

The background features a dark blue gradient with a cluster of white-outlined numbers (0-9) in the top left. Below them is a grid of 3D cubes, some in light blue and others in grey, creating a sense of depth and data structure.

# INFORME DE CAMBIOS REALIZADOS AL INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN FETAL

## Informe de cambios del Informe Estadístico de Defunción Fetal

### **Dirección responsable:**

Dirección de Estadísticas Sociodemográficas

### **Unidad responsable:**

Unidad de Gestión de Estadísticas Sociodemográficas en Base a Registros Administrativos

### **Realizadores:**

Gabriela Lugmaña

## Cambios realizados al Informe Estadístico de Defunción Fetal para el año de investigación 2017

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en su función de proveedor oficial de las estadísticas realiza año a año el análisis de los formularios que sirven de recolección para cada una de las estadísticas que se produce, el análisis del Informe Estadístico de Defunción Fetal 2017 se lo realizó interinstitucionalmente con el equipo técnico entre INEC y el Ministerio de Salud Pública - MSP.

Se procedió con la revisión de cada una de las variables que consta en el Informe Estadístico de Defunción Fetal 2016, obteniendo como resultado el de actualizar las categorías de las variables del Bloque A correspondiente a datos de la defunción fetal la pregunta 5) sexo, 8) Producto del embarazo, 9) Asistido por y la pregunta 10) Lugar de ocurrencia, para el Bloque B correspondiente a los datos de la madre se incorporó la pregunta 23.2 que corresponde al último año o semestre aprobado. Se elimina la pregunta de localidad para el bloque A y B.

### Cambios realizados 2016 vs 2017

#### Bloque A) Datos de la Defunción Fetal

En las preguntas 5, 8, 9, y 10 se actualizaron las categorías del rango establecido. Se elimina la variable de localidad en la pregunta 10.

#### Formulario 2016

(A) DATOS DE LA DEFUNCIÓN FETAL			
5) SEXO	8) PRODUCTO DEL EMBARAZO	9) ASISTIDO POR:	10) LUGAR DE OCURRENCIA
Hombre <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 2	Simple <input type="checkbox"/> 1 Doble <input type="checkbox"/> 2 Triple <input type="checkbox"/> 3 Cuádruple o más <input type="checkbox"/> 4 <small>En el caso de no ser Simple se debe considerar que para cada defunción fetal, corresponde llenar un formulario en forma independiente.</small>	Médico/a <input type="checkbox"/> 1 Obstetrix/ Obstetra <input type="checkbox"/> 2 Enfermero/a <input type="checkbox"/> 3 Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/> 4 Partero/a calificado/a (comadrona, Alar comunitari) <input type="checkbox"/> 5 Partero/a no calificado/a <input type="checkbox"/> 6 Otro <input type="checkbox"/> 7 Especifique .....	<div style="text-align: right;">USO INEC</div> <div style="text-align: right;">Código del Establecimiento de Salud</div> <hr/> 10.1) Nombre del establecimiento de salud <hr/> 10.2) Provincia / 10.3) Cantón / 10.4) Parroquia urbana o rural <hr/> 10.5) Localidad <div style="text-align: right;">USO INEC</div> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <div style="text-align: center;">DPA Localidad</div>
6) SEMANAS DE GESTACIÓN Semanas <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			
7) FECHA DE OCURRENCIA Año / Mes / Día <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			
11) CAUSA QUE OCASIONÓ LA DEFUNCIÓN FETAL: .....			<div style="text-align: right;">USO INEC</div> <div style="text-align: right;">CIE - 10</div>

## Formulario 2017

(A) DATOS DE LA DEFUNCIÓN FETAL			
5) SEXO	8) PRODUCTO DEL EMBARAZO	9) ASISTIDO POR:	10) LUGAR DE OCURRENCIA
Hombre <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 2 Indeterminado <input type="checkbox"/> 3	Simple <input type="checkbox"/> 1 Doble <input type="checkbox"/> 2 Triple <input type="checkbox"/> 3 Cuádruple <input type="checkbox"/> 4 Quintuple <input type="checkbox"/> 5 Séxtuple <input type="checkbox"/> 6 Séptuple <input type="checkbox"/> 7 Óctuple <input type="checkbox"/> 8 <i>En el caso de no ser Simple se debe considerar que para cada defunción fetal, corresponde llenar un formulario en forma independiente.</i>	Médico/a <input type="checkbox"/> 1 Obstetrix/Obstetra <input type="checkbox"/> 2 Enfermero/a <input type="checkbox"/> 3 Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/> 4 Partero/a calificado/a (comadrona, líder comunitario) <input type="checkbox"/> 5 Partero/a no calificado/a <input type="checkbox"/> 6 Otro <input type="checkbox"/> 7 Médico Legista <input type="checkbox"/> 8	Establecimiento de Salud <input type="checkbox"/> 1 Casa <input type="checkbox"/> 2 Otro <input type="checkbox"/> 3 Especifique .....
6) SEMANAS DE GESTACIÓN _____ Semanas		10.1) Nombre del establecimiento de salud _____ 10.2) Provincia / 10.3) Cantón / 10.4) Parroquia urbana o rural _____ 10.5) Dirección / 10.6) Teléfono _____	
7) FECHA DE OCURRENCIA _____ / _____ / _____ Año Mes Día		USO INEC Código del Establecimiento de Salud _____	
11) CAUSA QUE OCASIONÓ LA DEFUNCIÓN FETAL: _____		USO INEC DPA _____	
		USO INEC CIE - 10 _____	

## Bloque B) Datos de la madre

En el bloque B correspondiente a los datos de la madre se incorporó la variable 23.2 que corresponde al último año o semestre aprobado. Además se elimina la variable de localidad en la pregunta 24.

## Formulario 2016

(B) DATOS DE LA MADRE			
12) NOMBRES Y APELLIDOS <i>Es obligatorio este campo, para lo cual debe constar los nombres y apellidos idénticos a los registrados en la cédula o pasaporte</i> _____		13) NACIONALIDAD: Ecuatoriana <input type="checkbox"/> 1 Extranjera <input type="checkbox"/> 2 → _____ Código del país	
14) CÉDULA DE CIUDADANÍA O PASAPORTE <i>Es obligatorio este campo, asignar el tipo funcionario al número de la cédula o pasaporte</i> _____		Uso Establecimientos de Salud o Registro Civil _____	
15) FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____ Año Mes Día		16) EDAD DE LA MADRE (En años cumplidos a la fecha de ocurrencia) _____	
17) ¿CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE ACTUALMENTE? (a la fecha de ocurrido el hecho) _____		18) ¿CUÁNTOS HIJOS QUE NACIERON VIVOS HAN MUERTO? (a la fecha de ocurrido el hecho) _____	
19) ¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON MUERTOS? (Incluyendo al que registra) _____		20) ¿CUÁNTOS CONTROLES PRENATALES RECIBIÓ EN ESTE EMBARAZO? _____	
21) AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA DE LA MADRE De acuerdo con la cultura y costumbres cómo se autoidentifica la madre.		22) ESTADO CIVIL y/o CONYUGAL	
Indígena <input type="checkbox"/> 1 Afroecuatoriana <input type="checkbox"/> 2 Afrodescendiente <input type="checkbox"/> 3 Negra <input type="checkbox"/> 4 Mulata <input type="checkbox"/> 5 Montubia <input type="checkbox"/> 6 Mestiza <input type="checkbox"/> 7 Blanca <input type="checkbox"/> 8 Otra <input type="checkbox"/> 8		Unida <input type="checkbox"/> 1 Soltera <input type="checkbox"/> 2 Casada <input type="checkbox"/> 3 Divorciada <input type="checkbox"/> 4 Separada <input type="checkbox"/> 5 Viuda <input type="checkbox"/> 6 Unión de hecho <input type="checkbox"/> 7	
23.1) ¿SABE LEER Y ESCRIBIR? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 → Pase a la pregunta 24		23.2) NIVEL DE INSTRUCCIÓN ALCANZADO Ninguno <input type="checkbox"/> 0 Centro de alfabetización <input type="checkbox"/> 1 Primaria <input type="checkbox"/> 2 Secundario <input type="checkbox"/> 3 Educación básica <input type="checkbox"/> 4 Educación media/ <input type="checkbox"/> 5 Bachillerato <input type="checkbox"/> 6 Ciclo posbachillerato <input type="checkbox"/> 7 Superior <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 8	
		24) RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE Provincia _____ Cantón _____ Parroquia urbana o rural _____ Localidad _____ Dirección domiciliaria _____	
		USO INEC DPA Localidad _____	
(C) INFORMACIÓN GENERAL			
25) DATOS DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ LA DEFUNCIÓN FETAL: <i>Este campo es obligatorio tanto para las defunciones fetales ocurridas con asistencia profesional y sin asistencia profesional, deben constar todos los datos</i> _____ Nombres y Apellidos No. Cédula de ciudadanía/pasaporte Nº Teléfono Firma y Sello			

## Formulario 2017

<b>(B) DATOS DE LA MADRE</b>					
<b>12) NOMBRES Y APELLIDOS</b> <small>Es obligatorio este campo, para lo cual debe constar los nombres y apellidos idénticos a los registrados en la cédula o pasaporte</small> .....		<b>13) NACIONALIDAD:</b> Ecuatoriana <input type="checkbox"/> 1 Extranjera <input type="checkbox"/> 2 →	<b>14) CÉDULA DE CIUDADANÍA O PASAPORTE</b> <small>Es obligatorio este campo, asegúrese de copiar fielmente el número de la cédula o pasaporte</small> .....		
<b>15) FECHA DE NACIMIENTO</b> ____/____/____ <small>Año Mes Día</small>	<b>16) EDAD DE LA MADRE</b> <small>(En años cumplidos a la fecha de ocurrencia)</small> ____	<b>17) ¿CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE ACTUALMENTE?</b> <small>(a la fecha de ocurrido el hecho)</small> ____			
<b>18) ¿CUÁNTOS HIJOS QUE NACIERON VIVOS HAN MUERTO?</b> <small>(a la fecha de ocurrido el hecho)</small> ____	<b>19) ¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON MUERTOS?</b> <small>(incluyendo al que registra)</small> ____	<b>20) ¿CUÁNTOS CONTROLES PRENATALES RECIBIÓ EN ESTE EMBARAZO?</b> ____			
<b>21) AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA DE LA MADRE</b> <small>De acuerdo con la cultura y costumbres cómo se autoidentifica la madre.</small>	<b>22) ESTADO CIVIL y/o CONYUGAL</b>	<b>23) ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN</b>		<b>24) RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE</b>	
Indígena <input type="checkbox"/> 1 Afroecuatoriana Afrodescendiente <input type="checkbox"/> 2 Negra <input type="checkbox"/> 3 Mulata <input type="checkbox"/> 4 Montubia <input type="checkbox"/> 5 Mestiza <input type="checkbox"/> 6 Blanca <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8	Unida <input type="checkbox"/> 1 Soltera <input type="checkbox"/> 2 Casada <input type="checkbox"/> 3 Divorciada <input type="checkbox"/> 4 Separada <input type="checkbox"/> 5 Viuda <input type="checkbox"/> 6 Unión de hecho <input type="checkbox"/> 7	<b>23.1) NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b> Ninguno <input type="checkbox"/> 0 } <small>Para la pregunta 23.3</small> Centro de alfabetización <input type="checkbox"/> 1 Primaria <input type="checkbox"/> 2 Secundaria <input type="checkbox"/> 3 Educación básica <input type="checkbox"/> 4 Educación media/ Bachillerato <input type="checkbox"/> 5 Superior no universitario <input type="checkbox"/> 6 Superior universitario <input type="checkbox"/> 7 Postgrado <input type="checkbox"/> 8	<b>23.2) Indique el último año o semestre aprobado</b> 23.2.1 Para el caso de que aplique años ____ 23.2.2 Para el caso que aplique semestres ____	<b>23.3) ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?</b> SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2	Provincia Cantón Parroquia urbana o rural Dirección domiciliaria USO INEC DPA
<b>(C) INFORMACIÓN GENERAL</b>					
<b>25) DATOS DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ LA DEFUNCIÓN FETAL:</b> <small>Este campo es obligatorio tanto para las defunciones fetales ocurridas con asistencia profesional y sin asistencia profesional, deben constar todos los datos</small> .....					
Nombres y Apellidos	No. Cédula de ciudadanía/pasaporte	Nº Teléfono	Firma y Sello		



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



@ecuadorencifras



INEC/Ecuador



Inec



INECEcuador



INEC Ecuador