

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA PARA LA SALUD PÚBLICA**

**TITULO: “DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS Y ACCESO A PARTO  
INSTITUCIONALIZADO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL 2018”.**

**Nombres de autores**

**BQF. Pamela del Cisne Sarango Gaona**  
**BQF. Fabricio Segundo Tierra Llanga**

**Nombre del director de investigación**

**Dra. Ana Lucía Moncayo**

**Quito, diciembre 2023**

## **Título**

DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS Y ACCESO A PARTO  
INSTITUCIONALIZADO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL 2018

## **Nombres y filiaciones de autores y autoras**

Pamela del Cisne Sarango Gaona, BQF. <sup>1</sup>

Fabricio Segundo Tierra Llanga, BQF. <sup>2</sup>

Ana lucía Moncayo, Dra. <sup>3</sup>

(1,2) Bioquímica/o Farmacéutica/o del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, Quito.

(3) Centro de Investigación para la Salud en América Latina (CISeAL), Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

## **Contribuciones de autoría.**

En el presente trabajo de investigación todos los autores trabajaron en equipo cumpliendo los siguientes roles. Los bioquímicos farmacéuticos Pamela Sarango y Fabricio Tierra realizaron la elaboración del protocolo de investigación, desarrollo metodológico, análisis de bases de datos, discusión y redacción del artículo científico; mientras que la Dra. Ana Lucía Moncayo participó en la revisión, corrección, discusión y aprobación del artículo.

**Financiación:** Dado por sus autores

## **Agradecimientos:**

Nuestro más sincero agradecimiento a Dios, nuestros padres por su apoyo incondicional, y todos los docentes de la maestría de Epidemiología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, especialmente a nuestra directora de investigación la Dra. Ana Lucía Moncayo por su gran guía y aporte en el presente artículo.

**Conflictos de intereses:** “Ninguno”.

**Registro.**

## Resumen

### Introducción

El parto atendido por personal calificado ha tenido un impacto significativo en la reducción de la mortalidad materna y neonatal en todo el mundo. Por otro lado, uno de los factores que podría estar asociado al parto institucionalizado son las complicaciones durante el embarazo. Además, existen varios factores socioeconómicos, nutricionales y relacionados a los servicios salud que podrían incrementar la probabilidad de que las madres presenten complicaciones en el embarazo

### Metodología.

Es un estudio observacional, analítico transversal que utilizó la base de datos ENSANUT 2018 y que incluyó 11.248 de madres con niños menores de 5 años. Se analizaron dos variables dependientes: parto institucionalizado y complicaciones en el embarazo, y los determinantes de salud se dividieron en cuatro bloques: socioeconómicos, ambientales, servicios de salud y biológicos. Para el análisis el análisis bivariado y multivariado se empleó el modelo de Poisson para obtener Razones de Prevalencia (RP) con intervalos de confianza al 95%.

### Resultados.

Se determinó una alta prevalencia de parto institucionalizado (94.22%), y se establece asociación estadísticamente significativa con variables socioeconómicas, ambientales, de servicios de salud y biológicas; llama la atención que existe un alto porcentaje de parto institucionalizado en función a la mejor calidad de las condiciones de vida de la madre, con un porcentaje superior al 98%.

La prevalencia de complicaciones durante el embarazo fue de 75.88%, mediante la regresión multivariada, se establece que las mujeres sin ningún nivel de educación, viudas y que no se realizaron controles prenatales durante el embarazo tuvieron mayor probabilidad de desarrollar complicaciones durante el embarazo (RP: 1.20, (IC 95% 1.03 - 1.40); RP: 1.17, (IC 95% 1.09 - 1.25); y RP: 1.26, (IC 95% 1.15 - 1.38), respectivamente). Por otro lado, como factores protectores se evidenciaron las variables relacionadas con número de hijos (3 a 4 hijos), edad del primer embarazo (21 a 24 años) y no tener sobrepeso u obesidad (RP: 0.81, (IC 95% 0.70 - 0.95); RP: 0.85, (IC 95% 0.75 - 0.97); y RP: 0.79, (IC 95% 0.70 - 0.90), respectivamente).

### Conclusiones

Se requiere un fortalecimiento de las estrategias de atención primaria en salud para mejorar los resultados relacionados con la salud materno infantil. Estas estrategias deben ir acompañadas con programas de protección social y educación a las madres para llevar un embarazo saludable, y de esta forma prevenir las posibles complicaciones durante el embarazo.

### **Palabras clave:**

Embarazo, institucionalizado, determinantes económicos, parto.

### **Abstract**

### **Introduction**

Delivery attended by qualified personnel has had a significant impact on reducing maternal and neonatal mortality worldwide. On the other hand, one of the factors that could be associated with institutionalized birth are complications during pregnancy. In addition, there are several socioeconomic, nutritional and health service-related factors that could increase the probability that mothers will present complications during pregnancy.

### **Methodology**

It is an observational, cross-sectional analytical study that used the ENSANUT 2018 database and included 11,248 mothers with children under 5 years of age. Two dependent variables were analyzed: institutionalized birth and pregnancy complications, and the health determinants were divided into four blocks: socioeconomic, environmental, health services and biological. For the bivariate and multivariate analysis, the Poisson model was used to obtain Prevalence Ratios (PR) with 95% confidence intervals.

### **Results**

A high prevalence of institutionalized birth is determined (94.22%), and a statistically significant association is established with socioeconomic, environmental, health services and biological variables; It is striking that there is a high percentage of institutionalized births based on the best quality of the mother's living conditions, with a percentage greater than 98%.

The prevalence of complications during pregnancy was 75.88%, through multivariate regression, it is established that women without any level of education, widows and who did not undergo prenatal check-ups during pregnancy were more likely to develop complications during pregnancy (RP: 1.20, (IC 95% 1.03 - 1.40); RP: 1.17, (IC 95% 1.09 - 1.25); and RP: 1.26, (IC 95% 1.15 - 1.38), respectively). On the other hand, as protective factors, the variables related to number of children (3 to 4 children), age of first pregnancy (21 to 24 years) and not being overweight or obese were evident (RP: 0.81, (IC 95% 0.70 - 0.95); RP: 0.85, (IC 95% 0.75 - 0.97); y RP: 0.79, (IC 95% 0.70 - 0.90), respectively).

### **Conclusions**

Strengthening primary health care strategies is required to improve outcomes related to maternal and child health. These strategies must be accompanied by social protection and

education programs for mothers to have a healthy pregnancy, and thus prevent possible complications during pregnancy.

**Keywords:**

Pregnancy, institutionalized, economic determinants, childbirth.

## Introducción:

Anteriormente, el parto no era considerado un evento patológico y se relegaba a un plano "natural", la tarea de la "comadre" o "partera" era ayudar y asistir al parto (1). Durante el siglo XX, la mayoría de los países desarrollados experimentaron el nacimiento hospitalario, un fenómeno relativamente reciente, debido que en su gran mayoría los nacimientos eran en domicilio o en comunidad. De este modo, el parto atendido por personal calificado ha tenido un impacto significativo en la reducción de la mortalidad materna y neonatal en todo el mundo, ya que permite la hospitalización de las mujeres embarazadas durante el parto, teniendo una vigilancia estricta(2).

Kassebaum et al. en el 2014 analizó datos de más de 300,000 partos en 27 países de ingresos bajos y medianos. Se concluyó que el parto institucionalizado estaba vinculado a una reducción significativa en las tasas de mortalidad materna y neonatal, subrayando la importancia de la atención profesional en entornos de salud durante el parto(3).

En el mundo, entre 1990 y 2000, se registró un aumento sustancial del porcentaje de partos atendidos por personal calificado alcanzando el 52% con notables avances en Asia sudoriental y África septentrional (4) En el 2008 en América Latina y el Caribe, el 79 % de los partos fueron atendidos por personal médico(5). En Ecuador, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT), el 95,6% de los partos fueron en un establecimiento de salud y de éstos el 98.4% se dieron en la región Costa, el 98.2% Insular, el 96.4 % Sierra, y el 80.4% Región Amazónica (6). Un estudio evidenció que la atención profesional del parto en mujeres indígenas de la provincia de Chimborazo fue únicamente del 30,1%, atribuyendo a factores como la etnia, origen, religión, cultura, lengua, económicos, y acceso a la salud(5)

En el Ecuador, se producen en promedio 300.000 nacimientos al año; aproximadamente un 15% de las mujeres embarazadas experimenta una complicación que amenaza su vida durante el embarazo o el parto. En el año 2013, en el mundo murieron 289.000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. La experiencia clínica indica que el personal calificado, adecuadamente equipado y respaldado, puede prevenir o manejar muchas de estas complicaciones. De acuerdo con la información disponible actualmente, los expertos concuerdan en que la atención calificada del parto debe ser un elemento central de cualquier política o programa que tenga como meta la reducción de las muertes maternas. La morbilidad y mortalidad maternas son prevenibles con la aplicación de acciones que eviten complicaciones (7)

Por otro lado, uno de los factores que podría estar asociado al parto institucionalizado son las complicaciones durante el embarazo. Se podría entender que las mujeres que acuden mayormente a los controles prenatales y que presentan complicaciones, tendrían más probabilidad de tener un parto institucionalizado ya que las madres reconocen los beneficios de la asistencia médica institucional para manejar dichas complicaciones(8)El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir y por tal motivo dependerá de la atención que reciban las mujeres en esta etapa trascendental de la vida (9).

Existen varios factores socioeconómicos, nutricionales y relacionados a los servicios salud que podrían incrementar la probabilidad de que las madres presenten complicaciones en el embarazo. Entre los factores socioeconómicos podemos nombrar a: la pobreza, nivel de instrucción, estructura familiar, calidad de la vivienda, empleo y situación laboral que pueden incrementar los niveles de estrés y ansiedad materna. Por otro lado, tenemos los factores nutricionales relacionados al acceso y consumo de alimentos saludables y a la presencia de sobrepeso y obesidad, entre otras condiciones. Finalmente, podemos señalar algunos factores relacionados al acceso y calidad de los servicios de salud en lo referente a la atención prenatal. (10–12)

A nuestro conocimiento, no existen estudios en Ecuador que evalúen los determinantes socioeconómicos, ambientales, de servicios de salud, y biológicos en relación al parto institucionalizado y complicaciones en el embarazo a nivel nacional. Por lo tanto, este artículo tiene como objetivo identificar la asociación de los determinantes de la salud con el parto institucionalizado y adicionalmente, se identificarán los factores asociados con complicaciones en el embarazo, escogido por ser uno de los determinantes relacionados con parto institucionalizado. Los resultados de este estudio brindarán información para sugerir estrategias en cuanto al uso de los servicios de

salud durante el embarazo y parto y posibles estrategias para evitar complicaciones en el embarazo.

### **Metodología:**

Este estudio es observacional, analítico transversal, de base de datos secundaria, basados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT - 2018), disponible en la página del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de libre acceso (13). ENSANUT 2018 llevó a cabo un muestreo probabilístico bietápico estratificado de elementos (14). El Marco de muestreo de la ENSANUT 2018 es el Marco Maestro de Muestreo para encuestas de viviendas del INEC, se exhibe como una lista organizada en forma de base de datos que contiene los hogares registrados en el precenso del VII Censo de Población y VI de Vivienda del Ecuador junto con las actualizaciones cartográficas realizadas en el periodo 2011-2018 (14).

El muestreo es bietápico ya que, la primera etapa consiste en elegir una muestra estratificada de Unidades Primarias de Muestreo (UPM) con probabilidad proporcional al tamaño (PPT), y el tamaño de cada UPM depende del total de viviendas particulares ocupadas. Posterior a ello, se enlista todas las UPM selectas, para corregir posibles errores en el marco y proveer de un marco de selección de viviendas adecuado (14).

De acuerdo con la segunda etapa de muestreo, de manera aleatoria se elige un número variable de viviendas, generalmente 18 es el número promedio de viviendas por UPM. Este número es variable por la necesidad de escoger hogares con niños menores a 5 años. Todas las viviendas seleccionadas son analizadas, ya que se desea estudiar grupos poblacionales de interés, como niños menores a 5 años, las mujeres entre 12 y 49 años,

los hombres mayores a 12 años, personas entre 5 y 17 años, entre los principales, con el objetivo de tramitar los cuestionarios específicos a cada población (14).

El Marco de muestreo cataloga las Unidades Primarias de Muestreo (UPM) de acuerdo con la División Político Administrativa determinada en el Clasificador Geográfico Estadístico (DPA), logrando identificar los dominios de diseño geográficos para ENSANUT 2018. Además, contiene variables que clasifican las UPM en función al estrato al que pertenecen. Se determina el tamaño de muestra de UPM de 2583 UPM, el cual se basa en la sumatoria del tamaño de muestra de UPM de todos los dominios de diseño (14).

La población de estudio estuvo compuesta por todos los hogares e individuos de 0 meses a 49 años que vivían en residencias en las provincias y territorios encuestados del país, incluidas mujeres en edad fértil y también hombres. Se realizó el análisis de 2.591 conglomerados y 46.638 viviendas a nivel nacional con cobertura geográfica de las 24 provincias del país, y a una población de 168.747 personas (14).

En este estudio se trabajó con una muestra de 11.290 madres con niños menores de 5 años, utilizando el formulario número uno del hogar, el formulario dos de salud en la niñez y lactancia materna, y el formulario tres de salud sexual y reproductiva. La variable dependiente es el parto institucionalizado, y las variables independientes son: 1) los determinantes socioeconómicos (quintiles, área de residencia, tipo de vivienda, material predominante del techo de la vivienda, material predominante del piso de la vivienda, material predominante de las paredes de la vivienda, vías de acceso principal de la vivienda, nivel de instrucción de la madre, afiliación a seguro, recibe bono de desarrollo humano, estado civil de la madre, la madre vive con el conyugue), 2) ambientales (procedencia del agua de la vivienda, y servicio higiénico de la vivienda), 3) relacionados a servicios de salud (tiempo al centro de salud, tiempo de espera para la atención en el centro de salud, conoce sobre métodos anticonceptivos, número de controles prenatales, lugar del control prenatal, consumo de micronutrientes en el embarazo, quién atendió primero sus complicaciones durante el embarazo), y 4) biológicos (etnia, madre adolescente, número de hijos, embarazos perdidos antes de completar el quinto mes u aborto, complicaciones durante el embarazo, y obesidad o sobrepeso en la madre).

Inicialmente se efectuó un análisis descriptivo de las variables, con frecuencias simples para las variables categóricas y para las variables cuantitativas el cálculo de media o mediana y sus respectivas medidas de dispersión. Cabe indicar que la variable dependiente parto institucionalizado posee una prevalencia de 94.22%, la alta prevalencia de la variable no permite la convergencia de los modelos en el análisis bivariado, lo cual conlleva a una de las limitaciones del estudio. Es por ello, que se procede a evaluar la asociación de las variables independientes con parto institucionalizado, mediante el estadístico chi cuadrado, un valor  $p < 0.05$  fue considerado estadísticamente significativo.

Una de las variables asociada con parto institucionalizado fue complicaciones durante el embarazo ( $p \leq 0.001$ ), este problema puede desencadenar en muerte materna o muerte infantil, y al ser consideradas como un problema de Salud Pública, se decide realizar un

análisis de asociación entre los determinantes de la salud como variables independientes y complicaciones durante el embarazo como variable dependiente. Las complicaciones detalladas en el formulario II y escogidas por las madres fueron las siguientes: hinchazón de manos/ pies/ cara, desmayos, dolor de cabeza fuerte y permanentemente, convulsiones, dolores fuertes de barriga, mareos/ náuseas/ vómitos, fiebre, preclamsia/ eclamsia (producida por la presión arterial alta), infección de vías urinarias, sangrado/ hemorragia, y otro. Se realiza un análisis bivariado usando el modelo de Poisson para obtener Razones de Prevalencia (RP) con intervalos de confianza al 95%, como medida de efecto. Adicionalmente, el modelo fue ajustado para muestras complejas usando el comando `svy` de STATA. A aquellas variables independientes con un valor  $p < 0.20$  fueron incluidas en el análisis multivariado; mientras que las variables asociadas a complicaciones durante el embarazo con un valor de  $p < 0.05$  en el modelo multivariado conformaron el modelo final.

Para el análisis de datos se utilizó el programa STATA, versión 15.

### **Resultados:**

La figura 1 permite observar el porcentaje de madres que con parto institucionalizado según ENSANUT 2018, obteniendo una prevalencia del 94.22%, mientras que el parto no institucionalizado posee un porcentaje de 5.78%

### **Características de la población de estudio.**

En la tabla 1 se muestran las características de la población de estudio. El 20.55% de madres se encuentran en el quintil más pobre (Q1), mientras que el 17.77% de madres se encuentran en el quintil más rico (Q5). Geográficamente, en el área urbana reside el 67.51% de nuestra población y por el contrario en el área rural viven el 32.49%, es importante resaltar que el 65.91% de la población reside en una casa y tan solo el 0,87% vive en una choza o covacha. Existe viviendas que reciben agua por tubería, que corresponde al mayor porcentaje (73.52%), y llama la atención que el 9.84% de viviendas no reciben agua por tubería. El mayor porcentaje de viviendas posee un excusado y un sistema de alcantarillado público del 60.81%.

La mayor población de mujeres son mestizas (79.83%), y destaca que el segundo nivel de instrucción (bachillerato) es el mayoritario (76.27%), así también la población de madres que no está afiliada a un seguro público o privado es del 76.27%. Con relación a su estado civil el 78.78% de mujeres se encuentra casada. Así como el 67.28% posee de 1 a 2 hijos, y el 88.34% fue madre con más de 20 años, es importante resaltar que el 84.25% no tuvo abortos, mientras que el 60,69% de las madres posee obesidad o sobrepeso. Con respecto a complicaciones durante embarazo fue reportado por el 75.88% de madres, y el porcentaje en madres de cada una de las complicaciones se detalla a continuación: 38.03% hinchazón de manos/ pies/ cara, 8.89% desmayos, 28.99% dolor de cabeza fuerte y permanentemente, 2.68% convulsiones, 23.50% dolores fuertes de barriga, 49.12% mareos/ náuseas/ vómitos, 11.78% fiebre, 9.79% preclamsia/ eclamsia

(producida por la presión arterial alta), 47.55% infección de vías urinarias, 10.25% sangrado/ hemorragia, y otro 0.74%.

Con respecto con los determinantes de servicios de salud, menos de la mitad de la población de madres, el 41.89%, les toma llegar a un centro de salud de 15 a 30 minutos, y ese mismo tiempo deben esperar para su atención el cual representa el 33.23% de la población. Las mujeres con el 84.95% se ha realizado su control prenatal en establecimientos públicos, y el 76.73% se ha realizado más de 5 controles prenatales, lo cual llevaría a que una alta población de mujeres que ha consumido micronutrientes durante su embarazo (98.52%).

### **Análisis bivariado de la asociación entre determinantes de salud y parto institucionalizado.**

En la tabla 1 se describen los resultados de la tabla de contingencia y el estadístico chi cuadrado en relación con los determinantes de la salud y parto institucionalizado.

En cuanto a los determinantes socioeconómicos se determina que la variable quintil de ingreso estuvo asociada significativamente con parto institucionalizado ( $p \leq 0.001$ ), el porcentaje de parto institucionalizado fue mayor en las mujeres ubicadas en el quintil de ingreso más rico (99.70%), en comparación con el quintil de ingreso más pobre (92.68%) (Figura 2). De igual forma el área de residencia tuvo asociación estadísticamente significativa ( $p \leq 0.001$ ) con el parto institucionalizado y su porcentaje fue mayor en área urbana con 99.06% (figura 3). Se determinó asociación estadísticamente significativa ( $p \leq 0.001$ ) del parto institucionalizado con el material predominante del techo, piso, pared y el tipo de vivienda, y fue mayor el porcentaje de parto institucionalizado en el material de la vivienda del techo con losa o cemento (98.53%), del piso con cerámica, baldosa o mármol (99.06%), de la pared con hormigón ladrillo o cemento (97.78%), y el tipo de vivienda como departamento o cuarto (98.30%). Adicional a ello, se precisa que la vía de acceso principal a la vivienda posee asociación significativa ( $p \leq 0.001$ ) con el parto institucionalizado, y el mayor porcentaje de parto institucionalizado se encuentra en las madres cuyas viviendas tienen vía de calle pavimentada o adoquinada, y el menor porcentaje cuya vía de acceso principal fue mar o río (73.17%).

En relación con el bloque de determinantes ambientales, se obtiene que la variable procedencia del agua y el servicio higiénico de la vivienda están asociados significativamente con parto institucionalizado ( $p \leq 0.001$ ). Existe mayor porcentaje de parto institucionalizado en las mujeres cuyas viviendas reciben agua por tubería dentro de la vivienda (98.80%), mientras que fue menor el porcentaje viviendas que no reciben agua por tubería (87.89%). Estos resultados son comparables con el servicio higiénico de la vivienda, hay un mayor porcentaje de parto institucionalizado en mujeres cuyas viviendas poseen un excusado conectado a un sistema de alcantarillado público (98.83%), comparado con viviendas que poseen letrinas, el porcentaje de parto institucionalizado fue del 79.47%.

De acuerdo con el bloque de determinantes de servicios de salud, las variables número de controles prenatales, lugar de atención del control prenatal, y consumo de micronutrientes durante el embarazo, el análisis determina asociación significativa con parto institucionalizado ( $p \leq 0.001$ ). Y se establece que el mayor porcentaje de parto institucionalizado fue en mujeres con más de 5 controles prenatales (98.22%), al igual que en mujeres que se realizaron el control prenatal en establecimientos privados (99.33%) y de la misma forma existe un mayor porcentaje de parto institucionalizado en mujeres que consumieron micronutrientes durante el embarazo (97.51%). Adicional a estas variables, el conocer sobre métodos anticonceptivos y el lugar de atención cuando presentó complicaciones durante el embarazo se encontró asociación significativa ( $p \leq 0.001$ ); es así como el mayor porcentaje de parto institucionalizado fue en mujeres que conocen sobre métodos anticonceptivos (97.20%), y en mujeres que se atendieron en un establecimiento de salud (99.33%) cuando presentaron complicaciones durante el embarazo.

En función al bloque de determinantes biológicos, las variables como etnia, número de hijos y obesidad o sobrepeso de la madre, en el estudio se determina que existe una asociación estadísticamente significativa con el parto institucionalizado ( $p \leq 0.001$ ). El porcentaje de parto institucionalizado fue mayor en mujeres de etnia mestiza (98.68%) y por el contrario la etnia con un menor porcentaje fue la indígena (78.29%), además existe un mayor porcentaje de parto institucionalizado en mujeres que tienen de 1 a 2 hijos (98.14%) y un menor porcentaje en mujeres que poseen más o igual a 5 hijos (84.49%). Existe obesidad o sobrepeso en mayor porcentaje en madres con parto institucionalizado (97.37%), en comparación con mujeres que no tienen este problema (95.56%). Adicional a esas variables, las complicaciones durante el embarazo y los embarazos perdidos antes de completar el quinto mes (aborto) tuvieron una asociación significativa con el parto institucionalizado, el mayor porcentaje de parto institucionalizado fue en mujeres que presentaron complicaciones durante el embarazo (97.27%) y en mujeres que tuvieron abortos (97.88%).

### **Análisis bivariado de la asociación entre los determinantes de la salud y complicaciones durante el embarazo.**

En la tabla 2 se detalla el análisis bivariado entre las determinantes de salud y complicaciones durante el embarazo.

Dentro del bloque de variables socioeconómicas, en el área rural las mujeres presentan una probabilidad 1.05 (IC 95% 1.00-1.09) veces mayor de poseer complicaciones durante el embarazo en comparación con las mujeres del área urbana, siendo esta asociación estadísticamente significativa. De igual forma, las variables relacionadas a la vivienda como el material del piso (cerámico, baldosa o mármol), el material de la pared (madera) y la vía de acceso principal (tierra o sendero), tienen una asociación positiva y estadísticamente significativa con complicaciones durante el embarazo, con Razones de Prevalencia de 1.11(IC 95% 1.00-1.22), 0.89(IC 95% 0.83-0.95) y 0.85(IC 95% 0.78-0.93), respectivamente. Por el contrario, se determina una asociación negativa y

estadísticamente significativa entre el nivel de instrucción de la madre (básico o primaria) y complicaciones en el embarazo (RP: 0.94, IC 95% 0.88-1.00).

Con respecto al bloque de variables ambientales, se determina una asociación negativa y estadísticamente significativa entre la presencia de letrina en la casa y complicaciones durante el embarazo, obteniendo una razón de prevalencia de 0.94(IC 95% 0.88-1.00).

De acuerdo con el bloque de variables de determinantes de servicios de salud, las mujeres que realizaron su control prenatal en una Junta de Beneficencia u ONG poseen una probabilidad 1.12 (IC 95% 1.02-1.25) veces mayor, de poseer complicaciones durante el embarazo en comparación con mujeres que realizaron su control prenatal en establecimientos del IESS o MSP, siendo esta asociación estadísticamente significativa.

En función del bloque de variables biológicas se determina que las madres de etnia indígena, con su primer embarazo de 21 a 24 años, con 3 a 4 hijos, o más de 5 hijos, y madres que no tuvieron abortos, tienen menor probabilidad de complicaciones durante el embarazo (RP: 0.88, (IC 95% 0.82-0.94); RP: 0.88, (IC 95% 0.78-1.00); RP: 0.93, (IC 95% 0.89-0.98); RP: 0.91, (IC 95% 0.85-0.98); y RP: 0.93, (IC 95% 0.89-98), respectivamente). Mientras que las mujeres de etnia blanca presentan una mayor probabilidad RP: 1.10, (IC 95% 1.00-1.22) de presentar complicaciones durante el embarazo en comparación con la etnia mestiza, siendo esta asociación estadísticamente significativa.

### **Regresión multivariada para la asociación entre determinantes de salud y complicaciones durante el embarazo.**

Los resultados obtenidos en la regresión multivariada se detallan en la tabla 3. Las madres sin ningún nivel de educación, viudas y que no se realizaron controles prenatales durante el embarazo tuvieron mayor probabilidad de desarrollar complicaciones durante el embarazo en comparación con las madres que tienen un nivel de instrucción superior o posgrado, que están casadas o en unión libre y que se realizaron 5 o más controles prenatales (RP: 1.20, (IC 95% 1.03 - 1.40); RP: 1.17, (IC 95% 1.09 - 1.25); y RP: 1.26, (IC 95% 1.15 - 1.38), respectivamente). Por otro lado, como factores protectores se evidenciaron las variables relacionadas con número de hijos (3 a 4 hijos), edad del primer embarazo (21 a 24 años) y no tener sobrepeso/obesidad en comparación con madres que tienen de 1 a 2 hijos, que la edad de su primer embarazo fue entre 11 a 15 años y madres que tienen sobrepeso/ obesidad (RP: 0.81, (IC 95% 0.70 - 0.95); RP: 0.85, (IC 95% 0.75 - 0.97); y RP: 0.79, (IC 95% 0.70 - 0.90), respectivamente).

### **Discusión:**

Este estudio establece que la prevalencia de parto institucionalizado fue alta, con 94.22%. Se determinó asociación estadísticamente significativa con variables socioeconómicas, ambientales, de servicios de salud y biológicas; especialmente llama la atención que existe un alto porcentaje de parto institucionalizado en función a la mejor calidad de las condiciones de vida de la madre, con un porcentaje superior al 98%. Factores

socioeconómicos como los materiales de vivienda, nivel de instrucción de la madre, quintil de ingreso, área de residencia, servicio higiénico, agua, el acceso servicios de salud y factores biológicos como etnia, obesidad o sobrepeso, complicaciones durante el embarazo y aborto se asocia significativamente con el parto institucional. La etnia indígena posee el menor porcentaje de parto institucionalizado (78.29%) así como las madres cuya vía de acceso principal a su vivienda es por medio de un río o mar (73.17%). En relación con la variable complicaciones durante el embarazo, se determina una prevalencia de 75.88%; mediante la regresión multivariada de determinantes de salud con complicaciones durante el embarazo, se establece que las mujeres con ningún nivel de instrucción, viudas, y que no se realizaron controles prenatales tienen una mayor probabilidad de desarrollar complicaciones durante el embarazo. Adicional a ello, existe un efecto protector en mujeres que tienen de 3 a 4 hijos, la edad de su primer embarazo (21 a 24 años), y no tener sobrepeso u obesidad.

El parto institucional es un servicio de salud, ejecutado por personal sanitario especializado, recomendado por el estado ecuatoriano para asegurar la salud de una gestante en labor de parto y la de su bebé (15). Según varios expertos, la atención profesional del parto debe ser un elemento fundamental en la política o programas que tenga como meta la reducción de muerte materna e infantil, considerado como un problema de Salud Pública. La morbilidad y mortalidad materna es prevenible en gran medida, mediante aplicación de programas que eviten complicaciones (16).

El Ecuador presenta un elevado porcentaje de parto institucionalizado, al igual que otros países de América Latina y porcentajes similares a los de países de altos ingresos. Al analizar la base de datos ENSANUT 2018 de Ecuador, se determina que existe una prevalencia de parto institucionalizado del 94.22%, en el área urbana es de 99.06% y rural 91.64%; mientras que en Bolivia según la Encuesta de Demografía y Salud (EDSA) 2016 posee un porcentaje de 87.7% y por área de residencia en el área rural de 70.3% y urbana 95.8% (17). En Perú según la ENDES 2021, el porcentaje del parto institucional fue 93.2%, mientras que por área de residencia se observa una diferencia de 15.8 puntos porcentuales entre el área urbana y rural (96.9% frente a 81.1%) (18). En México, se destaca que el 95.8% corresponde a partos institucionalizados, y por área de residencia el porcentaje es mayor en el área urbana que el área rural (97% y 93%, respectivamente) (19), y en referencia a Colombia (Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015) y Chile el porcentaje se halla en 97% (20) y 99.8% en el año 2022, respectivamente (21). Es decir que el mayor porcentaje de parto institucionalizado se encuentra en Chile, y el menor porcentaje se encuentra en Bolivia, que además registra el menor porcentaje de parto institucionalizado en el área rural (70.3%), esto puede deberse a varios factores socioeconómicos como por ejemplo en Bolivia las mujeres alfabetizadas del área urbana están en un porcentaje de 98%, y superan a las mujeres del área rural en casi 10 puntos porcentuales (88.9%) (17).

El parto domiciliario está bien integrado en el sistema de atención médica en algunos países desarrollados como Canadá, Inglaterra, Islandia, Holanda, Nueva Zelanda, y Estados Unidos (Estado de Washington) (22). EE. UU. registra un parto institucionalizado del 99.02% en el año 2012 (23). Actualmente, las tasas de parto

domiciliario en países occidentales varían desde el 0,1% en Suecia hasta el 20% en Holanda en el año 2013 (24). En España de acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística del 2017, el porcentaje de partos domiciliarios fue de 0.32%, obteniendo un porcentaje de parto institucionalizado de 99.68% (23).

De acuerdo con los factores socioeconómicos, tiene gran relevancia analizar el parto institucionalizado en Bolivia, son visibles las diferencias del porcentaje de parto institucionalizado según el nivel de educación, las mujeres sin ningún nivel de educación frente a las mujeres con educación superior (56.9% y 98.5%, respectivamente)(17). En Ecuador el porcentaje de mujeres con parto institucionalizado también aumenta según su nivel de instrucción, es así que las mujeres con un nivel superior o posgrado poseen un porcentaje de 99.74%. En Bolivia, en función al grado de pobreza del municipio se observa que el porcentaje de parto institucionalizado disminuye cuando la pobreza aumenta, por ejemplo en el grado de pobreza alta el porcentaje de parto institucionalizado es de 51.2%, mientras que en el grado de pobreza baja y capital del departamento es de 92.5% y 96.1%, correspondientemente (17). Guarda mucha relación con los resultados obtenidos en este estudio, ya que a mejor calidad de materiales de la vivienda es más alto el porcentaje de parto institucionalizado, es visible también con la variable quintil de ingreso, por ejemplo, en una vivienda con paredes de cemento es del 97.78% y mujeres del quintil 5 del 99.70%. En Colombia, existen datos similares, se evidencian porcentajes relativamente menores de atención del parto institucional en habitantes del Litoral Pacífico (77.7%), mujeres sin educación (63.6%) y mujeres en el quintil de riqueza más bajo (88.8%), es decir, que a mayor nivel de educación y de riqueza aumenta el porcentaje de parto institucionalizado (20). En México, un estudio determinó que la pertenencia al nivel socioeconómico medio y alto resultó fuertemente asociada con mayor demanda de atención en instituciones privadas de parto institucionalizado (25). En relación con determinantes de servicios de salud, en Bolivia se establece que a mayor número de visitas para control prenatal mayor es el porcentaje de parto institucionalizado (91.8%) (17), en este estudio se instaure que el acceso a salud se asocia significativamente con el parto institucionalizado, como conocer sobre métodos anticonceptivos, consumo de micronutrientes, el lugar de atención del control prenatal y el número de controles prenatales.

En función a los determinantes biológicos como la etnia, en Bolivia se determina que las mujeres que aprendieron a hablar el idioma quechua y, aymara frente a las que aprendieron a hablar en castellano revela una amplia diferencia de porcentaje de parto institucionalizado (76.8%, 66.3% y 94.9%, respectivamente) (17); en Colombia existen 13 entidades territoriales que siempre han estado por debajo del promedio nacional de parto institucionalizado (Amazonas, Arauca, Caquetá, Cauca, Choco, Guainía, Guaviare, La Guajira, Putumayo, Risaralda, Tolima, Vaupés y Vichada), se puede observar que las entidades poseen población indígena y afrocolombiana importante; por lo tanto, el parto es realizado en casa o atendidos por parteras como una práctica cultural (20). En octubre de 2023, El Ministerio de Salud Pública (MSP) presentó el Manual de Articulación de Prácticas y Saberes de Parteras y Parteros Ancestrales Tradicionales, una normativa cuyo objetivo es fortalecer y regularizar la relación entre la Medicina Ancestral y la Medicina Occidental, una actualización del manual que estuvo presente desde el año 2016 (26). Se

reconoce que la población indígena accede en menor proporción a la atención profesional del parto y a la atención prenatal (27). Esta afirmación guarda relación con el valor encontrado en este estudio, la etnia indígena posee el menor porcentaje de parto institucionalizado con el 78.29% con relación a las demás etnias del Ecuador.

En 2011, en un gran estudio de cohortes prospectivo realizado en Reino Unido, establecen que la tasa de traslado al hospital era superior para las mujeres nulíparas (36-45%) que para las múltiparas (9-13%) (23). En nuestro estudio se determinó asociación significativa del número de hijos de la madre con el parto institucionalizado; por ejemplo, en Colombia, se evidencian porcentajes relativamente menores de atención del parto institucional en mujeres con seis hijos o más (75.6%) (20).

La atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las embarazadas. Ello incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja (28). La mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin incidentes; sin embargo, en algunos casos pueden representar un riesgo. Alrededor del 15% del total de las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y, en algunos casos, una intervención obstétrica y asistencia profesional (29). También se ha sugerido que las mujeres que presentan complicaciones en el embarazo, detectadas durante la atención prenatal, tienen mayor probabilidad de tener un parto institucionalizado, debido a que las madres reconocen los beneficios proporcionados por los servicios de salud para manejar dichas complicaciones (8).

Este estudio determina que las madres sin ningún nivel de educación, viudas y que no se realizaron controles prenatales durante el embarazo tuvieron mayor probabilidad de desarrollar complicaciones durante el embarazo (RP: 1.20, (IC 95% 1.03 - 1.40); RP: 1.17, (IC 95% 1.09 - 1.25); y RP: 1.26, (IC 95% 1.15 - 1.38), respectivamente). Lo cual guarda relación con el estudio realizado en Perú en el año 2021, que indica que la atención prenatal disminuye significativamente el riesgo de morbilidad materna o complicaciones durante el embarazo (30). Adicional a ello, el estudio citado estableció asociación significativa entre ser una mujer soltera, y el nivel de educación con la presencia de complicaciones durante el embarazo ( $p=0.01$ ) (30), es decir que existe similitud entre los resultados de determinantes socioeconómicos obtenidos en nuestro artículo con el estudio en mención.

En relación con los determinantes biológicos, un estudio realizado por Chávez, L en el año 2019 en Perú, se concluye que la obesidad, y el sobrepeso corresponde a los principales factores de riesgo asociados a la presencia de complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes (31). Lo cual guarda relación con nuestros resultados, se decreta como factor protector el no tener sobrepeso u obesidad en mujeres con una razón de prevalencia de 0.79, (IC 95% 0.70 - 0.90).

De acuerdo con el estudio realizado por Heredia, R y sus colaboradores en el año 2021, determina que existe una asociación significativa con ser menor de edad (menor a 18 años) con el desarrollo de complicaciones obstétricas en madres primigestas (30). Lo cual se relaciona con nuestro estudio, que establece que mujeres con la edad de su primer embarazo entre 21 a 24 años tienen una menor probabilidad de desarrollar complicaciones durante el embarazo en comparación con mujeres con la edad de su primer embarazo entre 11 a 15 años con una razón de prevalencia de 0.85, (IC 95% 0.75 - 0.97). Kirbas y sus colaboradores, en un estudio efectuado en el año 2016 determinan que las mujeres adolescentes acuden a los centros de salud para recibir atención prenatal en una edad gestacional mucho más avanzada comparada con las mujeres adultas (32), lo cual desencadenaría en posibles complicaciones durante el embarazo en mujeres adolescentes, al no obtener el debido cuidado el feto y de la madre desde la etapa inicial del embarazo.

La limitación encontrada en el estudio fue que la variable dependiente parto institucionalizado posee una prevalencia de 94.22%, la alta prevalencia de la variable no permitió la convergencia de los modelos en el análisis bivariado y multivariado por medio de la regresión de Poisson. Es por ello que se limitó a realizar un análisis de asociación con el conjunto de determinantes de salud, mediante el estadístico chi cuadrado.

En este tipo de estudio transversal analítico, la principal limitación es la imposibilidad de establecer una secuencia temporal clara entre el parto institucionalizado y las determinantes de la salud, ya que la medición de ambos tipos de variables se hace de manera simultánea (33). Este tipo de estudios tiene la limitación de aportar datos de un momento único en el tiempo, dicho en otras palabras, al estudiar a la misma población en otro momento dado, los resultados alcanzados pueden cambiar. Además, puede suceder el “sesgo de memoria”, datos que son recordados por la población encuestada (34).

### **Conclusiones.**

El presente estudio determinó que existe asociación significativa de la etnia de la madre con parto institucionalizado, esencialmente la etnia indígena registra el menor porcentaje (78.29%), es por ello que, a través del Manual de Articulación de Prácticas y Saberes de Parteras y Parteros Ancestrales Tradicionales 2023 (35), es imprescindible se realice la identificación exhaustiva de cada una de las parteras que existe en zonas geográficamente lejanas a centros de salud, para que sean registradas, capacitadas, y se conviertan en el nexo entre el sistema de salud y las prácticas ancestrales.

Adicional a ello, es necesario fortalecer las estrategias de atención primaria en salud para asegurar la equidad y el acceso a los servicios de salud de calidad y mejorar los resultados relacionados con la salud materna e infantil. También, hay cada vez más pruebas que demuestran que es necesario mejorar a la vez otros factores que van más allá de los servicios de salud, como por ejemplo: la protección social, los sistemas alimentarios, la educación y los factores ambientales.

Un punto importante es capacitar al personal sanitario, sobre aspectos éticos en la asistencia al embarazo y el parto, es necesario recordar el trato humanizado hacia el

paciente, y llevar a cabo cada actividad en base a los principios bioético. De esta manera las pacientes sentirán confianza con el personal sanitario, asistirán a sus controles prenatales, y se podrán evitar complicaciones durante el embarazo.

Es necesario reforzar este tipo de conocimientos con campañas e intervenciones educativas dirigidas a la comunidad en temas como: alimentación y peso saludable, ejercicio físico, evitar el consumo de alcohol, drogas y cigarrillo, métodos anticonceptivos, ventajas del control prenatal. Incentivar a madres para que asistan a los controles de embarazo, para que las mujeres sean y se sientan protagonistas y responsables de su embarazo, y de esta forma prevenir las posibles complicaciones.

### **Bibliografía:**

1. Hilda E. Argüello-Avenidaño, Ana Mateo-González. Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *LiminaR*, . 2014;13–29.
2. Sánchez-Redondo MD, Cernada M, Boix H, Espinosa Fernández MG, González-Pacheco N, Martín A, et al. Home births: A growing phenomenon with potential risks. *An Pediatr (Engl Ed)*. 1 de octubre de 2020;93(4):266.e1-266.e6.
3. Kassebaum NJ, Barber RM, Bhutta ZA, Dandona L, Gething PW, Hay SI, et al. Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet* [Internet]. octubre de 2016;388(10053):1775–812. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673616314702>
4. Simonen M, Graham W. MORTALIDAD MATERNA – ACTUALIZACIÓN 2004 el parto en buenas manos [Internet]. 2004. Disponible en: [www.abdn.ac.uk/dugaldbairdcentre/safe](http://www.abdn.ac.uk/dugaldbairdcentre/safe)
5. Varea MS. CC BY-NC-SA Public policies around the bodies of indigenous women in the Chimborazo province in Ecuador.
6. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT.
7. Ministerio de Salud Pública. Atención del trabajo parto posparto y parto inmediato. 2015;1–64.
8. MotherCare Matters. Behavioral Dimensions of Maternal Health & Survival [Internet]. 2000. Disponible en: <http://www.jsi.com/intl/mothercare/home.htm>.
9. de Salud Carlos III Escuela Nacional de Medicina del Trabajo I. Condición laboral asociada a complicaciones en el embarazo en noreste de México.
10. NUTRICIÓN LA GESTACIÓN Y LACTANCIA VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN LA GESTANTE Jaime Pajuelo Ramírez SE, Pajuelo Ramírez J. VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN LA GESTANTE.
11. Rached de Paoli I, Azuaje Sánchez A, Henriquez Pérez G. Estado nutricional en gestantes de una comunidad menos privilegiada de Caracas. *Anales Venezolanos de Nutrición* [Internet]. 2002 [citado 23 de noviembre de 2023];15(2):94–104. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-07522002000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522002000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

12. García RMM, Ortega AIJ, Peral-Suárez Á, Bermejo LM, Rodríguez-Rodríguez E. Importance of nutrition during pregnancy. Impact on the composition of breast milk. *Nutr Hosp*. 1 de septiembre de 2020;37(Ext2):38–42.
13. Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censo. Salud, Salud Reproductiva y Nutrición [Internet]. 2018 [citado 5 de diciembre de 2023]. p. 1. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>
14. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Documento Metodológico de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) [Internet]. Mendoza N, Ocaña N, Guano D, Núñez J, Valdivieso K, editores. Quito; 2018 [citado 28 de noviembre de 2023]. 1–70 p. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>
15. Mideros R. La atención del parto en Ecuador 2014. *Universidad Andina Simón Bolívar*. 2015;1–7.
16. Ministerio de Salud Pública. Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato [Internet]. Dirección Nacional de Normatización, editor. Quito; 2015 [citado 8 de diciembre de 2023]. 1–64 p. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
17. Miranda Y. Encuesta de Demografía y Salud EDESA 2016 [Internet]. La Paz: Instituto Nacional de Estadística; 2016 [citado 11 de diciembre de 2023]. 1–538 p. Disponible en: <https://www.ine.gob.bo/index.php/publicaciones/encuesta-de-demografia-y-salud-edsa-2016/>
18. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 [Internet]. Lima; 2021 [citado 11 de diciembre de 2023]. 1–177 p. Disponible en: [www.gob.pe](http://www.gob.pe)
19. Unar M, Hubert C, Bonvecchio A, Vázquez A. Access to prenatal and children's health care. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2023 [citado 11 de diciembre de 2023];65. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022>
20. Así vamos en salud. Así vamos en salud. 2022 [citado 11 de diciembre de 2023]. p. 1 Indicadores de Salud. Disponible en: <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/cobertura-prestacional/porcentaje-de-partos-atendidos-en-instituciones-de-salud>
21. Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. 2023 [citado 11 de diciembre de 2023]. p. 1 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado. Disponible en: <https://consensomontevideo.cepal.org/es/indicadores/proporcion-de-partos-con-asistencia-de-personal-sanitario-especializado-indicador-312>
22. Comeau A, Hutton E, Simioni J, Anvari E, Bowen M, Kruegar S, et al. Home birth integration into the health care systems of eleven international jurisdictions. *Birth*. 13 de septiembre de 2018;45(3):311–21.
23. Sánchez M, Cernada M, Boix H, Espinosa M, González N, Martín A, et al. Parto domiciliario: un fenómeno creciente con potenciales riesgos. *An Pediatr (Engl Ed)*. octubre de 2020;93(4):266.e1-266.e6.
24. Ahmad N, Syed S, Daud F. Understanding Myths in Pregnancy and Childbirth and the Potential Adverse Consequences: A Systematic Review. *Malaysian Journal of Medical Sciences*. 30 de septiembre de 2019;26(4):17–27.

25. González Á, Saucedo A, Santa Ana Y. Factores asociados a la demanda de servicios para la atención del parto en México. *Salud Publica Mex.* septiembre de 2010;52(5):416–23.
26. Ministerio de Salud Pública. Articulación de prácticas y saberes de las parteras ancestrales en el Sistema Nacional de Salud, Manual. [Internet]. Vol. 1. Quito; 2016 [citado 9 de diciembre de 2023]. 1–35 p. Disponible en: [www.salud.msp.gob.ec](http://www.salud.msp.gob.ec)
27. Oyarce A, Ribotta B, Pedrero M. Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2010. 1–71 p.
28. Guevara Ríos E. La atención prenatal en tiempos de COVID-19. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal.* 1 de diciembre de 2020;9(3):6–7.
29. Complicaciones Obstétricas en Pacientes que Acuden al Ambulatorio de Cabure, Municipio Petit, Estado Falcón. Marzo-Agosto 2018.
30. Heredia R, Osorio S. Factores asociados a complicaciones obstétricas en madres primigestas en un hospital amazónico de Perú. *Universidad Médica Pinareña.* 15 de junio de 2021;17(1):1–7.
31. Chávez L, De la Cruz J. Factores asociados a complicaciones obstétricas del embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales. [Internet]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2019 [citado 14 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2262>
32. Kirbas A, Gulerman H, Daglar K. Pregnancy in Adolescence: Is It an Obstetrical Risk? *J Pediatr Adolesc Gynecol.* agosto de 2016;29(4):367–71.
33. Cvetković A, Maguiña J, Soto A, Lama J, Correa L. Cross-sectional studies. *Revista de la Facultad de Medicina Humana.* 12 de enero de 2021;21(1):164–70.
34. Álvarez G, Delgado J. Diseño de Estudios Epidemiológicos. Departamento de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Sonora [Internet]. 2015 [citado 13 de diciembre de 2023];32(1):26–34. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2015/bis151f.pdf?fbclid=IwAR207y5hAvlTMIFD7xdq1CIpxSP2aOfOp6Rvwq9GIW7TYFh7RmyF0vIVE9k>
35. Ministerio de Salud Pública. Articulación de prácticas y saberes de las parteras ancestrales en el Sistema Nacional de Salud, Manual [Internet]. Vol. Primera edición. 2016 [citado 14 de noviembre de 2022]. 1–33 p. Disponible en: [www.salud.msp.gob.ec](http://www.salud.msp.gob.ec)

### Índice de tablas:

*Tabla 1 Asociación entre determinantes de salud y parto institucionalizado. ENSANUT 2018, Ecuador. (n=11,290)*

Variable	Muestra n (%)	Parto institucionalizado		Valor de p*
		No	Si	
<b>DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS</b>				
Ingresos por actividad económica				0.000
Q5	58,139.445(17.77)	174.67434(0.30)	57,795.583(99.70)	
Q4	72,395.857(22.13)	265.28662(0.37)	71,621.11(99.63)	
Q3	72,354.597(22.12)	1,289.3234(1.79)	70,773.89(98.21)	
Q2	57,034.1048(17.43)	2,075.112(3.65)	54,805.49(96.35)	
Q1	67,238.03(20.55)	4,890.86(7.32)	61,964.3(92.68)	
Área de residencia				0.000
Urbano	503,492.29(67.51)	4,700.904(0.94)	496,750.5(99.06)	
Rural	242,332.4(32.49)	20,191.95(8.36)	221,380.9(91.64)	
Tipo de Vivienda				0.000
Casa	491,564.73(65.91)	12,758.75(2.60)	477,245.7(97.40)	
Departamento, cuarto	137,343.02(18.41)	2,324.87(1.70)	134,124(98.30)	
Mediagua	61,408.989(8.23)	5,117.6506(8.38)	55,945.32(91.62)	
Rancho	49,038.514(6.58)	3,214.862(6.56)	45,823.652(93.44)	
Choza, covacha, otro	6,469.4364(0.87)	1,476.729(22.83)	4,992.708(77.17)	
Material predominante del techo de la vivienda				0.000
Hormigón, losa, cemento	256,713.65(34.42)	3,738.513(1.47)	251,389.13(98.53)	
Asbesto (Eternit)	81,870.659(10.98)	3,025.876(3.71)	78,621.24(96.29)	
Zinc	368,659.63(49.43)	15,073.53(4.10)	352,906.4(95.90)	
Teja, palma, paja, hoja	38,580.753(5.17)	3,054.933(7.98)	35,214.634(92.02)	
Material predominante del piso de la vivienda				0.000
Duela, parquet, tabloncillo, tablón	58,848.129(7.89)	928.51762(1.59)	57,578.788(98.41)	
Cerámica, baldosa, vinyl o mármol	265,946.17(35.66)	2,502.066(0.94)	262,269.8(99.06)	
Cemento, ladrillo o tabla	387,271.1(51.93)	16,569.11(4.29)	369,450.4(95.71)	
Caña o tierra	33,759.286(4.53)	4,893.16(14.51)	28,832.34(85.49)	
Material predominante de las paredes de la vivienda				0.000
Hormigón/bloque/ladrillo, asbesto/cemento (fibrolit), adobe/tapia	640,751.36(85.91)	14,149.54(2.22)	624,010.1(97.78)	
Madera	57,974.352(7.77)	9,392.423(16.26)	48,373.209(83.74)	
Bahareque (carrizo) Caña o estera	47,098.981(6.32)	1,350.894(2.87)	45,748.09(97.13)	
Vías de acceso principal a la vivienda				0.000

Carretera (calle pavimentada o adoquina)	399,603.91(53.58)	5,200.455(1.31)	392,304.6(98.69)	
Empedrado	305,010.54(40.90)	11,835.83(3.89)	292,593(96.11)	
Lastrado (calle de tierra), sendero	38,440.2158(5.15)	7,113.5(18.56)	31,206.74(81.44)	
Río, mar	2,770.0289(0.37)	743.07419(26.83)	2,026.955(73.17)	
Nivel instrucción de la madre				0.000
Superior y posgrado	149,095.79(19.99)	386.32513(0.26)	148,121.3(99.74)	
Bachillerato (Secundaria)	458,764.86(61.51)	11,396.95(2.49)	445,982.3(97.51)	
Básico (Primaria)	130,200.57(17.46)	11,789.08(9.11)	117,584.8(90.89)	
Ninguno	7,763.477(1.04)	11,789.08(17.1)	6,442.9705(82.99)	
Afiliación a Seguro				0.000
Si	176,984.46(23.73)	2,752.095(1.56)	173,983.7(98.44)	
No	568,840.24(76.27)	22,140.76(3.91)	544,147.7(96.09)	
Recibe el Bono de desarrollo humano				0.000
Si	52,794.597(7.08)	9,524.6881(18.05)	43,230.17(81.95)	
No	693,030.1(92.92)	15,368.17(2.23)	674,901.2(97.77)	
Estado civil de la madre				0.496
Casada, unión libre, unión de hecho	587,530.81(78.78)	20,756.46(3.55)	564,316.6(96.45)	
Separada, divorciada	74,962.439(10.05)	2,098.005(2.81)	72,644.94(97.19)	
Viuda	3,138.3959(0.42)	113.25372(3.61)	3,025.142(96.39)	
Soltera	80,193.05(10.75)	1,925.138(2.40)	78,144.65(97.60)	
Vive con el conyugue				0.130
Si	579,009(98.55)	20,622.766(3.58)	555,988.1(96.42)	
No	8,521.8073(1.45)	133.69374(1.58)	8,328.562(98.42)	
<b>DETERMINANTES AMBIENTALES</b>				
Procedencia agua de la vivienda				0.000
Tubería dentro de la vivienda	548,333.16(73.52)	6,527.71(1.20)	539,431.5(98.80)	
Tubería fuera de la vivienda, pero dentro del lote	114,325.67(15.33)	8,803.586(7.72)	105,272.8(92.28)	
Tubería fuera del lote	9,758.1676(1.31)	696.02594(7.13)	9,062.142(92.87)	
Sin agua por tubería	73,407.697(9.84)	8,865.534(12.11)	64,364.93(87.89)	
Servicio higiénico de la vivienda				0.000
Excusado y sistema de alcantarillado público	453,547.89(60.81)	5,281.383(1.17)	445,971.6(98.83)	
Excusado y pozo séptico	203,768.15(27.32)	7,195.895(3.54)	196,244(96.46)	
Excusado y pozo ciego	45,782.891(6.14)	3,647.6704(7.99)	41,984.7(92.01)	
Letrina y no tiene	42,725.757(5.73)	8,767.908(20.53)	33,931.13(79.47)	
<b>SERVICIOS DE SALUD</b>				

Tiempo que se tarda en llegar al centro de salud				0.066
Menos de 15 minutos	27,802.596(35.53)	401.64648(1.45)	27,368.3(98.55)	
De 15 a 30 minutos	32,781.615(41.89)	1,243.231(3.80)	31,490.45(96.20)	
De 31 a 60 minutos	11,950.32(15.27)	236.12905(1.98)	11,714.19(98.02)	
Más de 1 hora.	5,714.707(7.30)	328.67022(5.75)	5,386.037(94.25)	
Tiempo de espera para la atención en el centro de salud				0.084
Menos de 15 minutos	21,456.835(27.42)	401.35729(1.87)	21,055.48(98.13)	
De 15 a 30 minutos	26,001.3605(33.23)	1,102.206(4.24)	24,866.508(95.76)	
De 31 a 60 minutos	12,847.832(16.42)	483.29842(3.76)	12,364.53(96.24)	
Más de 1 hora.	17,943.2106(22.93)	222.814652(1.25)	17,672.46(98.75)	
Conoce sobre métodos anticonceptivos				0.000
Si	694,479.45(94.32)	19,403.63(2.80)	672,352.6(97.20)	
No	41,812.61 (5.68)	5,471.22(13.11)	36,274.961(86.89)	
Número de controles prenatales				0.000
Mayor a 5	555,072.5(76.73)	9,842.755(1.78)	542,878.9(98.22)	
5	67,113.688(9.28)	1,819.767(2.71)	65,228.93(97.29)	
1-4	100,434.72(13.88)	8,106.514(8.10)	91,970.33(91.90)	
0	782.23937(0.11)	0(0)	782.23937(100.0)	
Lugar de atención del control prenatal				0.000
Establecimiento de IESS (ISSFA e ISSPOL) y MSP	614,468.31(84.95)	18,643.24(3.04)	594,665.9(96.96)	
Junta de beneficencia u ONG	12,811.53(1.77)	142.09578(1.12)	12,582.57(98.88)	
Establecimiento privado	92,982.819(12.85)	619.30792(0.67)	91,660.34(99.33)	
Partera u otro	3,106.6452(0.43)	364.39051(15.97)	1,917.709(84.03)	
Consumo de micronutrientes en el embarazo				0.000
Si	712,692.32(98.52)	17,659.013(2.49)	692,356.3(97.51)	
No	10,719.284(1.48)	2,110.023(19.86)	8,512.549(80.14)	
A quién o a dónde recurrió primero cuando presento complicaciones durante embarazo				0.000
Establecimiento de salud	505,746.23(89.70)	7,923.897(1.57)	497,822.3(98.43)	
Farmacia	5,728.0047(1.02)	286.94451(5.01)	5,441.06(94.99)	
Personal tradicional y remedios caseros	44,420.896(7.88)	7,107.921(16.00)	37,312.97(84.00)	
Otro	7,899.2887(1.40)	100.34812(1.2)	7,798.941(98.73)	
<b>DETERMINANTES BIOLÓGICOS</b>				
Etnia				0.000
Mestizo	595,375.63(79.83)	7,810.94(1.32)	585,659.6(98.68)	
Afroecuatoriano, afrodescendiente, negro	33,238.6329(4.46)	1,604.706(4.87)	31,350.702(95.13)	
Indígena	65,826.363(8.83)	14,241.45(21.71)	51,349.6(78.29)	
Blanco	11,451.278(1.54)	303.14301(2.72)	10,836.54(97.28)	
Montuvio u otros	39,932.793(5.35)	932.62068(2.34)	38,934.91(97.66)	

Madre adolescente				0.070
Si (10 a 19 años)	86,941.367(11.66)	2,120.3144(2.44)	84,688.78(97.56)	
No ( $\geq$ 20 años)	658,883.33(88.34)	22,772.542(3.47)	633,442.6(96.53)	
Número de hijos				0.000
1 a 2	501,809.63(67.28)	9,302.771(1.86)	490,739(98.14)	
3 a 4	198,375.69(26.60)	8,529.7584(4.32)	188,935.19(95.68)	
$\geq$ 5	45,639.37(6.12)	7,060.3274(15.51)	38,457.23(84.49)	
Embarazos perdidos antes de completar el quinto mes (aborto)				0.018
Si	117,437.22(15.75)	2,486.218(2.12)	114,601.5(97.88)	
No	628,387.48(84.25)	22,406.64(3.58)	603,529.9(96.42)	
Complicación durante el embarazo				0.000
Si	563,794.41(75.88)	15,419.11(2.73)	548,375.3(97.27)	
No	179,229.81(24.12)	9,473.746(5.29)	169,756.1(94.71)	
Obesidad o sobrepeso en madres				0.000
Si	441,281.88(60.69)	11,550.64(2.63)	428,106.9(97.37)	
No	285,857.17(39.31)	12,655.86(4.44)	272,189.4(95.56)	

\* Valores de p obtenidos mediante la prueba de chi cuadrado.

RP: Razón de prevalencia.

IC: Intervalos de confianza.

Tabla 2 Análisis bivariado para la asociación entre determinantes de salud y complicaciones durante el embarazo. ENSANUT 2018, Ecuador. (n=11,290)

Variable	Muestra n (%)	Complicaciones durante el embarazo	RP (IC 95%)	Valor de p
<b>DETERMINANTES SOCIOECONÓMICAS</b>				
Ingresos por actividad económica				
Q5	58,139.445(17.77)	43,968.133(75.85)	1.0	
Q4	72,395.857(22.13)	55,406.95(77.08)	1.01(0.93-1.12)	0.735
Q3	72,354.597(22.12)	55,191.57(76.59)	1.01(0.92-1.11)	0.837
Q2	57,034.1048(17.43)	42,083(73.98)	0.98(0.89-1.07)	0.614
Q1	67,238.03(20.55)	49,020.97(73.32)	0.97(0.88-1.06)	0.488
Área de residencia				
Urbano	503,492.29(67.51)	386,193.55(77.02)	1.0	
Rural	242,332.4(32.49)	177,600.9(73.52)	1.05(1.00-1.09)	0.037
Tipo de Vivienda				
Casa	491,564.73(65.91)	371,292(75.77)	1.0	
Departamento, cuarto	137,343.02(18.41)	104,687.2(76.72)	1.01(0.96-1.07)	0.675
Mediagua	61,408.989(8.23)	46,733.69(76.53)	1.01(0.95-1.07)	0.753
Rancho	49,038.514(6.58)	36,514.41(74.46)	0.98(0.91-1.06)	0.635
Choza, covacha, otro	6,469.4364(0.87)	4,567.092(70.59)	0.93(0.79-1.10)	0.402
Material predominante del techo de la vivienda				
Hormigón, losa, cemento	256,713.65(34.42)	192,377.4(75.40)	1.0	
Asbesto (Eternit)	81,870.659(10.98)	64,496.1(78.99)	1.05(0.99-1.11)	0.109
Zinc	368,659.63(49.43)	277,905.8(75.52)	1.00(0.95-1.05)	0.950
Teja, palma, paja, hoja	38,580.753(5.17)	29,015.06(75.82)	1.01(0.93-1.08)	0.886
Material predominante del piso de la vivienda				
Duela, parquet, tabloncillo, tablón	58,848.129(7.89)	41,162.81(70.35)	1.0	
Cerámica, baldosa, vinyl o mármol	265,946.17(35.66)	206,346.5(77.93)	1.11(1.00-1.22)	0.040
Cemento, ladrillo o tabla	387,271.1(51.93)	293,037.6(75.91)	1.08(0.98-1.19)	0.124
Caña y tierra	33,759.286(4.53)	23,247.52(68.93)	0.98(0.86-1.12)	0.759
Material predominante de las paredes de la vivienda				
Hormigón, bloque, ladrillo, asbesto, cemento (fibrolit), adobe, tapia	640,751.36(85.91)	488,579.6(76.56)	1.0	
Madera	57,974.352(7.77)	39,310.63(68.05)	0.89(0.83-0.95)	0.001
Bahareque (caña, carrizo revestido) Caña o estera	47,098.981(6.32)	35,904.23(76.23)	1.00(0.93-1.07)	0.908
Vías de acceso principal a la vivienda				
Carretera (calle pavimentada o adoquina)	399,603.91(53.58)	305,251.6(76.79)	1.0	
Empedrado	305,010.54(40.90)	231,683.9(76.10)	0.99(0.95-1.03)	0.657
Lastrado (calle de tierra), sendero	38,440.2158(5.15)	25,031.68(65.32)	0.85(0.78-0.93)	0.000
Río, mar	2,770.0289(0.37)	1,827.24(65.96)	0.86(0.67-1.11)	0.243
Nivel instrucción de la madre				
Superior o post grado	149,095.79(19.99)	112,918.3(76.04)	1.0	
Bachillerato (Secundaria)	458,764.86(61.51)	352,346.8(77.04)	1.01(0.97-1.06)	0.587
Básico (Primaria)	130,200.57(17.46)	92,380.38(71.41)	0.94(0.88-1.00)	0.048
Ninguno	7,763.477(1.04)	6,148.8811(79.20)	1.04(0.93-1.17)	0.495
Afilación a Seguro				
Si	176,984.46(23.73)	135,902.7(76.90)	1.0	
No	568,840.24(76.27)	427,891.7(75.56)	0.98(0.94-1.03)	0.444
Estado civil de la madre				
Casada, unión libre, unión de hecho	587,530.81(78.78)	446,626.4(76.34)	1.0	
Separada, divorciada	74,962.439(10.05)	53,281.53(71.29)	0.93(0.87-1.00)	0.061

Viuda	3,138.3959(0.42)	2,629.606(83.79)	1.10(0.97-1.24)	0.143
Soltera	80,193.05(10.75)	61,256.85(76.50)	1.00(0.94-1.07)	0.945
Vive con el conyugue				
Si	579,009(98.55)	440,033.5(76.31)	1.0	
No	8,521.8073(1.45)	6,592.913(77.91)	0.98(0.87-1.10)	0.734
<b>DETERMINANTES AMBIENTALES</b>				
Procedencia agua de la vivienda				
Tubería dentro de la vivienda	548,333.16(73.52)	416,241.5(76.24)	1.0	
Tubería fuera de la vivienda, pero dentro del lote	114,325.67(15.33)	84,951.95(74.47)	0.98(0.93-1.02)	0.328
Tubería fuera del lote	9,758.1676(1.31)	7,743.519(79.35)	1.04(0.95-1.14)	0.365
Sin agua por tubería	73,407.697(9.84)	54,857.43(74.91)	0.98(0.92-1.05)	0.587
Servicio higiénico de la vivienda				
Excusado y sistema de alcantarillado público	453,547.89(60.81)	347,451.3(77.00)	1.0	
Excusado y pozo séptico	203,768.15(27.32)	152,143.3(74.79)	0.97(0.93-1.02)	0.195
Excusado y pozo ciego	45,782.891(6.14)	33,442.72(73.29)	0.95(0.89-1.02)	0.163
Letrina o no tiene	42,725.757(5.73)	30,757.02(72.03)	0.94(0.88-1.00)	0.037
<b>DETERMINANTES DE SERVICIOS DE SALUD</b>				
Tiempo que se tarda en llegar al centro de salud				
Menos de 15 minutos	27,802.596(35.53)	22,826.11(82.20)	1.0	
De 15 a 30 minutos	32,781.615(41.89)	26,745.75(81.71)	0.99(0.91-1.09)	0.898
De 31 a 60 minutos	11,950.32(15.27)	10,364.48(86.73)	1.06(0.96-1.16)	0.252
Más de 1 hora.	5,714.707(7.30)	3,955.535(69.22)	0.84(0.58-1.22)	0.367
Tiempo de espera para la atención en el centro de salud				
Menos de 15 minutos	21,456.835(27.42)	17,774.89(82.84)	1.0	
De 15 a 30 minutos	26,001.3605(33.23)	21,292.28(81.99)	0.99(0.90-1.09)	0.833
De 31 a 60 minutos	12,847.832(16.42)	10,116.52(78.74)	0.95(0.84-1.08)	0.433
Más de 1 hora.	17,943.2106(22.93)	14,708.18(82.19)	0.99(0.86-1.15)	0.915
Número de controles prenatales				
Mayor a 5	555,072.5(76.73)	423,741(76.66)	1.0	
5	67,113.688(9.28)	50,236.977(74.93)	0.98(0.92-1.04)	0.471
1-4	100,434.72(13.88)	74,089.84(74.03)	0.97(0.92-1.01)	0.160
0	782.23937(0.11)	622.44208(79.57)	1.04(0.67-1.61)	0.868
Lugar del control prenatal				
Establecimiento de IESS (ISSFA e ISSPOL) y MSP	614,468.31(84.95)	466,699.9(76.10)	1.0	
Junta de beneficencia u ONG	12,811.53(1.77)	10,900.49(85.66)	1.13(1.02-1.25)	0.023
Establecimiento privado	92,982.819(12.85)	69,715.84(75.55)	0.99(0.94-1.05)	0.784
Partera u otro	3,106.6452(0.43)	1,340.117(58.72)	0.77(0.50-1.19)	0.240
Consumo de micronutrientes en el embarazo				
Si	712,692.32(98.52)	540,537.8(76.13)	1.0	
No	10,719.284(1.48)	8,160.876(76.83)	0.99(0.90-1.09)	0.858
<b>DETERMINANTES BIOLÓGICAS</b>				
Etnia				
Mestizo	595,375.63(79.83)	455,433.4(76.74)	1.0	
Afroecuatoriano, afrodescendiente, negro	33,238.6329(4.46)	24,935.87(75.67)	0.99(0.89-1.09)	0.776
Indígena	65,826.363(8.83)	44,182.07(67.36)	0.88(0.82-0.94)	0.000
Blanco	11,451.278(1.54)	9,441.463(84.76)	1.10(1.00-1.22)	0.046
Montuvio u otros	39,932.793(5.35)	29,801.6(74.75)	0.97(0.90-1.05)	0.498
Madre adolescente				
Si (10 a 19 años)	86,941.367(11.66)	68,804.34(79.26)	1.0	

No ( $\geq 20$ años)	658,883.33(88.34)	494,990.07(75.43)	0.95(0.91-1.00)	0.052
Número de hijos				
1 a 2	501,809.63(67.28)	388,270.1(77.65)	1.0	
3 a 4	198,375.69(26.60)	143,313.6(72.58)	0.93(0.89-0.98)	0.004
$\geq 5$	45,639.37(6.12)	32,210.7(70.77)	0.91(0.85-0.98)	0.008
Embarazos perdidos antes de completar el quinto mes (aborto)				
Si	117,437.22(15.75)	94,112.81(80.38)	1.0	
No	628,387.48(84.25)	469,681.6(75.04)	0.93(0.89-98)	0.004
Mortinato				
Si	16,449.2626(2.21)	11,920.04(73.51)	1.0	
No	729,375.43(97.79)	551,874.4(75.93)	1.03(0.88-1.21)	0.690
Menarquía				
Temprana ( $\leq 10$ años)	25,516.7154(3.43)	18,669.91(73.60)	1.0	
Regular (11 a 14 años)	620,084.28(83.24)	467,361.2(75.68)	1.03(0.93-1.13)	0.568
Tardía ( $\geq 15$ años)	99,309.053(13.33)	76,928.86(77.55)	1.05(0.95-1.17)	0.319
Edad del primer embarazo				
11 a 15 años	44,408.071(16.30)	35,979.98(81.27)	1.0	
16 a 20 años	192,708.91(70.72)	151,055.7(78.66)	0.97(0.91-1.03)	0.290
21 a 24 años	35,379.9498(12.98)	25,392.12(78.20)	0.88(0.78-1.00)	0.043
Edad de la primera relación sexual				
9 a 13 años	11,996.6723(2.72)	8,290.084(69.10)	1.0	
14 a 18 años	260,304.97(59.07)	190,487.8(73.62)	1.07(0.90-1.27)	0.471
19 a 23 años	129,461.32(29.38)	97,960.02(75.86)	1.10(0.92-1.31)	0.303
$\geq 24$ años	38,929.017(8.83)	30,014.85(77.10)	1.12(0.93-1.34)	0.250
Obesidad y sobrepeso en madres				
Si	441,281.88(60.69)	338,451.8(76.98)	1.0	
No	285,857.17(39.31)	211,569.1(74.28)	1.04(1.00-1.08)	0.061

RP: Razón de prevalencia.

IC: Intervalos de confianza.

*Tabla 3 Regresión multivariada de determinantes de salud con complicaciones durante el embarazo. ENSANUT 2018, Ecuador. (n=11,290)*

Variable	RP	IC 95%	Valor de p
<b>DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS</b>			
Nivel instrucción de la madre			
Superior o posgrado	1.0		
Bachillerato (Secundaria)	1.02	0.92 - 1.15	0.670
Básico (Primaria)	0.92	0.75 - 1.12	0.419
Ninguno	1.20	1.03 - 1.40	0.018
Estado civil de la madre			
Casada, unión libre, unión de hecho	1.0		
Separada, divorciada	0.88	0.78 - 1.00	0.058
Viuda	1.17	1.09 - 1.25	0.000
Soltera	1.02	0.95 - 1.09	0.622
<b>DETERMINANTE DE SERVICIOS DE SALUD</b>			
Número de controles prenatales			
Mayor a 5	1.0		
5	0.97	0.90 - 1.06	0.527
1-4	0.95	0.89 - 1.02	0.157
0	1.26	1.15 - 1.38	0.000
<b>DETERMINANTES BIOLÓGICOS</b>			
Número de hijos			
1 a 2	1.0		
3 a 4	0.81	0.70 - 0.95	0.009
≥5	1.10	0.91 - 1.33	0.331
Edad del primer embarazo			
11 a 15 años	1.0		
16 a 20 años	0.96	0.90 - 1.03	0.244
21 a 24 años	0.85	0.75 - 0.97	0.015
Obesidad o sobrepeso en madres			
Si	1.0		
No	0.79	0.70 - 0.90	0.000

RP: Razón de prevalencia.

IC: Intervalos de confianza.

Índice de figuras:



Figura 1. Porcentaje de Parto institucionalizado en Ecuador, ENSANUT 2018 (n=11,290).

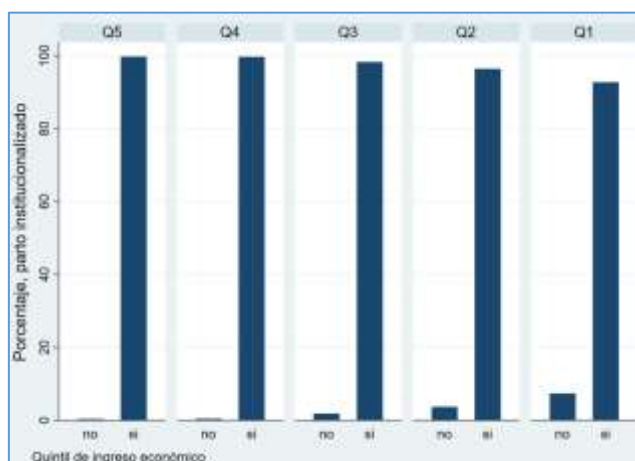


Figura 2. Porcentaje de Parto Institucionalizado por quintil de ingreso en Ecuador, ENSANUT 2018.

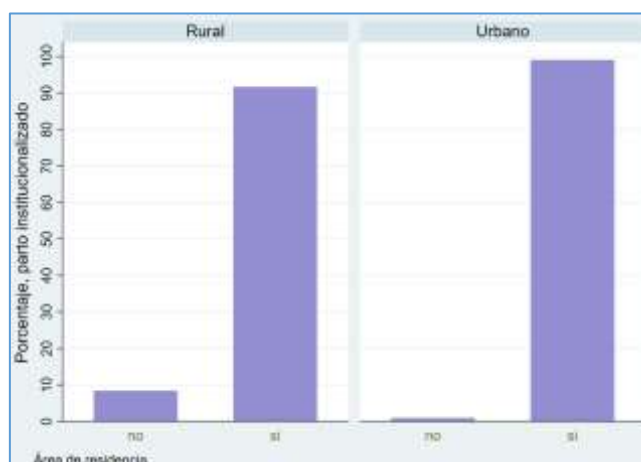


Figura 3. Porcentaje de Parto institucionalizado por área de residencia en Ecuador, ENSANUT 2018.