó (…) es o fue: Dentro del hogar?…….. 1 Fuera del hogar? …….. 2	¿Indique el **Ingreso Bruto** que recibió (…) el **mes pasado** como remuneración en el lugar indicado donde trabaja o trabajó? **Sí No recibe/recibió** **REGISTRE 00**	

COD PER	5	6	7	8	COD PER
01					01
02					02
03					03
04					04
05					05
06					06
07					07
08					08
09					09
10					10
11					11
12					12

SECCIÓN V: ACCESO A SEGURO DE SALUD – TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

SEGURO GENERAL DEL IESS Y SEGURO CAMPESINO

COD PER	1	2	3	4	5	6	COD PER
	(…) Aporta, es afiliado o cubierto al:	¿Cuál es la razón principal por la que (…) no está afiliado o cubierto:	¿(…) Utiliza los servicios de salud del Seguro Social al cual aporta, está afiliado o cubierto?:	¿(…) para qué tipo de servicio de salud acude principalmente al Seguro Social que usted está afiliado o cubierto?	¿(…) por qué razón no utiliza los servicios de salud del Seguro Social:	¿(…) Cuánto paga/aporta al mes por el Seguro Social?	
	IESS Seguro General?..... 1 IESS Seguro voluntario?..... 2 IESS Seguro campesino? … 3 **Pase a Preg. 3** No es afiliado, ni cubierto y no aporta?..... 4	El patrono no le afilia? …… 1 No tiene edad? …… 2 No trabaja? …… 3 El costo de la afiliación es alto?..... 4 El servicio que brinda es malo? …. 5 Los centros de atención quedan lejos? …… 6 Los padres no son afiliados? ..... 7 No le interesa? …… 8 Otro, Cuál? _____ 9 **Pase a Preg, 7**	Sí, con frecuencia?.. 1 Sí, rara vez?..... 2 No utiliza?..... 3 **Pase a Preg. 5**	Consulta externa …… 1 Emergencia …… 2 Control del embarazo …… 3 Atención del parto …… 4 Hospitalización …… 5 Laboratorio …… 6 Rehabilitación …… 7 Imagenología …… 8 Medicamentos …… 9 Otro, cuál? _____ 10 **Pase a Preg. 6**	Mal servicio? …… 1 Falta de medicamentos? . 2 Centro de atención lejos? 3 Dificultad de obtener turnos? …… 4 No tiene tiempo? …… 5 No puede dejar de trabajar? …… 6 Otra, Cuál?_____ 7	**No paga = 00** **DÓLARES**	
01							01
02							02
03							03
04							04
05							05
06							06
07							07
08							08
09							09
10							10
11							11
12							12

SECCIÓN V: ACCESO A SEGURO DE SALUD – TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

OTROS SEGUROS DE SALUD					OBSERVACIONES
¿(…) tiene algún otro tipo de seguro de salud como: Privado ?..... 1 ISSFA?..... 2 ISSPOL?..... 3 Municipal?..... 4 Otro, cuál?_____ 5 No tiene?..... 6 **Pase a Sección VI**		¿Cuál es la razón principal por la que (…) tiene este seguro de salud? La empresa donde trabaja contrató este seguro ..... 1 Calidad de servicio ..... 2 Precios bajos ..... 3 Facilidad de acceso al servicio ..... 4 Seguro Social malo ..... 5 Está enfermo ..... 6 Reduce el riesgo de pagos altos por salud ..... 7 Le da seguridad ..... 8 Otro, cuál? _____ 9		¿(…) Cuánto paga al mes por el(los) seguro(s) al cuál(es) aporta ? **NO PAGA = 00**	
	ALT 1	**ALT 2**	**ALT 1**	**ALT 2**	**DÓLARES**	
COD PER	**7**		**8**		**9**	
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						

ENFERMEDADES

RESPIRATORIAS: Gripe común, sinusitis, rinosinusitis, faringitis/adenitis, laringitis, traqueitis, bronquitis, bronquiolitis, neumonía, otitis media, tuberculosis, asma, enfisema. Los síntomas principales incluyen congestión nasal, tos, rinitis, dolor de garganta, fiebre y estornudos.

CARDIOVASCULAR: Infartos, derrames, insuficiencia cardíaca, soplos al corazón, angina, ateroesclerosis, accidente cerebro vascular, apoplejía, enfermedades cerebro vasculares, enfermedad de la arteria coronaria, enfermedad vascular periférica, várices, trombosis.

DIGESTIVAS: Enfermedad diarreica aguda, parasitosis, infecciones digestivas, salmonellosis, fiebre tifoidea, intoxicación alimentaría, cólera, indigestión, apendicitis, gastritis, colitis, úlceras pépticas, hepatitis, fibrosis quística, colecistitis (infección en la vesícula biliar), colelitiasis (cálculos en la vesícula biliar), pancreatitis.

PROBLEMAS DE LA PIEL: Dermatitis, roncha, acné, psoriasis, sarpullido, eccema, hiperpigmentación, rosácea, pecas, herpes, verrugas.

PROBLEMAS DE LOS OJOS: Desprendimiento de la retina, hipermetropía, estrabismo, miopía, glaucoma, cataratas, orzuelos, degeneración macular.

PROBLEMAS NEUROMUSCULARES: Mialgias (dolor muscular), neuritis, distrofia muscular (debilidad muscular y pérdida de la masa muscular), torceduras y distensiones, calambres o tendinitis, miositis (inflamación).

PROBLEMAS DENTALES: Caries, gingivitis, piorrea, dolor de muelas, dientes impactados, bruxismo.

PROBLEMAS DEL EMBARAZO: Fatiga, acidez, problemas de espalda, cambios de humor, trastornos del sueño, náuseas matutinas, sofocos y sudores, calambres en las piernas, estreñimiento.

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS: Depresión, ansiedad, fobias, adicciones, obsesiones, inseguridad, timidez, estados de ánimo cambiantes, hipocondría (miedo a padecer una enfermedad), trastornos del sueño, en general comportamientos inadecuados que impiden a las personas adaptarse a su medio.

PROBLEMAS ÓSEOS: artrosis, osteoporosis, enfermedad de paget**,** osteoartritis, escoliosis, lordosis.

FRACTURAS, HERIDAS, GOLPES

ENFERMEDADES CRÓNICAS: Hipertensión arterial, diabetes, obesidad, artritis, cáncer.

ENFERMEDAD DE LA MUJER: Falta de menstruación (no por causas del embarazo), menstruaciones irregulares, menstruaciones dolorosas, quistes en ovarios, mastitis, menopausia, tumor en las mamas, dolor permanente en la pelvis, infecciones vaginales, infertilidad, inflamación de los ovarios, inflamación de las trompas de falopio, incontinencia, cáncer de útero, mama, vagina, ovario.

ENFERMEDAD DEL HOMBRE: Prostatitis, varicocele, enfermedades del testículo, inflamaciones del glande, cáncer del pene, testículos, próstata, impotencia.

ENFERMEDADES TRADICIONALES: mal de ojo, mal aire, espanto

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES: Paludismo, dengue, leishmaniasis, fiebre amarilla.

PREVENIBLES POR VACUNACIÓN: Rubéola, hepatitis B, tosferina, tétanos, tétanos neonatal, difteria, poliomielitis, sarampión, influenza, varicela.

SECCIÓN VI: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

PREFERENCIAS TERAPÉUTICAS

Para tratar sus problemas de salud, usted acude principalmente a la:

MEDICINA GENERAL(CONVENCIONAL)?..... 1

MEDICINA ALTERNATIVA

Homeopatía?.....2

Acupuntura?.....3

Fitoterapia?.....4

MEDICINA ANCESTRAL? (curanderos/chamán/partera/ limpiador)..... 5

Otro, Cuál?_____ 6
Especificar

PARTE A: ATENCIÓN AMBULATORIA - ÚLTIMOS 30 DÍAS

PROBLEMAS DE SALUD

¿(...) en los últimos 30 días (de...a...) tuvo alguna enfermedad aunque haya sido pasajera **(incluida gripe, diarrea, etc.)** enfermedad crónica **(gastritis, presión alta, diabetes, asma, etc.)** malestar **(incluido dolor de muela, cólico menstrual),** accidente **(incluye complicación de embarazo), problemas de depresión, estrés, en general algún problema de salud (incluye mal aire, espanto, mal de ojos)?**

Excluye control del embarazo, atención del parto y control posparto

Sí 1

No 2

Pase a Preg, 40

ACCIONES REALIZADAS PARA ENFRENTAR EL PROBLEMA DE SALUD

¿Cuál fue la enfermedad, malestar o accidente más grave que tuvo (…) en los últimos 30 días?

1-Problemas respiratorios
2-Problemas cardiovasculares
3-Problemas digestivos o vómito
4-Problemas de la piel
5-Problemas de los ojos
6-Problema neuromusculares
7-Problemas dentales
8-Problemas del embarazo
9-Problemas psicológicos
10-Problemas óseos
11-Fracturas, heridas, golpes
12-Enfermedades crónicas
13-Enfermedades de la mujer
14-Enfermedades del hombre
15-Enfermedades tradicionales
16-Otro, Cuál?_____
Especificar

¿Hace cuánto tiempo ocurrió el (la) ..... (problema de salud) por primera vez?

UNIDAD TIEMPO

Días	1
Semanas	2
Meses	3
Años	4
No sabe	88
No responde	99

MENOS DE UN DÍA = 00

TIEMPO	U.T

COD PER	1	2	3	4		COD PER
01						01
02						02
03						03
04						04
05						05
06						06
07						07
08						08
09						09
10						10
11						11
12						12

SECCIÓN VI: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

PARTE A: ATENCIÓN AMBULATORIA - ÚLTIMOS 30 DÍAS

ACCIONES REALIZADAS PARA ENFRENTAR EL PROBLEMA DE SALUD

5 En los últimos 30 días (…) ¿cuántos días o semanas ha estado con el (la)…(problemas de salud)?

MENOS DE UN DÍA = 00

DÍAS | SEMANAS

6 ¿(…) qué hizo como primera acción para solucionar el (la)… (problema de salud)…:

- Visitó un hospital, Dispensario centro o subcentro de salud; consultó a un médico, curandero, etc.?..... 1 — **Pase a Preg, 8**
- Obtuvo atención en su casa por un médico, enfermera, curandero, etc. ?..... 2 — **Pase a Preg. 20**
- Se automedicó?..... 3 — **Pase a Preg. 23**
- Tuvo que internarse en un hospital, clínica, etc. ?..... 4 — **Pase a Preg. 29**
- No hizo nada ?..... 5

7 ¿Cuál fue el motivo por el que (…) no hizo nada para resolver el (la)….. (problema de salud)?

- Enfermedad o accidente leve 1
- No tuvo tiempo 2
- El centro de atención queda lejos 3
- Muy caro 4
- Atención de mala calidad 5
- Falta de dinero 6
- No pudo dejar la casa o a los niños..... 7
- Conoce la enfermedad 8
- No puede dejar de trabajar 9
- Otra, cual? _____ (Especificar) 10

→ **Pase a Preg. 40**

8 ¿(…) a dónde acudió o quién le atendió por el (la)…..(problema de salud)?

- Hospital MSP 1
- Centro de Salud MSP 2
- Subcentro de Salud MSP 3
- Puesto de Salud MSP 4
- Hospital / Clínica IESS 5
- Dispensario IESS 6
- Hospital FFAA / Policía 7
- Hospital / Clínica Privada 8
- Junta de Beneficencia 9
- Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud 10
- Fundación / ONG 11
- Farmacia 12
- ConsultorioMédico/dental/homeópata 13
- Centro Naturista/acupuntura 14
- Curandero/Partera/sobador 15
- Otro, Cuál ?_____ (ESPECIFIQUE) 16

Pase a Preg. 10

COD PER	5 DÍAS	5 SEMANAS	6	7	8	COD PER
01						01
02						02
03						03
04						04
05						05
06						06
07						07
08						08
09						09
10						10
11						11
12						12

SECCIÓN VI: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

PARTE A: ATENCIÓN AMBULATORIA - ÚLTIMOS 30 DÍAS

VISITA A ESTABLECIMIENTO O PROVEEDOR DE SERVICIO DE SALUD

COD PER	9 ¿Dónde queda el establecimiento de salud (hospital, centro subcentro, puesto de salud público, dispensario u hospital del IESS, hospital FFAA y Policia)?				10 ¿Cuál fue el motivo principal por el que (…) eligió ir a ese …….. (establecimiento o proveedor de salud): Está cerca? ..... 1; Precios bajos? ..... 2; Buena calidad? ..... 3; Tiene seguro? ..... 4; Sugerido por otras personas/profesIonal? ….. 5; Es gratis? ..... 6; Convenio en el IESS? ……..... 7; No hay otro establecimiento? ..... 8; Otra, Cuál?_____ (Especificar) 9	11 ¿Cuánto tiempo le tomó (…) llegar al….. (establecimiento o proveedor de servicios de salud)…?			12 En total, ¿cuánto gastó en transporte para llegar al …(establecimiento o proveedor de servicios de salud)…? (incluir el gasto de ida y regreso) (Incluidos lo pagado por otras personas) No Gasto = 00	COD PER
	Provincia	Cantón	Cabecera Cantonal o Parroquia Rural	Uso INEC		DÍAS	HORAS	MINUTOS	DÓLARES	
01										01
02										02
03										03
04										04
05										05
06										06
07										07
08										08
09										09
10										10
11										11
12										12

SECCIÓN VI: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

PARTE A: ATENCIÓN AMBULATORIA - ÚLTIMOS 30 DÍAS

VISITA A ESTABLECIMIENTO O PROVEEDOR DE SERVICIO DE SALUD

13 Una vez que (…) llegó al …(establecimiento o proveedor de servicios de salud)… ¿cuánto tiempo esperó para que le atendieran?

NO INCLUYE ATENCIÓN DE RECEPCIONISTA Y TURNOS DE ESPERA

14 Cuando (…) llegó al …(establecimiento o proveedor de salud).. ¿quién le atendió por su problema de salud:

- Médico?..... 1
- Dentista?..... 2
- Enfermera?..... 3
- Auxiliar de enfermería?..... 4
- Farmacéutico?..... 5
- Curandero/Partera/Sobador?..... 6
- Otra, Cuál?_____ (Especificar) 7

15 ¿(…) qué atención o servicios de salud recibió en el (establecimiento o proveedor de servicios de salud)?

- Emergencia 1
- Consulta externa 2
- Consulta de especialidades 3
- Medicina integral/general 4
- Laboratorio clínico 5
- Imagenología 6
- Rehabilitación 7
- Medicamentos 8
- Curaciones (curación ancestral) 9
- Hospital del día (en observación) 10
- Otra, cuál?_____ 11

16 ¿Cuál fue la forma de pago y cuánto pagó en total por el servicio recibido en el ..... (establecimiento o proveedor de servicios de salud)..... :

(Incluya consulta, medicamentos y exámenes de laboratorio, comprados o efectuados en el establecimiento, así como los pagos hechos por otros miembros del hogar en dinero y/o especie)

- Pagó todo? 1
- Pagó una parte y el resto gratis? 2
- Pagó y recuperó del seguro? 3
- Pagó solo una parte y le descontaron el resto (rebaja)? 4
- No pagó/gratis? 5
- No pagó es afilliado/cubierto? 6

COD PER	13 DÍAS	13 HORAS	13 MINUTOS	14	15 Alt. 1	15 Alt. 2	15 Alt. 3	16 FORMA DE PAGO CÓDIGO	16 ¿CUÁNTO PAGÓ? PERSONA DÓLARES	16 ¿CUÁNTO PAGÓ? SEGURO/OTRO DÓLARES	COD PER
01											01
02											02
03											03
04											04
05											05
06											06
07											07
08											08
09											09
10											10
11											11
12											12

SECCIÓN VI: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

PARTE A: ATENCIÓN AMBULATORIA - ÚLTIMOS 30 DÍAS

VISITA A ESTABLECIMIENTO O PROVEEDOR DE SERVICIO DE SALUD

17 ¿(...) compró medicamentos fuera del establecimiento o proveedor de salud en el que se hizo atender?

Sí 1
No 2

COD | ¿CUÁNTO PAGÓ? DÓLARES

18 ¿(...) tuvo que realizarse exámenes de laboratorio fuera del establecimiento o proveedor de salud en el que se hizo atender ?

Sí 1
No 2

COD | ¿CUÁNTO PAGÓ? DÓLARES

19 ¿(...) realizó algún otro pago por radiografía, tomografía, mamografía, endoscopía, etc fuera del establecimiento o proveedor de salud en el que se hizo atender?

Sí 1
No 2

Pase a Preg. 26

COD | ¿CUÁNTO PAGÓ? DÓLARES

ATENCIÓN EN CASA

20 ¿Quién le atendió (...) la última vez, por su problema de salud en la casa:

Médico?..... 1
Enfermera?..... 2
Auxiliar de enfermería?..... 3
Farmacéutico?..... 4
Curandero/Partera/Sobador?..... 5
Otra, Cuál?_____ 6
Especificar

21 ¿Cuánto pagó por la atención que recibió en su casa la última vez?

No Pagó = 00

DÓLARES

22 ¿(.....) compró medicinas, preparados u otros medicamentos o remedios?

Sí 1
No 2

Pase a Preg. .26

COD | CUÁNTO PAGÓ? DÓLARES

AUTOMEDICACIÓN

23 ¿Por medio de quién o de dónde obtuvo la información acerca de estos medicamentos(...)?

Farmacéutico 1
Internet 2
Radio o televisión 3
Conocido (no profesional de la salud) ... 4
Usted sabía 5
Otra, cual?_____ 6

COD PER	17		18		19		20	21	22		23	COD PER
01												01
02												02
03												03
04												04
05												05
06												06
07												07
08												08
09												09
10												10
11												11
12												12

SECCIÓN VI: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

PARTE A: ATENCIÓN AMBULATORIA - ÚLTIMOS 30 DÍAS

AUTOMEDICACIÓN

¿Dónde obtuvo las medicinas, remedios u otros medicamentos que utilizó para curarse:

- Farmacia?..... 1
- Mercado?..... 2
- Tienda?..... 3
- Familiar/amigo?..... 4
- Lo tenía en casa?..... 5
- Huerto?..... 6
- Otra, Cuál?_____ 7
  Especificar

¿Cuánto pagó por las medicinas, remedios u otros medicamentos que utilizó para curarse?

NO PAGÓ = 00

Enfermedad Crónica (hipertensión, diabetes, cáncer, obesidad, artritis, otras)

Pase a Preg. .49

VALOR EN DÓLARES

RESOLUCIÓN DE PROBLEMA DE SALUD

¿Con la primera acción que (……) hizo, se resolvió o se curó del [la] ….. (problema de salud) ?

Sí 1

Pase a Preg. 49

No 2

¿Qué otra acción hizo:

- Visitó otra vez al mismo establecimiento o proveedor de salud?.. 1
- Visitó otro establecimiento o proveedor de salud? 2
- Obtuvo atención en la casa de un médico, enfermera curandero?..... 3
- Se automedicó?..... 4
- Siguió el tratamiento del médico?..... 5

→ **Pase a Preg. 36**

- Tuvo que internarse en un hospital, clínica, etc. ?..... 6 → **Pase a Preg. 29**
- No hizo nada?..... 7
- Otra, Cuál?_____ 8 → **Pase a Preg. 36**
  Especificar

COD PER	24	25	26	27	COD PER
01					01
02					02
03					03
04					04
05					05
06					06
07					07
08					08
09					09
10					10
11					11
12					12

SECCIÓN VI: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

PARTE A: ATENCIÓN AMBULATORIA - ÚLTIMOS 30 DÍAS

RESOLUCIÓN DE PROBLEMA DE SALUD

¿Cuál fue el motivo por el que (…) no hizo nada para resolver el [la] …..(problema de salud)?

- Enfermedad o accidente leve 1
- No tuvo tiempo 2
- El centro de atención queda lejos 3
- Muy caro 4
- Atención de mala calidad 5
- Falta de dinero 6
- No pudo dejar la casa o a los niños 7
- Conocer la enfermedad 8
- No puedo dejar de trabajar 9
- Otra, Cuál?_____ 10
  Especificar

Pase a Preg. 49

PARTE B: HOSPITALIZACIÓN – ÚLTIMOS 30 DÍAS

¿(…) dónde estuvo hospitalizado?

- Hospital MSP 1
- Hospital / Clínica IESS 2
- Hospital FFAA / Policía 3
- Hospital / Clínica Privada 4
- Junta de Beneficencia 5
- Consejo Provincial/ Unidad Municipal de Salud 6
- Fundación / ONG 7
- Otra, Cuál?_____ 8

¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado?

DÍAS | HORAS | MINUTOS

¿Cuál fue la forma de pago y cuánto pagó en total por gastos de hospitalización:

(Incluya los medicamentos y exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías, etc.,comprados o efectuados dentro del establecimiento, así como los pagos hechos por otros miembros del hogar en dinero y especie)

- Pagó todo?..... 1
- Pagó una parte y el resto gratis?..... 2
- Pagó y recuperó del seguro?..... 3

Pase a Preg. 33

- Pagó solo una parte y le descontaron el resto (rebaja)?.. 4
- No pagó/gratis?..... 5
- No pagó es afiliado/cubierto? 6

Pase a Preg. 33

FORMA DE PAGO (COD)	¿CUÁNTO PAGÓ?	
	PERSONA	SEGURO/OTRO
	DÓLARES	DÓLARES

COD PER	28	29	30			31			COD PER
01									01
02									02
03									03
04									04
05									05
06									06
07									07
08									08
09									09
10									10
11									11
12									12

SECCIÓN VI: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

PARTE B: HOSPITALIZACIÓN – ÚLTIMOS 30 DÍAS

32

¿Cómo obtuvo el dinero para pagar los gastos de hospitalización?

- Ahorros propios 1
- Préstamo bancario 2
- Préstamo familiar 3
- Préstamo de amigos, conocidos 4
- Tuvo que vender algo 5
- Tarjeta de crédito 6
- Otro, Cuál?_____ 7

33

Cuando (...) estuvo hospitalizado, ¿compró medicamentos fuera del... (establecimiento)?

Sí 1
No 2

COD	¿CUÁNTO PAGÓ? DÓLARES

34

Cuando (...) estuvo hospitalizado, ¿se hizo exámenes de laboratorio fuera del ... (Establecimiento)?

Sí 1
No 2

COD	¿CUÁNTO PAGÓ? DÓLARES

35

Cuando (...) estuvo hospitalizado, ¿se hizo radiografía, tomografía, mamografía, endoscopía, etc. fuera del... (establecimiento)...?

Sí 1
No 2

COD	¿CUÁNTO PAGÓ? DÓLARES

OTRAS ACCIONES

36

¿Finalmente se resolvió el problema de salud (enfermedad o accidente) que tuvo durante los últimos 30 días?

Sí 1
Pase a Preg. .49

No 2

37

¿Qué otra acciones hizo:

- Visitó otra vez al mismo establecimiento o proveedor de salud?..... 1
- Visitó otro establecimiento o proveedor de salud?..... 2
- Obtuvo atención en la casa por un médico, enfermera, curandero, etc.?..... 3
- Se automedicó?..... 4
- Siguió el tratamiento médico?..... 5
- Tuvo que internase en un hospital, clínica, etc.?..... 6
- No hizo nada?..... 7

Pase a Preg. 49

Otra, Cuál?_____ 8
Especificar

COD PER	32	33	34	35	36	37	COD PER
01							01
02							02
03							03
04							04
05							05
06							06
07							07
08							08
09							09
10							10
11							11
12							12

SECCIÓN VI: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

OTRAS ACCIONES

¿Cuántas veces más (…) se trató por el/la … (problema de salud) que tuvo durante los últimos 30 días?

 # VECES

¿Cuánto más gastó en total?

DÓLARES

PARTE C: ATENCIÓN DE SALUD PREVENTIVA – ÚLTIMOS 30 DÍAS

¿(…) en los **últimos 30 días** (de…..a ……), visitó algún establecimiento de salud, médico, dentista, sicólogo, curandero, etc.: para hacerse un chequeo general o parcial, o recibir algún servicio preventivo como: vacunas, control del niño sano, medir la presión, control odontológico, examen de papanicolau, mamografía, consejería y consulta sobre planificación familiar, etc.?

Excluye control del embarazo

Sí..... 1

No..... 2

Pase a Preg. 49

¿(…) a dónde acudió para hacerse el chequeo o control de su salud:

Hospital MSP?	01
Centro de Salud MSP?	02
Subcentro de Salud MSP?	03
Puesto de Salud MSP?	04
Hospital / Clínica IESS?	05
Dispensario IESS?	06
Hospital FFAA / Policía?	07
Hospital / Clínica Privada?	08
Junta de Beneficencia?	09
Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud?	10
Fundación / ONG	11
Farmacia?	12
ConsultorioMédico/dental/homeópata?	13
Centro Naturista/acupuntura?	14
Curandero/Partera/sobador?	15
Otro, Especificar?_____	16

¿Cuál fue el motivo por el que (…) eligió ir a ese (establecimiento o proveedor de salud)?

Está cerca 1

Precios bajos 2

Buena calidad 3

Tiene seguro 4

Sugerido por otras personas/profesional 5

Es gratis 6

No hay otro Establecimiento 7

Otra, Cuál?_____ 8

¿Cuánto tiempo le tomó (…) llegar al….. (establecimiento o proveedor de servicios de salud)…?

NO SE TRASLADÓ = 00

COD PER	38	39	40	41	42	43			COD PER
						DÍAS	HORAS	MINUTOS	
01									01
02									02
03									03
04									04
05									05
06									06
07									07
08									08
09									09
10									10
11									11
12									12

SECCIÓN VI: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

PARTE C: ATENCIÓN DE SALUD PREVENTIVA – ÚLTIMOS 30 DÍAS

PÉRDIDA DE INGRESOS O TRABAJO

44 En total, ¿cuánto gastó en transporte para llegar al …(establecimiento o proveedor de servicios de salud)…? (incluir el gasto de ida y regreso)

(Incluidos lo pagado por otras personas)

No Gastó = 00

DÓLARES

45 Una vez que (…) llegó al …(establecimiento o proveedor de servicios de salud)… ¿cuánto tiempo esperó para que le atiendan (médico, obstetriz, odontólogo, laboratorista, psicólogo, profesional de salud)?

HORAS | MINUTOS

46 ¿(…) Qué atención o servicios de salud recibió?

Vacunas	1
Control de crecimiento y desarrollo	2
Detección de desnutrición y niños en riesgo	3
Control general de salud	4
Consulta psicológica/psiquiátrica	5
Examen dental	6
Tratamiento odontológico	7
Laboratorio clínico	8
Examen papanicolau	9
Examen mamografia	10
Imagenología	11
Consulta planificación familiar	12
Método planificación	13
Otro, Cuál?_____	14

Alt. 1 | Alt. 2 | Alt. 3

47 ¿Cuál fue la forma de pago y cuánto pagó en total por el servicio recibido en el …(establecimiento o proveedor de servicios de salud)….:

(Incluya consulta, medicamentos y exámenes de laboratorio, comprados o efectuados en el establecimiento, así como los pagos hechos por otros miembros del hogar en dinero y/o especie)

Pagó todo?	1
Pagó una parte y el resto gratis?	2
Pagó y recuperó del seguro?	3
Pagó solo una parte y le descontaron el resto (rebaja)?	4
No pagó/gratis?	5
No pagó es afilliado/cubierto?	6

FORMA DE PAGO (COD) | ¿CUANTO PAGÓ? PERSONA DÓLARES | SEGURO/OTRO DÓLARES

48 ¿(…) Se realizó exámenes o efectuó otro gasto fuera del establecimiento o proveedor de salud en el que se hizo atender?

Sí 1
No 2

COD. | ¿CUÁNTO PAGÓ? DÓLARES

49 Cuándo tuvo el (los) problema (s) de salud o se estuvo haciendo chequear, ¿(…) faltó o dejó de trabajar:

Sí 1
No 2
No trabaja 3

Pase a Preg. 52

No estuvo enfermo, ni se hizo chequear en los últimos 30 días … 4

Pase a Preg. 55

50 ¿Cuántos días faltó (…)?

Menos de 1 día = 00

DÍAS

COD PER	44	45		46			47			48		49	50	COD PER
01														01
02														02
03														03
04														04
05														05
06														06
07														07
08														08
09														09
10														10
11														11
12														12

SECCIÓN VI: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

PERDIDA DE INGRESOS O TRABAJO

PARTE D: HOSPITALIZACIÓN – ULTIMOS 12 MESES

COD PER	51	52	53	54	55	56			57	COD PER
	¿Cuánto ingreso perdió (…) por no ir a trabajar en esos días? NO PERDIÓ = 00 DÓLARES	¿Alguna persona miembro del hogar le acompañó durante su problema de salud y no fue a trabajar: Sí ..... 1 No ..... 2 No trabaja ..... 3 Pase a Preg. 55	¿Cuántos días faltó el acompañante? Menos de 1 día = 00 DÍAS	¿Cuánto ingreso perdió el acompañante por no ir a trabajar en esos días? NO PERDIÓ = 00 DÓLARES	Durante los últimos 12 meses (de….a…), ¿tuvo alguna enfermedad o accidente (incluye problemas de embarazo) por el cual (…) estuvo hospitalizado(a)? Excluye atención del parto Sí..... 1 No..... 2 Pase a Preg. 71	¿Cuál(es) fueron la(s) enfermedad(es), malestar(es) o accidente(s) más graves por las que (…) tuvo que hospitalizarse? Problemas respiratorios?..... 1 Problemas cardiovasculares?..... 2 Problemas digestivos o vómito?.. 3 Problemas de la piel?..... 4 Problemas de los ojos?..... 5 Problema neuro musculares? .... 6 Problemas dentales?..... 7 Problemas del embarazo?..... 8 Problemas psicológicos?..... 9 Problemas óseos?..... 10 Fracturas, heridas, golpes?..... 11 Enfermedades crónicas?..... 12 Enfermedades de la mujer?..... 13 Enfermedades del hombre?..... 14 Enfermedades tradicionales?..... 15 Otro, Cuál?_____ 16			¿(…) dónde estuvo hospitalizado la última vez : Hospital MSP?..... 1 Hospital / Clínica IESS?..... 2 Hospital FFAA / Policía?..... 3 Hospital / Clínica Privada?..... 4 Junta de Beneficencia?..... 5 Consejo Provincial/ Unidad Municipal de Salud?..... 6 Fundación / ONG?..... 7 Otro, Cuál?_____ 8	
						Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3		
01										01
02										02
03										03
04										04
05										05
06										06
07										07
08										08
09										09
10										10
11										11
12										12

SECCIÓN VI: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

PARTE D: HOSPITALIZACIÓN – ÚLTIMOS 12 MESES

58 ¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado, la última vez?

MESES | SEMANAS | DÍAS

59 ¿Cuál fue la forma de pago y cuánto pagó en total por gastos de hospitalización la última vez ?

(Incluya los medicamentos y exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías, etc.,comprados o efectuados dentro del establecimiento, así como los pagos hechos por otros miembros del hogar en dinero y especie)

Pagó todo?..... 1
Pagó una parte y el resto gratis?..... 2
Pagó y recuperó del seguro?..... 3
Pase a Preg. 61
Pagó solo una parte y le descontaron el resto (rebaja)?.. 4
No pagó/gratis?..... 5
No pagó es afilliado/cubierto? 6
Pase a Preg. 61

FORMA DE PAGO (COD)	¿CUÁNTO PAGÓ?	
	PERSONA	SEGURO/OTRO
	DÓLARES	DÓLARES

60 ¿Cómo obtuvo el dinero para pagar los gastos de hospitalización la última vez?

Ahorros propios 1
Préstamo bancario 2
Préstamo familiar 3
Préstamo de amigos, conocidos 4
Tuvo que vender algo 5
Tarjeta de crédito 6
Otro, Cuál?_____ 7

61 ¿La última vez que (…) estuvo hospitalizado, compró medicamentos fuera del (establecimiento de salud)…?

(Excluya los que compró en el establecimiento o proveedor de salud)

Sí 1
No 2

COD	¿CUÁNTO PAGÓ?
	DÓLARES

62 ¿La última vez que (…) estuvo hospitalizado, tuvo que realizarse exámenes de laboratorio fuera del (establecimiento de salud)…?

(Excluya los que se hizo en el establecimiento de salud)

Sí 1
No 2

COD	¿CUÁNTO PAGÓ?
	DÓLARES

COD PER	58			59			60	61		62		COD PER
01												01
02												02
03												03
04												04
05												05
06												06
07												07
08												08
09												09
10												10
11												11
12												12

SECCIÓN VI: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

PARTE D: HOSPITALIZACIÓN – ÚLTIMOS 12 MESES

COD PER	63 ¿La última vez que (…) estuvo hospitalizado, realizó algún otro pago por radiografía, tomografía, mamografía, endoscopía, etc. fuera del establecimiento de salud? Sí..... 1 No..... 2		64 ¿Se resolvió el problema de salud (enfermedad o accidente) luego de la hospitalización? Sí 1 Pase a Preg. 71 No 2	65 ¿Qué otras acciones hizo:	66 ¿Cuántas veces más (…) se trató por la última enfermedad o accidente?	67 ¿Cuánto más gastó en total por la última enfermedad o accidente?	68 Cuándo estuvo hospitalizado, ¿(…) faltó o dejó de trabajar? Sí ..... 1 No ..... 2 No trabaja ..... 3 Pase a Preg. 71	69 ¿Cuántos días faltó (…)?	70 ¿Cuánto ingreso perdió (…) por no ir a trabajar esos días?	COD PER
	COD	¿CUÁNTO PAGÓ? DÓLARES			#VECES	DÓLARES		DÍAS	DÓLARES	
				Visitó otra vez al mismo establecimiento o proveedor de salud?..... 1 Visitó otro establecimiento o proveedor de salud?..... 2 Obtuvo atención en la casa por un médico, enfermera, curandero, etc.?..... 3 Se automedicó?..... 4 Siguió el tratamiento médico?..... 5 Tuvo que internase en un hospital, clínica, etc.?..... 6 No hizo nada?..... 7 Pase a Preg. 71 Otra, Cuál?_____ Especificar 8				Menos de 1 día =00	NO PERDIÓ = 00	
01										01
02										02
03										03
04										04
05										05
06										06
07										07
08										08
09										09
10										10
11										11
12										12

SECCIÓN VI: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

PARTE E: PERCEPCIÓN DE SALUD

¿Cómo calificaría su estado de salud actual?

Excelente…..1

Muy buena…2

Buena……3

Regular……..4

Mala……...5

Comparando su salud actual con la de hace un año ¿diría usted que está:

Mejor?……..1

Igual?…….2

Peor?…….3

Menores de 1 año no aplica

PARTE F: SATISFACCIÓN DE NECESIDADES

Tomando en cuenta la última atención médica, si usted pudiera escoger ¿ regresaría a ese mismo lugar para atenderse?

Sí…….1 Pase a 75

No……...2

No aplica…….3 Pase Siguiente sección

¿Por qué NO regresaría:

Mala atención?..... 1

No se curó, no mejoró?..... 2

Era caro el servicio?..... 3

Generalmente pasa cerrado? 4

Lo transfieren a otro médico, servicio?..... 5

Está lejos el establecimiento? 6

Tuvo que esperar mucho tiempo?……7

No había lo necesario?…… 8

No había medicamentos?..... 9

Horario no adecuado?..... 10

No le explican lo que debe hacer?..... 11

La consulta fue breve , no le prestan atención?..... 12

Tiene que madrugar a coger turno?..... 13

No hay suficientes turnos?…… 14

Otro; Cuál?_____ 15

PASE A LA SECCIÓN VII

¿Por qué SÍ regresaría:

Tiempo de espera corto? 1

Buen horario? …… 2

Es gratuito? …… 3

Es barato? …….. 4

Le dieron medicamentos? 5

Tiene todo lo necesario? 6

El personal es amable, lo tratan bien? …….. 7

Tiene confianza con el personal? …….. 8

El personal lo conoce hace tiempo?.....,,,,,,,,,,,,,,,. 9

Lo revisaron bien?..... 10

Se curó o se mejoró?..... 11

Le prestaron atención?.... 12

Le explicaron bien lo que debe hacer?..... 13

No existe otro centro de salud es únicol?…….. 14

Es afiliado o cubierto? … 15

Otro, Cuál? _____ 16

				Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3	Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3	
COD PER	71	72	73	74			75			COD PER
01										01
02										02
03										03
04										04
05										05
06										06
07										07
08										08
09										09
10										10
11										11
12										12

SECCIÓN VII: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD – MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD

REGISTRO

Mujeres de 12 a 49 años 1

Hombres y Mujeres menores de 12 años o mayores de 49 años..... 2

Continúe con la siguiente sección

PARTE A: CONTROL PRENATAL

¿(…) actualmente o en los últimos 12 meses (de……..al …….) ha estado embarazada?

Sí……..1

No……..2

Pase a Preg. 18

Nunca estuvo embarazada……..3

Continúe con la siguiente sección

Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces (...) se hizo el control del embarazo?

Una y más veces

Pase a Preg. 5

NINGUNA = 00
CONTINÚE

 # VECES

¿Cuál fue la razón por la que (…) no se hizo el control del embarazo?

No sabia 1
No es necesario 2
No hay establecimiento/ proveedor servicios de salud cerca…….. 3
Precios altos 4
Mala calidad 5
No tiene dinero 6
No tiene tiempo 7
No puede dejar de trabajar 8
Nadie para dejar la casa o los niños 9
Otro, Cuál? _____ 10

Pase a Preg. 18

¿(……..) a dónde acudió o quién le atendió la última vez que se realizó el control del embarazo?

Hospital MSP 1
Centro de Salud MSP 2
Subcentro de Salud MSP 3
Puesto de Salud MSP 4
Hospital / Clínica IESS 5
Dispensario IESS 6
Hospital FFAA /Policìa..... 7
Hospital, Clínica Privado 8
Junta de Beneficencia 9
Consejo Provincial/ Unidad Municipal de Salud 10
Fundación / ONG 11
Consultorio médico 12
Consultorio Obstetriz 13
Enfermera 14
Partera 15
Otro, cuál?_____ 16

Pase a Preg. 7

¿Dónde queda el establecimiento de salud (hospital, centro, subcentro, puesto de salud público, dispensario u hospital del IESS, hospital FFAA y Policía)?

PROVINCIA	CANTÓN	CABECERA CANTONAL O PARROQUIA RURAL	USO INEC

COD PER	1	2	3	4	5	6				COD PER
01										01
02										02
03										03
04										04
05										05
06										06
07										07
08										08
09										09
10										10
11										11
12										12

SECCIÓN VII: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD – MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD

PARTE A: CONTROL PRENATAL

COD PER	7	8			9	10		11	12	13	14	COD PER
	¿Cuál fue el motivo por el que (……) eligió el…. (establecimiento de salud o proveedor de salud)? Está cerca ..... 1 Precios bajos ..... 2 Buena calidad ..... 3 Experiencia anterior …… 4 Tiene seguro ..... 5 Sugerido por otras personas ..... 6 No hay otro establecimiento/ Es el único ……..... 7 Es gratuito ..... 8 Otro, cuál? _____ 9	¿Cuánto tiempo le tomó (….) llegar al …….(establecimiento o proveedor de servicios de salud)…..? (incluir ida y regreso) **NO SE TRASLADÓ = 00**			En total, ¿cuánto gasto en transporte para llegar al…..(establecimiento o proveedor de servicios de salud)...? (incluir ida y regreso) (Incluido lo pagado por otras personas, si ese fue el caso) **NO GASTÓ = 00**	Una vez que (…..) llegó al…..(establecimiento o proveedor de servicios de salud)….., ¿cuánto tiempo esperó para que le atendieran (médico, obstetriz, enfermera)?		¿(…..) cuánto ha gastado en total por su embarazo en consultas, medicinas exámenes, de laboratorio o imagen? **NO GASTÓ = 00**	Cuando asistía o asiste a los controles prenatales, ¿(……) faltó o dejó de trabajar: Sí …… 1 No …… 2 No trabaja ….. 3 **Pase a Preg. 18**	¿Cuántos días en total faltó (…) al trabajo? **MENOS DE 1 DÍA = 00**	¿Cuánto ingreso perdió (...) por no ir a trabajar en esos días? **NO PERDIÓ = 00**	
		DÍAS	HORAS	MINUTOS	DÓLARES	HORAS	MINUTOS	DÓLARES		DÍAS	DOLARES	
01												01
02												02
03												03
04												04
05												05
06												06
07												07
08												08
09												09
10												10
11												11
12												12

SECCIÓN VII: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD – MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD

PARTE A: CONTROL PRENATAL

15 ¿Alguna persona miembro del hogar le acompañó a (…) a los controles prenatales y faltó o dejó de trabajar:

Sí 1
No 2
No trabaja 3

Pase a Preg. 18

16 ¿Cuántos días faltó el acompañante al trabajo?

MENOS DE 1 DÍA = 00

DÍAS

17 ¿Cuánto ingreso perdió el acompañante por no ir a trabajar en esos días?

NO PERDIÓ = 00

DÓLARES

PARTE B: ATENCIÓN DEL PARTO

18 ¿En los últimos 12 meses (...) tuvo algún parto?

Sí 1

No 2

Continúe con la sig. persona

19 ¿(…) a dónde acudió o quién le atendió el parto?

Hospital MSP	1
Centro de Salud MSP	2
Subcentro de Salud MSP	3
Puesto de Salud MSP	4
Hospital / Clínica IESS	5
Dispensario IESS	6
Hospital FFAA / Policía	7
Hospital / Clínica Privada	8
Junta de Beneficencia	9
Consejo Provincial/ Unidad Municipal de Salud	10
Fundación / ONG	11
Consultorio Médico	12
Consultorio Obstetriz	13
Enfermera	14
Partera	15
En casa con familiar	16
Parto sola	17
Otro, Cuál?_____	18

PASE A PREG. 21

PASE A PREG. 22

20 ¿(…) por qué no acudió a un establecimiento de salud?

Centro de atención queda lejos	1
No hay transporte	2
Precios altos	3
No tiene con qué pagar	4
No hay equipos	5
Mala calidad	6
Malos tratos	7
Otra, Cuál?_____	8

PASE A PREG. 26

COD PER	15	16	17	18	19	20	COD PER
01							01
02							02
03							03
04							04
05							05
06							06
07							07
08							08
09							09
10							10
11							11
12							12

SECCIÓN VII: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD – MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD

PARTE B: ATENCIÓN DEL PARTO

COD PER	21				22	23		24	25		26	COD PER
	¿Dónde queda el establecimiento de salud en el que (...) dio a luz?				¿Cuál fue el motivo por el que (…) eligió ir a ese …….. (establecimiento o proveedor de salud)…? Está cerca ..... 1 Precios bajos ..... 2 Buena calidad ..... 3 Tiene seguro ..... 4 Sugerido por otras personas/ profesional ..... 5 Es gratis ..... 6 No hay otro establecimiento/Es el único ……. ..... 7 Por costumbre ……..... 8 Otro, Cuál?_____ 9	¿Cuánto tiempo le tomó (...) llegar al (establecimiento o proveedor de servicios de salud)…? **NO SE TRASLADÓ = 00**		En total, ¿cuánto gastó en transporte para llegar al (establecimiento o proveedor de servicios de salud)…? (incluir ida y regreso) **(Incluidos lo pagado por otras personas si ese fuera el caso)** NO GASTÓ = 00	Una vez que (…) llegó al …(establecimiento o proveedor de servicios de salud)… ¿cuánto tiempo esperó para que le atiendan (médico, obstetriz, partera)? **NO SE TRASLADÓ = 00**		¿Cuánto gastó (...) en el parto? **(incluya la atención, medicina, exámenes de laboratorio, servicios médicos, materiales, etc.)** NO GASTÓ = 00	
	PROVINCIA	CANTÓN	CABECERA CANTONAL O PARROQUIA RURAL	USO INEC		HORAS	MINUTOS	DÓLARES	HORAS	MINUTOS	DÓLARES	
01												01
02												02
03												03
04												04
05												05
06												06
07												07
08												08
09												09
10												10
11												11
12												12

SECCIÓN VII: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD – MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD

PARTE B: ATENCIÓN DEL PARTO						PARTE C: CONTROL POST PARTO	
Cuando (……) dio a luz, ¿faltó o dejó de trabajar: Sí …… 1 No …….…….. 2 No trabaja ….. 3 Pase a Preg. 33	¿Cuántos días en total faltó (…) al trabajo? DÍAS	¿Cuánto ingreso perdió (...) por no ir a trabajar en esos días? NO PERDIÓ = 00 DÓLARES	¿Alguna persona miembro del hogar le acompañó a (…) cuando dio a luz, y faltó o dejó de ir a trabajar? Sí …… 1 No …….…….. 2 No trabaja ….. 3 Pase a Preg. 33	¿Cuántos días faltó el acompañante al trabajo? MENOS DE 1 DÍA = 00 DÍAS	¿Cuánto ingreso perdió el acompañante por no ir a trabajar en esos días? NO PERDIÓ = 00 DÓLARES	Se hizo control postparto (…)? Sí……..….. 1 No…….. 2 Continúe con la siguiente sección	¿Cuánto tiempo después del parto (……), se hizo el primer control postparto? Cuarenta días …….. 1 Más de cuarenta días …. 2 Menos de cuarenta días 3

COD PER	27	28	29	30	31	32	33	34	COD PER
01									01
02									02
03									03
04									04
05									05
06									06
07									07
08									08
09									09
10									10
11									11
12									12

SECCIÓN VII: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD – MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD

PARTE C: CONTROL POSPARTO

¿En qué lugar tuvo el control de posparto?

- Hospital MSP…. 1
- Centro de Salud MSP…. 2
- Subcentro de Salud MSP…. 3
- Puesto de Salud MSP…. 4
- Hospital / Clínica IESS 5
- Dispensario IESS 6
- Hospital FFAA / Policía 7
- Hospital / Clínica Privada 8
- Junta de Beneficencia 9
- Consejo Provincial/ Unidad Municipal de Salud 10
- Fundación / ONG 11
- Consultorio Médico 12
- Consultorio Obstetriz 13
- Enfermera 14
- Partera 15
- Otro, Cuál? _____ 16

PASE A PREG. 37

¿Dónde queda el establecimiento de salud dónde (...) se hizo el control posparto?

PROVINCIA	CANTÓN	CABECERA CANTONAL O PARROQUIA RURAL	USO INEC

¿Cuál fue el motivo por el que (…) eligió ir a ese …….. (establecimiento o proveedor de salud)…?

- Está cerca 1
- Precios bajos 2
- Buena calidad 3
- Tiene seguro 4
- Sugerido por otras personas/ profesional 5
- Es gratis 6
- No hay otro establecimientoo proveedor/Es el único 7
- Por costumbre…….. 8
- Otro, Cuál? _____ 9

¿Cuánto tiempo le tomó (...) llegar al (establecimiento o proveedor de servicios de salud)…?

NO SE TRASLADÓ = 00

DÍAS	HORAS	MINUTOS

En total, ¿cuánto gastó en transporte para llegar al (establecimiento o proveedor de servicios de salud)…? (incluir ida y regreso)

(Incluidos lo pagado por otras personas si ese fuera el caso)

NO GASTÓ = 00

DÓLARES

COD PER	35	36				37	38			39	COD PER
01											01
02											02
03											03
04											04
05											05
06											06
07											07
08											08
09											09
10											10
11											11
12											12

SECCIÓN VII: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD – MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD

PARTE C: CONTROL POST PARTO

COD PER	40		41	42	43	44	45	46	47	OBSERVACIONES
	Una vez que (…) llegó al …(establecimiento o proveedor de servicios de salud)… ¿cuánto tiempo esperó para que le atendieran (médico, obstetriz, partera)? **NO SE TRASLADÓ= 00**		¿(…) cuánto pagó por la atención, medicinas, exámenes de laboratorio, etc.? NO GASTÓ = 00	¿Cuando asistía o asiste a los controles posparto, ¿(…), faltó o dejó de trabajar: Sí ……. 1; No ……. 2; No trabaja . 3 **Continúe con la sig. persona**	¿Cuántos días en total faltó (…) al trabajo? **MENOS DE 1 DÍA = 00**	¿Cuánto ingreso perdió (...) por no ir a trabajar en esos días? **NO PERDIÓ = 00**	¿Alguna persona miembro del hogar le acompañó a (…) a los controles postparto, y faltó o dejó de ir a trabajar? Sí…… 1; No ……. 2; No trabaja . 3 **Continúe con la sig. persona**	¿Cuántos días faltó el acompañante al trabajo? **MENOS DE 1 DÍA = 00**	¿Cuánto ingreso perdió el acompañante por no ir a trabajar en esos días? **NO PERDIÓ = 00**	
	HORAS	MINUTOS	DOLARES		DÍAS	DÓLARES		DÍAS	DÓLARES	
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										

PROGRAMAS SOCIALES

MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA: La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia dispone que toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo parto y posparto; de igual manera, que se otorgue sin costo la atención de salud a los recién nacidos, menores de cinco años, como una acción de salud pública.

PROGRAMA DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS: Se entiende como enfermedad catastrófica a los problemas de salud que cumplan con las siguientes características: a) que impliquen un riesgo alto para la vida de la persona; b) que sea una enfermedad crónica y por tanto su atención no sea emergente; c) que su tratamiento pueda ser programado; d) que el valor de su tratamiento mensual sea mayor a una canasta familiar vital publicada mensualmente por el INEC.

PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO: El objetivo de este programa es mejorar la situación nutricional de niños y niñas de menos de cinco años, madres embarazadas y en período de lactancia, de todo el país.

PROGRAMA SUPLEMENTO NUTRICIONAL: Chispaz se dará a los niños de seis meses a menores de cinco años de edad en el MIES y de 6 a 24 meses en el MSP, en dosis individuales, por dos meses seguidos y así evitar que este sea administrado a más miembros de la familia

DESAYUNO ESCOLAR GRATUITO: Permite identificar al estudiante que recibió o no desayuno escolar gratuito en el establecimiento educativo. Incluya como desayuno escolar, lo que en algunos establecimientos les proporcionan como por ejemplo: leche, gelatina, avena, etc.;

PROGRAMA O SERVICIO de DESARROLLO INFANTIL (guardería): Niños/as menores de 5 años que **ASISTEN** o **NO** a un Centro de Desarrollo Infantil o Guardería.

PROGRAMA DE ENTREGA DE ALIMENTACIÓN PARA ADULTOS MAYORES: Cubre mayores de 65 años, residentes. Pretende asegurar salud psicológica y física, alimentación, vivienda, vestido, asistencia médica. Énfasis en los ancianos desprotegidos.

TEXTOS ESCOLARES GRATUITOS: Estudiante que **recibió** o **no** textos escolares gratuitos en el establecimiento educativo, independientemente de si se trate de un plantel fiscal, privado o municipal.

UNIFORME ESCOLAR GRATUITO: Estudiante que **recibió** o **no** uniforme escolar gratuito en el establecimiento educativo, independientemente si se trate de un plantel fiscal, privado o municipal

BONO JOAQUÍN GALLEGOS LARA: Es una retribución de $240 a los padres o familiares de las personas con discapacidad intelectual o física severa en situación de extrema pobreza, que por esta condición requieren de su atención y cuidados permanentes y de por vida. Además del bono, el programa Joaquín Gallegos Lara asiste a los beneficiarios con capacitaciones en salud, nutrición, derechos y autoestima, en coordinación con el Seguro Social Campesino y el IESS.

BONO DE DESARROLLO HUMANO: Es un subsidio monetario que entrega el Gobierno. Está dirigido a personas que han sido identificadas en situación de pobreza y extrema pobreza por medio del Programa de Identificación y Selección de Beneficiarios para Programas Sociales SELBEN. El apoyo monetario se personaliza en la madre o en la persona que tenga como responsabilidad la compra y la preparación de alimentos, el cuidado de la salud de los menores, así como la vigilancia de la asistencia de los menores a la escuela.

BONO DE LA VIVIENDA: Este programa se enfoca en entregar bonos para la construcción o mejoramiento de viviendas en las áreas rural, urbana y urbano-marginal.

SECCIÓN VIII. ACCESO A PROGRAMAS SOCIALES
(PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

COD PER	1	2	3	4	5	6	7	8
	¿Durante los últimos 12 meses de ……. a ……. (…) recibe o recibió beneficios por el **Programa de Maternidad GRATUITA y Atención a la Infancia del MSP?** Sí 1 / No 2 / No Sabe 88	¿Durante los últimos 12 meses de …. a …. (…) recibe o recibió beneficios por el **Programa de Enfermedades Catastróficas del MSP** (cáncer, enfermedad renal crónica, transplantes, enfermedades congénitas de corazón, quemaduras graves)**?** Sí 1 / No 2 / No Sabe 88	¿Durante los últimos 12 meses de ……. a ……. (…) recibe o recibió beneficios (INCENTIVO ECONOMICO) por el **Programa Desnutrición Cero del MSP?** Sí 1 / No 2 / No Sabe 88	¿Durante los últimos 12 meses de ……. a ……. (…) recibe o recibió beneficios por el Programa **Suplemento Nutricional** (chispaz, hierro vitamina A, ácido fólico) **GRATUITO, DEL ESTADO?** Sí 1 / No 2 / No Sabe 88	¿Durante los últimos 12 meses de ……. a ……. (…) recibe o recibió beneficios por el Programa **Desayuno, Almuerzo escolar GRATUITO, DEL ESTADO?** Sí 1 / No 2 / No Sabe 88	¿Durante los últimos 12 meses de ……. a ……. (…) recibe o recibió beneficios por el **Programa Desarrollo Infantil, DEL ESTADO?** Sí 1 / No 2 / No Sabe 88	¿Durante los últimos 12 meses de ……. a ……. (…) recibe o recibió beneficios por el **Programa de entrega de Alimentación para Adultos Mayores GRATUITO DEL ESTADO?** Sí 1 / No 2 / No Sabe 88	¿Durante los últimos 12 meses de ……. a ……. (…) recibe o recibió beneficios por el **Programa de Textos Escolares GRATUITOS, DEL ESTADO?** Sí 1 / No 2 / No Sabe 88
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								

SECCIÓN VIII. ACCESO A PROGRAMAS SOCIALES
(PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)

COD PER	9	10	11	12	13
	¿Durante los últimos 12 meses de ……. a …….. (…) recibe o recibió beneficios por el **Programa de Uniformes GRATUITOS DEL ESTADO?**	¿Durante los últimos 12 meses de ……. a …….. (…) recibe o recibió el **Bono Joaquín Gallegos Lara?**	¿Durante los últimos 12 meses de ……. a …….. (…) recibe o recibió el **Bono de Desarrollo Humano?**	¿Durante los últimos 12 meses de ……. a …….. (…) recibe o recibió el **Bono de la Vivienda?**	¿Durante los últimos 12 meses de ……. a …….. (…) recibe o recibió algún O**tro Beneficio por un programa social del Estado?**
	Sí 1 No 2 No Sabe 88	Sí 1 No 2 No Sabe 88	Sí 1 No 2 No Sabe 88	Sí 1 No 2 No Sabe 88	Sí 1 No 2 No Sabe 88
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					

OBSERVACIONES:

SECCIÓN IX: SEGURIDAD ALIMENTARIA

(PARA JEFE/A O CÓNYUGE DEL HOGAR)

COD PER	1	2	3	4
	¿Durante las últimas 2 semanas de …… a …….. el hogar tuvo suficiente comida para alimentar a todos los miembros del hogar?	¿Cuando la comida no es suficiente, qué hacen en el hogar:	¿Durante las últimas 2 semanas de …… a …….. el hogar tuvo dificultades para pagar los gastos en alimentación ?	¿Qué acción hizo para cubrir los gastos de alimentación : *(**Registre la principal**)*
	Sí 1 → Pase a preg. 3 No 2	Disminuyen alguna de las comidas diarias? ….1 Disminuyen la cantidad a todos por igual?.....2 Disminuyen la cantidad a los adultos? …….3 Disminuyen la cantidad a los niños?.....4 Disminuyen la cantidad a las mujeres? ……..5 Otro, Cuál?_____6	Sí 1 No 2 → PASE A LA SECCIÓN X	Pidió prestado a un familiar? ……1 Pidió préstamo a un amigo? …….2 Fio en la tienda? ……..……..3 Dejó de comprar algunos productos? ……..4 Vendió algún bien o animal ? ……..5 Gastó de sus ahorros ? ……....6 Otro, Cuál?_____7
01				
02				

OBSERVACIONES:

SECCIÓN X: MORTALIDAD EN EL HOGAR

Encuestador(a): Estas preguntas se refieren a aquellas personas que fallecieron EN EL AÑO 2011 y fueron miembros del hogar.

ENTREVISTA AL JEFE/A DEL HOGAR O A LA PERSONA DE 18 AÑOS O MÁS DE EDAD QUE CONOZCA SOBRE EL TEMA

FALLECIDOS	MES	EDAD	SEXO	RESIDENCIA			OBSERVACIONES
¿ Durante el año 2011, ha fallecido alguna persona que era miembro de este hogar? Sí … 1 → Cuántos? ⌊__⌋ No……. 2 → FIN DE LA ENTREVISTA	¿En qué mes falleció (…)?	¿Cuántos años cumplidos tenía (…) cuando falleció? FALLECIDOS MENORES DE 1 AÑO REGISTRE "00"	Sexo de (…) Hombre .. 1 Mujer …. 2	¿En qué lugar vivía habitualmente (…): En esta provincia?..... 1 En otra provincia? ……..... 2 → Registre la PROVINCIA En otro país?..... 3 → Registre el PAÍS en la columna PROVINCIA			
¿Cuál es el nombre y apellido?				COD.	PROVINCIA	USO INEC	
No. PER	1	2	3	4	5	COD	COD PER
01							01
02							02
03							03
04							04
05							05
06							06

ANEXO B. FORMULARIO MUJERES EN EDAD FÉRTIL (MEF) 12 49 AÑOS DE EDAD

Ministerio de Salud Pública

INEC instituto nacional de estadística y censos

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN "ENSANUT"

CONFIDENCIALIDAD:

LOS DATOS PROPORCIONADOS POR EL INFORMANTE SON ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES Y SERÁN UTILIZADOS ÚNICAMENTE CON FINES ESTADÍSTICOS DE ACUERDO AL ARTÍCULO 21 DE LA LEY DE ESTADÍSTICA

MUJERES EN EDAD FÉRTIL (MEF) 12 A 49 AÑOS DE EDAD

2

1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

1. Regional: 1. Norte; 2. Litoral; 3. Centro; 4. Sur	6. Zona:
2. Área: 1. URBANA 2. RURAL	7. Sector:
3. Provincia:	8.No. de vivienda según muestra:
4.Cantón:	9. No. de hogar
5.Cabecera cantonal o parroquial:	

INFORMANTE: DIRECTO

2. DATOS DE LA INFORMANTE

INFORMANTE		COD. PER. FORM. DEL HOGAR	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
Original	SÍ 1 / NO 2					
Reemplazo	SÍ 1 / NO 2					

RECUERDE: " Antes de iniciar la entrevista con la MEF seleccionada, procure lograr el máximo de privacidad posible"

SECCIÓN I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTADA

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

100	**¿Cuál es su fecha de nacimiento?** ***(Solicite la cédula de identidad o partida de nacimiento)***	DÍA ⌊⌊ MES ⌊⌊ AÑO ⌊⌊⌊⌊ No recuerda 7777
101	**Entonces, ¿Qué edad cumplió en su último cumpleaños?**	Años cumplidos ⌊⌊ No recuerda 7777
102	**Hace 5 años (2007), ¿en qué lugar vivía habitualmente?**	En esta ciudad o parroquia rural ..... 01 En otro lugar del país..... 02 Provincia_____ Cantón_____ Ciudad o parroquia rural _____ En otro país? ..... 03 Cuál? _____ No sabe 88

USO INEC

SECCIÓN I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTADA

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

103	**¿Trabaja usted actualmente en algo por lo cual reciba dinero u otra forma de pago?**	Sí, dinero ..... 1 Sí, otra forma de pago (especie) ..... 2 No trabaja ..... 3 → PASE a PREG. .106
104	**¿Quién toma las decisiones de realizar los gastos con los ingresos que usted recibe:**	Usted?..... 01 Esposo o conviviente?..... 02 Ambos?..... 03 Otras personas?..... 04 No responde?..... 99
105	**¿Qué parte de los gastos de su hogar paga con el dinero que usted recibe:**	Nada?..... 01 Casi nada?..... 02 Menos de la mitad?..... 03 La mitad?..... 04 Más de la mitad?..... 05 Todo?..... 06 No sabe?..... 88 No responde?..... 99 PASE a PREG. .200, SECCIÓN II
106	**¿Cuál es la razón principal por la que usted no trabaja?**	Discapacidad..... 01 No necesita trabajar..... 02 Embarazada/Dejó de trabajar..... 03 No tiene quien cuide a los niños..... 04 Ama de casa..... 05 Cansada de buscar trabajo..... 06 Su cónyuge o conviviente no le permite trabajar..... 07 Problemas de salud..... 08 Interfiere los estudios..... 09 Otro, Cuál? _____ (Especifique) 10 No sabe?..... 88 No responde?..... 99

SECCIÓN II. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

ENCUESTADOR/A
LEA A LA ENTREVISTADA: Ahora deseamos obtener información de todos los embarazos y partos que usted haya tenido durante toda la vida, hasta la presente fecha.

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

200	**¿Actualmente está usted embarazada?**	Sí ..... 01 No ..... 02 → PASE a PREG. .205 No sabe ..... 88 → PASE a PREG. .205
201	**En este embarazo:**	¿Quería quedar embarazada? ..... 1 → PASE a PREG. .203 ¿Quería esperar más tiempo? ..... 2 ¿ No quería embarazarse? ..... 3 → PASE a PREG. .203
202	**¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?**	Meses ..... ⌊_⌋⌊_⌋ Años ..... ⌊_⌋⌊_⌋ No sabe 88
203	**¿Cuántas semanas o meses de embarazo tiene usted?**	Semanas ..... ⌊_⌋⌊_⌋ Meses ..... ⌊_⌋⌊_⌋ No sabe 88
204	**¿Es su primer embarazo?**	Sí ..... 1 → PASE a PREG. .322 No..... 2 → PASE a PREG. .206
205	**¿Ha estado usted embarazada alguna vez?**	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. .322
206	**Ahora, hablando de sus hijos/as que se encuentran vivos/as, ¿Cuántos hijos y cuántas hijas viven actualmente con usted?** **Excluir hijos adoptivos e hijastros(entenados)**	A. Hijos en casa ..... ⌊_⌋⌊_⌋ B. Hijas en casa ..... ⌊_⌋⌊_⌋ C. TOTAL HIJOS/AS EN CASA ..... ⌊_⌋⌊_⌋ **(SI NO TIENE ANOTE 00)**
207	**¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas actualmente vivos/as no viven con usted?** **Excluir hijos adoptivos e hijastros (entenados)**	A. Hijos fuera de casa ..... ⌊_⌋⌊_⌋ B. Hijas fuera de casa ..... ⌊_⌋⌊_⌋ C. TOTAL HIJOS/AS FUERA DE CASA .. ⌊_⌋⌊_⌋ **(SI NO TIENE ANOTE 00)**

SECCIÓN II. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

208	**¿Tuvo usted hijos o hijas que nacieron vivos/as y que murieron, aunque hayan vivido poco tiempo. (Presentó algún sígno, por ejemplo respiró o lloró)?**	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 210
209	**¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas que nacieron vivos/as han muerto?**	A. Hijos que murieron ..... ___ B. Hijas que murieron ..... ___ C. TOTAL HIJOS/AS QUE MURIERON. ___
210	**De todos los embarazos que usted ha tenido en su vida, ¿Tuvo algún hijo/a que murió/falleció antes de nacer (mortinato), pero después de los cinco meses de embarazo?**	Sí ..... 1 → **Cuántos?** ___ No ..... 2 → PASE a PREG. .214
211	**¿En qué mes y año tuvo su último nacido muerto (mortinato)?**	MES ___ AÑO ____ No sabe 8888
212	**ENCUESTADOR/A: SI EN LA PREGUNTA 210 DECLARÓ SOLO 1 MORTINATO, CIRCULE CÓDIGO 1. SI LA RESPUESTA EN LA PREG 210 ES MAYOR A 1 CIRCULE CÓDIGO 2**	Solo uno ..... 1 → PASE a PREG. 214 Más de uno 2
213	**¿En qué mes y año tuvo el hijo/a anterior al último/a que nació muerto/a (mortinato)?**	MES ___ AÑO ____ No sabe 8888
214	**Hay mujeres que pierden sus embarazos antes de cumplir el quinto mes. ¿Ha perdido usted alguno antes de completar el quinto mes de embarazo (aborto)?**	Sí ..... 1 → **Cuántos?** ___ No 2
215	**ENCUESTADOR/A:** TRANSCRIBA LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 206C, 207C Y 209C PARA CORROBORAR QUE LOS DATOS ESTÉN CORRECTOS, PREGUNTE: En total, ¿Cuántos hijos/as nacidos vivos/as ha tenido durante toda su vida? _____	206C. Total hijos/as que viven en casa ___ 207C. Total hijos/as fuera de casa ___ 209C. Total hijos/as nacidos vivos que murieron ___ SUMA TOTAL HIJOS/AS NACIDOS/AS VIVOS/AS ___ **Si la suma total es igual a "00" pase a 322**

SECCIÓN II. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

ENCUESTADOR/A, DIGA A LA MUJER: Ahora quisiera hacer una lista de los hijos e hijas nacidos vivos que usted ha tenido, estén vivos o hayan muerto. Empecemos por el menor.

- **REGISTRE EL NOMBRE DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS EN LA PRIMERA COLUMNA, EMPIECE POR EL MENOR EN FILA 01 Y CONTINÚE EN ORDEN DE NACIMIENTO (DE MENOR A MAYOR).**
- **LOS DATOS DE NACIMIENTOS VIVOS MÚLTIPLES (GEMELOS, TRILLIZOS, ETC.) REGÍSTRELOS EN FILAS SEPARADAS Y ÚNALOS CON UNA LLAVE.**
- **EN COLUMNA f., REGISTRE DÍAS SI LA EDAD ES MENOR DE 1 MES; REGISTRE MESES SI LA EDAD ES IGUAL O MAYOR DE UN MES Y MENOR A DOS AÑOS; REGISTRE EN AÑOS SI LA EDAD ES IGUAL O MAYOR A DOS AÑOS..**

NÚMERO DE REGISTROS: ☐☐

216. ¿Qué nombre le puso?	COD. PER. FORM. 1	a. ¿Hombre o mujer?	b. ¿En qué fecha nació?	c. ¿Está vivo (a)?	d. ¿Qué edad tiene en años cumplidos? ANOTE "00" SI ES MENOR DE 1 AÑO	e. ¿En qué mes y año murió?	f. ¿Qué edad tenía cuando murió?
01 _____ ÚLTIMO NACIDO VIVO	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SGTE. COL. NO.. 2 PASE e.	☐☐ PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS
02 _____ PENÚLTIMO NACIDO VIVO	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SGTE. COL. NO.. 2 PASE e.	☐☐ PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS
03 _____ ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SGTE. COL. NO.. 2 PASE e.	☐☐ PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS
04 _____ CUARTO ANTERIOR	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 NO.. 2 PASE e.	☐☐ PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS
05 _____ QUINTO ANTERIOR	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SGTE. COL. NO.. 2 PASE e.	☐☐ PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS
06 _____ SEXTO ANTERIOR	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SGTE. COL. NO.. 2 PASE e.	☐☐ PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS
07 _____ SÉPTIMO ANTERIOR	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SGTE. COL. NO.. 2 PASE e.	☐☐ PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS
08 _____ OCTAVO ANTERIOR	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SGTE. COL. NO.. 2 PASE e.	☐☐ PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS
09 _____ NOVENO ANTERIOR	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SGTE. COL. NO.. 2 PASE e.	☐☐ PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS
10 _____ DÉCIMO ANTERIOR	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SGTE. COL. NO.. 2 PASE e.	☐☐ PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS

SECCIÓN III. SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

300 **ENCUESTADOR/A: LA FECHA DE NACIMIENTO DEL ÚLTIMO HIJO/A NACIDO/A VIVO/A (VEA EN PREG. 216b SECCIÓN II) ES A PARTIR DE JUNIO DEL 2007?**

- Sí 1
- No ..... 2 → PASE a PREG. 322

301 **¿EN QUÉ LUGAR O ESTABLECIMIENTO DE SALUD FUE ATENDIDA DURANTE EL PARTO DE (...)?**

- Hospital MSP 01
- Centro de Salud MSP..... 02
- Subcentro de Salud MSP..... 03
- Puesto de Salud MSP..... 04
- Hospital/Clínica IESS 05
- Dispensario del IESS 06
- Hospital/Policlínico - FFAA/Policía..... 07
- Hospital/Clínica Privada 08
- Junta de Beneficencia* 09
- Consejo Provincial/ Unidad Municipal de Salud 10
- Fundación / ONG**..... 11
- En casa con partera 12
- En casa con familiar ..... 13 → PASE a PREG. .309
- Parto sola en casa..... 14
- Otra, Cuál? _____ 15
  Especifique
- No sabe ..... 88 → PASE a PREG. .315
- No responde 99

302 **¿Por qué razón o razones dio a luz a (...) en ese establecimiento de salud?**

(ADMITE MÁS DE UNA RESPUESTA)

NO ACEPTE RESPUESTAS COMO: ES BUENO, ES MALO, ETC.

- Factores económicos 1
- Confianza en el personal del establecimiento.. 2
- Atención buena, personal pendiente 3
- Por emergencia 4
- Establecimiento estaba cerca 5
- Más seguro en caso de complicación 6
- Personal capacitado, profesional 7
- Es afiliada o cubierta 8
- Tiene seguro privado 9
- Otro, Cuál? _____ 10
  Especifique

303 **¿Qué le pareció bueno de dar a luz a (...) en ese establecimiento de salud?**

(ADMITE MÁS DE UNA RESPUESTA)

NO ACEPTE RESPUESTAS COMO: ES BUENO, ES MALO, ETC.

- Calidad: personal pendiente, buena atención .. 1
- Amabilidad del personal, buen trato 2
- Factores económicos 3
- Personal calificado 4
- Buen aseo en el establecimiento 5
- Nada me pareció bueno 6
- Es gratuito 7
- Otro, Cuál? _____ 8
  Especifique

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR, HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN III. SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

304 **Ahora le voy hacer algunas preguntas acerca de la atención que usted recibió en el parto de (...) en ese establecimiento de salud. Para cada pregunta favor indique si la atención fue buena, regular o mala.**

¿Cómo le pareció a usted:	Buena	Regular	Mala	No sabe	No responde
a. El trato que recibió del personal de salud que le atendió?	01	02	03	88	99
b. La experiencia/conocimiento de la persona que le atendió el parto?	01	02	03	88	99
c. La información que le dio el personal de salud sobre su salud?	01	02	03	88	99
d. La información que le dio el personal de salud sobre la salud de su bebé?	01	02	03	88	99
e. La disponibilidad del médico, enfermera u otro personal, cuando usted lo necesitaba?	01	02	03	88	99
f. El respeto a sus costumbres relacionadas con el parto?	01	02	03	88	99
g. La privacidad durante su atención?	01	02	03	88	99
h. La comodidad del establecimiento?	01	02	03	88	99
i. El horario de atención?	01	02	03	88	99
j. La limpieza/aseo del establecimiento?	01	02	03	88	99

305 **¿Qué debería mejorar en la atención en ese establecimiento de salud?**

(ADMITE MÁS DE UNA RESPUESTA)

NO ACEPTE RESPUESTAS COMO: ES BUENO, ES MALO, ETC.

Nada, todo estuvo bien ……..…….. 1
Contar con todo lo necesario (medicina y equipos)……..…….. 2
Calidad: mejorar la atención al paciente …… 3
El trato y la amabilidad ……. 4
Aumentar la cantidad del personal ……... 5
Otro, Cuál? _____ 6
Especifique

306 **Cuando usted dio a luz a (...), ¿Tuvo que hacer algún pago o gasto dentro o fuera del establecimiento de salud?**

Sí …….. 01
No tuve que pagar, pero compre Medicamentos, pañales, otros insumos, etc. 02
No sabe …… 88 → PASE a PREG. .308
No responde …… 99 → PASE a PREG. .308

307 **¿Usted estuvo conforme con ese pago/gasto?**

Sí ……. 1
No …… 2
No sabe …….. 88
No responde …….. 99

SECCIÓN III . SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

308 **Cuando usted dio a luz a (...) en ese establecimiento de salud, ¿cuánto tiempo esperó para ser atendida:**

Mucho tiempo? ……..	01
Ni mucho, ni poco tiempo? ……..	02
Poco tiempo? ……	03
Le atendieron inmediatamente? ……	04
No sabe ……...	88
No responde ……...	99

PASE a PREG. .314

309 **¿Por qué razón o razones dio a luz a (...) en la casa?**

(ADMITE MÁS DE UNA RESPUESTA)

NO ACEPTE RESPUESTAS COMO: ES BUENO, ES MALO, ETC.

Por costumbre ……..……....	1
Factores económicos ……...	2
Establecimiento queda lejos ……..……...	3
Mal concepto del establecimiento …….	4
Falta de transporte ……	5
No había tiempo para llegar …..……..	6
Más seguridad, confianza en la casa …..……	7
Otra, Cuál? _____ *Especifique*	8

310 **¿Qué le pareció bueno de dar a luz a (...) en la casa?**

(ADMITE MÁS DE UNA RESPUESTA)

Más confianza con ambiente, familiares partera ……...	1
Buen trato de familiares, partera …..……..….	2
Puede practicar costumbres, tradiciones ..…...	3
La atención del hospital no le gusta …….	4
Por economía, más barato, no cuesta nada …..	5
No hay nada bueno en dar a luz en casa ……...	6
Otra, Cuál? _____ *Especifique*	7

311 **¿Quién le atendió en el parto de (...) en la casa?**

Médico ……...	01
Obstetriz……..……..….	02
Enfermera……...…...	03
Auxiliar de Enfermería…….……	04
Partera……	05
Promotor de salud comunitaria……..	06
Otros agentes tradicionales (yachac/ shaman/limpiador/curandero)……..	07
Familiar(es)……	08
Sola/Nadie……..……..	09
Otra, Cuál? _____ *Especifique*	10
No responde……	99

SECCIÓN III . SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

312	**Cuando dio a luz a (...) en la casa, ¿Tuvo que hacer algún pago o gasto?**	Sí ..... 01 No tuve que pagar, pero compre Medicamentos, pañales, otros insumos, etc. 02 No pago nada ..... 03 No sabe ..... 88 No responde ..... 99 PASE a PREG. .314
313	**¿Usted estuvo conforme con ese pago/gasto?**	Sí ..... 01 No ..... 02 No sabe ..... 88 No responde 99
314	**¿Quién participó en la decisión de dar a luz a (...) en el establecimiento de salud o en la casa?** *(ADMITE MÁS DE UNA RESPUESTA)* **No lea, espere la respuesta espontánea**	Nadie/Costumbre..... 01 Usted..... 02 Esposo/Conviviente/Pareja..... 03 Juntos (Usted con su esposo/conviviente/ pareja)..... 04 Madre/Padre..... 05 Suegra/Suegro..... 06 Otro Familiar..... 07 Personal de salud (Médico/enfermera/obstetriz)... 08 Partera..... 09 Otros prestadores tradicionales (yachac/ shaman/curandero,etc)..... 10 Otro, Cuál?_____ 11 *Especifique* No sabe ..... 88 No responde 99
315	**¿Si usted volviera a embarazarse, en dónde daría a luz?**	Casa ..... 01 Establecimiento de Salud ..... 02 No sabe ..... 88 No responde 99

SECCIÓN III . SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

316 **A veces durante el embarazo, una mujer puede sufrir problemas o complicaciones que ponen en peligro la vida de la madre, del bebé o de los dos.**

Durante el embarazo de (...) ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas o complicaciones:

	SÍ TUVO	NO TUVO	NO SABE	NO RESPONDE
a. Hinchazón de manos/pies?	01	02	88	99
b. Desmayos?	01	02	88	99
c. Dolor de cabeza fuerte y permanente?	01	02	88	99
d. Convulsiones?	01	02	88	99
e. Dolores fuertes de barriga?	01	02	88	99
f. Mareos/Náusea/Vómitos?	01	02	88	99
g. Fiebre?	01	02	88	99
h. Preclampsia/Eclampsia? (Producida por la presión arterial alta)	01	02	88	99
i. Infección de vías urinarias?	01	02	88	99
j. Sangrado/Hemorragia?	01	02	88	99
k. Otro, Cuál?_____	01			

317 **Encuestador/a:¿En la pregunta 316 hay algún "SI TUVO"?**

Sí 1

No ..... 2→ PASE a PREG. .319

318 **¿A quién o a dónde recurrió primero cuando se presentó el o los problemas o complicaciones durante el embarazo?**

(ADMITE UNA SOLA RESPUESTA)

Establecimiento de Salud o personal de salud (fuera o dentro de casa) 01

Farmacia/Botica 02

Se quedó en casa/Remedios caseros 03

Personal tradicional (partera, yachac, shaman/ limpiador/curandero) 04

Otro, Cuál? _____ 05

Especifique

No sabe 88

No responde 99

SECCIÓN III . SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

319 **A veces durante el parto, una mujer puede sufrir problemas o complicaciones que ponen en peligro la vida de la madre, del bebé o de los dos.**

Durante el parto de (...) ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas o complicaciones:

	SÍ TUVO	NO TUVO	NO SABE	NO RESPONDE
a. La placenta se quedó dentro, no salía?	01	02	88	99
b. No le venían los dolores/contracciones?	01	02	88	99
c. El parto se demoró más de lo normal?	01	02	88	99
d. Se adelantó el parto?	01	02	88	99
e. Se rompió el agua de fuente antes de tiempo?	01	02	88	99
f. Mala posición del bebé (atravesado, de hombro, nalgas, pies)?	01	02	88	99
g. Cadera estrecha?	01	02	88	99
h. Sangrado abundante?	01	02	88	99
i. Infección Generalizada/ Sepsis?	01	02	88	99
j. El bebé no respiraba/No lloraba?	01	02	88	99
k. Parto gemelar o múltiple (dos o más)?	01	02	88	99
l. El bebé no se movía?	01	02	88	99
m. El bebé se tomó el agua de fuente?	01	02	88	99
n. Cordón envuelto en el cuello del bebé?	01	02	88	99
o. Otro, Cuál? _____ ESPECIFIQUE	01			

320 **Encuestador/a:¿En la pregunta 319 hay algún "SI TUVO"?**

Sí 1

No ..... 2→ PASE a PREG. .322

ENCUESTADOR/A:Vea PREGUNTA 301, EL PARTO FUE:

Institucional ..... 01 PASE a PREG. .322

En la casa 02

En otro lugar 03

No sabe 88

No responde 99

SECCIÓN III . SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

321 ¿A quién o dónde recurrió primero cuando se presentó el o los problemas o complicaciones del parto?

- Establecimiento de Salud o personal de salud (fuera o dentro de casa) 01
- Farmacia/Botica 02
- Se quedó en casa/Remedios caseros 03
- Personal tradicional (partera, yachac, shaman/ limpiador/curandero) 04
- Otro, Cuál? _____ 05
  Especifique
- No sabe 88
- No responde 99

322 Ahora, hablando de su salud, ¿Alguna vez le han vacunado contra el tétanos?

- Sí 01
- No 02
- No sabe 88
- No responde 99

PASE a PREG. .324

323 ¿Cuántas dosis de vacunas antitetánicas le han puesto?

- Una 01
- Dos 02
- Más de dos 03
- No sabe 88
- No responde 99

324 ¿Ha recibido información sobre el cáncer de útero (matriz)?

- Sí 01
- No 02
- No sabe 88
- No responde 99

PASE a PREG. .326

325 ¿Dónde recibió la información?

(ADMITE MÁS DE UNA RESPUESTA)

- Establecimiento del MSP 1
- Establecimiento del IESS/SSC 2
- Establecimientos de FF.AA o Policía 3
- Clínica o Consultorio privado 4
- SOLCA 5
- Fundación/ONG**..... 6
- Otro, Cuál? _____ 7
  Especifique

326 ¿Se ha hecho alguna vez el examen de Papanicolaou?

- Sí 01
- No ..... 02 → PASE a PREG. .331
- No sabe 88
- No responde 99

PASE a PREG. .332

** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN III . SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

327	**¿Conoció el resultado de su examen?**	Sí ..... 1 No 2
328	**¿Hace cuánto tiempo fue la última vez?**	Días ..... ___ Semanas..... ___ Meses ..... ___ Años ..... ___ No recuerda 77
329	**¿Cada qué tiempo se hace el examen de Papanicolau:**	Es la primera vez..... 01 Cada año?..... 02 Cada dos años?..... 03 Cada tres años?..... 04 Cada cuatro años?..... 05 Cada cinco años?..... 06 Cada seis o más años?..... 07 Otra, cuál?_____ 08 Especifique No recuerda..... 77
330	**¿Dónde se hizo el examen de Papanicolau?**	Establecimiento del MSP ..... 1 Establecimiento del IESS/SSC ..... 2 Establecimiento FFAA o Policía..... 3 Clínica o Médico privado ..... 4 SOLCA..... ..... 5 Clínica/Consultorio..... 6 Fundación/ONG..... ..... 7 Otro. Cuál?_____ 8 Especifique PASE a PREG. 332
331	**¿Cuál es la razón principal por la que no se ha hecho el examen de Papanicolau?**	Falta de Información..... 01 No lo considera necesario..... 02 El establecimiento de salud queda lejos..... 03 Por pena o vergüenza..... 04 Falta de dinero..... 05 No tiene con quien dejar a los niños/as..... 06 Su pareja se opone..... 07 Por miedo/temor..... 08 Otro, Cuál?_____ 09 Especifique No Sabe..... 10 No Responde..... 11

** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN III . SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

332	**¿Ha oído hablar del cáncer de mama (del seno o de los pechos)?**	Sí ..... 1 No 2
333	**¿Alguna vez alguien del personal de salud le ha examinado los pechos o senos?**	Sí ..... 01 No ..... 02 No recuerda 77
334	**¿Le han enseñado cómo examinarse los pechos o senos usted sola (el autoexamen)?**	Sí ..... 1 No 2
335	**¿Se ha realizado alguna vez una mamografía, radiografía o ecografía de los pechos o senos?**	Sí ..... 01→ PASE a PREG. .337 No ..... 02 No recuerda 77
336	**¿Cuál es la razón más importante para no haberse hecho una mamografía?**	No tiene problemas, no necesita ..... 01 No sabía que tenia que hacerse ..... 02 No tiene edad para hacerse ..... 03 Despreocupación ..... 04 Es muy caro ..... 05 Por miedo/temor ..... 06 Por pena/vergüenza ..... 07 Otro, Cuál? _____ 08 *Especifique* No sabe ..... 88 No responde 99
337	**¿Alguna vez ha fumado cigarrillos u otros productos del tabaco (pipas, puros, pipa árabe, rape)?**	Sí ..... 1 No ..... 2→ PASE a PREG. 400
338	**¿Durante los últimos 30 días, en promedio diario cuántos cigarrillos u otros productos del tabaco (pipas, puros, pipa árabe, rape) fumó?**	Número de cigarrillos u otros productos del tabaco ..... 01→ **Cuántos?** ☐☐ Fuma ocasionalmente ..... 02 Ya no fuma ..... 03 No sabe ..... 88 No responde 99

SECCIÓN IV . PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

ENCUESTADOR/A, LÉALE A LA ENTREVISTADA: Ahora le voy hacer algunas preguntas acerca de la Planificación Familiar, es decir, de las cosas que usan las parejas para evitar que la mujer quede embarazada. LUEGO, HAGA LA PREGUNTA 400 EN FORMA VERTICAL Y LUEGO LAS PREGUNTAS 401, 402 Y 403, EN FORMA HORIZONTAL PARA CADA UNO DE LOS MÉTODOS LISTADOS..

MÉTODO	400: ¿Qué métodos de Planificación Familiar conoce usted? NO LEA, ESPERE LA RESPUESTA ESPONTÁNEA	401: ¿Conoce o ha oído hablar de (…)? (LEA, LOS MÉTODOS QUE NO MENCIONÓ ESPONTÁNEAMENTE)		402: ¿Alguna vez ha usado (…)? (SI NO HA USADO, PASE A SIGUIENTE MÉTODO)		403: ¿Usa actualmente ? (últimos 30 días)	
	SÍ ESPONTÁNEO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
1. Esterilización masculina o vasectomìa	1	1	2	1	2	1	2
2. Esterilización femenina o ligadura	1	1	2	1	2	1	2
3. Implante (Implanon, Jadelle)	1	1	2	1	2	1	2
4. Inyección anticonceptiva	1	1	2	1	2	1	2
5. Píldora o pastilla anticonceptiva	1	1	2	1	2	1	2
6. DIU, espiral o T de Cobre	1	1	2	1	2	1	2
7. Condón (preservativo femenino)	1	1	2	1	2	1	2
8. Condón (preservativo masculino)	1	1	2	1	2	1	2
9. Retiro (él se retira cuando va a terminar)	1	1	2	1	2	1	2
10. Ritmo, calendario o control de la temperatura, moco cervical (Billings)	1	1	2	1	2	1	2
11. Métodos vaginales (jaleas/espumas/ diafragma/cremas/óvulos/tabletas)	1	1	2	1	2	1	2
12. MELA (lactancia materna)	1	1	2	1	2	1	2
13. Pastillas anticonceptivas de emergencia (píldora del día después)	1	1	2	1	2	1	2
14. Otro, Cuál? _____ ESPECIFIQUE	1			1	2	1	2

ENCUESTADOR/A: Si en la pregunta 402-2 la mujer indica que ha usado esterilización femenina (código 1) circular también código 1 en la pregunta 403 (uso actual)

404	**ENCUESTADOR/A: VEA PREGUNTAS 402 Y 403 Y CIRCULE LO CORRESPONDIENTE**	
	LA ENTREVISTADA ESTÁ USANDO ALGÚN MÉTODO ACTUALMENTE …….. **1**	**PASE A PREG. 420**
	LA ENTREVISTADA NUNCA HA USADO MÉTODOS …….. **2**	**PASE A PREG. 410**
	LA ENTREVISTADA HA USADO MÉTODOS PERO NO USA ACTUALMENTE …. **3**	**PASE A PREG. 405**

SECCIÓN IV . PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

SOLAMENTE PARA ENTREVISTADA QUE HA USADO MÉTODOS PERO NO USA ACTUALMENTE

405	**¿Cuál fue el último método que usó (usted o su pareja)?** *(ADMITE UNA SOLA RESPUESTA)*	Esterilización masculina o vasectomía..... 01 Esterilización femenina o ligadura..... 02 Implante(Implanon, Jadelle)..... 03 Inyección anticonceptiva..... 04 Pastillas anticonceptivas..... 05 Diu/Espiral/T de Cobre..... 06 Pastillas de emergencia..... 07 Condón..... 08 Métodos vaginales..... 09 Retiro..... 10 Ritmo, calendario..... 11 Billings (moco cervical)..... 12 MELA (Lactancia Materna)..... 13 Otro, Cuál? _____ 14 Especifique No sabe..... 88 No Responde..... 99
406	**¿Cuál fue el primer método que usted usó?** *(ADMITE UNA SOLA RESPUESTA)*	Esterilización masculina o vasectomía..... 01 Esterilización femenina o ligadura..... 02 Implante(Implanon, Jadelle)..... 03 Inyección anticonceptiva..... 04 Pastillas anticonceptivas..... 05 Diu/Espiral/T de Cobre..... 06 Pastillas de emergencia..... 07 Condón..... 08 Métodos vaginales..... 09 Retiro..... 10 Ritmo, calendario..... 11 Billings (moco cervical)..... 12 MELA (Lactancia Materna)..... 13 Otro, Cuál? _____ 14 Especifique No sabe..... 88 No Responde..... 99
407	**¿Qué edad tenía cuando comenzó a usar ese primer método?**	Edad en años ..... ___
408	**Cuándo usted comenzó a usar el primer método, ¿Cuántos hijos e hijas nacidos vivos tenía?**	No. de hijos/hijas nacidos vivos ..... ___ **(SI NO TENÍA ANOTE 00)**

SECCIÓN IV . PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

409	**¿Quién tomó la decisión de usar ese primer método:**	Ambos (usted y su pareja)? ..... 1 Sólo usted? ..... 2 Sólo su pareja? 3
410	**ENCUESTADOR/A: VEA EN PREG. 200, SECCIÓN II SI ESTA EMBARAZADA**	Embarazada ..... 01→ PASE a PREG. .415 No embarazada ..... 02 No sabe 99
411	**¿Cree usted que puede quedar embarazada?**	Sí ..... 1→ PASE a PREG. .413 No ..... 2 No sabe ..... 3→ PASE a PREG. .413
412	**¿Cuál es la razón principal por la que cree que no puede quedar embarazada?**	Fue operada por razones médicas y no puede tener más hijos ..... 1 Menopausia ..... 2 Ya pasaron 2 años o más de querer embarazarse sin resultado ..... 3 → PASE a PREG. .500 Sin vida sexual ..... 4 Amamantamiento ..... 5 Otro, Cuál? _____ 6 (Especifique) → PASE a PREG. .415
413	**¿Cuál es la razón principal por la que usted no usa un método anticonceptivo para evitar tener hijos/as actualmente:**	Desea embarazo? ..... 1 Postparto o amamantamiento? ..... 2 Sin vida sexual? ..... 3 → PASE a PREG. .415 Por edad avanzada? ..... 4 No le gusta? ..... 5 → PASE a PREG. .500 Miedo a efectos colaterales? ..... 6 Tuvo efectos colaterales? ..... 7 La pareja se opone? ..... 8 No conoce/No tiene información sobre métodos anticonceptivos? ..... 9 Razones religiosas? ..... 10 Otro, Cuál? _____ 11 (Especifique) No Sabe ..... 88 No responde 99
414	**¿Desea usted usar algún método para evitar tener hijos/as actualmente?**	Sí ..... 01 → PASE a PREG. .416 No ..... 02 No sabe ..... 88 No responde 99
415	**En el futuro ¿le gustaría usar algún método?**	Sí ..... 01 No ..... 02 No sabe ..... 88 No responde ..... 99 → PASE a PREG. .500

SECCIÓN IV . PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

416 ¿Cuál método preferiría o está pensando utilizar usted o su pareja?

(ADMITE UNA SOLA RESPUESTA)

Esterilización masculina o vasectomía	01
Esterilización femenina o ligadura	02
Implante(Implanon, Jadelle)	03
Inyección anticonceptiva	04
Pastillas anticonceptivas	05
Diu/Espiral/T de Cobre	06
Pastillas de emergencia	07
Condón	08
Métodos vaginales	09
Retiro	10
Ritmo, calendario	11
Billings (moco cervical)	12
MELA (Lactancia Materna)	13
Otro, Cuál?_____ Especifique	14
No sabe	88
No Responde	99

PASE a PREG. .500

417 ¿Sabe dónde puede ir para obtener o conseguir ese método?

Sí	1
No	2 → PASE a PREG. .500

418 ¿A qué lugar iría a conseguir el método?

Hospital MSP	01
Centro de Salud MSP	02
Subcentro de Salud MSP	03
Puesto de Salud MSP	04
Hospital/Clínica IESS	05
Dispensario del IESS	06
Hospital/Policlínico- FFAA/Policía	07
Hospital/Clínica Privada	08
Consultorio particular	09
Junta de Beneficencia*	10
Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud	11
Fundación/ONG**	12
Farmacia o Botica	13
Partera	14
Otro, Cuál?_____ Especifique	15
No sabe	88
No responde	99

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR, HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN IV . PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

419 ¿Cuánto tiempo tardaría normalmente en llegar a ese lugar?

SI SE TRASLADA REGISTRE EN HORAS Y/O MINUTOS; CASO CONTRARIO REGISTRE "00".

- Minutos ..... 01 ___
- Horas ..... 02 ___
- No sabe 88
- No responde 99

→ PASE a PREG. .500

SOLAMENTE PARA ENTREVISTADAS QUE USAN ACTUALMENTE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO

420 ENCUESTADOR/A:

Vea preg. 403 y marque el método que usa, si está utilizando más de un método, encierre con un círculo el método más efectivo de acuerdo al orden de efectividad

ORDEN DE EFECTIVIDAD

1. VASECTOMÍA	7. MELA
2. ESTER. FEMENINA	8. MET. VAGINALES
3. DIU	9. CONDÓN
4. INYECCIÓN	10.RITMO, CALENDARIO
5. IMPLANTE(IMPLANON, JADELLE)	11. BILLINGS(MOCO CERVICAL)
6. PASTILLAS	12. RETIRO

- Esterilización masculina o vasectomía ..... 01 → PASE a PREG. .422
- Esterilización femenina o ligadura..... 02
- Diu/ Espiral/ T de Cobre..... 03
- Inyección anticonceptiva..... 04
- Implante (Implanon,Jadelle) 05
- Pastillas anticonceptivas..... 06

→ PASE a PREG. .427

- MELA (Lactancia Materna)..... 07 → PASE a PREG. .430
- Métodos vaginales..... 08
- Condón 09

→ PASE a PREG. .427

- Ritmo, calendario 10
- Billings (moco cervical)..... 11
- Retiro 12

→ PASE a PREG. .430

421 ¿Qué edad tenía usted cuando le esterilizaron?

Edad en años ..... ___

422 ¿En qué establecimiento le hicieron la esterilización?

- Hospital MSP..... 01
- Centro de Salud MSP..... 02
- Subcentro de Salud MSP..... 03
- Puesto de Salud MSP..... 04
- Hospital/Clínica IESS..... 05
- Dispensario del IESS 06
- Hospital/Policlínico- FFAA/Policía..... 07
- Hospital/Clínica Privada..... 08
- Consultorio particular..... 09
- Junta de Beneficencia*..... 10
- Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 11
- Fundación/ONG**..... 12
- Farmacia o Botica..... 13
- Partera..... 14
- Otro, Cuál? _____ 15
  Especifique
- No sabe..... 88
- No responde..... 99

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR, HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN IV . PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

423 ¿Dónde recibió orientación sobre la esterilización?

- Hospital MSP..... 01
- Centro de Salud MSP..... 02
- Subcentro de Salud MSP..... 03
- Puesto de Salud MSP..... 04
- Hospital/Clínica IESS..... 05
- Dispensario del IESS 06
- Hospital/Policlínico- FFAA/Policía..... 07
- Hospital/Clínica Privada..... 08
- Consultorio particular..... 09
- Junta de Beneficencia*..... 10
- Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 11
- Fundación/ONG**..... 12
- Farmacia o Botica..... 13
- Partera..... 14
- Otro, Cuál? _____ 15
  Especifique
- No sabe..... 88
- No responde..... 99

424 ¿Quién tomó la decisión para la esterilización?

- Usted 1
- Cónyuge/Conviviente 2
- Usted y su cónyuge 3
- Médico 4
- Usted, Esposo/Compañero y médico 5
- Familiares 6
- Otro, Cuál? _____ 7
  Especifique

425 Dada la situación actual, si tuviera/n que elegir nuevamente, ¿Tomaría/n la misma decisión de operarse para no tener más hijos/as?

- Sí ..... 01→ PASE a PREG. .435
- No 02
- No sabe 88
- No responde 99

426 ¿Está conforme con su decisión o la de su esposo o compañero?

- Ella quiere otro hijo..... 1
- Esposo/Conviviente quiere tener otro hijo..... 2
- La operación le ha ocasionado problemas de salud..... 3
- La operación le ha causado problemas emocionales..... 4
- Otro, Cuál? _____ 5
  Especifique

PASE a PREG. .435

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR, HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN IV . PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

427 ¿Dónde obtiene el método anticonceptivo que usa?

Hospital MSP	01
Centro de Salud MSP	02
Subcentro de Salud MSP	03
Puesto de Salud MSP	04
Hospital/Clínica IESS	05
Dispensario del IESS	06
Hospital/Policlínico- FFAA/Policía	07
Hospital/Clínica Privada	08
Consultorio particular	09
Junta de Beneficencia*	10
Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud	11
Fundación/ONG**	12
Farmacia o Botica	13
Partera	14
Otro, Cuál? _____ (Especifique)	15
No sabe	88
No responde	99

PASE a PREG. 430

428 ¿Cuánto tiempo tarda usted normalmente para llegar desde aquí a ese lugar?

SI SE TRASLADA REGISTRE EN HORAS Y/O MINUTOS; CASO CONTRARIO REGISTRE "00".

Minutos	01	☐☐
Horas	02	☐☐
No sabe	88	
No responde	99	

429 ¿El precio pagado por consulta y por el método anticonceptivo, le parece:

	PRECIO CONSULTA	PRECIO MÉTODO
Caro	01	01
Razonable	02	02
Barato	03	03
No pagó	04	04
No aplica	05	■
No sabe	88	88
No responde	99	99

430 ¿Para qué o por qué usa usted los métodos anticonceptivos?

Ya no quiere tener más hijos/as	01
No quiere tener hijos/as	02
No quiere tener hijos/as todavía	03
Para espaciar o posponer los embarazos	04
Para protección del SIDA y otras ITS	05
Por otras razones de salud	06
Por razones económicas	07
Otro, Cuál? _____ (Especifique)	08
No sabe	88
No responde	99

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR, HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN IV . PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

431 ¿Quién tomó la decisión de usar este método?

- Ambos (usted y su pareja)? 1
- Sólo usted? 2
- Sólo su pareja? 3
- Otra persona, Cuál? _____ 4

432 Si en este momento usted pudiera elegir ¿Seguiría usando el mismo método o preferiría usar otro?

- Preferiría otro 01
- El mismo ..... 02 → PASE a PREG. 435
- No usaría ninguno ..... 03 → PASE a PREG. .434
- No sabe ..... 88 → PASE a PREG. .435

433 ¿Cuál método preferiría usar usted?

(ADMITE UNA SOLA RESPUESTA)

- Esterilización masculina o vasectomía . 01
- Esterilización femenina o ligadura..... 02
- Implante (Implanon,Jadelle) 03
- Inyección anticonceptiva..... 04
- Pastillas anticonceptivas 05
- Diu/ Espiral/ T de Cobre..... 06
- Pastillas de emergencia 07
- Condón..... 08
- Métodos vaginales..... 09
- Retiro 10
- Ritmo, calendario 11
- Billings (moco cervical)..... 12
- Mela (Lactancia Materna)..... 13
- Otro, Cuál? _____ (Especifique) 14
- No sabe 88
- No responde 99

→ PASE a PREG. .435

434 ¿Cuál es la razón principal por la que ya no usaría ningún método?

- Deseo de embarazo..... 01
- Sin vida sexual..... 02
- Miedo a efectos colaterales..... 03
- La pareja se opone..... 04
- Razones religiosas..... 05
- Edad avanzada..... 06
- Razones económicas..... 07
- Otra, Cuál? _____ (Especifique) 08
- No sabe..... 88
- No responde..... 99

SECCIÓN IV . PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

435	**¿Cuál fue el primer método que usted usó?** *(ADMITE UNA SOLA RESPUESTA)*	Esterilización masculina o vasectomía … 01 Esterilización femenina o ligadura…….. 02 Implante (Implanon,Jadelle) …… 03 Inyección anticonceptiva…….…… 04 Pastillas anticonceptivas …… 05 Diu/ Espiral/ T de Cobre…….. 06 Pastillas de emergencia …… 07 Condón…… 08 Métodos vaginales…… 09 Retiro …… 10 Ritmo, calendario ……..…….. 11 Billings (moco cervical) …….. 12 Mela (Lactancia Materna)…….. 13 Otro, Cuál? _____ (Especifique) 14 No sabe …… 88 No responde …… 99
436	**¿Qué edad tenía cuando comenzó a usar ese primer método?**	Edad en años …….. ☐☐
437	**Cuándo usted comenzó a usar el primer método, ¿Cuántos hijos e hijas nacidos vivos tenía?**	No. de hijos/hijas nacidos vivos ……. ☐☐ **(SI NO TENÍA ANOTE 00)**
438	**¿Quién tomó la decisión de usar ese primer método:**	Ambos (usted y su pareja)? ……..…… 1 Sólo usted? ……..…… 2 Sólo su pareja? ……..…… 3 Otra persona, Cuál? _____ 4

SECCIÓN V . PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

500 **ENCUESTADOR/A: Vea la Preg. 402 en la línea 2 si está o no esterilizada.**

¿Está esterilizada?

Sí está esterilizada ..... 1 → PASE a PREG. .505

No esta esterilizada 2

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el futuro

501 ***Encuestador/a vea Preg. 200***

NO EMBARAZADA O INSEGURA
¿Quisiera tener un (otro) hijo/hija o Preferiría no tener (más) hijos/hijas?

EMBARAZADA

¿Después del hijo/hija que está esperando, quisiera tener otro hijo/hija o preferiría no tener mas hijos/hijas?

Quiere hijo/hija 01
No quiere más hijos/as 02
Menopáusica 03
No por razones médicas 04
Indecisa 05
Otro, Cuál? _____ 06
Especifique

PASE a PREG. .505

502 ***Encuestador/a vea Preg. 200***

NO EMBARAZADA O INSEGURA

¿Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de un (otro) hijo/hija?

EMBARAZADA

¿Cuánto tiempo quisiera esperar después del hijo que esta esperando, antes de tener otro hijo?

Meses ..... 01 ⌊__⌋
Años ..... 02 ⌊__⌋
Pronto/Ahora 994
Menopáusica (estéril) 995
Otro, Cuál? _____ 996
Especifique
No sabe 888
No responde 999

PASE a PREG. 505

503 **Encuestador/a vea Preg. 200 y Preg. 216c**
Verifique si está embarazada y/o tiene hijo(s) vivo(s) y registre la alternativa que corresponda

Sí 1
No ..... 2 → PASE a PREG. .505

504 ***Encuestador/a vea Preg. 200***

NO EMBARAZADA O INSEGURA

De quedar embarazada otra vez,¿Qué edad (cuántos años) le gustaría que tuviera en ese momento su hijo/hija menor?

EMBARAZADA

¿Qué edad (cuántos años) le gustaría que tuviera el hijo/hija que está esperando, cuando nazca su próximo hijo/hija?

Años..... ⌊__⌋

No sabe 88

505 ***Encuestador/a vea Preg. 216c***

TIENE HIJO(S) VIVO(S)
Si pudiera volver a la época en que todavía no tenia hijos/hijas y pudiera elegir exactamente el número de hijos/hijas que tendría en todo su vida,¿Cuántos serían?

NO TIENE HIJO(S) VIVO(S)
Si pudiera elegir exactamente el número de hijos/hijas que tendría en toda su vida ¿Cuántos serían?

ANOTE NÚMERO U OTRA RESPUESTA

Número ..... ⌊__⌋

SI RESPONDE NINGUNO REGISTRE "00"

SECCIÓN V . PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

506	**ENCUESTADOR/A: Vea la Preg. 500 Si la mujer está esterilizada.**	Sí ..... 1→ PASE a PREG. 600 No 2
507	**ENCUESTADOR/A: Vea la Preg. 501 y copie la respuesta**	Quiere hijo/hija ..... 01→ PASE a PREG. 600 No quiere más hijos/as ..... 02 Menopaúsica ..... 03 No por razones médicas ..... 04 Indecisa ..... 05 Otro, Cuál? _____ 06 Especifique No Sabe ..... 88 PASE a PREG. .600
508	**¿Cuál es la razón principal por la que no desea tener más hijos(as)?**	Problemas económicos ..... 01 Por razones de salud ..... 02 Ya tiene suficientes hijos/as ..... 03 Se siente vieja ..... 04 Su trabajo no se lo permite ..... 05 No puede atender a los hijos ..... 06 Otro, Cuál? _____ 07 Especifique No sabe ..... 88 No responde 99
509	**¿Estaría usted interesada en esterilizarse para no tener más hijos(as)?**	Sí ..... 1 No ..... 2→ PASE a PREG. .511
510	**¿Cuál es la razón principal por la cual no ha ido a operarse?**	Miedo a la operación ..... 01 Miedo a efectos colaterales ..... 02 Intención de realizarse en el postparto 03 Costo muy elevado ..... 04 Rechazo del médico ..... 05 Razones religiosas ..... 06 No le gusta ..... 07 Cerca de la menopausia ..... 08 Prefiera métodos reversibles ..... 09 Compañero se opone ..... 10 Sin vida sexual ..... 11 Es todavía muy joven ..... 12 Nunca pensó en ello ..... 13 Necesita mayor información sobre este método ..... 14 Tiene miedo de arrepentirse después ..... 15 Otra, Cuál? _____ 16 *Especifique* No sabe ..... 88 No responde ..... 99 PASE a PREG. .600

SECCIÓN V . PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

511	**¿Por qué razón principal no estaría usted interesada en esterilizarse?**	Miedo a la operación ……..…….. 01 Miedo a efectos colaterales ..…..…… 02 Intención de realizarse en el postparto... 03 Costo muy elevado ..…..…… 04 Rechazo del médico……. 05 Razones religiosas …….. 06 No le gusta ……...…… 07 Cerca de la menopausia ..…… 08 Prefiera métodos reversibles …….. 09 Compañero se opone ……...…… 10 Sin vida sexual ……....…..…… 11 Es todavía muy joven ……..... 12 Nunca pensó en ello ..…..…… 13 Necesita mayor información sobre este método ……..…. 14 Tiene miedo de arrepentirse después ..…... 15 Otra, Cuál? _____ 16 *Especifique* No sabe ……. 88 No responde ……..…… 99

SECCIÓN VI . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES DE 12 A 49 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

600	**VEA LA EDAD EN PREG. 101 SECCIÓN I Y MARQUE LO CORRESPONDIENTE**	Tiene de 12 a 14 años ..... 1 Tiene de 15 a 24 ..... 2 Tiene de 25 a 49 años ..... 3 → PASE a PREG. .637

ENCUESTADOR/A, Realice la pregunta 602 para cada tema que tenga marcado el CÓDIGO "1" en pregunta 601.

ENCUESTADOR/A (LÉALE UNO A UNO) TEMA	601: ¿Recibió o ha recibido información sobre: SÍ	NO	NS	NR	602: ¿De quién o dónde recibió la mayor información sobre (TEMA)? (SI MENCIONA MÁS DE UNO PREGUNTE DÓNDE RECIBIÓ MÁS) FAMILIAR	ESCUELA COLEGIO	INTERNET	OTRAS PERSONAS	OTRAS INSTITUCIONES
a. El desarrollo del cuerpo en la pubertad (cambios físicos del cuerpo)?	01	02	88	99	1	2	3	4	5
b. El aparato reproductor femenino/masculino?	01	02	88	99	1	2	3	4	5
c. La menstruación o regla?	01	02	88	99	1	2	3	4	5
d. Las relaciones sexuales?	01	02	88	99	1	2	3	4	5
e. El embarazo y el parto?	01	02	88	99	1	2	3	4	5
f. Los métodos anticonceptivos?	01	02	88	99	1	2	3	4	5
g.Las infecciones de transmisión sexual o el VIH/SIDA?	01	02	88	99	1	2	3	4	5
h. Píldora de emergencia (del día después)?	01	02	88	99	1	2	3	4	5

603	**¿Ha tenido relaciones sexuales?**	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 646 No desea contestar 3
604	**¿En qué mes y año tuvo su primera relación sexual? (coito)**	Mes ..... ⌊_⌊_⌋ Año..... ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ No recuerda ..... 777777 No desea contestar ..... 333333 No responde 999999
605	**¿Cuántos años cumplidos tenía en ese momento?**	Años ..... ⌊_⌊_⌋ No recuerda ..... 777 No desea contestar ..... 333 → PASE a PREG. 646 No responde 999

SECCIÓN VI . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES DE 12 A 49 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

606 ¿Su primera relación sexual ocurrió porque:

- Lo decidieron juntos?..... 01
- Usted le convenció?..... 02
- Le convenció su pareja?..... 03
- Le obligó su pareja?..... 04
- Simplemente pasó?..... 05
- Otro, Cuál? _____ (Especifique) 06
- No sabe..... 88
- No responde..... 99

607 ¿Qué edad tenía la persona con quién tuvo la primera relación sexual? (coito)

- Años ..... |__|__|
- No sabe 88
- No responde 99

608 ¿Cuál era su relación con esa persona en ese momento?

- Cónyuge/Conviviente 01
- Novio 02
- Amigo 03
- Familiar 04
- Desconocido ..... 05 → PASE a PREG. 610
- Por violación ..... 06 → PASE a PREG. 614
- Otro, Cuál? _____ (*Especifique*) 07
- No sabe 88
- No responde 99

609 ¿Cuánto tiempo de relación tenía con la persona con la que tuvo su primera relación sexual?

Si es menos de 1 día registre "00"

- Días ..... |__|__|
- Meses ..... |__|__|
- Años ..... |__|__|
- No recuerda 7777

610 ¿Usó usted o él algún método anticonceptivo durante esa primera relación sexual?

- Sí 1
- No ..... 2 → PASE a PREG. 613

611 ¿Qué método utilizó en esa primera ocasión?

- Pastillas anticonceptivas 01
- Condón 02
- Inyección anticonceptiva 03
- Métodos vaginales 04
- Ritmo, calendario 05
- Billings (moco cervical)..... 06
- Píldora de emergencia (del día después)..... 07
- Retiro 08
- Otro, cuál? _____ (*Especifique*) 09
- No sabe..... 88
- No responde 99

SECCIÓN VI . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES DE 12 A 49 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

612	**¿Quién decidió usar el método en la primera relación sexual?**	Usted ..... 1 Su pareja ..... 2 Los dos ..... 3 PASE a PREG. .614
613	**¿Cuál fue la razón principal por la que no usaron algún método anticonceptivo en esa primera relación?**	No esperaba tener relaciones en ese momento..... 01 No conocía ningún método..... 02 Creían que los anticonceptivos eran malos para la salud..... 03 La religión no se lo permitía..... 04 Quería embarazarse..... 05 Conocía anticonceptivos, pero no sabía donde obtenerlos..... 06 El compañero se opuso..... 07 Quería usarlo, pero no lo pudo conseguir en ese momento..... 08 Coito no es satisfactorio con el uso de anticonceptivos..... 09 Otra, Cuál? _____ (Especifique) 10 No sabe..... 11 No responde..... 12
614	**ENCUESTADOR/A: OBSERVE LAS PREGUNTAS 200 Y 205, SECCIÓN II HISTORIA DE NACIMIENTOS Y EMBARAZOS**	Sí ha estado embarazada ..... 1 No ha estado embarazada ..... 2 → PASE a PREG. .639
615	**¿Qué edad tenía cuando supo que estaba embarazada por primera vez?**	Años .....
616	**Cuando se embarazó ¿Pensaba que podía salir embarazada?**	Sí ..... 1 → PASE a PREG. .618 No 2
617	**¿Por qué no?**	Era la primera vez ..... 1 No tenía relaciones frecuentes ..... 2 Usó anticonceptivos .... 3 Creía que no estaba en su período fértil ..... 4 Creía que todavía no tenía la edad ..... 5 Su pareja le dijo que no quedaría embarazada 6 Otro, Cuál? _____ (*Especifique*) 7

SECCIÓN VI . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES DE 12 A 49 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

618	**En la época en la que quedó embarazada:**	¿Quería tener ese hijo/a? ..... 1 ¿Quería esperar más tiempo? ..... 2 ¿No quería más hijos/as? 3
619	**¿Qué edad tenía entonces la persona que la embarazó por primera vez?**	Años ..... ☐☐ No sabe 88
620	**¿Qué era para usted esa persona en ese momento?**	Cónyuge/Conviviente ..... 01→ PASE a PREG. .624 Novio ..... 02 Amigo ..... 03 Familiar ..... 04 Desconocido ..... 05 Padrastro ..... 06 Otra, Cuál? _____ 07 *Especifique* No responde 99
621	**¿Con quién vivía usted cuando se dio cuenta del primer embarazo?**	Padres..... 01 Parientes..... 02 Amigos(as)..... 03 Sola..... 04 Otra, Cuál?_____ 05 Especifique No responde..... 99
622	**¿Cuál fue la reacción de su familia cuando supieron de su primer embarazo?**	Querían casamiento/le obligaron a casarse..... 01 Aceptaron embarazo en forma normal..... 02 Familia iba a criar al niño/a..... 03 La corrieron (botaron) de la casa..... 04 Le dijeron que no lo tuviera..... 05 No lo supieron..... 06 Indiferencia..... 07 Otro, Cuál?_____ 08 Especifique No responde..... 99

SECCIÓN VI . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES DE 12 A 49 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

623 ¿Cuál fue la reacción de la persona que la embarazó cuando supo que usted estaba embarazada?

- No supo..... 01
- Contento..... 02
- Enojado..... 03
- Preocupado..... 04
- Le dijo que lo tuviera sola..... 05
- Indiferencia..... 06
- Se casaría/Uniría..... 07
- Fue violada..... 08
- Le dijo que no lo tuviera..... 09
- Otro, Cuál? _____ (Especifique) 10
- No responde..... 99

624 En su primer embarazo,¿Tuvo un hijo nacido vivo, fue un embarazo que perdió antes de que tuviera los 5 meses (aborto), o fue un hijo que nació muerto después de que tuviera los 5 meses (mortinato)?

- Nacido vivo..... 1
- Pérdida(aborto)..... 2
- Nacido muerto(mortinato)..... 3
- Aún embarazada..... 4 → PASE a PREG. .632

625 ¿Con quién vivía después de que terminó ese embarazo?

- Cónyuge/Conviviente..... 01
- Padres..... 02
- Parientes..... 03
- Amigos(as)..... 04
- Sola..... 05
- Otra, Cuál? _____ (Especifique) 06
- No responde..... 99

626 ¿Era estudiante cuando supo que estaba embarazada?

- Sí 1
- No 2
- Nunca estudió 3

→ PASE a PREG. .632

627 ¿Qué nivel de instrucción y grado, curso o año estaba cursando ?

	NIVEL	GRADO/CURSO/AÑO
Ninguno	0	
Centro de Alfabetización .	1	☐☐
Primario	2	☐☐
Secundario	3	☐☐
Educación Básica	4	☐☐
Bachillerato – Educación Media	5	☐☐
Ciclo Post bachillerato	6	☐☐
Superior	7	☐☐
Postgrado	8	☐☐

SECCIÓN VI . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES DE 12 A 49 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

628	**¿Interrumpió sus estudios?**	Sí ..... 1 No 2
629	**Encuestador/a vea en Preg. 624 si ya terminó su primer embarazo**	Ya terminó ..... 1 Aún embarazada ..... 2 → PASE a PREG. .632
630	**¿Siguió asistiendo a clases después de que terminó este embarazo?**	Sí ..... 1 → PASE a PREG. .632 No 2
631	**¿Por qué no siguió asistiendo?**	No tenía con quien dejar al niño/niña..... 1 Ya no le quedaba tiempo..... 2 El niño/a era muy enfermo..... 3 Oposición del cónyuge/conviviente..... 4 Acoso sexual..... 5 No la admitieron/fue expulsada..... 6 Problemas de salud de ella..... 7 Tenía que trabajar..... 8 Cambio de residencia..... 9 Otra, Cuál?_____ 10 Especifique
632	**Al momento que supo que estaba embarazada,¿Trabajaba en algo por lo cual recibía dinero u otra forma de pago?**	Sí ..... 1 No ..... 2→ PASE a PREG. .639
633	**¿Siguió trabajando después de que se le notaba el embarazo?**	Sí ..... 1 No 2
634	**Encuestador/a vea en Preg. 629 si ya terminó su primer embarazo**	Ya terminó ..... 1 Aún embarazada ..... 2→ PASE a PREG. .639
635	**¿Volvió a trabajar después de que terminó el embarazo?**	Sí ..... 1 → PASE a PREG. .639 No 2

SECCIÓN VI . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES DE 12 A 49 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

636	**¿Por qué no volvió a trabajar?**	No tenía con quien dejar al niño/niña..... 1 Ya no le quedaba tiempo..... 2 El niño/a era muy enfermo..... 3 Oposición del cónyuge/conviviente..... 4 Acoso sexual..... 5 Fue despedida..... 6 Problemas de salud de ella..... 7 Era empleo temporal..... 8 No encuentra/no encontró trabajo..... 9 Cambio de residencia..... 10 Otro, Cuál? _____ (Especifique) 11 → PASE a PREG. .639

A partir de la pregunta 637 se investigará también a las mujeres de 25 a 49 años de edad

637	**¿En qué mes y año tuvo su primera relación sexual (coito)?**	MES ☐☐ AÑO ☐☐☐☐ Nunca ha tenido ..... 22222 → PASE a PREG. .646 No desea contestar ..... 33333 No recuerda ..... 77777 No responde 99999
638	**¿Cuántos años cumplidos tenia en ese momento?**	AÑOS CUMPLIDOS ☐☐ No recuerda ..... 77 No responde 99
639	**¿Hace cuánto tiempo tuvo su última relación sexual (coito)?**	Días ..... ☐☐ Semanas ..... ☐☐ Meses ..... ☐☐ Años ..... ☐☐ Antes del último parto/Embarazo ..... 55 No recuerda ..... 77 No responde 99
640	**Encuestador/a vea en Preg. 639 hace cuánto tiempo tuvo la última relación sexual:**	Hace menos de un año ..... 01 Hace un año o más ..... 02 No recuerda ..... 77 No responde ..... 99 → PASE a PREG. .646
641	**¿Usó el condón en su última relación sexual?**	Sí ..... 1 → PASE a PREG. .645 No 2

SECCIÓN VI . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES DE 12 A 49 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

642 **¿Por qué no lo usó?**

REGISTRE LA PRINCIPAL

- No sabe dónde obtenerlo..... 1
- Difícil de obtener..... 2
- Es caro/Costo..... 3
- Tiene una sola pareja..... 4
- Usa(usaba) otro método..... 5
- Disminuye el placer/incómodo..... 6
- No es seguro..... 7
- Es para usarlo fuera del matrimonio..... 8
- Su pareja es fiel..... 9
- A su pareja no le gusta..... 10
- No tenía en ese momento..... 11
- Nunca lo ha usado..... 12
- Otro, Cuál?_____ 13
  Especifique

643 **Si su pareja le pidiera que lo usen,¿Usted estaría dispuesta a usar el condón?**

- No tiene pareja ..... 01→ PASE a PREG. .646
- Sí 02
- No 03
- No sabe 88

644 **Y si usted fuera quién pidiera a su pareja que usaran el condón,¿Cómo cree que reaccionaría él?**

- Se molestaría..... 01
- Aceptaría..... 02
- No aceptaría..... 03
- Otro, Cuál?_____ 04
  Especifique
- No sabe..... 88

PASE a PREG. .646

645

El condón lo usó para … (Lea las alternativas)	SÍ	NO	NO SABE	NO RESPONDE
1. ¿Evitar el embarazo?	01	02	88	99
2.¿ Evitar el VIH/SIDA?	01	02	88	99
3. ¿Evitar otras infecciones de transmisión sexual?	01	02	88	99
4. ¿Por otra razón?_____ Especifique	01			

646 **¿Qué edad tenía cuando le llegó la menstruación (regla) por primera vez?**

- Edad ..... ___
- No ha menstruado todavía ..... 97 → PASE a PREG. .650

647 **Cuándo eso sucedió, ¿usted sabía lo que es la menstruación o regla?**

- Sí 01
- No 02
- No responde 99

SECCIÓN VI . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES DE 12 A 49 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

648	**¿Quién fue la primera persona que le explicó sobre la menstruación o regla?**	Padre y madre..... 01 Padre..... 02 Madre..... 03 Hermano..... 04 Hermana..... 05 Otro pariente..... 06 Amigo..... 07 Amiga..... 08 Profesor(a)..... 09 Nunca le explicaron..... 10 Otra, Cuál? _____ (Especifique) 11 No recuerda..... 77
649	**¿Hace cuánto tiempo tuvo su última menstruación o regla?** **Si esta menstruando registre en días "00"**	Días ..... __ Semanas ..... __ Meses ..... __ Años ..... __ Antes del último (actual) Embarazo ..... 111 Ya no menstrua ..... 222 Nunca ha menstruado 333
650	**¿Cuál sería la edad adecuada para iniciar las relaciones sexuales:**	EDAD NS NR Hombres? ..... __ 88 99 Mujeres? ..... __ 88 99
651	**¿Está de acuerdo con las relaciones sexuales antes del matrimonio (premaritales)?**	Sí ..... 1 No 2
652	**Según su opinión,¿Quién debe tomar la iniciativa de usar algún método anticonceptivo?**	El hombre..... 01 La mujer..... 02 Los dos juntos..... 03 Cualquiera de los dos..... 04 Depende de las circunstancias..... 05 Ninguno de los dos..... 06 No sabe..... 88
653	**En su opinión, ¿Una mujer puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales?**	Sí ..... 01 No ..... 02 No sabe ..... 88 No responde 99

SECCIÓN VII . NUPCIALIDAD

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

700 ¿Actualmente usted está:

¿Casada? ..... 1 → PASE a PREG. 702
¿Unida? ..... 2 → PASE a PREG. 702
¿Separada? ..... 3 → PASE a PREG. .711
¿Divorciada? ..... 4 → PASE a PREG. .711
¿Viuda? ..... 5 → PASE a PREG. .711
¿Soltera?. 6

701 ¿Ha estado usted casada o unida alguna vez?

Sí ..... 1→ PASE a PREG. .711
No ..... 2→ PASE a PREG. .800

702 ¿Cuántos años cumplidos tiene su cónyuge/conviviente?

Años cumplidos ..... |__|__|
No sabe 88
No responde 99

703 ¿Cuál es el nivel de instrucción y grado, curso o año más alto de estudios que aprobó su cónyuge/conviviente?

	NIVEL	GRADO/CURSO/AÑO
Ninguno	0	
Centro de Alfabetización.	1	
Primario	2	
Secundario	3	
Educación Básica	4	
Bachillerato – Educación Media	5	
Ciclo Post bachillerato ...	6	
Superior	7	
Postgrado	8	

704 ¿Cuál es la profesión u oficio que tiene su cónyuge/ conviviente?

_____
_____
USO INEC

705 Actualmente, ¿Trabaja su cónyuge/conviviente en algo por lo cual reciba dinero u otra forma de pago?

Sí 1
No ..... 2→ PASE a PREG. .707

706 ¿Qué es lo que su cónyuge/ conviviente hace en donde trabaja? (Ocupación Principal)

_____
_____
USO INEC

SECCIÓN VII . NUPCIALIDAD

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

707	**Su cónyuge/conviviente:**	¿Vive con usted ahora? ……. 1 ¿Vive en otro sitio?. ..…….. 2
708	**Usted ¿ha estado en unión o casada solo una vez o más de una vez?**	Una vez ……. 1 Más de una vez ……. 2
709	**¿Cuál es la fecha en que se casó o unió por última vez?**	DÍA ⌊_⌋⌊_⌋ MES ⌊_⌋⌊_⌋ AÑO ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ No recuerda …….. 7777
710	**¿Qué edad tenía usted la primera vez que se casó o unió?**	Edad en años ……..⌊_⌋⌊_⌋ No recuerda …….. 77 PASE a PREG. 800
711	**Usted ¿ha estado en unión o casada solo una vez o más de una vez?**	Una vez ……. 1 Más de una vez ……... 2
712	**¿Cuál es la fecha en que se casó o unió por última vez?**	DÍA ⌊_⌋⌊_⌋ MES ⌊_⌋⌊_⌋ AÑO ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ No recuerda …….. 7777
713	**¿Qué edad tenía usted la primera vez que se casó o unió?**	Edad en años ……. ⌊_⌋⌊_⌋ No recuerda ……... 77
714	**¿Qué tiempo tiene de (Estado Civil)?** **Encuestador/a vea en la Preg. 700**	Años ……..……. ⌊_⌋⌊_⌋ (Si es menos de 1 año anote 00)

SECCIÓN VIII. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS/VIH/SIDA)

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

800	**¿Ha oído hablar de las infecciones de transmisión sexual?**	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. .802

ENCUESTADOR/A:
- En la columna de la Pregunta 801 encierre con un círculo el código 1 para cada infección que mencione ESPONTÁNEAMENTE la entrevistada.
- Para cada una de las infecciones que no mencione, haga la pregunta 802. si la entrevistada responde afirmativamente encierre con un círculo el código 1; caso contrario el código 2.

INFECCIÓN	PREG. 801 ¿De cuáles infecciones de transmisión sexual ha oído hablar?	PREG. 802 ¿Ha oído hablar de ..... (NOMBRE DE LA INFECCIÓN)	
	ESPONTÁNEO	DIRIGIDO	
		SÍ	NO
a. Sifilis (chancro)?	1	1	2
b. Gonorrea (purgaciòn)?	1	1	2
c. VIH / SIDA?	1	1	2
d. Herpes genital?	1	1	2
e. Condilomas (verrugas, coliflor)?	1	1	2
f. Leucorrea (flujos)?	1	1	2
g. Chlamydia?	1	1	2
h. Hepatitis B?	1	1	2
i. Virus de Papiloma humano?	1	1	2
j. Tricomoniasis?	1	1	2
k. Candidiasis?	1	1	2
l. Otra, Cuál? _____ ESPECIFIQUE	1		

803	**Encuestador/a vea en preguntas 801c y 802c si ha oído hablar del VIH/SIDA**	Conoce espontáneo ..... 1 Conoce dirigido ..... 2 No conoce ..... 3 → PASE a PREG. 900
804	**¿Piensa que una persona pueda estar infectada con el virus del SIDA y no presentar síntomas (señales) de la enfermedad?**	Sí ..... 01 No ..... 02 No sabe..... 88

SECCIÓN VIII. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS/VIH/SIDA)

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

805 ¿Existe curación para el SIDA?

- Sí 01
- No 02
- No sabe 88

806 ¿Cree que usted tiene algún riesgo o peligro de infectarse del VIH/ SIDA?

- Sí 01
- No ..... 02 → PASE a PREG. .808
- No sabe ..... 88 → PASE a PREG. .809

807 ¿Cuál es la razón principal por la que piensa que tiene algún riesgo?

- Su pareja tiene más parejas..... 01
- Su pareja pasa mucho tiempo fuera..... 02
- No sabe cómo protegerse..... 03
- Su pareja rechaza el condón..... 04
- Ya ha tenido ITS..... 05
- Por ser trabajadora sexual..... 06
- No usa condón en todas sus relaciones..... 07
- No sabe con quién se junta su pareja..... 08
- Su pareja tiene vicios (alcohol/droga)..... 09
- Otra, Cuál?_____ 10
  Especifique
- No sabe..... 88
- No responde..... 99

PASE a PREG. .809

808 ¿Cuál es la razón principal por la que piensa que no tiene riesgo?

- No tiene sexo con desconocidos..... 01
- Usa el condón..... 02
- Usa otro método anticonceptivo..... 03
- Tiene una sola pareja sexual..... 04
- Conoce bien a su pareja..... 05
- No tiene pareja sexual..... 06
- No tiene relaciones sexuales..... 07
- No es trabajadora sexual..... 08
- No usa droga..... 09
- No le han hecho transfusiones..... 10
- Otra, Cuál?_____ 11
  Especifique
- No sabe..... 88
- No responde..... 99

SECCIÓN VIII. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS/VIH/SIDA)

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

ENCUESTADOR/A:
- En la columna de la Pregunta 809 circule el código 1 para cada prevención que mencione ESPONTÁNEAMENTE la entrevistada.
- Para cada una de las formas de prevención que no mencione espontáneamente, aplique la pregunta 810. si la entrevistada responde afirmativamente circule el código 1; caso contrario circule el código 2.

PREVENCIÓN	PREG. 809 ¿Cuáles formas conoce usted para que un hombre o una mujer pueda prevenir infectarse del VIH/ SIDA?	PREG. 810 ¿Es posible evitar infectarse del VIH/SIDA al …?	
	ESPONTÁNEO	DIRIGIDO	
		SÍ	NO
a. No tener relaciones sexuales/ abstinencia	1	1	2
b. Tener una sola pareja/fidelidad mutua	1	1	2
c. Usar condones en todas las relaciones sexuales	1	1	2
d. No utilizar jeringas usadas por infectados	1	1	2
e. No realizarse transfusiones sanguíneas inseguras	1	1	2
f. No tener sexo oral	1	1	2
g. No tener relaciones por el ano	1	1	2
h. No tener relaciones sexuales con desconocidos	1	1	2
i. No tener relaciones con hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres	1	1	2
j. No tener relaciones con hombres mujeriegos	1	1	2
k. Otra, Cúal? _____ ESPECIFIQUE	1		

811	¿Piensa usted que una persona puede infectarse del VIH/SIDA al …..	SÍ	NO	NO SABE	NO RESPONDE
	a. Darle la mano a alguien que tiene SIDA?	01	02	88	99
	b. Besar en la frente a alguien que tiene SIDA?	01	02	88	99
	c. Ser picado por un mosquito o zancudo?	01	02	88	99
	d. Usar cucharas, tenedores, platos o vasos usados por alguien que tiene SIDA?	01	02	88	99
	e. Trabajar con una persona que tiene SIDA?	01	02	88	99

812	¿Ha oído hablar de la prueba o examen del VIH/SIDA?	Sí …… 1 No …… 2 → PASE a PREG. .824

SECCIÓN VIII. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS/VIH/SIDA)

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

813	**¿Sabe dónde hacen esa prueba o examen?**	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. .822
814	**¿Le han hecho alguna vez la prueba o examen del VIH/ SIDA?**	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. .821
815	**¿Hace cuánto tiempo fue que se la hizo la última vez?**	Días ..... ☐☐ Semanas ..... ☐☐ Meses ..... ☐☐ Años ..... ☐☐ No recuerda 777
816	**¿Dónde se la hizo?**	Hospital MSP..... 01 Centro de Salud MSP..... 02 Subcentro de Salud MSP..... 03 Puesto de Salud MSP..... 04 Hospital/Clínica IESS..... 05 Hospital FFAA/Policía..... 06 Hospital/Clínica Privada..... 07 Junta de Beneficencia*..... 08 Cruz Roja..... 09 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 10 Fundación/ONG**..... 11 Laboratorio privado..... 12 Otro, Cuál? _____ 13 Especifique
817	**Ese examen se lo hizo:**	¿Por su propia voluntad? ..... 1 ¿Tenía que presentar el resultado? ..... 2 Otra, Cuál? _____ 3 Especifique
818	**Antes de hacerle la prueba o el examen, ¿Le explicaron de qué se trataba y sobre los posibles resultados?**	Sí ..... 1 No 2

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR, HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN VIII. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS/VIH/SIDA)

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

819	**¿Recibió los resultados de la prueba o examen del VIH/ SIDA?**	Sí ..... 1 No ..... 2→ PASE a PREG. .822
820	**Antes de darle los resultados, ¿Conversaron con usted sobre las formas de transmisión y de prevención del VIH/SIDA?**	Sí ..... 1 No ..... 2 PASE a PREG. .824
821	**¿Cuál es la razón principal por la que nunca se ha hecho la prueba o examen del VIH/SIDA?**	No ha considerado necesario..... 01 Temor a la falta de confidencialidad..... 02 Oposición de la pareja..... 03 Oposición de otros familiares..... 04 Temor al resultado..... 05 No ha tenido tiempo..... 06 Razones religiosas..... 07 Dicen que el personal de salud regaña..... 08 Dicen que no dan el resultado..... 09 Por falta de dinero/muy caro..... 10 Nunca se le ha indicado o recomendado..... 11 Otra, Cuál?_____ 12 Especifique No sabe..... 88 No responde..... 99
822	**Si le ofrecieran hacer el examen del VIH/SIDA de manera gratuita, ¿Estaría dispuesta a hacérselo?**	Sí ..... 1→ PASE a PREG. .824 No 2
823	**¿Cuál es la razón principal por la que no se haría la prueba o examen del VIH/SIDA?**	No lo necesita..... 01 Temor a la falta de confidencialidad..... 02 Oposición de la pareja..... 03 Oposición de otros familiares..... 04 Temor al resultado..... 05 No tiene tiempo..... 06 Razones religiosas..... 07 Dicen que el personal de salud regaña..... 08 Dicen que no dan el resultado..... 09 Otra, Cuál?_____ 10 Especifique No sabe..... 88 No responde..... 99

SECCIÓN VIII. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS/VIH/SIDA)

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

824	Pensando en lo que pudiera suceder en (NOMBRE DE LA LOCALIDAD, CIUDAD, BARRIO)	SÍ	NO	NO SABE	NO RESPONDE
a.	Si un pariente suyo se enfermará de SIDA, ¿Estaría usted dispuesta a recibirlo y cuidarlo en su casa?	01	02	88	99
b.	Si usted supiera que un vendedor de frutas o alimentos tiene SIDA, ¿Le compraría usted a él?	01	02	88	99
c.	Si una profesora se encuentra infectada por el VIH, pero no se ve enferma, ¿Se le podría permitir que siga dando clases?	01	02	88	99
d.	Si una persona de su familia se infectará por el virus del SIDA, ¿Preferiría usted que eso se mantuviera en secreto?	01	02	88	99
e.	Si un niño esta infectado por el virus del SIDA, ¿Piensa que se le debe dejar que vaya a la misma escuela o colegio donde van los niños y niñas de su familia?	01	02	88	99

SECCIÓN IX. MORTALIDAD MATERNA

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

900 **¿Cuántas de las hijas que tuvo su mamá, están vivas actualmente sin incluirse (contarse) usted?**

Hermanas	01	
No tiene hermanas	02 →	PASE a SIG. FORMULARIO
Ninguna	00	PASE a Preg. 902
No sabe	88	
No responde	99	

901 **¿Podría decirme sus nombres y los años que han cumplido sus hermanas de su misma mamá, comenzando por la de mayor edad?**

No.	NOMBRES	AÑOS CUMPLIDOS	NS	NR
1.	_____		88	99
2.	_____		88	99
3.	_____		88	99
4.	_____		88	99
5.	_____		88	99
6.	_____		88	99
7.	_____		88	99
8.	_____		88	99

902 **Desde el 2002 hasta la fecha (hace 10 años),¿Cuántas hermanas suyas que eran de su misma mamá, han fallecido (muerto)?**

Hermanas	01	
Ninguna	00	PASE a SIG. FORMULARIO
No sabe	88	
No responde	99	

903 **¿Podría decirme el (los) nombre(s) de la(s) hermana(s) que murió(eron), comenzando por la última que murió?**
ENCUESTADOR/A: Si murió más de una hermana, anote los nombres comenzando con la que falleció más recientemente

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
ANOTE NOMBRE (S)	_____	_____	_____	_____	_____
904. ¿Hace cuántos años falleció (...)?	Años..... ☐☐ < 1 año 00	Años..... ☐☐ < 1 año 00	Años..... ☐☐ < 1 año 00	Años..... ☐☐ < 1 año 00	Años..... ☐☐ < 1 año 00
905. ¿Cuántos años cumplidos tenía (...) cuándo falleció?	Años ..... ☐☐ SI LA EDAD ESTA ENTRE: 11 a 54 años → Continúe con sig. Preg. Otra edad → Pase a Sig. Persona	Años ..... ☐☐ SI LA EDAD ESTA ENTRE: 11 a 54 años → Continúe con sig. Preg. Otra edad → Pase a Sig. Persona	Años ..... ☐☐ SI LA EDAD ESTA ENTRE: 11 a 54 años → Continúe con sig. Preg. Otra edad → Pase a Sig. Persona	Años ..... ☐☐ SI LA EDAD ESTA ENTRE: 11 a 54 años → Continúe con sig. Preg. Otra edad → Pase a Sig. Persona	Años ..... ☐☐ SI LA EDAD ESTA ENTRE: 11 a 54 años → Continúe con sig. Preg. Otra edad → Pase a Sig. Sección

SECCIÓN IX. MORTALIDAD MATERNA

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

ANOTE NOMBRE (S)	1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____
906. Cuándo murió (...), ¿Estaba (LÉALE UNA A UNA HASTA ENCONTRAR UNA RESPUESTA AFIRMATIVA) En un hospital o clìnica pùblica? 1 En un hospital o clìnica privada ? 2 En su casa o donde la partera? 3 En el camino buscando atención? 4 En otro lugar? 5	Hospital/ clínica pública … 01 Hospital / clínica privada .. 02 Casa/Partera ... 03 En el camino ... 04 Otro _____ 05 Especifique No sabe …….. 88 No responde .. 99	Hospital/ clínica pública … 01 Hospital / clínica privada .. 02 Casa/Partera ... 03 En el camino ... 04 Otro _____ 05 Especifique No sabe …….. 88 No responde .. 99	Hospital/ clínica pública … 01 Hospital / clínica privada .. 02 Casa/Partera ... 03 En el camino ... 04 Otro _____ 05 Especifique No sabe …….. 88 No responde .. 99	Hospital/ clínica pública … 01 Hospital / clínica privada .. 02 Casa/Partera ... 03 En el camino ... 04 Otro _____ 05 Especifique No sabe …….. 88 No responde .. 99	Hospital/ clínica pública … 01 Hospital / clínica privada .. 02 Casa/Partera ... 03 En el camino ... 04 Otro _____ 05 Especifique No sabe …….. 88 No responde .. 99
907. ¿Murió (...), (LÉALE UNA A UNA HASTA ENCONTRAR UNA RESPUESTA AFIRMATIVA) ¿Cuándo estaba embarazada? **1** ¿Durante un parto? 2 ¿Durante un aborto? **3** ¿Dentro de las 6 semanas después de terminado un embarazo? 4 ¿Después de un aborto? 5 ¿En otro momento? 6	Embarazo …….. 01 Parto …….. 02 Aborto …….. 03 Posparto …….. 04 Posaborto …… 05 Otro _____ 06 Especifique No sabe …….. 88 No responde .. 99	Embarazo …….. 01 Parto …….. 02 Aborto …….. 03 Posparto …….. 04 Posaborto …… 05 Otro _____ 06 Especifique No sabe …….. 88 No responde .. 99	Embarazo …….. 01 Parto …….. 02 Aborto …….. 03 Posparto …….. 04 Posaborto …… 05 Otro _____ 06 Especifique No sabe …….. 88 No responde .. 99	Embarazo …….. 01 Parto …….. 02 Aborto …….. 03 Posparto …….. 04 Posaborto …… 05 Otro _____ 06 Especifique No sabe …….. 88 No responde .. 99	Embarazo …….. 01 Parto …….. 02 Aborto …….. 03 Posparto …….. 04 Posaborto …… 05 Otro _____ 06 Especifique No sabe …….. 88 No responde .. 99
908. ¿Cuántos hijos e hijas tuvo (...) en toda su vida?	Hijos/as .. ☐☐ Pase siguiente persona	Hijos/as .. ☐☐ Pase siguiente persona	Hijos/as .. ☐☐ Pase siguiente persona	Hijos/as .. ☐☐ Pase siguiente persona	Hijos/as .. ☐☐ Pase siguiente formulario

Ministerio de Salud Pública

INEC
instituto nacional de estadística y censos

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN "ENSANUT"

CONFIDENCIALIDAD:

LOS DATOS PROPORCIONADOS POR EL INFORMANTE SON ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES Y SERÁN UTILIZADOS ÚNICAMENTE CON FINES ESTADÍSTICOS DE ACUERDO AL ARTÍCULO 21 DE LA LEY DE ESTADÍSTICA

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 AÑOS A MENORES DE 5 AÑOS

4

1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

1. Regional: 1. Norte; 2. Litoral; 3. Centro; 4. Sur	6. Zona:
2. Área: 1. URBANA 2. RURAL	7. Sector:
3. Provincia:	8.No. de vivienda según muestra:
4.Cantón:	9. No. de hogar
5.Cabecera cantonal o parroquial:	

INFORMANTE: LA MADRE O CUIDADORA PRINCIPAL

2. DATOS DE LA INFORMANTE

	COD. PER. FORM. DEL HOGAR	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
Informante					

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

ENCUESTADOR/A, VEA PREGUNTA 216, SECCIÓN II-FORMULARIO MEF Y REGISTRE EN PREGUNTAS 1, 2 y 3 EL NÚMERO DE LÍNEA, NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE JUNIO DE 2007, AUNQUE NO ESTÉN VIVOS ACTUALMENTE

SECCIÓN I :IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO(A)

REALICE LAS PREGUNTAS EN FORMA VERTICAL POR CADA HIJO

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR	4 CUARTO ANTERIOR	5 QUINTO ANTERIOR
1. Número de línea del niño/niña	___	___	___	___	___
2. Nombre	_____	_____	_____	_____	_____
3. ¿Está vivo (…)?	Sí ..... 1 No 2	Sí ..... 1 No 2	Sí ..... 1 No 2	Sí ..... 1 No 2	Sí ..... 1 No 2
4. En la época en la que quedo embarazada de (…), ¿quería Usted:	Tener ese hijo? 1 → PASE a PREG. 6 Quería esperar mas tiempo? 2 No quería más hijos? 3 No quería tener hijos? 4 → PASE a PREG. 6	Tener ese hijo? 1 Quería esperar mas tiempo? 2 No quería más hijos? 3 No quería tener hijos? 4 → PASE a PREG. 6	Tener ese hijo? 1 Quería esperar mas tiempo? 2 No quería más hijos? 3 No quería tener hijos? 4 → PASE a PREG. 6	Tener ese hijo? 1 Quería esperar mas tiempo? 2 No quería más hijos? 3 No quería tener hijos? 4 → PASE a PREG. 6	Tener ese hijo? 1 Quería esperar mas tiempo? 2 No quería más hijos? 3 No quería tener hijos? 4 → PASE a PREG. 6
5. ¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?	Meses ..... ___ Años ..... ___ No sabe 88				
6. ¿Quería su pareja:	Tener ese hijo?..... 1 Quería esperar mas tiempo?..... 2 No quería más hijos?..... 3 No quería tener hijos?..... 4	Tener ese hijo?..... 1 Quería esperar mas tiempo?..... 2 No quería más hijos?..... 3 No quería tener hijos?..... 4	Tener ese hijo?..... 1 Quería esperar mas tiempo?..... 2 No quería más hijos?..... 3 No quería tener hijos?..... 4	Tener ese hijo?..... 1 Quería esperar mas tiempo?..... 2 No quería más hijos?..... 3 No quería tener hijos?..... 4	Tener ese hijo?..... 1 Quería esperar mas tiempo?..... 2 No quería más hijos?..... 3 No quería tener hijos?..... 4

SECCIÓN II :CONTROL PRENATAL

1. ¿Tuvo algún control prenatal cuando estaba embarazada de (...)?	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 5	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 5	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 5	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 5	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 5

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR	4 CUARTO ANTERIOR	5 QUINTO ANTERIOR
2. ¿Dónde se hizo el control con mayor frecuencia? Hospital/Maternidad MSP ..... 01 Centros de Salud/Similares MSP ... 02 Hospital/Clínica/Dispensario del IESS 03 Seguro Social Campesino ..... 04 Hospital FF.AA/Policía..... 05 Junta de Beneficencia *..... 06 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 07 Fundación/ ONG**..... 08 Clínica/Consultorio privado ..... 09 Partera ..... 10 Otro, Cuál?..... 11 No sabe..... 88 No recuerda 77	Código ___ Especifique Solo código 11	Código ___ Especifique Solo código 11	Código ___ Especifique Solo código 11	Código ___ Especifique Solo código 11	Código ___ Especifique Solo código 11
3. ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control?	Meses	Meses	Meses	Meses	Meses .....
4. En total, ¿cuántos controles tuvo antes del parto?	No. de controles	No. de controles	No. de controles	No. de controles	No. de controles
5. Durante este embarazo, ¿Le vacunaron a usted contra el tétanos (para proteger al niño/a de convulsiones después de nacer)?	Sí..... 01 No ..... 02 No Responde..... 99	Sí..... 01 No ..... 02 No Responde..... 99	Sí..... 01 No ..... 02 No Responde..... 99	Sí..... 01 No ..... 02 No Responde..... 99	Sí..... 01 No ..... 02 No Responde..... 99

* Maternidad Enrique Sotomayor. Hospital Luis Vernaza, Hospital Roberto Gilbert Elizalde **APROFE, CEMOPLAF

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

SECCIÓN III: ATENCIÓN DEL PARTO

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR	4 CUARTO ANTERIOR	5 QUINTO ANTERIOR
1. ¿En qué lugar tuvo el parto de (...)? Hospital/Maternidad MSP ..... 01 Centros de Salud/Similares MSP ..... 02 Hospital/Clínica/Dispensario del IESS . 03 Seguro Social Campesino ..... 04 Hospital FF.AA/ Policía..... 05 Junta de Beneficencia*..... 06 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 07 Fundación/ ONG**..... 08 Clínica/Consultorio privado ..... 09 En casa con partera ..... 10 En casa con familiar ..... 11 Parto sola ..... 12 Otro, Cuál?..... 13 No sabe..... 88 No recuerda 77	Código Especifique Solo código 13 Si son códigos: 10 11 12 13 88 77 PASE a PREG. .1 SECCIÓN IV	Código Especifique Solo código 13 Si son códigos: 10 11 12 13 88 77 PASE a PREG. .1 SECCIÓN IV	Código Especifique Solo código 13 Si son códigos: 10 11 12 13 88 77 PASE a PREG. .1 SECCIÓN IV	Código Especifique Solo código 13 Si son códigos: 10 11 12 13 88 77 PASE a PREG. .1 SECCIÓN IV	Código Especifique Solo código 13 Si son códigos: 10 11 12 13 88 77 PASE a PREG. .1 SECCIÓN IV
2. ¿Qué persona ó profesional le atendió?	Médico ..... 01 Obstetriz ..... 02 Enfermera ..... 03 *Aux. Enfermería* ..... *04* *Otro Cuál?*_____ *05* *No sabe* *88*	Médico ..... 01 Obstetriz ..... 02 Enfermera ..... 03 *Aux. Enfermería* ..... *04* *Otro Cuál?*_____ *05* *No sabe* *88*	Médico ..... 01 Obstetriz ..... 02 Enfermera ..... 03 *Aux. Enfermería* ..... *04* *Otro Cuál?*_____ *05* *No sabe* *88*	Médico ..... 01 Obstetriz ..... 02 Enfermera ..... 03 *Aux. Enfermería* ..... *04* *Otro Cuál?*_____ *05* *No sabe* *88*	Médico ..... 01 Obstetriz ..... 02 Enfermera ..... 03 *Aux. Enfermería* ..... *04* *Otro Cuál?*_____ *05* *No sabe* *88*
3. El parto de (...) fue:	¿Normal (vaginal)?..... 1 ¿Cesárea?..... 2	¿Normal (vaginal)?..... 1 ¿Cesárea?..... 2	¿Normal (vaginal)?..... 1 ¿Cesárea?..... 2	¿Normal (vaginal)?..... 1 ¿Cesárea?..... 2	¿Normal (vaginal)?..... 1 ¿Cesárea?..... 2

* Maternidad Enrique Sotomayor. Hospital Luis Vernaza, Hospital Roberto Gilbert Elizalde **APROFE, CEMOPLAF

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

SECCIÓN IV: ATENCIÓN AL RECIEN NACIDO

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR	4 CUARTO ANTERIOR	5 QUINTO ANTERIOR
1. ¿El nacimiento de (...), ¿fue a los 9 meses o antes de tiempo (prematuro ,sietemesino o posmaduro)?	A tiempo ..... 01 → PASE a PREG. 3 Prematuro ..... 02 Posmaduro ..... 03 *No sabe* ..... *88* → PASE a PREG.3	A tiempo ..... 01 → PASE a PREG. 3 Prematuro ..... 02 Posmaduro ..... 03 *No sabe* ..... *88* → PASE a PREG.3	A tiempo ..... 01 → PASE a PREG. 3 Prematuro ..... 02 Posmaduro ..... 03 *No sabe* ..... *88* → PASE a PREG.3	A tiempo ..... 01 → PASE a PREG. 3 Prematuro ..... 02 Posmaduro ..... 03 *No sabe* ..... *88* → PASE a PREG.3	A tiempo ..... 01 → PASE a PREG. 3 Prematuro ..... 02 Posmaduro ..... 03 *No sabe* ..... *88* → PASE a PREG. 3
2. ¿Cuántas semanas antes ó después de lo esperado nació (...)	Semanas ..... __ No recuerda 77	Semanas ..... __ No recuerda 77	Semanas ..... __ No recuerda 77	Semanas ..... __ No recuerda 77	Semanas ..... __ No recuerda 77
3. ¿Le pesaron a (...) en el momento de nacer o en los primeros 7 días?	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 6	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 6	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 6	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 6	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 6
Encuestador/a: solicite el carné o tarjeta de nacido vivo y transcriba el dato					
4. ¿Cuánto pesó (...)?	1 Libras Onzas 2 Kilos Gramos → PASE a PREG. 6 No sabe 88	1 Libras Onzas 2 Kilos Gramos → PASE a PREG. 6 No sabe 88	1 Libras Onzas 2 Kilos Gramos → PASE a PREG. 6 No sabe 88	1 Libras Onzas 2 Kilos Gramos → PASE a PREG. 6 No sabe 88	1 Libras Onzas 2 Kilos Gramos → PASE a PREG. 6 No sabe 88
5. ¿(...) Pesó menos de 5.5 Libras ó 2.5 Kilogramos?	Sí ..... 01 No ..... 02 No sabe 88	Sí ..... 01 No ..... 02 No sabe 88	Sí ..... 01 No ..... 02 No sabe 88	Sí ..... 01 No ..... 02 No sabe 88	Sí ..... 01 No ..... 02 No sabe 88
6. En comparación con otros niños recién nacidos, ¿Cómo considera que era el tamaño de (...) cuando nació?	Muy pequeño ..... 01 Pequeño ..... 02 Igual ..... 03 Más grande ..... 04 No sabe 88	Muy pequeño ..... 01 Pequeño ..... 02 Igual ..... 03 Más grande ..... 04 No sabe 88	Muy pequeño ..... 01 Pequeño ..... 02 Igual ..... 03 Más grande ..... 04 No sabe 88	Muy pequeño ..... 01 Pequeño ..... 02 Igual ..... 03 Más grande ..... 04 No sabe 88	Muy pequeño ..... 01 Pequeño ..... 02 Igual ..... 03 Más grande ..... 04 No sabe 88

SECCIÓN V: CONTROL POST PARTO

1. ¿Tuvo usted algún control después del parto de (...)?	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 1 SECCIÓN VI	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 1 SECCIÓN VI	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 1 SECCIÓN VI	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 1 SECCIÓN VI	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 1 SECCIÓN VI

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR	4 CUARTO ANTERIOR	5 QUINTO ANTERIOR
2. ¿Cuánto tiempo después del parto de (...) tuvo su primer control post parto?	Días ..... 1 __ Semanas ..... 2 __ Meses ..... 3 __	Días ..... 1 __ Semanas ..... 2 __ Meses ..... 3 __	Días ..... 1 __ Semanas ..... 2 __ Meses ..... 3 __	Días ..... 1 __ Semanas ..... 2 __ Meses ..... 3 __	Días ..... 1 __ Semanas ..... 2 __ Meses ..... 3 __
3. ¿Dónde tuvo el control de post parto? Hospital/Maternidad MSP ..... 01 Centros de Salud/Similares MSP ... 02 Hospital/Clínica/Dispensario del IESS 03 Seguro Social Campesino ..... 04 Hospital FF.AA/Policía..... 05 Junta de Beneficencia *..... 06 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 07 Fundación/ ONG**..... 08 Clínica/Consultorio privado ..... 09 Partera ..... 10 Otro, Cuál?..... 11 No sabe..... 88 No recuerda 77	__ Código _____ Especifique Solo código 11	__ Código _____ Especifique Solo código 11	__ Código _____ Especifique Solo código 11	__ Código _____ Especifique Solo código 11	__ Código _____ Especifique Solo código 11
4. ¿A los cuántos meses después del nacimiento de (...) le volvió su regla ?	Meses ..... __ En el mismo mes..... 22 No le ha vuelto aún 23	Meses ..... __ En el mismo mes..... 22 No le vuelto aún 23	Meses ..... __ En el mismo mes..... 22 No le vuelto aún 23	Meses ..... __ En el mismo mes..... 22 No le vuelto aún 23	Meses ..... __ En el mismo mes..... 22 No le vuelto aún 23
5. ¿A los cuántos meses después del nacimiento de (...) volvió a tener relaciones sexuales ?	Meses ..... __ En el mismo mes..... 62 No ha vuelto a tener 63	Meses ..... __ En el mismo mes..... 62 No ha vuelto a tener..... 63	Meses ..... __ En el mismo mes..... 62 No ha vuelto a tener..... 63	Meses ..... __ En el mismo mes..... 62 No ha vuelto a tener..... 63	Meses ..... __ En el mismo mes..... 62 No ha vuelto a tener..... 63
SECCIÓN VI: CONTROL DEL NIÑO (A)					
1. Después de que nació (…), ¿fue inscrito en el Registro Civil?	Sí ..... 01 No ..... 02 No sabe 88	Sí ..... 01 No ..... 02 No sabe 88	Sí ..... 01 No ..... 02 No sabe 88	Sí ..... 01 No ..... 02 No sabe 88	Sí ..... 01 No ..... 02 No sabe 88

* Maternidad Enrique Sotomayor. Hospital Luis Vernaza, Hospital Roberto Gilbert Elizalde **APROFE, CEMOPLAF

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR	4 CUARTO ANTERIOR	5 QUINTO ANTERIOR
2. ¿Está vivo (…)?	Sí ..... 1 → PASE a PREG. 4 No 2	Sí ..... 1 → PASE a PREG. 4 No 2	Sí ..... 1 → PASE a PREG. 4 No 2	Sí ..... 1 → PASE a PREG. 4 No 2	Sí ..... 1 → PASE a PREG. 4 No 2
3. ¿Fue inscrito el fallecimiento de (...) en el Registro Civil?	Sí ..... 1 No 2	Sí ..... 1 No 2	Sí ..... 1 No 2	Sí ..... 1 No 2	Sí ..... 1 No 2
4. Después de que nació (...), ¿le llevó para control medico?	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 8	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 8	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 8	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 8	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 8
5. ¿A que tiempo después de nacido (…), le llevo al control médico por primera vez?	Días ..... 01 ___ Semanas ..... 02 ___ Meses ..... 03 ___ No recuerda 77	Días ..... 01 ___ Semanas ..... 02 ___ Meses ..... 03 ___ No recuerda 77	Días ..... 01 ___ Semanas ..... 02 ___ Meses ..... 03 ___ No recuerda 77	Días ..... 01 ___ Semanas ..... 02 ___ Meses ..... 03 ___ No recuerda 77	Días ..... 01 ___ Semanas ..... 02 ___ Meses ..... 03 ___ No recuerda 77
6. ¿Porqué o para qué le llevo (…):	¿Estaba enfermo? ..... 01 ¿Para control niño sano? .... 02 No sabe ..... 88 No responde 99	¿Estaba enfermo? ..... 01 ¿Para control niño sano? .... 02 No sabe ..... 88 No responde 99	¿Estaba enfermo? ..... 01 ¿Para control niño sano? .... 02 No sabe ..... 88 No responde 99	¿Estaba enfermo? ..... 01 ¿Para control niño sano? .... 02 No sabe ..... 88 No responde 99	¿Estaba enfermo? ..... 01 ¿Para control niño sano? .... 02 No sabe ..... 88 No responde 99
7. ¿A qué establecimiento o proveedor de salud llevo a (…)? Hospital/Maternidad MSP ..... 01 Centros de Salud/Similares MSP … 02 Hospital/Clínica/Dispensario del IESS 03 Seguro Social Campesino ..... 04 Hospital FF.AA/ Policía..... 05 Junta de Beneficencia *..... 06 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 07 Fundación/ ONG**..... 08 Clínica/Consultorio privado ..... 09 Partera ..... 10 Otro, Cuál?..... 11 No sabe..... 88 No recuerda 77	Código ___ _____ Especifique Solo código 11	Código ___ _____ Especifique Solo código 11	Código ___ _____ Especifique Solo código 11	Código ___ _____ Especifique Solo código 11	Código ___ _____ Especifique Solo código 11

* Maternidad Enrique Sotomayor. Hospital Luis Vernaza, Hospital Roberto Gilbert Elizalde **APROFE, CEMOPLAF

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR	4 CUARTO ANTERIOR	0 QUINTO ANTERIOR
8. ¿Hasta que edad le dió el seno (leche materna) a(…)?	Días……01 ☐☐ Meses……02 ☐☐ Años……03 ☐☐ No recuerda……77	Días……01 ☐☐ Meses……02 ☐☐ Años……03 ☐☐ No recuerda……77	Días……01 ☐☐ Meses……02 ☐☐ Años……03 ☐☐ No recuerda……77	Días……01 ☐☐ Meses……02 ☐☐ Años……03 ☐☐ No recuerda……77	Días……01 ☐☐ Meses……02 ☐☐ Años……03 ☐☐ No recuerda……77
9. ENCUESTADOR/A VEA Preg. 2 ¿Está vivo (…)?	Sí…… 1 No…… 2 → Fin de la encuesta	Sí…… 1 No…… 2 → Fin de la encuesta	Sí…… 1 No…… 2 → Fin de la encuesta	Sí…… 1 No…… 2 → Fin de la encuesta	Sí…… 1 No…… 2 → Fin de la encuesta
10. ¿Vive (…) con usted actualmente?	Sí…… 1 No…… 2 → Fin de la encuesta	Sí…… 1 No…… 2 → Fin de la encuesta	Sí…… 1 No…… 2 → Fin de la encuesta	Sí…… 1 No…… 2 → Fin de la encuesta	Sí…… 1 No…… 2 → Fin de la encuesta
SECCIÓN VII: ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)					
1. ¿Ha tenido diarrea (…) en las ultimas dos semanas (incluyendo este día)?	Sí…… 01 No…… 02 No sabe…… 88 → PASE a PREG. 1 DE LA SECCIÓN VIII	Sí…… 01 No…… 02 No sabe…… 88 → PASE a PREG. 1 DE LA SECCIÓN VIII	Sí…… 01 No…… 02 No sabe…… 88 → PASE a PREG. 1 DE LA SECCIÓN VIII	Sí…… 01 No…… 02 No sabe…… 88 → PASE a PREG. 1 DE LA SECCIÓN VIII	Sí…… 01 No…… 02 No sabe…… 88 → PASE a PREG. 1 DE LA SECCIÓN VIII
2. ¿Cuántos días le dura/ó la diarrea?	Días …… ☐☐ **Menos de un dìa = 00**	Días …… ☐☐ **Menos de un dìa = 00**	Días …… ☐☐ **Menos de un dìa = 00**	Días …… ☐☐ **Menos de un dìa = 00**	Días …… ☐☐ **Menos de un dìa = 00**
3. ¿Todavía tiene diarrea?	Sí…… 1 No…… 2	Sí…… 1 No…… 2	Sí…… 1 No…… 2	Sí…… 1 No…… 2	Sí…… 1 No…… 2
4. Mientras tuvo la diarrea, el día que más hizo, ¿Cuántas veces fueron?	N° de veces…… ☐☐ No sabe …… 88 No responde …… 99	N° de veces…… ☐☐ No sabe …… 88 No responde …… 99	N° de veces…… ☐☐ No sabe …… 88 No responde …… 99	N° de veces…… ☐☐ No sabe …… 88 No responde …… 99	N° de veces…… ☐☐ No sabe …… 88 No responde …… 99

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR	4 CUARTO ANTERIOR	5 QUINTO ANTERIOR
5. ¿La diarrea tenía sangre?	Sí..... 1 No..... 2	Sí..... 1 No..... 2	Sí..... 1 No..... 2	Sí..... 1 No..... 2	Sí..... 1 No..... 2
6. En los días que tuvo diarrea (...): **(LEA UNA A UNA LAS ALTERNATIVAS)**	**SÍ NO N/S N/R**	**SÍ NO N/S N/R**	**SÍ NO N/S N/R**	**SÍ NO N/S N/R**	**SÍ NO N/S N/R**
A. ¿Pasaba con mucho sueño o no respondía al hablar?	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99
B. ¿Bebía agua u otros líquidos con mucha sed?	01 PASE a **E** 02 88 99	01 PASE a **E** 02 88 99	01 PASE a **E** 02 88 99	01 PASE a **E** 02 88 99	01 PASE a **E** 02 88 99
C. ¿Estuvo desganado para mamar, beber agua y otros líquidos?	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99
D. ¿Le ofrecía líquidos de beber y no bebía nada?	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99
E. ¿Tenía los ojos hundidos?	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99
7. ¿Hizo algo para aliviarle?	Sí..... 1 No..... 2→ PASE a PREG. 12	Sí..... 1 No..... 2→ PASE a PREG. 12	Sí..... 1 No..... 2→ PASE a PREG. 12	Sí..... 1 No..... 2→ PASE a PREG. 12	Sí..... 1 No..... 2→ PASE a PREG. 12

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR	4 CUARTO ANTERIOR	5 QUINTO ANTERIOR
8. Para el tratamiento de la diarrea de (…), Le dio: (LEA UNA A UNA LAS ALTERNATIVAS)	SÍ NO N/S N/R	SÍ NO N/S N/R	SÍ NO N/S N/R	SÍ NO N/S N/R	SÍ NO N/S N/R
A. ¿Purgantes?	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99
B. ¿Medicinas de plantas?	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99
C. ¿Suero casero?	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99
D. ¿Otros remedios caseros?	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99
E. ¿Sales de rehidratación o suero oral?	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99
F. ¿Le pusieron suero en las venas?	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99
G. ¿Antibióticos?	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99
H. ¿Antidiarreicos?	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99
I. ¿Le hospitalizaron?	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99	01 02 88 99
J. ¿Recibió otros tratamientos, cuál?	01 02 88 99 ↳ Especifique	01 02 88 99 ↳ Especifique	01 02 88 99 ↳ Especifique	01 02 88 99 ↳ Especifique	01 02 88 99 ↳ Especifique
G. Antibióticos: Ampicilina, eritromicina, tetraciclina, amoxicilina, trimetropin-sulfa, cefalosporina, etc **H. Antidiarreicos: Kaopectate, Caolinpectina, imodium, etc** **otros: 6-copin, enterogermina, floratil, sal-andrews, etc**					
9. ¿Consultó con alguien o en algún lugar por esta enfermedad (diarrea) de (…)?	Sí..... 1 No..... 2→ PASE a PREG. 11	Sí..... 1 No..... 2→ PASE a PREG. 11	Sí..... 1 No..... 2→ PASE a PREG. 11	Sí..... 1 No..... 2→ PASE a PREG. 11	Sí..... 1 No..... 2→ PASE a PREG. 11

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR	4 CUARTO ANTERIOR	5 QUINTO ANTERIOR
10. ¿Dónde o a quién consulto primero? Hospital/Maternidad/MSP …… 01 Centros de Salud/Similares MSP … 02 Hospital/Clínica/Dispensario del IESS 03 Seguro Social Campesino …… 04 Hospital FF.AA / Policía…… 05 Junta de Beneficencia *…… 06 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud…… 07 Fundación/ ONG**…… 08 Clínica/Consultorio privado …… 09 Curandero…… 10 Farmacia/Botica…… 11 Otro, Cuál?..... 12	Código Especifique Solo código 12	Código Especifique Solo código 12	Código Especifique Solo código 12	Código Especifique Solo código 12	Código Especifique Solo código 12
11.ENCUESTADOR/A VEA la preg.8 y verifique si una de las alternativas de respuesta fue código 1. Si es así pase a la preg 13	Sí……..1 → PASE a PREG. 13 No…… 2	Sí……..1 → PASE a PREG. 13 No…… 2	Sí……..1 → PASE a PREG. 13 No…… 2	Sí……..1 → PASE a PREG. 13 No…… 2	Sí……..1 → PASE a PREG. 13 No…… 2
12. ¿Por qué no hizo nada para aliviarle? No lo considero necesario….. 01 Demasiado lejos…… 02 Servicios malos…… 03 Por descuido…… 04 Falta de dinero…… 05 Demasiado ocupada…… 06 Falta de transporte…… 07 Nadie podía cuidar a los hijos 08 Marido/parientes no le permitieron…… 09 Otro, Cuál?..... 10 *Especifique* No sabe…… 88 No responde…… 99 PASE a PREG. 14	Código Especifique Solo código 10	Código Especifique Solo código 10	Código Especifique Solo código 10	Código Especifique Solo código 10	Código Especifique Solo código 10

* Maternidad Enrique Sotomayor. Hospital Luis Vernaza, Hospital Roberto Gilbert Elizalde **APROFE, CEMOPLAF

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR	4 CUARTO ANTERIOR	5 QUINTO ANTERIOR
13. ¿Le atendió (vio) un médico una enfermera o una auxiliar de enfermería?	Sí ..... 1 No 2	Sí ..... 1 No 2	Sí ..... 1 No 2	Sí ..... 1 No 2	Sí ..... 1 No 2
14. Durante la diarrea, ¿le dió de tomar:	Más líquidos? ..... 01 Menos líquidos? ..... 02 La misma cantidad de líquidos que le da normalmente? ..... 03 No sabe? ..... 88 No responde? 99	Más líquidos? ..... 01 Menos líquidos? ..... 02 La misma cantidad de líquidos que le da normalmente? ..... 03 No sabe? ..... 88 No responde? 99	Más líquidos? ..... 01 Menos líquidos? ..... 02 La misma cantidad de líquidos que le da normalmente? ..... 03 No sabe? ..... 88 No responde? 99	Más líquidos? ..... 01 Menos líquidos? ..... 02 La misma cantidad de líquidos que le da normalmente? ..... 03 No sabe? ..... 88 No responde? 99	Más líquidos? ..... 01 Menos líquidos? ..... 02 La misma cantidad de líquidos que le da normalmente? ..... 03 No sabe? ..... 88 No responde? 99
15. Durante la diarrea, ¿Cambió el tipo de dieta?	Sí ..... 01 No ..... 02 No sabe 88	Sí ..... 01 No ..... 02 No sabe 88	Sí ..... 01 No ..... 02 No sabe 88	Sí ..... 01 No ..... 02 No sabe 88	Sí ..... 01 No ..... 02 No sabe 88
16. Durante la diarrea, ¿la cantidad de comida (alimentos sólidos) que normalmente le da:	La Aumentó? ..... 01 La Disminuyó? ..... 02 La Mantuvo igual? ..... 03 Todavía no come? ..... 04 No sabe 88	La Aumentó? ..... 01 La Disminuyó? ..... 02 La Mantuvo igual? ..... 03 Todavía no come? ..... 04 No sabe 88	La Aumentó? ..... 01 La Disminuyó? ..... 02 La Mantuvo igual? ..... 03 Todavía no come? ..... 04 No sabe 88	La Aumentó? ..... 01 La Disminuyó? ..... 02 La Mantuvo igual? ..... 03 Todavía no come? ..... 04 No sabe 88	La Aumentó? ..... 01 La Disminuyó? ..... 02 La Mantuvo igual? ..... 03 Todavía no come? ..... 04 No sabe 88
SECCIÓN VIII: INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA)					
1. En las últimas dos semanas, ¿ha tenido (...) tos, moquera, dificultad para respirar, dolor de garganta y/o gripe (incluyendo este día)?	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 1 SECCIÓN IX	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 1 SECCIÓN IX	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 1 SECCIÓN IX	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 1 SECCIÓN IX	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 1 SECCIÓN IX
2. ¿Cuántos días estuvo enfermo?	N° de días ..... ☐☐ Menos de un día /comenzó hoy =00 → PASE a PREG. 6 Mas de un mes = 66 No sabe = 88	N° de días ..... ☐☐ Menos de un día /comenzó hoy =00 → PASE a PREG. 6 Mas de un mes = 66 No sabe = 88	N° de días ..... ☐☐ Menos de un día /comenzó hoy =00 → PASE a PREG. 6 Mas de un mes = 66 No sabe = 88	N° de días ..... ☐☐ Menos de un día /comenzó hoy =00 → PASE a PREG. 6 Mas de un mes = 66 No sabe 88	N° de días ..... ☐☐ Menos de un día /comenzó hoy =00 → PASE a PREG. 6 Mas de un mes = 66 No sabe 88
3. ¿Todavía tiene esta enfermedad?	Sí ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO				2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO				3 TERCERO ANTERIOR				4 CUARTO ANTERIOR				5 QUINTO ANTERIOR			
4. (…): (LEA UNA A UNA LAS ALTERNATIVAS)	**SÍ**	**NO**	**N/S**	**N/R**	**SÍ**	**NO**	**N/S**	**N/R**	**SÍ**	**NO**	**N/S**	**N/R**	**SÍ**	**NO**	**N/S**	**N/R**	**SÍ**	**NO**	**N/S**	**N/R**
A. ¿Estaba desganado para mamar, beber agua u otros líquidos?	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
B. ¿Pasaba con mucho sueño o no respondía al hablarle?	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
C. ¿Le dieron ataques?	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
D. ¿Vomitaba todo?	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
E. ¿Se le hundía el pecho?	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
F. ¿Hacía ruido al respirar?	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
G. ¿Estuvo cansado/a (respiración rápida)?	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
H. ¿Le silbaba o le roncaba el pecho?	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
5. Durante esta enfermedad: (LEA UNA A UNA LAS ALTERNATIVAS)	**SÍ**	**NO**	**N/S**	**N/R**	**SÍ**	**NO**	**N/S**	**N/R**	**SÍ**	**NO**	**N/S**	**N/R**	**SÍ**	**NO**	**N/S**	**N/R**	**SÍ**	**NO**	**N/S**	**N/R**
A ¿Le puso gotas de agua tibia (de manzanilla u otras) en la nariz?	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
B. ¿Le dio algún remedio para calmar la tos? (jarabe, agua con miel, eucalipto o té de manzanilla)	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
C. ¿Le dio algún descongestionante?	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
D. ¿Le dio antibióticos?	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
E. ¿Le dio alguna medicina para bajar la fiebre?	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
F. ¿Le hospitalizaron?	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99	01	02	88	99
G. ¿Le dio algo más, Qué? (especifique)	01 ↳	02	88	99	01 ↳	02	88	99	01 ↳	02	88	99	01 ↳	02	88	99	01 ↳	02	88	99

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR	4 CUARTO ANTERIOR	5 QUINTO ANTERIOR
6. ¿Consultó con alguien o en algún lugar por esta enfermedad (tos, moquera, dificultad para respirar, dolor de garganta y/o gripe)?	Sí..... 1 No..... 2→ PASE a PREG. 9	Sí..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 9	Sí..... 1 No..... 2→ PASE a PREG.9	Sí..... 1 No..... 2→ PASE a PREG. 9	Sí..... 1 No..... 2→ PASE a PREG. 9
7. ¿Dónde o a quien consultó primero? Hospital/Maternidad/MSP …… 01 Centros de Salud/Similares MSP … 02 Hospital/Clínica/Dispensario del IESS 03 Seguro Social Campesino ……. 04 Hospital FF.AA/ Policía……... 05 Junta de Beneficencia *…… 06 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud…… 07 Fundación/ ONG**…….. 08 Clínica/Consultorio privado …….. 09 Curandero…….…… 10 Farmacia/Botica…… 11 Otro, Cuál?..... 12	Código Especifique Solo código 12	Código Especifique Solo código 12	Código Especifique Solo código 12	Código Especifique Solo código 12	Código Especifique Solo código 12
8. ENCUESTADOR/A VEA en PREG. 5 sección VIII Si marcó al menos un código "1"	Marcó código "01"....1 → PASE a PREG. 1 SECCIÓN IX Marcó solo código "02", "88" ó "99"..... 2	Marcó código "01"....1 → PASE a PREG. 1 SECCIÓN IX Marcó solo código "02", "88" ó "99"..... 2	Marcó código "01"....1 → PASE a PREG. 1 SECCIÓN IX Marcó solo código "02", "88" ó "99"..... 2	Marcó código "01"....1 → PASE a PREG. 1 SECCIÓN IX Marcó solo código "02", "88" ó "99"..... 2	Marcó código "01"....1 → PASE a PREG. 1 SECCIÓN IX Marcó solo código "02", "88" ó "99"..... 2

* Maternidad Enrique Sotomayor. Hospital Luis Vernaza, Hospital Roberto Gilbert Elizalde **APROFE, CEMOPLAF

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR	4 CUARTO ANTERIOR	5 QUINTO ANTERIOR
9. ¿Por qué no le dio, consultó o no hizo nada para curarlo/a? No lo consideró necesario / no era grave…….. 01 No tenía remedio/s para darle… 02 No tuvo tiempo / demasiado ocupada..... 03 Mala atención..... 04 Servicios malos ..... 05 Por descuido..... 06 Falta de dinero..... 07 Por la distancia / falta de transporte ..... 08 Nadie podía cuidar los niños.. 09 Otro, ¿cuál?..... 10 No sabe ..... 88 No responde…… 99	Código Especifique Solo código 10	Código Especifique Solo código 10	Código Especifique Solo código 10	Código Especifique Solo código 10	Código Especifique Solo código 10

SECCIÓN IX: USO DE CARNÉ

1. ¿Tiene usted el "Carné de Salud Infantil" de (...)?	Sí……..1 No……2 Si le entregaron pero se ha perdido 3 PASE a SECCIÓN X	Sí……. 1 No…….. 2 Si le entregaron pero se ha perdido 3 PASE a SECCIÓN X	Sí ……1 No ……2 Si le entregaron pero se ha perdido 3 PASE a SECCIÓN X	Sí……1 No……..2 Si le entregaron pero se ha perdido 3 PASE a SECCIÓN X	Sí……1 No……..2 Si le entregaron pero se ha perdido 3 PASE a SECCIÓN X
2.ENCUESTADOR/A OBSERVE LA INFORMACIÓN DEL CARNÉ Y REGISTRE:	**SÍ…..1 NO…..2 →** Siguiente ítem.	**SÍ…..1 NO…..2 →** Siguiente ítem.	**SÍ…..1 NO…..2 →** Siguiente ítem.	**SÍ…..1 NO…..2 →** Siguiente ítem.	**SÍ…..1 NO…..2 →** Siguiente ítem.
PESO AL NACER	COD. → GRAMOS	COD. → GRAMOS	COD. → GRAMOS	COD. → GRAMOS	COD. → GRAMOS
TALLA AL NACER	COD. → cm	COD. → cm	COD. → cm	COD. → cm	COD. → cm
PERÍMETRO CEFÁLICO AL NACER	COD. → cm	COD. → cm	COD. → cm	COD. → cm	COD. → cm
3. ENCUESTADOR/A OBSERVE SI EL CARNÉ REGISTRA PUNTOS EN LA CURVA DE CRECIMIENTO	**SÍ…..1 NO…..2 →** Siguiente sección COD. → CUÁNTOS	**SÍ…..1 NO…..2 →** Siguiente sección COD. → CUÁNTOS	**SÍ…..1 NO…..2** Siguiente sección COD. →	**SÍ…..1 NO…..2 →** Siguiente sección COD. → CUÁNTOS	**SÍ…..1 NO…..2 →** Siguiente sección COD. → CUÁNTOS

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

SECCIÓN X: INMUNIZACIONES

ENCUESTADOR/A:
TRASLADE CON ESPECIAL CUIDADO LA INFORMACIÓN DEL CARNÉ, ANOTADA PARA CADA DOSIS: DÍA, MES, AÑO.

1. PARA CADA VACUNA O DOSIS QUE NO TENGA ANOTADA FECHA DE APLICACIÓN EN EL CARNÉ O CUANDO LA MADRE NO TENGA O NO MUESTRE EL CARNÉ, PREGUNTE: *¿LE HAN PUESTO LA (NOMBRE DE LA VACUNA / DOSIS) A (NOMBRE)?*. SI NO HAY CARNÉ DE VACUNACIÓN, COMPLETE LOS DATOS CONSULTANDO A LA MADRE, MARCANDO LOS CÓDIGOS RESPECTIVOS BAJO EL TÍTULO SEGÚN MADRE.

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO							2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO							3 TERCERO ANTERIOR							4 CUARTO ANTERIOR							5 QUINTO ANTERIOR						
	SEGÚN CARNÉ ¿TIENE DOSIS?					SEGÚN MADRE ¿TIENE DOSIS?			SEGÚN CARNÉ ¿TIENE DOSIS?					SEGÚN MADRE ¿TIENE DOSIS?			SEGÚN CARNÉ ¿TIENE DOSIS?					SEGÚN MADRE ¿TIENE DOSIS?			SEGÚN CARNÉ ¿TIENE DOSIS?					SEGÚN MADRE ¿TIENE DOSIS?			SEGÚN CARNÉ ¿TIENE DOSIS?					SEGÚN MADRE ¿TIENE DOSIS?		
NOMBRE DE LA VACUNA	SÍ	NO	día	mes	año	SÍ	NO	N/S	SÍ	NO	día	mes	año	SÍ	NO	N/S	SÍ	NO	día	mes	año	SÍ	NO	N/S	SÍ	NO	día	mes	año	SÍ	NO	N/S	SÍ	NO	día	mes	año	SÍ	NO	N/S
BCG	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88
HEPATITIS "B"	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88
PENTAVALENTE -1	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88
PENTAVALENTE - 2	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88
PENTAVALENTE - 3	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88
ROTAVIRUS - 1	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88
ROTAVIRUS - 2	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88
ANTI POLIOMIELÍTICA ORAL (OPV) - 1	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88
ANTI POLIOMIELÍTICA ORAL (OPV) - 2	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88
ANTI POLIOMIELÍTICA ORAL (OPV) - 3	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88
NEUMOCOCO CONJUGADA - 1	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88
NEUMOCOCO CONJUGADA - 2	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88
NEUMOCOCO CONJUGADA - 3	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88
ANTI POLIOMIELÍTICA INYECTABLE (IPV) - 1	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88
ANTI POLIOMIELÍTICA INYECTABLE (IPV) - 2	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88
ANTI POLIOMIELÍTICA INYECTABLE (IPV) - 3	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88
TRIPLE VIRAL(SRP)	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88
VARICELA - 1	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88
ANTIAMARILICA (FA)	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88
4ta. Dosis refuerzo (OPV)	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88
4ta dosis refuerzo (DPT)	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88
4ta dosis refuerzo (IPV)	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88	1	2				1	2	88

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

ENCUESTADOR/A:
TRASLADE CON ESPECIAL CUIDADO LA INFORMACIÓN DEL CARNÉ, ANOTADA PARA CADA DOSIS: DÍA,MES, AÑO.

PARA CADA VACUNA O DOSIS QUE NO TENGA ANOTADA FECHA DE APLICACIÓN EN EL CARNÉ O CUANDO LA MADRE NO TENGA O NO MUESTRE EL CARNÉ, PREGUNTE: *¿LE HAN PUESTO LA (NOMBRE DE LA VACUNA / DOSIS) A (NOMBRE)?*. SI NO HAY CARNÉ DE VACUNACIÓN, COMPLETE LOS DATOS CONSULTANDO A LA MADRE, MARCANDO LOS CÓDIGOS RESPECTIVOS BAJO EL TÍTULO SEGÚN MADRE.

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO							2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO							3 TERCERO ANTERIOR							4 CUARTO ANTERIOR							5 QUINTO ANTERIOR						
NOMBRE DE LA VACUNA	SEGÚN CARNÉ ¿TIENE DOSIS?				SEGÚN MADRE ¿TIENE DOSIS?			SEGÚN CARNÉ ¿TIENE DOSIS?				SEGÚN MADRE ¿TIENE DOSIS?			SEGÚN CARNÉ ¿TIENE DOSIS?				SEGÚN MADRE ¿TIENE DOSIS?			SEGÚN CARNÉ ¿TIENE DOSIS?				SEGÚN MADRE ¿TIENE DOSIS?			SEGÚN CARNÉ ¿TIENE DOSIS?				SEGÚN MADRE ¿TIENE DOSIS?		
	SÍ	NO	día mes año		SÍ	NO	N/S	SÍ	NO	día mes año		SÍ	NO	N/S	SÍ	NO	día mes año		SÍ	NO	N/S	SÍ	NO	día mes año		SÍ	NO	N/S	SÍ	NO	día mes año		SÍ	NO	N/S
4ta dosis refuerzo Neumococo Conjugada	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88
ANTI-INFLUENZA - 1	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88
ANTI-INFLUENZA - 2	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88
DIFTERIA, TOSFERINA TÉTANOS (DPT) - 1	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88
DIFTERIA, TOSFERINA TÉTANOS (DPT) - 2	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88
DIFTERIA, TOSFERINA TÉTANOS (DPT) - 3	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88
ANTI POLIOMIELÍTICA ORAL (OPV) - 1	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88
ANTI POLIOMIELÍTICA ORAL (OPV) - 2	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88
ANTI POLIOMIELÍTICA ORAL (OPV) - 3	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88
HEPATITIS B - 1	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88
HEPATITIS B - 2	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88
HEPATITIS B - 3	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88
	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88
	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	88	1	2			1	2	99	1	2			1	2	88

SALUD EN LA NIÑEZ DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

SECCIÓN XI: PARTICIPACIÓN DEL PADRE

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR	4 CUARTO ANTERIOR	5 QUINTO ANTERIOR
1. ¿El padre de (...) vive con usted actualmente en el hogar?	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 5	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG.5	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG.5	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 5	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 5
2. ¿Si (...) esta enfermo, le ayuda el padre a cuidarle?	Sí ..... 01 No ..... 02 Depende 55	Sí ..... 01 No ..... 02 Depende 55	Sí ..... 01 No ..... 02 Depende 55	Sí ..... 01 No ..... 02 Depende 55	Sí ..... 01 No ..... 02 Depende 55
3. ¿Si usted quiere llevar a (...) a un establecimiento de salud, tiene que obtener el permiso del padre?	Sí ..... 01 No ..... 02 Depende 55	Sí ..... 01 No ..... 02 Depende 55	Sí ..... 01 No ..... 02 Depende 55	Sí ..... 01 No ..... 02 Depende 55	Sí ..... 01 No ..... 02 Depende 55
4. ¿Si usted requiere comprar medicinas en una farmacia para darle a (...), necesita que el padre le de el dinero para comprarla?	Sí ..... 01 No ..... 02 → FIN DE ENCUESTA Depende 55	Sí ..... 01 No ..... 02 → FIN DE ENCUESTA Depende 55	Sí ..... 01 No ..... 02 → FIN DE ENCUESTA Depende 55	Sí ..... 01 No ..... 02 → FIN DE ENCUESTA Depende 55	Sí ..... 01 No ..... 02 → FIN DE ENCUESTA Depende 55
5. ¿En los últimos 12 meses le ha dado el padre de (...) dinero para mantenerlo(a)?	Sí ..... 1 No 2	Sí ..... 1 No 2	Sí ..... 1 No 2	Sí ..... 1 No 2	Sí ..... 1 No 2
6. ¿En los últimos 12 meses cuántas veces le ha visitado el padre a (...) ?	N° de veces ☐☐☐ Ninguna vez ..... 000 No sabe 888	N° de veces ☐☐☐ Ninguna vez ..... 000 No sabe 888	N° de veces ☐☐☐ Ninguna vez ..... 000 No sabe 888	N° de veces ☐☐☐ Ninguna vez ..... 000 No sabe 888	N° de veces ☐☐☐ Ninguna vez ..... 000 No sabe 888