

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE ECONOMÍA**

**Disertación previa a la obtención del título de  
Economista**

***Lineamientos de política pública en salud para mejorar la calidad y  
cobertura de los servicios en salud en mujeres de acuerdo al análisis  
de la Parroquia Quito***

**María Cristina Restrepo Arismendy  
[crisma898@gmail.com](mailto:crisma898@gmail.com)**

**Directora: Tatiana Villacrés  
[taty\\_villacres@hotmail.com](mailto:taty_villacres@hotmail.com)**

**Quito, Septiembre 2014**

## ***Resumen***

La presente disertación refleja la vulnerabilidad de las mujeres en torno al acceso de la salud. Se desarrolla un recuento de indicadores económicos y sociales que reflejan la vulnerabilidad de las mujeres respecto al acceso en salud, para esto se tomó en cuenta las diferentes encuestas y bases de datos del Instituto Nacional de Estadística-INEC. En primer lugar, se realiza una revisión de la literatura referente a la intervención del Estado, economía de la salud, la relación entre economía y género, y la salud de las mujeres. Posteriormente, se desarrolla un análisis descriptivo de los determinantes sociales de la salud, el cual incluye características generales de la población, pobreza, saneamiento, educación, condiciones en el mercado laboral, ingresos, estilo de vida, violencia contra las mujeres y salud sexual y reproductiva. Más adelante se analiza la demanda y oferta de los servicios de salud en la Parroquia de Quito. Por último, se realiza los lineamientos de política con enfoque de género, los cuales toman en cuenta las políticas y programas que se realizan en la actualidad y se establecen propuestas de lineamientos de política pública para una aplicación intersectorial, y lineamientos concretos para el sector salud.

***Palabras claves:*** Salud, Género, Políticas Públicas, Desigualdad

*A mis padres y hermanos, por ser la primera ternura*

*A mi tío Pedro, por ser la sabiduría*

*A mi tía Martha, por su cálida voz y consejos*

*A mi prima Fer, por la bella complicidad*

*A Pablo, por su amor incondicional*

*A mis amigos y amigas, por toda la felicidad compartida*

*Agradezco de manera especial a mi Directora de Tesis, Tatiana Villacrés, por su guía y siempre apoyo para la realización de la presente disertación.*

# **Lineamientos de política pública en salud para mejorar la calidad y cobertura de los servicios en salud en mujeres de acuerdo al análisis de la Parroquia Quito**

<i>Resumen</i> .....	2
<i>Introducción</i> .....	10
<i>Metodología de Trabajo</i> .....	12
<i>Preguntas de Investigación</i> .....	12
<i>Pregunta General</i> .....	12
<i>Preguntas Específicas</i> .....	12
<i>Objetivos</i> .....	12
<i>Objetivo General</i> .....	12
<i>Objetivos Específicos</i> .....	12
<i>Delimitación del Problema</i> .....	13
<i>Tipo de Investigación</i> .....	13
<i>Técnicas de investigación</i> .....	13
<i>Fuentes de Información</i> .....	14
<i>Procedimiento Metodológico</i> .....	14
<i>Fundamentación Teórica</i> .....	15
<i>Intervención Estatal</i> .....	15
<i>El fallo de competencia</i> .....	15
<i>Los bienes públicos</i> .....	15
<i>Las externalidades</i> .....	16
<i>Mercados Incompletos</i> .....	16
<i>Fallos de información</i> .....	16
<i>Economía de la Salud</i> .....	17
<i>Características de la Atención en Salud</i> .....	18
<i>La Demanda de atención médica</i> .....	20
<i>Demanda derivada</i> .....	21
<i>Demanda en Salud y su relación con el Bienestar</i> .....	22
<i>Rendimientos marginales y elasticidades</i> .....	23
<i>La Oferta en atención médica</i> .....	24
<i>La producción de atención médica</i> .....	25
<i>Inversión en Salud y Crecimiento Económico</i> .....	27
<i>Contexto para la promoción de Salud</i> .....	28
<i>La Salud en las Mujeres</i> .....	28

<i>Igualdad y equidad en la Salud</i> .....	30
<i>La división del trabajo y la salud</i> .....	31
<i>Monitoreo de las Políticas de Salud</i> .....	33
<i>Capítulo 1: Diferencias entre Mujeres y Hombres en los Determinantes Sociales de la Salud en la Parroquia de Quito</i> .....	35
<i>Características de la Población</i> .....	35
<i>Pobreza</i> .....	39
<i>Saneamiento</i> .....	40
<i>Educación</i> .....	41
<i>Condiciones en el Mercado Laboral</i> .....	43
<i>Ingresos</i> .....	47
<i>Estilo de Vida</i> .....	49
<i>Consumo de Tabaco</i> .....	50
<i>Consumo de Alcohol</i> .....	51
<i>La Violencia contra las Mujeres</i> .....	52
<i>Salud Sexual y Reproductiva</i> .....	54
<i>Salud Materna</i> .....	54
<i>Planificación Familiar</i> .....	57
<i>Infecciones de Transmisión Sexual</i> .....	59
<i>Capítulo 2: Demanda y Oferta de Servicios de Salud en la Parroquia Quito</i> .....	62
<i>Demanda</i> .....	62
<i>Gasto en Salud</i> .....	64
<i>Morbilidad</i> .....	67
<i>Mortalidad</i> .....	71
<i>Diferencias por sexo de causas de mortalidad seleccionadas</i> .....	74
<i>Oferta</i> .....	77
<i>Financiamiento del Sistema de Salud Ecuatoriano</i> .....	80
<i>Consultas</i> .....	87
<i>Capítulo 3: Lineamientos de Políticas con Enfoque de Género</i> .....	91
<i>Respuesta del Estado</i> .....	91
<i>Lineamientos de políticas propuestos con base en el análisis</i> .....	96
<i>Estilos de vida</i> .....	98
<i>Salud Sexual y Reproductiva</i> .....	100
<i>Enfermedades Específicas</i> .....	101
<i>Oferta Sanitaria</i> .....	101
<i>Conclusiones</i> .....	105
<i>Recomendaciones</i> .....	108

<i>Referencias Bibliográficas</i> .....	110
<i>Anexos</i> .....	118

## **Índice de Gráficos**

Gráfico 1: Tasa Global de Fecundidad (TGF) del Ecuador Periodo 1970-2010 .....	35
Gráfico 2: Pirámide Poblacional Parroquia Quito 2010 .....	37
Gráfico 3: Distribución de Hombres y Mujeres en la Parroquia Quito según Grupos de Edad .....	38
Gráfico 4: Razón Mujer-Hombre por nivel de Educación por grupos de edad en la Parroquia Quito..	43
Gráfico 5: Distribución de Hombres y Mujeres en el Mercado laboral en la Parroquia Quito .....	45
Gráfico 6: Porcentaje del Salario de las Mujeres respecto a los Hombres, según Nivel de Instrucción y Grupos de Edad. Parroquia Quito .....	49
Gráfico 7: Hombres y Mujeres por Grupo Etario que realizan actividades físicas.....	50
Gráfico 8: Violencia por Nivel de Instrucción de la Víctima. Parroquia Quito .....	53
Gráfico 9: Nivel de Instrucción de la Madre Según Tipo de Parto. Parroquia Quito.....	56
Gráfico 10: Métodos Anticonceptivos efectivos para las mujeres. Parroquia Quito.....	58
Gráfico 11: Tasa de Defunción por VIH en la Parroquia Quito (por cada 100.000habitantes) .....	61
Gráfico 12: Gasto en Salud Mensual per Cápita por Jefe de Hogar según Quintil de Ingreso. Parroquia Quito periodo 2012 .....	66
Gráfico 13: Egresos Hospitalarios por Grupos de Edad por Sexo, tomando en cuenta las mujeres sin egresos por embarazo, parto y puerperio. Parroquia Quito periodo 2012 .....	70
Gráfico 14: Defunciones por Sexo según Grupos de Edad. Parroquia Quito periodo 2002- 2012 .....	72
Gráfico 15: Tasa de Mortalidad por Enfermedad Isquémica del Corazón y Cerebrovascular por Sexo. Parroquia Quito periodo 2002, 2007, 2012 .....	75
Gráfico 16: Tasa de Mortalidad por Diabetes Mellitus por Sexo. Parroquia Quito periodo 2002,2007, 2012.....	76
Gráfico 17: Causas de mortalidad por Agresiones, Accidente de Transporte y Enfermedades del Hígado por Sexo. Parroquia Quito periodo 2002,2007, 2012 .....	77
Gráfico 18: Presupuesto Sectorial de Salud (devengado) en Ecuador, Periodo 2002-2012 .....	81
Gráfico 19: Número de Médicos por Sector y Tasa por cada 10.000 habitantes en la Parroquia Quito. Periodo 2002-2012 .....	84

Gráfico 20: Número de Enfermeras por Sector y Tasa por cada 10.000 habitantes en la Parroquia Quito. Periodo 2002-2012 .....	85
Gráfico 21: Número de Odontólogos por Sector y Tasa por cada 10.000 habitantes en Quito. Periodo 2002-2012 .....	85
Gráfico 22: Número de Obstetrias por Sector y Tasa por cada 10.000 habitantes en la Parroquia Quito. Periodo 2002-2012 .....	87
Gráfico 23: Tasa de Consultas por Morbilidad y Prevención por cada 1000 habitantes en la Parroquia Quito. Periodo 2008-2012 .....	88
Gráfico 24: Total Consultas Preventivas Cáncer (cérvico uterino y mama). Periodo 2002-2012 .....	89
Gráfico 25: Consultas Preventivas Planificación Familiar. Periodo 2002-2008.....	90

### ***Índice de Cuadros***

Cuadro 1: Rama de Actividades la Parroquia Quito Hombres y Mujeres .....	46
Cuadro 2: Cobertura de Seguro según Sexo y Quintil de Ingreso. Parroquia Quito periodo 2012.....	63
Cuadro 3: División de Gasto del Hogar per cápita Mensual por Sexo del Jefe de Hogar. Parroquia Quito periodo 2012 .....	65
Cuadro 4: Diez Principales Causas de Egreso Hospitalario de Hombres y Mujeres. Parroquia Quito periodo 2002, 2007,2012 .....	69
Cuadro 5: Diez Principales Causas de Mortalidad de las Mujeres. Parroquia Quito periodo 2002, 2007, 2012.....	73
Cuadro 6: Diez Principales Causas de Mortalidad de los Hombres. Parroquia Quito periodo 2002, 2007, 2012.....	73
Cuadro 7: Establecimientos y Nivel de Atención en la Parroquia Quito, Periodo 2012 .....	80

### ***Índice de Anexos***

Anexo A: Egresos Hospitalarios por causas específicas por Grupos de Edad. Parroquia Quito periodo 2012.....	118
Anexo B: Resultado de la Primera Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015.....	119
Anexo C: Flujoograma de Atención en Caso de Violencia por parte del Sector Salud .....	120
Anexo D: Objetivos y Políticas del Plan Nacional del Buen Vivir 2014-2017 relacionados con el Género .....	121

## Lista de siglas y abreviaturas

APS	Atención Primaria en Salud
CAL	Consejo de Administración Legislativa
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía División Población
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CONAMU	Comisión de Transición para la definición de la Institucionalidad Pública que Garantice la Igualdad entre Hombres y Mujeres
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud, Salud Reproductiva y Salud
ENIGHUR	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbanos y Rurales-
ENEMDU	Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo ENEMDU 2012
ECNT	Enfermedades crónicas no transmisibles
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
MCDS	Ministerio Coordinador de Desarrollo Social
MSP	Ministerio de Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
UDEA	Universidad de Antioquia

## ***Introducción***

Las mujeres, de acuerdo con el derecho internacional, tienen los mismos derechos que sus pares hombres; sin embargo, estos instrumentos son insuficientes en la práctica para responder a las necesidades de las mujeres, bajo un contexto complejo de desigualdad evidente. En la construcción de una sociedad igualitaria, es indispensable complementar estos instrumentos con políticas con enfoque de género, que tomen en cuenta la situación actual de vulnerabilidad que enfrentan las mujeres (PNUD, 2007).

Mujeres y hombres presentan diferentes roles en la sociedad de acuerdo con los contextos sociales. Estas diferencias también se presentan en la asignación de recursos, oportunidades y empoderamiento de los derechos humanos, los cuales se relacionan con la demanda y protección en salud. En las desigualdades de hombres y mujeres influyen variables económicas y sociales, que repercuten en las diferencias en riesgos, acceso, utilización en servicios y atención en salud (PNUD, 2007).

Las mujeres generalmente viven más que los hombres debido a ventajas biológicas y de comportamiento; sin embargo, una vida más larga no necesariamente es una vida más sana. Hay condiciones que solo las mujeres presentan, como el embarazo y el parto, las cuales no son enfermedades sino procesos biológicos y sociales que llevan riesgos para la salud y requieren atención especial. Algunos riesgos de la salud afectan tanto a mujeres como a hombres; sin embargo, las mujeres presentan mayores dificultades para acceder a cuidados en su salud. Además, las desigualdades de género –por ejemplo en educación, ingresos y empleo- limitan la capacidad de niñas y mujeres para proteger su salud (OMS, 2009).

Las mujeres deben enfrentar gastos más elevados que los hombres dado el mayor uso de servicios de salud, aun cuando tienen una probabilidad mayor que los hombres de ser pobres, desempleadas o pertenecer al mercado informal, donde no tienen beneficios de cobertura en salud. Paradójicamente, los sistemas de salud no responden a las necesidades de las mujeres, a pesar de que son ellas las que más contribuyen a la salud, a través de su rol de cuidado primario dentro de las familias y como proveedoras dentro del sector salud. En su rol como proveedoras de salud informal en las familias o comunidades, las mujeres por lo general no tienen apoyo, soporte ni remuneración alguna (OMS, 2009).

Mejorar las oportunidades de las mujeres requiere un enfoque doble, esto es, programas destinados a satisfacer las necesidades básicas y las necesidades específicas de las mujeres, para el empoderamiento y organización de programas con enfoque de género, con el objetivo de proteger los derechos humanos y lograr una sociedad más igualitaria (OMS, 2009).

En la presente disertación se toma en cuenta la necesidad de visibilizar las diferencias entre hombres y mujeres, con el objetivo de mostrar la vulnerabilidad que se presenta y la urgencia de realizar políticas públicas con enfoque de género, las cuales a pesar de reflejarse en la Constitución y Plan Nacional del Buen Vivir, todavía reflejan grandes desafíos para lograr una sociedad que respete los derechos de mujeres y hombres por igual.

Se demostraron las diferencias entre hombres y mujeres en la Parroquia de Quito en relación con los determinantes sociales de la salud. Estas brechas de poder y recursos existentes, afectan el estado y cuidado de la salud de la población en su conjunto. Se identificó que las mujeres se encuentran en peores condiciones en relación con pobreza, educación, mercado laboral, ingresos, violencia de género, salud sexual y reproductiva y causas específicas de morbi-mortalidad.

Por esta razón, el objetivo de las políticas públicas debe tender a una igualdad en las condiciones entre mujeres y hombres, dado el retraso y poco esfuerzo que se ha hecho por el verdadero empoderamiento de la mujer, quien históricamente ha sido invisibilizada por cuestiones ajenas a su verdadero potencial. El logro del empoderamiento de la mujeres en todos los ámbitos socioeconómicos de la sociedad, demuestran el verdadero capital humano para el desarrollo de una sociedad igualitaria.

# ***Metodología de Trabajo***

## ***Preguntas de Investigación***

### ***Pregunta General***

¿Qué lineamientos de política pública en salud pueden hacerse para mejorar la calidad y cobertura de los servicios en salud en mujeres, teniendo en cuenta sus necesidades?

### ***Preguntas Específicas***

¿Cuáles son las diferencias entre mujeres y hombres de acuerdo con los determinantes sociales de salud en la Parroquia Quito?

¿Cuál es el diagnóstico situacional de la demanda de servicios de salud, de acuerdo con las diferencias entre hombres y mujeres en la Parroquia Quito?

¿Cuál es el diagnóstico situacional de la oferta de atención en salud en la Parroquia de Quito?

¿Qué lineamientos de política pública en salud deberían aplicarse, de acuerdo con el diagnóstico situacional de salud entre hombres y mujeres en la Parroquia de Quito?

### ***Objetivos***

#### ***Objetivo General***

Establecer lineamientos de política pública en salud para mejorar la calidad y cobertura de los servicios en salud en mujeres, teniendo en cuenta sus necesidades.

#### ***Objetivos Específicos***

Analizar las diferencias entre mujeres y hombres de acuerdo con los determinantes sociales de salud en la Parroquia Quito.

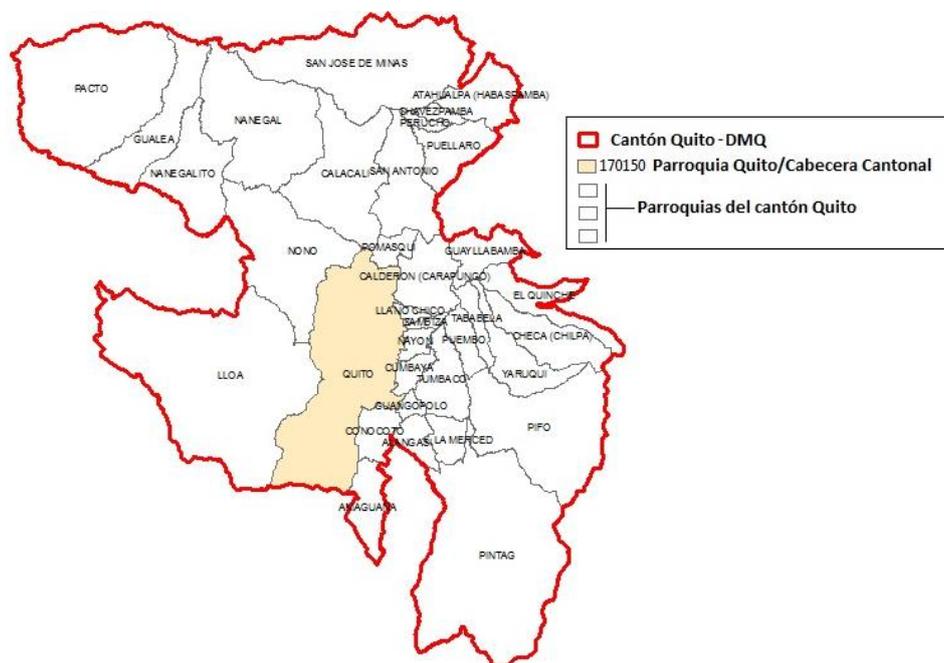
Realizar un diagnóstico situacional de la demanda de servicios de salud, de acuerdo a las diferencias entre hombres y mujeres en la Parroquia Quito.

Realizar un diagnóstico situacional de la oferta de atención en salud en la Parroquia de Quito.

Establecer lineamientos de política pública en salud, de acuerdo al diagnóstico situacional de salud entre hombres y mujeres en la Parroquia de Quito.

## ***Delimitación del Problema***

Las brechas existentes entre hombres y mujeres afectan la dinámica e impacto que tienen las políticas públicas en la población. La presente disertación se centra en dichas brechas en la Parroquia de Quito, para establecer lineamientos de política pública intersectorial, con especial énfasis en el sector salud. Si bien se realiza un diagnóstico situacional de la Parroquia Quito, las recomendaciones en política pública pueden aplicar al ámbito nacional. Dadas las diferencias en el mapa epidemiológico que existen entre las zonas rurales y urbanas, el estudio se centra solo en el ámbito urbano, es decir la Parroquia Quito. Se tomaron en cuenta diferentes bases estadísticas y encuestas, de acuerdo con las últimas actualizaciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).



## ***Tipo de Investigación***

La presente investigación utilizó la metodología de tipo descriptiva, lo cual permitió la recopilación de información acerca de los principales determinantes sociales en salud de hombres y mujeres en la Parroquia de Quito, como también las características de la oferta y demanda en salud. La investigación también realiza una recopilación acerca de las políticas actuales intersectoriales que afectan a hombres a mujeres.

## ***Técnicas de investigación***

Para la investigación se utiliza el método inductivo, ya que se basa a partir del análisis de la información de las diferentes bases de datos y encuestas del INEC. Este estudio será de tipo

cuantitativa, ya que se elaboran diferentes indicadores sociales y económicos, a partir de la información obtenida.

## ***Fuentes de Información***

Para la investigación se utilizó fuentes secundarias de información, principalmente de las encuestas del INEC como: Censo de Población y Vivienda (1990,2000,2010), Encuesta Nacional de Empleo y Subempleo (ENEMDU 2012), Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres, Encuesta Nacional de Salud, Salud Reproductiva y Nutrición (ENSANUT-2012), Estadísticas de Camas y Egresos Hospitalarios (2012), Estadísticas de Recursos y Actividades de Salud (2012), Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbanos y Rurales (ENIGHUR 2012), Defunciones Generales y Nacimientos. También se utiliza la herramienta del Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE).

## ***Procedimiento Metodológico***

Con el fin de poder establecer recomendaciones de lineamientos de política con enfoque de género en el sector salud, la presente investigación realiza una recopilación de información proveniente de las encuestas y bases de datos descritas con anterioridad, con esta información se realizaron indicadores sociales y económicos desagregados por sexo según las recomendaciones de la Organización Panamericana de Salud en su publicación *“Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud”*. Según la disponibilidad de información, algunos indicadores se estimaron por grupos etarios, identificación cultural y quintil de ingreso.

En la descripción de la oferta de las prestaciones de salud, se toma en cuenta las Estadísticas del INEC, que al no ser encuestas pueden dar un panorama más ajustado a la realidad del sector, en este sentido la información se presentaba en matrices, para lo cual fue necesario un procesamiento de la información para la obtención de los datos requeridos. Todos los indicadores y estadísticas fueron estimados para la Cabecera Cantonal o la Parroquia de Quito con código 170150, con excepción de algunos datos que no fueron posibles estimar. Los indicadores no se encuentran a un mismo periodo de tiempo, puesto que se establecieron de acuerdo con la información más reciente de las encuestas del INEC. Todos los indicadores se obtuvieron a partir del procesamiento de la información con los programas estadísticos SPSS y STATA.

## ***Fundamentación Teórica***

La importancia de analizar las diferencias entre hombres y mujeres para una correcta planificación de políticas públicas que cierren las brechas históricamente establecidas, proviene de un complejo proceso histórico. En este sentido, el presente capítulo realiza una recopilación de literatura de la salud de las mujeres y la importancia del enfoque de género en las políticas públicas. Además, se establece literatura acerca de la economía de la salud, que si bien ha sido una temática poco estudiada, es pilar fundamental para el presente estudio, lo cual se complementa con la teoría acerca de la intervención estatal.

### ***Intervención Estatal***

Según Stiglitz (2000), el Estado debe intervenir cuando existen fallos de mercado, estos fallos se pueden dar cuando se presentan fallos de competencia, bienes públicos, externalidades, mercados incompletos, fallos de la mala información, paro, inflación y desequilibrio, algunos de estos temas se definen a continuación según la teoría del autor:

#### ***El fallo de competencia***

Se presenta cuando los mercados no son eficientes en el sentido de Pareto, es decir no existe eficiencia en la combinación, producción e intercambio del bien o servicio. Esto ocasiona la presencia de monopolios, oligopolios o competencias monopolísticas, evitando que pequeñas empresas influyan en los precios.

Se puede evidenciar una limitada competencia por diferentes razones, entre ellas:

- Una producción creciente que disminuye los costos medios.
- Una sola empresa que produzca todo a menor precio.
- Altos costos de transporte.
- Asimetría de información.
- Conductas estratégicas dañinas.

#### ***Los bienes públicos***

Se refiere a la incapacidad de los mercados de suministrar ciertos bienes, o la cantidad que se produce es insuficiente. Existen bienes públicos puros, los cuales se caracterizan por no tener un costo adicional al ser consumidos por una persona más. También resulta difícil no dejar que las personas se beneficien del bien, tal es el caso de la defensa nacional y la iluminación pública.

### ***Las externalidades***

Se presentan cuando las decisiones de los agentes afectan a otros, estas pueden ser positivas o negativas, las primeras ocurren cuando una persona se beneficia por la acción de otra; mientras que las negativas se dan por la imposición de costes a terceros. Las externalidades causan una asignación incorrecta de recursos por la dificultad de contabilizar los efectos en los costos de producción o en las ganancias.

### ***Mercados Incompletos***

Se dan cuando los mercados privados no suministran un bien, a pesar de que el coste de suministrarlo es menor al precio que los consumidores están dispuestos a pagar; esta situación hace necesaria la intervención Estatal.

Los mercados incompletos se evidencian en el mercado de seguros y en la ausencia de mercados complementarios. En el mercado de seguros, el sector privado se enfrenta a costos de transacción, información asimétrica y dificultades para el cumplimiento de los contratos. El Estado buscará cubrir las necesidades no satisfechas por las empresas privadas, enfrentándose a problemas similares pero en muchos casos de diferentes dimensiones.

La ausencia de mercados complementarios se lleva a cabo cuando las empresas privadas que producen bienes complementarios trabajan por separado, dejando a un lado la búsqueda de un objetivo común. Esta situación también se da en el ámbito público, ya que el Estado deberá coordinar con diferentes sectores para llevar a cabo proyectos a gran escala; tal es el caso de la planificación urbana.

### ***Fallos de información***

Ocurre cuando los consumidores no tienen suficiente información o tienen información que es errónea sobre un bien o servicio. En muchos casos la información se la puede considerar como un bien público, ya que la cantidad de información que tienen los agentes no se reduce al ser suministrada a una persona más; sin embargo, para que dicha información sea transmitida eficientemente se debe cobrar solo el coste real que supone su transmisión o ser totalmente gratuita.

Existen conflictos entre los agentes que están en contra o a favor de la intervención estatal. Los primeros alegan que es innecesaria, costosa e irrelevante; mientras que los que están a favor creen que a pesar de los problemas de eficiencia para el cumplimiento de leyes de transparencia, es fundamental su cumplimiento para los diferentes mercados.

## ***Economía de la Salud***

El avance de la ciencia en los últimos años ha orientado el estudio de las ciencias económicas hacia el sistema de salud. Uno de los avances es la disminución de las causas de mortalidad por enfermedades infecciosas, dado el desarrollo de nuevas tecnologías. Esta situación evidenció un crecimiento en los costos de los servicios de salud, con una alteración de los patrones de la organización del sistema y de los métodos de pago. Los cambios llevaron a que la economía se centrara en el estudio de un conjunto de temas como la capacidad de planta, la demanda de esquemas de prepago, la limitación de atención médica y la compensación de los precios de los servicios sanitarios (UDEA, 1999).

Otro avance médico se evidenció con el aumento de la esperanza de vida en países menos desarrollados y con un alto grado de densidad poblacional. Este avance llevó a la necesidad de estudiar los rendimientos netos de inversión en salud, los efectos en la productividad y su impacto en el crecimiento económico (UDEA, 1999).

Si bien los economistas se han dedicado poco a los estudios del mercado de la salud, existieron aproximaciones como la ley de hierro de los salarios. Dicha ley fue promulgada por Malthus (1798) en su "Ensayo sobre los principios de la población". El autor promulgó que los salarios tienden al nivel de subsistencia, los cuales al presentar un aumento ocasionan un crecimiento poblacional. (UDEA, 1999).

En 1951 Wislow presentó su obra "*El costo de la enfermedad y precio de la salud*". El autor argumentó que la inversión en salud tiene ganancias en el capital humano, ya que existe un círculo vicioso entre pobreza y enfermedad. Por lo tanto, los programas de salud pública tienen que basarse en programas complementarios sociales (UDEA, 1999).

Un año después Myrdal publicó su estudio "*Economic aspects of health*" basándose en los aportes hechos por Wislow. El autor habló sobre una teoría de causación circular, según la cual se podría incrementar la productividad de la población si existiese un programa de salud que vaya de la mano de un correcto plan social. Argumentó las diferencias en los costos y beneficios en el corto y largo plazo y la dificultad de medir el valor económico de los programas de salud (UDEA, 1999).

En la época de los sesenta se da un importante desarrollo de la economía de la salud gracias al aporte de estudios académicos y el interés sobre el gasto en salud. Entre los numerosos aportes académicos se destacan dos autores: Muskin (1962) en "*Health as an Investment*" y Arrow (1963) con "*Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*". Los autores muestran cómo la atención de salud es un mercado altamente imperfecto (UDEA, 2001).

## ***Características de la Atención en Salud***

Mills y Gilson (1988), exponen algunos conceptos de Economía de la Salud y el financiamiento de los diferentes programas sanitarios. De acuerdo con los autores la Economía de la Salud se puede definir como la aplicación de teorías, conceptos y técnicas de la Economía en el sector salud. Dentro de los diferentes campos de estudio se encuentran: el valor de utilidad de la salud, criterios de influencias en la salud, demanda y oferta de los servicios, evaluación microeconómica, equilibrio del mercado, planificación y monitoreo de los mecanismos y la evaluación de todo el sistema.

Los autores indican que los bienes y servicios de la atención en salud tienen problemas de escases y necesitan instituciones para su correcta asignación. Estas características son similares al resto de productos; no obstante, la atención sanitaria presenta algunas particularidades.

La atención en salud se puede considerar como un elemento de consumo y de inversión, ya que la buena salud contribuye a una mejor producción. Otra característica particular es que los costos de atención en salud pueden ser muy altos en relación con los ingresos, así la mala salud afecta la capacidad de ahorro del sistema. Un elemento importante es que los pacientes se involucran directamente en la producción y el consumo de la atención sanitaria, mientras que las decisiones de consumo o no consumo tienen consecuencias irreversibles como la muerte o discapacidades permanentes. Estas características no significan directamente que la atención en salud no se pueda tratar en las mismas condiciones que otros bienes o que impliquen una organización particular (Mills y Gilson, 1988).

Sin embargo, en la práctica la atención en salud no funciona acorde con la teoría de la competitividad perfecta. Mills y Gilson (1988) proponen las siguientes diferencias:

- **Racionalidad y soberanía del consumidor:** La racionalidad implica que el individuo actúa con el principio de maximizar la utilidad o beneficio. En la atención de salud la racionalidad está ausente, ya que aquellos que están mentalmente enfermos, o quienes se niegan a aceptar que necesitan tratamiento no pueden tomar decisiones racionales. También existen personas que están en estados de inconciencia, esto es que no pueden tomar decisiones por sí mismos. Por lo tanto, la atención médica se vuelve un bien de interés que debe ser suministrado por el Estado, ya que no será consumido si se deja a la voluntad del pago de los individuos (Mills y Gilson, 1988).
- **Riesgos e incertidumbres:** La necesidad de atención médica es difícil de predecir. Los costos asociados a una enfermedad son inciertos y altos, por esto los seguros son el mecanismo por el cual se busca resolver los problemas de riesgos e incertidumbre. Los seguros existen en muchos países para cubrir los altos costos de las enfermedades, y no necesariamente requieren participación estatal, aunque muchos de éstos reciban apoyo y control (Mills y Gilson, 1988).

- Información asimétrica: En el mercado el cliente puede tener cierto conocimiento sobre la calidad de un producto o puede obtener esta información con la experiencia. Sin embargo, con la atención médica los pacientes tienen poco conocimiento acerca de la eficiencia o calidad de recibir o no cierto tratamiento. En muchas ocasiones los problemas de información se presentan porque los individuos no se dan cuenta que están enfermos, lo cual ocasiona que la entrada al sistema tenga una alta irregularidad (Mills y Gilson, 1988).

La calidad y el resultado de un tratamiento son inciertos tanto para pacientes como para proveedores, ya que ninguno de ellos puede predecir los posibles efectos negativos del mismo. Esta asimetría de información tiene doble cara ya que pacientes y proveedores tienen ventajas y desventajas en la entrada al sistema de salud. Así los proveedores tienen conocimientos del tratamiento, mientras que los pacientes lo desconocen. Del mismo modo los pacientes no pueden transmitir toda la información al médico acerca de los efectos del tratamiento, en cuyo caso el médico se encuentra mal informado (Leonard y Zivin, 2005 citado en Mwabu, 2007).

La asimetría de información también se observa en los pocos incentivos que existen para que los productores provean información a los consumidores, esto ocasiona que los pacientes traten de obtener más información con “segundas opiniones”, en estos casos, ocasionalmente, los médicos evitan entrar en conflicto con sus colegas. Muchos grupos de profesionales y agencias han desarrollado mecanismos para brindar información a las personas, pero por razones éticas existen controles impuestos en la publicidad de los servicios (Mills y Gilson, 1988).

Estos problemas han contribuido a la inusual relación entre productores y consumidores en la atención médica. Así el médico actúa como un agente a favor del paciente, mientras que el consumidor elige delegar las decisiones de consumo al profesional de la salud, esto ocasiona que la demanda sea definida por el proveedor (médico). Esta situación puede ser peligrosa para el consumidor ya que dependiendo de los precios de la atención sanitaria y el modo de pago, los doctores pueden beneficiarse generando demanda hacia sus servicios (Mills y Gilson, 1988).

- Externalidades y bienes públicos: Existen numerosos casos en que el comportamiento de consumo y producción de individuos o poblaciones afectan a otros. Como por ejemplo las vacunas contra enfermedades infecciosas o las medidas de salud pública como alcantarillado (Mills y Gilson, 1988).

Se ha definido a un bien público puro como no excluyente y no rival, por esto la población tiende a subestimar su valor y en algunos casos los servicios tienen problemas asociados con este tipo de bienes. Por ejemplo, el control de la malaria a través del manejo medio

ambiental, se puede tratar con la limpieza de los estanques, en donde el consumo de una persona no afecta el consumo de otra. Si se le provee a toda la población de estos servicios se necesitarían acciones colectivas. (Mills y Gilson, 1988)

- Competencia y barreras de entrada: Numerosos grupos de profesionales han desarrollado mecanismos de control de entrada al sistema de salud, argumentando la importancia de mantener estándares de práctica para reducir la incertidumbre que se da por la competencia entre profesionales (Mills y Gilson, 1988).

Existen otras barreras de entrada como licencias profesionales, licencias de medicinas y fármacos y controles a establecimientos por usos de nuevas instalaciones. La reducida oferta incrementa los costos en el sistema (Mills y Gilson, 1988).

- Economías de escala y monopolios: La atención en salud puede presentar casos de economías de escala y monopolios, como la presencia de algunas industrias farmacéuticas y hospitales con un fuerte poder en el mercado. Otra disparidad es la presencia de un número reducido de productores (oligopolio) y dado que existe colusión, la competencia de precios se reduce (Mills y Gilson, 1988).

### ***La Demanda de atención médica***

Como ya se evidenció existe una diferencia entre la demanda de atención médica y la demanda de otros productos. Una diferencia fundamental es que la demanda y la oferta no interactúan de forma convencional, ya que dada la incertidumbre y la asimetría de información, la oferta está directamente involucrada en la decisión de consumo de asistencia médica (Mills y Gilson, 1988).

Con el objetivo de entender la complejidad de los debates teóricos de la demanda de atención médica se utiliza el concepto de necesidad, que se puede definir desde diferentes perspectivas. La necesidad normativa se mide de acuerdo con la evaluación de un experto mediante un análisis de la situación real basada en estándares técnicos. Otra definición de necesidad es la que siente el individuo desde su perspectiva personal. Con respecto a la salud, estos dos tipos de necesidades pueden entrar en conflicto, ya que el consumidor puede no ser el mejor juez de sus propias necesidades (Mills y Gilson, 1988).

Mills y Gilson (1988) indica que la necesidad normativa y la demanda difieren fundamentalmente. La demanda refleja los deseos del individuo que decide pagar por los servicios, en cuyo caso el cuidado de la salud puede ser normativamente necesaria pero no demandada, como por ejemplo, el caso de un tratamiento del corazón. Desde otra perspectiva el cuidado de la salud puede ser demandado pero no normativamente necesario, como ocurre con ciertas cirugías estéticas. En conclusión, la demanda es la expresión de necesidades y la voluntad de pagar por ellas.

La decisión de usar la atención médica se refleja en una combinación de necesidades normativas y sentidas, ya que la decisión de consumir en el sector salud a menudo se basa en información suministrada por el oferente y sus propias preferencias (Mills y Gilson, 1988).

El consumo del cuidado de la salud y particularmente la salud preventiva está asociado con externalidades positivas. Es el caso del tratamiento de un paciente con una enfermedad infecciosa que beneficia tanto al paciente como al resto de la población. Esta situación también ocurre con la inmunización de ciertas enfermedades, en donde el individuo no es consciente del impacto de los cuidados de la salud (Mwadu, 2007).

Dadas las características de la demanda, la organización del sistema también presenta dificultades, ya que la demanda de los servicios de cada centro sanitario no dependerá solamente de las características que presente el centro, sino de un conjunto de factores externos como cultura, edad, atención primaria, ubicación del centro sanitario, estructura familiar, morbilidad, característica de la vivienda, entre otros. Estos factores dificultan el modelo del comportamiento de los oferentes (Gimeno, Rubio y Tamayo, 2005).

### ***Demanda derivada***

Según Gimeno, Rubio y Tamayo (2005) la demanda puede tomar en cuenta tanto cuidados preventivos y terapéuticos prestados en centros hospitalarios o primarios, como también directamente por profesionales. Esta demanda se considera demanda derivada, ya que a los individuos no les interesa directamente el consumo de la asistencia sanitaria, sino un adecuado nivel de salud.

Según los autores la demanda derivada se puede evidenciar en el consumo de seguros de salud, los cuales funcionan bajo la existencia de incertidumbre acerca de las enfermedades que las personas pudieran llegar a padecer a lo largo de su vida. Los individuos buscan asegurarse para poder cubrir los costos de las enfermedades, dicho seguro puede ser público o privado. Además, establecen que el sistema de seguros funciona con una redistribución de los recursos, así las personas que se encuentren bien de salud cubren los costos de aquellas que necesitan un nivel mayor de atención médica.

Existen tres tipos de asegurados. Al primer grupo pertenecen aquellos que utilizan los servicios en una proporción mínima y pagan un valor alto por el no uso de la asistencia de salud. El segundo grupo utiliza unos pocos servicios y recupera parte de lo pagado al seguro, mientras que un tercer grupo tiene una mayor demanda de asistencia médica con altos costos, este grupo recuperará lo que pagó y en cierta medida obtiene más beneficios (Gimeno, Rubio y Tamayo, 2005).

Todas las personas aseguradas pagan una misma cuota por el servicio. Esta cuota se obtiene de los cálculos del seguro que son los costos medios del sistema más un valor de riesgo para cubrirse de las posibles desviaciones que tengan sus estimaciones de uso de los servicios. En muchos casos también

se aplica un copago, que se refiere a un pago fijo o porcentual del servicio que se va a consumir. Este pago disminuye la probabilidad de que ocurra un comportamiento descuidado de los individuos con su salud (Gimeno, Rubio y Tamayo, 2005).

Los autores establecen que las personas del primer grupo como ya se mencionó, pagarán un nivel superior de lo que realmente utilizan. Si decidieran salirse del seguro, el sistema no podría funcionar, dado que el nuevo valor a pagar para el segundo y tercer grupo aumentaría considerablemente; esta situación ocasiona el abandono del seguro por parte de personas con incapacidad de pago. El primer grupo decide permanecer en el sistema por la aversión al riesgo que se tiene ante la eventualidad de altos costos derivados de una enfermedad.

La compañía no puede cobrar al asegurado según sus propias probabilidades de enfermedad. No obstante las conductas por parte de las aseguradoras de investigar la historia clínica de los pacientes es prohibida por ley en muchos países, por el cuidado de datos y derecho a la intimidad; sin embargo, las aseguradoras buscan mecanismos tales como promociones o diferentes sistemas para obtener información (Gimeno, Rubio y Tamayo, 2005).

### ***Demanda en Salud y su relación con el Bienestar***

Según Gimeno, Rubio y Tamayo (2005) indican que un individuo decide demandar un bien o servicio al comparar los beneficios marginales y los costes marginales de su consumo. Esta definición presenta varias dificultades en el campo sanitario, dada la complejidad de la definición de la demanda. Los autores definen una función de bienestar, como aquella que toma en cuenta el tiempo dedicado a trabajar, renta obtenida, consumo en ocio y estado de salud, este último a su vez dependerá del deterioro de la salud y la inversión previa en salud. El individuo maximizará su beneficio de acuerdo con el consumo de bienes y servicios, consumo de ocio y estado de salud.

Los autores también indican que se debe tomar en cuenta que el individuo pierde días laborables al adquirir una enfermedad, lo que supone una disminución en la renta y tiempo de ocio, con un continuo decrecimiento de su función de bienestar.

Si un individuo decide invertir en salud disminuirá también su tiempo de ocio; sin embargo, la inversión en salud puede ser rentable dado que disminuye el tiempo y pérdida de dinero derivados de una enfermedad. Se deben tomar en cuenta además los altos gastos y los efectos en la productividad del individuo (Gimeno, Rubio y Tamayo, 2005).

Para que un individuo decida invertir en salud es importante conocer que la salud es analizada como un bien de capital, por ello se debe diferenciar entre inversión bruta e inversión neta. La primera supone el valor total de la inversión y se observa en los comportamientos saludables, mientras que la inversión neta es la variación del capital -salud y supone la demanda de atención médica (Gimeno, Rubio y Tamayo, 2005).

### *Inversión neta= Inversión bruta- depreciación de capital*

El capital-salud sufre depreciaciones a lo largo del tiempo, por lo tanto es necesario reponer la pérdida para mantener el mismo estado de salud. La pérdida dependerá de variables externas y de conducta. Las variables externas se presentan en el medio en que el individuo se desarrolle, tales como enfermedades contagiosas e infecciosas; mientras que las variables de conducta son aquellas que tienen que ver con los hábitos de vida como por ejemplo alimentación, sedentarismo, tabaquismo, entre otras (Gimeno, Rubio y Tamayo, 2005).

Si se llega a presentar una pérdida en salud es necesario realizar una inversión para reponer el nivel de salud previo. No obstante, en muchas ocasiones el aumento de inversión bruta no compensa la pérdida; esta situación se evidencia con mayor claridad a medida que aumenta la edad, por lo tanto la asistencia sanitaria será más demandada por este grupo de personas (Gimeno, Rubio y Tamayo, 2005).

La inversión bruta se considera un bien normal y de primera necesidad, ya que comprende los elementos necesarios para reponer la pérdida de salud, lo cual afecta a los hogares con menos recursos por el peso que supone en la renta. La inversión neta se caracteriza por ser un bien superior y de lujo, ya que si se tiene un buen nivel de salud, los individuos no ven la necesidad de invertir en ella; por su parte, la salud preventiva está directamente relacionada con los ingresos y niveles de educación (Gimeno, Rubio y Tamayo, 2005).

Mwabu (2007) presenta un estudio sobre los diferentes modelos que rigen la atención en salud, como el modelo de inversión de Grossman (1972). Este modelo constituyó un gran avance para el estudio de la Economía de la Salud, el mismo que fue trabajado y estimado posteriormente por varios autores como Wagstaff (1993) y Gerdtham (1997). El modelo de Grossman analiza la salud como un bien de capital y de consumo. Algunas características del modelo ya fueron mencionadas en este escrito.

El modelo permite estudiar las decisiones de los individuos según la edad, la educación y el ingreso. Se concluye que a medida que avanza la edad se va evidenciando una depreciación del stock de salud por causas biológicas; así, aunque la demanda por atención en salud aumente, la tasa de depreciación seguirá creciendo. La educación se analiza como un insumo para la producción de salud. Un aumento en el nivel de educación influye en el deseo de las personas por alcanzar mejores niveles de salud. Mientras que una tasa de salario elevada conduce a la sustitución de bienes de mercado por la producción de buen estado de salud (Tovar y Arias, 2005).

### ***Rendimientos marginales y elasticidades***

Gimeno, Rubio y Tamayo (2005) establecen que el rendimiento de la inversión en salud es mayor cuanto mayor sea la renta, si este está relacionado con los días de trabajo. Sin embargo, si no están presentes las variables de renta, invertir en salud seguirá siendo un incentivo tanto para personas

que trabajan como para desempleados o jubilados, ya que el estado de salud está presente en la función de bienestar.

Cuando las personas se encuentran alejadas del óptimo de salud, presentan una demanda rígida, ya que mayor será la necesidad de demandar asistencia sanitaria con una utilidad marginal alta. Con la presencia de precios altos es probable que las personas sanas disminuyan la demanda de atención médica, mientras que las personas enfermas seguirán demandando los servicios si no suponen cambios excesivos en los precios (Gimeno, Rubio y Tamayo, 2005).

La atención en salud considera bienes y servicios diversos, los cuales dependiendo de las características de cada uno, tendrán una demanda más rígida. Así entre más concreta sea la demanda se observará un comportamiento más inelástico; por ejemplo, las operaciones serán más inelásticas que las consultas médicas. Otro ejemplo, sería que la demanda hacia un profesional no será tan rígida si los precios del servicio difieren en gran magnitud con los de sus colegas (Gimeno, Rubio y Tamayo, 2005).

### ***La Oferta en atención médica***

Gimeno, Rubio y Tamayo (2005) indican que la oferta estudia las alternativas de producción y sus costos, sustitución de insumos, remuneración y métodos e incentivos en los servicios (Mills y Gilson, 1988). La complejidad de la oferta en salud se presenta por el tipo de bien demandado, ya que no se desea demandar directamente el servicio sanitario, sino obtener un nivel adecuado de salud.

Existen tres peculiaridades de la oferta que dificultan su análisis:

- Complejidad del producto: La atención en salud no es un simple producto, ya que comprende un conjunto de bienes y servicios que buscan un único objetivo como es mejorar la salud. En muchos casos la oferta y el costo de estos conjuntos de productos son independientes entre sí, lo cual dificulta el análisis de la dimensión de la calidad de una forma objetiva (Mills y Gilson, 1988).
- Complejidad de la organización: Las organizaciones comerciales, las instituciones sin ánimo de lucro e instituciones públicas ofertan en muchos casos los mismos servicios de atención médica, los mismos que están dirigidos hacia un mercado común. Otro fenómeno es el desconocimiento acerca de los determinantes del comportamiento de las instituciones sin ánimo de lucro (Mills y Gilson, 1988).
- Mercados de insumos especializados: Los insumos de la industria de atención de salud se producen en mercados especializados con un control estricto de la labor de los profesionales (Mills y Gilson, 1988).

Dadas estas características especiales de la oferta, su medición es tan compleja como la de la demanda, ya que se conoce muy poco acerca de los comportamientos de los diferentes tipos de instituciones. Sin embargo, la medición de los costos y los insumos en el mercado de la atención médica es cada vez más importante (Mills y Gilson, 1988).

Mills y Gilson (1988) indican que los métodos de financiamiento afectan la oferta y la provisión de servicios. Algunas fuentes de financiamiento se basan dependiendo hacia dónde va dirigido el gasto, así por lo general se favorece más la parte curativa que la preventiva o los gastos de capital que al gasto corriente. Los autores establecen que las fuentes de financiamiento también afectan la naturaleza de la producción tecnológica o el tipo de personal empleado. Las autoridades públicas tienden a experimentar con personal paramédico, especialmente en las zonas rurales, mientras que los proveedores privados contratan más profesionales.

Los autores también demuestran que algunos pagos y mecanismos de reembolso tienen efectos dañinos para algunos aspectos específicos del comportamiento de los proveedores, por ejemplo se realiza una intervención quirúrgica en un trabajo de parto cuando clínicamente esta no es necesaria. Así, los incentivos erróneos del comportamiento de la oferta y las políticas de financiamiento tienen un impacto en la asignación de los costos, lo cual lleva a una inapropiada provisión de servicios y contribuye a un uso ineficiente de recursos.

Gimeno, Rubio y Tamayo (2005) indican que dentro de la dimensión de la oferta, la definición de oferentes sanitarios es compleja, ya que se presentan diferentes tipos como el ente financiero, profesionales sanitarios, centros hospitalarios y de consultas. Todos ellos tendrán diferente interacción con los pacientes, lo cual conlleva a una disparidad de objetivos entre los mismos.

El objetivo del ente financiero o administrativo es evitar el deterioro del servicio con una restricción presupuestaria definida. Los centros de salud tienen una interacción directa con el paciente, es allí donde los profesionales procuran velar por la calidad del servicio por encima de las restricciones presupuestarias. Mientras que los profesionales son los gestores directos, convirtiéndose en la base fundamental para el desarrollo del sistema (Gimeno, Rubio y Tamayo, 2005).

### ***La producción de atención médica***

En economía un mercado se define como el mecanismo mediante el cual la variable precios funciona libremente para dar señales de las preferencias de los consumidores, esto afecta en la rentabilidad de los productores, lo cual alienta a la asignación de recursos, mano de obra, capital y materias primas. Este efecto promueve la competencia y la eficiencia mientras se maximizan las posibilidades de la elección de los consumidores (Mills y Gilson, 1988).

Como hemos analizado, la atención en salud funciona con particularidades en relación con los mercados de otros productos. Sin embargo, en la atención médica el precio del servicio condiciona a la demanda y la satisfacción de las necesidades de los pacientes. Si se diera el caso de una cobertura

universal y gratuita se podría observar una alta demanda de servicios que debe ir de la mano de un estudio previo del mercado, con el fin de evitar listas de espera o deudas de financiamiento. Si por el contrario, el precio del servicio no es gratuito, esto limitará su adquisición, incrementando la necesidad de brindar a la comunidad servicios complementarios (Gimeno, Rubio y Tamayo, 2005).

Gimeno, Rubio y Tamayo (2005) establecen que la atención médica es el resultado de una secuencia de procedimientos y actos con una localización y duración limitada, llevadas a cabo gracias a la interacción entre insumos, materiales y personal específico. Esta interacción hace posible el suministro de servicios a los pacientes, los cuales deben tener un correcto análisis para limitar sus funciones y alcances. Los servicios se clasifican en servicio básico y periféricos.

Los autores establecen que el servicio básico es la razón por la cual el paciente acude a la entidad sanitaria, mientras que el servicio periférico se deriva del servicio básico y son aquellos beneficios que indirectamente recibe el paciente y que darán como resultado la satisfacción del mismo. Este tipo de servicio se divide en servicios periféricos asociados y complementarios, los primeros constituyen las acciones necesarias para llevar a cabo el servicio básico, mientras que los servicios complementarios constituyen los elementos diferenciadores con la competencia, como por ejemplo el buen trato al paciente (Gimeno, Rubio y Tamayo, 2005).

El paciente le da importancia tanto al servicio central como a los servicios periféricos, incluyendo la calidad del personal y las instalaciones. Es por esto que el oferente debe identificar los servicios que va a prestar, los clientes potenciales, el mercado específico y los productos que debe ofrecer (Gimeno, Rubio y Tamayo, 2005)

En la asistencia de salud se considera que los productos satisfacen necesidades específicas, dichos productos van de la mano de los servicios. Así por ejemplo, para diagnosticar un tumor maligno, se puede llevar a cabo por medio de una mamografía u otro tipo de tecnología (Gimeno, Rubio y Tamayo, 2005).

Tomando en cuenta estas particularidades desde el punto de vista del oferente de salud, el mercado específico se define como la interacción del conjunto de tecnologías que satisface las necesidades de un grupo particular de pacientes. Así cada grupo de pacientes con determinada enfermedad formarán parte de un mismo mercado (Gimeno, Rubio y Tamayo, 2005).

El producto mercado se define como un grupo de pacientes que al ser tratados bajo cierta tecnología, sus necesidades han sido satisfechas. Los pacientes pueden presentar la misma necesidad, pero son tratados con diferentes métodos, para lo cual se presentan diferentes productos mercado. Mientras que la industria se define como el conjunto de mercado que a pesar de las particularidades de los pacientes y sus necesidades, se basan en una tecnología similar. Se debe observar entonces la caracterización de la oferta y no especificidades de los pacientes en el mercado (Gimeno, Rubio y Tamayo, 2005).

## ***Inversión en Salud y Crecimiento Económico***

El estudio de Sachs sobre macroeconomía y salud (2001), plantea como meta de desarrollo económico aumentar la esperanza de vida en la población en situación de pobreza. Esta situación de pobreza hace referencia tanto a los países con bajos ingresos como a los países con ingresos medios.

Para lograr este objetivo Sachs (2001) plantea prioridades en salud pública como controlar las enfermedades contagiosas y mejorar la salud materno-infantil. Adicional a esto se deben realizar programas de planificación familiar, mediante las cuales las familias tendrán la posibilidad de tener menos hijos para así invertir en salud y educación.

El autor plantea que el gasto estatal debe estar orientado hacia la población pobre de acuerdo con la priorización que ofrece la incidencia epidemiológica y económica. Se podrían destacar argumentos importantes en la obra, tales como examinar las relaciones entre inversión en capital humano, desarrollo social y crecimiento económico en el largo plazo. Igualmente, se deberán realizar análisis sobre la sostenibilidad y viabilidad del financiamiento de los sistemas de salud (Sachs, 2001).

Sachs (2001) establece que los hábitos de vida podrían limitar el desarrollo de enfermedades no contagiosas por medio de una buena dieta y actividad física. En consecuencia, los países deberán invertir en acciones preventivas, las cuales tienen costos bajos comparados con la atención que requiere un individuo si se le diagnosticare cierta enfermedad. Es de gran importancia tener en cuenta la salud materna, ya que mejorando las condiciones y salud de las mujeres se puede llevar a cabo un crecimiento económico y una reducción del crecimiento poblacional.

El autor plantea que la salud es un factor para el desarrollo económico, lo que implica la existencia de la interacción de sectores para desarrollar una efectiva estrategia de planificación económica y social (Sachs, 2001). Estos sectores comprenden:

- Capital Humano: Desarrollo físico y cognitivo, educación, desarrollo laboral.
- Capital Empresarial: Oportunidades laborales, inversiones fijas, organización de la fuerza laboral.
- Tecnología: Innovación nacional, promoción de tecnología extranjera, desarrollo científico para la producción.

Sachs (2001) indica que las estrategias deben desarrollarse por políticas económicas para una correcta gestión que lleve a la provisión de bienes públicos. Estas deben dar como resultado un desarrollo económico medible y altos niveles del producto nacional bruto por habitante con una consecuente reducción de la pobreza.

## ***Contexto para la promoción de Salud***

Sachs (2005) analiza que una estrategia de salud pública eficaz deberá realizar un profundo estudio de las interacciones de las condiciones sociales, económicas, demográficas, ecológicas y políticas. Se deben analizar cuatro aspectos para una política de salud completa: infraestructura y tecnologías básicas para la salud, condiciones económicas, condiciones sociales y globalización, las cuales se analizan a continuación según el autor.

- Las inversiones en tecnologías: No están solamente dirigidas al ámbito médico sino también a todos los factores complementarios como la gestión ambiental y la agricultura. Por su parte, la inversión en infraestructura contempla tanto las condiciones físicas como también el manejo de herramientas prácticas. La estructura de salud se la puede caracterizar por un manejo adecuado de desechos, acceso a agua potable, manejo de aguas residuales y seguridad en la preparación alimentaria.
- Condiciones ecológicas: Las estrategias de inversión pública dependerán de las características propias del medio ambiente con factores tales como temperatura, agua potable, clima, riesgos medio ambientales y densidad poblacional. Los costos y efectividad de una política específica varían de acuerdo con estos vectores.
- Condiciones Sociales: La educación de la población incrementa la buena salud, con especial énfasis en el alfabetismo de las mujeres, ya que se ha comprobado que las mujeres invierten más recursos en educación y salud de sus hijos que los hombres. Las discriminaciones por sexo y minorías ocasionan la pérdida de salud y valioso capital humano que afecta el crecimiento económico de una nación.
- La globalización: Brinda una integración entre países, con un efecto positivo para los avances científicos en el campo de la medicina, ya que tiene una mayor propagación y la innovación puede beneficiar a la salud mundial.

Los países con bajos recursos tienen desafíos en la globalización, ya que el intercambio mundial puede ocasionar fuga de cerebros desde los países más pobres hacia las grandes potencias. Otro factor son las competencias entre capitales por atraer inversiones extranjeras, lo que conlleva a que muchos gobiernos disminuyan sus impuestos para competir internacionalmente, lo cual puede ocasionar una disminución en el financiamiento público de la salud. La globalización también puede propiciar el contagio acelerado de enfermedades y afectar algunos hábitos de la población como la alimentación.

## ***La Salud en las Mujeres***

El empoderamiento y la búsqueda de equidad de género se han convertido a través de la historia en importantes objetivos para los países del mundo. La Carta de las Naciones Unidas (CNU) de 1945

tuvo un papel primordial en la búsqueda de la igualdad de los derechos de las mujeres. Sin embargo, a pesar de que 51 Estados firmaron la CNU solo 30 de ellos permitían el voto femenino y la participación en cargos públicos. Los Estados firmantes tenían la obligación de atender las necesidades en materia de derechos de las mujeres, entre ellos la salud (ONU, 2010).

Las obligaciones durante los primeros tres decenios se centraron en los derechos jurídicos y civiles, los cuales no pudieron garantizar la igualdad de las mujeres (UNIFEM, PNUD: 2004). Por esto fue necesario que en 1967 se llevara a cabo la Declaración sobre la eliminación de la discriminación contra la mujer, la cual enfatiza temas como la igualdad de derechos jurídicos, elección popular, propiedad de bienes, prostitución, trata de personas, educación, derechos en la vida económica y social, entre otros (Asamblea General ONU, 1967).

En 1979 se realiza la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). Se confirma lo expuesto por la declaración de 1967 y abarca con mayor profundidad todos los derechos económicos, culturales y sociales, también denominados derechos de segunda generación. Se analiza no solo el derecho a la salud desde el uso de los servicios sanitarios de calidad, sino también la participación en sociedad y el empoderamiento de las mujeres (ONU, 1979).

En 1980 se lleva a cabo la II Conferencia Mundial de las Mujeres en Copenhague, en donde se evaluaron los logros alcanzados desde 1975 con la primera Conferencia de México. Se evidenció las consecuencias de la inequidad en todas las relaciones sociales y la urgencia de medidas de desarrollo por parte de los gobiernos. Se estudiaron tres grandes ejes de igualdad, los cuales abarcan el acceso a la educación, oportunidades de empleo y atención a la salud (ONU, 2005).

La Conferencia dio como resultado un programa de acción que tomó en cuenta los factores por los cuales las mujeres no logran el pleno ejercicio de sus derechos. Entre los factores se encuentran, la inadecuada participación del hombre, la poca voluntad política, recursos financieros, baja participación de las mujeres en cargos de toma de decisiones y la sensibilización de las propias mujeres de acuerdo con las oportunidades (ONU, 1980).

La III Conferencia Mundial de las Mujeres en Nairobi (1985), evaluó los impactos de las medidas de los Estados para lograr los objetivos del Decenio de las Naciones Unidas: igualdad, desarrollo y paz. Gracias a una amplia evidencia se demostró el escaso impacto de las medidas implementadas a favor de los derechos de las mujeres, lo cual dio como resultado el incumplimiento de los objetivos del Decenio. Se presentaron tres medidas generales, las cuales abarcan medidas constitucionales y jurídicas, adopción de decisiones y la participación social y política (ONU, 2005).

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en el Cairo en 1994 dio como resultado una guía de acción para los próximos 20 años. La cumbre no solo analizó aspectos demográficos, sino que se centró en la protección de los derechos humanos según las necesidades particulares de mujeres y hombres. Entre los temas sensibles a la equidad e igualdad de género se encuentran: el empoderamiento de la mujer, la familia, derechos reproductivos, planificación

familiar, sexualidad, maternidad sin riesgos y enfermedades de transmisión sexual. Se demostró la importancia del sector salud en el logro de los objetivos de igualdad y equidad (ONU, 1995).

Para reforzar las medidas de la CIPD se llevó a cabo en 1995 la IV Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing, que vinculó la importancia de la salud de la mujer. Se evidenció que el acceso a atención primaria conlleva a un nivel elevado de salud física y mental, los cuales son importantes mecanismos para lograr el empleo productivo, la erradicación de la pobreza y la integración social (ONU, 1996).

En 2001 el Secretariado General de las Naciones Unidas para dar seguimiento a los ocho objetivos promulgados en la Cumbre del Milenio en 2000, presentó una *Guía General para la Aplicación de la Declaración del Milenio*. Entre los ocho objetivos se encuentran mejorar la salud materna, la promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer (ONU, 2001).

La Organización Panamericana de la Salud-OPS ha demostrado un compromiso con los derechos de salud de las mujeres. Para ello se implementó en 2002 la Política de Género de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2005 la Política de Igualdad de Género de la OPS, y la Estrategia de Género de la OMS en 2006 (OPS, 2005).

### ***Igualdad y equidad en la Salud***

El análisis de género comprende las diferencias en condiciones, participación, recursos, poder y desarrollo entre hombres y mujeres. Estas diferencias se presentan por los distintos roles que se han asignado a través de la historia tanto para hombres como mujeres en la sociedad y cultura. En este análisis se puede estudiar la discriminación de género, la cual se refiere a la transgresión de derechos igualitarios y se expresa a través de prácticas que van en contra de los intereses de hombres y mujeres como el sexismo (CONAMU, 2011).

El género se produce históricamente como una estructura social y cultural, así los roles de las mujeres y hombres se pueden cambiar y no son naturales. También toma en cuenta entre muchos otros elementos las diferencias de clase, generacionales, étnicas, religiosas, de orientación sexual y geográfica. La categoría de análisis de género puede analizar la construcción y organización de lo femenino y lo masculino (CONAMU, 2011).

Según la OPS (2005) no se debe confundir entre sexo y género. El sexo se refiere a las características biológicas entre hombres y mujeres, mientras que el género describe las relaciones socialmente construidas por la sociedad, la división de roles y el poder que determinan condiciones sociales y económicas específicas.

Dentro del ámbito de la salud es importante realizar una diferenciación entre igualdad y equidad. La igualdad de género refleja la capacidad de ejercer los plenos derechos para tener una salud adecuada y poder participar en el desarrollo de los determinantes y beneficios de la salud (OPS, 2005). Esta no se mide a través de la comparación entre tasas similares de mortalidad o morbilidad si

no en niveles de bienestar comparables entre mujeres y hombres. No solo se debe analizar el sexo opuesto sino los niveles de bienestar alcanzados por los grupos con mayores ingresos dentro del mismo sexo (OPS, 2005).

Para poder ejercer el derecho a la salud es indispensable la igualdad en cuanto a determinantes socioeconómicos como alimentación, vivienda, educación, trabajo, tecnología, salarios y ambiente sano (OPS, 2005).

La Organización Panamericana de Salud (2005) indica que en el ámbito de la salud la equidad de género se refiere a las intervenciones para eliminar las desigualdades entre hombres y mujeres en el acceso a recursos para la promoción y desarrollo de la salud. Por lo cual, el estudio indica que se debe realizar una asignación de recursos de acuerdo con las necesidades particulares entre hombres y mujeres, independientemente de los ingresos que se tengan. Además, la carga financiera del cuidado de salud no debe tomar en cuenta las cargas asociadas con el sexo, la edad y las enfermedades. Esta debe ser socialmente distribuida de acuerdo con la capacidad económica de las personas (OPS, 2005).

### ***La división del trabajo y la salud***

Pérez (2005) establece que en Economía los estudios de género se enfocan en dos sentidos; el primero cuestiona la base de los modelos de estudios existentes, mientras que el segundo toma los modelos y teorías económicas como base y les incorpora el estudio de las mujeres. Este último se conoce como Economía de Género, que comprende estudios de equidad y empirismo feminista.

Los estudios de equidad tienen como objetivo resaltar los aportes hechos por mujeres en el desarrollo de la ciencia, los cuales han sido subvalorados a través de la historia. Esta disciplina analiza las causas de discriminación y representación femenina en el campo científico. Mientras que el empirismo feminista analiza la ausencia de análisis económicos de las condiciones de las mujeres. Su objetivo es revertir errores históricos bajo los métodos y teorías preexistentes, considerando la influencia de las relaciones de género en el desarrollo de los mercados. Uno de sus objetivos es conocer las causas de la discriminación en el mercado laboral (Pérez, 2005).

Partiendo de la raíces, el concepto de trabajo como riqueza, producción y medio de progreso se presenta en el siglo XVIII y se afianza con la industrialización en los siglos XIX y XX. Es allí donde se presenta una clara división sexual del trabajo, en donde el hombre trabaja fuera del hogar y la mujer se encarga del trabajo doméstico con un rol de dependencia económica (Legarreta, 2006, citado en Imeda, 2011). Posteriormente en los años 60 y 70 las mujeres tienen la necesidad de tener un trabajo remunerado, mientras que otras sin posibilidad de conseguir un trabajo permanecen como amas de casas. Cada una de estas situaciones tiene determinantes diferentes en la salud (Cedillo, 2007, citado en Imeda, 2011).

Estos acontecimientos desarrollaron la división del trabajo, que a su vez, analiza las responsabilidades, recursos y beneficios que se generan a partir de las actividades que realizan hombres y mujeres de acuerdo con los roles socioculturales. Generalmente existen tres divisiones de actividades, reproductivas, productivas y comunitarias (Alfaro, 1999).

Las actividades reproductivas se relacionan con la condición biológica de reproducción y comprenden el cuidado de la familia, las actividades domésticas, educación de los hijos, cuidado de adultos mayores y enfermos. Por lo general las mujeres realizan este tipo de actividades, las cuales no son remuneradas ni valoradas, dejando a un lado su importancia en el desarrollo de las economías (Alfaro, 1999).

Principalmente los hombres se han situado dentro de las actividades productivas con la participación en el mercado laboral. Esta actividad genera ingresos para el consumo propio y para la manutención de la economía familiar. Por su parte las actividades comunitarias las desarrollan hombres y mujeres; comprenden tareas relacionadas con la organización social dentro del hogar y en la comunidad (Alfaro, 1999).

En muchos casos las mujeres deben cumplir los tres roles, con una carga laboral mayor que los hombres y sin recibir ningún reconocimiento por ello. Dado que las mujeres se encargan del cuidado de las personas, existen ocasiones en que las mujeres deben abandonar sus trabajos para cumplir con estas responsabilidades. Además muchas políticas se llevan a cabo sin tomar en cuenta esta carga laboral, afectando la salud y seguridad económica de las mujeres (OPS, 2008).

Las mujeres constituyen la base de la promoción y desarrollo de la salud. Esta responsabilidad lleva a que sean las principales afectadas en los cambios de políticas públicas de atención en salud. Dichas políticas no toman en cuenta la invisibilidad económica y las restricciones de costos y tiempo que se les impone a las mujeres (OPS, 2008).

Según la OPS (2008), actualmente existe una creciente demanda de atención en salud por los cambios del perfil epidemiológico dado el envejecimiento de la población. También se presenta una alta participación de las mujeres en el mercado laboral. Esta situación conlleva a una disminución de la oferta de cuidado en el hogar por parte de las mujeres. Es por esto que se debe realizar un análisis real de los costos de la provisión del cuidado en el hogar, con el fin de redistribuir dichas responsabilidades entre mujeres y hombres, la comunidad y el Estado.

Para contrarrestar las desigualdades en la división del trabajo nace en 1970 el enfoque de Mujer en el Desarrollo (MED), con el objetivo de dar capacitación y oportunidades a las mujeres en labores productivas, facilitando el acceso a tecnologías, crédito y asesoramiento. Este enfoque se considera instrumental ya que no se tomó en cuenta las actividades reproductivas y comunitarias; por el contrario se le impuso a la mujer doble y triple jornada laboral (CONAMU, 2011). Para contrastar esto en 1980 surge el enfoque de Género y Desarrollo (G&D), que analiza las relaciones entre géneros. Este enfoque reafirma la necesidad de plantear los efectos desiguales por género en el

diseño y ejecución de programas, políticas y proyectos, para lograr estrategias de desarrollo equitativas que busquen la autonomía económica (CONAMU, 2011).

En Australia en 1984 surge otra iniciativa para la búsqueda de la equidad. Se trata de los presupuestos con enfoque de género. Esto ha servido para que numerosos países hagan esfuerzos por implementar sus principios, incluido el Ecuador. El presupuesto con enfoque de género reconoce las contribuciones remuneradas y no remuneradas que diferencian a hombres y mujeres, también analiza las necesidades, intereses y realidades diferentes entre los géneros (Jubeto, 2006, citado en Molestina, 2013).

Algunos de los principios rectores del presupuesto con enfoque de género son la transversalidad de género en las diferentes áreas de los presupuestos y las políticas, la promoción de efectividad y eficiencia de los recursos, la evaluación de la recaudación y la asignación de los recursos en los gobiernos. El presupuesto se centra en la priorización correcta de los recursos y no en incrementos o en cambios de asignaciones en los sectores particulares (Elson, 2002)

## ***Monitoreo de las Políticas de Salud***

La Organización Panamericana de la Salud (2005) en su publicación “Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud”, expone un marco conceptual para facilitar y apoyar las políticas públicas de salud con equidad de género.

El énfasis en la eficacia y eficiencia en las intervenciones públicas en salud de las mujeres es primordial, ya que se considera a las mujeres como el motor de la gestión de salud dentro de la familia, con un mayor efecto en los niños y niñas. Por esto es relevante combatir las desigualdades de género en salud, ya que las mujeres tienen diferentes necesidades y requieren una mayor inversión (OPS, 2005).

Otras evidencias sugieren que algunas enfermedades afectan en diferentes dimensiones a hombres y mujeres, además la violencia intrafamiliar afecta principalmente a las mujeres. Existen necesidades de atención sanitaria como las relacionadas con la reproducción que son exclusivas de las mujeres; por esto la importancia de las decisiones sobre la salud reproductiva, sexualidad y anticonceptivos. También se debe tomar en cuenta que los gastos en salud absolutos y relativos, son mayores para las mujeres OPS (2005).

La OPS (2005) realiza un análisis de los sectores políticos, legales, económicos y sanitarios, para realizar una correcta política pública con equidad de género, los cuales comprenden:

- Perfil Demográfico: Para realizar un correcto análisis de las necesidades de una población desde un enfoque de género, es importante observar los patrones de fecundidad de las mujeres en edad reproductiva, como también llevar a cabo estudios de las estructuras por grupos de edades, distribución territorial y las tasas de mortalidad y morbilidad.

- Educación: Existen grandes diferencias en el acceso a la educación entre hombres y mujeres, especialmente en zonas rurales y en grupos minoritarios. Se ha observado en muchos casos que a pesar de existir equidad educativa, ésta no se ve reflejada en salarios y en la participación política en la sociedad.
- Trabajo: Las mujeres siguen teniendo el rol principal en las labores domésticas del hogar, el cual representa un aporte sustancial para el desarrollo de la sociedad y las economías. El trabajo doméstico no está cuantificado ni remunerado. Este rol dificulta la participación laboral de las mujeres. Irónicamente aquellas mujeres que forman parte del mercado laboral presentan diferencias salariales y limitada participación en cargos directivos.
- Participación política: Tanto en el poder ejecutivo como en el legislativo la participación femenina sigue siendo minoritaria, lo que limita la representación de sus intereses. Es importante el desarrollo y aprobación de leyes y políticas en pro de la equidad de género como divorcio, violencia de género, anticoncepción, paternidad, fuero maternal y aborto.

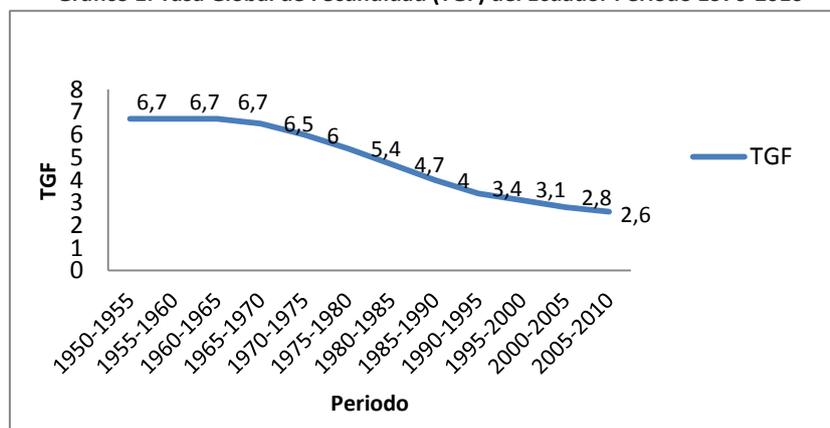
## Capítulo 1: Diferencias entre Mujeres y Hombres en los Determinantes Sociales de la Salud en la Parroquia de Quito

En este capítulo se realiza un perfil de género y salud para la Parroquia Quito, tomando en cuenta las recomendaciones según la Organización Panamericana de la Salud (2005) en su libro *Elementos para elaborar un Perfil de Género y Salud*. Se entiende como perfil de género a la presentación de información relacionada con los factores determinantes de salud para una población. Los datos e indicadores se desglosan por grupos de edad, nivel de instrucción y en algunos casos identificación étnica. El presente perfil contiene las características generales de la población, educación, condiciones del mercado laboral, ingresos, estilo de vida, violencia de género, salud sexual y reproductiva.

### Características de la Población

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL (2007) presenta el estudio *Proyección de la Población*. La publicación indica que entre los países de América Latina, incluido Ecuador, han experimentado transformaciones demográficas importantes, dado una disminución en la tasa de fecundidad y mortalidad. En el Gráfico 1, se puede observar que la tasa global de fecundidad (TGF) pasó de 6.5 en 1970 a 2.6 en el 2010, mientras que la disminución sostenida de la mortalidad se refleja en un aumento de la esperanza de vida, de 67.5 años para el periodo 1985-1990 a 75 años para el 2005-2010. (MSP, 2010). Estos aspectos influyen en la disminución del crecimiento poblacional y una dinámica acelerada en el envejecimiento de las estructuras de edad.

Gráfico 1: Tasa Global de Fecundidad (TGF) del Ecuador Periodo 1970-2010



Fuente: Ecuador. Proyecciones de Población 1950-2025 INEC-CEPAL.

Elaboración: Dirección Nacional de Información, Seguimiento y Control de Gestión.

Las variables que intervienen en la reducción de la fecundidad han sido estudiadas desde diferentes enfoques, entre ellos Davis y Blake (1956) y Bongarts (1978). Los análisis presentan como principales variables la edad en que las mujeres se casan, los anticonceptivos, el aborto inducido y la infertilidad post parto (CELADE, 2003). Sin embargo, se ha demostrado que los determinantes con

un mayor efecto son la edad de inicio a las relaciones sexuales, también relacionada con la nupcialidad y el uso de métodos modernos anticonceptivos. El primero explica cerca del 50% de la variación, mientras que el uso de anticonceptivos presenta una importancia del 40% (CEPAL, 2011).

Todos estos factores están directamente relacionados con la educación de las mujeres, así en el Ecuador el analfabetismo de mujeres pasó de 14% en 1990 a 7.7% en 2010 (Villacís y Carrillo, 2012). El aumento en los niveles educativos de las mujeres con el decrecimiento de la fecundidad ha contribuido al incentivo de oportunidades culturales, económicas y sociales. Este escenario incentiva a la reducción de las desigualdades de género con un empoderamiento de las mujeres sobre las decisiones de su vida sexual y reproductiva, mejorando su salud y las condiciones socioeconómicas de la población (CEPAL, 2011).

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL (2011), la reducción de la fecundidad brinda una oportunidad para la elaboración de políticas económicas, con el fin de mejorar las condiciones de vida dentro de los hogares. Este escenario, permite una reestructuración de los grupos de edad, con un importante crecimiento de la población económicamente activa frente al decrecimiento de la población económicamente dependiente<sup>1</sup>, fenómeno conocido como bono demográfico.

El bono demográfico debe ser aprovechado por los Gobiernos por medio de un financiamiento adecuado en la actualidad, el cual generará ahorros futuros. Las inversiones deben ir encaminadas en disminuir la pobreza, mejorar la educación, acceso a la salud, trabajo y protección social (CEPAL, 2008). En cuanto a la salud el bono presenta una oportunidad única, dado que los adultos mayores y los niños presentan el mayor gasto en salud en relación con los otros grupos etarios, este bono permite una disminución de la presión fiscal por parte de estos grupos. Sin embargo, dado que este fenómeno es transitorio, ya que la tasa de envejecimiento de la población vuelve a crecer, se debe aprovechar para invertir en la salud de la población, con especial énfasis en los menores (Saad, Miller, Martinez y Holz, 2012)

Si se permite que el bono actúe por sí solo, sin realizar inversiones sociales adecuadas, se perjudican las oportunidades y calidad de vida de varias generaciones. Si las personas jóvenes no reciben una educación de calidad, acceso a servicios de salud, entre otros elementos, se dificulta la obtención de empleos de calidad en el futuro, lo cual también afecta los ingresos para la vejez (CEPAL, 2008). Por lo tanto, se puede concluir que si no se invierte en la actualidad en los menores, esto tiene no solo consecuencias en el crecimiento económico futuro sino en la carga fiscal para el Estado y en un sinnúmero de indicadores socioeconómicos que determinan la calidad de vida y el desarrollo de las sociedades.

Según datos del CENSO poblacional-INEC 2010, los comportamientos demográficos en la Parroquia Quito evidenció una tasa de crecimiento anual de 2.17% desde 1990 hasta el 2001 y de 1.51% desde el 2001 hasta el 2010. El crecimiento de la población es menor en comparación a periodos anteriores

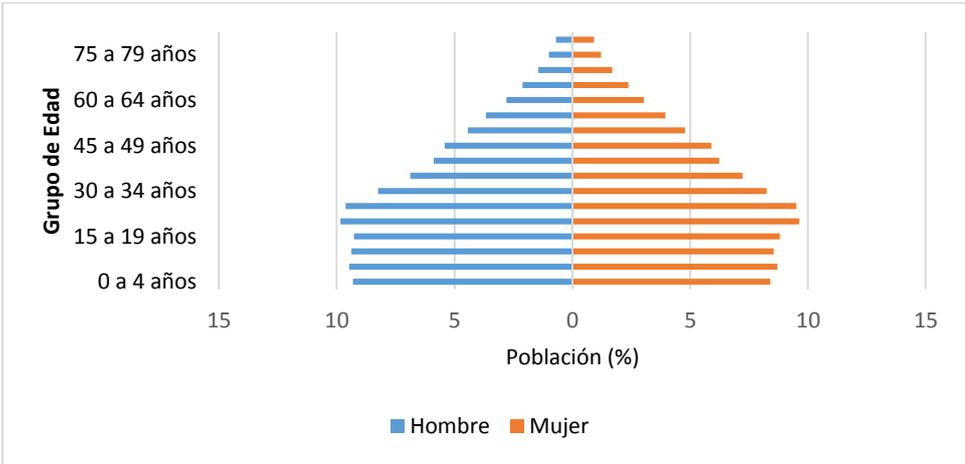
---

<sup>1</sup> Personas menores a los 15 años tienen cada vez menor peso en relación con las personas en edad con mayor productividad, es decir el grupo comprendido entre los 15 y los 65 años

gracias a la disminución de la fecundidad y la mortalidad. Así para el 2010 la ciudad tiene una población de 1.619.146, de los cuales el 52 % corresponde a mujeres y el 48% a hombres.

En los hombres el 66% corresponde a la población económicamente activa (PEA) y el 34% a la población económicamente dependiente (PED), constituida por el grupo de edad menor a 15 años y la población mayor a 65 años. Para las mujeres el 67% corresponde a la PEA y el 33% a la PED. Estos comportamientos se pueden observar en el Gráfico 2.

**Gráfico 2: Pirámide Poblacional Parroquia Quito periodo 2010**



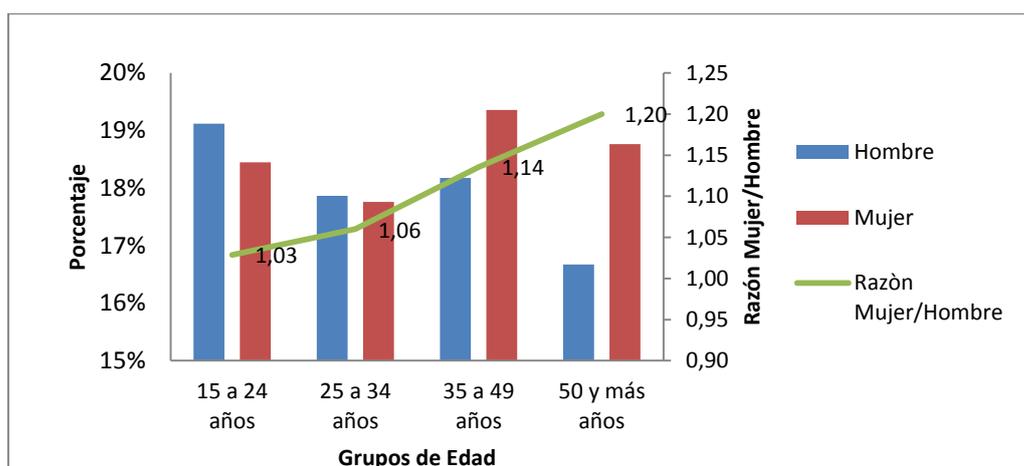
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010. INEC

Elaboración: María Cristina Restrepo

El presente estudio considera a la población en cuatro grandes grupos de edad: de 15 a 24 años, 25 a 34 años, 35 a 49 años, y mayores a 50 años. Como se puede observar en el Gráfico 3, dado que las mujeres tienen una mayor población en relación con los hombres, la razón mujer/hombre<sup>2</sup> es siempre mayor, con especial incidencia dentro del grupo de edad mayor a 50 años. Esto gracias a que, según datos del Ministerio de Salud (MSP, 2010), a nivel nacional las mujeres son más longevas, con una esperanza de vida de 78 años frente 72 años de los hombres.

<sup>2</sup> Es la división entre el número de mujeres para el número de hombres. Si el indicador es mayor a uno, existe una mayor participación de las mujeres, mientras que si el indicador es menor a uno los hombres tienen una mayor participación.

**Gráfico 3: Distribución de Hombres y Mujeres en la Parroquia Quito según Grupos de Edad**



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010. INEC

Elaboración: María Cristina Restrepo

El análisis de la autoidentificación cultural, el estado conyugal y los roles dentro de la familia, son factores que evidencian las características de la población y su relación con las diferentes dinámicas dentro de la sociedad. Según el Censo de Población y Vivienda – 2010, en la Parroquia Quito la auto identificación mestiza presenta los mayores porcentajes con 83% de las mujeres<sup>3</sup> y el 82% de los hombres. Tanto hombres como mujeres se consideran un 7% blancos, 4% indígenas, 3% afro ecuatorianos y 1% montubios, mientras que 2% de los hombres se consideran mulatos frente a 1% de las mujeres.

Según el estado conyugal tanto hombres como mujeres se distribuyen en su mayoría entre casados y solteros. Así del total de hombres el 41% está casado y el 39% está soltero, mientras que del total de las mujeres el 38% están casadas y 35% están solteras. La mayoría de hombres y mujeres casadas se encuentran en el grupo de edad de 35 a 49 años y mayores a 50 años.

Las mujeres tienen una participación mayor en relación con los hombres entre la clasificación de separados, divorciados y viudos, con 64%, 66% y 80%, respectivamente. Tanto hombres como mujeres separados se encuentran entre los 35 a 49 años, mientras que la mayoría de divorciados y viudos se encuentran en el grupo mayor a los 50 años.

Dentro de los roles familiares se encuentra el jefe de hogar, el cual se define como el responsable del sustento económico o como aquella persona que se auto identifica o al que los otros miembros del hogar reconocen como tal (FAO, s.f). Para la Parroquia Quito del total de las personas que se consideraron ser jefes de hogar, el 70% corresponde a hombres frente al 30% de mujeres. La mayoría de los jefes de hogar hombres son casados, mientras que la mayoría de mujeres jefes de hogar son solteras, este contexto muestra los patrones de comportamientos de la mujer dentro del matrimonio y la dependencia económica, lo cual influye en la toma de decisiones de las mujeres.

<sup>3</sup> Aproximadamente 1% de las mujeres dijo identificarse con otra autoidentificación.

## **Pobreza**

La Organización de las Naciones Unidas –ONU Mujeres (2012) establecen que al igual que otras relaciones sociales, la pobreza también impacta en las relaciones de género, y tiene repercusiones diferentes para hombres y mujeres. Estas diferencias se dan en la intensidad, incidencia y probabilidad de formar parte del grupo de la población pobre. La evidencia muestra que los hogares con jefatura femenina presentan una probabilidad mayor de enfrentar este tipo de situaciones debido a ciertos factores como: la discriminación específica en el mercado laboral, la división sexual del trabajo con menores ingresos y la carencia de otro ingreso dentro del hogar, entre otros aspectos multidimensionales (ONU Mujeres, 2012).

La evidencia también muestra que las mujeres tienen una participación mayoritaria en la población pobre, con tendencia creciente. Además existe una correlación directa entre la composición del hogar y la pobreza, dado que se evidencia una probabilidad más alta de enfrentar a la pobreza por parte de hogares más numerosos y hogares con jefatura femenina monoparentales. (ONU Mujeres, 2012)

En el mundo 6 de cada 10 personas en condición de pobreza son mujeres y el 75% de ellas no tienen acceso a préstamos bancarios, debido a empleos precarios y la falta de derechos en relación con la propiedad. Por esta razón, a pesar de que las mujeres son más del 50% de la población mundial solo forman parte del 1% de la riqueza (PNUD, 2014). La igualdad entre hombres y mujeres tiene sentido lógico en el ámbito económico, ya que cuando las mujeres tienen acceso igualitario a educación y participan en el mercado y decisiones económicas, se convierten en un factor clave para combatir la pobreza. Esto equivale a mejores perspectivas para la reducción de la pobreza para futuras generaciones (PNUD, 2014).

Para este análisis se toma en cuenta la pobreza por ingresos en la Parroquia Quito, según el sexo del jefe de hogar, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU-2012); la cual indica que en la Parroquia Quito se observa que las mujeres tienen un nivel de pobreza mayor con 10.1% frente a 7.9% de los hombres. Las mujeres analfabetas tienen un nivel de pobreza de 34% frente a 33% de los hombres. Sin embargo, según el nivel de educación el porcentaje de pobreza disminuye a medida que aumenta la educación del jefe del hogar. De las personas sin ningún nivel de instrucción, se presenta que el 36% de los hombres son pobres frente al 34% de las mujeres. Mientras que con educación primaria estos porcentajes disminuyen pero son más elevados para las mujeres jefes de hogar, con 21% frente al 12% de los hombres. De acuerdo con el nivel de instrucción secundaria tanto hombres como mujeres presentan un nivel de pobreza por ingresos del 6%.

Al analizar por grupos etarios, a medida que aumenta la edad de los jefes de hogar disminuye el nivel de pobreza para los hombres, mientras que en el caso de las mujeres sucede lo contrario. De los jefes hombres entre 25 a 34 años, 11.8% de los hombres se encuentran en estado de pobreza frente a 12.5% de las mujeres, mientras que para el grupo entre 35 a 49 años se presenta una disminución en el nivel de pobreza en los hombres de 4.5 puntos porcentuales frente a un aumento

de 0.5 en las mujeres. No obstante, para el grupo de personas mayores a los 50 años, las mujeres presentan un nivel de pobreza de 8.7% frente a 7.4% de los hombres.

La situación de las mujeres responde a la informalidad en la participación en el mercado laboral, ya que las mujeres jefes de hogar que participan en el mercado informal, el 22% se encuentra en condiciones de pobreza frente al 12% de los hombres.

## ***Saneamiento***

Según la Organización Mundial de Salud (2008a), el suministro de agua potable, condiciones sanitarias adecuadas y un buen manejo del agua son factores fundamentales para la salud mundial. Casi un décimo de la carga global de enfermedades se puede prevenir al aumentar el acceso a agua potable, optimizar las fuentes de agua, y mejorar las condiciones sanitarias y de higiene. Un adecuado manejo de los recursos, podría prevenir millones de muertes por diarrea, malnutrición, malaria, ahogo, entre otros. Otros beneficios incluyen niveles más altos de productividad, educación y ahorros en los sistemas de salud. La OMS (2008a) también indica que invertir en el mejoramiento de las condiciones sanitarias de la población es económicamente rentable, ya que por cada dólar invertido se obtienen 8 dólares de beneficios.

La ONU (2014) realizó un análisis de evidencia científica, el cual indica que existen cuatro grandes grupos determinantes para el acceso al agua, los determinantes sociales, económico-fiscales, demográficos y características de la población. Los determinantes sociales, se relacionan con la educación del jefe de hogar, condición de pobreza y distribución del ingreso. La educación se relaciona con la valoración que tienen las personas acerca de los beneficios de las condiciones sanitarias. En este sentido, Wolf (2009) determinó que un incremento de hasta 10% en la educación en las zonas rurales, incrementa en 17% la probabilidad de acceso a saneamiento. Por otro lado, autores como Larson, Minten y Razanfindralambo (2006) sostienen que niveles inequitativos de distribución del ingreso tienen efectos negativos en el saneamiento y acceso al agua (ONU, 2014).

La ONU (2014), indica que los determinantes económicos fiscales, toman en cuenta aspectos como el crecimiento económico y el gasto por parte del gobierno en saneamiento y agua. Los determinantes institucionales se relacionan con la existencia de corrupción, altos niveles de burocracia y credibilidad de la población hacia gobierno. Por último, los determinantes demográficos y características personales toman en cuenta factores como crecimiento poblacional, tasa de fertilidad, zona y sexo. En este sentido, se indica que a medida que aumenta la migración de las zonas rurales a las urbanas se dificulta la cobertura al total de la población. En cuanto al sexo del jefe hogar, se estima que las mujeres jefes de hogar tienen una mayor disposición al pago para el mejoramiento de las condiciones sanitarias que los hombres (Wolf, 2009, citado en ONU, 2014: 12).

Según el CENSO 2010, la eliminación de basuras en la Parroquia Quito es principalmente por medio del carro recolector con 98.8%; sin embargo, las personas acuden a otras formas de manejo de basura como la quema (0.6%), el enterramiento (0.1%), el arrojamiento a ríos, acequias o canales (0%) y otras formas (0.1%). De acuerdo con el tipo de servicio higiénico o escusado de la vivienda se

presenta que la mayoría se encuentra conectado a red pública de alcantarillado con 96.2%, seguido por 1.9% conectado a pozo séptico. También existen otros tipos con menos participación por descarga directa al mar, río, lago o quebrada con 0.8%, conectado a pozo ciego 0.7%, letrina 0.1%, mientras que el 0.3% no tiene.

En la Parroquia Quito, el agua proviene principalmente de la red pública con 97.9%, seguida del río, vertiente, acequia o canal con 1.2%, mientras que un 0.5% proviene de pozo, 0.1% de carro repartidor, y otra fuente 0.3%. Mientras que el agua que reciben las viviendas viene principalmente por tubería dentro de la vivienda 86.9%, seguida por tubería fuera de la vivienda pero dentro del edificio con 11.6%, entre otros.

## ***Educación***

Desde los años sesenta la educación se ha considerado como una de las inversiones más rentables en términos económicos, ya que propicia el crecimiento económico bajo un desarrollo sostenible, dados los efectos en la productividad y desarrollo de los individuos, esta relación también se presenta en el análisis de la salud (Subarts , 1998). Estos efectos se han demostrado en los deficientes logros para el crecimiento sostenido de algunos países con condiciones precarias de salud y educación. Así junto a la formación en el trabajo, la educación y la salud se consideran los pilares del capital humano (Sachs, 2001).

Sachs (2001) establece que la educación constituye un determinante para la salud, ya que para mejorar las condiciones de salud de la población no basta con aumentar la inversión en el sector salud. El autor indica que la salud también es un determinante de la educación, ya que el estado deficiente de la nutrición y otros problemas de salud afectan el potencial cognitivo y la capacidad de concentración, lo cual tiene consecuencias perjudiciales para el desempeño y la asistencia escolar.

La educación captura la transición de la posición socioeconómica de los padres a la posición socioeconómica propia de los adultos, también es un determinante futuro del empleo e ingreso. Refleja el intelecto y otros recursos de la familia de origen, capturando la influencia en el largo plazo de las circunstancias de los primeros años de vida en la salud adulta y su influencia en el acceso a recursos de salud (a través del tipo de empleo). Los problemas de salud en la niñez pueden limitar la asistencia y nivel de instrucción alcanzado, generando desigualdades en el acceso en la edad adulta a servicios de salud y predisposición a enfermedades, lo cual genera inequidades en la salud (OMS, 2010a).

La educación constituye la base para la reducción de la pobreza, con especial efecto en las mujeres, ya que un gran número de ellas pertenecen a familias monoparentales. Así el acceso a niveles superiores de educación representa la base para el empoderamiento de las mujeres, ya que incentiva a la salida de la subordinación bajo la autonomía en las decisiones individuales y colectivas. (CEPAL, 1998)

Invertir en la educación de las mujeres tiene un efecto multiplicador, ya que no solo propicia su desarrollo individual sino que mejora las condiciones de los niños y el acceso a la atención de la salud, dado que numerosos estudios sugieren que las mujeres con sus escasos recursos invierten montos mayores en la educación y la salud de los hijos que los hombres. También constituye la base para la toma de decisiones frente a su vida sexual y el número de hijos que desea tener, lo cual propicia la reducción de la morbilidad infantil (Sachs, 2001).

Según datos de la OPS (2011) el analfabetismo en el país ha disminuido de 25.7% para 1970 a 5.8% para el 2010; sin embargo, la proporción de mujeres analfabetas en relación con los hombres se ha mantenido constante ya que en 1970 por cada hombre analfabeto existían 1.6 mujeres analfabetas. Esta cifra para el 2010 es casi igual ya que la razón mujer-hombre es de 1.5. En el caso de la Parroquia Quito la situación es similar, ya que por cada hombre analfabeta existen 1.48 mujeres analfabetas (INEC, 2010)

En la Parroquia Quito, las mujeres presentan un índice mayor de analfabetismo con 4.9% frente a 3.6% de los hombres. Estas cifras cambian si se analiza según la auto identificación cultural. Así las mujeres indígenas presentan los índices más altos de analfabetismo con un 17%, seguido de la auto identificación mulato 7%, afro ecuatoriano 6% y tanto montubio como mestizo 4%.

Por su parte, los hombres presentan un porcentaje mayor de analfabetismo según la auto identificación indígena con 8%, y un 5% tanto para afro ecuatorianos y mulatos, mientras que el mestizo presenta un 3% de analfabetismo.

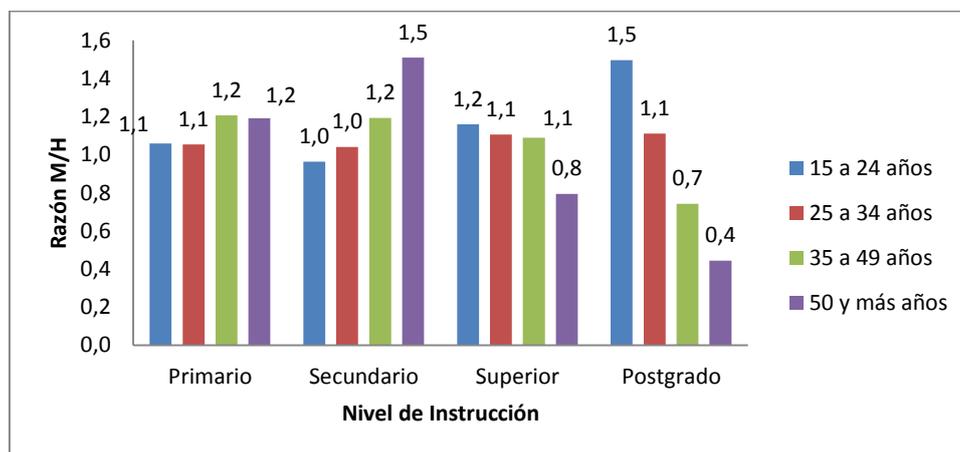
Según los grupos de edad entre los 15 a los 34 años tanto hombres como mujeres tienen un nivel similar de analfabetismo; sin embargo, es a partir de los 35 años en donde las mujeres presentan un nivel relativamente mayor. Así, de las personas que no saben leer ni escribir del grupo de edad de 35 a 49 años, el 70% son mujeres, mientras que en el grupo mayor a los 50 años que no saben leer ni escribir las mujeres representan el 76%.

En su mayoría tanto hombres como mujeres acreditan educación primaria, secundaria y superior. Sin embargo, las mujeres triplican en número a los hombres que se encuentran en la categoría centro de alfabetización, y duplican en relación con los hombres en la categoría sin ningún nivel de instrucción. Mientras que en el resto de niveles las mujeres tienen una participación relativamente igual y en algunos casos superior, con excepción en el nivel de postgrado, en cuyo caso la participación de los hombres es de 57% frente a 43% de las mujeres.

Como se puede observar en el Gráfico 4, a pesar de las brechas en la educación entre hombres y mujeres, se presenta una tendencia a la paridad de oportunidades, ya que en los grupos de edad más jóvenes se observa un cambio positivo generacional en todos los niveles educativos. Estos cambios se evidencian con mayor claridad en la participación de las mujeres en los niveles de estudios más altos como lo es la educación superior y el postgrado, en donde las mujeres de 15 a 34 años tienen una participación alta frente a la brecha existente entre mujeres y hombres mayores de 50 años.

Este cambio generacional en las mujeres, presenta una gran ventaja para su calidad de vida, ya que pueden acceder a empleos con mejores ingresos, lo cual incentiva la autonomía e independencia hacia los hombres. Esto impacta un sin número de aspectos socioeconómicos, como el acceso a servicios de salud, alimentación y actividades de ocio. La profesionalización de las mujeres no solo afecta su bienestar, sino el de las futuras familias (Subarts, 1998).

**Gráfico 4: Razón Mujer-Hombre por nivel de Educación por grupos de edad en la Parroquia Quito**



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010. INEC

Elaboración: María Cristina Restrepo

## ***Condiciones en el Mercado Laboral***

El trabajo es un determinante social de la salud, puesto que indica las condiciones y estilo de vida de la población. La ocupación se relaciona directamente con los ingresos, que a su vez pueden determinar una mejor cobertura en salud, acceso a educación e instalaciones sanitarias. La ocupación también responde a las relaciones sociales, el estrés laboral, control y autonomía, afectando la salud a través de los procesos psicosociales. Además, también es importante conocer las condiciones de las personas que no se encuentran trabajando, ya que tienen circunstancias que afectan aún más la salud individual y la de sus familias (OMS, 2010a).

En este sentido Wilkinson y Marmot (2006), dicen que la salud de las personas se relaciona con la calidad del empleo, ya que no solo se debe observar los riesgos físicos (trabajos peligrosos) sino también la salud mental. En este sentido, el estrés en el trabajo incrementa el riesgo de padecer enfermedades y muertes prematuras; sin embargo, el riesgo en estos factores es mayor en las personas desempleadas y sus familias. El autor argumenta que, tener un trabajo no siempre protege la salud física y social, es fundamental analizar la calidad y sus relaciones socioeconómicas. Estos factores buscan entender cómo el comportamiento interpersonal afecta las estructuras a nivel macro a través de acciones colectivas.

Los daños psicosociales por el desempleo se observan como una condición independiente de una enfermedad preexistente y que puede revertirse una vez la persona ha conseguido trabajo. La

relación entre el desempleo y la salud no es un análisis simple, ya que aquellas personas que se enferman en muchos casos pueden perder sus empleos, y encontrar un nuevo trabajo puede ser más difícil. También existen efectos indirectos relacionados con las características de hombres y mujeres, como bajos niveles de educación, lo cual se relaciona con riesgos en la salud, dado que son menos propensos a ser contratados (Wilkison y Marmot, 2006).

Según la OMS (2008b), existe evidencia científica sobre la presencia de una mayor mortalidad por parte de trabajadores con contratos temporales, a diferencia de aquellos que tienen estabilidad laboral. También se evidencia una relación entre la precariedad del trabajo con problemas de salud mental. El estudio indica que el 50% de los problemas de cardiopatía coronaria se relaciona con problemas de estrés laboral. Además, existen condiciones precarias en los sitios de trabajo que afectan la salud de los trabajadores, con un alto grado de exposición a riesgos físicos, especialmente en empleos de baja categoría.

La OPS (2011) indica que el análisis de género en el mercado laboral es fundamental para comprender las circunstancias y diferencias estructurales que afectan a las mujeres y cómo estas definen las relaciones psicosociales con su entorno y su salud. En este sentido, el estudio indica que en la Subregión Andina<sup>4</sup> antes de la crisis de la década de los 80 las mujeres que participaban en el mercado laboral se caracterizaban por pertenecer a la clase media y tener un nivel elevado de educación; sin embargo, el mercado laboral tenía una participación mayoritaria por parte de los hombres.

Tras el deterioro del modelo económico y la implementación de políticas de ajustes para combatir la crisis, se presentó una disminución de los ingresos del hogar dado el alto desempleo y subempleo. Esta situación incentivó a la inserción de las mujeres de sectores con ingresos bajos a participar en el mercado laboral, lo cual llevó a un crecimiento de la participación de las mujeres de aproximadamente 11% en el transcurso del periodo entre 1988 al 2008 a nivel nacional (OPS, 2011).

El acceso al trabajo remunerado por parte de las mujeres se ha desarrollado bajo cambios demográficos como la disminución de las tasas de fecundidad, mayor educación y una deficiencia de los servicios públicos de cuidado de los hijos y personas a su cargo. Este último factor dificulta la participación en trabajos de tiempo completo por parte de las mujeres, lo cual conlleva a la inserción en trabajos flexibles e informales (CEPAL, 2012).

No obstante, el crecimiento de la participación de la mujer en el mercado laboral, se refleja en una alta presencia en trabajos de baja categoría y un mayor subempleo que los hombres. Según datos de la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo- ENEMDU 2012, en la Parroquia Quito, del grupo de mujeres ocupadas el 36% son subempleadas y el 54% tienen ocupación plena. Por su parte, los hombres ocupados se dividen en 23% subempleados y 66% cuentan con ocupación plena. En el Gráfico 5, se observa que por subcategorías, las mujeres dentro del grupo de ocupados se encuentran en una situación de desventaja en relación con los hombres, ya que dentro del grupo de

---

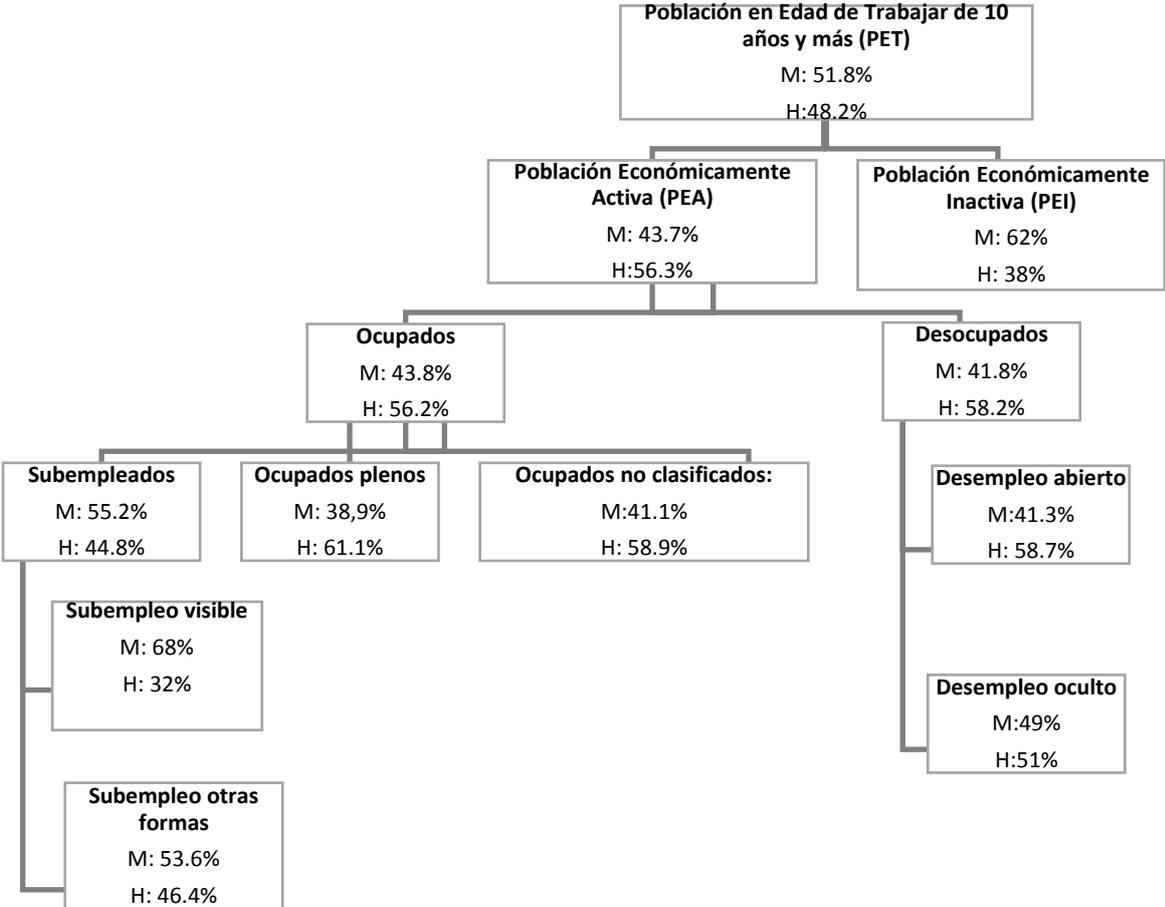
<sup>4</sup>Subregión Andina: Ecuador, Bolivia, Chile, Colombia, Venezuela.

subempleados las mujeres tienen una participación de 55%, mientras que en la categoría de ocupados plenos constituyen el 39%.

Las condiciones laborales de las mujeres se relacionan con su educación y situación económica. Dentro del grupo de ocupados plenos el 69% de las mujeres pertenecen al quintil 5, frente al 57% de los hombres para el mismo quintil de ingreso. Mientras que para el grupo de subempleados el 29% son mujeres del quintil 5 frente al 31% de los hombres. La situación de las mujeres evidencia una desigualdad en remuneración, protección social y condiciones de trabajo.

De acuerdo con el nivel de instrucción de la población ocupada, la mayoría de mujeres tienen instrucción superior universitaria con el 46%, seguida por la educación secundaria con 32%. En los hombres esta relación es inversa, ya que la mayoría presentan secundaria con 44%, seguida de superior universitaria con 33%. Si se analiza por categoría de subempleo, la mayoría de hombres y mujeres presenta secundaria con 38% y 37%, respectivamente. Esta situación evidencia que las mujeres tienen una participación importante dentro de la categoría de estudios universitarios, demostrando que la educación de la mujer sí está relacionada con la participación en el mercado laboral.

**Gráfico 5: Distribución de Hombres y Mujeres en el Mercado laboral en la Parroquia Quito**



Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU 2012). INEC

Elaboración: María Cristina Restrepo

Según la CEPAL (2012) los sectores de actividades se dividen según su productividad, en baja, media y alta. Los primeros están formados por agricultura, construcción, comercio, servicios comunales y personales, mientras que los de media productividad son la industria y el transporte. Por su parte, el sector de alta productividad está constituido por minería, energía y finanzas.

En la Cuadro 1, se puede analizar la participación de la mujer en la Parroquia Quito dentro del sector de baja productividad. Existen más mujeres que hombres en actividades comunitarias y hogares privados con servicios domésticos. Dentro del comercio la participación de la mujer es casi igual que la de los hombres; mientras que en la rama de construcción las mujeres casi no intervienen. Las mujeres también tienen una alta presencia dentro de ciertas ramas de actividades denominadas “femeninas” (CEPAL, 2012). Su participación es mayor en actividades como enseñanza, intermediación financiera, servicio doméstico, servicios sociales y de salud.

La CEPAL (2012) indica que esta segmentación horizontal parte de un problema sistemático, dados tres factores: el primero constituye la creencia de que las mujeres deben combinar su trabajo con la maternidad para alcanzar el éxito, el segundo es la reproducción de estereotipos en la escuela, en donde las mujeres deciden profesiones compatibles con la vida familiar. El tercer factor parte de la oferta laboral en la cual el mercado demanda capacidades relacionadas con el cuidado de las personas. Esto se relaciona con las profesiones, en las cuales las mujeres no tienen un alto peso como lo son las ingenierías, industria, construcción.

**Cuadro 1: Rama de Actividades la Parroquia Quito Hombres y Mujeres**

Rama de Actividad	Mujer	Hombre	Razón Mujer/Hombre
Comercio, reparac. vehíc. y efect. personales	23%	20%	0.9
Industrias manufactureras	14%	19%	0.6
Activ. inmobiliarias, empresariales y alquiler	10%	14%	0.6
Hoteles y restaurantes	9%	5%	1.4
Enseñanza	9%	5%	1.5
Hogares privados con servicio doméstico	8%	0%	53.7
Activ. servicios sociales y de salud	8%	3%	2.0
Administ. pública y defensa; seguridad social	5%	7%	0.5
Otras activ. comunit. sociales y personales	5%	3%	1.2
Intermediación financiera	3%	1%	1.5
Agricultura, ganadería caza y silvicultura	3%	3%	0.8
Transporte, almacenam.y comunicaciones	2%	11%	0.2
Construcción	1%	10%	0.1
Explotación de minas y canteras	1%	1%	0.7
Suministros de electricidad, gas y agua	1%	0%	1.5
Organizaciones y órganos extraterritoriales		0%	0.0
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU 2012). INEC

Elaboración: María Cristina Restrepo

A pesar de que las mujeres han aumentado la participación en el mercado laboral, la repartición de tareas dentro del hogar tiene un comportamiento inequitativo, ya que las mujeres siguen teniendo una carga mayor de horas en el trabajo del hogar que los hombres. La participación de las mujeres en el cuidado del hogar es la base para el desarrollo de las capacidades y cultivo de las relaciones humanas, también constituye un pilar para el desarrollo sanitario, dado que más del 80% de las atenciones de la salud necesarias para un individuo son provistas en el hogar (OPS, 2008).

En este sentido, en la Parroquia Quito tan solo el 59% de los hombres participa en los quehaceres domésticos del hogar frente al 88% de las mujeres. Sin embargo, la participación de los hombres en los quehaceres varía a medida que alcanzan mayores niveles de educación. Así mientras los hombres con nivel de primaria y secundaria presentan una participación de 52% y 62%, respectivamente, los hombres con nivel superior universitario y postgrado presentan valores de 69% y 70%. Dentro de las generaciones también se presentan diferencias significativas, ya que los hombres entre 15 a 24 años participan más que aquellos mayores de 50 años con 69% frente a 59%, respectivamente.

## ***Ingresos***

Según la OMS (2010), el ingreso de una persona es el indicador socioeconómico que mide con mayor precisión el componente de acceso a bienes y servicios. El ingreso a su vez tiene un efecto acumulativo a lo largo de la vida, y es el indicador de la posición socioeconómica que más rápido puede cambiar en el corto plazo. El estudio menciona que los ingresos tienen una alta incidencia en los indicadores de salud, ya que tiene un impacto a través del acceso a recursos y servicios de calidad como alimentación, vivienda, educación, servicios de salud, actividades de ocio, el cual a su vez se relaciona con el comportamiento.

Los ingresos y su relación con la salud también se pueden analizar desde una perspectiva de desigualdad. La desigualdad de los ingresos perjudica la cohesión social, influyendo en los vínculos sociales, ya que menores recursos sociales conllevan a una disminución de la confianza de la sociedad y participación ciudadana, lo cual puede causar condiciones que perjudican la salud. La desigualdad también trae una disminución de la inversión social y condiciones ambientales (viviendas seguras, escuelas de calidad, etc), recursos necesarios para promover la salud entre la población en condiciones de pobreza. Se debe aclarar que las personas no necesariamente están enfermas porque sean pobres, por el contrario, una mala salud reduce los ingresos personales y limita los ingresos potenciales futuros (OMS, 2010a).

Martínez (2009) en sus tesis "Estimación de la subestimación: brecha salarial por género entre profesionales en Ecuador. Año 2008" dice que a pesar de que la teoría económica indica que elevados niveles de capacitación tienen una relación directa con el nivel de ingreso de una persona, en el mercado ecuatoriano existen distorsiones profundas en los retornos monetarios de las mujeres con respecto a los hombres, a pesar de su profesionalización. Según las diferentes teorías, esto responde a factores psicológicos, sociales, históricos, estructurales y de falla del mercado, lo cual subestima el aporte de las mujeres a los niveles de desarrollo.

Las brechas entre hombres y mujeres en el salario, traen consecuencias negativas para la dinámica de la sociedad y el acceso a bienes y servicios por parte de las mujeres, lo cual no solo afecta la salud

de las mujeres sino al desarrollo de sus familias (CEPAL, 2012). Estas desigualdades no solo se observan en las brechas salariales si no en el número de horas trabajadas, ya que según datos de la ENEMDU 2012, en general en la Parroquia Quito las mujeres tienen una carga mayor de horas de trabajo que los hombres, dado que cumplen con las responsabilidades del trabajo doméstico y remunerado. En los trabajos remunerados, los hombres trabajan en promedio 43 horas frente a 40 horas de las mujeres; sin embargo, estas cumplen el doble de horas que los hombres en los quehaceres domésticos del hogar. Además, los datos (ENEMDU, 2012) indican que a pesar de que las mujeres logran equilibrar estas dos responsabilidades, se presenta una alta discriminación de acuerdo con los ingresos que perciben, ya que con la misma educación y en los mismos cargos las mujeres siguen teniendo ingresos menores.

Existen diferentes metodologías para medir la brecha del salario entre hombres y mujeres. Dado que el presente estudio muestra un panorama general, por medio de la ENEMDU 2012 y la variable ingresos del trabajo se analiza la relación entre los ingresos de mujeres y hombres<sup>5</sup> para la Parroquia Quito. En general, el porcentaje del salario de las mujeres con respecto a los hombres es del 72%, esta desigualdad es mayor si se comparan a hombres y mujeres jefes de hogar, aquí se presenta una relación de 60%. De acuerdo con la categoría ocupacional, las mujeres siempre ganan menos que los hombres, con una brecha menor cuando son empleadas privadas y una brecha más amplia cuando son trabajadoras por cuenta propia. Existe una gran desigualdad cuando el trabajo es por obra y por horas, mientras que dicha desigualdad es menor cuando el trabajo es por contrato permanente.

Como se puede observar en el Gráfico 6, las mujeres logran igualar o superar el ingreso de los hombres solo cuando alcanzan un nivel de educación de post-grado. Sin embargo, es preocupante la desigualdad de ingresos en todos los niveles educativos. De acuerdo con los grupos de edad, se evidencia una brecha de desigualdad de ingresos más significativa en las mujeres mayores de 50 años, con excepción de aquellas que alcanzan un nivel educativo de postgrado. Esta situación muestra una vulnerabilidad en los grupos de edad avanzada y un cambio de patrones en el mercado laboral en las generaciones más jóvenes.

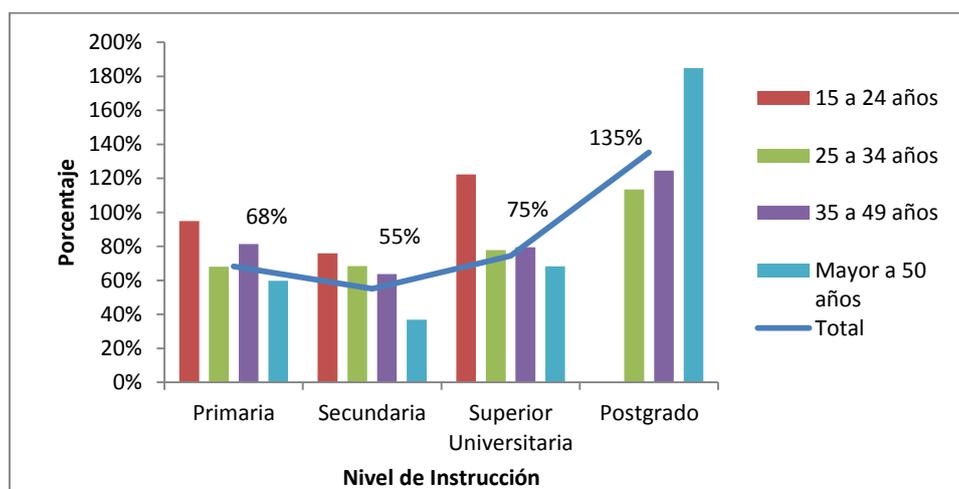
Los datos muestran que a pesar de la profesionalización de la mujer, no existe igualdad salarial entre sexos (menos postgrado); sin embargo, se observa que la brecha decrece a medida que aumenta el nivel educativo. Lo cual pone de manifiesto la importancia de la educación para lograr la autonomía económica de las mujeres. Esto incentiva al empoderamiento de las decisiones con respecto a la sexualidad, integridad física y toma de decisiones en el ámbito público<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Ingreso del trabajo de la mujer sobre el ingreso del hombre (Mujer/Hombre). Se excluye los ingresos con valores de -1, lo cual indica que la persona gasta más de lo que gana.

<sup>6</sup> Para un análisis de la brecha salarial entre sexos más detallado se debe analizar por la misma ocupación y educación la diferencia salarial. Dado que ese no es el objetivo del presente estudio no se realizaron los análisis correspondientes, tan solo un panorama general.

**Gráfico 6: Porcentaje del Salario de las Mujeres respecto a los Hombres, según Nivel de Instrucción y Grupos de Edad. Parroquia Quito**



Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU 2012). INEC

Elaboración: María Cristina Restrepo

## ***Estilo de Vida***

Las enfermedades no contagiosas se han convertido en una gran epidemia dados los rápidos cambios en el estilo de vida de la población, tales como la reducción de la actividad física, cambios en la dieta y un incremento del consumo del tabaco (OMS,2013). De acuerdo con estos aspectos los comportamientos de hombres y mujeres tienen marcadas tendencias.

La práctica de actividad física condiciona el estado de salud y la calidad de vida de la población, ya que previenen y ayudan a superar ciertas enfermedades no transmisibles, reduce la morbilidad y ayuda a la productividad del individuo. El aumento de la actividad física influye en la sociedad, ya que no se considera solamente un problema individual. Por lo tanto, exige acciones multisectoriales y multidisciplinarias bajo un enfoque cultural (OMS, 2010b).

Según el INEC en la Encuesta Nacional de Salud, Salud Reproductiva y Nutrición ENSANUT (2012), en la Parroquia Quito, los adolescentes<sup>7</sup> presentan diferencias importantes en cuanto a la realización de actividad física, ya que el 82% de los hombres y 62% de las mujeres dijo haber realizado durante los últimos 7 días alguna actividad física por lo menos una hora seguida. De estos el 43% de los hombres y 36% dijo haber realizado todos los días.

Para las personas de 20 años y menores de 60 años, existen marcadas diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la realización de alguna actividad física. Para este análisis se toman en cuenta tres categorías según la actividad física realizada en la última semana. Estas categorías se dividen en actividad física baja, moderada y vigorosa. De las personas que realizaron actividad física baja el 59% son mujeres frente al 41% de hombres, mientras que de la población que realizó actividades físicas

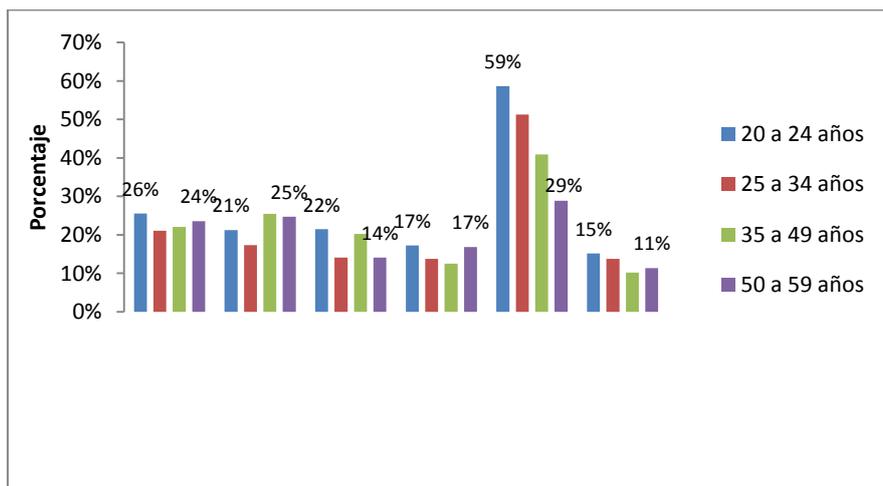
<sup>7</sup> La ENSANUT considera adolescente a las personas entre 10 y 19 años.

moderadas el 54% son mujeres frente a 46% de los hombres. Sin embargo, donde se observan mayores diferencias entre sexos, es en las actividades físicas vigorosas, ya que las mujeres presentan una participación de tan solo 29% frente a 71% de los hombres.

De acuerdo con el nivel de instrucción, el 36% de los hombres que realizan actividades físicas bajas tiene secundaria, frente al 39% de mujeres con el mismo nivel de instrucción. Curiosamente las mujeres de más alto nivel educativo (superior) participan en actividades físicas de mayor esfuerzo, con 44% para actividades físicas moderadas y 41% vigorosas.

Si bien en todas las edades es necesario realizar una actividad física, las personas mayores deben invertir más en su salud dados los cambios degenerativos de la edad, y los altos montos que pueden gastar en salud en comparación a los otros grupos etarios. Al observar el Gráfico 7, se encuentra que las personas adultas no presentan correctos hábitos en cuanto a la actividad física; sin embargo, las mujeres se encuentran en peores condiciones, ya que en actividades físicas vigorosas, el 29% de los hombres de 50 a 59 años realiza este tipo de actividades frente a 11% de las mujeres del mismo grupo etario.

**Gráfico 7: Hombres y Mujeres por Grupo Etario que realizan actividades físicas**



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Salud Reproductiva y Salud 2012. INEC

Elaboración: María Cristina Restrepo

### **Consumo de Tabaco**

Otro aspecto que influye en la calidad de vida de la población es el consumo de tabaco. En el mundo mueren cada año alrededor de 6 millones de personas, incluyendo seis mil personas que no son fumadoras, pero que son afectadas por la exposición al tabaco. Además, se estima que el consumo del tabaco será una de las principales causas de muerte en el mundo para el 2030 (OMS, s.f). Las enfermedades y muertes prematuras causadas por el consumo del tabaco afectaban principalmente a los países de ingresos altos; sin embargo, esta situación ha cambiado rápidamente y se calcula que para el 2020, 7 de cada 10 muertes causadas por el tabaquismo ocurrirán en los países de ingresos medios y bajos (OPS y Banco Mundial, 2000).

Son numerosas las enfermedades causadas por el consumo del tabaco, entre ellas se encuentran la cardiopatía isquémica, trastornos circulatorios, afecciones respiratorias, cáncer de pulmón y de otros órganos vitales. Por esto, se estima que la mitad de las personas que fuman morirán a causa de una enfermedad relacionada con el tabaco, perdiendo en promedio de 20 a 25 años de vida (OPS y Banco Mundial, 2000).

Según la ENSANUT 2012 en la Parroquia Quito, el 22% de los adolescentes, y 65% de la población mayor (20 a 60 años) han fumado alguna vez en su vida. Mientras que la población fumadora actual representa el 26% de los adolescentes y 32% de los mayores. La mayoría de adolescentes empezaron a fumar entre los 14 a 15 años (39%), mientras que el 45% de la población mayor empezó a fumar entre los 15 a 18 años. Al observar la variable sexo de los fumadores actuales, se presentan diferencias significativas, ya que de las personas adultas el 43% de los hombres fuma, mientras que en las mujeres es el 19%. Esta relación se mantiene en la población más joven con valores de 35% de los hombres y 14% de las mujeres.

Dado que la población joven es la más vulnerable a empezar a fumar, el ambiente y la educación que reciban al respecto es de gran importancia. Así de los hombres adolescentes fumadores, el 36% de ellos tienen a alguien en el hogar que fuma, este porcentaje sube para las mujeres a 54%. La perspectiva que tienen los jóvenes y las reacciones frente al tabaco difieren entre sexos, ya que de las personas no fumadoras el 61% de las mujeres le pediría a un amigo que apague el tabaco si fuma cerca, frente al 40% de los hombres.

La mayoría de mujeres fumadoras son mayores de 50 años, con una participación del 33%, mientras que el grupo de edad con mayor importancia de los hombres se encuentra entre los 35 a 49 años que representa el 30% de los fumadores.

### ***Consumo de Alcohol***

El consumo de alcohol es un factor de riesgo de morbilidad y mortalidad para la población, ya que se considera que existen sesenta tipos diferentes de enfermedades relacionadas con este tipo de consumo (OPS, 2008a). Según la Organización Mundial en Salud (2014) se estima que al año casi el 5,9% de las muertes están asociadas con la ingesta de alcohol (3,3 millones de personas), con gran preocupación en el grupo de edad de 20 a 39 años, pues el alcohol ocasiona la muerte del 25%.

La OPS (2008) establece que dentro de los factores de morbilidad y mortalidad causados por la ingesta de alcohol se encuentran las complicaciones en el periodo perinatal, varios tipos de cáncer, diabetes mellitus, trastornos mentales y de conducta, enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares, cirrosis hepática, lesiones no intencionales e intencionales. Estas últimas lesiones se observan cuanto mayor haya sido la ingesta de alcohol, situación que ocasiona violencia, maltrato familiar y un sin número de delitos. El estudio también indica que las mujeres no solo sufren graves

consecuencias en su salud si no que tienen una carga mayor por el comportamiento de sus parejas hombres, ya que se evidencia violencia familiar, carga económica y accidentes de tránsito.

Según la ENSANUT 2012, en los adolescentes el consumo de alcohol entre hombres y mujeres presenta marcadas diferencias, ya que un 30% de los hombres consumió alcohol en los últimos treinta días frente a 15% de las mujeres. El 40% de los hombres y 36% de las mujeres adolescentes dice haberse emborrachado alguna vez. Las razones para consumir alcohol son en su mayoría por diversión, con 64% de los hombres y 55% de las mujeres, mientras que un 17% de los hombres y 22% de las mujeres lo hacen por integrarse al grupo.

En la población adulta el consumo de alcohol entre hombres y mujeres también presenta diferencias importantes, ya que el 55% de los hombres dijo haber consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días frente al 28% de las mujeres. Entre grupos etarios el consumo de alcohol de las mujeres adultas presenta un porcentaje relativamente igual entre 29% a 30%, con excepción a las mayores de 50 años que presentan un porcentaje de 12%. Mientras que para los hombres el grupo etario de mayor consumo es el de 25 a 34 años con 62%, mientras que los mayores a 50 años presentan un 35%. La mayoría de hombres consumieron por primera vez alcohol siendo menores de edad con 61%, mientras que el 52 % de las mujeres lo hicieron entre los 18 y 24 años.

## ***La Violencia contra las Mujeres***

La violencia contra las mujeres toma en cuenta los abusos físicos, psicológicos, sexuales y patrimoniales, representando las desigualdades de género dentro de la sociedad dada las condiciones de subordinación en las que mujeres y niñas viven. La violencia es un problema de salud pública ya que afecta la salud física y mental, poniendo en peligro el desarrollo social de las familias. La violencia contra las mujeres tiene efectos mortales y no mortales. Dentro de los primeros está la mortalidad materna, SIDA, homicidio y suicidio, mientras que los efectos no mortales contemplan los trastornos crónicos, comportamientos negativos y la salud física, mental y reproductiva (Velzeboer, Ellsberg, Clavel y Garcia, 2003).

Dentro de los comportamientos negativos para la salud, las niñas o mujeres que presenciaron o viven violencia dentro del hogar tienden a comportamientos de abusos de alcohol, tabaco, drogas y comportamientos sexuales de alto riesgo. Las consecuencias en la salud física pueden ser discapacidad permanente, lesiones graves y alteraciones funcionales. En la salud mental la violencia causa baja autoestima, depresión, estrés postraumático, estados de pánico y trastornos alimenticios (Velzeboer et al, 2003).

La violencia tiene consecuencias devastadoras para la salud sexual y reproductiva de las mujeres, ya que los hombres que abusan físicamente de sus parejas, presentan una tendencia a tener múltiples parejas sexuales, exponiendo a las mujeres a enfermedades de transmisión sexual. La violencia sexual conlleva a embarazos no deseados, trastornos ginecológicos, abortos e hijos con bajo peso (Velzeboer et al, 2003).

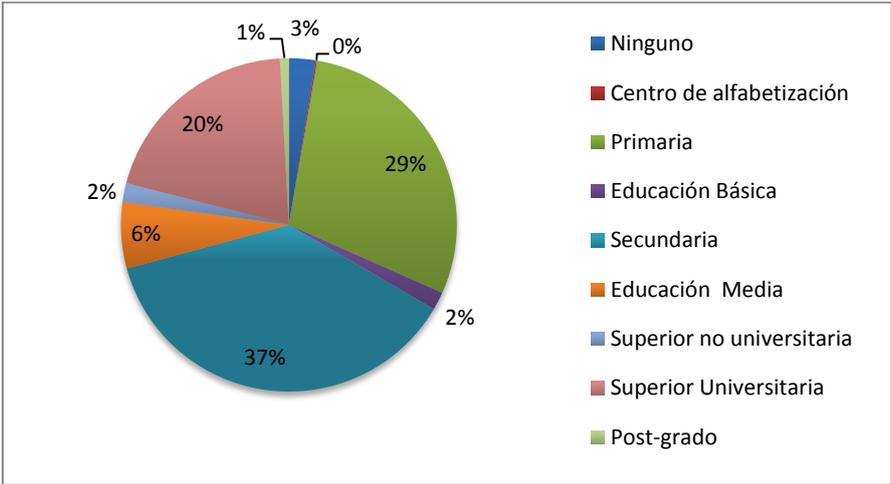
La violencia física muchas veces viene acompañada de violencia psicológica y sexual, por eso los tipos de violencia están correlacionados. Sin embargo, todos tienen la característica de ser una herramienta de chantaje por parte de los hombres, ya que utilizan amenazas como quitarles los hijos o el apoyo económico (Velzeboer et al, 2003).

Según la Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las mujeres del INEC (2011), la situación de las mujeres en la Parroquia Quito es preocupante dado los altos índices en todos los tipos de violencia, lo cual tiene un alto impacto en la vida de las mujeres y en el desarrollo de la sociedad.

En la Parroquia Quito, el 67% de las mujeres ha sufrido algún tipo de violencia. Si se analiza por los cuatro tipos de violencia se observan porcentajes elevados en todas las categorías, con 60% psicológica, 43% física, 38% patrimonial y 33% sexual. La violencia de género se evidencia en todas las clases sociales, edades y grupos étnicos.

De acuerdo con el nivel de instrucción se presentan diferencias importantes, ya que a medida que aumenta el nivel de educación, se presenta una incidencia menor de la violencia; sin embargo, en todos los niveles existen porcentajes por encima del 50%, con excepción de las mujeres que tienen postgrado (43%). Como se puede observar en el Gráfico 8, del total de mujeres víctimas de la violencia de género, se observa que la mayoría tienen un nivel de instrucción de primaria y secundaria con 37% y 29%, respectivamente; sin embargo, existe una participación de 20% de las mujeres con nivel de instrucción universitaria.

**Gráfico 8: Violencia por Nivel de Instrucción de la Víctima. Parroquia Quito**



Fuente: Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres 2011. INEC  
 Elaboración: María Cristina Restrepo

Según los datos de la encuesta, las mujeres presentan ideas erróneas respecto a los roles masculinos y femeninos, las cuales contribuyen a la aceptación de la violencia hacia sus cuerpos y los bajos índices de denuncia del maltrato. En la encuesta se les preguntó si en ciertos casos justifican que un

hombre maltrate físicamente a la mujer, estas opiniones presentan diferencias importantes entre casadas y solteras.

Entre las justificaciones se encuentran, el maltrato físico si la mujer no obedece a su esposo, en este aspecto el 3% de las mujeres casadas lo justifica frente al 1% de las mujeres solteras. Otra justificación constituye las agresiones físicas si la mujer no cuida bien a los hijos, con una aceptación del 5% de las mujeres casadas y 2% de las solteras. Mientras que la justificación con peores índices, es si la mujer es infiel, con una aceptación del 22% de las mujeres casadas y 8% de las solteras.

Estas diferencias entre mujeres casadas y solteras también se observan en la relación que existe entre el estado civil y la violencia, ya que mientras que el 65% de las mujeres casadas dice haber sufrido algún tipo de violencia, para las mujeres solteras este porcentaje desciende a 56%. Estos altos porcentajes también se presentan en las mujeres que han llevado una vida en pareja con el 88% de las mujeres separadas, 81% unidas, 80% divorciadas y 66% viudas. Según la autoidentificación étnica el mayor número de víctimas de la violencia de género se encuentra en las mujeres afroecuatorianas con 88%, seguidas de las indígenas con 79%, mientras que las mestizas presentan un rango de 66%.

## ***Salud Sexual y Reproductiva***

La salud sexual y reproductiva se observa a través del logro de la igualdad entre las personas sin importar edad, sexo, clase social y origen étnico. Las personas deben poder recibir información adecuada, tratamiento y atención en la vida reproductiva, para estar en capacidad de decidir libremente cuántos y cuándo tener hijos, así como acceder a tratamientos de problemas de infertilidad. También busca prevenir, tratar y controlar las infecciones del aparato reproductor y las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH / SIDA, y otras complicaciones como el cáncer (UNFPA, 2009 citado en Rodríguez, 2011)

### ***Salud Materna***

Como ya se analizó en la primera parte de este capítulo, la reducción de la fecundidad se evidencia gracias a la educación de las mujeres, la interacción y desarrollo de las comunicaciones y las dinámicas del proceso de urbanización. Así, se presenta que en la Parroquia Quito la tasa de natalidad pasó de 22.9 para el 2008 a 21.7 para el 2010 por cada 1000 habitantes, según estadísticas de Nacimientos 2012-INEC.

Estas estadísticas presentan que la mayoría de madres se encuentran entre los 25 a 34 años con 45%, seguidas del grupo de edad de 20 a 24 años con 25%, 15 a 19 años 15% y 35 a 49 años con 13%. En este análisis llama la atención el alto embarazo adolescente (15 a 19 años) que se presenta en la Parroquia Quito; sin embargo, esta situación es más preocupante si se analizan por grupos étnicos, ya que el 21% de madres afro ecuatorianas y 18% de indígenas son madres adolescentes. Según el estado civil, el 45% de las madres adolescentes son solteras, seguida del 38% unida y 14% casada.

Este contexto es preocupante, ya que a pesar de que a nivel general las tasas de fecundidad han disminuido, el comportamiento del embarazo adolescente se ha mantenido estable.

El embarazo adolescente es un problema de salud pública, ya que los hijos de las adolescentes tienen mayor riesgo de muerte neonatal y bajo peso al nacer. También ocasiona un círculo de pobreza para las madres y las familias, ya que muchas veces las mujeres y sus parejas deben abandonar sus estudios con consecuencias negativas para su desarrollo y el de sus familias (Rodríguez y Perpetuo, 2011).

Dado que las tasas de morbilidad y mortalidad de los adolescentes se mantienen bajas, no se da prioridad a la inversión en salud en este grupo poblacional. Se debe tomar en cuenta que en esta edad se definen el estilo de vida para el desarrollo de futuros riesgos y enfermedades. La salud sexual y reproductiva de los adolescentes es altamente vulnerable, ya que los jóvenes presentan barreras y señales contradictorias de los diferentes actores sociales, en un contexto de vacíos en las políticas destinadas a la educación de la salud sexual y reproductiva (Rodríguez y Perpetuo, 2011).

Según el nivel de instrucción de la madre para la Parroquia Quito se observa que el 40% presenta un nivel de instrucción secundaria, seguido del 26% nivel de instrucción superior, mientras que las madres con primaria representaron el 21%. Según el estado civil de las madres, a medida que aumenta la edad, se incrementa la condición de estar casada; sin embargo, en términos generales se presenta que el 46% se encuentra casada, seguida del 29% unida y 20% soltera.

Si las mujeres han tenido un control prenatal por profesionales, el embarazo puede pasar sin complicaciones, evitando problemas de salud tanto para la madre como para el bebé. En la Parroquia Quito según la Encuesta de Condiciones de Vida ECV (2006) el 92% de las mujeres tuvieron un control prenatal, de los cuales el 36% tuvo hasta cuatro controles prenatales. Este indicador es importante ya que se estima que los controles empiezan desde el inicio del embarazo y tienen una periodicidad constante (Rodríguez y Perpetuo, 2011). Según los grupos de edad las madres adolescentes son las que presentan menos controles prenatales, ya que tienen en promedio 3 controles frente a 6 y 8 controles de los otros grupos de edad.

La atención por profesionales durante el parto se refiere a la atención impartida por médicos, enfermeras, obstétricas o auxiliares de enfermería (Ferreira, García, Macías, Pérez, Tomsich, s.f: 175). En la Parroquia Quito el 99.4% de las mujeres recibieron atención profesional durante el embarazo; sin embargo, se presentan disparidades de acuerdo con el nivel de instrucción de la madre, ya que el 92% de las mujeres sin ningún nivel educativo recibieron atención profesional frente al 98% para madres con primaria y 100% en educación superior. Estas desigualdades también se presentan de acuerdo con la autoidentificación étnica, dado que 92% de madres indígenas y 98% de madres afroecuatorianas recibieron atención profesional.

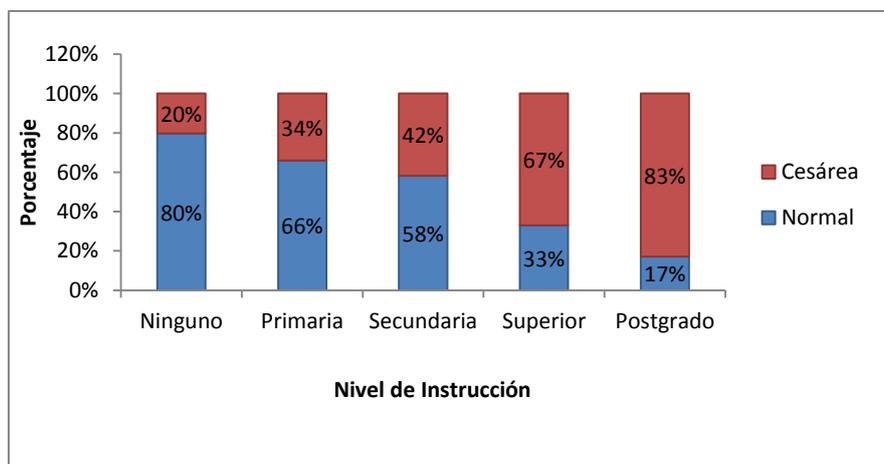
Según la OMS un 15% de nacimientos deben producirse bajo cesárea, la misma que deberá aplicarse solo después de que se ha intentado sin éxito el parto natural. Las intervenciones quirúrgicas innecesarias deben evitarse, pues se ha demostrado que aumenta la morbilidad del postparto bajo

una cesárea con respecto al parto natural. Sin embargo, la cesárea es eficaz para evitar el contagio de enfermedades infecciosas al bebé y cuando es estrictamente necesaria para preservar la vida del bebé y de la madre (OMS et al, 2009).

En muchas ocasiones los hospitales realizan intervenciones quirúrgicas innecesarias, en los cuales pueden intervenir incentivos financieros, ya que una cesárea es más lucrativa y costosa para los hospitales dado que utiliza un mayor número de insumos y tiempo de hospitalización. Por lo tanto, se debe analizar la asimetría de información entre la madre y el médico (El Mundo, 2010).

Para el 2012 en la Parroquia Quito el 52% de las mujeres tuvieron un parto normal frente a 48% de cesárea<sup>8</sup>, este valor varía según el establecimiento donde las mujeres fueron atendidas, ya que en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública, el 67% fueron partos naturales frente a 25% en los hospitales, clínicas o consultorios privados. Como se puede observar en la Gráfico 9, esta amplia diferencia también se observa de acuerdo con el nivel de instrucción, ya que a medida que aumenta la educación de la madre, se da una disminución en los partos naturales. Así de las madres con educación primaria, el 66% tuvo parto natural frente a 17% de mujeres con postgrado. Este comportamiento responde a que son las mujeres con niveles más altos de educación las que acceden a atención privada.

**Gráfico 9: Nivel de Instrucción de la Madre Según Tipo de Parto. Parroquia Quito**



Fuente: Nacimientos 2012. INEC

Elaboración: María Cristina Restrepo

Si se analiza por grupos de edad, se tiene que el 72% de las madres adolescentes tuvieron un parto normal, frente al 40% de las mujeres entre 35 a 49 años, esta situación responde a que el 77% de las mujeres entre 15 a 19 años dieron a luz en establecimientos del Ministerio de Salud, frente al 36% de las mujeres entre 35 a 49 años. Si se analiza el tipo de parto por autoidentificación cultural, existe un porcentaje mayor de partos naturales en las mujeres indígenas con 82%, mientras que las mujeres mestizas presentan un 53%. Esta situación no solo responde a las tradiciones sino también a que las

<sup>8</sup> Se realiza una estimación sin tomar en cuenta los datos ignorados de esta variable.

mujeres indígenas son atendidas en un 80% en los establecimientos del Ministerio de Salud, frente al 51% de las mujeres mestizas.

En la encuesta ENSANUT 2012 se preguntó a las mujeres la opinión acerca de la calidad de los servicios asociados a la salud materna recibidos en los establecimientos de salud. Para este análisis solo se tomaron en cuenta las mujeres atendidas en hospitales públicos, hospitales/clínicas del IESS y privadas. Para el análisis se pide a las mujeres que califiquen los servicios seleccionando entre tres categorías: buena, regular o mala. De acuerdo con esta calificación, en términos generales los establecimientos privados se encuentran mejor calificados en relación con el IESS y hospitales públicos del MSP.

Si se analiza por categorías, los establecimientos privados tienen una calificación superior (buena), con un 98% para la categoría experiencia del personal, mientras la más baja se le da a los hospitales públicos del MSP con 88%. El trato recibido por el personal presenta un 98% de calificación superior en los establecimientos privados frente al 68% del IESS; por su parte, a la comodidad del establecimiento se le adjudica un 98% de calificación superior para el sector privado frente al 88% de los hospitales públicos del MSP.

Otros aspectos evaluados como la privacidad durante el embarazo presenta una calificación superior con 96% para los hospitales privados, frente a 80% de los hospitales públicos y un bajo 55% del IESS. Además la categoría disponibilidad del médico y enfermera, presenta una calificación superior para los hospitales privados con 94% frente 81% hospital público y 74% del IESS. En términos generales las mujeres tienen una baja calificación para los servicios del IESS.

### ***Planificación Familiar***

La planificación familiar logra controlar el número de hijos que se desea tener y el intervalo de tiempo entre ellos. Además tiene múltiples beneficios, ya que contribuye a la autonomía de las mujeres, beneficia su salud e incentiva el desarrollo social y económico de las sociedades, a través del menor crecimiento poblacional (OMS, 2013a).

Entre los beneficios para las mujeres se encuentra la prevención de los embarazos no deseados y los abortos peligrosos. Además previene los altos riesgos que conllevan los embarazos en personas muy jóvenes y de avanzada edad, ya que existe un alto riesgo de muertes maternas en estos grupos. La planificación a través del uso de condones masculinos y femeninos brinda protección contra las infecciones de transmisión sexual, especialmente del VIH. También previene el embarazo no deseado de mujeres con VIH, lo cual disminuye el número de niños infectados (OMS, 2014a).

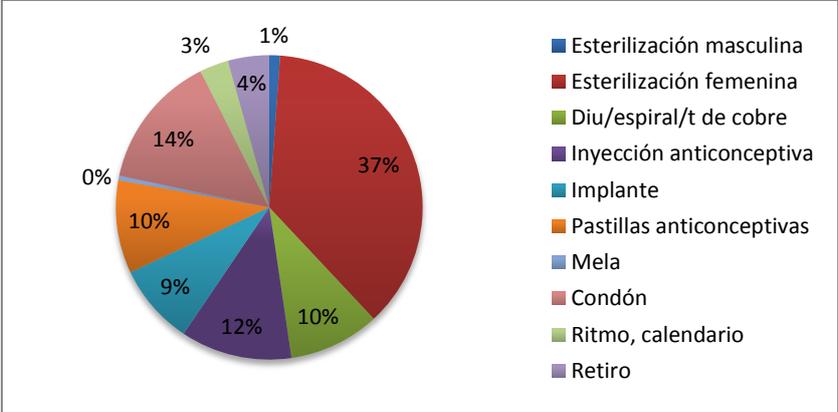
Las mujeres pueden mejorar su nivel de instrucción con la posibilidad de acceder a trabajos remunerados, también las familias pueden dedicar más esfuerzos al desarrollo de cada hijo, ya que se ha comprobado que los niños con pocos hermanos permanecen un periodo más amplio en la escuela (Sachs, 2001).

El conocimiento sobre la planificación familiar no implica que las mujeres estén haciendo uso de la misma. Según la ENSANUT 2012, los métodos que más conocen las mujeres en la Parroquia Quito son la píldora anticonceptiva (96%), condón masculino (96%), esterilización femenina (95%), inyección anticonceptiva (94%) y diu/t de cobre (92%). Mientras que los métodos que menos conocen son la esterilización masculina (80%), ritmo (78%), implante (78%), condón femenino (61%) y retiro (53%). Sin embargo, solo el 63% de las mujeres entre 12 a 49 años utilizan un método anticonceptivo, frente al 21% que ha usado en el pasado pero no en la actualidad y el 16% que nunca ha usado métodos anticonceptivos.

Los métodos anticonceptivos se pueden dividir en dos grandes grupos: los tradicionales y los modernos. Los tradicionales constituyen los métodos naturales como el ritmo o calendario, retiro y mela. Por su parte, los métodos modernos se dividen en hormonales, quirúrgicos o intrauterinos y de barrera. Los primeros están conformados por la pastilla e inyección anticonceptiva, mientras que los quirúrgicos o intrauterinos constituyen la esterilización, diu/espiral/t de cobre e implante. Por último, los métodos de barrera se refieren al condón (OMS, 2013a). En la Parroquia Quito, el 92% de las mujeres que planifican, lo hacen con métodos modernos, de los cuales el 56% son quirúrgicos, 22% hormonales y 14% de barrera.

Como se puede observar en el Gráfico 10, en las mujeres recae casi toda la responsabilidad de la planificación familiar, dado que tan solo un 15% planifica por el condón y la esterilización masculina. Por otro lado, la esterilización femenina constituye el mayor porcentaje con 37% frente al 1% de la esterilización masculina. Por esto es fundamental el conocimiento y compromiso de los hombres, dadas las diferencias de poder entre ambos sexos. Si se analiza el conocimiento de los hombres sobre métodos anticonceptivos, se presenta que de los hombres entre 12 a 49 años, el 89% ha oído hablar de algún método anticonceptivo, de estos tan solo el 73% considera que tanto el hombre como la mujer deberían usar algún método. Mientras que de los hombres que no usan métodos anticonceptivos, el 47% considera que la principal razón para no hacerlo es que prefieren que las mujeres lo usen, seguidos por el 23% de los hombres que dicen que no usan porque no les gusta.

**Gráfico 10: Métodos Anticonceptivos efectivos para las mujeres. Parroquia Quito.**



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Salud Reproductiva y Salud 2012. INEC  
 Elaboración: María Cristina Restrepo

La decisión de la esterilización femenina fue de un 45% por parte del hombre y la mujer, mientras que el 38% de la decisión recayó en la mujer y un 9% en el hombre. De las mujeres que se realizaron esterilización, el 13% de ellas se arrepiente, esto responde a que el 62% quisieran tener otro hijo, mientras que el 23% les ha causado problemas emocionales y al 12% problemas de salud. Por su parte, el 3% de los casos responde a que el hombre desearía tener otro hijo.

### ***Infecciones de Transmisión Sexual.***

Las mujeres presentan una gran vulnerabilidad para contraer enfermedades de transmisión sexual, ya que la violencia de género aumenta la posibilidad de contraer infecciones. Desde el punto de vista físico las mujeres no notan rápidamente los síntomas, ya que no experimentan inicialmente dolores, puesto que las enfermedades se presentan internamente. Esta situación retarda la visita a un especialista (OPS, 2011).

Por esta razón, es de gran importancia que las mujeres desde la adolescencia reciban información adecuada acerca de sus cuerpos y los riesgos existentes en la sexualidad. La ENSANUT 2012 nos proporciona un panorama al respecto en la Parroquia Quito. A las mujeres entre 12 a 24 años se les preguntó si había recibido información acerca de diferentes temas. Entre los asuntos que más han recibido información, se encuentran la menstruación 96%, aparato reproductor femenino 90%, relaciones sexuales 90% e infecciones de transmisión sexual o VIH SIDA 90%. Mientras que otros aspectos presentan menores valores como métodos anticonceptivos 89%, embarazo 86%, pubertad 85%, y píldora del día después 64%.

Las fuentes principales de información de las mujeres acerca de estos temas son las escuelas o colegios, mientras que la familia presenta una baja participación. No obstante, existen temas con una baja presencia por parte de las escuelas o colegios, tal es el caso de la pastilla del día después con 62%. Esto se refleja en una participación alta de otras personas como fuente de información con 19%, lo cual demuestra los estigmas todavía existentes al respecto. Los asuntos con una relativa alta presencia por parte de la familia, son la menstruación 28%, embarazo 17%, relaciones sexuales 11%, pubertad 9% y métodos anticonceptivos 8%, mientras que todas las demás categorías presentan valores inferiores al 4%.

Existen también otros prejuicios en la sexualidad de las personas al iniciar su vida sexual, ya que el 66% de los hombres entre 12 a 49 años dijeron no haber utilizado ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual. Este no uso es menor para las mujeres, con un 60% para el grupo comprendido entre 12 a 24 años y 86% para el grupo de 25 a 49 años. Si bien son preocupantes los altos porcentajes que se muestran, se puede observar un cambio generacional entre las mujeres, lo cual hace suponer un relativo mejoramiento en el acceso a la información para las nuevas generaciones.

Dentro de las mujeres de 12 a 24 años que no se cuidaron en la primera relación sexual, la principal causa para no haberlo hecho, constituye el no haber planificado el momento con 73%, seguido por el

desconocimiento de algún método con 8%. Por otro lado, de las mujeres que sí utilizaron algún método, el 57% respondieron haber decidido entre la pareja, seguido por 26% por el hombre y 17% por la mujer, este contexto hace suponer que todavía falta mucho por recorrer en cuanto a la autonomía de las mujeres y su sexualidad. El condón fue el método más utilizado en la primera relación sexual con 88%.

La prevención contra las enfermedades de transmisión sexual contribuye a disminuir las tasas de VIH, evita complicaciones cervicouterinas, infertilidad, muerte materna y la morbilidad y mortalidad prenatal y perinatal (OPS, 2012). Para analizar el conocimiento acerca de SIDA, se tomaron en cuenta tres factores: la perspectiva acerca de la apariencia de una persona que tenga SIDA, el tipo de contagio y la prevención. Los indicadores que se muestran a continuación reflejan el conocimiento amplio de la población.

En cuanto al conocimiento del SIDA existen brechas importantes entre sexos, ya que el 85% de las mujeres cree que una persona puede estar infectada con SIDA y no presentar síntomas, frente al 79% de los hombres. El 10% de las mujeres cree que esta enfermedad tiene cura, frente a 14% de los hombres. Otra diferencia importante se presenta de acuerdo con la creencia del riesgo de estar infectado; en este sentido, un 27% de las mujeres contestaron afirmativo, mientras que los hombres presentan un porcentaje relativamente menor con 25%. De acuerdo con la razón para creer en el riesgo de estar infectados, un 30% de las mujeres contestaron que no saben con quien más tiene relaciones sexuales su pareja y un 13% no sabe cómo protegerse, mientras que el 21% de los hombres no sabe cómo protegerse y el 19% no usa condón en todas las relaciones.

El conocimiento acerca de la prevención del VIH/SIDA es fundamental para una sana sexualidad de la población. En todas las formas de prevención, las mujeres presentan un conocimiento superior al de los hombres, con diferentes brechas entre ellas; con excepción al uso de condón, el cual presenta una diferencia mínima de 0.4% a favor de los hombres. Tanto hombres como mujeres, presentan porcentajes por encima de 90% en cuanto a la prevención por uso del condón, tener solo una pareja, no realizarse transfusiones sanguíneas inseguras, no tener relaciones sexuales con personas promiscuas, y no utilizar jeringas usadas. Por otra parte, existen valores entre 71% y 84% para el conocimiento de prevención por abstinencia, sexo oral y anal, con brechas para estos dos últimos de 7% y 9% entre ambos sexos.

Entre las ideas que tiene la población en cuanto a algunas formas de contagio, las mujeres también presentan un mayor conocimiento que los hombres. Con porcentajes entre 91% y 95%, tanto hombres como mujeres consideran que la enfermedad no se puede contagiar por dar la mano, besar en la frente o trabajar con una persona con SIDA. Sin embargo, existen brechas de 12% entre ambos sexos en la creencia de que la enfermedad se puede contagiar por la picadura de un mosquito o sancudo y el compartir utensilios, estos valores oscilan entre 55% y 75%.

En cuanto al examen de SIDA existe un mayor número de mujeres que se han realizado el examen, con 73% frente al 58% de los hombres; sin embargo, la razón para realizarlo por cuenta propia es superior en los hombres con 35% frente a 27% de las mujeres, el resto de la población realiza el

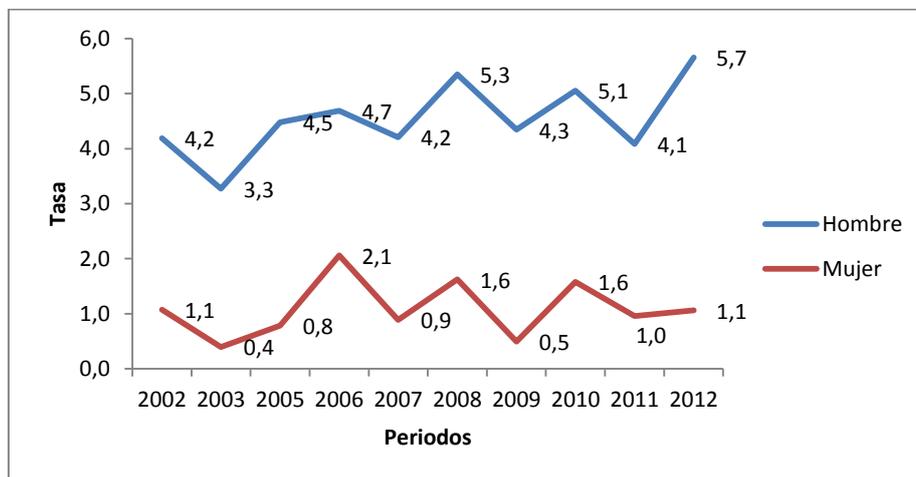
examen porque debe presentar el resultado. La razón porque la mayoría de hombres y mujeres no se lo han realizado constituye el no considerarlo necesario, con 83% para las mujeres y 85% para los hombres, a esta razón le sigue el temor al resultado con 3.6% y 3.7%, respectivamente.

La prevención con condón es de gran importancia para disminuir los riesgos como el VIH-SIDA y diferentes enfermedades de transmisión sexual (OMS, 2014b). A pesar del conocimiento de las mujeres acerca de la prevención del VIH-SIDA por el uso del condón, tan solo el 14% entre 12 a 49 años dijeron haberlo utilizado en la última relación sexual. La razón para no haberlo hecho es principalmente por estar utilizando otro método anticonceptivo con 59%, seguida del 15% por tener una sola pareja. Sin embargo, llama la atención que el 7% nunca lo ha utilizado y 4% manifiesta que a su pareja le disgusta.

El uso del condón evidencia las relaciones desiguales entre hombres y mujeres, ya que si el hombre le pide a la mujer usar condón, el 62% lo haría, mientras que si la mujer le pide al hombre el uso del mismo, tan solo el 49% aceptaría. Llama la atención que el 26% de ellos no aceptaría y el 16% se molestaría. De las mujeres que utilizaron el condón, el 50% lo hizo para evitar el contagio del SIDA, 60% para evitar infecciones y 87% lo hizo para prevenir el embarazo<sup>9</sup>.

El comportamiento sexual de los hombres se refleja en la tasa de mortalidad por VIH frente a las mujeres (Gráfico 11). Para el año 2012 los hombres en la Parroquia Quito presentan una tasa de mortalidad de 5.7 por cada 100.000 habitantes frente a 1.1 de las mujeres.

**Gráfico 11: Tasa de Defunción por VIH en la Parroquia Quito (por cada 100.000 habitantes)**



Fuente: Defunciones 2012 INEC

Elaboración: María Cristina Restrepo

<sup>9</sup> No constituyen opciones excluyentes

## **Capítulo 2: Demanda y Oferta de Servicios de Salud en la Parroquia Quito.**

El análisis de las brechas de poder y recursos existentes entre hombres y mujeres estudiados anteriormente, afectan el estado y cuidado de la salud. Este análisis es necesario para establecer las necesidades de las mujeres, con el fin de dar un enfoque de género en las políticas en salud que disminuyan las desigualdades y mejoren la calidad de vida de la población. Esto podrá lograr el cumplimiento del Art. 32 de la Constitución, que dice:

*“La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.*

### **Demanda**

Actualmente el Estado asegura por medio de los servicios públicos, la gratuidad en todos los procedimientos y niveles de atención (Art. 362). Esto implica que toda la población ecuatoriana puede beneficiarse de los servicios de salud sin ningún costo; sin embargo, en la práctica se traduce en que la demanda por los servicios de salud públicos se presenta en su mayoría por las personas que no están cubiertas por ningún seguro público o privado. El escenario ideal sería que la población pudiera estar cubierta por algún tipo de seguro de salud, ya que esto permitiría una menor carga financiera para el Estado, el mismo que podría invertir en otras necesidades de la población.

Según la ENEMDU 2012 en la Parroquia Quito, la cifra de mujeres y hombres que no están cubiertas por ningún seguro es elevada; sin embargo, son las mujeres las que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad con 56% de ellas sin seguro de salud, frente a 44% de los hombres. Esto influye en los patrones de comportamiento frente a las diferentes enfermedades de las mujeres, ya que como se evidenciara en el presente capítulo, las mujeres utilizan más los servicios de salud que los hombres y por lo tanto necesitan un mayor nivel de inversión en salud.

Para todos los grupos de edad es importante estar cubierto por algún tipo de seguro, dados los altos costos de la atención médica que representa una enfermedad para una familia. Sin embargo, es la población en edad adulta la que necesita más cuidados y atención médica por las condiciones degenerativas que se generan al aumentar la edad. La ENEMDU 2012 también muestra que dentro de la Parroquia Quito tanto hombres como mujeres en estas edades son los que más demandan algún seguro; sin embargo, las mujeres mayores de 50 años se encuentran en una situación altamente vulnerable, ya que el 45% carecen de seguro, frente al 32% de los hombres.

En la Cuadro 2, se puede observar que a medida que aumenta el quintil de ingreso se incrementa la cobertura de seguro, mientras que en los hombres en el quintil 1 el 89% no estaba cubierto por ningún seguro, en el quintil 5 constituye el 25%. Este comportamiento es similar en las mujeres, ya que en el quintil 1 presenta un valor de 89% frente a 26% para el quintil 5. No obstante, en los otros quintiles se observan grandes brechas entre sexos con 18%, 29% y 27% para los quintiles 2, 3, y 4,

respectivamente. Estas diferencias muestran desigualdades en materia de cobertura, las cuales perjudican a las mujeres pertenecientes a estos quintiles.

**Cuadro 2: Cobertura de Seguro según Sexo y Quintil de Ingreso. Parroquia Quito periodo 2012**

Sexo	Quintil	IESS, seguro general	IESS, seguro gnrl. voluntario	ISSFA, ISSPOL	Seguro privado con hospitalización	Ninguno	Total
Hombre	Q1	11%				89%	100%
	Q2	29%	4%		1%	66%	100%
	Q3	49%		2%	0%	49%	100%
	Q4	55%	1%	2%	2%	40%	100%
	Q5	62%	2%	7%	2%	25%	100%
Mujer	Q1	10%	1%			89%	100%
	Q2	20%	2%		1%	78%	100%
	Q3	33%	3%	1%		63%	100%
	Q4	41%	4%	2%	2%	51%	100%
	Q5	65%	2%	4%	2%	26%	100%

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo ENEMDU 2012<sup>10</sup>

Elaboración: María Cristina Restrepo

Existen claras diferencias entre la salud de las mujeres y de los hombres, dado que las primeras tienen una mayor esperanza de vida pero se enferman con mayor frecuencia que los hombres. Así, las mujeres padecen más síntomas físicos y psicológicos en la salud que los hombres y una utilización de más recursos del sector salud. Si bien hay factores biológicos que diferencian la morbilidad y mortalidad en ambos sexos, también existen factores relacionados con la cultura (OPS, 2011).

Según la ENSANUT-2012, el 38% de las mujeres dijeron haber padecido alguna enfermedad en el último mes, frente al 31% de los hombres. Si se analiza la respuesta de hombres y mujeres ante la enfermedad, se presenta que el 57% de las mujeres y 51% de los hombres acudieron a un dispensario, centro o subcentro de salud, seguido por el 35% de las mujeres y 28% de los hombres que se auto medicaron. De acuerdo con el quintil de ingreso, se presenta que en los hombres aumenta el grado de visita a un dispensario, centro o subcentro de salud a medida que aumenta el quintil, con un 38% en el quintil 1 y 54% en el quintil 5. Por su parte, las mujeres no presentan este comportamiento, ya que en todos los quintiles de ingreso se presenta un alto porcentaje de mujeres que acuden a estos establecimientos, con 67% en el quintil 1 y 62% en el quintil 5.

La razón principal para que tanto hombres como mujeres no hicieran nada por la enfermedad que presentaron fue en su mayoría porque se trataba de un caso leve, con 42% de las mujeres y 40% de los hombres. Sin embargo, en otras categorías se presentan diferencias importantes; por ejemplo, el 6% de las mujeres no hicieron nada porque no podían dejar la casa, frente a ninguna participación de

<sup>10</sup> Se excluye a los Seguros Municipales y Seguros Privados sin hospitalización, por presentar pocos datos.

los hombres en esta categoría. Por su parte, el 6% de las mujeres no hicieron nada porque era muy caro frente a 1% de los hombres, mientras que el 20% de los hombres dijo conocer la enfermedad frente al 15% de las mujeres.

## ***Gasto en Salud***

Para analizar el gasto de los hogares en Quito se tomó en cuenta la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbanos y Rurales (ENIGHUR-2012) del INEC. Dado que esta encuesta toma en cuenta el sexo del jefe de hogar, se observa que en Quito el 74% de los jefes son hombres y el 27% son mujeres, además se presenta un tamaño promedio del hogar de 3.5 personas. Los hogares con un solo hijo tienen una participación mayor por parte de las mujeres con 52%; sin embargo, a partir del segundo hijo los hombres presentan un tamaño mayor del hogar. Por esta razón, para lograr una comparación entre ambos sexos, se realizó una división entre los diferentes tipos de gastos en relación con el número de miembros del hogar. Este cálculo se llevó a cabo con el fin de obtener un aproximado del gasto per cápita por jefe del hogar para cada miembro.

En la Cuadro 3 se puede observar que la importancia del tipo de gasto difiere entre los sexos. Si se analizan las primeras posiciones, se presenta que para las mujeres existe un peso mayor en los alimentos y bebidas alcohólicas (48.5 USD), seguida por el alojamiento, agua, electricidad, gas, otros combustibles (39.5 USD), mientras que en tercer lugar se encuentra la educación (39.5 USD). Para los hombres el gasto más importante es el transporte (48.8 USD), seguido por la educación (44.8 USD) y los alimentos y bebidas no alcohólicas (43.2 USD).

En muchos casos las mujeres gastan más que los hombres, mientras que existen algunos gastos donde ambos alcanzan una relativa paridad, tal es el caso de bienes y servicios diversos, prendas de vestir y calzado, recreación y cultura. Al analizar el peso del gasto en salud, se observa que existe una diferencia entre ambos sexos, ya que en las mujeres se encuentran en sexta posición, mientras que en los hombres corresponde a la octava posición. En promedio las mujeres alcanzan un gasto en salud de 21% superior al de los hombres, con un gasto promedio de 27.5 USD y 21.6 USD, respectivamente.

**Cuadro 3: División de Gasto del Hogar per cápita Mensual por Sexo del Jefe de Hogar. Parroquia Quito periodo 2012**

División de Gasto	Jefe de Hogar Mujer		Hombre		Razón Mujer/Hombre
	Peso	Gasto Promedio	Peso	Gasto Promedio	
Alimentos y bebidas no alcohólicas	1	48.5	3	43.2	1.12
Alojamiento, agua, electricidad, gas y otros combustibles	2	39.5	5	28.4	1.39
Educación	3	39.1	2	44.8	0.87
Transporte	4	35.9	1	48.8	0.74
Restaurantes y hoteles	5	29.3	4	30.2	0.97
Salud	6	27.4	8	21.6	1.27
Bienes y servicios diversos	7	26.2	6	26.2	1.00
Prendas de vestir y calzado	8	22.2	7	21.8	1.02
Muebles, artículos para el hogar y para la conservación ordinaria del mismo	9	19.1	11	16.5	1.16
Comunicaciones	10	19.0	10	16.7	1.14
Recreación y cultura	11	18.1	9	17.2	1.05
Bebidas alcohólicas, tabaco y estupefacientes	12	5.9	12	6.4	0.91

Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbanos y Rurales- ENIGHUR 2012.

Elaboración: María Cristina Restrepo

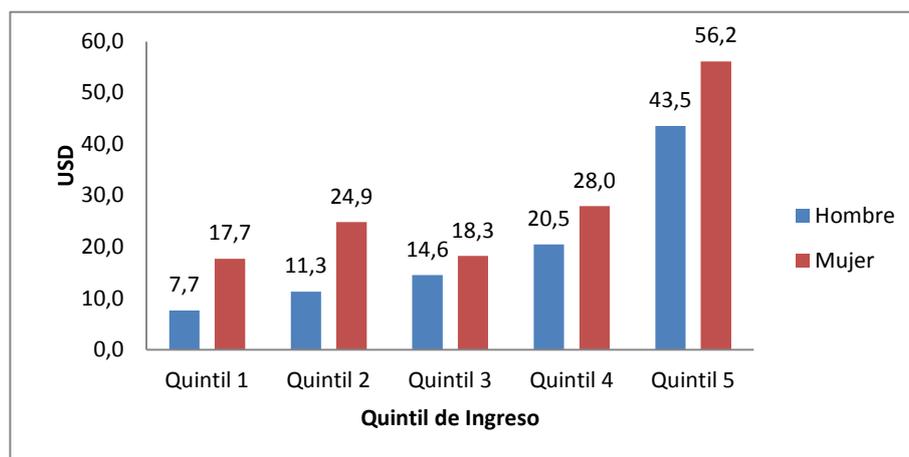
El gasto en salud a su vez se divide en tres categorías: productos, artefactos y equipos terapéuticos, servicios para pacientes externos y servicios de hospital. En la Parroquia Quito se presenta un gasto promedio de estas categorías de 13.2 USD, 11.4 USD y 40.9 USD, respectivamente. En la primera categoría, las mujeres gastan en promedio 16 USD frente a 12 USD de los hombres, esta categoría también se subdivide en productos farmacéuticos, otros productos médicos, artefactos y equipos terapéuticos. En todas las subdivisiones las mujeres presentan un gasto mayor que los hombres; sin embargo, se debe destacar que existe una amplia brecha en el gasto de los productos farmacéuticos entre ambos sexos de 48%, lo cual demuestra el peso de este gasto en la economía familiar, con especial énfasis en las mujeres jefes de hogar.

La categoría servicios para pacientes externos, toma en cuenta los servicios médicos, servicios dentales y servicios paramédicos. En promedio en esta categoría, las mujeres gastan 14 USD frente a 11 USD de los hombres, si se analiza por rubro específico se presenta una brecha mayor en los gastos por servicios médicos de 54%, seguida por los servicios de paramédicos con 35% y servicios dentales 33%. Por su parte, la tercera categoría, servicios de hospital, representa el mayor gasto para ambos sexos con 46 USD para las mujeres y 39 USD para los hombres, con una brecha de 17% entre ambos. Para analizar las diferencias existentes entre ambos sexos no basta con observar el gasto per cápita por jefe de hogar, también es importante tomar en cuenta otras variables como, quintil, grupo de edad, etnia, nivel de instrucción.

Como se puede observar en el Gráfico 12, las mujeres presentan un gasto superior en todos los quintiles; sin embargo, existe una brecha mayor en los quintiles 1 y 2 con 131% y 119%,

respectivamente. Por su parte, la menor diferencia se encuentra en el quintil 3 con 25%, mientras que los quintiles superiores presentan una brecha de 36% para el quintil 4 y 29% para el quintil 5. Si se analiza el cambio porcentual entre los dos quintiles extremos (1 y 5) se observa un cambio mayor por parte de los hombres con 468%, mientras que las mujeres presentan un variación de 217%. Este comportamiento por quintiles, demuestra el alto peso para las mujeres en los quintiles más bajos en relación con los hombres.

**Gráfico 12: Gasto en Salud Mensual per Cápita por Jefe de Hogar según Quintil de Ingreso. Parroquia Quito periodo 2012**



Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbanos y Rurales- ENIGHUR 2012.

Elaboración: María Cristina Restrepo

Al analizar los grupos de edad se presenta que los jefes de hogar mayores de 50 años presentan el mayor gasto con 35.2 USD, seguido del grupo de edad de 35 a 49 años con 16.7 USD. Este comportamiento es similar si se analiza la edad por sexo del jefe de hogar, además se presenta que el gasto es mayor por parte de las mujeres en todos los grupos etarios, con excepción de los jefes de 35 a 49 años, en cuyo caso el hombre presenta un valor de 17.2 USD frente a 14.7 de las mujeres. Es importante destacar que la diferencia entre ambos sexos es mayor para el grupo de 17 a 24 años con 107%, ya que los hombres presentan un gasto promedio de 10.1 USD frente a 21 USD de las mujeres. Esta situación se evidencia por los embarazos y consecuentes cargas familiares para las mujeres en este grupo de edad.

De acuerdo con la etnia, se presenta que en tres grupos poblacionales los hombres superan a las mujeres en el gasto en salud, tal es el caso de los afro-ecuatorianos, montubios y blancos; con brechas de 10%, 9% y 63%, respectivamente. Sin embargo, las mayores diferencias se observan cuando las mujeres gastan más que los hombres, ya que para la población indígena, mulata y mestiza presentan diferencias de 79%, 133% y 41%, respectivamente.

La educación juega un papel fundamental en el gasto de los hogares, más aún en el gasto en salud, ya que las brechas existentes entre personas de los diferentes niveles de instrucción son elevadas, con

especial énfasis en los niveles más bajos. Cuando las personas no tienen ningún nivel de instrucción se evidencia una brecha mayor entre ambos sexos de 181% con un gasto promedio de 12.7 USD para las mujeres frente a 4.5 USD para los hombres, a este le sigue las personas con educación secundaria con una diferencia de 98% entre ambos sexos. Al analizar la educación superior, el comportamiento es diferente, ya que los hombres presentan un gasto mayor de 34.8 USD frente a 33.7 de las mujeres, con una brecha menor de 3%.

En general cuando los jefes del hogar están cubiertos con algún seguro médico gastan 89% más que aquellos que no lo están; sin embargo, se desconoce si los miembros del hogar también se encuentran cubiertos con algún seguro. Al realizar una comparación entre sexos se observa una brecha similar entre hombres y mujeres cuando poseen seguro (37%) y cuando no están cubiertos (35%). Con un gasto aproximado de 26.4 USD en los jefes hombres cubiertos por algún seguro, frente a 36.2 USD de las mujeres. Mientras que cuando los jefes no se encuentran cubiertos, los hombres presentan un gasto de 13.6 USD frente a 18.3 USD de las mujeres.

## **Morbilidad**

El INEC presenta anualmente estadísticas sobre los egresos hospitalarios<sup>11</sup>, en las cuales se incluye información del establecimiento donde fue atendido el paciente y detalles de las condiciones y causas del egreso hospitalario. Para el presente análisis, se toman en cuenta las diez principales causas de egresos hospitalarios para mujeres y hombres para los años 2002, 2007 y 2012. Dado que se quiere tener un panorama amplio y general de la demanda en salud de ambos sexos, se realizó el análisis de acuerdo con la clasificación general de 21 causas, estas causas se presentan por medio de agrupaciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10). Si bien los egresos hospitalarios son una aproximación de la morbilidad de la población, no se puede concluir que constituye todo el panorama de la morbilidad, puesto que no todas las personas acuden a los establecimientos de salud para ser tratados por alguna enfermedad.

Para la Parroquia Quito en el 2012, el 62% de las personas se atendieron en el sector público. Esto demuestra un aumento de 2% en relación con el 2002, mientras que el 38% de la población atendida recibió atención en el sector privado con fines de lucro, con una disminución en 1% en relación con el mismo periodo. Si se analiza por sexo se presenta que tanto en el 2002 como 2012 las mujeres presentan una participación mayor en la atención en el sector público con 61% y 63%, respectivamente, mientras que los hombres presentan valores de 58% y 61% para los mismos periodos.

Como se puede observar en la Cuadro 4, de acuerdo con las diez principales causas de egresos hospitalarios, las mujeres utilizan con mayor frecuencia los servicios de salud, con una participación superior de 111% en el 2002 y 76% para el 2012 en relación con los hombres. Esta alta participación se debe a causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. A pesar de que estas variables se

---

<sup>11</sup> El INEC define el egreso hospitalario como: *“Es el retiro de un paciente hospitalizado de los servicios de internación del hospital. Un egreso implica siempre la conclusión del período de hospitalización y la desocupación de una cama de hospital, ya sea por alta o fallecimiento”*

toman en cuenta para el análisis, no deberían considerarse dentro de la morbilidad, ya que no constituyen propiamente enfermedad. Por lo tanto, si es que no se toman en cuenta el embarazo, parto y puerperio, las diez principales causas de morbilidad serían las mismas para hombres y mujeres pero con diferente peso. Este análisis conlleva a una disminución del peso de las mujeres en los egresos hospitalarios en relación con los hombres, con un valor superior de 0,9% en el 2002 y 9% en el 2012. Si bien la función reproductiva es fundamental en los egresos hospitalarios de las mujeres, se debe también poner énfasis en la salud de las mujeres que no tenga que ver con el embarazo, parto y puerperio.

Si se analiza la razón mujer-hombre<sup>12</sup> en la Cuadro 4, se puede observar que para el 2012 tanto hombres como mujeres presentan un número similar de egresos por parte de las enfermedades del sistema circulatorio, sistema osteomuscular, y enfermedades infecciosas y parasitarias. Por su parte, los hombres acuden más al hospital por causas externas, las cuales están relacionadas con el abuso de alcohol y la violencia. Mientras que las mujeres presentan un número significativamente mayor de egresos hospitalarios por neoplasia, también conocido como cáncer.

Sin tomar en cuenta el embarazo parto y puerperio, tanto hombres como mujeres tienen en común las enfermedades del aparato digestivo como la principal causa de egreso hospitalario, mientras que para el resto de causas los pesos relativos son diferentes entre ambos sexos. Así por ejemplo, el tercer lugar de egreso hospitalario para el hombre son las causas externas, mientras que para la mujer constituye el quinto lugar. Otra diferencia significativa se observa en las neoplasias, en cuyo caso para las mujeres constituye la tercera causa de egreso, mientras que para los hombres esta causa se encuentra en la sexta posición.

Al analizar el peso relativo de las enfermedades en las mujeres en la Cuadro 4, se observa que las primeras cuatro posiciones no varían en ningún periodo analizado; sin embargo, al analizar el 2002 y 2012 si se puede observar un cambio por parte de las enfermedades del sistema respiratorio, el cual sube dos posiciones (de 7 a 5). Mientras que enfermedades como las del sistema circulatorio disminuyen su participación en dos posiciones (de 6 a 8) para los mismos periodos. Por su parte, las tres primeras posiciones de los hombres para el año 2002 y 2012 permanecen constantes, mientras que las otras causas solo tienen variaciones relativas de una posición.

---

<sup>12</sup>La razón Mujer/Hombre divide el número de egresos hospitalarios de las mujeres sobre el número de egresos de los hombres. Una razón superior a 1 representa que las mujeres tienen una participación mayor que los hombres.

**Cuadro 4: Diez Principales Causas de Egreso Hospitalario de Hombres y Mujeres. Parroquia Quito periodo 2002, 2007,2012**

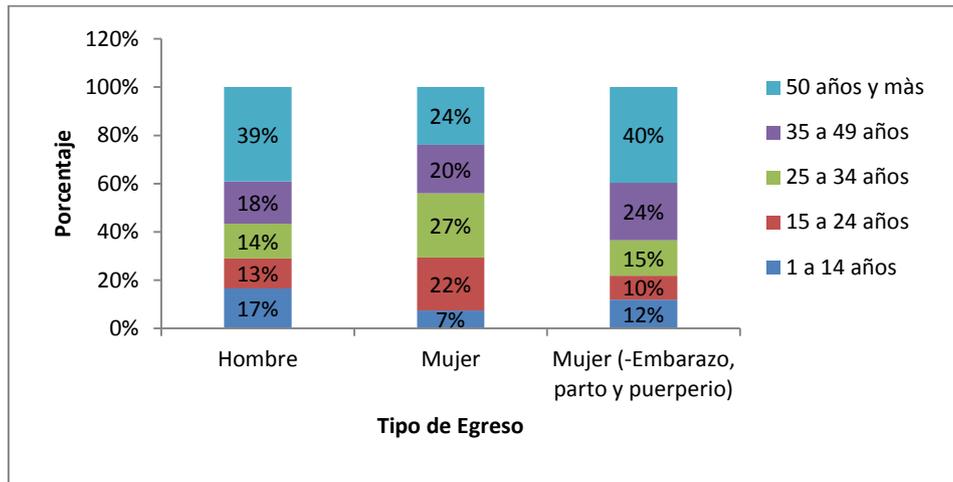
Causas	2002		2007				2012				Razón M/H			
	Hombre Peso	Mujer %												
Embarazo, parto y puerperio		48%	1		1	42%		1		38%				
Enfermedades del aparato digestivo	18%	1	10%	2	2	17%	2	10%	1	18%	2	1	11%	1.1
Enfermedades del aparato genitourinario	7%	5	6%	3	4	8%	3	8%	4	9%	3	2	8%	1.6
Neoplasias	5%	9	6%	4	8	5%	4	7%	6	6%	4	3	8%	2.1
Enfermedades del sistema respiratorio	9%	3	4%	7	3	10%	6	4%	3	11%	5	4	5%	0.8
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	18%	2	4%	5	1	18%	5	5%	2	16%	6	5	5%	0.5
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	5%	7	3%	8	7	5%	7	4%	10	4%	7	6	4%	1.9
Enfermedades del sistema circulatorio	8%	4	4%	6	5	7%	8	4%	5	7%	8	7	4%	1.0
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	4%	10	2%	10	10	4%	10	2%	8	5%	9	8	3%	1.0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	5%	8	2%	11	9	5%	11	2%	7	6%	10	9	3%	0.8
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	7%	6	3%	9	6	6%	9	3%	9	4%	11	10	3%	1.0
Total egresos diez principales causas	40731		85938		54061		105939		63367		114852		1.81	
Total egreso diez principales causas (-embarazo)	40732		41102		54062		57702		63368		68806		1.1	
Total egresos	47284		92871		62980		115607		73955		130195		1.8	

Fuente: Egresos Hospitalarios 2002-2007-2012

Elaboración: María Cristina Restrepo

En el Gráfico 13 se analizan las diferencias en los grupos de edad de los egresos hospitalarios de hombres y mujeres, teniendo en cuenta el embarazo, parto y puerperio y a su vez se analiza los egresos sin esta variable. Al tomar en cuenta el embarazo, parto y puerperio se observa que los hombres y mujeres presentan un comportamiento diferente, ya que las mujeres acuden con mayor frecuencia al hospital (27%) cuando pertenecen al grupo de edad de 25 a 34 años. Sin tomar en cuenta esta variable, se puede observar que ambos sexos acuden más al hospital cuando son mayores de 50 años con 39% para las mujeres y 40% de los hombres. Por su parte, los hombres presentan una alta participación en los grupos de edad menores a los 14 años con 17%, mientras que las mujeres tienen una alta presencia en el grupo de 35 a 49 años con 24%.

**Gráfico 13: Egresos Hospitalarios por Grupos de Edad por Sexo, tomando en cuenta las mujeres sin egresos por embarazo, parto y puerperio. Parroquia Quito periodo 2012**



Fuente: Egresos Hospitalarios 2012

Elaboración: María Cristina Restrepo

Al analizar los grupos de edad por las diez principales causas de egreso hospitalario (ver Anexo A), se observa que las enfermedades respiratorias afectan con mayor frecuencia tanto a hombres como mujeres pertenecientes a los dos grupos de edad extremos, es decir de 1 a 14 años y mayores a 50 años. En el primer grupo de edad, corresponde al 33% de hombres y mujeres, seguido por la población mayor a 50 años con el 31% de los hombres y 36% de las mujeres. Este mismo comportamiento se observa en las enfermedades infecciosas o parasitarias; así, las personas en edades comprendidas entre 1 a 14 años presentan una participación de 33% para los hombres y 31% para las mujeres, seguidas de los adultos mayores de 50 años.

Existen enfermedades que se acentúan a medida que aumenta la edad, tal es el caso de las enfermedades del sistema circulatorio, en el cual puede observarse que el grupo etario con mayor participación son los adultos mayores de 50 años, con 74% para las mujeres y 71% para los hombres. Otras enfermedades como las digestivas, osteomuscular y del tejido conectivo también afectan a ambos sexos con mayor frecuencia a los adultos mayores de 50 años (Anexo A).

En el caso de enfermedades como las neoplasias (cáncer), se observa una diferencia entre sexos, ya que las mujeres se ven afectadas a más temprana edad, con una participación mayor por parte del grupo de 35 a 49 años con 42%. A este grupo etario le siguen las mujeres mayores de 50 años con 39%. Por su parte, en la población masculina la afectación mayor se presenta en los adultos mayores de 50 años con 61%. Esta relación también se observa en las enfermedades genitourinarias, en cuyo caso los hombres mayores de 50 años presentan un rango de 59%, frente al 32% de las mujeres de la misma edad (Anexo A).

Existen diferencias marcadas entre hombres y mujeres en el comportamiento de los egresos hospitalarios en las causas externas (traumatismos, envenenamiento, etc), ya que para los hombres se presenta una participación alta en todos los grupos de edad, con especial énfasis en los hombres

entre 15 a 24 años y 35 a 49 años con 22% y 23%, respectivamente. Mientras que las mujeres tienen una participación más alta en el grupo mayor a 50 años con 38%, seguida de las mujeres entre 1 a 14 años con 19% (Anexo A).

## ***Mortalidad***

El INEC presenta anualmente estadísticas de defunciones de la población a nivel nacional. Las bases son de gran utilidad dado que presentan información acerca de la causa específica de defunción y datos relacionados con edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil, auto-identificación étnica, ocupación y lugar de ocurrencia del fallecimiento.

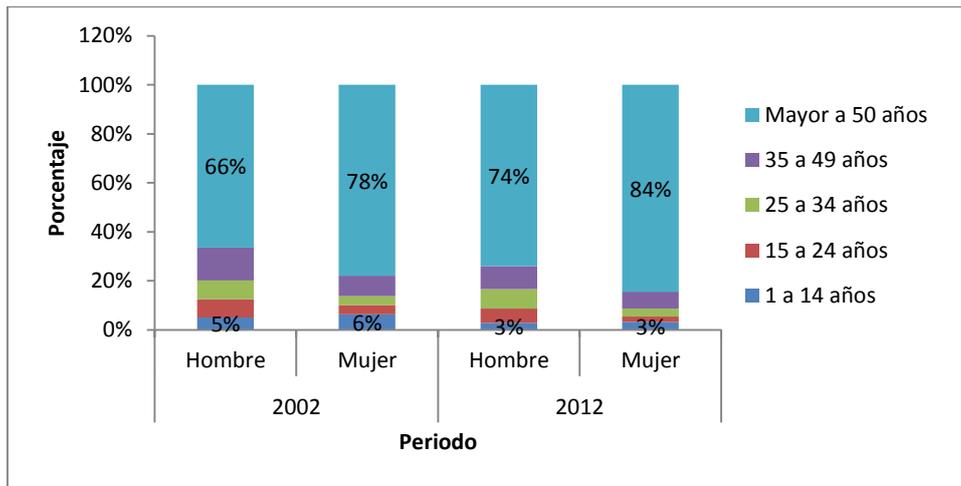
Según la OMS (2014c) se puede definir la causa básica de defunción como *"la enfermedad o lesión que desencadenó la sucesión de eventos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o acto de violencia que produjeron la lesión mortal"*.

La mortalidad puede ser cuantificada de varias maneras, cada una de ellas responde a conceptos y énfasis diferentes. Así se presenta la tasa bruta de mortalidad, mortalidad por causa específica, mortalidad por edad específica, años potenciales de vida perdidos, entre otros (Vila, Booske y Remington, 2006). En el presente estudio se analizan algunos de estas mediciones, tomando en cuenta la causa básica de defunción de acuerdo con el CIE-10; sin embargo, el INEC realiza una reagrupación general en 80 causas. Esta variable se utiliza para el presente estudio.

Según el lugar donde fallecen las personas, se observa un cambio significativo desde el 2002 al 2012, ya que a pesar de que el lugar de fallecimiento sigue siendo la casa con 37% para el 2012, este presentó una disminución de 12% en relación con el 2002. Esta disminución se explica por el aumento de 48% de defunciones en la categoría hospitales, clínicas o consultorios privados. Si esta relación se analiza por sexo, se presenta que en una década el lugar de fallecimiento casa disminuye 14% para las mujeres y 11% para los hombres, debido al aumento de 45% y 49% en la categoría hospitales, clínicas o consultorios privados, respectivamente.

Como ya se ha analizado, las mujeres se enferman con mayor frecuencia que los hombres, pero viven un mayor número de años. Esta situación se puede evidenciar de acuerdo con el peso que tienen los grupos de edad en las defunciones para hombres y mujeres, ya que el 84% de mujeres que murieron en el 2012 corresponde al grupo mayor de 50 años, frente al 74% de los hombres. Al comparar con el 2002 se observa un aumento significativo en las defunciones por parte de este grupo de edad, lo cual supone el envejecimiento de la población debido al cambio en la pirámide poblacional (Gráfico 14).

**Gráfico 14: Defunciones por Sexo según Grupos de Edad. Parroquia Quito periodo 2002- 2012**



Fuente: Defunciones 2002-2012 INEC

Elaboración: María Cristina Restrepo

A nivel mundial entre las principales causas de mortalidad tanto para hombres como para mujeres, se encuentran las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), las cuales se caracterizan por tener una progresión lenta y se concentran principalmente en los países de ingresos bajos y medios, convirtiéndose en un círculo vicioso de la pobreza. Este grupo está conformado por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias. Un alto grado de riesgo de estas enfermedades tiene que ver con el estilo de vida de la población como el consumo de tabaco y alcohol, mala alimentación y falta de actividad física. Por lo tanto, un cierto grado de estas enfermedades son prevenibles con cambios en los hábitos de la población (OMS, 2013b).

Las ECNT constituyen un problema de salud complejo, puesto que intervienen factores sociales como ingresos, educación, empleo, grupo étnico y sexo; además, también intervienen factores ambientales, biológicos, y el entorno internacional; por lo cual, es importante la promoción de la salud dentro de la familia y la sociedad (OPS, 2007). Este tipo de enfermedades pone en peligro el desarrollo social y económico de los países, convirtiéndose en el causante de tres de cada cuatro muertes a nivel regional, esto es 4,45 millones de personas (OPS, 2013).

En la Cuadro 5, se puede observar que las diez principales causas de mortalidad de las mujeres en los periodos 2002, 2007 y 2012 son similares; sin embargo, el peso de cada una de ellas es diferente para cada periodo. Dentro de las ECNT se puede encontrar en algunos casos una disminución en las tasas de mortalidad del 2002 al 2012, tal es el caso de las enfermedades cerebrovasculares, isquémicas del corazón, y otras enfermedades del corazón, las cuales disminuyen en 24%, 17% y 22%, respectivamente. Sin embargo, se presenta un aumento por parte de las enfermedades hipertensivas 90% y la diabetes mellitus 29%.

**Cuadro 5: Diez Principales Causas de Mortalidad de las Mujeres. Parroquia Quito periodo 2002, 2007, 2012**

Causas Cod.80	Causas	2002			2007			2012		
		Tasa	Peso	%	Tasa	Peso	%	Tasa	Peso	%
46	Diabetes mellitus	28	3	6%	29	3	7%	36	1	8%
54	Otras enfermedades del corazón	44	1	10%	35	1	9%	34	2	7%
55	Enfermedades cerebrovasculares	35	2	8%	33	2	8%	27	3	6%
59	Neumonía	20	6	5%	19	6	5%	25	4	5%
52	Enfermedades hipertensivas	12	9	3%	13	8	3%	23	5	5%
44	Resto de tumores malignos	18	7	4%	17	7	4%	20	6	4%
53	Enfermedades isquémicas del corazón	21	5	5%	22	4	5%	18	7	4%
69	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	27	4	6%	19	5	5%	15	8	3%
80	Todas las demás causas externas	14	8	3%	11	9	3%	13	9	3%
61	Enfermedades crónicas de vías resp. inferiores	9	10	2%	10	10	2%	13	10	3%

Fuente: Defunciones 2002, 2007, 2012

Elaboración: María Cristina Restrepo

Como se puede observar en la Cuadro 6, dentro de las principales causas de mortalidad de los hombres también se encuentra las ECNT; sin embargo, los pesos de ambos sexos son diferentes. Para los periodos 2002 y 2012 se puede observar en algunos casos una disminución en las tasas de mortalidad, tal es el caso, de las enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares y otras enfermedades del corazón, las cuales disminuyen en 35%, 31% y 32%, respectivamente. Sin embargo, como en el escenario de las mujeres, aumentaron las enfermedades hipertensivas 182% y la diabetes mellitus 38%. Dentro de las principales causas de mortalidad también se encuentran las relacionadas con el comportamiento de los hombres en cuanto al abuso de alcohol y la violencia, las cuales a pesar de tener altas tasas en todos los periodos de análisis, presenta una disminución desde el 2002 al 2012, en los accidentes de transporte 4%, agresiones 41% y todas las demás causas externas 21%.

**Cuadro 6: Diez Principales Causas de Mortalidad de los Hombres. Parroquia Quito periodo 2002, 2007, 2012**

Causa Cod.80	Causas	2002			2007			2012		
		Tasa	Peso	%	Tasa	Peso	%	Tasa	Peso	%
73	Accidentes de Transporte	35	4	6%	38	1	7%	33	1	6%
46	Diabetes Mellitus	20	9	4%	24	8	5%	27	2	5%
54	Otras enfermedades del corazón	39	1	7%	33	3	6%	27	3	5%
80	Todas las demás causas externas	34	5	6%	27	6	5%	27	4	5%
59	Neumonía	21	8	4%	20	9	4%	26	5	5%
53	Enfermedades isquémicas del corazón	37	2	7%	35	2	7%	24	6	5%
55	Enfermedades cerebrovasculares	31	7	6%	28	5	5%	21	7	4%
69	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	36	3	7%	25	7	5%	21	8	4%
52	Enfermedades hipertensivas	7	10	1%	9	10	2%	20	9	4%
79	Agresiones	32	6	6%	31	4	6%	19	10	4%

Fuente: Defunciones 2002, 2007, 2012

Elaboración: María Cristina Restrepo

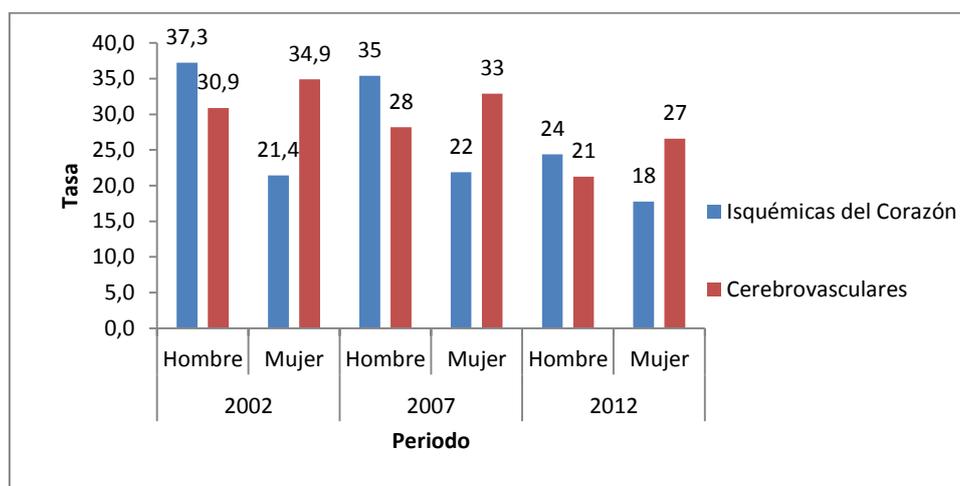
## ***Diferencias por sexo de causas de mortalidad seleccionadas.***

Una política de salud con enfoque de género no busca que los hombres y mujeres tengan tasas similares en todas las enfermedades, sino disminuir las tasas de aquellas causas que puedan ser evitables (OPS, 2011). Algunas de estas enfermedades como ya analizamos, tienen que ver con los hábitos de la población y las desigualdades sociales. Si bien, en el presente estudio no se encuentran los determinantes detallados de cada enfermedad, es importante señalar que las mujeres se encuentran en una situación más vulnerable y desigual que los hombres. Por esta razón, se debe realizar un análisis de las diferencias por sexo de algunas causas seleccionadas. Se analizan las enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares, diabetes, agresiones, accidente de transporte y enfermedades del hígado.

La diferencia entre las tasas de enfermedades cerebrovasculares entre sexos es menor que las enfermedades isquémicas del corazón. Las causas de estas diferencias se desconocen; sin embargo, puede influir el manejo efectivo de la hipertensión arterial por el acceso a los servicios de salud. (OPS, 2011). Como se puede observar en el Gráfico 15, en las enfermedades cerebrovasculares, las mujeres presentan una tasa mayor de este tipo de enfermedades en todos los periodos de análisis; con un comportamiento relativamente desigual, mientras que la tasa de los hombres disminuye progresivamente. Estas diferencias entre sexos, aumentan del 2002 al 2012, ya que en el primer periodo se presenta una brecha de 13%, para luego aumentar a 25% en el 2012.

En cuanto a las enfermedades isquémicas del corazón, se presentan tasas más elevadas para los hombres en todos los periodos; sin embargo, para el 2012, se observa que la brecha entre la tasa de enfermedades isquémicas del corazón y cerebrovasculares de los hombres disminuye. Por otro lado, se puede observar una disminución importante en la brecha entre ambos sexos del 2002 al 2012, ya que en el 2002 se presenta una diferencia de 42% frente a 27% en el 2012. Este comportamiento se debe a la disminución de la tasa de los hombres de 35% frente al de las mujeres de 17%.

**Gráfico 15: Tasa de Mortalidad por Enfermedad Isquémica del Corazón y Cerebrovascular por Sexo. Parroquia Quito periodo 2002, 2007, 2012**



Fuente: Defunciones 2002, 2007, 2012

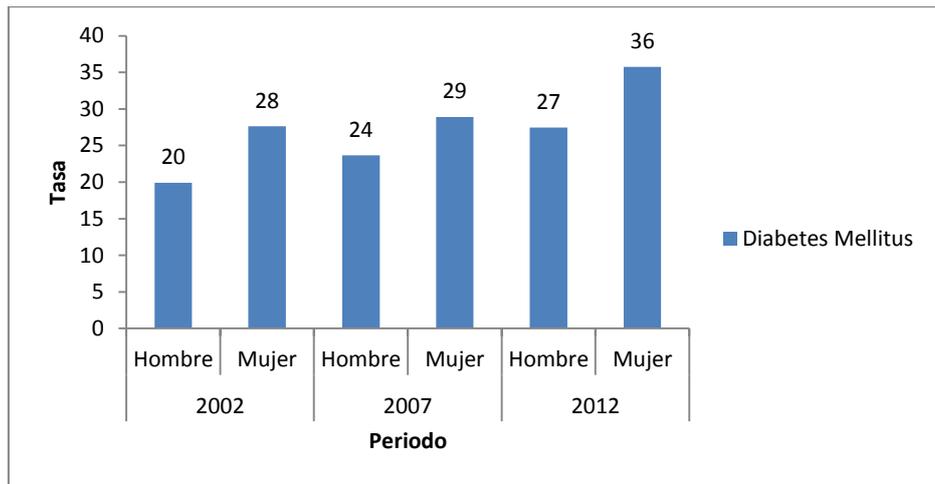
Elaboración: María Cristina Restrepo

La diabetes mellitus tiene una alta carga para la sociedad, ya que ocasiona discapacidad y muerte prematura (OMS, 2012). Sin embargo, las estadísticas no reflejan el peso verdadero de la diabetes ya que la mayoría de pacientes mueren por causas asociadas a la misma, como son las enfermedades cardiovasculares y del riñón (OPS, 2011). Existen tres tipos de diabetes 1, 2 y gestacional. La diabetes tipo 2 conocida también como no insulino dependiente, es la de mayor participación. Este tipo de diabetes es prevenible con una alimentación adecuada y actividad física (OMS, 2013c).

La obesidad y la diabetes tienen un alto impacto en las mujeres, ya que no solo afecta su salud sino en muchos casos la salud de su hijo. Así, la presencia de diabetes gestacional, que ocurre durante el embarazo, aumenta el riesgo de la morbilidad y mortalidad perinatal. Además la presencia de diabetes crea un círculo vicioso, ya que en la madre ocasiona una susceptibilidad del niño para desarrollar diabetes en su juventud. También los niños que tienen un bajo peso al nacer incrementan el riesgo a desarrollar diabetes de tipo 2 en su edad adulta (OMS, 2012).

Como se puede observar en el Gráfico 16, para ambos sexos la tasa de diabetes aumenta en todos los periodos, este incremento es preocupante dadas las consecuencias y el alto costo para la sociedad, con especial énfasis en las mujeres que presentan mayores tasas que los hombres. A pesar del aumento de las tasas en todos los periodos, la brecha entre ambos disminuye, ya que para el 2002 se presenta una diferencia de 39% frente a 30% en el 2012.

**Gráfico 16: Tasa de Mortalidad por Diabetes Mellitus por Sexo. Parroquia Quito periodo 2002,2007, 2012**



Fuente: Defunciones 2002, 2007, 2012 INEC

Elaboración: María Cristina Restrepo

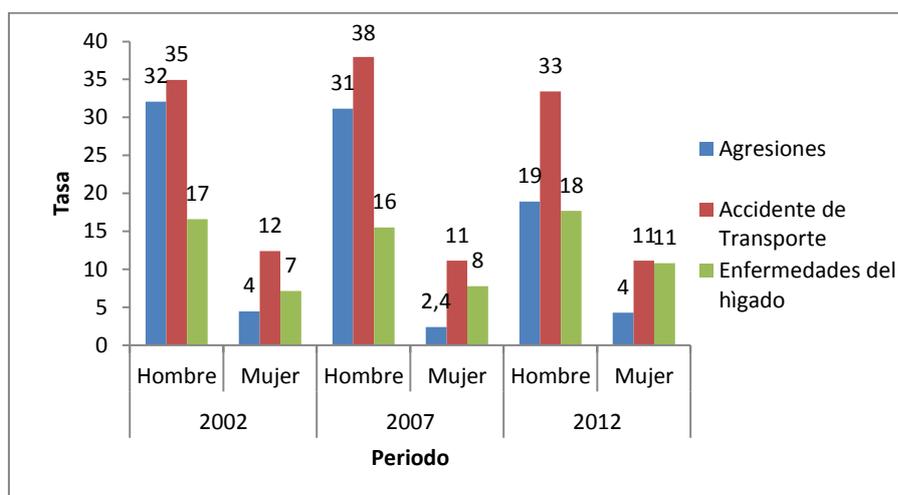
La gran diferencia entre las tasas de mortalidad de ambos sexos son las agresiones y los accidentes de transporte, debido a las conductas de riesgo de los hombres relacionada con el desarrollo de los roles de género. El consumo de alcohol, es un comportamiento típico de los hombres, el cual se relaciona con los accidentes de tránsito, agresiones, y en algunos casos las enfermedades del hígado (OPS, 2011).

En el Gráfico 17 se observa que los accidentes de tránsito constituyen para hombres y mujeres la tasa más alta en cuanto a estas tres causas; sin embargo, los hombres siguen teniendo una brecha importante en relación con las mujeres, con 65% para el 2002 y un aumento para el 2012 a 67%. Según los grupos de edad para los hombres, se encuentran una mayor presencia en el grupo mayor a 50 años y de 15 a 24 años, con 27% y 25%, respectivamente. Mientras que para las mujeres el peso recae en las mayores de 50 años con 34%.

A pesar de la gran diferencia en las tasas de ambos sexos, se observa que para el 2012 la tasa de los hombres disminuye; así la brecha que se tenía entre ambos de 86% en el 2002 pasa a 77% en el 2012. A diferencia de las otras causas, las agresiones y los accidentes de tránsito, se distribuyen en todos los grupos de edad sin un peso tan significativo para las personas mayores de 50 años. Para los hombres existe una presencia mayor en las personas de 25 a 34 años con 35%, seguida por el grupo de 15 a 24 años con 29%. Mientras que en las mujeres se evidencia un mayor peso en el grupo de 35 a 49 años con 32%, seguida de la mujeres entre 25 a 34 años con 27%.

Existen varios factores de riesgo para las enfermedades del hígado, una de ellas es el consumo de alcohol que puede llegar a causar cirrosis (OPS, 2011). Si bien para el 2012 la tasa de mortalidad para los hombres sigue siendo superior que para las mujeres, la tasa de las mujeres presenta un aumento, lo cual se refleja también en la brecha entre ambos sexos, ya que en el 2002 la diferencia entre ambos era de 57% frente a 39% para el 2012 (Gráfico 17).

**Gráfico 17: Causas de mortalidad por Agresiones, Accidente de Transporte y Enfermedades del Hígado por Sexo. Parroquia Quito periodo 2002,2007, 2012**



Fuente: Defunciones INEC 2002,2007, 2012

Elaboración: María Cristina Restrepo

## Oferta

Según el Art. 358 de la Constitución:

El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

La organización del Sistema Nacional de Salud (SNS) está conformada por la red pública integral de salud y la red complementaria. La red pública contempla el Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Seguro Social Campesino, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) y de las fuerzas Armadas (ISSFA). A estas instituciones se les articulan las Unidades de Atención de la Dirección de Rehabilitación Social. Por su parte, la red complementaria constituye las instituciones privadas con o sin fines de lucro (MAIS, 2012: 104).

El MSP se encarga de brindar atención sanitaria a toda la población, mientras el IESS brinda atención a los campesinos y trabajadores asegurados. Por su parte, el ISSFA e ISSPOL tiene como usuarios tanto a militares y policías, respectivamente, así como a sus familias. Todos los organismos tienen contribuciones gubernamentales, mientras que el IESS, ISSPOL e ISSFA reciben también contribuciones de los empleadores y trabajadores. El sector privado está conformado por organizaciones con y sin ánimo de lucro. Las instituciones con fines de lucro constituyen consultorios privados, clínicas, hospitales y entidades de la medicina pre-pagada (Lucio, Villacrés y Henríquez, 2011).

Según el Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e intercultural MAIS-FCS (2012), la oferta debe responder a las condiciones a nivel zonal, distrital y de circuitos. La provisión de servicios debe contemplar los criterios de ciclo de vida, grupos prioritarios establecidos en la Constitución y grupos vulnerables a riesgos laborales, ambientales o sociales.

El análisis de la provisión por ciclos de vida establece la desagregación por grupos de edad en: niñez (0 a 9 años), adolescencia (10 a 19 años), adultos/as (20 a 64 años) y adulto/a mayor (mayor de 64 años). Los grupos prioritarios establecidos en el artículo 35 de la Constitución contemplan: niños, niñas, adolescentes, personas con discapacidad, personas privadas de la libertad, personas con enfermedades catastróficas o de alta complejidad, personas en situación de riesgo, víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales. Por su parte, los grupos vulnerables con riesgos laboral, ambiental o social se deben identificar de acuerdo con las visitas domiciliarias por el equipo de salud, ya que la población afectada cambia en relación con la coyuntura y con los diferentes espacios socio-territoriales (MSP, 2012).

Con el objetivo de mejorar la provisión de salud, el MSP realiza una homologación de la tipología de los establecimientos para organizar la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria. Esta nueva organización del Sistema Nacional de Salud (SNS) plantea una estructura en red, eliminando la jerarquización anterior, en donde el centro del sistema era el hospital. En consecuencia se presentan nivel I, II y III. El nivel I debe solucionar la mayoría de casos de pacientes, ya que supone la entrada al sistema. En este nivel se llevan a cabo acciones de promoción y prevención, además de resolver las necesidades básicas de la comunidad por medio de tratamientos preventivos y curativos, sin necesidad de un especialista. Aquí se encuentran los puestos de salud, subcentros de salud, centros de salud y consultorios generales (MSP, 2012).

El nivel II se encarga de brindar un tratamiento específico con una atención especializada y acciones que necesiten o no de hospitalización. Dado los requerimientos de personal y equipos, este nivel contempla acciones más costosas que el nivel anterior; está constituido por los hospitales básicos y generales. Por su parte, el nivel III contempla acciones ambulatorias y de hospitalización de acuerdo con una especialidad o subespecialidad. Está constituido por los centros y hospitales especializados, y representan mayor complejidad (MSP, 2012).

Según el MSP (2013) en la *“Norma del Subsistema de Referencia, Derivación, Contra-referencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud”*, en términos generales el trabajo en red consiste en acciones de acuerdo con el nivel y complejidad de cada establecimiento. Lo ideal es realizar una entrada al sistema a través del nivel I, en donde el personal dará un diagnóstico acerca de las necesidades del paciente. Además se evalúa si el paciente necesita atención más compleja o si en el mismo nivel se puede solucionar su caso. En el primer escenario el personal deberá transferir al paciente al nivel inmediatamente superior.

Para que la organización del sistema funcione de una forma eficaz y eficiente es necesario que el personal conozca a profundidad la oferta de servicios en el nivel de atención en el que labora, como

también todos los servicios que ofrecen los otros niveles. El trabajo en red consiste en la referencia, derivación y contra-referencia. La referencia ocurre cuando un establecimiento de salud no presenta la capacidad instalada para las necesidades del paciente; en tal caso, el personal debe enviar al paciente a otro establecimiento del mismo nivel o a uno inmediatamente superior. Por su parte, la derivación se lleva a cabo cuando los pacientes son enviados a niveles de atención iguales o superiores en establecimientos externos públicos (Red Pública de Salud) o a prestadores privados (Red Complementaria). En todos estos procedimientos se utiliza el formulario número 53 (MSP, 2013).

Según la norma el proceso de contra-referencia implica la complementariedad y continuidad del tratamiento del paciente, este ocurre cuando el paciente referido en primera instancia a un nivel superior retorna al nivel inferior con la información de la atención a la que fue sujeto, para poder realizar un seguimiento y tratamiento recomendado por el profesional. El personal del nivel inferior debe cumplir con las indicaciones del nivel superior. Sin embargo, no siempre el paciente debe ser remitido al nivel inferior, ya que en muchos casos el establecimiento no tiene la capacidad resolutive o no amerita un seguimiento o tratamiento complementario. Este trabajo en red busca dar relevancia a los dos primeros niveles, ya que se podrían resolver el 90% de los problemas de salud a nivel nacional (MSP, 2013).

El INEC anualmente recoge información estadística en los establecimientos de salud que tengan o no intervención hospitalaria, en esta base se toma en cuenta información acerca de recursos humanos, equipos y diferentes actividades. Esta base de datos se utiliza en el presente análisis para dar un panorama acerca de la oferta en salud en la parroquia Quito.

En la Cuadro 7, se observa que para el año 2012, el nivel de atención primario o nivel I representa el 75% de los establecimientos, seguida por el nivel II con 20 % y nivel III con 5%. Dentro del nivel I el sector público representa el 93% con 273 entidades, mientras que en el nivel II el sector privado con fines de lucro tiene la mayor participación con 90%. Por su parte, en el nivel III el sector público representa el 53% frente al 47% del sector privado con fines de lucro.

**Cuadro 7: Establecimientos y Nivel de Atención en la Parroquia Quito, Periodo 2012**

	Clase de Establecimiento	Sector Público	Sector Privado con fines de lucro	Sector Privado sin fines de lucro	Número	%	Nivel de Atención
Establecimientos sin Internación	Dispensario Médico (Policlí	170	9	1	180	46%	I
	Subcentro de Salud	79	0	0	79	20%	I
	Centro de Salud	22	0	1	23	6%	I
	Otros Establecimientos sin i	2	0	10	12	3%	I
Establecimientos con Internación	Clínica General	0	71	2	73	19%	II
	Hospital General	5	3	1	9	2%	II
	Clínica Especializada Aguda	0	6	0	6	2%	III
	Hospital Especializado Crónico	4	1	0	5	1%	III
	Hospital de Especialidades	3	1	0	4	1%	III
	Hospital Especializado Agudo	2	0	0	2	1%	III
Total	Total establecimientos sin internación	273	9	12	294	75%	
	Total establecimientos con internación	14	82	3	99	25%	
	Total	287	91	15	393	100%	

Fuente: Estadísticas de Recursos y Actividades de Salud 2002-2012-INEC

Elaboración: María Cristina Restrepo

## ***Financiamiento del Sistema de Salud Ecuatoriano***

El financiamiento del Sistema Nacional de Salud, busca obtener los recursos para llevar a cabo planes estratégicos a nivel nacional, zonal, distrital, provincial y en circuitos. Además busca financiar proyectos, prestaciones y el cumplimiento del Plan Nacional de Inversiones y Equipamiento del sector público (MAIS, 2012).

Para financiar los planes estratégicos y proyectos se toman en cuenta todas las instituciones que forman parte del SNS, mientras que los recursos para llevar a cabo el conjunto de prestaciones y el Plan Nacional de Inversiones y equipamiento e infraestructura, provienen de la red pública de salud (MSP, IESS, Fuerzas Armadas, Policía). Por su parte, el sector privado con recursos propios realiza estas actividades (MSP, 2012).

La asignación de recursos por lo general toma en cuenta los diferentes gastos históricos y la capacidad de gasto de las diferentes unidades ejecutoras. Sin embargo, según el Art. 366 de la Constitución, la asignación de recursos debe tomar en cuenta criterios de población, cultura y necesidades. El criterio de población analiza la distribución territorial, estructura demográfica, nivel socioeconómico y características culturales, mientras que el criterio por necesidades considera el

perfil epidemiológico de acuerdo con los determinantes que afectan la salud y las principales causas de morbilidad y mortalidad (MSP, 2012).

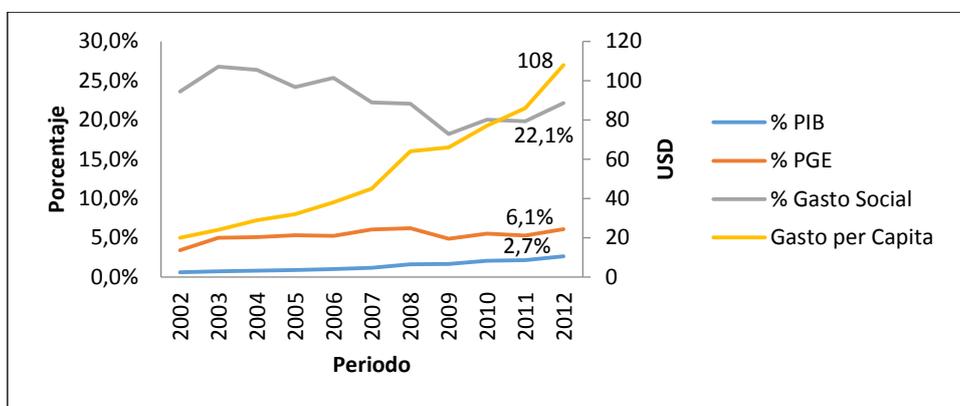
Tanto el MSP como las instituciones de seguridad ISSPOL, ISSFA, se rigen por las disposiciones presupuestarias del Ministerio de Finanzas (MF), el mismo que tiene como responsabilidades el manejo de los recursos fiscales, aprobación de presupuestos de las entidades gubernamentales y la planificación financiera del gobierno nacional. El IESS presenta autonomía financiera, la cual debe ser aprobada por el Consejo Directivo del mismo seguro (Lucio, Villacrés y Henríquez, 2011)

Según datos del Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), en Ecuador el presupuesto sectorial en salud ha tenido un crecimiento de 548% en diez años, pasando de 259 USD millones en 2002 a 1678.76 en el 2012. El crecimiento anual más alto se evidencia en el 2008 con 45%. De acuerdo con la naturaleza del gasto, se presenta una mayor participación del gasto corriente con 83% para 2002 y 72% para el 2012. Esta disminución porcentual de la participación del gasto corriente se da por un crecimiento en la participación de la inversión, ya que pasó de 10% a 21% en diez años.

Según la fuente de financiamiento, la mayor participación proviene de los recursos fiscales, con 73% para el 2002 y 83% para el 2012. Este crecimiento de la participación porcentual responde a la eliminación de los recursos provenientes de las pre-asignaciones a partir del 2010 y una disminución en la participación de los recursos fiscales generados por las instituciones.

Al analizar el Gráfico 18, se observa que a pesar del importante crecimiento del gasto sectorial en salud, el país no cumple con la disposición transitoria vigésimo segunda de la Constitución, la cual establece que el presupuesto sectorial en salud debe crecer cada año al menos 0,5% del PIB, hasta alcanzar un valor de 4% del PIB; sin embargo, para el 2012 existió un incremento anual de 0.6 puntos porcentuales. Al comparar el periodo 2002-2012, la participación en el gasto social presenta una disminución de 1.5 puntos porcentuales, no obstante existe un crecimiento de 2.7 puntos porcentuales de acuerdo con el Presupuesto General del Estado, y un incremento de 88 USD en el Gasto per Cápita.

**Gráfico 18: Presupuesto Sectorial de Salud (devengado) en Ecuador, Periodo 2002-2012**



Fuente: SIISE 2014

Elaboración: María Cristina Restrepo

## *Recursos Humanos*

En Octubre del 2007 los países de la Región en cooperación con la OPS establecieron cinco desafíos prioritarios en los recursos humanos de la salud. Cada desafío tiene ciertas metas que cumplir para el periodo 2007-2015. El detalle de los cinco desafíos y el cumplimiento de sus metas para el 2009-2011 en el Ecuador se presentan en el Anexo B. Los desafíos comprenden: (1) definir políticas y planes de largo plazo, (2) ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados, (3) garantizar la manutención de una dotación adecuada del personal de salud, (4) generar ambientes de trabajo saludables e incentivar el compromiso del personal, (5) desarrollar mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas del servicio de salud.

Dentro de los cinco desafíos, el tercero presenta el peor desempeño con 0% de cumplimiento, lo cual pone en riesgo al país en autosuficiencia de recursos humanos y en una adecuada selección de profesionales extranjeros. A este le sigue el quinto desafío con un cumplimiento aproximado de 7%; sin embargo, dentro de las metas de este desafío el peor comportamiento son los incentivos a estudiantes de poblaciones sub-atendidas, lo cual acentúa el problema de ausencia de recursos humanos en las zonas alejadas y las brechas de profesionales urbano-rurales (OPS, 2011a).

El desafío con mejor desempeño constituye el de generar ambientes de trabajo saludables e incentivar el compromiso del personal; sin embargo, dentro de las metas, la reducción a la mitad del empleo precario tuvo un cumplimiento del 50%. Uno de los desafíos más importantes es el de definir políticas y planes de largo plazo, el cual presenta un cumplimiento promedio de 68%. Si bien existen desafíos con un relativo buen cumplimiento, todavía existe mucho por hacer en relación con los recursos humanos para asegurar una atención de calidad a la población (OPS, 2011a).

Dentro de los objetivos del MAIS-FCI, se encuentra el objetivo estratégico número 4.4.2, el cual establece fortalecer la calidad de atención por el Talento Humano. Con este propósito la Autoridad Sanitaria Nacional ha definido el Plan de Formación y Capacitación del Talento Humano, para llevar a cabo procesos de certificación, recertificación, y el desarrollo de la Carrera Sanitaria con el apoyo de diferentes universidades. El MSP busca aumentar los postgrados para las personas que trabajan en el nivel II y III, como también fortalecer el primer nivel con el desarrollo de un post grado en Medicina Familiar-Comunitaria y una adecuada capacitación de técnicos (MSP, 2012).

Cada establecimiento de la red de salud debe tener un plan de desarrollo de competencias de los recursos humanos, como también un adecuado perfil de los equipos en relación con las necesidades de cada establecimiento. El MAIS-FCI también establece que con el propósito de fortalecer los niveles I y II, todos los establecimientos de salud deben ser espacios académicos en donde se ejerza la docencia (MSP, 2012).

Para el análisis de la oferta se utilizaron las estadísticas de Actividades y Recursos de Salud del INEC (2002-2012). Estas estadísticas constituyen una herramienta importante para la toma de decisiones, dado que la información se levanta todos los años a nivel nacional. Sin embargo, la información

presenta limitaciones al no tomar en cuenta todo el personal de salud, ya que se levanta solo en los establecimientos. También impide conocer si una persona trabaja en uno o varios establecimientos de salud. El presente análisis trabaja con dicha limitación, por lo tanto las observaciones pueden estar subestimadas con la realidad.

La OPS (2011a) establece como meta regional 25 profesionales de la salud<sup>13</sup> por cada 10.000 habitantes. Para el 2012, el Ecuador presenta una tasa de 27.6, mientras que la Parroquia Quito sobrepasa significativamente las recomendaciones con 67. Esta diferencia se presenta dado que en el país los profesionales de la salud se concentran en las principales ciudades, lo cual se manifiesta en una escases de profesionales en las áreas más aisladas del país.

La OPS (2011) indica que el Ecuador en relación con los países de la Subregión Andina, se encuentra en tercer lugar de acuerdo con la tasa de médicos<sup>14</sup> (15), por debajo de Perú (11,5) y Venezuela (19). En cuanto a la tasa de parteras y enfermeras, el país se encuentra en segundo lugar (17), por debajo de Bolivia (21).

En el Gráfico 19 se observa que en todo el periodo analizado existe una participación mayor de los médicos del sector privado con fines de lucro; sin embargo, se debe tomar en cuenta que la encuesta no permite conocer cuántos médicos que fueron encuestados en el sector privado también prestan sus servicios en el sector público. Si se asume que al obtener una desagregación correcta de los médicos, el comportamiento de las variables no presenta un cambio significativo; se observa que en el sector público sigue habiendo una carencia de médicos dado que es el sector con mayor participación en las prestaciones de salud.

En la parroquia Quito de 2002 a 2012 se evidencia un crecimiento de 34% para todo el personal médico; sin embargo, el sector privado con fines de lucro presentó el mayor crecimiento con 38% frente a 30% del sector público. Al analizar la evolución en los años citados, se observa que el sector salud responde a coyunturas políticas, así antes del 2006 el sector presentaba un comportamiento irregular en todos los periodos; no obstante, en el año de elecciones (2006) se observa un incremento del 34% para luego en el cambio de gobierno (2007) disminuir un 19%. Desde entonces, el sector presenta un incremento progresivo que oscila entre 4% para el 2008 y 9% para el 2012.

Por su parte, la tasa de médicos también evidencia un aumento, con un valor de 32 médicos por cada 10.000 habitantes para el 2002 a 43 médicos para el 2012. Esta tasa es superior al promedio nacional que presenta 17 médicos, lo cual responde a la concentración en áreas urbanas como la Parroquia Quito.

En la parroquia de Quito en el 2012 existían 7.107 médicos, de los cuales el 52% corresponde a médicos del sector privado con fines de lucro, 45% al sector público y el 3% al sector privado sin fines de lucro. A pesar de que en una década el número de médicos del sector público pasó de 2.227

---

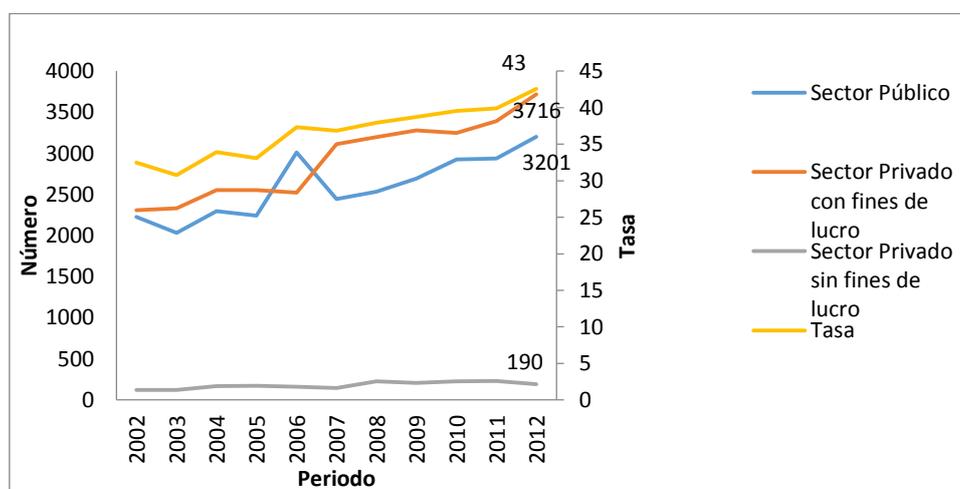
<sup>13</sup> Toma en cuenta únicamente médicos, enfermeras y obstetricias.

<sup>14</sup> La tasa se mide por cada 10.000 habitantes y toma en cuenta el periodo 2000-2010

a 3.201, el aporte porcentual del sector público en relación con el total de médicos desciende un 3%. Para el 2012 dentro del sector público, el MSP tiene la mayor participación con 49%, seguido por el IESS con 17% (Gráfico 19).

El sector privado con fines de lucro ha presentado un comportamiento más estable pasando de 2.309 médicos en el 2002 a 3.716 en el 2012. La disminución del aporte porcentual del sector público ha sido absorbida por el sector privado con fines de lucro, ya que su participación aumentó 2% (Gráfico 19).

**Gráfico 19: Número de Médicos por Sector y Tasa por cada 10.000 habitantes en la Parroquia Quito. Periodo 2002-2012**



Fuente: Estadísticas de Recursos y Actividades de Salud 2002-2012-INEC

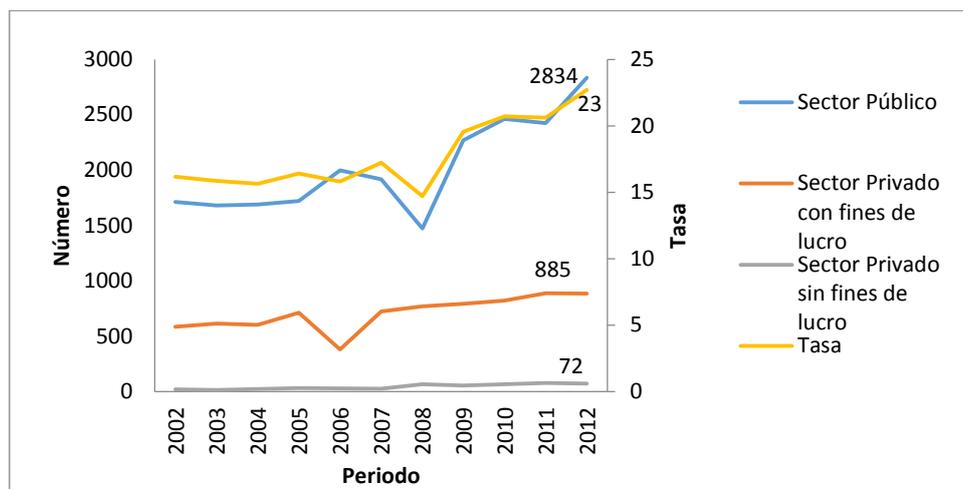
Elaboración: María Cristina Restrepo

En el Gráfico 20 se observa que las enfermeras constituyen uno de los gremios con mayor crecimiento, ya que en una década han crecido 63%. El sector público creció 65% frente a 51% del sector privado con fines de lucro. Como se observa en el gráfico, el sector privado con fines de lucro disminuye 46% en su número de enfermas para el 2006, no obstante en el siguiente año tiene un crecimiento del 90%. Por su parte, el sector público tiene una disminución en los primeros años de gobierno de Rafael Correa de 4% en el primer periodo y 23% en el segundo, para luego crecer 54% en el 2009.

La tasa de enfermeras por cada 10.000 habitantes se mantiene constante desde el 2002 hasta el 2006 con un valor de 16 enfermeras. Solo en el 2008 decrece a 15 para luego presentar en el 2012 una tasa de 23 enfermeras. Esta tasa se encuentra por encima del promedio nacional que presenta 10 enfermeras por cada 10.000 habitantes. Según las metas regionales se desea tener una enfermera por cada médico, en el caso de la parroquia Quito se mantiene un comportamiento similar al nacional al tener 0.5 enfermeras por cada médico.

Para el 2012 existían 3.791 enfermeras, de las cuales el 75% se encontraba en el sector público, 23% en el sector privado con fines de lucro y 2% en el sector privado sin fines de lucro. Al analizar la década, el aporte porcentual de enfermeras del sector público al total del gremio presentan un comportamiento constante, con un aumento de un punto porcentual para el 2012. Mientras que el sector privado con fines de lucro presenta una disminución de dos puntos porcentuales para el mismo periodo. Para el 2012 dentro del sector público el MSP tenía la participación más alta con 49%, seguida del IESS con 28%.

**Gráfico 20: Número de Enfermeras por Sector y Tasa por cada 10.000 habitantes en la Parroquia Quito. Periodo 2002-2012**



Fuente: Estadísticas de Recursos y Actividades de Salud 2002-2012-INEC

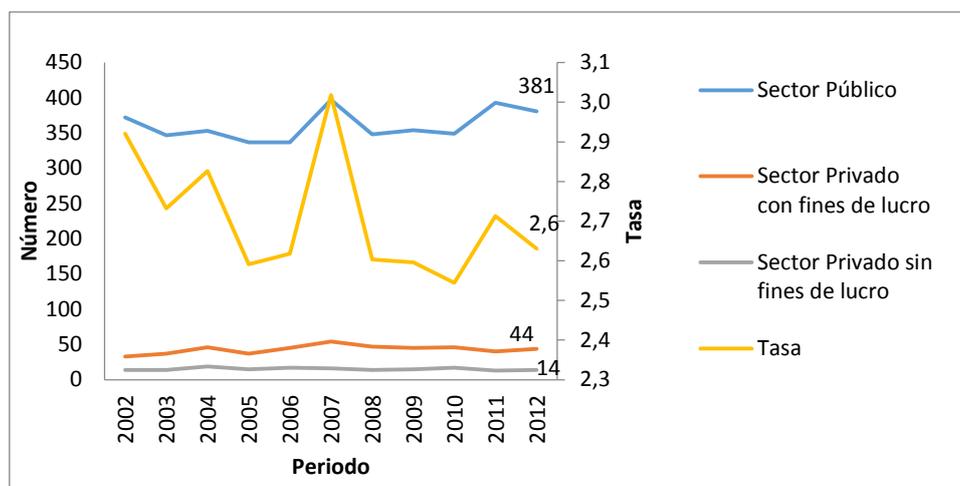
Elaboración: María Cristina Restrepo

Según el INEC, en el 2012 existían 439 odontólogos, de los cuales el 87% trabajaba en establecimientos del sector público, 10% en el sector privado con fines de lucro y 3% en el sector privado sin fines de lucro. Los odontólogos del sector público en relación con el total de odontólogos en los periodos extremos (2002-2012), decrecen dos puntos porcentuales, mientras que la participación del sector privado con fines de lucro crece en 2%.

Como se observa en el Gráfico 21, el comportamiento del número de odontólogos en el sector público en el periodo estudiado presenta cambios importantes entre los años 2007 - 2008. Para el 2007 hubo un crecimiento de 18% para disminuir en el periodo siguiente 12%. Si bien existen cambios en la década, este no se refleja en un crecimiento importante en los dos periodos extremos de análisis (2002-2012), ya que entre el 2002 y 2012 hubo un crecimiento del 2%. Por su parte, el sector privado tuvo un crecimiento del 33% a pesar de tener una participación menor en relación con el total de odontólogos.

La tasa de odontólogos decrece relativamente de 2.9 a 2.6 por cada 10.000 habitantes entre el año 2002 y 2012. A diferencia de otros profesionales de la salud, la tasa de odontólogos es similar al promedio nacional que presenta 2.5 odontólogos por cada 10.000 habitantes.

**Gráfico 21: Número de Odontólogos por Sector y Tasa por cada 10.000 habitantes en Quito. Periodo 2002-2012**



Fuente: Estadísticas de Recursos y Actividades de Salud 2002-2012-INEC

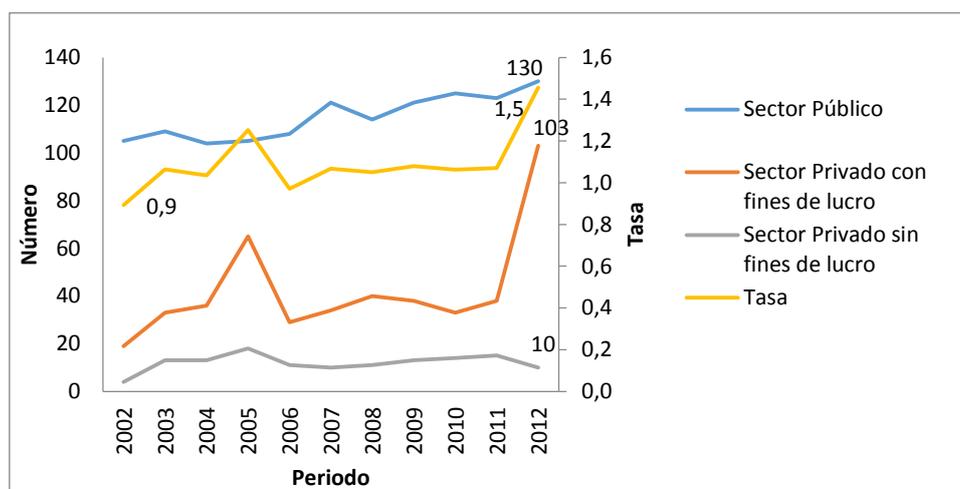
Elaboración: María Cristina Restrepo

En el Gráfico 22, se observa que el número de obstetrices ha crecido 90% en una década, ya que pasó de 128 obstetrices a 243; sin embargo, este crecimiento significativo se da gracias al aumento de 171% en el año 2012 por parte del sector privado con fines de lucro. Si se analizan los años extremos (2002-2012) se observa que el crecimiento por parte del sector privado con fines de lucro es de 442%, mientras que el sector público creció un 24%.

Para el 2012 existían 243 obstetrices, de las cuales el 53% pertenecía al sector público, 42% al sector privado con fines de lucro y 4% al sector privado sin fines de lucro. Si se analiza la participación del sector público en relación con el total de obstetrices se tiene que en una década decrece 29%; sin embargo, si no se toma en cuenta el crecimiento significativo del sector privado con fines de lucro en el último periodo, para el 2011 este decrecimiento sería de 12%. Dentro del sector público la mayor participación es del MSP con 95%.

La tasa de obstetrices se incrementa de 0.9 a 1.5 por cada 10.000 habitantes entre el año 2002 y 2012. Al igual que la tasa de odontólogos, las obstetrices presentan un comportamiento similar a promedio nacional que se ubica en 1.4.

**Gráfico 22: Número de Obstetricias por Sector y Tasa por cada 10.000 habitantes en la Parroquia Quito. Periodo 2002-2012**



Fuente: Estadísticas de Recursos y Actividades de Salud 2002-2012-INEC

Elaboración: María Cristina Restrepo

## Consultas

Las prestaciones de salud constituyen la respuesta por parte de las entidades responsables en políticas públicas en relación con los determinantes sociales de salud. Según el MSP y el Consejo Nacional de Salud-CONASA (2007) las prestaciones se pueden analizar de acuerdo con tres niveles: sociedad, grupos particulares de la población y a nivel individual. Los entes establecen que para trabajar con los diferentes niveles se asumen acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. La promoción realiza acciones a nivel de la sociedad y de los grupos poblacionales. Estas acciones trabajan en los determinantes de la salud y contemplan cambios en los estilos de vida, cultura alimentaria, ejercicio físico, recreación y contacto con la naturaleza. Dado el amplio campo de estas acciones se implementan a nivel intersectorial e interinstitucional.

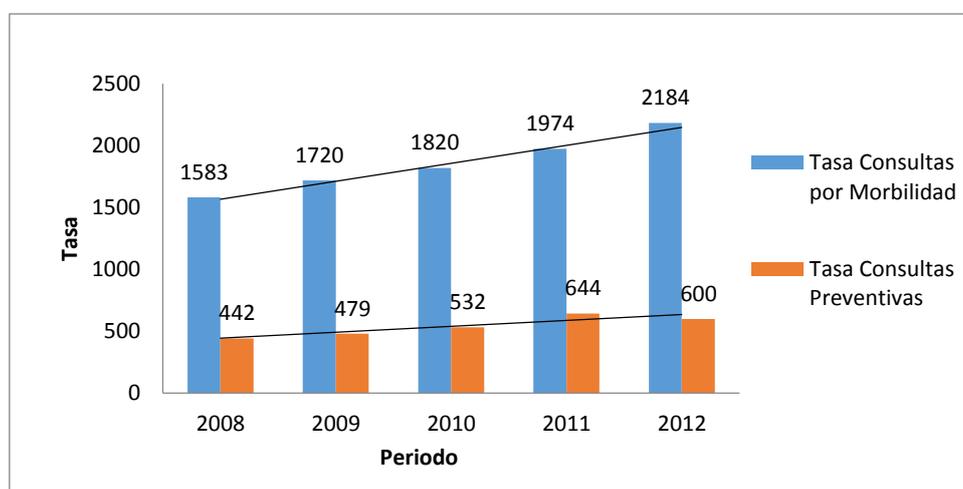
La prevención dependerá del problema que se quiere trabajar, para influir en todos los niveles (sociedad, grupo, individuos). Estas acciones contemplan medidas laborables, leyes sanitarias, programas de higiene, educación en diferentes áreas, entre otros. Las acciones en curación se manifiestan a nivel individual, pero influyen en los grupos poblacionales, dado que afectan la distribución de bienes y servicios. Por su parte, las acciones de recuperación y rehabilitación pueden evidenciarse en tres elementos: atención integral y personalizada del paciente, integralidad en las acciones institucionales e interculturalidad. (MSP y CONASA, 2007)

En este sentido, la base de datos de Actividades y Recursos de Salud del INEC, puede presentar un panorama de las prestaciones que la población está recibiendo únicamente por parte de las consultas; sin embargo, a pesar de su limitación, estos datos son útiles para identificar el tipo de consulta y el enfoque curativo o preventivo del ente sanitario. Para el análisis se tomaron los

periodos 2008-2012, dado que en las bases de periodos anteriores no es clara la desagregación entre los tipos de consultas.

El SNS debe buscar un desarrollo de la medicina preventiva para lograr una disminución en la carga de morbilidad y mortalidad de la población, por esto las consultas preventivas deben tener un crecimiento importante en relación con las consultas de morbilidad. Como se puede observar en el Gráfico 23, la tasa de consultas de morbilidad crece un 38% para los periodos extremos de análisis (2008-2012), mientras que la tasa de consultas preventivas crece un 36%. Dentro de este último existe un decrecimiento de 7% para el 2012 dado la disminución en las consultas preventivas en adolescentes y adultos. En valores absolutos (número) las consultas de morbilidad crecen 47% frente a 44% de las consultas preventivas.

**Gráfico 23: Tasa de Consultas por Morbilidad y Prevención por cada 1000 habitantes en la Parroquia Quito. Periodo 2008-2012**



Fuente: Estadísticas de Recursos y Actividades de Salud 2008-2012-INEC

Elaboración: María Cristina Restrepo

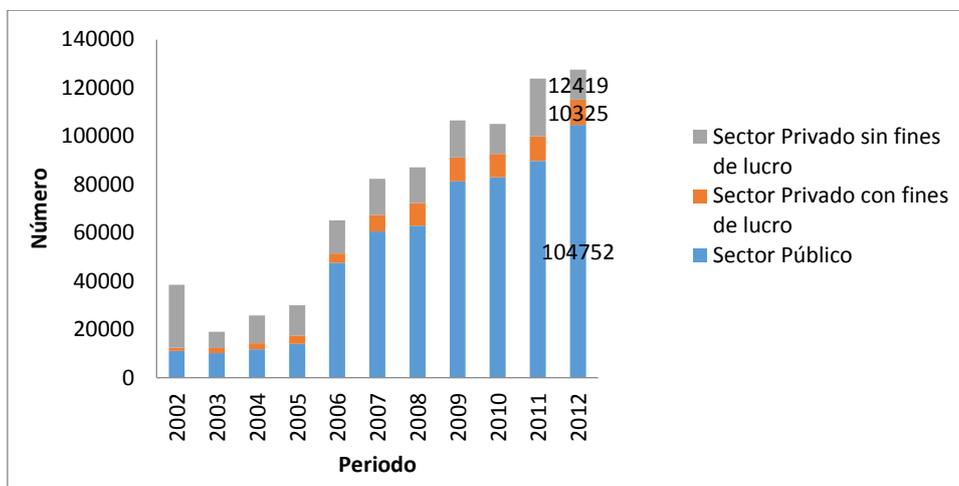
En la base del INEC las consultas se clasifican en primeras y subsecuentes, para el presente análisis se sumaron ambos tipos de consultas. La base también clasifica las consultas de morbilidad de acuerdo con diez grupos etarios y presenta una clasificación para aquellas consultas en donde no se especifica la edad. Para lograr una comparación entre las consultas de morbilidad y prevención, se hace una categorización entre niños (0 a 9 años), adolescentes (10 a 19 años), adultos (20 años y más) y edad no especificada.

En este sentido, las consultas de morbilidad tienen una participación mayor en adultos con un 51% para el 2008 y 55% para el 2012, a este le sigue el grupo de niños con 25% para el 2008 y 21% para el 2012. Esta dinámica muestra un aumento en la participación del grupo adultos dado la carga de morbilidad por el cambio en la pirámide poblacional. Por su parte las consultas preventivas presentan un comportamiento inverso ya que para el 2008 el grupo de edad con mayor participación fueron los niños con 72%, mientras que para el 2012 éste bajó a 60%. Los adultos por su parte, tuvieron un crecimiento importante en la participación con 13% para el 2008 a 26% para el 2012.

De acuerdo con el sector en donde se realizaron las consultas, se presenta que en el 2008, el 82% de las consultas de morbilidad pertenecen al sector público, este valor pasa a 83% para el 2012. Mientras que el sector privado con fines de lucro tiene una participación de 14% y 10% para el 2008 y 2012, respectivamente. Por su parte, las consultas preventivas también presentan una mayor participación en el sector público, con 79% en el 2008 y 82% en el 2012, mientras que el sector privado con fines de lucro pasa de 13% a 16% en los mismos periodos.

La base del INEC también realiza un seguimiento sobre las consultas preventivas de cáncer cérvico uterino y de mama, como también consultas de planificación familiar. Como se puede observar en el Gráfico 24, las consultas preventivas por cáncer cérvico uterino y de mama presentan un crecimiento positivo de 844% entre 2002 a 2012, este crecimiento significativo se da gracias al sector público que creció 703% frente a 232% del sector privado sin fines de lucro y un decrecimiento de 7% por parte del sector privado con fines de lucro. En cuanto a la participación porcentual por sectores, se observa que para el 2002 de las 38.388 consultas, el 68% correspondía al sector privado sin fines de lucro, esta participación presenta un cambio importante, ya que en el 2012 de las 127.496 consultas el 82% corresponde al sector público, seguido del 10% del sector privado sin fines de lucro y 8% del sector privado con fines de lucro. El mayor crecimiento anual se observa en el 2006 con 117%. Con el establecimiento del nuevo gobierno el crecimiento ha sido relativamente constante.

**Gráfico 24: Total Consultas Preventivas Cáncer (cérvico uterino y mama). Periodo 2002-2012**



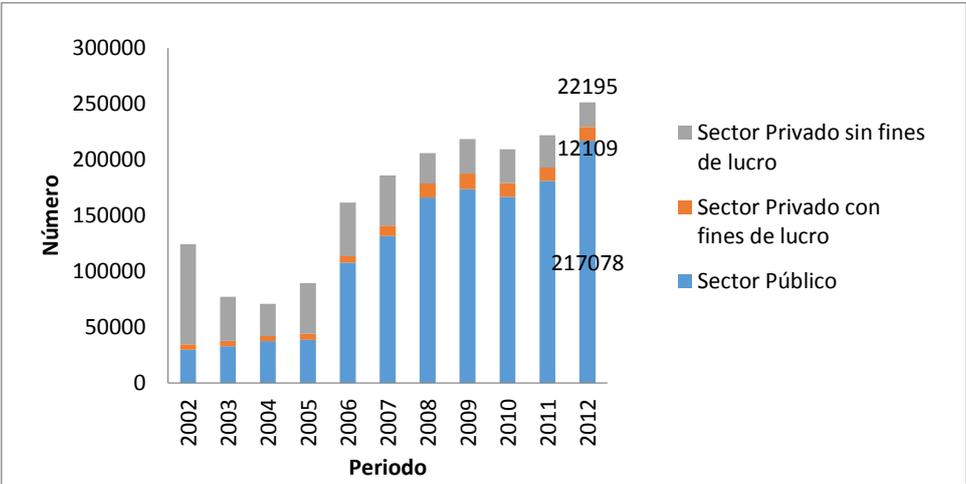
Fuente: Estadísticas de Recursos y Actividades de Salud 2002-2012-INEC

Elaboración: María Cristina Restrepo

Las consultas preventivas por Planificación Familiar también han tenido un comportamiento positivo tanto en valores absolutos como en la participación del sector público. Así, este sector presenta un crecimiento entre los periodos de análisis extremos (2002-2012) de 629% frente a 154% del sector privado con fines de lucro y decrecimiento de 75% para el sector privado sin fines de lucro. Para el

2012 se realizaron 251.382 de las cuales el 86% correspondía al sector público, seguida del 9% del sector privado sin fines de lucro y 5% del sector privado con fines de lucro (Gráfico 25).

**Gráfico 25: Consultas Preventivas Planificación Familiar. Periodo 2002-2008**



Fuente: Estadísticas de Recursos y Actividades de Salud 2002-2012-INEC

Elaboración: María Cristina Restrepo

El crecimiento de las consultas preventivas en las mujeres responde al incremento de inversión en políticas públicas de salud a partir del 2007; sin embargo, todavía queda mucho por hacer para disminuir el número de embarazos no deseados y enfermedades con un alto costo social como lo es el cáncer. Se debe focalizar la atención de acuerdo con las características socioeconómicas de la población y contar con personal altamente calificado.

## ***Capítulo 3: Lineamientos de Políticas con Enfoque de Género***

En Ecuador las políticas hacia las mujeres dentro del sector salud, se han centrado en las funciones reproductivas sin tomar en cuenta las disparidades socio-económicas e inclusive biológicas que afectan en diferente grado a hombres y mujeres. Si bien en el MAIS-IFC se visibiliza la importancia del género para la aplicación de políticas públicas en el sector salud, el manual recién se está implementando, y todavía es necesario un tiempo de capacitación a toda la Red de atención para evaluar su manejo. No obstante, como se verá luego en este capítulo, es necesario profundizar en ciertos aspectos dentro de la política pública que tenga relación con las necesidades de las mujeres.

### ***Respuesta del Estado***

Ecuador cuenta con La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGAI), aprobada en 1994 para un periodo indefinido y con una reforma en 1998. La ley logró un aumento de coberturas públicas en la salud para las mujeres y niños a través de un modelo de atención integrado con acciones complementarias por parte de municipios, organizaciones ciudadanas y proveedores sanitarios (MSP, s.f).

Esta ley confiere a las mujeres el derecho a atención gratuita durante embarazo, parto y postparto. Cubriendo las necesidades para el control prenatal, parto normal, cesárea, puerperio, parto de riesgo, tratamientos de enfermedades de transmisión sexual (excepto SIDA) y emergencias obstétricas. Además, las mujeres también tienen acceso a programas de salud reproductiva y sexual, incluyendo la planificación familiar y el control de cáncer cérvico uterino. Los niños menores de cinco años tendrán cobertura de salud gratuita en los niveles de complejidad clínica y para las enfermedades prevalentes en la infancia (Congreso Nacional, 2006).

Por otro lado, la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes ENIPLA constituye una política pública conformada por los siguientes Ministerios: Inclusión Económica y Social, Desarrollo Social, Educación, y Salud Pública. La estrategia abarca tres ejes: sexualidad sin misterios, derechos y participación. La sección sexualidad sin misterios abarca la planificación familiar, embarazos adolescentes, infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA, diversidad sexual, violencia de género y aborto (MSP y MCSD, 2014).

Además el país cuenta con diferentes planes para el cuidado de la salud de las mujeres como el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, Plan Estratégico Multisectorial de Respuesta Nacional al VIH/SIDA 2007-2015 y Plan Nacional de lucha contra Cáncer (CONAMU, 2014). Este último plan, tiene entre sus objetivos disminuir las muertes por cáncer de cuello uterino, por lo cual el MSP ha implementado campañas de vacunación contra el virus de papiloma humano para mujeres de 9, 10 y 11 años a lo largo del país en escuelas públicas y privadas; sin embargo, los establecimientos de salud también deben disponer de la vacuna para la demanda espontánea (MSP, 2014).

Actualmente se encuentran calificados por el Consejo de Administración Legislativa- CAL de la Asamblea Nacional, diferentes proyectos de ley como el Proyecto de Ley para prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer de Mama y la Ley para la Protección de las Familias con Partos Múltiples, presentadas en marzo 2012 y julio 2011, respectivamente. Además, se presentó en junio 2012 el Proyecto de Ley de Protección y Asistencia a Madres Adolescentes, a la espera de ser calificada por parte del CAL (CONAMU, 2014).

En el 2009, el MSP reforma el anterior manual<sup>15</sup> y establece las *Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida*. Esta herramienta busca

Establecer los lineamientos conceptuales, instrumentales y organizativos para la atención integral, integrada, oportuna, con calidad y calidez a las personas que viven situaciones de violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclo de vida, para su aplicación obligatoria en las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud (MSP, 2009)

El manual justifica la importancia del enfoque de género en la salud dadas las disparidades entre hombres y mujeres. Para el análisis de la violencia se presentan diferentes factores que influyen en el comportamiento de los individuos, también se analizan indicadores clínicos y psicológicos que los profesionales deberán tomar en cuenta para identificar la violencia de acuerdo con el ciclo de vida de la persona. El manual se acoge a las recomendaciones de la OMS para trabajar la problemática desde diferentes ámbitos: individual, social y global. Además se especifican actividades de promoción de la salud y prevención de la violencia. De la mano de actores interdisciplinarios como servicios médicos, legales y sociales, estas actividades deben realizarse en diferentes espacios de participación ciudadana como escuelas, unidades de salud, barrios, entre otros (MSP, 2009).

El manual indica que el funcionario de cualquier nivel de atención (I,II y III) deberá estar en capacidad de realizar un proceso de notificación en aquellos casos confirmados o sospechosos de violencia, a través del formulario Epi-2. El proceso de atención en caso de violencia se detalla en el Anexo C. Para una detección oportuna de violencia, el personal debe estar altamente capacitado en diferentes aspectos tales como derechos humanos, normas y protocolos de atención, legislación en violencia de género, intrafamiliar y sexual, conocer el procedimiento para protección integral de la víctima, entre otros. En las mujeres, adultos y adultos mayores, se deben analizar indicadores clínicos y psicológicos que difieren de los indicadores para niños y adolescentes. El personal debe ser consciente de que para muchas personas la consulta médica representa la única oportunidad para comunicar su problema (MSP, 2009).

Además el MSP también presenta salas de primera acogida, que cuentan con profesionales interdisciplinarios. Estas salas tienen tres ambientes: sala de espera, sala de entrevista y sala para atención/consultorio médico, tendientes a dar una atención y apoyo integral a la víctima bajo un ambiente de privacidad.

---

<sup>15</sup> Denominado *Manual de Normas y Procedimientos para la Atención de las Víctimas de la Violencia Intrafamiliar y de Género*

Ecuador también cuenta con diferentes instrumentos operativos enfocados en la violencia:

-Plan Nacional de Erradicación de la Violencia de Género hacia la Niñez, Adolescencia y Mujeres 2007.

-Plan Decenal de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia 2004 -2014.

-Plan Nacional para Combatir la Trata, Explotación Sexual, Laboral y otros medios de Explotación de Personas, en particular Mujeres, Niños, Niñas y Adolescentes, 2006.

-Plan Nacional de Erradicación de Delitos Sexuales en el Ámbito Educativo, 2008.

-Plan Nacional para la Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Protección Integral de las Víctimas de Trata, 2006.

En cuanto a políticas de cuidado, el Plan Nacional del Buen Vivir incentiva un Sistema Nacional de Cuidado con el objetivo de articular eficazmente a los proveedores y ofrecer un servicio integral que disminuya la carga laboral de las mujeres. Por su parte, el Ministerio de Inclusión Económica y Social- MIES, por medio de la Política de Desarrollo Infantil brindan atención a menores de 5 años en los Centros infantiles del Buen Vivir, conjuntamente realizan visitas domiciliarias y comunitarias para apoyar y cualificar a las familias en el cuidado del hogar (programa Creciendo con Nuestras Familias). Un apoyo a las madres cabezas de familia también constituye el Bono de Desarrollo Humano- BDH, el cual se incrementó de 35 USD a 50 USD a partir del 2013, ese bono crea una corresponsabilidad hacia los hijos para que se dirijan a las escuelas y centros de salud (CONAMU, 2014).

En el ámbito de la educación, la Ley Orgánica de Educación Intercultural vigente desde marzo de 2011, facilitó el avance de acuerdos intersectoriales para institucionalizar la educación en la temática sobre sexualidad integral, con el objetivo de llevar a cabo acciones que impidan la negación de matrículas a mujeres embarazadas, como también solicitar pruebas de VIH/SIDA. Existen programas para trabajar en la erradicación del analfabetismo en mujeres indígenas y afrodescendientes en las zonas rurales, por medio del Programa Manuela Sáenz y Programa Dolores Cacuango. Además, el Instituto de Altos Estudios Nacionales-IAEN y el Consejo de Evaluación, Acreditación, Aseguramiento de la Calidad de Educación Superior-CEAACES, se encuentran desarrollando una investigación de género en las universidades (CONAMU,2014).

El Ministerio de Deporte lleva a cabo diferentes Planes y Programas para incentivar el deporte en la población, como el Plan de Alto Rendimiento 2013-2016, Programa de Deporte Adaptado y Ejercítate Ecuador; sin embargo, estos tienen un enfoque general sin distinción de género (CONAMU,2014).

En el ámbito laboral, el Estado incentiva el micro crédito productivo para el desarrollo laboral de las mujeres beneficiarias del BDH, a través del crédito de Desarrollo Humano y Crédito Productivo Solidario. A través del sistema de compras públicas, el Gobierno Nacional busca incentivar a pequeños y medianos productores. Igualmente el gobierno establece que se privilegien aquellas asociaciones con enfoque de género, en programas como Produce Pyme y Renova (CONAMU, 2014).

La Articulación del Sistema Nacional de Planificación Participativa (Art. 279 de la Constitución) toma en cuenta el Plan Nacional para el Buen Vivir, el cual plantea metas acerca de las desigualdades y

necesidades de hombres y mujeres con el objetivo de cerrar la brecha existente entre ambos. Las metas con enfoque se detallan en el Anexo D.

En el Capítulo 6: Herramientas para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar comunitario e intercultural del MAIS-FCI, se describen las actividades para la implementación del Modelo de Atención. Entre ellas se encuentran el diagnóstico situacional y el diagnóstico dinámico.

El diagnóstico situacional realiza una comparación de la situación de la salud en un territorio determinado por medio de los actores sociales. Toma en cuenta diferentes elementos, entre ellos la asignación de la población, la cual analiza la unidad geográfico-poblacional donde se ubican las unidades de gestión de salud, características socio demográficas de la población, estructura económica y social, conducción y participación política, análisis de morbi-mortalidad, análisis ambiental, análisis de promoción y prevención, análisis de los servicios de salud, participación social y análisis de la regulación sanitaria. Dentro de las características socio-demográficas se menciona el género como variable dentro de los grupos prioritarios; sin embargo, los demás indicadores no presentan distinción por esta variable.

Dentro del diagnóstico situacional, también se encuentra la identificación de las necesidades y problemas de la población (demanda), en este sentido, el MAIS-FCI indica que los problemas de salud se enmarcaban solo en la dimensión biológica o curativa, dejando la total responsabilidad al sector salud. Con la implementación del MAIS-FCI se busca dar respuesta a los problemas de salud con una participación intersectorial. Dentro de este diagnóstico también existen otros elementos como la identificación de la situación de oferta de los servicios, la cual analiza no solo la oferta por instituciones públicas y niveles de atención, sino también la calidad de los servicios.

El último componente del diagnóstico situacional es la identificación de los determinantes de la salud y determinación de prioridades, en este sentido se hace uso de indicadores e índices por parte de diferentes fuentes de información. También se debe realizar una selección de las causas de morbi-mortalidad, en este sentido el manual si expresa que se debe realizar una desagregación por grupos etarios, sexo, etnia y ocupación.

Luego del diagnóstico situacional se utiliza el diagnóstico dinámico, que busca actualizar permanentemente la información del diagnóstico situacional inicial, además debe identificar las familias e individuos sanos y con riesgos potenciales. Este elemento se lleva a cabo a través de la actualización del censo, mapeo de actores y mapa parlante. La actualización del censo se refiere a la actualización semestral por parte de la unidad de los censos poblacionales realizados por los diferentes distritos. Estos censos deben contar con información actualizada sobre individuos sanos, enfermos, discapacitados o con riesgos y otras características que se deben tomar en cuenta en la ficha familiar, la cual se explicará posteriormente.

El mapeo de actores tiene como principal objetivo identificar los participantes del Sistema Nacional de Salud, sean personas, organismos o instituciones de diferente tipo. Para esto se llevan a cabo distintas acciones: identificación de los diferentes actores, análisis de las funciones de cada uno, desagregación de las relaciones predominantes y jerarquización de poder, reconocimiento de las

relaciones de coordinación y redes sociales existentes. Este análisis es útil para determinar las posibles acciones por parte de los diferentes actores en alianzas intersectoriales.

El último elemento del diagnóstico dinámico es el mapa parlante, el cual tiene como objetivo identificar gráficamente los actores sociales y locales, además busca analizar los factores de protección y riesgo. Se convoca a los diferentes actores de la Red para socializar la construcción y actualización de los mapas, para llevar a cabo una correcta planificación de acciones en pro de la salud de la comunidad.

Como ya se mencionó anteriormente, el MAIS-FCI presenta un enfoque de prevención y promoción de la salud. Uno de los mecanismos de acercamiento a la comunidad por parte de los entes de salud son las visitas domiciliarias, las cuales según el MAIS-FCI se definen como:

El encuentro o acercamiento del equipo de salud al domicilio del usuario, familia y/o Comunidad; suele responder a una necesidad identificada por un miembro del Equipo de Salud, que tras la valoración del usuario, decide un plan de intervención a seguir en el domicilio y la periodicidad de los mismos, sobre aspectos de salud y detección de problemas que rodean a la familia: biológico, psicológico, social y ambiental, dando opción al descubrimiento de factores de riesgo y a la corrección de los mismos (MSP, 2012:68).

La visita domiciliaria constituye una actividad primordial para el MAIS-FCI, puesto que se da un acercamiento entre las familias y el equipo de salud del primer nivel para la obtención de información importante como situación, ambiente y recursos dentro de la familia. Como material de apoyo de esta actividad se utiliza la Ficha Familiar, en la cual se presentan preguntas acerca de los determinantes de la salud familiar. La Ficha familiar se divide en los siguientes bloques:

Bloque 1: Datos de identificación de la unidad responsable.

Bloque 2: Datos de identificación y diagnóstico de salud familiar, se incluye evaluación de los determinantes sociales de salud familiar y evaluación de las condiciones de vida familiar.

En la evaluación de los determinantes de la salud familiar se pregunta acerca de factores protectores hacia la familia, riesgos ambientales, riesgos sanitarios, riesgos sociodemográficos, también se identifica si constituye una familia con riesgo de auto-atención o aislamiento. Además, la evaluación de las condiciones de vida familiar incluye la función económica y capacidad de subsistencia del hogar, función social, condiciones de la vivienda y la evaluación de estructura y construcción de la familia.

En esta sección también se estudia la función social, es decir la identificación de miembros sin escolarización, niños en edad escolar no insertados, miembros con alcoholismo, drogodependencia, violencia familiar, y desestructuración familiar. Esta evaluación también toma en cuenta las condiciones de la vivienda y la evaluación de estructura y construcción de la familia.

Bloque 3: Datos de identificación y diagnóstico de salud de cada integrante del grupo familiar. Se realiza un diagnóstico de salud individual, con identificación de posibles problemas de salud de los miembros.

Bloque 4: Planificación de intervenciones. Es la última sección y comprende la identificación de actividades que se realizarán a futuro, sea para un miembro o para la familia. Estas actividades pueden ser de promoción, prevención, curación, o rehabilitación.

### ***Lineamientos de políticas propuestos con base en el análisis***

En el ámbito de la educación es indispensable el seguimiento de las personas mayores para su alfabetización, ya que como se pudo observar en el diagnóstico, a pesar de que las brechas entre las generaciones más jóvenes son menores, las mujeres adultas (mayores a 50 años) todavía presentan altos niveles de analfabetismo con una participación de 76% de la población analfabeta de este grupo etario (INEC, 2010). Por esto, es indispensable el compromiso de programas para la capacitación continua de estas mujeres, sea en educación básica, general o bachillerato, como también el desarrollo de habilidades que les permita independencia económica y por ende empoderamiento.

El papel de los docentes en el sistema educativo es de gran importancia para la no perpetuación de comportamientos discriminatorios y prejuicios respecto al papel de hombres y mujeres dentro de la sociedad. Por esto es indispensable una capacitación continua del personal, la cual podría llevarse a cabo a través del programa SIPROFE, en el cual se podría implementar en todos los tipos de programas educativos la importancia del género dentro de la educación. Además, las autoridades pertinentes deberán realizar evaluaciones periódicas acerca de estas políticas para hacer un correcto seguimiento de la calidad de educación con enfoque de género.

Desde los colegios se debe socializar y fomentar carreras universitarias en todas las áreas, con un trabajo conjunto hacia las mujeres en carreras donde no existe una alta participación, como ingenierías y ciertas ciencias. Otro elemento importante es el incentivo para el desarrollo de investigación científica y becas universitarias. La deserción escolar es otro aspecto que se debe analizar por parte de las autoridades, con especial énfasis en las madres adolescentes, para lo cual se deben adoptar programas de apoyo para dar continuidad a sus estudios y desarrollar capacidades, con el objetivo de evitar los ciclos de dependencia económica y pobreza.

En cuanto al mercado laboral es indispensable que se haga un seguimiento del subempleo de las mujeres, con el objetivo de formalizar sus trabajos y determinar las causas y efectos del mismo, dado que de la población subempleada, el 55% son mujeres mientras que del grupo ocupados plenos su participación es de tan solo 44% (INEC, 2012). La precariedad de los empleos de las mujeres repercute en la familia y desarrollo de la sociedad, dado que las mujeres jefas de hogar gastan más en la salud de sus hijos. Además, la poca cobertura de seguridad social por parte de las mujeres adultas (45% sin seguro) (INEC, 2012) debe dar luces para que a futuro las mujeres que actualmente se encuentran en el mercado laboral, no repitan esta dinámica.

Las políticas públicas hacia el empleo deben ir de la mano de políticas de educación, ya que como se determinó, existe una estrecha relación de la participación en el mercado laboral por parte de las mujeres y sus ingresos, conforme han aumentado su nivel de instrucción. Si bien en las nuevas

generaciones las brechas salariales entre hombres y mujeres han disminuido, en general el porcentaje del salario de las mujeres con respecto a los hombres es del 72% (INEC, 2012), por lo tanto, es indispensable un análisis profundo en el mercado laboral ecuatoriano de las causas y consecuencias de esta dinámica.

Además, se presenta una alta carga laboral en las mujeres en labores domésticas, ya que participan el doble de horas que los hombres en los quehaceres del hogar (INEC, 2012). Esta dinámica conlleva a la responsabilidad del Estado para visibilizar su aporte a la economía nacional y garantizar una cobertura de seguridad social para aquellas mujeres amas de casas, dado que la mayoría se encuentran en edades adultas y no cuentan con seguridad social ni seguro médico.

Visibilizar el trabajo no remunerado de las mujeres consiste en identificar el aporte hacia la economía y el ahorro para el Estado. Este ahorro consiste en que dado que las mujeres tienen un papel de cuidado, sea hacia sus hijos, familiares o personas de la tercera edad; este trabajo debería estar costado por parte del Estado, ya que por ejemplo en lugar de que la persona adulta reciba un cuidado paliativo por profesionales, las mujeres lo brindan gratuitamente y en muchos casos abandonando sus empleos.

Por esto, es indispensable la responsabilidad del sector público y privado para programas de cuidado a la población, lo cual conlleve un equilibrio con el trabajo remunerado de las mujeres y su relación familiar. Sin embargo, en este sentido es importante la participación del hombre dentro de todas las actividades del hogar, para el logro de una responsabilidad compartida. Para esto, también se debe contar con el apoyo del sector privado y público para la distribución del tiempo por parte de padres de familia, con especial énfasis en padres con hijos menores de 5 años.

La violencia intrafamiliar afecta profundamente a las mujeres, ya que el 67% de ellas han sufrido algún tipo de violencia (INEC, 2011). Esta situación supone un trabajo conjunto entre los sectores de educación, justicia, medios de comunicación y por supuesto salud. Como ya se mencionó el sector educación tiene una enorme responsabilidad en la no repercusión de estereotipos relacionados al género por medio de la capacitación a los docentes. Sin embargo, es también necesario que dentro de las aulas, la violencia intrafamiliar sea un tema de análisis y estudio por parte no solo de los alumnos sino de las familias. Para esto las instituciones educativas se pueden apoyar en los sectores de justicia y salud para el reconocimiento y empoderamiento de los derechos.

El empoderamiento se refiere a las denuncias por parte de las mujeres víctimas de violencia; sin embargo, estas denuncias deben tener un impacto en el sector justicia para el mejoramiento de los sistemas de investigación y sanción a los responsables. Por su parte, el sector salud debe contar con personal altamente calificado para realizar las *“Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida”*. Además, las visitas domiciliarias también pueden servir como herramienta para la identificación de violencia dentro de la familia. Si bien en muchos casos no es posible identificarlos, el personal deberá estar altamente capacitado para realizar el acercamiento, que a futuro podrá servir como apoyo para que la víctima se acerque al

sector salud. Todos los sectores deben trabajar en pro de la justicia con el objetivo de evitar la revictimización de las mujeres.

Los lineamientos de política desde el sector salud se basan en las recomendaciones por parte del MAIS-FCI, en el cual se indica que las intervenciones de salud deben ser abordadas desde los diferentes ciclos de vida de la población. Además las actividades de salud se dividen en promoción, prevención, curación y rehabilitación, con especial énfasis en las dos primeras.

### ***Estilos de vida***

La actividad física por parte de la población debe ser abordada desde diferentes sectores, entre ellos el sector educación y salud, ya que como se evidenció en el presente estudio, el nivel de instrucción de las mujeres influye en la realización de actividades físicas. Dentro del sector salud, la actividad física debe tomar en cuenta el ciclo de vida de la población.

Los hábitos de vida de la población se inculcan con mayor facilidad entre las personas jóvenes; en este sentido, las mujeres adolescentes se encuentran en peores circunstancias que los hombres, ya que tan solo el 36% de ellas dijo haber realizado ejercicio todos los días frente al 43% de los hombres (INEC, 2012b). Esta dinámica debe ser abordada desde actividades de promoción, con la ayuda de campañas de concientización de acuerdo con el contexto y necesidades de las mujeres. Este ámbito debe ser abordado de manera colectiva e individual para corregir hábitos de vida.

En la población adulta (20 a 60 años) las mujeres también practican menos deporte que los hombres, ya que de la población que practica actividades físicas vigorosas, tan solo el 29% son mujeres (INEC, 2012b). Por esto, las actividades de promoción deben tomar en cuenta las necesidades de las mujeres dado la carga laboral y el limitado tiempo que presentan. Estas actividades deben ser abordadas de acuerdo con características particulares buscando objetivos colectivos, para mejorar la calidad de vida de la población adulta, evitando así el desarrollo y avance de ciertas enfermedades prevenibles.

La carga laboral de las mujeres también puede suponer una limitación de su tiempo hacia actividades de recreación, incluido el deporte. Por esto la importancia de una repartición equitativa de las actividades dentro del hogar. Sin embargo, el tiempo puede ser tan solo uno de los limitantes para la participación de actividades deportivas de las mujeres. También influyen los programas de promoción de salud por parte del MSP y el Ministerio de Deportes, con el objetivo de incentivar hábitos de vida saludables, para lo cual no solo es suficiente contar con charlas motivacionales e informativas, sino también de infraestructura y espacios de esparcimiento para estos fines.

Las políticas de promoción para desincentivar el consumo de tabaco deben estar enfocadas en los adolescentes, ya que en estas edades la mayoría de fumadores dice empezar este hábito. Estas actividades de promoción deben ser sensibles al contexto socioeconómico de la población y al sexo,

ya que la percepción social del tabaco es diferente entre hombres y mujeres. Las campañas deben abarcar contextos desde la escuela, familia y comunidad.

Para los grupos etarios de edad avanzada, quienes son los mayores consumidores, se deben realizar actividades de rehabilitación por medio de programas que involucren ayuda psicológica y médica para el tratamiento del mismo. También es de gran importancia el cumplimiento de la *Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco*, publicada el 22 de julio del 2011, en la cual se trabajan tres ejes principales: espacios libres de humo de tabaco, publicidad y advertencias sanitarias en los empaques (Presidencia de la República del Ecuador:2011). Es necesario realizar estudios de impacto acerca de la efectividad de las mismas, con el objetivo de tomar medidas apropiadas para mitigar este problema de salud pública.

Si bien el consumo de alcohol es mayor por parte de los hombres, la tasa de mortalidad por enfermedades del hígado ha tenido un incremento de 7 a 11 por cada 100.000 mujeres desde el 2002 al 2012 en la Parroquia de Quito (INEC, 2002-2012). Sin embargo, las mujeres no solo se ven afectadas por su propio consumo sino también por el de sus parejas, ya que muchas veces el consumo de los hombres conlleva a la violencia dentro de las familias. Por esto, las políticas deben tomar en cuenta el contexto de hombres y mujeres de acuerdo con los grupos etarios, tomando en cuenta que el consumo del alcohol comienza desde la adolescencia y en la mayoría de casos está asociada a actividades de diversión.

En este sentido, el sector salud con la ayuda de otras instancias, debe educar y visibilizar a los jóvenes frente a las consecuencias del consumo excesivo de alcohol, por medio de campañas que involucren a la sociedad en su conjunto. La rehabilitación también juega un papel importante tanto para la población adulta como joven, en este elemento el sector salud se encuentra en deuda con las personas adictas, ya que existe una escasa oferta de centros de rehabilitación.

Las autoridades deben responder bajo una oferta de servicios adecuados para las personas que sufren este tipo de trastornos, por medio de grupos sociales de apoyo (ejem: alcohólicos anónimos), los cuales deben tener profesionales interdisciplinarios altamente calificados desde el área médica, social y psicológica.

En muchos casos las personas necesitan atención más especializada, donde los centros de rehabilitación pueden ser una opción de tratamiento. En este contexto, según el MSP el país contó durante el 2012 con tan solo 123 centros de rehabilitación legales, y enhorabuena ha venido trabajando en el cierre de numerosos centros clandestinos, los cuales llevaban a cabo actividades en contra de los derechos humanos de las personas enfermas, bajo condiciones precarias de salubridad y con altos daños psicológicos (El Telégrafo, 2013). Las autoridades deben dar una respuesta a esta necesidad de salud pública por medio de una oferta adecuada de servicios, ya que estos problemas no solo afectan a personas sino que tiene consecuencias graves para las familias y la sociedad en su conjunto.

## **Salud Sexual y Reproductiva**

De acuerdo con la salud sexual y reproductiva es necesario recordar que la Constitución del 2008 establece en el Art. 1. *“El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada.”*

En este sentido, independientemente de las creencias religiosas de los que toman decisiones y de las presiones de grupos fundamentalistas, el Estado debe responder a una necesidad real y natural de la población, como lo es la salud sexual y reproductiva. En este sentido, la actual ministra de salud Carina Vance, ha tenido numerosas presiones por parte de ciertos grupos, especialmente por la entrega de anticonceptivos de emergencia en los establecimientos de salud como lo indica el *“Reglamento para regular el acceso y disponibilidad de métodos anticonceptivos en el Sistema Nacional de Salud”* (MSP, 2013a). Este reglamento constituye un gran avance para la población; sin embargo, es necesario implementar mecanismos que lleguen tanto a mujeres como a hombres de acuerdo con su nivel socioeconómico.

Como se evidenció en este estudio, la responsabilidad de la salud sexual y reproductiva recae principalmente en la mujer, dado que dentro de la planificación familiar, tan solo un 15% planifica por el condón y la esterilización masculina (INEC, 2012b). Esta dinámica indica que las políticas y educación en sexualidad no están correctamente enfocadas. Por esto, las campañas de promoción y prevención deben tener una participación activa de los hombres, con el objetivo de disminuir comportamientos irresponsables e información errada respecto a la sexualidad y enfermedades de transmisión sexual, ya que como se demostró en el presente estudio, los hombres son más ignorantes que las mujeres en relación con este tipo de enfermedades.

Bajo este contexto, son indispensables las campañas de promoción en instituciones educativas, donde mujeres y hombres tengan sin ningún tipo de restricción, información acerca de la sexualidad y la planificación familiar. Sin embargo, no es lo mismo llevar a cabo este tipo de acciones que trabajar con amas de casas o mujeres y hombres que no tienen ningún tipo de formación académica. Es por esto, que el sector salud debe cubrir las necesidades de mujeres y hombres según su condición socioeconómica en todos los grupos etarios, sin dejar a un lado a las personas en edad avanzada, bajo el reconocimiento pleno de sus derechos.

La mayor de las injusticias en relación con la salud de las mujeres, es la muerte materna por causas prevenibles. Si bien existe un importante porcentaje de madres que se hacen controles periódicos antes del parto y son atendidas por profesionales, persisten desigualdades por identificación étnica. El sector salud debe disminuir estas brechas por medio de atención oportuna y de calidad, mediante campañas de promoción y prevención.

Como se analizó en el presente estudio, el 52% de los partos son por cesárea (INEC, 2012c). Este indicador sobrepasa las recomendaciones de la OMS (15%) (OMS et al, 2009); dado que en muchos casos existen incentivos económicos en los establecimientos de salud para que las mujeres tengan

partos por cesárea causando impacto en la salud materno-infantil. Es indispensable que todas las futuras madres reciban información oportuna y veraz acerca de los riesgos y complicaciones de los diferentes tipos de parto, velando por la salud materno-infantil por encima de intereses económicos. En este contexto, intervienen actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

### ***Enfermedades Específicas***

Como ya se analizó en el presente estudio, las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los hombres, de 78 frente a 72 años (MSP, 2010), respectivamente; sin embargo, las mujeres presentan una vejez con mayores dificultades, sea por las desigualdades socioeconómicas que enfrentan o por el padecimiento de ciertas enfermedades no transmisibles; tal es el caso de las enfermedades cerebrovasculares y la diabetes mellitus. En el caso de la diabetes, esta puede causar un alto grado de discapacidad, lo cual agrava aún más la dependencia de las mujeres. Por esta razón, el sector salud debe realizar actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación para este tipo de personas. También se debe tomar en cuenta que un gran número de personas, especialmente mujeres, desconocen que presentan esta enfermedad, por lo cual las campañas de promoción y prevención son claves.

El alto grado de padecimiento de diabetes en las mujeres, se relaciona con los malos hábitos que presentan; en este contexto, se aconseja poner en práctica las recomendaciones de la OMS (2006) *Diabetes Mellitus Tipo 2: Guía de Intervenciones en el Primer Nivel de Atención*. La guía establece algunas medidas terapéuticas no farmacológicas como: educación, plan de alimentación, ejercicio físico, hábitos saludables, autocontrol y apoyo psicológico.

Para esto es de gran importancia los clubes de diabéticos, que actualmente se han desarrollado en el país como una intervención activa para el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Sin embargo, se debe intensificar la participación de las mujeres en estas actividades, con el objetivo de evitar el desarrollo y estado avanzado de la enfermedad, lo cual conlleva a discapacidades y dependencias graves. Por esto, el sector salud está llamado a poner énfasis en la inclusión de las mujeres y en el diagnóstico oportuno de esa enfermedad.

### ***Oferta Sanitaria***

La oferta de servicios públicos en salud ha experimentado un importante cambio en los últimos años; sin embargo, todavía falta mucho por desarrollar para poder dar una verdadera cobertura universal. Si bien el gasto en salud ha presentado un crecimiento significativo, de 548% desde el 2002-2012 (SIISE,s.f), es indispensable realizar un análisis de la sostenibilidad del sistema dada la gratuidad del mismo, tomando en cuenta que con el paso del tiempo se incrementarán las necesidades de recursos, como consecuencia del envejecimiento de la población y el aumento de costos en la introducción de nuevos tratamientos. Otro aspecto primordial, es analizar la calidad del gasto, ya que por la complejidad de los servicios que se prestan, muchas veces la contención de altos costos es

difícil de controlar. Por esta razón, es indispensable la investigación dentro del país, para determinar los tratamientos más costo-efectivos para las diferentes enfermedades.

En cuanto al personal de salud, es necesario profundizar en la autosuficiencia de recursos humanos. En este sentido, según el MSP (2012), el gobierno ha implementado medidas como “Ecuador Saludable, Vuelvo por Ti”, con el objetivo de atraer a profesionales nacionales y extranjeros para brindar sus servicios en el país. Sin embargo, es necesario llevar a cabo las recomendaciones de la OPS (2011b), las cuales indican *“la adopción de un código de práctica global o desarrollo de normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de salud y mecanismos para el reconocimiento de profesionales formados en el extranjero”*.

La planificación a largo plazo en recursos humanos de salud debe tomar en cuenta los cambios demográficos y las necesidades territoriales de acuerdo con el perfil socioeconómico (incluida morbilidad y mortalidad). Esto con el objetivo de incrementar la razón de densidad de recursos humanos y alcanzar una relación entre el número de médicos y enfermeras 1:1. Además se debe buscar el aumento proporcional de profesionales capacitados en la Atención Primaria en Salud (APS).

Siguiendo las instrucciones del MAIS-FCI, la prestación sanitaria se debe enfocar en la APS; sin embargo, para esto es indispensable contar con personal altamente capacitado, tanto para el personal actual como para los futuros profesionales. Con este objetivo, la entidad sanitaria debe buscar realizar convenios con las instituciones educativas, para desarrollar programas de formación especializados en APS.

La entidad sanitaria también debe desarrollar mecanismos de cooperación con las universidades, con el fin de trabajar en la calidad de los programas y desarrollar investigaciones en el campo de la medicina, llevando a cabo estudios sobre la eficacia de los tratamientos empleados en la actualidad para la población. Además también se debe trabajar en conjunto para lograr acreditaciones de calidad por entidades reconocidas, con el objetivo de alcanzar mejores procesos y profesionales altamente capacitados.

Dentro de las universidades también es indispensable la formación ética de los profesionales, lo cual podrá desarrollar en el personal una postura crítica frente a las presiones por parte de la industria, quienes buscarán en muchos casos influir en sus decisiones de prescripción médica, la misma que tendrá repercusiones en la salud y calidad de vida de la población.

Si bien las tasas de consultas por morbilidad y prevención han aumentado desde el 2008 al 2012 en 38% y 36% (INEC,2002-2012); respectivamente, es indispensable el enfoque primario en salud por parte de las consultas preventivas, las mismas que a futuro pueden ahorrar costos al Estado y mejorar la calidad de vida de la población. En este contexto, la entidad sanitaria presenta la enorme responsabilidad de gestionar correctamente el MAIS FCI; por lo cual, se debe llevar a cabo capacitación del personal y contar con una infraestructura e insumos de calidad, necesarios para su desarrollo.

Teóricamente el MAIS-FCI plantea un trabajo conjunto intersectorial de gran importancia, el cual rompe el esquema de ser netamente curativo. Este cambio estructural enfatiza la importancia de los determinantes de la salud para prevenir problemas, que muchas veces profundizan las brechas sociales existentes entre la población. Además, el MAIS-FCI busca implementar el enfoque familiar, comunitario, intercultural, de género y generacional.

De acuerdo con el género el MAIS-FCI establece que las prestaciones deben responder a las particularidades de género; sin embargo, en el capítulo 6 no se detalla a profundidad cuáles serían las distinciones para llevar a cabo los servicios de salud en cuanto a género. Si bien es de gran importancia la visibilidad que se le da a la salud con enfoque de género, esta puede caer en la generalidad y no tener una respuesta acertada para las desigualdades actuales hacia las mujeres; es decir, seguir repitiendo los patrones que enmarcan la salud de las mujeres solo desde la perspectiva reproductiva.

Para que exista una verdadera política de salud enfocada en las desigualdades entre hombres y mujeres, es necesario en primer lugar visibilizar las diferencias entre ambos, como fue expuesto en capítulos anteriores para la Parroquia Quito. Este análisis se relaciona con las indicaciones del diagnóstico dinámico del MAIS-FCI; sin embargo, en el presente estudio todos los indicadores se desagregaron por sexo, lo cual no se plantea específicamente en el manual. Esta información debe ser compartida no solo por instituciones y organismos, sino por la población en general (actores sociales). De esta manera se establecería un contexto de necesidades y de evolución de las mujeres basada en su realidad, para así asignar responsabilidades interinstitucionales para el cierre de brechas sociales en educación, mercado laboral, violencia, actividad física y salud. Esta información deberá tener un seguimiento periódico por medio de indicadores por resultados.

Con este fin no solo son de gran ayuda los diagnósticos dinámicos, sino también las visitas domiciliarias y las adscripciones a los centros de salud<sup>16</sup>. Esto se realiza con el objetivo de recibir prestaciones de acuerdo con las características sociodemográficas, culturales, económicas y del perfil de morbilidad. La adscripción a un centro de salud supone la entrada a la Red Pública y Complementaria, lo cual facilita el trabajo geo-referencial y de género de los servicios de salud. La adscripción se relaciona con las visitas domiciliarias, ya que de acuerdo con los criterios de priorización de las visitas, estas se establecen en relación con los criterios de adscripción de la familia al MAIS-FCI. Entre los criterios para la priorización de las visitas se encuentran: socio-económico, epidemiológico, demográfico y administrativo.

Si bien es importante el mecanismo de adscripción de la población, esta supone una búsqueda de la población a las mesas de adscripción, lo cual puede suponer en muchos casos la no adscripción por desconocimiento o dificultades de la población. Por lo tanto, el mecanismo debe funcionar siempre y cuando se haga una socialización completa hacia la comunidad, caso contrario la población podría dirigirse al establecimiento de salud solo cuando sienta algún problema, en cuyo caso el mecanismo

---

<sup>16</sup> Las adscripciones a las unidades de salud, se refieren a la inscripción por parte de la población a las unidades de salud que se encuentren dentro del área geográfica de la unidad (MSP, 2012)

de prevención y promoción del MAIS-FCI no cumpliría sus objetivos. Dado que existe una restricción presupuestaria, el mecanismo puerta a puerta puede suponer costos elevados para la socialización de la adscripción; sin embargo, puede suponer ahorros futuros para el Estado, en el sentido en que se puedan prevenir enfermedades y problemas de salud que a la larga supone costos elevados para el sistema.

En este sentido, la visita domiciliaria podría estar enfocada no solo a las personas que tienen un acercamiento al establecimiento de salud, sino constituir un mecanismo de acercamiento directo a la población para aquellas personas que incluso no hayan tenido ningún vínculo con la unidad de salud. La visita domiciliaria también puede constituir una herramienta para el análisis de desigualdades entre hombres y mujeres para una correcta toma de decisiones. No obstante, para que esto sea posible, se podría agregar o reformular algunas preguntas de la ficha familiar para la visita domiciliaria, ya que si bien se hacen preguntas generales a la familia y preguntas individuales acerca de los determinantes de la salud, se debe poner mayor énfasis en las desigualdades sociales que atraviesan hombres y mujeres como violencia intrafamiliar, uso de tiempo, deportes, nutrición y seguridad alimentaria. Un aspecto fundamental, también constituye la salud sexual y reproductiva, que si bien la visita no podría ser el espacio más adecuado, puede constituir un puente para que hombres y mujeres se dirijan a los centros de salud y reciban información adecuada.

Si se pudiera contar con una radiografía real de las familias y sus miembros del hogar desagregado por hombres y mujeres con bases de datos administrativos, las autoridades podrían tener una buena herramienta para la toma de decisiones y evaluaciones sobre los determinantes de la salud. Además, como la salud de una población supone un trabajo interinstitucional, la visita domiciliaria también proporcionaría información para la evaluación de políticas en el mercado laboral, educación, justicia, deporte y su relación con la salud. Sin embargo, bajo la información expuesta en el presente estudio se podrían tomar en cuenta algunas consideraciones generales para el planteamiento de políticas con enfoque de género.

## ***Conclusiones***

- La presente tesis demostró las diferencias entre hombres y mujeres en la Parroquia de Quito en relación con los determinantes sociales de la salud. Estas brechas de poder y recursos existentes entre hombres y mujeres, afectan el estado y cuidado de la salud.
- Este análisis sirvió como insumo para establecer las necesidades de las mujeres, con el fin de dar un enfoque de género en las políticas en salud que disminuyan las desigualdades y mejoren la calidad de vida de la población. Los determinantes sociales tomaron en cuenta las características generales de la población, educación, condiciones del mercado laboral, ingresos, estilo de vida, violencia de género, salud sexual y reproductiva.
- La pobreza tiene un efecto mayor en las mujeres con un 10,1% frente a 7,9% de los jefes de hogar hombres, esta brecha también se presenta entre grupos etarios, ya que a medida que aumenta la edad, las mujeres presentan mayores niveles de pobreza, mientras que en el caso de los hombres esta relación es inversa. El nivel de pobreza de las mujeres jefes de hogar se relaciona con su nivel de instrucción y la informalidad en la participación del mercado laboral.
- Invertir en la educación de las mujeres tiene un efecto multiplicador, ya que no solo propicia su desarrollo individual sino que mejora las condiciones de los niños y el acceso a la atención de la salud. A pesar de los avances en la participación de las mujeres en la educación, las mujeres presentan un índice de analfabetismo de 4,9% frente a 3,6% de los hombres. Sin embargo, en los grupos etarios más jóvenes se presentó una tendencia a la paridad de oportunidades educativas, con especial énfasis en la participación en la educación superior y de postgrado.
- El análisis de género en el mercado laboral es fundamental para comprender las circunstancias y diferencias estructurales que afectan a las mujeres y cómo estas definen las relaciones psicosociales con su entorno y su salud. Las mujeres tienen una alta presencia en trabajos de baja categoría y un mayor subempleo que los hombres, así de la población ocupada, el 36% de las mujeres son subempleadas frente al 23% de los hombres. La participación de las mujeres en el mercado laboral está relacionado con su nivel de instrucción, ya que del total de mujeres ocupadas, el 46% presentan nivel instrucción superior.
- La repartición de tareas dentro del hogar tiene un comportamiento inequitativo, ya que las mujeres siguen teniendo una carga mayor de horas en el trabajo del hogar que los hombres, a pesar de su participación en el mercado laboral. Tan solo el 59% de los hombres participa en los quehaceres domésticos del hogar frente al 88% de las mujeres. Sin embargo, la participación de los hombres en los quehaceres se incrementa a medida que alcanzan mayores niveles de educación y son más jóvenes.
- El porcentaje del salario de las mujeres con respecto a los hombres es del 72%, esta desigualdad es mayor si se comparan a hombres y mujeres jefes de hogar, aquí se presenta

una relación de 60%. Las mujeres logran igualar o superar el ingreso de los hombres solo cuando alcanzan un nivel de educación de post-grado. La brecha decrece a medida que aumenta el nivel educativo, lo cual pone de manifiesto la importancia de la educación para lograr la autonomía económica de las mujeres.

- En cuanto a estilos de vida, el estudio demostró diferencias importantes entre hombres y mujeres en relación con la actividad física, ya que los hombres presentan una participación mayor que las mujeres. La realización de esta actividad por parte de las mujeres demostró que a medida que aumenta el nivel educativo de las mujeres aumenta su participación. En cuanto al consumo de alcohol y tabaco, los hombres presentan una participación mayoritaria.
- La violencia de género es un problema de salud pública ya que afectan la salud física y mental, poniendo en peligro el desarrollo social de las familias. El estudio mostró que el 67% de las mujeres ha sufrido algún tipo de violencia. De acuerdo con los cuatro tipos de violencia se observaron porcentajes elevados en todas las categorías, con 60% psicológica, 43% física, 38% patrimonial y 33% sexual. El estudio mostró que la violencia de género se evidencia en todas las clases sociales, edades y grupos étnicos.
- Toda mujer debe tener derecho a una atención de calidad durante su embarazo y en este sentido, el estudio mostró grandes avances, aunque todavía existen brechas en relación con el grupo étnico de la madre. Uno de los indicadores en esta sección fue el tipo de parto, quedando en evidencia que los partos por cesárea superan las recomendaciones de la OMS. Además, demostró que a medida que aumenta el nivel de instrucción de la madre se presentan mayores partos por cesárea. Este comportamiento responde a que son las mujeres con niveles más altos de educación las que acceden a atención privada.
- La planificación familiar proporciona oportunidades de desarrollo para toda la sociedad, ya que familias menos numerosas pueden dedicar más esfuerzos al desarrollo de cada hijo e incentiva al empoderamiento de las mujeres. Sin embargo, la responsabilidad de la planificación familiar debe ser compartida, lo cual no sucede en la Parroquia de Quito, ya que tan solo un 15% planifica con uso de condón y la esterilización masculina. Esta irresponsabilidad de los hombres, también se evidencia en el conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual como el VIH, ya que las mujeres presentan un conocimiento superior al de los hombres y además tienen una mayor participación en las medidas de prevención (examen de VIH).
- El estudio realizó una descripción de la demanda y oferta de servicios de salud en la Parroquia de Quito con el objetivo de identificar las necesidades en intervenciones y recursos existentes. Con respecto a la cobertura de seguro por parte de la población, se observaron brechas importantes con una mayor vulnerabilidad por parte de las mujeres, ya que 56% no cuentan con seguro de salud, frente a 44% de los hombres. Estas brechas son más preocupantes si se analiza por quintiles de ingreso. Dinámica que se evidencia también en una participación mayor en la atención en el sector público por parte de las mujeres.
- El gasto de bolsillo en salud demostró una clara diferencia entre hombres y mujeres jefes de hogar, ya que en promedio las mujeres alcanzan un gasto en salud de 21% superior al de los

hombres, con un gasto promedio per cápita mensual de 27,5 USD y 21,6 USD, respectivamente. Esta diferencia demuestra la importancia de invertir en la educación y salud de las mujeres, ya que su desarrollo tiene un impacto importante para la sociedad en su conjunto.

- Existen claras diferencias entre la salud de las mujeres y la de los hombres, dado que las primeras tienen una mayor esperanza de vida pero se enferman con mayor frecuencia que los hombres. Así, las mujeres padecen más síntomas físicos y psicológicos en la salud que los hombres. Esto se relaciona no solo con factores biológicos que diferencian la morbilidad y mortalidad (OPS: 2011), sino también con las desigualdades que presentan las mujeres. Las diferencias se presentan en un mayor uso de recursos de salud, y en una diferenciación de tasas de mortalidad en causas específicas, como enfermedades cerebrovasculares y diabetes mellitus.
- Con el objetivo de mejorar la provisión de salud, el MSP realizó una homologación de la tipología de los establecimientos para organizar la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria. En la parroquia de Quito, el nivel de atención primario o nivel I representa el 75% de los establecimientos, seguida por el nivel II con 20 % y nivel III con 5%.
- El gasto que ha tenido el Gobierno en salud ha presentado un crecimiento importante; sin embargo, el país todavía no cumple la disposición transitoria Constitucional, la cual establece que el gasto público en salud debe alcanzar el 4% del PIB. Los recursos humanos presentan un crecimiento importante en la tasa de médicos y enfermeras por cada 10.000 habitantes, pasando entre el 2002 al 2012 de 32 médicos a una tasa de 43, mientras que las enfermeras pasaron de una tasa de 16 a 23. No obstante, todavía el país no cumple con las metas de la OPS (2007) en relación con los recursos humanos.
- El SNS debe buscar un desarrollo de la medicina preventiva para lograr una disminución en la carga de morbilidad y mortalidad de la población, por esto las consultas preventivas deben tener un crecimiento importante en relación con las consultas de morbilidad. La tasa de consultas de morbilidad crece un 38% para los periodos extremos de análisis (2008-2012), mientras que la tasa de consultas preventivas crece un 36%. En valores absolutos (número) las consultas de morbilidad crecen 47% frente a 44% de las consultas preventivas.

## ***Recomendaciones***

- El diseño de políticas y prestaciones de salud deben ser sensibles a las brechas entre hombres y mujeres, dada las diferencias socioeconómicas y biológicas que afectan en diferente grado a hombres y mujeres. El MAIS FCI, constituye un importante avance para la prestación de servicios con enfoque de género; sin embargo, la aplicación del manual puede quedar en la generalidad, por lo cual es indispensable que se realice un análisis situacional de hombres y mujeres con la ayuda de estadísticas, que deberían tener como fuente de información primaria las fichas familiares.
- Se recomienda que el sector público realice un exhaustivo levantamiento de información primaria por medio de la visita familiar con la respectiva ficha; sin embargo, esta debe ser reformulada para que contenga aspectos de género que son omitidos en la ficha familiar actual. Esta información es de gran utilidad para la planificación y toma de decisiones.
- Se recomienda que el MSP realice una correcta capacitación al personal para el adecuado desarrollo del MAIS FCI. Dentro de la capacitación se debe tomar en cuenta la realización de los diagnósticos situacionales por zonas territoriales de planificación según la ubicación del centro de salud como lo establece el manual.
- El MSP debe buscar el cumplimiento de las metas en cuanto a recursos humanos propuestas por la OPS, con el objetivo de responder a las necesidades cada vez más demandantes por parte de la población. Este cumplimiento debe englobar abastecimiento, calidad, capacitación y ética profesional. Estas metas deben ser evaluadas periódicamente por medio de indicadores de calidad.
- La autoridad sanitaria debe buscar un correcto cumplimiento del MAIS-FCI, en cuanto a atención primaria se refiere. En este sentido, es indispensable invertir en la formación de profesionales y en infraestructura adecuada de acuerdo con las necesidades de la población.
- Los determinantes sociales de la salud, deberían tener un mayor impacto en la planificación del sector salud, con la ayuda de actividades y trabajo conjunto intersectorial. Estos determinantes no solo deben ser evaluados desde el sector salud, si no presentar indicadores de desempeño conjuntos que muestren los avances y efectos de los mismos en la salud.
- Las prestaciones de salud deben tener en cuenta las actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación, como también el grupo etario. Sin embargo, todas estas actividades deben tener un enfoque de género para su correcto desarrollo, ya que como se analizó en el presente estudio, las decisiones en cuanto a políticas sanitarias afectan en distinto grado a hombres y mujeres.

- Dada la gratuidad del Sistema de Salud, es indispensable realizar un análisis de la sostenibilidad del mismo, tomando en cuenta que con el paso del tiempo se incrementarán las necesidades de recursos, dado el envejecimiento de la población y el aumento de costos en la introducción de nuevos tratamientos.
- Se recomienda tomar en cuenta las ideas acerca de los lineamientos de política que se expusieron en el Capítulo 3, ya que para garantizar el cumplimiento pleno de los derechos de hombres y mujeres se debe empezar por cerrar las brechas inequitativas presentes. Si bien en la disertación se realizó un diagnóstico situacional en la Parroquia de Quito para determinar las necesidades existentes, este ejercicio se debería aplicar en todo el ámbito territorial, ya que las diferencias socioeconómicas determinan las prioridades de intervención en políticas públicas.

## Referencias Bibliográficas

- Alfaro, María Cecilia (1999) **Develando el género: elementos conceptuales básicos para entender la equidad.** México D.F.: Instituto Nacional de Mujeres <http://www.colpos.mx/web11/images/meg/pdf/mod09.pdf>
- Asamblea Constituyente (2008) **Constitución de la República del Ecuador 2008** Ecuador: Asamblea Constituyente
- Asamblea General Naciones Unidas (1967) **Declaración sobre la eliminación de la discriminación contra la mujer.** Organización de Naciones Unidas [http://www.un.org/spanish/documents/instruments/docs\\_subj\\_sp.asp?subj=4](http://www.un.org/spanish/documents/instruments/docs_subj_sp.asp?subj=4)
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía División Población - CELADE (2003). **Determinantes próximos de la fecundidad. Una aplicación a países latinoamericanos.** Santiago de Chile : CEPAL: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/7/13487/lcl1953-P.pdf>
- Comisión de Transición para la definición de la Institucionalidad Pública que Garantice la Igualdad entre Hombres y Mujeres -CONAMU (2014) **Agenda Nacional de las Mujeres y la Igualdad de Género.** Ecuador: Comisión de Transición para la definición de la Institucionalidad Pública que Garantice la Igualdad entre Hombres y Mujeres <http://www.comisiondetransicion.gob.ec/images/publicaciones/AgendaNacionaldeMujeres.pdf>
- Comisión de Transición para la definición de la Institucionalidad Pública que Garantice la Igualdad entre Hombres y Mujeres -CONAMU (2011) **¿Sabías que...? Un Glosario Feminista.** Quito: Comisión de transición hacia el consejo de las mujeres y la igualdad de género. <http://www.comisiondetransicion.gob.ec/phocadownload/publicaciones/glosario-final.pdf>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL (2012) **El Estado frente a la autonomía de las mujeres.** Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe [http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/47381/2012-259-El\\_Estado\\_frente\\_autonomia\\_mujeres\\_WEB.pdf](http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/47381/2012-259-El_Estado_frente_autonomia_mujeres_WEB.pdf)
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL (2011) **Panorama social de América Latina.** Santiago de Chile: Organización de Naciones Unidas. <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/45171/PSE2011-Panorama-Social-de-America-Latina.pdf>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL (2008) **Panorama social de América Latina.** Santiago de Chile: Organización de Naciones Unidas. [http://www.cepal.org/publicaciones/xml/2/34732/PSE2008\\_Versioncompleta.PDF](http://www.cepal.org/publicaciones/xml/2/34732/PSE2008_Versioncompleta.PDF)
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL (2007). **Observatorio Demográfico No. 3: Proyección de población.** Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/4/32634/P32634.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl>

- Congreso Nacional (2006) **Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia** Ecuador: Congreso Nacional <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/LEYDEMATERNIDADGRATUITAYATENCIONALAINFANCIA.pdf>
- Ministerio de Salud Pública, Consejo Nacional de Salud-CONASA (2007) **Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud**. (4ª ed.) Ecuador: CONASA
- El Mundo (2010, enero,13) Organización Mundial de la Salud : La cesárea solo debe realizarse si hay indicación médica. **Informe 21**,Venezuela <http://informe21.com/organizacion-mundial-salud-oms/organizacion-mundial-salud-oms-cesarea-solo-debe-realizarse-si-hay-in>
- El Telégrafo (2013, 13 de Julio) En 2012 el MSP registró 123 centros de rehabilitación legales en Ecuador **El Telégrafo**, Ecuador <http://www.telegrafo.com.ec/sociedad/item/en-2012-el-msp-registro-123-centros-de-rehabilitacion-legales-en-ecuador.html>
- Elson, Diane (2002) **Iniciativas de presupuestos sensibles al género: dimensiones claves y ejemplos prácticos**. Chile: NUD, CEPAL, UNIFEM y GTZ. <http://www.dhl.hegoa.ehu.es/recursos/655>
- Ferreira, Cynthia; García, Karina; Macías, Leandra; Pérez, Alba; Tomsich, Carlos (s.f) **Mujeres y Hombres del Ecuador en Cifras III**. Ecuador: INEC, CONAMU, ONU Mujeres. [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres\\_y\\_Hombres\\_del\\_Ecuador\\_en\\_Cifras\\_III.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf)
- Gimeno, Juan, Rubio, Santiago y Tamayo Pedro (2005) **Economía de la Salud: Fundamentos**. Madrid: Diaz de Santos.
- Imeda Obando, Maria (2011) **Determinantes de La Salud/Enfermedad de Las Mujeres que realizan Trabajo Doméstico No Remunerado, en el Ecuador, 2004. Alcances y Perspectivas**. (Disertación de maestría), Maestría en Ciencias Sociales Facultad Lationamericana de Ciencias Sociales, Ecuador
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos- INEC **Censo de Población y Vivienda 2010**. INEC Ecuador: INEC <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/banco-de-informacion/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos- INEC **Defunciones INEC 2002,2007, 2012**. Ecuador: INEC <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/banco-de-informacion/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos- INEC **Egresos Hospitalarios 2002-2007-2012**. Ecuador: INEC <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/banco-de-informacion/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos- INEC **Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo- ENEMDU 2012**. Ecuador: INEC <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/banco-de-informacion/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos- INEC **Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbanos y Rurales -ENIGHUR 2012**. Ecuador: INEC <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/banco-de-informacion/>

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos- INEC **Encuesta Nacional de Salud, Salud Reproductiva y Salud –ENSANUT 2012**. Ecuador: INEC <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/banco-de-informacion/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos- INEC **Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres 2011**. Ecuador: INEC <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/banco-de-informacion/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos- INEC **Estadística de Recursos y Actividades de Salud 2002-2012**. Ecuador: INEC <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/banco-de-informacion/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos- INEC **Nacimientos 2012** Ecuador: INEC <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/banco-de-informacion/>
- Lucio, Ruth; Villacrés, Nilhda; Henríquez, Rodrigo (2011) **Sistema de salud de Ecuador**. Mexico: Instituto Nacional de Salud Pública-México <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10619779013>
- Martínez Tamayo, Silvia Paulina (2009). **Estimación de la subestimación: brecha salarial por género entre profesionales en Ecuador. Año 2008. Maestría en Ciencias Sociales con mención en Economía del Desarrollo**. (Disertación de Maestría) FLACSO, Ecuador.
- Mills, Anne y Gilson, Lucy (1988) **Health Economics for Developing Countries**. Health Economics and Financing Programme.
- Ministerio de Salud-MSP (2014, mayo 6) Vacuna contra el virus del papilloma humano previene cancer uterino en el Ecuador **Ministerio de Salud**, Ecuador <http://www.salud.gob.ec/vacuna-contra-el-virus-del-papiloma-humano-previene-cancer-uterino-en-el-ecuador/>
- Ministerio de Salud Pública, Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (2014) **Habla Serio: Sexualidad sin Misterios**. Ecuador: MSP-MCDS
- Ministerio de Salud-MSP (2013) **Norma de subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del sistema nacional de salud**. Ecuador: Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Salud Pública-MSP (2013a) **Reglamento para regular el acceso y disponibilidad de métodos anticonceptivos en el Sistema Nacional de Salud**. Ecuador: Ministerio de Salud [http://www.agroecuador.com/HTML/Noticias%20del%20dia/2013/30062013/MSP%20REGLEMENTO%20ACCESO%20ANTICONCEPTIVOS%20RO%20919\\_mrzo%202013.pdf](http://www.agroecuador.com/HTML/Noticias%20del%20dia/2013/30062013/MSP%20REGLEMENTO%20ACCESO%20ANTICONCEPTIVOS%20RO%20919_mrzo%202013.pdf)
- Ministerio de Salud Pública-MSP (2012) **Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)**. Ecuador: Ministerio de Salud Pública
- Ministerio de Salud-MSP (2010). **Indicadores Básicos de Salud Ecuador 2010**. Ecuador : Ministerio de Salud [file:///G:/Goordita/Downloads/sds\\_Indicadores%202010%20ULTIMO.pdf](file:///G:/Goordita/Downloads/sds_Indicadores%202010%20ULTIMO.pdf)

Ministerio de Salud-MSP (2009) **Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida.** (1ª ed) Ecuador: Ministerio de Salud-Dirección de Normatización.

Ministerio de Salud Pública-MSP (s.f) **Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.** Ecuador: Dirección Provincial de Salud Vde Loja [http://instituciones.msp.gob.ec/dps/loja/images/stories/ley\\_maternidad.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/dps/loja/images/stories/ley_maternidad.pdf)

Molestina Martinez, Andrea (2013) **El enfoque de género en los presupuestos públicos, caso de estudio: El Municipio del Distrito Metropolitano de Quito Perspectivas.** (Disertación de grado), Facultad de Economía de la PUCE, Ecuador

Mwabu, Germano (2007) **Health Economics for Low-Income Countries.** Estados Unidos: Economic Growth Center Yale University. [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=988379](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=988379)

Organización de las Naciones Unidas Mujeres -ONU Mujeres (2012) **La Economía Feminista desde América Latina. Una hoja de ruta sobre los debates actuales en la región.** República Dominicana: Organización de Naciones Unidas . <http://www.unwomen.org/~media/Headquarters/Media/Publications/es/Economiafeministaadesdeamericalatina.pdf>

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura –FAO (s.f). **Informe del taller de estadística con enfoque de género, conclusiones y recomendaciones.** Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura <http://www.fao.org/docrep/X5247S/X5247s06.htm>

Organización de Naciones Unidas –Departamento de Economía y Asuntos sociales (2014). **Determinantes del acceso a fuentes de agua y saneamiento mejorados y los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Honduras** Nueva York: Organización de Naciones Unidas <http://www.un.org/en/development/desa/policy/capacity/presentations/honduras/Determinantes-de-AyS-en-Honduras.pdf>

Organización de Naciones Unidas –ONU (2010) **La ONU y la Mujer, Compilación de Mandatos.** Buenos Aires: Organización de Naciones Unidas <http://www.unfpa.org.ar/sitio/archivos/onumujermandatos.pdf>

Organización de Naciones Unidas –ONU (2005) **49º Período de sesiones.** Nueva York : Organización de Naciones Unidas <http://www.un.org/es/development/devagenda/gender.shtml>

Organización de Naciones Unidas -ONU (2001) **Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio.** Organización de Naciones Unidas <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/un/unpan004153.pdf>

Organización de Naciones Unidad -ONU (1996) **Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer.** Nueva York : Organización de Naciones Unidas <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

Organización de Naciones Unidas -ONU (1995) **Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.** Nueva York: Organización de Naciones Unidad

[https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd\\_spa.pdf](https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf)

Organización de Naciones Unidas -ONU (1980). **Report of the World Conference of the United Nations Decade for Women: Equality, Development and Peace.** Nueva York: Organización de Naciones Unidas  
<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/otherconferences/Copenhagen/Copenhagen%20Full%20Optimized.pdf>

Organización de Naciones Unidas -ONU (1979) **Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.** Organización de Naciones Unidas  
<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

Organización Mundial de la Salud -OMS (2014) **Alcohol-Nota descriptiva No.349.** Organización Mundial de la Salud <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

Organización Mundial de Salud -OMS (2014a) **Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción:orientaciones y recomendaciones.** Ginebra: Organización Mundial de Salud  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126318/1/9789243506746\\_spa.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126318/1/9789243506746_spa.pdf?ua=1&ua=1)

Organización Mundial de Salud -OMS (2014b) **Hormonal contraceptive methods for women at high risk of HIV and living with HIV.** Ginebra: Organización Mundial de Salud  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128537/1/WHO\\_RHR\\_14.24\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128537/1/WHO_RHR_14.24_eng.pdf?ua=1)

Organización Mundial de Salud -OMS (2014c) **Temas de Salud: Mortalidad.** Organización Mundial de Salud <http://www.who.int/topics/mortality/es/>

Organización Mundial de Salud-OMS (2013). **Enfermedades no transmisibles-nota descriptiva.** Organización Mundial de Salud <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

Organización Mundial de Salud -OMS (2013a) **Planificación Familiar Nota descriptiva No.351.** Organización Mundial de Salud <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

Organización Mundial de Salud -OMS (2013b) **Enfermedades no transmisibles-Nota descriptiva.** Organización Mundial de Salud <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

Organización Mundial de la Salud -OMS (2013c) **Diabetes-Nota descriptiva No. 312.** Organización Mundial de Salud <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

Organización Mundial de Salud-OMS (2010a) **A conceptual framework for action on the social determinants of health.** Ginebra: Organización Mundial de Salud  
[http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)

Organización Mundial de Salud -OMS (2010b) **Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health.** Ginebra: Organización Mundial de Salud <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/>

- Organización Mundial de Salud -OMS (2009) **Women and Health Today's Evidence Tomorrow's Agenda.** Ginebra : Organización Mundial de Salud [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf)
- Organización Mundial de Salud -OMS (2008a, junio). **How does safe water impact global health?** <http://www.who.int/features/qa/70/en/>
- Organización Mundial de la Salud -OMS (2008b). **Subsanar las desigualdades en una generación.** Suiza: Organización Mundial de la Salud [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_spa.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?ua=1)
- Organización Mundial de Salud -OMS (2006) **Diabetes Mellitus Tipo 2: Guía de Intervenciones en el Primer Nivel de Atención OMS.** Uruguay : Organización Mundial de Salud <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18852es/s18852es.pdf>
- Organización Mundial de Salud -OMS (s.f) **Día Mundial Sin Tabaco: subir los impuestos al Tabaco.** Ginebra: Organización Mundial de Salud <http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2014/es/>
- Organización Mundial de Salud, United Nations Population Fund, UNICEF, Mailman School of Public Health, Averting Maternal Death and Disability (2009) **Monitoring emergency obstetric care: Handbook.** Ginebra: Organización Mundial de Salud [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547734\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547734_eng.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud -OPS (2013) **Presentan el nuevo plan de acción de la OPS contra las enfermedades no transmisibles ante los países de América.** Argentina: Organización Panamericana de la Salud [http://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1255:presentan-el-nuevo-plan-de-accion-de-la-ops-contra-las-enfermedades-no-transmisibles-ante-los-paises-de-america&Itemid=234](http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1255:presentan-el-nuevo-plan-de-accion-de-la-ops-contra-las-enfermedades-no-transmisibles-ante-los-paises-de-america&Itemid=234)
- Organización Panamericana de la Salud -OPS (2011) **Perfil de género y salud de la Subregión Andina, 2010.** Panamá: Organización Panamericana de la Salud [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2011/GDR-Region Andina 2010 Perfil Genero Salud.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2011/GDR-Region%20Andina%202010%20Perfil%20Genero%20Salud.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud -OPS (2011a) **Manual de medición y monitoreo de indicadores de las metas regionales de recursos humanos para la salud: un compromiso compartido.** Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud
- Organización Panamericana de la Salud -OPS (2008). **La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado.** Washington, DC : Organización Panamericana de la Salud <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/LA%20ECONOMIA%20INVISIBLE.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud -OPS (2008a) **Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problema.** Washigton, DC: Organización Panamericana de la Salud [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol\\_atencion\\_primaria.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf)

- Organización Panamericana de la Salud -OPS (2007) **Estrategia Regional y Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas**. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud <http://www1.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/reg-strat-cncds.pdf?ua=1>
- Organización Panamericana de la Salud -OPS (2005) **Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud**. Organización Panamericana de la Salud <http://www.unaids.org.br/biblioteca/links/OPAS-OPS/OPAS%2012.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud-OPS, Banco Mundial (2000) **La epidemia del tabaquismo-Los gobiernos y los aspectos económicos del control del Tabaco**. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, Banco Mundial [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2005/08/03/000011823\\_20050803170840/Rendered/PDF/196380Spanish092753157790010.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2005/08/03/000011823_20050803170840/Rendered/PDF/196380Spanish092753157790010.pdf)
- Pérez Orozco, Amaia (2005) **Economía del Género y Economía Feminista ¿Conciliación o Ruptura?**. Caracas : Revista Venezolana de Estudios de la Mujer <http://187.216.193.232/biblos-imdf/sites/default/files/archivos/00353Econgenyfem.pdf>
- Presidencia de la República del Ecuador (2011) **Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco**. Ecuador: Presidencia de la República del Ecuador <http://es.slideshare.net/DiegoFernandoLpezVallejo/ley-orgnica-para-regulacin-y-control-del-tabaco-y-su-reglamento>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD (2014) **Gender and Poverty Reduction**. Organización de Naciones Unidas [http://www.undp.org/content/undp/en/home/ourwork/povertyreduction/focus\\_areas/focus\\_gender\\_and\\_poverty/](http://www.undp.org/content/undp/en/home/ourwork/povertyreduction/focus_areas/focus_gender_and_poverty/)
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD (2007) **Género, Derechos y Desarrollo Humano**. San Salvador : Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo <http://www.otrodesarrollo.com/desarrollohumano/delaCruzGeneroDesarrolloHumano.pdf>
- Rodríguez, Laura y Perpetuo, Ignez (2011) **La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina. 15 años después de El Cairo-1994**. Santiago de Chile: CEPAL-UNFPA <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/5/43185/lcl3314-P.pdf>
- Saad, Paulo; Miller, Tim; Martínez, Ciro y Holz, Mauricio (2012) **Juventud y Bono Demográfico en Iberoamérica**. (4a ed.) Madrid: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. [http://www.oij.org/file\\_upload/publicationsItems/document/20130321125814\\_93.pdf](http://www.oij.org/file_upload/publicationsItems/document/20130321125814_93.pdf)
- Sachs, Jeffrey (2001) **Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en Pro del Desarrollo Económico**. Ginebra : Organización Mundial de Salud.
- Sachs, Jeffrey (2005) **Invirtiendo en el desarrollo: un plan práctico para conseguir los objetivos de desarrollo del milenio** Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
- Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador-SIISE (s.f) **Estadísticas Inversión Social-Salud**. Ecuador: SIISE <http://www.siise.gob.ec/siiseweb/>

- Stiglitz, Joseph E. (2000) **La economía del sector público**. (3ª ed.) España: Antoni Bosch
- Subarts, Marina (1998). **La Educación de las mujeres: de la marginalidad a la coeducación. Propuestas para una metodología de cambio educativo**. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe
- Tovar, Luis y Arias, Alberto (2005) **Determinantes del Estado de Salud de la Población Colombiana**. Cali: Centro de Investigaciones y Documentación Socioeconómica. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/cidse-univalle/20121116041140/doc82.pdf>
- Universidad de Antioquia-UDEA (1999, julio-diciembre) Hacia una definición de la Economía de la Salud **Lecturas de Economía No. 51** <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/lecturasdeeconomia/article/view/4870/4267>
- Universidad de Antioquia-UDEA (2001, enero-junio) Aspectos teóricos sobre la salud como un determinante del crecimiento económico **Lecturas de Economía No. 54** <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/lecturasdeeconomia/article/viewFile/4893/4286>
- Velzeboer, Marijke; Ellsberg, Mary; Clavel, Carmen; Garcia, Claudia (2003) **La Violencia contra las mujeres: responde el sector salud**. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd57/responde.pdf>
- Vila, Peter; Booske, Bridget; Remington, Patrick (2006) **Measuring Mortality in the Wisconsin Country Health Rankings**. Madison: University of Wisconsin Population Health Institute <http://uwphi.pophealth.wisc.edu/publications/other/measuring-mortality.pdf>
- Villacís, Byron y Carrillo, Daniela, 2012. **País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador**. Quito: Revista Analitika, Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). [http://www.inec.gob.ec/publicaciones\\_libros/Nuevacarademograficadeecuador.pdf](http://www.inec.gob.ec/publicaciones_libros/Nuevacarademograficadeecuador.pdf)
- Wilkinson, Richard y Marmot, Michael (2006) **Social Determinants of Health** (2ª ed.) New York: Oxford University Press

## Anexos

### Anexo A: Egresos Hospitalarios por causas específicas por Grupos de Edad. Parroquia Quito periodo 2012

Sexo	Enfermedad	Grupo de Edad					Total
		1 a 14 años	15 a 24 años	25 a 34 años	35 a 49 años	50 años y más	
Hombres	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	33%	10%	16%	15%	27%	100%
	Neoplasias	9%	6%	8%	15%	61%	100%
	Enfermedades del sistema circulatorio	3%	6%	6%	14%	71%	100%
	Enfermedades del sistema respiratorio	33%	13%	12%	10%	31%	100%
	Enfermedades del aparato digestivo	10%	12%	16%	22%	40%	100%
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	9%	12%	20%	26%	33%	100%
	Enfermedades del aparato genitourinario	9%	7%	10%	16%	59%	100%
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	17%	22%	23%	19%	19%	100%
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	17%	15%	11%	17%	40%	100%
	<b>Total</b>	<b>15%</b>	<b>13%</b>	<b>15%</b>	<b>18%</b>	<b>40%</b>	<b>100%</b>
Mujeres	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	31%	11%	14%	13%	31%	100%
	Neoplasias	4%	4%	11%	42%	39%	100%
	Enfermedades del sistema circulatorio	2%	3%	5%	16%	74%	100%
	Enfermedades del sistema respiratorio	33%	11%	10%	10%	36%	100%
	Enfermedades del aparato digestivo	7%	14%	19%	23%	37%	100%
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	7%	10%	12%	22%	49%	100%
	Enfermedades del aparato genitourinario	6%	11%	21%	30%	32%	100%
	Embarazo, parto y puerperio	0%	40%	45%	15%		100%
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	19%	14%	14%	15%	38%	100%
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	7%	8%	21%	28%	36%	100%
<b>Total</b>	<b>6%</b>	<b>23%</b>	<b>28%</b>	<b>20%</b>	<b>22%</b>	<b>100%</b>	

Fuente: Egresos hospitalarios 2012-INEC

Elaboración: María Cristina Restrepo

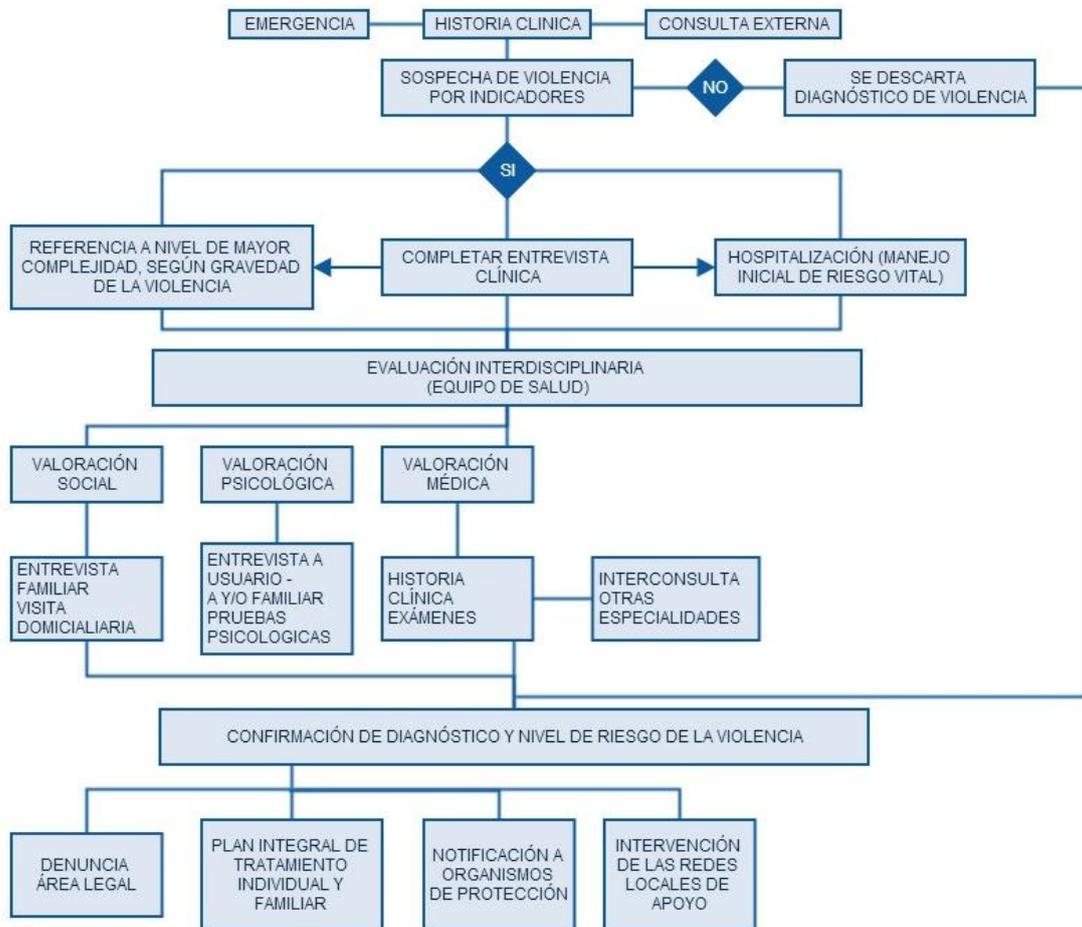
**Anexo B: Resultado de la Primera Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015.**

<b>Desafío 1: Definir políticas y planes de largo plazo</b>		
Meta 1	Razón de densidad de RH de 25 por 10.000 hab.	68%
Meta 2	Proporción de médicos de APS superior al 40% de la fuerza médica laboral	76%
Meta 3	Equipos de APS formados con amplia gama de competencias	74%
Meta 4	Razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos de 1:1	50%
Meta 5	Establecimiento de una unidad de RH	72%
<b>Desafío 2: Ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados</b>		
Meta 6	Brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales reducida a la mitad para el 2015	20%
Meta 7	70% de los trabajadores de APS con competencias de salud públicas e interculturales	17%
Meta 8	El 70% de enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos en salud y agentes capacidades y competencias perfeccionadas comunitarios de salud con	0%
Meta 9	30% del personal de APS se habrán reclutado en sus propias comunidades	0%
<b>Desafío 3: Garantizar la mantención de una dotación adecuada del personal de salud</b>		
Meta 10	Adopción de un código de práctica global o desarrollo de normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de salud	0%
Meta 11	Política de autosuficiencia de necesidades de RHS	0%
Meta 12	Mecanismos para el reconocimiento de profesionales formados en el extranjero	0%
<b>Desafío 4: Generar ambientes de trabajo saludables e incentivar el compromiso del personal</b>		
Meta 13	Empleo precario reducido a la mitad	50%
Meta 14	Política de salud y seguridad para los trabajadores de salud	100%
Meta 15	60% de los gerentes de servicios de salud con requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión	100%
Meta 16	Mecanismo de negociación y legislaciones efectivas para mitigar conflictos laborales	100%
<b>Desafío 5: Desarrollar mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicio de salud.</b>		
Meta 17	80% de las escuelas de ciencias de la salud con programas de formación reorientados hacia la APS	8%
Meta 18	80% de las escuelas de ciencias de la salud con programas específicos para atraer y formar estudiantes de poblaciones subatendidas	0%
Meta 19	Tasas de abandono de las escuelas de medicina y enfermería no superiores al 20%	15%
Meta 20	70% de las escuelas de ciencias de la salud y de salud pública acreditadas por una entidad reconocida	3%

Fuente: Organización Panamericana de Salud

Elaboración: Organización Panamericana de Salud

**Anexo C: Flujoograma de Atención en Caso de Violencia por parte del Sector Salud**



Fuente: Ministerio de Salud

Elaboración: Ministerio de Salud

**Anexo D: Objetivos y Políticas del Plan Nacional del Buen Vivir 2014-2017 relacionados con el Género**

Objetivos Plan Nacional	Políticas para la Igualdad de Género del PNVB y Lineamientos de Políticas
Objetivo 1: Consolidar el Estado democrático y la construcción del poder social.	1.2 D
	1.3 e, f, i
	1.5 g, i, j
	1.7 M
	1.9 a, b, c, d, e
	1.11 b, c, d, h
Objetivo 2: Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social diversidad.	1.12 d, e
	2.3 e, f
	2.4 b, c, f, h
	2.5 a, b, c, d, e, f, g, h
	2.6 a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m
	2.7 b, c, f, g, h, i, j, k, l
	2.8 a, b, c, d, e, f, g
	2.9 a, b, c, e, f, g, h, i, j
	2.11 C
	2.12 b, i
Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población.	3.1 a, b, c, d, e, f, g, i
	3.2 b, d, e, g, h, i, j, l
	3.3 Q
	3.4 a, c, e, f, g
	3.5 a, b, c, d, e, f, g, h, i
	3.6 b, g, i
	3.7 a, b, c, d, e, f
	3.8 a, d
	3.9 A
	3.12 a, c, j, a, b, j
Objetivo 4: Fortalecer las capacidades y potencialidades de la ciudadanía.	4.1 a, d, f, i
	4.2 a, b, d, h
	4.3 b, d, h, i
	4.4 d, e, g, h, j
	4.5 a, b, d
	4.6 a
	4.8 d
	4.9 a, d, e, f
	4.10 i, k, l, m

Objetivos Plan Nacional	Políticas para la Igualdad de Género del PNVB y Lineamientos de Políticas
Objetivo 5: Construir espacios de encuentro común y fortalecer la identidad nacional, las identidades diversas, la plurinacionalidad y la interculturalidad	5.1 a, l, o, p, s, t, x
	5.2 a, b, d, h
	5.3 a, g, h, i, k, l
	5.4 f, h
	5.5 b, d, f, g, h, j, l, n
Objetivo 6: Consolidar la transformación de la justicia y fortalecer la seguridad integral, en estricto respeto a los derechos humanos.	5.7 b, c
	6.1 c d, f
	6.2 e, g
	6.3 a, e
	6.4 b
	6.5 f, g
Objetivo 7: Garantizar los derechos de la naturaleza y promover la sostenibilidad ambiental territorial y global.	6.7 a, b, c, d, e, f, g, h, i
	6.8 a, b, c, d
	6.9 a, b, c, d, e, f, g
	7.10 b y 7.12 c
Objetivo 8: Consolidar el sistema económico social y solidario, de forma sostenible.	8.1 e
	8.9 b, d
	8.10 i, j
Objetivo 9: Impulsar actividades económicas que permitan generar y conservar trabajos dignos, y contribuir a	9.1 a, b, f, g
	9.2 a
	9.3 a, b, g, i, j, k
	9.4 b, c, d, e
	9.5 a, c, g
Objetivo 10: Impulsar la transformación de la matriz productiva	10.3 a, h
	10.4 a, c, i, j
	10.5 d
	10.9 b
Objetivo 11: Asegurar la soberanía y eficiencia de los sectores estratégicos para la transformación industrial y tecnológica.	11.2 d y 11.3 a, h
Objetivo 12: Garantizar la soberanía y la paz, profundizar inserción estratégica en el mundo y la integración	12.1 e, g, h
	12.2 e, g, j, m
	12.3 d
	12.5 c, d

Fuente: CONAMU 2014

Elaboración: CONAMU 2014