

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ECONOMÍA

Disertación previa a la obtención del título de Economista

Análisis de los principales determinantes socio-económicos que influyen en el estado de salud de las mujeres en la parroquia de Zumbahua en el 2017.

Blanca Estefanía Enríquez Prado

beep_sdq14@hotmail.com

Directora: Econ. Tatiana Villacrés

taty_villacres@hotmail.com

Quito, enero de 2019

Resumen

La disertación tiene como objetivo establecer los principales determinantes socio-económicos que influyen en el estado de salud de las mujeres en la parroquia de Zumbahua. La investigación plantea un modelo general con los diferentes factores socio-económicos para determinar su grado de influencia en la probabilidad de tener un estado de salud muy bueno, bueno o malo. La información se obtuvo mediante encuestas realizadas a mujeres de diferentes comunidades de la parroquia y con la aplicación de un modelo econométrico probit ordenado se obtuvieron los resultados. El primer capítulo aborda la situación socio-económica de las mujeres de Zumbahua, debido a que para analizar la situación en salud es necesario caracterizar a la población de estudio y conocer el contexto social, económico, cultural y ambiental en el que se desarrollan las mujeres indígenas y saber sobre las desigualdades de género a las que se enfrentan. En el segundo capítulo se describe el perfil epidemiológico y el análisis situacional en salud de la población de estudio para lo cual es necesario realizar un análisis integral, primero del perfil de morbilidad, segundo del perfil de mortalidad y tercero, la descripción de medicina ancestral y mujeres con discapacidad. El tercer capítulo se establece la relación que existe entre la auto-percepción del estado de salud de las mujeres indígenas, y la situación socio-económica mediante el modelo probit ordenado. Finalmente, en base a los resultados obtenidos del análisis presentar posibles lineamientos de política pública para mejorar la situación socio-económica y el bienestar de las mujeres indígenas.

Palabras clave: Estado de salud, mujeres indígenas, determinantes socio-económicos, desigualdad, políticas públicas.

Abstract

This dissertation has as objective to establish the main socioeconomic determinants that influence the health status of women in the parish of Zumbahua. This investigation approach a general model with the different socio-economic factors to determine their degree of influence on the probability to have a very good, good or bad health status. The information was obtained through surveys conducted to women of different communities of Zumbahua and the application of an econometric probit ordered model to generate the results. The first chapter addressed the socio-economic situation of women in of Zumbahua in order to characterize the objective population and know the social, economic, cultural and the environment context in which indigenous women develop and know about the gender inequalities. The second chapter describes the epidemiological profile and the situational analysis in the health of the study population for which it is necessary analyze; first the morbidity profile, second of the mortality profile and the third the description of the ancestral medicine and women with disabilities. Finally, the third chapter establishes the relationship that exists between the self-perception of the health of status of the indigenous women of Zumbahua, and the socio-economic situation through an econometric probit ordered model. Using the results of the analysis, possible public policies are proposed in order to improve the socio-economic situation and welfare of the indigenous women.

Keywords: Health status, indigenous women, socio-economic determinants, inequality, public politics.

A Dios por ser siempre mi guía y permitirme culminar mi amada carrera universitaria.

A mi madre Teresita por ser siempre mi apoyo incondicional, darme su amor e impulsarme a cumplir mis sueños,

a mi padre Marco por su paciencia, cariño y enseñarme que cada día se puede ser mejor,

a mis hermanos Danilo y Eliana por ayudarme en todo momento y ser mis ejemplos a seguir,

a mis sobrinos Elian, Danna y Yuli por formar parte de mi vida,

y al equipo de mis amores SDQ

por demostrarme que en todo momento hay que tener dos corazones.

A los economistas Diego Mancheno y Jackeline Contreras por su valiosa guía, consejos, dedicación y

asesoramiento en la realización de mi tesis.

A la economista Tatiana Villacrés por compartir sus conocimientos y experiencias en esta investigación.

además por haber creído y confiado en mí.

Análisis de los principales determinantes socio-económicos que influyen en el estado de salud de las mujeres en la parroquia de Zumbahua en el 2017.

<i>Introducción</i>	8
<i>Metodología de la Investigación</i>	10
<i>Preguntas de investigación</i>	10
Pregunta General	10
Preguntas Específicas	10
<i>Objetivos de Investigación</i>	10
Objetivo General	10
Objetivos Específicos	11
<i>Delimitación de la Investigación</i>	12
Estrategia de Investigación.....	12
Fuentes de información	12
Procedimiento Metodológico	12
<i>Fundamentación teórica</i>	15
<i>Capítulo I. Situación Socio-económica de las mujeres de la parroquia de Zumbahua</i>	39
<i>Características demográficas de la parroquia de Zumbahua</i>	44
<i>Características geográficas de la parroquia de Zumbahua</i>	46
<i>Diagnóstico geográfico de la parroquia de Zumbahua</i>	50
<i>Pobreza</i>	51
<i>Educación</i>	52
<i>Infraestructura</i>	54
<i>Mercado Laboral</i>	56
<i>Ingresos</i>	60
<i>Estilo de vida</i>	63
<i>Violencia de género</i>	64
<i>Salud materna</i>	67
<i>Planificación Familiar</i>	69
<i>Desnutrición infantil</i>	71
<i>Capítulo II. Perfil epidemiológico de las mujeres de la parroquia de Zumbahua</i>	74

<i>Morbilidad</i>	74
<i>Mortalidad</i>	81
<i>Medicina ancestral y parteras</i>	85
<i>Mujeres indígenas con discapacidad</i>	87
Capítulo III. Relación entre la situación socio-económica y el estado de salud de las mujeres indígenas de la parroquia de Zumbahua	92
<i>Hipótesis</i>	92
<i>Determinación del tamaño de la muestra</i>	92
<i>Medida de investigación</i>	93
<i>Análisis de la relación existente entre el estado de salud y la situación socio-económica de las mujeres de la parroquia de Zumbahua</i>	97
Capítulo IV. Lineamientos de política pública en base a los resultados	102
<i>Lineamientos de política propuestas en base a los resultados</i>	102
Educación	102
Mercado Laboral	104
Salud materna	105
Acceso a servicios básicos	106
<i>Conclusiones</i>	108
<i>Recomendaciones</i>	110
<i>Referencias Bibliográficas</i>	112
<i>Anexos</i>	125

Índice de Gráficos

Gráfico 1 Proyección de la población total en el Ecuador	40
Gráfico 2 Proyección de la población total en el Ecuador por sexo	41
Gráfico 3 Tasa bruta de mortalidad en el Ecuador	42
Gráfico 4 Tasa bruta de natalidad en el Ecuador	43
Gráfico 5 Distribución de la población de Zumbahua por sexo	44
Gráfico 6 Evolución del crecimiento poblacional de Zumbahua	45
Gráfico 7 Distribución de la población de Zumbahua por grupos etarios	46
Gráfico 8 Nivel de escolaridad por sexo de la parroquia de Zumbahua	54
Gráfico 9 Participación en el mercado laboral según sexo	62
Gráfico 10 Ingreso promedio en USD según sexo	62
Gráfico 11 Prevalencia de actividad física global, según el quintil económico en adultos de 18 a menores de 60 años	64

Gráfico 12 Porcentaje de mujeres que han sufrido violencia por parte de su pareja o ex pareja, por etnia y tipo de agresión	66
Gráfico 13 Porcentaje del uso de métodos anticonceptivos de los ciudadanos de la parroquia de Zumbahua – 2017	71
Gráfico 14 Estado nutricional determinado por talla de menores de 5 años de la parroquia de Zumbahua -2017	72
Gráfico 15 Estado nutricional determinado por peso de menores de 5 años de la parroquia de Zumbahua – 2017	73
Gráfico 16 Defunciones por sexo según grupos de edad de la parroquia de Zumbahua 2016 y 2017	81
Gráfico 17 Personas con discapacidad de la parroquia de Zumbahua – 2017	88

Índice de Cuadros

Cuadro 1 Rama de actividades de la parroquia de Zumbahua	58
Cuadro 2 División de la categoría ocupacional de la parroquia de Zumbahua	59
Cuadro 3 Personal de salud existente en el Centro de Salud de Zumbahua – 2017	75
Cuadro 4 Principales causas de morbilidad por prevalencia de la parroquia de Zumbahua – 2017	76
Cuadro 5 Principales causas de morbilidad de prevalencia obstétrica en la parroquia de Zumbahua – 2017	77
Cuadro 6 Principales causas de morbilidad de prevalencia en la parroquia de Zumbahua – 2017..	79
Cuadro 7 Principales causas de morbilidad servicios de hospitalización en la parroquia de Zumbahua - 2017	80
Cuadro 8 Principales causas de mortalidad de las mujeres de la parroquia de Zumbahua 2016 y 2017	82
Cuadro 9 Principales causas de mortalidad de los hombres de la parroquia de Zumbahua 2016 y 2017	83
Cuadro 10 Principales causas de mortalidad de la parroquia de Zumbahua 2017	84
Cuadro 11 Sanadores de medicina ancestral/tradicional de la parroquia de Zumbahua - 2017	86
Cuadro 12 Variables explicativas del modelo logit probit ordenado	97
Cuadro 13 Efectos marginales (promedios) del modelo probit ordenado	99

Índice de Mapas

Mapa 1 Mapa provincial del Ecuador	47
Mapa 2 Mapa cantonal de Cotopaxi	47
Mapa 3 Mapa parroquial de Zumbahua	48
Mapa 4 Mapa de comunidades de la parroquia de Zumbahua	49

Índice de Anexos

Anexo A Encuesta de nivel socio-económico	125
-------------------------------------------------	-----

Glosario de Términos

CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía División Población
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud, Salud Reproductiva y Nutrición
ENIGHUR	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbanos y Rurales
ENEMDU	Encuesta Nacional de Empleo y Subempleo
ECNT	Enfermedades crónicas no transmisibles
GAD	Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial Rural de Zumbahua
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
MCDS	Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social
MF	Ministerio de Finanzas
MSP	Ministerio de Salud Pública
ONU	Organización de Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PUCE	Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Introducción

En la Constitución de la República del Ecuador del 2008 en el artículo 32 se reconoce a la salud como un derecho; lo que obliga al Estado a garantizar su acceso libre e igualitario, la misma que se encuentra asociada con el ejercicio de otros derechos, como la educación, alimentación, derecho al agua, seguridad social, trabajo entre otros, con el objetivo de impulsar el desarrollo del capital humano para mejorar la calidad de vida y el bienestar de la población (Asamblea Constituyente, 2008:29).

Sin embargo, por varios años en Ecuador han existido desigualdades en la distribución de actividades y recursos públicos, especialmente en cantones y parroquias en los cuales es más pronunciada la pobreza y las diferencias socio-económicas; lo que afecta directamente al acceso a servicios básicos. Este es el caso de la parroquia rural de Zumbahua, que se encuentra ubicada en el cantón Pujilí en la provincia de Cotopaxi, en donde el 41% de la población es pobre, por falta de cobertura en las Necesidades Básicas Insatisfechas que conjuga a factores tales como el saneamiento, acceso a agua potable, alcantarillado, hacinamiento, eliminación de desechos sólidos, infraestructura, dependencia económica y asistencia a instituciones educativas (MSP, 2017: 28).

Las privaciones en la provisión de los servicios básicos afecta tanto a hombres como a mujeres, pero en variada proporción; las mujeres se ven más afectadas por los diferentes roles que desempeñan en la sociedad conforme a los contextos sociales en el que se desarrollan; ya que se presentan en la desigual asignación de bienes y servicios, falta de oportunidades y discrepancia en el uso de los derechos humanos, los cuales se relacionan directamente con la demanda y provisión de los servicios de salud (Gómez, 2002: 2).

En la actualidad, las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los hombres y por ende tienen tendencia a enfermarse más, y a necesitar en mayor proporción a los servicios de salud (Dachs et al., 2002: 3). Así, la salud de las mujeres afronta un doble desafío en la sociedad, ya que enfrentan amenazas tradicionales como las enfermedades infecciosas, y las “enfermedades de la madre”, y también los nuevos problemas relacionados con las enfermedades crónicas no transmisibles.

Además, las mujeres que viven en zonas rurales son pobres habitualmente, y por lo general son de etnia indígena, por lo que son menos propensas a utilizar los servicios de salud y acceder a la atención sanitaria, debido a la baja cobertura y deficiente accesibilidad del sistema de salud, lo que además se ve obstaculizada por la falta de servicios de salud con enfoque cultural y de género (OPS, 2009b: 24).

Las razones por el deficiente acceso a los servicios de salud de las mujeres son diversas, como por ejemplo el que los servicios específicos que requiere o demanda una mujer o una madre en general no estén disponibles, costosa accesibilidad, inaccesibilidad a los servicios de salud por la distancia o no responden a sus necesidades específicas, debido a que los sistemas de salud no se encuentran totalmente enfocados y

equipados para cubrir todas las necesidades que presentan. Por tal motivo, es de suma importancia implementar políticas y programas públicas que sean eficaces y eficientes, que tomen en consideración los diferentes contextos socio-económicos en el que se desarrollan; y más aún cuando las mujeres son las principales proveedoras del cuidado dentro de la familia (OMS, 2009: 11-13); y que además se rijan por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia y eficacia, con enfoque de género y generacional (Espinosa et al, 2017:2).

La motivación fundamental del trabajo es mostrar la realidad del país, en especial de la parroquia rural de Zumbahua, debido a que el 98,90% de su población es indígena y el 53% son mujeres, de los cuales solamente el 2,30% de la población femenina ha culminado la educación secundaria (INEC, 2010). Por lo tanto, se ven limitadas las oportunidades económicas y sociales, así como el empoderamiento de las mujeres indígenas para exigir el acceso, utilización de servicios y atenciones de salud. El estado de salud de las mujeres indígenas que viven en zonas rurales no solo se ve afectada por las enfermedades anteriormente descritas, sino también por la falta de servicios básicos como el agua potable, servicio higiénico y alcantarillado, infraestructura, y la eliminación de desechos sólidos (MSP, 2016: 39).

Por lo tanto, en la presente investigación, se pretende evidenciar que tanto el padecimiento de enfermedades como la falta de acceso a servicios básicos puede afectar al estado de salud de las mujeres indígenas, y en base a lo investigado establecer lineamientos de política pública que permita satisfacer las necesidades específicas, en donde se tome en consideración la situación actual y el contexto socio-económico en el que se desarrollan, con el objetivo de mejorar el estado de salud y la calidad de vida.

Metodología de la Investigación

Preguntas de investigación

Pregunta General

- ¿Cuáles son los principales determinantes socio-económicos que influyen en el estado de salud de las mujeres en la parroquia de Zumbahua?

Preguntas Específicas

- ¿Cuál es la situación socio-económica en la que se desenvuelven las mujeres de la parroquia de Zumbahua?
- ¿Cuál es el perfil epidemiológico existente de las mujeres de la parroquia de Zumbahua?
- ¿Existen relación entre la situación socio-económica y el estado de salud de las mujeres de la parroquia de Zumbahua?
- ¿Qué lineamientos específicos de política pública en salud se puede recomendar en base al análisis de la relación entre la situación socio-económica y el estado de salud de las mujeres de la parroquia de Zumbahua?

Objetivos de Investigación

Objetivo General

- Establecer los principales determinantes socio-económicos que influyen en el estado de salud de las mujeres en la parroquia de Zumbahua.

Objetivos Específicos

- Identificar la situación socio-económica en la que se desenvuelven las mujeres de la parroquia de Zumbahua.
- Establecer el perfil epidemiológico existente de las mujeres de la parroquia de Zumbahua.
- Determinar la relación existente entre la situación socio-económica y el estado de salud de las mujeres de la parroquia de Zumbahua.
- Construir lineamientos de política pública en base al análisis de la relación existente entre la situación socio-económica y el estado de salud de las mujeres de la parroquia de Zumbahua

Delimitación de la Investigación

Estrategia de Investigación

La presente investigación es de carácter descriptivo exploratorio. Por un lado, se buscó estudiar los principales determinantes socio-económicos que influyen en el estado de salud de las mujeres en la parroquia de Zumbahua y conocer la realidad socio-económica en la que desenvuelven las mismas, además de conocer y determinar el perfil epidemiológico existente en la población de estudio. Por otro lado, se propone políticas públicas y programas que se adapten al contexto social, económico y demográfico de las zonas rurales del Ecuador. El enfoque de investigación es mixto abarcando la parte cualitativa como cuantitativa. Por un lado, la parte cualitativa se pretende realizar un análisis que abarque los determinantes socio-económicos, así como la demanda y oferta de la salud en la parroquia de Zumbahua. Por otro lado la parte cuantitativa, permite la recopilación de información estadística de los diferentes indicadores sociales y económicos, a partir de la información obtenida de las atenciones y servicios realizados en el Centro de Salud y el Hospital Claudio Benati de la parroquia de Zumbahua.

Fuentes de información

En la presente investigación se realizó una recopilación de información proveniente de las bases de datos del Centro de Salud y del Hospital Claudio Benati de la parroquia de Zumbahua, con esta información se describiré los principales indicadores de la salud, con la diferenciación con respecto a su sexo e identidad étnica, con el objetivo de analizar el estado de salud de mujeres. Además, en la descripción se va a tomar encuestas estadísticas del INEC como Censo de Población y Vivienda (2010), Encuesta Nacional de Empleo y Subempleo (ENEMDU 2012), Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres, Encuesta Nacional de Salud, Salud Reproductiva y Nutrición (ENSANUT-2012), Estadísticas de Camas y Egresos Hospitalarios (2012), Estadísticas de Recursos y Actividades de Salud (2012), Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbanos y Rurales (ENIGHUR 2012), Defunciones Generales y Nacimientos y también se utilizará la herramienta del Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE).

Procedimiento Metodológico

Con el fin de establecer los principales determinantes socio-económicos que influyen en el estado de salud de las mujeres de Zumbahua, la presente investigación en primera instancia desarrolla un análisis descriptivo del nivel socio-económico de las mujeres, en donde se considera variables como: pobreza, salud materna, educación, mercado laboral, medio ambiente infraestructura, ingresos y estilo de vida. Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo cuantitativo del perfil epidemiológico y análisis situacional de las mujeres de

la parroquia de Zumbahua con la información proporcionada por el Centro de Salud de Zumbahua y el Hospital Claudio Benati.

Seguidamente, para demostrar la relación existente entre la auto percepción del estado de salud de las mujeres y los factores socio-económicos, se procedió primero, a la determinación del tamaño muestral en base a la población de mujeres de la parroquia de Zumbahua; segundo, se elaboró una encuesta con el objetivo de medir el nivel socio-económico de las mujeres indígenas de Zumbahua, la misma que contenía información basada en la revisión bibliográfica realizada en la fundamentación teórica, en donde varios autores concluyen y coinciden que para medir la influencia del nivel socio-económico en el estado de salud, es necesario incluir factores como la composición del hogar, nivel de instrucción, trabajo, comunidad, características de servicios básicos, infraestructura, características de salud y alimentación y nutrición, debido a que son variables que influyen en la salud y pueden modificar las condiciones y estilos de vida de las mujeres.

A continuación, se procedió a realizar la “Encuesta de Nivel Socio-Económico”, instrumento a ser utilizado para efectos del estudio y para aplicarse a las mujeres de la parroquia de Zumbahua; el levantamiento de la información se realizó en las comunidades de la parroquia.

Para la elaboración de la encuesta se tomó en consideración encuestas estadísticas aplicadas a nivel nacional por el INEC, tales como: el “Censo de Población y Vivienda” realizado en el 2010; “Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico” realizada en el 2010; “Encuesta del Uso del Tiempo” realizada en el 2012; “Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo” (ENEMDU) realizada en el 2012; “Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres” realizada en 2011; y “Encuesta Nacional de Salud, Salud Reproductiva y Nutrición” (ENSANUT) realizada en 2012. Además, se utilizó referencias de otras investigaciones con el objetivo de conocer los criterios de evaluación de los factores socio-económicos que afectan el estado de salud de las mujeres, las mismas que fueron expuestas en la fundamentación teórica para la recopilación de la información y la elaboración de la encuesta que contengan los componentes de evaluación adecuados.

La encuesta contiene 2 tipos de preguntas: cerradas, para colocar una “X” (equis) en la mejor opción que reporten las mujeres encuestadas, la gran mayoría son de este formato; y otras abiertas, que es para especificar otra opción de respuesta que no se encuentra entre las opciones a elegir, y además en las preguntas abiertas es necesario escribir la respuesta que sea expuesta por cada encuestada (Véase Anexo A “Encuesta de Nivel Socio-Económico para las mujeres de la parroquia de Zumbahua”).

En la encuesta se han identificado 8 componentes fundamentales para explicar la relación entre la situación socio-económica y el estado de salud de las mujeres de la parroquia de Zumbahua:

- Datos generales del encuestado: Busca identificar a la encuestada mediante información general como nombre, edad, comunidad de residencia, auto-identificación y estado civil.
- Composición del Hogar: Requiere especificar a quién se considera como el jefe de hogar, cuántas personas de 0 a 8 años y de 64 años o más viven con la encuestada, además de información sobre si ha salido a migrar y si tiene familiares directos migrantes.
- Nivel de educación: Busca identificar los niveles de educación y de instrucción primaria, secundaria y superior de las mujeres encuestadas.
- Actividad económica del hogar: Busca conocer las actividades dirigidas a la producción de bienes y servicios, comercio y otras actividades destinadas al comercio o al autoconsumo, a las que se dedican las mujeres; además identificar el porcentaje de mujeres que se encuentran en el trabajo doméstico y si se encuentran afiliadas al seguro social campesino.
- Aspectos comunitarios: Busca conocer los estilos de vida, participación social y conductas que tienen las mujeres como parte fundamental de una comunidad a la que pertenecen.
- Características de vivienda, servicios básicos e infraestructura: Describen las condiciones sociales en las que se desarrollan y vive la población de mujeres y confiere un contexto de la diferenciación social de acuerdo a la distribución socio-económica.
- Características de salud: Explora el auto percepción del estado de salud de las mujeres y se conoce la utilización de los servicios para el acceso correspondiente a la atención médica.
- Alimentación y Nutrición: Evalúa la alimentación y nutrición de las mujeres, es decir la dieta alimentaria diaria y concede una visión sobre las condiciones de salud.

De acuerdo a lo anteriormente mencionado, el diseño de la encuesta se encuentra constituida por 38 preguntas, con el objetivo de determinar el nivel socio-económico de las mujeres de la parroquia de Zumbahua.

Después de haber elaborado la encuesta, se ejecutó la aplicación y el levantamiento de la información mediante la “Encuesta de Nivel Socio-Económico para las mujeres de la parroquia de Zumbahua”; para luego establecer la variable dependiente e independiente, y proceder a la elaboración y ejecución del modelo econométrico probit ordenado utilizando el paquete econométrico STATA para presentar y procesar los resultados obtenidos.; se utilizó el modelo probit ordenado debido a que es uno de los modelos econométricos más usados para manejar la información en materia de salud; una de las ventajas que presenta este modelo es que la variable dependiente puede tomar un orden multimodal para las respuestas de cada individuo, lo que sirve para categorizar tanto la variable dependiente como la independiente en diversas categorías de respuesta (Cullinan & Gillespie, 2016: 3); que por lo contrario utilizar variables dicotómicas puede ser perjudiciales para el modelo debido a que puede ocasionar pérdida de información y las respuestas pueden llegar a ser engañosas y no estar acorde con la realidad. Posteriormente, en base a la interpretación de resultados del modelo econométrico se puede construir posibles lineamientos de política pública a implementarse por el Estado a favor de mejorar el estado de salud de las mujeres indígenas que viven en la parroquia de estudio.

Fundamentación teórica

El presente capítulo parte de la definición de algunos conceptos claves como el papel del Estado, que es considerado un garantista de derechos; y en particular el proveedor del derecho a la salud. Luego se estudia al Estado de bienestar de manera alternativa histórica para alcanzar el bienestar de los individuos y de la sociedad en su conjunto. Se estudia la salud y salud pública como herramientas para mejorar las condiciones de vida de la población. Además, es necesario realizar una descripción y recopilación de la literatura acerca del sector de la salud, en donde se agrupan los determinantes de salud que afectan el estado de salud de las mujeres y connotar el enfoque cultural y de género. Así mismo es importante destacar la literatura y revisión bibliográfica de las investigaciones realizadas a nivel mundial y comprobar la relación existente entre los determinantes sociales de la salud y el estado de salud de las mujeres. Finalmente, contribuir en la consecución de políticas públicas y programas que ayuden a mejorar la salud de las mujeres indígenas de la población.

Para empezar el análisis se contempla la definición del papel del Estado establecido por Stiglitz¹ (2000: 149) en la que expone que el Estado suministra una variedad de bienes, desde defensa nacional, educación hasta salud, algunos de estos bienes como la educación también son suministrados por el sector privado. El Estado cumple así un papel indispensable en la prestación de servicios básicos; lo que además de contribuir al bienestar se constituye en una herramienta fundamental para la defensa activa en la cohesión social, y en la búsqueda permanente de la eficiencia de los derechos políticos y civiles, que garantizan una vida digna para la población con la cobertura de sus derechos económicos y sociales (Iglesias, 2006: 6).

Stiglitz (2000: 150) justifica las formas en las interviene el Estado, a partir del primer teorema fundamental de la economía del bienestar, que establece que la economía es eficiente en el sentido de Pareto, solo en determinadas circunstancias, y que al menos hay seis importantes situaciones en las que los mercados exigen la intervención del Estado en: competencia imperfecta, bienes públicos, externalidades, mercados incompletos, información imperfecta, desempleo y otras perturbaciones económicas.

Stiglitz, (2000: 348) advierte que uno de los argumentos a favor de la intervención del Estado en el sector de la salud, es que los precios de mercado pueden variar según las condiciones particulares de la oferta y la demanda; además, este sector también se ve afectado por imperfecciones derivadas de otras condiciones tales como el estrato socio-económico, género, cultura y etnia. Sin embargo, aunque en el mercado sanitario no hubiese fallas de mercado, el Estado tendría que intervenir, ya que un porcentaje de la población tiene ingresos bajos y no pueden acceder a la asistencia sanitaria privada. Según Stiglitz (2000: 349-352), en el sector sanitario existen participantes que ofrecen servicios sin ánimo de lucro, y también organizaciones con fines de lucro; así mismo existe falta de información completa y perfecta para tomar decisiones óptimas, debido a que los consumidores no conocen la calidad de los servicios, pues si tuviesen este conocimiento los oferentes tendrían más incentivos para ser eficientes y ofrecer servicios de calidad.

¹ Premio Nobel de Economía en 2001.

A partir de la intervención del Estado se busca corregir fallas de mercado y mejorar el bienestar de los ciudadanos, en el contexto de la búsqueda del Estado de Bienestar se busca mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. Se define al Estado de Bienestar como “una serie de disposiciones legales que dan derecho a los ciudadanos a percibir prestaciones de seguridad social obligatorias y poder contar con servicios estatales, los mismos que son organizados en sectores, como la salud y educación” (Farge, 2007: 5). Farge (2007: 47) explica que el Estado, cómo Estado de Bienestar se ha planteado objetivos como la provisión de seguridad económica y social, reducción de desigualdad y políticas contra la pobreza. Estos grandes campos de intervención deben ser atendidas dependiendo del contexto y de la situación dominante económica, social y política, para que así se cumpla con sus objetivos de manera eficiente y eficaz, así como la satisfacción de todos los individuos de la sociedad.

De acuerdo con estos campos de intervención, uno de los fundamentos principales para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos es la promoción de la salud, por lo que el Estado debe intervenir de manera activa con políticas públicas específicas que prioricen la inversión económica en el bienestar social. Sin embargo, para lograr estos objetivos es necesario dar prioridad a las personas, y realizar intervenciones específicas para responder problemas sanitarios, para que los ciudadanos puedan vivir en entornos que promuevan y garanticen la salud, en donde se tome en consideración el bienestar, conjuntamente con valores y capacidades de la población y de los trabajadores de la salud (OMS, 2007: 44).

Si bien la Organización Panamericana de la Salud (2002) no define a la salud pública como una ciencia, pues sí plantea que debe ser un objetivo conjunto de la sociedad y el Estado. Por lo que, define a la salud como un “esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo”. Una vez que se ha señalado la necesidad de la intervención del Estado en el sector de la salud, a continuación se pasa revista al debate teórico relacionado con el concepto de “salud pública”.

El croata Andrija Stampar quién presidió la primera asamblea mundial de la salud de la OMS en 1948, definió la salud como “un estado completo de bienestar, físico, mental y social y no sólo la ausencia de infecciones o enfermedades” (OPS, 2007: 29). Y, será en el año 2006 en el que la OMS adopta una definición de salud y la reconoce como un derecho fundamental del ser humano.

Efectivamente en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (2006) entiende a la salud como “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. De ahí que es importante tomar en consideración que la salud está ligada directamente a la salud pública.

Winslow² (1920) definió a la salud pública como la ciencia y arte de prevenir enfermedades, con los objetivos de prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental mediante esfuerzos organizados en la comunidad (Franco, 2006: 5). Según Franco³ (2006: 10) el concepto de salud pública, abarca también variables sociales y económicas, en consistencia establecen distintas relaciones que son de ayuda para el desarrollo y la promoción de la salud con la intervención de instrumentos que van más allá del enfoque médico y preventivo. En esta misma línea, autores como Espejo, Fuentes y Franco (1999: 26) llegan a identificar la existencia de determinantes de la salud de contexto socio-económico y cultural, que influyen en el estado de salud de los ciudadanos.

Se entiende por determinantes de la salud a “aquellas variables que puedan provocar beneficios o daños a la salud”; y que de manera combinada pueden determinar los niveles de salud de individuos y comunidades (Romero, Álvarez et al. 2007: 1). La OMS (1998) define a los determinantes de la salud como un “conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones”. Estos aportes obligan a tomar en cuenta estilos de vida, ingresos, posición social, educación, trabajo, condiciones laborales, acceso a servicios sanitarios, entornos físicos, elementos culturales, territoriales y geográficos, y crean condiciones de vida con impacto directo sobre la salud de las poblaciones.

Marc Lalonde⁴ (1974: 49) establece que los determinantes de la salud son responsabilidad del Estado, en donde se juega un rol fundamental, porque puede vigilar y controlar, y en algunos casos promover y actuar de manera directa sobre el comportamiento de los ciudadanos. Divide en cuatro factores los determinantes de la salud; el primero es la biología humana, carga genética, crecimiento y desarrollo y envejecimiento; el segundo, el medio ambiente, contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural; el tercero, hace referencia a estilos de vida y conductas de salud, como el uso drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, violencia, mala utilización de los servicios socio-sanitarios; y el cuarto, la organización sanitaria, donde constan todos los beneficios de las intervenciones preventivas y terapéuticas. Adicionalmente, Manuel Villar⁵ (2011: 1), reconoce además a los determinantes de las relaciones financieras, situación financiera, trabajo, comunidades y amigos, libertad personal y valores personales.

Los determinantes mencionados se encuentran relacionados entre sí e influyen de manera directa e indirecta en la salud individual tanto para hombres como para mujeres, como familiar, local comunitario y social.

Para determinar la *relación* entre las variables socio-económicas y la salud es necesario utilizar el modelo probit ordenado, que es utilizado como modelo para una variable dependiente discreta, la misma que toman

² Winslow fue uno de los expertos en salud pública y en la década de 1950 trabajó como consultor en la Organización Mundial de la Salud.

³ Doctor en Salud Pública de la Universidad de Alicante-España.

⁴ Publicó “Nuevas perspectivas sobre la salud de los canadienses” en 1974.

⁵ Asesor del Sub Comité de enfermedades crónicas no transmisibles

un orden multimodal de los resultados para cada individuo, por lo que sirve para categorizar a las variables dependientes e independientes con diferentes categorías de respuestas. Este modelo se usa en el presente estudio para determinar la percepción del estado de salud individual, es decir cómo percibe su salud cada persona a la que se va a realizar una encuesta. El modelo es el más utilizado debido a que generalmente la información en materia de salud está disponible solo mediante escalas ordinales, es importante recalcar que la utilización de una escala ordinal puede contribuir a la pérdida de información, y puede llegar a ser engañosa. En las encuestas poblacionales una de las preguntas es la auto-evaluación de la salud, sin embargo tiene que ser complementado con encuestas socio-económicas (Van Doorslaer, 2002: 62).

Varios investigadores de la salud han utilizado enfoques de escala ordinal de la variable de una persona para saber si tienen o no buena salud, sin embargo esta es una imposición arbitraria. Por tal motivo, una de las ventajas que tiene el método probit ordenado es que las respuestas pueden tener un número diferente de categorías (Van Doorslaer, 2002: 62). Gakidou 2000 (Citado en Van Doorslaer, 2002: 63) afirma que las desigualdades de salud en cierta medida es símbolo de preocupación y no solamente para variables que muestren relación sistemática con indicadores de la situación socio-económica actual de cada persona, por lo que no solo existe una relación directa con los ingresos y educación, sino también con la edad, lugar de residencia, etnia, estado civil, sexo y otras características de grupos específicos. Las características descritas tienen que ser de interés para el diseño de políticas públicas en salud, por tal motivo es de interés conocer la desigualdad existente de salud.

Uno similar a la presente investigación es el realizado en Bogotá Colombia, por Caicedo⁶ y Berbesi⁷ (2015: 1). El objetivo de la investigación fue determinar la influencia de la desigualdad de ingresos y de la pobreza en las localidades y sobre la percepción que tienen los residentes sobre su salud. La investigación realizó encuestas en diferentes localidades de Bogotá-Colombia, que fueron estratificados por sexo, además se utilizó estructuras jerárquicas para los datos (individuos = nivel 1, localidades = nivel 2) para especificar un modelo logístico multinivel de tipo logit (Caicedo y Berbesi, 2015: 1).

Gracias a autores como Kwacha & Kennedy 1999 (Citado en Caicedo & Berbesi, 2015: 2) se ha podido determinar que la salud depende de distintos factores tanto individuales como comunitarios y se puede evidenciar las diferencias entre ser mujer, tener un nivel económico bajo, ser mayor de 60 años, baja escolaridad, poseer o no trabajo, baja cobertura en salud y el lugar de residencia.

Para la variable dependiente, la salud auto-referida fue la expresada por los jefes de hogar de 19 localidades de Colombia utilizando cuatro categorías: muy buena, buena, regular y mala., se determinó variables dicotómicas: 0 (muy buena o buena) y 1 (regular y mala); las variables independientes utilizadas fueron el Coeficiente de Gini, índice de pobreza (engloba el logro educativo, acceso a servicios básicos, infraestructura, tipo de vivienda y hacinamiento), además de variables socioeconómicas demográficas de

⁶ Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquía, Medellín, Colombia.

⁷ Facultad de Medicina, Universidad CES, Medellín Colombia.

cada jefe de hogar, se utilizaron variables como sexo, edad, educación, trabajo y sistema de cobertura de salud (Caicedo & Berbesi, 2015: 2).

Las evidencias demuestran que existe una mayor probabilidad de que las mujeres reporten en mayor medida mala salud que los hombres. El análisis estadístico consistió en estimar una serie de modelos multinivel; el primer modelo contuvo características demográficas y socioeconómicas de los encuestados; el segundo modelo incluyó variables como la pobreza y desigualdad de ingresos de las localidades; y el tercer modelo estudió las interacciones trans-nivel de las variables individuales y de las localidades. Uno de los principales resultados encontrados por los autores fue que en localidades con mayor porcentaje de pobreza existe una prevalencia de mala salud que en poblaciones que reportan un menor grado de pobreza, por lo que las mujeres expresaron una prevalencia de mala salud mayor a la de los hombres (Caicedo & Berbesi, 2015: 3).

El estudio concluye, por un lado que hombres con bajo nivel educativo tienden a reportar en mayor porcentaje mala salud, así como también para quienes no tienen trabajo. En cuanto a la relación de las características de las localidades en donde residen los hombres, existe un mayor porcentaje de pobreza y un menor índice de desigualdad que incrementa el riesgo de mala salud. Por otro lado, mujeres con edad avanzada que no trabajan, pero tienen cobertura de salud tienen mayor riesgo de reportar mala salud; sin embargo, el riesgo de mala salud disminuye a medida que aumenta el nivel educativo. Por lo que se puede concluir que la mala salud está significativamente relacionada con variables de localidad y desigualdad de ingresos (Caicedo & Berbesi, 2015: 3).

Para la presente investigación se va a tomar como ejemplo el método utilizado por Caicedo & Berbesi, sin embargo se va a utilizar cuatro respuestas que guían la redacción de información sobre la percepción de la salud de las mujeres; se utilizará el modelo de tipo logit ordenado para obtener más de dos posibles resultados, además de tomar en consideración algunas de las variables independientes utilizadas en el modelo como logro educativo, acceso a servicios básicos, infraestructura, tipo de vivienda y hacinamiento; además se van a aumentar variables como sexo, edad y etnia, para demostrar la relación existente entre la salud de las mujeres indígenas y las variables socio-económicas.

En ese mismo sentido Perreira & Telles⁸ (2014:1) realizaron un estudio en Brasil, Colombia, México y Perú para examinar la relación que existe entre el color de piel/raza/etnia con la auto-percepción de la salud de adultos latinoamericanos entre 18 y 65 años. Además, se busca una asociación entre el color de piel y tres correlaciones adicionales que son: discriminación por el color de piel, discriminación de clase social y estado socio-económico con la salud auto-evaluada. La investigación utilizó datos de encuestas del Proyecto sobre Etnicidad y Raza en América Latina (PERLA) del 2010 (Perreira & Telles, 2014:2).

⁸ Profesores de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill.

Los autores explican que para realizar una construcción socio-cultural es necesario tomar en consideración que la auto-identificación puede modificarse y cambiar con el tiempo, además puede transformarse por el estatus socio-económico y el contexto social en el que se desarrolle el individuo. A pesar de que la tipificación étnica pueda variar dependiendo de la categorización realizada por el entrevistador (Perreira & Telles, 2014:2).

Estudios que tienden a basarse en la auto-identificación racial/étnica frecuentemente emiten resultados en donde poblaciones indígenas tienen mayor probabilidad de contar con deficientes estados de salud. Sin embargo, según la literatura revisada por los autores de la investigación (Perreira & Telles, 2014:4), se plantea la eventualidad de que las relaciones que existen entre la raza/etnia y la salud auto-evaluada, puede cambiar tanto por el país de residencia, como por el resultado de la salud de cada individuo, de igual importancia, es que puede cambiar por el contexto nacional y las influencias sociales. Del mismo modo, otro estudio demuestra que la discriminación etnoracial es más habitual en personas de color de piel más oscura, por lo que se encuentra directamente asociado con mayores tasas de deficiencia en la salud (Byrd 2012; Citado en Perreira & Telles, 2014:4).

Para la encuesta PERLA se realizó un muestreo en tres etapas de manera aleatoria en cada país, luego en cada municipio y distribuidos por edad y sexo. La muestra contiene 5.500 entrevistados de los cuales 1.000 son de Brasil, 1.500 de Colombia, 1.500 de México y 1.500 de Perú. Sin embargo, se eliminó observaciones por datos faltantes e independientes, por lo que se obtuvo una muestra total de 4.921 datos. La variable dependiente es identificada como salud auto-evaluada y la variable independiente es el color de piel, igualmente se usaron variables como la discriminación de color y clase, años de educación, estado socio-económico, acceso a asistencia médica y variables demográficas adicionales fueron utilizadas para controlar el modelo (Perreira & Telles, 2014:5).

La salud auto-evaluada fue descrita como muy buena, buena, regular, mala y muy mala, sin embargo para utilizar el modelo de regresión logística se manejó una variable dicotómica, por lo que se agrupó en categorías: la primera se agrupó con muy buena y buena y la segunda se agrupó con regular, mala y muy mala. Para determinar el color de piel de los encuestados, el encuestador utilizó una paleta de colores de piel de 11 puntos, por consiguiente se dividió en cuatro categorías: muy claro 1 y 2, claro 3 y 4, medio 5 y 6, y obscuro del 7 a 11. Seguidamente se pidió a los encuestados que identificaran su raza por lo que se dividió en cinco categorías: blanco, mestizo, indígena, mulato o negro y otros, sin embargo, en países como Perú y México se solicitó a los encuestados que exprese si pertenecen a un grupo indígena en específico (Perreira & Telles, 2014:6).

Para medir el estado socio-económico se utilizó tres medidas: años de educación, si posee o no empleo y la riqueza, medido por la suma de sus activos, no obstante este indicador puede variar por el país de residencia y la ubicación rural o urbana. En cuanto a la asistencia médica se preguntó al encuestado si cuenta o no con una cobertura de seguro médico y si vive en un área urbana. Finalmente, para las variables demográficas

adicionales se consideró a la edad, sexo, estado civil, si asistió o no a un servicio religioso y el orgullo de su raza/étnica (nivel bajo y alto) (Perreira & Telles, 2014:7).

Se realizaron cinco modelos logísticos contralados por edad, sexo y país. En el primer modelo, se muestra la relación entre el color de la piel y la salud auto-evaluada, para cada variable demográfica; en el segundo modelo, se agregó al modelo uno la raza/etnia atribuida por el entrevistador; en el tercer modelo, se incluyó al modelo la raza/etnia informada por el entrevistado; en el cuarto modelo, se añadió al modelo tres la discriminación en base al color de piel y la clase, así como un indicador en el que los entrevistados indicaron si tienen padres indígenas; finalmente, en el quinto modelo se incrementó variables como los años de educación, riqueza, acceso a la salud y ubicación urbana o rural (Perreira & Telles, 2014:8).

Los autores de la investigación realizaron análisis adicionales; con el fin de evaluar las interacciones entre la discriminación racial/étnica, educación y riqueza con la salud auto-evaluada, según la variación del color de la piel o según la raza/etnia auto-reportada. En segundo lugar, se prueba si la relación del color de piel, discriminación y riqueza con la salud auto-evaluada, se modificaron según el país de residencia o la ubicación urbana o rural (Perreira & Telles, 2014:8).

Los autores (Perreira & Telles, 2014:11-14) hallaron que los encuestados que tienen tonos de piel más claros y blanco informaron tener una salud entre buena a muy buena en contraste con los encuestados que tienen tonos de piel medios y los que se identifican como indígenas. No obstante, los encuestados que tienen un color de piel más oscuro y negro/mulatado comunicaron tener al menos tan buena salud como la de los individuos de tonos más claros. Por lo que se pudo concluir que, después de ajustar el modelo por el país de residencia y las variables demográficas se encontró que mientras incrementa la oscuridad en el color de piel, la buena o muy buena salud disminuye y la mala o muy mala salud aumenta.

Además, según la OPS 1997 (Citado en Perreira & Telles, 2014: 14) las personas identificadas como indígenas conllevan altas tasas de mortalidad y morbilidad, a diferencia de las personas identificadas como no indígenas, además que no siempre los individuos se auto-identifican indígenas. Con referencia a lo anterior, uno de los principales resultados emitidos por los autores es que las personas que informan ser de descendencia indígena reportan una salud auto-evaluada más baja que las demás etnias. Por lo que, uno de los argumentos para llegar a esta conclusión es que, generalmente, las poblaciones indígenas viven en contextos más aislados con falta de acceso a la alimentación y agua potable; sin duda alguna experimentan altas tasas de mortalidad y morbilidad, además de la discriminación y marginación por la que sufren, por tal motivo a veces las personas prefieren no auto identificarse como indígenas (Perreira & Telles, 2014:15).

En el caso de la discriminación por color y clase se concluyó que los efectos del color de piel con relación a la salud no se encuentran influenciados por esta variable en ningún grado de significancia. Por otro lado, los resultados demuestran que el estado socio-económico afecta a la salud de las diversas poblaciones de América Latina. Además, se pudo concluir que personas con mejores niveles educativos tienen una relación

positiva y cuentan con una buena y muy buena salud, y esta relación todavía es más fuerte con personas encuestadas que tienen tonos de piel más claros, sin embargo adultos de piel media no se benefician de una mejor salud que los adultos con piel más clara (Perreira & Telles, 2014:15).

El estudio concluye que efectivamente existe relación entre la raza/etnia y la salud auto-evaluada, sin embargo puede variar según el país de residencia, por lo que, para países que localizan en América Latina, es necesario conocer su cultura, historia y los sistemas de salud con los que cuentan. La investigación utiliza la percepción de los entrevistadores sobre el color de piel y la auto-identificación étnica, no obstante para la presente investigación es importante que cada entrevistado se auto-identifique, debido a que la muestra se encuentra en una zona rural. Sin embargo, como explicaron los autores un limitante puede ser que los entrevistados por razones de discriminación no se auto-identifiquen adecuadamente.

Por otro lado Sorlie, Backlund & Keller (1995:1) realizaron un estudio longitudinal estadístico en Estados Unidos para determinar los efectos de la raza, el estado de empleo, ingresos, educación, ocupación, estado civil y el tamaño del hogar sobre la mortalidad de la población.

Utiliza una muestra poblacional de cerca de 530.000 personas entre los 25 o más años de edad, para realizar entrevistas personales y telefónicas con un cuestionario detallado; los entrevistados fueron seleccionados por sus diferentes características demográficas, económicas y sociales, y se logró la medición de las características de mortalidad que fueron determinadas por un periodo de seguimiento de 11 años. El principal objetivo fue estimar efectos brutos y netos del empleo, ingresos, educación, ocupación, raza, estado marital, y el tamaño del hogar sobre la mortalidad de la población; finalmente con los resultados obtenidos se puede contribuir a la consecución de políticas públicas que ayuden a mejorar la salud pública (Sorlie, Backlund & Keller; 1995:1).

Los autores (Sorlie, Backlund & Keller, 1995:2) diferencian los efectos brutos y netos para describir las distintas características socio-económicas y demográficas, porque cada una tiene su variación en el grado de correlación. Los efectos brutos se refieren a la relación existente entre la mortalidad y la raza que debe ser diferenciada por edad y sexo; y los efectos netos se refieren a la asociación existente entre las características socio-económicas y la mortalidad. El primer modelo utiliza edad, raza, y cada variable por separado como variables independientes que fueron descritas anteriormente; el segundo modelo utiliza edad, raza, ingreso, educación, estado marital y tamaño del hogar, con la excepción de la ocupación. La ocupación se incluyó en un modelo independiente debido al reducido tamaño de la muestra y porque el grupo de edad más avanzada no se analizó (Sorlie, Backlund & Keller, 1995:3).

Después de realizar el ajuste por edad y raza, uno de los principales resultados fue que el grupo de las personas de raza negra de menos de 65 años de edad, tienen mayores tasas de mortalidad que las personas de raza blanca. Además, el autor estimó que las personas que no tienen trabajo o se encuentran incapacitadas para trabajar tienen una tasa de mortalidad mayor a personas que tienen trabajo o realizan alguna actividad

económica; el modelo demostró que las familias que tienen un alto nivel de ingreso, sea hombre o mujer menores de 65 años de edad, disminuye fuerte y constantemente la mortalidad (Sorlie, Backlund & Keller; 1995: 3).

En conclusión, gracias a la utilización de dos modelos estadísticos se pudo observar que parte de la disminución de la mortalidad se asocia con el empleo, ingresos, educación, tamaño del hogar y el estado civil. Dentro de cada grupo racial, existen segmentos de población muestral que están claramente identificada como un riesgo sustancial en temas de salud, que pueden contribuir para el crecimiento de las tasas de mortalidad, y estos segmentos son caracterizados como pobres, menos educados, trabajadores en ocupaciones que están direccionados al servicio y no en la fuerza de laboral en sí (Sorlie, Backlund & Keller; 1995: 3-9).

Los autores (Sorlie, Backlund & Keller; 1995: 8) llegan a la conclusión que la raza (en la presente investigación se va a tomar como etnia) tiene relación con las altas tasas de mortalidad, sin embargo no realizan ningún modelo econométrico, ya que las variables son relacionadas con probabilidades y no son correlacionadas, por lo que para demostrar la relación es necesario desarrollar un modelo logit.

A partir de la revisión de la literatura descrita se llega a la conclusión que variables como edad, sexo, situación socio-económica y demográfica afectan al estado de salud de los individuos, y esta influencia aumenta cuando los individuos son pobres, no cuentan con educación y no tienen un empleo formal. Para la presente investigación se va a demostrar que efectivamente estas variables descritas tienen incidencia en la salud de las mujeres indígenas, por lo que es necesario incluir las variables de etnia y sexo, con el objetivo de comprobar la correlación.

Por su lado Cai⁹, Coyte¹⁰ & Zhao¹¹ (2017: 1-2), realizaron un análisis de regresión logística binaria en China para evaluar las causas que contribuyen en las variaciones de salud auto-referida y estudiar el proceso por el cual el estado socio-económico de los ciudadanos puede afectar a su salud. El estudio utilizó la encuesta social general de China que se realizó en 2013; se usó variables determinantes como la edad, sexo, origen étnico, estado civil, educación, residencia, ingresos, etc.; para analizar factores determinantes en la salud auto-referida. Además, se manejó una muestra estratificada por provincia, condado, ciudad, pueblo y familia que abarcó a 9.668 encuestados.

Para la variable dependiente la salud auto-referida fue expresada en cinco categorías: muy pobre, pobre, regular, bueno y muy bueno, para el análisis se separó en dos grupos buena salud en donde contenía las categorías buena o muy buena; y la mala salud en donde contenía categorías muy pobre, pobre y regular; y para la variable independiente se utilizaron cuatro grupos de variables; la primera, los factores demográficos

⁹ Universidad de Tecnología de Wuhan, Hubei, China.

¹⁰ Instituto de Políticas, Gestión y Evaluación de la Salud, Universidad de Toronto, Canadá.

¹¹ Centro Canadiense de Economía de la Salud, Canadá.

como edad, sexo, origen étnico, estado civil y lugar de residencia; la segunda, la situación socio-económica, que para el estudio dividió a la educación en tres niveles: primaria (se incluye sin educación), secundaria y superior, además de incluir el empleo que se clasificó en trabajos agrícolas, no agrícolas y no trabaja e ingresos, se tomaron ingresos familiares anuales de cada familia; la tercera, los factores de estilo de vida, que se incluyó el índice de masa corporal y la actividad física; y el cuarto grupo los factores psicosociales que se basa en la descripción de la felicidad que tiene cada persona en la vida (Cai, Coyte & Zhao, 2017: 3-4).

Para determinar la relación entre la variable dependiente e independiente se realizó un modelo de regresión logística multivariante. El modelo 1 consistió en evaluar la distribución de la salud auto-referida entre las variables demográficas, socio-económicas, estilo de vida y psicosociales. Luego del análisis multivariado se procedió a realizar el análisis univariado, mediante un análisis logístico paso a paso hacia atrás, que consiste en utilizar todas las variables significativas (Modelo 1), luego con el nivel de significancia de 0.10%, para eliminar la variable que produzca una pérdida o que genere deterioro estadísticamente más insignificante para el ajuste del modelo; y por consiguiente se va a repetir este proceso hasta que no se puedan eliminar más variables sin una pérdida de ajuste estadísticamente significativa (Cai, Coyte & Zhao, 2017: 5).

Se realizó la prueba de χ^2 (chi cuadrado) para determinar si existen diferencias significativas en la salud auto-referida para cada conjunto de variables explicativas; y el principal resultado que se encontró fue que la variable etnicidad no fue significativa con la salud auto-referida. El reporte de hombres y mujeres, sean solteros o casados y residentes urbanos o suburbanos informaron contar con una buena salud. La variable edad estuvo relacionada negativamente con una buena salud, es decir no se encuentra asociada con el estado de salud de las personas. Existe una clara diferencia entre los individuos encuestados que tienen un nivel más alto de educación, es decir personas que solo tienen primaria o no tienen educación reportan tener bajos niveles de buena salud, comparado con individuos que han culminado la secundaria, sin embargo individuos con niveles de educación superior reportan mayores niveles de salud que las personas que no tienen educación e individuos que han culminado la secundaria (Cai, Coyte & Zhao, 2017: 8-9).

Así mismo las personas que reportan ingresos familiares mayores que se dedican a trabajos no agrícolas, que pertenece a una clase social alta y un estatus socioeconómico más alto informan tener una buena salud. Además, los encuestados que tienen bajo peso u obesidad, informaron que llevan una vida infeliz y que adicionalmente tuvieron una relación deficiente con familias y amigos, y son menos propensos a reportar un buen estado de salud. Por lo contrario, personas encuestadas que se encuentran físicamente activas y los que se sienten menos o no deprimidos tienden a informar una buena salud. Por lo tanto, según los resultados de la regresión logística univariante todas las variables incluidas en el modelo están relacionadas significativamente con la salud auto-referida de los ciudadanos, excepto la variable etnia (Cai, Coyte & Zhao, 2017: 9-10).

De acuerdo con los autores después de haber dividido la muestra en sub-muestras por grupo de edad, sexo, zona geográfica, se demostró que los efectos de las variables socio-económicas sobre la salud auto-referida es más fuerte para los hombres que para las mujeres, sin embargo variables psicológicas influyen más en las mujeres que para los hombres. Uno de los principales resultados encontrados por los autores (Cai, Coyte & Zhao, 2017: 11) fue que las mujeres y ancianos son menos propensos a informar una buena salud, debido a que tienen diferencias en algunos factores como son: características biológicas, mayor propensión a admitir o contraer una enfermedad, desiguales funciones sociales con respecto a los hombres que hacen que las mujeres sean un grupo más vulnerables incluso de las personas de bajos recursos económicos.

En conclusión, la salud auto-referida en los últimos años ha sido utilizada en los estudios empíricos como un predictor de mortalidad, morbilidad y el acceso a servicios de salud, además ayuda a determinar las desigualdades que existen en la población en temas de salud. Según autores como Lenthe & Schrijvers 2004 (Citado en Cai, Coyte & Zhao, 2017: 11), explican que en países occidentales los gradientes con mejor estado socio-económico reflejan mejores estados de salud, además concuerdan con autores como Johansson & Sundquist 1999 (Citado en Cai, Coyte & Zhao, 2017: 11) en que se debe incluir características demográficas como edad, género, estado civil, estilo de vida y factores psicológicos, para demostrar que estas variaciones pueden influir en el estado de salud de una población.

De acuerdo con la literatura revisada se ha podido discernir que para algunos países o regiones la etnia es irrelevante en la asociación a la salud, como lo fue para China, además según los autores las variables socio-económicas afectan más a hombres que a mujeres. Sin embargo, para el presente estudio es importante que intervenga la variable etnia debido a que el 98,90% de la población de la parroquia de Zumbahua es indígena y Ecuador es considerado como un país multiétnico y multicultural. Sin embargo para responder la pregunta de porque aún existen las desigualdades socio-económicas en salud, es necesario conocer el contexto histórico, político, económico y social de una población, para que en futuros estudios esto no sea un limitante.

En las mismas circunstancias autores como Borrell¹², Muntaner¹³, Solá¹⁴, et al. (2018: 1) realizaron un estudio en España y Cataluña para estudiar la relación entre las características socio-económicas y el estado de salud de los residentes de Barcelona, adicionalmente determinaron correlación con las clases sociales y con vías de mediación en asociación con la migración y el estado de salud, y finalmente vieron que si existe una relación con el género. La investigación utilizó la Encuesta de Salud transversal realizada en el año 2000 en Barcelona a 2.342 hombres y 1.872 mujeres, entre los 16 y 64 años. La variable dependiente que se utilizó para el presente estudio fue el estado de salud auto-referido y la variable independiente fue la condición migratoria. En igual forma, se utilizó variables como la edad, clase social, condiciones de trabajo físico y psicosocial, inseguridad laboral, tipo de contrato de trabajo, número de horas trabajadas por semana, privación material del hogar y trabajo doméstico (Borrell, Muntaner, Solá, et al; 2018: 1).

¹² Ministerio de Salud de Chile, Santiago, Chile

¹³ Universidad de Toronto, Toronto, Canadá

¹⁴ Agencia de Salud Pública de Barcelona, Barcelona, España.

Según los autores algunas investigaciones han manifestado que el estado de salud de los inmigrantes es mejor que la de los nativos; sin embargo, señalan así mismo que, otros estudios han demostrado que es peor la salud de los inmigrantes que la de los nativos. Pero existen varios factores que se encuentran directamente relacionados con el estado de salud de las personas inmigrantes, tales como, la ciudad o país de origen, cultura, características de la ciudad o país a migrar, factores conductuales, costumbres o hábitos (Borrell, Muntaner, Solá , et al; 2018: 2).

Para describir el estado de salud de los encuestados se utilizó una variable dicotómica, en donde 1 es regular, mala y muy mala y 0 es muy buena y buena. Según la investigación, para la especificación de las variables independientes tales como la determinación del estado de migración fue definido por el país o la región de nacimiento de cada encuestado, y fue descrito como "catalán nativo", "nacido en otras zonas de España" y "extranjeros"; para determinar la clase social se utilizó el indicado de Eric Olin Wright en donde se clasificó a los trabajadores como autónomos y de dimensión organizacional, el primer grupo dividió a los trabajadores en dos grupos, de acuerdo al número de trabajadores que tienen a su cargo y el segundo grupo se dividió en tres categorías: administradores, supervisores y personas que no tienen ningún cargo de directivo. Así mismo, se utilizó el nivel educativo de los trabajadores para identificar el nivel de habilidades de cada uno (Borrell, Muntaner, Solá, et al; 2018: 2).

De la misma manera, en la encuesta para determinar la variables como: el tipo de contrato se dividió en tener o no un contrato y otro tipo de contrato; el número de horas trabajadas por semana fue determinada por la percepción del individuo en contar con un trabajo en los próximos 2 años; las condiciones de trabajo fueron especificadas con indicadores tales como el riesgo a realizar un trabajo y la fuerza utilizada en el lugar de trabajo; el entorno de trabajo psicosocial fue especificada como la diferenciación del trabajo, tener exceso de trabajo y aislamiento social; la privación material del hogar fue establecida como contar o no con materiales domésticos para el hogar; y el trabajo doméstico fue construido como si realiza o no trabajo doméstico, horas semanales ocupadas para el trabajo doméstico. Para determinar la asociación de las variables se realizaron dos modelos de regresión logística múltiple; en el primer modelo se busca determinar la asociación entre el estado de salud y la clase social se incluyen variables como la migración, edad y estado civil; y para el segundo modelo se aumentan variables como la situación migratoria, clase social, organización del trabajo, privación material en el hogar y trabajo doméstico (Borrell, Muntaner, Solá, et al; 2018: 2-3).

Los resultados obtenidos en el modelo demostraron que la situación socio-económica afecta al estado de salud de las mujeres en mayor proporción que al de los hombres. Se estima que el estado de salud varía dependiendo de la situación migratoria de cada individuo pero afecta igualmente en mayor proporción a mujeres que a hombres; uno de los principales resultados encontrados fue que existe una diferenciación por género, en el caso de trabajo temporal se pudo determinar que las mujeres participan más en trabajos temporales que los hombres, además se constató que la participación de las mujeres en el trabajo doméstico es mayoritario (Borrell, Muntaner, Solá, et al; 2018: 4-5).

Como resultado del estudio fue que las personas nacidas fuera de su ciudad de origen tienen un estatus socio-económico menor, malas condiciones laborales y un mayor deterioro de su estado de salud, claramente se puede evidenciar que esta conclusión es mayor para las mujeres; No obstante, la clase social, condiciones de trabajo, el trabajo doméstico y la privación material en el hogar en parte explica la relación existente entre el mal estado de salud de las mujeres, sin embargo, para los hombres el mal estado de salud se explica por el estatus migratorio y no específicamente por la clase social o las condiciones de trabajo y de vida. Además, las condiciones laborales de los migrantes son cada vez más precarias y cuentan con una mayor privación material en el hogar, por lo que existe una relación clara y existente entre las malas condiciones laborales, género y migración. Igualmente, las labores domésticas son realizadas por mujeres migrantes, lo que afecta significativamente al estado de salud de las mujeres, lo que no ocurrió en el caso de los hombres. Es importante tomar en consideración que las mujeres tienen una doble carga porque cuentan con un trabajo por fuera y dentro del hogar, a pesar de que aún existe discriminación de género en el mercado laboral, debido a que se cuenta con pocas plazas de trabajo, en comparación con las oportunidades laborales de los hombres (Borrell, Muntaner, Solá, et al; 2018: 6-8).

Según la literatura revisada, variables como la migración, condiciones laborales y trabajo doméstico se encuentran relacionados con el estado de salud de los individuos, sin embargo este esquema puede diferir si se incluyen variables como género y clase social. En el estudio se evidenció que hombres migrantes cuentan con un peor estado de salud que de hombres no migrantes, mientras que para mujeres lo que más afecta es el estatus socio-económico en el que se encuentren.

Las conclusiones anteriormente expuestas contribuyen en la presente investigación, debido a que la mayoría de la población de estudio tiene familiares o parientes cercanos que han migrado a otras provincias o cantones, ya sea por las condiciones socio-económicas o la falta de plazas de empleo, además se enfrentan a un mercado laboral en precarias condiciones y a trabajos no remunerados. Por lo que, es necesario conocer el contexto en el que se desarrollan las mujeres tanto en el mercado laboral como en su estado socio-económico, porque como argumentó el autor, la mujer tiene una doble obligación tanto realizando trabajo doméstico en su hogar como efectuando trabajos que contribuyan a la economía de cada hogar, que no son lo suficientemente valorados porque se no considera como trabajo no remunerado.

Por su lado Dachs¹⁵ et al. (2002: 1-2), realizaron un estudio descriptivo y exploratorio para identificar las desigualdades e inequidades existentes en el sector de la salud, y en el uso de los servicios de atención médica, según lo expresado en encuestas de hogares de propósito general en 1997, 1998 y 1999, realizado en 11 países de América Latina y del Caribe. Las preguntas en las encuestas realizadas fueron diferentes para cada país, así como también el periodo experimentado por la pregunta, además de variar por el tipo de enfermedad, accidente lesión y otras condiciones adheridas, debido a las diferencias en cultura y estatus socio-económico de la región, lo que también juega como limitante porque no se pueden hacer comparaciones en porcentajes relativos (Dachs et al., 2002: 2).

¹⁵ Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, Organización Panamericana de la Salud, Washington D. C., Estados Unidos.

Para el caso de específico de Ecuador se utilizó la Encuesta de Condiciones de Vida (tercera ronda) de 1998. En Ecuador, El Salvador, Nicaragua y Panamá para reportar un problema de salud o si padeció alguna enfermedad, los países de estudio preguntan a todos los miembros de la familia sobre enfermedades y accidentes que hayan tenido durante el periodo de referencia, que en este caso fue de un mes, concretamente el mes pasado; para Chile y Paraguay el tiempo de referencia fue de “los últimos tres meses”; en Argentina, Brasil y Colombia fue de 30 días; y en Bolivia, Jamaica y Perú fue de cuatro semanas, por lo que varios países utilizan diferentes respuestas. En ese mismo sentido, en el caso de Colombia y Ecuador se incluyen problemas de salud dental y en general “dolores” se utilizan como un tipo de respuesta; en el caso de Chile se incluye al embarazo como enfermedad; y en El Salvador y Jamaica se incluyen respuestas que se relacionan con la violencia. Sin embargo, para el análisis de la investigación se supondrán dos categorías de respuesta: con problema de salud y sin problema de salud (Dachs et al., 2002: 2).

En el caso de las preguntas relacionadas con la atención médica, se debe tomar en cuenta que en la mayoría de países se consideró que recibir atención médica es visitar a un médico, dentista, enfermera, promotor de salud, trabajador comunitario de la salud o en algunos casos un psicólogo, bajo el supuesto de que todas las personas reciben el servicio de atención médica por igual, lo que no es tan cierto en especial en zonas rurales. En Ecuador no fue posible definir si la atención médica fue provista por un médico, enfermero o un médico ancestral; en Chile la atención médica depende de cómo los individuos encuestados interpreten la respuesta para cada opción presentada. Por las consideraciones anteriores, las respuestas a las preguntas no se pueden comparar debido a la diferencia que existe en la utilización de servicios de atención médica en los países de estudio (Dachs et al., 2002: 2).

Los autores Dachs et al. (2002: 2) segregaron las respuestas por grupos de edad, sexo, lugar de residencia (urbano y rural) y el estado socio-económico de los miembros de la familia. Para describir la variable de estado socio-económico, en nueve países de los once, se utilizó la variable de gasto total per cápita de hogares y en Argentina, Chile y Paraguay se utilizó la variable de ingreso total per cápita de hogares. Los autores consideran que el gasto total per cápita es mejor indicador que el ingreso total per cápita, debido a que es menos propenso a variaciones estacionales en especial en lugares de residencia rurales y es un mejor indicador del estado económico de los hogares.

Según los resultados presentados por los investigadores, en el Ecuador en promedio los hombres entre 15 y 49 años, reportaron tener o haber tenido un problema de salud o algún tipo de accidente en menor porcentaje que las mujeres, esto es dividido por cada quintil de gasto per cápita de los hogares respectivamente, de acuerdo con esto, las mujeres reportaron en mayor proporción padecer de mayores problemas de salud que los hombres. También, se dividió la muestra por lugar de residencia (urbano y rural) y por sexo, los hombres que viven en zonas urbanas reportaron tener menores problemas de salud o sufrir algún tipo de accidente que las mujeres que viven en zonas urbanas, para cada quintil respectivamente. De la misma manera, los hombres y mujeres que viven en zonas rurales reportaron tener mayores problemas de salud o haber sufrido algún tipo de accidente que hombres y mujeres que viven en zonas urbanas, sin embargo esto varía según

el sexo, es decir las mujeres que viven en zonas rurales reportan mayores problemas de salud que los hombres y mujeres que viven en zonas urbanas (Dachs et al., 2002: 3).

Por lo tanto, según los resultados se puede observar que en general si existe una variación notable entre los problemas de salud reportados por hombres y mujeres entre 15 y 69 años según el gasto per cápita de los hogares; por otro lado, existe poca variación entre los individuos que viven en zonas urbanas y rurales, sin embargo, hay que considerar que si existe una diferencia sustancial entre el sexo, debido a que los problemas de salud reportados fueron mayores en mujeres que viven en zonas rurales. Por lo que se puede concluir, que los problemas de salud reportados por mujeres es mayor que los problemas de salud reportados por los hombres, lo que según los autores puede deberse a que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor a la que de los hombres y por ende pueden tener tendencia a enfermarse más (Dachs et al., 2002: 3-4).

Además, para la variable de atención médica el porcentaje de personas (indistintamente de su sexo) que buscaron atención médica, según el quintil superior de gasto (o ingreso) per cápita fue en promedio casi dos veces mayor que en el quintil más bajo de gasto (o ingreso) per cápita. Del mismo modo, el porcentaje de individuos que buscaron atención médica es mayor para las mujeres que para los hombres, esto se puede explicar debido a las “enfermedades de madre”. En zonas urbanas, las diferencias que existen entre los estratos económicos es menor para los hombres que para las mujeres, debido a que los hombres tienen mayor participación en el mercado laboral y pueden tener menos problemas en la utilización de servicios de salud (Dachs et al., 2002: 4-5).

Una de las limitaciones que encontraron los autores (Dachs et al., 2002: 5) del estudio es que no se pueden hacer comparaciones entre países debido a que existen diferencias en los resultados de acuerdo a la percepción de la salud y enfermedad, por lo que puede cambiar por los antecedentes culturales y socio-económicos. Los autores plantean que solo reportar problemas de salud con “sí o no” puede sesgar el modelo, debido que no se incluyen enfermedades y condiciones específicas.

La investigación anteriormente descrita contribuye al presente estudio en que se puede evidenciar que existen diferencias sustanciales en problemas de salud entre el género, edad y el lugar de residencia, debido a que hacen que la salud varíe, a pesar de tener la misma condición socio-económica y de poder acceder a alguna atención médica, por lo que es importante no solo tomar en cuenta las diferencias demográficas, sino también el modo específico en el que se desarrollan los individuos encuestados, con el objetivo de diseñar e implementar políticas públicas que tomen en cuenta las desigualdades e inequidades que existen en el sector de la salud.

En igual forma, Guarnizo¹⁶ & Agudelo¹⁷ (2008:1-2) realizaron una investigación en Colombia para “identificar las inequidades de género en el acceso a los servicios de salud en el sistema de seguridad social

¹⁶ Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

¹⁷ Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

en salud”, debido a que a pesar de las reformas en salud hechas por el Estado para incrementar la equidad en el acceso a los servicios, aún se pueden notar las desigualdades en el estado de salud de los ciudadanos, por las diferencias que existen en la oferta de servicios, acceso y financiamiento, las mismas que se encuentran divididas en diversos grupos sociales como el nivel socio-económico, etnia, sexo y edad.

Las mayores inequidades se localizan en los quintiles más pobres siendo individuos que viven en zonas rurales, por varias limitaciones que tienen en el acceso a los servicios de salud. Uno de los factores limitantes que explican las inequidades de género son las características biológicas. Del mismo modo, las desigualdades de ingreso, raza, sexo, edad y situaciones exógenas, afectan el estado de salud, debido a que no cuentan con las mismas oportunidades en comparación con individuos que se encuentran en los quintiles más altos. Los autores consideran que para poder lograr equidad de género entre los grupos sociales es necesario cumplir con algunas condiciones como son: los recursos deben ser asignados según cada necesidad de hombres y mujeres, los servicios deben ser provistos de acuerdo a cada necesidad de cada sexo y el pago debe ser realizado de acuerdo a la capacidad de cada individuo (Guarnizo & Agudelo, 2008:3-4).

En consecuencia, el acceso a los servicios de salud debe ser diferencial para hombres y mujeres, puesto que existen diferentes tipos de necesidades por las características biológicas de cada sexo, además de las enfermedades y necesidades que comparten hombres y mujeres, las mujeres desempeñan actividades reproductivas lo que con lleva a poseer altas tasas de morbilidad, también de discapacidad por tener mayor esperanza de vida y mayor probabilidad de contraer enfermedades crónicas. De tal manera que, las mujeres ocupan el rol de “cuidadoras de la salud”, por tener la habilidad de detectar dolencias en los miembros de su familia (Guarnizo & Agudelo, 2008:5-6).

Gómez 2000 (Citado en Guarnizo & Agudelo, 2008: 7) explica que para que un sistema de salud tenga mayor demanda de los servicios por parte de las mujeres se debe realizar una “medicalización de procesos biológicos”, es decir subsidiar varios medicamentos como por ejemplo los anticonceptivos y que exista una diferenciación de los servicios ofertados para cada sexo; de tal manera que cuando se utilizan servicios preventivos, las mujeres se encuentran con mayor capacidad para la detección de síntomas a largo plazo, después del uso de servicios de salud. En la actualidad, los sistemas socio-económicos desfavorecen a las mujeres en términos de trabajo, por las malas condiciones laborales, bajos ingresos, inestabilidad y la subcontratación laboral; además de que no se toma en consideración al trabajo doméstico como un trabajo real, lo que conduce a la disminución de su participación tanto económica como social.

Por todo lo anteriormente mencionado, los autores (Guarnizo & Agudelo, 2008: 8) buscan identificar “los patrones, tendencias, determinantes y consecuencias de la inequidad según el género en salud y atención en salud”, para lo cual se utilizaron muestras aleatorias de la Encuesta Nacional de Hogares de 1994 y 2000, en donde se identificaron variables demográficas como son edad, sexo, estado civil, educación; variables educativas como el alfabetismo, asistencia escolar; variables socio-económicas como ingreso, empleo, salud y vivienda. Para demostrar la significancia de cada variable se recurrió a la prueba de Chi cuadrado, con ello reconocer las diferencias que existe entre cada periodo de la encuesta.

Entre los resultados se pudo evidenciar que el porcentaje de necesidad en salud asistida para mujeres es mayor que para los hombres en 1994, sin embargo comparado con la encuesta del 2000 las diferencias no fueron significativas. Por lo tanto, se puede reafirmar que las mujeres tienen mayores necesidades en temas de salud que los hombres. Las diferencias de atención médica fueron significativas en la variable por consulta médica, ya que fue mayor para mujeres que para hombres, lo que determina que se incrementaron las consultas para mujeres, por lo que se tuvo mayor acceso a los servicios de salud (Guarnizo & Agudelo, 2008:9).

Debido a lo evidenciado en términos de gasto las mujeres invierten y gastan más en atención en salud que los hombres, no obstante existen inequidades en el financiamiento de los servicios de salud, lo cual indica que las mujeres se encuentran en situación de desventaja por gastar más y tener menos ingresos por la desigualdad salarial, lo que desmejora su situación socio-económica. Uno de los grupos afectados por falta de atención médica es de las personas que se encuentran entre los 15 y 30 años, debido a que está altamente relacionado con las condiciones del mercado laboral y el empleo y subempleo informal de personas jóvenes (Guarnizo & Agudelo, 2008:10).

Las desigualdades por niveles de ingreso afectan a personas con mayores necesidades, las mismas que se encuentran en los quintiles más bajos y se reduce la posibilidad de acceder a servicios de salud, se puede concluir que mientras las personas se ubiquen en los quintiles más altos mayor es la posibilidad de utilizar los servicios de salud, a diferencia de las personas que se ubican en los quintiles más bajos porque la probabilidad es menor. Según los autores, el gasto en los servicios de salud contribuye a la disminución de los ingresos de los hogares, lo que perjudica netamente a las mujeres que se ubican entre los quintiles más bajos de ingreso contrastado con los hombres. En conclusión, comparar las variables de ingreso expresan que existen inequidades en contra de los quintiles más bajos, por los gastos en salud a los que se enfrentan (Guarnizo & Agudelo, 2008:12).

El estudio anteriormente expuesto contribuye al presente estudio, en que es evidente que para la construcción de una sociedad equitativa e igualitaria es necesario realizar reformas en el sistema de salud que cubra las necesidades de cada sexo, según las características biológicas y las funciones que cumple cada uno, con el objetivo de reducir las brechas de género, debido a que efectivamente las mujeres se encuentran en situación de desventaja por las desigualdades socio-económicas que existen entre hombres y mujeres. Sin embargo para el presente estudio en la parroquia de Zumbahua es difícil medir los ingresos que percibe cada individuo, puesto que la mayoría de personas trabajan de manera independiente y puede variar significativamente el ingreso de cada hogar, además que no se toma en consideración al trabajo doméstico a pesar de que este contribuye económica y socialmente.

En ese mismo sentido, López¹⁸ & Chi¹⁹ (2009) realizaron un estudio en el que se examinó los principales determinantes socio-económicos y la desigualdad en la atención médica en Ecuador, a causa de que un tercio de la población no tiene acceso permanente a los servicios de salud, y los dos tercios restantes no cuentan con ningún tipo de seguro de salud, aparte de no contar con los recursos económicos para obtener asistencia médica. Para el estudio se utilizó la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Materno Infantil (ENDEMAIN) del 2005, se valoraron cuatro aspectos: el uso de servicios preventivos, número de visitas saludables, hospitalización y uso de medicación antiparasitaria.

En el Ecuador, según PNUD 2006 (Citado en López & Chis, 2009: 3), el 40% de la población total es pobre, siendo que el 62% residen en zonas rurales y el 25% en zonas urbanas, además de que las brechas económicas existentes en la población han aumentado, siendo mayores las desigualdades sociales, étnicas y regionales, en ese sentido uno de los grupos más vulnerables son los que se concentran en zonas rurales, en donde se encuentra en su mayoría la población indígena. El acceso a los servicios de salud cambia de acuerdo al contexto en el que se desarrolla cada individuo, es decir depende de la edad, sexo, lugar de residencia y estatus socio-económico. El 30% de la población no cuenta con recursos para cubrir todos los servicios de salud, por lo que el Estado para contrarrestar esta situación cuenta con instituciones como el Ministerio de Salud Pública (MPS) y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) que ofrecen servicios de atención médica (López & Chis, 2009: 3).

El estudio se plantea tres preguntas para conocer la situación del sector salud en el Ecuador: ¿En qué medida los factores demográficos influyen en el acceso a los servicios de salud curativos y preventivos?; ¿Cuál es la influencia de los factores socio-económicos en la uso de servicios de salud?; y ¿Si la utilización de los servicios se reparten de manera equitativa?; para responder estas tres preguntas los autores (López & Chis, 2009: 5) establecen que según la literatura para que sea eficiente la utilización de servicios de salud, hay que considerar tres factores: el primero, es la desigualdad en el acceso de servicios de salud; el segundo, es las necesidades existentes en la atención médica; y tercero, es la utilización de los servicios de salud.

Según el primer factor descrito anteriormente para lograr una equidad en la utilización de los servicios de salud, es necesario que todas las variables de necesidad influyan en el estado de salud positivamente, debido a que la inequidad en los servicios de salud es resultado de las características socio-económicas de cada individuo, las mismas que pueden determinar quién puede demandar atención médica; el segundo factor que hace referencia a la necesidad en la atención médica, se divide en necesidad evaluada y percibida, la primera es diagnosticada por un profesional médico y la segunda es reportada por cada individuo, sin embargo las necesidades pueden verse modificadas por factores socio-económicos y demográficos; finalmente, el tercer factor, la utilización de servicios de salud dependen por un lado de la atención preventiva discrecional y por otro lado de la atención preventiva menos discrecional, la primera es influenciada por causas “predisponentes y habilitantes” y la segunda se ve afectada directamente por la necesidad neta (López & Chis, 2009: 5).

¹⁸ División de Educación para la Salud, Universidad Estatal de Oregon, Western Oregon, Estados Unidos.

¹⁹ División de Educación para la Salud, Universidad Estatal de Oregon, Western Oregon, Estados Unidos.

Para el estudio se utilizó un enfoque deductivo, los autores utilizaron el modelo de comportamiento de la atención médica de Andersen, para demostrar si los determinantes socio-económicos tienen asociación positiva con la utilización de atención médica en el Ecuador, es decir se determinaron las desigualdades e inequidades en el acceso y la utilización de los servicios de salud. El muestreo de ENDEMAIN se dividió en cuatro niveles, a nivel nacional fue de 28.908 hogares, para la utilización médica se complementó con una sub-muestra de 10.985 hogares, divididos por segmentos de 15 provincias y 2 regiones, la Región Insular y Amazónica. La participación de los entrevistados en atenciones preventivas, curativas y de hospitalización fue una sub-muestra de 33.387 personas de 12 años en adelante y para el uso de medicamentos antiparasitarios se usó una sub-muestra de 16.416 personas mayores de 15 años, por lo tanto para evitar pérdida de información se utilizaron modelos multinivel para determinar la influencia de los factores anteriormente mencionados (López & Chis, 2009: 6).

Para responder las preguntas de la encuesta se manejaron variables dicotómicas de sí o no. Las preguntas principales que se utilizaron para la encuesta fueron que ¿Si durante los últimos 30 días han consumido o recurrido a servicios de salud?, además de expresar dos de los problemas de salud más importantes que hayan adquirido, la variable se expresó como: ninguno, un problema y dos problemas. Asimismo, para conocer sobre atención preventiva la encuesta investigó, si durante los últimos 30 días han visitado a un especialista en salud; con relación a la atención curativa se preguntó ¿si habían visto a un médico en los últimos 30 días? y ¿cuántas veces asistió a las citas médicas?; con respecto a la hospitalización si es que habían sido hospitalizados en los últimos 12 meses; y por último si han tomado medicamentos antiparasitarios personas de menos de 15 años que viven en el hogar (López & Chis, 2009: 7).

Seguidamente, los autores usan variables explicativas predisponentes y habilitantes; las primeras fueron la edad, sexo, etnicidad (mestizo, indígena y otros), estado civil; y las segundas fueron la residencia, que se divide en urbana y rural, el quintil de activos y de consumo se separó del 1 al 5 y se basó en las características del hogar, es decir con los bienes duraderos con los que cuenta, y los consumos económicos de bienes y servicios; nivel educativo, que se clasificó en ninguno, primaria, secundaria, preparatoria, universitario, no sabe y no contesta, y por último si se encuentra afiliado o no a algún seguro de salud (López & Chis, 2009: 7).

Los autores usaron un modelo logit binomial que dividieron en cuatro niveles. En el primer modelo no se utilizaron variables condicionales, ni se usaron predictores fijos, solo se utilizaron los segmentos censales con los niveles de provincia y región; para el segundo modelo se introdujeron las variables de necesidad de atención médica como efecto fijo y variaciones aleatorias del hogar, segmento censal y los niveles de provincia y región; en el modelo tres se utilizaron variables condicionales como la necesidad de atención médica y factores predisponentes con efectos fijo; finalmente, para el modelo cuatro se utiliza variables como la atención médica, factores predisponentes y habilitantes con efectos fijos. En el modelo tres y cuatro se usaron variables aleatorias a los segmentos censales y los niveles de provincia y región (López & Chis, 2009: 9-13).

En base a los modelos expuestos por los autores, encontraron que todavía existen desigualdades e inequidades en el uso y acceso a los servicios de atención médica, debido a que varios individuos se encuentran ubicados en el quintil de consumo más bajo tienen menos probabilidades de usar los servicios de salud, incluso después de ajustar el modelo con los factores predisponentes y habilitantes. Es decir, existe una relación directa entre el estadio socio-económico y el acceso a los servicios de atención médica. Cuando se compara el quintil de consumo cinco con el quintil de consumo uno, se evidenció que el acceso a la atención médica disminuye significativamente (López & Chis, 2009: 14-16).

Uno de los aspectos más relevantes en el estudio, fue que la identificación de los encuestados como etnia indígena influye directamente en la atención de los servicios de salud, debido a que se encontró que para este grupo es menos probable contar con acceso y uso a atención preventiva, medicamentos y visitas curativas. Sin embargo, cuando en el modelo se incluyó variables habilitantes los resultados no fueron estadísticamente significativos, es decir aumentar variables como la educación, ingreso o residencia influyen más en el modelo que la etnia, por lo que se puede concluir que uno de los aspectos más importantes en el acceso a la salud es el estado socio-económico en el que se encuentra cada individuo. Para el caso de la utilización de atención médica por equidad de género, el estudio halló una relación entre las mujeres y el acceso a atención preventiva, curativa y la utilización de medicamentos, no obstante se encontró una relación negativa con respecto a la hospitalización (López & Chis, 2009: 16-19).

Levine et al. 2001 (Citado en López y Chi, 2009), establece que tanto hombres como mujeres cuenta con los mismos recursos para la utilización de los servicios de salud y en parte es mayormente consumida en hogares con altos ingresos, sin embargo, es necesario que se tome en cuenta las necesidades de las mujeres en temas de salud, por las “enfermedades de madre”, también según su contexto demográfico y socio-económico. Igualmente, el uso de medicamentos antiparasitarios en niños indígenas que se encuentran en los quintiles de consumo más bajos, resultó ser menor contraste con el de niño promedio (López & Chis, 2009: 20).

Este estudio contribuye a la presente investigación para conocer cuál fue la situación en el acceso a los servicios de salud en el Ecuador en el 2004 y distinguir si la situación ha cambiado con respecto a la desigualdad y exclusión en la utilización de los servicios de salud que sufren algunos grupos sociales. Por lo tanto, es necesario conocer el contexto en el que se desarrolla cada grupo social, como es el caso de las mujeres indígenas, debido a que históricamente se han ubicado entre uno de los quintiles más pobres y tienen poca o nada educación formal y no pueden responder a sus necesidades en cuanto a temas de cobertura y acceso a salud. De acuerdo con esto, es necesario examinar de manera detallada el tratamiento diferencial que debe existir para cada uno de los grupos sociales, con el objetivo de cerrar las brechas de desigualdad que existen por el nivel socio-económico y demográfico en el que se desarrollan.

Finalmente, Vines²⁰, Emmelin²¹ & Stafstrom²² (2018: 2), realizaron una investigación en países de América Latina para examinar los efectos del capital social y la desigualdad de ingreso, según el gradiente social de la salud auto-evaluada. Los autores buscan comprobar la relación de las desigualdades socio-económicas y la salud auto-evaluada, a más de demostrar en qué medida el capital social y las variaciones en los ingresos perturban dicha relación.

Para el estudio se usó la Encuesta Mundial de Valores, que se basa en entrevistas personales a una población muestral, por lo que se entrevistó a un total de 10.426 adultos de 18 años o más, en diferentes áreas tanto urbanas como rurales. La información fue recolectada por el Banco Mundial por lo que se manejaron los indicadores de desarrollo, se recolectó información entre el 2010 y 2014 en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador; México, Perú y Uruguay. Para poder medir esta relación, los autores aplicaron una regresión logística de efectos fijos que se basa en que los residuos se correlacionan a nivel conjunto, lo que presupone que las observaciones no son independientes entre sí, debido a que se busca una estimación de asociación correcta entre la variable dependiente e independiente (Vines, Emmelin & Stafstrom, 2018: 3).

La variable dependiente fue la salud auto-evaluada, utilizando la interrogante de “¿Cómo se describe su salud actual?” y los entrevistados tenían opciones de respuesta de pobre, regular, buena, o muy buena, para el mejor manejo de la información se agrupó las respuestas en pobre que contenía las respuestas “pobre o regular” y buena que agrupó a las respuestas “buena y muy buena”. Las variables independientes que se manejaron fue el capital, social, educación, desigualdad económica y variables demográficas (Vines, Emmelin & Stafstrom, 2018: 3).

Seguidamente, se identificó a la variable de capital social como los activos tanto individuales como colectivos, sin embargo se dividió en dos grupos el estructural y el cognitivo, el primero se refiere a la participación y estructura institucional y colectiva, y el segundo se refiere a normas, valores y actitudes de cada individuo. Los autores sostienen la hipótesis de que el capital social afecta de manera directa a la salud de los individuos, no obstante depende de cada región o país, por lo que se utiliza la posición socio-económica para medir los efectos sobre la salud. Por lo anteriormente mencionado, los individuos que cuentan con una mayor posición socio-económica contarán con un mayor capital social individual, lo que también presume que las desigualdades en el ingreso afectan al capital social, es decir un mayor impacto en la desigualdad en el ingreso afecta al capital social y por ende aqueja a la salud de los individuos. La asociación entre la desigualdad del ingreso y la salud se explica por: primero, por el acceso a las riquezas materiales y la provisión social; segundo, por la estratificación social que existe en la sociedad; y tercero, por la exclusión y hostilidad que se recibe por parte de la sociedad (Vines, Emmelin & Stafstrom, 2018: 4).

²⁰ Universidad de Lund, Medicina Social y Salud Global, Malmö, Suecia.

²¹ Universidad de Lund, Medicina Social y Salud Global, Malmö, Suecia.

²² Universidad de Lund, Medicina Social y Salud Global, Malmö, Suecia.

La educación es el indicador utilizado para medir la posición socio-económica, debido a que refleja una inversión a largo plazo y también los recursos usados en la edad adulta; el nivel de educación se estructuró en: inferior, individuos con secundaria incompleta; intermedia, individuos con secundaria completa; y superior, individuos con educación superior completa e incompleta. Para medir el capital social a nivel individual y colectivo, se utilizó cuatro variables que toman la forma de indicadores y que a nivel país se manejan de manera agregada, las cuales son la membresía asociativa y la participación cívica, y las variables de capital social cognitivo son la confianza generalizada y en el vecindario. En cambio, para evaluar la desigualdad socio-económico se recurrió al índice de Gini, que se fundamenta en el total de ingresos del mercado, los valores oscilan de 0 a 100, en donde 0 semeja a la igualdad socio-económica perfecta y 100 equivale a una desigualdad total. Por último, las variables demográficas que se incluyeron fueron la edad, sexo, estado civil y nivel de ingresos; para calcular el nivel de ingresos los encuestados informaron sobre el ingreso de cada familia en una escala de 1 al 10 (Vinces, Emmelin & Stafstrom, 2018: 4).

Posteriormente, se ejecutó un análisis multivariado, en el modelo uno se incluyó al nivel de educación y la salud auto-evaluada, a más de las variables demográficas; en el modelo dos se añadió el modelo uno y el capital social; el modelo tres fue modificado para investigar la relación que tienen las variables de la educación y el capital social; el modelo cuatro se dividió en cuatro sub-modelos para medir la interacción entre el nivel de educación y cada variable de capital social colectivo, con el objetivo de conocer si dicha interacción modifica el nivel de la salud auto-evaluada; el modelo cinco también se dividió en cuatro sub-modelos para medir la interacción de la desigualdad de ingreso conjuntamente con tres variables como son: la educación, los cuatro indicadores de capital social y el índice de Gini (Vinces, Emmelin & Stafstrom, 2018: 4).

La población muestral para el caso de Ecuador fue de 1.202 encuestados, de los cuales el 74,04% informaron tener una buena salud auto-evaluada, de los cuales el 42,32% de los entrevistados reportaron tener una educación inferior, es decir personas que no han completado la secundaria. De acuerdo con los resultados, Ecuador es uno de los países con mayor desigualdad en la región, sin embargo, las variables de capital social dividido en membresía asociativa, participación cívica, confianza generalizada y en el vecindario, no fueron estadísticamente significativas (Vinces, Emmelin & Stafstrom, 2018: 4).

Como resultado, la educación y el indicador de desigualdad tienen incidencia en la salud auto-evaluada, debido a que un individuo que tenga mejores niveles de educación e ingresos reportan tener una buena salud, no obstante cuando se incluyó variables demográficas como el sexo y la edad, la relación con la salud auto-evaluada disminuyó (Vinces, Emmelin & Stafstrom, 2018: 5).

Por otro lado, en el análisis multivariado expuesto por los autores se encontró que los individuos que tienen niveles de educación media y superior, poseen más probabilidad de contar con una buena salud auto-evaluada que los individuos que tiene educación baja; no obstante esto cambia cuando se introducen variables demográficas, debido a que a pesar de contar con un nivel de educación superior, los resultados

en la salud auto-evaluada variaron por la edad, sexo o ingresos. A pesar de que las variables del capital social no tuvieron significancia, la confianza generalizada modera la interacción entre los niveles de educación y salud, puesto que cuando los individuos tienen confianza en un país, existen mayores probabilidades de que los individuos cuenten con una buena salud auto-evaluada, aun cuando tengan un menor nivel de educación e ingresos, esto se explica a causa de que las sociedades igualitarias tienen menores tasas de desigualdad de ingresos, pero con un alto capital social, los mismos que se encuentran relacionados con una buena salud (Vinces, Emmelin & Stafstrom, 2018: 6-7).

Este estudio sirve en la presente investigación para conocer que el capital social, es decir la confianza generalizada de los individuos hacia el Estado, puede contribuir para que cada individuo cuente con una buena salud auto-evaluada, independientemente de si cuenta con altos niveles de educación e ingresos, por lo que la intervención del Estado que mediante políticas públicas sociales y económicas pueden reducir las brechas de acceso a los servicios de salud, debido a que no afectaría si un individuo no cuenta con los recursos tanto económicos como sociales para que perciba un buen estado de salud. Sin embargo, medir la confianza generalizada no es el objetivo del presente estudio, porque solo se van a utilizar medidas socio-económicas para medir la influencia de las mismas en el estado de salud de los individuos, y más tarde proporcionar recomendaciones de política pública que puedan contribuir a la disminución de la desigualdad para conseguir un buen estado de salud, incluso para grupos vulnerables.

Finalmente, a partir de establecer esta la relación del estado de salud de las mujeres y las variables socio-económicas se puede hacer recomendaciones de política pública para el disfrute de los derechos de hombres y mujeres, en el año 2000 la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, puso en consideración la importancia de igualdad de derechos sin ningún tipo de discriminación, en la que se incluye el acceso en todos sus niveles a la atención en temas de salud (OSM, 2005: 10). Sin embargo, para las mujeres siendo consideradas un grupo vulnerable debe desarrollar políticas con enfoque “asistencialista”, es decir en donde intervengan el Estado con políticas públicas de igualdad de género, debido a que se debe tomar en cuenta las diferencias conceptuales en relación a los derechos de las mujeres (PNUD, 2007: 14).

La equidad de género no se traduce en distribuir de modo igualitario los recursos y servicios entre hombres y mujeres, sino es exigir que estos recursos y servicios se asignen y dirijan de manera diferenciada, en donde se adapte a las necesidades específicas de cada sexo, además de depender del contexto socio-económico en el que se desarrolla (OPS, 1993: 11). Por lo que, es necesario diferenciar las necesidades y los componentes de género, y su relación con otras variables. Para lo cual se debe asignar diferencialmente recursos y servicios de atención sanitaria, es decir según las necesidades específicas de mujeres y hombres; acceder a servicios de atención sanitaria que se provea y demande de acuerdo a las necesidades de cada sexo; y contar con servicios de atención sanitaria que se paguen según la capacidad económica de las personas (Gómez, 2002: 2).

En conclusión, a partir de la revisión de la literatura en donde se relaciona el estado de salud y los factores socio-económicos, se puede establecer que para reducir las brechas de género en salud entre hombres y

mujeres, primero es necesario conocer los factores que influyen en el estado de salud de las mujeres; y segundo, se debe establecer políticas públicas que modifiquen los factores que impiden el acceso equitativo e igualitario a los servicios de salud. Diversos autores concluyeron y coincidieron que el estado civil, composición del hogar, situación económica, trabajo, ingreso, nivel educativo, condición migratoria y factores demográficos como edad, etnia y lugar de residencia, influyen en la auto-percepción del estado de salud de las mujeres en diferentes proporciones, es decir una variable tiene más probabilidad de influir en el estado de salud que otra.

Los autores de acuerdo a la metodología que utilizaron demostraron que efectivamente existe relación entre el estado de salud auto-percibido y la situación socio-económica a la que se enfrentan tanto hombres como mujeres, no obstante esta relación puede cambiar si se estratifica por edad, sexo y etnia. Es importante considerar que las variables que tienen mayor probabilidad de influenciar en el estado de salud de las mujeres y los hombres son los niveles de educación, empleo, ingreso y estado civil; sin embargo, esta probabilidad de influencia es mayor en todos los casos para las mujeres, por lo que según los estudios revisados es evidente que las mujeres gozan de peor salud que los hombres, a pesar de contar con las mismas condiciones socio-económicas, lo que cual limita sus oportunidades económicas y sociales para desarrollarse y mejorar su calidad de vida (González, 2007: 9).

En algunos casos estudiados la etnia influye en el estado de salud, pero depende de la ubicación geográfica en la que se desarrolle, es decir si vive en zona rural o urbana, sin embargo esta influencia no se ve afectada por el sexo, debido a que tiene más peso si pertenece a una etnia como la indígena o la afro descendiente por la discriminación histórica que sufren estos grupos vulnerables. Por otro lado, si bien es cierto que la edad influye en la salud de las personas hay que considerar que las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los hombres y por ende tienen tendencia a enfermarse más y acceder en mayor proporción a los servicios de salud.

Por lo tanto, el estado de salud de las mujeres no depende solo de aspectos biológicos, sino también a aspectos sociales y económicos, lo que condiciona o facilita el mantenimiento de un muy bueno, bueno o mal estado de salud. Además, es importante connotar que para mantener un buen estado de salud no solo es necesario la intervención del sistema nacional de salud, sino también de políticas a nivel general que modifiquen la educación, mercado laboral, distribución de ingresos y varios factores más que según la revisión bibliográfica tienen una probabilidad de influencia en el acceso y utilización de los servicios sanitarios.

Capítulo I. Situación Socio-económica de las mujeres de la parroquia de Zumbahua

En este capítulo se describe la situación socio-económica en la que se encuentran las mujeres de la parroquia de Zumbahua, según la OPS (2005:12) para analizar la situación en salud de una población determinada, es necesario caracterizar a la población de estudio y conocer el contexto social, económico, cultural y ambiental en el que se desenvuelven las mujeres indígenas.

De tal manera, que para describir la situación de las mujeres indígenas y las desigualdades de género a las que se enfrentan, es imperioso explicar la posición específica que ocupan, por lo que se va a considerar la caracterización demográfica y geográfica de la población, infraestructura, servicios básicos, contexto social y cultural, educación, economía y producción, estilo de vida y salud, debido a que se debe analizar a la sociedad en su conjunto para establecer la relación que existe con el sector de la salud.

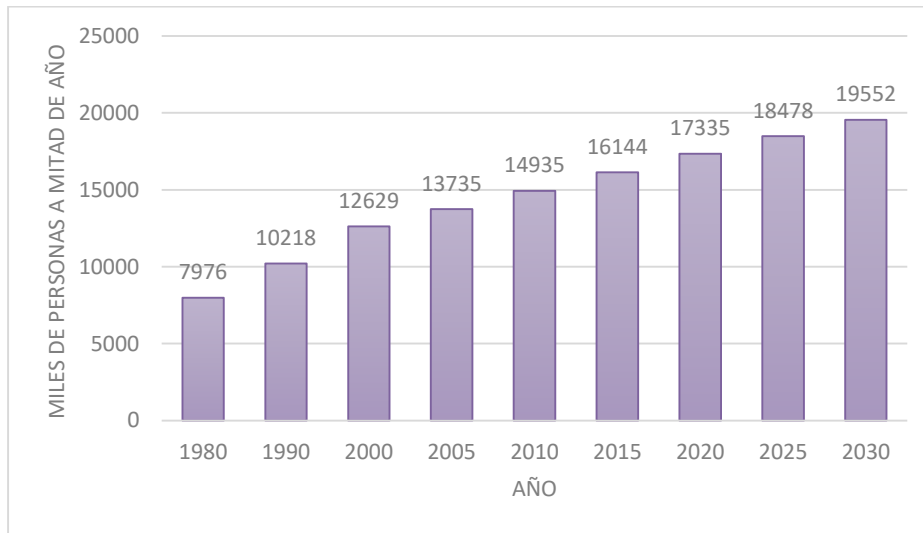
Características demográficas de la población ecuatoriana

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) presentó su último estudio en 2017 sobre las Proyecciones de Población de los países de América Latina, en el que se incluye a Ecuador, el mismo que indica los cambios y evoluciones demográficas que se han experimentado y las variaciones en las tasas de participación segregada por sexo, edad y área de residencia, así como también variaciones debido a la disminución en las tasas de natalidad y mortalidad (CEPAL, 2017: 12).

En el gráfico 1 se puede observar las estimaciones y proyecciones de la población total en el Ecuador, en el 2015 existen 16,1 millones de habitantes y para el 2030 serán 19,5 millones de habitantes, por lo cual se deduce que ha existido una disminución sostenida de la tasa de crecimiento poblacional y el incremento de la esperanza de vida, debido a una dinámica apresurada en el envejecimiento de las estructuras de edad que para el periodo de 1980-1985 pasó de 64,6 a 75,6 años para el 2010-2015 (CEPAL, 2016: 75).

Según el INEC (2010:7), la reducción de la velocidad del crecimiento poblacional se debe a la disminución de las tasas de fecundidad, reducción del número de hijos por hogar y las parejas se casan menos y a que los casados se divorcian más; además, uno de los factores que también influyen es la disminución del embarazo adolescente. Todo lo anteriormente mencionado se deriva del incremento del nivel educativo, enseñanza sobre métodos anticonceptivos en los establecimientos educativos, disposición de servicios básicos y la opción de no contraer matrimonio o retrasar la tenencia de hijos.

Gráfico 1 Proyección de la población total en el Ecuador



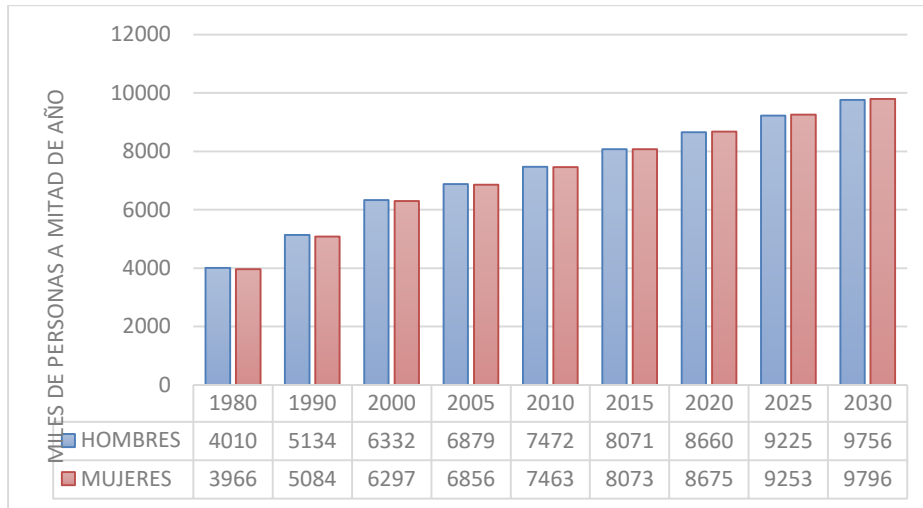
Fuente: Proyecciones de población Ecuador, CEPAL (2016)

Elaboración: Blanca Enríquez Prado

Según datos proporcionados por la CEPAL (2016:75), existe disminución en la tasa de crecimiento poblacional en el Ecuador por cada 1.000 habitantes, que a pesar de tener un crecimiento relativo en la población total, no se ha evidenciado un aumento en la tasa bruta de crecimiento poblacional que en el año 2005-2010 fue de 16,7% y para el año 2015-2020 hubo una disminución de 2,5% siendo de 14,2%.

Como se puede observar en el gráfico número 2, existe una mayor proporción de mujeres que de hombres, debido a que las mujeres tienen mayor esperanza de vida con 78 años y 72 años en el caso de los hombres. A pesar de que las mujeres desempeñen un rol reproductor y social de género, y pueden contraer “las enfermedades de madre”, pero tienen una ventaja porque son menos propensas a tener accidentes de tránsito o por violencia (CEPAL, 2016: 75).

Gráfico 2 Proyección de la población total en el Ecuador por sexo.



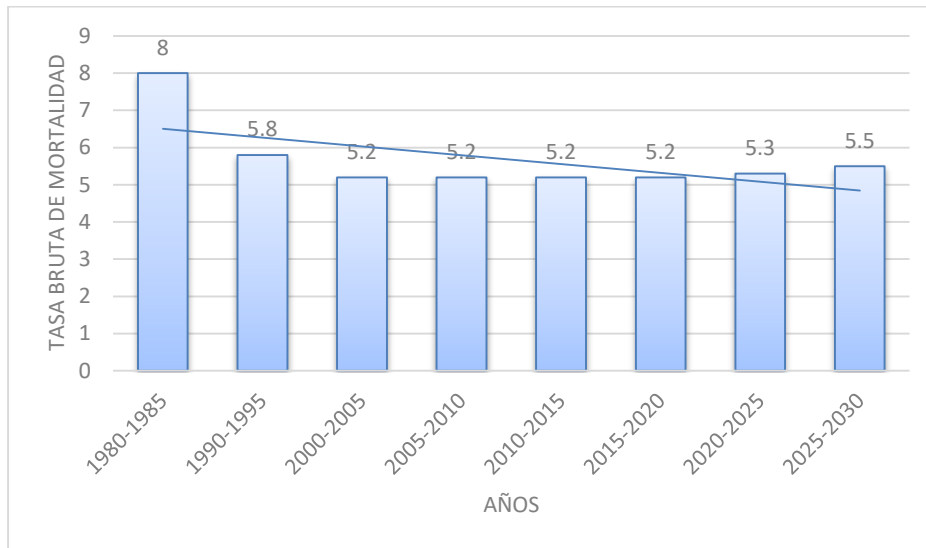
Fuente: Proyecciones de población Ecuador, CEPAL (2016)

Elaboración: Blanca Enríquez Prado

La reducción observada de la mortalidad favorece tanto a la reducción de brechas de supervivencia entre hombres y mujeres, como a la desaceleración del crecimiento poblacional; no obstante la mortalidad puede invalidar la ventaja biológica que tienen las mujeres, porque puede encontrarse en zonas rurales, por el escaso acceso y la utilización de los servicios de salud a las que se enfrentan, además afecta de manera importante a las poblaciones que viven en zonas rurales, como por ejemplo la población indígena la que en su gran mayoría vive en lugares más apartados y es considerado de mayor dificultad el acceso a los servicios de salud (Milosavljevic, 2007; Citado en Ruiz & Bonometti, 2010: 4).

Cabe agregar que también ha existido un aumento en la mortalidad masculina, los principales causantes son los accidentes de tránsito, violencia, alcoholismo y tabaquismo, que son un reflejo de la disminución de la esperanza de vida al nacer (INEC, 2001: 10).

Gráfico 3 Tasa bruta de mortalidad en el Ecuador



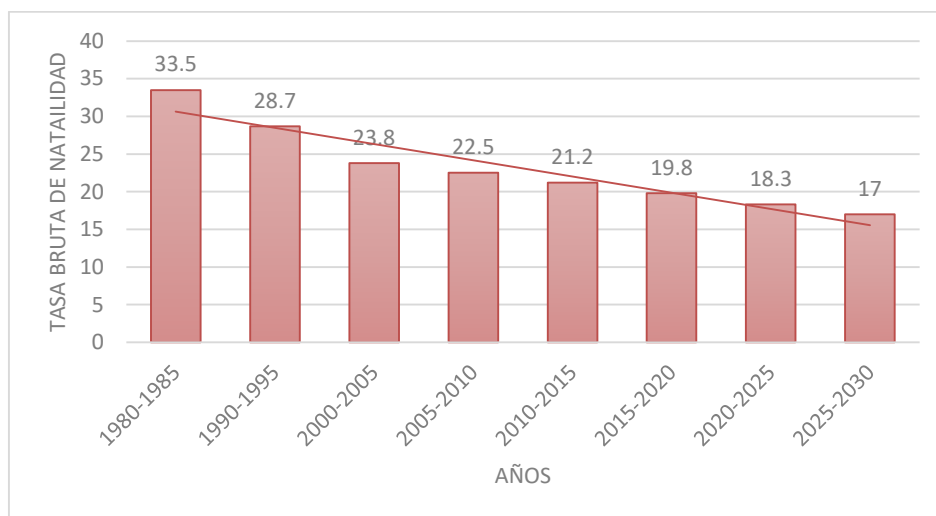
Fuente: Proyecciones de población Ecuador, CEPAL (2016)

Elaboración: Blanca Enríquez Prado

La tasa bruta de mortalidad también se ha visto modificada debido a las enfermedades crónicas degenerativas y las causas que se originan, tales como accidentes y homicidios y se han visto reemplazadas por las enfermedades transmisibles; una de las principales causas de enfermedad tanto para hombres como para mujeres son los problemas isquémicos del corazón, enfermedades cerebrovascular y diabetes mellitus; en algunas regiones y países los problemas respiratorios como la influenza y la neumonía se perfilan como la segunda causas de fallecimiento más frecuente (OPS, 2009a: 24).

Por otro lado, en el gráfico 4 se puede observar que la tasa bruta de natalidad del Ecuador pasó de 33,5% entre 1980 y 1985 a 21,2% entre 2010 y 2015; esta disminución de la tasa de natalidad en el Ecuador puede verse influenciada por la edad en la que las mujeres contraen matrimonio o deciden no contraer, uso de métodos anticonceptivos, aborto voluntario e infecundidad post parto (Bay, Del Popolo & Ferrando, 2003: 9-19). No obstante, según los autores lo que más influye en la disminución de la natalidad es la edad a la que empiezan a tener relaciones sexuales, aumento de los años de escolaridad e incremento de la participación laboral de mujeres, además de políticas sociales y culturales que se han sido adoptadas en los últimos años, como el acceso gratuito a métodos anticonceptivos, impartición de educación sexual en unidades educativas y reducción de las personas que se casan a corta edad (MSP, 2017: 20).

Gráfico 4 Tasa bruta de natalidad en el Ecuador



Fuente: Proyecciones de población Ecuador, CEPAL (2016)

Elaboración: Blanca Enríquez Prado

Los factores anteriormente mencionados se ven influenciados también por el aumento de los niveles educativos de las mujeres, así la disminución del analfabetismo que pasó de 10,3% en 2001 a 7,7% en 2010 (INEC, 2010: 2). Además, de que la matrícula en establecimientos educativos se ha igualado tanto para hombres como para mujeres, y se han podido cerrar brechas educativas que en el pasado favorecía a los hombres. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos que ha realizado el Estado se mantiene la tendencia de que mujeres que se encuentran entre los quintiles más pobres y las poblaciones afro ecuatorianas e indígenas no cuentan con las mismas oportunidades de acceso a la educación, ni de terminar los estudios para que se puedan tener posibilidades de un futuro mejor (OPS, 2009a: 14).

Resulta oportuno mencionar que estos cambios han sido el resultado de los incentivos y oportunidades económicas, sociales y culturales que ha realizado el Estado, que contribuye a disminuir las desigualdades de género con ayuda de la toma de decisiones por parte de las mujeres en su vida sexual y reproductiva, que mejora su salud y por ende las condiciones socio-económicas de toda la población. La reducción de la natalidad brinda una dirección para la elaboración de políticas públicas que mejoren las condiciones de vida de la población.

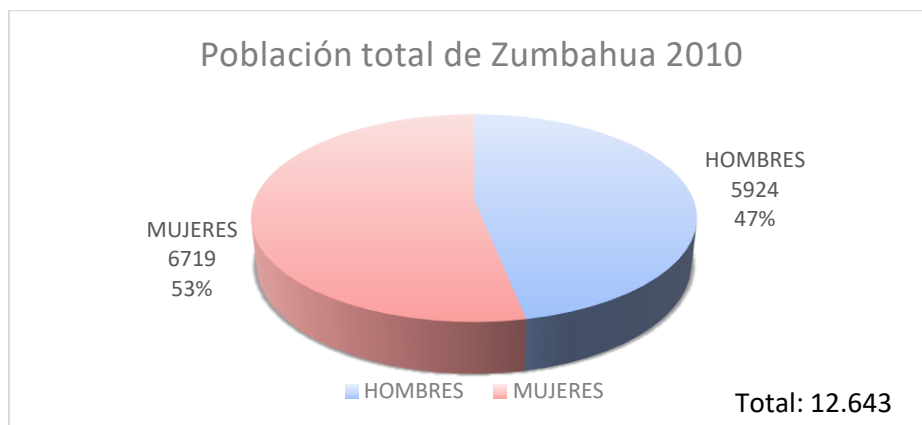
Según la CEPAL (2008: 24) la disminución de las tasas de natalidad puede ser una ventaja para invertir en disminuir la pobreza, mejora de la educación, acceso a los servicios de salud, aumento de las plazas de empleo y protección social. La inversión tiene que partir por los jóvenes para que obtengan una educación de calidad y accedan a servicios básicos que cubran todas sus necesidades específicas, debido a que si los jóvenes no obtienen estos factores no podrán acceder a trabajos de calidad y afectar en un futuro a sus ingresos, lo que a largo plazo puede contribuir en la generación de crecimiento económico y social.

Características demográficas de la parroquia de Zumbahua

La Parroquia de Zumbahua se encuentra en el cantón Pujilí que pertenece a la provincia de Cotopaxi. Según los últimos datos del Censo de Población y Vivienda realizado por el INEC en el 2010, la parroquia de Zumbahua tiene 12.643 habitantes de los cuales 5.924 son hombres y 6.719 son mujeres. Zumbahua es considerada como una zona rural. Según datos del INEC las áreas rurales tienen menor crecimiento poblacional que las zonas urbanas, razón por la cual la provincia de Cotopaxi no se encuentra en las 10 principales provincias con mayor crecimiento, mientras que provincias insulares y orientales cuentan con una mayor dinámica poblacional (INEC, 2010: 7).

Zumbahua se caracteriza por ser una parroquia donde el 98,90% de su población se auto-identifica como indígena, el restante 1,1% se identifica como mestiza. La población indígena es caracterizada y se diferencia de los demás pueblos y nacionalidades del Ecuador, por mantener sus tradiciones y costumbres ancestrales y su modo de vida cultural, lo que contribuye a conservar y fomentar los conocimientos y saberes ancestrales (GAD Parroquial Rural de Zumbahua, 2016).

Gráfico 5 Distribución de la población de Zumbahua por sexo



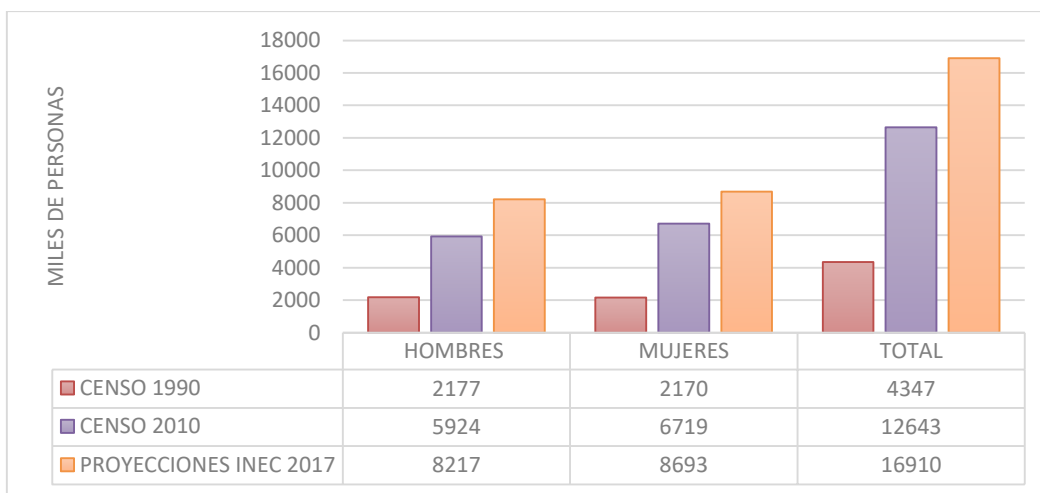
Fuente: INEC (2010)

Elaboración: Blanca Enríquez Prado

Según la distribución poblacional por sexo se confirma la existencia de una mayor proporción de mujeres con el 53%; sin embargo existe un decrecimiento desacelerado de la población a partir de los últimos 10 años, que se puede asociar con la disminución de la natalidad y una mayor esperanza de vida al nacer, no obstante factores como el control de la natalidad y la alta migración son factores que influyen directamente con la disminución poblacional (INEC, 2010: 7).

Así también, la reducción de la velocidad del crecimiento de la población es afectada por varios factores tales como: la disminución del tamaño del hogar, por la decisión de las familias de tener un menor número de hijos; aumento de las familias unipersonales, y reducción de parejas que contraen matrimonio y el aumento de divorcios; los factores anteriormente descritos deben considerarse como una ventaja para las familias, porque crea un efecto de freno en los gastos familiares, por la disminución de las implicaciones económicas y sociales que es tener un menor número de integrantes de cada hogar, y a largo plazo producen beneficios económicos al momento de responder por los gastos mensuales. En la actualidad, las mujeres tienen un papel más participativo en la economía y el trabajo, y en general en la vida social, dejando a un lado el pensamiento clásico de ama de casa con bajos niveles educativos y siendo la principal responsable en el cuidado de los niños (INEC, 2010: 12).

Gráfico 6 Evolución del crecimiento poblacional de Zumbahua



Fuente: Proyecciones de población Ecuador, CEPAL (2016)

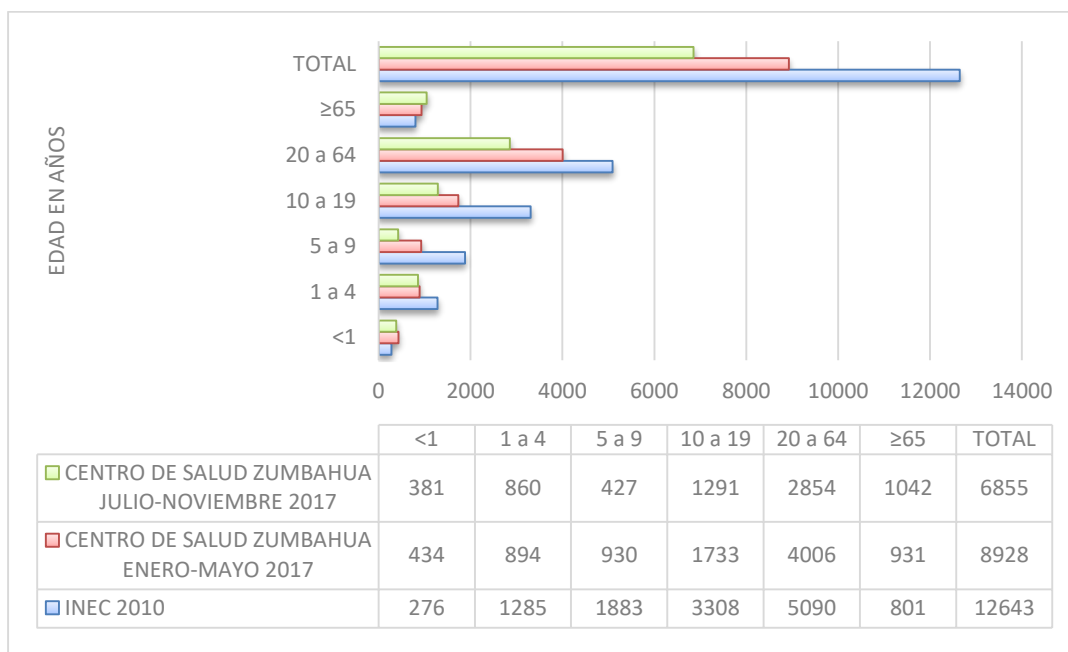
Elaboración: Blanca Enríquez Prado

En el gráfico número 7, se distribuyen los datos de acuerdo a la población de Zumbahua en los diferentes grupos etarios en los que se encuentran, los datos provienen de las fichas familiares de cada uno de los ciudadanos atendidos en el Centro de Salud de Zumbahua por todos los profesionales médicos. Cabe recalcar que no toda la población acude al centro de salud, ya sea por problemas de distancia o porque simplemente prefieren no hacerlo (MSP, 2017).

Se puede ver que según la distribución de la población por grupos etarios predomina la población de un rango de edad entre los 20 a 64 años de edad que representa el 40% de la población total, a la que el Estado debe asegurar la obtención de oportunidades laborales de calidad, además de un sistema de salud que asegure mejorar la productividad laboral que permita su desarrollo económico y por ende social; el segundo grupo poblacional está formado por el 26% de individuos que se encuentran en un rango de entre los 10 a 19 años, en el cual la intervención del Estado es de vital debido a que debe proveer mayor acceso a los servicios

básicos como educación y salud, con el objetivo de mejorar el desarrollo humano, económico y social de este grupo a lo largo de la vida de cada individuo (INEC, 2001: 10).

Gráfico 7 Distribución de la población de Zumbahua por grupos etarios



Fuente: Centro de Salud de Zumbahua (2017), INEC (2010).

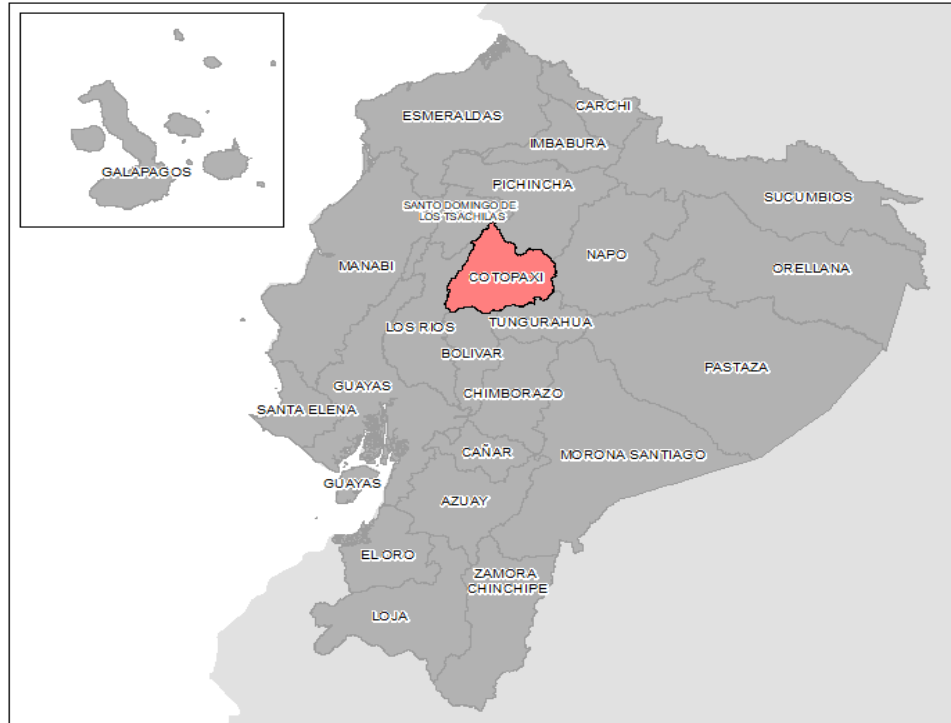
Elaboración: Blanca Enríquez Prado

Según la literatura las áreas geográficas que son deprimidas y con menor desarrollo y que se ubican en los quintiles más bajos, son propensas a tener menos oportunidades para el acceso a las oportunidades para el desarrollo y progreso, adicionalmente tienen mayores tasas de morbilidad y mortalidad, por lo que se deben considerar como grupos de prioridad para la intervención del Estado (INEC, 2010: 12).

Características geográficas de la parroquia de Zumbahua

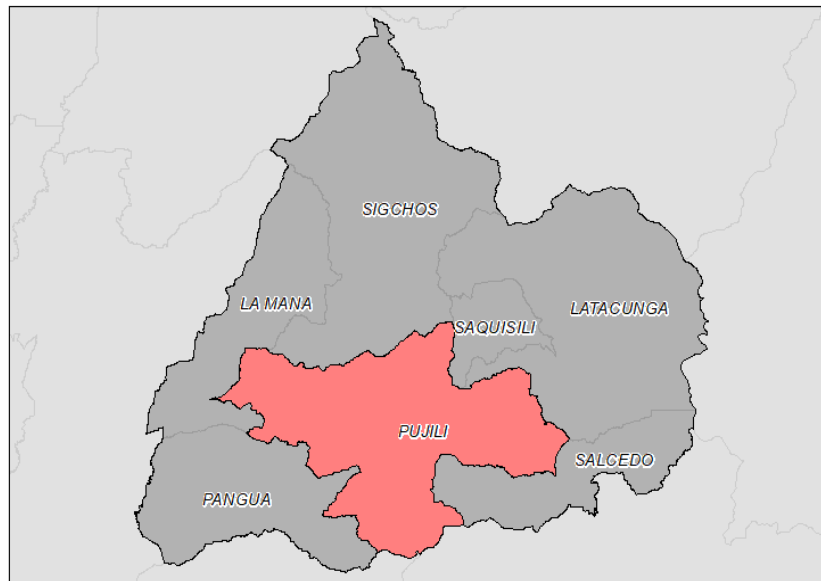
La parroquia de Zumbahua se encuentra ubicada en la provincia de Cotopaxi, al sur oeste del cantón Pujilí; es una de las parroquias con mayor altitud, se encuentra entre los 3.300 y 4.000 metros sobre el nivel del mar. Además, es una de las zonas con mayor cantidad de páramos de la provincia, cuenta con temperaturas medias de entre 8° a 16°C (GAD Parroquial Rural de Zumbahua, 2016).

Mapa 1 Mapa provincial del Ecuador



Fuente: Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial rural de Zumbahua 2016.
Elaboración: Blanca Enríquez Prado

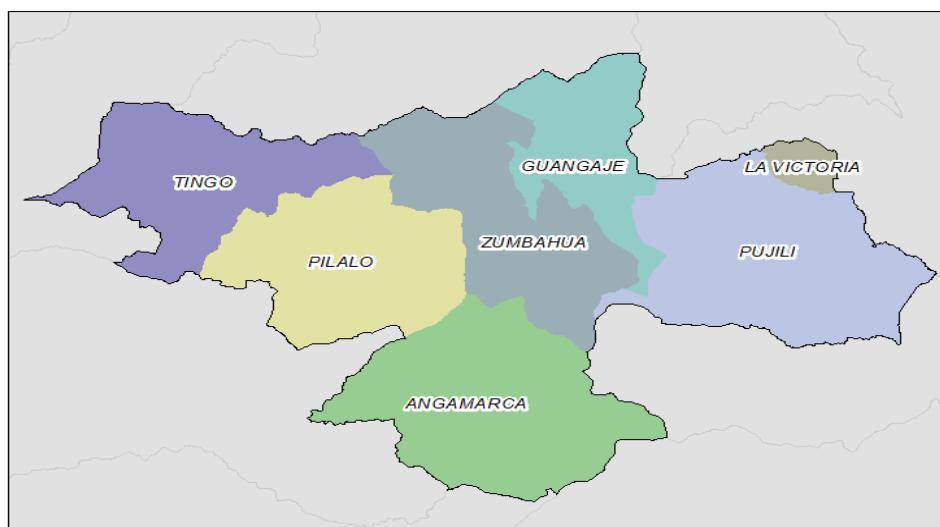
Mapa 2 Mapa cantonal de Cotopaxi



Fuente: Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial rural de Zumbahua 2016.
Elaboración: Blanca Enríquez Prado

La parroquia se encuentra limitada al norte con el cantón Sigchos y con la parroquia de Guanajage del cantón Pujilí; al sur con la parroquia de Angamarca y Cusubamba del cantón Salcedo; al este con la parroquia de Guanajage del cantón Pujilí; y al oeste con la parroquia de Pilaló y Tingo del cantón Pujilí (GAD Parroquial Rural de Zumbahua, 2016).

Mapa 3 Mapa parroquial de Zumbahua

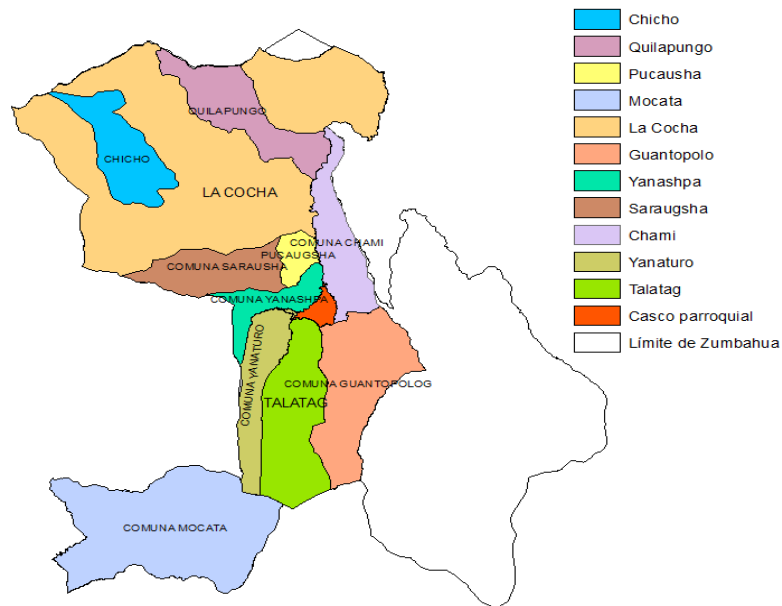


Fuente: Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial rural de Zumbahua 2016.

Elaboración: Blanca Enríquez Prado

Según el GAD Parroquial de Zumbahua (2016) la división política administrativa de la parroquia de Zumbahua se encuentra conformada por 13 comunidades que son:

Mapa 4 Mapa de comunidades de la parroquia de Zumbahua



Fuente: Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial rural de Zumbahua 2016.
Elaboración: PUCE, 2017.

A partir del 16 de junio de 1972, la hacienda Zumbahua bajo administración gubernamental, alcanzó el objetivo de transformarse en parroquia, la que actualmente pertenece al Cantón de Pujilí. El convenio de creación de la parroquia de Zumbahua, está adjunto al Registro Oficial número 88 del 26 de junio de 1972, en donde se establece en el artículo 3 que “La Nueva Parroquia tendrá como cabecera parroquial el poblado de Zumbahua que será el asiento administrativo de autoridades” (PUCE, 2017: 13).

La parroquialización de Zumbahua se dio gracias a la demanda de las comunidades y el apoyo de sus dirigentes y pobladores, con el objetivo de buscar el progreso y desarrollo de la población, debido a que los ciudadanos eran víctimas de abusos por parte de las autoridades cantonales. Como resultado de la parroquialización se activó la economía y la producción agrícola y ganadera, por lo que se pudo comercializar directamente con ciudades como Latacunga, Quevedo, La Maná, La Esperanza y Pilaló. Vías como la Panamericana Sur y Quevedo permiten el acceso a la parroquia de Zumbahua, no obstante ingresar a las comunidades es más complejo, debido a que existen vías de tercer orden en malas condiciones y con difícil acceso. La parroquia cuenta con terrenos relativamente planos, sin embargo tienen inclinaciones, la cabecera Parroquial de Zumbahua es una zona rural, cuenta con los servicios básicos, sin embargo en algunas comunidades no cuentan con todos servicios (PUCE, 2017: 14).

Diagnóstico geográfico de la parroquia de Zumbahua

Con respecto a las características geográficas, la altitud oscila entre los 3.300 y 4.000 metros sobre el nivel del mar, el nivel más bajo se encuentra ubicado al noroeste de la parroquia, en donde se sitúa la principal salida de la vertiente hidrográfica, de la que se alimenta al Río Pilaló, con una altura de 2.080 msnm. Por el lado del borde se encuentra el cráter del volcán de la laguna del Quilotoa que tiene una altitud de 3.840 msnm y por otro lado, la cabecera parroquial se encuentra a 3.520 msnm (GAD Parroquial de Zumbahua, 2015: 24).

La lengua nativa de los habitantes de la parroquia es el Kichwa y en poca proporción el castellano, las que son puestas en práctica por la interacción de las dos culturas en el espacio económico y social (GAD Parroquial Rural de Zumbahua, 2016).

Por sus niveles de altitud la parroquia de Zumbahua tiene climas fríos y la temperatura media que caracteriza a la zona es de 8 a 16°C, aunque existen dos temporadas climáticas, en los meses de agosto, noviembre, diciembre y febrero existen temperaturas extremas que pueden llegar inclusive a una temperatura menor a 7°C. Por un lado, la primera estación de verano, comienza en septiembre hasta mediados de noviembre, por otro lado, la segunda estación invierno comienza a finales de noviembre hasta agosto, sin embargo, por los cambios climáticos, han existido variaciones y prolongaciones en estas estaciones climáticas. El clima varía por la presencia del callejón interandino o cordillera de los Andes, por lo que los vientos soplan por los valles y llanuras. Esta parroquia se caracteriza por localizarse en el piso o escalón climático “frío o páramo” que conjuga a todas las zonas que van desde los 3.200 hasta las 4.700 msnm, por lo que la temperatura puede variar entre 1 y 10 °C. Por tales motivos, se ocasionan tempestuosos aguaceros, neblinas espesas y lloviznas casi constantes (GAD Parroquial de Zumbahua, 2015: 32).

Por otro lado, la orografía de la parroquia de Zumbahua es irregular con quebradas y pendientes, que al unirse forman valles fluctuantes con pocas zonas planas, que generalmente se sitúan en zonas húmedas, que son llamadas pantanos, de aquí nacen vertientes que cuando se unen y conforman afluentes como el de Río Michacalá y Rumichaca, además de que en pequeñas cantidades bajan por las quebradas de Paccha y Tigua, que al unirse constituyen el Río Zumbahua, el mismo que da lugar al Río Toachi (GAD Parroquial de Zumbahua, 2015: 35).

Según el GAD Parroquial de Zumbahua (2015: 80) en las zonas del páramo se encuentran vertientes o áreas húmedas, que son los principales sistemas de abastecimiento de agua pero entubada, que son utilizadas por las comunidades que se ubican en la parte baja de la parroquia, además de alimentar a los ríos. La parroquia de Zumbahua acoge a las siguientes vertientes:

- En la comunidad de Saraugsha se encuentran las vertientes de Patac, CuichiYau, Anga Huachana, Sig-Sig Cuchu.
- En la comunidad de Yanashpa se ubican las vertientes de Chimborazo, Uctu Rumi, Chanhunga y Palitingo.
- En la comunidad de Talatac se encuentran las vertientes de Tumbuzuc, Milinpamba, Lucin Cuchu, Yarac Rumi, Chaluá Tingo.
- En la comunidad de Michacalá se ubican las vertientes de Corral Cuchu, Pusu Rumi, Sacha Urcu, Toro Rumi, Ira urco, Cantana, SigSigCuchu, Acabana, Quincha Rumi, Toro Pucru, Atog Huachana, UrcuPuncu, QuiruSirina, Quizu Pata, Misisitama.

Pobreza

La Comisión Económica para América Latina y Caribe (2013) establece que los pueblos indígenas experimentan una mayor incidencia de pobreza, perciben menores ingresos, tienen menos oportunidades laborales, menos años de escolaridad y esperanza de vida, mayor mortalidad materna e infantil, así como también menor acceso a servicios de salud y escaso acceso a servicios básicos (CEPAL, 2013: 15).

Generalmente, estos aspectos impactan específicamente a mujeres indígenas que suelen tener menores oportunidades que los hombres indígenas. Además, según la evidencia es importante en el contexto en el que se desarrolle, debido a que para las mujeres indígenas que residen en zonas rurales tienen diferentes condiciones en temas de salud, educación y vivienda que mujeres que residen en zonas urbanas (CEPAL, 2013: 59).

Según la CEPAL (2013: 142) se ha observado que las mujeres indígenas se inclinan más por ocuparse en trabajos domésticos, de comercio y servicio, no obstante las mujeres que viven en zonas rurales ejercen trabajos en el sector primario, es decir en la agricultura y ganadería, sin embargo las leyes y normativas vigentes no protegen de modo adecuado a las mujeres, por lo que ven vulnerados sus derechos, al no adecuarse a estas particularidades del trabajo femenino.

En zonas rurales, las mujeres indígenas que trabajan como empleadas domésticas no perciben un salario digno para poder cubrir todas sus necesidades básicas; y sufren problemas como violencia y discriminación, lo que conlleva a que exista una mayor probabilidad de enfrentar pobreza, en hogares más numerosos, además de mostrar una relación directa entre la pobreza y los hogares que cuentan con una jefatura materna. Existen algunas investigaciones en donde se explica que el sexo del jefe de hogar interviene directamente en los niveles de bienestar. En Ecuador, entre 2006 y 2014, consta un incremento de la jefatura femenina, sin embargo esto no depende de la condición de pobreza en la que se encuentre, aunque esta situación se evidencia en mayor proporción con un 5,8% para hogares no pobres y de 3,3% que para los hogares pobres (INEC, 2016b: 131).

Según el reporte de pobreza realizado por el INEC 2006-2014, Ecuador es considerado como un país multiétnico y pluricultural, en donde la población indígena es el grupo étnico con una mayor incidencia de pobreza. Para el 2014, del 25,8% de población en condiciones de pobreza, cerca del 64,8% provienen de la etnia indígena (INEC, 2016b: 132).

Por un lado, la pobreza por consumo se da cuando la población no logra cubrir el costo mensual de la canasta básica alimenticia y por ende no logra satisfacer las necesidades básicas, en el caso de la parroquia de Zumbahua el 54.9 % no tienen pobreza por consumo, mientras que el 45,1% de la población posee pobreza por consumo. Por otro lado, la pobreza extrema por consumo, se da cuando la población carece tanto de activos y sufren de enfermedades crónicas o catastróficas, además de incluir a la malnutrición, mala educación, acceso a la salud limitado y marginación y exclusión, en la parroquia aproximadamente el 13,3% de la población total vive en condiciones de extrema pobreza. Finalmente, la pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas conjuga a factores tales como el saneamiento, acceso a agua potable, hacinamiento, infraestructura, dependencia económica y asistencia a instituciones educativas, por lo que el hogar se va a considerar pobre si tiene una o más privaciones para acceder a los factores anteriormente descritos, en esta parroquia el 41% de la población es pobre NBI (MSP, 2017: 28).

Se puede concluir que la pobreza en todos sus niveles, afecta de manera especial en las mujeres indígenas porque presentan menores niveles de desarrollo económico y social que la población no indígena; además, las mujeres indígenas tienen menos oportunidades de acceso a la educación, empleo y prestaciones de seguridad social que el resto de la población por vivir en zonas rurales; lo que restringe la capacidad de las mujeres para acceder a recursos económicos y sociales, que no les permite participar plenamente en la sociedad y con ello mejorar los niveles de bienestar de los hogares y comunidades, y finalmente romper la trampa de la pobreza.

Educación

Según la UNESCO 2002 (Citado en De Vincezi & Tudesco, 2009: 1) la educación es considerada como un instrumento para abatir tanto obstáculos sociales como económicos que sufre la sociedad, con el objetivo de alcanzar libertades humanas y mejorar la calidad de vida de la población. En este sentido, según la evidencia recolectada por la UNESCO se puede establecer que existe una relación entre la alfabetización y la esperanza de vida, debido a que padres con mayores años de escolaridad tienen hijos con mejor salud y viven más tiempo. Por lo tanto, un individuo con educación defiende sus derechos y mejora su confianza para tomar decisiones sobre aspectos que pongan en riesgo el bienestar individual.

Como lo ha establecido Becker y Schultz 1964 (Citado en Rodríguez & Baca, 2011: 2), la salud y la educación constituyen la base para la formación del capital humano, por lo cual para mejorar el bienestar económico y desarrollo humano es necesario contar con niveles adecuados de educación y salud. La

ausencia de salud puede afectar la capacidad de aprendizaje, así como también el desarrollo cognitivo, intelectual y emocional de los individuos, y logra ser un obstáculo para conseguir el desarrollo personal y a largo plazo asegurar sus condiciones económicas. Es decir, tener una mala salud y malnutrición puede conllevar a obtener bajos rendimientos académicos y problemas de atención, lo que a su vez genera baja productividad, lo que se traduce en un bajo desempeño y rendimiento escolar.

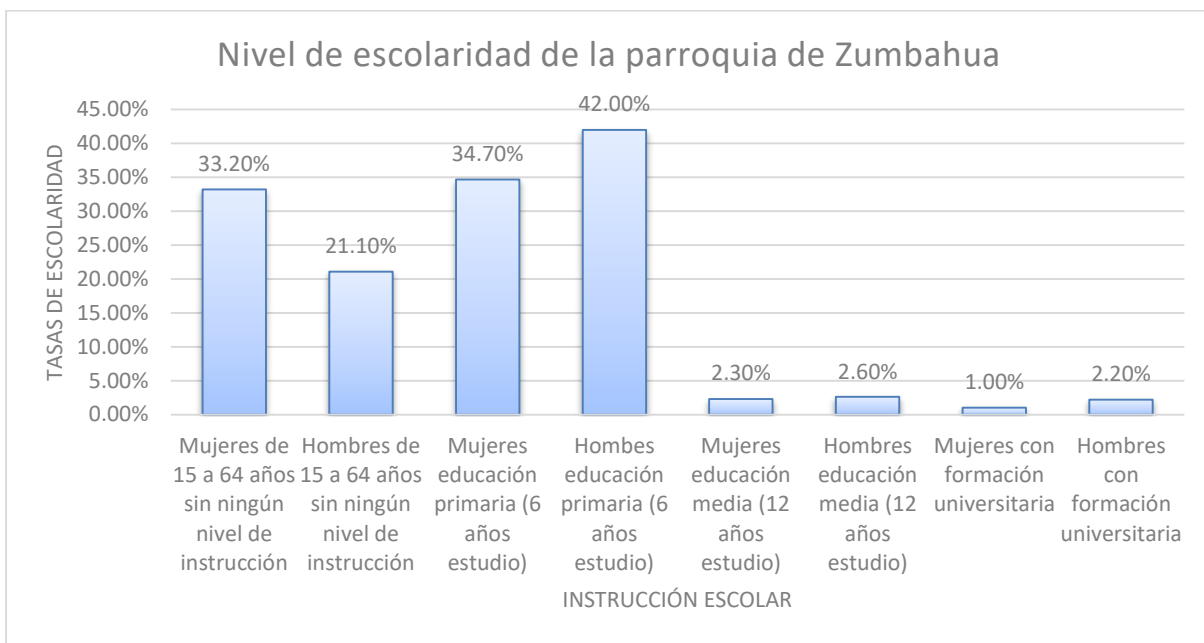
Según los datos del Censo de población y vivienda en el Ecuador (2010) el cantón de Pujilí se ubica en el sexto lugar de los diez cantones con mayor tasa de analfabetismo con el 24,30%. En el caso específico de la parroquia de Zumbahua a pesar de contar con una Unidad Educativa del Milenio, llamada “Cacique Tumbalá”, que fue inaugurada en septiembre de 2008, que tiene una capacidad para 1.000 estudiantes; el 40,6% de la población de la parroquia no tiene ningún nivel de instrucción educativa. Por lo que, según las evidencias es una de las parroquias con uno de los índices más altos de analfabetismo, y comparado con las diferentes etnias, la población indígena tiene uno de los mayores porcentajes de analfabetismo con el 30,3% (GAD Parroquial de Zumbahua, 2015: 53).

La tasa de analfabetismo de la población masculina es menor que la de la población femenina con 40,65% y 56,01% respectivamente, esto es el reflejo de que a pesar de que la educación es un derecho, existe desigualdad en el acceso y en la tasa de asistencia de niñas y jóvenes, además de que en el sistema escolar se mantiene una discriminación estructural, que es establecida debido a que grupos sociales vulnerables no gozan de sus derechos de la misma manera que lo harían otros grupos de la sociedad. Existe una falla en el sistema educativo por la falta de educación intercultural de calidad, lo que conduce al incremento de desigualdades, además se ve dificultada la participación de mujeres indígenas en actividades económicas, incluso más que de las mujeres no indígenas (MSP, 2017: 44).

El nivel de escolaridad de la parroquia es extremadamente bajo en relación con otras parroquias de la provincia de Cotopaxi, la escolaridad promedio de la población masculina de 24 y más años de edad es de 3,7% y para la población femenina es de 2,0%, según lo expuesto la escolaridad promedio del jefe de hogar (sea hombre o mujer) es de 2,9%, esto es consecuencia de los bajos niveles de ingresos económicos que perciben las familias de la parroquia, además de la falta de infraestructura que limita el acceso a la educación de las familias que viven en comunidades apartadas de los centros educativos (MSP, 2017: 45).

Por otro lado, la deserción escolar de los niños/as y jóvenes es un problema constante que acarrea el sistema educativo en las zonas rurales; una de las principales razones es por la falta de conocimiento en materia educativa que tienen los padres y madres, porque varios no tienen educación primaria o secundaria o no lograron culminar sus estudios, lo que dificulta que puedan ayudar a sus hijos en sus tareas escolares; y las altas tasas de migración y desintegración familiar que existe en la parroquia, lo que conlleva a otros problemas sociales como la violencia intrafamiliar (MSP, 2017: 46).

Gráfico 8 Nivel de escolaridad por sexo de la parroquia de Zumbahua



Fuente: Centro de Salud de Zumbahua (2017), INEC (2010).

Elaboración: Blanca Enríquez Prado

Por lo tanto, la educación es uno de los factores que puede mejorar la calidad de vida de las mujeres indígenas, es imperativo implementar políticas públicas que responda a las necesidades y condiciones de pobreza, sanitarias y educativas, en donde se fortalezca la igualdad de derechos, además se debe mejorar la accesibilidad a la información, con el objetivo de desarrollar habilidades y conocimientos, para que exista una mejor identificación sobre las posibilidades de elección sobre temas de salud y generar empoderamiento de las mujeres indígenas.

Infraestructura

Las características en las que vive una población influyen en el acceso sanitario, afecta a la salud y las posibilidades de tener una buena calidad de vida. Según la OMS (2008a: 3) establece que el acceso a una vivienda o alojamiento de calidad, agua salubre y servicios de saneamiento es un derecho de todos los individuos y debe considerarse como una condición obligatoria para contar con una vida sana y saludable.

Además, la Organización Mundial de la Salud (2008b) introdujo que para que los hogares gocen de un buen estado de salud general es necesario que se cuente con factores como el abastecimiento de agua potable, saneamiento sanitario adecuado y el buen uso y manejo de agua y desechos sólidos. Por lo cual se establece que casi una décima parte de la carga global de las enfermedades son prevenibles si se cuenta con factores

como el incremento del acceso a agua potable, mejorar el saneamiento e higiene de la comunidad y el uso del agua para disminuir los riesgos de enfermedades contagiosas como la diarrea, malaria, desnutrición etc.

La literatura ha establecido que existen determinantes de acceso a agua potable y saneamiento debido a que se encuentran asociados que son los determinantes sociales, económicos y fiscales, institucionales y demográficos y personales. Los determinantes sociales se refieren a los niveles de escolaridad de todos los miembros del hogar, ingreso y condiciones de pobreza. En este sentido el autor como Wolf 2009 (Citado en LaFleur, 2014: 11) realizó una investigación y encontró un resultado positivo entre la educación y el acceso al agua y saneamiento en zonas rurales, debido a que un incremento del 10% de la escolaridad incrementa hasta en un 17% la probabilidad de acceso a agua y saneamiento.

Por un lado, los determinantes económicos y fiscales se encuentran relacionados con el crecimiento económico y el gasto que asume el gobierno con respecto al agua y saneamiento. Por otro lado, los determinantes institucionales se refieren a las políticas públicas sociales que pone en marcha el gobierno, además se toma en consideración la burocracia y redes de corrupción al momento de administrar el acceso al agua y saneamiento. Por último, los determinantes demográficos y personales influyen en el acceso a agua potable y saneamiento de los individuos de la población, además de la zona en la que se encuentran y el género. Por lo tanto, se determinó que la migración de las personas de la zona rural a urbana puede afectar la demanda de agua potable y saneamiento y hace que el gobierno tenga mayor dificultad para cubrir la demanda total de la población. De igual importancia es el género, debido a que el autor encontró que las mujeres tienen una mayor disposición de pago para el acceso a agua potable de calidad que los hombres (Wolf 2009; Citado en LaFleur, 2014: 12).

En el caso de la parroquia de Zumbahua se cuenta con 12.738 hectáreas para la infraestructura básica la mayoría de viviendas en el sector rural son casas o villas. Según el Censo de Población y Vivienda del 2010 existen 2.430 casas o villas, 1.167 mediaguas, 472 chozas, 49 departamentos, 42 covachas, 33 cuartos, 24 ranchos, 15 viviendas particulares y 3 pensiones. La dispersión de la población en la parroquia es uno de los factores que influye en la dotación de servicios básicos, por lo que mientras más lejana se encuentre una vivienda menor cobertura de servicios tiene. En la parroquia la cobertura del agua de consumo por red pública es del 28%, alcantarillado es el 6% y la energía eléctrica es del 76% (MSP, 2017: 32).

La parroquia no dispone de una planta de tratamiento de agua para el consumo, por lo que las comunidades acceden al servicio de agua a través de sistemas de agua que se toman de manera directa de las vertientes de los ríos así como de pozos de agua. En el caso de la eliminación de desechos sólidos, la parroquia no cuenta con servicio de recolección de basura por lo que menos del 1% de la población elimina la basura por recolección, el 19% arroja la basura en terrenos baldíos, quebradas, acequias y canales, el 65% de la población quema los desechos y el 13% entierran los desechos. Por tales motivos es muy común encontrar basura en espacios públicos de la parroquia. Para la eliminación de desechos líquidos, solamente el 6% de la población en toda la parroquia dispone del servicio de alcantarillado, mientras que el 34% elimina sus desechos mediante pozos sépticos, pozos ciegos y letrinas y el 60% de la comunidad no dispone de ningún

mecanismo de desecho. Por lo que es muy común que los individuos tengan enfermedades digestivas (MSP, 2017: 35).

Mercado Laboral

El empleo y trabajo son considerados como determinantes sociales de la salud, debido a que la falta de desarrollo, puede generar desigualdades sociales en temas de salud entre la población, además de que influye en el acceso y utilización de servicios sanitarios. Existen aspectos en las que el empleo y trabajo intervienen directamente en la salud, como es el empleo y desempleo inadecuado, posiciones de trabajo mal remunerados, puestos de trabajo en condiciones peligrosas que pueden ocasionar daños permanentes o transitorios y entornos de trabajos que perjudican de manera psicosocial (Siegrist 2010; Citado en Otero & Zunzunegui, 2011: 95).

De tal manera que el empleo es la representación de la integración y la cohesión social, con el objetivo de promover el acceso al bienestar por medio de los ingresos percibidos y de los servicios de seguridad social, en consecuencia según la Declaración de las Naciones Unidas 2007 (Citado en CEPAL, 2013: 95) estableció que las comunidades indígenas “tienen derecho a disfrutar plenamente de todos los derechos establecidos en el derecho laboral nacional e internacional”, además de disfrutar de condiciones no discriminatorias de trabajo como empleo o salario y garantizar su posición efectiva de origen étnico.

No obstante, la falta de plazas de trabajo remuneradas, remuneraciones por debajo de los niveles establecidos, falta de leyes o normativas laborales y condiciones de explotación laboral, son contextos que se establecen especialmente en zonas rurales y para mujeres indígenas, como resultado de la falta de ejecución de los derechos y el cierre de brechas laborales entre hombres y mujeres y entre zonas urbanas y rurales.

Las grandes diferencias en la construcción social han sido el reflejo de un modelo de separación, en el que los hombres son considerados en el conjunto productivo, y las mujeres son consideradas en el conjunto reproductivo, en consecuencia tienen acceso a distintos niveles de recursos y servicios (OSM, 2005: 72). Es necesario el análisis de género del mercado laboral para comprender el contexto estructural y diferencias que afecta al desempeño de las mujeres y el medio por el cual afectan a su entorno y su salud.

En la actualidad, existe desigual participación en empleos remunerados y no remunerados para hombres y mujeres, por las diferentes oportunidades para elegir las distintas plazas de trabajo, esto puede modificar el bienestar y la autonomía individual; empleos como las actividades domésticas y el cuidado del hogar han sido consideradas como una función de naturaleza femenina, por lo que son ocupadas en su mayoría por mujeres que por hombres, sin embargo aunque estas actividades no sean consideradas como fundamentales,

no se toma en consideración que son indispensables para el progreso y desarrollo de la vida y el movimiento de la economía (Meentzen, 2001: 25).

Se debe tomar en consideración que los tipos de actividades que existen en el mercado y extra mercado van a determinar la participación de hombres y mujeres, así como también en actividades políticas, sociales, culturales y de recreación, debido a que el tiempo utilizado en los distintos tipos de actividades van a marcar la diferencia en que el trabajo sea aceptado por un hombre o una mujer, a más de que la situación de vulnerabilidad se incrementa cuando no tienen una instrucción formal, sobre todo en zonas urbanas. Por otro lado, también deben enfrentar problemas de discriminación por su origen étnico, porque usualmente experimentan explotación laboral, con remuneraciones bajas, inseguridad laboral, horarios largos, falta de cobertura social y acceso a sistemas de salud, etc., lo que conlleva a que la población se mantenga en condiciones de vulnerabilidad y pobreza (CEPAL, 2013: 95).

Lo anteriormente mencionado, se encuentra directamente asociado con el hecho de que muchos pueblos indígenas crean economías de subsistencia, con baja participación en el mercado tanto de hombres como de mujeres; además, la participación de mujeres en el mercado laboral se ha visto influenciado por el desempeño de funciones tradicionales o “naturales”, como es la maternidad, cuidado del hogar en el que se incluye a niños y adultos. Evidentemente, los hombres se encuentran en mejores condiciones para conseguir empleo, tanto en el área rural como en el urbano; para diciembre de 2017, los hombres se insertaron en el mercado laboral en mayor número que las mujeres en 28,2% en el área urbana y en 29,3% en el área rural; sin embargo para empleos no remunerados, como los asociados con las labores domésticas y actividades productivas, debido a que no se percibe ninguna remuneración salarial, las mujeres se insertaron al mercado laboral rural en un 61,3% en contraste con el área urbana que fue de 59,2% (Olmedo, 2018: 17).

Las mujeres han incrementado su participación en el mercado laboral informal por factores como la reducción de tasas de fecundidad, aumento de la esperanza de vida, aumento de los años de escolaridad y la repartición de tareas del hogar y personas a su cargo, sobre todo en actividades de servicio y comercio (Olmedo, 2018: 20). Por tal motivo, para mejorar la integración de las mujeres en el mercado laboral formal es necesario cerrar las brechas de género, debido a que las mujeres indígenas están dejando a un lado la agricultura y ganadería familiar tradicional, para trabajar en diversos sectores económicos, sin embargo para la inserción laboral de mujeres es necesario que se provea de capacitación profesional en carreras no tradicionales, desarrollar el liderazgo de emprendimientos y la ejecución de políticas que conjuguen la relación entre el trabajo y la familia (CEPAL, 2013: 98).

Según la CEPAL (2012: 73) para identificar como se encuentra configurado el mercado laboral de un sector es necesario dividir las ramas de actividades según la productividad que genere puede ser alta, media y baja; los empleos de alta productividad están constituidos por la minería, energía y finanzas, los empleos de mediana productividad se forman por la industria y transporte, y por último, los empleos de baja productividad contienen actividades como la agricultura, construcción, comercio, servicios comunales y personales.

Del total de la población de Zumbahua 12.643 solamente tienen el 42,76% cuentan con trabajo u empleo lo que representa un total de 5.604 ciudadanos. En la Cuadro 1, se puede analizar la participación económica de los ciudadanos por rama de actividad de la Parroquia de Zumbahua, por lo que según la ENEMDU 2012 el 72,59% de los ciudadanos se encuentran en trabajos de baja productividad, el 3,18% de la población se encuentran empleados en trabajos de mediana productividad y solamente el 0,02% de la población se dedica a trabajos de alta productividad (INEC, 2012d)

Cuadro 1 Rama de actividades de la parroquia de Zumbahua

	RAMA DE ACTIVIDAD	NÚMERO DE PERSONAS	%
SECTOR PRIMARIO	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	3.924	72.59
	Explotación de minas y canteras	0	0.00
SECTOR SECUNDARIO	Industrias manufactureras	61	1.13
	Construcción	559	10.34
	Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado	1	0.02
	Distribución de agua, alcantarillado y gestión de desechos	1	0.02
	Comercio al por mayor y menor	157	2.90
SECTOR TERCIARIO	Transporte y almacenamiento	172	3.18
	Actividades de alojamiento y servicio de comidas	15	0.28
	Información y comunicación	1	0.02
	Actividades financieras y de seguros	2	0.04
	Actividades inmobiliarias	0	0.00
	Actividades profesionales, científicas y técnicas	4	0.07
	Actividades de servicios administrativos y de apoyo	3	0.06
	Administración pública y defensa	17	0.31
	Enseñanza	59	1.09
	Actividades de la atención de la salud humana	48	0.89
	Artes, entretenimiento y recreación	14	0.26
	Otras actividades de servicios	28	0.52
	Actividades de los hogares como empleadores	70	1.29
	Actividades de organizaciones y órganos extraterritoriales	0	0.00
	No declarado	201	3.72
	Trabajador nuevo	69	1.28
		TOTAL	5.406

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

Elaboración: Blanca Enríquez Prado

La producción agrícola y ganadera son dos de las principales actividades económicas de la parroquia, sin embargo el clima limita las posibilidades productivas agrícolas y ganaderas, por las sequías prolongadas,

las heladas y el recorte de lluvias; por lo que se debe cosechar alimentos de ciclo corto, tales como frutas, cereales, hortalizas, forrajes y pastos. Los principales productos que se cultivan son: papas, habas, fréjol, cebada, avena, ajo, cebolla, ocas y mellocos, sin embargo por la baja producción solamente se logra comercializar en pequeñas cantidades en el mercado de la plaza central de la parroquia y lo demás es destinado para el consumo.

Por otro lado, la actividad ganadera se fundamenta en la crianza de ovinos, cuyes, bovinos y cerdos, pero esta actividad no es muy explotada por la falta de recursos económicos para el cuidado y mantenimiento de la producción ganadera, y solamente los pobladores que tienen posibilidades logran obtener recursos para criar animales (PUCE, 2017: 33-36).

En el cuadro 2 se puede observar que el 69,05% de la población trabaja por cuenta propia que en su mayoría es en la producción agrícola y ganadera, y solamente el 7,88% trabaja en relación de dependencia y cuenta con un seguro social; el 13,47% de los pobladores trabajan como albañiles en las distintas ciudades aledañas a la parroquia, por lo que existen altas tasas de migración.

Cuadro 2 División de la categoría ocupacional de la parroquia de Zumbahua

CATEGORÍA OCUPACIONAL	NÚMERO DE PERSONAS	%
Empleado/a u obrero/a del estado, gobierno, municipio, consejo provincial, juntas parroquiales	108	2.00
Empleado/a u obrero/a privado	318	5.88
Empleado público o privado	426	7.88
Jornalero/a o peón	728	13.47
Patrono/a	21	0.39
Socio/a	5	0.09
Cuenta propia	3.733	69.05
Trabajador/a no remunerado	216	4.00
Empleado/a doméstico/a	70	1.29
Se ignora	138	2.55
Trabajador nuevo	69	1.28
TOTAL	5.406	100.00

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

Elaboración: Blanca Enríquez Prado

A pesar de haber aumentado la participación de las mujeres en el mercado laboral, en zonas rurales las tareas domésticas y cuidado del hogar siguen siendo labores comandadas por mujeres; en el caso especial de la parroquia de origen étnico, el uso del tiempo de mujeres es mayor que la de los hombres en servicios de cuidado doméstico; no obstante, no se toma en consideración que el trabajo doméstico tiene mayores cargas horarias, menor tiempo de descanso y remuneraciones inferiores a otros trabajos; además de no contar con una cobertura de seguridad social y bajo cumplimiento de normas laborales (CEPAL, 2013: 102). Sin

embargo, el trabajo doméstico no remunerado debe ser considerado como un productor de valor económico, debido a que sin esta labor no se puede reproducir la fuerza de trabajo que tiene incorporado; además, permite que se desarrollen capacidades y relaciones sociales y familiares (Rodríguez, 2015: 7-8)

En conclusión, es necesario considerar que aún existen brechas de género en la inserción laboral de mujeres indígenas en los diversos sectores de la economía, debido a que por prejuicios y estereotipos que se han construido a lo largo de los tiempos, las situaciones a las que se enfrentan como el bajo salario, falta de oportunidades para movilizarse y falta de oportunidades de empleo por no tener capacitaciones, no permiten a las mujeres indígenas que puedan acceder a ingresos razonables y equitativos, ni poder generar decisiones económicas y productivas, además existen impedimentos para la concesión de créditos que puedan mejorar el aporte en la economía del hogar y nacional (Calfio y Velasco, 2006; Citado en CEPAL, 2012: 99).

Por otro lado, se debe tomar en cuenta que el cuidado del hogar debe consistir en resolver las necesidades de las personas dependientes, ya sea por su edad o condición; por lo tanto, para la construcción de una sociedad igualitaria es necesario que el cuidado sea compartido y no solo tarea de las mujeres, porque mediante el trabajo doméstico no remunerado se puede transformar los estándares de vida de bienestar mediante el cuidado de la salud, educación, relaciones familiares, etc. (Rodríguez, 2015: 10).

Ingresos

La sociedad se encuentra diferenciada por estratos económicos o clases sociales, que determinan su posición de poder, y se encuentra caracterizada por el acceso a recursos materiales y monetarios y de servicios, sin embargo existen varios tipos de estratificadores sociales que determinan la clase social a la que pertenece como la educación, ocupación e ingresos (Otero & Zunzunegui, 2011: 89).

El ingreso es uno de los tipos de estratificación social mide de forma directa el acceso a bienes y servicios, debido a que tiene un efecto acumulativo en el transcurso de la vida, y es un indicador de posición socio-económica que puede variar a corto plazo, puede estar clasificado en alto, medio y bajo, además afecta las decisiones que toma el individuo y su capacidad para actuar (OMS, 2010: 30). Evidentemente, la tenencia de dinero no afecta de manera directa en la salud, pero afecta en el gasto que se puede dar a los activos en bienes y servicios que mejoren la salud, por ejemplo, tener un ingreso alto o medio puede funcionar como un defensa para la enfermedad.

El ingreso puede condicionar la capacidad de adquisición de alimentación, vivienda, educación, servicios y necesidades básicas. Por tal motivo, posicionarse en un nivel de ingreso bajo puede establecer una menor esperanza de vida y con mayor frecuencia contraer algún tipo de enfermedad, por lo que individuos con escasos ingresos puede conllevar a la falta de recursos que permitan superar las circunstancias que deterioren o afecten su salud y produzcan enfermedad. Personas con salarios o ingresos más algo, son cada vez más

saludables que las personas con bajos ingresos. Por otro lado, existe una relación entre la salud y la inequidad o desigualdad, debido a que individuos con bajos ingresos, utilizan menos servicios de salud por los altos costos directos e indirectos que genera la asistencia médica, además interviene en componentes sociales como el estilo de vida, actividades recreativas y comportamiento en la sociedad (Barragán, 2007: 170).

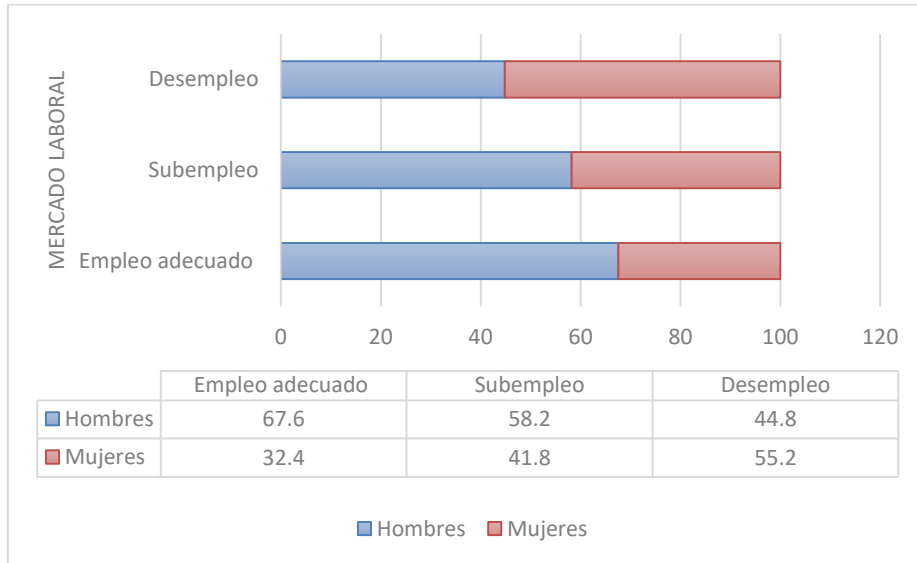
Según el Reporte de Pobreza por Consumo del Ecuador 2006-2014 (2016: 33) el ingreso laboral y las transferencias públicas son los principales contribuyentes para la disminución de la pobreza y la desigualdad. El ingreso laboral constituye el 70% de la reducción de la pobreza, y dos terceras partes de la reducción de la pobreza extrema y el 90% de la desigualdad. Por otro lado, las transferencias públicas como el Bono de Desarrollo Humano (BDH) contribuyen con el 20% de la reducción de la pobreza extrema y de la desigualdad, y solamente se redujo el 12% de la pobreza moderada.

Al mismo tiempo, la desigualdad también conlleva reducción de la inversión social y entornos ambientales como vivir en un barrio seguro, contar con escuelas de calidad y tener un seguro de salud, etc., es decir factores que contribuyan a prevenir enfermedades y promover la salud de la población que se encuentran en situaciones de pobreza. Es necesario recalcar que no porque una persona padezca de alguna enfermedad es necesariamente porque se encuentre en condiciones de pobreza, sino que contar con una mala salud reduce la productividad de los individuos, lo que a su vez reduce los ingresos que genera y como resultado restringe los ingresos a largo plazo (OMS, 2010: 31)

Por otra parte, en el mercado laboral ecuatoriano existen brechas salariales entre hombres y mujeres que experimentan los subgrupos de empleo, que no permiten el acceso de forma igualitaria a bienes y servicios, debido a que la población que tiene empleo adecuado o subempleo es en su gran mayoría masculina, y la población que se encuentra en desempleo es en gran parte femenina (Olmedo, 2018: 15).

Las consecuencias de las brechas de género, según la CEPAL (2012: 97), se debe a que en promedio las mujeres trabajan con remuneración menos horas, ocupan puestos de menor nivel de remuneración salarial, ocupan posiciones de bajo nivel jerárquico y en general los salarios para hombres son mayores que para mujeres, incluso cuando se desempeña el mismo trabajo y genera igual valor. En el gráfico 9 se puede observar el porcentaje de participación en el mercado laboral nacional de hombres y mujeres, el 67,6% de los hombres tienen un empleo adecuado en contraste con el 32,4% de mujeres y en el caso de desempleo 55,2% son mujeres y el 44,8 son hombres (INEC, 2012c: 91).

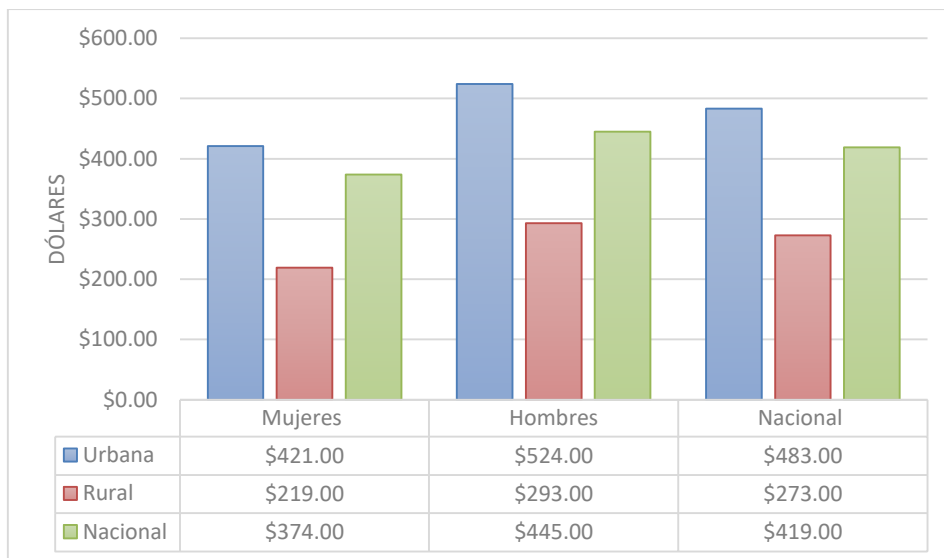
Gráfico 9 Participación en el mercado laboral según sexo



Fuente: Mujeres y hombres del Ecuador en cifras III, INEC (2012c)
 Elaboración: Blanca Enríquez Prado

En el gráfico 10 se puede constatar que aún persisten las brechas salariales, debido a que las mujeres no alcanzan a igualar o a superar el ingreso promedio de los hombres, incluso a pesar de contar con los mismos niveles de educación; igualmente en zonas rurales es más evidente la desigualdad porque se encuentran en zonas vulnerables debido a que no cuentan con empleos formales.

Gráfico 10 Ingreso promedio en USD según sexo



Fuente: Mujeres y hombres del Ecuador en cifras III, INEC (2012c)
 Elaboración: Blanca Enríquez Prado

Estilo de vida

Los estilos de vida y las conductas de salud en las que se desarrolla una sociedad se puede modificar por las posibilidades para desenvolverse en la vida y contar con una buena salud, sin embargo se transforman por las desigualdades existentes y el contexto social (OMS, 2008a: 7). Las drogas, sedentarismo, la buena o mala alimentación y nutrición, estrés, violencia y la mala utilización de los servicios sanitarios varían por el carácter de sus entornos para cada grupo social, lo que les convierte más o menos vulnerables para tomar buenas decisiones e influye en la salud física, mental y social. Por lo tanto, solamente cuando se alcanza un nivel aceptable de salud los individuos pueden gozar de los demás beneficios de la vida.

De acuerdo a Walker 1987 (Citado en Bousoño, González, Pedregal et al., 1993: 1) establece que en la actualidad se han incrementado las enfermedades crónicas y no contagiosas, por lo que es necesario medir el estado de salud en aquellas enfermedades, debido a que influyen en la calidad de vidas de los individuos, tales como enfermedades respiratorias, cardiovasculares, digestivas e infecciosas. Sin embargo, el perfil epidemiológico de la población varía por sexo, debido a que tienen características diferentes por el estilo de vida que llevan como la disminución de la actividad física, alteración en la dieta e aumento del consumo de tabaco y drogas.

Factores socio-económicos como la pobreza se encuentran directamente relacionadas con enfermedades no contagiosas que padece la población, ya que extienden los gastos familiares en consumo de servicios sanitarios y dificulta las iniciativas que realizan los gobiernos contra la reducción de la pobreza. Las personas pobres se encuentran en situaciones más vulnerables porque se enferman más y mueren más que las personas que tienen una mejor posición socio-económica, además se localizan en zonas que tienen mayor riesgo a productos dañinos, como el tabaco, alcohol y drogas, o malas prácticas de sanitarias y alimenticias, por lo que poseen menor acceso a los servicios de salud (OMS, 2018a).

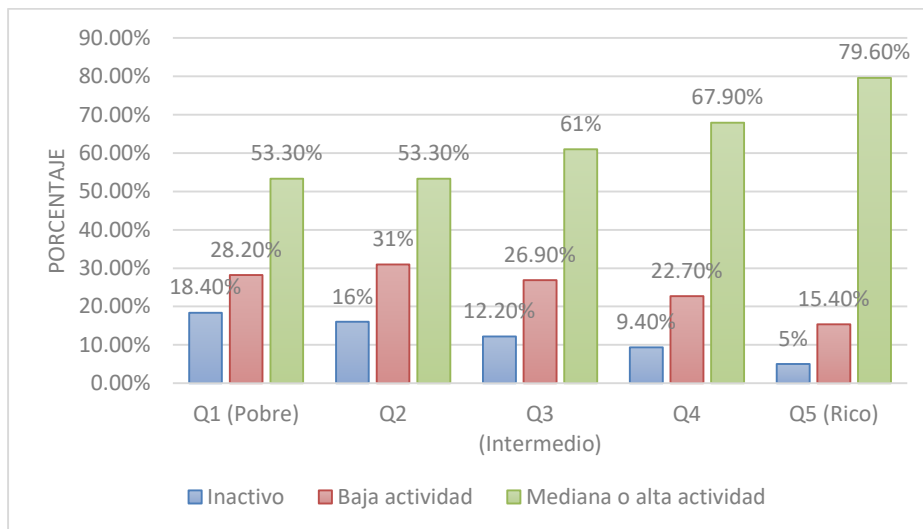
Según la Encuesta Nacional de Salud, Salud Reproductiva y Nutrición realizada por la INEC (2012a: 618), la provincia de Cotopaxi es una de las provincias con menos actividad física, se reportó que el 69% de la población de adultos de 18 a menores de 60 años no han tenido actividad física, el 11,9% tuvo actividad física baja y solamente el 19,2% ha realizado algún tipo de actividad física mediana o alta. Sin embargo, con respecto a los niveles de actividad física por sexo se reportó que los hombres tienen mayor actividad física en niveles medianos que las mujeres, no obstante la actividad física inactiva es mayor para las mujeres que para los hombres.

Por un lado, cuando se divide la actividad física por categorías etnoraciales la prevalencia de inactividad física es menor en adultos indígenas con 9,2%, además tienen menores porcentajes de baja, mediana y alta actividad física que los demás grupos etnoraciales. Con respecto al nivel de escolaridad, el 22,5% de los hombres realizan bajos niveles de actividad con respecto al 36,5% de mujeres con el mismo nivel de escolaridad, por otro lado, cuando la población tiene un nivel de escolaridad superior el porcentaje de

mujeres con niveles de actividad mediana o alta es mayor para los hombres con 68,5% con respecto a las mujeres que tienen solamente 51% de actividad (INEC, 2012a: 622).

Para llevar una buena calidad de vida es necesario que tanto la población de mujeres como la de los hombres realicen actividad física por lo menos 3 veces a la semana para prevenir enfermedades a largo plazo, y en especial para adultos mayores por los cambios en su longevidad, además se debe fomentar el consumo de alimentos saludables y evitar estilos de vida como el sedentarismo. La distribución de personas inactivas en actividad física se encuentra en mayor proporción en el quintil 1 en comparación con los otros quintiles. No obstante, la proporción de actividades altas y medianas se representan en mayor proporción en los quintiles 4 y 5.

Gráfico 11 Prevalencia de actividad física global, según el quintil económico en adultos de 18 a menores de 60 años



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Salud Reproductiva y Nutrición, INEC (2012a)
Elaboración: Blanca Enríquez Prado

Violencia de género

Según la Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de 1994 (Citado en CEPAL, 1996:13), se define a la violencia de género como todo episodio de violencia fundamentada en la distinción de género que tenga o pueda tener como consecuencia un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive en actos como la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en el ámbito público como privado.

La violencia se presenta por una parte de manera institucionalizada o estructural y por otra parte abierta y directa, la primera se presenta en los sistemas políticos, económicos, sociales y culturales, debido a que no pueden obtener determinados beneficios totales o parciales que pueden ser económicos, sociales y políticos, y por lo que provocan vulnerabilidad para los individuos. La segunda se presenta cuando se realiza una agresión física, sexual, psicológica o patrimonial. Por lo tanto, la violencia de género constituye un problema de salud pública y de derechos humanos debido a que expone las desigualdades a las que se encuentran expuestas las mujeres, porque viola su derecho a la vida, libertad y seguridad (CEPAL, 1996: 15).

Por tal motivo, la violencia de género puede tener consecuencias negativas que son mortales y no mortales, el primer grupo se encuentra constituido por casos de homicidio, suicidio, mortalidad materna y efectos del SIDA; y el segundo grupo se conforma por la salud física, trastornos crónicos, salud mental y reproductiva y comportamientos conductuales negativos para la salud. Dentro del grupo de salud física se encuentran las lesiones, discapacidad permanente y obesidad severa; en el grupo de salud mental y reproductiva se ubica el estrés, depresión, angustia, trastornos alimenticios, baja autoestima, embarazos no deseados, abortos, trastornos ginecológicos y enfermedades pélvicas; finalmente en el grupo de comportamientos conductuales se encuentra el consumo de tabaco, alcohol, drogas y comportamientos sexuales sin protección (Velzeboer, Clavel & García, 2003: 19).

La información sobre violencia física, sexual o mental es limitada debido a la falta de reportes por parte de las mujeres, sin embargo por los datos disponibles se ha evidenciado que en las mujeres indígenas son más propensas a ser víctimas de violencia que las mujeres no indígenas, además es importante denotar que las consecuencias de violencia hacia las mujeres indígenas son más graves por la falta de acceso a servicios de salud, justicia y contextos económicos, sociales y culturales (CIDH, 2017: 81). La situación de violencia de género en la que viven las mujeres indígenas tiene obstáculos porque es difícil reportar los problemas y denunciar los actos de violencia, debido a que son discriminadas, estigmatizadas y de manera repetida no escuchadas cuando quieren denunciar, además de la distancia, dogmas y valores que inducen al silencio de las mujeres en las comunidades (CEPAL, 2013: 75).

De la misma manera, la migración es uno de los principales problemas que afectan a las comunidades y en particular aqueja a las mujeres y jóvenes indígenas, debido a que se apadrinan conductas violentas y delictivas, por lo que se ve influida su cultura, tradición e ideología, que tienen las comunidades indígenas y se ven violentadas al influir en sus costumbres porque se deslegitima la tradición cultural. Anteriormente, las mujeres querían mantener sus costumbres ancestrales, sin embargo en la actualidad los jóvenes se ven atrapados por la modernidad y tratan de seguir la moda, de cambiar o manifestarse diferente. Por esta razón, la comunidad indígena adulta intenta imponer la reproducción de sus modelos culturales, lo que ocasiona un conflicto de género entre hombres y mujeres (2012b: 427).

Según la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2014b), el 60,6% de las mujeres en Ecuador ha recibido algún tipo de violencia. No obstante, no se encontraron grandes diferencias de violencia contra la mujer por parte de su

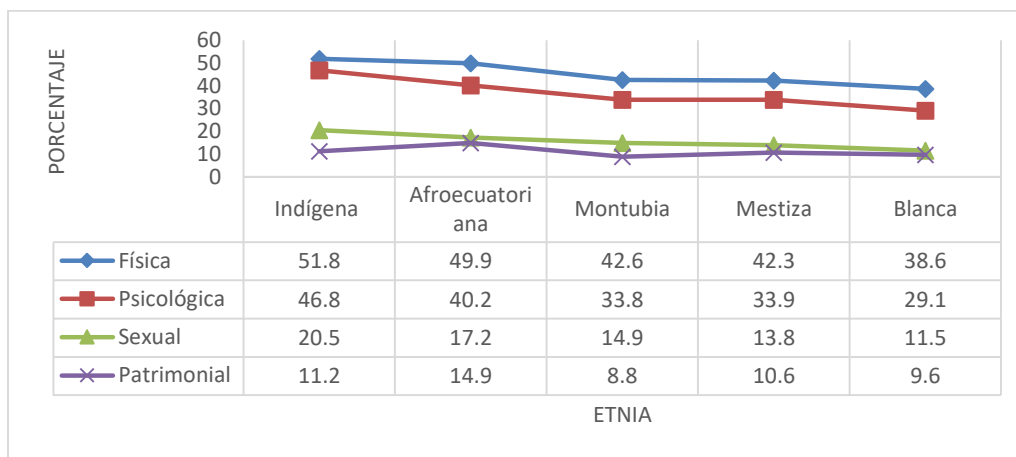
pareja o ex pareja en zonas urbanas y rurales, en la zona urbana el porcentaje es de 48,7% y en la zona rural 48,5%, a pesar de las diferencias económicas y sociales que existen (INEC, 2014b: 49).

Por otra parte, al explorar las manifestaciones de violencia de género debido a la pertenencia étnica cultural, se encontró que las mujeres que han sufrido cualquier tipo de agresión por parte de su pareja o ex pareja, es mayor entre la población indígena con 59,3%, seguida por las afroecuatorianas con 55,3%, y la población mestiza con 47,5%, los posibles motivos de las diferencias se explican por razones sociales, culturales y económicas que influyen para que unas mujeres sean más discriminadas que otras (INEC, 2014b: 51).

Además, de acuerdo con los distintos tipos de violencia de género que se ejerce para cada grupo étnico, se encuentra que la violencia sexual es la que más disminuye en términos relativos. La reducción proporcional de la violencia patrimonial es del 40%, y de la violencia física el 38%. Sin embargo, la violencia psicológica es la que menos disminuye de forma relativa con 25,5%, lo que demuestra que este tipo de agresión es la que más se tolera en la sociedad, por lo que no se observan cambios significativos en la identificación étnico-cultural (INEC, 2014b: 52).

En el gráfico número 12 se puede observar que las mujeres indígenas han sufrido violencia física en 51,8%, violencia psicológica 46,8%, violencia sexual en 20,5% y violencia patrimonial en 11,2%. De tal manera que, comparada con otras etnias como la afro ecuatoriana, montubia, mestiza y blanca, las mujeres indígenas son las que más sufren violencia de género (INEC, 2014b: 53). En la parroquia de Zumbahua en el 2017 se reportaron 14 casos de atenciones por violencia física en hombres y 2 en mujeres, pero la violencia es causa de las riñas y peleas de la comunidad (MSP, 2017: 23).

Gráfico 12 Porcentaje de mujeres que han sufrido violencia por parte de su pareja o ex pareja, por etnia y tipo de agresión



Fuente: Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género, INEC (2014b).

Elaboración: Blanca Enríquez Prado

Si se divide a las mujeres por nivel de educativo, el 57,4% de las mujeres que frecuentan centros de alfabetización o no tienen ningún tipo de educación, ha sufrido algún tipo de violencia, pero este porcentaje se reduce a medida que las mujeres tienen mayor nivel de instrucción, por lo que las mujeres que cuentan con Postgrado sufren el 36,3% de algún tipo de violencia, por lo que mientras más educación tienen sufren menos violencia. Se puede concluir, que las zonas en donde el uso de la violencia de género hacia la pareja es mayor, son aquellos en donde las mujeres son más discriminadas socialmente y que soportan mayor subordinación en las relaciones genéricas (INEC, 2014b: 53).

Por consiguiente, existe una relación directa entre hombres que ingieren licor y que maltratan a su pareja y generan problemas sociales por el exceso consumo de alcohol, lo que conlleva al maltrato hacia las mujeres y por ende la familia. En Zumbahua podemos observar algo parecido ya que las mujeres son maltratadas por sus esposos, sin embargo, no existe un sub registro ya que las pacientes no denuncian los diferentes casos de violencia de género. El racismo y la discriminación provocan conflictos de identidad e impide la aceptación de la interculturalidad ocasionando un obstáculo para el gozo de los derechos humanos sobre todo en sectores vulnerables (MSP, 2017: 25).

Salud materna

Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 2000 (Citado en CIDH, 2017: 135), las comunidades indígenas tiene derecho al disfrute con el más alto nivel de salud física, mental y espiritual, incluida la salud sexual y reproductiva, tanto de forma colectiva como individual; este derecho tiene factores como la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, sin embargo las comunidades indígenas están continuamente luchando con el deterioro de su salud, debido a que por lo general las comunidades se encuentran ubicadas en lugares distantes y los servicios públicos a los que pueden acceder con culturalmente inapropiados. A pesar de que la cobertura de salud ha aumentado aún existen desigualdades en el acceso de las poblaciones indígenas y no indígenas.

Uno de los principales conceptos de la historia reciente de salud en mujeres, es el de salud sexual y reproductiva, ya que se busca la igualdad entre las personas de distinta edad, clase social y origen étnico, para que gocen de la capacidad de individuos y pares para disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin peligros, y poder concebir, además de la libertad de decisión sobre cuándo y con qué periodicidad hacerlo o no. Además, de recibir información sobre métodos anticonceptivos y cuidado de la vida reproductiva, pueden acceder a tratamientos de fertilidad, así como también evitar, tratar y controlar enfermedades infecciosas de transmisión sexual como el VIH/Sida y enfermedades cancerígenas como el cáncer cérvico uterino y de glándulas mamarias (MSP, 2010a: 202).

En la parroquia de Zumbahua la tasa de natalidad en el 2010 fue de 16,6%, pero para el 2014 se redujo a 9,30% por cada 1.000 habitantes, esto se debe a la reducción de la fecundidad debido al aumento de la

educación secundaria de las mujeres y el implemento de políticas públicas para evitar los embarazos no deseados (INEC, 2014: 93). Sin embargo, según el Análisis Situacional Integral de Salud realizado por el Ministerio de Salud Pública 2017, en la parroquia la mayoría de las madres indígenas se encuentran entre los 30 a 45 años con 35,71%, seguidas por el grupo de edad de 20 a 30 años con 33,12%, a pesar de ser el último grupo el 29,87% de las mujeres embarazadas indígenas se ubican entre los 10 a 19 años, esta situación es preocupante porque a pesar de la disminución de las tasas de fecundidad, el embarazo adolescente se ha mantenido, a pesar de que en el 2013 según el artículo 2, las instituciones del Sistema Nacional de Salud deberán proveer capacitación e información sobre el uso de métodos anticonceptivos, los mismos que serán entregados a toda la población en general, sin distinción de edad, sexo, etnia, condición migratoria, nivel de escolaridad, etc. (MSP, 2013: 3).

El embarazo adolescente tiene más conflictos que el embarazo de una persona adulta, debido a que se relaciona de manera directa con el deterioro de oportunidades para ejercer sus derechos y poder acceder a educación en todos sus niveles y al mercado laboral, además genera desigualdades socio-económicas, interculturales y de género, por lo que es considerado como un problema de salud pública. Por tal motivo, es necesario que los adolescentes sean orientados e informados sobre los derechos de la salud sexual y reproductiva, desde un punto de vista integral sobre los recursos y herramientas que tienen para evitar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (Rodríguez y Perpetuo, 2011: 19).

Es necesario mencionar que las mujeres que viven en zonas rurales y son de etnia indígena tienen un total de hijos mayor que de las demás etnias, esto pone en evidencia las desigualdades que existen en el acceso a la salud sexual y reproductiva, debido a cambios estructurales como la falta de educación de las jóvenes, zona de residencia, y falta de adaptación cultural de los servicios de salud que obstaculizan la planificación familiar. La falta de nivel educativo puede ocasionar la falta de oportunidades laborales que no solo se encuentran condicionadas por el bajo nivel educativo sino también por quedar embarazadas a tan corta edad (Rodríguez y Perpetuo, 2011: 20).

Por otro lado, es importante notar que la atención de partos en comunidades puede ser provista por un profesional de la salud como médicos, obstetricias, enfermeros o auxiliares a enfermería como por parteras/os; en muchas comunidades las parteras/os son consideradas como personas especiales que ayudan a salvar vidas y son reconocidas en la vida espiritual de la comunidad por su sabiduría y conocimiento. El Sistema Nacional de Salud considera a las parteras/os como una manifestación de la aceptación de un Estado plurinacional y multicultural, por lo que el rol de las parteras es reconocido en el ámbito institucional del Ministerio de Salud, sin embargo estas prácticas tradicionales están desapareciendo, debido a la migración y los procesos de aculturación de las comunidades (MSP, 2010b: 14-15).

En la parroquia de Zumbahua de acuerdo a los nacimientos en el 2014, el 62,5% de las mujeres en parto recibieron atención de un profesional de la salud y el 37,5% de las mujeres recibieron atención por parte de parteras/os, sin embargo para el 2017, se realizaron 65 partos de los cuales el 34% de los partos atendidos fueron por un profesional de salud y 66% fueron atendidos por parteras/os capacitados; en el Centro de

Salud de Zumbahua para el 2017 existen 27 parteras/os, de los cuales 16 son reconocidos por el Ministerio de Salud, los que colaboran en el control de embarazos y el alumbramiento de nacidos vivos, además trabajan en conjunto con el personal de salud y la comunidad para llevar a cabo un embarazo sin ninguna complicación (MSP, 2017: 115).

En cambio en el Hospital Claudio Benati se atendieron 142 partos, de los cuales 126 fueron partos normales y hubo 16 cesáreas (Caicedo & Acosta, 2017). Según la Organización Mundial de la Salud 2009 (Citado en MSP, 2014: 2) es recomendable que la mayoría de nacimientos por cesárea en un país debe encontrarse en un rango entre el 5% y 15% del total, si un porcentaje se encuentra por debajo de 5% significa que la población tiene inaccesibilidad para conseguir cirugía, y si por el contrario el porcentaje es mayor a 15% existe un abuso de procedimientos que no son motivados por necesidades médicas, debido a que puede incrementar la morbilidad del post-parto. Es importante recalcar que la mayoría de nacimientos en el Ecuador de la población indígena se ha llevado a cabo por parto normal y solamente un 1,59% del total de nacimientos en el 2014 han sido por cesáreas, esto puede deberse a la falta de recursos económicos para cubrir los altos costos que cuesta una intervención quirúrgica, además que en comunidades indígenas se prefiere la medicina ancestral y tradicional y prefieren evitar que los nacidos vivos se contagien de enfermedades infecciosas (Caicedo & Acosta, 2017).

Las razones por las que las mujeres eligen asistir a una institución del Sistema Nacional de Salud (se incluye hospitales e instituciones de salud pública, hospitales y clínicas del IESS e instituciones privadas) según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012b: 187) son diversas, pero para comunidades indígenas el factor que más influye en la selección de la institución para dar a luz es el factor económico en un 43,8%, seguido en un 18,9% por emergencia, porque es seguro en un 16,7% y por la confianza que generan en un 14,4%. Por lo que, al analizar los datos de acuerdo a la etnia de las mujeres, se evidenció que para mujeres indígenas y afroecuatorianas el factor más importante es el económico para elegir un establecimiento de salud, en contraste con mujeres de diferentes grupos étnicos. Además, existe un alto porcentaje de mujeres indígenas que prefieren dar a luz en casa, debido a factores económicos y las barreras existentes para ir al establecimiento de salud más cercano, por lo que 68,2% de las mujeres embarazadas dieron a luz en su casa por costumbre (ENSANUT, 2012b: 195).

Planificación Familiar

La Organización Mundial de Salud (2018d) establece que la planificación familiar es un recurso que permite a las personas controlar la cantidad de hijos que quieren tener y el intervalo entre cada embarazo, mediante el uso de métodos anticonceptivos, con el objetivo de mejorar el bienestar y autonomía sobre su cuerpo a las mujeres, además de favorecer a la salud y el desarrollo de comunidades. La planificación familiar contribuye a reducir la necesidad de abortos clandestinos y disminuir los embarazos no deseados, además se puede prevenir la mortalidad materna a causa de partos prematuros de mujeres jóvenes y evita poner en riesgo la vida de mujeres adultas por los altos riesgos ligados a embarazos. Es importante notar que la planificación familiar también puede disminuir la mortalidad infantil debido a que cuando existen

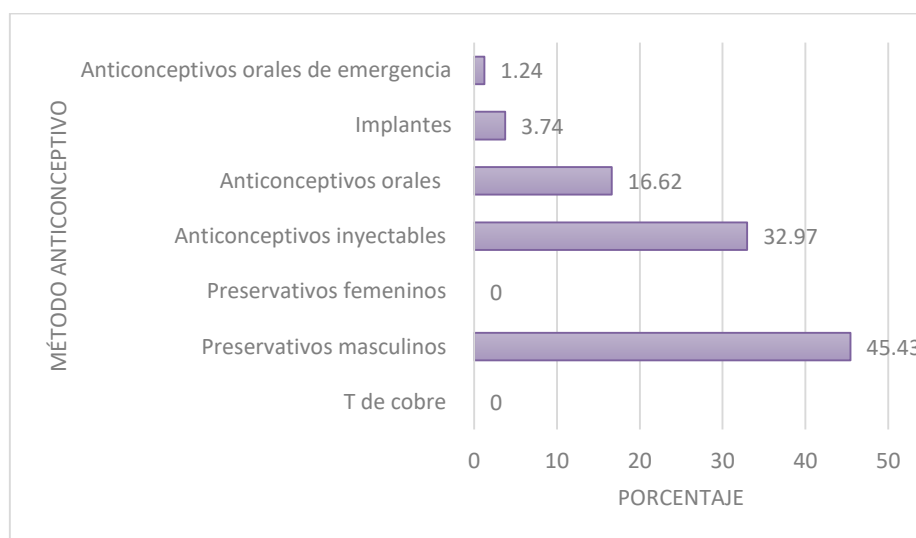
complicaciones en el parto, existe un alto riesgo de que los hijos puedan morir o sufrir alguna enfermedad, así como también previene enfermedades de transmisión sexual como el VIH y el SIDA y por ende se protege a niños que pueden ser infectados por sus madres, y que a corto o largo plazo se conviertan en huérfanos (OMS, 2018d).

Uno de los aspectos más importantes de la planificación familiar es que permite que las personas tomen decisiones sobre los aspectos más fundamentales de su vida sexual y reproductiva, además permite que las mujeres puedan educarse y tengan más tiempo para participar en actividades de la vida pública, como es la participación en el mercado laboral, también permite que las familias tengan los recursos económicos suficientes para mantener a un número suficiente de integrantes del hogar y les brinden una buena calidad de vida y ocupen más tiempo en sus hijos. Las familias que tienen menos hijos pueden tener a sus hijos en instituciones educativas por más tiempo. Por otro lado, se puede evitar embarazos adolescentes y la reducción de las tasas de mortalidad neonatal porque tienen mayor probabilidad de nacer antes de término y tener bajo peso al nacer; las adolescentes que se embarazan tienen más riesgos de abandonar la escuela y a largo plazo no tener oportunidades laborales (OMS; 2003: 6-7).

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012b: 131), el conocimiento sobre métodos anticonceptivos en la zona rural de personas entre 15 y 49 años es menor a la zona urbana, por lo que para los anticonceptivos orales de emergencia el conocimiento en la zona rural fue del 32,5% que fue menor comparado con 59,7% en la zona urbana; para el implante fue de 59,2% comparado con 72,6%; en los anticonceptivos orales el conocimiento fue de 84,7% comparado con 96%; para el uso del condón masculino fue de 79,7% comparado 94,5%; en el uso del condón femenino fue de 36,8% comparado con 57,3%; para los anticonceptivos inyectables fue 82,9% comparado con 94,4%; y finalmente el conocimiento de las personas sobre la T de cobre fue de 74,4% comparado con 90,8%, en la zona rural y urbana respectivamente.

En la parroquia de Zumbahua en el año 2017 los métodos anticonceptivos más utilizados son el condón masculino, los anticonceptivos inyectables y los orales con 45,43%, 32,97% y 16,62% respectivamente, seguido por los implantes con 3,74% y los anticonceptivos orales de emergencia con 1,24%; anticonceptivos como los condones femeninos y la T de cobre no son utilizados actualmente por los ciudadanos de la parroquia (MSP, 2017: 110).

Gráfico 13 Porcentaje del uso de métodos anticonceptivos de los ciudadanos de la parroquia de Zumbahua – 2017



Fuente: Centro de Salud de Zumbahua (2017).
Elaboración: Blanca Enríquez Prado

Por otro lado, la decisión de esterilización masculina y femenina no son bien vistas por las comunidades indígenas por su cultura y tradición, sin embargo se ha hecho referencias para hospitales de segundo nivel que realicen intervenciones quirúrgicas, en el 2017 hubo 16 casos que han sido derivados para ligaduras y 0 casos de referencia para que se realicen vasectomías, sin embargo se ha aconsejado a 4 hombres realizarse el procedimiento (MSP, 2017: 112).

Desnutrición infantil

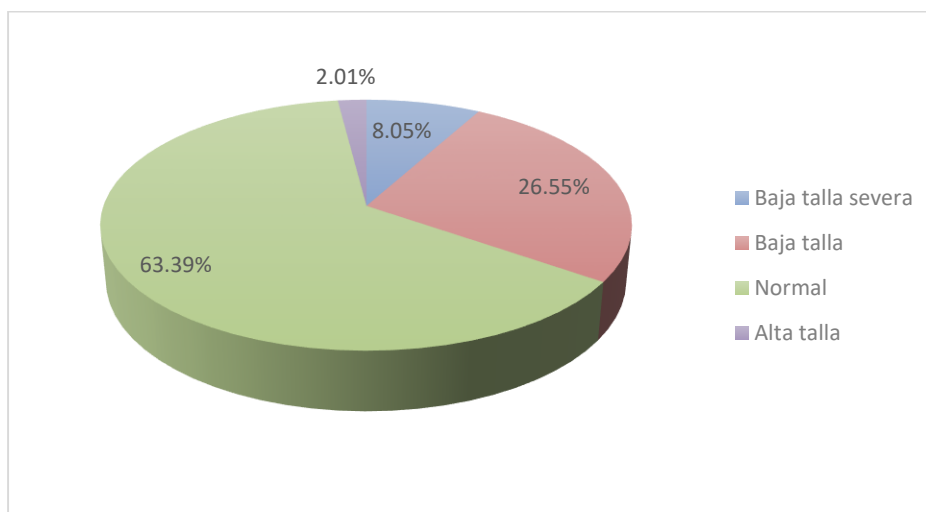
Según la Organización Mundial de la Salud (2016) la desnutrición ó malnutrición es la falta, exceso y desequilibrios en la ingesta calórica y nutrientes de una persona. Existen cuatro tipos de desnutrición: el retraso del crecimiento, emaciación, insuficiencia ponderal y padecer de insuficiencia de micronutrientes. El primero, el retraso en el crecimiento, se describe a tener baja estatura correspondiente a la edad; la segunda, la emaciación es el bajo peso de acuerdo a la estatura; la tercera, la insuficiencia ponderal es el bajo peso correspondiente a la edad; y finalmente la cuarta la falta de micronutrientes se refiere a la falta de vitaminas y minerales. También comprende el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades relacionadas con la alimentación como las cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, diabetes y cáncer.

Los datos recolectados por la OMS a nivel mundial (2018e) establecen que cerca del 45% de las muertes de menores de 5 años tienen relación con la desnutrición, y pertenecen a países de ingresos bajos y medianos. Se establecen que alrededor de 52 millones de niños menores a los 5 años sufren de emaciación, 17 millones

padecen de emaciación grave y 155 millones sufren retraso del crecimiento, además 41 millones sufren de sobrepeso o son obesos. Además, en este grupo también se incluye a 528 millones de mujeres en edad reproductiva que padecen de anemia. El problema principal es que muchas de las familias no tienen los suficientes recursos económicos para abastecerse de alimentos nutritivos de vitaminas y minerales, como frutas, verduras, legumbres, carne o leche, o no gozan de acceso a alimentos.

Según los datos proporcionados por el Centro de Salud de Zumbahua, el estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años, en un total de 1.341 pacientes, el 63,39% se encuentran con talla normal, el 26,55% tienen baja talla, el 8,05% se encuentran en una talla baja severa y solamente el 2,01% tienen talla alta. Estos resultados son preocupantes debido a que se evidencia que los niños/niñas sufren deficiencias nutricionales sostenidas en el tiempo, lo que afecta en su crecimiento corporal normal (MSP, 2017: 129-130).

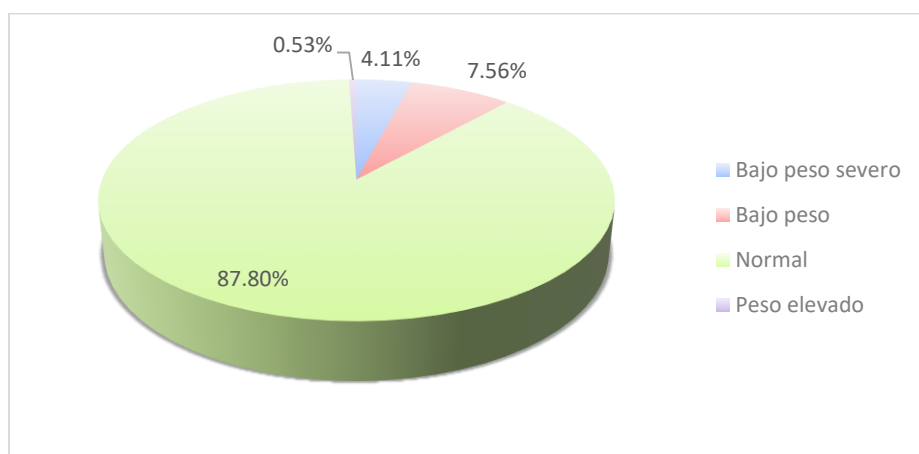
Gráfico 14 Estado nutricional determinado por talla de menores de 5 años de la parroquia de Zumbahua -2017



Fuente: Centro de Salud de Zumbahua (2017).
Elaboración: Blanca Enríquez Prado

En la parroquia de Zumbahua (2017) se evidencia que el estado nutricional determinado por peso de un total de 2.262 pacientes de menores de 5 años, el 7,56% tiene bajo peso y el 4,11% con bajo peso severo. El bajo peso puede afectar el sistema de inmunidad en la infancia, aumenta el riesgo de sufrir enfermedades e incrementa la posibilidad de morir a causa de infecciones como la diarrea, neumonía y sarampión (CEPAL, 2018).

Gráfico 15 Estado nutricional determinado por peso de menores de 5 años de la parroquia de Zumbahua – 2017



Fuente: Centro de Salud de Zumbahua (2017).

Elaboración: Blanca Enríquez Prado.

En el Hospital Claudio Benati también se realizaron controles a los niños que se encuentran desnutridos en el 2017 fueron atendidos 555 niños de los cuales 273 son niños y 282 son niñas (Caicedo & Acosta, 2017). Las mujeres, mujeres en edad fértil, niños/niñas y adolescentes se encuentran en mayor exposición para sufrir desnutrición. La pobreza puede reproducir el riesgo de padecer malnutrición y sus consecuencias; y aumenta los gastos de los servicios de salud, disminuye la productividad y desacelera el crecimiento económico, lo que genera un ciclo de pobreza y mala salud (OMS, 2018e).

En este capítulo se tomó en cuenta las características demográficas, geográficas y situación socio-económica de las mujeres la parroquia de Zumbahua, debido a que para analizar a la población de estudio, es necesario contextualizar su desarrollo y establecer los aspectos más relevantes que intervienen en el desarrollo y calidad de vida de las mujeres indígenas.

A manera de conclusión, las condiciones de vida de la parroquia de Zumbahua son precarias debido al alto índice de pobreza que existe y la deficiente cobertura en la necesidades básicas, así como también la falta de instituciones educativas en la parroquia y generación recursos económicos, que limitan que las niñas y mujeres pueden acceder a la educación por dificultades como la falta de transporte y lejanía de su vivienda a los centros educativos. Por otro lado, la situación laboral a la que se enfrentan dificulta la generación de ingresos y por ende el acceso a bienes y servicios y utilización de servicios médicos que mejoren sus condiciones de vida y el bienestar de las mujeres indígenas. Las brechas de desigualdad entre hombres y mujeres pueden modificarse cuando se accede a recursos tales como la educación, empleo e ingresos porque puede impulsar la generación de oportunidades y acceso a servicios de salud.

Capítulo II. Perfil epidemiológico de las mujeres de la parroquia de Zumbahua

En el presente capítulo se describe el perfil epidemiológico y el análisis situacional de salud de las mujeres parroquia de Zumbahua, y las diferencias que existen entre la carga de enfermedades que sufren hombres y mujeres. La disponibilidad de información es condición indispensable para obtener el análisis y realizar una evaluación objetiva de la realidad sanitaria de la parroquia, por lo que se utilizó información estadística del año 2017 tanto del Centro de Salud tipo B de Zumbahua como del Hospital Claudio Benati, sin embargo hay que recalcar que no se pudo acceder a todos los informes de salud del Hospital y solo se manejó información de los boletines anuales que presenta el establecimiento para conocimiento de la población.

Para realizar la descripción de los problemas de salud de las mujeres indígenas, se debe analizar el estado situacional de la salud; para lo cual es necesario realizar un análisis integral, primero del perfil de morbilidad, que ayuda a describir la proporción de prevalencia de la población que padece en un momento determinado; segundo del perfil de mortalidad, que indica el número de defunciones por lugar, momento de tiempo y causa; y tercero la descripción de medicina ancestral y mujeres con discapacidad (Fernández, Díaz & Cañedo, 2004: 2).

Morbilidad

En la actualidad, la parroquia de Zumbahua cuenta con dos establecimientos que brindan servicios de salud, el Centro de Salud tipo B de Zumbahua y el Hospital Claudio Benati, que permiten el acceso y utilización a los servicios de salud de las comunidades (GAD Parroquial de Zumbahua, 2015: 56)

El primer establecimiento forma parte del Sistema Nacional de Salud que debe atender a una población de 10.000 a 50.000 habitantes, asignados o adscritos, ofrece servicios de salud para promover, recuperar la salud y realizar cuidados paliativos (MSP, 2015: 4); oferta servicios de salud en las áreas de medicina general/familiar, obstetricia, odontología, psicología, enfermería y auxiliares, además dispone servicios de apoyo en rehabilitación, estimulación temprana, nutrición, terapia física y psicorehabilitación (MSP, 2013: 15); en el Centro de Salud actualmente colaboran 40 empleados de salud y se encuentra ubicado a 5 minutos del centro de Zumbahua, sin embargo por la lejanía de algunas comunidades puede variar el tiempo de llegada por la distancia incluso puede llegar a ser hasta de un hora. (MSP, 2017: 172)

Cuadro 3 Personal de salud existente en el Centro de Salud de Zumbahua – 2017

PERSONAL DE SALUD – CENTRO DE SALUD	
Médicos	9
Enfermeros/as	6
Odontólogos	3
Obstétricos	2
Administrativos	1
Bioquímica y farmacia	1
Lic. Laboratorio clínico	1
Nutricionista	1
Lic. Terapia física	1
Lic. Estimulación temprana	1
Lic. Pisco rehabilitación	1
Paramédicos	4
Conductores del ECU 911	4
Auxiliar de farmacia	1
Auxiliar de admisión	1
Guardianía	1
Limpieza	2
Total	40

Fuente: Centro de Salud de Zumbahua (2017)

Elaboración: Blanca Enríquez Prado

De acuerdo a la producción hospitalaria general del Centro de Salud de Zumbahua, en el establecimiento ingresaron 15.765 pacientes para recibir servicios de salud entre enero a noviembre del 2017, de los cuales 13.914 pacientes asistieron al centro por primera vez y 1.851 pacientes por atenciones subsecuentes. De acuerdo a los registros del cuadro número 4 de morbilidad (en términos de prevalencia) se puede observar que en la población indígena existen 10 principales causas más frecuentes de asistencia a consulta externa en el centro de salud que se divide según el sexo del paciente. Si se analiza la participación de las personas que fueron atendidas según el sexo, las mujeres representan el 58,90% con respecto a los hombres con 41,10% (MSP, 2017: 177).

Por un lado, se puede observar en el cuadro número 4 que el diagnóstico más prevalente de enfermedades para hombres y mujeres es el mismo pero con diferente peso; por ejemplo en el caso de los hombres de la parroquia de Zumbahua la enfermedad más prevalente es la rinofarigitis aguda reportada en 9,25% de los pacientes, seguido de la parasitosis intestinal 5,67% y por amigdalitis aguda en un 3,96%. Las enfermedades del sistema respiratorio se encuentran atribuidos al clima de la región, debido a su constante fluctuación en diferentes meses del año, además de las temperaturas de 1 a 10° C y los fuertes vientos secos que son recurrentes en la parroquia; en el caso de enfermedades intestinales se atribuye a la falta de acceso a servicios básicos, como es el agua potable lo que dificulta la buena manipulación de alimentos y deficiente consumo de agua hervida (MSP, 2017: 51).

Las causas de enfermedades más prevalentes en la morbilidad femenina en primer y segundo lugar es igual que para los hombres pero con 8,80% y 5,53 respectivamente, seguido por la cefalea con 5,30% de casos;

se observa que las mujeres son las que más acuden a consultas médicas; y que a pesar de no ser en un gran porcentaje de causa de morbilidad, las infecciones de vías urinarias ocupan el octavo lugar y es una de las principales causas por las que las mujeres acuden al centro médico, que puede ser causado por la falta de agua potable de manera continua y de servicio de alcantarillado, además de tener bajas medidas higiénicas en la parroquia. Así como también, las enfermedades de aparato digestivo pueden ser causadas y atribuida por la mala manipulación de alimentos, también por la falta de higiene en los alimentos y no hervir el agua antes del consumo (MSP, 2017: 53).

Cuadro 4 Principales causas de morbilidad por prevalencia de la parroquia de Zumbahua – 2017

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL - CENTRO DE SALUD DE ZUMBAHUA						
N°	Diagnóstico	Hombres		Diagnóstico	Mujeres	
		Número de atenciones	%		Número de atenciones	%
1	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	483	9.25	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	659	8.80
2	Parasitosis intestinal sin otra especificación	296	5.67	Parasitosis intestinal sin otra especificación	414	5.53
3	Amigdalitis aguda no especificada	207	3.96	Cefalea	397	5.30
4	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	184	3.52	Amigdalitis aguda no especificada	299	3.99
5	Antihelmínticos	181	3.47	Dolor en miembro	255	3.41
6	Dolor en miembro	163	3.12	Gastritis no especificada	241	3.22
7	Cefalea	160	3.06	Dolor en articulación	218	2.91
8	Dolor en articulación	140	2.68	Infección de vías urinarias sitio no especificado	213	2.85
9	Faringitis aguda no especificada	131	2.51	Antihelmínticos	204	2.73
10	Gastritis no especificada	128	2.45	Mialgia	200	2.67
11	Demás enfermedades	3.150	60.31	Demás enfermedades	4.385	58.58
	TOTAL	5.223	100	TOTAL	7.485	100

Fuente: Centro de Salud de Zumbahua (2017)

Elaboración: Blanca Enríquez Prado

Al analizar la morbilidad por grupos de edad, se observa que para los grupos de edad de menores de 1 año y de 1 a 4 años, las enfermedades más prevalecientes son la rinofaringitis aguda y la parasitosis intestinal; para los grupos de edad de 5 a 9 años las enfermedades se invierten por lo que en primer lugar se encuentra la parasitosis intestinal y en segundo lugar la rinofaringitis aguda; para los grupos de edad de 10 a 19 años y de 20 a 64 años la enfermedad más frecuente sigue siendo la rinofaringitis aguda, seguida por la dispepsia funcional; y para el grupo de edad de mayores de 65 años la hipertensión arterial prevalece como principal diagnóstico y el segundo es el dolor en articulación relacionados con trastornos del músculo esquelético que

se atribuye a las actividades agrícolas y ganaderas que se realizan en la parroquia, debido a que se tiene gran impacto en el esfuerzo físico (MSP, 2017: 57-72).

Para el Centro de Salud de la parroquia de Zumbahua, la salud sexual y reproductiva es uno de los aspectos fundamentales para el desarrollo social y económico de las mujeres, además de la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual. Por tal motivo, el departamento de Obstetricia del Centro de Salud cuenta con dos consultorios equipados para la atención y resolver problemas de salud sexual y reproductiva de la mujer, familia y comunidad. Además, de realizar pruebas de detección oportuna de cáncer mamario y cérvico-uterino (MSP, 2017: 107).

En el 2017 en el Centro de Salud se realizaron 93 pruebas para la detección oportuna de cáncer de cérvico-uterino de los cuales ningún caso dio positivo; y en el caso de las atenciones realizadas para la detección de psequisa especial de cáncer de mamá se realizaron 51 exámenes que de igual manera todos los resultados fueron negativos. Los exámenes son realizados por demanda de los pacientes y por la recomendación de los médicos obstetras, por lo que cada mes varía el número de atenciones, además de que por factores económicos y de distancia las mujeres no se realizan este tipo de exámenes con frecuencia (MSP, 2017: 108).

Según el cuadro número 5, la morbilidad del departamento de obstetricia, la enfermedad que se reporta de manera frecuente es la vaginitis aguda en un 30,31% de las mujeres atendidas, seguida por la infección de vías urinarias en un 11,56% y por la amenorrea secundaria adquirida por el 8,44% de las mujeres. Se puede asociar estas enfermedades con la falta de acceso a agua potable e incorrecto aseo de vías urinarias, ya que en la mayoría de las comunidades no disponen del servicio (MSP, 2017: 116).

Cuadro 5 Principales causas de morbilidad de prevalencia obstétrica en la parroquia de Zumbahua – 2017

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD OBSTÉTRICA - CENTRO DE SALUD DE ZUMBAHUA			
Nº	Diagnóstico	Número de atenciones	%
1	Vaginitis aguda	194	30.31
2	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	74	11.56
3	Otras hemorragias uterinas o vaginales anormales especificadas	50	7.81
4	Amenorrea secundaria	54	8.44
5	Parestesia de la piel	37	5.78
6	Dismenorrea secundaria	24	3.75
7	Menstruación excesiva y frecuente con ciclo regular	23	3.59
8	Cefalea	24	3.75
9	Otras infecciones y las no especificadas de las vías genitourinarias en el embarazo	21	3.28

10	Dolor pélvico y perineal	11	1.72
11	Las demás	128	20.00
	TOTAL	640	100.00

Fuente: Centro de Salud de Zumbahua (2017)

Elaboración: Blanca Enríquez Prado

Por otro lado, el Hospital Claudio Benati es un hospital básico fisco-misional que presta atención en salud clínico-quirúrgico, y cuenta con servicios de consulta externa, hospitalización clínica y quirúrgica, emergencia, medicina transfusional, atención básica a quemados, quirófano, centro de imagen y laboratorio, además presta servicios de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación para la población de la parroquia Zumbahua (Caicedo & Acosta, 2017).

Según la producción general del Hospital Claudio Benati se realizaron 17.407 consultas para recibir servicios de salud entre enero a diciembre del 2017, de los cuales 15.556 fueron consultas ejecutadas en el establecimiento, 47 en la comunidad, 1.239 a domicilio y 555 no especificados. En el cuadro número 5 se puede observar los registros de morbilidad de la población indígena según el sexo del paciente, existen 10 diagnósticos de patologías con mayor frecuencia en consulta externa (Caicedo & Acosta, 2017).

El diagnóstico más frecuente para ambos sexos es la infección de vías urinarias con 6,17% para hombres y 11,57% para mujeres, sin embargo la segunda causa de diagnóstico para mujeres es la inflamación del cuello uterino con 7,53% y para hombres es la parasitosis intestinal con 5,84%, seguido por la vaginitis aguda con 5,78% para mujeres y para hombres es diarrea y gastroenteritis con 5,14% (Caicedo & Acosta, 2017).

Por un lado, los diagnósticos para las mujeres indígenas se encuentran atribuidos a la falta de la disponibilidad de alcantarillado sanitario y potabilización, puesto que solamente el 6% de la población dispone de este servicio, y no tener el suficiente acceso al agua para uso higiénico (MSP, 2017: 34); por otro lado, las patologías de hombres se encuentran atribuidas a la falta de una planta de tratamiento para el agua de consumo, por lo que las comunidades tienen que acceder al servicio a través de sistemas de agua o tanques de agua que recogen directamente de vertientes, ríos y pozos, que además se encuentran contaminados porque el 14,97% de la población arrojan la basura a la quebrada; adicionalmente la enfermedad se atribuye también al mal manejo y preparación de víveres y la falta de higiene al momento de consumir alimentos. Por tales motivos, es más escaso acceder a agua de consumo ya que en épocas veraniegas se secan las vertientes por la degradación del páramo, por lo cual la cantidad de agua disponible es cada vez menor y causa mal tratamiento de la higiene personal y de los alimentos (MSP, 2017: 35).

Cuadro 6 Principales causas de morbilidad de prevalencia en la parroquia de Zumbahua – 2017

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL - HOSPITAL CLAUDIO BENATI						
N°	Diagnóstico	Hombres		Mujeres		Total
		Número de atenciones	%	Número de atenciones	%	
1	Infección de vías urinarias sitio no especificado	96	6.17	404	11.57	500
2	Enfermedad inflamatoria del cuello uterino	0	0.00	263	7.53	263
3	Vaginitis aguda	0	0.00	202	5.78	202
4	Parasitosis intestinal sin otra especificación	91	5.84	103	2.95	194
5	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	80	5.14	113	3.24	193
6	Faringitis aguda no especificada	77	4.95	77	2.21	154
7	Enfermedad inflamatoria pélvica femenina no especificada	0	0.00	139	3.98	139
8	Rinofaringitis aguda	67	4.30	65	1.86	132
9	Lumbago no especificado	45	2.89	70	2.00	115
10	Amigdalitis aguda no especificada	46	2.95	68	1.95	114
11	Demás enfermedades	1055	67.76	1988	56.93	3043
	Total	1557	100.00	3492	100.00	5049

Fuente: Hospital Claudio Benati (2017)

Elaboración: Blanca Enríquez Prado

De acuerdo a las causas de morbilidad de hospitalización general, la principal causa de hospitalización para mujeres es la infección de vías urinarias en sitio no especificado con 91 casos, seguido del catarro entérico o intestinal con 56 casos, trabajo de parto prematuro sin parto con 43 pacientes y amenaza de aborto con 29 casos; sin embargo las causas relacionadas con el embarazo no se deberían tomar en cuenta porque no se considera una enfermedad propiamente dicha, sino como una características biológica de las mujeres. Para los hombres, la primera causa de hospitalización es el catarro entérico con 38 casos, seguido de la infección de vías urinarias con 27 casos y 15 casos de bronquitis aguda. Al analizar el peso relativo de las enfermedades frecuentes se pudo estimar que para ambos sexos la infección por vías urinarias y las enfermedades del aparato respiratorio y digestivo, se encuentra constantemente en la población (Caicedo & Acosta, 2017).

Existen diferencias substanciales evidentes entre hombres y mujeres en el comportamiento de estadísticas de hospitalización, ya que para las mujeres prevalecen las enfermedades como la infección en vías urinarias, catarro intestinal y trabajo de parto prematuro, y por el lado de los hombres se presenta una participación alta de catarro intestinal, infección en vías urinarias y bronquitis aguda. (Caicedo & Acosta, 2017).

Cuadro 7 Principales causas de morbilidad servicios de hospitalización en la parroquia de Zumbahua - 2017

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN HOSPITAL CLAUDIO BENATI						
N°	Diagnóstico	Hombres		Mujeres		Total
		Número de atenciones	%	Número de atenciones	%	
1	Infección de vías urinarias sitio no especificado	27	5.81	91	11.33	118
2	Catarro entérico o intestinal	38	8.17	56	6.97	94
3	Trabajo de parto prematuro sin parto	0	0.00	43	5.35	43
4	Bronquitis aguda no especificada	15	3.23	16	1.99	31
5	Amenaza de aborto	0	0.00	29	3.61	29
6	Neumonía bacteriana no especificada	13	2.80	12	1.49	25
7	Neumonía no especificada	12	2.58	10	1.25	22
8	Hipertensión esencial (primaria)	6	1.29	15	1.87	21
9	Enfermedad inflamatoria pélvica femenina no especificada	1	0.22	20	2.49	21
10	Insuficiencia cardíaca congestiva	9	1.94	9	1.12	18
11	Las demás	344	73.98	502	62.52	846
	Total	465	100.00	803	100.00	1268

Fuente: Hospital Claudio Benati (2017)

Elaboración: Blanca Enríquez Prado

De acuerdo a las estadísticas hospitalarias los días cama disponible, es decir las camas habilitadas en las salas del establecimiento, en condiciones de uso inmediato para la atención de los pacientes hospitalizados, independiente de que estén ocupadas o no, en el 2017 fue de 14.003; el número de días de estadía en el hospital fue de 4.492 comprendido entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso, incluye pacientes ingresados y egresados en el mismo día; por otro lado los días de cama desocupadas fueron 8.369 y los días por paciente fueron 5.632, por lo que el porcentaje de giro de camas fue de 36,9 que es una medida del número de egresos en promedio comprometieron el uso de cada cama disponible; y el giro de intervalo fue de 5,90 que es el tiempo en promedio que una cama está desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro (Caicedo & Acosta, 2017).

Se puede concluir que en su conjunto según los datos de estadísticas sanitarias de hospitalización provistos por el Hospital Claudio Benati se realizaron 1.417 egresos hospitalarios cumpliendo con el 100% de los egresos, siendo el servicio eficiente y óptimo, de los cuales según la condición de egreso, el 93,86% se dieron en condición de alta, el 4,94% de los pacientes fueron transferidos a otros hospitales de mayor nivel, el 0,42% fallecieron en menos de 48 horas después de salir del establecimiento y el 0,77% falleció en más de 48 horas después de salir del establecimiento. Los egresos hospitalarios pueden considerarse como una aproximación de la morbilidad de la parroquia, sin embargo no compone toda la perspectiva de morbilidad,

debido a que no toda la población asiste a las instituciones de salud para ser atendidos por alguna enfermedad (Caicedo & Acosta, 2017).

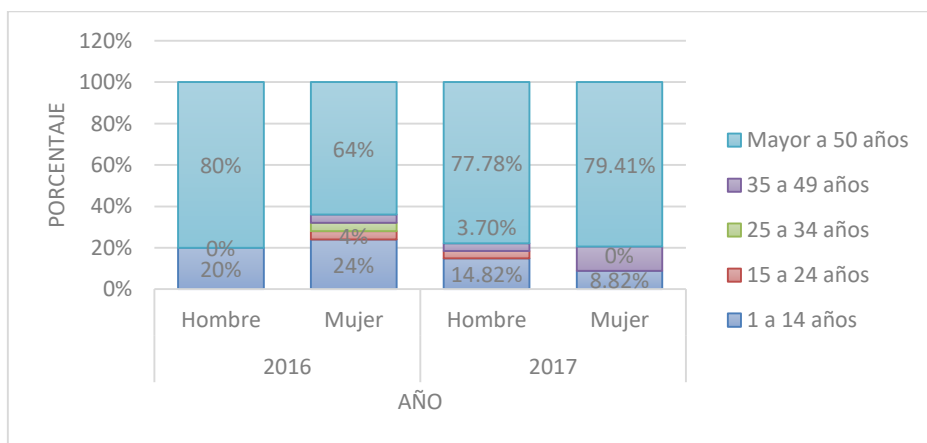
Mortalidad

Según la OMS (2018g) la mortalidad es la causa básica de defunción definida como “la enfermedad o lesión que desencadenó la sucesión de eventos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o acto de violencia que produjeron la lesión mortal”. La mortalidad se puede medir por la tasa bruta de mortalidad, mortalidad por causa específica y por edad específica; en la presente investigación se considera las defunciones por sexo y por grupos de edad.

Según el INEC (2014a: 201) para el año 2010 la tasa de mortalidad de la parroquia de Zumbahua fue de 3,80%, sin embargo para el 2014 se redujo a 2,91% por cada 1000 habitantes, está disminución se puede explicar por la defunciones que se dan en los hogares y no son reportadas al centro de salud debido a que no emiten certificados de defunciones.

Cabe recalcar de que a pesar que las mujeres se enferman con mayor frecuencia que los hombres, las mujeres viven más años, esto se puede observar en el gráfico número 16 con el peso que tienen las defunciones en cada uno de los grupos de edad para hombres y mujeres, debido a que el 64% de mujeres que murieron en el 2016 corresponden al grupo de mayores a 50 años, frente al 80% de los hombres, sin embargo estos porcentajes varían en el 2017 siendo el 79,41% de mujeres y 77,78% de hombres; al comparar el 2016 y 2017 se analiza que las defunciones en este grupo de edad tiene un aumento significativo por el envejecimiento debido al cambio de la pirámide poblacional.

Gráfico 16 Defunciones por sexo según grupos de edad de la parroquia de Zumbahua 2016 y 2017



Fuente: Centro de Salud de Zumbahua (2016-2017).

Elaboración: Blanca Enríquez Prado.

Según la OMS (2018h) a nivel mundial el 71% de las muertes se producen por enfermedades no transmisibles (ENT) sin distinción de sexo y se identifican por ser de larga duración, debido a la combinación de componentes genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales, que se presentan frecuentemente en países de ingresos bajos y medios. Los tipos de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares como los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias como las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y el asma, y la diabetes.

Las enfermedades no transmisibles se relacionan con los grupos de edad más avanzada, condiciones de vida poco saludables como la inactividad física, exposición a productos nocivos como al humo y consumo de alcohol y el envejecimiento. Los individuos que se encuentran en situación de pobreza son los más vulnerables, debido a que padecer de ENT incrementa los gastos familiares por atención sanitaria y crean una traba para contrarrestar la pobreza (OMS, 2018h).

Las investigaciones han determinado que las personas vulnerables a enfermarse de manera más frecuente y tienen mayores tasas de mortalidad, debido a que se encuentran más expuestos a factores nocivos. Por lo tanto, las ENT constituyen una cadena de problemas de salud relacionados con aspectos como el ingreso, educación, mercado laboral, discriminación por sexo y etnia., por lo que se dificulta el desarrollo social económico familiar y mundial (OMS, 2018h).

En el cuadro 8 se puede observar las diez principales causas de mortalidad de las mujeres en los periodos 2016 y 2017 que no muestran ninguna variación significativa, sin embargo los casos que se han presentado tienen un peso diferente en cada periodo. La primera causa de muerte en el 2016 es la insuficiencia respiratoria aguda con un total de 3 casos, en el 2017 baja a la tercera posición también con 3 casos y antepuesta por la enfermedad cerebrovascular no especificada y la senilidad con 4 casos cada uno. Se puede evidenciar que las enfermedades respiratorias son la causa más frecuente de muerte en la parroquia de Zumbahua, seguida por la senilidad.

Cuadro 8 Principales causas de mortalidad de las mujeres de la parroquia de Zumbahua 2016 y 2017

N°	CAUSA DE FALLECIMIENTO	2016		CAUSA DE FALLECIMIENTO	2017	
		Mujeres fallecidas	%		Mujeres fallecidas	%
1	Insuficiencia respiratoria aguda	3	12.00	Enfermedad cerebrovascular, no especificada	4	11.76
2	Senilidad	3	12.00	Senilidad	4	11.76
3	Otras neumonías bacterianas	2	8.00	Insuficiencia respiratoria aguda	3	8.82

4	Trastorno metabólico, no especificado	1	4.00	Insuficiencia cardiaca congestiva	3	8.82
5	Muerte cardiaca súbita, así descrita	1	4.00	Septicemia, no especificada	3	8.82
6	Paro cardiaco, no especificado	1	4.00	Paro respiratorio	3	8.82
7	Insuficiencia cardiaca congestiva	1	4.00	Embolia pulmonar sin mención de corazón pulmonar agudo	2	5.88
8	Otras enfermedades cerebrovasculares especificadas	1	4.00	Otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad	2	5.88
9	Enfermedad cerebrovascular, no especificada	1	4.00	Otros tipos de hipertensión	1	2.94
10	Edema pulmonar agudo debido a inhalación de gases, humos, vapores y sustancias químicas	1	4.00	Insuficiencia renal aguda, no especificada	1	2.94
11	Las demás	10	40.00	Las demás	8	23.53
	TOTAL	25	100	TOTAL	34	100

Fuente: Centro de Salud de Zumbahua (2016-2017)

Elaboración: Blanca Enríquez Prado

Como se puede observar en el cuadro 9, entre las principales causas de mortalidad de los hombres también se encuentran las ENT; en el 2016 la muerte más frecuente fue por infarto agudo de miocardio con 2 casos, sin embargo en el 2017 la primera causa de muerte sigue siendo la insuficiencia respiratoria aguda con un total de 4 casos. Para los periodos 2016 y 2017 se puede evidenciar que las tasas de mortalidad son menores para los hombres en un 8, 30%, sin embargo existe mayor incidencia a padecer diferentes tumores malignos de distintos órganos. Dentro de las principales causas de mortalidad además se encuentran las relacionadas con el consumo de alcohol y la violencia que se genera por el mismo, a pesar de no ser altas las tasas en los dos periodos aún se mantienen las muertes por traumatismos.

Cuadro 9 Principales causas de mortalidad de los hombres de la parroquia de Zumbahua 2016 y 2017

N°	CAUSA DE FALLECIMIENTO	2016		CAUSA DE FALLECIMIENTO	2017	
		Hombres fallecidos	%		Hombres fallecidos	%
1	Infarto agudo de miocardio, sin otra especificación	2	13.33	Insuficiencia respiratoria aguda	4	14.81
2	Carcinoma in situ del estomago	1	6.67	Otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad	4	14.81
3	Carcinoma in situ de la próstata	1	6.67	Insuficiencia cardiaca congestiva	3	11.11
4	Fractura de la base del cráneo	1	6.67	Paro respiratorio	3	11.11

5	Preclamsia durante el trabajo de parto	1	6.67	Tumor maligno del fundus gástrico	1	3.70
6	Tumor maligno del estómago, parte no especificada	1	6.67	Tumor maligno del mediastino, parte no especificada	1	3.70
7	Encefalopatía no especificada	1	6.67	Carcinoma in situ de otras partes especificadas de órganos digestivos	1	3.70
8	Traumatismos superficiales múltiples de la cabeza	1	6.67	Enfermedad de Parkinson	1	3.70
9	Diabetes mellitus insulino dependiente con coma	1	6.67	Edema cerebral	1	3.70
10	Paro cardiaco, no especificado	1	6.67	Infarto agudo de miocardio, sin otra especificación	1	3.70
11	Las demás	4	26.67	Las demás	7	25.93
	TOTAL	15	100	TOTAL	27	100

Fuente: Centro de Salud de Zumbahua (2016-2017)

Elaboración: Blanca Enríquez Prado

Por otro lado, según los registros de mortalidad del Hospital Claudio Benati, la primera causa de muerte es la hipertensión esencial (primaria) en 20,83% de los pacientes atendidos debido al envejecimiento de la población, seguido de los accidentes cerebrovasculares presentado en 10,42% de la población. Las causas de mortalidad puede ser causa de las condiciones de vida de la parroquia y las desigualdades sociales, que dificultan la falta de acceso a los servicios de salud. Cabe recalcar que las enfermedades respiratorias siguen siendo una de los padecimientos frecuentes de la población, como ya se ha mencionado el clima y las bajas temperaturas en las que viven los habitantes de la parroquia afectan directamente a la salud.

Cuadro 10 Principales causas de mortalidad de la parroquia de Zumbahua 2017

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL - HOSPITAL CLAUDIO BENATI			
Nº	CAUSA DE FALLECIMIENTO	2017	
		Frecuencia	%
1	Hipertensión esencial (primaria)	10	20.83
2	Accidente vascular encefálico agudo no especificado como hemorrágico o isquémico	5	10.42
3	Insuficiencia cardiaca congestiva	4	8.33
4	Neumonía no especificada	3	6.25
5	Septicemia no especificada	2	4.17
6	Tumor maligno del cuello del útero sin otra especificación	2	4.17
7	Tuberculosis del pulmón confirmada por hallazgo microscópico del bacilo tuberculoso en esputo con o sin cultivo	1	2.08
8	Tumor maligno del esófago parte no especificada	1	2.08
9	Tumor maligno del estómago parte no especificada	1	2.08
10	Tumor maligno del riñón excepto de la pelvis renal	1	2.08

11	Las demás	18	37.50
	Total	48	100

Fuente: Hospital Claudio Benati (2017)

Elaboración: Blanca Enríquez Prado

Según los datos de mortalidad se puede concluir que las mujeres se encuentran en una situación más vulnerable que la de los hombres, debido a que si bien no en gran medida son mayores las tasas de mortalidad de mujeres que la de hombres, las mujeres se enferman de manera más frecuente.

Es oportuno mencionar que según las muertes generales son el resultado esencialmente del deceso de adultos mayores de más de 50 años (78%) y de adultos entre 35 y 49 años (8%). Al hacer una comparación entre hombres y mujeres existe incidencia de muertes en adultos de más de 50 años mayor en las mujeres, porque las mujeres fallecen a los 61 años de edad, mientras que los hombres fallecen a los 49 años (INEC, 2010:8).

Cabe recalcar que se realizó el análisis de estas dos unidades de salud debido a que la población de la parroquia Zumbahua acude en su gran mayoría al Centro de Salud de Zumbahua y al Hospital Claudio Benati, sin embargo el hospital cuenta con una carta mayor de servicios de salud por lo que tiene mayor producción hospitalaria que el Centro de Salud.

Medicina ancestral y parteras

La medicina ancestral son prácticas médicas que han tenido su origen y desarrollo en espacios geográficos y comunidades sociales de pueblos indígenas que basan su metodología terapéutica en la historia, cosmovisión e identidad cultural indígena (OPS, 2006: 7). En el Ecuador, la Constitución de la República (2008: 26) en el artículo 57 se reconoce y garantiza el derecho a mantener, desarrollar y fortalecer la identidad de las comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas, así como también el sentido de pertenencia de tradiciones ancestrales y formas de organización de sus territorios.

Además, la medicina ancestral es contemplada en la Ley Orgánica de Salud del 2006, en donde se reconoce a la medicina tradicional o ancestral y el reconocimiento de prácticas tradicionales, para la incorporación del enfoque plurinacional e intercultural en el Sistema Nacional de Salud con el objetivo de respetar y promocionar el desarrollo de medicinas tradicionales; sin embargo en la ley no se expone la posibilidad de ejercicio por parte de los servidores de medicina tradicional por el insuficiente grado de cientificidad del conocimiento médico ancestral, además pueden ser evaluados, legitimados y certificados por la autoridad sanitaria (Morales & Andi, 2014: 9).

Según la cosmovisión andina la salud tiene que ser vista desde su totalidad, es decir desde la protección del espíritu, cuidado del cuerpo y resguardo emocional. Como parte de la cultura y costumbres de la parroquia de Zumbahua, según los datos del Centro de Salud de la parroquia se cuenta con 47 sanadores de medicina ancestral/tradicional, de los cuales 27 son parteras/os (conformado el 82% por mujeres y el 8% por hombres) y 20 son promotores de salud de los que se derivan en 4 categorías que son los sobadores (3), hierbateros (4), yachak (8) y cuypichak (5) (conformado el 90% por hombres y el 10% por mujeres); que conjugados forman un vínculo entre la comunidad y el personal de la salud (MSP, 2017: 19).

Cabe recalcar que en la parroquia 22 mujeres son parteras y solamente 5 hombres son parteros, a pesar de ser un número reducido de hombres que cumplen con esta función, aún ayudan a dar a luz por sus conocimientos y saberes, sin embargo el rol de partera por historia debe ser desempeñado en su totalidad por mujeres, debido a que se consideraba una actividad que tenía que ser desarrollada únicamente por mujeres de la comunidad. En cambio, la función de promotores de la salud es desempeñada por 18 hombres y solamente 2 mujeres, puesto que se considera que los hombres se encuentran más unidos al hábitat, comunidad y al mundo espiritual que las mujeres (Przytomska, 2017: 5-6).

Cuadro 11 Sanadores de medicina ancestral/tradicional de la parroquia de Zumbahua – 2017

Médicos ancestrales/ tradicionales	Categoría	Hombres		Mujeres	
		Número de personas	%	Número de personas	%
Parteras/os	Parteras/os	5	21.74	22	91.67
Promotores de la salud	Sobadores	2	8.70	1	4.17
	Hierbateros	4	17.39	0	0.00
	Yachak	7	30.43	1	4.17
	Cuypichak	5	21.74	0	0.00
Total		23	100	24	100

Fuente: Centro de Salud de Zumbahua (2017)

Elaboración: Blanca Enríquez Prado

En primer lugar, las parteras cumplen un papel esencial en la salud sexual y reproductiva para la comunidad a la que pertenecen, intervienen con sus conocimientos y saberes en el cuidado del embarazo, parto y después del nacimiento. Por lo que, las parteras/os contribuyen en la atención de las molestias que se presentan durante el embarazo, que son principalmente causadas por el clima frío de la parroquia, brinda consejos sobre los posibles problemas del embarazo, además ofrecen remedios caseros con plantas medicinales y nativas (MSP, 2010b: 19-20).

Sin embargo, el rol más importante de las parteras/os es ayudar al parto y evitar que un parto normal se convierta en un cesárea debido a que ayudan a “acomodar” con sus manos al niño/a cuando se encuentra atravesado en el vientre de la madre, que según los conocimientos este procedimiento se debe llevar a cabo en el séptimo u octavo mes de embarazo. También, contribuyen a la identificación de señales de peligro

como el sangrado, baja nutrición de la madre, vómitos permanentes, etc. Finalmente, luego del parto las parteras/os cumplen visitas de chequeo para la atención de la madre y del recién nacido (MSP, 2010b: 21).

En segundo lugar, los promotores de la salud como los hierbateros son especialistas en medicina natural, debido a que utiliza hierbas para curar enfermedades, ya que conocen las plantas medicinales y usan medicamentos a base de hierbas, recogen hierbas de los páramos y cerca de ríos; los sobadores son personas que atienden problemas de salud referente a los músculos o huesos y con la ayuda de masajes profundos y hierbas alivian el dolor, sin embargo no intervienen cuando existen fracturas; los yachak son considerados como una autoridad moral que transmiten sus saberes a los jóvenes para mantener su identidad cultural, se caracterizan por ser el “sabio mayor” y mantener la salud de la comunidad mediante el diagnóstico y tratamiento de enfermedades; finalmente, el cuypachak es un especialista en rituales ancestrales con cuyes, el ritual consiste en frotar el animal con el cuerpo del paciente para que el animal cure y absorba las enfermedades a través del contacto físico, el diagnóstico se basa en el análisis en los órganos, huesos y piel de los animales, si una parte del animal muestra lesiones significa que el paciente tiene problemas de salud en esa parte particular del cuerpo (Przytomka, 2017: 11-12).

El reconocimiento y valoración de la medicina ancestral reconoce el enfoque plurinacional e intercultural de los pueblos y comunidades indígenas, ya que son una forma de representación del saber del cuerpo humano, donde el proceso salud-enfermedad es culturalmente definido para prevenir y curar enfermedades, además de preservar la salud de las comunidades con la ayuda de plantas medicinales como su principal recurso curativo. La medicina tradicional beneficia a sus pacientes debido a la confianza que genera, facilidad de acceso, y disminución de costos en asistencia sanitaria y en medicamentos (Przytomka, 2017: 21-22).

Mujeres indígenas con discapacidad

Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, se define la discapacidad como el conjunto de deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones a la participación, además es la interacción entre las personas que sufren algún tipo de enfermedad y factores personas y ambientales. De acuerdo a la OMS (2018) el 15% de la población mundial padece de alguna forma de discapacidad.

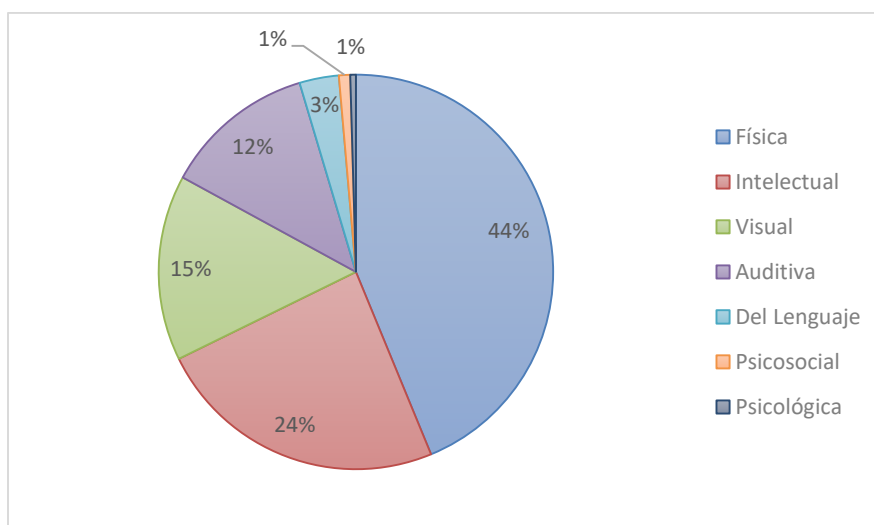
Las personas con discapacidad tienen mayores problemas de salud y por lo general arrastran mala salud, por lo cual se genera mayor demanda de necesidades de asistencia sanitaria, porque tienen menos acceso a los servicios de salud y más necesidades insatisfechas. Este grupo se encuentra en situación de vulnerabilidad debido a que pueden experimentar aspectos como las afecciones secundarias, comorbilidad, padecimientos relacionados con la edad, conductas nocivas para la salud y muerte temprana (OMS, 2018).

Primero, las afecciones secundarias están relacionadas con una enfermedad primaria y son previsible y evitables; segundo, la comorbilidad son padecimientos que se adiciona a la enfermedad primaria por discapacidad pero no se relaciona directamente; tercero, los padecimientos relacionados con la edad de las personas con discapacidad empiezan antes de lo normal, por lo que el proceso de envejecimiento comienza prematuramente; cuarto, las conductas nocivas para la salud tienen mayor frecuencia en las personas con discapacidad por la mala alimentación y falta de actividad física; finalmente, las tasas de mortalidad son mayores, sin embargo varía por el tipo de discapacidad (OMS, 2018).

En el Ecuador, las personas con discapacidad se encuentran amparadas por normativas y leyes como la Constitución de la República 2008, Ley Orgánica de Discapacidades 2012 y su reglamento, Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, que forman parte de un marco normativo-legal que garantiza el ejercicio de sus derechos. En la parroquia de Zumbahua el Sistema Nacional de Salud colabora con las personas con discapacidad mediante ayudas técnicas y controles mensuales para cubrir sus necesidades en temas de salud, sin embargo el acceso a la salud no asegura la igualdad y ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales que merecen por tener algún tipo de discapacidad (MSP, 2017: 40).

Según el Centro de Salud de Zumbahua (2017) existen 217 casos de personas que padecen algún tipo de discapacidad, de los cuales 95 personas padecen de discapacidad física; 52 personas tienen discapacidad intelectual; 33 personas tienen discapacidad visual; 27 personas tienen discapacidad auditiva; 7 personas tienen discapacidad del lenguaje; 2 personas tienen discapacidad psicosocial; y 1 persona padece de discapacidad psicológica, sin embargo no se pudo contar con datos desagregados por sexo.

Gráfico 17 Personas con discapacidad de la parroquia de Zumbahua – 2017



Fuente: Centro de Salud de Zumbahua (2017).

Elaboración: Blanca Enríquez Prado

Según el Decreto Ejecutivo N° 1395 del 2 de enero de 2013 establece que el Bono de Desarrollo Humano esté enfocado también a las personas que tengan un porcentaje de discapacidad igual o superior al 40%, que se encuentran en condiciones de pobreza y no se encuentren afiliadas al Instituto de Seguridad Social, reciban una transferencia monetaria mensual de \$50,00 dólares. En la parroquia de Zumbahua de las 217 personas que tienen discapacidad, 90 personas reciben el bono de desarrollo humano, de los cuales 81 son mujeres y 9 son hombres, además, 19 niños también reciben esta pensión de las cuales 16 son niñas y 3 son niños. Así también, 5 personas (3 con discapacidad física y 2 con discapacidad intelectual) reciben el Bono Joaquín Gallegos Lara que es una transferencia monetaria de \$240,00 dólares mensuales para personas que sufran de discapacidad severa sea física o intelectual (MSP, 2017: 42).

Las enfermedades y discapacidades afectan de manera directa a las mujeres en este caso indígenas debido a que se colocan en una posición desigual con respecto a los hombres y las personas sin discapacidad, por lo que sufren mayor discriminación y exclusión social que provoca que no puedan acceder a sus derechos básicos como la educación y salud. La desigualdad se manifiesta en las mujeres indígenas con discapacidad porque tienen mayores tasas de analfabetismo, bajos niveles de educación, mínima actividad en el mercado laboral, puestos de laborales con mínimo compromiso y menores remuneraciones, además de baja autoestima que hace que dependan económica y socialmente de otras personas, por lo que tienen mayor probabilidad de sufrir violencia de género y bajos niveles de desarrollo personal y social (González, 2010: 8).

La autora Arnau (Citado en González, 2010: 8) establece que las mujeres indígenas con discapacidad se encuentran dentro de la Teoría de la Discriminación Múltiple, que se basa en la combinación de varias variables de funcionalidad y género, por lo que padecen más de dos discriminaciones que pueden ser por pertenecer a otras etnias, culturas y edades, además de contextos socio-económicos diferentes. Por tal motivo, experimentan diversas desventajas y mayor probabilidad de ser oprimidas social y económicamente.

Entre las desventajas sociales y económicas que se presentan para las mujeres indígenas con discapacidad existen: los costos prohibitivos, oferta limitada de servicios, limitaciones físicas y falta de aptitudes y conocimientos del personal sanitario; los costos prohibidos se refiere a los altos gastos que enfrentan las personas con discapacidad para acceder a los servicios de salud y el transporte, por lo que no reciben la asistencia sanitaria por la falta de recursos económicos; la oferta limitada de servicios se presenta por la falta de oferta de servicios médicos acordes para las personas con diferentes tipos de discapacidad; las limitaciones físicas se presenta en la falta de infraestructura en edificios, hospitales y centros de salud, deficiente equipo médico, falta de señalización, servicios sanitarios inadecuados y falta de zonas de parqueo, estos factores representan un obstáculo para acceder a los servicios de salud; y la falta de aptitudes y conocimientos del personal sanitario se presenta cuando son maltratados o se les obstaculiza la asistencia (OMS, 2018g).

Las personas con discapacidad por lo general se desarrollan en entornos pobres y poco desarrollados como es el hecho de vivir en zonas rurales, debido a que no cuentan con servicios de salud que demandan como: la rehabilitación, acceso a instituciones educativas que se encuentren adaptadas a sus capacidades; y además de no contar con servicios profesionales como ayudas técnicas individuales que permitan un mejor desenvolvimiento en la vida social y profesional; lo que causa un círculo vicioso, por desencadenar y agravar problemas como la pobreza, etnia, analfabetismo, zona de residencia e incluso rol de “madre” por ser jefa de hogar y experimentar condiciones como el abandono o migración de la pareja, lo que imposibilita la generación de bienes y servicios y no poder salir del círculo de la pobreza (González, 2010: 17). También, el desconocimiento o aprovechamiento de los sistemas de apoyo puede obstaculizar el acceso a una buena calidad de vida, debido a no tener como movilizarse desde su lugar de residencia hacia la capital, lo que lleva a la dependencia y pobreza (ONU, 2016).

Las mujeres indígenas con discapacidad experimentan una combinación de obstáculos por la discapacidad que padecen, racismo y sexismo, lo que limita el acceso a oportunidades y el goce de sus derechos fundamentales, como es el de contar con servicios sanitarios de buena calidad, accesibles y el uso de recursos de manera eficiente, para evitar que este grupo vulnerable sufra de deficiencias y desigualdades, se debe identificar las particularidades y especificidades que padecen, para lograr igualdad entorno a su salud dentro la perspectiva de género (González, 2010: 18).

Además, las personas indígenas en comparación con otras personas con discapacidad afrontan discriminación incluso en su sociedad, debido a que son calificadas personas inferiores, ya que son tomadas como poca prioridad para cubrir sus necesidades singulares. En el caso del acceso a la salud tienen un nivel de acceso menor a los servicios médicos que el resto de la población, además tienen necesidades insatisfechas, ya que desencadena tener un estado de salud inferior y por ende menor esperanza de vida (ONU, 2016).

En conclusión, las situaciones a las que se enfrentan las mujeres indígenas con discapacidad pueden variar de una comunidad a otra, sin embargo enfrentan las mismas barreras que las mujeres indígenas por el deficiente acceso a educación, falta de sistemas de salud especializados para cada tipo de necesidad, igualdad de salarios, e inequidad en la toma de decisiones etc. Por tal motivo, es necesario que el Estado intervenga de manera participativa y prestar mayor atención a este grupo vulnerable para fomentar la igualdad en la asignación de recursos como bienes y servicios públicos, y que además se encuentren enfocados de acuerdo a su cultura y género.

De acuerdo con lo anteriormente descrito en esta sección, se puede establecer como conclusión que los principales causantes del perfil de morbilidad son el clima y la falta de acceso a servicios básicos; el primero, debido a que las variaciones del clima de la región que fluctúa entre 1° y 10° centígrados, incluso pueden llegar a temperaturas bajo cero en distintas temporadas, además de vientos secos, y el segundo, por la falta de servicios como agua potable y alcantarillado, lo que perjudica al higiene y favorece a la falta de aseo en la manipulación y consumo de alimentos, además de no hervir agua antes de su consumo.

Además, a pesar de no ser un grupo grande de mujeres con discapacidad en la parroquia, es necesario cubrir sus necesidades específicas para que no se vean limitadas sus oportunidades de mejorar su calidad de vida y bienestar; y puedan acceder a sus derechos fundamentales como la educación y servicios sanitarios y evitar que este grupo vulnerable sufra de desigualdades en el acceso a servicios básicos.

Capítulo III. Relación entre la situación socio-económica y el estado de salud de las mujeres indígenas de la parroquia de Zumbahua

El presente capítulo busca conocer y explicar la relación que existen entre la auto-percepción de la salud de las mujeres indígenas de Zumbahua y la situación socio-económica a la que se enfrentan. La auto-percepción de la salud ha sido utilizado como un indicador para medir y evaluar las condiciones de vida de las personas y de las poblaciones, por lo que según la literatura estudiada tener buena o mala salud depende de múltiples factores, tanto individuales como comunitarios (Caicedo & Berbesi, 2015:2).

Para demostrar esta relación se elaboró una encuesta con el objetivo de medir el nivel socio-económico de las mujeres indígenas de Zumbahua, la misma que contenía información sobre la composición del hogar, nivel de instrucción, trabajo, comunidad, características de servicios básicos, infraestructura, características de salud y alimentación y nutrición. Luego de haber realizado el levantamiento de información se procedió a la elaboración y ejecución del modelo econométrico probit ordenado utilizando el paquete econométrico STATA para presentar los resultados obtenidos.

Hipótesis

La hipótesis principal que se planea es que efectivamente existe una relación directa entre la salud de las mujeres indígenas y el nivel socio-económico en el que se desarrollan, por lo tanto para la demostración de esta hipótesis es necesario primero conocer el contexto en el que viven y luego determinar si tiene relación con su estado de salud.

Determinación del tamaño de la muestra

Para conocer los niveles socio-económicos de las mujeres de la parroquia de Zumbahua, primero se realizó la determinación de la muestra que es el indicador del número de mujeres a ser encuestadas y las características del conjunto muestral. Para lo cual es necesario conocer el tamaño adecuado de la muestra y los componentes que influyen en los resultados, con el objetivo de conseguir resultados confiables que demuestren la situación actual del estado socio-económico de las mujeres y evitar errores en la información recopilada.

El universo bajo estudio de la encuesta es constituido por las mujeres de la parroquia rural de Zumbahua que para los efectos de la investigación se tomará en cuenta la información recopilada en el Censo de

Población y Vivienda de 2010 realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos que se encontró que la población es 6.719 mujeres.

Para la determinación del tamaño de la muestra se utilizó la siguiente ecuación:

$$n = \frac{z^2(p \times q)}{e^2 + \frac{(z^2(p \times q))}{N}}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra

z=Nivel de confianza deseado del 90% para datos económicos

p= Proporción de la población con la característica deseada (éxito) → 50% como valor estándar

q=Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso) $1 - p = 50\%$

e= Margen de error que se está dispuesto a cometer en el nivel de confianza propuesto es del 5% para datos económicos

N= Tamaño de la población → Mujeres de Zumbahua 2010 = 6.719

De acuerdo con el cálculo del tamaño muestral para la población de 6.719 mujeres, con un nivel de confianza del 90% y un margen de error del 10%, la encuesta debe ser realizada a 67 mujeres de la parroquia de Zumbahua, para que el estudio sea estadísticamente significativo.

Medida de investigación

Luego de la recolección de información socio-económica mediante la aplicación de la “Encuesta de Nivel Socio-Económico para las mujeres de la parroquia de Zumbahua” se procedió a elaborar un modelo econométrico probit ordenado, para que la variable dependiente pueda tener más de dos posibles resultados.

La variable dependiente es la auto percepción de la salud, es decir la salud auto-evaluada, que fue expresada por las mujeres indígenas encuestadas de la parroquia de Zumbahua utilizando cuatro categorías ordenadas: muy buena, buena, mala y muy mala; las variables independientes utilizadas fueron composición del hogar, nivel de instrucción, afiliación del seguro social campesino, trabajo, tipo de vivienda, preferencia de acudir a un centro de salud u hospital y acceso a servicios básicos, como servicio de agua potable, alcantarillado, energía eléctrica y eliminación de desechos sólidos; además de variables demográficas como la edad, etnia y estado civil.

Para explicar tal relación se utilizó las variables anteriormente mencionadas debido a que según la literatura revisada en el capítulo de la fundamentación teórica la mayoría de los autores concluyen y coinciden en que para medir la influencia del nivel socio-económico en el estado de salud, es necesario incluir este tipo de

factores, debido a que son las más influyentes porque tienen un impacto directo sobre la salud y pueden modificar las condiciones y estilos de vida, ya que se manifiesta en múltiples niveles tanto de manera individual como familiar, local comunitario o social (Barragán et al, 2007:12). A continuación se va a describir la razón de la utilización de las variables independientes y como se manejaron en el modelo econométrico:

Primero, la variable de composición del hogar fue dividida en dos: la primera se encuentra conformada por los miembros del hogar de 0 a 8 años y la segunda, se encuentra conformada por personas de 64 años o más que viven actualmente con la encuestada; la razón de la incorporación de la composición del hogar se debe a que es un factor importante porque el hogar es una unidad social y económica, su organización se basa en la división del trabajo y administración de recursos económicos (González, 1994; Citado en Rojas, 2003: 11). Los miembros del hogar comparten sus ingresos, por lo que la distribución del mismo puede afectar el estado de salud de una familia y modificar el nivel de bienestar del hogar. (Rojas, 2003: 11). Es importante mencionar que en la medida que una familia con mayor número de miembros tiene menor porcentaje de ocupación por familia e incluso se encuentran en el subempleo, lo que causa reducción en los ingresos y su gasto en salud y por ende en su bienestar. Por otro lado, tener el apoyo de la familia y de su comunidad mejora el nivel emocional y la confianza en sí mismo; que por el contrario personas que no tienen apoyo social y emocional pueden experimentar menor bienestar por padecer depresión, y tener mayores complicaciones en las enfermedades (Barragán et al, 2007:18).

Segundo, la variable del nivel de instrucción fue de igual manera dividida en dos: la primera es para conocer si sabe leer y escribir y la segunda, es el nivel de estudios más alto cursado por la encuestada; como se ha señalado en la fundamentación teórica el nivel de educación es utilizado como una herramienta para mejorar el bienestar individual y colectivo; en este mismo sentido hay que pensar que la educación es una inversión a largo plazo debido a que una persona con un nivel de instrucción formal y alto tiene mayores probabilidades de obtener un trabajo estable y seguro, por lo que generan ingresos acorde a su nivel educativo, además crea un avance en elecciones y oportunidades para llevar una vida saludable con mejores comportamientos alimenticios y nutricionales (Barragán et al, 2007:19).

Del mismo modo, la educación permite reducir las brechas de género debido a que individuos con educación formal generan mayores ingresos y tienen las capacidades para incrementar el gasto de salud y pueden cubrir los costos de enfermedades incluso prevenir enfermedades con cuidados paliativos que mejoren la salud, igualmente conocen los beneficios de tener buena salud (PNUD, 2006: 43).

Tercero, la variable trabajo fue dividida en tres: la primera, para saber si cuenta con una actividad remunerada o no, la segunda el número de horas diarias que trabaja y la tercera si se encuentra afiliada al seguro social campesino; autores como Barragán (2017: 18) sostienen la hipótesis que los individuos que cuentan con un trabajo estable y seguro se encuentran en circunstancias más saludables, lo cual mejora su productividad laboral y ayuda a generar ingresos, por lo que tienen mayores posibilidades de acceder bienes y servicios que ayudan a tener buena salud.

Por otro lado, el seguro social campesino es un seguro que tiene como objetivo ofrecer protección de salud a la población que vive en zonas rurales, especialmente a las que trabajan en el campo y en pesca artesanal; este seguro ayuda a la población de sector rural porque cubre al afiliado y a sus familias en la enfermedad, embarazo, discapacidad, vejez, incapacidad y muerte, con ayuda de programas de salud integral y desarrollo comunitario, además de entregar pensiones de jubilación por vejez e incapacidad y proveer cobertura para funerales (IESS, 2018).

Cuarto, la variable de características de la vivienda y servicios básicos se dividió en cinco: el primero, el tipo de vivienda en el que vive, el segundo si la vivienda cuenta con agua potable por medio de la red pública, el tercero si la vivienda cuenta con servicio higiénico (alcantarillado), la cuarta si la vivienda con energía eléctrica pública y la quinta si la vivienda cuenta con el servicio de carro recolector público.

En primera instancia se va a describir el tipo de vivienda porque influye en la salud debido a que viviendas de las zonas rurales no cuentan con una buena infraestructura o equipamiento para satisfacer las necesidades básicas individuales o colectivas, además dichos sectores no tienen las oportunidades de tener una vivienda con buenas condiciones, es decir contar con el espacio suficiente, tener acceso a servicios básicos (agua, alcantarillado y energía eléctrica) y medios para transportarse por la lejanía de sus viviendas, esto a causa de la falta de ingresos, desempleo o pobreza para construir una vivienda de calidad (Hardoy & Satterthwaite 1989; Citado en :4).

En segunda instancia, el acceso a los servicios básicos también es un requerimiento indispensable ya que apoya el bienestar social, desarrollo humano, y mejora las condiciones de salud; porque mediante estos recursos se puede disminuir el apetito y la desnutrición, reduce las tasas de mortalidad infantil, y la inequidad de género; la falta de agua potable, saneamiento sanitario, energía eléctrica, vivienda adecuada y recolección de residuos domiciliarios, ocasiona una seria disminución de la calidad de vida y salud de la población, porque genera problemas reiterativos causados por enfermedades como la gastrointestinales e infecciones digestivas, disminuyendo cada vez más su salud (PNUD, 2006; Citado en OPS, 2010: 10).

Claramente se puede evidenciar este tipo de enfermedades están relacionadas con la falta de agua potable y la pobreza de las comunidades. En este sentido afecta más a familias pobres que se ubican en zonas rurales porque son las más influenciadas en el acceso de los servicios básicos, debido a que disminuye su productividad tanto para generar ingresos como a producir alimentos, que por el contrario las zonas urbanas gozan. Además, altera las oportunidades educativas porque las tasas de asistencia de los niños/as se encuentran influenciados por la distancia a la que se encuentran las fuentes de agua por el tiempo invertido en la recolección y el transporte del agua (PNUD, 2006: 36). En conclusión, contar con recursos básicos involucra la disminución de los problemas de salud, minimiza los elementos de riesgo y mejora la salud de la población.

Quinto, la variable de característica de la salud se explica por la preferencia en asistir al Centro de Salud de Zumbahua o al Hospital Claudio Benati, debido a que la atención sanitaria es un requisito obligatorio para tener una buena salud porque tiene que ver con la calidad, acceso e inversión de los servicios de salud para la atención de individuos y poblaciones (Villar, 2001: 5). Así mismo, es mejor contar con atención sanitaria porque promueve la atención médica y previene problemas de salud, igualmente ayuda a la restauración y conformación de la salud, por lo que el continuo uso de servicios de salud puede mejorar el bienestar de la población. Es necesario recalcar que existen enfermedades que se pueden prevenir y evitar, y cuando se desarrollan pueden causar altos gastos en salud y afectan más a familias de bajos recursos económicos y sin nivel adquisitivo para comprar medicinas o acudir al médico y poder curar la enfermedad; por esta razón es necesario contar con recursos humanos y técnicos, instalaciones físicas, hospitalarias e insumos públicos lo que implica que el Estado tenga que intervenir, sin embargo los individuos van a preferir a los centros hospitalarios que se encuentren con mejor accesibilidad, distancia, equipamiento y dotaciones, y por último que responda a las necesidades específicas de cada sexo (Sánchez, 2015: 4-5).

Sexto, la variable alimentación y nutrición es explicada por el número de veces que come en un día, ya que contar con una buena alimentación influye directamente en el estado de salud y evita los riesgos de contraer enfermedades. La mala ingesta de alimentos puede generar enfermedades tanto por la insuficiente energía y nutrientes como desnutrición, anemia, osteoporosis y bocio endémico, así como también por el excesivo consumo de nutrientes puede generar enfermedades como obesidad, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial y cáncer; además la salud puede verse modificada por el sedentarismo y los malos hábitos alimenticios como comer a deshoras, cabe recalcar que el nivel económico también afecta ya que no contar con los recursos económicos suficientes puede intervenir en la compra de alimentos que contribuyan a la nutrición y a la dieta diaria (Bolaños, 2011: 3-4). Martínez & Villezca (2005: 7) establecen que a medida que incrementan los ingresos se modifican las estructuras de consumo alimenticio, es decir se destina un mayor porcentaje a la compra de bienes y servicios que mejoren su nutrición, que por el contrario individuos que cuentan con bajos ingresos tienen que destinar un mayor porcentaje de ingresos a los gastos tales como vivienda, educación, salud o transporte y tienen un menor gasto en consumo de alimentos.

En conclusión, las variables usadas dan lugar a que no solo se piense que el cuidado médico logra prolongar la supervivencia y mejorar la prevención de enfermedades severas, sino que también se piense que la salud de la población tiene que ver con las condiciones sociales y económicas, las mismas que hacen que los ciudadanos se enfermen y tengan necesidad de acudir a la atención médica. Es importante señalar que las variables sociales como acceso a salud, educación y trabajo ayudan a identificar si existe una mayor proporción de inequidad y desigualdad, debido a que se puede conocer la variación del estado de salud, así como también en donde se estructuran sus comportamientos y conductas que se encuentran relacionados con la generación de salud (Sáenz, 2015: 21).

Análisis de la relación existente entre el estado de salud y la situación socio-económica de las mujeres de la parroquia de Zumbahua

De acuerdo a la descripción de las variables a ser usadas en el modelo se procede a establecer la relación entre el estado de salud de las mujeres indígenas y los determinantes socio-económicos, para lo cual se construye el modelo probit ordenado, con el objetivo de determinar la probabilidad de asociación entre la auto-percepción del estado de salud y las variables socio-económicas.

Se utilizó el modelo probit ordenado debido a que es uno de los modelos econométricos más usados para manejar información en materia de salud; una de las ventajas que presenta este modelo es que la variable dependiente puede tomar un orden multimodal para las respuestas de cada mujer indígena, lo que sirve para categorizar tanto la variable dependiente como la independiente en diversas categorías de respuesta; que por lo contrario utilizar variables dicotómicas puede ser perjudicial para el modelo debido a que puede ocasionar pérdida de información y las respuestas pueden llegar a ser engañosas y no estar acorde con la realidad.

Por lo tanto, se utilizó este modelo econométrico para demostrar la probabilidad de que una mujer indígena con determinadas características socio-económicas va a percibir un estado de salud muy bueno, bueno o malo. De acuerdo a la estimación del modelo econométrico probit-ordenado es necesario considerar la naturaleza de la variable dependiente, ya que toma la forma de una ordenada con valores de “Muy buena”, “Bueno”, “Malo” y “Muy malo”. Por lo tanto, las interpretaciones de los resultados se hacen con incrementos o reducciones en el estado de salud de las mujeres en puntos porcentuales (p.p), es decir en la probabilidad de respuesta de la variable de interés.

Por otro lado, a continuación se describen las variables independientes a ser utilizadas en el modelo:

Cuadro 12 Variables explicativas del modelo logit probit ordenado

Variable	Descripción
Nivel de Instrucción	Variable categoría, con valor de 1 si la encuestada culminó sus estudios secundarios y con el valor de 0 todas las demás opciones de educación.
Trabajo	Variable dummy, con el valor de 1 si la encuestada cuenta con alguna actividad económica y con el valor de 0 si no tiene una actividad económica.
Afiliación del seguro social campesino	Variable dummy, con el valor de 1 si la encuestada se encuentra afiliada al seguro social campesino y con el valor de 0 si no se encuentra afiliada.
Tipo de vivienda	Variable categórica con valor de 1 cuando la encuestada tiene casa y con el valor de 0 cuando

	cuenta con otro tipo de vivienda (categoría de referencia).
Servicio de agua potable	Variable categórica con valor de 1 cuando la encuestada cuenta en su vivienda con el servicio de agua potable y con el valor de 0 cuando cuenta con otro tipo de servicio para abastecer a su vivienda de agua potable (categoría de referencia).
Servicio higiénico	Variable categórica con valor de 1 cuando la encuestada cuenta en su vivienda con el servicio de alcantarillado y con el valor de 0 cuando cuenta con otro tipo de servicio higiénico en su vivienda (categoría de referencia).
Servicio de energía eléctrica	Variable categórica con valor de 1 cuando la encuestada cuenta en su vivienda con el servicio de energía eléctrica y con el valor de 0 cuando cuenta con otro tipo de servicio eléctrico en su vivienda (categoría de referencia).
Eliminación de desechos	Variable categórica con valor de 1 cuando la encuestada cuenta en su vivienda con el servicio del carro recolector de basura y con el valor de 0 cuando cuenta con otra forma de eliminación de desechos (categoría de referencia).

Elaboración: Blanca Enríquez Prado

Por lo tanto, se presenta a continuación los resultados de la estimación del modelo probit ordenado a partir de los efectos marginales promedio. Los efectos marginales promedio se muestran en el cuadro número 13: los valores resultantes de la muestra, indican la probabilidad adicional que asocia la salud auto-percibida de las mujeres de Zumbahua ante cambios en las variables explicativas. Las siguientes estimaciones permiten cumplir con el objetivo 3 de la investigación, para luego realizar el análisis de resultados.

Cuadro 13 Efectos marginales (promedios) del modelo probit ordenado

	Malo	Bueno	Muy bueno
v2	.01284238	-.00298728	-.0098551
p-value	.0017642	.53324594	.00495587
casada	-.17172841	.03994593	.13178249
p-value	.09139047	.5178561	.16004443
soltera	.11414151	-.02655058	-.08759094
p-value	.32378522	.6221308	.28219902
v7	.02089363	-.00486009	-.01603354
p-value	.22173926	.5550093	.25661015
v8	.04047293	-.00941445	-.03105848
p-value	.38130529	.56676441	.42193278
educ_5	-.04736639	.01101795	.03634845
p-value	.52668002	.65808486	.52525648
v21	-.0064197	.00149329	.0049264
p-value	.57963951	.6617448	.58965726
v22	-.26308683	.0611969	.20188993
p-value	.0753067	.55023759	.08488945
v52	.20622386	-.04796995	-.15825391
p-value	.18590047	.54542189	.22858372
CS2	-.01888594	.00439308	.01449286
p-value	.8035725	.82469514	.80050397
HCB	-.41878494	.097414	.32137093
p-value	.05047095	.55906451	.03574459
agua	.14524413	-.03378539	-.11145874
p-value	.16053129	.56875683	.15839443
hig	-.10047862	.02337244	.07710618
p-value	.39532328	.59971412	.41065414
basura	.0108497	-.00252376	-.00832594
p-value	.90427345	.90313238	.90513488
casa	-.06891234	.01602977	.05288257
p-value	.39208899	.62865346	.3724991
v45	.06497953	-.01511496	-.04986457
p-value	.2327001	.54753563	.27842835

Elaboración: Blanca Enríquez Prado

Según las estimaciones de las probabilidades marginales del modelo probit ordenado se puede observar en el cuadro 13 que la variable edad es significativa al 10% cuando se reporta que el estado de salud es malo y muy bueno, debido a que un año adicional incrementa la probabilidad de declarar que el estado de salud es malo en 1,3%; que por el contrario cuando aumenta un año de edad se reduce la probabilidad de expresar que el estado salud es bueno en 0,3 % y muy bueno en 1%.

Este resultado confirma el efecto negativo que tiene la edad en el estado de salud, debido a que mientras más se envejece aumenta la probabilidad de contraer algunas afecciones al mismo tiempo, como pérdida de la audición, enfermedades crónicas, depresión, demencia, etc. (OMS, 2018i).

Otra variable demográfica que tiene influencia en el estado de salud es el estado civil debido a que por el hecho de que estar casada se reduce la probabilidad de declarar tener un estado de salud malo en 17,2%; mientras que incrementa la probabilidad de declarar que el estado de salud es bueno en 4% y 13,2% de acuerdo al estado de salud muy bueno. En contraste que cuando la persona encuestada se encuentra soltera la probabilidad de expresar tener un estado de salud malo incrementa en 11,4%, sin embargo esta probabilidad se reduce en 2,7% cuando declara tener un estado de salud bueno y 8,8% cuando reporta tener un estado de salud muy bueno.

De acuerdo a los resultados anteriores las mujeres que se encuentran casadas reportan tener un mejor estado de salud en comparación con las encuentran solteras, viudas o separadas, sin embargo estar separada o divorciada no necesariamente tiene que conllevar a tener peores estados de salud. Esto debido a que toda ruptura emocional o no tener una relación sentimental puede ocasionar un aumento en la vulnerabilidad y habitualmente generar aislamiento y depresión, lo que afecta más a mujeres que a hombres por lo que disminuye su estado de salud (Simó et al, 2015: 14).

Con lo referente a la composición del hogar como se describió anteriormente también puede crear efectos negativos en la salud, por lo que vivir con personas de 0 a 8 años aumenta la probabilidad de las mujeres de reportar un estado de salud malo en 2,1%; por otro lado vivir con personas de 0 a 8 años disminuye la probabilidad de reportar tener un estado de salud bueno y muy bueno salud en un 0,5% y 1,6% respectivamente. Así como también vivir con personas de 64 o más años aumenta la probabilidad de reportar un estado de salud malo en 4%. Cabe mencionar que los autores mencionan que mientras más numeroso es el hogar menos posibilidades de tener una mejor salud y bienestar tienen, por los altos costos económicos y sociales que genera tener una familia numerosa, además aumentan los gastos en salud.

En el caso de la educación, de acuerdo a los resultados del modelo el haber culminado la secundaria, es decir al haber terminado el colegio para las mujeres indígenas reduce la probabilidad de reportar mala salud en 4,7%; mientras que aumenta la probabilidad de expresar tener un estado de salud bueno y muy bueno en 1,1% y 3,6% respectivamente. Lo que además involucra al trabajo porque cuando una mujer indígena cuenta con una actividad económica, medida por las horas que trabaja al día (promedio de 6 horas), genera una reducción en la probabilidad de reportar un estado de salud malo en 0,6%; en tanto que incrementa la probabilidad de declarar que el estado de salud es bueno y muy bueno en un 0,1% y 0,5% respectivamente.

Igualmente, cuando una mujer indígena cuenta con un seguro de salud atrae mayor salud, lo cual se refleja en el modelo debido a que si se encuentra afiliada al seguro social campesino reduce en 26,3% la probabilidad de tener un estado de salud malo; mientras que aumenta la probabilidad de declarar un estado de salud bueno en 6,1% y muy bueno 20,2%; al igual que contar con el servicio médico curativo y preventivo que oferta el Hospital Claudio Benati reduce la probabilidad de reportar un estado de salud malo en 41,9%; en tanto que incrementa la probabilidad de declarar que el estado de salud es bueno y muy bueno en 9,7% y 32,1% respectivamente.

En ese mismo sentido contar con servicios higiénicos, es decir contar con servicio de alcantarillado reduce la probabilidad de declarar que el estado de salud es malo en 10%; mientras que incrementa la probabilidad de reportar tener un estado de salud muy bueno en 7,7%; y finalmente tener un tipo de vivienda como casa disminuye la probabilidad de reportar un estado de salud malo en 6,9%; mientras que aumenta la probabilidad de declarar que el estado de salud es muy bueno en 5,3%.

Después de las consideraciones resultantes del modelo aplicado se puede establecer que existe probabilidad de que el nivel socio-económico en el que se desarrollan las mujeres indígenas de Zumbahua se relacione con el estado de salud, pero en distintos porcentajes de acuerdo al estado de salud bueno y muy bueno; lo que se acopla a la teoría revisada para la inclusión de las variables.

En conclusión, el caso de estudio que se presenta en la investigación demostró que variables como la edad, estado civil, composición del hogar, educación, afiliación al seguro social, servicios de salud, servicio de alcantarillado y el tipo de vivienda, influyen en el estado de salud de las mujeres indígenas, es decir este tipo de factores pueden modificar la auto-percepción del estado de salud; por el contrario variables como el trabajo, acceso a servicios de agua potable, eliminación de desechos, y alimentación y nutrición, no tienen probabilidad de asociación; no obstante según Rivas (1998:2) para probar una asociación a veces no son suficientes las pruebas estadísticas por lo que se va a necesitar de varios criterios adicionales para establecer dicha relación.

La primera variable, acceso a servicios de agua potable mide si la vivienda cuenta con el servicio de agua potable; sin embargo, no mide la calidad del agua con la que cuentan la población, debido a que de acuerdo a la información de las encuestas solo el 36,6% de mujeres indígenas encuestadas contaba con agua potabilizada; la segunda variable, eliminación de desechos se debe a que el 52,1% de la población muestral quema o entierra la basura, lo que afecta a los cultivos agrícolas; primero, por el humo que genera, a más de emitir sustancias químicas dañan el terreno y contaminan el medio ambiente e incluso puede afectar a las aguas superficiales; y segundo, porque puede provocar infertilidad en la parcela; y la tercera variable, alimentación y nutrición, se encuentra asociada a la falta de una dieta nutricional y alimenticia, debido a que por su actividad económica las mujeres indígenas pasan horas sin probar ningún tipo de alimento lo que perjudica al sistema digestivo por la falta de vitaminas y minerales, y además del desgaste físico que genera su trabajo.

De acuerdo a los resultados encontrados en el modelo es evidente que para mejorar el estado de salud de las mujeres indígenas de la parroquia de Zumbahua, es necesario realizar intervenciones en aspectos como la educación, empleo, ingreso, acceso de servicios básicos y de salud, porque fueron las variables que tuvieron mayor probabilidad de relación con el estado de salud; con el objetivo de mejorar su calidad de vida y reducir las brechas de desigualdad e inequidades en la distribución de actividades y recursos públicos.

Sin embargo, es indudable que a pesar de que tanto hombres como mujeres cuenten con los mismos recursos sociales y económicos, la mujer se ve más afectada por el rol tradicional que desempeña en la sociedad, lo que se traduce en la falta de oportunidades y la violación a sus derechos fundamentales como es el acceso a la educación y salud. Por lo tanto, no solo el padecimiento y contagio de enfermedades puede afectar el estado de salud de las mujeres indígenas de la parroquia de Zumbahua sino también la falta de acceso a servicios básicos y de salud.

Capítulo IV. Lineamientos de política pública en base a los resultados

En Ecuador las políticas públicas que respaldan a las mujeres indígenas referentes al sector de la salud se han enfocado en funciones sexuales y reproductivas, sin tomar en consideración las diferencias socio-económicas y biológicas a las que se enfrentan, y que afectan en desigual proporción a hombres y mujeres. En el 2008 se implementó un nuevo Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, con el objetivo de responder a las necesidades de salud de las personas, familias y comunidad; además permite integrar el entorno con los niveles de atención de las redes de salud. A pesar de la implantación de este modelo es necesario formular políticas públicas que cubran las necesidades específicas de las mujeres indígenas, de acuerdo en el contexto en el que se desarrollan. Las siguientes consideraciones en el presente capítulo buscan cumplir con el cuarto objetivo de la presente investigación.

Lineamientos de política propuestas en base a los resultados

Corzo (2012: 75) define a las políticas públicas como “acciones de gobierno con objetivos de interés público, que surgen de decisiones sustentadas en un proceso de diagnóstico y análisis de factibilidad, para la atención efectiva de problemas públicos específicos, en donde participa la ciudadanía en la definición de problemas y soluciones”. Por lo cual, el Estado es un actor fundamental debido a que utiliza las políticas públicas como una herramienta para mejorar el desarrollo de la ciudadanía, mediante la combinación colectiva, que no solamente son de interés de las entidades públicas sino de la sociedad en su conjunto. Los principales aspectos en los que se debe intervenir son el resultado de un análisis integral de los tres capítulos anteriormente descritos, y son la principal fuente de las desigualdades e inequidades en el acceso educación, empleo, servicios básicos y de salud.

Educación

El primer ámbito en el que debe intervenir el Estado es la educación, por lo que es indispensable la implementación de una política pública relacionada a la mejora de la asistencia escolar de las mujeres indígenas de la parroquia de Zumbahua, mediante la reapertura de las escuelas comunitarias, ya que cuentan con la infraestructura básica para ser utilizadas, sin embargo es necesario que sean adaptadas con el mobiliario y equipo adecuado para cubrir las necesidades educativas para educación inicial, básica y de bachillerato, con la finalidad de que los niños y niñas reciban educación de calidez y calidad, mediante el desarrollo de sus habilidades y conocimientos, sin necesidad de gastar en el transporte a diario, lo genera menores gastos en la economía familiar. Además, es necesario poner énfasis en la deserción escolar en especial por parte de las madres adolescentes, por lo cual es oportuno intervenir en la creación de guarderías para niños y niñas de la comunidad para que se le permita seguir con sus estudios y romper el círculo de la pobreza.

Además, el rol de los profesores en el sistema educativo de los niños y niñas indígenas es indispensable para la creación de conocimientos, capacidades y habilidades, en donde se valore y fomente su ideología indígena para que en un futuro por su cultura u origen no sean discriminados. Así mismo, contar con profesores que hablen Kichwa y con un programa de educación bilingüe, promueve un mejor entendimiento académico, que mediante su lengua natal incentiva también a la participación educativa tanto de padres como de alumnos. Los docentes son el motor para el fomento del criterio personal, por lo cual deberían recibir capacitaciones sobre equidad de género para que explique a sus alumnos que tanto hombres como mujeres tienen los mismos derechos sin discriminación alguna.

Igualmente, en cuanto a la educación secundaria es necesario que en los últimos años de colegio los estudiantes reciban clases y capacitaciones para rendir los exámenes de ingreso a las universidades públicas; además explicar y socializar sobre las diferentes carreras universitarias que pueden seguir sin diferenciación de género ni prejuicios establecidos por la sociedad, ya que tanto hombres como mujeres tienen las mismas capacidades para seguir una carrera universitaria específica. Otro factor importante es incentivar a los mejores estudiantes con becas universitarias, lo que permite romper las barreras socio-económicas que puedan frenar el progreso educativo.

Las políticas educativas propuestas se basan en el éxito de la implantación de un modelo educativo de Secundaria Comunitaria en México-Oaxaca, el mismo que busca que los jóvenes accedan a educación de calidad con una estructura comunitaria, en donde se fortalezca su cultura originaria y se fomente el desarrollo de los miembros de la comunidad, además de promover la educación en las nuevas generaciones para que finalicen su educación básica. El modelo propone la apertura de escuelas ubicadas en diversas comunidades que han sido marginadas por su localización, mediante la implementación de profesores y mobiliario y equipo que facilite el entendimiento de los estudiantes; por otro lado, la comunidad también forma una parte importante del modelo debido a que tienen que respaldar este programa mediante la preparación de las instalaciones y compartir sus conocimientos, cultura y valores (Ruiz & Quiroz, 2014: 5-6).

De acuerdo a los resultados obtenidos, se probó que a partir de la implementación del modelo de escuelas secundarias comunitarias se derivaron ventajas como la mejora en la formación educativa de los jóvenes que viven en comunidades marginadas, incremento en la matriculación educativa, vinculación de estudiantes y su comunidad, y el mejoramiento del diálogo entre la comunidad, padres de familia, profesores y estudiantes; además se fomentó la diversidad cultural y lingüística para romper brechas de discriminación formándoles en temas cívicos y de convivencia (Ruiz & Quiroz, 2014: 11). Por lo tanto, estos lineamientos pueden ayudar a solventar los problemas en temas educativos de la parroquia de acuerdo al contexto en el que desarrollan su vida cotidiana, además fomentar la captación de conocimientos y habilidades educativos formales y comunitarias, que a largo plazo pueden mejorar su calidad de vida.

Mercado Laboral

Las mujeres indígenas que trabajan en la producción agrícola en zonas rurales cumplen una función clave en la alimentación de sus familias, ya que producen alimentos nutritivos para el consumo del hogar y de las comunidades, convirtiéndose en las principales responsables de la seguridad alimentaria de su familia, sin embargo estas actividades son desvalorizadas porque forman parte del trabajo doméstico; además, el trabajo en la agricultura de las mujeres indígenas crean alternativas para el desarrollo local y fomentan la revalorización de la vida de campo, porque se encargan de tareas desde la recolección de agua para la preparación de las tierras para la siembra hasta la cosecha (Hidalgo, 2012: 10).

Por otro lado, la tenencia de animales como los ovinos, bovinos, cuyes y conejos, benefician a la economía familiar por la venta de ganado y la elaboración de tejidos en lana para la venta, además del abono natural que producen; el ganado ovino es el más comercializado en la parroquia por el alto consumo de carne entre los pobladores, sin embargo, por la falta de recursos económicos el ganado bovino y porcino existe pero en poca proporción (Lemos & Toro, 2015: 32).

En este caso, la política pública relacionada a mejorar las condiciones de empleo debe estar enfocada en proveer asistencia técnica para mejorar la productividad y el desarrollo sustentable de la parroquia, con la ayuda de capacitaciones a los pequeños y medianos productores sobre técnicas de cultivo y abonos naturales que puedan utilizar para no causar daño a las tierras y que no pierda su fertilidad.

Por otro lado, el Estado con asistencia de las entidades financieras debe proporcionar servicios financieros como créditos y financiamientos productivos, de acuerdo con su capacidad productiva, que permita a los productores/as invertir en la generación de cadenas de valor agrícolas. Así como también, crear incentivos para la generación de ferias locales para que puedan ofertar sus productos a precios de mercado competitivos, y evitar que intervengan los intermediarios y que se lleven el beneficio que les corresponde a los pequeños y medianos productores/as.

Por lo tanto, para mejorar la producción agrícola y ganadera es necesario contar con canales de riego, por lo que se debe fomentar las inversiones de los gobiernos locales en obras de riego, además de proveer de planos hidráulicos para la parroquia, con el objetivo de contrarrestar los efectos de las sequías y heladas, para que no se dependa de cultivos estacionales, y poder diversificar la producción e incrementar la productividad. Además, se debe investigar sobre posibles soluciones que permitan el empoderamiento de la mujer indígena, para que obtenga mayor protagonismo en las relaciones económicas y sociales.

En el caso de la ganadería es necesario que se provea de vacunas, subsidie medicinas y alimentos, para la prevención y curación de enfermedades que puedan contraer los animales, además se debe capacitar a las mujeres indígenas que se dediquen a la ganadería sobre el cuidado de animales, tratamiento de los corrales

y tipo de balanceado que deben comer para que crezcan sanos y fuertes y que al momento de ser comercializados generen mayor valor.

Así mismo, se debe considerar y valorar el trabajo doméstico no remunerado que realizan las amas de casa a diario, ya que juega un papel importante en la economía del hogar; por lo cual es necesario que se provea de cobertura médica y asistencia social gratuita, además de recibir un incentivo económico por las labores generadas por y para la familia. Adicionalmente, es imperioso fomentar campañas para la participación de los hombres en las tareas del hogar para lograr equidad e igualdad compartida entre la familia, esto se puede lograr con la apertura de centros de cuidado de niños menores de 5 años en cada una de las comunidades, para que las mujeres indígenas pueda a salir a trabajar y crear ingresos para su familia.

Salud materna

En el campo de la salud, de acuerdo a los resultados del análisis integral en salud los principales causantes de morbilidad son el clima y la falta de acceso a servicios básicos; el primero, debido a que las variaciones del clima de la región y el segundo, por la falta de servicios como agua potable y alcantarillado porque perjudica y limita el higiene y la falta aseo en la manipulación y consumo de alimentos, además de no hervir agua antes de su consumo.

Por lo cual, los lineamientos de políticas públicas deben basarse en la promoción, prevención, curación y rehabilitación; por lo cual es indispensable que el Centro de Salud de Zumbahua promueva campañas de promoción de la salud para que las mujeres conozcan de los beneficios de contar con un estado de salud muy bueno, ya que como se ha mencionado anteriormente genera beneficios económicos y sociales. Por lo tanto, se debe publicitar la cartera de servicios que oferta el centro de salud, ya que por desconocimiento de los servicios de salud a veces las mujeres no utilizan ni acceden a este tipo de servicios.

La salud materna también es parte de la salud sexual y reproductiva, por lo que es necesario que el Centro de Salud identifique a las futuras madres y se realice controles periódicos en el parto y post-parto, aquí también puede ser de gran ayuda la intervención de las parteras por lo que deberán estar altamente calificadas para cualquier eventualidad, y poder disminuir el parto por cesárea.

A partir de la lactancia, es imperativo que las madres reciban charlas educativas sobre la alimentación saludable considerando alimentos de la parroquia, proceso de cuidado de los niños, higiene, consumo de agua limpia, consejería nutricional, y entrega de micronutrientes; para evitar que los niños menores a 5 años padezcan de desnutrición. Así mismo, por el clima frío que maneja la parroquia se debe crear campañas de vacunación con el objetivo de prevenir infecciones respiratorias que es la principal causa de morbilidad de las mujeres indígenas. Por otro lado, como parte de la cultura de la comunidad se tiene que seguir

capacitando a los médicos ancestrales, sanadores y parteras para que se mantenga el vínculo entre la comunidad y personal médico del centro de salud.

Acceso a servicios básicos

Las políticas públicas de acceso a servicios básicos como el agua potable, alcantarillado, energía eléctrica y recolección de residuos, tienen que estar enfocadas al acceso oportuno y de calidad, sin embargo en la parroquia de Zumbahua solo el 28% de la población cuenta con agua de consumo por red pública, el 6% con alcantarillado y solamente el 1% de la población elimina la basura por recolección (MSP, 2017: 32).

Por lo que esta situación agrava las condiciones de vida y reduce el bienestar de la población. Para responder a estas necesidades es necesario invertir en abastecimiento de agua, a partir del tratamiento del agua que proviene directamente del páramo inclusive hasta la llave de suministro de agua en el domicilio, y hacer seguimiento para la continuidad del servicio, y de calidad. En el caso del alcantarillado también es necesario realizar una inversión alta porque se necesita la creación y tratamiento de redes colectoras de alcantarillado sanitario, además tratamiento de aguas servidas. Por lo tanto, se necesita que las inversiones monetarias sean bien enfocadas y sean mayores en las zonas rurales con el objetivo de incrementar la cobertura, acceso y mejoramiento de calidad de los servicios básicos (Carrasco, 2011: 31).

Las políticas públicas en acceso a los servicios básicos se basan en que las poblaciones rurales puedan acceder al servicio de agua potable y alcantarillado de manera oportuna y de calidad, por lo tanto las políticas expuestas se basa en el Programa de Agua Potable y Saneamiento Básico Rural, implementado en Colombia con el objetivo de construir, operar y mantener sistemas de agua potable y saneamiento a bajo costo (Carrasco, 2011: 24).

El programa consistió en realizar obras públicas mediante la financiación de juntas comunitarias, municipios locales y el gobierno nacional; para el inicio de la operación era necesario que participe de manera activa un encargado de la comunidad, para llevar la contabilidad, realizar controles a la calidad del agua potable y realizar obras menores; este programa benefició a varias comunidades de Colombia, sin embargo presentó varios problemas por la falta de apoyo de entidades gubernamentales, debido a la preferencia de construcción de obras en la zona urbana, e insuficiente prestación de servicios técnicos para el diseño y construcción de soluciones de acceso a servicios de agua potable y saneamiento porque no se consideran las características sociales, culturales y ambientales de la población (Carrasco, 2011: 27). Por lo tanto para que una política pública enfocada al acceso se servicios básicos es necesario contar con aspectos como una alta inversión monetaria, disposición al pago, capacidad de administración y que se encuentren acorde a los diferentes contextos sociales, para que las inversiones sean efectivas y mejoren la calidad y cobertura de los servicios rurales.

En conclusión, para que el estado de salud de las mujeres indígenas de la parroquia de Zumbahua mejore es necesario que se implementen políticas públicas enfocadas a mejorar los principales factores socio-económicos que influyen en la salud como la educación, empleo y acceso a servicios básicos, con un enfoque de género y que brinde herramientas para cerrar las brechas de desigualdad de distribución de recursos públicos, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida y el bienestar social.

Las políticas públicas son instrumentos que pueden beneficiar a la sociedad en su conjunto, sin embargo deben encontrarse bien focalizadas y diseñadas para que puedan cumplir con sus objetivos específicos, en este caso particular se tomó como referencia a políticas públicas que se han implementado en otros países de América Latina, sin embargo para su aplicación es necesario conocer el contexto social, económico, político y cultural en el que se desarrollan la población de estudio y puedan implementarse de manera exitosa. Además, es necesario que estén acorde a las diferencias socio-económicas y biológicas a las que se enfrenta en diferente proporción hombres y mujeres.

Conclusiones

- El presente análisis es una herramienta para establecer acciones de política pública en salud que mejoren la calidad de vida de las mujeres indígenas; además pueden contribuir a que las mujeres que viven en zonas rurales cubran sus necesidades básicas y por ende disminuyan las desigualdades de género. Los factores socio-económicos que se utilizaron para demostrar la relación de la investigación fueron: las características generales de la parroquia rural, edad, estado civil, educación, trabajo, afiliación al seguro social campesino, utilización de los servicios de salud, infraestructura y acceso a servicios básicos.
- A partir de la revisión de la literatura en donde se relaciona el estado de salud y los factores socio-económicos, se puede establecer que para reducir las brechas de género en salud entre hombres y mujeres, primero es necesario conocer los factores que influyen en el estado de salud de las mujeres. Además la probabilidad de influencia es mayor en todos los casos para las mujeres, por lo que según los estudios revisados es evidente que las mujeres gozan de peor salud que los hombres, a pesar de contar con las mismas condiciones socio-económicas, lo que cual limita sus oportunidades económicas y sociales para desarrollarse y mejorar su calidad de vida.
- En cuanto a la infraestructura, las parroquias rurales presentan altos niveles de desigualdad e inequidad en la asignación de bienes y servicios, como la falta de acceso a servicios básicos, de acuerdo a lo investigado la dispersión es uno de los aspectos que más influye en la dotación de servicios, porque mientras más lejana se encuentre una vivienda menor cobertura de los servicios. En la parroquia de Zumbahua la cobertura del agua de consumo por red pública es del 28%, alcantarillado es el 6% y la energía eléctrica es del 76%.
- Las condiciones de vida de la parroquia de Zumbahua son precarias debido al alto índice de pobreza que existe y la deficiente cobertura en la necesidades básicas, así como también la falta de instituciones educativas en la parroquia y generación recursos económicos, que limitan que las niñas y mujeres pueden acceder a la educación por dificultades como la falta de transporte y lejanía de su vivienda a los centros educativos. Por otro lado, la situación laboral a la que se enfrentan dificulta la generación de ingresos y por ende el acceso a bienes y servicios y utilización de servicios médicos que mejoren sus condiciones de vida y el bienestar de las mujeres indígenas.
- El caso de estudio que se presenta en la investigación demostró que variables como la edad, estado civil, composición del hogar, educación, afiliación al seguro social, servicios de salud, servicio de alcantarillado y el tipo de vivienda, influyen en el estado de salud de las mujeres indígenas, es decir este tipo de factores pueden modificar la auto-percepción del estado de salud.

- Variables como el trabajo, acceso a servicios de agua potable, eliminación de desechos, y alimentación y nutrición, no tienen probabilidad de asociación; debido a que el estudio no mide la calidad del agua con la que cuentan la población, la afectación de la basura en el medio ambiente y el daño que causa al sistema digestivo la mala nutrición y alimentación.
- Invertir en la cobertura de derechos como la educación de las mujeres indígenas es invertir en la salud debido al efecto multiplicador que se conlleva, porque constituyen la base para la formación del capital humano que beneficia al desarrollo individual e influencia el acceso a los servicios de salud. No obstante, en la parroquia rural de Zumbahua solamente el 2,30% de las mujeres indígenas logran completar los niveles de educación secundaria, en contraste con el 2,60% de los hombres; esto es el reflejo de que a pesar de que la educación es un derecho, existe desigualdad en el acceso y en la tasa de asistencia de niñas y jóvenes.
- El trabajo doméstico tiene que ser considerado como un aporte fundamental en la economía del hogar y nacional, por lo cual es necesario que se provea de cobertura médica y asistencia social gratuita, además de recibir un incentivo económico por las labores de cuidado generadas por y para la familia. El trabajo doméstico no remunerado debe ser considerado como un productor de valor económico, debido a que sin esta labor no se puede reproducir la fuerza de trabajo.
- En el mercado laboral el análisis con respecto al género es fundamental, debido a las diferencias por prejuicios y estereotipos que se mantienen a lo largo del tiempo, lo que limita las oportunidades de las mujeres indígenas; algunos de los inconvenientes que presentan son la falta de trabajo digno, bajo salario e imposibilidad de movilizarse, y restringe el acceso a ingresos justos y equitativos, además de no poder generar decisiones económicas y productivas tanto como en la economía del hogar como la nacional.
- Con respecto a la salud materna, el estudio demostró que las mujeres que viven en zonas rurales y son de etnia indígena tienen un total de hijos mayor que las otras etnias, esto pone en evidencia las desigualdades que existen en el acceso a la salud sexual y reproductiva, Además, es importante notar que la atención a partos en comunidades puede ser provista por un profesional de la salud o por parteras/os.
- Las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los hombres, sin embargo esto hace que padezcan en mayor proporción de enfermedades y demanden servicios de salud, ya que enfrentan amenazas tradicionales como las enfermedades infecciosas, y las “enfermedades de la madre”, además los nuevos problemas relacionados con las enfermedades crónicas no transmisibles. Estas enfermedades se relacionan tanto por factores biológicos como por desigualdades socio-económicas, por lo que se ven restringidas las oportunidades económicas y sociales, así como el empoderamiento de las mujeres indígenas para exigir el acceso, utilización de servicios y atenciones de salud.

Recomendaciones

- Es necesario que para evidenciar las desigualdades existentes en el acceso a los servicios de salud, se realice un estudio comparativo entre hombres y mujeres, para demostrar que tan grandes son las brechas de desigualdad en la provisión de servicios de salud y realizar intervenciones focalizadas de acuerdo a la demanda de cada género.
- Es imperioso fomentar campañas para la participación de los hombres en las tareas del hogar para lograr equidad e igualdad compartida entre la familia, esto se puede lograr con la apertura de centros de cuidado de niños menores de 5 años en cada una de las comunidades, para que las mujeres indígenas pueda a salir a trabajar y crear ingresos para su familia
- Para cerrar brechas de acceso de servicios a servicios básicos es necesario que se conjuguen los diversos sectores que forman la sociedad, y realice una inversión en cuanto a infraestructura para que sean focalizadas las obras en mayor proporción en las zonas rurales, que es donde se encuentran las mujeres en peores condiciones sociales y económicas; pero primero se debe realizar un análisis situacional en base a las necesidades sociales y económicas de la población.
- Se recomienda que en las zonas rurales en donde se encuentran más dispersas las comunidades se realicen con más frecuencia visitas domiciliarias, para que se identifiquen los principales puntos de intervención que minimicen el mal estado de salud de las mujeres.
- Es importante que el Estado implante proyectos y programas sociales que fomenten el rol protagónico de la mujer indígena como tomadora de decisiones y se pueda disminuir las brechas de acceso a los servicios médicos entre la población rural y urbana.
- Seguir fomentando los sistemas de salud ancestrales para que se encuentren acorde a su cultura, costumbre y tradición, con el fin de mantener los saberes y conocimientos ancestrales, además de que sea un apoyo para el personal médico, para brindar atención oportuna en los diversos procesos médicos ejecutados en los establecimientos de salud y en las visitas domiciliarias y mejorar la confianza de la población en el acceso a este tipo de servicios.
- Las autoridades gubernamentales deben garantizar la distribución de actividades y recursos públicos de manera equitativa e igualitaria, especialmente en cantones y parroquias en los cuales es más pronunciada la pobreza y las diferencias socio-económicas; lo que afecta directamente al acceso a servicios básicos.

- Los factores socio-económicos también deberían ser tomados en consideración para la planificación de las políticas públicas en salud, en conjunto con los demás sectores intersectoriales. En especial desde el sector educativo y sanitario para fomentar la responsabilidad individual y social, lo cual conlleva a mejorar el estado de salud de las mujeres indígenas.
- Se recomienda que para disminuir las brechas en el acceso a la salud primero se deben eliminar las desigualdades económicas, sociales, culturas y educativas, para mejorar la calidad de vida de las mujeres indígenas.

Referencias Bibliográficas

- Aguirre, Liliana (2014). *La vivienda como determinante en la salud enfermedad. La población de los barrios del periurbano suroeste de Mar de Plata*. Recuperado de <https://revistasfaud.mdp.edu.ar/ia/article/view/16-02/21> [Consulta: 31/11/2018]
- Andrade, Jessica (2014). “*El gasto en salud y su influencia sobre el acceso y calidad de los servicios de salud pública en el cantón Otavalo. Periodo: 2008-2012*” (Disertación de grado), Facultad de Economía de la PUCE, Ecuador.
- Asamblea Constituyente (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Ciudad Alfaro.
- Barragán, Horacio, Moiso, Adriana, Mestorinio, María & Ojea, Óscar (2007). *Fundamentos de Salud Pública. La Plata*.
- Bay, Giomar, Del Poplo & Ferrando, Delicia (2003). *Determinantes próximos de la fecundidad. Una aplicación a países latinoamericanos*. CELADE. Santiago de Chile.
- Benavente & Valdés (2014). *Políticas públicas para la igualdad de género*. CEPAL. Santiago de Chile. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37226/1/S1420372_es.pdf [Consulta: 17/06/2018]
- Bolaños, Patricia (2011). *Alimentación y riesgo de enfermar*. Recuperado de http://www.tcasevilla.com/archivos/alimentacion_y_riesgo_de_enfermar.pdf [Consulta: 17/06/2018]
- Borrell, C, Muntaner, C, Solé J, et al. (2018). *Immigration and self-reported health status by social class and gender: the importance of material deprivation, work organisation and household labour*. Journal of Epidemiology & Community Health 62:e7, DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2006.055269> [Consulta: 23/05/2018]
- Caicedo, Beatriz & Berbesi, Dedsy (2015). *Salud auto-referida: influencia de la pobreza y la desigualdad del área de residencia*. Medellín: Universidad de Antioquía, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.11.007> [Consulta: 23/05/2018]
- Caicedo, Mayra & Acosta, Rodmy (2017). *Boletín estadístico del Hospital Claudio Benati*. Latacunga.

- Cai, Jiaoli, Coyte, Peter & Zhao, Hongzhong (2017). *Determinants of and socio-economic disparities in self-rated health in China*. International Journal for Equity in Health, DOI: 10.1186/s12939-016-0496-4. [Consulta: 23/05/2018]
- Carrasco, William (2011). *Políticas públicas para la prestación de los servicios de agua potable y saneamiento en las áreas rurales*. CEPAL. Santiago de Chile. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3842/1/S2011912.pdf>
- Cisneros, Alejandro (2013). “*Análisis y evolución de la inversión en el sector salud, en el Ecuador, en el periodo comprendido entre el año 2002 y el año 2010*” (Disertación de grado), Facultad de Economía de la PUCE, Ecuador.
- Comisión Económica para América Latina y Caribe (1996). *Violencia de género: un problema de derechos humanos*. Serie Mujer y Desarrollo. Recuperado de <https://www.cepal.org/mujer/noticias/paginas/3/27403/violenciadegenero.pdf> [Consulta: 23/08/2018]
- Comisión Económica para América Latina y Caribe (2011). *El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones*. Santiago de Chile. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/38672151.pdf> [Consulta: 23/08/2018]
- Comisión Económica para América Latina y Caribe (2013). *Mujeres indígenas en América Latina: dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos*. Santiago de Chile.
- Comisión Económica para América Latina y Caribe (2017). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42716/7/S1800002_es.pdf [Consulta: 23/08/2018]
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2018). *Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe*. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latina-caribe> [Consulta: 23/05/2018]
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2017). *Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas*. Dinamarca.

- Cosme, Jorge., Cárdenas, Justo., Laborí, José y Valenzuela, Carlos (2013). *Economía y Salud*. En Economía de la Salud (30-147). Santiago de Cuba: Universidad de Ciencias Médicas. Recuperado de <http://files.sld.cu/boletincnscs/files/2015/05/economia-de-la-salud.pdf> [Consulta: 23/11/2017]
- Cullinan, John & Gillespie, Paddy. *Does overweight and obesity impact on self-rated health? Evidence using instrumental variables ordered probit models*. Health Economics (2016). 25: 1341-1348), DOI:10.1002/hec.3215.
- Dachs, Norberto, Ferrer, Marcela, Florez, Carmen, Barros, Aluisio, Narváez Rory & Valdivia, Martín (2002). *Inequalities in health in Latin America and the Caribbean: descriptive and exploratory results for self-reported health problems and health care in twelve countries*. Revista Panamericana de la Salud. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/4bf0/e9f5db86a0b400fee863135378ca213bab86.pdf> [Consulta: 23/05/2018]
- De Vincezi, Ariana & Tudesco Fedra (2009). *La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad*. Revista Iberoamericana de Educación. Universidad Abierta Interamericana, Argentina.
- Espejo, Francisco & Fuentes, Roberto (1999). *Promoción de salud desde la perspectiva de la nueva salud pública*. Cuad. Méd. Soc. XL, 1, 1999/25-30.
- Espinosa, Verónica, Acuña, Cecilia, De la Torre, Daniel & Tambini, Gina (2017). *La reforma en salud del Ecuador*. Revista Panamericana de Salud Pública. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34061/v41a962017.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Consulta: 17/06/2018]
- Fernández, Pita, Díaz Pértegas & Cañedo, Valdés (2004). *Medidas de frecuencia de enfermedad*. Complejo Hospitalario-Universitario Juan Canalejo. Coruña.
- Franco, Álvaro (2006). *Tendencias y teorías en salud pública*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquía. Colombia.
- García, José, García, Anaí, Priego, Oscar & Martínez, Lenin (2017). *Salud desde una perspectiva económica. Importancia de la salud para el crecimiento económico, bienestar social y desarrollo humano*. Salud en Tabasco Vol. 23. Recuperado de https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/44_0.pdf [Consulta: 17/09/2018]

Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial de Zumbahua (2015). *Actualización del plan de desarrollo y ordenamiento territorial de la parroquia de Zumbahua*. Cotopaxi.

Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial Rural de Zumbahua (2016). *Datos generales de Zumbahua*. Recuperado de <http://zumbahua.gob.ec/cotopaxi/?p=74> [Consulta: 23/12/2018]

González, Eugenia (2007). *Salud y género: Análisis de la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana*. Universidad de Valencia. Recuperado de <http://www.fes-sociologia.com/files/congress/10/grupos-trabajo/ponencias/343.pdf> [Consulta: 23/12/2018]

Gimeno, Juan., Rubio, Santiago & Tamayo, Pedro (2006). *Economía de la salud: fundamentos*. Edigrafos. Recuperado de <https://farmacomedia.files.wordpress.com/2010/04/manuales-de-direccion-medica-y-gestion-clinica-tamayo-rubio-y-gimeno.pdf> [Consulta: 23/11/2017]

Gómez, Elsa (2002). *Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica*. Revista Panamericana de Salud Pública. Washington D. C. Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10718.pdf> [Consulta: 17/11/2017]

González, Pilar (2010). *Las mujeres con discapacidad y sus múltiples desigualdades; un colectivo todavía invisibilizado en los Estados latinoamericanos y en las agencias de cooperación internacional*. Recuperado de <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00532647/document> [Consulta: 23/12/2018]

Guarnizo, Carol & Agudelo, Carlos (2008). *Equidad de Género en el Acceso a los Servicios de Salud en Colombia*. Revista de Salud Pública. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10s1/v10s1a05.pdf> [Consulta: 17/06/2018]

Hidalgo, Álvaro., Corugedo, Indalecio y del Llano, Juan (2005). *Economía de la Salud*. Ediciones Pirámide S.A. Recuperado de http://www.fgcasal.org/publicaciones/Libro_Economia_de_la_salud.pdf [Consulta: 23/11/2017]

Hidalgo, María (2012). *El papel de la mujer en la seguridad alimentaria*. FAO. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4184102.pdf> [Consulta: 23/11/2018]

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (2018). *Seguro de Campesino*. Recuperado de <https://www.iesg.gob.ec/es/seguro-campesino> [Consulta: 23/11/2018]

Instituto Nacional de Estadística y Censo (2001). *La mortalidad en el Ecuador: en el período 1990-2001*. Quito. Recuperado de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-demograficos/La%20Mortalidad%20en%20el%20Ecuador%20en%20el%20Periodo%201990-2001.pdf [Consulta: 21/12/2018]

Instituto Nacional de Estadística y Censo (2010). *El Censo informa: Educación*. Quito.

Instituto Nacional de Estadística y Censo (2010). *País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador*. Quito. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Economia/Nuevacarademograficadeecuador.pdf> [Consulta: 23/11/2018]

Instituto Nacional de Estadística y Censo (2012a). *Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Quito.

Instituto Nacional de Estadística y Censo (2012b). *Tomo II: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Quito.

Instituto Nacional de Estadística y Censo (2012c). *Mujeres y hombres del Ecuador en cifras III*. Editorial Ecuador. Recuperado de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf [Consulta: 24/11/2017]

Instituto Nacional de Estadística y Censo (2012d). *Encuesta Nacional de empleo y desempleo y subempleo*. Quito.

Instituto Nacional de Estadística y Censo (2014a). *Anuario de Estadísticas Vitales – Nacimientos y Defunciones*. Quito. Recuperado de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf [Consulta: 23/05/2018]

Instituto Nacional de Estadística y Censo (2014b). *La violencia de género contra las mujeres en el Ecuador: Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres*. Quito. Recuperado de https://www.unicef.org/ecuador/Violencia_de_Gnero.pdf [Consulta: 23/05/2018]

- Instituto Nacional de Estadística y Censo (2016a). *Registro estadístico de recursos y actividades de salud*. Recuperado de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2016/Presentacion_RAS_2016.pdf [Consulta: 15/01/2018]
- Instituto Nacional de Estadística y Censo (2016b). *Reporte de pobreza por consumo Ecuador 2006-2014*. Quito.
- Kawachi, Ichiro & Kennedy, Bruce (1999). *Income inequality and health: pathways and mechanisms*. Health Services Research. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1088996/pdf/hsresearch00017-0022.pdf> [Consulta: 20/12/2018]
- LaFleur, Marcelo (2014). *Determinantes del acceso a fuentes de agua y saneamiento mejorados y los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Honduras*. Nueva York: Organización de Naciones Unidas. Recuperado de <http://www.un.org/en/development/desa/policy/capacity/presentations/honduras/Determinantes-de-AyS-en-Honduras.pdf> [Consulta: 10/12/2017].
- Lalonde, Marc (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Minister of National Health and Welfare. Recuperado de <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/informe-lalonde.pdf> [Consulta: 10/12/2017].
- López, Daniel & Chi, Chunhwei (2009) *Health care utilization in Ecuador: a multilevel analysis of socio-economic determinants and inequality issues*. Health Policy and Planning, Volume 25, Issue 3, Pages 209–218, DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czp052> [Consulta: 17/06/2018]
- Martínez, Irma & Villezca, Pedro (2005). *La alimentación en México*. Universidad Autónoma de Nuevo León. México. Recuperado de http://eprints.uanl.mx/1659/1/art_de_la_fao.pdf [Consulta: 23/12/2018]
- Meentzen, Ángela (2001). *Estrategias de desarrollo culturalmente adecuadas para mujeres indígenas*. Washington D. C. Recuperado de: http://www.servindi.org/pdf/Estrategias_Angela_Meentzen.pdf [Consulta: 24/11/2017]

Mills, Anne & Gilson, Lucy (1988). *Health Economics for Developing Countries: A survival kit*. EPC Publication No. 17, KSHTM.

Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social (2008). *La situación de las mujeres ecuatorianas: Una mirada desde los derechos humanos*. Recuperado de http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/pubsii/pubsii_0053.pdf [Consulta: 23/11/2017]

Ministerio de Finanzas (2017). *Boletín Ejecución Presupuestaria Nro. 26*. Recuperado de <http://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/BOLETIN-TRIMESTRAL-2017-II-Trimestre-05-10-17.pdf> [Consulta: 23/11/2017]

Ministerio de Salud Pública (2010a). *Salud, interculturalidad y derechos*. Quito.

Ministerio de Salud Pública (2010b). *Definición del rol de las parteras en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador*. Quito.

Ministerio de Salud Pública (2013). *Reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos*. Quito. Recuperado de <http://observatoriointernacional.com/wp-content/uploads/2014/09/Ecuador-Reglamento-para-regular-acceso-a-m%C3%A9todos-anticonceptivos-2013.pdf> [Consulta: 23/10/2018]

Ministerio de Salud Pública (2014). *Evaluación de Tecnologías Sanitarias*. Quito. Recuperado de <http://bvs-ecuador.bvsalud.org/wp-content/uploads/2016/05/Bolet%C3%ADn-ETES-Ecuador-02.pdf> [Consulta: 23/09/2018]

Ministerio de Salud Pública (2015). *Tipología para homologar establecimientos de salud por niveles*. Quito. Recuperado de <http://instituciones.msp.gob.ec/cz6/images/lotaip/Enero2015/Acuerdo%20Ministerial%205212.pdf> [Consulta: 23/09/2018]

Ministerio de Salud Pública (2016). *Análisis Situacional Integral de Salud*. Centro de Salud de Zumbahua. Zumbahua.

Ministerio de Salud Pública (2017). *Análisis Situacional Integral de Salud*. Centro de Salud de Zumbahua. Zumbahua

Ministerio de Salud Pública (2017). *Plan Nacional de salud sexual y salud reproductiva 2017-2021*. Quito. Recuperado de <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf> [Consulta: 23/09/2018]

Morales, Pablo & Andi, Neida (2014). *Sistemas de salud ancestral: derechos genoculturales en Ecuador*. Universidad Central del Ecuador.

Mushkin, Selma (1999). *Hacia una definición de la economía de la salud*. Lecturas de Economía No. 51. Medellín.

Observatorio de la Salud de la Mujer (2005). *Salud y Género*. Plan de calidad para el sistema nacional de salud. Recuperado de <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe2005SaludGenero.pdf> [Consulta: 23/11/2017]

Olmedo, Pamela (2018). *El empleo en el Ecuador-Una mirada a la situación y perspectivas para el mercado laboral actual*. Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales, Quito. Recuperado de <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/quito/14525.pdf> [Consulta: 23/09/2018]

Organización Mundial de la Salud (2003). *Salud reproductiva*. Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf [Consulta: 23/11/2017]

Organización Mundial de la Salud (2008a). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf;jsessionid=48D3056297118D5E3038EA8C40CFEA09?sequence=1 [Consulta: 24/09/2018]

Organización Mundial de Salud (2008b). *How does safe water impact global health?*. Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/70/en/> [Consulta: 24/09/2018]

Organización Mundial de Salud (2009). *Los determinantes sociales de la salud*. Organización Mundial de Salud. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/es/ [Consulta: 24/11/2017]

Organización Mundial de Salud (2009). *Women and Health*. Today's Evidence Tomorrow's Agenda. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf [Consulta: 24/11/2017]

Organización Mundial de la Salud (2016). *¿Qué es la malnutrición?* Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/malnutrition/es/> [Consulta: 24/09/2018]

- Organización Mundial de la Salud (2018a). *Enfermedades no transmisibles*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> [Consulta: 24/09/2018]
- Organización Mundial de la Salud (2018b). *Tabaco*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> [Consulta: 24/09/2018]
- Organización Mundial de la Salud (2018c). *Alcohol*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol> [Consulta: 24/09/2018]
- Organización Mundial de la Salud (2018d). *Planificación familiar*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception> [Consulta: 24/09/2018]
- Organización Mundial de la Salud (2018e). *Malnutrición*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition> [Consulta: 24/09/2018]
- Organización Mundial de la Salud (2018f). *Discapacidad y salud*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health> [Consulta: 24/09/2018]
- Organización Mundial de la Salud (2018g). *Mortalidad*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/mortality/es/> [Consulta: 01/12/2018]
- Organización Mundial de la Salud (2018h). *Enfermedades no transmisibles*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> [Consulta: 01/12/2018]
- Organización Mundial de la Salud (2018i). *Envejecimiento y salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud> [Consulta: 01/12/2018]
- Organización de las Naciones Unidas (2016). *Personas indígenas con discapacidad*. Recuperado de <https://www.un.org/development/desa/indigenous-peoples-es/2016/07/14/personas-indigenas-con-discapacidad/> [Consulta: 01/12/2018]
- Organización Panamericana de la Salud (2005). *Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de http://www1.paho.org/spanish/ad/ge/guia_equidad.pdf [Consulta: 01/08/2018]

Organización Panamericana de la Salud (2005). *Medicina indígena tradicional y medicina convencional*. Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) (2007). *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Quito: OPS/MSP/CONASA.

Organización Panamericana de la Salud (2009a). *La salud de las mujeres y los hombres en las Américas*. Proyecto de Información y Análisis de la Salud. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/gdr-perfil-salud-hombres-y-mujeres-2009.pdf?ua=1> [Consulta: 10/12/2018].

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) (2009b). *La salud de los pueblos indígenas de las Américas*. Quito.

Organización Panamericana de la Salud (2009). *Relación del saneamiento básico con el desarrollo, la salud y la educación en Guatemala*. En Saneamiento rural y salud. Guatemala. Recuperado de <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Sanamiento-Capitulo2.pdf> [Consulta: 23/12/2018]

Organización Panamericana de la Salud (2011). *Economía y Salud: Aportes y Experiencias en América Latina*. Recuperado de <http://www.paho.org/chi/images/PDFs/aportesyexperienciasenamericalatina.pdf?ua=1> [Consulta: 10/12/2017].

Otero, Ángel & Zunzunegui, María (2011). *Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria*. En Atención familiar y salud comunitaria (87-99). España.

Perreira, Krista & Telles, Edward (2014). *The color of health skin color, ethnoracial classification, and discrimination in the health of Latin Americans*. Social Science & Medicine (1982). 2014;0:241-250, DOI:10.1016/j.socscimed.2014.05.054.

Pontificia Universidad Católica del Ecuador (2017). *Plan de vida de la comunidad de Saraugsha*. Quito

Programa de las Naciones Unidas (2006). *Informe sobre desarrollo humano 2006*. Madrid. Recuperado de http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2006_es_completo.pdf [Consulta: 23/12/2018]

Przytomska, Anna (2017). *Reproduction and aggression; shamanic practices among Quichuas from Ecuador (Imbabura and Chimborazo provinces)*. Recuperado de <http://www.etnografia.ug.edu.pl/wp-content/uploads/2018/09/10-Etnografia-nr-3-Anna-Przytomska.pdf> [Consulta: 23/12/2018]

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD (2007). ***Género, Derechos y Desarrollo Humano***. San Salvador: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Recuperado de <http://www.otrodesarrollo.com/desarrollohumano/delaCruzGeneroDesarrolloHumano.pdf> [Consulta: 17/11/2017]

Restrepo, María Cristina (2014). ***Lineamientos de política pública en salud para mejorar la calidad y cobertura de los servicios en salud en mujeres de acuerdo al análisis de la Parroquia de Quito*** (Disertación de grado), Facultad de Economía de la PUCE, Ecuador.

Rivas, Flavio (1998). ***El significado de la significancia***. Subdirección de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia. Recuperado de <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/viewFile/1000/1115> [Consulta: 25/12/2018]

Rodríguez, Corina (2015). ***Economía feminista y economía del cuidado***. Revista Nueva Sociedad N° 256. Buenos Aires. Recuperado de http://nuso.org/media/articles/downloads/4102_1.pdf [Consulta: 25/12/2018]

Rodríguez, Sandra & Baca, William (2007). ***¿Son alcanzables los Objetivos de Desarrollo del Milenio?***. Revista Científica Salud Uninorte. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/rt/printerFriendly/4040/5728> [Consulta: 17/11/2017]

Rodríguez, Laura & Perpétuo, Ignez (2011). ***La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina. 15 años después de El Cairo – 1994***. CEPAL. Santiago de Chile. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7134/S1100075_es.pdf;jsessionid=DBA18991252FB9B38DCB9788B90C78E1?sequence=1 [Consulta: 17/09/2018]

Rojas, Georgina (2003). ***El peso de los recursos: determinantes de la pobreza en hogares de Monclova, Aguascalientes y Ciudad de México***. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v9n38/v9n38a4.pdf> [Consulta: 17/12/2018]

Romero, Manuel., Álvarez Mireya & Álvarez, Adolfo (2007). ***Los factores ambientales como determinantes de la salud de la población***. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol45_2_07/hie01207.html [Consulta: 17/11/2017]

- Ruiz, Arturo & Quiroz, Elena (2014). *Educación comunitaria: una propuesta alternativa para los pueblos indígenas de Oaxaca*. México. Recuperado de <https://journals.openedition.org/polis/10107> [Consulta: 17/12/2018]
- Sáenz, María del Rocío (2015). *Equidad y determinantes sociales de la salud: reflexiones desde América*. EuroSocial. Madrid, España. Recuperado de <http://sia.eurosocial-ii.eu/files/docs/1445409020-Equidad%20y%20determinantes%20sociales%20de%20la%20salud.pdf> [Consulta: 17/11/2017]
- Sánchez, Diana (2017). *Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud*. Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171q.pdf> [Consulta: 23/12/2018]
- Simó, Carles, Hernández, Andrea & Muñoz, David (2015). *El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud*. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 151: 141-166 DOI: 10.5477/cis/reis.151.141
- Sorlie, Paul, Backlund, Eric & Keller, Jacob (1995). *US Mortality by Economic, Demographic, and Social Characteristics: The National Longitudinal Mortality Study*. American Journal of Public Health. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1615544/> [Consulta: 23/04/2018]
- Tejo, Pedro (2004). *Políticas públicas y agricultura en América Latina durante la década del 2000*. CEPAL. Santiago de Chile. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4543/1/S044316_es.pdf [Consulta: 17/06/2018]
- Valenzuela, Carlos (2013). *Economía de la Salud*. Instituto Cubano del Libro. Santiago de Cuba.
- Van Doorslaer, Eddy & Jones, Andrew (2002). *Inequalities in self-reported health: validation of a new approach to measurement*. Department of Economics and Related Studies, University of York. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/9be6/28ece84e1b19ef141145ea6f58b262a68170.pdf> [Consulta: 23/11/2017]

Velzeboer, Marijke, Ellsberg, Mary, Clavel, Carmen & García, Claudia (2003). *La Violencia contra las mujeres: responde el sector salud*. Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud
Recupero de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd57/responde.pdf> [Consulta: 23/04/2018]

Villar, Manuel (2011). *Factores determinantes de la salud*: Importancia de la prevención. Acta Med Per 28(4).

Vinces, Natalia, Emmelin, Maria & Stafstrom (2018). *Social capital, income inequality and the social gradient in self-rated health in Latin America: A fixed effects analysis*. Social Science & Medicine 196, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.025> [Consulta: 17/06/2018]

Wagstaff, Adam (2002). *Pobreza y desigualdades en el sector de la salud*. Revista Panamericana de Salud Pública. Portugal. Recuperado de <https://scielosp.org/article/rpsp/2002.v11n5-6/316-326/es/#> [Consulta: 17/12/2018]

Wilkinson & Marmot (2003). *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. World Health Organization. Denmark. Recuperado de http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf [Consulta: 17/06/2018]

Anexos

Anexo A Encuesta de nivel socio-económico



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación tiene como objetivo conocer aspectos relacionados con las actividades sociales y económicas realizadas por las mujeres de la parroquia de Zumbahua. Usted ha sido seleccionada al azar. Su participación es voluntaria; es decir, usted puede decidir si participar o no en este estudio y es libre de contestar o no cualquier pregunta. Toda la información que nos proporcione será confidencial; su nombre completo no aparecerá en ningún otro documento que no sea producido para esta investigación, ni en ningún tipo de registro público. Por lo tanto, no hay ningún riesgo conocido de participar en este estudio. A pesar de que usted no recibirá una compensación ni beneficios directos, su participación es muy importante para nosotros. Agradecemos mucho si nos ayuda a completar la encuesta. Para empezar con la encuesta requerimos que nos autorice poniendo sus iniciales abajo.

CERTIFICACIÓN:

Iniciales de la entrevistada

Yo, _____, certifico haber leído a las personas que van ser entrevistadas el texto anterior y haberle explicado las características y objetivos de este estudio.

Firma del encuestador/ar

INSTRUCCIÓN: MARQUE CON UNA X (EQUIS), ENCIERRE LA RESPUESTA O COMPLETE SEGÚN CORRESPONDA.

DATOS GENERALES DE LA ENCUESTADA:

1. **Nombre:** _____ **2. Edad:** _____
 3. **Fecha:** _____ **4. Comunidad de residencia:** _____
 5. **Auto identificación:** Blanco _____ Mestizo _____ Indígena _____
 Afroecuatoriano _____ Montubio _____ Otro (especifique) _____
 6. **Estado civil:** Soltera _____ Casada _____ Unida _____ Separada _____
 Divorciada _____ Viuda _____

SECCIÓN 1. COMPOSICIÓN DEL HOGAR

1. **¿Quién es el jefe/a de hogar?** a. Padre _____ b. Madre _____ c. Otro (especifique) _____
 2. **¿Cuántas personas de 0 a 8 años viven actualmente con usted?** _____
 3. **¿Cuántas personas de 64 o más años viven actualmente con usted?** _____
 4. **¿Durante el último mes salió a trabajar o estudiar fuera de Zumbahua?** Si _____ No _____
 ¿A dónde? _____
 5. **¿Existen familiares suyos que han salido a trabajar o a estudiar fuera de Zumbahua?**

N°	Relación con el encuestado	Seleccione:		¿En qué está trabajando?	¿Cada cuánto tiempo regresa?	Le afecta:		Si la respuesta es SÍ: ¿Cómo le afecta?
		Estudiar	Trabajar			NO	SI	

SECCIÓN 2. NIVEL DE EDUCACIÓN

6. **¿Sabe leer y escribir?** Si _____ No _____
 7. **¿Cuál es el nivel de estudios más avanzado que cursa o cursó?**
 a. Sin estudios _____ b. Curso de alfabetización _____ c. Primaria incompleta _____
 d. Primaria completa _____ e. Secundaria incompleta _____ f. Secundaria completa _____
 g. Superior _____

SECCIÓN 3. ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL HOGAR

8. ¿Usted cuenta con alguna actividad remunerada? _____
9. ¿Cuántas horas al día usted trabaja? _____
10. ¿Usted se encuentra afiliada al Seguro Social campesino? Si _____ No _____

SECCIÓN 4. ASPECTOS COMUNITARIOS

11. ¿Usted es miembro de algún grupo u organización?
a. Organización de mujeres _____ b. Organización de padres de familia _____
c. Organización deportiva _____ d. Organización/partido o movimiento político _____
e. Sindicatos/asociación, gremio de trabajadores _____ f. Organizaciones religiosas _____
g. Organización de voluntariado _____ h. Ninguna _____ i. Otra (especifique) _____
12. ¿Ocupa algún cargo de dirigente dentro de su comunidad? Si _____ No _____
¿Cuál? Especifique _____

SECCIÓN 5. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y SERVICIOS BÁSICOS

13. ¿El terreno donde se encuentra su vivienda es?
a. Propia _____ b. Arrendada _____ c. Prestada _____ d. Otro (especifique) _____
14. ¿Cuál es el tipo de vivienda?
a. Casa _____ b. Departamento en casa _____ c. Mediagua _____ d. Choza _____
e. Otro (especifique) _____
15. ¿De cuántos cuartos dispone esta vivienda (sin incluir cuartos de cocina, baños, garaje o los dedicados a negocios)?
0 1 2 3 4 5 Más de 5
16. ¿Cuál es el material predominante de las paredes exteriores de esta vivienda?
a. Hormigón/ladrillo/bloque _____ b. Adobe/tapia _____ c. Madera _____ d. Bahareque _____
e. Otro (especifique) _____
17. ¿Cuál es el material predominante del piso de la vivienda?
a. Baldosa/vinil/cerámica _____ b. Ladrillo/cemento _____ c. Tierra _____ d. Mármol _____
e. Tabla/tablón no tratado _____ f. Otro (especifique) _____
18. ¿Cuál es el material predominante (principal) en el techo de la vivienda?
a. Hormigón/losa/cemento _____ b. Asbesto (eternit) _____ c. Zinc _____ d. Teja _____
e. Otro (especifique) _____
19. ¿De dónde obtiene el agua principalmente su vivienda?
a. Red pública _____ b. Llave pública/pila/pileta _____ c. Otra fuente por tubería _____
d. Carro repartidor _____ e. Pozo _____ f. Río/vertiente _____
g. No conoce _____ h. Otro (especifique) _____
20. ¿El suministro de agua de su vivienda está?
a. Dentro de la vivienda _____ b. Fuera de la vivienda pero en el lote o terreno _____
c. Fuera de la vivienda y del lote o terreno _____
21. El tipo de servicio higiénico con que cuenta el hogar es:
a. Con descarga al río, quebrada o lago _____ b. Conectado al pozo séptico _____ c. Letrina _____
d. Conectado a red pública de alcantarillado _____ e. No tiene _____ f. No conoce _____
g. Otro (especifique) _____
22. ¿Cuál es la fuente de alumbrado con que cuenta principalmente su vivienda?
a. Red eléctrica pública _____ b. Planta eléctrica privada/generador _____ c. Paneles solares _____
d. Vela/candil/mechero/gas _____ e. No tiene _____ f. No conoce _____
g. Otro (especifique) _____
23. ¿Cómo elimina la basura de la vivienda?
a. Carro recolector _____ b. Quema o entierra _____ c. Bota en la calle o ríos _____
d. Otro (especifique) _____

SECCIÓN 6. INFRAESTRUCTURA

24. ¿Las vías de acceso en donde usted reside se encuentran en buen estado? Si _____ No _____

25. ¿Cuánto tiempo tarda caminando de la casa al centro de salud u hospital al que usted acude?
De 15 a 25 minutos _____ De 25 a 35 minutos _____ De 35 a 45 minutos _____ De 45 minutos a 1 hora _____
Otro (especifique): _____

SECCIÓN 7. CARACTERÍSTICAS DE SALUD

26. ¿Cómo es su estado de salud en general?

a. Muy bueno _____ c. Bueno _____ c. Malo _____ d. Muy malo _____

27. ¿En el último año cuántas veces usted ha asistido al centro de salud u hospital?

0 1 2 3 4 5 Más de 5

28. ¿Cuándo tiene problemas de salud a dónde concurre?

a. Centro de Salud de Zumbahua _____ b. Hospital Claudio Benati _____ c. Farmacia/curandero _____

d. Otro (especifique) _____

29. ¿Quién le atendió?

a. Un médico o enfermero _____ b. Por el curandero _____ c. Se auto medicó _____

d. Farmacia o tienda _____ e. Otro (especifique): _____

30. ¿Por qué razón fue la última vez? _____

31. ¿Qué le dolía? _____

SECCIÓN 8. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

32. ¿Cuántas veces al día come? _____

33. En un día ¿Qué come en el desayuno? _____

34. En un día ¿Qué come en el almuerzo? _____

35. En un día ¿Qué come en la merienda? _____

36. ¿Todos los días come lo mismo? Si _____ No _____ A veces _____

37. ¿Quién hace la mayoría de compras de comida en su casa? _____

38. ¿En dónde realiza la mayor cantidad de compras?
a. Feria de Zumbahua _____ b. Feria de Pujilí _____ c. Feria de Latacunga _____

d. Otro (especifique) _____