

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

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

***Equidad en los resultados de salud: un análisis desde el
enfoque de género***

**Tarina Amaguaña Conejo
tarina_21@hotmail.com**

**Directora: Tatiana Villacrés
tatiana.villacres@msp.gob.ec**

Quito, Agosto de 2015

Resumen

El debate acerca de la equidad en salud se ha posicionado como parte de las prioridades en las agendas sanitarias durante las últimas décadas, periodo en el cual se ha reconocido que los procesos de salud/enfermedad son un producto del tejido social además del perfil biomédico que ostenta. Sin embargo, para que esferas como el género sean consideradas como un factor de relevancia en los resultados de salud, se ha requerido de mucho más tiempo y voluntad política. Esto debido a que, en gran medida, el concepto de género comúnmente no se vislumbra como una esfera de construcción social que hacen a la mujer distinta del varón, más allá de las diferencias biológicas que se asumen a través del sexo. La presente disertación expone la importancia del género cuando se consideran las causas y las consecuencias de la inequidad en salud. Para aquello, se realiza en un primer momento un análisis de las razones de morbilidad y mortalidad del país, haciendo hincapié en las diferencias entre la población femenina y sus pares varones. En seguida, se emplea un modelo logit para determinar si el género afecta tanto el estado de salud, como la utilización de servicios sanitarios, a través de la “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición” para el año 2012. Finalmente, se presenta un repaso de las principales políticas que el país ha impulsado en orden de mermar las brechas de género en salud, análisis que se complementa con la identificación de posibles estrategias que Ecuador podría explorar, mismos que se desprenden de experiencias internacionales que se han caracterizado por diseñar y ejecutar políticas “pro género” en salud.

Palabras clave: Salud, equidad, género.

Abstract

The debate about health equity has been positioned as one of the priorities in health agendas in recent decades, a period in which it has been recognized that the processes of health / disease is a product of the social framework, in addition to the biomedical profile that it has. However, it has been required more time and political will for areas such as gender to be considered as a relevant factor in health outcomes. This is because of the concept of gender is often not seen as an sphere of social construction that makes women different from male, beyond biological differences that are assumed through sex. This dissertation presents the importance of gender when the causes and consequences of health inequity are considered. For that, firstly, the reasons of morbidity and mortality are analyzed, emphasizing the differences among women and their male peers. Then, a logit model is used to determine whether gender affects health status and the utilization of health services through the “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición” for 2012. Finally, a review of the major equity gender policies that the country has promoted is presented, which is complemented with the identification of possible strategies that Ecuador could explore arising from international experiences which are characterized by the design and implementation of policies "pro gender" in health.

Keywords: Health, equity, gender.

A quien prometí que este día llegaría. A ti, mi Teo.

Equidad en los resultados de salud: un análisis desde el enfoque de género.

Introducción	9
Metodología del trabajo.....	13
Fundamentación teórica	15
1. La Salud.....	15
1.1 Sobre un concepto de capital de salud	15
1.2 La salud y sus diversos enfoques.....	17
1.3 La salud y el desarrollo de las naciones.....	20
2. Equidad y Salud	25
2.1 Del concepto de equidad.....	25
2.2 La equidad en el ámbito de salud.....	28
3. La salud y el género	35
3.1 Del concepto de género	35
3.2 El género como determinante de la salud	37
3.3 El enfoque de género en salud.....	41
Perfil epidemiológico y contexto de la salud en el Ecuador, un análisis de las diferencias derivadas del género.	46
1. Contexto Demográfico	46
2. Estado de salud de la población ecuatoriana: un análisis de las diferencias del perfil epidemiológico derivadas del género	51
3. Salud sexual y reproductiva.....	61
3.1 Contexto de la natalidad	62
3.2 Embarazo y maternidad adolescente.....	63
3.3 Uso de métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual.....	64
3.4 Mortalidad materna	67
Los resultados en salud y el enfoque de género	69
1. Datos.....	69
2. Análisis exploratorio.....	72
2.1 Características socioeconómicas relevantes: Construcción social del género.....	73
2.2 Situación del estado de salud.....	79
2.3 Utilización de servicios de salud.....	83
3. Estrategia Econométrica	88
4. Resultados	93
4.1 Situación del estado de salud.....	94

4.2	Utilización de servicios de salud.....	100
4.3	Amas de casa y los resultados en salud.....	107
Incorporación del enfoque de equidad de género en salud en Ecuador: Avances, retos y desafíos .		110
1.	El camino iniciado: Ecuador frente a la equidad de género en salud	110
2.	Los resultados en salud, el género y la equidad: experiencias internacionales.....	117
3.	El camino por recorrer: retos, desafíos y lineamientos propuestos para el país.....	125
3.1	Política Nacional en Salud: reconocimiento del enfoque intersectorial	125
3.2	Seguimiento y Evaluación.....	126
3.3	Institucionalización de la investigación multifactorial en salud	128
3.4	Conocimiento de las implicaciones del enfoque de género en salud	129
3.5	Legitimación de la heterogeneidad de las problemáticas en el sector	130
Conclusiones.....		133
Recomendaciones		138
Referencias Bibliográficas		140
Anexos		156

Índice de Gráficos

Gráfico 1.	Tasa de natalidad, mortalidad y esperanza de vida en Ecuador	48
Gráfico 2.	Esperanza de vida al nacer según sexo.....	49
Gráfico 3.	Pirámide Poblacional del Ecuador, año 2010	50
Gráfico 4.	Población del Ecuador según área urbana y rural, años 1990 y 2013.....	51
Gráfico 5.	Defunciones generales por sexo grupo de edad, año 2013	54
Gráfico 6.	Tasas de mortalidad por distintas causas según sexo, años 2000 y 2013	56
Gráfico 7.	Número de hijos promedio según nivel de instrucción de la madre.....	63
Gráfico 8.	Evolución de la participación del embarazo en adolescentes, años 2000-2013	64
Gráfico 9.	Uso de métodos anticonceptivos en mujeres casadas/en unión libre entre 15 y 49 años..	65
Gráfico 10.	Evolución de la Tasa de incidencia del VIH/SIDA según sexo, años 1990-2011	66
Gráfico 11.	Evolución de la Razón de Mortalidad Materna, años 1990-2013	67
Gráfico 12.	Indicadores básicos del mercado de trabajo según sexo, año 2013	75
Gráfico 13.	Seguro de salud según sexo, año 2012.....	77
Gráfico 14.	Seguro de salud según sexo y quintil, año 2012.....	78
Gráfico 15.	Percepción del estado de salud según grupo de edad y quintil, año 2012	79
Gráfico 16.	Percepción del estado de salud según sexo, año 2012	80
Gráfico 17.	Presencia de enfermedad según sexo y nivel de instrucción, año 2012	81
Gráfico 18.	Acciones tomadas ante presencia de enfermedad, año 2012	83
Gráfico 19.	Atención a salud preventiva de salud según sexo y nivel de instrucción, año 2012	86

Índice de Tablas

Tabla 1. Estructura de las defunciones según grupos de causas de muerte en 1980 y 2013	53
Tabla 2. Muertes por diabetes en la mujer según grupos de edad, año 2013.....	54
Tabla 3. Principales causas de mortalidad según sexo, año 2013.....	55
Tabla 4. Principales causas de morbilidad según sexo, año 2013	58
Tabla 5. Egresos por coleditiasis en la mujer según grupos de edad, año 2013	59
Tabla 6. Mujer: Egresos por aborto no especificado en la mujer según grupos de edad, año 2013....	60
Tabla 7. Egresos Hospitalarios según sexo, año 2013	61
Tabla 8. Población según sexo y grupo de edad	72
Tabla 9. Años de escolaridad promedio según varias desagregaciones	73
Tabla 10. Población que realiza labores domésticas según sexo, año 2012	76
Tabla 11. Padecimiento reportado según sexo y grupo de edad, año 2012.....	82
Tabla 12. Atención curativa de salud según sexo, año 2012.....	84
Tabla 13. Atención curativa de salud: servicios recibidos según sexo, año 2012	85
Tabla 14. Atención curativa de salud: forma de pago por servicios recibidos según sexo, año 2012..	85
Tabla 15. Atención preventiva de salud: servicios recibidos según sexo, año 2012.....	87
Tabla 16. Atención preventiva de salud: forma de pago por servicios recibidos, año 2012.....	88
Tabla 17. Probabilidad de percibir buen estado salud y reportar enfermedad para la variable de sexo (Variable dummy mujer)	95
Tabla 18. Probabilidad de percibir buen estado de salud según el género	96
Tabla 19. Probabilidad de reportar enfermedad según el género.....	98
Tabla 20. Probabilidad de utilización de servicios de salud curativos y preventivos para la variable de sexo	100
Tabla 21. Probabilidad de utilizar servicios curativos de salud según el género	102
Tabla 22. Probabilidad de utilizar servicios preventivos de salud según el género	105
Tabla 23. Los resultados en salud para las amas de casa.....	108
Tabla 24. Categorización de los países del Estudio: “Influencia de las políticas de equidad de género sobre las desigualdades en salud”	118
Tabla 25. Suecia: Objetivos de la política nacional en salud	119
Tabla 26. Incorporación del enfoque de género en salud en Ecuador: Retos identificados y estrategias propuestas.....	131

Índice de Figuras

Figura 1. La salud y sus conceptos.....	20
Figura 2. El crecimiento económico como antesala de las mejoras en salud	22
Figura 3. La salud como factor de crecimiento y desarrollo económico.....	24
Figura 4. La equidad como principio	27
Figura 5. Determinantes de la salud.....	32
Figura 6. La equidad en salud.....	34
Figura 7. Cadena causal de las desigualdades sociales en salud.....	43
Figura 8. El enfoque de género en salud.....	45

Figura 9. Resultados de salud: Variables dependientes utilizadas en la investigación.....	71
Figura 10. Construcción social del género: Variables independientes utilizadas en la investigación...	71
Figura 11. Agenda Nacional de las mujeres y la Igualdad de Género: ejes sectoriales.....	112
Figura 12. Ecuador: Estrategias de planificación y política en materia de género y salud	117
Figura 13. Canadá: Política en salud basada en la investigación multifactorial.....	121
Figura 14. Políticas de equidad de género en salud: Ejes principales de las experiencias a nivel internacional	124

Índice de Anexos

Anexo A. Descripción de las variables y categorías base utilizadas en las regresiones logísticas	156
Anexo B. Capacidad predictiva de los modelos.....	159
Anexo C. Modelo general de percepción del estado de salud.....	163
Anexo D. Modelo general de presencia de enfermedad	164
Anexo E. Modelo de percepción del estado de salud para la mujer.....	165
Anexo F. Modelo de percepción del estado de salud para el hombre	166
Anexo G. Modelo de presencia de enfermedad para la mujer	167
Anexo H. Modelo de presencia de enfermedad para el hombre.....	168
Anexo I. Modelo general de atención curativa de salud.....	169
Anexo J. Modelo general de atención preventiva de salud	170
Anexo K. Modelo de atención curativa de salud para la mujer	171
Anexo L. Modelo de atención curativa de salud para el hombre	172
Anexo M. Modelo de atención preventiva de salud para la mujer.....	173
Anexo N. Modelo de atención preventiva de salud para el hombre	174

Glosario de siglas y abreviaturas

CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
ENEMDU	Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
MSP	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud

Introducción

Según la literatura (Grossman, 1999; Ehrlich y Lui, 1991; Barro, 1996; Sen, 1999), la salud de los habitantes de una región constituye un factor fundamental para alcanzar un progreso armónico y permanente, contribuyendo al bienestar y al desarrollo económico de múltiples maneras.

Por un lado, se tiene que las enfermedades reducen los ingresos de una sociedad, al distraer recursos económicos que podrían ser de utilidad en otras actividades necesarias para el desarrollo económico. Por otro lado, las enfermedades también generan otro tipo de costos indirectos, al reducir la productividad y los ingresos de los trabajadores y de sus familias, limitando de esta manera las potencialidades de crecimiento económico que una nación pueda obtener (Hertzendorf, 1995; Sen, 1999).

Así, la salud no solo es un producto, sino además un catalizador del desarrollo. Y es precisamente esta relación bidireccional entre la salud y el desarrollo (Casa Zamora, 2000) la que ha posicionado a los desafíos en materia sanitaria como una de las prioridades en las agendas gubernamentales (OPS, 2014).

Uno de estos retos es la materialización de la equidad (Gómez, 2001; Mejía, Sánchez y Tamayo, 2007; Martín y León, 2006; OPS, 2014) y con ello la consagración de la salud como un derecho y su universalización como una realidad (OPS, 2014). En este sentido, la evidencia a nivel internacional sostiene que existen brechas todavía visibles tanto en la utilización de servicios sanitarios como en los niveles de salud de la población (Lenthe, Schrijvers, Droomers, Joung, Louwman, y Mackenbach, 2004; Mejía, Sánchez y Tamayo, 2007; Almeida y Sarti, 2013). Instituciones como la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2014:6) enfatizan que “las condiciones en las cuales la gente vive, se desarrolla y envejece tienen influencia en la salud. Las desigualdades en estas condiciones, conducen a la inequidad”.

Así, se tiene que problemáticas como la pobreza se relacionan directamente con el menor acceso a servicios sanitarios, además de afectar en la percepción del estado de salud de la población más pobre (Ruiz et al, 2013). Las brechas se extienden hasta mostrar mayores tasas de prevalencia de salud deficiente en los grupos de menor estrato socioeconómico (Lenthe et al, 2004).

Bajo la misma línea, la evidencia (Vargas, Vázquez y Jané, 2002; Mejía, Sánchez y Tamayo, 2007; Vázquez, Paraje y Estay, 2013) concluye en que las restricciones para acceder a la seguridad social y las barreras financieras se presentan como uno de los principales argumentos por los cuales no se asiste a un médico o institución de salud; patrón que se repite en gran parte de los países de América

Latina (Mejía, Sánchez y Tamayo, 2007). Adicionalmente, se encuentra que los no afiliados y los estratos más vulnerables presentan un mayor gasto de bolsillo en medicamentos y hospitalización como porcentaje del gasto, lo cual se reconoce como uno de los mayores generadores de inequidad (Vargas, Vázquez y Jané, 2002).

Por otro lado, varios estudios han encontrado que, además del ingreso y las condiciones de empleo, factores como la educación han mostrado contribuir de manera importante a que el acceso a salud se efectivice (Lenthe et al, 2004; Glazman, 2005, Padilla y Larrauri, 2007; Mejía, Sánchez y Tamayo, 2007; Vázquez, Paraje y Estay, 2013), no solo a través de mayores niveles de ingresos, sino además, a través del efecto directo que tiene la educación sobre la mayor disponibilidad de información y con ello la concientización de cómo cuidar de mejor manera el capital de salud (Padilla y Larrauri, 2007).

Adicionalmente, otras investigaciones (Lillie-Blanton, Martinez, Taylor y Robinson, 1993; Sen, George y Ostlin, 2002) destacan también las importantes diferencias que aún se perciben en los resultados de salud por raza y género; incluso en un mismo nivel de estrato social. No obstante, a pesar de la atención cada vez mayor que se le ha prestado a las implicaciones de la equidad en salud, “ha hecho falta mucho más tiempo para que se reconozca al género como un factor social de peso en comparación con, por ejemplo, la clase socioeconómica o la raza” (Sen, George y Ostlin, 2005).

Según Sen, George y Ostlin (2005), esto se debe principalmente al hecho de confundir el género como la diferencia biológica entre la mujer y el hombre. En este sentido, la literatura (Lamas, 2002; Sen, George y Ostlin, 2005; Manisha y Sekhar; 2007; OPS, 2011) recalca que el género es una dimensión de construcción social que expone las diferencias producto de la estructura en la que vivimos, y que hacen a la mujer distinta al hombre, más allá de las diferencias que se desprende del sexo, como condición biológica.

En este sentido, gran parte de la evidencia a nivel internacional concluye que si bien la mujer tiende a vivir más que el varón (OPS, 2011), esto no implica necesariamente una ventaja (OPS; 2013). Así, varios estudios (Verbrugge, 1990, Manisha y Sekhar, 2007) muestran que las mujeres reportan más enfermedades que sus pares varones. Manisha y Sekhar (2007), argumentan que la razón es biológica y, por lo tanto, relacionada con el sexo y no con el género, pero, se debe entender que la vulnerabilidad biológica cuando se complica con factores relacionados con la inequidad de género desembocan en un gran incremento de la morbilidad y resultados desfavorables para la mujer (Ostlin, 2002).

Respecto a la utilización de servicios sanitarios se expresa una brecha de igual forma visible entre estos dos actores. En este caso, la evidencia en varios países latinoamericanos (Vega, Bedregal, Jadue y Delgado, 2003; Guarnizo y Agudelo, 2008; Almeida y Sarti, 2013; Ruiz, Zapata y Garavito, 2013) revela que la mujer utiliza con mayor frecuencia que el varón los servicios de salud, como producto de las necesidades propias del sexo, es decir de su condición biológica (embarazo, prevención de

cáncer de seno y de cuello uterino). Sin embargo, esta la utilización de servicios sanitarios, también responden a la construcción de rol social tanto de la mujer como del varón (OPS, 2011). Así, se tiene que el uso de servicios sanitarios preventivos en la mujer además de reflejar una condición biológica, revela también la responsabilidad que tradicionalmente ha tenido la mujer en la planificación familiar (Vega et al, 2013; OPS, 2011).

Respecto al varón, la evidencia empírica a nivel regional (OPS, 2011) muestra que si bien el varón suele utilizar en menor medida servicios de salud que la mujer, este patrón no se repite si el análisis se centra puntualmente en la utilización de servicios de emergencia. El varón tiende a presentar mayores tasas de morbilidad y mortalidad debido a factores asociados a los homicidios, agresiones físicas y accidentes de tránsito (OPS, 2011; INEC, 2013a; INEC, 2013b; OMS, 2014), sustentando la idea de que de hecho la salud es un producto no solo de las condiciones biológicas y epidemiológicas, sino además refleja patrones culturales y sociales (Gómez, 2002).

Por otro lado, varias investigaciones (Casado y López, 2001; Salgado-de Snyder y Wong, 2007; Almeida y Sarti, 2013) concluyen que etapas como la vejez, exponen retos específicos para la mujer. En este sentido, puesto que las mujeres tienden a ser más longevas que los hombres, la viudez constituye un factor más frecuente entre la población femenina (Casado y López, 2001). La pérdida de ingresos que acompaña a la desaparición del cónyuge, y las consecuencias del rol de cuidadora que tradicionalmente cumple la mujer en su etapa activa, limitan no solo el acceso de este actor (mujer) a los servicios sanitarios, sino que además repercuten en el estado de salud de este grupo. Este fenómeno se asocia por un lado, a un menor nivel y autonomía de ingresos (Gómez, 2002) y por otro, a los menores niveles de participación en el mercado laboral formal, y en consecuencia, menor tasas de afiliación al seguro social (Weller, 2009) que les permita asegurar utilizar servicios de salud en la vejez.

De acuerdo a lo expuesto se reconoce que la salud no es un fenómeno estrictamente biomédico (Laurell, 1982), y que de hecho factores como el género influyen en los resultados sanitarios; revelando de esta manera que la salud también es producto del entramado social (OPS, 2014).

Este es el hilo conductor de la investigación, que busca reconocer que no todos los actores viven las mismas realidades; por el contrario, enfrenta retos y circunstancias diferentes, y en consecuencia, esferas como el género reproduce importantes diferencias en materia de salud, mismas que merecen ser visibilizadas. ¿Cómo son estas diferencias en el Ecuador?, ¿Afecta el género en la equidad de los resultados de salud en el país?, de ser así, ¿Cómo afectan las diferencias derivadas del género en estos resultados?

Bajo este marco, el presente trabajo se divide en 4 partes. En la primera de ellas, se explica la metodología y objetivos que guían la disertación. En seguida, se presenta una revisión teórica del enfoque de género en salud. Para ello se aborda en un principio las diversas concepciones de la

salud, desde la teoría económica hasta llegar a la identificación de la *salud-enfermedad* como un proceso social. Posteriormente se expone la literatura respecto a las implicaciones de la equidad en salud, y se bosqueja la idea de la salud como un fenómeno multidimensional, para lo cual se realiza un breve análisis de los determinantes sociales de la salud. Finalmente, se presentan los lineamientos teóricos respecto al enfoque de género en salud, haciendo énfasis en el género como una esfera de construcción social.

Con ello, el capítulo uno brinda un amplio panorama sobre las diferencias del perfil epidemiológico entre el hombre y la mujer. Se empieza con una revisión de la transición demográfica por la que atraviesa el país, seguida por las principales causas de mortalidad y morbilidad que caracterizan tanto a la población femenina como masculina. Se finaliza con un breve repaso del contexto de la natalidad, la mortalidad materna y la planificación familiar (uso de anticonceptivos) en el país.

El capítulo dos realiza un análisis empírico de la utilización de servicios sanitarios y el estado de salud, llamados los resultados de salud. Se presentan estadísticas descriptivas de las variables que según el sustento teórico que guía el estudio, construyen el género, así como un análisis exploratorio de los resultados de salud de la población femenina y masculina. A continuación se presenta la estimación econométrica para observar cómo influye el gradiente social que construye el género en los resultados de salud.

Finalmente, el último capítulo expone los avances y desafíos que muestra el país en materia de equidad de género en salud. Para ello, se hace una revisión de las políticas y lineamientos que se han ejecutado en el país para favorecer la equidad de género en salud, seguida por un recuento de experiencias internacionales y regionales que exponen estrategias específicas que el país podría explorar. Con ello, se proponen ciertos lineamientos para la institucionalización del enfoque de género en la planificación del sector de la salud en el Ecuador.

Metodología del trabajo

Este estudio revela cómo afecta el género en la equidad de los resultados de salud para el caso ecuatoriano. La temática se abordó a través de una estrategia descriptiva relacional que incorporó tanto el análisis cualitativo como el cuantitativo.

En términos cualitativos, se realizó una revisión bibliográfica sobre los conceptos de salud, las implicaciones del enfoque de equidad en materia sanitaria y dentro de esta temática, la perspectiva de equidad de género en salud. Se recabó información acerca del perfil epidemiológico que presenta el país, haciendo hincapié en las diferencias entre hombre y mujer; y para la población femenina se realizó un análisis situacional de la salud sexual y reproductiva. Así mismo, se realizó una síntesis de los lineamientos y políticas que se han implementado en el país para materializar la equidad de género en salud, así como una revisión de ciertas experiencias internacionales en torno a la tema.

De manera cuantitativa, se realizó un análisis descriptivo y exploratorio de las variables que, según la teoría recogida en este estudio, construyen el género como esfera social y que influyen en los resultados de salud. Estas variables incluyeron: sexo, nivel de educación, estado civil, etnia, presencia de seguro de salud y lugar de residencia. Bajo la misma línea, se realizó un análisis exploratorio de la situación del estado de salud y la utilización de servicios sanitarios (resultados de salud) tanto para la mujer como para el varón.

Los datos utilizados se recopilaron de la base de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, con información para el año 2012. Se realizó un proceso de depuración para garantizar la calidad de las estimaciones posteriores y se trabajó con la población mayor de 18 años, para evitar el problema de sesgo de selección que se puede generar al trabajar con cohortes menores.

El análisis relacional usó un modelo *logit*, que busca encontrar la probabilidad de ocurrencia de un evento condicionado a determinadas variables, que en la investigación son aquellos factores que construyen el género. Así, se utilizaron 4 especificaciones agrupadas en los dos pilares que conforman los resultados de salud en la disertación. Para el primer pilar, la situación del estado de salud, se utilizó las variables dependientes: presencia de enfermedad y percepción del estado de salud. El segundo pilar, hace referencia a la utilización de los servicios sanitarios, que se explicó a través de las variables dependientes: utilización de servicios de salud curativos y preventivos, por separado.

El manejo de los datos se realizó con la ayuda del paquete econométrico “STATA”, que permitió procesar la base de datos, tanto para el análisis descriptivo como para la modelización.

Bajo este marco metodológico, la investigación atiende a las siguientes interrogantes:

1. Preguntas de Investigación

1.1. Pregunta General

¿Cómo afecta el género en la equidad de los resultados de salud del Ecuador para el año 2012?

1.2. Preguntas Específicas

- ¿Cuál es el perfil epidemiológico de la mujer ecuatoriana y las diferencias respecto al contexto del varón?
- ¿En qué medida el género explica la inequidad en los resultados de salud medidos a través de la situación del estado de salud y la utilización de servicios sanitarios?
- ¿Qué estrategias es necesario impulsar en el país para incorporar el enfoque de equidad género en la planificación del sector salud?

2. Objetivos de la investigación

2.1. Objetivo general

Examinar cómo afecta el género en la equidad de los resultados de salud en el Ecuador para el año 2012.

2.2. Objetivos específicos

- Analizar el perfil epidemiológico de la mujer ecuatoriana y sus diferencias respecto a contexto del varón.
- Identificar cómo índice el género en la equidad de los resultados de salud medidos a través del estado de salud y utilización de servicios sanitarios.
- Identificar las estrategias que se deben impulsar en el país para incorporar el enfoque de género en la planificación del sector salud.

Fundamentación teórica

La presente sección muestra los lineamientos teóricos que guían la investigación. Primero, se muestra un breve recorrido sobre los diferentes conceptos de salud, desde su definición como un stock de capital hasta otras tendencias que han ampliado dicho concepto. A continuación, se explora sobre el rol que juega la salud dentro del desarrollo y del desarrollo como condición para alcanzar el bienestar en salud. Posteriormente, se aborda la problemática de la equidad y cuáles son sus alcances en materia de salud, así como las políticas que permiten materializar un acceso equitativo. Finalmente, se destacan las implicaciones del género sobre la equidad en materia de salud, para lo cual se indaga sobre la pertinencia del enfoque de género en salud y del género como una de sus determinantes.

1. *La Salud*

Según el Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el desarrollo humano es “el proceso mediante el cual se amplían las capacidades de los individuos” (PNUD, 1991: 33). Así, las capacidades esenciales para el desarrollo humano son principalmente tres. La salud, para que las personas tengan una vida larga y sana; la educación, como herramienta para que posean los conocimientos necesarios y finalmente, el acceso a los recursos necesarios para alcanzar un nivel de vida aceptable (OMS, 2001). Bajo este panorama, la salud, y el acceso efectivo a ella, se convierte en una premisa para el desarrollo. En este sentido, se percibe como un concepto multifacético, que, al ser abordado desde diferentes disciplinas, aún no ha logrado unificar una definición. A continuación, se presentan algunas de estas tendencias desde la teoría de la salud como un stock de capital humano para finalizar con otros enfoques que han enriquecido el concepto de salud.

1.1 *Sobre un concepto de capital de salud*

La salud ha sido explorada bajo la luz de diferentes disciplinas. Así, en materia económica, con la consolidación de la teoría del capital humano, la salud surge como un factor que se traduce directamente en el rendimiento de los individuos (Mushkin, 1962; Becker, 1964, citado en Ospina, 2010: 26). Sin embargo, no es sino hasta las contribuciones de Grossman (1972, citado en Grossman, 1999: 5), que la salud es concebida como un capital, convirtiéndose de esta manera en la piedra angular sobre la cual varios autores (Dardanoni y Wagstaff, 1990; Liljas, 1998; Ried, 1998; Eisenring, 1999) han realizado importantes aportes teóricos.

Hasta mediados del siglo XX, la economía consideraba a la productividad de una persona como una variable exógena (Ospina, 2010), lo cual deja entrever lo poco que para ese entonces se sabía de los factores que influían en su comportamiento. En la década de los setenta, con la aparición en escena

de Schultz (1959, citado en Ospina, 2010: 25), Becker (1964, citado en Ospina, 2010: 26) y Mincer (1974, citado en Ospina, 2010: 26) llega la consagración de la teoría del capital humano, misma que postula que las mejoras en las capacidades de los trabajadores afectarían directamente en la capacidad de producción de trabajo (Sevilla, 2004). Así, se inicia un período distinto para la economía, en el cual se entiende que la productividad del individuo se ve afectaba por diferentes elementos, como la educación, experiencia, salud, y demás factores (Schultz, 1959, citado en Ospina, 2010: 26) cuya integralidad logran la construcción de un sólido capital humano.

Es así que para autores como Mushkin (1962) y Becker (1964, citado en Ospina, 2010: 30) el stock de capital humano estaba constituido por varios elementos, entre ellos el capital de salud, partiendo de la premisa de que la inversión en salud aumenta el producto y continua generando réditos a lo largo de los años, no solo por la inversión en sí misma, que mejora las capacidades productivas de los agentes, sino además, debido al ahorro de gastos en salud en el futuro debido a la reducción de enfermedad (Gallegos, 2010).

Basado en lo anterior, Grossman (1972, citado en Grossman, 1999: 15) construye un modelo de demanda de salud, el cual supone que la salud es un bien de capital que produce días saludables y puede ser un bien de consumo que participa directamente en la función de utilidad de los agentes (Gallegos, 2010). Es decir, los individuos demandan buena salud básicamente por dos razones: debido a que les permite aumentar el número de días disponibles para realizar actividades (laborales y no laborales) y por otro lado, el sentirse “sano” les genera una utilidad directa “por los efectos positivos de sentirse bien” (Tovar, 2005: 127). Bajo este sustento, el modelo supone que la demanda por cuidados médicos responde a la necesidad de mejorar el stock de capital de salud (Gallegos, 2010). Asume además, que las personas nacen con una dotación inicial de salud heredada que se deprecia y se pueden realizar inversiones sobre ella. Este supuesto nos lleva a un siguiente postulado, ya que a través de la inversión, los agentes pasan de consumidores pasivos de salud a productores activos que emplean tiempo y dinero en la producción de este bien. Debido a que el desarrollo teórico del modelo de Grossman (1972, citado en Grossman, 1999: 15) se enmarca sobre el enfoque neoclásico, se considera a los individuos como racionales, saben cuánto tiempo permanecerán enfermos, es decir, no tienen incertidumbre en la ocurrencia de enfermedad y que las personas tienen información perfecta, ellos deciden cuando morir, lo cual hace del tiempo de vida una variable endógena (Tovar, 2005: 129).

Finalmente, del modelo se derivan varios resultados teóricos. Así, se destaca el carácter productivo de la salud ya que con un óptimo estado de salud las personas realizan de manera más efectiva sus actividades laborales y no laborales. De la misma manera, del modelo puro de inversión de Grossman (1972, citado en Grossman, 1999: 16)¹ se desprende que la educación, la edad, los salarios, la demanda de servicios, entre otros, se muestran como los principales determinantes de la acumulación de capital de salud, argumento que no había sido abordado en la literatura previo a

¹ En el modelo de inversión pura de Grossman (1972), la salud ya no es bien de consumo, solo toma el carácter de inversión ya que los días saludables no participan directamente en la función de utilidad lo que hace que la tasa de rendimiento marginal de la inversión sea igual al costo de capital (Gallegos, 2010: 42).

Grossman (Chicaíza, García, y Lozano, sf: 6). Bajo la misma línea, concluye que el capital de salud difiere de otras formas de capital humano (1999: 2). Grossman puntualiza que, por ejemplo, el stock de conocimientos afecta la productividad del individuo, mientras que el capital de salud determina el total de tiempo que puede ser empleado para la producción de ganancias (1999: 2).

Por otro lado, a pesar del importante avance en la construcción de un concepto de salud como capital, se han presentado varias críticas al modelo del capital de salud. Una de sus principales objeciones hace referencia a los supuestos restrictivos en su formulación ya que el modelo supone un comportamiento racional del individuo e información perfecta, lo cual restringe su funcionalidad (López Casanova y Ortún Rubio, 1998: 135). De la misma manera, se ignora la incertidumbre en los resultados derivados de la utilización de servicios sanitarios, por lo que se asume que el individuo es capaz de identificar las características de los servicios de demanda, sus precios y cantidades. (Chicaíza, García y Lozano, sf: 6). Según Blaug (1998, citado en Gallegos, 2010: 37) la perspectiva del modelo responde en gran medida a la realidad del sistema de salud estadounidense, cuyo financiamiento es realizado a través de seguros médicos lo que implica la aplicabilidad de conceptos de la economía estándar sobre precios de mercado y maximización de utilidad. Finalmente, se argumenta que de manera empírica no se puede percibir de manera clara la diferencia entre la salud como un bien de consumo y como un bien de capital (Abásolo, Pinilla y Negrín, 2008).

Sin embargo, los aportes de Grossman al campo de la economía de la salud son incuestionables y se han convertido en un importante precedente teórico sobre el cual varios autores han realizado contribuciones posteriores. Es así que, Dardanoni y Wagstaff (1990) presenta un análisis de los efectos de la incertidumbre en la demanda de atención médica, utilizando una versión simplificada del modelo de demanda de salud de Grossman (1972, citado en Grossman, 1999: 17). Se analizan dos tipos de incertidumbre: la incertidumbre en torno a la incidencia de la enfermedad y la incertidumbre sobre la eficacia de la atención médica. Posteriormente, Liljas (1998) desarrolla el modelo de Grossman asumiendo que existe incertidumbre en la incidencia de enfermedad y permitiendo que la depreciación dependa del nivel de salud. Además, profundiza en las implicaciones de la introducción de seguros médicos sobre la demanda de servicios de salud. Bajo la misma línea, autores como Ried (1998) y Eisenring (1999) realizaron avances sobre la base de un análisis dinámico. Así, Ried (1998), analiza los cambios marginales en la tasa de depreciación del capital de salud, así como el impacto tanto de la riqueza financiera inicial como de la dotación inicial de capital de salud. Por su lado, Eisenring (1999), estudia los efectos de un cambio en la tasa de depreciación sobre la inversión óptima en salud.

1.2 La salud y sus diversos enfoques

De la mano del desarrollo teórico-económico del concepto de salud, se han profundizado varias aristas que enriquecen y complementan a la salud, como una dimensión importante dentro del desarrollo de las habilidades y capacidades del individuo, mismo que es concebido, no solo como un agente productivo, sino además con la complejidad que envuelve al “ser humano”. Bajo este marco,

se explora a la de salud más allá del concepto de capital humano, brindando un panorama sobre este fenómeno como un estado integral de bienestar (Organización Mundial de la Salud, 1946), como proceso social (Conti, 1972; Laurell, 1982), y resumido en indicadores que permiten la interpretación de su impacto en el desarrollo (Manisha y Shekar, 2007).

A inicios de 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS)² presenta un concepto de salud sobre el cual se ejecutaría el cumplimiento de sus competencias y se convertiría en uno de los referentes para la construcción de medidas de política sanitaria (Moreno, 2008: 96). Bajo este lumbral, el organismo la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedad” (1946: 1)³. Sin embargo, para algunos autores como Saracci, (1978) esta definición aunque es inspiradora, puede que no sea de relevancia práctica y parece trabajar en contra de su funcionalidad efectiva. Bajo la misma línea, Martín y Pastor (1989), manifiestan que referirse a un estado de bienestar integral de salud es de cierta manera subjetivo, haciendo compleja la tarea de medir y producir indicadores que permitan representar de manera óptima a la salud (1989).

Bajo este marco, se ha percibido la necesidad de ampliar hacia otras dimensiones el concepto de salud, entendiendo que está impregnada de un fuerte componente cultural, social e histórico (Navarro, 1998; Moreno, 2008). En este sentido, Navarro recalca que tanto la salud como el bienestar carecen de un consenso universal respecto a su definición, y más bien las aristas históricas, políticas y las relaciones de poder son el espejo sobre el cual se mira a la salud (1998: 49). Moreno añade además que el concepto de salud, por su amplitud, podría terminar legitimando los intereses de ciertos grupos, individualizando el concepto de salud (2008: 98)

Entonces, surge en el ámbito de salud la importancia de concebir a ésta como un problema colectivo, convirtiéndolo en un proceso del que forman partes varios factores. Así, para finales de la década de los setenta, surge una corriente de pensamiento que cuestiona a la salud concebida desde la individualidad y por el contrario, supone a la salud como un concepto mucho más complejo, resultado de un proceso de interacción de carácter social e histórico (Conti, 1972; Laurell, 1982). En este sentido, Laurell (1982) señala que el carácter social de la salud, y de su contraparte la enfermedad, permite estudiar las condiciones colectivas de salud de diferentes sociedades en un mismo punto histórico y recalca además, que las condiciones de la salud y la incidencia de enfermedad son diferentes entre los distintos grupos que componen una misma sociedad. Este argumento ha sido corroborado de manera empírica por varios estudios (Fox, 1977; Saracci, 1978; Behm, 1980) que concluyen que la distribución de la enfermedad y de la muerte es desigual y

² La Organización Mundial de la Salud es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas encargada de la coordinación de la acción sanitaria en temas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.

³ Esta definición es presentada en la Constitución del Organismo en 1946, misma que es adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61, y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

condicionada a factores como la ocupación laboral y el nivel de ingresos. Lo último se expondrá de manera más detallada en la siguiente sección.

Bajo la misma línea, Castellanos añade que, la salud, edificada sobre el enfoque de población y no del individuo, se definiría como “el conjunto de problemas de salud identificados, explicados y jerarquizados, que son la consecuencia de las condiciones económicas, sociales, políticas y culturales de la población” (Castellanos, 1998: 81). Sin embargo, Conti (1972) argumenta que las necesidades de las clases dominantes y la estructura económica ocultan las necesidades colectivas, características que condicionan el concepto de salud. En este sentido, el concepto de salud estrictamente económico, relacionado a la productividad del individuo (Grossman, 1999), se encuentra, a la luz de lo expuesto por Conti (1972), plasmado sobre la base de la individualidad propia del capitalismo, lo que merma su entendimiento dentro del entramado social, ya que la salud y enfermedad, de cierta manera, representan el producto de las brechas estructurales que la distribución de los recursos, de toda índole, han generado (Gómez, 2002).

Es así que, sobre la base de estos nuevos aportes, emergen nuevos conceptos que logran capturar, en cierta medida, las dimensiones que convergen en la salud como un fenómeno social. Así, partiendo desde la colectividad, la salud se convierte en un fenómeno público. Bajo este marco, Winslow (citado por Pérez y García González, 2000: 92), define a la salud pública como:

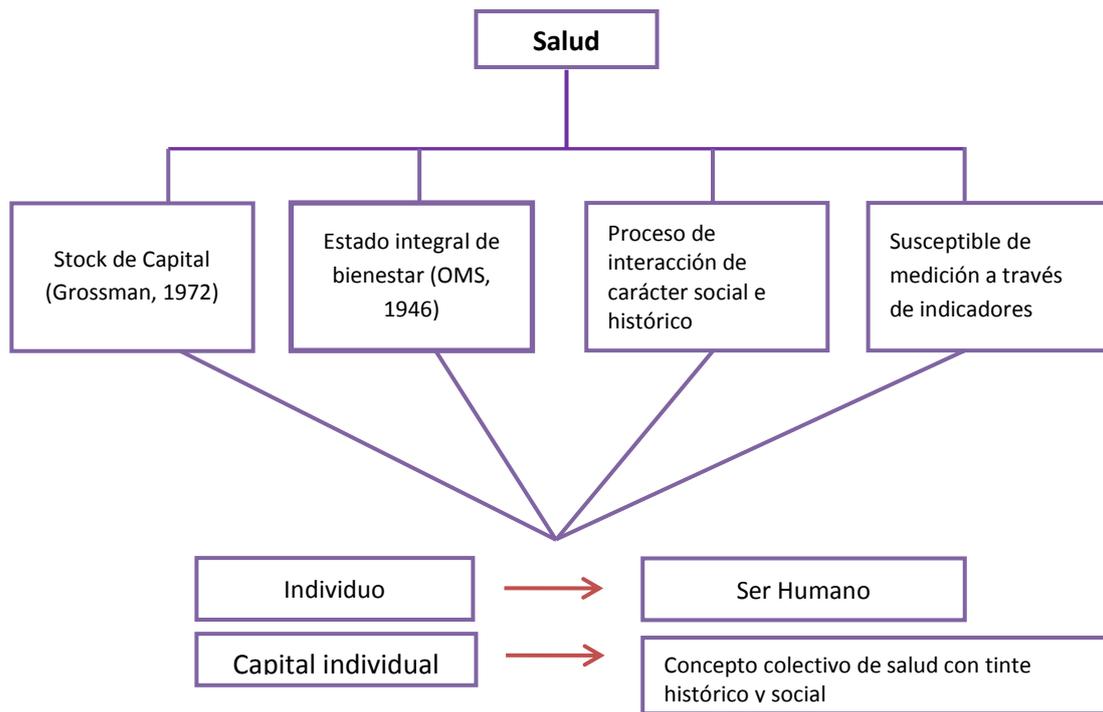
El arte y la ciencia de prevenir las dolencias y discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, por medio de esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del ambiente, control de las enfermedades, la educación de los individuos, la organización de los servicios médicos para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, y del desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno el nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad”

Bajo este panorama, la salud se vislumbra como una problemática de alcance social, ligado estrechamente a seis grandes dimensiones: biológica ecológica, sociológica, psicológica económica, y de los servicios de salud (Pérez y García González, 2000: 92).

Sin embargo, a pesar de las contribuciones que el aporte crítico y el debate han generado en materia de salud, el mismo Laurell (1982) señala que existe un componente claramente ideológico, que tiende a analizar de manera parcial el fenómeno de la salud. En este sentido, varios autores (Martin y Pastor, 1989; Manisha y Sekhar, 2007) coinciden en que la conceptualización de la salud debe brindar un marco que permita perseguir su cuantificación. Así, Reddy argumenta que la salud debe ser abordada desde un enfoque práctico que contribuye a su definición a través de indicadores tales como la expectativa de vida, la mortalidad infantil, tasa de mortalidad, etc. (Reddy, 1992, citado en Manisha y Sekhar, 2007:2).

La Figura 1, esboza las principales contribuciones al concepto de salud, analizadas previamente:

Figura 1. La salud y sus conceptos



Fuente: Grossman, (1972, citado en Grossman, 1999: 15); OMS, (1946); Conti, (1972); Laurell, (1982); Martin y Pastor, (1989); Manisha y Sekhar, (2007).

Elaboración: Tarina Amaguaña

De todo lo anterior se desprende la necesidad de nutrir de manera constante a la salud de manera teórica, práctica y medible. Y es que, entender al concepto de salud a la luz de diferentes aportes permite ampliar la perspectiva, para pasar del individuo al ser humano y de la salud como capital individual hacia la construcción de un concepto colectivo de salud de tinte histórico y social.

1.3 La salud y el desarrollo de las naciones

La relación entre el desarrollo de las economías y la salud ha sido ampliamente estudiada teórica y empíricamente. Por un lado, se tiene que una mejor salud repercute en la capacidad productiva de la fuerza laboral, apuntalando así el crecimiento económico (Barro, 1996). Por el otro, se observa que un mayor crecimiento económico, amplía los recursos disponibles, teniendo efectos en varios sectores, entre ellos, la salud (Solow, 1956; Swan, 1956). Así, se ha encontrado que la sinergia entre salud y desarrollo es bidireccional. A continuación, se expondrá los lineamientos teóricos y empíricos más importantes que han surgido en torno a la salud como unos de los factores del desarrollo así como del desarrollo como requisito para lograr un estado de salud deseable a nivel colectivo.

Desde la historia más temprana de la economía, se ha tratado de indagar acerca de cuáles son las condiciones para que una nación presente mayor crecimiento y desarrollo. Bajo este marco, surge el

enfoque neoclásico de crecimiento (Solow, 1956; Swan, 1956)⁴ que introduce al cambio técnico como variable exógena, brindando una vaga explicación de las razones del crecimiento. Posteriormente, a modo de crítica, nacen los modelos de crecimiento endógeno, que explican el incremento del producto desde los cambios surgidos en el capital humano (Jiménez, 2010).

Dentro de este enfoque, se destacan los aportes de Barro (1996), el cual incorpora a la función de producción neoclásica (cuyos factores productivos son trabajo y capital) las dimensiones de educación y salud⁵ (Jiménez, 2010: 2). Esta contribución al desarrollo de la teoría endógena de crecimiento, se convirtió en un ingrediente totalmente nuevo y que marcaría un quiebre en la interpretación económica de las variables de educación y salud, pues ahora eran concebidas como un factor de producción, entendiendo que el fortalecimiento e inversión sobre ellas tendría réditos visibles en el desarrollo. A la luz de esta nueva tendencia, uno de los principales hallazgos teóricos de Barro (1996), hace referencia a la fuerte correlación entre el crecimiento económico y la salud, argumentando que el crecimiento puede brindar las condiciones para mejorar la salud, pero también la salud puede ser un insumo para potencializar este desarrollo (Ospina, 2010: 30)

Así, el impacto que las condiciones de vida tenían sobre la salud fue ampliamente estudiado hacia mediados del siglo XX (Hernández y Poullier, 2007: 15), lo que permitió establecer que la salud no solo depende de la atención médica sino que las condiciones de vida asociadas a un mayor crecimiento influyen de manera sustancial en la salud (McKeon, 1979; Jamison, Sandby y Wang, 2001). Es así que, aquellos países con mejores tasas de crecimiento presentan mayores recursos financieros y tiende a invertir más en varios sectores prioritarios, entre ellos la salud (Ospina, 2010: 87). De esta manera se ha identificado que los países de ingreso alto gastan en promedio el doble en salud⁶ que los países de ingreso bajo (Hernández y Poullier, 2007), lo que les permite gozar de mejores niveles de salud (Pritchett y Summer, 1996). En el mismo sentido, un mayor crecimiento crea condiciones para la investigación y desarrollo, de lo cual se ha beneficiado el campo de la salud, mejorando a través de nuevas técnicas la esperanza de vida, tasas de mortalidad, de prevalencia de enfermedades, entre otros (Casas-Zamora, 2002; Rojas Ochoa, 2003). Finalmente, los países de crecimiento menor tienden a ser más vulnerables a los distintos shocks económicos, y buscan ajustar sus finanzas reduciendo el gasto social. Tal es el caso de gran parte de los países sudamericanos quienes redujeron su gasto en salud de manera importante durante la década de los ochenta, época de profunda recesión económica y escaso crecimiento económico (Moreno, 2008). En efecto, en los países latinoamericanos las fluctuaciones en el PIB explicaron para la década alrededor del 75% las variaciones en la esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad infantil (Casas-Zamora, 2000, citado en Mould, 2005: 48).

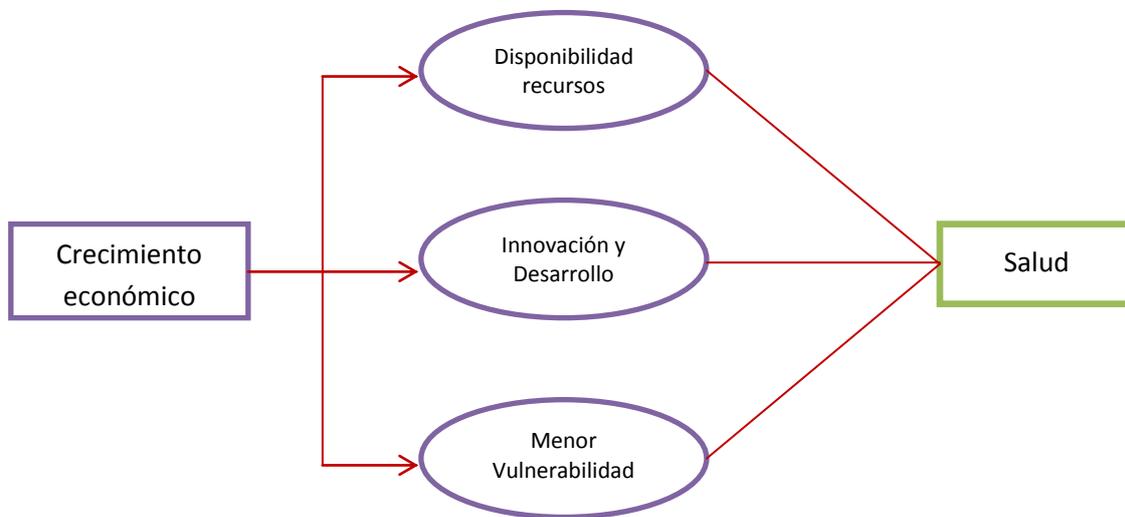
⁴ El modelo exógeno de crecimiento explica el crecimiento del producto como una función del capital y el trabajo $Y = f(K, L)$. Sus supuestos: competencia perfecta, individuos racionales e idénticos, rendimientos constantes a escala y decrecientes en cada factor, además el crecimiento del trabajo y de la población y la tasa de interés se muestran como variables exógenas al modelo.

⁵ Barro (1996) desarrolla un modelo de crecimiento en el cual el producto depende del capital físico K_t , educación H_t y capital de salud de los trabajadores S_t y la cantidad de horas trabajadas L_t . Así, asumiendo una función Cobb- Douglas, se tiene: $Y_t = AK_t^\alpha S_t^\beta H_t^\rho L_t^{1-\alpha-\beta-\rho}$

⁶ Gasto en salud como proporción del Producto Interno Bruto (PIB).

La figura 2, presenta un resumen de lo expuesto anteriormente:

Figura 2. El crecimiento económico como antesala de las mejoras en salud



Fuente: McKeon, (1979); Jamison, et al., (2001); Hernández y Poullier, (2007).

Elaboración: Tarina Amaguaña

Con estos antecedentes, se entiende que el crecimiento económico de los países influye de manera directa sobre las inversiones en salud, que permiten a su vez crear mejores (o peores) condiciones de salud para su población. Sin embargo, a pesar de que el contexto económico representa una dimensión crucial, Amartya Sen (1999) enfatiza en que es necesario ampliar el espectro acerca de la relación entre ingresos altos y las mejoras sanitarias. Bajo este contexto, Sen argumenta que los países con ingresos bajos no deben encontrar un limitante para ampliar sus inversiones en salud, y más bien propone su alineación a una política inteligente⁷, basada en la atención primaria y financiada a través del gasto público (Sen, 1999: 20). De esta manera, se prioriza el rol de una política sanitaria de prevención en un contexto de crecimiento equitativo (Gallegos, 2010: 38), que busca disminuir las brechas en el acceso a salud a través de un rol activo del Estado. En este sentido, la evidencia empírica (Wilkinson, 1997) muestra que los países que aplican políticas sociales que brindan a sus poblaciones mejor acceso a la educación, a los servicios básicos de salud, a la nutrición y al saneamiento básico, logran tasas de mortalidad más bajas respecto a los países de igual o aún mejor desempeño económico donde persisten las grandes disparidades de ingresos y recursos.

Durante muchos años prevaleció la idea de que el crecimiento económico era el único factor determinante del estado de salud colectivo, sin embargo hoy existe suficiente evidencia teórica y empírica de que la salud afecta directamente en el ingreso de los países, rompiendo así, la relación unilateral entre crecimiento y salud. La literatura coincide (Whitehead, 1990; Ravallion, 1993; Sen,

⁷ Según Amartya Sen una política inteligente hace referencia a aquella implementada por países de bajos ingresos, priorizando la atención primaria. Estos programas se basan en un rol protagónico del Estado, a través de herramientas como la expansión del gasto público y empleo intensivo de mano de obra (Gallego, 2010: 38).

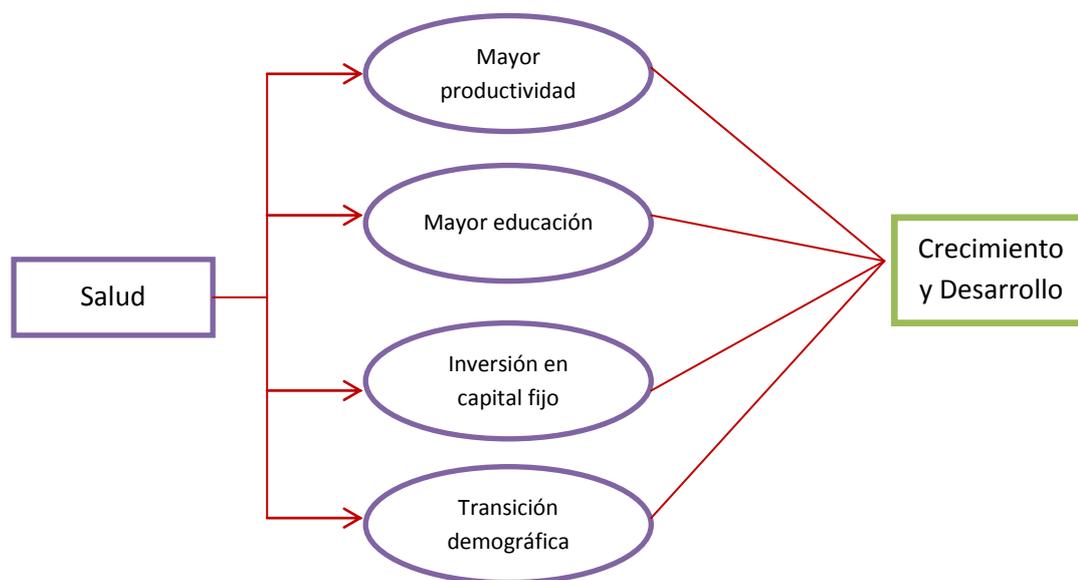
1999; Murray, Kulkarni, Michaud, Tomijima, Bulzacchelli, Landiorio y Ezzati, 2006) en que la salud (y efectivamente el acceso a ella) se muestra como un insumo que potencializa el desarrollo, éste último entendido como un proceso multisectorial; por lo cual las estrategias para abordarlo deben basarse en una amplia gama de instrumentos sociales (Sachs: 2002: 25).

En este contexto, se ha encontrado que la salud se encuentra estrechamente relacionada con las mejoras en la productividad de las personas (Banco Mundial, 1993), ayudando a absorber de mejor manera el aprendizaje y conocimientos, así como a realizar de manera más eficiente sus actividades laborales; estos factores en correcta sinergia logran traducirse en mayor crecimiento y desarrollo (Casa-Zamora, 2002). Por otro lado, se hace importante mencionar, que por el contrario, en ausencia de un estado de salud óptimo, es decir en enfermedad, los ingresos de una sociedad tienden a disminuir, ya que se distraen recursos económicos que podría haber sido dirigidos a actividades necesarias para lograr éste desarrollo (Banco Mundial, 1993; Mould, 2005: 45).

Diversos trabajos empíricos hacen referencia a la relación entre la salud como insumo, y el desarrollo económico como producto. Así, en un estudio realizado por Bloom, Canning y Sevilla (2004) se encontró que salud tiene un efecto positivo y estadísticamente significativo en el crecimiento económico. “Se sugiere que una mejora de un año en la esperanza de vida de una población contribuye a un aumento del 4 % en la producción” (Bloom, Canning y Sevilla, 2004: 20). Bajo la misma línea, Ehrlich y Lui (1991) demostraron que los incrementos en la expectativa de vida se asocian a un mayor capital humano de largo plazo, menores tasas de natalidad y mayor crecimiento. Posteriormente, Bloom y Sachs (1998) establecen que las inversiones en salud impactan en mayor medida sobre el desarrollo económico que otras variables de política económica o de calidad institucional.

Bajo este marco, la salud puede potencializar el desarrollo principalmente a través de cuatro mecanismos (Bloom, Canning y Sevilla, 2004). Primero, un mejor estado de salud incide directamente en la productividad física y mental de los individuos, reduciendo el ausentismo laboral, lo cual permite generar una mayor producción y de mejor calidad. Segundo, las personas saludables y con mayor expectativa de vida poseen mayores incentivos para acumular más capital humano; ello incrementa los años de escolaridad, la productividad y el ingreso. Tercero, un incremento en la expectativa de vida está estrechamente relacionado con mayores niveles de ahorro, lo cual se traduce en inversión, apuntalando el desarrollo. Finalmente, una transición demográfica que permita migrar de altas a bajas tasas de mortalidad y fertilidad ha producido una expansión en el crecimiento (Ver figura 3).

Figura 3. La salud como factor de crecimiento y desarrollo económico



Fuente: Whitehead, (1990); Ravallion, (1993); Sen, (1999); Murray et al., (2006).

Elaboración: Tarina Amaguaña

Por otro lado, se ha encontrado además una estrecha relación entre el empoderamiento de las mujeres, la salud materna, el desarrollo del niño en la primera infancia y su productividad futura (Casas-Zamora, 2002). En este sentido, se puede apreciar que invertir en la salud de la madre mejora a su vez la productividad de los niños, mejorando su capacidad cognitiva a futuro, su participación laboral, disminuyendo así las brechas de inequidad y acceso (Casas-Zamora, 2002).

Estos elementos brindan un contexto general de los mecanismos de transmisión que hacen que las mejoras en salud repercutan en el desarrollo. Sin embargo, se hace importante recalcar que el impacto real de la salud sobre el desarrollo dependerá en gran medida de las características de las economías (Mould, 2005). Así, los cambios en las condiciones de salud colectivas tienen un impacto importante en la tendencia de crecimiento de los países de bajos ingresos; este escenario se explica en gran medida debido al progreso que traen las mejoras en salud en materia de inequidad (Wagstaff, 2002). En contraste, para el caso de los países desarrollados los cambios en los indicadores de salud tienen un impacto limitado sobre el crecimiento (Wagstaff, 2002; Hernández y Poullier, 2007). Este escenario deja entrever la vulnerabilidad a la que están expuestos los países de bajo ingreso ya que si bien es cierto una mejora en las condiciones de salud puede apuntalar de manera acelerada el crecimiento económico, también puede sufrir un efecto agresivo de manera contraria, es decir, un deterioro de los indicadores de salud repercute inmediatamente en los niveles de desarrollo.

A la luz de lo expuesto, se observa una relación bidireccional entre la salud y el crecimiento. Por un lado, se tiene que el crecimiento económico se muestra como el escenario que crea las condiciones necesarias para mejorar las condiciones de salud colectivas. Por otro lado, se percibe que las mejoras de salud inciden en el desarrollo a partir de varias dimensiones: la productividad, educación e inversión. En este sentido, las mejoras en salud no solo representan un objetivo prioritario por derecho propio sino además se muestran como un “elemento fundamental para el desarrollo económico y la reducción de la pobreza” (Sachs, 2002: 18). Bajo este marco, Casa Zamora (2000: 399) añade que:

Aun en ausencia de un proceso de crecimiento económico, hay países que han logrado invertir en la salud de sus pueblos y alcanzar importantes avances en el bienestar general. Por otro lado, hay pruebas crecientes de que esta inversión en salud es, a su vez, es un insumo importante, y hasta indispensable, para alcanzar el crecimiento económico sostenible a largo plazo.

Y es precisamente, del entendimiento de la salud como catalizador del desarrollo, que se deriva uno de los grandes debates en esta materia: la equidad. A continuación, se revelan los principales aportes teóricos respecto a la equidad en salud.

2. *Equidad y Salud*

La equidad es un concepto ligado a todo proceso humano, por lo cual abordarlo representa ya en sí mismo un tema de debate. La presente sección inicia con una revisión del concepto de equidad, y sus principales lineamientos teóricos para profundizar sobre sus alcances en materia de salud. De la misma manera, se explora en las dimensiones que deberían caracterizar a la equidad en el ámbito de salud para materializar su acceso.

2.1 *Del concepto de equidad*

Los esfuerzos por lograr mayor equidad, han puesto de manifiesto la necesidad de profundizar en su definición, sus alcances e impactos. Sin embargo, su significado (y por lo tanto sus implicaciones) no han logrado ver la luz de un consenso, en gran medida debido a que se la relaciona con aquellos que se considera “justo” y esto último depende de los enfoques de justicia que adopten las sociedades, los individuos e incluso los gobiernos (Barr, 1993).

Bajo este marco, la discusión sobre la equidad, trae a escena el debate sobre lo que implica la “justicia” (Daniels, 2003), principio que se ha abordado de distintas maneras a lo largo de la historia. Desde la perspectiva “clásica aristotélica” (Martin, 2006: 2), se percibía a lo justo como las decisiones que velaban por el orden natural y este orden establecía que “la desigualdad y la jerarquía social son

naturales, derivadas de las capacidades y virtudes desiguales entre los miembros de la sociedad” (Martín, 2006: 2). Es decir, bajo esta perspectiva, la atención y/o acceso a los servicios/oportunidades respondían exclusivamente al rango y jerarquía de las personas (Daniels, 2003), el equilibrio natural; por tanto justo.

Hacia el siglo XVIII, emergen con fuerza las ideas del modelo liberal, bajo el cual lo justo no se deriva de la “distribución natural”, sino de las decisiones de carácter moral plasmadas en el contrato social (Martín, 2006). La justicia distributiva se interpreta aquí como “libertad contractual” mediante la cual el gobernante adquiere la potestad de garantizar los derechos a la vida, la integridad física, la libertad y la propiedad, haciendo énfasis en los límites del accionar del Estado (Martín, 2006: 3). Sin embargo, de manera más profunda, es preciso interrogarse acerca de cuál es la “justa adquisición” de bienes y servicios que se puede exigir al Estado. En este sentido, Robert Nozick argumenta que la demanda de servicios que es legítima está respaldada por lo que se puede adquirir con el trabajo y en este contexto, la atención y provisión de servicios para la población con recursos escasos representa un acto de “beneficencia” mas no de equidad, ya que estos grupos no cuentan con los recursos necesarios que respaldan dicha provisión (Awarez, 2003).

Hacia 1970, la “Teoría de la Justicia” de Rawls (Rawls, 1971, citado en Rawls, 2012), plantea “un ideal de sociedad como sistema justo de cooperación” (Martín, 2006: 5), en el que el bienestar social se garantiza a través de la mayor dotación de bienes sociales primarios⁸ a los individuos en mayor desventaja (Rawls, 2012); claramente contrario a lo que postula el utilitarismo, el cual asevera que la asignación de recursos que maximiza la utilidad se pueda dar en un contexto de distribución igualitaria o extremadamente desigual (Padilla y Larrauri, 2007).

En concordancia con las ideas de Rawls, Barry (1965: 157) plantea que la equidad debe ser concebida como un concepto comparativo entre grupos humanos que se alcanzaría si “los iguales son tratados de igual forma y los desiguales son tratados en forma desigual”. A la luz de este nuevo enfoque, se profundiza sobre lo que en economía llaman la equidad horizontal y la equidad vertical.

Así, el principio de equidad horizontal se refiere al criterio que hace que los individuos que en los aspectos relevantes son idénticos sean tratados de modo parecido (Ventura, 1990: 90). Según Barr (1993) esta perspectiva de la equidad debe perseguir proteger a determinados grupos sociales no solo en función de su renta sino además en función de las relaciones de poder desigual, situación territorial distinta e información asimétrica. En este contexto la aplicación de este principio en política social debería tomar en cuenta no la posición económica (en función del ingreso) sino variables socioeconómicas de mayor alcance como el grupo social de procedencia, el territorio, la etnia, entre otros elementos. Por su lado, la equidad vertical hace referencia a la diferencia adecuada en el trato entre individuos diferentes (Ventura, 1990: 90). La aplicación de este principio trae a la luz

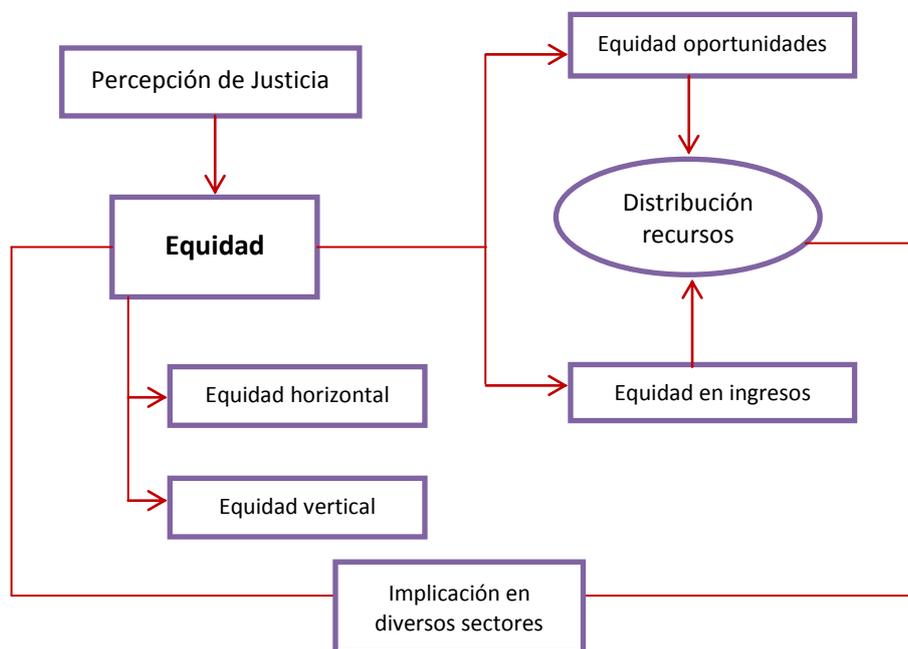
⁸ En su “Teoría de la justicia” Rawls, abarca de manera amplia el concepto de bienes primarios y hace hincapié en los bienes sociales primarios entendidos como los derechos y las libertades públicas, y de manera más general, relaciona este concepto los «valores sociales” (Rawls, 2012).

una situación de redistribución de aquellos que se encuentra en una situación aventajada frente a los que tienen necesidades insatisfechas; esta escenario puede darse de manera forzada o voluntaria (Barr, 1993).

Okun (1975) también hace distinciones en el concepto de equidad con lo cual identifica la importancia de la equidad en oportunidades y la equidad en ingresos para el proceso de distribución de recursos y bienestar social. Bajo este marco, Okun (1975: 6) argumenta que las oportunidades a las que tiene acceso un individuo tienen incidencia sobre la equidad económica y la eficiencia económica, y a su vez las condiciones económicas afectan a las oportunidades. En este sentido se aprecia la necesidad de que el Estado, a través de sus múltiples instrumentos, proporcione igualdad de oportunidades a todos los miembros de la sociedad. En cuanto a la equidad en ingresos, ésta resulta más compleja ya que implica acciones de cierta manera más agresivas en orden de mermar las brechas que existen ya sea a través de impuestos, subsidios o asistencia social (Villareal, 2012: 38).

La figura 4, muestra a manera de resumen los principales aportes teóricos analizados anteriormente:

Figura 4. La equidad como principio



Fuente: Whitehead, (1990); Ravallion, (1993); Sen, (1999); Murray et al., (2006).

Elaboración: Tarina Amaguaña

De lo anterior se concluye que equidad no solo pretende visibilizar problemas en la distribución de recursos, sino además busca el reconocimiento y legitimación de las necesidades de grupos vulnerables e históricamente marginados. Bajo este contexto, se entiende la aspiración de llegar a mayores niveles de equidad, que contribuyan en la materialización de la estabilidad social y

repercutan en el crecimiento económico un crecimiento económico pensado desde la equidad. Así, en este entramado social, todo aquello que se considera equitativo desemboca en otro concepto íntimamente ligado, el desarrollo. Y es precisamente en este proceso donde surgen necesidades percibidas como primordiales para el éxito del mismo, entre ellas la salud (Whitehead, 1990; Ravallion, 1993; Sen, 1999; Culyer, 2001; Murray, et al, 2006). En la siguiente sección, se aborda las implicaciones de la equidad en el ámbito de salud.

2.2 La equidad en el ámbito de salud

Adam Smith, uno de los personajes cuyas ideas moldearon los grandes ejes del estudio de la “Economía”, argumentaba necesaria la desvinculación de bienes como la educación y la salud de la lógica mercantil, por considerarlos bienes meritorios, con el fin de que el acceso a dichos bienes sea universal (Martin, 2006: 3). Bajo este marco, autores como Braveman y Gruskin (2003: 255) advierten que: “la equidad en salud es un valor ético, estrechamente ligado al principio de los derechos humanos”. En el presente acápite, se revelan las principales implicaciones de la equidad en salud, haciendo hincapié en las condiciones a través de las cuales la equidad en salud se materializa.

Según la OMS (1985) la equidad en salud implica que idealmente todos tengan “una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida en que ello pueda evitarse” (OMS, 1985, citado en Whitehead, 1990: 7). Bajo la misma línea, Whitehead (1990: 4) añade que la inequidad en materia de salud engloba “las desigualdades innecesarias y evitables pero que, además, se consideran arbitrarias e injustas”. Esta definición es acogida por la OMS, quien argumenta además que “mientras la igualdad es un concepto empírico, la equidad representa un imperativo de carácter ético asociado con principios de justicia social y derechos humanos” (Gómez, 2001: 3).

A la luz de estas definiciones, se percibe necesario preguntarse cuáles son las diferencias en salud que son inevitables y cuales son innecesarias e injustas. Whitehead (1990: 4-5) brinda un primer panorama. Así, aquellas diferencias que no se consideran inequidades en salud se refieren principalmente a las que se dependen de los cambios naturales y biológicos, ya que no se puede esperar que una población tenga los mismos niveles de salud, las mismas enfermedades y el mismo tiempo de vida. Por tal motivo estas diferencias son inevitables y no inequitativas. En contraste, las diferencias que se consideran evitables e injustas engloban a aquellos factores que responden al acceso inadecuado a los servicios elementales de salud, así como la exposición a condiciones no saludables que no garantizan la integridad de las personas. En este sentido Whitehead (1995:5) enfatiza que existen ciertas características (evitables) que desembocan en mayor vulnerabilidad para ciertos grupos sociales, marcando así una tendencia a la inequidad en salud. Bajo este marco, resulta vital analizar cómo se logra hacer tangible el acceso efectivo a salud. No solo basta con el hecho de que los sistemas brinden los servicios si efectivamente el acceso a ellos no existe. Y es precisamente en este contexto donde se legitima el rol del Estado en un escenario de desigualdad en las condiciones económicas, geográficas, étnicas y de género.

En este sentido, autores como Braveman y Gruskin (2003) analizan la equidad en salud desde un enfoque de derechos y establecen que los principios de la equidad y de los derechos humanos determinan la necesidad de luchar por la igualdad de oportunidades de salud para los grupos de personas que han sufrido marginación o discriminación. Bajo este cuadro, enfatizan que para lograr integrar los problemas de la pobreza y la salud en un marco que reúna los temas de la equidad y de los derechos humanos, se necesita: institucionalizar la aplicación sistemática y rutinaria de las perspectivas de la equidad y de los derechos humanos a todas las acciones del sector de la salud y fortalecer y ampliar las funciones de salud pública distintas de la asistencia sanitaria para crear las condiciones necesarias para la salud.

Bajo la misma línea Nixon y Ulmann (2006) argumentan, además que se necesita de tres elementos adicionales: poner en práctica una financiación equitativa de la asistencia sanitaria, lo cual ayudaría a reducir la pobreza e incrementaría el acceso de los pobres; asegurar que los servicios de salud respondan eficazmente a las principales causas de enfermedades prevenibles entre los pobres y los desfavorecidos; y finalmente vigilar, sensibilizar y actuar para que se aborden las repercusiones que sobre la equidad y los derechos humanos puedan tener las políticas de todos los sectores que afectan a la salud, y no sólo las del sector de la salud (Braveman y Gruskin, 2003: 544).

Contrario a este línea de pensamiento, Bayoumi (2009: 188) afirma que si bien el rol de los derechos humanos para la prestación de asistencia sanitaria, podría servir como un importante catalizador para el cambio de los servicios de salud orientada a la equidad, este fenómeno responde a procesos muchas veces de índole político. Además, recalca que se debe tomar en cuenta que se pierde la oportunidad de abordar este concepto bajo el marco de las fuerzas del mercado, lo que genera pérdidas en la eficiencia.

A la luz de lo expuesto, cada enfoque de equidad conlleva repercusiones en las líneas de acción y en la política social. Sin embargo, más allá de las diferencias que se deriven de los diversos abordajes respecto a la salud, "la equidad es inseparable de las necesidades" (Hernández, Zapata, Leyva, y Lozano, 1991: 11). En tal virtud, Hernández et al, (1991) recogen tres grandes lineamientos de acción: equidad de acceso a servicios ante necesidades iguales, equidad de utilización ante necesidades iguales, equidad en el bienestar social y de salud. Así, exponen que el objetivo no solo debe concentrarse en la equidad en servicios de salud, sino además en su utilización y acceso a los satisfactores básicos relacionados con salud a fin de incidir en la equidad a nivel de las necesidades (Hernández et al., 1991: 12). Sin embargo, autores como Culyer (2001) subrayan que además de la satisfacción de necesidades es importante tomar en cuenta el papel del financiamiento, para lo cual recoge los conceptos de equidad horizontal y equidad vertical aplicados al escenario de la salud.

Como se mencionó en la sección anterior, la equidad horizontal hace alusión a que aquellos que poseen recursos iguales realicen pagos iguales, independientemente del sexo, estado civil, lugar de residencia, etc. Sin embargo, Culyer (2001: 278) recalca que en este modelo de financiamiento, dos individuos con la misma capacidad de pago pueden estar realizando aportaciones diferentes. Un

ejemplo claro de este fenómeno podría relacionar a los seguros de enfermedad obligatorios con esquemas contributivos diferentes (Vargas, Vázquez y Jané, 2002: 929). Por otro lado, la equidad vertical, que se define como el tratamiento desigual para desiguales, desde el ámbito de salud considera que “aquellos con desigual capacidad de pago deben realizar pagos distintos al sistema, de modo que aquellos que más recursos tienen deben contribuir al sistema proporcionalmente a su nivel de renta” (Vargas, Vázquez y Jané 2002: 929). Bajo este contexto, esta percepción de la equidad se encuentra íntimamente relacionada con el concepto de progresividad⁹, por lo cual es importante recordar que debido a que el sistema de salud suele financiarse de diversas fuentes (como los impuestos), la equidad vertical de todo el sistema dependerá de la progresividad de cada una de las fuentes y de la proporción en que cada fuente contribuya a la financiación de la sanidad (Lenthe et al, 2004: 64).

En este sentido, se puede apreciar que la salud podría concebirse también como el producto de la estructura socioeconómica que caracterice al país, por ejemplo en Latinoamérica se han desarrollado sistemas impositivos mayoritariamente regresivos debido a la debilidad económica de la población, y que no se han retribuido en obras, como en la salud, razón por la cual el gasto de bolsillo en la región es una de las más altas del mundo (Torres, 2001: 14), factor que no contribuye al progreso de la equidad en el acceso en salud.

Con todos estos elementos cabe preguntarse si efectivamente un sistema de salud puede lograr la equidad en el acceso y utilización de los servicios de salud. Varios estudios (Grytten, Rongen, y Sorensen, 1995; Nixon y Ulmann, 2006; Lenthe et al, 2004; Curtis y MacMinn, 2008) concuerdan en que factores de diversa índole, no necesariamente sanitarios, condicionan sobremanera el acceso a la salud, siendo así un área de acción multidimensional y multifactorial (Park, 2002: 9). Así, la OMS (2007) subraya que la salud al mostrarse como el producto de diversas determinantes, requiere de la identificación de estas causas para el análisis eficaz de la equidad en materia sanitaria (OMS, 2007). Así, se establece que la salud depende no solo de determinantes biológicos, sino además y en gran medida, de determinantes socioeconómicas, entre otros elementos (Park, 2002; Williams, 1997), creando una interacción compleja entre estos factores y la salud o enfermedad como resultado de estas interacciones (Manisha y Sekhar, 2007: 3).

Bajo esta premisa, la siguiente sección presenta los principales aportes que desde la academia y la evidencia empírica se han brindado respecto a los determinantes sociales de la salud, en orden de vislumbrar de manera integral los fenómenos en materia sanitaria.

2.2.1 Determinantes sociales de la salud

Como se mencionó previamente, la equidad en salud debe ser abordada desde la integralidad de factores que descifran y permiten su realización. Así se hace pertinente profundizar en cuáles son las

⁹ La progresividad hace referencia a que las contribuciones que realiza un individuo como proporción de su renta aumentan conforme la misma se incrementa.

diferentes condiciones que hacen que el acceso a salud se materialice. A continuación, se analizan cuáles son los determinantes de la salud, explorando varias dimensiones desde los ingresos hasta llegar al género, que es motivo de la presente disertación y cuyo análisis se expondrá a profundidad en un próximo acápite.

La evidencia empírica respecto a los factores que condicionan el acceso a salud, y siendo así las connotaciones de la equidad en materia sanitaria, destacan al ingreso como uno de los principales determinantes del acceso a salud y del estado de salud en sí mismo (Pritchett y Summers, 1966; Preston, 1975; Temporelli, 2008; Ruiz, Zapata y Garavito, 2013). En tal virtud, Ruiz et al (2013) argumentan que la pobreza se relaciona directamente con el menor acceso a servicios sanitarios preventivos, además de afectar en la percepción del estado de salud de la población más pobre (Ruiz et al., 2013: 115). Bajo la misma línea, Preston (1975) argumenta que existe una relación positiva entre el ingreso nacional y la esperanza de vida y establece los mecanismos de transmisión a través de los cuales el ingreso afecta a la salud (como estado), encontrando principalmente tres vías: mejoras en nutrición, mejoras en agua potable y saneamiento y mayor acceso a atención sanitaria.

Sin embargo, la evidencia empírica permite establecer que aunque el estado de salud y el acceso a salud generalmente van de la mano, existen importantes diferencias entre países desarrollados, donde la cobertura de salud tiende a ser más amplia, y los países en vías de desarrollo, donde existen grandes restricciones debido al financiamiento (Infante, De la Mata, López-Acuña, 2000). Así, un estudio realizado para Noruega (Grytten et al, 1995) quien mantiene una estructura económica propia de los países desarrollados, encontró que las personas con bajos ingresos utilizan más servicios de salud. Esto se explica debido a que la población con menores recursos muestra más enfermedades, que aquellas con rentas más altas. Esto conlleva a que utilicen más los servicios de salud que las personas con altos ingresos. De ese modo, existe una relación directa entre la enfermedad (que suscita en mayor medida en las personas de los quintiles más bajos) y el nivel de utilización de servicios sanitarios. Bajo la misma línea, un estudio realizado para los países bajos de Europa (Lenthe et al, 2004) manifiesta que en comparación con los grupos socio-económicos más altos, los grupos socio-económicos más bajos muestran mayores tasas de prevalencia de salud deficiente y mayor utilización de servicios y sanitarios, en especial en atención curativa.

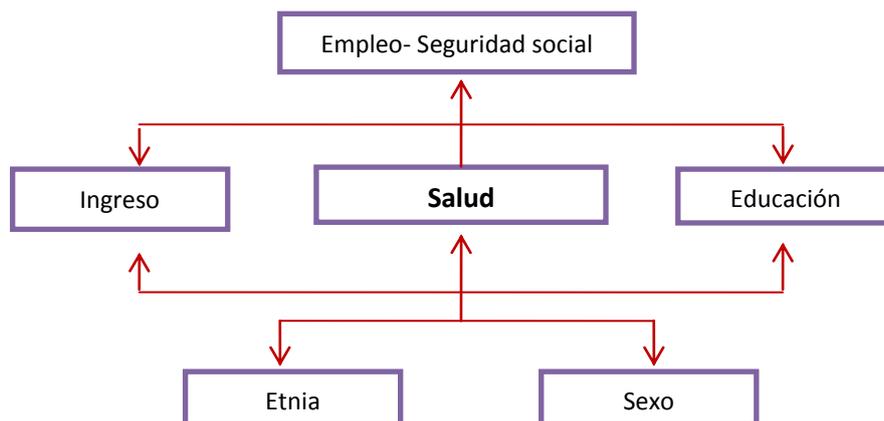
Estos estudios brindan un primer bosquejo de la realidad de las condiciones del sector de la salud en países desarrollados, en los que la evidencia permite establecer que a pesar de que los estratos de menor ingreso tienden a presentar peores estados de salud, el acceso a salud parece no estar relacionado directamente con los ingresos, lo cual es congruente con la gratuidad y cobertura de los sistemas de salud en muchos de los países del primer mundo. Sin embargo para el caso de regiones como América Latina, si bien se guarda una estrecha relación entre los ingresos y el estado de salud (Olavarría, 2005; Tovar, 2005; Salas y Llanos, 2010), no es así para temas de acceso a salud (Mejía, Sánchez y Tamayo, 2007; Vásquez, Paraje y Estay, 2013). En este sentido, es pertinente recordar que factores como la estructura del empleo, que es mayoritariamente informal en la región (Weller, 2011) condiciona el acceso a seguridad social, y de esta manera impiden que las personas con menores recursos, quienes generalmente no están aseguradas acudan a atención médica, por lo cual

el peor estado de salud no se relaciona necesariamente con una mayor prestación de servicios de salud para estos sectores (Van y Ven, 1978; Salas y Llanos, 2010; London, Temporelli y Monterubblanesi, 2009).

Un estudio realizado para Colombia (Mejía, Sánchez y Tamayo, 2007) permite concluir que existen grandes diferencias entre afiliados al seguro social y los no afiliados. Las barreras financieras se presentan como el principal argumento por los cuales no se asiste a un médico o institución de salud. Adicionalmente, se encuentra que los no afiliados y los estratos más vulnerables presentan un mayor gasto de bolsillo en medicamentos y hospitalización como porcentaje del gasto, lo cual se reconoce como uno de los mayores generadores de inequidad (Vargas, Vázquez, y Jané, 2002: 930). El caso de otro país latinoamericano, Chile, evidencia las mismas características. Los ingresos y seguro de salud privado contribuyen a la inequidad a favor de las personas de mayores ingresos respecto al acceso a servicios de salud en especial de servicios como los odontológicos (Vásquez, Paraje y Estay, 2013).

En congruencia con lo detallado, se observa que la polarización de los recursos es el primer limitante para efectivizar el derecho a la salud, principalmente en economías con débiles sistemas de salud (Infante et al., 2000), pues las diferencias entre niveles socioeconómicos confirman que las condiciones de acceso son insuficientes e inequitativas, ya que los estratos socioeconómicos más vulnerables no acceden al servicio de salud frente a una necesidad debido a su incapacidad de cubrir los costos de los servicios, lo cual hace pensar que si bien pueden existir los mecanismos para llevar a cabo la atención médica para todas las personas sin importar su nivel socioeconómico, éstos en realidad no logran materializarse (Ver figura 5).

Figura 5. Determinantes de la salud



Fuente: Gerdtham y Johannesson, (2004); London et al., (2009); Lillie-Blanton et al., (1993)

Elaboración: Tarina Amaguaña

Por otro lado, varios estudios han encontrado que, además del ingreso y las condiciones de empleo (que garantizan o no el acceso a seguridad social), factores como la educación han mostrado

contribuir de manera importante a que el acceso a salud se efectivice (Lenthe et al, 2004; Glazman, 2005, Padilla y Larrauri, 2007, Mejía, Sánchez y Tamayo, 2007; Vásquez, Paraje y Estay, 2013). En efecto, las consecuencias positivas de una mayor nivel de educación pueden explicarse de manera indirecta, al relacionar mayor educación con mayores niveles de ingresos y de manera directa, puesto que la educación incrementa la disponibilidad de información acerca del control y tratamiento de enfermedades (Gerdtham y Johannesson, 2004; Mejía, Sánchez, y Tamayo, 2007) (Ver Figura 5).

Así, por ejemplo se tiene que en América Latina, las familias con menores niveles de educación presentan mayor riesgo de desnutrición infantil (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2010) y se ha identificado que la tasa de mortalidad para el mismo grupo etario es hasta tres veces mayor entre los niños de mujeres sin educación que entre los niños de mujeres con al menos escolaridad secundaria (United Nations Children's Fund, 2007). Este cuadro se explica principalmente por la estrecha relación que existe entre mayores niveles de escolaridad y mejores oportunidades de empleo y con ello mayores ingresos que permitan acceder a mejores condiciones de vida.

Por su parte, las experiencias también permiten concluir que mayores niveles de educación se relacionan estrechamente con una mayor utilización de servicios de salud independientemente del nivel de ingresos. Un estudio realizado para Canadá (Curtis y MacMinn, 2008) relaciona directamente mayores niveles de educación con mayor acceso a servicios de salud preventiva. El estudio sostiene que la población con menos años de escolaridad presentan tasas más altas de hospitalización, escenario se explica debido a la menor atención primaria, lo cual incide directamente en cuadros más agudos de enfermedad que se pudieron haber controlado (Curtis y MacMinn, 2008). Tomando en cuenta la gratuidad del sistema de salud canadiense, este fenómeno responde en gran medida al nivel de educación de la población, que permiten acceder a mayor información y conocer los beneficios de la atención preventiva de salud (Lenthe et al, 2004, Vásquez, Paraje y Estay, 2013).

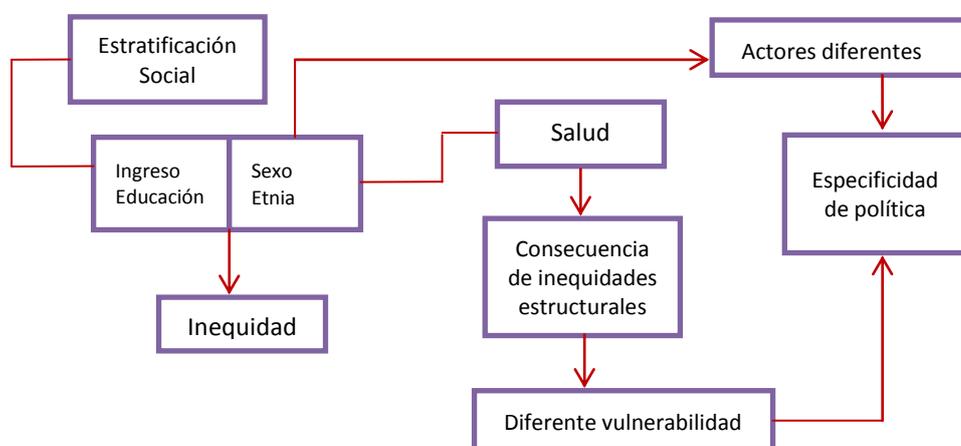
Adicionalmente, otros estudios (Lillie-Blanton et al, 1993; Sen, George y Ostlin, 2002) destacan también las importantes diferencias que aún se perciben en los resultados de salud por raza y sexo; incluso en un mismo nivel de estrato social. En tal virtud, se observa que las inequidades étnicas en salud están relacionadas con los menores niveles de ingreso que han caracterizado a estos grupos minoritarios, las otras prioridades de supervivencia que compiten entre sí, la ausencia de seguro de salud, los menores niveles de escolaridad, entre otros elementos que se han perpetuado en determinados segmentos étnicos históricamente excluidos (Torres, 2001). Bajo este marco, sobresale además la continua transmisión intergeneracional de la pobreza y de condiciones sociales desfavorables en las poblaciones indígenas (Hermida, 2007) con lo cual el problema en el acceso a servicios vitales como la salud se hace estructural.

Finalmente, en el sexo/género, como determinante social de los resultados en salud, convergen distintas aristas en las que se pronuncian varias esferas de inequidad. En tal virtud, se aprecia una diferencia en los resultados en salud entre hombres y mujeres, consistente con la brecha salarial que

existe entre estos dos actores, a favor del hombre (Cuadros y Jiménez, 2004; Weller, 2009; Gutiérrez, 2011). En este sentido, se destaca el menor acceso a aseguramiento social y de jubilación en la población femenina congruente con la mayor presencia de trabajo no remunerado en este grupo (Diwan, Thorson y Winkvist, 1998; Annandale y Hunt, 2000; Ostlin, 2002). De igual forma, a pesar de la mayor esperanza de vida presente en las mujeres (Manisha y Sekhar, 2007;), reportan mayores tasas de morbilidad y mayor prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas (Verbrugge, 1990), con especial afectación en las mujeres pobres (Verbrugge, 1990)¹⁰.

Como se puede apreciar la salud es el resultado de varios factores tales como el ingreso, la educación, la actividad laboral así como de otros factores como la etnia y el género que responden a fenómenos de inequidades estructurales propias de un proceso histórico, que ha dejado de lado el progreso de algunos actores. De lo anterior se deduce que la solución de las problemáticas en salud necesita de estrategias que "superan el ámbito de las intervenciones propiamente sanitarias" (Mejía Sánchez y Tamayo, 2007: 37) ya que sus determinantes son diversos: ingresos, la educación, la etnia, el género, entre otros. Bajo este escenario, es importante recordar que la disminución o eliminación de las inequidades en el acceso a servicios de salud y del estado de salud en sí mismo, exige la construcción de políticas intersectoriales enfocadas en la atención curativa de salud y privilegiando el acceso a servicios de salud preventiva (Ver figura 6).

Figura 6. La equidad en salud



Fuente: Whitehead (1995), Braveman y Guskin (2003), OMS, (2007)

Elaboración: Tarina Amaguaña

Con estos lineamientos se identifican determinados grupos sociales que se muestran vulnerables frente al acceso a salud debido a problemas estructurales que se entrelazan unos con otros: el mercado laboral, la educación, los ingresos, entre otros.

¹⁰ Este panorama sucinto se expondrá a profundidad en el siguiente acápite.

En palabras de Torres (2001: 15):

Se visualizan entonces nuevos factores que explican la exclusión estructural tales como las relaciones de género y de etnicidad [...] las diferencias en la situación de salud de los grupos minoritarios se relacionan a factores estructurales como la pobreza y a factores directamente derivados de la organización de los servicios, de la calidad de los mismos y del nivel de información de que dispone la población sobre cómo cuidar su salud

A la luz de lo expuesto, nace la pertinencia de un nuevo enfoque de análisis, basado en las particularidades del género y su influencia en los resultados en salud.

3. *La salud y el género*

Como se explica a continuación, el género expone características concretas que ponen de manifiesto una situación frente a la cual la política pública y privada debe ser específica. Así, se entiende que la utilización de un enfoque de género enriquece los marcos explicativos de la salud como un problema colectivo con connotaciones únicas tanto para la mujer como para el varón (Roxburgh, 2009: 367). En la presente sección se aborda el tema de la salud desde una perspectiva de género, para lo cual se profundiza en el concepto y diferencias del sexo y género. En seguida se hace referencia a las implicaciones del género como determinante de la salud, para finalizar con la discusión del rol del “enfoque de equidad de género en salud”.

3.1 *Del concepto de género*

Del debate acerca de las inequidades de género en salud se desprenden diferencias conceptuales vitales para el abordaje del fenómeno en su integralidad. En este caso, describir al sexo no implica lo mismo que referirse al género. La literatura (Rathgeber y Vlassoff; 1993; Reskin y Padavic, 1994; Manisha y Sekhar, 2007) ha establecido marcadas diferencias entre ambos conceptos que contribuyen ampliamente en el entendimiento de las inequidades en los resultados en salud.

En tal virtud, Manisha y Sekhar (2007: 5), enfatizan en la complejidad del concepto de género más allá del sexo. Así, manifiestan que la primera dimensión hace referencia a diferencias producto de la estructura social en la que vivimos, mientras que la segunda dimensión (sexo) se manifiesta en las diferencias estrictamente biológicas. Bajo la misma línea, Rathgeber y Vlassoff (1993: 6) sostienen que el género hace referencia a las desigualdades estructurales marcadas por el acceso desigual del hombre y la mujer a los recursos materiales y no materiales. Esto, a su vez, forma la base para definir y distinguir los comportamientos masculinos y los femeninos, las expectativas y los roles, así como las relaciones entre hombres y mujeres.

Por su lado, la OMS, enfatiza que el género se manifiesta a partir de:

La construcción social que define lo masculino y lo femenino, sobre las características biológicas establecidas por el sexo. Posee aspectos subjetivos como los rasgos de la personalidad, las actitudes, los valores y aspectos objetivos o fenomenológicos como las conductas y las actividades que diferencian a hombres y mujeres (OMS, s/f, citado en Verbruge, 1985: 166).

Una de las definiciones más amplias de género es desarrollada por Marta Lamas (2002: 8) quien lo define como “el conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de una simbolización de la diferencia anatómica (sexo) entre hombres y mujeres”. Por su lado, Borrell (2004), añade que la cultura también es un determinante y establece que, como categoría de análisis, el género, explica “los factores que conducen a las desigualdades entre mujeres y hombres; pone de manifiesto el carácter jerarquizado de las relaciones entre los sexos, construidos en cada cultura” (Borrell, 2004: 4). En congruencia, se ha demostrado que (Tesch-Römer, 2008) el tamaño de las diferencias de género en el bienestar subjetivo varía con la sociedad, la desigualdad de género y las normas culturales relativas a la igualdad de género.

Así, se evidencia la complejidad de las relaciones e interacciones de las creencias y las normas culturales, por un lado, y las estructuras e instituciones sociales, por otro.

En su artículo “Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género”, Castañeda (2007), cita las definiciones de sexo y género de Bem (1989) y Scott (1992), respectivamente, las mismas que permite establecer diferencias importantes entre estos dos términos. El sexo hace referencias a las características “biológicamente determinadas ya sean anatómicas como fisiológicas que establecen las diferencias de las especies sexuadas, hembra y macho” (Castañeda, 2007: 2)

Por su lado Scott, complementa la definición de la OMS del género y expresa que se utiliza para

Identificar los símbolos y mitos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples; conceptos normativos entendidos como doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas del significado entre lo femenino y lo masculino; instituciones y organizaciones sociales como el sistema de parentesco, la familia, el mercado de trabajo diferenciado por sexos e instituciones educativas; identidad individual y grupal de género que definen y relacionan los ámbitos del ser y el quehacer femeninos y masculinos dentro de contextos específicos (Castañeda, 2007: 2).

Sin embargo, según Borrell (2004), a pesar de la importancia de establecer esta diferencia conceptual, se entiende que el énfasis en lo social dentro del género no implica la exclusión del elemento biológico, por el contrario, “el foco del análisis dentro de esta perspectiva se dirige al examen de ambos factores que conducen a situaciones de ventaja o desventaja para uno u otro sexo” (Borrell, 2004: 6).

De igual forma, las autoras Meynen y Vargas (1991: 252) definen el sistema sexo/género como “el conjunto de actitudes mediante las cuales la sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de actividad humana y a través de la cual estas necesidades son satisfechas”. Según Jáuregui de Gainza (1992, citado en Meynen y Vargas, 1991) “las diferencias naturales marcadas por la fisiología y la anatomía femenina y masculina han sido distorsionadas y dado lugar a discriminaciones sociales que perjudican, marginan y oprimen a la mujer”. En este sentido, Meynen y Vargas acotan que el género no es una categoría aislada, en dos sentidos:

Es una relación social entre mujeres y hombres que modifica e influye estas relaciones y es a la vez influenciada y modificada por ellas. Es un elemento constitutivo de las relaciones sociales en general (cuando se fundan en diferencias percibidas entre los sexos) y que se expresa, a lo largo del tejido de las relaciones e instituciones sociales, en símbolos, normas, organización política y social y en las subjetividades personales y sociales. Es además una primera forma persistente y recurrente, aunque no la única, de representar relaciones de poder (Meynen y Vargas, 1991: 252).

A modo de síntesis, el género como categoría de análisis tiene varios rasgos característicos (Gómez, 2002).

- I. Es siempre relacional, nunca aparece de forma aislada sino marcando su conexión en el contexto social.
- II. Se trata de una construcción histórico-social, es decir, se produce a lo largo de tiempo de distintas maneras.

En congruencia con estas dos premisas, Baca Zinn y Thorton Dill (1998) manifiestan que el género, como otros estratificadores sociales, no funciona aisladamente: “es una forma peculiar y potente de estratificación que interactúa con otros marcadores sociales como clase social, empleo, raza y orientación sexual” (Baca Zinn y Dill, 1998: 64). Es así que, la utilización de un enfoque de género enriquece los marcos explicativos de los procesos sociales (Roxburgh, 2009: 367).

Con todos estos elementos se destaca el rol de género como categoría integradora del sexo, que se desprende del proceso social e histórico, más allá de las condiciones meramente biológicas en las que radican las diferencias entre hombre y mujer. Bajo este marco, es importante finalizar este panorama conceptual manifestando lo que en palabras de Gómez (2002: 328) reza como sigue: “el objeto de interés en materia de género no son la mujer o el hombre, per se, sino las relaciones de desigualdad social entre ellos y el impacto que esta desigualdad ejerce sobre la vida de las personas”

3.2 El género como determinante de la salud

La idea del género como determinante de la salud aparece hacia la década de 1980 (Sen, George y Ostlin, 2002) cuando el debate alrededor de las inequidades en salud se expande hacia los estratos socioeconómicos hasta incluir la raza y el género. En tal virtud, una vez revisadas las diferencias

conceptuales entre el sexo y género, a continuación se desarrollan los principales aportes respecto al género como condición que bosqueja los resultados en salud; puntualmente el acceso a servicios de sanitarios, así como el estado de salud per se.

La literatura (Annandale y Hunt, 2000; Cuadros y Jiménez, 2004; Cavallo, Zambon, Borraccino, Raven-Sieberer, Torsheim y Lemma, 2006; Tesch-Römer, 2008; Salgado-de Snyder y Wong, 2007; Stewart, Dorado, Diaz-Granados, Rondon, Saavedra, Posada-Villa y Torres, 2009) manifiesta que el género puede funcionar como determinante en los resultados en salud debido a la estrecha relación que existe entre ésta dimensión (género) y “el establecimiento de jerarquías en la división del trabajo, la asignación de recursos y la distribución de beneficios” (Organización Panamericana de la Salud, 2012: 16). Este cuadro se traduce en la generación de asimetrías en el acceso y control de recursos vitales como la educación, empleo y salud.

Y precisamente, los resultados en salud, expuestos como producto de las interacciones de género, establecen varios elementos a subrayar. Varios estudios (Diwan, Thorson y Winkvist, 1998; Manisha y Sekhar, 2007), concuerdan en que las mujeres, como fenómeno universal, tienden a presentar una mayor esperanza de vida respecto a los hombres en las mismas circunstancias socio-económicas (Diwan, Thorson, y Winkvist, 1998; Manisha y Sekhar, 2007), sin embargo, a pesar de su mayor longevidad, las mujeres reportan más enfermedades que sus pares varones, lo que las hace biológicamente más vulnerables. En este sentido, Verbrugge (1990: 15) añade que las mujeres tienden a experimentar mayor morbilidad que los hombres a lo largo del ciclo vital, lo cual “se expresa en incidencias más altas de trastornos agudos, una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no mortales, y niveles más altos de discapacidad en el corto y largo plazo”. Manisha y Sekhar (2007: 6), argumentan que la razón es biológica y, por lo tanto, relacionada con el sexo y no con el género, pero, se debe entender que la vulnerabilidad biológica cuando se complica con factores relacionados con la inequidad de género desembocan en un gran incremento de la morbilidad y resultados desfavorables para la mujer (Ostlin, 2002: 16).

En este sentido, respecto a las referidas condiciones más desfavorables para la mujer la evidencia empírica exhibe lo siguiente. Varios autores (Annandale y Hunt, 2000; Ostlin, 2002; Cuadros y Jiménez, 2004) destacan la estrecha relación que existe entre las condiciones de trabajo, la cobertura de seguridad social y los resultados en salud. Así, según información de la CEPAL (2012) la participación de la mujer en el mercado de trabajo es significativamente menor que la de su contraparte masculina en la mayoría de los países latinoamericanos, reflejando una tasa de empleo global para mujeres y hombres del 50% y 70%, respectivamente, una brecha de 20 puntos a favor del varón. Bajo la misma, el Organismo añade que cuando la mujer se inserta en el mercado laboral lo hace en el trabajo informal, donde se carece de prestaciones de seguridad social (CEPAL, 2012).

Bajo este marco, Ostlin (2002) argumenta que la menor participación formal en el mercado de trabajo de la mujer se encuentra entre los principales limitantes de la utilización de servicios de salud para este grupo en el período de vejez. Este escenario responde a la mayor presencia de

trabajo no remunerado en las mujeres en su vida activa, que incide en la autonomía económica e impide el acceso a planes de aseguramiento en salud y de jubilación asociados al trabajo remunerado; con lo cual se incide sobremanera tanto en la utilización de servicios sanitarios como el estado de salud de la población femenina (Annandale y Hunt, 2000: 31).

Si bien, a lo largo de las últimas décadas se contempla una sostenida tendencia al alza en las tasas de empleo femenino a nivel global¹¹, se aprecia también que la inserción al trabajo de la población femenina se materializa en condiciones menos favorables que el hombre; puntualmente: discriminación, segregación laboral, inestabilidad, flexibilidad laboral¹² y brechas salariales a favor de sus pares varones¹³ (Annandale y Hunt, 2000; CEPAL, 2004; Rico y Marco: 2006; Maurizio, 2010; Gutiérrez, 2011) fenómenos vinculados a la división sexual del trabajo¹⁴ que privilegia ciertos roles y funciones en la mujer, tales como las labores domésticas (Lee, 2000; Lamas, 2002).

Estos elementos permiten establecer dos mecanismos de vinculación entre la distribución de los recursos y el acceso a la salud. Por un lado, la disponibilidad de ingresos como medio de adquisición de servicios de salud y por otro lado, el empleo formal que materializa la posibilidad de participar en planes de aseguramiento público a largo plazo. Así, la evidencia empírica (Verbrugge, 1990; Borrell, 2004; Peiró, Ramón, Álvarez, Colomer, Moya) permite concluir que las características expuestas se traducen en un contexto de vulnerabilidad para el escenario sanitario de la mujer reflejado en varias esferas: un menor poder adquisitivo para comprar directamente servicios de salud, inserción laboral desfavorable que limitan el acceso a planes de aseguramiento y menores recursos para atender sus necesidades de salud

Por otro lado, la evidencia (Cavallo et al., 2006; Salgado-de Snyder y Wong, 2007; Tesch-Römer, 2008; Stewart et al., 2009) también reconoce que la mujer sufre con mayor frecuencia de trastornos relacionados con el estilo de vida, no así el varón. Por ejemplo, un estudio realizado acerca de las implicaciones del trabajo doméstico concluye que las mujeres que carecen de trabajo remunerado y se dedican a las labores del hogar reportan más enfermedad que las mujeres que trabajan (Obando, 2004), evento directamente relacionado con los estilos y patrones de vida. Bajo la misma línea, se ha encontrado que la depresión grave afecta el doble a este grupo, al ser “las menos favorecidas dentro de la sociedad, por sufrir con más fuerza que los hombres de escasa autoestima, pocas aspiraciones y

¹¹ Según información de la CEPAL, la participación laboral femenina exhibe aumentos significativos, respecto a décadas pasadas. Así, se tiene que en 1990, la participación laboral de la mujer bordeaba el 30% frente al 50% para 2010 (promedio para América Latina), un incremento de 20 puntos (Martínez, Miller y Saad, 2013).

¹² Gómez (2002) argumenta que el acceso a seguro de salud en el largo plazo es más limitado para las mujeres debido a las discontinuidades laborales que se desprenden de la gestión y crianza de los hijos.

¹³ Para el caso de América Latina, bajo condiciones similares de educación, experiencia laboral, etnicidad, segmentación laboral, capacitación y otras variables, los salarios femeninos son 15% inferiores al de los hombres (Maurizio, 2010: 45).

¹⁴ La división sexual del trabajo expone las diferencias en las responsabilidades entre hombre y mujer, situando a este segundo actor principalmente en las labores domésticas sin remuneración y el cuidado de niños y adultos mayores. Según la CEPAL, estas obligaciones dejan poca posibilidad para insertarse al mercado laboral (Weller, 2009: 66), condicionando sobremanera el acceso a distintos servicios.

marcada sobrecarga laboral” (Roxburgh, 2009: 360). De igual forma, se hace pertinente mencionar que las mujeres suelen ser víctimas de abuso sexual, como las violaciones por conocidos o extraños y el acoso sexual, la esterilización y el aborto forzado. Los factores que la originan pueden estar relacionados con la dinámica interpersonal y familiar, las situaciones económicas, las desigualdades sociales o los patrones culturales (Castañeda, 2007:12)

Otra característica relacionada hace referencia a la escolaridad, que si bien actúa a través de mayores ingresos y la mayor probabilidad inherente de insertarse en mejores condiciones en el mercado laboral, también puede actuar de manera independiente, brindando un mejor entendimiento de la realidad, mayor acceso a la información y por tanto mejor conocimiento acerca de cómo cuidar la salud (Glazman, 2005; Padilla y Larrauri, 2007). A nivel mundial, se aprecia un aumento de los años de escolaridad con diferencias cada vez menores entre hombres y mujeres. De hecho, la mujer hoy presenta más años de escolaridad que su par varón. Así, según la CEPAL (2012) el promedio de años de estudio de población femenina económicamente activa bordea los 10 años frente a los 9 años presentes en el varón (promedio para América Latina). Sin embargo, también se aprecia que para los mismos años de escolaridad existe diferencias salariales, que se profundiza en los niveles superiores de educación (Vega et al, 2003).

En este sentido, varios autores (Vega, et al, 2003; Gutierrez, 2011; Organización Panamericana de la Salud, 2012) coinciden en que los hombres ganan en promedio entre 35% y 85% más que las mujeres con los mismo niveles de educación (Vega et al, 2003). Este panorama pone de manifiesto la desventaja en la inserción laboral de la mujer; incluso a mayor productividad, fenómeno que exige un estudio más amplio y profundo, sin embargo, para efectos del presente trabajo los principales lineamientos se encuentran establecidos.

Finalmente, la etnia también se exhibe como una esfera de producción de inequidades en salud para la mujer. Así, las mujeres indígenas muestran generalmente mayores tasas de morbilidad que los hombres indígenas y tasas de morbilidad y mortalidad más altas que las mujeres no indígenas (Organización Panamericana de la Salud, s/f.) Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) este escenario responde en gran medida a la construcción cultural que privilegia la labor reproductiva de la mujer indígena, y por otro lado, a la distribución inequitativa de los recursos económicos y sociales (OPS, s/f.) En efecto, se argumenta que las mujeres indígenas enfrenta una doble discriminación por ser mujeres y por pertenecer a grupos étnicos históricamente excluidos, contribuyendo a eternizar los círculos de pobreza, el acceso restringido a la educación y menor acceso a salud, a lo que se debe añadir la residencia predominantemente rural de este actor, elementos que limitan sobremedida su acceso a servicios diversos (OPS, s/f.).

Es así que se puede observar, que la vulnerabilidad de la mujer se desprende tanto de su condición biológica como de su interacción con el medio sociocultural y económico que la envuelve; elementos que precisan un análisis específico para el caso femenino.

Por tanto, observamos que la salud de las mujeres y los hombres es diferente y también desigual (Borrell, 2004: 3): “diferente porque existen factores de tipo biológico que tienen distintas implicaciones en la salud; y desigual porque hay factores sociales que establecen diferencias injustas y evitables en la salud de los hombres y las mujeres”. En este sentido, la generación de políticas integradoras e incluyentes son vitales, ya que sobre ellas se basará el desarrollo concebido de una manera distinta. Bajo esta línea, el siguiente acápite busca indagar a la salud desde una perspectiva que recoja las interacciones del sexo y las construcciones del género.

3.3 El enfoque de género en salud

En congruencia con lo establecido por la OMS, la equidad en salud debe ser concebida como la eliminación de disparidades innecesarias, evitables e injustas que afecten los resultados en salud (OMS, 1985, citado en Whitehead, 1990). Bajo este marco, la OPS manifiesta que la equidad de género en salud necesita simultáneamente establecer los lineamientos de un enfoque de género en salud. A continuación, se presenta los principales aportes respecto al tema.

Según, la OPS, la perspectiva de género en el ámbito de salud implica relacionar la distribución de los recursos entre el hombre y la mujer con sus perfiles epidemiológicos en orden de explicar y legitimar las diferencias en los resultados de salud de estos dos actores (OPS, s/f, citado en Milosavljevic, 2007: 163).

Así, en palabras de Gómez (2002: 328) estos lineamientos moldean dos pilares fundamentales de análisis, la equidad de género en el estado de salud y la equidad de género en el acceso a salud:

La equidad de género en salud no se traduce en tasas iguales de mortalidad y morbilidad entre hombres y mujeres, sino la eliminación de diferencias remediabiles en las oportunidades de disfrutar de salud o morir por causas prevenibles. Asimismo, la equidad de género en la atención de la salud no se manifiesta en cuotas iguales de recursos y servicios para hombres y mujeres; exige, por el contrario, que los recursos se asignen y se reciban diferencialmente, de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo y en cada contexto socioeconómico.

En tal virtud, respecto al primer pilar, el estado de salud, es preciso recalcar que a pesar de la mayor longevidad de la mujer (Diwan, Thorson y Winkvist, 1998; Manisha y Sekhar, 2007), lo cual aparentemente brinda una ventaja de supervivencia frente al varón, se ha evidenciado empíricamente que esto no implica estrictamente una mejor salud (Ostlin, 2002; OPS, 2011; OMS, 2014). Por el contrario, como se mencionó en el acápite anterior, las mujeres tienden a presentar mayores tasas de morbilidad, además de mayor prevalencia de enfermedades crónicas no mortales y niveles más altos de discapacidad en el corto y largo plazo (Gómez, 2002). Por otro lado, se tiene que las causas de mortalidad del hombre y la mujer presenta diferencias estructurales, producto de la condición biológica así como de la construcción social de los roles de estos dos actores (OPS, 2011; OMS, 2014a). En este sentido, se tiene que los hombres, por ejemplo, tienden a morir más por

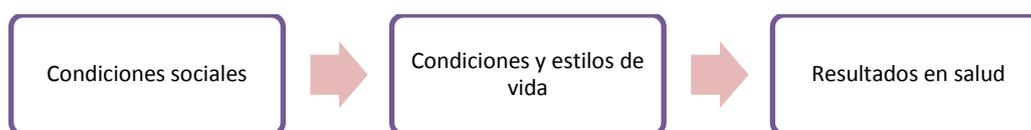
razones relacionadas con accidentes y conflictos armados, mientras las mujeres por causas degenerativas (OPS, 2011). Este escenario deja entrever que tanto hombres como mujeres enfrentan retos en salud distintos entre sí, que ameritan ser visibilizados en las agendas de salud.

En cuanto a la equidad de género en el acceso a salud, frecuentemente se relaciona la mayor utilización de servicios de salud por parte de la mujer como una ventaja en el acceso respecto al hombre. Sin embargo, a pesar de que, efectivamente la mujer tiende a usar más los servicios de salud (Gómez, 2002; Manisha y Sekhar, 2007), es preciso identificar dos cosas. Por un lado, el rol biológico de la reproducción presente en la mujer, la mayor presencia de enfermedades crónico-degenerativas no mortales y la mayor longevidad explica la mayor necesidad de atención médica de la mujer (Gómez, 2002; Manisha y Sekhar, 2007; OPS, 2011). Por otro lado, en situación de pobreza, la utilización de servicios de salud de la mujer no es mayor a la del hombre, pese a las diferencias en las necesidades en salud (Gómez, 2002), lo cual deja entrever la desproporcionada vulnerabilidad de las mujeres con menores ingresos.

Adicionalmente, Grabman y Friedman (2010) destacan el rol del financiamiento del acceso a salud para la equidad de género en materia sanitaria. Así, enfatiza que en los sistemas de financiamiento no solidario, las mujeres pagan más por mantener su estado de salud debido a su rol reproductivo y mayores tasas de morbilidad (Grabman y Friedman, 2010). Este escenario se agudiza con la menor autonomía económica de la mujer debido a su prominente participación en el trabajo no remunerado (Ostlin, 2002; Cuadros y Jiménez, 2004; Weller, 2009). En este sentido, Gomez (2001: 459) advierte que las mujeres seguirán en desventaja con respecto al acceso directo a la atención de salud mientras la seguridad social y los planes de seguro médico dependan estrictamente de la situación de empleo, sobretodo tomando en cuenta la división sexual del trabajo estructuralmente establecida y las evidentes brechas en los salarios del hombre y la mujer.

Frente a esto, varios autores se pronuncian Padilla y Larrauri (2007) y manifiestan que dado que la implantación de las políticas, en cualquier área, forma parte del proceso de desarrollo conjunto de una sociedad; difícilmente se llevarán a cabo políticas de reducción de las desigualdades de género en el sector de la salud si no se desarrollan también en los otros ámbitos. Bajo la misma línea, Torgersen, Giæver, Stigen (2007) enfatizan en que las acciones encaminadas a reducir las inequidades de género en salud deben ser abordadas desde la integralidad e identifican una cadena causal que incluye medidas para modificar tres esferas. En primer lugar el contexto socioeconómico (upstream), en segundo lugar, medidas para modificar los patrones, condiciones y estilos de vida (midstream) y finalmente, medidas para mermar las consecuencias de las desigualdades en salud (downstream) (Torgersen et al, 2007: 7) (Ver figura 7):

Figura 7. Cadena causal de las desigualdades sociales en salud



Fuente: Torgersen et al (2007)

Elaboración: Tarina Amaguaña

Bajo este contexto, se entiende que la perspectiva de género en materia de salud implica el análisis de la interacción de factores tanto biológicos como socioculturales y económicos, en orden de observar cómo actúan sobre los resultados sanitarios, el acceso y control de los recursos y en la atención de salud (Grabman y Friedman, 2010: 4). Y precisamente de este entendimiento surge la necesidad de concebir no solo las diferencias entre hombre y mujer sino además los diferentes desafíos que enfrenta los actores según el ciclo de vida. Así, según la etapa, se muestran ciertas especificidades que ameritan ser visibilizadas e incorporadas en las agendas de salud.

Por ejemplo, según Cavallo et al (2006), las diferencias biológicas como que se dan en la adolescencia, también traen circunstancias particulares para el caso de la mujer. Las adolescentes se enfrentan a los abortos y los embarazos precoces, y de hecho este último fenómeno resulta ser uno de los mayores desafíos para los países latinoamericanos, ya que a pesar de los múltiples esfuerzos, el embarazo adolescente muestra incrementos sostenidos (OPS, 2011)¹⁵.

Asimismo, las construcciones sociales respecto a la imagen han aportado sobremanera en el padecimiento de enfermedades como la bulimia y la anorexia, que se presentan en mayor medida en las mujeres y dentro de este grupo en las adolescentes (Cavallo et al, 2006). De igual forma, en la etapa adulta, se tiene que la mayor utilización de servicios sanitarios de la mujer se concentra en la edad reproductiva (OPS; 2011). En este sentido, indicadores como la mortalidad materna siguen siendo un problema a nivel mundial, de hecho según la OMS (2014c) ningún país cumplirá la meta planteada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) respecto a la mortalidad materna¹⁶, para reducir el indicador de manera significativa.

Estos elementos dejan entrever que existe un importante segmento de mujeres que no reciben atención médica tanto prenatal, como en el parto y posparto, que ponen en riesgo el rol reproductivo de la mujer (OPS, 2014a). Además, debido a las funciones que generalmente se le ha

¹⁵Según información de Organización de las Naciones Unidas (ONU), la tasa de natalidad entre adolescentes (por cada 1.000 mujeres) actualmente bordea los 64 puntos, 4 puntos mayor que a principios de la década.

¹⁶ Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son ocho propósitos de desarrollo humano fijados en el año 2000, que los 189 países miembros de las Naciones Unidas acordaron conseguir para el año 2015. La meta 5 hace alusión a la salud materna y establece “reducir un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015” (Senplades, 2013).

atribuido a este actor, y como ya se ha discutido previamente, tienden a estar sobre representadas en el trabajo no remunerado (Annandale y Hunt, 2000; CEPAL, 2004; Rico y Marco: 2006; Weller, 2009; Maurizio, 2010; Gutiérrez, 2011) lo cual influye en las condiciones de vida de su próxima etapa, la vejez. Así, este último ciclo está marcado por las diferencias en el acceso a los recursos, el restringido acceso a las pensiones de jubilación y menor autonomía en los ingresos y por otro lado su mayor longevidad (Diwan, Thorson y Winkvist, 1998; Manisha y Sekhar, 2007; OPS, 2011) por lo cual necesita de mayor prestación de servicios.

Con estos elementos, Grabman y Friedman, (2010) argumenta que las políticas en salud deben ser “transformadores en materia de género”, es decir, lo que la autores definen como programas que tomen en cuenta las divergentes trayectorias de vida de los hombres y las mujeres que colocan a estos actores en situaciones diferentes de vulnerabilidad. En este sentido Snyder y Wrong (2009: 520) argumentan que las políticas y programas de salud deben buscar los problemas comunes en ambos sexos, pero a la par trabajar en el diseño de políticas que vislumbren las diferencias de género.

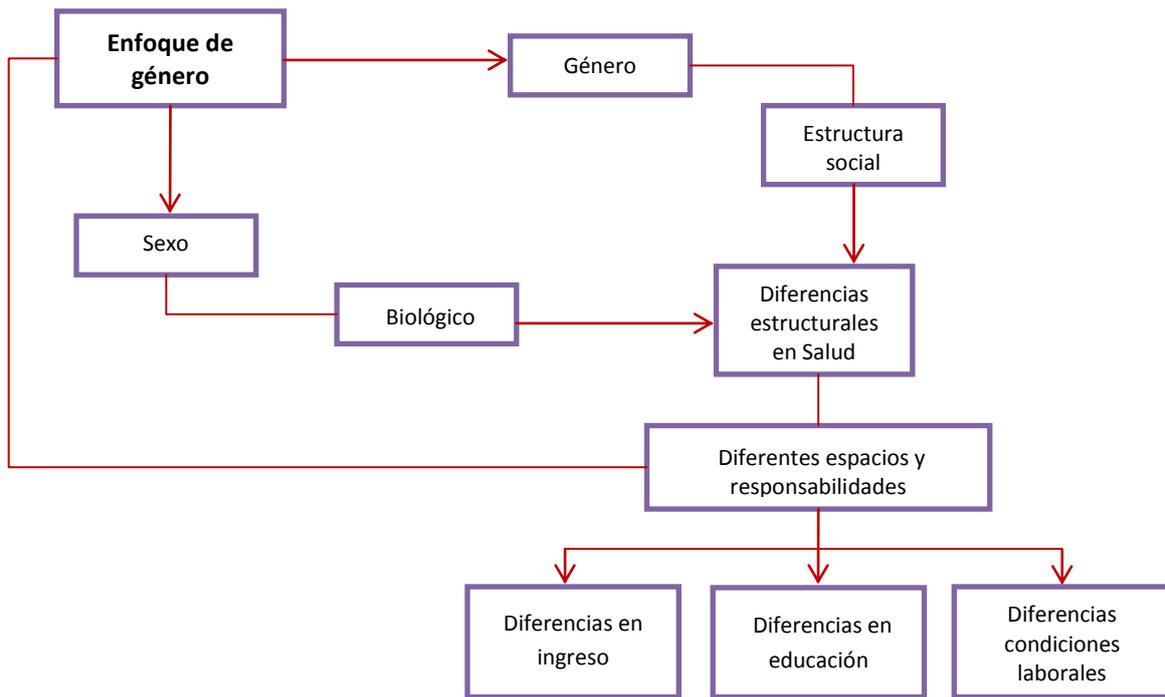
Bajo este marco, se entiende que la perspectiva de género permite abordar la salud como resultado de la organización y funcionamiento de la sociedad. Solo bajo este enfoque, se establece que la salud no puede ser tratada de la misma manera en hombres y mujeres, no sólo por las características biológicas, sino porque ambos desempeñan distintos roles, “se les han asignado diferentes espacios para llevarlos a cabo, tienen distintos estilos de vida y responsabilidades y las circunstancias que moldean la existencia social de la mujer distan de ser las mismas que para el hombre” (Parilla y Larrauri, 2007). Es decir, viven de manera diferente, lo que conlleva a que las enfermedades y la exposición a riesgos tales como hábitos de alimentación, ambiente de trabajo, estrés cotidiano, entre otros, los coloquen en situaciones de salud diferentes. Además, el entramado social que existe detrás de los roles de la mujer y el hombre han puesto de manifiesto brechas estructurales entre estos dos actores, con repercusiones en materia de salud.

A pesar de las visibles diferencias, sexuales y de género entre la mujer y el hombre, la generación de políticas con enfoque de género en América Latina es un tema pendiente y sin duda también representa un compromiso urgente no con la mujer como un actor sino con la sociedad como el conjunto de actores (Stewart et al, 2009: 445).

Todos elementos permiten establecer que efectivamente la mujer, desemboca en resultados diferentes al hombre debido a que parte de condiciones iniciales diferentes. Más allá de la crítica a la estructura social, es importante la política activa que logre cambiar estas condiciones iniciales que desembocan en inequidad en los resultados de salud.

La figura 8 presenta a manera de resumen los aportes del enfoque de género en salud:

Figura 8. El enfoque de género en salud



Fuente: Mancintyre, (1996); Williams, (1997); Sen et al., (2002), Park, (2002); Manisha y Sekhar, (2007)
Elaboración: Tarina Amaguaña

A la luz de todos estos aportes, la salud ha sido explorada desde diferentes aristas que han permitido enriquecer su concepto así como sus implicaciones para el desarrollo. Bajo este marco, se percibe necesario el análisis legitimar las diferencias entre hombre y mujer, quienes muestran retos específicos que ameritan ser visibilizados. El presente sustento teórico sirve de base para abordar el siguiente capítulo que busca explicar el perfil epidemiológico y la situación de la salud como consecuencia de las interacciones del sexo y del género.

Perfil epidemiológico y contexto de la salud en el Ecuador, un análisis de las diferencias derivadas del género.

El enfoque de género en salud propone un abordaje sistémico para poder estudiar la construcción de las inequidades y las exclusiones, tomando en cuenta diversas esferas y entendiendo que las especificidades del género deben ser entendidas desde la condición biológica así como social. Bajo este marco, el presente capítulo busca indagar en el cuadro epidemiológico tanto del hombre como de la mujer, resaltando las diferencias y haciendo énfasis en las principales causas de mortalidad y morbilidad de ambos actores. Para ello, se empieza con un contexto demográfico del país que permite tener un panorama claro del escenario en el que se desarrollan los aciertos y retos en términos sanitarios. En seguida, se analizan las causas de mortalidad y morbilidad que enfrenta el Ecuador, resaltando las disparidades en el perfil epidemiológico que se derivan del género, y se finaliza con un breve análisis de la situación de la salud sexual y reproductiva para la población femenina.

1. Contexto Demográfico

Durante las últimas décadas, los países latinoamericanos han atravesado por un proceso de reestructuración demográfica y epidemiológica, que destacan la caída de las tasa de natalidad¹⁷ y mortalidad¹⁸ junto con la migración hacia enfermedades degenerativas no transmisibles (Zenteno, 2004; Chackiel, 2006; Galiani, 2014). A esto se le conoce como *Transición demográfica*¹⁹ y *Transición Epidemiológica*²⁰, fenómenos simultáneos, que en la región latinoamericana han sido el resultado de importantes avances en materia de salud y nutrición, además de profundas transformaciones sociales y económicas suscitadas en el seno de sus países (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 1993).

¹⁷ Tasa bruta de natalidad: hace referencia a una medida de cuantificación de la fecundidad, que se interpreta como el número de nacimientos de una población por cada mil habitantes en un período determinado, generalmente un año.

¹⁸ Tasa bruta de mortalidad: cantidad de muertes en un año, por cada 1.000 habitantes, estimada a mitad de año. Si se resta la tasa bruta de mortalidad a la tasa bruta de natalidad ofrece la tasa de incremento natural, que es igual a la tasa de crecimiento de la población en ausencia de migración.

¹⁹ Transición Demográfica: se describe como un proceso de larga duración, que transcurre entre dos regímenes extremos: uno, inicial, de bajo crecimiento demográfico con altas tasas de mortalidad y fertilidad, y otro, final, de bajo crecimiento con niveles bajos tanto de natalidad como mortalidad.

²⁰ Transición epidemiológica: constituye un proceso de cambio dinámico de largo plazo en la frecuencia, magnitud y distribución de la mortalidad y morbilidad de la población, en la cual la población pasa de una etapa caracterizada por elevados niveles de mortalidad, especialmente debido a enfermedades infecciosas, a otra etapa donde la mortalidad se reduce notablemente y las enfermedades degenerativas y no transmisibles se convierten en las principales causas de mortalidad y morbilidad.

Bajo este escenario, se relevan incrementos significativos en la esperanza de vida²¹, consecuencia de la caída de las tasas de mortalidad y mejora en las condiciones de vida de la población (Viteri, G; 2007: 30). Según información de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), esto ha permitido que el indicador alcance los 75 años para la región²², siete años más que en las regiones menos desarrolladas y solo 2 años menos que el promedio de Europa (ONU, 2013).

A su vez, estos elementos han favorecido la participación cada vez más robusta de la población adulta mayor. Según datos de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) a principios de la década del 2000, la población mayor de 60 años representaba cerca del 8% del total, mientras que para 2020 se prevé que alcance un 13% (CEPAL, 2013). A nivel regional esta característica preocupa ya que emerge en un contexto de alta incidencia de pobreza e inequidad social, en el que sobresale la baja cobertura de la seguridad social producto de los altos niveles de informalidad en el empleo (Stallings y Peres Núñez, 2000; Ros, 2005; OPS, 2011: 5).

De este proceso se desprenden, además, fenómenos tales como la llamada “*Feminización del envejecimiento*”, que evidencia la brecha de la esperanza de vida entre hombres y mujeres (Ham-Chande, 1996; OPS, 2011). De acuerdo a estadísticas del Banco Mundial (BM), en la década de 1950 la diferencia de las esperanzas de vida al nacer de estos dos actores bordeaba los 3 años en favor de la mujer. Para 2013 esta brecha se ha duplicado, con 78 años para la mujer, 6 años más que su contraparte masculina (72 años). Todo esto en un panorama que refleja la transición hacia enfermedades crónico- degenerativas, las cuales implican mayor desembolso de recursos para enfrentarlas (OPS, 2011: 5).

Otro elemento a considerar hace referencia a la migración hacia la urbanidad en la región. Según la OPS (2011), América Latina se perfila como unas de las regiones con mayor porcentaje de población urbana del mundo, con una participación que bordeaba el 80% para 2010. Esto ha favorecido el mayor acceso a infraestructura básica así como mejores oportunidades de educación y empleo, que influyen sobremanera en el acceso a salud (Salas y Llanos, 2010; London et al, 2009). Sin embargo, a este proceso se suman los conflictos propios de la concentración de la población en áreas urbanas tales como la escasez de servicios públicos, contaminación ambiental, pobreza, hacinamiento, delincuencia, entre otros; por lo cual la brecha entre la “urbanización” y “desarrollo urbano” aún es evidente en la región (De Grammont, 2004). Bajo la misma línea, la OMS (2013: 32) destaca que esta transición acelerada hacia la urbanidad en América Latina no ha sido abordada plenamente en las políticas, estructuras y servicios de salud, lo cual genera brechas sustanciales entre las necesidades de la población y las respuestas del sector de la salud.

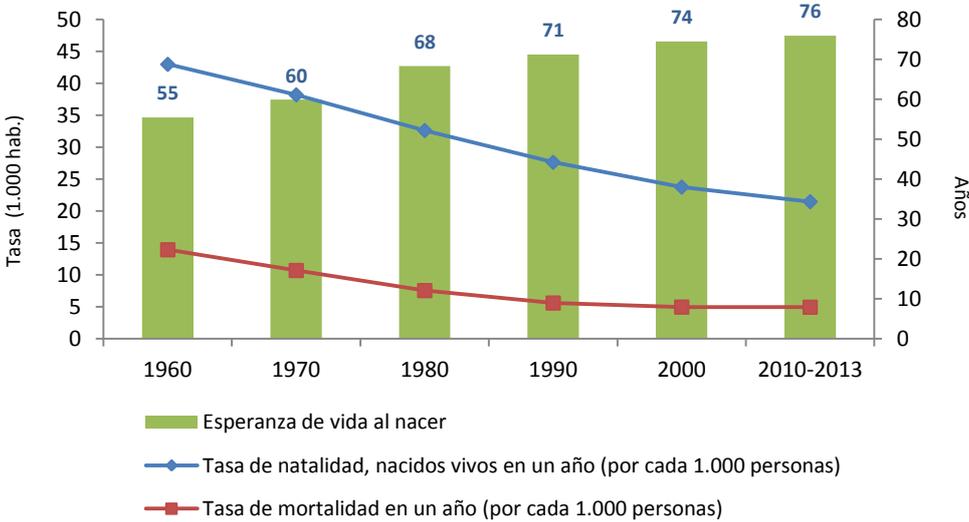
²¹ Esperanza de vida al nacer: indica la cantidad de años que viviría un recién nacido si los patrones de mortalidad vigentes al momento de su nacimiento no cambian a lo largo de la vida del infante.

²² Dato para el año 2013.

Finalmente, en América Latina convive una gran diversidad de pueblos indígenas. Aunque la participación de población mestiza es preponderante en los países de la región²³, herencia de la colonización, la pluralidad de culturas ancestrales resulta ser una de las características más importantes en términos demográficos. La CEPAL argumenta que en Latinoamérica existen aproximadamente 642 pueblos indígenas, con una población que fluctúa entre 30 y 50 millones de personas (Quesnel, 2006). Hoy por hoy, desde la región se ha asumido una política de visibilización de estos grupos, históricamente marginados del progreso común y para quienes las brechas de acceso a salud, educación y otros servicios reflejan importantes desafíos para la región.

Ecuador, no es ajeno a esta tendencia latinoamericana, y comparte muchas de las características y fenómenos que suscitan a nivel regional. En tal virtud, se aprecia que el país exhibe tasas de natalidad y mortalidad progresivamente menores, además de una sostenida tendencia al alza de la esperanza de vida. Así, se tiene que, actualmente (2010-2013) la tasa de natalidad bordea los 21 nacimientos por cada 1.000 personas, la mitad de lo que se observaba en 1960, decenio en el cual la tasa de natalidad bordeaba los 43 nacidos vivos. Bajo la misma línea, la tasa de mortalidad para el país muestra un comportamiento decreciente, alcanzado una tasa promedio para el período 2010-2013 de 5 muertes por cada 1.000 personas. En cuanto a la esperanza de vida, se tiene que el indicador bordea los 76 años, 25 años más que hace 5 décadas (Banco Mundial, 2014) (Ver Gráfico 1).

Gráfico 1. Tasa de natalidad, mortalidad y esperanza de vida en Ecuador



Fuente: Banco Mundial, (2014) y OPS, (2014b)
Elaboración: Tarina Amaguaña

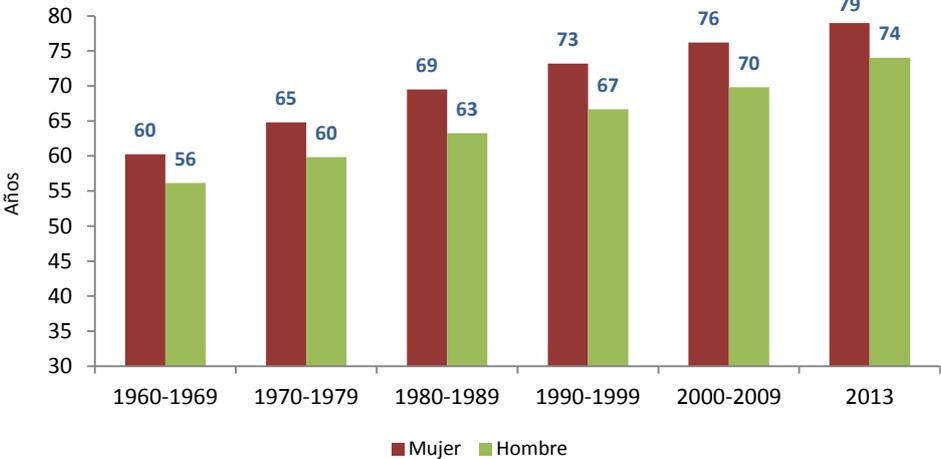
²³ A excepción de Bolivia, donde los grupos indígenas representan cerca del 60% de la población total.

Si bien es cierto, el Ministerio de Salud Pública (MSP) reconoce que las estadísticas vitales presentan aún problemas de subregistro, el decrecimiento de las tasas de mortalidad y en contraste, aumento de la esperanza de vida, responden en gran medida a los grandes cambios demográficos y epidemiológicos, además del mayor acceso a servicios de salud en el país (MSP, 2011: 26).

Por otro lado, se revela una participación creciente de la población adulta mayor del país. Según datos del Censo de Población y Vivienda (CPV), realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en 2010, la población mayor de 60 años representa el 9% del total, 3 puntos más que en 1990 (6%) (INEC; 1990) y se prevé que llegue al 11% en 2020 (INEC, 2014a), eventos que dejan entrever la mayor longevidad de las nuevas generaciones.

Sin embargo, se evidencia que, si bien la población tiende a morir cada vez a edades más avanzadas, hombres y mujeres lo hacen a un ritmo distinto. Datos de la ONU (2014) reflejan que para 2013, la esperanza de vida al nacer de la mujer es en promedio 6 años mayor que en el hombre, para quien alcanzó los 72 años para el mismo período (2013). Dicha característica se ha profundizado en las últimas décadas, ampliando la brecha de años de vida entre el hombre y la mujer (Ver gráfico 2).

Gráfico 2. Esperanza de vida al nacer según sexo



Fuente: Banco Mundial, (2014)
Elaboración: Tarina Amaguaña

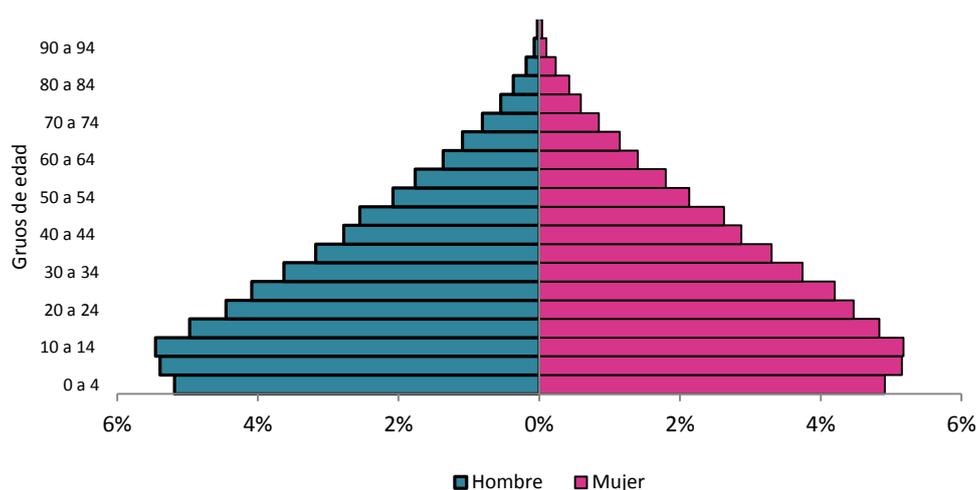
Este fenómeno debe entenderse como el resultado de factores biológicos (Hazard, 1989; Austad, 2006) así como de aquellos que se desprenden de la construcción social de la masculinidad (Gómez, 2002). Varios estudios concluyen (Viña, Sastre, Pallardó y Borrás, 2003; Austad, 2006) que el proceso de envejecimiento del sistema inmunológico de la mujer es más lento que en el hombre, lo cual beneficia la esperanza de vida del sexo femenino. Por otro lado, esta diferencia también debe verse a la luz de los “mandatos socioculturales en la construcción de la masculinidad” (OPS, 2011: 5) que

incrementan de manera importante el riesgo a morir del hombre y comprometen su integridad (OPS, 2011: 5).

Ante todos estos sucesos es vital recalcar que la mayor longevidad de la mujer “no implica en ninguna medida mejor salud o calidad de vida” (Roses, 2003: 2). Es decir, debe leerse como una ventaja biológica mas no social, ya que el vivir más no necesariamente se relaciona con vivir mejor, y es precisamente en lo que pretende indagar este capítulo.

Junto con la creciente participación de la población adulta mayor, se evidencia además, la prominente representación de la población económicamente activa (PEA), quienes bordean el 62% del total (INEC, 2010), es decir el país alberga una población eminentemente joven, con descensos en la tasas de natalidad y mortalidad además de un incremento en la esperanza de vida de la población, elementos que dibujan un contexto con características específicas que deben ser abordadas en la agenda pública (Ver gráfico 3).

Gráfico 3. Pirámide Poblacional del Ecuador, año 2010

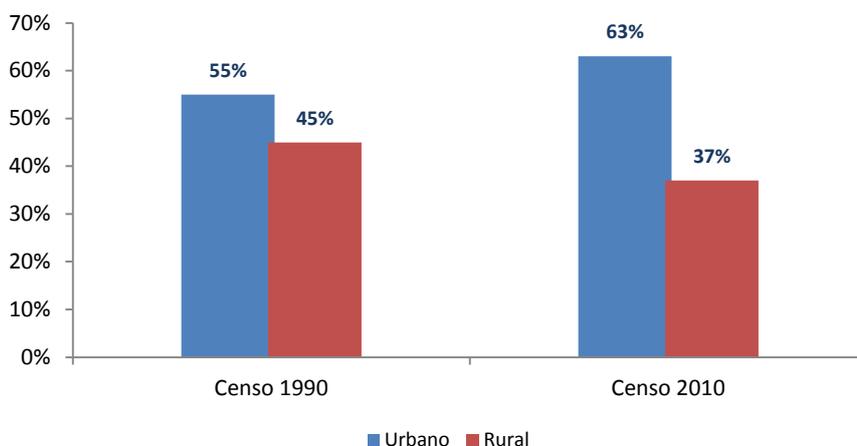


Fuente: INEC, (2010)

Elaboración: Tarina Amaguaña

Respecto a la distribución geográfica de la población, se observa que cerca del 60% habita en el área urbana frente a un 40% que reside en zonas rurales (INEC, 2010); esto sugiere que el país ha tendido hacia la urbanidad ya que hace dos décadas atrás (1990), la estructura poblacional presentaba una composición urbano-rural del 55% y 45%, respectivamente (INEC, 1990) (Ver gráfico 4). En este sentido, la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (Senplades) enfatiza que este crecimiento de la población urbana implica grandes retos ya que emerge en un contexto de “desarrollo urbano sin planificación ni control, con carencias en las prestaciones de servicios básicos y con profundas asimetrías territoriales” (Senplades, 2013: 142). Una vez más, se hace necesario distinguir entre urbanismo y desarrollo urbano, que evidentemente no implican lo mismo.

Gráfico 4. Población del Ecuador según área urbana y rural, años 1990 y 2013.



Fuente: INEC, (2013a)

Elaboración: Tarina Amaguaña

Finalmente, la estructura étnica del Ecuador revela que la población se auto identifica principalmente como mestiza (77%), blanco en un 11%, negro/mulato en un 5% e indígena en un 7%. Respecto a este último grupo, se tiene que en el país conviven 14 nacionalidades y pueblos indígenas, quienes se concentran en su mayoría en las Provincias de Chimborazo (17%), Pichincha (14%) e Imbabura (10%) y a nivel nacional, en las zonas rurales (80%).

Todas estas características exhiben un panorama distinto al de décadas anteriores en el Ecuador, eventos que no son aislados ya que muchos de los fenómenos demográficos a nivel regional y mundial, hoy se materializan en el país. La migración hacia la urbanidad, la mayor longevidad de la población, la diversidad étnica y la prominente participación de la población joven son características que se viven a nivel regional. De hecho, la mayor esperanza de vida en la mujer es una tendencia universal (Gómez, 1994: 19) que sigue siendo objeto de investigación.

Bajo este marco, el siguiente tema de análisis hace referencia a las especificidades de la salud en la mujer, que deben ser vislumbradas como el resultado de interacciones biológicas y sociales.

2. Estado de salud de la población ecuatoriana: un análisis de las diferencias del perfil epidemiológico derivadas del género

Como se mencionó previamente, la transición demográfica es un fenómeno simultáneo a la transición epidemiológica, que se muestra como el fruto de diversos factores (CEPAL, 1993; OMS,

2011). A nivel mundial, se percibe un cambio sustancial en el perfil epidemiológico²⁴ de los países en vías de desarrollo. Es así que, hasta hace algunas décadas atrás, la desnutrición, las enfermedades tropicales y las perinatales se posicionaban como las principales causas de muerte, especialmente en la infancia. En la actualidad, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas resaltan entre las causas de mortalidad más comunes y constituyen además importantes costos sanitarios (OPS, 2013: 47). En tal virtud, Ecuador experimenta una “migración” hacia enfermedades crónico degenerativas e hipertensas, con marcadas diferencias en las causas de mortalidad y morbilidad entre hombres y mujeres.

Hacia mediados de la década de 1980, las principales causas de muerte en el país radicaban en enfermedades infecciosas intestinales, neumonía, enfermedades cerebro-vasculares y, menos comunes pero destacadas entre las 10 razones de mortalidad más frecuentes, la tuberculosis, desnutrición y el sarampión. Este escenario contrasta de manera sustancial a lo que enfrenta el Ecuador hoy en día. Así, de acuerdo a datos recogidos por el INEC (2013b), las principales causas de muerte en 2013 reflejan que la diabetes y las enfermedades hipertensivas se posicionan como las dos primeras causas de muerte en el país. Sin embargo, enfermedades transmisibles como la influenza y neumonía aún permanecen dentro de las razones más comunes de mortalidad entre los ecuatorianos. Destacan además causas externas, tales como los accidentes de transporte terrestre quienes para 2013 son responsables de cerca del 5% del total de defunciones en el país²⁵ (Ver tabla 1).

²⁴ Se entiende por perfil epidemiológico a la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población de cualquier grupo etario y cuya descripción requiere la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida.

²⁵ El presente capítulo utiliza como referencia la lista corta de ordenamiento de las principales causas de muerte CIE-10 para clasificar a las enfermedades, recomendada por la OMS.

Tabla 1. Estructura de las defunciones según grupos de causas de muerte en 1980 y 2013

	Causas de muerte		Número	Tasa	
	1980	1	Enfermedades infecciosas intestinales	4.413	48,4
2		Neumonía	2.642	31,2	
3		Enfermedad cerebro vascular	2.298	25,2	
4		Bronquitis, enfisema y asma	2.130	23,4	
5		Accidentes de transporte terrestre	1.770	19,4	
6		Enfermedades isquémicas del corazón	1.508	16,5	
7		Tuberculosis	1.312	14,4	
8		Otra desnutrición proteínocalórica	1.303	14,3	
9		Sarampión	1.181	13	
10		Tumor maligno del estómago	1.110	12,2	
	Causas de muerte		Número	%	Tasa
	2013	1	Diabetes mellitus	4.695	7,44%
2		Enfermedades hipertensivas	4.189	6,64%	26,56
3		Influenza y neumonía	3.749	5,94%	23,77
4		Enfermedades cerebrovasculares	3.567	5,65%	22,61
5		Accidentes de transporte terrestre	3.072	4,87%	19,47
6		Enfermedades isquémicas del corazón	2.942	4,66%	18,65
7		Cirrosis, otras enfermedades del hígado	2.005	3,18%	12,71
8		Enfermedades del sistema urinario	1.874	2,97%	11,88
9		Insuficiencia cardíaca	1.425	2,72%	10,88
10		Neoplasia maligna del estómago	1.570	2,49%	9,95

Fuente: INEC, (2013b)

Elaboración: Tarina Amaguaña

(*)Por cada 100.000 habitantes

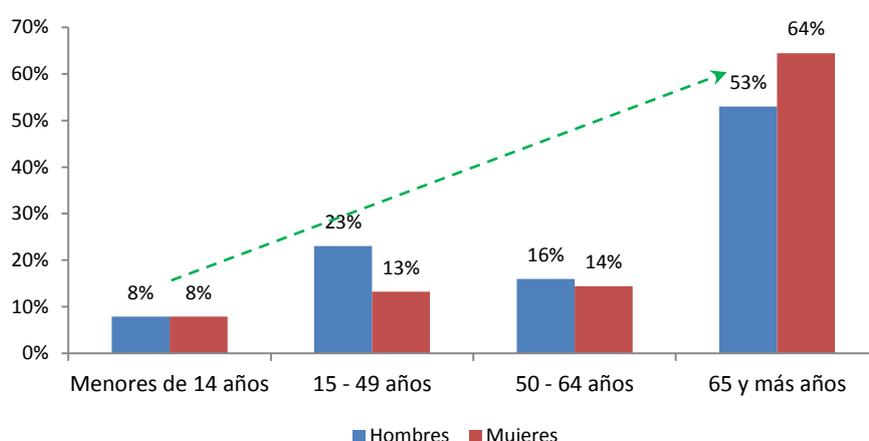
A pesar de este escenario en común, se aprecia un panorama de mortalidad que no presenta las mismas características para el hombre y la mujer, mostrando especificidades que van desde la distribución de las muertes según la edad, hasta los diferentes padecimientos que enfrentan estos dos actores; elementos que deben leerse como fenómenos derivados de la dimensión biológica y otros que podrían entenderse desde la construcción social de los roles del hombre y la mujer (OPS, 2011: 5).

Así, se exhibe una marcada tendencia de la distribución de la mortalidad según los años de vida, que se muestra congruente con la mayor longevidad del país. En este sentido, más de la mitad de hombres y mujeres que fallecen en el Ecuador lo hacen a edades avanzadas que sobrepasan los 65 años (INEC, 2013b). Sin embargo, la tasa de mortalidad para este rango de edad es más amplia en la mujer que en el hombre ya que cerca del 65% de mujeres que fallecen, pertenecen a este grupo

etario (mayor a 65 años), frente al 53% en el caso de su contraparte masculina; fenómeno que de nuevo ratifica la mayor longevidad de la mujer (Ver gráfico 5).

Otra diferencia importante entre ambos sexos, hace referencia a la brecha de 10 puntos porcentuales en la mortalidad de individuos de 15 a 49 años. En este caso, el panorama refleja una mayor probabilidad de morir dentro de este lapso de edad en los hombres, para quienes en 2013, el 23% del total de muertes suscitaron en dicho grupo etario, superior a la defunción en las mujeres de iguales características (13%) (Ver gráfico 5).

Gráfico 5. Defunciones generales por sexo grupo de edad, año 2013



Fuente: INEC, (2013b)

Elaboración: Tarina Amaguaña

En cuanto a los motivos de defunción más comunes, se tiene que la principal causa de mortalidad en la mujer, como a nivel nacional, es la diabetes, la cual presenta una tasa de mortalidad de 31,89 por cada 100.000 habitantes mujeres, que se acentúa en los grupos más adultos siendo las mujeres mayores a 65 años quienes presentan una mayor probabilidad de morir por esta afección (68%) (Ver tabla 2).

Tabla 2. Muertes por diabetes en la mujer según grupos de edad, año 2013

Grupos de edad	Muertes	Participación
15-49 años	331	7%
50-64 años	1.157	25%
65 años y más	3.205	68%
Edad ignorada	1	0%
Total	4.694	100%

Fuente: INEC, (2013b)

Elaboración: Tarina Amaguaña

Se destaca además, que el cáncer de útero representa el segundo tipo de neoplastia maligna más letal para la población femenina, después del cáncer de estómago, responsable de la muerte de 9 por cada 100.000 mujeres (Ver tabla 3). Según información de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (Solca) 20 de cada 100.000 mujeres ecuatorianas lo padecen, es decir, la mitad muere a causa de esta afección en el país (Solca, 2014).

En contraste, para el caso del hombre, los accidentes de transporte terrestre son la principal razón de defunción con una tasa de 32 por cada 100.000 hombres. Bajo la misma línea, los homicidios se presentan como una de las 10 causas de mortalidad más frecuentes del hombre ecuatoriano, responsable de la muerte de 14 de cada 100.000 varones (Ver tabla 3). En este sentido, se hace pertinente destacar que la mortalidad por causas externas (los accidentes de tránsito y homicidios) representa el 10% del total de muertes en este grupo (hombres), mayor a la participación de la principal causa de mortalidad a nivel nacional en 2013, la diabetes (7%).

Tabla 3. Principales causas de mortalidad según sexo, año 2013

	Causas de muerte	Número	%	Tasa
Mujer	1 Diabetes mellitus	2.538	9,00%	31,89
	2 Enfermedades hipertensivas	2.053	7,28%	25,8
	3 Influenza y neumonía	1.808	6,41%	22,72
	4 Enfermedades cerebrovasculares	1.748	6,20%	21,96
	5 Enfermedades isquémicas del corazón	1.159	4,11%	14,56
	6 Enfermedades del sistemas urinario	877	3,11%	11,02
	7 Insuficiencia cardíaca	850	3,01%	10,68
	8 Cirrosis	844	2,99%	10,6
	9 Neoplasia maligna del estómago	705	2,50%	8,86
	10 Neoplasia maligna del útero	702	2,49%	8,82
Hombre	1 Accidentes de transporte terrestre	2.469	7,07%	32
	2 Diabetes mellitus	2.157	6,18%	27,6
	3 Enfermedades hipertensivas	2.136	6,12%	27,33
	4 Influenza y neumonía	1.941	5,56%	24,83
	5 Enfermedades cerebrovasculares	1.819	5,21%	23,27
	6 Enfermedades isquémicas del corazón	1.783	5,11%	23
	7 Cirrosis	1.161	3,33%	14,85
	8 Agresiones (Homicidios)	1.112	3,19%	14,23
	9 Enfermedades del sistema urinario	997	2,86%	13
	10 Insuficiencia cardíaca	866	2,48%	11,08

Fuente: INEC, (2013b)

Elaboración: Tarina Amaguaña

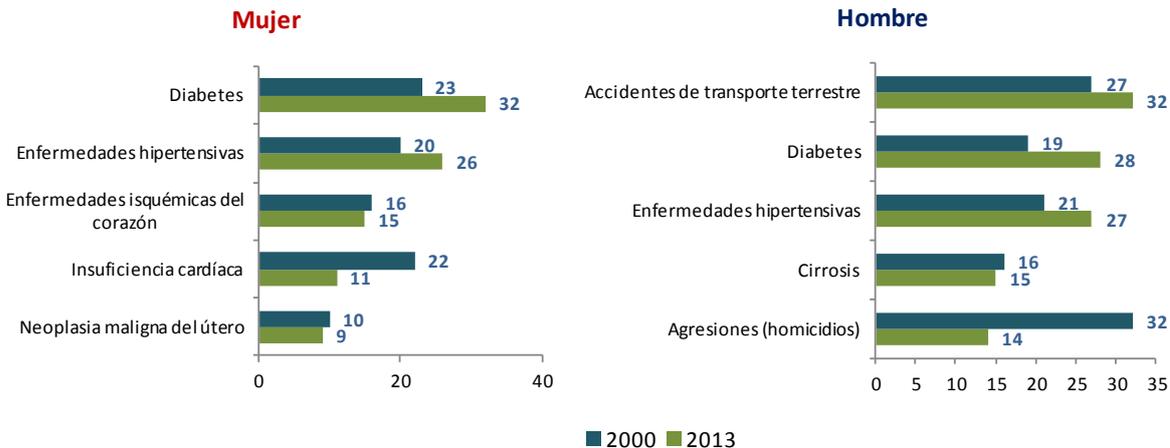
(*)Por cada 100.000 habitantes

A pesar de las especificidades que caracterizan el perfil de mortalidad de hombres y mujeres en el país, resaltan también elementos comunes que preocupan. El MSP (2011) enfatiza que la tendencia de los ecuatorianos hacia la diabetes y enfermedades hipertensivas, reflejan una importante carga de afecciones derivadas de los malos hábitos de vida, y que además representan una fuerte carga económica para el sistema de salud; elementos que son de discusión nacional.

En este mismo sentido, inquieta además el crecimiento acelerado que reflejan estas enfermedades en la población femenina durante la última década. Es así que, para la mujer la mortalidad por diabetes se incrementó en un 40% respecto al año 2000, 4 puntos por encima que la tasa de mortalidad en el hombre (28 por cada 100.000 habitantes. Este escenario resulta más alarmante cuando se observa que gran parte de las mujeres que sufren de diabetes mueren por causas asociadas a la misma como las enfermedades cardiovasculares y de riñón (CEPAL, 2012: 33), cifras que hacen aún más letal a esta enfermedad. La misma lectura merecen las afecciones hipertensivas, las cuales se incrementaron en un 30% para el mismo período (2000-2013), presentando una tasa de mortalidad de 26 por cada 100.000 mujeres, ligeramente inferior al mismo indicador en el hombre (27 muertes por cada 100.000 habitantes).

Por otro lado, a pesar de que la insuficiencia cardíaca ha disminuido a la mitad en la mujer, de 22 a 11 muertes por cada 100.000 habitantes en 2013, y en igual proporción para el hombre, es importante entender al padecimiento como parte de un fenómeno estrechamente relacionado a la diabetes y a las enfermedades hipertensivas, las tres dentro de las principales causas de muerte a nivel nacional, lo cual brinda señales claras de hacia dónde se encamina la transición epidemiológica en el país (Ver gráfico 6).

Gráfico 6. Tasas de mortalidad por distintas causas según sexo*, años 2000 y 2013



Fuente: INEC, (2013b)
Elaboración: Tarina Amaguaña
 (*)Por cada 100.000 habitantes

Otro tipo de padecimientos como el cáncer de útero permanecen sin cambios, con una tasa de mortalidad que bordea las 10 defunciones por cada 100.000 mujeres, muy por encima de la media global (3,4 por cada 100.000 habitantes) (Vidal, Hoffmeister y Biagini, 2013: 408). Este escenario deja entrever los importantes desafíos que aún debe enfrentar la política en salud para repercutir en la disminución del indicador.

En el otro sexo, aunque las agresiones se reducen de manera sustancial como causa de muerte, los accidentes de tránsito se incrementaron en un 20% (Ver gráfico 6), esto en un contexto donde afecciones como la cirrosis²⁶ se posicionan como una de las principales causas de muerte en el varón, fenómenos estrechamente relacionados, ya que el consumo de alcohol se menciona como una de las causas más frecuentes de los fatales accidentes en las vías, responsables en 2013 del 8% de los accidentes de tránsito en el país (Agencia Nacional de Tránsito, 2014). Este panorama resulta más inquietante cuando se observa que el consumo de alcohol es un fenómeno que se ha generalizado en el país y para las mujeres se ha posicionado también como una de las principales causas de mortalidad, responsable del 3% de defunciones en este grupo (mujeres). Según un informe de la OMS, el Ecuador se encuentra entre los países que más consumen alcohol en América Latina, con un consumo per cápita de 7,2 litros, por encima de la media mundial (6,2 litros de alcohol puro per cápita) (OMS, 2014b).

Respecto al cuadro de morbilidad²⁷ en hombres y mujeres, se identifican padecimientos que caracterizan el nuevo contexto epidemiológico en el país, con una importante participación de complicaciones derivadas de enfermedades crónico-degenerativas, así como trastornos propios de países en vías de desarrollo tales como la diarrea y la neumonía (Rojo, Báez y Dotres ,2010; Organización Mundial de Gastroenterología, 2012).

En la tabla siguiente, se detallan las causas más comunes de morbilidad en la población femenina y se hace referencia a las características que la diferencian del sexo opuesto.

²⁶ Enfermedad crónica e irreversible del hígado que se origina a causa de la destrucción de las células hepáticas y produce un aumento del tejido nodular y fibroso en este órgano, producida principalmente por el consumo excesivo y prolongado de alcohol.

²⁷ La morbilidad hace referencia a la cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.

Tabla 4. Principales causas de morbilidad según sexo, año 2013

	Mujer			
	Causa de morbilidad	Número de egresos	%	Tasa
1	Colelitiasis	25.283	3,29%	31,77
2	Aborto no especificado	17.915	2,33%	22,51
3	Neumonía	17.189	2,24%	21,6
4	Apendicitis aguda	15.705	2,05%	19,73
5	Diarrea	15.316	1,99%	19,24
6	Falso trabajo de parto	15.185	1,98%	19,08
7	Atención materna por anormalidades	12.285	1,60%	15,44
8	Otros trastornos del sistema urinario	11.703	1,52%	14,7
9	Infección de las vías urinarias (embarazo)	11.440	1,49%	14,37
10	Otros productos anormales de la concepción	9.607	1,25%	12,07
	Hombre			
	Causa de morbilidad	Número de egresos	%	Tasa
1	Apendicitis aguda	18.244	4,44%	23,34
2	Neumonía,	18.211	4,43%	23,3
3	Diarrea	15.176	3,69%	19,42
4	Hernia inguinal	11.390	2,77%	14,57
5	Colelitiasis	9.623	2,34%	12,31
6	Traumatismo intracraneal	6.800	1,65%	8,7
7	Fractura de la pierna	6.622	1,61%	8,47
8	Hiperplasia de la próstata	6.258	1,52%	8,01
9	Fractura del antebrazo	5.428	1,32%	6,94
10	Otros trastornos de la nariz	5.264	1,28%	6,73

Fuente: INEC, (2013c)

Elaboración: Tarina Amaguaña

(*)Por cada 10.000 habitantes

La colelitiasis²⁸ ocupa el primer lugar entre las diez causas principales de morbilidad femenina, con una tasa de 31,77 por cada 10.000 mujeres (Ver tabla 4). Las estadísticas (INEC, 2013c) sugieren que la probabilidad de sufrir esta afección aumenta con la edad, especialmente a partir de los 25 años. Sin embargo se agudiza en la población mayor a 45 años, quienes en 2013 representaron más del 50% del total de egresos hospitalarios por esta anomalía (Ver tabla 5).

²⁸ La Colelitiasis, comúnmente conocida como cálculos biliares o litiasis biliar, se refiere a la formación de cálculos en las vías biliares, sobre todo en la vesícula biliar. Son acreencias de materias sólidas que pueden ser tan pequeñas como granos de arenilla o, en ocasiones excepcionales, tan grandes que ocupan toda la vesícula.

Tabla 5. Egresos por coleditiasis en la mujer según grupos de edad, año 2013

Grupos de edad	Egresos	Participación
5-14 años	206	0,8%
15-19 años	931	4%
20-24 años	2.027	8%
25-34 años	5.936	23%
35-44 años	5.130	20%
45-54 años	4.394	17%
55-64 años	3.235	13%
65 y más años	3.386	13%
Edad ignorada	38	0,2%
Total	25.283	100%

Fuente: INEC, (2013c)

Elaboración: Tarina Amaguaña

Además de la edad, factores como la obesidad y el número de gestaciones se han relacionado con una mayor frecuencia de esta afección (Carbonell, Prado, González, Ferro y Hernández, 2012). Es así que, este escenario se muestra congruente con la mayor prevalencia²⁹ de diabetes en la mujer, desorden ligado también al sobrepeso, característica que contribuye al desarrollo de la coleditiasis (Roselló-Araya, Aráuz-Hernández, Padilla-Vargas, y Morice-Trejos, 2004).

El aborto no especificado, se muestra como otra de las razones de morbilidad más comunes para la población femenina con una tasa de 22,51 por cada 10.000 habitantes (ver tabla 4), y una participación importante en las mujeres de 25 a 34 años, quienes en 2013 representaron el 37% del total egresos hospitalarios por esta causa (ver tabla 6). Sin embargo, en los grupos más jóvenes (15-24 años) se encuentra la mayor concentración, cerca del 44% (Ver tabla 6) y entre las adolescentes se tiene una probabilidad de morbilidad por aborto no especificado que bordea el 18% (INEC, 2013c).

²⁹ En epidemiología, se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.

Tabla 6. Mujer: Egresos por aborto no especificado en la mujer según grupos de edad, año 2013

Grupos de edad	Egresos	Participación
10-14 años	228	1%
15-19 años	3.245	18%
20-24 años	4.624	26%
25-34 años	6.583	37%
35-44 años	2.951	16%
45-54 años	220	1%
Edad ignorada	64	0,4%
Total	17.915	100%

Fuente: INEC, (2013a)

Elaboración: Tarina Amaguaña

Este cuadro evidencia los grandes riesgos a los que se enfrenta la mujer en edad fértil, debido a las complicaciones que se derivan de un procedimiento que no es legal en el país (Código Orgánico Integral Penal, 2014: art 147-150), por lo cual la probabilidad de que se realice en condiciones inseguras aumenta. Esto en un contexto donde la despenalización del aborto permanece en la escena pública como tema de debate.

En cuanto a las causas asociadas a su condición biológica de ser gestora de vida, se aprecia que, del total de egresos del sexo femenino en 2013, el parto único espontáneo y el parto único por cesárea representan el 13% y 9% respectivamente.

Por su lado la población masculina se muestra más vulnerable a la apendicitis aguda con una tasa de morbilidad de 23,44 por cada 10.000 hombres, superior en 3 puntos a la tasa de morbilidad de la misma condición en la mujer (19,73) (Ver tabla 4). Además, destaca la neumonía como la segunda causa más frecuente en los egresos hospitalarios para esta población con una participación del 4%, siendo más común en los niños menores de 5 años, quienes en 2013 representaron el 60% del total de egresos hospitalarios por este padecimiento (Ver tabla 4). En este sentido es preciso recalcar que esto no significa que sea menos común que en las mujeres ya que, según información del INEC (2013c), un número similar de egresos hospitalarios por neumonía suscitan en la población femenina (ambo sexos registraron cerca de 17 mil egresos hospitalarios por esta afección en 2013), de igual forma con mayor prevalencia en las niñas menores de 5 años.

Características tales como los traumatismos y fracturas resaltan también entre las diez razones más frecuentes de morbilidad en el varón. Así, se muestra que el traumatismo intracraneal presenta una tasa de morbilidad de 8,7 por cada 10.000 hombres; la fractura de la pierna presenta una tasa similar (8,47) y la fractura del antebrazo una tasa de morbilidad cerca a los 7 puntos (Ver tabla 4). Este cuadro es congruente con la mayor probabilidad en el hombre de fallecer a causa de razones externas tales como los accidentes de transporte terrestre y agresiones u homicidios.

A pesar de estas importantes diferencias en el panorama de morbilidad entre el sexo masculino y femenino sobresalen ciertos rasgos en común como el caso de la diarrea responsable del 3% del total de egresos hospitalarios a nivel nacional; la coleditiasis, que aunque más común en la mujer permanece como una de las principales causas de morbilidad para la población masculina y la segunda a nivel nacional. Bajo la misma línea, la neumonía, como se detalló previamente, representa una afección bastante frecuente entre niños y niñas; rezago del perfil epidemiológico que caracterizaba al país en décadas anteriores.

Tabla 7. Egresos Hospitalarios según sexo, año 2013

Número de Egresos Hospitalarios		
Total	749.928	100%
Hombres	290.089	39%
Mujeres	426.929	57%

Fuente: INEC, (2013c)

Elaboración: Tarina Amaguaña

Finalmente, se muestra que del total de egresos hospitalarios en 2013, cerca del 60% responde a la utilización de servicios de salud por parte de la población femenina frente a un 40% en el varón (Ver tabla 7); fenómeno que responde en gran medida a la demanda de atención médica en las etapas del embarazo, parto y puerperio, las cuales no son en sí mismas causas de morbilidad ya que no representan enfermedad alguna y deben leerse como las necesidades de un momento en específico en la mujer: la gestación.

Frente a lo expuesto, se evidencia claras diferencias en las razones de morbilidad y mortalidad de mujeres y hombres. Por un lado, se tiene que padecimientos como la diabetes han crecido de manera acelerada para la mujer, mientras que para el varón las causas externas (homicidios y accidentes) se encuentran entre las razones más comunes de muerte y de morbilidad. Fenómenos como el aborto “no especificado”, representa otra de las razones más comunes de morbilidad de la mujer, en especial en los grupos más jóvenes. Estos elementos dejan entrever diferencias en las necesidades que ameritan ser visibilizadas en las agendas de salud. Precisamente, bajo esta lógica, a continuación, se presente un contexto sucinto de una dimensión biológica que merece un análisis puntual para el caso de la población femenina: la salud sexual y reproductiva.

3. Salud sexual y reproductiva

El contexto de la salud sexual y reproductiva merece un tratamiento puntual, debido a que sobre ellas emergen ciertas condiciones particulares para la mujer, desde una perspectiva estrictamente

biológica. En este sentido, la presente sección tiene como propósito ahondar en las circunstancias que caracterizan a la edad fértil de la mujer y las singularidades propias de esta dimensión biológica.

3.1 Contexto de la natalidad

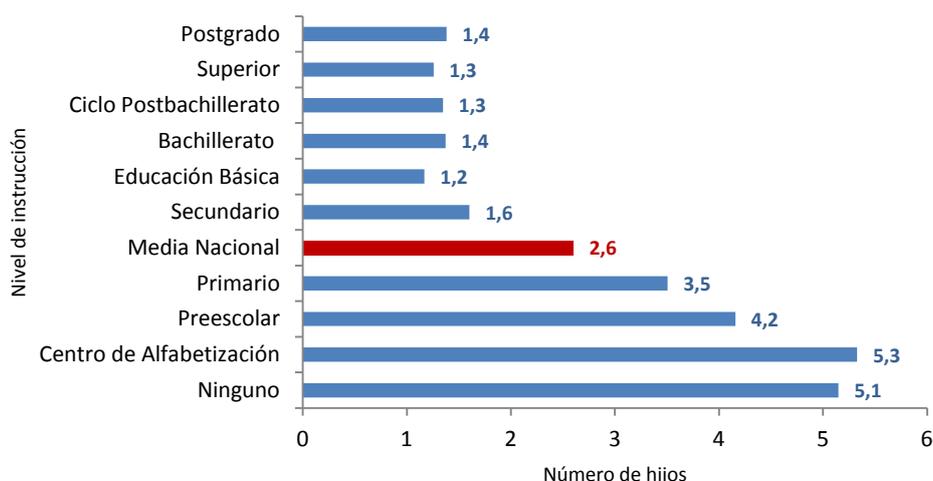
Como se argumentó previamente, la natalidad en el país muestra tasas progresivamente menores. En tal virtud, las mujeres tienden a ser madres de menos hijos, en un contexto donde la población femenina va ganando espacios en los que antes participaba con menos frecuencia. Así, este fenómeno origina varias lecturas que relacionan la mayor inserción laboral³⁰, niveles más altos de instrucción y un mayor uso de anticonceptivos con la reducción del número de hijos (Banco Interamericano de Desarrollo, 1998: 75; Arriagada, 2004: 74).

Bajo este marco, se observa que hoy por hoy, la mujer en edad fértil tiene en promedio 2,6 hijos, cifra menor a la media en 1980, año en el cual el indicador bordeaba los 4 hijos por mujer en el país. Esto sugiere que las mujeres hoy en día están aplazando (o descartando) la decisión de ser madres, escenario que se muestra congruente con la distribución del número de hijos según el nivel de instrucción de la madre. Es así que, según información del último censo de población, CPV-2010, se evidencia una mayor probabilidad de tener más hijos a menor nivel de escolaridad. De esta manera, las mujeres cuyo nivel más alto de instrucción es la primaria, tienen en promedio alrededor de 5 hijos, 2 puntos por encima de la media nacional. En contraste, las mujeres que al menos tienen la secundaria completa tienen 1,3 hijos; menor que el promedio del país (Ver gráfico 7).

Es decir, se evidencia que a mayor escolaridad, las mujeres deciden tener cada vez un número menor de hijos, elementos que dibujan un panorama bastante claro. Las mujeres con niveles más altos de instrucción presentan mayor probabilidad de insertarse en el mercado laboral y, por otro lado, poseen mayor información, por ejemplo en materia de planificación familiar y uso de anticonceptivos, que les permite discernir acerca de la posibilidad de ser madres o no (Dougherty, 2005).

³⁰ La mayor inserción laboral no significa directamente mejores condiciones de empleo y de hecho varias investigaciones concluyen que la inclusión en el mercado laboral de la población femenina se hace muchas veces en condiciones de desventaja y con evidentes brechas salariales a favor del hombre. Para profundizar el tema ver Lamas, (2002); Rico y Marco, (2006) y Weller, (2009).

Gráfico 7. Número de hijos promedio según nivel de instrucción de la madre



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Elaboración: Tarina Amaguaña

En este sentido, los grupos más vulnerables, con menor educación e ingresos, presentan un mayor porcentaje de embarazos no deseados en el país (Senplades, 2014), con una brecha entre embarazos deseados y observados del 50% para el quintil 1, por encima del promedio nacional, que bordea el 37%. Esto significa que, a breves rasgos, la mitad de embarazos en la población más pobre no fueron planificados, y a nivel nacional lo propio ocurre en 3 de cada 10 gestaciones (Senplades, 2014).

3.2 Embarazo y maternidad adolescente

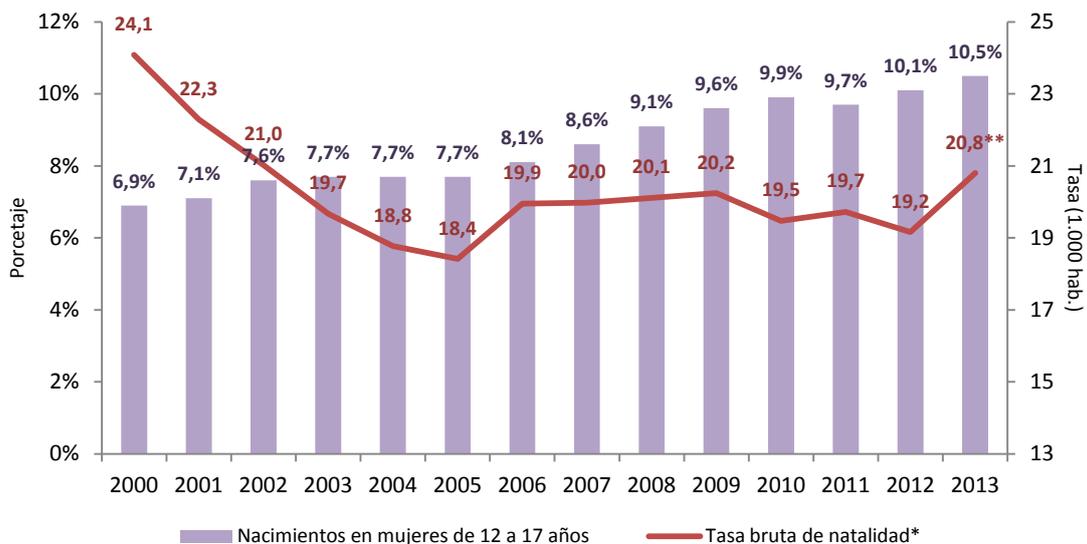
A pesar de la clara tendencia de la natalidad en el país, preocupa el sostenido crecimiento simultáneo de la participación de embarazos en adolescentes, cifra que a 2013 bordea el 11%, 4 puntos más que hace 10 años, con lo cual se muestra un incremento del 50% entre los años 2000-2013. De hecho, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) sustenta que el Ecuador se encuentra dentro de los países de América Latina con mayor proporción de embarazos en adolescentes y a su vez la región presentan la segunda tasa más alta a nivel global, después de África (FNUAP, 2013). Además, el organismo destaca que cada día 20.000 menores de 18 años dan a luz en países en vías de desarrollo, de ellas mueren alrededor de 200 a consecuencia del parto o del embarazo (FNUAP, 2013).

Para el caso del Ecuador, se registran alrededor de 122.300 madres adolescentes, de las cuales el 75% pertenece a la Población Económicamente Inactiva (PEI)³¹. Es decir, de total de adolescentes

³¹ La Población Económicamente Inactiva (PEI) comprende a todas las personas en edad de trabajar que no participan en la producción de bienes y servicios porque no necesitan, no pueden o no están interesadas en tener actividad remunerada. A este grupo pertenecen: las personas que son exclusivamente: rentistas, jubilados, estudiantes, amas de casa e incapacitados.

entre 15 y 19 años, el 17% son madres (INEC, 2010). Adicionalmente, las estadísticas (INEC, 2010) argumentan que solo el 22% de madres adolescentes estudia, escenario que influye sobremanera en la vulnerabilidad de las condiciones de vida y puede perpetuar el ciclo intergeneracional de la pobreza (Hanushek, y Wößmann, 2007; OPS, 2010b) ya que la probabilidad de ser madre en esta etapa aumenta entre las mujeres de menores ingresos y desprotección (OPS: 2011: 5).

Gráfico 8. Evolución de la participación del embarazo en adolescentes, años 2000-2013



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Organización Panamericana de la Salud

Elaboración: Tarina Amaguaña

(*) Por cada 10.000 habitantes

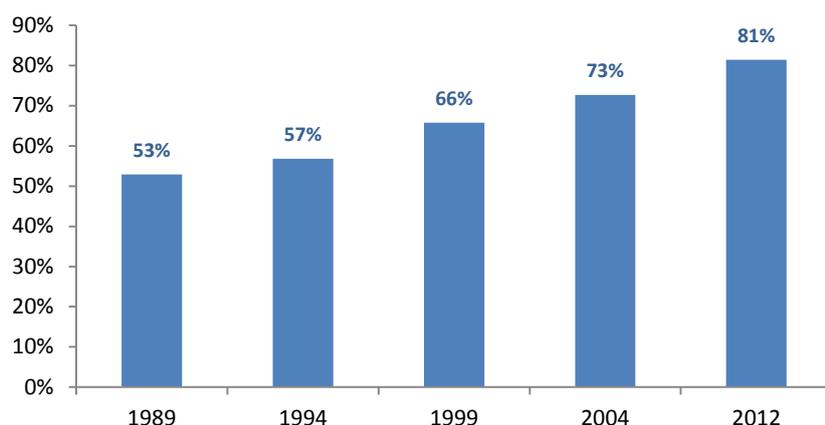
(**) Proyección de la Organización Panamericana de la Salud para el año 2013.

Según la OPS, la alta incidencia de embarazos en la adolescencia se encontraría estrechamente relacionada con “la falta de información y educación sexual y con las limitaciones en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, o la falta de servicios diferenciados que respondan a sus necesidades” (OPS: 2011: 51). Por tanto, los desafíos a enfrentar son evidentes, y el país muestra una importante tarea pendiente que permita reducir la probabilidad de embarazo en la adolescencia y a la vez asegure la integridad y salud de las adolescentes que ya son madres.

3.3 Uso de métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual

Según datos recogidos por el Sistema Integrado de Indicadores Sociales (SIISE), el uso de métodos anticonceptivo se ha generalizado en las mujeres casadas, o en unión libre, entre 15 a 49 años. De acuerdo a las cifras, 8 de cada 10 mujeres con estas características utiliza algún método de planificación familiar (Ver gráfico 9), lo cual contribuye a gran escala, en la disminución de la natalidad en el país.

Gráfico 9. Uso de métodos anticonceptivos en mujeres casadas/en unión libre entre 15 y 49 años



Fuente: Sistema Integrado de Indicadores Sociales

Elaboración: Tarina Amaguaña

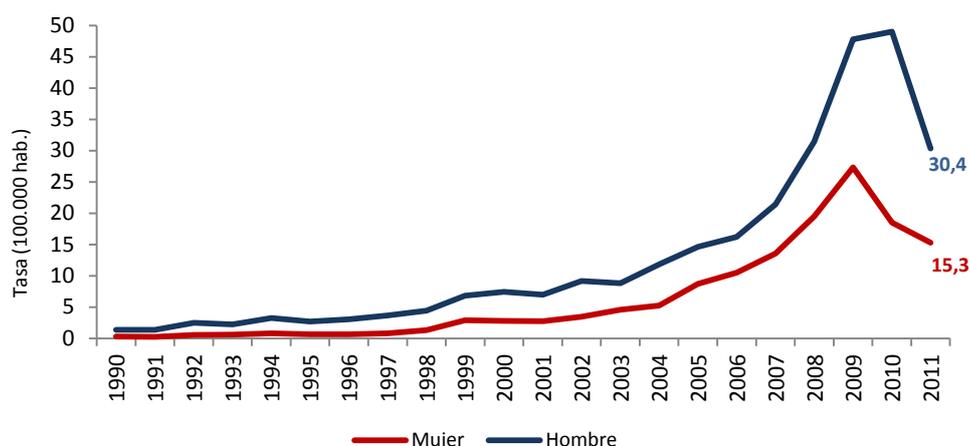
Entre el período 2000-2013, el indicador detallado se incrementó en un 50%, lo cual sugiere avances notables que responden a diversos factores, como ya se mencionó, el incremento de la escolaridad en la mujer, permite tener más información para planificar los nacimientos, además que la educación está directamente relacionado con mayores oportunidades de inserción laboral, por lo cual se infiere que, la mujer hoy tiene otras prioridades.

Sin embargo, este escenario no se refleja de igual forma para las adolescentes, para quien el MSP sostiene que el uso de anticonceptivos es considerablemente menor. Es así que, las cifras revelan que cerca del 17% de mujeres entre 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales en el último año, usaron preservativo como método de protección (MSP, 2013), una brecha considerable. Este panorama ratifica la situación desconcertante del embarazo adolescente en el Ecuador, gestaciones en su mayoría no planificadas.

Es preciso recordar, que el uso de métodos anticonceptivos tales como el preservativo, protegen no solo de embarazos no deseados sino además de la posibilidad de la transmisión sexual de enfermedades. Considerada como la enfermedad más letal dentro este grupo se encuentra el VIH/SIDA³², que anualmente cobra la vida de cerca de 1,5 millones de personas (OMS, 2014a). Bajo este marco, los esfuerzos por la lucha para la erradicación de estas afecciones se han incrementado y actualmente existen leyes y políticas que garantizan el tratamiento antirretroviral para las personas VIH positivas; sin embargo aún no es posible que todas las personas que lo requieran accedan al tratamiento (OPS: 2010a: 61), a pesar de que este servicio se cuadruplicó a nivel mundial, pasando de 7% en el 2003 a 31% en 2007 (OPS, 2010a).

³² Las siglas VIH significan *Virus* de Inmunodeficiencia Humana. VIH es el virus que cuando no se trata, se convierte en SIDA o Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida. El virus ataca al sistema inmunológico del cuerpo, especialmente a las células blancas llamadas células CD-4.

Gráfico 10. Evolución de la Tasa de incidencia del VIH/SIDA* según sexo, años 1990-2011



Fuente: Ministerio de Salud Pública

Elaboración: Tarina Amaguaña

(*)Por cada 100.000 habitantes

En el Ecuador, la tasa de incidencia de ambos padecimientos (VIH/SIDA³³) es notablemente mayor en el hombre que en la mujer, y según la última información disponible, el indicador cerró en 15,3 para la población femenina en 2011 (MSP, 2012a) (Ver gráfico 10). Sin embargo, en ambos sexos se nota un comportamiento creciente de los casos reportados con estas afecciones, lo cual resulta preocupante. Según información del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA (MSP, 2012b), a nivel nacional, el segmento más afectado es el grupo de edad de 20 a 44 años, el cual representa cerca del 73% de los casos reportados de VIH y 78% de los casos de Sida (MSP, 2011: 17). Por otro lado, en cuanto a los grupos vulnerables de sexo femenino, se tiene que la prevalencia en las trabajadoras sexuales es del 3,4% y en mujeres embarazadas del 0,18% (MSP, 2011: 16).

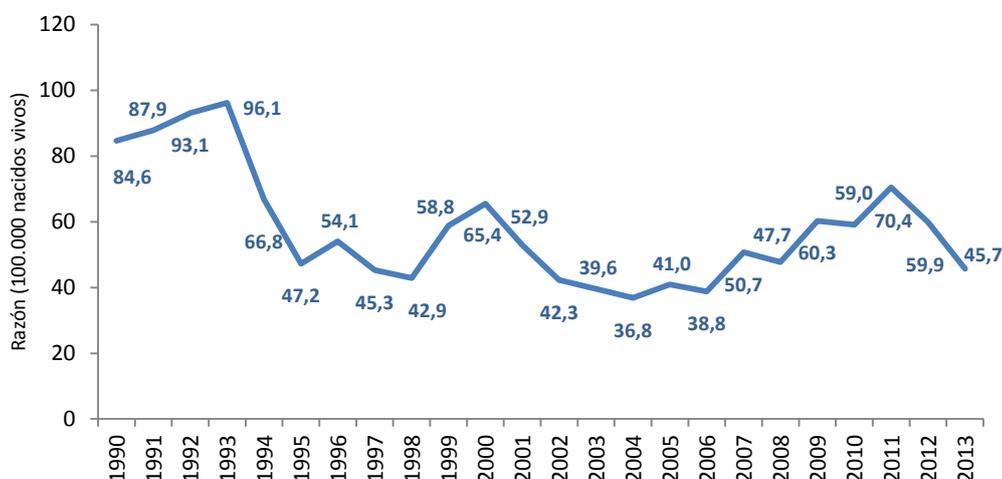
La OPS (2010) enfatiza otro elemento importante que hace referencia a la mayor probabilidad de tener parejas casuales en los hombres que en las mujeres, escenario que pone de manifiesto la vulnerabilidad a la que se enfrenta la mujer, a pesar de tener una única pareja del sexo opuesto. El organismo añade además, que los estigmas que pesan sobre este tipo de afecciones, las barreras económicas e inaccesibilidad a los servicios y la propia preocupación de las mujeres con demasiadas responsabilidades domésticas empeora el cuadro para la población femenina con este padecimiento (OPS, 2011: 61).

³³ La tasa de incidencia del VIH/SIDA brinda una estimación del porcentaje de adultos (15-49 años) que viven con el VIH / SIDA. La tasa de prevalencia en adultos se calcula dividiendo el número estimado de adultos que viven con el VIH / SIDA a finales de año por el total de la población adulta a finales de año.

3.4 Mortalidad materna

En América Latina, la mortalidad materna se redujo en promedio un 40% entre 1990 y 2013 (OPS, 2014), poco menos que el promedio mundial (45%) y por debajo de la meta del fijada por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que plantean disminuir un 75% la mortalidad materna para 2015. A pesar de este progreso, en 2013 alrededor de 9.300 mujeres perdieron su vida en la región por causas relacionadas con el embarazo (7.700 menos que las 17.000 de 1990).

Gráfico 11. Evolución de la Razón de Mortalidad Materna*, años 1990-2013



Fuente: Ministerio de Salud Pública

Elaboración: Tarina Amaguaña

(*) Por cada 100.000 nacido vivos

En el caso del Ecuador, el indicador presenta un fuerte descenso durante los últimos años, y en 2012 pasó de una razón de 60 muertes por cada 100.000 nacidos vivos a una razón de 45 por cada 100.000 nacidos vivos en 2013, una reducción de alrededor de 15 puntos, en tan solo un año (Ver gráfico 11). Estos resultados deben leerse como la consecuencia de los grandes esfuerzos que se han ejecutado en materia de salud sexual y reproductiva, así se destaca que cerca del 93% de partos son atendidos por personal de salud calificado y el 96% de las mujeres embarazadas reciben al menos un control prenatal (INEC, 2013), condiciones que favorecen la disminución de la mortalidad materna.

Sin embargo, si se analiza la mortalidad materna por provincia resaltan brechas sustanciales con indicadores que sobrepasan las 100 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Así se observa que Azuay, Cañar y Sucumbíos presentan razones de mortalidad materna de 149, 142 y 125, respectivamente por cada 100.000 nacidos vivos (INEC, 2012), muy por encima de la media nacional. Se evidencia además que, estas provincias presentan poblaciones rurales que bordean el 60%, lo cual

sugiere que en áreas rurales, el menor acceso a servicios de salud impacta sobremanera en el incremento de la mortalidad materna.

En concordancia con lo expuesto, se han aclarado varias aristas de la salud sexual y reproductiva. Así, se evidencia que problemáticas como la reducción del embarazo adolescente, la mayor difusión de información en torno a la planificación familiar y disminución de la maternidad materna son retos que aún enfrenta el país y podrían mermar la calidad de vida de la mujer.

Las distintas dimensiones detalladas en el presente capítulo permiten inferir que la mujer enfrenta retos específicos en materia de salud. Este fenómeno responde a singularidades biológicas que predisponen a este actor a ciertas afecciones más que en los hombres, cuadro que y se entiende mejor si se amplía la perspectiva hacia los roles que están detrás de la construcción social de la masculinidad y feminidad. Sin embargo, a pesar de estas notables diferencias, se destacan rasgos comunes que ponen en escena a las enfermedades crónico-degenerativas como una de las principales causas de defunción en el país y, a las afecciones derivadas de estas complicaciones, como las razones más comunes de morbilidad; elementos que dibujan un panorama claro para el accionar público.

Los resultados en salud y el enfoque de género

El enfoque de género en salud reconoce que este es un campo en el que impactan varias esferas, mismas que superan las intervenciones estrictamente sanitarias, y de aquello se desprende que la salud sea concebida como un resultado de diversas dimensiones.

Así, estos resultados sanitarios, evaluados en esta investigación a través del estado de salud y la utilización de servicios sanitarios, consagran las diferencias derivadas del género, mismas que responden a un entramado social que ha asignado ciertos roles y funciones a la mujer como al varón. En este sentido, se busca responder a las interrogantes ¿Existen inequidades en los resultados de salud que responden al género?, ¿Cuáles son estas disparidades? ¿Cómo afecta la estructura social en estos resultados?

En el presente capítulo se caracteriza al colectivo, hombres y mujeres, a través de un análisis descriptivo de las variables relevantes para la investigación. Posteriormente, se presentan los modelos desarrollados para apreciar las diferencias en salud derivadas del género, y se finaliza con los resultados obtenidos de los mismos.

1. Datos

La investigación se basa en un estudio de corte transversal para el año 2012, con datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut). Este instrumento recopila información sobre varias problemáticas de la salud en el país, reunidos en distintos módulos: salud reproductiva, materna e infantil, enfermedades crónicas no transmisibles, estado nutricional, consumo alimenticio, además de datos sobre el acceso a los servicios de salud y caracterización socioeconómica de la población ecuatoriana (INEC y MSP, 2012).

La investigación utiliza el módulo de “Personas”, donde se encuentra información respecto a la situación socioeconómica de los individuos, percepción de la salud, presencia de enfermedades y utilización de servicios sanitarios. El tamaño de la muestra de este módulo, bordea las 92 mil observaciones.

Sin embargo, la investigación trabaja con un total de 52 mil observaciones, 27 mil para la población femenina y 24 mil en el caso de la muestra para el varón. Esto se debe a que se utiliza estrictamente la población de 18 años y más para evitar problemas de sesgo que se presenta con variables como la educación, debido a que los individuos con menos años no habrán tenido la posibilidad de decidir

hasta que nivel educarse (Molina, Poblano, Carrillo y Saucedo, 2006; Mejia, Sánchez y Tamayo, 2007; Salas y Llanos, 2010; Garrido, 2011). Además, es importante recordar que la salud es concebida como un bien de capital (Grossman, 1999) y por tanto es el resultado de un proceso previo de inversión de los años de vida pasados, proceso en el que diversos fenómenos han moldeado los resultados de este capital. En este sentido, si se trabaja con cohortes más jóvenes, seguramente este proceso no tiene la oportunidad de reflejarse.

La encuesta obtiene información de aproximadamente 20 mil viviendas distribuidas en todas las provincias del Ecuador, con cobertura rural y urbana. Esto hace que su diseño muestral, permita extrapolar los datos al nivel nacional, por condición social, por rangos de edad, por etnia y por sexo, herramientas que se utilizaron en el análisis exploratorio en orden de ofrecer un panorama a nivel de país.

En cuanto a las variables utilizadas, los resultados en salud de esta investigación se exponen en dos grandes pilares: La situación del estado de salud y la utilización de los servicios sanitarios. Así, el primer pilar reconoce a la salud como un proceso de dos caras: el estado de salud y la enfermedad. Con esto, se utiliza la pregunta que hace referencia a la percepción de salud que tienen los individuos, que ciertamente actúa como un proxy de una variable que no se puede observar directamente: el estado de salud real de la persona (Jewell, Rosi y Triunfo, 2006; Tovar, 2005). Asimismo, se utiliza la pregunta sobre el padecimiento de alguna enfermedad³⁴ en los últimos 30 días, previo a la fecha de encuesta.

Respecto a la utilización de los servicios sanitarios, se analiza la atención curativa y preventiva de salud, por separado, en orden de identificar los patrones de uso de servicios sanitarios tanto de la población femenina como masculina. El análisis de la utilización de servicios de salud es una medida de acceso en virtud de la demanda, que revela barreras de acceso, así como las necesidades de la población observada (Acosta y Trillas, 2010; OPS, 2010b). Bajo este marco, la atención curativa de salud responde a la utilización de servicios sanitarios debido a la presencia de alguna enfermedad. Por su lado, el servicio preventivo responde a la búsqueda de atención sanitaria, antes de que aparezca algún padecimiento³⁵, para hacerse un chequeo general y excluye en la mujer el control del embarazo³⁶.

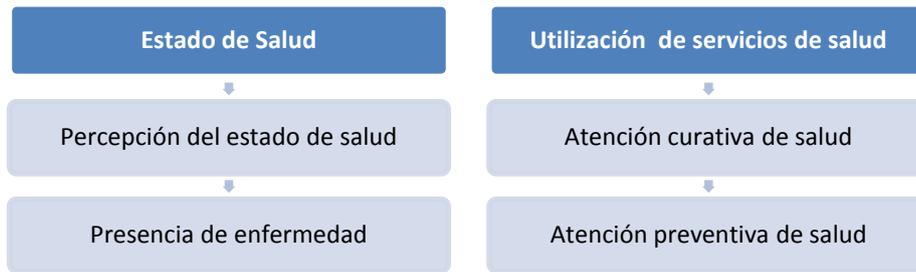
En la siguiente figura se resume las dos grandes esferas, con sus respectivas sub-dimensiones; en base a las cuales se realizaron las estimaciones econométricas.

³⁴ Enfermedad pasajera (incluido gripe, diarrea, etc.) enfermedad crónica (gastritis, presión alta, diabetes, asma, etc.) malestar (incluido dolor de muela, cólico menstrual), accidente (incluye complicación de embarazo), problemas de depresión, estrés, en general algún problema de salud.

³⁵ La pregunta hace referencia a la atención preventiva en los últimos 30 días antes de la fecha de la encuesta.

³⁶ Dentro de los servicios preventivos de salud se encuentra: vacunas, medir la presión, control odontológico, examen de Papanicolau, mamografía, consejería y consulta sobre Planificación Familiar.

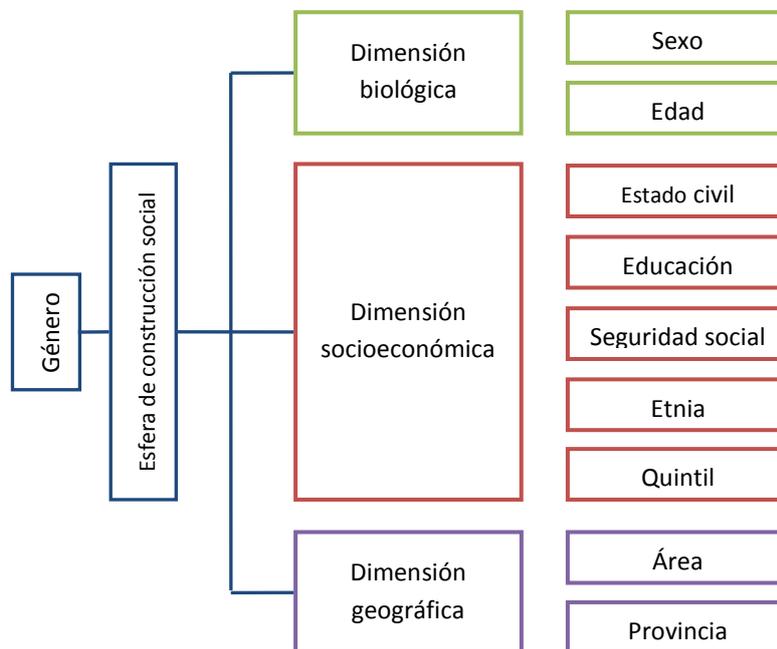
Figura 9. Resultados de salud: Variables dependientes utilizadas en la investigación



Elaboración: Tarina Amaguaña

Respecto a las variables explicativas y a la luz de un criterio integral de salud, se consideran aspectos biológicos (sexo, edad), socioeconómicos (estado civil, nivel de instrucción, afiliación, etnia, quintil) y geográficos (área y provincia), dimensiones que establecen al género como una esfera de construcción social (Torres, 2001; Lamas, 2002; Borrell, 2004; Roxburgh, 2009; Weller, 2009; Manisha y Sekhar, 2007)³⁷ y que han sido ampliamente analizadas en el marco teórico de la presente disertación.

Figura 10. Construcción social del género: Variables independientes utilizadas en la investigación



Elaboración: Tarina Amaguaña

³⁷ Véase en el anexo A, el cuadro que expone a detalle las variables utilizadas.

En virtud de lo expuesto, se reconoce a la salud como un proceso social (Laurell, 1982), y al género como una esfera de producción de inequidades (Lamas, 2002). Una vez reconocidas estas dimensiones, en seguida se hace un análisis exploratorio de las variables utilizadas.

2. *Análisis exploratorio*

A continuación se presenta una serie de estadísticas descriptivas de la población de 18 años y más, población con la cual se trabaja en las estimaciones econométricas³⁸ en orden de evitar sesgo de selección (Mejía, Sánchez y Tamayo, 2007), haciendo hincapié en las diferencias existentes entre el hombre y la mujer, en torno a las variables socioeconómicas y los resultados en salud (estado de salud y utilización de los servicios de salud)³⁹. Según cifras del INEC (2012) existen alrededor de 9 millones de personas en este rango etario, con una participación de la población femenina del 52% frente al 48% de los varones⁴⁰ (Ver tabla 8).

Tabla 8. Población* según sexo y grupo de edad

Actor	Frecuencia	Participación*	18 a 29 años	30 a 39 años	40 a 59 años	60 años y más
Mujeres	4.922.501	52%	52%	53%	52%	54%
Hombres	4.473.714	48%	48%	47%	48%	46%
Total	9.396.215	100%				

Fuente: INEC y MSP, (2012)

Elaboración: Tarina Amaguaña

(*)Población de 18 años y más

Como se señaló en el capítulo anterior, el país atraviesa por un proceso demográfico en el que destaca la migración hacia una mayor longevidad (OPS, 2011), fenómeno que se hace más notorio en la mujer. Así cerca del 54% de la población de 60 años y más pertenece a este grupo (mujer). No obstante, a nivel general, la participación de los grupos jóvenes permanece aún como una las principales características de la estructura poblacional del país.

³⁸ Las razones por las que se trabaja con dicho grupo etario son expuestas a detalle en la sección 3. *Estrategia econométrica*. Este análisis exploratorio ha sido enriquecido con información adicional proveniente de varias fuentes, principalmente la ENEMDU. Para indicadores tales como el nivel de escolaridad, las tasas de empleo y desempleo y subempleo, se utiliza los rangos etarios definidos internacionalmente para su cálculo.

³⁹ Para realizar en análisis exploratorio que se detalla a continuación, se utilizó el factor de expansión de la encuesta utilizada, la Ensanut. Este instrumento representa el peso relativo de cada encuestado en la configuración real de la población, lo cual permite vislumbrar las características y variables a nivel nacional, a partir de la información recolectada.

⁴⁰ Esta cifra es consistente con lo expuesto en las "Proyecciones Poblacionales" del INEC.

2.1 Características socioeconómicas relevantes: Construcción social del género

Como se abordó en la primera sección, el género es una esfera que rebasa la concepción de diferencias estrictamente biológicas (Lamas, 2002). En este sentido, a continuación se exponen las particularidades en las diversas esferas que construyen el género desde la integralidad.

Según estadísticas del INEC (2012) se revela que no existen diferencias significativas en materia de educación entre hombres y mujeres, quienes presentan una escolaridad promedio de 9 años, en ambos casos⁴¹. Sin embargo, los desafíos persisten en el acceso a educación de las poblaciones históricamente menos favorecidas. Así, la escolaridad promedio en el área rural bordea los 6 años, 4 puntos por debajo de la media en zonas urbanas. Bajo la misma línea, la población indígena presenta una instrucción promedio de 6 años, inferior a la población mestiza y blanca, quienes exhiben una escolaridad de 9 años. La misma lectura emerge en el análisis por ingreso, del cual se desprende que la población del quintil 1 presenta un indicador de 6 puntos, la mitad de la escolaridad del grupo con mayor acceso (quintil 5) y 3 años menos que el promedio nacional (9 años) (Ver tabla 9).

Tabla 9. Años de escolaridad promedio según varias desagregaciones

Categoría	Actor	Escolaridad promedio
Sexo	Mujer	8,6
	Hombre	8,8
Área	Urbano	9,6
	Rural	6,4
Etnia	Indígena	5,8
	Afro ecuatoriano	8,0
	Montubio	6,3
	Mestizo	9,1
Quintil	Blanco	9,3
	Quintil 1	6,1
	Quintil 2	7,5
	Quintil 3	8,8
	Quintil 4	10,0
Quintil 5	12,1	

Fuente: INEC y MSP, (2012)

Elaboración: Tarina Amaguaña

⁴¹ El indicador de años de escolaridad de la población, se mide para la población mayor de 24 años, s, ya que se pretende absorber la oportunidad de formación de al menos tercer nivel.

Estos elementos sugieren que los “costos de oportunidad”⁴² de educarse son visiblemente más altos en las poblaciones menos favorecidas, para quienes el derecho a la educación aún no se ha materializado (Senplades, 2013) y por tal motivo, los incentivos desde la política pública deben mostrar estrategias particulares.

Respecto a la mujer y en congruencia con lo mencionado al principio, el Informe de los ODM (2013), enfatiza que el país, no presenta diferencias en la tasa de alfabetización de hombres y mujeres entre 15 y 24 años, para quienes el indicador mencionado se posicionó en 98% a finales de 2013. De igual forma, según el Plan Nacional del Buen Vivir (2013-2017), herramienta máxima de planificación del país, el porcentaje de personas entre 16 y 24 años con educación básica completa bordea el 80% para ambos actores. Inclusive, según el mismo documento, la tasa neta de matrícula en educación superior⁴³ para el año 2013, alcanzó una cifra superior para la mujer con una tasa del 28% frente al 25% en el caso del varón (Senplades, 2013)

En este sentido, hoy por hoy el reto es evaluar los resultados de ese “acceso a educación” en términos de mejoras en la inserción laboral e ingresos en favor de la mujer, cuya participación en el mercado de trabajo estaba condicionada sobremanera al rol socialmente construido para ella (Weller, 2009).

Así, respecto a la oportunidad de emplearse de este actor⁴⁴, se tiene que la tasa de ocupación plena⁴⁵ para este grupo (mujer) fue de 36% a finales de 2013, 12 puntos por debajo de la tasa registrada en el caso del hombre (48%). Respecto al subempleo⁴⁶, se evidencia que el indicador es considerablemente mayor para la mujer, con una tasa de 59% frente al 48% en el caso del varón. Finalmente, las cifras revelan que la población femenina presentan además mayores niveles de

⁴² El costo de oportunidad de una inversión expresa el valor que se deja de percibir debido a la realización de la misma, o por el contrario, el coste de la no realización de la inversión. En términos educativos, este costo de oportunidad pretende medir los beneficios que se pierden durante los años de formación académica por elegir la educación en lugar del trabajo.

⁴³ La tasa neta de matrícula en educación superior se mide a través de la relación entre población inscrita en tercer nivel de educación universitaria y no universitaria (tecnologías) de 18 a 24 años respecto a la población en el mismo rango de edad.

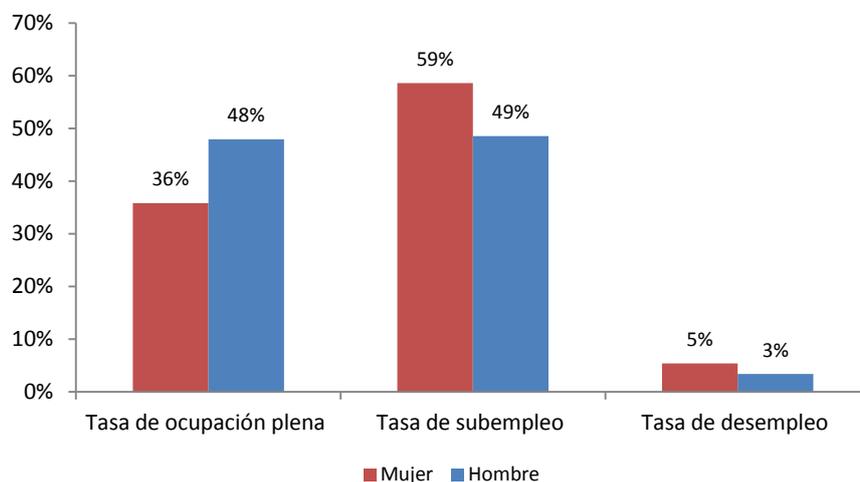
⁴⁴ Para la presente sección se utilizaron los indicadores de trabajo de la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (Enemdu), misma que utiliza para el análisis de la Población Económicamente Activa (PEA) a los individuos mayores de 15 años.

⁴⁵ Población que trabaja como mínimo la jornada legal de trabajo y tiene ingresos superiores al salario unificado legal y no desean trabajar más horas, pues no realiza gestión alguna para ello, o bien aquellas personas que trabajan menos de 40 horas y sus ingresos son superiores al salario unificado legal y no desean trabajar, expresada como porcentaje de la población económicamente activa.

⁴⁶ Población que ha trabajado o ha tenido un empleo durante el período de referencia, pero estaba dispuesta y disponible para modificar su situación laboral a fin de aumentar la duración o la productividad de su trabajo. También se refiere a personas que no trabajan un número mínimo de horas a la semana o que lo hacen sólo de modo esporádico, sin suficiente regularidad y sin llegar al salario mínimo; expresada como porcentaje de la población económicamente activa.

desempleo⁴⁷, con un indicador que bordea el 5% al mismo año (2013), 2 puntos por encima de su contraparte masculina (INEC, 2013a) (Ver gráfico 12).

Gráfico 12. Indicadores básicos del mercado de trabajo según sexo, año 2013



Fuente: INEC, (2013a)

Elaboración: Tarina Amaguaña

Estas estadísticas permiten establecer dos rasgos importantes. Por un lado, la probabilidad de trabajar de la mujer es evidentemente menor que la del varón, expuestas en mayores tasas de desempleo y menores de niveles de ocupación plena. Por otro, cuando se materializa la oportunidad de trabajar, la mujer tiende a insertarse en condiciones menos favorables que su par varón, fenómeno que se traduce en los altos niveles de desempleo, significativamente mayores al promedio del hombre (Weller, 2009).

Si bien es cierto, problemáticas como la preponderante participación de la informalidad en el mercado laboral son un desafío a nivel de país; el panorama descrito sugiere que la mujer atraviesa por un proceso más complejo para insertarse en el mercado formal de trabajo, además de exhibir mayores tasas de desocupación (Cuadros y Jiménez, 2004; Rosero y Perez, 2009; Weller, 2009). Este contexto deja entrever una posible discriminación hacia la inserción laboral de este actor por diversas razones (Cuadros y Jimenez, 2004). De acuerdo a la CEPAL, la “división sexual del trabajo”, que le otorga la responsabilidad primordial a la mujer de hacerse cargo sin remuneración de las tareas del hogar así como del cuidado de niños, se muestra como el principal obstáculo para que la mujer materialice su derecho al trabajo (Weller, 2009: 66).

⁴⁷ Población de mayor de 15 años de edad que en un periodo de referencia presenta simultáneamente las siguientes características: está sin empleo y está en busca de un trabajo; expresada como porcentaje de la población económicamente activa del mismo grupo etario.

De este fenómeno se desprende que, desde una perspectiva de demanda de trabajo, los empleadores perciban a las mujeres “más caras” que sus pares varones, debido a los costos indirectos que conlleva contratarlas, por ejemplo: un mayor ausentismo laboral, mayores atrasos, inflexibilidad para realizar horas extras, entre otros elementos (Cuadros y Jimenez, 2004).

De lo anterior, se desprenden características específicas que hacen visible en el país, la referida “división sexual del trabajo”. Bajo este marco, según la Ensanut, se tiene que existen alrededor de 2 millones de personas que se dedican exclusivamente a las tareas del hogar, sin recibir remuneración alguna. Este escenario refleja una presencia casi universal de la mujer en estas labores, ya que se aprecia que de cada 10 personas que se dedican, exclusivamente, a las tareas domésticas, 9 son mujeres (Ver tabla 10). Esta población representa cerca del 30% de las mujeres de 18 años y más (INEC y MSP, 2012), fenómeno que manifiesta la importancia que tiene el rol de madre, esposa y jefe de hogar para este actor.

Tabla 10. Población que realiza labores domésticas según sexo, año 2012

Actor	Frecuencias	Participación*
Mujeres	1.895.516	99%
Hombres	19.313	1%
Total	1.914.829	21%

Fuente: INEC y MSP, (2012)

Elaboración: Tarina Amaguaña

(*) Participación respecto a la población total de 18 años y más

Estas características en materia de empleo permiten vislumbrar efectos directos en términos salariales. En así que, según el INEC (2013a), la brecha de ingreso laboral entre hombres y mujeres⁴⁸ bordea el 24%, es decir, un trabajador gana en promedio 24% más que su par mujer. Sin embargo, las estadísticas territoriales agudizan aún más el panorama. Así, se tiene que en Tungurahua esta brecha es mayor al 70%, en el caso de Manabí bordea el 54% y para Azuay la diferencia de salarios es un 45% mayor a favor del hombre. Todas estas provincias, se encuentran muy por encima del promedio nacional, elementos que dejan entrever las diversas realidades que se enfrentan en el país.

El panorama no parece mejorar si al análisis se le añade que, inclusive por los mismos años de escolaridad, hombres y mujeres no perciben la misma remuneración en el país (Carillo, 2013). Entonces, la evidencia sugiere que a pesar del mayor acceso a educación, que ha permitido mermar las brechas en escolaridad entre el hombre y la mujer, esto no se ha traducido en beneficios tangibles en el campo laboral para la población femenina.

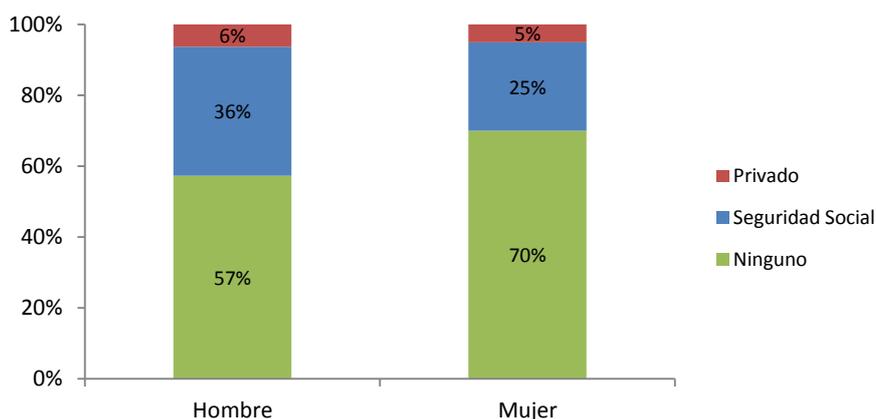
⁴⁸ Diferencia existente entre el salario de los hombres y las mujeres, expresado como porcentaje del salario femenino.

De lo anterior, se desprende que esta brecha salarial se presenta como consecuencia de una estructura laboral que quizá no ha favorecido a la mujer (Weller, 2009). En este sentido, se debe precisar que la oportunidad de generar ingresos propios confiere no solo la capacidad de satisfacer necesidades, sino además un mayor poder de decisión en la distribución de los recursos (Rosero y Pérez, 2009). En materia de salud, esto implicaría, por ejemplo, privilegiar el gasto en servicios preventivos de salud.

Finalmente, el acceso a seguro de salud representa otra esfera estrechamente relacionada con las condiciones de empleo y el nivel de ingresos (CEPAL, 2010a). En tal virtud, se observa que el 25% de las mujeres está afiliada, aporta o está cubierta por algún tipo de seguridad social (IESS, ISSFA e ISSPOL)⁴⁹, y cuenta con sus beneficios, entre ellos un seguro de salud. Para el varón esta cobertura es más alta, alrededor del 36%, congruente con la mayor participación de este actor en el mercado formal de trabajo (INEC y MSP, 2012).

Por otro lado, se evidencia que la utilización de seguros de salud privados es sumamente limitada en el país, con una participación del 6% para el hombre y 5% para la mujer. Este escenario contrasta profundamente con el acceso a medicina pre pagada en países como Brasil y Chile, donde la cobertura de estos servicios llega al 20% y 16%, respectivamente (OPS, 2012: 68). Sin embargo, este comportamiento es consistente con la realidad nacional, donde si bien fenómenos como la pobreza exhiben una sostenida tendencia a la baja (INEC, 2013a), son todavía un desafío importante⁵⁰. Esto hace que el acceso a servicios como la salud pre pagada no sean una prioridad para la población.

Gráfico 13. Seguro de salud según sexo, año 2012



Fuente: INEC y MSP, (2012)

Elaboración: Tarina Amaguaña

⁴⁹La participación del IESS representa más del 80% del total de afiliados.

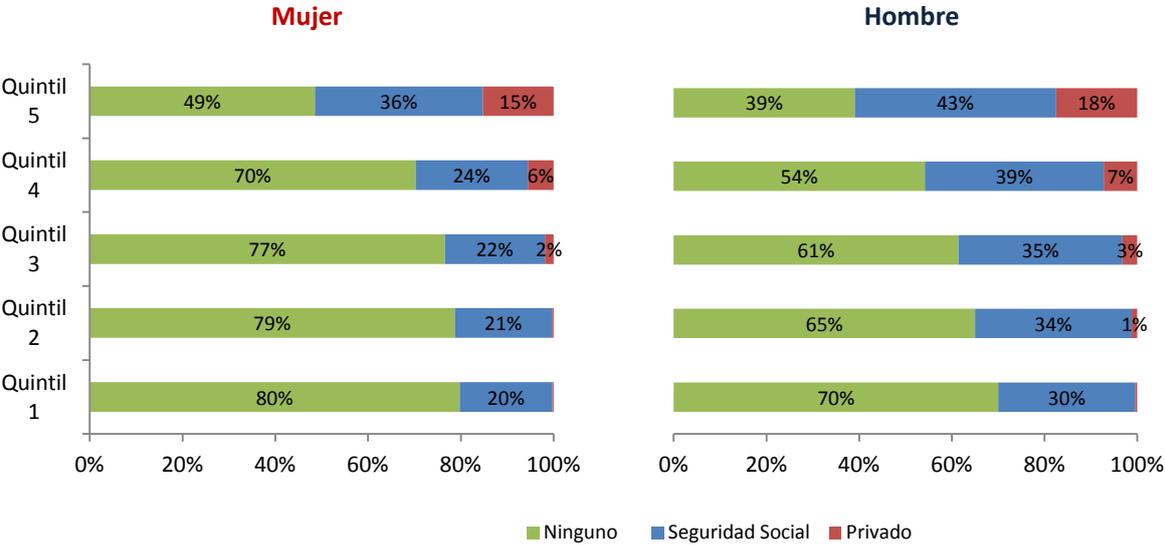
⁵⁰ Según información del INEC, a finales de 2013 la pobreza por ingresos se ubicó alrededor de los 26 puntos, menor en 17 puntos al índice registrado en 2005 (43%), pero mayor a la meta planteada por el gobierno (20%) (Senplades, 2013).

La incipiente utilización de seguros de salud privados en el país y la baja cobertura de la seguridad social preocupa sobremanera en un contexto donde más de la mitad de la población ecuatoriana no accede a ningún tipo de seguro de salud (INEC y MSP, 2012). Este fenómeno se agudiza en la población femenina, donde 7 de cada 10 mujeres no están cubiertas por la seguridad social y tampoco tienen acceso a medicina pre pagada (INEC y MSP, 2012) (Ver gráfico 13).

Esto implica, sin duda alguna, un mayor gasto de bolsillo en caso de enfermedad, fenómeno que se muestra como uno de los principales catalizadores de las desigualdades en materia sanitaria, dado que los desembolsos directos en salud representan una proporción más robusta a menor ingreso (Organización Internacional del Trabajo, 1999).

Puntualmente en el caso de la mujer, destaca la mayor participación de población sin seguro respecto a su par varón en todos los quintiles de ingreso. Inclusive, en la población femenina del quintil más rico, la participación de mujeres sin acceso a seguros de salud representa el segmento más importante (49%). Esta realidad contrasta con la de un hombre del mismo nivel de ingresos, donde alrededor del 60% del grupo está cubierto por algún seguro de salud (Ver gráfico 14).

Gráfico 14. Seguro de salud según sexo y quintil, año 2012



Fuente: INEC y MSP, (2012)
Elaboración: Tarina Amaguaña

Bajo la misma línea, se tiene que, por ejemplo, en el caso de una mujer que se dedica exclusivamente a realizar labores domésticas, el 83% no está afiliada a la seguridad social y tampoco tiene acceso a medicina pre pagada, cifra que está por encima de la media nacional (60%), e incluso es mayor al promedio para la mujer en general (70%) (INEC y MSP, 2012).

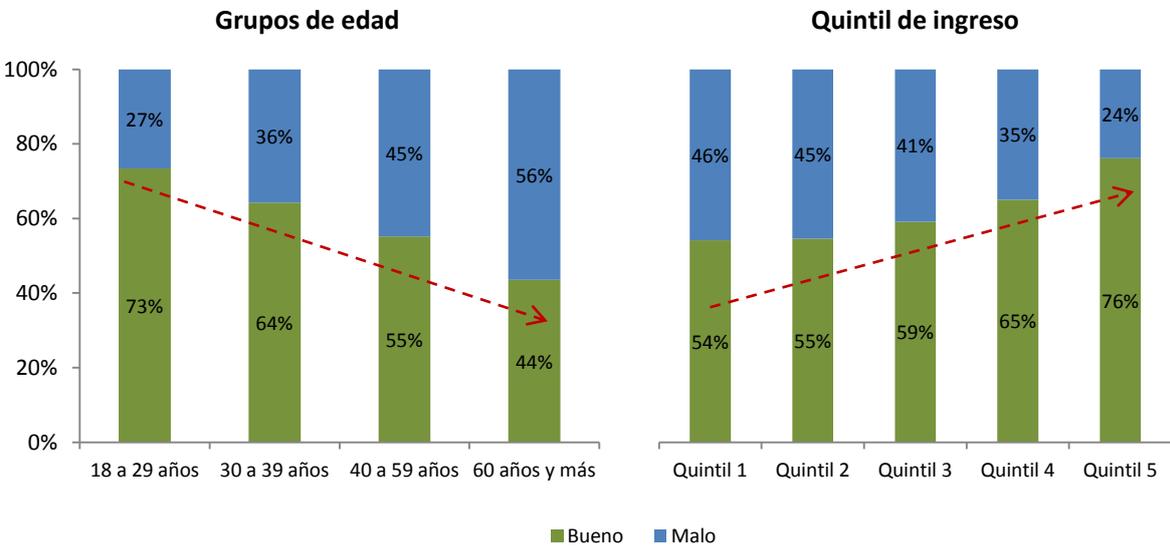
Estas reveladoras brechas manifiestan la necesidad de contar con mecanismos paralelos de cobertura, tales como el acceso a salud pública/gratuita, servicio que juega un rol crucial en un país donde la referida “división sexual del trabajo”, la estructura del mercado laboral y la limitación en ingresos no favorecen el acceso a salud (Weller, 2009).

Una vez definida la situación del empleo, ingresos y acceso a seguros a salud, a continuación se indaga en el estado de salud percibido por la población, la presencia de enfermedad y la utilización de servicios sanitarios.

2.2 Situación del estado de salud

A nivel general, a medida que aumentan los años de vida se tiende a percibir de peor manera el estado de salud, congruente con el deterioro físico a mayor edad (Salgado-de Snyder y Wong, 2007). Así, se aprecia que 7 de cada 10 individuos entre 18 y 29 años se identifican con un buen estado de salud. En contraste, tan solo 4 de cada 10 personas de 60 años y más tienen una percepción positiva de su salud (Ver gráfico 15).

Gráfico 15. Percepción del estado de salud según grupo de edad y quintil, año 2012



Fuente: INEC y MSP, (2012)

Elaboración: Tarina Amaguaña

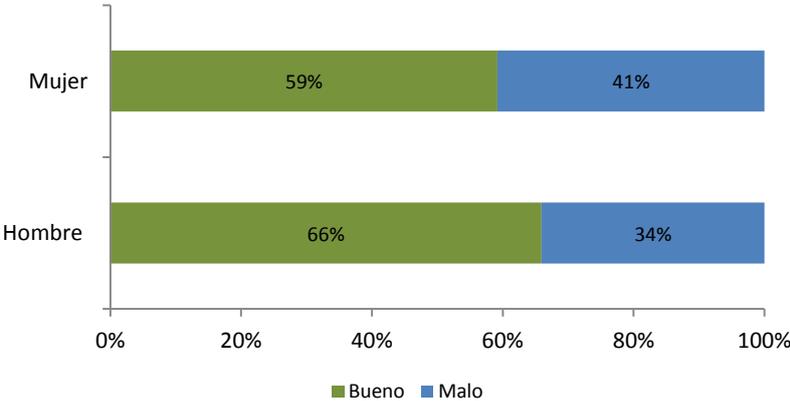
En función de los ingresos, se observa que a mayor quintil, la percepción de salud mejora. En tal virtud, en la población de menor renta (quintil 1), el 54% de individuos se percibe con un buen estado de salud frente al 76% en el quintil de mayor ingreso (quintil 5), una brecha de 20 puntos (Ver

gráfico 15). Estos elementos manifiestan la mayor vulnerabilidad de los grupos menos favorecidos económicamente y denota la estrecha relación entre los ingresos y la percepción de salud de la población (Tovar, 2005).

Asimismo, los datos (INEC y MSP, 2012) revelan que la población soltera percibe una participación mayor del buen estado de salud (70%) respecto a los casados (60%), divorciados (57%) y los viudos (46%); congruente con la mayor adquisición de responsabilidades y preocupaciones al contraer algún tipo de compromiso que pueden desfavorecer la percepción que se tiene del capital de salud (Jewell, Rossi y Triunfo, 2006).

En cuanto a las diferencias que se derivan del sexo, el hombre tiende a percibir una mejor salud en comparación con la mujer. En congruencia, cerca del 66% de la población masculina está satisfecha con su estado de salud frente al 60% en el caso de la mujer (Ver gráfico 16). Si bien la brecha no es sustancial, las diferencias entre estos dos actores se agudizan según la etnia. Así, según información de la Ensanut (INEC y MSP, 2012), en los grupos indígenas esta diferencia en la percepción positiva de salud llega al 10%, exponiendo que el 60% de las mujeres indígenas consideran tener un buen estado de salud frente al 70% en el caso de su par varón. De igual forma, para el grupo afro ecuatoriano, la mujer percibe un buen estado de salud en el 50% de los casos, 10 puntos inferior a lo registrado por su contraparte (INEC y MSP, 2012).

Gráfico 16. Percepción del estado de salud según sexo, año 2012



Fuente: INEC y MSP, (2012)

Elaboración: Tarina Amaguaña

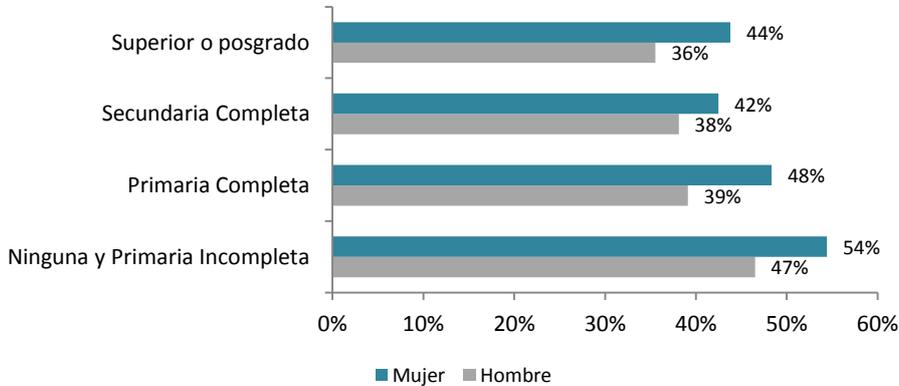
De otra parte y congruente con lo expuesto anteriormente; se tiene que la presencia de enfermedad tiende a incrementarse en los grupos más adultos y a reducirse en los quintiles de mayor riqueza. En tal virtud, cerca del 35% de la población entre 18 y 29 años reporta algún tipo de enfermedad (INEC y MSP, 2012). El comportamiento es creciente y en el grupo más longevo (60 años y más) 6 de cada 10

individuos reportan algún tipo de enfermedad. En cuanto a los ingresos, se revela que el 45% de la población del quintil 1 reporta alguna clase de padecimiento frente al 38% en el caso del quintil más favorecido (INEC y MSP, 2012).

Respecto a la desagregación según sexo, se tiene que la mujer manifiesta algún mal en un 47% de los casos, 9 puntos por encima de lo registrado para el hombre (38%). Según investigaciones en diferentes países (Palència, Malmusi, De Moortel, Artazcoz, Backhans, Vanroelen, Borrell, 2014), esta mayor presencia de enfermedad y peor percepción de la salud de la mujer se da un contexto, que paradójicamente exhibe una esperanza de vida mayor para la población femenina (OPS, 2011), como se profundizó en el capítulo anterior. Sin embargo, estas tendencias sugieren que a pesar de que la mujer tiende a vivir más, no necesariamente vive mejor. La pregunta en este sentido, es ¿por qué suscitan estas diferencias? De acuerdo al Proyecto Europeo SOPHIE (2014), organismo que busca evaluar los impactos de las políticas estructurales (sociales y económicas) en las desigualdades sociales en salud, estas brechas entre hombres y mujeres suscitan en mayor medida en países con políticas familiares tradicionales. En contraste, estas desigualdades no se observa en lugares que impulsan estrategias para promover “la mayor participación de la mujer en el mercado laboral (formal) y una redistribución equitativa en el cuidado familiar” (Proyecto Europeo Sophie, 2014: 2). Estos elementos permiten identificar los posibles retos que aún le quedan por enfrentar al país respecto a la equidad de género en salud.

Por otro lado, se tiene que la presencia de enfermedad exhibe una participación cada vez menor a medida que el nivel de instrucción es más alto, fenómeno que suscita en ambos actores (hombre y mujer) (INEC y MSP, 2012). Así, el grupo de mujeres más vulnerable es aquel que no tiene ningún nivel de educación (que incluye la primaria incompleta), segmento en el cual más del 50% reporta algún tipo de padecimiento. Esta cifra tiende a la baja conforme avanzan los años de escolaridad, y en el nivel más alto de instrucción (tercer nivel o posgrado) la presencia de enfermedad se reduce al 44% de los casos (Ver gráfico 17).

Gráfico 17. Presencia de enfermedad según sexo y nivel de instrucción, año 2012



Fuente: INEC y MSP, (2012)

Elaboración: Tarina Amaguaña

Las estadísticas expuestas sugieren que la mayor escolaridad se relaciona con la disminución de enfermedad en la mujer (INEC y MSP, 2012). Si bien los ingresos no necesariamente mejoran a mayores niveles de instrucción para este grupo (Carrillo, 2013); este escenario se puede explicar a través del efecto directo que tiene la mayor educación en la disponibilidad de más información y con ello la posibilidad de concientizar acerca de varios aspectos de la vida, entre ellos, cuidar la salud (Gerdtham y Johannesson, 2004; Mejía, Sánchez y Tamayo, 2007). Por su lado, el varón registra el mismo comportamiento decreciente de enfermedad a mayor escolaridad. Sin embargo, en todos los niveles de instrucción muestra menor presencia de padecimientos respecto a la mujer con los mismos niveles de educación (INEC y MSP, 2012), cuadro que evidencia, como ya se ha mencionado, la mayor vulnerabilidad de la población femenina.

Finalmente, respecto a los padecimientos que enfrentan hombres y mujeres, se aprecia que en ambos actores los problemas respiratorios⁵¹ son la principal causa de enfermedad. No obstante, su participación tiende a disminuir conforme avanza la edad, dando paso a la aparición de enfermedades crónicas⁵² que en la mujer presenta una participación del 24% de la población mayor a 60 años. Esta cifra es más alta que el hombre del mismo rango de edad, para quien las enfermedades crónicas se presentan en un 15% de los casos (Ver tabla 11). De igual forma, los padecimientos cardiovasculares⁵³ y problemas óseos⁵⁴ aparecen comúnmente en los rangos más adultos, y son más frecuentes en la población femenina (Ver tabla 11).

Tabla 11. Padecimiento reportado según sexo y grupo de edad, año 2012

Padecimiento	Mujer				Hombre			
	18 a 29	30 a 39	40 a 59	60 y más	18 a 29	30 a 39	40 a 59	60 y más
Respiratorio	46%	40%	29%	24%	58%	47%	38%	26%
Cardiovascular	2%	2%	5%	7%	2%	2%	4%	8%
Digestivo o vómito	12%	10%	13%	8%	14%	18%	14%	11%
Neuromuscular	5%	7%	8%	7%	5%	7%	8%	8%
Problemas óseos	2%	4%	9%	15%	3%	5%	8%	11%
Fracturas, heridas	1%	1%	1%	2%	3%	2%	2%	2%
Enfermedades crónicas	1%	3%	10%	24%	1%	3%	8%	15%
Propias de su sexo	17%	15%	11%	2%	1%	2%	3%	4%
Otros	13%	16%	14%	12%	14%	14%	15%	15%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: INEC y MSP, (2012)

Elaboración: Tarina Amaguaña

⁵¹ Tales como: gripe común, sinusitis, rinosinusitis, faringitis/adenitis, laringitis y neumonía.

⁵² Entre las que se encuentran: Hipertensión arterial, diabetes, obesidad, cáncer y artritis.

⁵³ Como por ejemplo: Infartos, derrames, insuficiencia cardiaca, soplos al corazón y enfermedades cerebro vasculares.

⁵⁴ Tales como: artrosis y osteoporosis

En cuanto a las enfermedades derivadas de las singularidades del sexo, se tiene que la mujer padece de ellas en mayor medida que su par varón, para quien este tipo de anomalías representa en promedio el 2% de los padecimientos. En contraste, para la mujer estas enfermedades representan en promedio el 12%, siendo más evidentes en los grupos más jóvenes.

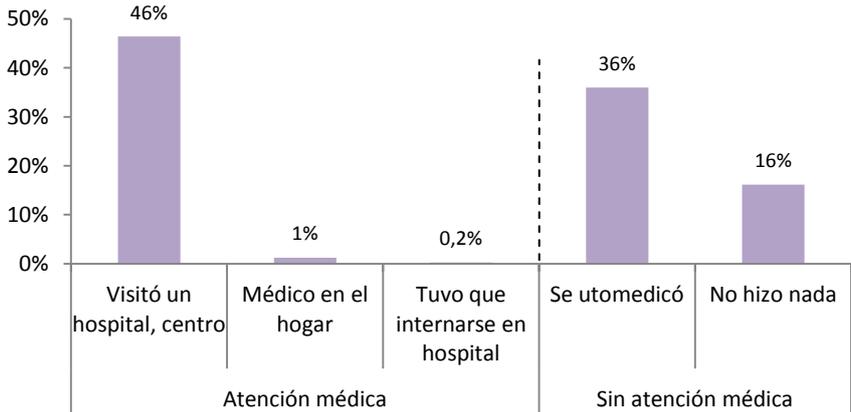
2.3 Utilización de servicios de salud

Una vez exploradas la situación del estado de salud tanto de la población femenina como masculina, a continuación, se hace un análisis descriptivo de la utilización de los servicios de salud en las modalidades curativa y preventiva.

2.3.1 Atención curativa de salud

De acuerdo a datos recogidos por la Ensanut (INEC y MSP, 2012), el 46% de la población de 18 años y más, que reportó enfermedad, acudió a un establecimiento de salud y alrededor del 1% se atendió en el hogar con un profesional de la salud. En contraste, el 36% se auto medicó y el 16% no tomó ninguna acción para contrarrestar el padecimiento. En otras palabras, cerca del 46% de la población recibió atención médica ante la presencia de enfermedad frente al 52% que no utilizó servicios médicos de salud (Ver gráfico 18).

Gráfico 18. Acciones tomadas ante presencia de enfermedad, año 2012



Fuente: INEC y MSP, (2012)
Elaboración: Tarina Amaguaña

La percepción de que es un padecimiento sin importancia, la falta de dinero y no tener tiempo, están entre las razones más frecuentes que expone la población para no buscar atención médica. Bajo este

marco, se destaca que las mujeres representan el 60% de la población que no tiene tiempo para acudir a un establecimiento de salud y el 57% de quienes limitan su acceso a salud curativa por recursos económicos.

A pesar de estos limitantes, se aprecia que la mujer tiende a utilizar en mayor proporción estos servicios sanitarios en comparación a su par varón. Así, cerca del 52% de la población femenina reporta el uso de servicios curativos de salud frente al 42% en el caso del hombre (Ver tabla 12).

Tabla 12. Atención curativa de salud según sexo, año 2012

Atención	Total		Mujer		Hombre	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	2.043.157	52%	1.084.020	48%	959.137	58%
Si	1.873.806	48%	1.185.016	52%	688.790	42%
Total	3.916.963	100%	2.269.036	100%	1.647.927	100%

Fuente: INEC y MSP, (2012)

Elaboración: Tarina Amaguaña

No obstante, a pesar de la mayor utilización de servicios de salud curativa en la población femenina, el análisis por etnia revela importantes brechas. En congruencia, las mujeres indígenas y afrodescendientes reportan una menor utilización servicios curativos respecto al promedio nacional para la mujer (52%) y la diferencia se amplía si se compara su cobertura con la utilización de las mujeres blancas, para quienes en un 56% de los casos se efectiviza el acceso a salud curativa.

En cuanto a los servicios recibidos, se aprecia que el varón utiliza servicios de emergencia en mayor proporción que la mujer, fenómeno congruente con el mayor registro de morbilidad de este actor a causa de accidentes de tráfico y agresiones (INEC, 2013). Por su lado, los servicios de consulta externa se muestran como el principal servicio brindado en caso de enfermedad para ambos actores (Ver tabla 13).

Tabla 13. Atención curativa de salud: servicios recibidos según sexo, año 2012

Servicio	Mujer	Hombre
	Participación	Participación
Emergencia	17%	21%
Consulta externa	58%	56%
Consulta de especialidades	10%	9%
Medicina integral, general	13%	11%
Otro	2%	3%
Total	100%	100%

Fuente: INEC y MSP, (2012)

Elaboración: Tarina Amaguaña

Finalmente, respecto al financiamiento, las estadísticas muestran un cuadro alentador, ya que cerca del 50% de la población que utilizó servicios curativos de salud recibió atención gratuita (Ver tabla 14). Este escenario merma de manera significativa la vulnerabilidad de los segmentos menos favorecidos. Puntualmente, en el caso de la mujer, 5 de cada 10 mujeres accedieron a servicios gratuitos, consagrando a los subcentros de salud pública como los establecimientos a los que más acuden en caso de enfermedad (INEC y MSP, 2012). Esto en un contexto que vislumbra el fortalecimiento y potencialización de la infraestructura en salud pública del país (Senplades, 2013).

Tabla 14. Atención curativa de salud: forma de pago por servicios recibidos según sexo, año 2012

Forma de pago	Mujer	Hombre
	Participación	Participación
Desembolso directo (Gasto de bolsillo)	34%	34%
Seguro privado	0,10%	0,18%
Servicio gratuito	52%	43%
Cubierto por seguridad social	14%	23%
Total	100%	100%

Fuente: INEC y MSP, (2012)

Elaboración: Tarina Amaguaña

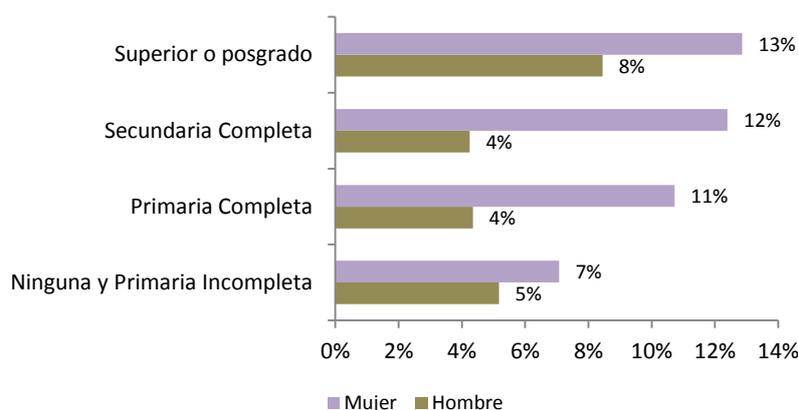
Sin embargo, los retos persisten dado que el gasto de bolsillo permanece como una fuente importante de pago. Según la Ensanut (INEC y MSP, 2012) el 34% de hombres y mujeres desembolsó la totalidad del valor del servicio. Se revela además que, el financiamiento a través de la seguridad social cubre en menor proporción a la mujer, congruente con la menor participación en el mercado formal de trabajo de este grupo, además de la mayor presencia de trabajo no remunerado. La población cubierta por seguros de salud privados es bastante reducida en el país, razón por la cual el financiamiento de esta fuente en caso de enfermedad es ínfimo.

2.3.2 Atención preventiva de salud

En el país, la importancia de la utilización de servicios de salud preventiva no ha logrado aún posicionarse como mecanismo vital para cuidar la salud. Bajo esta premisa, tan solo el 8% de la población de 18 años y más utiliza esta clase de servicios sanitarios, siendo menor en las áreas rurales (6%). Según el nivel ingresos, se revela que a mayor riqueza, la participación de atención preventiva es más frecuente. Así, en el quintil más pobre, solo 5% de la población utiliza estos servicios frente al 11% en el caso de la población con mayores recursos. Respecto al sexo, se tiene que para la mujer⁵⁵ esta cobertura alcanza el 11% y en el caso del varón llega al 5% (INEC y MSP, 2012).

Adicionalmente, se muestra que para ambos sexos, a mayor nivel de instrucción se exhibe una participación más robusta en la utilización de este servicio, siendo más evidente en la mujer. Así, en la población femenina, la cobertura pasa del 7% en el nivel inferior de educación al 13% para las mujeres con al menos instrucción de tercer nivel (Ver gráfico 19).

Gráfico 19. Atención a salud preventiva de salud según sexo y nivel de instrucción, año 2012



Fuente: INEC y MSP, (2012)

Elaboración: Tarina Amaguaña

De otra parte, se aprecia que las especificidades biológicas de la población femenina marcan la diferencia en la utilización de los servicios preventivos de salud. Así, el 7% de las mujeres de 18 años y más reportan haberse realizado el examen de Papanicolaou, prueba que permite detectar alteraciones en el cuello uterino y prevenir el cáncer (Solca, 2014). Esta participación se incrementa al 12% en las mujeres de 30 a 39 años. Bajo la misma línea, el examen de mamografía, que busca detectar el desarrollo de cáncer de mama (Solca, 2014), se presentó en el 1% de los casos. Los especialistas exhortan a las mujeres con un riesgo elevado de desarrollar cáncer de mama que

⁵⁵ Excluye el control de embarazo.

tengan la primera revisión a partir de los 25 años y, de manera general, recomiendan un examen anual para las mujeres mayores de 40 años (Solca, 2014). Congruente con esto, cerca del 50% de las mujeres que se realizaron un examen de seno, tiene más 40 años. Sin embargo, aunque la prueba es más común en este grupo etario, este mecanismo de prevención está vagamente difundido, incluso en los grupos de edad en los que amerita realizarse el examen (INEC y MSP, 2012).

Como se profundizó en el capítulo anterior, la reducción de problemas como el cáncer de útero permanece como tema pendiente en la agenda de salud, por lo cual la utilización de mecanismos que permitan detectar estas anomalías prematuramente es el único instrumento para combatir el problema.

Otro elemento que resalta es la mayor utilización de servicios de salud bucal preventivos en el hombre, quien los utilizó en el 25% de los casos, una proporción mayor a lo registrado para las mujeres (16%). Este fenómeno se muestra en todos los rangos de edad y llega al 36% en la población masculina de 18 a 29 años (Ver tabla 15).

Tabla 15. Atención preventiva de salud: servicios recibidos según sexo, año 2012

Servicios	Total		Mujer	Hombre
	Frecuencia	Participación	Participación	Participación
Control general de salud	257.910	53%	50%	57%
Tratamiento odontológico	93.414	19%	16%	25%
Examen Papanicolaou	23.630	5%	7%	-
Examen mamografía	3.662	1%	1%	-
Planificación familiar	26.673	5%	8%	0,2%
Otro	84.564	17%	17%	18%
Total	489.853	100%	100%	100%

Fuente: INEC y MSP, (2012)

Elaboración: Tarina Amaguaña

Respecto a la planificación familiar, la incipiente utilización de este servicio por parte del hombre se manifiesta en un contexto de escasa investigación y débil difusión de los métodos de anticoncepción masculina (a excepción del preservativo) (Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana, 2014), además del reto que significa concebir el rol reproductivo desde la dualidad, con igual responsabilidad del hombre y la mujer en su planificación.

Finalmente, en lo que concierne a las formas de pago, se presenta una estructura similar a la del financiamiento de la atención curativa. Esto significa que, alrededor del 30% de la población paga la

totalidad del costo del servicio y cerca del 50% utiliza servicios de salud públicos, con mayor presencia en la mujer (55%) (Ver tabla 16).

Tabla 16. Atención preventiva de salud: forma de pago por servicios recibidos, año 2012

Forma de pago	Mujer Participación	Hombre Participación
Desembolso directo (Gasto de bolsillo)	30%	32%
Seguro privado	0,4%	1%
Servicio gratuito	55%	40%
Cubierto por seguridad social	15%	26%
Total	100%	100%

Fuente: INEC y MSP, (2012)

Elaboración: Tarina Amaguaña

Todos los elementos expuestos anteriormente han permitido contextualizar la situación del estado de salud y, su proceso contrario, la enfermedad. De igual forma, se ha caracterizado el escenario de la utilización de servicios de salud curativa y preventiva, haciendo hincapié en las diferencias derivadas del sexo. Con este antecedente, la siguiente sección pretende describir la estrategia econométrica que se utilizará para definir los principales resultados en salud que permitan revelar las brechas de género.

3. Estrategia Econométrica

Con el objetivo de identificar cómo influye el género en la equidad de los resultados de salud, se ha planteado el uso de un modelo logit, en orden de establecer cómo incide el hecho de ser mujer o ser varón en la probabilidad de tener un buen estado de salud, así como en la probabilidad de utilizar servicios de salud. A continuación, se detalla el modelo y las variables utilizadas para las estimaciones.

En el campo de las ciencias sociales, existen ciertos fenómenos en los que se busca encontrar la probabilidad de ocurrencia de un evento condicionado a diversas variables. Dentro de este grupo se encuentran el enfoque tipo *Logit*, que forma parte de los modelos de elección cualitativa con respuesta binaria⁵⁶ (Wooldridge, 2006). En este caso, la variable dependiente tiene dos posibles respuestas, por lo general codificadas como 1 cuando el evento efectivamente ocurrió y 0 para el caso contrario (no ocurrencia del evento).

⁵⁶ Existen 4 estrategias econométricas para abordar modelos con este tipo de variables: 1. El Modelo de Probabilidad Lineal (MPL), 2. Modelo Logit, 3. Modelo Probit y 4. Modelo Tobit.

$$Y = \begin{cases} 1 & \text{Si el evento ocurre} \\ 0 & \text{Si el evento no ocurre} \end{cases}$$

Así, en un modelo regresión logística se utiliza como variable de respuesta, una variable dicotómica (dummy, o binaria) donde la probabilidad de respuesta es una función de distribución acumulada de una variable normal tipificada. Por lo tanto, podría escribirse de la siguiente manera:

$$\Pr(Y_i = 1|x_i) = G(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_k X_k) = G(\beta_0 + \beta X) \quad (1)$$

Donde βX hace referencia a las variables explicativas que intenta predecir el comportamiento de la variable dicotómica dependiente. Por su lado G representa una función de distribución acumulada que toma estrictamente valores entre $0 < G(z) < 1$ para cualquier número real Z_i , y se expresa de la siguiente manera:

$$G(z) = \frac{e^{zi}}{[1 + e^{zi}]} \quad (2)$$

Donde

$$Z = \beta_0 + \beta X \quad (3)$$

Y $G(z)$ representa la función de distribución logística acumulada.

Como se mencionó, la presente investigación considera 4 variables dependientes agrupadas en dos grandes esferas, que toman el valor de:

Percepción del estado de salud:

1 = Buena salud

0 = Ausencia de buena salud => Mala salud

Atención curativa de salud

1 = Utilización de servicios curativos

0 = No utilización servicios curativos

Presencia de enfermedad

1 = Reporta enfermedad

0 = Ausencia de enfermedad => Sin enfermedad

Atención preventiva de salud

1 = Utilización de servicios preventivos

0 = No utilización servicios preventivo

En tanto, se considera como variables independientes a un conjunto de factores, que desde la teoría (Torres, 2001; Borrell, 2004; Roxburgh, 2009; Weller, 2009; Manisha y Sekhar, 2007) y la disponibilidad de información, construyen la dimensión de “género” en este estudio. Entre éstas se

encuentran: el quintil de ingreso, la etnia, la edad, el nivel de instrucción, la situación de empleo, acceso a seguros de salud, estado civil y finalmente, el área y provincia de residencia.

De manera general, se puede escribir:

$$\Pr(Y_i = 1|x_i) = G(\text{const} + \beta_j A_i + \alpha_j E_i + \gamma_j C_i) \quad (3)$$

Donde $\Pr(Y_i = 1|x_i)$ corresponde a la probabilidad de ocurrencia de la variable dependiente. A_i constituye un vector de las características sociodemográficas: grupo étnico, área (urbano-rural) y provincia de residencia. E_i representa la esfera biológica con la variable edad, misma que se incluye en grupos etarios. Finalmente, C_i hace referencia a las características socioeconómicas, entre las que se encuentran: estado civil, nivel de instrucción, quintil de ingresos y acceso a seguro de salud.

La investigación estima el modelo por separado para hombres y mujeres en orden de analizar cómo se comportan las variables explicativas según el género. No obstante, para determinar si el sexo, efectivamente, condiciona los resultados en salud, se introduce esta categoría como variable dependiente dentro de las regresiones, así como para brindar un primer contexto acerca de la situación de las demás variables explicativas. De igual forma, con la intención de observar las particularidades del género, como la situación de las mujeres que realizan labores domésticas, se introduce ésta variable como factor explicativo. Haciendo explícitas estas particularidades, que la investigación considera importante exponer, las variables dependientes son las mismas para ambas esferas: “Estado de salud” y “Utilización de los servicios de salud”. Así, para la esfera del “Estado de Salud”, se tiene que:

- La probabilidad de percibir un buen estado de salud está dada por:

$$\begin{aligned} Pr(\text{Salud} = 1|x_i) &= G[\text{const} + \beta_1(\text{rural}) + \beta_2(\text{indígena}) + \beta_3(\text{afroecuatoriano}) \\ &+ \beta_4(\text{montubio}) + \beta_4(\text{blanco}) + \beta_5(\text{Provincia} \neq \text{Pichincha}) \\ &+ \alpha_1(\text{edad}_{\text{grupo}}: 30 \text{ a } 39 \text{ años}) + \alpha_2(\text{edad}_{\text{grupo}}: 40 \text{ a } 59 \text{ años}) \\ &+ \alpha_3(\text{edad}_{\text{grupo}}: 60 \text{ y más}) + \gamma_1(\text{primaria completa}) \\ &+ \gamma_2(\text{secundaria completa}) + \gamma_3(\text{educación de al menos tercer nivel}) \\ &+ \gamma_4(\text{quintil } 1) + \gamma_5(\text{quintil } 2) + \gamma_6(\text{quintil } 3) + \gamma_7(\text{quintil } 4) \\ &+ \gamma_8(\text{Seguridad Social}) + \gamma_9(\text{Privado}) \end{aligned}$$

Las variables omitidas, base o de referencia son las siguientes:

urbana:	Variable dummy de área geográfica de residencia correspondiente al área urbana
mestizo:	Variable dummy de grupo étnico correspondiente a población mestiza
pichincha:	Variable dummy de Provincia de residencia correspondiente a Pichincha
edad_{grupo}:	Variable dummy de grupo de edad entre 18 a 29 años
sin_educ:	Variable dummy de nivel de instrucción correspondiente a ningún nivel de educación

quintil 1: Variable dummy de quintil de ingresos correspondiente al quintil de menor riqueza
ninguno: Variable dummy de seguro de salud correspondiente a ningún seguro de salud

Bajo la misma línea, la probabilidad de reportar enfermedad se expresa de la misma forma:

$$\begin{aligned}
 Pr(\text{Enfermedad} = 1|x_i) &= G[\text{const} + \beta_1(\text{rural}) + \beta_2(\text{indígena}) + \beta_3(\text{afroecuatoriano}) \\
 &+ \beta_4(\text{montubio}) + \beta_4(\text{blanco}) + \beta_5(\text{Provincia} \neq \text{Pichincha}) \\
 &+ \alpha_1(\text{edad}_{\text{grupo}}: 30 \text{ a } 39 \text{ años}) + \alpha_2(\text{edad}_{\text{grupo}}: 40 \text{ a } 59 \text{ años}) \\
 &+ \alpha_3(\text{edad}_{\text{grupo}}: 60 \text{ y más}) + \gamma_1(\text{primaria completa}) \\
 &+ \gamma_2(\text{secundaria completa}) + \gamma_3(\text{educación de al menos tercer nivel}) \\
 &+ \gamma_4(\text{quintil 1}) + \gamma_5(\text{quintil 2}) + \gamma_6(\text{quintil 3}) + \gamma_7(\text{quintil 4}) \\
 &+ \gamma_8(\text{Seguridad Social}) + \gamma_9(\text{Privado})
 \end{aligned}$$

Las variables de referencia son las mismas que en el caso anterior.

- Por su lado, para la segunda esfera, “Utilización de los servicios de salud”, se tiene que:

La probabilidad de utilizar servicios de salud curativos, es decir si reporta enfermedad, se expresa así:

$$\begin{aligned}
 Pr(\text{Curativa} = 1|x_i) &= G[\text{const} + \beta_1(\text{rural}) + \beta_2(\text{indígena}) + \beta_3(\text{afroecuatoriano}) \\
 &+ \beta_4(\text{montubio}) + \beta_4(\text{blanco}) + \beta_5(\text{Provincia} \neq \text{Pichincha}) \\
 &+ \alpha_1(\text{edad}_{\text{grupo}}: 30 \text{ a } 39 \text{ años}) + \alpha_2(\text{edad}_{\text{grupo}}: 40 \text{ a } 59 \text{ años}) \\
 &+ \alpha_3(\text{edad}_{\text{grupo}}: 60 \text{ y más}) + \gamma_1(\text{primaria completa}) \\
 &+ \gamma_2(\text{secundaria completa}) + \gamma_3(\text{educación de al menos tercer nivel}) \\
 &+ \gamma_4(\text{quintil 1}) + \gamma_5(\text{quintil 2}) + \gamma_6(\text{quintil 3}) + \gamma_7(\text{quintil 4}) \\
 &+ \gamma_8(\text{Seguridad Social}) + \gamma_9(\text{Privado})
 \end{aligned}$$

Con las mismas categorías de referencia que es los casos anteriores.

Respecto, la probabilidad de utilización de los servicios de salud preventivos, es decir si no reporta enfermedad:

$$\begin{aligned}
 Pr(\text{Preventiva} = 1|x_i) &= G[\text{const} + \beta_1(\text{rural}) + \beta_2(\text{indígena}) + \beta_3(\text{afroecuatoriano}) \\
 &+ \beta_4(\text{montubio}) + \beta_4(\text{blanco}) + \beta_5(\text{Provincia} \neq \text{Pichincha}) \\
 &+ \alpha_1(\text{edad}_{\text{grupo}}: 30 \text{ a } 39 \text{ años}) + \alpha_2(\text{edad}_{\text{grupo}}: 40 \text{ a } 59 \text{ años}) \\
 &+ \alpha_3(\text{edad}_{\text{grupo}}: 60 \text{ y más}) + \gamma_1(\text{primaria completa}) \\
 &+ \gamma_2(\text{secundaria completa}) + \gamma_3(\text{educación de al menos tercer nivel}) \\
 &+ \gamma_4(\text{quintil 1}) + \gamma_5(\text{quintil 2}) + \gamma_6(\text{quintil 3}) + \gamma_7(\text{quintil 4}) \\
 &+ \gamma_8(\text{Seguridad Social}) + \gamma_9(\text{Privado})
 \end{aligned}$$

De igual forma, con las mismas categorías base que en los casos previos.

De otra parte, es importante resaltar que para el análisis de una variable binaria, no es posible interpretar a β como el cambio en Y dado un incremento unitario en las variables dependientes x_i ; debido a que Y es una variable dicotómica, sus cambios son discretos, es decir, de 0 a 1, ó de 1 a 0 (Wooldridge, 2006). Para solventar este obstáculo, la regresión logística permite trabajar con los denominados “Odds ratios”, o cociente de razones, instrumento que permite que los coeficientes expresen la relación entre la probabilidad de ocurrencia de un evento y la probabilidad de no ocurrencia de ese evento, respecto a la categoría base elegida⁵⁷. Se pueden presentar dos posibles situaciones (Wooldridge, 2006):

- Si el cociente de razones asociado a una variable es superior a 1, la razón aumenta cuando se incrementa el valor de la variable⁵⁸, por tanto, la variable tiene un efecto positivo sobre la probabilidad de ocurrencia del suceso.
- Si el coeficiente mostrado es inferior a 1, la razón de ocurrencia del suceso disminuye cuando aumenta en una unidad la variable independiente en cuestión, mostrando un efecto negativo sobre la probabilidad de ocurrencia del evento.

Las variaciones en las razones son de primordial interés para el estudio de un Logit. No obstante, es importante resaltar que no se está tratando directamente sobre las probabilidades de ocurrencia del suceso estudiado, sino sobre cómo varían las razones de ocurrencia del suceso en función de las variables independientes (Vega, Bedregal, Jadue y Delgado, 2003; Mejía, Sánchez y Tamayo, 2007).

De hecho, ésta fue una las razones por la cual se escogió la metodología Logit, ya que cuando todas las variables independientes del modelo son discretas, se recomienda la utilización de los denominados “Odds ratios” debido a que permiten una interpretación más clara de los coeficientes. Esto confirma que a pesar de que, si bien es cierto, este instrumento es menos intuitivo que una probabilidad, es una estrategia totalmente válida y de hecho varias investigaciones los utilizan como un símil del cambio en la probabilidad respecto a la categoría base de una determinada variable explicativa (Vega et al, 2003; Mejía, Sánchez y Tamayo, 2007).

Otra de las ventajas exclusivas de los modelos *Logit* hace referencia a su distribución, ya que ésta permite apreciar de mejor manera las observaciones que se encuentran en las denominadas colas; observaciones que en un modelo *Probit*, por ejemplo, son clasificadas como inusuales o con baja

⁵⁷ Este mecanismo divide la probabilidad de que ocurra un evento por su complementario, dado el valor de una variable independiente, permaneciendo el resto constantes:

$$\frac{P(Y = 1)}{P(Y = 0)} = \frac{1/(1 + e^{-(\beta_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k)})}{1 - 1/(1 + e^{-(\beta_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k)})} = e^{(\beta_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k)}$$

⁵⁸ Cuando se trata de variables dummy, este incremento es de 0 a 1.

probabilidad. Esto es sumamente beneficioso en el caso de una muestra grande con gran parte de las observaciones concentradas en las colas de la distribución (Enchautegui, s.f.: 7-8).

Una vez presentada la estrategia econométrica a utilizar, en la siguiente sección se exponen los hallazgos del presente estudio.

4. Resultados

Los resultados que arrojan los modelos econométricos se presentan en dos partes:

- i) La situación del estado de salud, expresada a través de las variables dependientes: percepción del estado de salud y presencia de enfermedad, y;
- ii) La utilización de los servicios de salud, en sus modalidades curativa y preventiva.

Cada sección empieza brindando un breve contexto general acerca del comportamiento del gradiente social (variables biológicas, demográficas y socioeconómicas), incluido el sexo, lo que permitirá definir si ésta categoría influye en los resultados de salud⁵⁹. A continuación, se hacen explícitas las diferencias entre hombre y mujer, lo que significó en el plano econométrico, la regresión por separado de los modelos, en orden de analizar las especificidades del género en materia de salud.

La prueba de chi-cuadrado de los modelos analizados indica que no se puede rechazar la hipótesis de que éstos se ajustan adecuadamente a los datos (valor $p > 0,05$), por lo cual se concluyen que son estadísticamente significativos⁶⁰. Adicionalmente, todos los modelos presentan una capacidad predictiva de al menos el 60%⁶¹, escenario válido para los objetivos de la presente investigación ya que este estudio no persigue establecer cuáles son los determinantes de los resultados en salud, sino identificar el comportamiento de los factores que desde la teoría construyen el género como categoría integradora del sexo (Lamas, 2002).

⁵⁹Las tablas con las estimaciones de las regresiones generales tanto para la esfera de "Situación del estado de salud" así como para la esfera de "Utilización de servicios sanitarios", se encuentran detalladas en los anexos.

⁶⁰Las medidas de bondad de ajuste pretenden describir cuán bien se ajusta un modelo estadístico al conjunto de observaciones. El Test de chi-cuadrado, representa un de estas medidas de la bondad de ajuste. Este test, trabaja con las hipótesis:

$$H_0: \beta=0 \Rightarrow \text{El modelo no es significativo}$$
$$H_1: \beta \neq 0 \Rightarrow \text{El modelo es significativo}$$

⁶¹ Las consideraciones respecto a la capacidad predictiva del modelo se encuentran en el anexo B

Además, es preciso mencionar que las variables que no resultaron significativas en los modelos no fueron eliminadas, por un lado debido a su representatividad teórica y por otro, ya que permiten identificar qué factores contribuyen en el comportamiento de las variables explicadas y cuáles no generan impacto, diferencias que se podrían derivar del género.

De otra parte, no se presentan indicios de problemas de sesgo de selección ya que, como se mencionó, se trabaja con la población de 18 años y más, y por lo tanto variables como la educación, el acceso a seguros de salud y el estado civil pueden ser decididas por los individuos (Mejía, Sánchez y Tamayo, 2007; Salas y Llanos, 2010; Garrido, 2011).

Las categorías de referencia para interpretar los valores de los “*Odds ratio*” están detalladas en la sección anterior y corresponden a las categorías omitidas o base.

4.1 Situación del estado de salud

A nivel de país, se tiene que las personas con mayor disponibilidad de ingresos, presentan una mayor probabilidad de presentar un buen estado de salud así como las personas que no han contraído ningún tipo de compromiso familiar, es decir, se encuentran solteros. Se aprecia de igual forma que, a mayor edad, la probabilidad de percibir un estado de salud óptimo disminuye, La educación también evidencia brechas importantes en la percepción de salud. Así, las personas con instrucción de tercer y cuarto nivel tienen el doble de probabilidad de percibir buena salud respecto a los individuos que no tienen ningún nivel de educación. Así mismo, destaca que la población que reside en zonas rurales presenta una probabilidad mayor de percibir un estado de salud mejor, fenómeno en el que se debe resaltar la palabra “percepción”, ya que esto podría responder a que la apreciación de “mala salud” generalmente está más concientizada en los grupos que habitan en las ciudades y urbes que en aquellos segmentos que viven en el campo, donde la idea de enfermedad está relacionada con incapacidad (Obando, 2011: 70)⁶².

Respecto a las diferencias de género, la variable mujer es significativa y tiene un efecto negativo sobre la salud percibida, reduciendo en un 26%⁶³ la probabilidad de percibir un buen estado de salud (Ver tabla 17). Este fenómeno es consistente con lo detallado en el análisis exploratorio, en el cual se evidencia que alrededor del 40% de las mujeres no se sienten satisfechas con su estado de salud frente al 30% en el caso de hombre.

⁶² El detalle de las variables utilizadas para la regresión general tanto de percepción del estado de salud así como presencia de enfermedad se encuentran en los anexos C y D, respectivamente.

⁶³ Los resultados que se presentan a continuación se han transformado a porcentaje para facilitar la interpretación; de la siguiente manera:

$$\Delta\% = Odds\ ratio - 1$$

Tabla 17. Probabilidad de percibir buen estado salud y reportar enfermedad para la variable de sexo (Variable dummy mujer)

Variable	Percepción de estado de salud			Presencia de enfermedad		
	Odds ratio	Estadístico t	P-value	Odds ratio	Estadístico t	P-value
Mujer	0,744*****	(-15,16)	0,000	1,456*****	(19,67)	0,000

* p<0,10, ** p<0,05, *** p<0,01, **** p<0,001, ***** p<0,0001

(b) Número de observaciones

Fuente: INEC y MSP, (2012)

Elaboración: Tarina Amaguaña

Adicionalmente, se tiene que este segmento presenta una probabilidad de reportar enfermedad 46% mayor a su contraparte masculina; evento que podría estar relacionado con el padecimiento de enfermedades crónicas en esta población (Séculi, Fusté, Brugulat, Junca, Rué, y Guillén, 2001). Como se explicó en el capítulo anterior, el país tiende a una transición epidemiológica que resalta la mayor presencia de enfermedades crónico-degenerativas, fenómeno que se ha expandido de manera acelerada para la población femenina y para quienes estas enfermedades representan la principal causa de muerte (INEC, 2013b)⁶⁴.

Esta mayor probabilidad de enfermedad en la mujer es congruente con la percepción de su estado de salud. Sin embargo, ésta última (percepción de la salud), es un área un tanto etérea ya que responde, entre otros elementos, al grado de satisfacción que se tiene frente a este capital (la salud), y detrás de ello, con las condiciones de vida, así como con otros factores de carácter emocional (Blanco y Feldman, 2000). Bajo este marco, varias investigaciones sugieren que elementos como la mayor carga de responsabilidades en el hogar para la mujer están relacionados con padecimientos como la depresión y la ansiedad en este actor, situación que influye de manera importante en la percepción que la población femenina tiene acerca de su estado de salud (Blanco y Feldman, 2000).

Estos resultados, que dejan entrever una situación de desventaja para la mujer, son congruentes con lo encontrado en varios estudios (Tovar, 2005; Mejía, Sánchez y Tamayo, 2007; Obando, 2011) que resaltan estas brechas en torno al capital de salud, a favor del varón.

4.1.1 Diferencias en la percepción del estado salud según el género

Las regresiones por separado para hombres y mujeres revelan que el estado civil, el nivel de instrucción y el grupo de edad son variables significativas para explicar la percepción del estado de

⁶⁴ Según información del INEC, en 2013 la principal causa de muerte para la población femenina fue la diabetes.

salud en ambos actores; sin embargo su impacto evidencia diferencias relevantes dependiendo del sexo. Así, se tiene que factores como el nivel de instrucción presentan una relación positiva con la percepción del estado de salud, efecto que concuerda con la mayoría de estudios a nivel internacional donde se encuentra una relación positiva y significativa entre la educación y la salud auto percibida (Palloni, 2005; Jewell, 2006). No obstante, este efecto es más importante en el varón que para la mujer (INEC y MSP, 2012).

De acuerdo a los hallazgos de la disertación, una mujer con un nivel de instrucción de al menos tercer nivel incrementa su probabilidad de percibir buena salud en un 61% respecto a una mujer sin ningún nivel de educación. Para el caso del varón, este efecto es más grande y revela que un hombre con educación universitaria (o de cuarto nivel) incrementa su probabilidad de percibir un buen estado de salud en un 88%, es decir, casi 2 veces más que un hombre sin educación (Ver tabla 18).

Tabla 18. Probabilidad de percibir buen estado de salud según el género

		Mujer				Hombre			
		n ^b : 26.412				n ^b : 23.458			
Variable		Odds ratio	Estadístico t	P-value	Odds ratio	Estadístico t	P-value		
Área	Rural	1,128 ****	(3,72)	0,000	1,017	(0,53)	0,652		
Etnia	Indígena	1,227 ****	(3,76)	0,000	1,404 *****	(5,82)	0,000		
	Afro ecuatoriano	0,883	(-1,55)	0,082	0,977	(-0,28)	0,779		
	Montubio	0,824 **	(-2,32)	0,028	0,779 ****	(-3,35)	0,001		
	Blanco	0,955	(-0,49)	0,616	0,976	(-0,26)	0,813		
Estado civil	Casado	0,820 *****	(-6,02)	0,000	0,701 *****	(-7,99)	0,000		
	Divorciado	0,797 *****	(-4,58)	0,000	0,771 ***	(-2,77)	0,010		
	Viudo	0,777 ****	(-3,60)	0,001	0,692 ****	(-3,75)	0,007		
Nivel de instrucción	Primaria	1,100 **	(2,48)	0,012	1,226 *****	(4,06)	0,000		
	Secundaria	1,482 *****	(4,45)	0,000	1,446 ***	(2,85)	0,001		
	Superior	1,609 *****	(8,06)	0,000	1,876 *****	(8,03)	0,000		
Grupo de edad	30 a 39 años	0,685 *****	(-11,54)	0,000	0,707 *****	(-8,04)	0,000		
	40 a 59 años	0,460 *****	(-24,10)	0,000	0,511 *****	(-18,34)	0,000		
	60 años y más	0,342 *****	(-21,58)	0,000	0,329 *****	(-17,06)	0,000		
Quintil de ingresos	Quintil 2	1,029	(0,70)	0,444	1,016	(0,34)	0,718		
	Quintil 3	1,231 *****	(5,45)	0,000	1,180 ****	(3,30)	0,002		
	Quintil 4	1,580 *****	(10,12)	0,000	1,490 *****	(7,39)	0,000		
	Quintil 5	2,362 *****	(16,36)	0,000	2,180 *****	(14,83)	0,000		
Seguro	Privado	1,243 **	(2,50)	0,011	1,480 *****	(5,19)	0,000		
	Seguridad social	1,004	(0,10)	0,923	1,097 ***	(3,22)	0,008		

* p<0,10, ** p<0,05, *** p<0,01, **** p<0,001, ***** p<0,0001

(b) Número de observaciones

Fuente: INEC y MSP, (2012)

Elaboración: Tarina Amaguaña

Frente a esto es importante recordar que en el varón, tener más niveles de escolaridad se traduce en mejores salarios y mayores oportunidades con cierta ventaja sobre la mujer; las brechas salariales en favor de este actor así lo sugieren (Carrillo, 2013).

De igual forma, se expone que para ambos actores a medida que se incrementan los años de edad, la probabilidad de percibir un buen estado de salud es cada vez menor, fenómeno que, sin duda, afecta en mayor medida a la mujer debido a la mayor longevidad de este segmento, para quien la esperanza de vida al nacer bordea los 78 años frente a los 72 años en el varón (ONU, 2014).

Respecto al acceso a los seguros de salud, se tiene que tanto para el hombre como para la mujer, la seguridad social no es significativa en la percepción del estado de salud. En contraste, tener seguro privado sí presenta un efecto estadísticamente significativo y positivo. Por ejemplo, para la mujer, tener un seguro de salud privado incrementa la probabilidad percibir buena salud en un 24%. Este efecto es más importante para un hombre con seguro privado, quien presenta una probabilidad 48% mayor de percibir buena salud respecto a un hombre sin acceso a un seguro médico (Ver tabla 18).

Asimismo, los resultados por Provincia⁶⁵, ponen de manifiesto brechas territoriales tanto para hombres como para mujeres. En tal virtud, en lugares como El Oro, Esmeraldas y Guayas se muestra que ambos actores (hombre y mujer) presentan una probabilidad menor de percibir buena salud que los individuos que residen en Pichincha.

En contraste, en lugares como Imbabura y Loja, la relación con el capital de salud es positiva (y significativa) revelando una mejor situación para la mujer que reside en estas zonas, con una probabilidad 50% mayor de poseer buena salud respecto a una mujer que reside en la Provincia de referencia (Pichincha). Esto deja entrever que, vivir en lugares como la capital, donde si bien se goza de mayor disponibilidad de servicios, entre ellos los sanitarios, puede paralelamente generar efectos negativos en la salud. De hecho, varios estudios enfatizan que la población que reside en las grandes urbes, como las capitales, deben enfrentar más problemas de estrés, convivir con mayores niveles de contaminación y resolver desafíos como el hacinamiento (Rodríguez, 2002), elementos que tienen implicaciones directas sobre la salud percibida.

4.1.2 Diferencias en la presencia de enfermedad según el género

Las variables que responden al estado civil, grupo de edad y el quintil de ingresos presentan un efecto estadísticamente significativo sobre la presencia de enfermedad. Así, en hombres y mujeres, estar casado se traduce en una mayor probabilidad de presentar enfermedad respecto a la población soltera, escenario que ha sido corroborado por varios autores, que señalan que efectivamente, existe una relación negativa entre tener un compromiso familiar y el estado de salud

⁶⁵Para revisar los coeficientes por provincia de los modelos de percepción del estado de salud para la mujer y el hombre, ver los anexos E y F, respectivamente.

(Jewell, Rossi y Triunfo, 2006). Sin embargo, en el caso del varón, el impacto del estado civil es más robusto que para la mujer. Por ejemplo, un hombre casado tiene 31% más probabilidad de reportar enfermedad que su homólogo soltero, este incremento a penas se distingue en la mujer (4%). De igual forma, un hombre divorciado presenta una probabilidad 31% mayor de reportar algún padecimiento que un varón soltero, que asimismo es mayor que en el caso de su contraparte (una mujer casada presenta 16% más probabilidad de reportar enfermedad).

Este escenario deja entrever que el tener o haber tenido un compromiso tiende a afectar más el estado de salud del varón que el de la mujer, esto en un contexto en el cual los estereotipos caracterizan al hombre como proveedor del hogar y jefe de familia (Rocha y Díaz, 2005), posiblemente vinculado con el mayor desgaste del capital de salud, y por ende con el mayor padecimiento de alguna enfermedad respecto a la población soltera.

Tabla 19. Probabilidad de reportar enfermedad según el género

		Mujer			Hombre		
		n ^b : 26.412			n ^b : 23.458		
Variable		Odds ratio	Estadístico t	P-value	Odds ratio	Estadístico t	P-value
Área	Rural	0,977	(-0,70)	0,551	0,929 *	(-1,91)	0,041
Etnia	Indígena	0,908 **	(-2,28)	0,062	0,855 ***	(-2,71)	0,006
	Afro ecuatoriano	1,111	(1,35)	0,181	1,151 *	(1,81)	0,050
Estado civil	Montubio	1,235 ***	(2,80)	0,017	1,148 *	(1,67)	0,091
	Blanco	1,149	(1,47)	0,130	1,160	(1,41)	0,113
	Casado	1,043	(1,25)	0,160	1,309 *****	(7,84)	0,000
	Divorciado	1,164 ***	(2,98)	0,001	1,312 ***	(3,21)	0,003
Nivel de instrucción	Viudo	1,175 **	(2,22)	0,012	1,536 ****	(3,55)	0,001
	Primaria	0,974	(-0,73)	0,504	0,924 *	(-1,68)	0,084
	Secundaria	0,926	(-0,92)	0,406	1,226 *	(1,69)	0,084
Grupo de edad	Superior	0,971	(-0,52)	0,587	0,966	(-0,54)	0,587
	30 a 39 años	1,255 *****	(6,50)	0,000	1,244 *****	(6,03)	0,000
	40 a 59 años	1,782 *****	(18,28)	0,000	1,516 *****	(10,78)	0,000
Quintil de ingresos	60 años y más	2,175 *****	(14,47)	0,000	2,179 *****	(12,34)	0,000
	Quintil 2	1,019	(0,49)	0,627	1,000	(0,00)	1,000
	Quintil 3	0,949	(-1,28)	0,225	0,945	(-1,10)	0,241
Seguro	Quintil 4	0,770 *****	(-5,34)	0,000	0,807 *****	(-3,95)	0,000
	Quintil 5	0,667 *****	(-8,74)	0,000	0,807 ****	(-3,48)	0,001
	Privado	1,242 ***	(2,81)	0,001	1,121	(1,52)	0,106
	Seguridad social	1,198 *****	(5,63)	0,000	1,058 *	(1,89)	0,103

* p<0,10, ** p<0,05, *** p<0,01, **** p<0,001, ***** p<0,0001

(b) Número de observaciones

Fuente: INEC y MSP, (2012)

Elaboración: Tarina Amaguaña

De otra parte, se observa que independientemente del sexo, una mayor edad está asociada con mayor probabilidad de presentar algún padecimiento. Así, el grupo etario de 60 años y más tiene el doble de probabilidad de reportar enfermedad comparado a una persona entre 18 y 29 años (Ver tabla 19). No obstante, este escenario muestra impactos más profundos para la población femenina ya que, como se mencionó, este segmento tiende a vivir más que el varón, lo cual no debe asociarse a mejor calidad de vida, estos resultados así lo advierten.

Respecto a los ingresos, se revela que a mayor riqueza existe una probabilidad cada vez menor de presentar algún padecimiento. Puntualmente, una mujer del quintil 5 tiene 33% menos probabilidad menor de presentar enfermedad respecto a su homóloga del quintil más pobre. Esto deja entrever que no es aleatorio quien se enferma o no, ya que los padecimientos se encuentran concentrados en mayor medida en los quintiles más vulnerables; una evidencia más que respalda la idea de que la enfermedad responde al entramado social (Laurell, 1982) (Ver tabla 19).

Finalmente, consistente con los resultados encontrados para la percepción de la salud a nivel territorial, se observa que las Provincias de la región Costa del país tiende a reportar mayor probabilidad de enfermar respecto a Pichincha, siendo Manabí, el lugar donde este comportamiento es más evidente. Así, esta Provincia refleja que sus habitantes, hombres y mujeres, presentan el doble de probabilidad de reportar algún padecimiento frente a la población que reside en la Provincia de referencia (Pichincha)⁶⁶.

Los resultados para esta primera esfera, la situación del estado de salud, revelan que existe una clara brecha entre los niveles de bienestar alcanzados por la población femenina y masculina, fenómeno caracterizado por la menor probabilidad de presentar buena salud percibida y una probabilidad mayor de reportar enfermedad de la mujer frente al varón. No obstante, se muestran no solo brechas de género, sino además desigualdades derivadas del ingreso, del nivel de instrucción, de la edad, del estado civil y del acceso a seguro médico.

Esto deja entrever que la enfermedad no es un fenómeno estrictamente aleatorio que responde nada más a circunstancias biológicas y epidemiológicas. Por el contrario, la salud/enfermedad es un proceso social (Laurell, 1982), que vislumbra a la esfera biológica como uno de sus componentes, pero que además revela que las estructuras económica, demográfica y social de un país están estrechamente relacionadas con este fenómeno. De aquí, se desprende que el género influye de manera sustancial en la situación del estado de salud de mujeres y hombres.

⁶⁶ Para revisar los coeficientes por provincia de los modelos de presencia de enfermedad para la mujer y el hombre, ver los anexos G y H, respectivamente.

4.2 Utilización de servicios de salud

En un contexto general para la segunda esfera de análisis (utilización de servicios de salud), los hallazgos de la presente investigación evidencian que a mayor escolaridad la probabilidad de utilizar servicios de salud, curativos y preventivos, se incrementa; no obstante el efecto de la educación es más robusto para los servicios preventivos de salud, escenario que consiste con el efecto directo que tiene la escolaridad sobre la disponibilidad de información y concientización de temas relevantes, como el cuidado de la salud (Padilla y Larrauri, 2007). De igual forma, se aprecia que la edad tiene un efecto positivo y significativo sobre el mayor uso de servicios de salud (curativos y preventivos), así los grupos más adultos presentan mayor probabilidad de utilizar servicios sanitarios. Respecto a nivel de ingresos, se evidencia que este factor es importante (estadísticamente) para recibir atención médica. Por ejemplo, un individuo del quintil de mayor riqueza incrementa su probabilidad de recibir atención curativa de salud en un 30% comparado con una persona del quintil más pobre. En cuanto al seguro médico, se confirma que el acceso a este beneficio representa una estrategia importante para recibir atención sanitaria, cuyo efecto es más robusto para la atención preventiva de salud⁶⁷.

Las diferencias derivadas del sexo revelan que, ser mujer incrementa la probabilidad de utilizar servicios de atención curativa en un 46%, escenario que se repite para los servicios preventivos de salud, para los cuales la población femenina presenta el doble de probabilidad de atenderse respecto a su contraparte masculina (Ver tabla 20). Estos hallazgos coinciden con lo encontrado en la literatura internacional (Arreola, Soto, Garduño, y Funsalud, 2003; Mejía, Sánchez y Tamayo, 2007; Salgado-de Snyder y Wong, 2007), estudios que resaltan el mayor uso tanto de servicios curativos como preventivos en la mujer.

Tabla 20. Probabilidad de utilización de servicios de salud curativos y preventivos para la variable de sexo

(Variable dummy mujer)

Variable	Atención curativa			Atención preventiva		
	Odds ratio	Estadístico t	P-value	Odds ratio	Estadístico t	P-value
Mujer	1,574*****	(13,92)	0,000	2,434*****	(20,03)	0,000

* p<0,10, ** p<0,05, *** p<0,01, **** p<0,001, ***** p<0,0001

(b) Número de observaciones

Fuente: INEC y MSP, (2012)

Elaboración: Tarina Amaguaña

⁶⁷El detalle de las variables utilizadas en las regresiones generales de los modelos de utilización de servicios de salud curativos y preventivos, se encuentran en los anexos I y J, respectivamente.

Según la literatura (Borges y Gómez, 1998; Mejía et al, 2007) esta mayor probabilidad de uso de servicios médicos en la población femenina se asocia, por un lado, a los cambios fisiológicos que la acompañan en etapas como el envejecimiento y la mayor prevalencia de enfermedades como la hipertensión y la diabetes, que desencadenan además un sinnúmero de padecimientos adicionales a la enfermedad; y por otro, también, a las necesidades propias del sexo femenino, como la asistencia a programas de detección temprana de cáncer cervical y de seno, así como la planificación familiar (que socialmente responsabiliza a la mujer de esta esfera)⁶⁸ (Mejía, Sánchez y Tamayo, 2007; OPS, 2010; INEC y MSP, 2012).

Frente a esto es vital recalcar que a pesar de que la mujer tiende a utilizar en mayor medida servicios sanitarios, no todas las mujeres exhiben la misma ventaja; las brechas por etnia, quintil de ingresos y acceso a seguro de salud así lo advierten. A continuación se detallan los hallazgos.

4.2.1 Diferencias en la utilización de servicios curativos de salud según el género

De acuerdo a los resultados obtenidos, se muestra que variables que para la mujer son significativas, para el hombre no lo son (estadísticamente). Así, ser mujer indígena, el estado civil, tener instrucción superior y la edad, son estadísticamente representativas. En tanto que, para el varón, las variables mencionadas no explican su utilización de estos servicios médicos. Respecto al quintil, se lee un efecto más robusto para el hombre que para la mujer. Adicionalmente, el acceso a seguridad social es relevante para hombres y mujeres, sin embargo el acceso a seguro privado sólo lo es para la población masculina.

Puntualmente, se observa que para la mujer el hecho de pertenecer a un pueblo o nacionalidad ancestral limita su acceso a atención curativa de salud, reduciendo la probabilidad de recibir este tipo de servicio en un 19% respecto a una mujer mestiza (Ver tabla 21). Esto de cierta manera deja entrever lo que varios autores manifiestan (OPS, 2011): la mujer indígena enfrenta una suerte de doble discriminación, por ser mujer y por pertenecer a un grupo étnico minoritario. No obstante, la política hoy reconoce estas brechas y ha priorizado el seguimiento puntual y focalizado de los grupos étnicos históricamente excluidos (Senplades, 2013), lo cual si bien no solucionará en el corto plazo las inequidades derivadas de la fractura étnica, abre las puertas para iniciar un proceso de cambio.

Respecto al estado civil, se aprecia que una mujer casada tiene 30% mayor probabilidad de recibir atención curativa que una mujer soltera, al igual que una mujer viuda exhibe una probabilidad 38% mayor a su homóloga sin compromiso alguno (Ver tabla 21). Esto sugiere que la mujer que adquiere un compromiso tiende a percibir más necesaria la atención curativa de salud que puede responder a las obligaciones que debe cumplir para lo cual necesita subsanar cualquier padecimiento (Guarnizo-y Agudelo, 2008).

⁶⁸ Como se mencionó previamente, los servicios preventivos de salud excluyen los controles de embarazo.

De otra parte, se evidencia que una mujer de 60 años o más incrementa la probabilidad de recibir atención curativa de salud en 80% respecto a una mujer entre 18 y 29 años; fenómeno que responde al deterioro de su capital de salud sobre todo en las edades más adultas (Salgado Wong, 2007).

Tabla 21. Probabilidad de utilizar servicios curativos de salud según el género

Variable		Mujer				Hombre				
		n ^b : 11.486		n ^b : 8.327		n ^b : 8.327		n ^b : 8.327		
		Odds ratio	Estadístico t	P-value	Odds ratio	Estadístico t	P-value	Odds ratio	Estadístico t	P-value
Área	Rural	1,131	**	(2,25)	0,005	1,102	(1,64)	0,049		
Etnia	Indígena	0,814	***	(-2,71)	0,009	1,006	(0,06)	0,951		
	Afro ecuatoriano	0,988		(-0,12)	0,918	1,116	(0,96)	0,372		
	Montubio	0,989		(-0,10)	0,916	0,962	(-0,33)	0,755		
Estado civil	Blanco	1,045		(0,35)	0,715	0,956	(-0,29)	0,768		
	Casado	1,288	*****	(4,73)	0,000	0,943	(-0,86)	0,444		
	Divorciado	1,198	***	(2,73)	0,016	0,946	(-0,41)	0,690		
	Viudo	1,380	***	(3,21)	0,003	1,139	(0,64)	0,479		
Nivel de instrucción	Primaria	1,019		(0,34)	0,713	1,012	(0,16)	0,863		
	Secundaria	0,937		(-0,52)	0,620	1,058	(0,31)	0,718		
	Superior	1,385	*****	(4,22)	0,000	1,052	(0,44)	0,618		
Grupo de edad	30 a 39 años	1,072		(1,27)	0,117	1,100	(1,62)	0,197		
	40 a 59 años	1,238	*****	(4,07)	0,000	1,395	*****	(5,62)	0,000	
	60 años y más	1,803	*****	(7,26)	0,000	2,276	*****	(9,12)	0,000	
Quintil de ingresos	Quintil 2	0,974		(-0,46)	0,684	1,110	(1,55)	0,103		
	Quintil 3	0,985		(-0,22)	0,824	1,183	**	(2,12)	0,025	
	Quintil 4	1,054		(0,72)	0,468	1,415	*****	(4,51)	0,000	
	Quintil 5	1,166	**	(2,01)	0,044	1,504	*****	(4,36)	0,000	
Seguro	Privado	1,120		(0,97)	0,248	1,532	*****	(3,96)	0,000	
	Seguridad social	1,279	*****	(5,06)	0,000	1,505	*****	(8,35)	0,000	

* p<0,10, ** p<0,05, *** p<0,01, **** p<0,001, ***** p<0,0001

(b) Número de observaciones

Fuente: INEC y MSP, (2012)

Elaboración: Tarina Amaguaña

En cuanto al quintil de ingresos, se observa (Ver tabla 21) que el efecto de esta variable es más robusto en el varón que para la mujer, escenario que es consistente con la mayor disponibilidad y autonomía de ingresos en este grupo (hombres) (Lamas, 2002). Puntualmente, un hombre perteneciente al quintil 5, tiene 50% más probabilidad de acceder a atención curativa; en el caso de la mujer este incremento bordea el 20%.

Bajo la misma línea, se tiene que el uso a seguridad social tiene un efecto más importante para el hombre que para la mujer, fenómeno que responde a la mayor cobertura de afiliación de este actor en un mercado laboral que privilegia el rol de proveedor del varón (Rocha y Díaz, 2005). En tal virtud, si bien una mujer afiliada tiene una probabilidad mayor de recibir atención curativa respecto a una mujer que no tiene cobertura de ningún tipo (28% más), este impacto es menor que en el varón, para quien tener seguro social brinda una probabilidad 50% mayor respecto a un hombre carente de cualquier seguro médico. Por otro lado, se observa (Ver tabla 21) que disponer de un seguro privado de salud tiene un efecto positivo y significativo sólo para el varón, lo cual corrobora el impacto de una mayor disponibilidad (y autonomía) de ingresos de este grupo y su relación con el acceso a medicina pre-pagada (Vaásquez et al, 2013).

De otra parte, se observa que una mujer que reside en una zona rural incrementa en un 13% su probabilidad de atenderse usando servicios curativos frente a una mujer que habita en el área urbana (Ver tabla 21), fenómeno que es un tanto contradictorio dado que las grandes urbes son sinónimos de mayor acceso a los servicios, entre ellos los de salud (Senplades, 2013; OPS, 2013). No obstante, es un fenómeno que no resulta del todo incongruente si se analizan los avances derivados de políticas como la desconcentración de los servicios públicos en áreas como la educación, seguridad y salud en el país (Senplades, 2013). Bajo este marco, en materia sanitaria, el MSP desde el año 2010 impulsa una nueva planificación institucional de prestación de servicios a nivel de distritos y circuitos⁶⁹, cuyo objetivo primordial es atender de manera equitativa a todos los territorios, ampliando la oferta en infraestructura y talento humano de manera organizada (Senplades, 2013). Esto sin duda ha beneficiado a zonas tradicionalmente excluidas, como el área rural, donde de acuerdo a las cifras, en 2011 el 60% de individuos que accedió a salud curativa lo hizo en establecimientos públicos, y dentro de ellos con mayor frecuencia en los subcentros de salud (INEC y MSP, 2012). Esto deja entrever, que de hecho, la población en estos territorios presenta mayor acceso a recursos diversos, entre ellos, la atención sanitaria.

Sin embargo, los rezagos persisten y este es un proceso complejo pero necesario, que persigue legitimar las brechas de acceso que se derivan de la inequidad territorial (Senplades, 2013). Precisamente, respecto a los desafíos, se tiene que en Provincias como El Oro y Santa Elena, sus habitantes, hombres y mujeres, presentan una probabilidad menor de utilizar atención médica que aquellos que residen en Pichincha. Un escenario distinto presentan las Provincias de Azuay y Morona Santiago, las cuales exhiben una probabilidad 60% mayor, tanto para hombres como para mujeres, de utilizar servicios médicos curativos comparados con la misma Provincia de referencia (Pichincha)⁷⁰.

Finalmente, es preciso señalar que existen otras barreras de acceso a los servicios de salud, como la distancia al establecimiento sanitario, el percibir el servicio como no necesario, el no confiar en la

⁶⁹ Los distritos y circuitos son unidades de planificación y prestación de servicios públicos que agrupan a las parroquias y cantones del todo país.

⁷⁰ Para revisar los coeficientes de los modelos de utilización de servicios curativos para la mujer y el hombre, ver los anexos K y L, respectivamente.

atención, entre otros elementos, que no se han profundizado en la presente disertación pero que son objeto de interés de otras líneas de investigación (Arreola et al, 2007: 183).

4.2.2 Diferencias en la utilización de servicios preventivos de salud según el género

Los resultados respecto a la utilización preventiva de salud establecen que pertenecer a un pueblo o nacionalidad indígena representa una desventaja, limitando la utilización de este servicio sanitario. Así, se muestra que una persona, hombre o mujer, de este grupo étnico exhibe una probabilidad 28% menor de usar atención preventiva respecto a una mujer mestiza (Ver tabla 22). Este escenario sugiere una mayor desventaja para la mujer indígena que para el varón de la misma etnia.

Respecto al nivel de instrucción, se evidencia que esta variable tiene un efecto relevante (significativo estadísticamente) en la utilización de estos servicios sólo para la mujer. En tal virtud, se tiene que para este actor, una mayor escolaridad provoca una mayor probabilidad de utilizar atención preventiva de salud, especialmente en la población con al menos tercer nivel de formación académica, quienes presenta un incremento del 54% en su probabilidad de utilizar servicios de salud preventivos respecto a una mujer sin ningún nivel de instrucción (Ver tabla 22).

Frente este escenario es importante recordar que, la mayor escolaridad no está íntimamente ligada con mejores remuneraciones en el caso de la mujer (Weller, 2009), y de hecho las brechas salariales derivadas del género son un campo ampliamente estudiado dentro de la economía (Actis Di Pasquale y Atucha, 2003; Martínez y Acevedo Flores, 2004; Perticara, 2007; Barraza, 2010). En este sentido, esta asociación positiva entre la educación y el uso de servicios preventivos de salud se explica de mejor manera a través del efecto directo que tiene la escolaridad sobre el acceso a más información y concientización acerca de cuidar la salud, más allá del efecto que tendría a través de los ingresos (Padilla y Larrauri, 2007).

Por otro lado, dado que en el hombre un mayor nivel de instrucción sí tiende a representar un mayor nivel de ingresos, la no significancia estadística de la escolaridad en este actor podría indicar que variables como el quintil estén capturando el efecto de la educación en la población masculina (Mejía, Sánchez y Tamayo, 2007).

Tabla 22. Probabilidad de utilizar servicios preventivos de salud según el género

		Mujer			Hombre		
		n ^b : 18.148			n ^b : 17.449		
Variable		Odds ratio	Estadístico t	P-value	Odds ratio	Estadístico t	P-value
Área	Rural	0.988	(-0.18)	0,822	0.800	** (-2.18)	0,015
Etnia	Indígena	0.724 ***	(-3.00)	0,003	0.674 ***	(-2.60)	0,031
	Afro ecuatoriano	1.445 ***	(2.63)	0,004	0.880	(-0.53)	0,567
	Montubio	0.993	(-0.04)	0,974	1.279	(1.03)	0,366
	Blanco	1.491 **	(2.34)	0,005	1.340	(1.25)	0,148
Estado civil	Casado	1.657 *****	(7.38)	0,000	0.740 ***	(-3.14)	0,004
	Divorciado	1.371 *****	(3.33)	0,007	0.915	(-0.38)	0,707
	Viudo	1.366 **	(2.35)	0,024	1.090	(0.38)	0,750
Nivel de instrucción	Primaria	1.321 *****	(3.31)	0,001	1.108	(0.73)	0,457
	Secundaria	1.551 ***	(2.68)	0,005	1.379	(1.20)	0,249
	Superior	1.538 *****	(3.44)	0,000	1.594 ***	(2.97)	0,006
Grupo de edad	30 a 39 años	0.818 ***	(-3.01)	0,003	0.913	(-0.73)	0,456
	40 a 59 años	0.837 ***	(-2.92)	0,001	1.348 ***	(2.71)	0,001
	60 años y más	1.104	(0.87)	0,370	2.868 *****	(7.68)	0,000
Quintil de ingresos	Quintil 2	1.014	(0.16)	0,839	0.981	(-0.17)	0,880
	Quintil 3	0.985	(-0.17)	0,853	0.934	(-0.53)	0,605
	Quintil 4	0.955	(-0.48)	0,567	0.920	(-0.59)	0,458
	Quintil 5	1.100	(0.86)	0,312	1.178	(1.25)	0,250
Seguro	Privado	1.318 **	(2.29)	0,016	2.287 *****	(5.97)	0,000
	Seguridad social	1.282 *****	(4.57)	0,000	1.527 *****	(5.40)	0,000

* p<0,10, ** p<0,05, *** p<0,01, **** p<0,001, ***** p<0,0001

(b) Número de observaciones

Fuente: INEC y MSP, (2012)

Elaboración: Tarina Amaguaña

En cuanto a la edad, sorprende que esta variable tenga un efecto negativo en la mujer y positivo en el varón. Puntualmente, una mujer que tengan entre 40 y 59 años reduce su probabilidad de recibir atención preventiva de salud en un 16%, respecto a una mujer, más joven, entre 18 y 29 años (Ver tabla 22). Como se resaltó en el análisis exploratorio, las especificidades biológicas de la mujer explicarían, en un primer escenario, la mayor utilización de servicios de salud preventiva, específicamente en exámenes de Papanicolaou y mamografía, que deben realizarse de manera periódica a partir de los 30 años (Solca, 2014). Sin embargo, frente a esto es importante destacar que si bien la prueba para prevenir el cáncer cérvicouterino (Papanicolau), tiende a ser más usual en la población que amerita el examen (30 años y más), la participación de la mamografía no exhibe un incremento importante (bordea entre el 1% y 2% para el mismo grupo etario). Paralelamente, las cifras (INEC y MSP, 2012) muestran que la planificación familiar es más usual en el grupo de 18 y 29 años, y de hecho, cerca del 15% de mujeres de este rango etario acude al médico por este motivo.

Estos elementos muestran que la atención preventiva de salud es más usual en la población femenina más joven derivada de las consultas de planificación familiar, cuadro que es ciertamente preocupante ya que se revela que los mecanismos de detección temprana de males como el cáncer están poco concientizados en la mujer ecuatoriana (Solca, 2014). Frente a esto, la mayor probabilidad que muestra la mujer de recibir atención preventiva de salud podría responder, en gran medida y como se mencionó, a los servicios de planificación familiar. De hecho, en el caso del varón, tan solo el 0,2% de los individuos que recibieron atención preventiva de salud, lo hicieron por un motivo asociado a la planificación familiar (INEC y MSP, 2012). Este escenario pone de manifiesto, que el rol reproductivo aún no es concebido desde la dualidad y responsabilidad compartida entre el hombre y la mujer.

No obstante, este escenario explicaría una parte de la problemática que atraviesa la mujer al enfrentar la vejez. Así, este menor uso de medicina preventiva a edades más adultas podría responder además a la menor cobertura de beneficios de jubilación dada la menor participación en el mercado de trabajo durante su vida económicamente activa, lo que de ciertamente limita el acceso de este actor a servicios diversos, entre ellos los de salud preventiva (Mejía, Sánchez y Tamayo, 2007).

Por su lado, el varón exhibe una tendencia contraria a mayor edad y en el grupo etario más adulto existe una probabilidad casi tres veces mayor de utilizar servicios de atención preventiva comparada con el grupo entre 18 y 29 años (Ver tabla 22). Este fenómeno es ciertamente congruente con la mayor estabilidad que presenta este actor en su vida laboral, lo que le permite en la vejez acceder a beneficios de jubilación, además de ingresos propios fruto del ahorro del trabajo previo, ventajas que son menos comunes en su par mujer (Weller, 2009).

Bajo este marco, se tiene que tanto el seguro social como el acceso a medicina pre pagada privada muestran un efecto más importante en el varón que en la mujer, escenario que es más evidente en el seguro privado, ya que un hombre que cuenta con este seguro manifiesta una probabilidad 2 veces mayor de recibir atención preventiva de salud que un varón sin cobertura alguna (Ver tabla 22). El impacto para la mujer es de igual forma positivo pero menor: la probabilidad es 32% mayor en una mujer con seguro privado que en una mujer sin seguro médico.

De otra parte, resulta interesante señalar que según varias investigaciones, la utilización de servicios preventivos odontológicos están relacionados con una mayor disponibilidad de ingresos (Vásquez, Paraje, Estay, 2013). En el varón la utilización de servicios preventivos responde principalmente a la atención bucal, lo cual sugiere no solo una mayor disponibilidad de ingresos sino además mayor autonomía sobre los mismos.

Como en los casos anteriores, las diferencias territoriales se materializan en los resultados de salud. Así, Provincias como El Oro y Los Ríos presentan menor probabilidad de acceder a servicios

preventivos de salud respecto a Pichincha, escenario que pone de manifiesto los importantes retos que tienen las gobiernos locales para efectivizar el derecho a salud, así como el gobierno central para desconcentrar los servicios sanitarios⁷¹.

Los elementos previamente expuestos permiten establecer que esta segunda esfera (utilización de servicios de salud) también vislumbra disparidades que se derivan del género. En tal virtud, estos hallazgos muestran que la mujer presenta ciertas especificidades, no solo biológicas, sino además relacionadas con el rol social que se le ha asignado (OMS, s.f., citado en Verbruge, 1990), que generan marcadas diferencias en los resultados de salud según el género.

Precisamente, asociado a los roles socialmente construidos, la investigación ha identificado las particularidades de una función que se le ha otorgado primordialmente a la mujer: las labores domésticas. En tal virtud, la siguiente sección explica el impacto de ser ama de casa sobre los resultados de salud.

4.3 Amas de casa y los resultados en salud

La literatura enfocada en la construcción del género como fenómeno social (Annandale y Hunt, 2000; Lee, 2000; Lamas, 2002; Roxburgh, 2009); enfatiza las marcadas diferencias en lo que han llamado la “división sexual del trabajo”, estructura que privilegia el rol de proveedor y jefe de familia en el varón, en tanto le asigna a la mujer responsabilidades principalmente en las labores domésticas y el cuidado de niños, sin remuneración.

En el Ecuador, a pesar de que las estadísticas (INEC, 2013) indican que la incorporación de la mujer en otras esferas, como en el mercado laboral, es cada vez más evidente, se constata que persiste una presencia casi universal de la mujer en las labores del hogar. Así, se tiene que 9 de cada 10 personas que se dedican exclusivamente a este oficio (sin tener otro trabajo)⁷² son mujeres. Esto significa que cerca del 30% de la población femenina (de 18 años y más) labora en el hogar (INEC y MSP, 2012).

Estas características muestran que el trabajo doméstico permanece como función asociada a la mujer y cuyas implicaciones en los resultados de salud son reveladoras⁷³. Bajo este marco, se observa

⁷¹ Para revisar los coeficientes por provincia de los modelos de utilización de servicios de salud preventivos para la mujer y el hombre, ver los anexos M y N, respectivamente.

⁷² Es preciso recordar que la población que se dedica exclusivamente a las labores del hogar es alrededor de 2 millones de personas (INEC y MSP, 2012).

⁷³ La categoría base o de referencia para este caso son las personas que trabajan de manera remunerada, es decir el individuo que percibe algún ingreso por su labor, sin importar la condición de empleo (pleno empleo o subempleo). Para la primera esfera de análisis (situación del estado de salud), la variable de labores domésticas fue incorporada en un

que las personas que se dedican únicamente a realizar las labores del hogar tienen una probabilidad 15% menor de percibir buena salud respecto a un individuo que trabaja de manera remunerada (Ver tabla 23). De igual forma, se aprecia que este actor presenta una probabilidad 13% mayor de reportar alguna enfermedad respecto a una persona que trabaja fuera del hogar.

Tabla 23. Los resultados en salud para las amas de casa

Regresión logística	Odds ratio	Estadístico t	P-value
Estado de salud	0,851*****	(-6,83)	0,000
Presencia de enfermedad	1,132*****	(5,96)	0,000
Atención curativa	1,101 **	(2,05)	0,033
Atención preventiva	0,975	(-0,39)	0,670

* p<0,10, ** p<0,05, *** p<0,01, **** p<0,001, ***** p<0,0001

Fuente: INEC y MSP, (2012)

Elaboración: Tarina Amaguaña

Estos resultados son congruentes con lo que exponen otros estudios (Cavallo et al, 2006; Salgado-de Snyder y Wong, 2007; Tesch-Römer, 2008; Stewart et al, 2009), que establecen el impacto negativo que tiene sobre el capital de salud, el dedicarse, de manera exclusiva, a cuidar el hogar; fenómeno asociado a problemas de autoestima, depresión y sobrecarga de trabajo doméstico, entre otros elementos que se derivan del estilo de vida de este grupo (Roxburgh, 2009).

Respecto a la utilización de servicios sanitarios, se tiene que si bien la mujer que se dedica a las labores domésticas presenta una mayor probabilidad de recibir atención curativa respecto a su homóloga remunerada (que se incrementa en 10%), no es así para la atención preventiva (Ver tabla 23). Este caso, un ama de casa reduce su probabilidad de utilizar servicios de salud preventivos en un 3%, respecto a una mujer que trabaja de manera remunerada.

Por un lado, estos resultados son consistentes con la mayor probabilidad que tiene una mujer casada de utilizar servicios curativos de salud respecto a una mujer soltera, evento que sugiere que los ingresos del jefe de hogar, y “proveedor”, son un mecanismo crucial para que la mujer ama de casa acceda a atención curativa. Así, se tiene que más del 80% de este segmento (amas de casa), mantiene un compromiso (matrimonio o unión libre), escenario que deja entrever que ante la ausencia de ingresos autónomos de este actor, el ingreso del “proveedor” es importante para materializar su acceso a salud curativa (INEC y MSP, 2012).

modelo general, sin restricción de género. Para la segunda esfera (utilización de servicios sanitarios), la variable fue incorporada en un modelo solo para la población femenina.

Por otro lado, respecto a la atención preventiva, la menor probabilidad de acceder a este servicio es congruente con la ausencia de ingresos propios de este segmento (Obando, 2011). En tal virtud, se aprecia que de cierta manera la medicina preventiva es percibida como prescindible, no solo para el ama de casa, sino para el hogar en su conjunto, ya que se necesita de la pareja “proveedora” para acceder a esta atención sanitaria (Obando, 2011). Frente a la mayor probabilidad de este actor de percibir mala salud y reportar enfermedad, los servicios sanitarios preventivos son un instrumento fundamental para reducir en el largo plazo los problemas de salud y cuidar este capital, condiciones que no se están materializando para este actor.

Si bien la situación de las amas de casa es una problemática que merece un estudio puntual; en la presente investigación se han brindado ciertas luces acerca de sus resultados sanitarios, mismos que se relacionan profundamente con el rol socialmente construido para ellas (Roxburgh, 2009). Frente a esto, se han impulsado ciertos esfuerzos de política que persiguen mermar estas brechas. Así, a finales de 2014 se plantea el debate en el legislativo acerca de la afiliación de las amas de casa a la seguridad social para que perciban beneficios laborales como una pensión por invalidez, vejez o muerte; sin embargo, la reforma no contempla el acceso a servicios médicos, como para el resto de la población afiliada (Asamblea Nacional, 2015)⁷⁴.

Los aproximaciones para este segmento, aunque como se mencionó ameritan ser profundizados, invitan a repensar los beneficios de la ley propuesta, en orden de incidir sobre los resultados en salud de quienes para muchos forman la “economía invisible”, pero quienes son la base del sostenimiento de la llamada “economía visible” (OPS, 2008).

A la luz de lo expuesto, la presente investigación revela resultados en salud dispares que se desprenden de las desagregaciones por área, etnia, estado civil, nivel de ingresos, acceso a seguridad social y grupos de edad. Estos elementos se traducen en el género como una esfera más de producción de inequidades en salud y exponen la necesidad de visibilizar las particularidades del género en la agenda de salud de país.

⁷⁴ Este proyecto de Ley es una medida que forma parte de las reformas laborales y a la Seguridad Social que remitió el Ejecutivo para su análisis en la Asamblea a finales de 2014. La prestación se financiará con el aporte de la familia de las amas de casa, que dependerá del nivel de ingresos del hogar, y un subsidio entregado por el Estado, financiado por los excedentes de las utilidades de los trabajadores (Asamblea Nacional, 2015).

Incorporación del enfoque de equidad de género en salud en Ecuador: Avances, retos y desafíos

El capítulo final de la presente disertación expone los lineamientos de política que se deben perseguir con el objetivo de materializar la equidad de género en los resultados de salud. Para responder a este objetivo, en primera instancia se hace referencia a los esfuerzos pro-género que se han desarrollado en el país para la construcción de estrategias integradoras en salud. En seguida, con el propósito de identificar esfuerzos que el país podría explorar, se recogen experiencias internacionales que se han destacado por impulsar políticas concretas para mermar las brechas de género en este sector. En base a esto, se muestran los desafíos que aún enfrenta el Ecuador para vincular a la salud con el enfoque de equidad de género y en función de aquello, se concluye con lineamientos de política pública para el país.

1. El camino iniciado: Ecuador frente a la equidad de género en salud

Varias son las acciones que en el país buscan consagrar a la salud como un derecho y a su universalización como una realidad. Así, en 2008, Ecuador aprueba una nueva Constitución⁷⁵, en la cual se ratifica al Estado como responsable de garantizar su acceso, a la vez que se define que la prestación de 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 (Constitución del Ecuador, artículo 32).

En el mismo instrumento, y por primera vez en este nivel de marco jurídico, se explicita que para materializar este derecho (la salud) se requieren intervenciones que rebasan la esfera estrictamente sanitaria:

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (Constitución del Ecuador, 2008: artículo 32).

Bajo este marco, las estrategias en salud deben delinarse bajo dos premisas fundamentales. Por un lado, la reducción de las brechas en salud (entendida como los resultados en salud) supone esfuerzos

⁷⁵ Constitución de la República del Ecuador. Publicada en el Registro Oficial No 449, el 20 de octubre de 2008.

multifactoriales, es decir, la acción conjunta entre la Institución rectora en materia de salud (MSP) y diversas entidades sectoriales, según sea pertinente (Malo-Serrano y Malo-Corral, 2014). Por otro, la prestación de estos servicios incluye al enfoque de género como uno de sus principios, lo cual exhorta al diseño de políticas, programas y proyectos que sensibilicen las diferencias biológicas y sociales entre la mujer y el hombre.

Como corroboran los hallazgos de la investigación, el proceso de salud/enfermedad no es un fenómeno estrictamente biomédico, es decir, no es aleatorio quien percibe de mejor manera su salud o padece en menor frecuencia algún tipo de padecimiento. El entramado social sobre el cual se tejen los roles del hombre y la mujer y con ello las diferencias derivadas del género, ciertamente influye en las condiciones de salud de la población. De igual forma, en la utilización de servicios de salud se revelan varias esferas de producción de inequidades tanto entre el hombre y la mujer, así como dentro de un mismo género. Esto invita a repensar las estrategias y abordar los fenómenos sanitarios desde una visión integradora, que legitime las diferencias derivadas del género y simultáneamente, integre una perspectiva multidimensional en términos de política ya que, en efecto, la salud es un resultado de varias dimensiones.

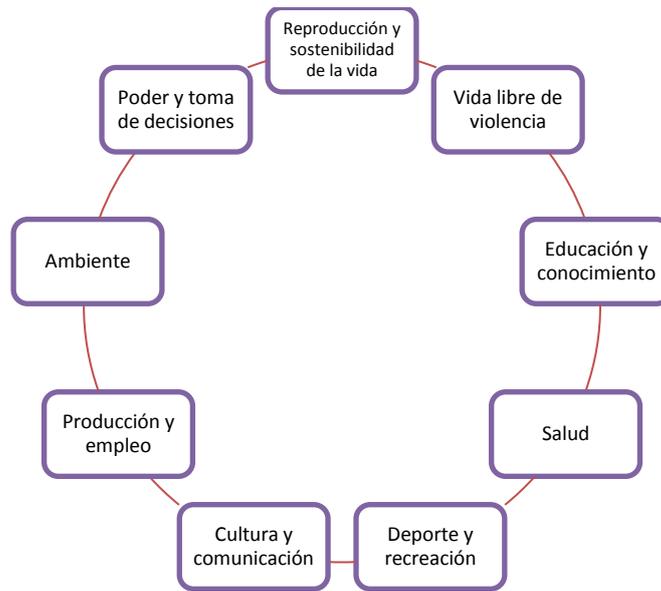
El Plan Nacional para el Buen Vivir (PNBV), es el instrumento máximo que guía la planificación pública del Ecuador, y en el cual reposan las prioridades a nivel de país para el período 2014 - 2017 (Senplades, 2013). Esta hoja de ruta, aborda diversas problemáticas sociales, y reconoce que existen diversas esferas de producción de inequidades como el género, la etnia, la discapacidad, entre otras. Sin embargo, este nivel de planificación no propone estrategias específicas para atacar estas desigualdades (Consejo para la Igualdad de Género, 2014). Es así que, en 2014, se crean los “Consejos para la Igualdad”, que buscan formular políticas puntuales que ayuden a mermar estas inequidades en coordinación con las instituciones públicas, que son las encargadas de aplicar dichos lineamientos (Consejo para la Igualdad de Género, 2014).

Entre estas entidades, se encuentra el Consejo para la Igualdad de Género⁷⁶ cuyas atribuciones constitucionales señalan que es responsable de “la formulación, transversalización, observancia, y seguimiento y evaluación de las políticas públicas en materia de género” (Ley Orgánica de los Consejos Nacionales para la Igualdad, 2014: art 3).

Así, respecto a la formulación de estrategias, el Consejo construyó la *Agenda Nacional de las mujeres y la Igualdad de Género*, (Consejo para la Igualdad de Género, 2014) instrumento que plantea políticas y lineamientos enmarcados en 9 ejes sectoriales, cuyo objetivo es orientar acciones hacia la reducción de las desigualdades que se derivan del género (Ver figura 11):

⁷⁶ El resto de Consejos son los de Pueblos y Nacionalidades, Intergeneracional, Discapacidades y de Movilidad Humana.

Figura 11. Agenda Nacional de las mujeres y la Igualdad de Género: ejes sectoriales



Fuente: Consejo para la Igualdad de Género, (2014)

Elaboración: Tarina Amaguaña

Cada eje exhibe estrategias en distintas áreas. Así, en el eje de “Reproducción y sostenibilidad de la vida”, se esboza la política para la reducción de trabajo doméstico y de cuidados no remunerados que realizan las mujeres. En el eje de “Vida libre de violencia”, se persigue la transformación de los patrones socioculturales, así como la erradicación de la violencia de género en todas sus formas. El tercer eje, reúne esfuerzos en la esfera de educación y conocimiento, centrado en consolidar la transformación del sistema educativo para superar patrones discriminatorios. En el cuarto eje, se busca promover la salud integral de las mujeres y el pleno ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Los ejes de deporte y cultura están orientados a promover actividades recreativas en la mujer y el fortalecer de la identidad nacional, respectivamente. Las acciones encaminadas hacia la reducción de brechas de género en la producción y empleo, persiguen la creación de condiciones para superar el desempleo, subempleo y explotación laboral. En la esfera de “Ambiente”, se propicia el empoderamiento de la mujer en los espacios de gestión ambiental, manejo de recursos naturales y hábitat. Finalmente, el eje de “Poder y toma de decisiones” busca garantizar la plena participación de la mujer en los espacios de decisión y estructuras de poder (Consejo de Igualdad de Género, 2014: 50-54).

De igual forma, como parte de las competencias del Consejo, se encuentra la transversalización del principio de “igualdad y no discriminación en razón del género” a través de la articulación de la Agenda con todas las funciones del Estado (Ejecutivo, Legislativo, Judicial, Electoral y Control Social), y las instituciones del sector público; así como con los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD) (Consejo para la Igualdad de Género, 2014).

Según el Consejo de Igualdad de Género (2014), este proceso de articulación se hace posible si en cada entidad rectora de política pública, se desarrolla una unidad o mecanismo que cuenta

conpersonal especializado encargado de liderar el proceso de transversalización en las entidades respectivas junto con el Consejo de Igualdad de Género (a nivel externo). Bajo la misma, en el caso de los GAD's se debe instalar una instancia técnica que implemente las políticas de igualdad dictadas por el Consejo.

En términos de seguimiento y monitoreo, es necesario mencionar que la Agenda del Consejo de Igualdad de Género, a pesar de reconocer que es necesario "articular nuevos indicadores y metas para monitorear la efectiva transversalidad de las temáticas de igualdad" (Consejo de la Igualdad de Género, 201: 137), no propone indicadores específicos que reflejen las problemáticas de género y en consecuencia, el seguimiento se ejecuta a través de los indicadores del Plan Nacional de Desarrollo⁷⁷, en función de la desagregación según sexo (Dirección de Seguimiento y Evaluación al Plan Nacional de Desarrollo-Senplades, 2015).

Puntualmente en salud, la Agenda centra sus lineamientos en la reducción de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos. Para aquello, exhorta a incorporar una guía de protocolos de planificación familiar post evento obstétrico, garantizar el acceso a anticoncepción de emergencia y el fortalecimiento de los servicios públicos enfocados en la prevención de infecciones de transmisión sexual en las mujeres. Las estrategias apuntan además, a la promoción de la corresponsabilidad masculina en rol reproductivo, a través de la generación de incentivos para fomentar el uso de anticonceptivos en los varones, como la gratuidad de la vasectomía (Consejo de la Igualdad de Género, 2014: 96-98).

Sin embargo, del análisis de la Agenda, se aprecia que los lineamientos en materia de salud dejan por fuera la visión multisectorial de este fenómeno que recoge la Constitución. En este sentido, las estrategias en este eje no se articulan con los ejes de "Producción y empleo", "Sostenibilidad de la vida (trabajo doméstico)" y "Educación", y no se propone la corresponsabilidad del MSP en la formulación de intervenciones que ataquen las brechas en los determinantes sociales de la salud.

Como se ha abordado detalladamente, la perspectiva de género en salud reconoce en el tejido social muchas de las respuestas a las brechas en los resultados de salud (Annandale y Hunt, 2000; Gómez, 2002; Manisha y Sekhar, 2007; OPS, 2012). En virtud de aquello, es importante identificar los avances que se han mostrado no solo en este sector (salud), sino además en las dimensiones que rebasan la esfera sanitaria, pero que inciden en sus resultados, y sobre las cuales se construye el género como esfera social (Gómez, 2002; Lamas, 2002; Snyder y Wrong, 2009).

⁷⁷La evaluación al instrumento máximo de planificación del país, el PNBV, se ejecuta a través de una batería de "indicadores-meta" que permiten dar seguimiento periódico a los objetivos trazados⁷⁷, mismos que se vinculan de manera directa con lineamientos y políticas por sector (Senplades, 2013). Estos indicadores cuenta con metas anuales para el periodo de vigencia del Plan (2014 -2017), consensuadas entre la Institución ejecutora de la política a nivel sectorial, el Ministerio Coordinador a cargo y Senplades. La evaluación a final de cada periodo muestra los indicadores que han cumplido de manera satisfactoria con la meta propuesta y por el contrario, aquellos que no cumplieron con lo planificado anualmente (Senplades, 2013).

Así, entre las estrategias que buscan la construcción de nuevas formas de convivencia en el país, se destacan las acciones emprendidas para la visibilización del trabajo no remunerado. En virtud de aquello, la implementación de la Encuesta de Uso de Tiempo (EUT)⁷⁸, a cargo del INEC, permitió identificar quienes tienen mayor carga de trabajo en el hogar (principalmente mujeres) y el aporte del oficio no remunerado al crecimiento de la economía (INEC, 2014d). Este escenario supone el reconocimiento de la llamada “economía invisible” (OPS, 2008) y representa un primer paso para nuevos procesos de construcción en las relaciones de género. Asimismo, a finales de 2014, se propuso un grupo de reformas a la seguridad social, entre ellas, la afiliación al IESS de la población que realiza trabajo doméstico no remunerado (Asamblea Nacional del Ecuador, 2015), quienes según los datos recogidos por la EUT representan el 15% del Producto Interno Bruto (PIB) (INEC, 2014d). La aprobación de dichas reformas se discuten en el pleno de la Asamblea Nacional (Asamblea Nacional del Ecuador, 2015). Es importante recordar que los resultados de la investigación señalan que las mujeres que realizan exclusivamente trabajo doméstico no remunerado tienen mayor probabilidad de enfermarse y menor probabilidad de utilizar servicios de salud preventivos, poniendo de manifiesto que estrategias como las que se están impulsando podrían contribuir a visibilizar y mermar estas brechas en salud.

De igual forma, se hace importante precisar que en el país la mujer ha mostrado históricamente menores tasas de empleo respecto a su par varón, así como mayores niveles representatividad de en el trabajo no remunerado (INEC, 2013). En virtud de aquello entre las estrategias que se han impulsado para la reconciliación entre la vida laboral y el trabajo, se encuentran políticas como la obligatoriedad de proveer guarderías a las empresas públicas y privadas con más de cincuenta trabajadores (Código de Trabajo del Ecuador: artículo 155), así como las “Políticas de Desarrollo Infantil” a cargo del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) que buscan dar cuidado especializado a niños menores de 3 años en los Centros Infantiles del Buen Vivir (MIES, 2013). Bajo la misma línea, el PNBV insta a la creación de un Sistema Nacional de Cuidado que genere sinergias entre los proveedores y persigue la disminución de la carga de trabajo de las mujeres (Senplades, 2013).

En cuanto a la educación, la Ley Orgánica de Educación Intercultural (LOEI), en vigencia desde 2011, ha permitido la generación de acuerdos ministeriales que prohíben la negación de matrículas a estudiantes embarazadas, así como la institucionalización de la educación sexual en escuelas y colegios. Los programas de alfabetización⁷⁹ y la educación acelerada en las modalidades básica y bachillerato⁸⁰, a cargo del Ministerio de Educación, persiguen la universalización de este derecho (educación) para hombres y mujeres que no han tenido la oportunidad de insertarse en el sistema educativo o que han abandonado sus estudios por la presencia de hijos, recursos económicos o el

⁷⁸La Encuesta del Uso de Tiempo (EUT) es parte del Programa Nacional de Estadísticas de Género, realizado de manera periódica (anual) y cuyo levantamiento de información está a cargo del INEC.

⁷⁹El Programa Manuela Sáenz y el Programa Dolores Cacuango son las estrategias de intervención para población analfabeta del país, principalmente mujeres indígenas de zonas rurales.

⁸⁰Entre los programas para la población que ya no está en edad escolar se encuentran los programas de educación acelerada dirigida hacia la población mayor de 15 años.

trabajo (Ministerio de Educación, 2014). Respecto a las prioridades en la educación superior, hoy éstas posicionan a la cobertura y calidad como pilares fundamentales, y como parte de estos esfuerzos proponen la transversalización del enfoque de género en la educación superior, cuyo proceso de implementación está liderado por el Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CEAACES) aún en construcción, sin embargo, entre los principales lineamientos destaca el impulso de la participación de las mujeres como docentes universitarias (CEAACES, 2013), un área que según el Consejo de la Igualdad de Género se encuentra “masculinizada”, con una presencia del hombre que triplica al de la mujer⁸¹.

Frente a estos avances, se hace preciso puntualizar que los hallazgos de la disertación muestran que los mayores niveles de educación están asociados con una menor probabilidad de enfermarse y una mayor probabilidad de utilización de servicios sanitarios, tanto para la población femenina como masculina. No obstante, el trabajo en la democratización del conocimiento debe exhibir paralelamente estrategias encaminadas hacia la reducción de las brechas salariales que en el país aún persisten (Carrillo, 2013). En virtud de aquello el país expone dos ejes de acción principales. Por un lado, ha impulsado el incremento del salario mínimo con el objetivo de que guarde correspondencia con el costo de vida y por otro, ha impulsado el establecimiento de techos salariales con miras a la redistribución de los recursos (Ministerio de Trabajo, 2014). Sin embargo, en materia reducción de brechas salariales que respondan al género, aún no se han hecho explícitas estrategias puntuales (Senplades, 2014).

Respecto a los avances en el área de salud, se identifican esfuerzos encaminados hacia la reducción de la mortalidad materna y el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva. En virtud de aquello, en el primer eje (reducción de muertes maternas), se han ejecutado un conjunto de políticas y estrategias bajo el marco del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, que buscan la vigilancia, monitoreo e investigación epidemiológica de este fenómeno (MSP, 2008), además de mejorar el acceso y calidad de la atención del embarazo, parto y posparto, así como del recién nacido (MSP, 2013)⁸². Es preciso recordar que a pesar de la sostenida reducción de la mortalidad materna en el país, permanecen grandes desafíos a nivel territorial, especialmente en las zonas rurales (INEC, 2013); cuadro que invita a repensar y ampliar las estrategias para mermar estas brechas.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva, el MSP ejecuta programas como el de “Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos” (DAIA), que busca garantizar la entrega oportuna y gratuita de métodos anticonceptivos, en orden de prevenir embarazos no deseados (MSP, 2014a). Bajo la misma línea, en 2013, se establece la entrega gratuita de métodos anticonceptivos orales de emergencia, previa asesoría de un profesional médico, que de acuerdo al Consejo de Igualdad de

⁸¹De acuerdo a información del CEAACES (2013), del total de profesores universitarios a 2012, el 30% son mujeres, mientras el 70% son hombres

⁸² El Ministerio de Salud Pública (MSP, 2013), emite la norma de Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE), como un instrumento efectivo para la aplicación de la Estrategia de Reducción de Mortalidad Materna y Neonatal, que busca dar cuidado oportuno durante el embarazo, y al niño recién nacido hasta los 28 días de nacido (MSP, 2013).

Género (2014: 95), son medidas que “aportan al ejercicio y cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos”.

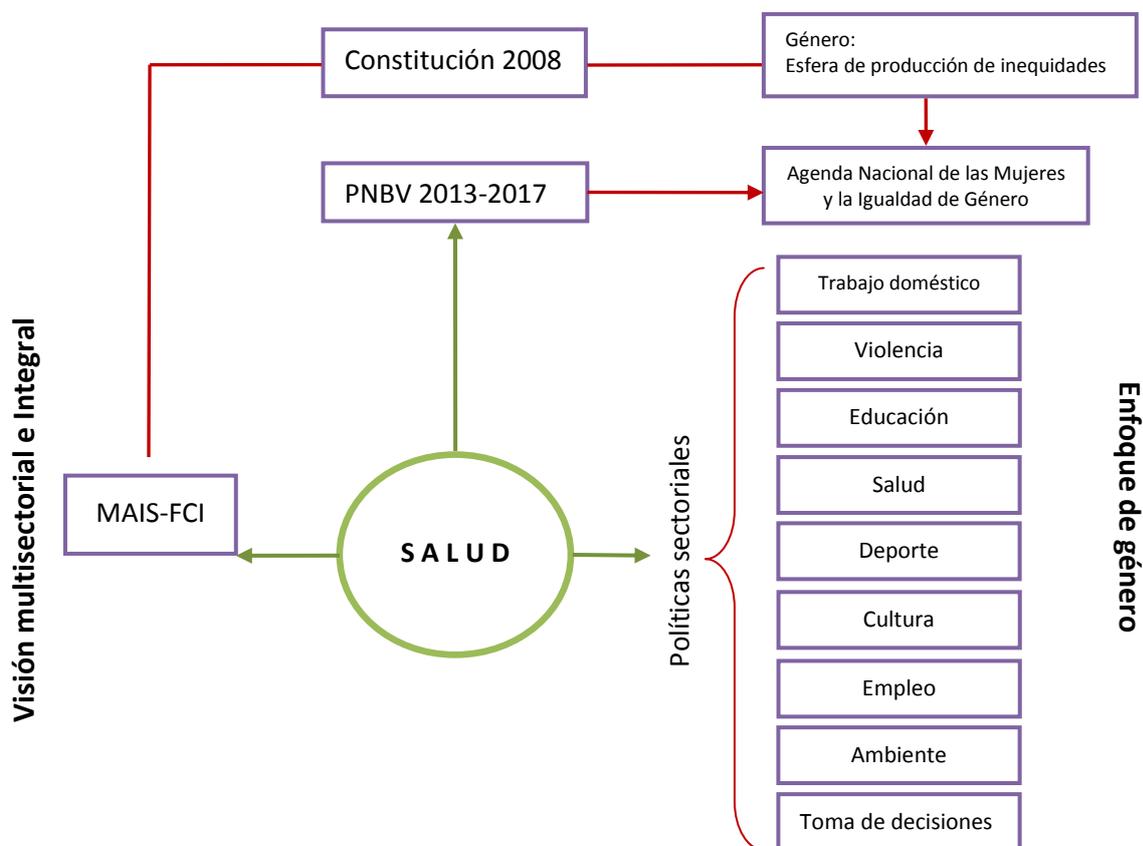
Estas estrategias en materia de salud reflejan claramente que la planificación de este sector privilegia las intervenciones en torno al rol reproductivo de la mujer, escenario que se muestra congruente con lo expuesto en el capítulo previo, haciendo referencia a la utilización casi exclusiva de servicios de planificación familiar por parte de la mujer (INEC y MSP, 2012).

Finalmente, como parte de los avances en materia de planificación de la salud en el país, se destaca la creación e implementación del “Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural” [MAIS-FCI] (MSP, 2012c), como un conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas enfocadas en la salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MSP, 2012c: 53). Según el MSP (2012: 9), este esfuerzo nace con el objetivo de generar cambios estructurales que permitan articular la oferta pública y privada con un enfoque de calidad y equidad, buscando dar respuesta a los problemas de la salud desde una visión multisectorial. En virtud de aquello, uno de los objetivos estratégicos busca “fortalecer la planificación e intervención intersectorial que permita intervenir sobre los determinantes de la salud” (MSP, 2012c: 55).

Frente a esto, el marco conceptual del modelo reconoce en los determinantes sociales de la salud, varias áreas de acción para incidir en los resultados de salud, siendo consistente con lo establecido en la Constitución. Adicionalmente, el MAIS-FCI busca reorientar los servicios de sanitarios hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con participación organizada de los sujetos sociales, a la vez que persigue el fortalecimiento de la curación, recuperación y rehabilitación de la salud (MSP, 2012: 32).

Este enfoque multisectorial del MAIS-FCI no se recoge en la Agenda del Consejo de Igualdad de Género en materia de salud, ya que no se aprecia una visión de corresponsabilidad entre el MSP, como la institución rectora en sector, y demás organismos sectoriales pertinentes, que permita materializar la importancia del trabajo conjunto sobre los determinantes de la salud. Frente a esto, la creación de una herramienta vinculante entre el MAIS-FCI y la Agenda es aún una tarea pendiente (Ver figura 12).

Figura 12. Ecuador: Estrategias de planificación y política en materia de género y salud



Fuente: MSP, (2012); Senplades, (2013); Consejo de la Igualdad de Género, (2014)
Elaboración: Tarina Amaguaña

Acorde a lo expuesto, se reflejan los grados compromisos que ha asumido el país en materia de salud con enfoque de género, cuyas consignas se abordan desde la Constitución, permitiendo materializar esfuerzos como la Agenda Nacional de Igualdad de Género. Sin embargo, los retos persisten ya que sin abordar a las problemáticas de salud como fenómenos intersectoriales no se puede hacer frente a las inequidades en salud.

2. *Los resultados en salud, el género y la equidad: experiencias internacionales*

En esta sección, se revelan varias experiencias a nivel internacional, con el propósito de identificar los vacíos y retos que aún enfrenta el Ecuador, así como posibles mecanismos que el país podría explorar en términos de la incorporación del enfoque de género en la planificación del sector salud. Estas experiencias “pro género” exponen diversas propuestas alrededor del mundo, mismas que

apuestan por las acciones multisectoriales como principal estrategia para mermar las brechas en sector (OPS, 2014b).

Según un estudio realizado acerca del impacto de las políticas de género sobre la salud (Palència, Malmusi, De Moortel, D'Artazcoz, Backhans, Vanroelen, y Borrell, 2014), en los países con políticas familiares tradicionales, las mujeres se enferman con más frecuencia y perciben peores estados de salud que sus pares varones. Esta investigación se realizó para 26 países europeos, clasificados en tres categorías según su modelo de política de familia, es decir, aquellas que facilitan en mayor o menor medida la promoción del trabajo remunerado para las mujeres. Estas categorías son: modelo de doble sustentador, modelo tradicional y el modelo contradictorio (Palència, et all, 2014). La Tabla 24, presenta los países europeos que integran estas categorías y sus respectivos enfoques de política:

Tabla 24. Categorización de los países del Estudio: “Influencia de las políticas de equidad de género sobre las desigualdades en salud”

Categorías	Países	Enfoque de política
Modelo de doble sustentador	Dinamarca Finlandia Noruega Suecia	Política pública que promueve la transferencia del cuidado de los niños al sector público, estimulando a los padres (varones) a que sean partícipes activos del cuidado de los niños más pequeños (redistribución de la carga de trabajo en el hogar)
Modelo tradicional	España Grecia Portugal Chipre	Bélgica Francia Alemania Países Bajos
Modelo contradictorio	Bulgaria República Checa Estonia Croacia Eslovenia Ucrania	Hungría Lituania Polonia Rusia Eslovaquia

Fuente: Palència, et all, (2014)

Elaboración: Tarina Amaguaña

Los resultados de la investigación muestran que en países como España, Grecia, Portugal y Chipre (modelo tradicional) las mujeres manifiestan un peor estado de salud que los varones, desventaja que se profundiza en la población adulta mayor, casada y la clase trabajadora (Palència, et all, 2014). Según el estudio, estos países han desarrollado “modelos de solidaridad familiar” basados en la división sexual del trabajo, con marcadas diferencias en los roles asignados según el género y donde la provisión de servicios y el apoyo por parte del Estado son limitados. Así, la mujer se encarga principalmente de las labores domésticas y del cuidado de niños y ancianos, con un papel secundario en el mercado de trabajo; mientras que al varón se le asigna un rol de proveedor (Palència, et all, 2014: 30).

Estas desigualdades no se observan en países con políticas que impulsan una mayor participación de la mujer en el mercado laboral (modelo doble sustentador), así como una mayor participación del

Estado en el cuidado de niños y personas mayores. Entre éstos, se encuentran países como Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia, que promueven el acceso de la mujer al mercado laboral, a través de una participación activa del Estado en la dotación de servicios de cuidado, lo cual se traduce en una menor carga familiar para la mujer (Palència, et al, 2014). Frente a esta realidad, se revelan estrategias que han sido fructíferas en otros países y que no posicionan a la salud como resultado exclusivo del sector sanitario. Según Palència, et al, (2014), la aplicación de políticas que promuevan la equidad de género, que incluya la promoción del acceso de la mujer al mercado de trabajo, puede incidir en la reducción de las inequidades de género en salud.

Del estudio se revela que países como Suecia, han logrado reducir las brechas derivadas del género en los resultados de salud. Esto se da en un contexto de implementación de una política intersectorial en salud, que propone el trabajo conjunto desde diversos frentes (Borrell y Artazcoz, 2008). Así, en Suecia, la política en salud expone 11 objetivos intersectoriales, que reconocen la importancia de promocionar la seguridad económica y social para la reducción de las brechas en salud:

Tabla 25. Suecia: Objetivos de la política nacional en salud

Objetivos	1.	Participación en influencia en la sociedad
	2.	Seguridad económica y social
	3.	Condiciones seguras y favorables durante la infancia y adolescencia
	4.	Una vida saludable en el trabajo
	5.	Ambientes saludables y seguros
	6.	Servicios de salud que promuevan más activamente la buena salud
	7.	Protección efectiva contra las enfermedades transmisibles
	8.	Sexualidad segura y buena salud reproductiva
	9.	Aumento de la actividad física
	10.	Dieta saludable
	11.	Prevención del tabaquismo y del consumo excesivo de alcohol

Fuente: Borrell y Artazcoz, (2008)

Elaboración: Tarina Amaguaña

Estos objetivos son evaluados periódicamente y para los distintos niveles territoriales (municipal, regional y nacional); y su consenso supuso acuerdos a nivel político pero además, basados en evidencia científica a cargo de expertos sectoriales. Esto implica migrar de un enfoque más biomédico, que se traduce en indicadores tradicionales, como por ejemplo la disminución de la mortalidad o morbilidad, hacia enfoques centrados más en las personas y en el entramado social; proporcionado un rol relevante tanto a los servicios de salud como a las acciones intersectoriales (Borrell y Artazcoz, 2008: 469). En este contexto, se reconoce una política en salud cuya estrategia se dirige hacia los determinantes de la salud, entre ellos el género. Así, ligado a los objetivos de “participación e influencia en la sociedad” y “seguridad económica y social” de la política nacional de salud, se articula la política familiar, que busca mermar las desigualdades que se derivan del género

(Martínez, 2009). Este modelo, reposa en tres pilares básicos: las prestaciones para la infancia, los permisos parentales y los servicios de cuidado y atención a la infancia.

Respecto al primer pilar, las prestaciones para la infancia, estas se asignan de forma universal, para asegurar las condiciones de vida de las familias (en especial de las mujeres) que tienen niños a su cargo, además de otorgar una compensación económica a las familias que desean tener hijos. Si bien el fin último de esta política son los menores, estrategias como estas intentan ser un soporte familiar, que incide en la vida de los padres, y en la manera en que se organizan las actividades dentro del hogar (Martínez, 2009: 12).

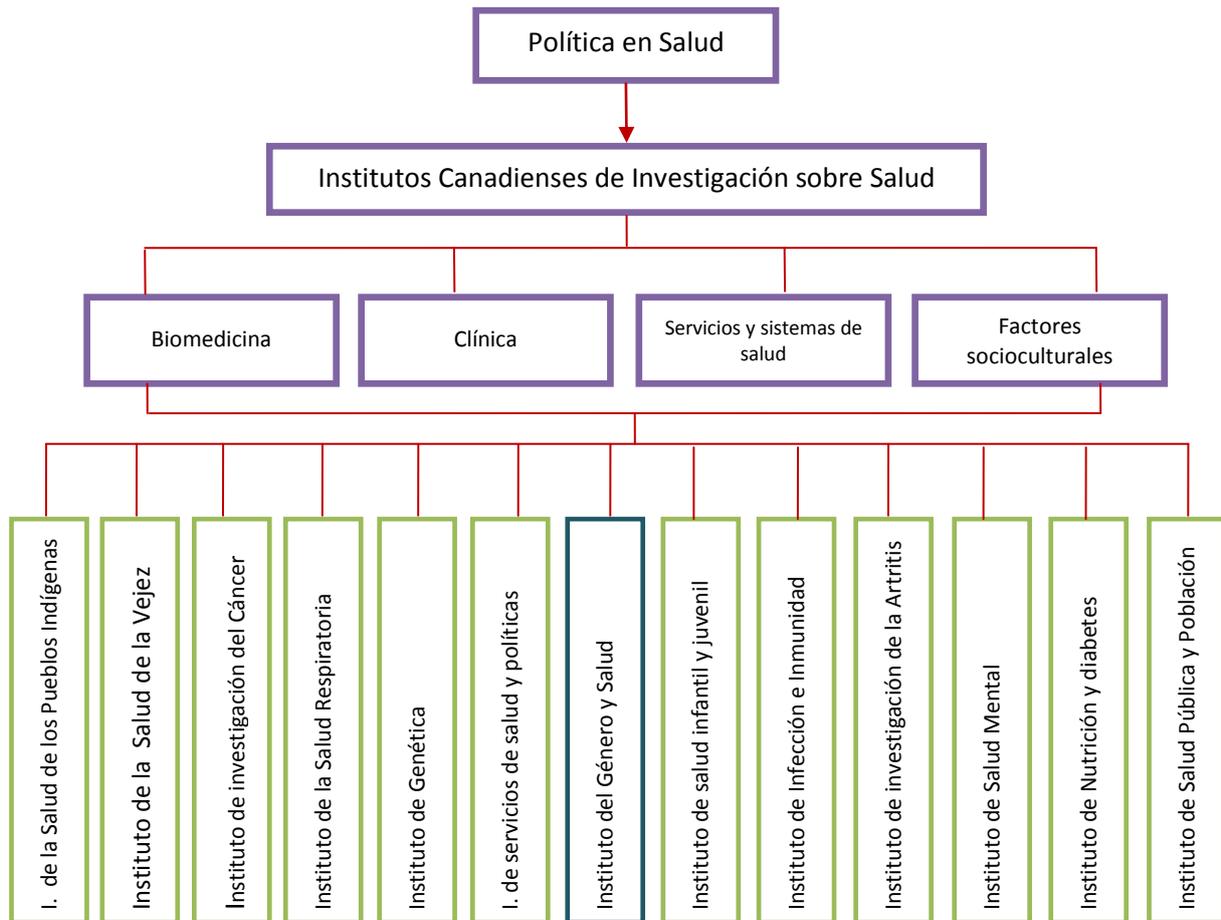
Por su lado los permisos parentales, persiguen ser un sostén financiero para las parejas que acaban de tener un niño, a la vez que garantiza el retorno laboral de los progenitores al mercado laboral después del permiso. Dicho permiso se concede tanto a los padres como a las madres para que puedan repartirse entre ellos su duración, buscando la igualdad entre ambos progenitores frente a las responsabilidades familiares (Martínez, 2009).

Finalmente, los servicios de atención a la infancia (Martínez, 2009) persiguen por un lado, la protección de la niñez, a través del desarrollo de centros especializados de calidad, y por otro, la inserción laboral de los progenitores, en especial de las mujeres. La estructura de estos servicios públicos está organizada para atender a los niños en edad no escolar, es decir, antes de los seis años, y para los grupos de edad de 7 a 12 años, para quienes se dirigen actividades extracurriculares, antes y después de las horas de clase.

En virtud de lo expuesto, se aprecia que el modelo sueco busca garantizar la inserción laboral tanto del hombre como de la mujer, direccionando las estrategias hacia la división sexual del trabajo y a los roles que se derivan de este fenómeno. Con esto, buscan garantizar no solo mejores oportunidades laborales para la población, sino además y paralelamente, mayor autonomía para alcanzar la equidad de género (Martínez, 2009).

Canadá también se hace eco de una política intersectorial en salud; que a la par privilegia el papel de la investigación en materia sanitaria, su difusión y la evaluación de las políticas con enfoque de género en salud (Agencia de la Salud Pública de Canadá, 2014). En este contexto, la política en salud del país privilegia las contribuciones que se generan desde los “Institutos Canadienses de Investigación sobre Salud” (CIHR, por su siglas en inglés). Estos se apoyan en 4 pilares de investigación, divididos en 13 Institutos:

Figura 13. Canadá: Política en salud basada en la investigación multifactorial



Fuente: Borrell y Artazcoz, (2008)

Elaboración: Tarina Amaguaña

Así, las directrices de investigación en salud, exploran problemáticas sanitarias (biomedicina), del financiamiento y dotación de servicios (servicios y sistemas de salud) y además se preocupan de los factores extra sanitarios que influye en los resultados de salud (factores culturales, sociales y medioambientales). Los Institutos de Investigación se basan en estas esferas de estudio, dando paso a la sensibilización de la heterogeneidad de las problemáticas en salud. En este sentido, se tienen definidos grupos específicos de estudio, que se centra en distintos segmentos de la población según el ciclo de vida, como el Instituto de Salud Infantil y Adolescente y el Instituto de la Salud de la Vejez; así como en las problemáticas epidemiológicas y de mortalidad, entre los que se encuentran: Instituto de Investigación del Cáncer, Instituto de la Investigación Respiratoria, Instituto de Genética y el Instituto de Infección e Inmunidad. Además, cuentan con Institutos que enfocan sus investigaciones en la salud mental, la nutrición y la salud pública (Agencia de la Salud Pública de Canadá, 2014).

La etnia y el género son otras esferas de intervención por parte de los CIHR, a cargo del Instituto de la Salud de los Pueblos Indígenas y del Instituto de Género y Salud, respectivamente. Este último,

busca generar investigación sobre la influencia del género (construcción social) y del sexo (esfera biológica) en la salud de los hombres y mujeres durante las distintas etapas de vida, y asegurar que los resultados de las investigaciones tengan un impacto medible en las políticas, productos y servicios (Instituto de Género y Salud de Canadá, 2015).

Según la Agencia de Salud Pública de Canadá, esta investigación multisectorial en salud ha permitido comprender de mejor manera la naturaleza de las desigualdades en este sector y “encontrar las medidas que permitirán alcanzar la equidad en salud según los contextos” (Agencia de la Salud Pública de Canadá, 2014: 21).

Esta investigación toma especial relevancia en un escenario que impulsa la difusión de los resultados. En tal virtud, la Agencia de Salud Pública de Canadá financia a los llamados Centros de Colaboración Nacional (NCC, por sus siglas en inglés) que persiguen el intercambio oportuno y eficaz de los conocimientos generados en el país en materia de salud. Estos centros son:

1. Centro Nacional de Colaboración de los Determinantes de la Salud
2. Centro Nacional de Colaboración para la Salud de los Pueblo aborígenes
3. Centro Nacional de Colaboración para la Política Pública en Salud

Así, por ejemplo, el Centro Nacional de Colaboración de los Determinantes de la Salud (NCCDH, por sus siglas en inglés) tiene como objetivo facilitar el intercambio de conocimientos y experiencias que sirven como insumo en la generación de planes de equidad en materia de salud. Para ello, reúnen a investigadores, planificadores y expertos a través de talleres, foros y semanarios, permitiendo mejorar las decisiones sobre las políticas y programas en el área sanitaria.

Otra entidad fundamental en la articulación de las estrategias que buscan mejorar la equidad en materia de salud, es el Consejo Canadiense sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CCSDH, por sus siglas en inglés), cuya misión es asesorar a la Agencia de Salud Pública respecto a las acciones intersectoriales que se deben ejecutar para incidir en las brechas de salud. Este Consejo, tiene representatividad en los diversos niveles de gobierno (federal, territorial y municipal), además de contar con representantes de los pueblos indígenas, empresas, trabajadores y de las universidades (Agencia de la Salud Pública de Canadá, 2014: 25).

Finalmente, el rol de la evaluación de impacto en la equidad en materia de salud, se perfila como otro de los pilares importantes de la estrategia nacional de salud en Canadá. Para ello, se han creado herramientas y estrategias específicas con características particulares según el lugar de aplicación. Sin embargo como referente a nivel nacional, se tiene la guía titulada *“Tools and Approaches for Assessing and Supporting Public Health Actions on the Social Determinants of Health and Health Equity”* (NCCDH, 2012) que describe instrumentos y criterios de evaluación de impacto que permiten estimar las condiciones que dan lugar a las inequidades en salud y en función de ello elaborar

estrategias, programas y servicios para reducir estas desventajas. Esta guía fue elaborada por la NCCDH, como parte de sus funciones para lograr mayor equidad en materia sanitaria.

En América Latina, las agendas gubernamentales muestran una presencia cada vez más visible de estrategias pro género, resultado de décadas de esfuerzo que han buscado posicionar estas brechas en la palestra nacional (CEPAL, 2010b). En este contexto, países como Chile y México resaltan el rol de la transversalización del enfoque de género en todas las esferas de la política pública, y en consecuencia en las diversas áreas de producción de inequidades (Solar, 2010; Rodríguez y Caminotti, 2010; Rico, Troncoso, López, Nigenda y Langer, 2014).

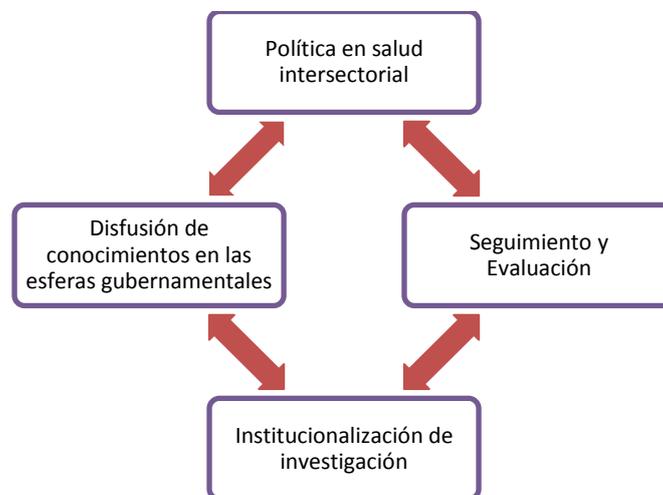
Puntualmente, en la región, Chile “ha liderado el proceso de instauración de agencias encargadas de promover la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres” (Rodríguez y Caminotti, 2010: 89), iniciativa que se ha materializado a través del “*Plan de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres*”. Este Plan busca “fortalecer la coordinación intersectorial para abordar problemas específicos derivados de las desigualdades entre mujeres y hombres” (Solar, 2009: 8). Para esto, se encarga de la capacitación del personal de las instituciones públicas en metodologías y normativas con enfoque de género, así como de garantizar el diseño, seguimiento y evaluación de las políticas sectoriales con enfoque de género. En el marco de estos esfuerzos, también se ha impulsado la creación y ejecución de la “Agenda de Equidad de Género”, en el que se asumen compromisos gubernamentales para avanzar en la reducción de las brechas de género desde varios frentes, entre ellos la salud. No obstante, los objetivos de esta Agenda no solo se enmarcan en las desigualdades de género, sino que además, buscan visibilizar y reducir las brechas entre mujeres (Solar, 2009: 9-10). Finalmente, la Agenda también impulsan estrategias como la implementación del Sistema Nacional de Cuidado, que buscan hacerse cargo de la concentración tradicional de la mujer en las múltiples tareas de cuidado con el objetivo de promover la inserción laboral de la población femenina y con esto incentivar la autonomía y empoderamiento de la mujer (Servicio Nacional de la Mujer de Chile, 2015).

Por su lado México, también muestra varios esfuerzos que buscan sensibilizar en la agenda pública las brechas de género. Puntualmente en materia sanitaria, se impulsa el Programa Nacional de Salud (PNS) que busca alcanzar la equidad y la calidad de los servicios en esta esfera (Rico et al, 2014: 248) y como parte de sus estrategias dirigidas hacia la reducción de brechas de género ha creado el “*Programa Mujer y Salud*” (Promsa). Esta iniciativa pretende incorporar la perspectiva de género en todas las políticas de salud, para lograr que las necesidades específicas tanto del hombre como de la mujer sean atendidas a lo largo de su ciclo de vida y con esto “contribuir a la reducción del impacto de las inequidades de género que se traducen en riesgos particulares para la salud de hombres y mujeres” (Rico et al, 2014: 249). El programa tiene como parte de sus ejes de acción la institucionalización de la perspectiva de género en salud, lo cual le supone un ejercicio de revisión y de ser necesario, de modificación a nivel normativo y presupuestario. Asimismo, otra de las acciones que han permitido sensibilizar las brechas de género en México, es la creación del “Sistema de Indicadores para el Seguimiento de la Mujer en México” (Sisesim), a cargo del Instituto Nacional de

Estadísticas y Geografía (INEGI), instrumento que insume al diseño de políticas del país (Rico et al, 2014).

Las experiencias de los países expuestos permiten esbozar un panorama claro acerca de la dirección que han tomado las estrategias en materia de equidad de género en salud. Por un lado, se vislumbra la institucionalización de la salud como resultado de varias esferas en países como Suecia y Canadá, evento que en menor medida empieza a tomar presencia en América Latina. Sin embargo, en la región se evidencian los primeros resultados de una lucha de décadas por incorporar la visión de género en las agendas nacionales. A nivel internacional, Suecia contempla una política en salud claramente definida de manera intersectorial, y posiciona el rol del de la seguridad económica y social como parte de los objetivos para mermar las brechas en salud. En Canadá, se destaca la institucionalización de la investigación en las diversas esferas de la salud, entre ellas los determinantes no sanitarios, y a la par el papel que tiene la difusión de los resultados en los distintos niveles de gobierno y entidades a cargo del sector. En la región, Chile y México, hacen hincapié en el seguimiento y evaluación de las políticas de género, y en México, este seguimiento se formaliza a través indicadores puntales en materia de género a cargo del Sisesim.

Figura 14. Políticas de equidad de género en salud: Ejes principales de las experiencias a nivel internacional



Fuente: Borrell y Artazcoz, (2008); Solar, (2009); Agencia de la Salud Pública de Canadá, (2014); Rico et al, 2014

Elaboración: Tarina Amaguaña

Estos lineamientos permiten explorar nuevas visiones para el país, y a la par permiten identificar los desafíos que aún presenta el Ecuador en términos de política pública enfocada a la equidad de género en salud. En virtud de aquello, a continuación se exponen los principales retos que debe enfrentar el país, así como recomendaciones de política en función de los hallazgos.

3. El camino por recorrer: retos, desafíos y lineamientos propuestos para el país

La sensibilización del género como una esfera de producción de inequidades se posiciona como uno de los grandes avances en materia de salud. Así, en la Constitución de 2008, se reconoce a la transversalización del enfoque de género como uno de los principios que debe guiar las acciones en este sector (Constitución del Ecuador, 2008: art 358), visión que es plasmada en el instrumento máximo de planificación del país, el PNBV; con lineamientos específicos a través de la Agenda de Igualdad Género (Consejo de Igualdad de Género, 2014). Sin embargo, el diseño de estrategias que persigan la equidad de género en salud requiere de esfuerzos que involucran a varios sectores y actores. Bajo este marco, la presente sección revela las deudas pendientes y expone varias alternativas para mermar estas brechas desde la planificación.

3.1 Política Nacional en Salud: reconocimiento del enfoque intersectorial

“La inequidad en salud se corrige fundamentalmente desde otros sectores” (OPS, 2010b: 4). Esta es la conclusión a la que llega la OPS, resaltando el rol de la política intersectorial en salud. Y es que comúnmente la “política nacional en salud” es sinónimo de “política de atención médica”, sin tomar en cuenta que esta última no es sino uno de los componentes que crean las condiciones en este sector (Navarro, sf).

Los hallazgos de la presente investigación respaldan esta consigna, ya que se demostró que factores como los ingresos, la etnia, el estado civil, edad y el lugar de residencia afectan los resultados de salud tanto para el hombre como la mujer; y de hecho con importantes diferencias entre ambos grupos. Esto evidencia que en efecto los resultados en salud son producto del entramado social (Ostlin, 2002). Y es precisamente debido a que el entramado social no actúa de la misma manera en el hombre y la mujer (Lamas, 2002), se torna vital reconocer las brechas en salud derivadas del género. Una política biomédica, se centra en las diferencias biológicas entre estos dos actores, dejando de lado el tratamiento de las inequidades en otros sectores que se reproducen en el campo de salud.

Bajo este marco, la creación de una política en salud que reconozca las brechas derivadas del género debe contemplar al menos dos componentes. Por un lado, hacer explícito los determinantes políticos, económicos, sociales y culturales y por otro, como segundo componente, estrategias dirigidas hacia los estilos de vida, “que son los más visibles dentro de las políticas de promoción de salud” (Navarro, sf: 1).

Ecuador hoy reconoce que el derecho a la salud está atado a la realización de otros derechos (Constitución del Ecuador, 2008: artículo 32) y bajo esta lógica se han direccionado lineamientos como el MAIS-FCI, instrumento que legitima la acción multisectorial en salud. No obstante, en la Agenda de Igualdad de Género, no existe una visión integral en el “eje de salud” y de hecho los lineamientos de política están principalmente enfocados a la salud sexual y reproductiva, siendo el reflejo una política que centra en las necesidades biomédicas, y en consecuencia concibe únicamente las diferencias entre el hombre y la mujer que responden al sexo.

Este vacío se traduce en una ausencia de corresponsabilidad y veeduría del MSP en las políticas ejecutadas en otros sectores cuyas implicaciones inciden en los resultados de salud. Estos elementos no han permitido migrar de un enfoque estrictamente biomédico hacia un enfoque multidimensional de salud, y en consecuencia no se ha abandonado la idea de que la salud es competencia exclusiva de este sector (OMS, 2014).

Un buen ejemplo de una política nacional en salud con enfoque multisectorial es Suecia expuesto en la sección previa. Como parte de los objetivos que delinean el accionar en el campo de salud, se priorizan no solo estrategias sanitarias, sino además se identifican claramente objetivos relacionados con la participación en la sociedad, la seguridad económica y las condiciones de vida (Martínez, 2009).

En virtud de aquello, como parte de las estrategias que persiguen cerrar las brechas de género en los resultados de salud, este país ha posicionado políticas dirigidas hacia la reconciliación entre el trabajo doméstico y la vida laboral, a través de la redistribución de las responsabilidades en el hogar y en el cuidado de los niños, así como en el impulso a la inserción laboral de la población femenina. Esto influye no solo en una mayor autonomía y disponibilidad de ingresos (Annandale y Hunt, 2000), sino además está estrechamente relacionado con la percepción del estado de salud y presencia de enfermedad de la población que se dedica a trabajar, de manera no remunerada, en el hogar (Palència, et al, 2014). Al respecto, los hallazgos de este estudio concluyen que, para el caso ecuatoriano, siendo la mujer quien casi de manera exclusiva se dedica al trabajo doméstico no remunerado, ésta tiene por un lado una mayor probabilidad en enfermarse y por otro lado, menor probabilidad de utilizar servicios de salud preventivos, escenarios que exhorta al lineamiento de políticas pensadas desde la intersectorialidad en salud.

3.2 Seguimiento y Evaluación

Los hallazgos de la investigación, encontraron claras brechas entre los resultados de salud de hombres y mujeres, pero además brechas que permanecen dentro de un mismo género, como aquellas derivadas de la fractura étnica que ha vivido el país (Senplades, 2013). En primer lugar, se evidencia que la mujer presenta mayor probabilidad de enfermarse respecto a su par varón (en un 46%), esto a pesar de su mayor longevidad (INEC y MSP, 2012). Esta vulnerabilidad para la población

femenina se traduce también en los niveles de satisfacción frente a su capital de salud, ya que este grupo presenta una probabilidad menor (en un 26%) de percibir un buen estado de salud respecto a la población del género opuesto. En segundo lugar, los resultados arrojan claras disparidades en la utilización de servicios sanitarios. Así, tanto para medicina curativa como preventiva, el varón presenta una menor probabilidad de utilizar estos servicios, fenómeno que es más evidente en la utilización de servicios preventivos de salud. Estos eventos merecen análisis más profundos, ya que reflejan patrones culturales e incluso de asignación social de roles de género, que influyen en que el varón exponga más su salud y la cuide menos (OPS, 2011), y en términos de medicina preventiva, se revelan una estructura que define claramente la responsabilidad exclusiva de la planificación familiar para la mujer (OPS, 2011). Finalmente, los hallazgos de la investigación hacen evidente la reproducción de distintas esferas de inequidades sobre los resultados de salud, tales como la educación, el acceso a seguros de salud, el estado civil y la etnia.

La existencia de estas brechas en salud plantean la necesidad de incorporar instrumentos para medir las inequidades en salud como “parte de las actividades rutinarias de monitoreo y evaluación de la marcha de los programas de salud” (OPS, 2014: 6), lo cual invita a respaldar el fortalecimiento de los procesos de seguimiento y evaluación. No obstante, esto representa uno de los retos que aún a traviesa la incorporación de la perspectiva de equidad de género en el Ecuador.

El Plan Nacional de Desarrollo (PNBV), contempla al enfoque género como un eje transversal orientador de las políticas del país (Senplades, 2013). Sin embargo, este nivel de planificación es normativo en materia de género y no expone estrategias específicas para abordar el fenómeno. El instrumento vinculante entre la “transversalización del enfoque de género” y el PNBV es la “Agenda Nacional de Igualdad de Género”, que expone lineamientos sectoriales agrupados en distintos ejes, según temáticas particulares.

Así, la Agenda representa la herramienta de política pública que establece acciones específicas direccionadas hacia la reducción de las inequidades entre hombre y mujer. Sin embargo, la Agenda no presenta indicadores puntuales y propone basarse en los indicadores del PNBV desagregados por sexo (Consejo para la Igualdad de Género, 2014). Este proceso expone varios limitantes, entre ellos, la ausencia de una evaluación que se base en el monitoreo de indicadores pertinentes, diseñados para dar seguimiento a las problemáticas propias del género. Además, debido a este vacío, no se cuenta con metas específicas que persigan la reducción de dichas desigualdades. Sin estos instrumentos, se revela una de las principales debilidades para aterrizar los propósitos e impactos de la Agenda (Dirección de Seguimiento y Evaluación al Plan Nacional de Desarrollo-Senplades, 2014).

Senplades (2015), a través de la Dirección de Seguimiento y Evaluación al PNBV, sostiene que a pesar de lo establecido en la Agenda, aún no se realiza ningún ejercicio coordinado con el Consejo de Igualdad de Género, que permita, al menos, presentar los indicadores-meta del PNBV desagregados por sexo. No obstante, es importante tomar en cuenta que el enfoque de género no implica nada más la desagregación hombre-mujer de la información (como se ha planteado en la Agenda). Implica

estrategias puntuales que descubran las diferencias entre ambos actores y en consecuencia los indicadores deben estar atados con las políticas y lineamientos propuestos en la Agenda. Esto no es posible si se “recoge” los indicadores del PNBV, ya que estos responden a prioridades nacionales, que no necesariamente reflejan las brechas de género, puesto que, como se señaló, el Plan no incorpora estrategias específicas para este fenómeno.

Estos elementos permiten sostener que los procesos de seguimiento y evaluación son un tema pendiente en la planificación, proceso que es crucial potencializar y fortalecer para conocer los impactos de las intervenciones realizadas. Esto permite no solo identificar la pertinencia de las estrategias implementadas, sino además tomar “decisiones informadas”, es decir en base a cierto conocimiento técnico en el tema.

3.3 Institucionalización de la investigación multifactorial en salud

En un contexto que prioriza la toma de “decisiones informadas”, la investigación representa otro de los insumos para el diseño de las políticas en el sector sanitario. La experiencia de Canadá, detallada previamente, brinda referencias acerca de cómo articular e institucionalizar la investigación en la agenda pública, haciendo énfasis en el enfoque multisectorial de la salud (Agencia de la Salud Pública de Canadá, 2014). Esto le ha permitido al país conocer las distintas fuentes de inequidad en los resultados de salud y en base a ello ejecuta su Agenda de Salud Pública.

En Ecuador, el MSP (2012), tiene definidas distintas líneas de investigación para el período 2013-2017, desarrolladas alrededor de temáticas sanitarias, clínicas y de gestión en salud, lo cual deja entrever que la generación de conocimientos en este campo responde a una planificación de mediano plazo en el país. Sin embargo, en esta planificación se ratifica un enfoque estrictamente biomédico, que es necesario, pero explica solo una parte de los fenómenos en salud (OPS, 2014). En consecuencia, la presencia de investigación sectorial en este campo aún no se ha posicionado como parte de las prioridades del Ecuador.

Frente a esto, es necesaria la articulación de la investigación multidimensional como parte de las estrategias nacionales en salud; permitiendo analizar las problemáticas del género (dimensión de construcción social) y del sexo (dimensión biológica), como una de sus artistas. Para aquello, se requiere la institucionalización de la investigación a través entidades a cargo del MSP (2012d) que se lideren el proceso de desarrollo de nuevos conocimientos de manera especializada. Además, en este sentido, toma especial relevancia la Academia, y su vinculación con la generación de nuevos conocimientos. Para aquello, se requiere generar sinergias entre entidades gubernamentales dedicadas a la investigación, las universidades así como institutos privados que se generen conocimientos en salud. Esta articulación debe servir como insumo para propuestas políticas y las directrices nacionales.

Finalmente, es preciso tomar en cuenta que la investigación cumple su propósito final al ser difundido de manera oportuna en los distintos niveles de la esfera pública; esto es parte del proceso de institucionalización que es necesario fortalecer en el país. Canadá, a través de los llamados Centros de Colaboración Nacional, asegura la socialización, discusión y difusión de diversas áreas de investigación en salud entre expertos, especialistas y políticos, lo cual podría servir de referente para el país en orden de asegurar la toma de “decisiones informadas”.

3.4 Conocimiento de las implicaciones del enfoque de género en salud

En palabras de Sen, George y Östlin (2005: 1.): “Entender la relación entre el género y la salud implica reconocer que esta relación tiene consecuencias para la salud no solo de las mujeres sino, también, para los hombres”. En este sentido, es necesario ampliar el panorama y entender que el enfoque de género no se concentra en la mujer como único actor, sino en la relación hombre-mujer, como el agregado que construye la sociedad (Lamas, 2002).

Esta concepción que no integra dicha dualidad se plasma en instrumentos como la Agenda de Igualdad de Género, como se sustentó en la primera sección. Esta hoja de ruta se desarrolla alrededor de las necesidades de la mujer y puntualmente en salud, se enfoca en su rol reproductivo, dejando de lado las estrategias multisectoriales que se exhortan en la Constitución, el PNBV y el MAIS-FCI. Si bien se han marcado ciertos hitos respecto a la incorporación del enfoque de género en la política pública del país (Lugo, 2010), el paso siguiente es abandonar estas perspectivas que han hecho pensar que la paridad de género debe ser una “lucha” con rostro de mujer, dejando de la lado, incluso las particularidades por las que atraviesan los hombres (Lugo, 2010).

En la región, experiencias como las de Chile, muestran una visión más integradora de la aplicación del género en la agenda gubernamental. Así, se proyectaron ejecutar un Plan no solo para mujeres sino para sensibilizar los problemas específicos derivados de las desigualdades entre mujeres y hombres, a través del “Plan de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres” (Rodríguez y Caminotti, 2010), que entre sus prioridades toma en cuenta la importancia de generar capacidades en el sector público en torno a lo que en realidad significa el enfoque de género para la Agenda Nacional.

Y de allí, se esboza otra de las estrategias que debe fortalecerse. El conocimiento de quienes manejan las temáticas alrededor de las relaciones de género es un tema crucial para la inserción de políticas congruentes con el enfoque (Lugo, 2010). Y es precisamente en el conocimiento de los servidores públicos en donde se encuentra otra de las debilidades que exhibe el país. Así se concluye en un estudio realizado para evaluar si el presupuesto dirigido para políticas de equidad de género responde realmente a acciones que promuevan la paridad en este contexto⁸³. Se identificó que gran

⁸³ El estudio mencionado es: “Evaluación cualitativa del uso del Catálogo de Orientación del Gasto en Políticas de Igualdad para hacer visible la inversión para la igualdad de género en Ecuador, años 2012 y 2013”. En 2012, “el Ministerio de Finanzas institucionalizó un clasificador presupuestario “Catálogo Orientador del Gasto en Políticas de Género” que sirve

parte de lo asignado por el Ministerio de Finanzas para este tipo de iniciativas no correspondía acciones encaminadas a la equidad de género (Barba, 2014). Según el estudio, una de las causas es “la falta de conocimiento [por parte de las entidades gubernamentales] y conciencia de los recursos que sí colaboran a la disminución de estas brechas” (Barba, 2014: 36).

En este sentido, es necesario entender que no todo merece la transversalización del género, fenómeno que ha tendido a diluir las verdaderas implicaciones de lo que en realidad significa el enfoque de género. Esta ausencia de especialistas en torno al tema en el sector público y a nivel territorial (Senplades, 2014), han influido en que la perspectiva de género en salud sea abordado de manera general, sin estrategias específicas que persigan mermar las brechas en los resultados de salud de hombres y mujeres (Lugo, 2010). Bajo este marco, la presencia de equipos técnicos en las instituciones públicas, especializados en las problemáticas de género, es un requisito fundamental para conocer lo que verdaderamente se ha avanzado en favor de la equidad de género en el país.

3.5 Legitimación de la heterogeneidad de las problemáticas en el sector

Otro de los pilares estratégicos para la materialización de políticas que favorezcan la equidad de género en los resultados de salud, es la identificación de que las problemáticas en este campo son diversas y no solo varían de género a género, sino además son diferentes dentro del mismo género (Solar, 2009); tienen que ver con la migración hacia un nuevo perfil epidemiológico (producto de circunstancias biomédicas y sociales) (OPS, 2011) y dependen de la etapa en el ciclo de vida en la que se encuentre el individuo (Manisha y Sekhar, 2007). Por lo tanto, las acciones de política deben ser sensibles a estas diferencias y circunstancias.

Así, la etnia es un gradiente que genera ciertas particularidades que es necesario tomar en cuenta y que hace que no todos los hombres atraviesen los mismos desafíos y no todas las mujeres enfrenten los mismos retos. En este sentido, según los entendidos en materia de equidad en salud (OPS, 2011), la mujer indígena afronta una suerte de doble discriminación; por un lado debe superar los retos del empoderamiento y autonomía de la mujer, y por otro, encara las consecuencias de un desarrollo que por mucho tiempo no tuvo espacio para las demandas de los pueblos originarios (Visbal, 2007). En virtud de aquello, es necesario fortalecer un sistema de salud que legitime estas diferencias, y un personal en salud que reconozca la diversidad de fenómenos en este campo.

De igual forma, es importante identificar las particularidades por las que atraviesa el varón e involucrarlo en los desafíos del género. Esto es, por ejemplo, tomar en cuenta para los planes de salud los patrones culturales que hacen que el varón utilice menos que la mujer servicios de atención preventiva y se exponga más a accidentes (OPS, 2011). Adicionalmente, es necesario profundizar la

como instrumento para el registro de la inversión gubernamental en acciones emprendidas a favor de la equidad de género” (Barba, 2014: 1). En este marco, la evaluación pretende mostrar si efectivamente los proyectos atados al catálogo de género responden a las prioridades del fenómeno.

investigación en métodos anticonceptivos para el varón que contribuya a que este actor se involucre en el proceso de planificación sexual y familiar, y contribuya al desarrollo de una visión dual de responsabilidad en el rol reproductivo. Respecto, a las diferentes circunstancias según la etapa del ciclo de vida, se requiere fortalecer estrategias para una población que tiende a la vejez, y dentro de este grupo, evaluar las implicaciones para la mujer adulta mayor de un vida dedicada al trabajo no remunerado, y de las mayores tasas de subempleo y desempleo que históricamente ha presentado (INEC, 2013c), lo cual deriva en mayor vulnerabilidad para la utilización de servicios sanitarios en este ciclo. Finalmente, respecto al perfil epidemiológico es importante conocer hacia donde está migrando el país en estos términos, y tomar en consideración las implicaciones que tiene para el varón y la mujer. En este sentido, alerta, por ejemplo, la rápida expansión de padecimientos como la diabetes en la población femenina durante estos últimos años (INEC, 2013a), fenómeno que requiere no solo de una intervención sanitaria, sino además de un proceso de identificación de las causas sociales, culturales e incluso económicas que han contribuido en esta caracterización.

La siguiente tabla resume los retos y propuestas expuestos para el país:

Tabla 26. Incorporación del enfoque de género en salud en Ecuador: Retos identificados y estrategias propuestas

Reto identificado	Estrategia propuesta
La Agenda de Igualdad de género en el eje de salud desarrolla estrategias principalmente dirigidas hacia el rol reproductivo y planificación familiar.	Política Nacional en Salud que claramente identifique objetivos intersectoriales.
El PNBV, instrumento máximo de planificación, es normativo en materia de género y no establece indicadores específicos que permitan dar seguimiento a las brechas de género.	Fortalecer los sistemas de seguimiento y evaluación con herramientas específicas en materia de equidad de género.
Líneas de investigación que se desarrolladas alrededor de temáticas sanitarias, clínicas y de gestión en salud, dejando de lado las problemáticas derivadas del género, la etnia y demás factores sociales.	Institucionalizar la investigación sectorial en salud e incorporarla como insumo en el diseño de las políticas del sector.
El enfoque de género en salud, se ha interpretado como una lucha exclusiva de las mujeres y dentro de este grupo el rol reproductivo y de planificación familiar.	Generar capacidades en las instituciones públicas que permitan reconocer las implicaciones del enfoque de género en la política pública. Incorporación de especialista en el tema a nivel institucional y territorial.
Hombres y mujeres enfrentan retos distintos, que varían según la etnia, la etapa en el ciclo de vida y el perfil epidemiológico.	Reconocer la heterogeneidad de las problemáticas en salud en la planificación.

Fuente: Borrell y Artazcoz, (2008); Solar, (2009); Agencia de la Salud Pública de Canadá, (2014); Rico et al, 2014

Elaboración: Tarina Amaguaña

Se ha avanzado, el camino recorrido es muestra de ello. Y este mismo camino muestra que los retos persisten y quizá el mayor de ellos es pasar del diálogo político y la normativa hacia la práctica de la intervención pública. El presente capítulo es un recuento de las principales acciones en términos de política y lineamientos para subsanar las brechas de género en salud. De este análisis, se revelan avances sustanciales, como el reconocimiento del enfoque de género en salud desde la Constitución. Hitos como este han hecho posible la incorporación de instrumentos como la “Agenda de Igualdad de Género”. Sin embargo, se aprecia que se necesita profundizar los esfuerzos para que el enfoque multisectorial de la salud sea concebido incluso en este instrumento de planificación. Solo el reconocimiento de la salud como resultado de diversas aristas, legitima al género como esfera social, que rebasa la concepción biológica del ser mujer y del ser hombre. Para hacer posible todo esto, es vital insertar la investigación en los diversos frentes que tiene la salud como insumo para la toma de “decisiones informadas”. La institucionalización de la investigación necesita paralelamente de una difusión de conocimientos articulada, organizada y pertinente, que sea la base para el diseño de la política pública en salud del país. De igual forma, otra de los grandes retos es aterrizar la Agenda de Igualdad de Género a través de la construcción de indicadores que permitan el seguimiento y evaluación, fase crucial tomando en cuenta las claras brechas que aún persisten en materia de salud. Finalmente, se entiende que éste es un área de acción compleja. No obstante, en el reconocimiento de la heterogeneidad de las problemáticas de la salud, está la clave para la construcción de políticas que sean el reflejo de cambios profundos, que tomarán tiempo, pero valdrán la pena.

Conclusiones

El estudio de la salud de las naciones y de las circunstancias que moldean la utilización de los servicios sanitarios, han sido fenómenos ampliamente estudiados, en especial durante las últimas décadas, tiempo en el cual el debate respecto de la importancia de la equidad en salud, se ha posicionado como parte de las prioridades en las agendas sanitarias a nivel mundial (OPS, 2014).

Sin embargo, para que esferas como el género sean reconocidas como un factor de relevancia en los resultados de salud, se ha requerido de más tiempo y voluntad política (OPS, 2014). Según varios autores, la ausencia de iniciativas que persigan la visibilización de las brechas de género en salud, responde en gran medida a que comúnmente se confunde al género con el sexo. La literatura en torno al tema (Lamas, 2002; Manisha y Sekhar, 2007; Tesch-Römer et al, 2008) es enfática en señalar que el género es una dimensión de construcción social, que expone las diferencias producto de la estructura social, y que hacen a la mujer distinta al hombre, más allá de las diferencias que se desprende del sexo, como condición biológica.

De aquí se revela que el género de hecho es una esfera en la que se reproducen las inequidades de diversos sectores, como la etnia, el empleo, los ingresos. Y de esta misma concepción surge la necesidad de entender a la salud como un resultado; como un producto del tejido social. Sobre esta premisa se levantan las consignas que persigue el análisis de un enfoque de equidad de género en salud. Por un lado, busca el reconocimiento de la salud/enfermedad como un proceso social, que rebase las concepciones estrictamente biomédicas. Por otro, persigue la visibilización de las diferencias derivadas del género y sus consecuencias en la salud.

Bajo este marco, la presente disertación buscó identificar cómo afecta el género en los resultados de salud en el Ecuador. Para aquello, en un principio se realizó un análisis del perfil epidemiológico del país, con el objetivo de establecer las principales causas de mortalidad y morbilidad que enfrentan mujeres y hombres. En este sentido, se aprecia que el Ecuador experimenta una “migración” hacia enfermedades crónico degenerativas e hipertensas, pero con marcadas diferencias entre las causas de mortalidad y morbilidad de la población femenina y sus pares varones. Así, la principal causa de muerte en la mujer, es la diabetes, que se acentúa en los grupos más adultos, siendo las mujeres mayores a 65 años quienes presentan una mayor probabilidad de morir por esta afección. Aunque para el varón este padecimiento explica una parte importante de la mortalidad (alrededor del 6% de las muertes); los accidentes de transporte terrestre son la principal razón de defunción para ellos. De hecho, la mortalidad por causas externas (los accidentes de tránsito y homicidios) representa el 10% del total de muertes en este grupo (hombres).

Respecto a la morbilidad, entre las causas más comunes para la población femenina, se encuentran la coleditiasis y el aborto no especificado; esta última con una clara concentración en los grupos más jóvenes, ya que cerca del 50% de estos abortos corresponden a mujeres entre 15 y 24 años. En el caso del varón, características tales como los traumatismos y fracturas resaltan entre las diez razones más frecuentes de morbilidad, que explican cerca del 7% de los egresos hospitalarios. Este cuadro es congruente con la mayor probabilidad en el hombre de fallecer a causa de razones externas tales como los accidentes de transporte terrestre y agresiones u homicidios.

Estos elementos permitieron identificar que en efecto, existen perfiles epidemiológicos diferentes según el género, que responden por un lado a las particularidades biológicas de ambos actores pero también se aprecian disparidades derivadas de los mandatos socioculturales en la construcción de la masculinidad y feminidad, que en el caso del varón, por ejemplo, influyen en el riesgo a morir a edad más tempranas y comprometen su integridad (OPS, 2011).

Una vez claro el panorama respecto a las diferencias en las causas de mortalidad y morbilidad de hombres y mujeres, que permite apreciar las necesidades y problemas específicos que enfrenta cada actor, esta investigación demuestra que en efecto el género incide tanto el estado de salud como en la utilización de los servicios sanitarios, y que de hecho las inequidades que se producen en otros sectores explican estas diferencias en los resultados de salud. En el plano econométrico, esto implicó estimar a través de modelos logit la probabilidad de presentar un buen estado de salud y la probabilidad de utilizar servicios de salud; según el género. Como parte de las variables explicativas, implicó la inserción de categorías que construyen el género como esfera social integradora del sexo (etnia, ingresos, edad, acceso a seguro de salud y área y provincia de residencia).

En virtud de aquello, se refleja que, para hombres y mujeres, a mayor edad la probabilidad de reportar alguna enfermedad se incrementa, consistente con el deterioro que sufre este capital en los grupos más adultos. Bajo la misma línea, se observa que la riqueza afecta la situación del estado de salud, siendo la población más pobre quien presenta mayor probabilidad de enfermarse. De igual forma, variables como la educación tienen un efecto significativo sobre la situación del estado de salud y los resultados destacan que para hombres y mujeres, un mayor nivel de instrucción incide en la mejor percepción del estado de salud y la menor probabilidad de presentar algún padecimiento.

Sin embargo, a pesar de las similitudes, se aprecian también importantes brechas. Así, los hallazgos apuntan a que las mujeres presentan una mayor probabilidad de presentar alguna enfermedad y siendo congruente, de percibir de peor manera su estado de salud. Este fenómeno sugiere que si bien la mujer tiende a vivir más años que el varón, posiblemente no lo hace necesariamente en mejores circunstancias (Mejía, Sánchez y Tamayo, 2007).

En cuanto a la utilización de servicios sanitarios, los resultados apuntan a que la mujer presenta una probabilidad mayor de recibir atención de salud respecto al varón. Se aprecia además que a pesar de

que hombres y mujeres comparten ciertas similitudes en la manera en que las variables explicativas influyen en la utilización de servicios sanitarios, se percibe también claras diferencias. En tal virtud, el efecto positivo de la escolaridad sobre la probabilidad de acceso a servicios preventivos en la mujer parece explicarse de mejor manera través del efecto directo derivado de una mayor disponibilidad de información acerca del control y tratamiento de enfermedades, y no únicamente a través de mayores ingresos asociados a mayor escolaridad. Esto se respalda en la evidencia de las brechas salariales que se derivan del género y que manifiestan que incluso a mayor educación la mujer percibe salarios menores que un varón con el mismo nivel de instrucción (Carrillo, 2013).

Por su lado, en los grupos más longevos, la probabilidad de acceder a atención curativa de salud se incrementa, tanto en hombres como en mujeres, con un efecto más robusto en el varón. Puntualmente, un hombre de 60 años y más tiene el doble de probabilidad de recibir este servicio frente a un hombre entre 18 y 29 años. Este efecto es menor en el caso de la mujer. Sin embargo, para la atención preventiva de salud, la edad exhibe un efecto diferente en hombres y mujeres. Así, la mujer a mayor edad presenta menor probabilidad de recibir este tipo de servicio (preventivo), en tanto el varón muestra una probabilidad mayor de acceder a atención preventiva en los grupos más adultos. Este escenario es congruente con la menor participación en el mercado laboral de la mujer, así como con la menor vinculación al trabajo remunerado y por ende con una menor cobertura de la seguridad social, características que influyen en la oportunidad de utilizar servicios de salud diversos en la vejez.

Sin embargo, la mayor probabilidad de uso de servicios preventivos de salud en la población femenina más joven, no representa necesariamente una ventaja frente al varón, ya que como se sustentó, esta mayor utilización responde a las necesidades que se derivan de su condición biológica (examen de Papanicolau y mamografías) pero en mayor medida al rol reproductivo que se le ha asignado. Así, la atención de salud asociada a la planificación familiar es el servicio preventivo de mayor en uso en las mujeres (15% del total de servicios preventivos), no así para el varón (0,2% del total de servicios). Esto brinda luces acerca de que la planificación familiar y el rol reproductivo no están concebidas desde la dualidad, con responsabilidad compartida entre la pareja, a lo que se debe añadir la escasa investigación y propagación de métodos anticonceptivos masculinos (a excepción del preservativo) (Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana, 2014), elementos que inciden en que esta función sea asociada directamente, y casi exclusivamente, a la mujer. A pesar de que lo expuesto debe corroborarse empleando modelos alternativos de estimación, que reflejen la diferencia de uso de los varios servicios de atención preventiva; esto brinda ciertas luces acerca de la estrecha relación que existe entre la construcción social del género y la utilización de los servicios sanitarios.

Los hallazgos de la presente disertación apuntan además a visibles brechas territoriales que afectan tanto a hombres como a mujeres, reflejando que el lugar de residencia efectivamente influye sobre los resultados de salud. Así, salen a la luz diferencias tanto en el estado de salud como en la utilización de servicios sanitarios según la Provincia de análisis, siendo las grandes urbes quienes concentran las mayores probabilidades de utilizar servicios sanitarios. Esto corrobora que

dimensiones como la territorialidad deben tomarse en cuenta y de hecho son parte de la construcción social del género.

Finalmente, y asociado a los roles socialmente construidos, la investigación identificó las particularidades de una función que se le ha otorgado primordialmente a la mujer: las labores domésticas (Roxburgh, 2009). En virtud de aquello, se evidenció que una mujer que se dedica exclusivamente a las tareas del hogar, sin remuneración alguna, presenta mayor probabilidad de enfermarse, así como de percibir de peor manera su salud, además de presentar una menor probabilidad de utilizar servicios preventivos de salud. Este cuadro deja entrever que en efecto, los roles asociados al género tienen incidencia en los resultados de salud, exponiendo en el caso de las amas de casa, un cuadro de mayor vulnerabilidad frente a las mujeres que trabajan de manera remunerada, limitando la posibilidad de, entre otros factores, generar ingresos propios.

Con todas estas consideraciones, el enfoque de género en salud ha permitido vislumbrar a la salud/enfermedad como un proceso social, que supera las connotaciones estrictamente epidemiológicas. Bajo este marco, se entiende que los resultados en salud, son precisamente el producto de varias esferas, que reproducen la estructura de desventaja social que muchas veces se asume a través del género.

Con el objetivo de complementar este análisis de las inequidades en los resultados de salud, y concluir con lineamientos que desde la planificación del sector salud se deben impulsar para visibilizar estas brechas, se hizo un repaso sobre las principales estrategias “pro género” que el país contempla actualmente, entre ellas la Agenda Nacional de Igualdad de Género. De este análisis, se reveló que a pesar de que en la Constitución se exhorta a un trabajo multisectorial para mermar las brechas en salud, la Agenda mantiene una visión estrictamente biomédica respecto a la salud, ligando el enfoque de género únicamente con la mujer, y dentro de este grupo, enfocándose en la salud sexual y reproductiva. Esto no ha permitido migrar de una perspectiva sanitaria a una perspectiva multisectorial en salud, que permita definir de manera clara las acciones encaminadas hacia la reducción de brechas en los resultados de salud.

De igual forma, en orden de explorar posibles estrategias que el país podría abordar, se analizaron experiencias internacionales y a nivel regional, que permitieron establecer lineamientos específicos en términos de política pública y planificación. Así, se recopilaron experiencias de 4 países: Suecia, Canadá, México y Chile. De ellos, se revelaron estrategias como la institucionalización de la investigación y de los sistemas de seguimiento y evaluación, así como la creación de herramientas específicas de monitoreo para las políticas que buscan mermar las brechas de género en salud. Todo esto bajo la consigna de que las inequidades en salud se solucionan principalmente desde las intervenciones extra sanitarias, enfoque que está claramente definido en planes nacionales de salud como los de Suecia y Canadá. En la región, (México y Chile), los esfuerzos por materializar esta visión aún tiene mucho por explotar, sin embargo, se reconoce que en efecto el género genera importantes diferencias en los resultados sanitarios que ameritan ser visibilizados en las agendas de salud.

A la luz de lo expuesto, el género se erige como una fuente de inequidades en los resultados de salud. Y es importante entender que son inequidades y no únicamente diferencias, ya que estas brechas se desprenden no solo de las particularidades biológicas de cada sexo, sino además, del rol socialmente asignado para estos actores, así como de los retos que se enfrentan en otros sectores, y que tienen impacto tanto en los niveles de salud como en la utilización de los servicios sanitarios. La intención de este estudio fue visibilizar estas inequidades y diferencias, que ameritan ser legitimadas en las agendas de salud.

En términos metodológicos es importante concluir señalando que la Ensanut no fue estrictamente diseñada para los objetivos planteados en esta disertación, por lo que, el tamaño muestral es insuficiente para la confirmación de algunas hipótesis y, por esta razón, los intervalos de confianza son, en ocasiones, muy amplios. Sin embargo se ha conseguido brindar respuestas orientativas a algunos interrogantes en torno a las diferencias en los resultados de salud y su relación con el género.

Recomendaciones

La investigación deja ver varias aristas de la realidad ecuatoriana respecto de la equidad de género en salud.

En primera instancia, revela la importancia de visibilizar las particularidades biológicas y sociales que se asumen a través del género. En este sentido, es necesario precisar que la salud es un resultado de varias esferas y no se puede concebir avances en la equidad sin intervenciones multisectoriales que favorezcan una mayor participación laboral de la mujer, que reduzcan las brechas salariales a favor del varón y que promuevan la distribución de funciones entre hombres y mujeres; no solo en términos de tareas del hogar sino además que permitan concebir a la planificación familiar desde la dualidad.

En efecto, la inequidad es evitable, pero se requiere que el sector salud reconozca sus limitaciones y responsabilidades asignadas históricamente sobre el cuidado y atención de los seres humanos. Es decir, el sector salud, es importante pero no suficiente para la equidad, siendo necesaria su corresponsabilidad con las acciones que se tomen en otros sectores y que influyen en los resultados de salud. Para garantizar el cumplimiento pleno del derecho a la salud de hombres y mujeres se debe empezar por cerrar las diversas brechas inequitativas presentes.

La investigación recoge varias experiencias a nivel internacional que exponen estrategias claramente definidas alrededor de la búsqueda de la equidad de género en salud y que el país debería analizar. Así, se avizora la necesidad de fortalecer el sistema de seguimiento y evaluación de instrumentos como la Agenda Nacional de Igualdad de Género, que si bien es un gran avance que busca legitimar las inequidades que se asumen a través del género, no propone indicadores puntuales que permitan aterrizar la propuesta a través del monitoreo. De igual forma, es primordial impulsar la institucionalización de la investigación multisectorial en salud. Así, es necesario que el MSP amplíe su horizonte de conocimiento y se preocupe por la investigación de los fenómenos sociales que están detrás de los procesos de salud/enfermedad, para que sirvan de insumo para los tomadores de decisiones.

A futuro es importante identificar cuáles serían los efectos de políticas como la ampliación de la cobertura de la seguridad social para las personas que realizan labores domésticas, que eminentemente son mujeres. Sin embargo, se lee de antemano que es necesaria la incorporación del acceso a atención de salud como parte de los beneficios, dado que las aproximaciones de la investigación, demuestran que este actor presenta un cuadro de salud más vulnerable que la población que trabaja de manera remunerada y además presenta una menor probabilidad de utilizar servicios preventivos de salud.

Finalmente, se precisa mencionar que la investigación consideró variables que desde la teoría y la evidencia empírica construyen la dimensión del género, como esfera integradora del sexo. No obstante, existen otras esferas que explican las inequidades en los resultados en salud, que podrían ser consideradas en futuras investigaciones. Así, las limitaciones de oferta en el sector salud, también son un factor importante a considerarse en el planteamiento de la equidad que merecen ser abordadas en nuevos espacios.

Referencias Bibliográficas

- Abásolo, I., Pinilla, J., & Negrín, M. (2008). Equidad en la utilización de servicios sanitarios públicos por comunidades autónomas en España: un análisis multinivel. *Hacienda Pública Española*, 187(4), 87-106.
- Acevedo, M. C., Montes, I. C., Maya, J. J. V., González, M. N. V., & Mejía, T. B. (2012). Capital humano: una mirada desde la educación y la experiencia laboral. *Cuadernos de Investigación*, (56).
- Acosta, S. R., & Trillas, F. (2010). Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. *Universidad Autonoma de Barcelona*, 27-28.
- Actis Di Pasquale, E., & Atucha, A. J. (2003). Brechas salariales: discriminación o diferencias de productividad. *Momento Económico*, (126), 23-33.
- Agencia de Salud Pública de Canadá. (2014). Hacia la equidad en materia de salud: Enfoques canadienses sobre el papel del sector de la salud. Public Health Agency of Canada: Ottawa. ISBN : 978-0-662-03820-7
- Agencia Nacional de Tránsito. (2014). Estadísticas de transporte terrestre y seguridad vial. Disponible en <http://www.ant.gob.ec/index.php/noticias/estadisticas#.VDvZTxY09FQ>
- Alesina, A. (1998). The political economy of macroeconomic stabilizations and income inequality: myths and reality (pp. 299-326). Cambridge, Mass: MIT Press.
- Almeida, G., & Sarti, F. M. (2013). Measuring evolution of income-related inequalities in health and health care utilization in selected Latin American and Caribbean countries. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(2), 83-89.
- Annandale, E., & Hunt, K. (Eds.). (2000). Gender inequalities in health. Buckingham: Open University Press.
- Arreola, H., Soto, H., Garduño, J., & Funsalud. (2003). Determinantes de la no demanda de atención a la salud en México. *Funsalud Caleidoscopio de la Salud*. México, DF: Funsalud.
- Arriagada, I. (2004). Transformaciones sociales y demográficas de las familias latinoamericanas. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2015). Reformas al código de Trabajo y a la Seguridad Social. Comisión de los derechos de los trabajadores y a la Seguridad Social. Disponible en <http://www.asambleanacional.gob.ec/blogs/comisiondos>
- Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana. (2014). ¿Anticonceptivos para varones? Disponible en <http://www.aprofe.org.ec/index.php/es/informate/consejos/31-anticonceptivos-para-varones.html>

- Austad, S. N. (2006). Why women live longer than men: sex differences in longevity. *Gender medicine*, 3(2), 79-92.
- Awarez, M. H. (2003). Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas'. *La falacia neoliberal: crítica y alternativas*, 347.
- Baca Zinn, M., Thornton Dill, B. (1998) *Theorizing difference from multiracial feminism*. New York: Norton.
- Banco Interamericano de Desarrollo (1998). *América Latina frente a la desigualdad*. IDB.
- Banco Mundial. (1995). Una agenda a debate: el informe del Banco Mundial "Invertir en Salud". *Rev Esp Salud Pública*, 69(5), 385-391.
- Banco Mundial. (2014). *Indicadores del Desarrollo Mundial-Ecuador*. Disponible en <http://datos.bancomundial.org/pais/ecuador>.
- Barba. L. (2014). Evaluación cualitativa del uso del Catálogo de Orientación del Gasto en Políticas de Género
- Barr, N. A. (1993). *The economics of the welfare state*. Stanford university press.
- Barro, R. J. (1996). *Determinants of economic growth: a cross-country empirical study* (No. w5698). National Bureau of Economic Research.
- Barraza, N. (2010). Discriminación salarial y segregación laboral por género en las áreas metropolitanas de Barranquilla, Cartagena y Montería. *Serie Documentos IEEC*, (31), 1-44.
- Barry, B. (1965). *Political Argument: A Reissue with New Introduction* (No. 20). Univ of California Press.
- Bayoumi, A. M. (2009). Equity and health services. *Journal of public health policy*, 30(2), 176-182.
- Behm, H. (1980). Socio-economic determinants of mortality in Latin America. *Population bulletin*, (13), 1-15.
- Bello M, A., & Rangel, M. (2000). Etnicidad, "raza" y equidad en América Latina y el Caribe.
- Bhargava, A., Jamison, D. T., Lau, L. J., & Murray, C. J. (2001). Modeling the effects of health on economic growth. *Journal of health economics*, 20(3), 423-440.
- Blanco, G., & Feldman, L. (2000). Responsabilidades en el hogar y salud de la mujer trabajadora. *salud pública de méxico*, 42(3), 217-255.
- Bloom, D. E., Sachs, J. D., Collier, P., & Udry, C. (1998). Geography, demography, and economic growth in Africa. *Brookings papers on economic activity*, 207-295.
- Bloom, D. E., Canning, D., & Sevilla, J. (2004). The effect of health on economic growth: a production function approach. *World development*, 32(1), 1-13.

- Borges-Yáñez, S. A., & Gómez-Dantés, H. (1998). Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud pública de México*, 40(1), 1-11.
- Borrell, C (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta sanitaria*, 18, 02-06.
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 465-473.
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of epidemiology and community health*, 57(4), 254-258.
- Carbonell, C. L. A., Prado, Y. A., González, T. P., Ferro, Y. P., & Hernández, Z. H. (2012). Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. Revisión bibliográfica. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 16(1), 206-220.
- Carrillo, P. (2013). Capital Humano y Capital educacional en el Ecuador, para el período 1990-2011. (Disertación de Economía no publicada). Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Casado, D., & López, G. (2001). Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. *Colección Estudios Sociales*, (6), 142-95.
- Casas-Zamora, J. A. (2002). Salud, desarrollo humano y gobernabilidad en América Latina y el Caribe a inicios. *Rev Panam Salud Publica*, 11(5/6), 397.
- Castañeda Abascal, I. E. (2007). Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Revista cubana de salud pública*, 33(2), 0-0.
- Cavallo, F., Zambon, A., Borraccino, A., Raven-Sieberer, U., Torsheim, T., & Lemma, P. (2006). Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Quality of Life Research*, 15(10), 1577-1585.
- Chackiel, J. (2006). América Latina:¿ hacia una población decreciente y envejecida?. *Papeles de población*, 12(50), 37-70.
- Chicaíza, L., García, M., & Lozano, J. *Hacia una Economía Institucional de la Salud*.
- Código de Trabajo del Ecuador. Registro Oficial Suplemento 167 de 16 de diciembre de 2005. Última modificación 26 de septiembre de 2012. Quito: Asamblea Nacional Constituyente de Ecuador.
- Código Orgánico Integral Penal (2014). Publicada en el Registro Oficial No 180, el 10 de febrero de 2014.
- Colomer, J. M. (1987). El utilitarismo: una teoría de la elección racional (Vol. 49). Editorial Montesinos Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2004, Caminos hacia la equidad de género en América Latina y el Caribe.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (1993). *Impacto de las Tendencias Demográficas sobre los Sectores Sociales en América Latina*.

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2010a). Panorama Social de América Latina, 2010. Documento de trabajo. CEPAL.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2010b). Reunión internacional sobre buenas prácticas de políticas públicas para el Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe. División de Asuntos de Género. Santiago de Chile: CEPAL. ISBN: 978-92-1-323425-9.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2012). Observatorio para la Equidad de Género para América Latina y el Caribe. Disponible en <http://www.cepal.org/oig/aeconomica/default.asp?idioma=IN>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, (2013). Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. 1950-2100. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.
- Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior. (2013). Educación Superior y Género. Dirección de Estudios e Investigación. Investigación en proceso.
- Consejo para la Igualdad de Género, (2014). Agenda Nacional de las mujeres y la Igualdad de género.
- Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 449 de 20 de octubre de 2008. Quito: Asamblea Nacional Constituyente de Ecuador; 2008.
- Conti, L. (1972). Estructura social y medicina. ALOISI, M. et al. Medicina y sociedad. Barcelona, Fontanella, 287-310.
- Cuadros & Jiménez. (2004). Inserción laboral desventajosa y desigualdades de cobertura previsional: la situación de las mujeres (Vol. 142). United Nations Publications.
- Culyer, A. J. (2001). Equity-some theory and its policy implications. *Journal of medical ethics*, 27(4), 275-283
- Curtis, L. J., & MacMinn, W. J. (2008). Health care utilization in Canada: Twenty-five years of evidence. *Canadian Public Policy*, 34(1), 65-87.
- Daniels, N. (2003). Democratic equality: Rawls's complex egalitarianism. *The Cambridge Companion to Rawls*, 241, 76.
- Dardanoni, V., & Wagstaff, A. (1990). Uncertainty and the demand for medical care. *Journal of Health Economics*, 9(1), 23-38.
- De Grammont, H. C. (2004). La nueva ruralidad en América Latina. *Revista Mexicana de Sociología*, 279-300.
- Diwan, V.K., Thorson, A., Winkvist, A., (1998) Gender and tuberculosis: An international workshop. Report from an International Research Workshop at the Nordic School of Public Health. Göteborg, May 24–26, 1998. Göteborg: Nordic School of Public Health.
- Dougherty, C. (2005). Why are the returns to schooling higher for women than for men?. *Journal of Human Resources*, 40(4), 969-988.

- Ehrlich, I., & Lui, F. (1991). Intergenerational trade, longevity, and economic growth. *Journal of Political Economy*, 99(5), 1029-59.
- Eisenring, C. (1999). Comparative dynamics in a health investment model. *Journal of health economics*, 18(5), 655-660.
- Enchautegui, M. (s.f.). Módulo de estudio sobre Modelos Probit y Logit. Departamento de Economía, Universidad de Puerto Rico.
- Eskes, T., & Haanen, C. (2007). Why do women live longer than men?. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 133(2), 126-133.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2013). Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes-El estado de la población mundial 2013. Disponible en <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp2013/SP-SWOP2013.pdf>
- Galiani, S. (2014). Transiciones en demografía y salud en América Latina: Implicaciones de política pública.
- Gallegos, J. M. (2010). Aspectos teóricos sobre la salud como un determinante del crecimiento económico. *Lecturas de economía*, 54(54), 35-53.
- Garrido, R. M. U. (2011). Determinantes de salud y utilización de servicios sanitarios: un análisis de desigualdad desde la perspectiva de género. *Presupuesto y Gasto Público*, 64, 117-130.
- Gerdtham, U. G., & Johannesson, M. (2004). Absolute income, relative income, income inequality, and mortality. *Journal of Human Resources*, 39(1), 228-247.
- Gimeno, J. A., Ullastres, J. A. G., Cebrián, S. R., & Lorenzo, P. A. T. (Eds.). (2006). *Economía de la salud: fundamentos*. Ediciones Díaz de Santos.
- Glazman, R. (2005). *Las caras de la evaluación educativa*. México: Universidad Autónoma de México.
- Gómez, E. G. (2001). *Equidad, género y salud*. Organización Panamericana de la Salud.
- Gómez, E. (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5), 327-334.
- Grabman, G., & Friedman, S. (2010). Igualdad de género en materia de salud: mayor igualdad y eficiencia en el logro de la salud para todos.
- Grossman, M. (1999). The human capital model of the demand for health (No. w7078). National Bureau of Economic Research.
- Grytten, J., Rongen, G., & Sørensen, R. (1995). Can a public health care system achieve equity? The Norwegian experience. *Medical care*, 938-951.
- Guarnizo-Herreño, C. C., & Agudelo, C. (2008). Equidad de género en el acceso a los servicios de salud en Colombia. *Revista de salud pública*, 10, 44-57.

- Gutiérrez, Paola (2011) Desigualdad laboral en Ecuador. Brechas salariales entre hombre y mujeres en la escala superior jerárquica (Disertación de Economía). Recuperada del Repositorio digital de la PUCE (Num. 1491)
- Ham-Chande, R. (1996). El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. *Salud Pública de México*, 38(6), 409-418.
- Hanushek, E. A., & Wößmann, L. (2007). The role of education quality for economic growth.
- Hartigan, P., Price, J., Tolhurst, R. (2002) Communicable diseases: Outstanding commitments to gender and poverty. En: Sen, G., George, A., Östlin, P., eds. *Engendering international health: The challenge of equity*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Hazzard, W. R. (1989). Why do women live longer than men? Biologic differences that influence longevity. *Postgraduate medicine*, 85(5), 271-8.
- Hermida P. (2007). Intergenerational transmission of education: gender and ethnicity in Guatemala. PhD Thesis. University of Essex.
- Hernández, P., & Poullier, J. P. (2007). Gasto en salud y crecimiento económico. *Presupuesto y gasto público*, 49, 11-30.
- Hernández, P., Zapata, O., Leyva, R., & Lozano, R. (1991). Equidad y salud: Necesidades de investigación para la formulación de una política social. *Salud pública de México*, 33(1), 9-17.
- Hertzenndorf, M. (1995) Recursive Utility and the Rate of Impatience en *Economic Theory*, vol. 5, Nº 1. Berlín: Springer, enero, pp. 51-65.
- Infante, A., De la Mata, I., & López-Acuña, D. (2000). Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *PAN AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*, 8, 13-20.
- Institute of Gender and Health from Canadá. (2015). Strategic Research Priorities. Canadian Institutes of Health Research. Disponible en <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/8673.html>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, (1990). Censo de Población y Vivienda, 1990. Quito: INEC
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, (2007). Perfil Epidemiológico en el Adulto Mayor Ecuatoriano 2006. Quito: INEC.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, (2010). Censo de Población y Vivienda, 2010. Quito: INEC
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, (2012). Estadísticas Vitales, 2012.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, (2013a). Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, (2013b). Anuario de nacimientos y defunciones 2013. Quito: INEC
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, (2013c). Anuario de camas y egresos hospitalarios 2013. Quito: INEC.

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, (2014a). Proyección de población por años en edades simples.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2014b). Encuesta del Uso de Tiempo.0020
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos/ Ministerio de Salud Pública. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador. ENSANUT-ECU 2011- 2013. Quito, Ecuador.
- J. Fox. (1977). Occupational Mortality 1970-1972", Population Trenes, Núm. 9, p. 12.
- Jamison, D. T., Sandbu, M., & Wang, J. (2001). Cross-country variation in mortality decline, 1962–87: the role of country specific technical progress. Commission on Macroeconomics and Health, Working Paper WG1, (4).
- Jewell R T, Rossi M, Triunfo P (2006). El estado de salud de los jóvenes uruguayos. Cuadernos de Economía; 43: 235-250.
- Jiménez, F. (2010). Crecimiento económico: enfoques y modelos. Capítulo 2-Crecimiento económico y empleo: Keynesianos y Neoclásicos (No. 2010-289).
- Kakwani, N., Wagstaff, A., & Van Doorslaer, E. (1997). Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation, and statistical inference. *Journal of econometrics*, 77(1), 87-103.
- Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, 7(18), 95-118.
- Langer, A., & Lozano, R. (1998). Condición de la mujer y salud. Figueroa JG, compilador. La condición de la mujer en el espacio de la salud. México: El colegio de México, 33-82.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25.
- Liljas, B. (1998). The demand for health with uncertainty and insurance. *Journal of Health economics*, 17(2), 153-170.
- Lillie-Blanton, M., Martinez, R.M., Taylor, A.K., Robinson, B.G. (1993) Latina and African American women: Continuing disparities in health. *International Journal of Health Services* 23(3):555–584.
- London, S., Temporelli, K., & Monterubblanesi, P. (2009). Vinculación entre salud, ingreso y educación. Un análisis comparativo para América Latina. *Economía y Sociedad*, 14(23), 125-146.
- López Casasnovas, G., & Ortún Rubio, V. (1998). Economía y salud. Fundamentos y políticas. Madrid: Ediciones Encuentro.
- Malo-Serrano, M., & Malo-Corral, N. (2014). Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 31(4), 754-761.
- Manisha, C., & Sekhar, R. (2007). Sex, Gender And Health: A Conceptual Note.

- Martín, F. L. M., & León, F. (2006). Enfoque para el análisis y la investigación sobre Equidad/Inequidad en Salud Revisión conceptual. In Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad, inequidad en salud revisión conceptual.
- Martín, H. y Pastor, V. (1989). Economía de la salud. Teoría social de la salud. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Martínez Gómez, C., Miller, T., & Saad, P. (2013). Participación laboral femenina y bono de género en América Latina Maurizio, R. (2010). Enfoque de género en las instituciones laborales y las políticas del mercado de trabajo en América Latina. CEPAL, División de Desarrollo Económico.
- Martínez Jasso, I., & Acevedo Flores, G. J. (2004). La brecha salarial en México con enfoque de género: capital humano, discriminación y selección muestral. *Ciencia uanl*, 7(1).
- Martínez M. J. (2009). El modelo sueco de cuidados a la infancia y sus consecuencias sobre las mujeres.
- McKeown, T. (1979). *The role of medicine. Dream, mirage or nemesis?*. Basil Blackwell Publisher Ltd., Alfred Street, Oxford OX1 4MB.
- Mejía A., Sánchez A. F., & Tamayo J. (2007). Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. *Rev. salud pública (Bogotá)*, 9(1), 26-38.
- Meynen, W., & Vargas, V. (1994). La autonomía como estrategia para el desarrollo desde los múltiples intereses de las mujeres. Maruja Barrig, Andy Wehkamp, editoras. *Sin Morir en el Intento. Experiencias de Planificación de Género en el Desarrollo. Novib, entre mujeres*, 25-48.
- Milosavljevic, V. (2007). Estadísticas para la equidad de género. Naciones Unidas, CEPAL.
- Ministerio de Educación. (2014). Oferta Educativa. Disponible en <http://educacion.gob.ec/oferta-educativa/>
- Ministerio de Inclusión Económica y Socia. (2013). Política Pública: Desarrollo Integral Infantil. Diponible en <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Libro-de-Pol%C3%ADticas-P%C3%BAblicas.pdf>
- Ministerio de Industrias y Productividad. (2013). País Productivo, Revista del Ministerio de Industrias y Productividad. Disponible en <http://www.industrias.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/02/revista4.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2008). Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal. Quito: MSP. Disponible en <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PLAN%20NACIONAL%20DE%20REDUCCI%C3%93N%20ACELERADA%20DE%20LA%20MORTALIDAD%20MATERNA.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2011). Datos esenciales de salud: una mirada a la década 2000 – 2010.
- Ministerio de Salud Pública (2012a). Estrategia nacional de VIH/Sida-its. Dirección nacional de estrategias de salud colectiva.

- Ministerio de Salud Pública (2012b). Actualización del Plan Estratégico Multisectorial de la Propuesta Nacional al VIH 2007-2015-Planes Operativos Multisectoriales. Quito: MSP
- Ministerio de Salud Pública. (2012c). Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e intercultural .Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. Dirección Nacional de Articulación del SNS y Red.
- Ministerio de Salud Pública. (2012d). Prioridades de Investigación de 2013-2017. Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud. Disponible en https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2013). Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial, (CONE). Quito: MSP. Disponible en <http://www.derechoecuador.com/productos/producto/catalogo/registros-oficiales/2013/julio/code/30013/registro-oficial-no-39---jueves-18-de-julio-de-2013-suplemento>
- Ministerio de Salud Pública. (2014a). Programas y servicios: Disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos – DAIA. Disponible en <http://www.salud.gob.ec/disponibilidad-asegurada-de-insumos-anticonceptivos-daia/>
- Ministerio de Salud Pública. (2014b). Programas y servicios: Dirección Nacional de Interculturalidad, Derecho y Participación Social en Salud. Disponible en <http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-interculturalidad-derecho-y-participacion-social-en-salud/>.
- Ministerio de Salud Pública. (2014c). Programas y servicios: Plan Nacional de Lucha contra el Cáncer. Disponible en <http://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-lucha-contra-el-cancer-con-servicios-de-calidad/>
- Ministerio de Trabajo. (2014). Políticas Laborales 2014. Disponible en <http://www.trabajo.gob.ec/biblioteca/>
- Moreno, G. A. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinaria. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93.
- Molina-Rodríguez, J. F., Poblano-Verástegui, O., Carrillo-Ordaz, C. E., & Saucedo-Valenzuela, A. L. (2006). Utilización de servicios de salud en México. *Salud Tab*, 12(1), 427-32.
- Mould, J. F. (2005). Salud y crecimiento económico. *Economía y Sociedad*, 55, 45-49.
- Murray, C. J., Kulkarni, S. C., Michaud, C., Tomijima, N., Bulzacchelli, M. T., Iandiorio, T. J., & Ezzati, M. (2006). Eight Americas: investigating mortality disparities across races, counties, and race-counties in the United States. *PLoS Medicine*, 3(9), e260.
- Mushkin, S. J. (1962). Health as an Investment. *The journal of political economy*, 129-157.
- National Collaborating Centre for Determinants of Health. (2012). Tools and Approaches for Assessing and Supporting Public Health Action on the Social Determinants of Health and Health Equity. National Collaborating Centre for Healthy

- Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. Martínez, F., Castellanos, PL, Navarro, V., Salud Pública, 49-54.
- Nixon, J., & Ulmann, P. (2006). The relationship between health care expenditure and health outcomes. *The European Journal of Health Economics*, 7(1), 7-18.
- Obando Rosero, M. I. (2011). Determinantes de la salud/enfermedad de las mujeres que realizan trabajo doméstico no remunerado en el Ecuador, 2004: alcances y perspectivas. Okun, A. M. (1975). *Equality and efficiency, the big tradeoff*. Brookings Institution Press.
- Olavarría M. (2005). Acceso a la salud en Chile. *Acta bioethica*, 11(1), 47-64.
- Organización las Naciones Unidas, 2014. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. <http://hdr.undp.org/es/data>.
- Organización Internacional del Trabajo. (1999). El gasto de bolsillo en salud En América Latina y el Caribe: razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud. México
- Organización Mundial de Gastroenterología. (2012). Diarrea aguda en adultos y niños: una perspectiva mundial. Guía Práctica de la Organización Mundial de Gastroenterología.
- Organización Mundial de la Salud. (1946). Carta de Constitución.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Salud, Agua Potable y Saneamiento en el Desarrollo Humano Sostenible.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Achieving Health Equity: from root causes to fair outcomes*. Interim statement. Geneva: Commission on Social Determinants of Health-CSDH, World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (2011). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Ginebra: OMS
- Organización Mundial de la Salud. (2014a). Las 10 causas principales de defunción en el mundo. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2014b). *Global status report on alcohol and health-2014*. World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (2014c). *Objetivos de Desarrollo del Milenio, Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Disponible en http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/mdg/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado*. Washington, D.C.: OPS, © 2008
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Evaluación y Promoción del Acceso Equitativo a los Servicios de Salud*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Integración de la perspectiva de género en programas de VIH del sector de la salud: herramienta para mejorar la capacidad de respuesta a las necesidades de las mujeres*. Washington, D.C.: OPS, © 2010 ISBN: 978-92-75-33114-9

- Organización Panamericana de la Salud, (2011). Perfil de género y salud de la Subregión Andina-2010. ISBN 978-9962-642-50-3
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). Salud en Sudamérica: panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud. Washington DC: 2012
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). Informe regional sobre el desarrollo sostenible y salud en las Américas. Washington, DC: OPS. ISBN 978-92-75-31721-1
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). La equidad en salud y políticas públicas de inclusión.
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.) Equidad, Género y la Salud de las Mujeres Indígenas en las Américas
- Ospina, A. G., Pablo, E. D. J. P., & Arias, E. D. E. G. O. (2010). Antecedentes de evidencias teóricas y empíricas de asociación bidireccional entre la salud y el crecimiento económico. REVISTA PÁGINAS, (87).
- Ostlin, P. (2002) Examining work and its effects on health.
- Padilla, M., & Larrauri, R. (2007). La educación como determinante social de la salud en el Perú (No. 22).
- Palència, L., Malmusi, D., De Moortel, D., Artazcoz, L., Backhans, M., Vanroelen, C., & Borrell, C. (2014). The influence of gender equality policies on gender inequalities in health in Europe. *Social Science & Medicine*, 117, 25-33.
- Palloni A, Wong R, Peláez M (2005). Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. *Revista Panamericana de Salud Pública*; 17(5-6):323-32.
- Park, K. (2002): *Park's Textbook of Preventive and Social Medicine, Seventeenth Edition*, Banarsidas Bhanot Publishers, pp. 16-18.
- Pérez y García González, R. (2000). Sociología y salud. Reflexiones para la acción. *Revista Cubana de Salud Pública*, 26(2), 91-100.
- Perticara, M. (2007). Brechas salariales por género en Chile: un análisis de sensibilidad (No. inv195). Ilades-Georgetown University, Universidad Alberto Hurtado/School of Economics and Bussines.
- Preston, S. H. (1976). Mortality patterns in national populations. With special reference to recorded causes of death. Academic Press, Inc., Ltd., 24/28 Oval Road, London, NW1.
- Pritchett, L., & Summers, L. H. (1996). Wealthier is healthier. *Journal of Human Resources*, 841-868.
- Programa para las Naciones Unidas (PNUD), D. H. (1991). Informe 1991. Bogotá, Tercer Mundo Editores, 85.
- Proyecto SOPHIE. (2014). Las mujeres manifiestan una peor salud que los hombres en países con políticas familiares tradicionales.
- Public Policy. Montreal, QC. Disponible en: www.nchpp.ca/docs/Equity_Tools_NCCDH-NCCHPP.pdf

- Quesnel, A. (2006). Dinámicas demo-sociales de la población indígena y afrodescendiente en América Latina. *Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas.*
- Rathgeber, E. M., Vlassoff, C. (1993) Gender and tropical diseases: A new research focus. *Social Science and Medicine* 37(4):513–520.
- Ravallion M.(1993) Human development in poor countries: on the role private incomes and public services, *Journal of economic perspective*, 7: 133-150
- Rawls, J. (2012). *Teoría de la justicia.* Fondo de cultura económica.
- Rico, B., Troncoso, E., López, M., Nigenda, G., & Langer, A. (2014). Políticas públicas en salud, género y mujer.
- Rico, M., & Marco, F. (2006). *Mujer y empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina.* Sociología. Rojas Ochoa, F. (2003). El desarrollo de la economía global y su impacto sobre las políticas de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3), 253-259.
- Ried, W. (1998). Comparative dynamic analysis of the full Grossman model. *Journal of Health Economics*, 17(4), 383-425.
- Rocha. T. E., & Díaz, R. (2005). *Cultura de género: La brecha ideológica entre hombres y mujeres.*
- Rodríguez Gustá, A. L., & Caminotti, M. (2010). Políticas públicas de equidad de género: las estrategias fragmentarias de la Argentina y Chile. *Revista SAAP*, 4(1), 0-0.
- Rodríguez, C. H. D. (2002). El estrés y la ciudad. *Revista del Centro de Investigación. Universidad la Salle*, 5(17/18), 71.
- Rojo Concepción, M., Báez Martínez, J., & Dotres Martínez, C. (2010). Neumonías infecciosas adquiridas en la comunidad: causas y tratamiento con antibacterianos en niños. *Revista Cubana de Pediatría*, 82(3), 92-102.
- Ros, J. (2005). *El desempleo en América Latina desde 1990 (Vol. 29).* United Nations Publications.
- Roselló-Araya, M., Aráuz-Hernández, A. G., Padilla-Vargas, G., & Morice-Trejos, A. (2004). Prevalencia de diabetes mellitus auto-reportada en Costa Rica, 1998. *Acta Médica Costarricense*, 46(4), 190-195.
- Rosero y Perez, (2009), *Ecuador: el impacto de la crisis económica desde la perspectiva de género*
- Roses, M. (2003). *Desigualdades ocultas. Etica y gobernabilidad*, (4), 4.
- Roxburgh, S. (2009, June). Untangling Inequalities: Gender, Race, and Socioeconomic Differences in Depression¹. In *Sociological Forum* (Vol. 24, No. 2, pp. 357-381). Blackwell Publishing Ltd.
- Ruiz Gómez, F., Zapata Jaramillo, T., & Garavito Beltrán, L. (2013). Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003-2008. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(2), 107-115.

- Sachs, J.D. (2002) *Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en Pro del Desarrollo Económico*, Organización Mundial de la Salud Proyecto: Reporte de la Comisión de Salud y Macroeconomía.
- Salas, M. M., & Llanos, A. A. (2010). Determinantes de la utilización de servicios de salud en Costa Rica. *Gaceta Sanitaria*, 24(5), 410-415.
- Salgado-de Snyder, V. N., & Wong, R. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud pública de México*, 49, s515-s521.
- Saracci, R. (1978). Epidemiological strategies and environmental factors. *International journal of epidemiology*, 7(2), 101-112.
- Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017*. Quito: Senplades.
- Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. (2014). *Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazos en Adolescentes*. <http://www.salud.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-de-planificacion-familiar-y-prevencion-de-embarazos-en-adolescentes/>
- Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. (2015). *Informe Técnico de Evaluación del Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017*. Dirección de Seguimiento y Evaluación al Plan Nacional de Desarrollo. Quito: Senplades.
- Séculi, E., Fusté, J., Brugulat, P., Junca, S., Rué, M., & Guillén, M. (2001). Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gaceta Sanitaria*, 15(3), 217-223.
- Sen, A. (1999). *La salud en el desarrollo*.
- Sen, G., A. George and P. Ostlin (2002) *Engendering international health: the challenge of equity*. Cambridge, MA, MIT Press.
- Sen, G., George, A., & Ostlin, P. (2005). *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas* (Vol. 14). Pan American Health Org.
- Servicio Nacional de Contratación Pública. (2014). *Rendición de cuentas 2013*. Disponible en <http://portal.compraspublicas.gob.ec/incop/wp-content/uploads/downloads/2014/03/RENDICION-DE-CUENTAS-SERCOP-2013-FINAL.pdf>
- Servicio Nacional de Mujer de Chile. (2015). *Agenda de Género*. Disponible en <http://portal.sernam.cl/?m=programa&i=72>
- Sevilla, C. S. (2004). *El capital humano y su contribución al crecimiento económico: una análisis para Castilla-La Mancha* (Vol. 42). Univ de Castilla La Mancha.
- Sims, J., Butter, M. (2002) *Health and environment: Moving beyond conventional paradigms*. En: Sen, G., George, A., Östlin, P., eds. *Engendering international health: The challenge of equity*. Cambridge, MA: The MIT Press.

- Sociedad de Lucha contra el Cáncer del Ecuador. (2014). Cáncer cérvico uterino. <http://www.solcaquito.org.ec/index.php/en/el-cancer/tipos-de-cancer/cancer-de-cuello-uterino>.
- Solar, X. (2009). Género y políticas públicas. Estado del arte.
- Solow, R. M. (1956). A contribution to the theory of economic growth. *The quarterly journal of economics*, 70(1), 65-94.
- Stallings, B., & Peres Núñez, W. (2000). Crecimiento, empleo y equidad: el impacto de las reformas económicas en América Latina y el Caribe. CEPAL.
- Steinemann, A. (2005). *Microeconomics for public decisions*. askmar publishing.
- Stewart, D. E., Dorado, L. M., Diaz-Granados, N., Rondon, M., Saavedra, J., Posada-Villa, J., & Torres, Y. (2009). Examining gender equity in health policies in a low-(Peru), middle-(Colombia), and high-(Canada) income country in the Americas. *Journal of public health policy*, 30(4), 439-454.
- Stronks, K., van de Mheen, H., Looman, C.W.N., Mackenbach, J.P. (1996) Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: An empirical analysis. *Sociology of Health and Illness* 18(5):653–674.
- Swan, T. W. (1956). Economic growth and capital accumulation. *Economic record*, 32(2), 334-361.
- Temporelli, K.(2008). Elasticidad ingreso de los gastos sanitarios: un análisis a diferentes niveles de renta. *Estudios de Economía Aplicada*, 26(1), 385-402.
- Tesch-Römer, C., Motel-Klingebiel, A., & Tomasik, M. J. (2008). Gender differences in subjective well-being: Comparing societies with respect to gender equality. *Social Indicators Research*, 85(2), 329-349.
- Torgersen, T. P., Giæver, Ø., & Stigen, O. T. (2007). *Developing an Intersectoral National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health. The Norwegian Case*. Oslo: The Norwegian Directorate of Health and Social Affairs.
- Torres, C. (2001). *Equidad en salud. Una mirada desde la perspectiva de la etnicidad*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Tovar L. (2005). Determinantes del estado de salud de la población colombiana. *Econ. Gest. Desarro. Cali (Colombia)*, (3), 125-151.
- United Nations Children's Fund. (2007). *The state of the world's children 2007: Women and children: The double dividend of gender equality (Vol. 7)*. Unicef.
- Van der Gaag, J., & van de Ven, W. (1978). The demand for primary health care. *Medical care*, 16(4), 299-312.
- Lenthe, F. J., Schrijvers, C. T., Droomers, M., Joung, I. M., Louwman, M. J., & Mackenbach, J. P. (2004). Investigating explanations of socio-economic inequalities in health The Dutch GLOBE study. *The European Journal of Public Health*, 14(1), 63-70.

- Vargas, I., Vázquez, M. L., & Jané, E. (2002). Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica Equity and health systems reform in Latin America. *Cad. Saude Publica*, 18(4), 927-937.
- Vásquez, F., Paraje, G., & Estay, M. (2013). Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000-2009. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(2), 98-106.
- Vega, J., Bedregal, P., Jadue, L., & Delgado, I. (2003). Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. *Revista médica de Chile*, 131(6), 669-678.
- Ventura, J. (1999). *Perspectivas económicas de la educación*. Barcelona, Edicions Universitat de Barcelona.
- Verbrugge, L. M. (1990). Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *Journal of health and social behavior*, 156-182.
- Vidal, C., Hoffmeister, L., & Biagini, L. (2013). Tendencia de la mortalidad por cáncer de cuello uterino en Chile: aplicación de modelos de regresión joinpoint. *Rev Panam Salud Publica*, 33(6), 407.
- Villareal. (2012). *Transferencias del gobierno central a los municipios: Una comparación bajo el nuevo marco legal (Disertación de Economía)*. Recuperada del Repositorio digital de la PUCE (Num. 1548).
- Viña, J., Sastre, J., Pallardó, F., & Borrás, C. (2003). Mitochondrial theory of aging: importance to explain why females live longer than males. *Antioxidants and Redox Signaling*, 5(5), 549-556.
- Visbal, L. A. (2007). Equidad de salud y etnia desde la perspectiva de género. *Rev Cubana Salud Pública*, 33(3).
- Viteri, G. (2007). Situación de la salud en el Ecuador. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, 77.
- Wagstaff, A. (2002). Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the world health organization*, 80(2), 97-105.
- Weller, J. (2009). El fomento de la inserción laboral de grupos vulnerables. Consideraciones a partir de cinco estudios de caso nacionales. *Documentos de proyectos*, (306). y Chile desde una perspectiva de género. *Tendencias y propuestas*
- Weller, J. (2011). Panorama de las condiciones de trabajo en América Latina. *Nueva Sociedad*, 232, 32-49.
- Whitehead, M., (1990) The concepts and principles of equity and health. Document EUR/ICP/RPD/414., WHO Office for Europe, Copenhagen.
- Wilkinson, R. G. (1997). Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards?. *BMJ: British Medical Journal*, 314(7080), 591.
- Williams, D.R. (1997) Race and health: Basic questions, emerging directions. *Annals of Epidemiology* 7(5):322-333.

Wooldridge, J. M. (2006). Introducción a la econometría: un enfoque moderno. Editorial Paraninfo.
ISBN-13: 978-607-481-312-8

Zenteno, R. B. (2004). Transición demográfica en América Latina, tendencias y consecuencias sociales. *Revista Mexicana de Sociología*, 239-254.

Anexos

Anexo A. Descripción de las variables y categorías base utilizadas en las regresiones logísticas

Variable	Definición	Dummy	Codificación	Frecuencia	Observaciones	%	Total observaciones
Estado de salud	Hace referencia a la percepción del propio estado de salud	Salud	0	Mala salud	18.123	36%	50.297
			1	Buena salud	32.174	64%	
Presencia de enfermedad	Reporta algún padecimiento en los últimos 30 días	Enfermedad	0	No enfermedad	30.250	60%	50.297
			1	Si enfermedad	20.047	40%	
Atención curativa	Atención sanitaria dado que reporta enfermedad	Curativa	0	No atención curativa	10.303	51%	20.047
			1	Si atención curativa	9.744	49%	
Atención preventiva	Atención sanitaria si se encuentra sano	Preventiva	0	No atención preventiva	33.142	92%	35.876
			1	Si atención preventiva	2.734	8%	
Sexo	Definición biológica: Hombre o Mujer	Mujer	0	Hombre	24.640	47%	52.020
			1	Mujer	27.380	53%	
Área	Zona geográfica de residencia	Rural	0	Urbano	31.693	61%	52.020
			1	Rural	20.327	39%	
Etnia	Auto identificación étnica del individuo	Indígena	0	No indígena	44.792	89%	50.116
			1	Indígena	5.324	11%	
		Afro ecuatoriano	0	No afro ecuatoriano	48.152	96%	50.116
			1	Afro ecuatoriano	1.964	4%	
		Montubio	0	No montubio	48.353	96%	50.116
			1	Montubio	1.763	4%	
		Mestizo	0	No mestizo	10.093	20%	50.116
			1	Mestizo	40.023	80%	
Blanco	0	No blanco	49.074	98%	50.116		
	1	Blanco	1.042	2%			
Estado civil	Hace referencia al estado conyugal del individuo	Casado	0	No casado	16.546	33%	50.297
			1	Casado	33.751	67%	
		Soltero	0	No soltero	39.180	78%	50.297
			1	Soltero	11.117	22%	
		Divorciado	0	No divorciado	46.584	93%	50.297
			1	Divorciado	3.713	7%	
		Viudo	0	No viudo	48.581	97%	50.297
			1	Viudo	1.716	3%	

Variable	Definición	Dummy	Codificación	Frecuencia	Observaciones	%	Total observaciones
Nivel de instrucción	Nivel de instrucción más alto alcanzado	Ninguna y Primaria Incompleta	0	Algún nivel de instrucción	44.483	86%	52.020
			1	Ninguna y primaria incompleta	7.537	14%	
		Primaria Completa	0	No primaria completa	16.998	33%	52.020
			1	Primaria completa	35.022	67%	
		Secundaria Completa	0	No secundaria completa	50.701	97%	52.020
			1	Secundaria completa	1.319	3%	
	Superior o posgrado	0	No educación superior	43.878	84%	52.020	
		1	Educación superior	8.142	16%		
Grupo de edad	Grupos etarios que responde a 4 divisiones de edad	18 a 29 años	0	No (18 a 29 años)	33.068	64%	51.992
			1	18 a 29 años	18.924	36%	
		30 a 39 años	0	No (30 a 39 años)	39.366	76%	51.992
			1	30 a 39 años	12.626	24%	
		40 a 59 años	0	No (40 a 59 años)	36.410	70%	51.992
			1	40 a 59 años	15.582	30%	
	60 años y más	0	No (60 años y más)	47.132	91%	51.992	
		1	60 años y más	4.860	9%		
Quintil de ingreso	Hace referencia a los cinco grupos que clasifican a la población por niveles de ingresos económicos: el quintil 1 corresponde al 20% de la población con menores ingresos, y el quintil 5 al 20% de mayores ingresos.	Quintil 1	0	No quintil 1	39.661	77%	51.842
			1	Quintil 1	12.181	23%	
		Quintil 2	0	No quintil 2	40.349	78%	51.842
			1	Quintil 2	11.493	22%	
		Quintil 3	0	No quintil 3	41.491	80%	51.842
			1	Quintil 3	10.351	20%	
Quintil 4	0	No quintil 4	42.394	82%	51.842		
	1	Quintil 4	9.448	18%			
Quintil 5	0	No quintil 5	43.473	84%	51.842		
	1	Quintil 5	8.369	16%			
Seguro de salud	Hace referencia al acceso a seguro de salud del individuo	Seguridad Social	0	No seguridad social	35.044	70%	50.237
			1	Acceso a seguridad social	15.193	30%	
		Privado	0	No seguro privado	48.076	96%	50.237
			1	Acceso a seguro privado	2.161	4%	
		Ninguno	0	Algún seguro de salud	17.354	35%	50.237
			1	Ningún seguro de salud	32.883	65%	

Variable	Definición	Dummy	Codificación	Frecuencia	Observaciones	%	Total observaciones
Provincia	Provincia de residencia del individuo	Azuay	0	No Azuay	50.038	96%	52.020
			1	Azuay	1.982	4%	
		Bolívar	0	No Bolívar	50.079	96%	52.020
			1	Bolívar	1.941	4%	
		Cañar	0	No Cañar	50.024	96%	52.020
			1	Cañar	1.996	4%	
		Carchi	0	No Carchi	50.085	96%	52.020
			1	Carchi	1.935	4%	
		Cotopaxi	0	No Cotopaxi	50.067	96%	52.020
			1	Cotopaxi	1.953	4%	
		Chimborazo	0	No Chimborazo	50.055	96%	52.020
			1	Chimborazo	1.965	4%	
		El Oro	0	No El Oro	49.895	96%	52.020
			1	El Oro	2.125	4%	
		Esmeraldas	0	No Esmeraldas	50.030	96%	52.020
			1	Esmeraldas	1.990	4%	
		Guayas	0	No Guayas	47.905	92%	52.020
			1	Guayas	4.115	8%	
		Imbabura	0	No Imbabura	49.982	96%	52.020
			1	Imbabura	2.038	4%	
		Loja	0	No Loja	2.075	4%	52.020
			1	Loja	2.030	4%	
		Los Ríos	0	No Los Ríos	49.945	96%	52.020
			1	Los Ríos	2.075	4%	
		Manabí	0	No Manabí	49.852	96%	52.020
			1	Manabí	2.168	4%	
		Morona Santiago	0	No Morona Santiago	50.067	96%	52.020
			1	Morona Santiago	1.953	4%	
		Napo	0	No Napo	49.859	96%	52.020
			1	Napo	2.161	4%	
		Pastaza	0	Pastaza	50.319	97%	52.020
			1	No Pastaza	1.701	3%	
Pichincha	0	No Pichincha	48.076	92%	52.020		
	1	Pichincha	3.944	8%			
Tungurahua	0	No Tungurahua	50.016	96%	52.020		
	1	Tungurahua	2.004	4%			
Zamora Chinchipe	0	No Zamora Chinchipe	49.972	96%	52.020		
	1	Zamora Chinchipe	2.048	4%			
Galápagos	0	No Galápagos	50.341	97%	52.020		
	1	Galápagos	1.679	3%			
Sucumbíos	0	No Sucumbíos	50.101	96%	52.020		
	1	Sucumbíos	1.919	4%			
Orellana	0	No Orellana	49.992	96%	52.020		
	1	Orellana	2.028	4%			
Sto. Domingo	0	No Sto. Domingo	49.965	96%	52.020		
	1	Sto. Domingo	2.055	4%			
Sta. Elena	0	No Sta. Elena	49.805	96%	52.020		
	1	Sta. Elena	2.215	4%			

Anexo B. Capacidad predictiva de los modelos

Esta prueba fue realizada para cada uno de los modelos planteados para el análisis de la equidad tanto para la esfera de “Situación del Estado de Salud” como para la esfera de “Utilización de servicios de salud”, desagregada según género (mujer y hombre). A continuación se presentan figuras referentes a los resultados obtenidos al respecto:

Modelo por género: Mujer, Percepción de buen estado de salud

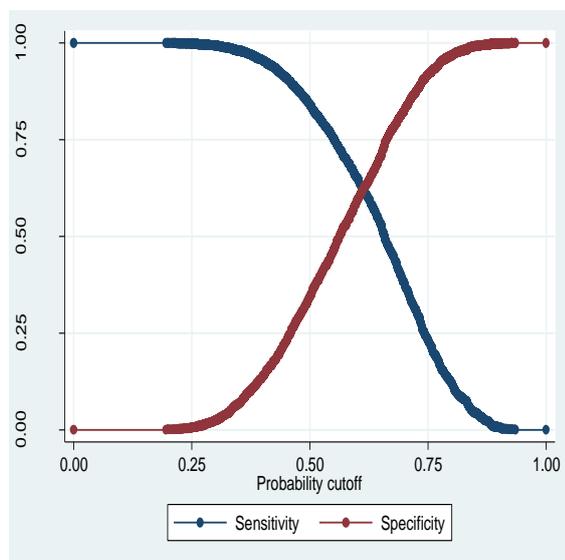
Classified	True		Total
	D	~D	
+	10514	4163	14677
-	5652	6083	11735
Total	16166	10246	26412

Classified + if predicted $\Pr(D) \geq .6$
True D defined as salud != 0

Sensitivity	$\Pr(+ D)$	65.04%
Specificity	$\Pr(- \sim D)$	59.37%
Positive predictive value	$\Pr(D +)$	71.64%
Negative predictive value	$\Pr(\sim D -)$	51.84%

False + rate for true ~D	$\Pr(+ \sim D)$	40.63%
False - rate for true D	$\Pr(- D)$	34.96%
False + rate for classified +	$\Pr(\sim D +)$	28.36%
False - rate for classified -	$\Pr(D -)$	48.16%

Correctly classified 62.84%



Modelo por género: Hombre, Percepción de buen estado de salud

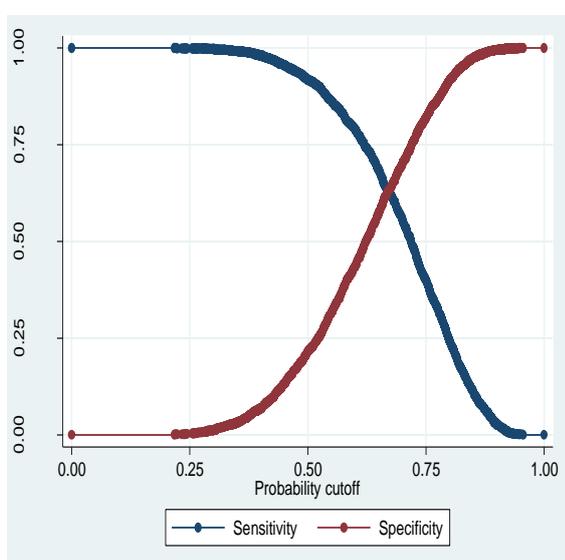
Classified	True		Total
	D	~D	
+	12469	4335	16804
-	3319	3335	6654
Total	15788	7670	23458

Classified + if predicted $\Pr(D) \geq .6$
True D defined as salud != 0

Sensitivity	$\Pr(+ D)$	78.98%
Specificity	$\Pr(- \sim D)$	43.48%
Positive predictive value	$\Pr(D +)$	74.20%
Negative predictive value	$\Pr(\sim D -)$	50.12%

False + rate for true ~D	$\Pr(+ \sim D)$	56.52%
False - rate for true D	$\Pr(- D)$	21.02%
False + rate for classified +	$\Pr(\sim D +)$	25.80%
False - rate for classified -	$\Pr(D -)$	49.88%

Correctly classified 67.37%



Modelo por género: Mujer, Presencia de enfermedad

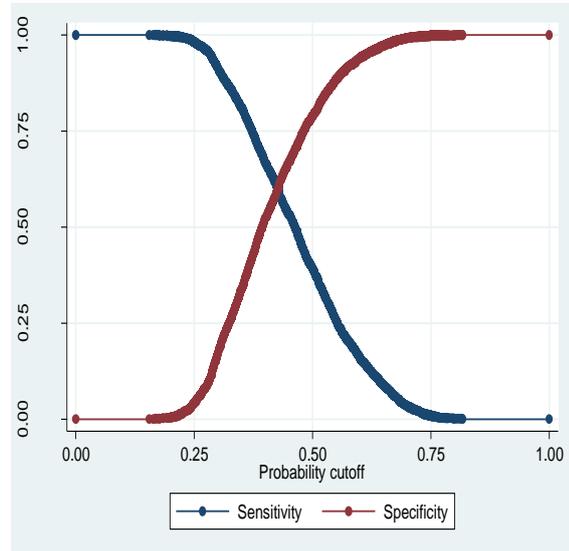
Classified	True		Total
	D	~D	
+	7661	7142	14803
-	3825	7784	11609
Total	11486	14926	26412

Classified + if predicted $\Pr(D) \geq .4$
True D defined as enfermedad != 0

Sensitivity	$\Pr(+ D)$	66.70%
Specificity	$\Pr(- \sim D)$	52.15%
Positive predictive value	$\Pr(D +)$	51.75%
Negative predictive value	$\Pr(\sim D -)$	67.05%

False + rate for true ~D	$\Pr(+ \sim D)$	47.85%
False - rate for true D	$\Pr(- D)$	33.30%
False + rate for classified +	$\Pr(\sim D +)$	48.25%
False - rate for classified -	$\Pr(D -)$	32.95%

Correctly classified	58.48%
----------------------	--------



Modelo por género: Hombre, Presencia de enfermedad

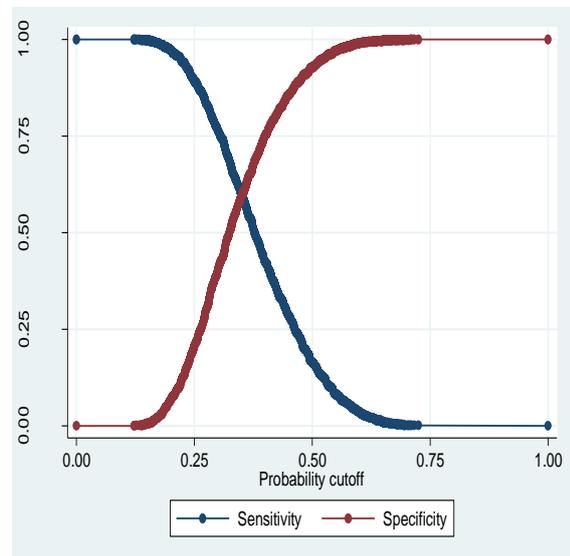
Classified	True		Total
	D	~D	
+	3544	3780	7324
-	4783	11351	16134
Total	8327	15131	23458

Classified + if predicted $\Pr(D) \geq .4$
True D defined as enfermedad != 0

Sensitivity	$\Pr(+ D)$	42.56%
Specificity	$\Pr(- \sim D)$	75.02%
Positive predictive value	$\Pr(D +)$	48.39%
Negative predictive value	$\Pr(\sim D -)$	70.35%

False + rate for true ~D	$\Pr(+ \sim D)$	24.98%
False - rate for true D	$\Pr(- D)$	57.44%
False + rate for classified +	$\Pr(\sim D +)$	51.61%
False - rate for classified -	$\Pr(D -)$	29.65%

Correctly classified	63.50%
----------------------	--------



Modelo por género: Mujer, Utilización de servicios curativos de salud

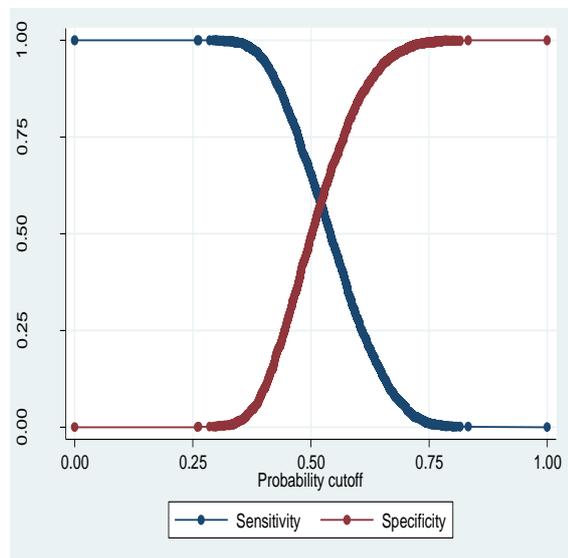
Classified	True		Total
	D	~D	
+	3523	2317	5840
-	2534	3112	5646
Total	6057	5429	11486

Classified + if predicted $\Pr(D) \geq .52$
 True D defined as curativa != 0

Sensitivity	$\Pr(+ D)$	58.16%
Specificity	$\Pr(- \sim D)$	57.32%
Positive predictive value	$\Pr(D +)$	60.33%
Negative predictive value	$\Pr(\sim D -)$	55.12%

False + rate for true ~D	$\Pr(+ \sim D)$	42.68%
False - rate for true D	$\Pr(- D)$	41.84%
False + rate for classified +	$\Pr(\sim D +)$	39.67%
False - rate for classified -	$\Pr(D -)$	44.88%

Correctly classified 57.77%



Modelo por género: Hombre, Utilización de servicios curativos de salud

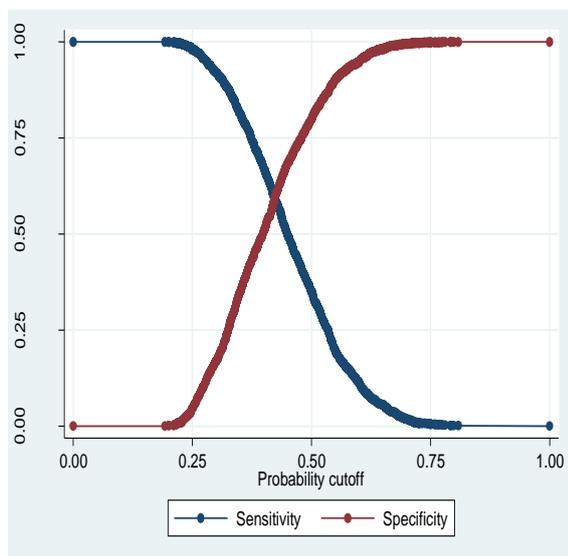
Classified	True		Total
	D	~D	
+	1661	1399	3060
-	1899	3368	5267
Total	3560	4767	8327

Classified + if predicted $\Pr(D) \geq .46$
 True D defined as curativa != 0

Sensitivity	$\Pr(+ D)$	46.66%
Specificity	$\Pr(- \sim D)$	70.65%
Positive predictive value	$\Pr(D +)$	54.28%
Negative predictive value	$\Pr(\sim D -)$	63.95%

False + rate for true ~D	$\Pr(+ \sim D)$	29.35%
False - rate for true D	$\Pr(- D)$	53.34%
False + rate for classified +	$\Pr(\sim D +)$	45.72%
False - rate for classified -	$\Pr(D -)$	36.05%

Correctly classified 60.39%



Modelo por género: Mujer, Utilización de servicios preventivos de salud

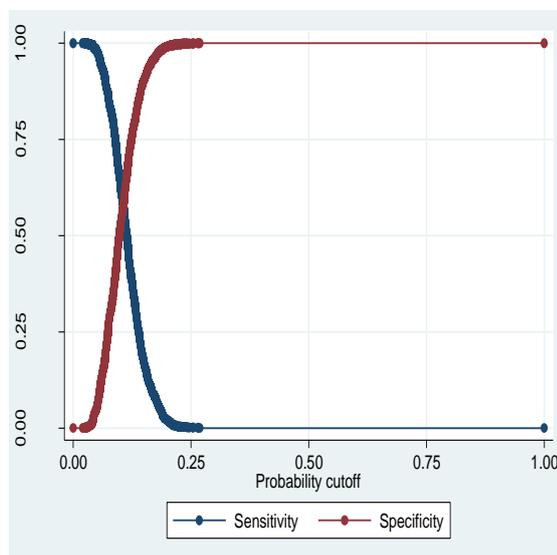
Classified	True		Total
	D	~D	
+	793	4559	5352
-	1077	11719	12796
Total	1870	16278	18148

Classified + if predicted $\Pr(D) \geq .12$
 True D defined as preventiva != 0

Sensitivity	$\Pr(+ D)$	42.41%
Specificity	$\Pr(- \sim D)$	71.99%
Positive predictive value	$\Pr(D +)$	14.82%
Negative predictive value	$\Pr(\sim D -)$	91.58%

False + rate for true ~D	$\Pr(+ \sim D)$	28.01%
False - rate for true D	$\Pr(- D)$	57.59%
False + rate for classified +	$\Pr(\sim D +)$	85.18%
False - rate for classified -	$\Pr(D -)$	8.42%

Correctly classified 68.94%



Modelo por género: Hombre, Utilización de servicios preventivos de salud

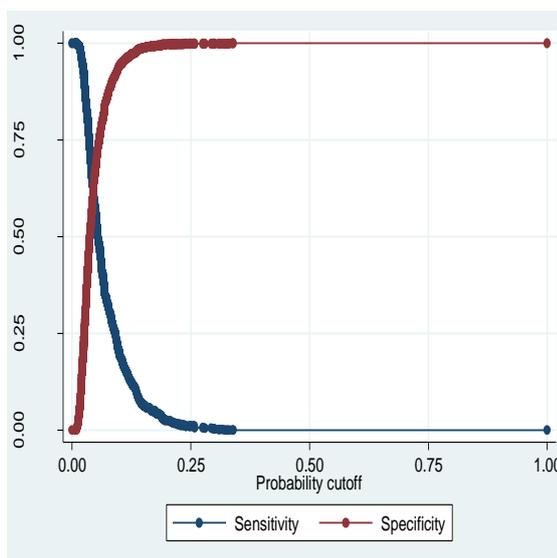
Classified	True		Total
	D	~D	
+	463	5304	5767
-	365	11317	11682
Total	828	16621	17449

Classified + if predicted $\Pr(D) \geq .05$
 True D defined as preventiva != 0

Sensitivity	$\Pr(+ D)$	55.92%
Specificity	$\Pr(- \sim D)$	68.09%
Positive predictive value	$\Pr(D +)$	8.03%
Negative predictive value	$\Pr(\sim D -)$	96.88%

False + rate for true ~D	$\Pr(+ \sim D)$	31.91%
False - rate for true D	$\Pr(- D)$	44.08%
False + rate for classified +	$\Pr(\sim D +)$	91.97%
False - rate for classified -	$\Pr(D -)$	3.12%

Correctly classified 67.51%



Anexo D. Modelo general de presencia de enfermedad

Logistic regression	Number of obs	=	49870
	Replications	=	100
	Wald chi2(44)	=	3643.46
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -32011.488	Pseudo R2	=	0.0446

enfermedad	Observed	Bootstrap			Normal-based	
	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
mujer	1.455824	.0324947	16.83	0.000	1.393509	1.520926
rural	.9521575	.0247347	-1.89	0.059	.9048918	1.001892
indigena	.8850666	.0274065	-3.94	0.000	.8329485	.9404458
afroecuatoriano	1.126979	.062026	2.17	0.030	1.011737	1.255347
montubio	1.178103	.0593103	3.26	0.001	1.067408	1.300277
blanco	1.153303	.0799372	2.06	0.040	1.006805	1.321118
casado	1.150799	.0326601	4.95	0.000	1.088534	1.216625
divorciado	1.246616	.0507895	5.41	0.000	1.150942	1.350244
viudo	1.286839	.0859319	3.78	0.000	1.128972	1.466781
primaria_completa	.9527598	.0298247	-1.55	0.122	.8960616	1.013046
secundaria_completa	1.039998	.0677471	0.60	0.547	.9153425	1.181629
educ_superior	.9768087	.0420962	-0.54	0.586	.8976902	1.0629
grupo_edad_2	1.259996	.0335308	8.68	0.000	1.195962	1.327459
grupo_edad_3	1.672225	.0501895	17.13	0.000	1.576693	1.773545
grupo_edad_4	2.221272	.0942151	18.82	0.000	2.044081	2.413823
quintil_2	1.00823	.0299871	0.28	0.783	.951137	1.068751
quintil_3	.9439215	.0324865	-1.68	0.094	.8823492	1.00979
quintil_4	.7832983	.0258317	-7.41	0.000	.7342707	.8355994
quintil_5	.7237585	.0298091	-7.85	0.000	.6676296	.7846063
privado	1.192832	.0565362	3.72	0.000	1.087014	1.308951
seguridad_social	1.131102	.0267555	5.21	0.000	1.079859	1.184777
Azuay	1.191791	.0688449	3.04	0.002	1.064216	1.33466
Bolívar	.7984374	.0519528	-3.46	0.001	.7028373	.9070411
Cañar	1.348822	.0776329	5.20	0.000	1.204933	1.509894
Carchi	.7425866	.0471023	-4.69	0.000	.6557757	.8408894
Cotopaxi	.7658896	.045523	-4.49	0.000	.6816672	.860518
Chimborazo	.8590772	.0495836	-2.63	0.008	.7671904	.9619694
El_Oro	1.773933	.0857999	11.85	0.000	1.613493	1.950326
Esmeraldas	1.007797	.0608552	0.13	0.898	.8953102	1.134416
Guayas	1.511824	.067711	9.23	0.000	1.384771	1.650535
Imbabura	.6084457	.0400462	-7.55	0.000	.5348083	.6922221
Loja	1.093538	.0631029	1.55	0.121	.9765966	1.224483
Los_Rios	1.525583	.0966243	6.67	0.000	1.347485	1.727219
Manabí	2.018762	.116379	12.19	0.000	1.803078	2.260246
Morona_Santiago	1.038801	.064544	0.61	0.540	.9196969	1.173331
Napo	.9884432	.0561811	-0.20	0.838	.8842421	1.104924
Pastaza	.7675925	.0514129	-3.95	0.000	.6731591	.8752735
Tungurahua	.8394727	.0478787	-3.07	0.002	.7506871	.9387592
Zamora_Chinchi	1.101007	.067173	1.58	0.115	.9769175	1.240859
Galápagos	1.358555	.0841912	4.94	0.000	1.203171	1.534006
Sucumbios	.7239525	.0434697	-5.38	0.000	.6435758	.8143674
Orellana	.6711307	.0391701	-6.83	0.000	.598587	.7524661
Sto_Domingo	1.141299	.0638087	2.36	0.018	1.022845	1.273471
Sta_Elena	1.708501	.0934229	9.80	0.000	1.534866	1.901779
_cons	.3699519	.0209415	-17.57	0.000	.3311023	.41336

Anexo E. Modelo de percepción del estado de salud para la mujer

Logistic regression	Number of obs	=	26412
	Replications	=	100
	Wald chi2(43)	=	3182.71
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -16496.517	Pseudo R2	=	0.0647

salud	Observed Odds Ratio	Bootstrap Std. Err.	z	P> z	Normal-based [95% Conf. Interval]	
rural	1.127643	.0379954	3.57	0.000	1.055579	1.204626
indigena	1.227429	.0662699	3.80	0.000	1.104178	1.364436
afroecuatoriano	.8829368	.0631446	-1.74	0.082	.7674579	1.015792
montubio	.8243322	.0722555	-2.20	0.028	.6942111	.978843
blanco	.9545991	.0884297	-0.50	0.616	.7961037	1.144649
casado	.8204261	.031403	-5.17	0.000	.7611293	.8843425
divorciado	.7972355	.0455572	-3.97	0.000	.7127637	.8917184
viudo	.7772058	.0613214	-3.19	0.001	.66585	.9071846
primaria_completa	1.100377	.0416557	2.53	0.012	1.021689	1.185126
secundaria_completa	1.481659	.1348487	4.32	0.000	1.239592	1.770997
educ_superior	1.609091	.0923124	8.29	0.000	1.437963	1.800584
grupo_edad_2	.6852151	.0240432	-10.77	0.000	.6396751	.7339972
grupo_edad_3	.4597784	.0173821	-20.55	0.000	.4269417	.4951406
grupo_edad_4	.3422343	.0224007	-16.38	0.000	.3010292	.3890795
quintil_2	1.029079	.0385293	0.77	0.444	.9562669	1.107435
quintil_3	1.230893	.0568058	4.50	0.000	1.124443	1.347421
quintil_4	1.580422	.073662	9.82	0.000	1.442445	1.731596
quintil_5	2.361754	.1362491	14.90	0.000	2.109255	2.64448
privado	1.242631	.1066351	2.53	0.011	1.050261	1.470237
seguridad_social	1.003539	.0368903	0.10	0.923	.9337786	1.078511
Azuay	1.019694	.089986	0.22	0.825	.8577344	1.212234
Bolívar	.7845914	.0626931	-3.04	0.002	.6708539	.917612
Cañar	.9828242	.0804211	-0.21	0.832	.8371918	1.15379
Carchi	1.273643	.1079973	2.85	0.004	1.078626	1.503919
Cotopaxi	.9729462	.084424	-0.32	0.752	.8207837	1.153317
Chimborazo	.9882788	.0793966	-0.15	0.883	.8442974	1.156814
El_Oro	.5971272	.0526485	-5.85	0.000	.5023618	.7097691
Esmeraldas	.6778314	.0658807	-4.00	0.000	.5602613	.8200735
Guayas	.6772992	.0453011	-5.83	0.000	.5940842	.7721703
Imbabura	1.512599	.1341116	4.67	0.000	1.271317	1.799675
Loja	1.280444	.1102097	2.87	0.004	1.081674	1.515741
Los_Ríos	.8214505	.076761	-2.10	0.035	.683975	.9865578
Manabí	.5452441	.0408844	-8.09	0.000	.4707222	.6315637
Morona_Santiago	1.24072	.1050221	2.55	0.011	1.051049	1.464619
Napo	1.273782	.1116685	2.76	0.006	1.072686	1.512576
Pastaza	.9240886	.0822077	-0.89	0.375	.7762293	1.100113
Tungurahua	.9949814	.0948104	-0.05	0.958	.8254773	1.199292
Zamora_Chinchi	1.082908	.0983859	0.88	0.381	.9062691	1.293976
Galápagos	.8979318	.0909785	-1.06	0.288	.7362064	1.095184
Sucumbíos	.9932358	.0901079	-0.07	0.940	.8314383	1.186519
Orellana	.9184743	.0815671	-0.96	0.338	.7717457	1.0931
Sto_Domingo	.7864747	.0620628	-3.04	0.002	.673774	.9180267
Sta_Elena	.8580596	.0688123	-1.91	0.056	.7332553	1.004106
_cons	1.980303	.1778148	7.61	0.000	1.660737	2.361361

Anexo F. Modelo de percepción del estado de salud para el hombre

Logistic regression	Number of obs	=	23458
	Replications	=	100
	Wald chi2(43)	=	2556.77
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -13794.151	Pseudo R2	=	0.0696

salud	Observed	Bootstrap			Normal-based	
	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
rural	1.017367	.03887	0.45	0.652	.9439655	1.096475
indigena	1.404117	.0839005	5.68	0.000	1.248939	1.578576
afroecuadoriano	.9769766	.0811519	-0.28	0.779	.8301941	1.149711
montubio	.7794168	.0608128	-3.19	0.001	.6688922	.9082041
blanco	.9758717	.1008236	-0.24	0.813	.796984	1.194912
casado	.7012116	.0278853	-8.93	0.000	.6486331	.758052
divorciado	.7712309	.0773402	-2.59	0.010	.6336139	.9387375
viudo	.6915402	.0941069	-2.71	0.007	.5296432	.9029247
primaria_completa	1.226023	.0598006	4.18	0.000	1.114244	1.349015
secundaria_completa	1.445769	.1651204	3.23	0.001	1.155803	1.808482
educ_superior	1.876131	.1364748	8.65	0.000	1.626839	2.163625
grupo_edad_2	.7074253	.0288162	-8.50	0.000	.6531422	.7662198
grupo_edad_3	.5110202	.0217287	-15.79	0.000	.470159	.5554326
grupo_edad_4	.3290721	.0201005	-18.20	0.000	.2919428	.3709236
quintil_2	1.016037	.0448177	0.36	0.718	.9318856	1.107787
quintil_3	1.180059	.0626384	3.12	0.002	1.06346	1.309441
quintil_4	1.489694	.0816536	7.27	0.000	1.337952	1.658645
quintil_5	2.180114	.1247826	13.62	0.000	1.948764	2.438929
privado	1.479652	.0980455	5.91	0.000	1.299441	1.684854
seguridad_social	1.097226	.0384164	2.65	0.008	1.024456	1.175164
Azuay	1.015715	.1129769	0.14	0.889	.8167582	1.263136
Bolivar	.7555433	.0777684	-2.72	0.006	.6175112	.9244297
Cañar	.8603583	.0869071	-1.49	0.136	.7058254	1.048725
Carchi	1.204369	.1103122	2.03	0.042	1.006457	1.441199
Cotopaxi	.9065049	.0994414	-0.89	0.371	.7311314	1.123945
Chimborazo	.7373965	.0822637	-2.73	0.006	.5925723	.9176156
El_Oro	.5796465	.0554353	-5.70	0.000	.4805707	.699148
Esmeraldas	.6518935	.0687981	-4.05	0.000	.5300837	.8016944
Guayas	.5935335	.0452055	-6.85	0.000	.5112282	.6890896
Imbabura	1.21682	.1223231	1.95	0.051	.9992117	1.481818
Loja	1.061872	.1052403	0.61	0.545	.8744017	1.289536
Los_Rios	.8168516	.08194	-2.02	0.044	.671054	.9943261
Manabí	.526051	.0476848	-7.09	0.000	.4404222	.6283281
Morona_Santiago	1.20058	.1201567	1.83	0.068	.986736	1.460768
Napo	.9650028	.0983385	-0.35	0.727	.7902909	1.178339
Pastaza	.7617888	.0791089	-2.62	0.009	.621499	.9337459
Tungurahua	.8997121	.0866974	-1.10	0.273	.7448703	1.086742
Zamora_Chinchi	1.048787	.1107596	0.45	0.652	.8526956	1.289972
Galápagos	.8552218	.0773924	-1.73	0.084	.7162261	1.021192
Sucumbios	.899508	.0863013	-1.10	0.270	.7453124	1.085605
Orellana	1.008493	.0867876	0.10	0.922	.8519638	1.19378
Sto_Domingo	.6337214	.0520153	-5.56	0.000	.5395509	.7443279
Sta_Elena	.8642349	.0865436	-1.46	0.145	.7102207	1.051648
_cons	2.934959	.266473	11.86	0.000	2.456513	3.506589

Anexo G. Modelo de presencia de enfermedad para la mujer

Logistic regression	Number of obs	=	26412
	Replications	=	100
	Wald chi2(43)	=	2455.46
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -17295.705	Pseudo R2	=	0.0435

enfermedad	Observed	Bootstrap	z	P> z	Normal-based	
	Odds Ratio	Std. Err.			[95% Conf. Interval]	
rural	.9773899	.0374707	-0.60	0.551	.90664	1.053661
indigena	.9080653	.0469659	-1.86	0.062	.8205258	1.004944
afroecuatoriano	1.110641	.087073	1.34	0.181	.9524462	1.295111
montubio	1.235445	.1095328	2.38	0.017	1.038382	1.469907
blanco	1.149219	.1055109	1.51	0.130	.9599597	1.375791
casado	1.043416	.0315831	1.40	0.160	.9833151	1.107191
divorciado	1.163977	.0532556	3.32	0.001	1.064141	1.273179
viudo	1.174828	.0756418	2.50	0.012	1.035546	1.332844
primaria_completa	.9738489	.0385967	-0.67	0.504	.9010644	1.052513
secundaria_completa	.9259703	.0856984	-0.83	0.406	.7723576	1.110135
educ_superior	.9712894	.0521419	-0.54	0.587	.8742858	1.079056
grupo_edad_2	1.254654	.0468518	6.08	0.000	1.166107	1.349926
grupo_edad_3	1.781927	.0626566	16.43	0.000	1.663258	1.909062
grupo_edad_4	2.174983	.1254809	13.47	0.000	1.94244	2.435365
quintil_2	1.018911	.0392397	0.49	0.627	.9448338	1.098797
quintil_3	.9488766	.0410661	-1.21	0.225	.8717077	1.032877
quintil_4	.7699313	.0336263	-5.99	0.000	.7067669	.8387407
quintil_5	.6666402	.0331265	-8.16	0.000	.604775	.734834
privado	1.242349	.0813534	3.31	0.001	1.092707	1.412483
seguridad_social	1.198117	.0392197	5.52	0.000	1.123662	1.277506
Azuay	1.142452	.0833224	1.83	0.068	.9902786	1.31801
Bolívar	.7642718	.0615808	-3.34	0.001	.6526235	.8950205
Cañar	1.169803	.0840337	2.18	0.029	1.016169	1.346664
Carchi	.7633711	.0567448	-3.63	0.000	.6598757	.8830988
Cotopaxi	.7535564	.0541853	-3.94	0.000	.6544994	.8676055
Chimborazo	.8038344	.0658717	-2.66	0.008	.6845628	.9438868
El_Oro	1.811044	.1365103	7.88	0.000	1.562314	2.099374
Esmeraldas	.953217	.0811668	-0.56	0.574	.8066991	1.126346
Guayas	1.524791	.1004465	6.40	0.000	1.340099	1.734937
Imbabura	.589913	.0502169	-6.20	0.000	.4992621	.6970234
Loja	1.047885	.0735757	0.67	0.505	.9131622	1.202485
Los_Ríos	1.65796	.133528	6.28	0.000	1.41586	1.941457
Manabí	2.095792	.1721711	9.01	0.000	1.784108	2.461927
Morona_Santiago	1.108755	.095044	1.20	0.228	.9372803	1.311601
Napo	.8959594	.0699897	-1.41	0.160	.7687676	1.044195
Pastaza	.7711018	.0605776	-3.31	0.001	.661061	.8994602
Tungurahua	.8024483	.0649013	-2.72	0.007	.684814	.9402892
Zamora_Chinchi	1.013552	.0786437	0.17	0.862	.8705616	1.180029
Galápagos	1.407069	.1173526	4.09	0.000	1.194877	1.656943
Sucumbíos	.7059422	.0596292	-4.12	0.000	.5982327	.8330443
Orellana	.624845	.0467868	-6.28	0.000	.539556	.7236158
Sto_Domingo	1.009771	.0825079	0.12	0.905	.8603429	1.185152
Sta_Elena	1.600056	.1253381	6.00	0.000	1.372326	1.865575
_cons	.5707195	.0413271	-7.75	0.000	.4952052	.657749

Anexo H. Modelo de presencia de enfermedad para el hombre

Logistic regression	Number of obs	=	23458
	Replications	=	100
	Wald chi2(43)	=	2629.14
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -14666.984	Pseudo R2	=	0.0388

enfermedad	Observed	Bootstrap	z	P> z	Normal-based	
	Odds Ratio	Std. Err.			[95% Conf. Interval]	
rural	.929092	.0333928	-2.05	0.041	.8658954	.996901
indigena	.854767	.0489976	-2.74	0.006	.7639316	.9564032
afroecuatoriano	1.15096	.0827151	1.96	0.050	.9997414	1.325052
montubio	1.14771	.0936221	1.69	0.091	.9781308	1.346688
blanco	1.160188	.1086686	1.59	0.113	.965608	1.393978
casado	1.309049	.0499318	7.06	0.000	1.214753	1.410664
divorciado	1.312452	.1215371	2.94	0.003	1.09461	1.573647
viudo	1.536454	.2010842	3.28	0.001	1.188825	1.985733
primaria_completa	.9243001	.0421163	-1.73	0.084	.8453324	1.010645
secundaria_completa	1.225976	.1443325	1.73	0.084	.9733545	1.544161
educ_superior	.9663837	.0609117	-0.54	0.587	.8540786	1.093456
grupo_edad_2	1.243867	.0497807	5.45	0.000	1.150027	1.345364
grupo_edad_3	1.516057	.0601161	10.49	0.000	1.402694	1.638582
grupo_edad_4	2.179095	.1209822	14.03	0.000	1.95442	2.429598
quintil_2	1.000012	.0431981	0.00	1.000	.9188299	1.088366
quintil_3	.9448095	.0457812	-1.17	0.241	.8592092	1.038938
quintil_4	.8074005	.0405243	-4.26	0.000	.7317561	.8908647
quintil_5	.8073035	.05414	-3.19	0.001	.7078691	.9207055
privado	1.120626	.0789066	1.62	0.106	.9761692	1.28646
seguridad_social	1.058462	.0369078	1.63	0.103	.9885409	1.13333
Azuay	1.251764	.1099736	2.56	0.011	1.053756	1.486979
Bolívar	.8449076	.0782231	-1.82	0.069	.7046987	1.013013
Cañar	1.611014	.133304	5.76	0.000	1.369829	1.894665
Carchi	.7107874	.0614608	-3.95	0.000	.5999811	.8420578
Cotopaxi	.7718516	.0735747	-2.72	0.007	.6403174	.9304056
Chimborazo	.9296223	.0817627	-0.83	0.407	.7824223	1.104516
El_Oro	1.777948	.1365012	7.50	0.000	1.529566	2.066663
Esmeraldas	1.085263	.0885136	1.00	0.316	.9249351	1.273382
Guayas	1.523237	.102816	6.23	0.000	1.334482	1.73869
Imbabura	.6314072	.0643563	-4.51	0.000	.5170716	.7710248
Loja	1.153684	.0996311	1.66	0.098	.9740421	1.366456
Los_Ríos	1.432362	.1224456	4.20	0.000	1.211401	1.693628
Manabí	1.982745	.1642806	8.26	0.000	1.685545	2.332347
Morona_Santiago	.9586508	.0882489	-0.46	0.646	.8003921	1.148201
Napo	1.11971	.098772	1.28	0.200	.9419312	1.331042
Pastaza	.7576037	.0745237	-2.82	0.005	.6247573	.9186981
Tungurahua	.8897099	.0790385	-1.32	0.188	.7475338	1.058927
Zamora_Chinchi	1.215909	.1056713	2.25	0.024	1.025475	1.441705
Galápagos	1.340931	.1158473	3.40	0.001	1.132058	1.588344
Sucumbíos	.7590177	.0691804	-3.03	0.002	.6348476	.9074743
Orellana	.7408583	.0713917	-3.11	0.002	.6133529	.8948699
Sto_Domingo	1.328273	.1016314	3.71	0.000	1.143296	1.543178
Sta_Elena	1.860569	.1567154	7.37	0.000	1.577427	2.194534
_cons	.3485304	.0251398	-14.61	0.000	.3025817	.4014566

Anexo J. Modelo general de atención preventiva de salud

Logistic regression	Number of obs	=	35597
	Replications	=	100
	Wald chi2(44)	=	1241.60
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -9129.3551	Pseudo R2	=	0.0444

preventiva	Observed Odds Ratio	Bootstrap Std. Err.	z	P> z	Normal-based [95% Conf. Interval]	
mujer	2.434478	.1253676	17.28	0.000	2.200755	2.693022
rural	.928874	.0406415	-1.69	0.092	.8525379	1.012045
indigena	.7073305	.0584626	-4.19	0.000	.6015456	.8317183
afroecuadoriano	1.242158	.1387446	1.94	0.052	.9979319	1.546155
montubio	1.10057	.1331886	0.79	0.428	.8681746	1.395173
blanco	1.434523	.1923729	2.69	0.007	1.102959	1.865759
casado	1.329834	.0802113	4.73	0.000	1.181559	1.496715
divorciado	1.169945	.1174186	1.56	0.118	.9610296	1.424276
viudo	1.114356	.1692021	0.71	0.476	.827521	1.500615
primaria_completa	1.272423	.0982085	3.12	0.002	1.093789	1.48023
secundaria_completa	1.505368	.179019	3.44	0.001	1.192388	1.9005
educ_superior	1.582969	.1466051	4.96	0.000	1.320199	1.898041
grupo_edad_2	.8166775	.0498759	-3.32	0.001	.7245465	.9205236
grupo_edad_3	.9269881	.0506653	-1.39	0.165	.8328198	1.031804
grupo_edad_4	1.540316	.1384442	4.81	0.000	1.291527	1.83703
quintil_2	1.006854	.0717328	0.10	0.924	.8756346	1.157737
quintil_3	.9715397	.0679657	-0.41	0.680	.8470583	1.114314
quintil_4	.948484	.0653686	-0.77	0.443	.8286403	1.08566
quintil_5	1.138689	.0862755	1.71	0.086	.981549	1.320987
privado	1.582826	.1363511	5.33	0.000	1.336925	1.873955
seguridad_social	1.314991	.0648378	5.55	0.000	1.193858	1.448414
Azuay	1.171751	.1236889	1.50	0.133	.9527599	1.441078
Bolívar	.9602013	.1189056	-0.33	0.743	.7532768	1.223968
Cañar	1.149536	.115811	1.38	0.167	.9435556	1.400482
Carchi	.7579617	.0937893	-2.24	0.025	.594731	.9659928
Cotopaxi	.7145754	.0910011	-2.64	0.008	.5567339	.9171671
Chimborazo	.7116049	.0954039	-2.54	0.011	.5471665	.9254614
El_Oro	.4691951	.070397	-5.04	0.000	.3496561	.6296016
Esmeraldas	.7165852	.102027	-2.34	0.019	.5420935	.9472431
Guayas	.9335493	.0916651	-0.70	0.484	.7701191	1.131662
Imbabura	.8472751	.0938248	-1.50	0.134	.6819693	1.05265
Loja	1.175573	.1309344	1.45	0.146	.9450248	1.462365
Los_Rios	.446195	.065392	-5.51	0.000	.3347935	.5946649
Manabí	.6555034	.0950123	-2.91	0.004	.4933976	.8708691
Morona_Santiago	1.18173	.1441146	1.37	0.171	.9304917	1.500805
Napo	1.240788	.1538154	1.74	0.082	.9731449	1.58204
Pastaza	.9607538	.1348135	-0.29	0.775	.7297448	1.264891
Tungurahua	1.022222	.1155702	0.19	0.846	.81905	1.275794
Zamora_Chinchiipe	1.483991	.1440309	4.07	0.000	1.226921	1.794923
Galápagos	.9573561	.1325403	-0.31	0.753	.7298433	1.255791
Sucumbios	.6836203	.0909945	-2.86	0.004	.5266405	.8873924
Orellana	.5956562	.0772353	-4.00	0.000	.4619822	.7680086
Sto_Domingo	.8132173	.0946617	-1.78	0.076	.6473264	1.021621
Sta_Elena	.9506455	.1174262	-0.41	0.682	.7462356	1.211048
_cons	.0322442	.0038051	-29.10	0.000	.025586	.0406352

Anexo K. Modelo de atención curativa de salud para la mujer

Logistic regression	Number of obs	=	11486
	Replications	=	100
	Wald chi2(43)	=	572.15
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -7746.4899	Pseudo R2	=	0.0249

curativa	Observed Odds Ratio	Bootstrap Std. Err.	z	P> z	Normal-based [95% Conf. Interval]	
rural	1.130604	.049909	2.78	0.005	1.036896	1.23278
indigena	.814383	.0639063	-2.62	0.009	.6982859	.9497826
afroecuatoriano	.9882058	.1136011	-0.10	0.918	.7888525	1.237938
montubio	.9894625	.0989368	-0.11	0.916	.8133684	1.203681
blanco	1.045145	.1265922	0.36	0.715	.8242814	1.325188
casado	1.28841	.0638043	5.12	0.000	1.169233	1.419734
divorciado	1.197752	.0896225	2.41	0.016	1.034369	1.386943
viudo	1.380074	.1497759	2.97	0.003	1.115639	1.707187
primaria_completa	1.018831	.0516251	0.37	0.713	.9225102	1.12521
secundaria_completa	.9365374	.1238413	-0.50	0.620	.7227165	1.213619
educ_superior	1.384587	.128937	3.49	0.000	1.153596	1.66183
grupo_edad_2	1.071536	.0472062	1.57	0.117	.9828957	1.168171
grupo_edad_3	1.23811	.062724	4.22	0.000	1.121079	1.367357
grupo_edad_4	1.803135	.154641	6.87	0.000	1.524148	2.133188
quintil_2	.9739887	.063001	-0.41	0.684	.8580157	1.105637
quintil_3	.9854496	.0649646	-0.22	0.824	.8660042	1.12137
quintil_4	1.0542	.0766551	0.73	0.468	.9141736	1.215674
quintil_5	1.165758	.0889759	2.01	0.044	1.003785	1.353867
privado	1.120105	.1100241	1.15	0.248	.9239492	1.357905
seguridad_social	1.278839	.0647438	4.86	0.000	1.158036	1.412243
Azuay	1.104609	.1318735	0.83	0.405	.8741544	1.395819
Bolívar	.9099852	.1071796	-0.80	0.423	.722401	1.146279
Cañar	.8355927	.0868163	-1.73	0.084	.6816425	1.024313
Carchi	.988031	.1304468	-0.09	0.927	.7627618	1.27983
Cotopaxi	.910476	.1102605	-0.77	0.439	.7181022	1.154385
Chimborazo	.7119422	.0817441	-2.96	0.003	.5684748	.891617
El_Oro	.5580494	.0668811	-4.87	0.000	.4412227	.7058093
Esmeraldas	.7271377	.0918101	-2.52	0.012	.5677302	.9313038
Guayas	.7413523	.0642862	-3.45	0.001	.6254793	.8786914
Imbabura	.8153871	.1074976	-1.55	0.122	.6297157	1.055804
Loja	.9340555	.1070792	-0.60	0.552	.746091	1.169374
Los_Ríos	.736242	.08703	-2.59	0.010	.5839845	.9281962
Manabí	.7322942	.0804529	-2.84	0.005	.5904309	.9082432
Morona_Santiago	1.625552	.21443	3.68	0.000	1.255212	2.105157
Napo	1.260658	.1479992	1.97	0.048	1.001538	1.586818
Pastaza	1.354591	.1688154	2.44	0.015	1.06103	1.729374
Tungurahua	.9797402	.1135166	-0.18	0.860	.7807057	1.229517
Zamora_Chinchiipe	.966202	.1346219	-0.25	0.805	.7353078	1.269599
Galápagos	.7961787	.0852814	-2.13	0.033	.6454097	.9821677
Sucumbios	.74177	.1001868	-2.21	0.027	.5692489	.9665768
Orellana	.6544777	.093692	-2.96	0.003	.4943571	.8664608
Sto_Domingo	.6396409	.0672049	-4.25	0.000	.520599	.7859031
Sta_Elena	.6575279	.075598	-3.65	0.000	.5248666	.8237198
_cons	.7753998	.0756217	-2.61	0.009	.6404884	.9387286

Anexo L. Modelo de atención curativa de salud para el hombre

Logistic regression	Number of obs	=	8327
	Replications	=	100
	Wald chi2(43)	=	824.28
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -5466.7888	Pseudo R2	=	0.0382

curativa	Observed Odds Ratio	Bootstrap Std. Err.	z	P> z	Normal-based [95% Conf. Interval]	
rural	1.102303	.054425	1.97	0.049	1.000631	1.214306
indigena	1.005627	.0914196	0.06	0.951	.8415031	1.201761
afroecuatoriano	1.11577	.1367873	0.89	0.372	.8774495	1.41882
montubio	.9622118	.1185847	-0.31	0.755	.7557306	1.225108
blanco	.9561342	.1457044	-0.29	0.768	.7092593	1.28894
casado	.9433621	.0719193	-0.76	0.444	.8124287	1.095397
divorciado	.9457701	.1320862	-0.40	0.690	.7192946	1.243553
viudo	1.139146	.2095514	0.71	0.479	.7943219	1.633661
primaria_completa	1.011668	.0677853	0.17	0.863	.8871652	1.153643
secundaria_completa	1.057537	.1636366	0.36	0.718	.7808832	1.432205
educ_superior	1.051865	.1065119	0.50	0.618	.8625161	1.282782
grupo_edad_2	1.100225	.081403	1.29	0.197	.951707	1.27192
grupo_edad_3	1.39496	.0925013	5.02	0.000	1.224948	1.588569
grupo_edad_4	2.275918	.2289875	8.17	0.000	1.868592	2.772035
quintil_2	1.109773	.0708234	1.63	0.103	.9792921	1.257639
quintil_3	1.182517	.0884608	2.24	0.025	1.021248	1.369252
quintil_4	1.415063	.1212965	4.05	0.000	1.196223	1.673937
quintil_5	1.503683	.1465404	4.19	0.000	1.242233	1.82016
privado	1.532162	.1750333	3.73	0.000	1.224796	1.916661
seguridad_social	1.504702	.0686572	8.95	0.000	1.375978	1.645468
Azuay	1.572881	.2357784	3.02	0.003	1.172462	2.11005
Bolívar	.9966702	.1732907	-0.02	0.985	.7088484	1.40136
Cañar	1.123685	.1799195	0.73	0.466	.8210204	1.537925
Carchi	1.114604	.2027117	0.60	0.551	.7803929	1.591943
Cotopaxi	1.125735	.1865419	0.71	0.475	.8135536	1.557708
Chimborazo	1.13444	.1681069	0.85	0.395	.8484894	1.51676
El_Oro	.6447391	.082758	-3.42	0.001	.5013312	.8291694
Esmeraldas	.7177908	.110851	-2.15	0.032	.5303271	.9715205
Guayas	.7475881	.0932379	-2.33	0.020	.5854664	.954603
Imbabura	.8700879	.1490401	-0.81	0.417	.6219539	1.217217
Loja	1.058905	.1744091	0.35	0.728	.7667575	1.462365
Los_Rios	.7070855	.1126662	-2.18	0.030	.5174191	.9662764
Manabí	.7270141	.1143424	-2.03	0.043	.5341566	.9895028
Morona_Santiago	1.400363	.2090068	2.26	0.024	1.045195	1.876221
Napo	1.166841	.1952654	0.92	0.357	.8405564	1.619781
Pastaza	1.179535	.2240314	0.87	0.385	.8129067	1.711517
Tungurahua	1.440463	.2368842	2.22	0.026	1.043571	1.988302
Zamora_Chinchiipe	.9803402	.15625	-0.12	0.901	.7173141	1.339813
Galápagos	.6666458	.115556	-2.34	0.019	.4746225	.936358
Sucumbios	1.031458	.1782952	0.18	0.858	.7350467	1.447398
Orellana	.9478274	.1812599	-0.28	0.779	.6515501	1.37883
Sto_Domingo	.7095768	.110416	-2.20	0.027	.5230526	.9626166
Sta_Elena	.6005721	.0958634	-3.19	0.001	.4392343	.8211718
_cons	.4390959	.0618712	-5.84	0.000	.3331349	.5787601

Anexo M. Modelo de atención preventiva de salud para la mujer

Logistic regression	Number of obs	=	18148
	Replications	=	100
	Wald chi2(43)	=	361.04
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -5891.1345	Pseudo R2	=	0.0214

preventiva	Observed Odds Ratio	Bootstrap Std. Err.	z	P> z	Normal-based [95% Conf. Interval]	
rural	.9881587	.0522612	-0.23	0.822	.8908587	1.096086
indigena	.7239229	.078206	-2.99	0.003	.5857824	.89464
afroecuatoriano	1.445465	.18702	2.85	0.004	1.121697	1.862685
montubio	.9929851	.2139112	-0.03	0.974	.6509908	1.514644
blanco	1.490802	.2095609	2.84	0.005	1.131793	1.963689
casado	1.657072	.1226031	6.83	0.000	1.433385	1.915667
divorciado	1.370591	.1606394	2.69	0.007	1.089289	1.724537
viudo	1.36599	.1892513	2.25	0.024	1.04116	1.792162
primaria_completa	1.320784	.1084488	3.39	0.001	1.12445	1.551399
secundaria_completa	1.550956	.2443966	2.79	0.005	1.138856	2.112176
educ_superior	1.537676	.1589999	4.16	0.000	1.255592	1.883135
grupo_edad_2	.8179198	.0544059	-3.02	0.003	.7179448	.9318165
grupo_edad_3	.8368887	.0468006	-3.18	0.001	.7500094	.9338319
grupo_edad_4	1.104153	.1219492	0.90	0.370	.8892369	1.371011
quintil_2	1.014495	.0719209	0.20	0.839	.8828873	1.16572
quintil_3	.9847163	.0817458	-0.19	0.853	.8368527	1.158706
quintil_4	.9548634	.0771167	-0.57	0.567	.8150729	1.118629
quintil_5	1.1004	.1041187	1.01	0.312	.9141363	1.324618
privado	1.317863	.1504049	2.42	0.016	1.053718	1.648223
seguridad_social	1.281568	.0779942	4.08	0.000	1.137467	1.443925
Azuay	1.007932	.1376687	0.06	0.954	.7712046	1.317325
Bolívar	.9721679	.1551798	-0.18	0.860	.7110013	1.329267
Cañar	1.036914	.1532791	0.25	0.806	.776097	1.385381
Carchi	.7296046	.1035695	-2.22	0.026	.5524043	.9636471
Cotopaxi	.7299841	.1161077	-1.98	0.048	.5344726	.9970142
Chimborazo	.6121119	.1038099	-2.89	0.004	.4390085	.8534708
El_Oro	.4198333	.0845724	-4.31	0.000	.2828841	.6230821
Esmeraldas	.5964488	.1044614	-2.95	0.003	.4231503	.8407206
Guayas	.8224634	.1112419	-1.45	0.148	.6309395	1.072125
Imbabura	.8279592	.1215771	-1.29	0.199	.6208961	1.104076
Loja	1.051923	.1445328	0.37	0.713	.8035819	1.377013
Los_Ríos	.4677667	.1078812	-3.29	0.001	.2976571	.735093
Manabí	.5979239	.0915622	-3.36	0.001	.4428927	.8072228
Morona_Santiago	1.052773	.1614615	0.34	0.737	.7794489	1.421941
Napo	1.06313	.1677879	0.39	0.698	.7802721	1.448528
Pastaza	.9009412	.1557247	-0.60	0.546	.6420503	1.264223
Tungurahua	1.017924	.1508144	0.12	0.905	.761382	1.360907
Zamora_Chinchi	1.169673	.1766249	1.04	0.299	.8700213	1.57253
Galápagos	.8530932	.1616152	-0.84	0.402	.5884907	1.236669
Sucumbíos	.6176444	.103254	-2.88	0.004	.4450818	.8571112
Orellana	.4619449	.0898778	-3.97	0.000	.3154838	.6763995
Sto_Domingo	.8076189	.1180105	-1.46	0.144	.6064956	1.075438
Sta_Elena	.9700626	.1567785	-0.19	0.851	.7066937	1.331583
_cons	.0737226	.0107296	-17.92	0.000	.0554264	.0980584

Anexo N. Modelo de atención preventiva de salud para el hombre

Logistic regression	Number of obs	=	17449
	Replications	=	100
	Wald chi2(43)	=	502.19
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -3168.3904	Pseudo R2	=	0.0490

preventiva	Observed Odds Ratio	Bootstrap Std. Err.	z	P> z	Normal-based [95% Conf. Interval]	
rural	.8000258	.0732813	-2.44	0.015	.6685518	.9573549
indigena	.6743038	.123141	-2.16	0.031	.4714218	.9644986
afroecuatoriano	.8799341	.1965297	-0.57	0.567	.5679861	1.363209
montubio	1.278605	.3473167	0.90	0.366	.75079	2.177481
blanco	1.340301	.2714811	1.45	0.148	.9011341	1.993495
casado	.7396971	.0766344	-2.91	0.004	.6037644	.9062341
divorciado	.9148355	.2167179	-0.38	0.707	.575042	1.455414
viudo	1.090337	.2960227	0.32	0.750	.6404163	1.856346
primaria_completa	1.107786	.1523532	0.74	0.457	.8460394	1.450512
secundaria_completa	1.379393	.3846161	1.15	0.249	.7986337	2.382476
educ_superior	1.594324	.2728542	2.73	0.006	1.13999	2.229729
grupo_edad_2	.9129407	.1116391	-0.74	0.456	.7183784	1.160197
grupo_edad_3	1.347748	.1227804	3.28	0.001	1.127363	1.611215
grupo_edad_4	2.86835	.3694223	8.18	0.000	2.228454	3.691991
quintil_2	.9813032	.1231255	-0.15	0.880	.7673647	1.254887
quintil_3	.9338215	.1235018	-0.52	0.605	.7205911	1.210149
quintil_4	.9199276	.103428	-0.74	0.458	.7379935	1.146713
quintil_5	1.178417	.1682496	1.15	0.250	.890775	1.558943
privado	2.286556	.3470454	5.45	0.000	1.698203	3.078749
seguridad_social	1.527267	.0993272	6.51	0.000	1.344486	1.734897
Azuay	1.609991	.3122134	2.46	0.014	1.100922	2.354456
Bolívar	.912024	.2061178	-0.41	0.684	.5856449	1.420294
Cañar	1.427854	.2678837	1.90	0.058	.9885245	2.062434
Carchi	.8379458	.199345	-0.74	0.457	.525675	1.335717
Cotopaxi	.678207	.1782047	-1.48	0.139	.4052302	1.13507
Chimborazo	1.030622	.2746993	0.11	0.910	.6112549	1.737707
El_Oro	.5650807	.1508365	-2.14	0.032	.3348883	.9535006
Esmeraldas	1.034754	.2638978	0.13	0.893	.6276988	1.705779
Guayas	1.176945	.2143606	0.89	0.371	.8236147	1.681853
Imbabura	.8724124	.2073351	-0.57	0.566	.5475548	1.390004
Loja	1.530431	.3044631	2.14	0.032	1.036278	2.260223
Los_Ríos	.3920812	.1165626	-3.15	0.002	.2189378	.7021524
Manabí	.7621732	.1730917	-1.20	0.232	.4883638	1.189499
Morona_Santiago	1.57531	.3226253	2.22	0.026	1.054482	2.353386
Napo	1.730421	.3762452	2.52	0.012	1.129992	2.649894
Pastaza	1.130094	.2837119	0.49	0.626	.6909061	1.84846
Tungurahua	.9967324	.220625	-0.01	0.988	.6459019	1.538121
Zamora_Chinchipe	2.298493	.4831912	3.96	0.000	1.522309	3.470432
Galápagos	1.170029	.2493695	0.74	0.461	.7705113	1.7767
Sucumbíos	.8195645	.2053225	-0.79	0.427	.5015737	1.339157
Orellana	.9697705	.2146979	-0.14	0.890	.6283781	1.496638
Sto_Domingo	.7824154	.2011517	-0.95	0.340	.4727172	1.295011
Sta_Elena	.8878832	.208501	-0.51	0.613	.5603621	1.406834
_cons	.0354715	.0074887	-15.82	0.000	.0234518	.0536517