



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE MEDICINA

TESIS DOCTORAL

“DEMOGRAFÍA Y EPIDEMIOLOGIA HISTÓRICAS EN ECUADOR”

(2002 - 2011)

D. CESAR E. FIGUEROA PICO

2015

**UNIVERSIDAD DE
MURCIA**



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE MEDICINA

“DEMOGRAFÍA Y EPIDEMIOLOGIA HISTÓRICAS EN ECUADOR”

(2002 - 2011)

D. CESAR E. FIGUEROA PICO

2015

DIRECTOR:

Prof. D. PEDRO MARSET CAMPOS

DEDICATORIA.

**A MI MADRE , SABIENDO QUE JAMAS EXISTIRA FORMA DE AGRADECER
UNA VIDA DE LUCHA, SACRIFICIO Y ESFUERZO CONSTANTE , SOLO DESEO
QUE COMPRENDA QUE EL LOGRO MIO ES SUYO, QUE MI ESFUERZO ES
INSPIRADO EN TI Y QUE MI UNICO IDEAL ERES TU.**

CON RESPETO Y ADMIRACION.

PARA EDITH.

AGRADECIMIENTOS.

Agradezco a mi tutor , Prof. d. Pedro Maset Campo, por su confianza, disponibilidad, su paciencia por haberme guiado magistralmente desde el primer día en el desarrollo de esta tesis Doctoral.

A mi mujer, Silvia, a mis hijos, Iker, Isaac y Edisabeth, que me permiten disfrutar, uno de los otros, del amor , la comprensión y el apoyo brindado para lograr y superar mis metas.

A mi hermano, Stalin por demostrarme que los grandes logros de superación, no son por la fuerza, sino por la perseverancia. Este Doctorado se lo debo a él.



Por muy difícil que parezca

todo tiene solución con esfuerzo y superación.

INDICE.

I. INTRODUCCIÓN.

II. OBJETIVOS.

- a. Objetivo general.**

- b. Objetivo específico**

III. MATERIAL Y MÉTODO

IV. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO.

V. DEMOGRAFÍA DEL ECUADOR.

- a. TENDENCIAS DEMOGRAFICAS EN ECUADOR.**

- b. EVOLUCION DEMOGRAFICA.**

- c. LA TRANSICION DEMOGRAFICA DEL ECUADOR.**

- d. PROVINCIAS DE RESIDENCIA HABITUAL EN LOS EMIGRANTES
(POBLACION PROVINCIAS).**

- e. MIGRACIÓN**

VI. ESTRUCTURA Y DINÁMICA DE LA POBLACION.

- a. DISTRIBUCION DE LA POBLACION DEL ECUADOR POR ETNIAS 2010.**

- b. TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD ECUADOR 1950 – 2010**

- c. TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD PROYECTADAS, SEGÚN PROVINCIAS, PERIODOS 2000 – 2025.**

- d. MORTALIDAD GENERAL, PERIODOS 2001 – 2011.**

- e. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN ECUADOR 2000 -2011.**

- f. INCIDENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.**

- g. MORTALIDAD MATERNA 2002 – 2011.**

- h. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL 2000 - 2011.**

- i. PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS 2000-2011.**

**j. EVLUCION DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER,
ECUADOR 2010.**

k. ECUADOR HOY UN BREVE DIAGNÓSTICO.

VII. TRANSICION EPIDEMIOLOGICA.

VIII. SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ECUADOR.

a. REFORMA DEL SECTOR SALUD.

b. PROMEDIO DEL GASTO EN SALUD.

c. PROPUESTA DE POLITICAS SUGERIDAS.

IX. EQUIDAD.

a. COBERTURA.

b. DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS.

c. PRESUPUESTO 2012.

**d. EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO EN LOS ÚLTIMOS CUATRO
AÑOS.**

e. PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL SECTOR SOCIAL.

f. INVERSIÓN PÚBLICA.

g. PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

X. EFICIENCIA.

a. SOSTENIBILIDAD.

b. PARTICIPACIÓN SOCIAL.

**XI. VISIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACIÓN
DEL ECUADOR.**

a. INEQUIDAD Y EXCLUSIÓN EN EL ECUADOR.

- b. INEQUIDAD Y POBREZA.**

- c. EL CONTEXTO SOCIO – ECONOMICO.**

- d. RESULTADOS ECONOMICOS DE LA DOLARIZACION.**

- e. PERSPECTIVAS ECONOMICAS.**

- f. EFECTOS SOCIALES DE LA CRISIS Y DOLARIZACION.**

- g. EVALUACION Y PERSPECTIVAS.**

- h. CRISIS, DOLARIZACION Y DESARROLLO.**

- i. EXCLUSIÓN Y RESIDENCIA.**

- j. EXCLUSIÓN Y GÉNERO.**

k. EXCLUSIÓN Y ETNICIDAD.

l. LA EXCLUSIÓN Y EL CICLO DE VIDA

m. INEQUIDAD Y EXCLUSIÓN.

XII. DESARROLLO Y POLÍTICAS PÚBLICAS.

a. DÉBIL CRECIMIENTO ECONÓMICO.

b. ESTRUCTURA PRODUCTIVA CONCENTRADORA.

c. PRECARIEDAD LABORAL.

d. MAPA DE LA POBREZA PROVINCIAL, SEGÚN CONSUMO (2005 -

2006).

**e. INCIDENCIA DE LA POBREZA Y POBREZA EXTREMA POR
CIUDADES.**

XIII. POLITICA DEL ECUADOR / POLITICA SECTORIAL.

XIV. ECUADOR HACIA LAS METAS DEL MILENIO.

XV. CONCLUSIONES

XVI. BIBLIOGRAFÍA

XVII. ANEXOS

RESUMEN

La presente es una investigación de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo y longitudinal, que tiene como universo de investigación la población ecuatoriana 2002 - 2011. datos demográficos y epidemiológicos por el MSP (ministerio de salud pública) para la asignación de recursos al Primer Nivel de Atención, en el marco del principio constitucional de la equidad.

Se analiza la importancia de la dinámica de la población en el Ecuador y sus proyecciones. Las tendencias generales de migraciones internas y externas, envejecimiento de las poblaciones, padecimiento de enfermedades, tanto infecciosas como crónicas, transiciones demográficas, tasas de natalidad, mortalidad, fecundidad, crecimiento poblacional.

La investigación realizada explora, a partir de las tendencias de la sociedad ecuatoriana hacia la justicia y la equidad, así como el análisis económico, situación de las familias ecuatorianas y la eficacia del Estado en su rol redistributivo a partir del ejercicio de políticas públicas.

El Gobierno Nacional del Ecuador a través del Ministerio de Salud Pública, ha establecido como uno de los ejes prioritarios , el fortalecimiento del sector salud, lo que se ha expresado en un incremento significativo en el presupuesto de salud, una reestructuración profunda de la institucionalidad pública , se han dado pasos importantes orientados al fortalecimiento de las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública, en cuanto a: Infraestructura, Equipamiento, Recursos Humanos; esto sumado a la política de gratuidad progresiva de los

servicios públicos, incidieron en un incremento significativo de la demanda de cobertura y afiliación en general.

ABSTRACT

This research is a descriptive, observational , retrospective and longitudinal type, whose research universe is the Ecuadorian population 2002 - 2011 demographic and epidemiological data from the MSP (Ministry of Public Health) for the allocation of resources to the First Level attention, under the constitutional principle of equality.

The importance of population dynamics in Ecuador and projections are analyzed. The general trends of internal and external migration, aging populations, suffering from diseases, both infectious and chronic, demographic transition, birth rates , mortality, fertility and population growth.

The research explores trends in Ecuadorian society towards justice and equity, and economic analysis, situation of Ecuadorian families and effectiveness of the state as a redistributive role from the exercise of public policies.

The Government of Ecuador through the Ministry of Public Health, has established itself as one of the priorities strengthening the health sector, which has been expressed in a significant increase in the health budget, a profound restructuring of public institutions, also they have taken important steps aimed at strengthening the health units of the Ministry of Public Health, in terms of infrastructure, equipment, human resources; this added to the policy of progressive free public services, influenced in a significant increase in demand for coverage and membership in general.

I. INTRODUCCION

Durante la década de 1990, el Ecuador sufrió un estancamiento de los avances sociales de los veinte años anteriores, la exacerbación de las desigualdades materiales, el debilitamiento institucional del sector público, la caída del gasto social y una creciente inestabilidad política. Este conjunto de desequilibrios económicos, sociales y políticos se expresa claramente en la persistencia de la pobreza y de la exclusión de amplios sectores en la sociedad¹.

El Ecuador como estado unitario, soberano, democrático, pluricultural y multiétnico, se encuentra situada al noroeste de América del Sur, con una extensión territorial de 256.370 km² geográficamente dividida en cuatro regiones geográficas: la Costa, la Sierra, la Amazonía u Oriente y la insular de Galápagos, está organizada en 24 provincias, 269 cantones, y 1149 parroquias (361 urbanas y 788 rurales) y las circunscripciones territoriales indígenas y afro ecuatorianas². Su gobierno, es republicano, presidencial, electivo, representativo, responsable, alternativo, participativo y de administración descentralizada³.

La población urbana representa 60,43% del total nacional; 50% de la población habita en la Costa, 45% en la Sierra, 5% en la Amazonía y 0,2% en la Región Insular. El 71,9% de la población se considera mestiza, 6,1% blanca, 6,8% indígena, 7,2% afro ecuatoriana y 7,4% montubia⁴.

¹ Atlas de las desigualdades socio-económicas del Ecuador, sistema nacional y equidad social, constitución de la Republica de Ecuador, Art. 340, Senplandes, Quito, Ecuador, 2013.

² Salud en las Américas, Edición de 2012.

³ Constitución Política de la República del Ecuador, 2008.

⁴ Organización Panamericana de la Salud, 2012.

El Ecuador, se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada. En el 2006, la población total del país era de 13.408.270 habitantes con una estructura demográfica de población predominantemente joven. En el censo registrado en el 2010 la población de 14'204.900 y en la actualidad 2015 de 16'225.00 habitantes en general, con más del 30% de menores de 15 años y un índice de envejecimiento del 25,97%.

La esperanza de vida al nacer para el quinquenio 2005–2010 alcanzó los 75 años (hombres 72 y mujeres 78 años). La tasa global de fecundidad para el mismo período fue de 2,6 hijos por mujer. La inscripción oportuna de nacidos vivos pasó de 53,7% en 2006 a 62,3% en 2010. Durante el mismo período la tasa bruta de mortalidad se mantuvo en 4,3 % defunciones por 1.000 habitantes; 90,1% contaban con certificación médica y 9,4% fueron causas mal definidas^{5, 6}.

Se evidencia una acumulación epidemiológica, en la que las enfermedades carenciales y transmisibles comparten espacio con las crónico-degenerativas. Los problemas de salud pública más frecuentes son los accidentes de transporte y las agresiones. La evolución política del país en los últimos quince años se ha caracterizado por una gran inestabilidad de las instituciones y alto grado de conflictividad social, entre 1992 y 2006 se han sucedido ocho

⁵ Ecuador, Ministerio de Salud Pública, Indicadores básicos de salud 2009. Quito, Ministerio de Salud Pública; 2009.

⁶ Instituto Nacional de Estadística y Censos, Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones. Quito: INEC; 2010.

Gobiernos⁷, lo que ha generado una profunda crisis de gobernabilidad, violencia social e incremento de la corrupción, inestabilidad administrativa y falta de continuidad en la gestión pública. Estos problemas han afectado la dinámica al sector de la salud y sus reformas.

"La Constitución 2008 establece el marco jurídico - legal para instituir el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en el que se incluye la salud. Los textos constitucionales establecen que la salud es un derecho y señalan las características del sistema nacional de salud que funcionará dentro de principios de universalidad y equidad, con una red pública integral de salud y bajo la rectoría de la autoridad sanitaria nacional⁸."

El sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento propio. El subsector público está conformado por los servicios del MSP (Ministerio de Salud Pública), IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social)-SSC (Seguro Social Campesino), ISSFA (Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas) e ISSPOL (Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional) y los servicios de salud de algunos municipios. La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana son entes privados que actúan dentro del sector público^{9, 10}.

⁷ Visión del sistema de las Naciones Unidas sobre la situación del Ecuador, Inequidad y exclusión en el Ecuador, 2003.

⁸ República del Ecuador /Republic of Ecuador Constitution of 2008, Constituciones de 2008

⁹ CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, asamblea constituyente, 2008

“Las oportunidades de los jóvenes para realizar sus potenciales individuales dependen de factores como el nivel socioeconómico de sus hogares, de su sexo, de su origen cultural, racial y región de su residencia. Las formas en que estas diferencias se manifiestan son también variadas: el acceso a los servicios sociales y a trabajos de calidad es muy limitado para los ecuatorianos pobres y para aquellos que viven en el campo, existen grupos relegados a situaciones de extrema pobreza y los grupos indígenas y afro ecuatorianos sufren múltiples formas de discriminación”¹¹.

"La economía ecuatoriana ha presentado un robusto y continuado crecimiento desde su dolarización en Enero del 2000, cultivando varios logros como no haber entrado en recesión durante La Crisis Económica Global de 2009, seguramente gracias a no tener moneda propia, evitando así la emisión inorgánica, lo cual era la costumbre antes de la dolarización de la economía. Ecuador ha concentrado sus esfuerzos en diversificar su matriz energética e incrementar la inversión pública en infraestructuras: hidroeléctricas, carreteras, aeropuertos, hospitales, colegios, etc."¹².

En la actualidad el Ecuador atraviesa una serie de transformaciones en la política pública, en tal sentido se han enarbolado nuevos postulados que giran al “buen vivir”; así el Estado se ha enfocado nuevamente en el bienestar social. No obstante lo anterior, persiste el debate de

¹⁰ Ejes de la Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador, hacia la construcción participativa del sistema nacional de salud, Loja 2009.

¹¹ Visión del Sistema de las Naciones Unidas sobre la situación del Ecuador, Inequidad y Exclusión, Quito, Ecuador, 2003.

¹² Economía del Ecuador, La economía de Ecuador desde 2007 de Center for Economic and Policy Research, mayo 2012.

muchos problemas sociales, políticos, culturales, sobre todo cuando se evalúa las acciones que el gobierno realiza en torno a solucionar los mismos¹³.

El Estado Ecuatoriano, ha intentado paliar la crisis con algunos resultados, los estudios que permiten identificar el impacto para el cual fueron destinados residen sólo en las esferas de gobierno y justifican per se las agendas de coyuntura, incluso existen posiciones que insisten en que las políticas públicas han sido diseñadas desde escritorios sin conocer las verdaderas demandas sociales, pero conociendo las restricciones presupuestarias y la agenda ofrecida en campañas electorales¹⁴.

CONTESTO POLITICO Y SOCIAL DE LA SALUD.

"Los principales problemas políticos y sociales que afectan directamente la situación de salud, incluyen los altos niveles de pobreza y el aumento significativo de la indigencia; el hecho de que entre un 25 - 30% de la población ecuatoriana no tiene acceso a los servicios institucionales de salud y tres cuartas partes no tiene protección de seguridad social. Incide en ello la falta de un Sistema Nacional de Salud organizado conforme lo establece la Constitución Política del Estado"¹⁵.

¹³ República del Ecuador / Republic of Ecuador Constitution of 2008 Constituciones de 2008, derechos del buen vivir.

¹⁴ Economía del Ecuador, La economía de Ecuador desde 2007 de Center for Economic and Policy Research, mayo 2012.

¹⁵ Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud división de desarrollo de sistemas y servicios de salud organización panamericana de la salud, 2008.

"Uno de los aportes más importantes en el proceso se sustenta en una visión de desarrollo que supera el enfoque economicista, concentrador y excluyente, hacia una visión que pone en el centro de la preocupación al ser humano y articula los diferentes ámbitos de la vida a nivel económico, social, político, cultural, ambiental, en función de la generación de oportunidades y potenciación de las capacidades, para el logro de condiciones de bienestar de toda la población. Por otro lado, recupera la planificación como herramienta fundamental para trazar el horizonte y los caminos a seguir para lograr un país capaz de garantizar los derechos de las y los ciudadanos, de las futuras generaciones"¹⁶.

“La Constitución dispone el cumplimiento del derecho a la salud, a través del ejercicio de otros derechos interdependientes con la finalidad de lograr el buen vivir, la vida plena o Sumak Kawsay. En correspondencia con el marco constitucional el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013, establece las políticas y metas que contribuirán al mejoramiento de la calidad de vida de la población, entendida como el nivel de bienestar, felicidad y satisfacción de necesidades individuales y colectivas”¹⁷.

En coherencia con la nueva visión de desarrollo y los mandatos constitucionales, el Gobierno Nacional del Ecuador a través del Ministerio de Salud Pública, ha establecido como uno de

¹⁶ Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud división de desarrollo de sistemas y servicios de salud organización panamericana de la salud, 2008.

¹⁷ La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. Constitución de la República 2008. “Art. 32.

los ejes prioritarios de la gestión, el fortalecimiento del sector salud, lo que se ha expresado no solamente en un incremento significativo en el presupuesto, sino fundamentalmente, en una reestructuración profunda de la institucionalidad pública y del que hacer sanitario en el país¹⁸.

Desde la perspectiva del Ministerio de Salud Pública se dieron pasos importantes orientados al fortalecimiento en cuanto a: infraestructura, equipamiento, recursos humanos; esto sumado a la política de gratuidad progresiva de los servicios públicos, incidieron en un incremento significativo de la demanda hacia esta institución¹⁹.

“El Ministerio de Salud Pública, constituye una herramienta conceptual y metodológica para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural, que rige para el Sistema Nacional de Salud en Ecuador”²⁰.

Como base en las reformas constitucionales de 1998 que definieron el derecho a la salud, su promoción y protección, el Ministerio de Salud Pública (MSP) con apoyo del Consejo Nacional de Salud (CONASA) ha emprendido en un amplio proceso de consulta y participación interinstitucional para la definición de políticas de Estado en salud, y para la

¹⁸ Gobierno Nacional de la República del Ecuador, 2008

¹⁹ Ministerio de salud pública, consejo nacional, cobertura sanitaria, 2008

²⁰ Ministerio de salud pública, consejo nacional, cobertura sanitaria, 2008.

organización del sector salud a través de un Sistema Nacional de Salud que promueva la cobertura universal, la desconcentración y descentralización de la gestión y la participación de los gobiernos locales y de las organizaciones sociales²¹.

"En enero del año 2007 se inició la construcción del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010, « Plan para la Revolución Ciudadana », no partiendo de cero. La propuesta de cambio, definida en el Plan de Gobierno que el Movimiento País presentó a la ciudadanía, en el marco de su participación electoral de los años 2006, 2007, 2008, trazó ya los grandes lineamientos de una agenda alternativa para el Ecuador"²².

"El Plan 2009-2013 recoge y busca concretar las revoluciones delineadas en el proyecto de cambio de la **Revolución Ciudadana**. Dichas apuestas de cambio también fueron orientaciones para el proceso constituyente de 2008, que finalmente se plasmaron en el nuevo pacto social reflejado en la nueva Constitución de la República del Ecuador. Tales revoluciones son"²³.

"**Revolución constitucional y democrática**, para sentar las bases de una comunidad política incluyente y reflexiva, que apuesta a la capacidad del país para definir otro rumbo como

²¹ Consejo nacional de salud, 2006.

²² Plan nacional de desarrollo ecuatoriano, 2009- 2010.

²³ El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013

sociedad justa, diversa, plurinacional, intercultural y soberana. Ello requiere la consolidación del actual proceso constituyente, a través del desarrollo normativo, de la implementación de políticas públicas y de la transformación del Estado, coherentes con el nuevo proyecto de cambio, para que los derechos del Buen Vivir sean realmente ejercidos. Para esto, es indispensable la construcción de una ciudadanía radical que fije las bases materiales de un proyecto nacional inspirado por la igualdad en la diversidad"²⁴.

"Revolución ética, para garantizar la transparencia, la rendición de cuentas y el control social, como pilares para la construcción de relaciones sociales que posibiliten el reconocimiento mutuo entre las personas y la confianza colectiva, elementos imprescindibles para impulsar este proceso de cambio en el largo plazo"²⁵.

"Revolución económica, productiva y agraria, para superar el modelo de exclusión heredado y orientar los recursos del Estado a la educación, salud, vialidad, vivienda, investigación científica y tecnológica, trabajo y reactivación productiva, en armonía y complementariedad entre zonas rurales y urbanas. Esta revolución debe concretarse a través

²⁴ El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013

²⁵ Plan nacional de desarrollo ecuatoriano, 2009- 2010

de la democratización del acceso al agua, tierra, crédito, tecnologías, conocimientos e información, y diversificación de las formas de producción y de propiedad"²⁶.

"Revolución social, para que, a través de una política social articulada a una política económica incluyente y movilizadora, el Estado garantice los derechos fundamentales. Esta política integral, coherente e integradora es la que ofrece las oportunidades para la inserción socioeconómica y, a la vez, para fortalecer las capacidades de las personas, comunidades, pueblos, nacionalidades y grupos de atención prioritaria, con el fin de que ejerzan libremente sus derechos"²⁷.

"Revolución por la dignidad, soberanía e integración latinoamericana, para mantener una posición clara, digna y soberana en las relaciones internacionales y frente a los organismos multilaterales. Ello permitirá avanzar hacia una verdadera integración con América Latina y el Caribe, así como insertar al país de manera estratégica en el mundo"²⁸.

"El Plan Nacional para el Buen Vivir es una herramienta flexible y dinámica, también disponible en formato magnético, que, además de los contenidos antes descritos, recopila

²⁶ El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013

²⁷ El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013

²⁸ Plan nacional de desarrollo ecuatoriano, 2009- 2010

todos los resultados de la participación en las mesas de consulta ciudadana e incluye información adicional al propio Plan, con miras a garantizar su actualización permanente conforme se van formulando políticas complementarias²⁹.

A finales del siglo XIX la epidemiología se desarrolló³⁰, como una disciplina particular para el «abordaje» de la explicación de la enfermedad, su aparición y distribución, así como el fundamento de medidas colectivas de control. Como ciencias del campo de la salud pública, la higiene y la epidemiología son parte de la superestructura y responden a la base económica que determina la formación socioeconómica de que se trate. Los usos de la epidemiología son: el análisis de la situación de salud, la investigación causal, la evaluación de programas, servicios y tecnologías y la vigilancia epidemiológica³¹.

El transcurso de estos dos decenios que se intensifica la llamada transición demográfica, como consecuencia de importantes cambios en la natalidad, mortalidad, fecundidad y crecimiento natural de las poblaciones, y se reconoce el fenómeno de polarización epidemiológica, que describe la dominancia simultánea de enfermedades transmisibles y no transmisibles en los perfiles de mortalidad de las poblaciones³².

²⁹ Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – SENPLADES, 2009

³⁰ Transición en epidemiología.pdf, la transición en epidemiología y salud pública, 1991

³¹ Organización Mundial de la Salud, 2015

³² Transición Demográfica en el Ecuador; Geografía Básica del Ecuador Tomo II Geografía de la Población Vol. 1, 1990.

Paulatinamente, migración, urbanización y envejecimiento de las poblaciones, así como padecimientos crónico-degenerativos, discapacidad, violencia, conductas y estilos de vida, acceso a servicios de salud y redes de apoyo social, entre otros, adquieren renovada importancia para la salud pública y se convierten en sujetos de análisis epidemiológico en las Américas³³.

Empiezan a cambiar los ideales de familia (más pequeños). Las parejas comienzan a regular su fecundidad adoptando métodos de planificación familiar. La disminución de la TBN es más rápida que la caída de la mortalidad. La caída de la TBN (tasa bruta de natalidad), se hace cada vez más lenta. El ritmo del crecimiento vegetativo va disminuyendo.

TEORIA DE LA TRANSICION DEMOGRAFICA.

La prolongación de la esperanza de vida ha sido un anhelo de la humanidad. En este sentido, el envejecimiento puede ser considerado un logro en el que mucho ha aportado el desarrollo científico técnico alcanzado. Sin embargo, la longevidad está produciendo retos sin precedentes a los responsables de la elaboración de políticas en general y a los ciudadanos en particular, pues se deberán mantener los niveles de seguridad social y económica, y la oferta

³³ Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Anuario de epidemiología. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2011.

de servicios de salud de calidad a un segmento de la población que, por su avanzada edad, se encuentra en desventaja para afrontar las exigencias sociales de la contemporaneidad.³⁴

La transición demográfica, referida con anterioridad, tiene un comportamiento singular en los países en desarrollo, en los que ésta goza de mayor celeridad, de ahí que ellos arribarán al envejecimiento poblacional en un lapso de tiempo mucho menor que el que necesitaron los países desarrollados. Ello hace más grave la situación existente en éstos, pues deberán afrontar los cambios que el proceso genera con recursos muy limitados, lo que dificulta el establecimiento de políticas que coadyuven a su control o, en su defecto, a mitigar sus nocivas consecuencias sobre los individuos, la familia, la comunidad y la sociedad³⁵.

A finales del siglo XIX y principios del XX, el interés por profundizar en las tendencias de la población, en particular la disminución de los niveles de mortalidad y sobre todo de fecundidad, motivó que, en muchos países de Europa Occidental, surgiera lo que se ha reconocido como “La Teoría de la Transición o Revolución Demográfica”.

La Transición Demográfica es el proceso de ruptura en la continuidad del curso del movimiento de la población hasta un momento determinado, que explica el paso de niveles altos de mortalidad y fecundidad a niveles bajos de estas variables³⁶.

³⁴ Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vida Objetiva en la Tercera Edad, Héctor D. Vallare Veal, Julia Pérez Piñero², Jesús Menéndez Jiménez, Vol. 1 No. 3. 2006.

³⁵ Transición en epidemiologia.pdf, la transición en epidemiología y salud pública.2006

³⁶ Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vida Objetiva en la Tercera Edad, Héctor D. Vallare Veal, Julia Pérez Piñero², Jesús Menéndez Jiménez, Vol. 1 No. 3. 2006.

La estructura de la población del mundo y la de los países individualmente considerados cambia permanentemente en el tiempo y eso tiene un hondo impacto en diferentes ámbitos de la economía.

Hay dos eventos que determinan transformaciones en la estructura de la población:

- ❖ Primero, los cambios en el estado bienestar (salud, educación, etc.) que determinan las condiciones de natalidad, mortalidad y esperanza de vida.
- ❖ Segundo, los flujos migratorios desde y hacia una economía. Un reciente estudio de Multienlace determina que la población de los países desarrollados arrastra un proceso de envejecimiento por el descenso de la natalidad y la mortalidad.

En cambio en los países en vías de desarrollo, la reducción de la mortalidad ha superado al de la natalidad y la población está creciendo, aunque menos aceleradamente que en el pasado.

Entre 1950 – 1975³⁷ Afecta a los países subdesarrollados (explosión demográfica), Natalidad elevada, aunque descendente, Mortalidad desciende y se estabiliza, Disminuye el crecimiento.

Estrechamiento de la base y ensanchamiento de los segmentos de edades adultas debido al descenso de la fecundidad. Esto produce envejecimiento por la base: el mayor porcentaje de ancianos explica por la disminución de los nacimientos y el menor porcentaje de niños.

³⁷ América latina: Situación de los países según la etapa de la transición demográfica Quinquenios 1950-55, 1985-90 y 2005-10

Dado que las enfermedades infecciosas se han erradicado, las nuevas ganancias en términos de esperanza de vida se deben a las mejoras en el control de las enfermedades degenerativas que se concentran en la población de 60 años y más. Se produce un envejecimiento por la cúspide: se ensancha la cúspide de la pirámide porque aumenta la proporción de ancianos.

“Por fuente obtenidas del América latina: Situación de los países según la etapa de la transición demográfica 1950-55, 1985-90 y 2005-10, (desde 1960 hasta nuestros días), Las profundas transformaciones en la organización y composición de la familia occidental, dieron lugar al surgimiento de la llamada “segunda transición demográfica”³⁸. La disminución de la fecundidad acentúa el envejecimiento por la base de la pirámide. Se trata de poblaciones muy envejecidas (pobl. 65 y +: 15 %). La TBM deja de descender e incluso comienza a aumentar.

“Según Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vida Objetiva en la Tercera Edad, Por Héctor D. Vallare Veal, Julia Pérez Piñero y Jesús Menéndez Jiménez, la estructura de la población del mundo y la de los países individualmente considerados cambia permanentemente en el tiempo y eso tiene un hondo impacto en

diferentes ámbitos de la economía, Hay eventos que determinan transformaciones en la estructura de la población”, cambios en el estado bienestar (salud, educación, etc.) que

determinan las condiciones de natalidad, mortalidad y esperanza de vida, flujos migratorios desde y hacia una economía”³⁹.

³⁸ América latina: Situación de los países según la etapa de la transición demográfica Quinquenios 1950-55, 1985-90 y 2005-10

En el Ecuador, al igual que en otros países de América Latina, la reducción de la tasa de natalidad (al 1.5%) y la caída de la mortalidad, determinan que el país y la región se encuentren en un estadio de transición demográfica, de una sociedad agrícola con altas tasas de fecundidad y mortalidad, a organizaciones industriales urbanas con bajas tasas de fecundidad y mortalidad⁴⁰.

Esta transición que se ha venido operando en los últimos 50 años, ha determinado importantes cambios en la estructura de la población ecuatoriana, con un mayor peso de los segmentos de la población de edades adultas; y una distribución geográfica en la cual la población urbana pasó a significar el 71% de la población total del país (39% de los ecuatorianos vive ahora en la zona rural).

Por otra parte, el fuerte flujo migratorio de ecuatorianos hacia el Ecuador exterior, cuyo boom se concentró entre 2000 y 2004, parece haberse reducido. No es que se ha detenido, pero el número de ecuatorianos que viajaron desde el Ecuador y que no regresaron, por vías legales, en el 2005 fue de 62 000 personas, frente a 69 000 que lo hicieron en el 2004⁴¹. Los principal

³⁹ Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vida Objetiva en la Tercera Edad, Héctor D. Vallare Veal, Julia Pérez Piñero², Jesús Menéndez Jiménez, Vol. 1 No. 3. 2006.

⁴⁰ Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vida Objetiva en la Tercera Edad, Héctor D. Vallare Veal, Julia Pérez Piñero², Jesús Menéndez Jiménez, Vol. 1 No. 3. 2006.

⁴¹ Transición Demográfica en el Ecuador; Geografía Básica del Ecuador Tomo II Geografía de la Población Vol. 1, Quito, 1990.

puerto de salida es Quito y de los que migran; 26 000 declararon ser estudiantes, 18 000 amas de casa, 12 000 eran comerciantes, 8000 ingenieros, 4 000 jubilados, entre otros⁴².

ASPECTOS DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

La evolución de la población ha atravesado diferentes fases a lo largo de la historia.

I...Fase inicial o Régimen demográfico antiguo.

- ✓ Desde la Prehistoria hasta 1750.
- ✓ Natalidad alta: hijos para trabajar, no anticonceptivos.
- ✓ Mortalidad elevada: Mala alimentación, epidemias, guerras, falta de Higiene o de medicina.
- ✓ Crecimiento escaso y fluctuante.

PRIMERA ETAPA.

Pre-transicional (desde antes de la Revolución Industrial hasta comienzos del S. XIX)
Sociedades agrarias o tradicionales. Escasa organización social y urbanización. No existe una infraestructura para mejorar la salud, no existe la medicina preventiva.

⁴² Transición Demográfica en el Ecuador; Geografía Básica del Ecuador Tomo II Geografía de la Población Vol. 1, Quito, 1990.

La curva de la mortalidad tiene grandes fluctuaciones, en ciertos momentos el crecimiento es negativo debido al impacto de los tres grandes flagelos: Pestes, Hambrunas y Guerras. TBM: 40 – 45 p/mil. E0: 30 – 35 años. No existe un control eficaz de la fecundidad. (Régimen de “fecundidad natural”). TBN: 45 – 50 p/mil (nivel que permanece constante). TGF: 7 – 8 hijos p/mujer⁴³.

- ✓ Bajo crecimiento actual (la TCV es baja y fluctuante: 5 p/mil).
- ✓ Alto potencial de crecimiento.
- ✓ Población “joven” (alta proporción de niños y jóvenes).

II...Fase de transición o Régimen de transición demográfica

- ✓ Países desarrollados: 1750 – 1950.
- ✓ Natalidad elevada; luego desciende.
- ✓ Mortalidad desciende: Progresos de la agricultura, medicina e higiene.
- ✓ Fuerte crecimiento.

⁴³ América latina: Situación de los países según la etapa de la transición demográfica Quinquenios 1950-55, 1985-90 y 2005-10

SEGUNDA ETAPA.

Transicional (S. XIX) Empieza el proceso de industrialización y se desarrolla la urbanización.

- **Primer momento:** Se eliminan las grandes pestes y se desarrolla la medicina preventiva: erradicación de enfermedades infecciosas y parasitarias que benefician a toda la población. La disminución de las causas de muerte exógenas no produce envejecimiento demográfico⁴⁴. Disminuye rápidamente la TBM debido al aumento de la Esperanza de vida al nacimiento y en todas las edades. La TBN permanece constante.⁴ El ritmo de crecimiento es muy acelerado.

- **Segundo momento:** Empiezan a cambiar los ideales de familia (más pequeños). Las parejas comienzan a regular su fecundidad adoptando métodos de planificación familiar. La disminución de la TBN es más rápida que la caída de la mortalidad. La E0 aumenta a un ritmo cada más suave. Luego, la caída de la TBN se hace cada vez más lenta. El ritmo del crecimiento vegetativo va disminuyendo.

- ✓ Aumento y disminución del crecimiento actual.
- ✓ Disminución del potencial de crecimiento.

⁴⁴ América latina: Situación de los países según la etapa de la transición demográfica Quinquenios 1950-55, 1985-90 y 2005-10

III...Fase de transición o Régimen de transición demográfica.

- ✓ 1950 – 1975 Afecta a los países subdesarrollados (explosión demográfica).
- ✓ Natalidad elevada, aunque descendente.
- ✓ Mortalidad desciende y se estabiliza.
- ✓ Disminuye el crecimiento.

TERCERA ETAPA.

Post-transicional (desde fines del s. XIX hasta mediados del s. XX) Cambios en la intensidad y calendario de la fecundidad. Disminuye el tamaño medio de las familias. TBN: 15 p/mil
TGF: 3 hijos p/mujer⁴ TBM: 10 - 12 p/mil E04 : 70 años TCV: 5 p/mil⁴ Los niveles pasados y actuales de la natalidad y de la mortalidad se reflejan en la pirámide poblacional:

- ✓ Estrechamiento de la base y ensanchamiento de los segmentos de edades adultas debido al descenso de la fecundidad. Esto produce envejecimiento por la base: el mayor porcentaje de ancianos explica por la disminución de los nacimientos y el menor porcentaje de niños.

- ✓ Dado que las enfermedades infecciosas se han erradicado, las nuevas ganancias en términos de esperanza de vida se deben a las mejoras en el control de las enfermedades degenerativas que se concentran en la población de 60 años y más. Se produce un envejecimiento por la cúspide: se ensancha la cúspide de la pirámide porque aumenta la proporción de ancianos.

- ✓ Bajo crecimiento actual.

- ✓ Bajo potencial de crecimiento.

- ✓ Población “vieja”.

IV...Fase evolucionada o Régimen demográfico moderno.

- ✓ Desde 1975 en países desarrollados.

- ✓

- ✓ Natalidad y Mortalidad bajas, debido al envejecimiento de la población y la elevada esperanza de vida.

- ✓ Mínimo crecimiento natural. En países subdesarrollados el crecimiento se desacelera.

CUARTA ETAPA o “segunda transición demográfica” (desde 1960 hasta nuestros días)

• Las profundas transformaciones en la organización y composición de la familia occidental, dieron lugar al surgimiento de la llamada “segunda transición demográfica”⁴⁵.

• Entre los hechos más importantes se destacan:

- Un marcado descenso de la fecundidad en todas las edades.
- La aceleración de la tendencia creciente al divorcio.
- El retraso en la edad al primer matrimonio.
- La extensión de la cohabitación prematrimonial.
- El aumento en la proporción de nacimientos extramatrimoniales.
- La emergencia y difusión de la con sensualidad entre las uniones reincidentes.

• La disminución de la fecundidad acentúa el envejecimiento por la base de la pirámide. Se trata de poblaciones muy envejecidas (pobl. 65 y +: 15 %).

V...Fase de Regresión.

- ✓ A partir del s. XXI.
- ✓ Natalidad muy baja y mortalidad creciente por el aumento de la población anciana.

⁴⁵ América latina: Situación de los países según la etapa de la transición demográfica Quinquenios 1950-55, 1985-90 y 2005-10

- ✓ Crecimiento débil o negativo.

MODELOS DE LA TRANSICION EPIDEMIOLOGICA

La teoría de la transición epidemiológica fue formulada en 1971 cuando la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida y otras enfermedades infecciosas emergentes como la tuberculosis y el ébola aún no se habían declarado. Estas enfermedades de carácter infeccioso aparecieron cuando se creía haber logrado el control sobre las enfermedades transmisibles⁴⁶.

De acuerdo a las variaciones en el tiempo y a las dinámicas peculiares del cambio se identifican tres modelos básicos de transición epidemiológica:

El modelo clásico, describe la transición en las sociedades occidentales y cubre doscientos años atrás, desde altas tasas anuales de muerte y altas tasas anuales de natalidad a bajas tasas de mortalidad y fecundidad. En esas sociedades el descenso de la mortalidad fue gradual y ocurrió en respuesta a mejoras sociales, económicas y ambientales, que constituyeron un complejo proceso de modernización. En las etapas tempranas tales cambios poco deben a la medicina, en contraste con la gran influencia lograda sobre la mortalidad por el proceso médico del siglo XX. El descenso en la fecundidad fue también gradual, pero se precipito

⁴⁶ TRANSICIONDEMOGRAFICA EN EL ECUADOR, Daniel Delaunay Juan B. León V. Michel Portéis, Instituto Panamericano de Geografía e Historia (Sección Ecuador) Instituto Francés de Investigación Científica para el Desarrollo en Cooperación Instituto Geográfico Militar. 1987.

debido a los cambios sociales ocurridos en sociedades donde la práctica de métodos de control natal era más o menos conocidas.

El modelo acelerado, fundamental mente describe la transición en Japón, Europa del este y la antigua Unión Soviética, en este modelo inicialmente la transición de la mortalidad estuvo determinada socialmente, pero se vio beneficiada por la revolución médica.

El modelo tardío, describe los cambios observados en la mayor parte de los países del Tercer Mundo, donde la mortalidad comenzó a bajar dramáticamente en las últimas décadas, particularmente después de la segunda Guerra Mundial. A diferencia del modelo clásico la disminución de la mortalidad ha sido sustancialmente influenciada por la moderna tecnología médica, en gran parte importada y por la inclusión del uso masivo de insecticidas, antibióticos, programas de erradicación de enfermedades endémicas y avances en la salud materno – infantil. En este modelo el descenso en la fecundidad ha sido considerablemente tardío, comenzó alrededor de la década de 1960 como consecuencia del impulso que se observó en el control natal.

CONDICIONANTES ECONÓMICOS DEL DERECHO A LA SALUD

La mayoría de la población ecuatoriana no tiene garantía explícita de acceso a los servicios de salud que necesita, la oferta institucional es desarticulada y presenta graves deficiencias de

cobertura y calidad. Debido a esto, 1 de cada 4 personas no es atendida en ninguna institución y más del 70% no tiene seguro de salud.

El porcentaje de gasto privado o de bolsillo (49%) y las formas de financiamiento son inequitativos⁴⁷. En los temas de agua y saneamiento aparecen involucradas varias instituciones y leyes. Desde el punto de vista de promoción y prevención de la salud, el Ministerio de Salud Pública dicta la normativa sanitaria y cada gobierno local es el responsable del servicio de agua y tratamiento de aguas residuales a la población.

Existen desigualdades en la prestación de servicios, tanto en las zonas urbanas como en el área rural. Las familias de escasos recursos tienen menos acceso a servicios adecuados de agua y saneamiento. El déficit del acceso a agua entubada se refleja en la brecha urbano-rural, donde el primero alcanza valores del 66% de cobertura frente al 14% del segundo⁴⁸.

Esta misma brecha se observa en el indicador de pobreza, donde el quintil más pobre tiene una cobertura de agua del 11% frente al 87% del quintil más rico. Del mismo modo se presentan desigualdades entre las diferentes regiones del país, la Costa y el Oriente tienen coberturas más bajas que las que se registran en la Sierra.

⁴⁷ PERFIL DE LOS SISTEMAS DE PERFIL SALUD ECUADOR, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma, Sistemas y Servicios de Salud (HSS-SP) Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, octubre 2008.

⁴⁸ PERFIL DE LOS SISTEMAS DE PERFIL SALUD ECUADOR, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma, Sistemas y Servicios de Salud (HSS-SP) Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, octubre 2008

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y DE REFORMAS DEL SECTOR SALUD

Casi tres décadas han transcurrido desde la Reunión de Alma-Ata, donde se fijó la meta de **“Salud Para Todos en el año 2000”** y se establecieron los indicadores sanitarios mínimos, a alcanzar por parte de los países de Latinoamérica y el Caribe.

Unos cuantos años después empezaron a generarse propuestas de **Reforma al Sector Salud**, muchas de ellas dentro de las Reformas a los Estados. Lamentablemente, el desarrollo político y social fue insuficiente, se acentuó la falta de equidad y al culminar el siglo XX, más del 20% de la población carecía de acceso a la protección total de la salud. En las Américas, la Reforma del Sector de la Salud y del desarrollo de las políticas sanitarias se producen en contexto de apertura económica, consolidación democrática y ajuste estructural de los Estados. Procesos que han influido en los mecanismos y estrategias orientadas a mejorar el acceso de la población a los sistemas de protección social, especialmente en la década de los 90, donde se intensificaron estos procesos.

En la I Cumbre de las Américas, celebrada en EEUU en 1994⁴⁹, los gobiernos de la región reafirmaron su compromiso de incorporar en sus procesos de Reforma del Sector de la Salud, mecanismos para garantizar el acceso equitativo a determinados servicios básicos sanitarios y de mejorar la calidad de los mismos. Un año después, la Organización Panamericana de la Salud junto con otras agencias internacionales, patrocinaron una reunión especial sobre

⁴⁹Daniel Adriano Gómez, primera cumbre de las Américas, Enero, 2015.

Reformas del Sector de la Salud, donde se establecieron sus criterios rectores, basados en los principios de equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social.

“La Reforma en Salud es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones, y con ello lograr la satisfacción de necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de Con las políticas implantadas se han logrado adelantos importantes, fundamentalmente en el aspecto normativo y teórico, ya que los sistemas de salud de toda la región reconocen, de manera implícita y explícita el carácter universal del derecho a la Salud de toda la población.

Una rápida mirada al sector salud en el Ecuador en las últimas décadas, refleja una realidad bastante problemática y la presencia de limitantes en su accionar: Acceso inequitativo a los servicios, bajas coberturas y calidad de atención, modelo de atención curativo y biológico, gestión centralizada y de bajas coberturas de atención, falta de una política integral de recursos humanos, inadecuada coordinación interinstitucional, paternalismo de instituciones públicas y privadas, alto costo de insumos y tecnologías, situación similar a la de otros países de la región, que sin embargo ha sufrido algunos cambios en los últimos años, cuando se empiezan a implementar acciones relacionadas con la reforma del sector salud, que inicia en la década de los 80.

El Ministerio de Salud Pública a inicios del nuevo milenio, se pronunció mediante la emisión de un documento para discusión, posicionamiento del MSP frente a la Reforma del Sector

Salud. (Abril de 2001.), en que el Ecuador se encuentra aún en la fase de formulación de la Reforma en Salud. Sin embargo, debido a que las transformaciones de esta magnitud son el resultado de procesos acumulativos y complejos, que involucran tanto a la sociedad como a las organizaciones públicas y privadas del sector, este proceso de Reforma Sanitaria se ha insinuado a través de esfuerzos dispersos e inconexos, generados tanto desde el Estado, cuanto desde organizaciones autónomas, ONG y organismos internacionales⁵⁰.

"El presupuesto del sector salud pasó de USD 115,5 millones en el 2000 a USD 561,7 millones en el 2006. Durante los mismos años, el presupuesto como porcentaje del Presupuesto del Gobierno Central (PGC) y del PIB, aumentó del 2.7% al 6.6% del PGC y del 0.7% al 1.4% del PIB. La población cubierta por un seguro de salud ya sea público o privado alcanzó apenas un 23% en el año 2004⁵¹. Si se analiza por quintiles, el más pobre es el más desprotegido ya que solo el 12% tenía un seguro de salud. Este porcentaje era superior en los mayores niveles de ingreso 36%". Los gastos per cápita, en salud, por año, tomando como base la totalidad de los hogares es de U\$ 147.93 (Año 2004), si se excluyen los hogares que no tienen problemas de salud, este medio sube a U\$ 157.29. Si se considera separadamente el área urbana, y el área rural, la diferencia entre ellas es de U\$ 50⁵².

⁵⁰ PROSPERI, J. Sistemas Integrados de Servicios de Salud. Oficina OMS/OPS Ecuador. Mayo, 2008.

⁵¹ Un presupuesto estratégicamente planificado, El Telégrafo, Decano de la Prensa Nacional | Ecuador, 2013

⁵² Ministerio de Salud Pública. Consejo Nacional de Salud (2002): Marco de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador.

El gasto en salud total per capital en dólares internacionales (2001) es de 177 dólares. Dicho gasto, presenta una gran desigualdad en relación con el tipo de cobertura. Se estima que el gasto per capital para los afiliados al IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social) es de 145 dólares mientras que para la población subsidiaria del MSP (Ministerio de Salud Pública) es de 33 dólares, es decir una cuarta parte⁵³.

Existen barreras sociales y culturales que contribuyen a la reproducción de la exclusión social de una generación a otra. Las categorías que dan lugar a la exclusión, construidas y reproducidas socialmente, son principalmente el complejo raza-etnia, el género, la educación y el nivel de vida. Se trata de barreras que obstaculizan la movilidad social y, consecuentemente, reproducen la exclusión.

El Sistema de Salud del Ecuador se caracteriza por la segmentación en sectores, privado y público. Como en otros países andinos de la zona, un sistema de seguridad social financiado por cotizaciones de los trabajadores del sector formal coexiste con sistemas privados para la población de mayor poder adquisitivo y con intervenciones de salud pública y redes asistenciales para los más pobres.

⁵³ Ministerio de Salud Pública. Consejo Nacional de Salud (2002): Marco de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador, OPS (2001). El (GPRS), Ministerio de Salud Pública (2001): Cuentas nacionales en salud 1997. MSP. Quito.

La estructura del sector salud en Ecuador, como se ha indicado, está claramente segmentada. Existen múltiples financiadores y proveedores: Ministerio de Salud, Seguro Social IESS, ICS, ONG, etc., que actúan independientemente. La cobertura de la seguridad social es relativamente baja (IESS 10% y Seguro Campesino 10%) y la red asistencial pública muy limitada quedando aproximadamente sin cobertura un 30% de la población. Otros prestadores que cubren pequeñas cuotas de aseguramiento son: la Sociedad Ecuatoriana de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y los servicios de la Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional⁵⁴.

El principal problema que tienen las redes de salud es la escasez de personal y su limitada capacidad de resolución en atención primaria y especializada de nivel cantonal y provincial. Efectivamente, los médicos de MSP estaban contratados por 4 horas/día recibiendo un salario en torno a los 450 U\$/mes (incluidas bonificaciones). Se estima que en el medio rural existen menos de dos médicos de planta por 10.000 habitantes, el resto de médicos son residentes que hacen su año rural.

Existen barreras económicas, culturales y geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud y que afectan especialmente a la población pobre que vive en zonas rurales, indígena en su mayoría. Desde 1995 se ha venido desarrollando en Ecuador un proceso de Reforma del

⁵⁴ Dirección Nacional de Articulación del Sistema Nacional de Salud y Red de Salud Pública Y Complementaria, de la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN), 2004, p. 508

Sector Salud, asentado sobre un proceso de descentralización y transferencia de funciones del MSP a las Municipalidades que lo soliciten. Al momento actual no existen consensos completos entre los diversos actores de cómo llevar adelante dicho proceso de descentralización, que no ha contado con decisiones políticas acordes. Esta situación, unida a la reducción muy importante de los recursos asignados al sector salud, ha repercutido en la calidad de atención, niveles de coberturas de servicios que no responden adecuadamente a las necesidades sentidas y a la realidad epidemiológica de poblaciones, especialmente en aquellas zonas más desprotegidas.

Varias de estas leyes apoyan la descentralización del SNS en Sistema Nacional de Salud, la participación ciudadana y el aumento de la cobertura. No obstante, el nivel de aplicación de estas leyes es muy reducido debido a inestabilidad política que ha sufrido el país en los últimos años⁵⁵.

El marco legal ecuatoriano refleja la conceptualización del Sistema Nacional de Salud (SNS) y sus funciones en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, y "tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho de la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y

⁵⁵ Ministerio de Salud Pública. Consejo Nacional de Salud (2002): Marco de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador, [OPS](#) (2001). El

gasto total per cápita en salud equivale a la parte per cápita de la suma del gasto público en salud (GPuS) y el gasto privado en salud

(GPrS), Ministerio de Salud Pública (2001): Cuentas nacionales en salud 1997. MSP. Quito.

Comunitarias del sector salud. El SNS desempeña funciones Y objetivos fundamentales^{56, 57}. Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada, Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud; al medio ambiente de su deterioro o alteración, Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables, Promover la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector, Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud.

“La Reforma en Salud es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones, y con ello lograr la satisfacción de necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los Sistemas de Salud realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan”⁵⁸.

En 1998 la OPS redactó y sugirió unos lineamientos metodológicos para la preparación de los perfiles de los sistemas de servicios de la salud, en los países de la región, en sus

⁵⁶ Ministerio de Salud Pública (2001): Cuentas nacionales en salud 1997. MSP. Quito.

⁵⁷ DIRECCION GENERAL DE EVALUACION DEL DESEMPEÑO. Marco Conceptual de la Evaluación de los Servicios y Programas a la Evaluación Comparativa de los Sistemas de Salud. Secretaria de Salud, México, 2010.

⁵⁸ Ministerio de Salud Pública (2001): Cuentas nacionales en salud 1997. MSP. Quito

componentes básicos: contexto político, económico y social; organización general, recursos y funciones y seguimiento y evaluación de las reformas.

Con las políticas implantadas se han logrado adelantos importantes, fundamentalmente en el aspecto normativo y teórico, ya que los sistemas de salud de toda la región reconocen, de manera implícita y explícita el carácter universal del derecho a la Salud de toda la población. No obstante, las reformas adoptadas en este sentido no siempre han logrado en la práctica dar cobertura de salud a todos los habitantes.

El Ministerio de Salud lideró un proceso a través de encuestas realizadas en 2007 para definir interinstitucionalmente las prioridades de investigación en salud, inicialmente las relacionadas con saneamiento y contaminación ambiental. Con la Ley Orgánica de Educación Superior Ciencia y Tecnología expedida en 2010 se conformó la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación, instancia que tendrá la gobernanza en los temas de su competencia⁵⁹.

En 2008 se encaró un proyecto de fortalecimiento del sistema de información en salud y mejoramiento de las estadísticas vitales, y en 2009 se efectuó un diagnóstico de situación del funcionamiento de los Sistemas de Información en Salud (SIS) dirigido al personal que realiza labores estadísticas en el sector salud público y privado, INEC y Registro Civil. Con este antecedente se conformó la comisión interinstitucional de alto nivel con SENPLADES, MSP,

⁵⁹ Instituto Nacional de Estadística y Censo, Pobreza por necesidades básicas en el Ecuador, Diciembre, Quito, Quito, INEC, 2010.

INEC y Registro Civil, que actualmente trabaja en la ejecución del Plan de Fortalecimiento del Sistema de Información en Salud⁶⁰.

CALIDAD DE VIDA.

El envejecimiento poblacional ha impuesto un nuevo reto para los sistemas de salud de los distintos países: hoy en día, lo más importante no es continuar aumentando la longevidad de las poblaciones, sino mejorar cualitativamente la salud y el bienestar de éstas. Con tal fin, se ha desarrollado en las últimas décadas el término calidad de vida, que ha sido utilizado por especialistas de las más diversas disciplinas, como filósofos, economistas, sociólogos, psicólogos y médicos. Cada quien ha enfocado el término de manera diferente, en consonancia con su profesión⁶¹.

En relación con el primero, Moreno y Ximénez (1996) , y Grau (1997, 1998) han señalado su “indistinción conceptual”, atribuida a la naturaleza compleja del término; en torno a esta problemática se plantea que el mismo suele confundirse con otras acepciones como bienestar, nivel de vida, satisfacción y felicidad, “De ahí que resulte una entidad vaga y etérea, algo de lo que todo el mundo habla, pero que nadie sabe exactamente de qué se trata”⁶².

⁶⁰ Instituto Nacional de Estadística y Censo, Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo, Subempleo, Pobreza Extrema y Pobreza por necesidades básicas insatisfechas, Ecuador, INEC, 2010.

⁶¹ Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vida Objetiva en la Tercera Edad, Héctor D. Vallare Veal, Julia Pérez Piñero2, Jesús Menéndez Jiménez, Vol. 1 No. 3. 2006.

⁶² Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vida Objetiva en la Tercera Edad, Héctor D. Vallare Veal, Julia Pérez Piñero2, Jesús Menéndez Jiménez, Vol. 1 No. 3. 2006.

De carácter metodológico, se asocia por una parte con la naturaleza bipolar (objetivo – subjetiva) de la calidad de vida. El componente objetivo se refiere a las condiciones materiales de vida, al nivel de vida, e incluye factores que determinan o influyen sobre la percepción que tiene el sujeto (presencia o no de síntomas, funcionamiento físico), en tanto que el subjetivo se corresponde con definiciones globales basadas en el bienestar y en sus dos marcadores básicos: la satisfacción y la felicidad.

Los instrumentos para la evaluación de la calidad de vida, dado por la naturaleza bipolar, ya señalada, y su multidimensionalidad, compleja e indeterminada, que le otorgan a ésta diversos matices en función de la alternativa a ejecutar. Los problemas conceptuales ya referidos originan problemas instrumentales, pues cabe esperar una medición imprecisa, de un concepto borroso y ambiguo.

De ahí que, a pesar del desarrollo alcanzado en la producción de instrumentos, globales y específicos, para la evaluación de la calidad de vida, la mayoría de éstos adolecen de falta de la fiabilidad y la validez necesarias para ser utilizados.

DEMOGRAFIA Y EPIDEMIOLOGIA MUNDIAL.

Población y salud se encuentran hasta tal punto interrelacionadas que las disciplinas que las estudian, la Demografía y la Epidemiología, tienen un origen común, a finales del siglo XVII. Es sólo a partir del siglo XIX que progresivamente se independizan y diferencian sus

dominios. La Epidemiología se aleja paulatinamente de los problemas poblacionales y se encamina, a partir del descubrimiento de los microbios a fines del siglo XIX, hacia el estudio de las enfermedades y sus gérmenes específicos y luego, en la segunda mitad del siglo pasado, hacia la identificación de los factores de riesgo en un nivel individual de producción de la enfermedad⁶³.

En la historia de la humanidad las poblaciones estaban sometidas a un régimen demográfico de extrema dureza, con una mortalidad muy alta que sólo podía ser compensada con una gran fecundidad. El excedente de los nacimientos sobre las muertes era muy modesto y el crecimiento natural exiguo se hallaba pautado por las condiciones de subsistencia, que fijaban un tope a ese crecimiento⁶⁴. Un aumento en la capacidad de producir alimentos permite una expansión de la población hasta alcanzar un nuevo tope que no puede rebasarse, pues el hambre interviene entonces como mecanismo regulador.

El hambre no era el único factor limitante del crecimiento. La guerra y la peste asumían en esos tiempos características de catástrofe, que podían dar lugar a fuertes disminuciones de la población. Ejemplo paradigmático, la peste negra que asoló Europa entre 1347 y 1352 aniquiló a un tercio de la población⁶⁵.

⁶³ La demografía como herramienta epidemiológica, instituto universitario salud cátedra de epidemiología y demografía, septiembre de 2004

⁶⁴ Dever, Alan G.E. (1991) "La Demografía como herramienta de la Epidemiología" en "Epidemiología y Administración de Servicios de Salud", OPS-OMS.

⁶⁵ Pantelides, E.A. (1983), "La transición demográfica argentina: un modelo no ortodoxo", Centros de Estudios de Población, Buenos Aires.

Este régimen, con una mortalidad alta y fluctuante y una fecundidad también alta pero más estable y una esperanza de vida al nacer que difícilmente sobrepasaba los 30 años, se mantuvo hasta el siglo XVIII. A partir de entonces se produce en Europa, de la mano de la revolución industrial y de los cambios sociales que la acompañan, una transformación radical en las condiciones del crecimiento demográfico. El mejoramiento de la alimentación, la higiene y del saneamiento ambiental son las razones principales que impulsan una disminución profunda y duradera de la mortalidad⁶⁶.

Sin embargo el comportamiento de la fecundidad no acompaña de inicio esa tendencia y se mantiene, durante varias décadas, en sus niveles históricos produciendo un desfase entre las tasas que da lugar a un importante crecimiento demográfico. Es sólo a mediados del siglo XX que se alcanza una nueva situación de equilibrio con escasa diferencia entre las dos tasas pero en niveles sustancialmente inferiores, momento en que se completa el proceso denominado de ‘transición demográfica’⁶⁷.

La desnutrición infantil sigue siendo frecuente en muchos lugares del mundo. Según estimaciones recientes, hay 115 millones de niños menores de 5 años con insuficiencia ponderal, y aunque la prevalencia mundial está descendiendo, los avances son desiguales. En África, el estancamiento de la prevalencia, unido al crecimiento demográfico, hizo aumentar la cifra de niños con insuficiencia ponderal de 24 millones en 1990 a 30 millones en 2010. Se estimó que en Asia dicha cifra era aún mayor y rondaba los 71 millones en 2010⁶⁸. En el

⁶⁶ Pressat, R. (1981), “Introducción a la Demografía”, Ariel, Barcelona.

⁶⁷ CELADE-BID (1996), “Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina. Contribución al diseño de políticas y programas”, Santiago de Chile.

mundo, alrededor de 178 millones de niños tienen una estatura baja para la edad según los patrones de crecimiento infantil de la OMS, y ese retraso del crecimiento es un indicador básico de la malnutrición crónica. Las mayores tasas de retraso del crecimiento infantil se dan en África y Asia.

A lo largo de casi 30 años de seguimiento de la tasa de mortalidad materna ajustada por edad en los Estados Unidos, se observa que mejoró en forma sostenida entre las mujeres blancas, pero fue de dos a tres veces más alta entre las mujeres afro estadounidenses, con un aumento notable en los últimos años⁶⁹.

La situación demográfica distintiva para cada uno de los tres grupos de ingresos; cuanto menor es la posición en el gradiente de ingresos, mayor es el retraso de la sociedad con respecto a la transición demográfica. Aunque de 1980 a 2010 hubo avances en la transición demográfica de las tres situaciones, las desigualdades persisten. Así pues, en lo que se refiere a la distribución de los ingresos, la mayor diferencia observada está en la distribución por edades⁷⁰.

En 2010, por ejemplo, el tercil más pobre de la Región de las Américas tiene la misma forma que el de los países de ingresos medianos 30 años antes, lo que indica que si bien la transición demográfica ha avanzado de forma importante desde el decenio de 1980, la distribución de los ingresos en el caso del tercil más pobre no ha cambiado en el mismo grado que la de los

⁶⁸ Estadísticas Sanitarias Mundiales, OMS, 2011.

⁶⁹ Determinantes de Inequidades en Salud, O.P.S., O.M.S., Salud en las Américas, Octubre 2014.

⁷⁰ TRANSICIONDEMOGRAFICA EN EL ECUADOR, Daniel Delaunay Juan B. León V. Michel Portáis, Instituto Panamericano de Geografía e Historia (Sección Ecuador) Instituto Francés de Investigación Científica para el Desarrollo en Cooperación Instituto Geográfico Militar.

terciles medios y más adinerados; esto significa que los pobres aún tienen que "ponerse al día" en cuanto a ingresos⁷¹.

La población actual de 15 a 24 años de edad de América Latina y el Caribe, que suma aproximadamente 205 millones de personas, nunca antes había sido tan numerosa. Este dividendo demográfico podría ser un recurso real para la Región en términos económicos, siempre y cuando se cumplan las exigencias de los jóvenes en materia de educación, servicios de salud, empleo y otros determinantes sociales.

La creciente población de personas mayores también es una tendencia importante en la Región, y, junto con la tasa de fecundidad decreciente, tiene consecuencias para la situación económica, social y sanitaria de los habitantes de la Región. Aunque las personas viven más tiempo que nunca, no necesariamente viven mejor. La vejez está cada vez más lastrada por las enfermedades crónicas y las discapacidades, que a su vez se traducen generalmente en mayores costos de atención de salud y de largo plazo, y aumentan la carga de las familias que cuidan de sus familiares mayores. La falta de sistemas de pensiones fiables en los países latinoamericanos y caribeños contribuye al porcentaje de ancianos que viven en la pobreza. Una vez más, las diferencias son patentes en la Región⁷².

El gradiente social, definido por los terciles de ingresos, también reproduce un gradiente en el índice de envejecimiento (porcentaje de la población de más de 65 años con respecto al

⁷¹ Transición Demográfica en el Ecuador; Geografía Básica del Ecuador Tomo II Geografía de la Población Vol. 1, Quito, 1990.

⁷² Determinantes de Inequidades en Salud, O.P.S., O.M.S., Salud en las Américas, Octubre 2014.

porcentaje de la población de menores de 15 años) . Cuanto mayor es el gradiente social, más avanzado es el proceso de envejecimiento en la población, lo que a su vez aumenta la dependencia. En 2010, se calculó que la razón de dependencia total (dependencia económica de las personas menores de 15 años y de las mayores de 64 años) era de 53,3% en América Latina y el Caribe, y de 49,0% en América del Norte; se prevé que en 2050 aumente a 57,0% y 67,1%, respectivamente. En otras palabras, en toda la Región había dos personas económicamente activas por persona económicamente inactiva en 2010, y se prevé que para 2050 la proporción sea de 1,5 a 1.

En general, las tasas de mortalidad para todas las causas se distribuyen socialmente en la Región. Desde hace mucho tiempo se sabe que hay una diferencia entre los sexos en la mayoría de los datos de mortalidad y esperanza de vida. Se aprecia una tendencia clara en la distribución de las tasas generales de mortalidad en los países estratificados por cuartiles de índice de desarrollo humano; la brecha general entre los cuartiles de los extremos es de 1,9 por 1.000 habitantes. Asimismo, se destaca la homogeneidad de los dos cuartiles inferiores.

EPIDEMIOLOGIA

El país enfrenta aún el desafío de controlar ciertas enfermedades. La propagación del VIH/SIDA, ha continuado. El número de casos con relación a la población aumentó en siete veces durante la década pasada. La información sobre la enfermedad es todavía un reto. Si

bien la mayoría de la población conoce la enfermedad y sabe cómo evitar el contagio, muchos tienen todavía ideas erradas. Es notable, por otro lado, la exacerbación de la malaria a raíz del Fenómeno de “El Niño” de 1997-98; como resultado, no sólo que el país no ha logrado reducir la incidencia de la enfermedad sino que la situación actual marca un retroceso con relación a 1990. El país tampoco ha logrado reducir la incidencia de la tuberculosis.

"Adicionalmente, las enfermedades emergentes y re-emergentes, como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA (1981) y el cólera (1991), se han constituido en un estímulo para el fortalecimiento de las capacidades epidemiológicas locales, nacionales y regionales en los últimos tiempos.⁷³ "

Desde la Prehistoria hasta 1750, Pre-transicional (desde antes de la Revolución Industrial hasta comienzos del S. XIX) Sociedades agrarias o tradicionales. Escasa organización social y urbanización. No existe una infraestructura para mejorar la salud, no existe la medicina preventiva, Natalidad alta; hijos para trabajar, no anticonceptivos, Mortalidad elevada; Mala alimentación, epidemias, guerras, falta de higiene o de medicina, Crecimiento escaso y fluctuante⁷⁴, Población joven (alta proporción de niños y jóvenes).

⁷³ Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Anuario de epidemiología. Quito: Ministerio de salud Pública; 2011.

⁷⁴ América latina: Situación de los países según la etapa de la transición demográfica Quinquenios 1950-55, 1985-90 y 2005-10

Se eliminan las grandes pestes y se desarrolla la medicina preventiva: erradicación de enfermedades infecciosas y parasitarias que benefician a toda la población. La disminución de las causas de muerte exógenas no produce envejecimiento demográfico⁷⁵. Disminuye

rápidamente la TBM (tasa bruta de mortalidad) debido al aumento de la Esperanza de vida al nacimiento y en todas las edades. El ritmo de crecimiento es muy acelerado.

⁷⁵ América latina: Situación de los países según la etapa de la transición demográfica Quinquenios 1950-55, 1985-90 y 2005-10

II. OBJETIVO.

a. OBJETIVO GENERAL

Conocer la evolución por fases desde 2002 hasta 2011 de los patrones demográficos y epidemiológicos utilizando indicadores de estructura (edad y sexo), distribución (urbana y rural) y de transición (crecimiento poblacional).

b. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Describir la estructura poblacional de los ecuatorianos de acuerdo a su situación geográfica (Costa, Sierra, Galápagos y Amazonia).
- ❖ Identificar los factores que influyen en la evolución de la población a lo largo de los últimos años.
- ❖ Conocer la prevalencia de las enfermedades, según su situación geográfica así como las migraciones internas y externas, envejecimiento de las poblaciones, padecimiento de enfermedades crónicas, transiciones demográficas, tomando en consideración su natalidad, mortalidad, fecundidad, crecimiento poblacional, fenómenos epidemiológicos, enfermedades transmisibles. envejecimiento de las poblaciones,
- ❖ padecimiento de enfermedades crónicas, transiciones demográficas y epidemiológicas.

III. MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio descriptivo, de tipo observacional, retrospectivo y longitudinal, que tiene como universo de investigación la población ecuatoriana desde 2002 hasta 2011.

Las variables que fueron estudiadas son: a) la población de acuerdo su número, estructura y composición, b) los fallecidos por las diferentes causas, c) los casos notificados por el sistema estadístico de las enfermedades infectocontagiosas. Con dicha información y con la utilización de fórmulas estadísticas se obtuvieron los indicadores de las tasas de mortalidad general por las diferentes causas y las tasas de morbilidad por las diferentes causas, se determinó la línea de tendencia lineal tanto para las tasas de mortalidad como para la morbilidad.

La fuente de obtención del dato primario fueron los estudios, las investigaciones, los informes del Instituto Nacional de Estadística y el Censo Poblacional registrado en el 2010 (INEC), los datos del Ministerio de Salud Pública, del Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 - 2013, y del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010.

IV. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO.

En el aspecto demográfico, es necesario incorporar análisis de contexto global del país, región, provincia o estado). Ello implica describir, brevemente, ubicación, límites geográficos, extensión y densidad poblacional. De ser posible, conviene desglosarlo según la división político-administrativa y para varios años con la finalidad de revisar hacia qué parte del territorio ha habido movimientos migratorios importantes.

La evolución de los patrones demográficos es una variable esencial para estimar la demanda de los sistemas y servicios de salud. A su vez, su relación con el análisis epidemiológico que permitirá determinar la cantidad y tipo de servicios requeridos para un determinado país, región o localidad. A ello debe agregarse que una adecuada interrelación de sus indicadores puede permitir responder a problemas concretos mediante intervenciones en salud como, por ejemplo, las consecuencias derivadas del cambio en la prevalencia e incidencia de las enfermedades transmisibles y las no transmisibles, según sea la estructura poblacional, conocer los patrones demográficos y Epidemiológicos utilizando indicadores de estructura como la edad y sexo, distribución (urbana, rural), crecimiento poblacional, cuantificar aspectos poblacionales, tales como: volumen, estructura y distribución geográfica, cambios en aspectos como el de tiempo evolución, fenómenos básicos como la fecundidad, mortalidad y migraciones.

"La evolución de los patrones demográficos es una variable esencial para estimar la demanda de los sistemas y servicios de salud. Tal como afirman los autores; Héctor D. Vallare Veal, Julia Pérez Piñero, Jesús Menéndez Jiménez. El análisis epidemiológico permite determinar la

cantidad y tipo de servicios requeridos para un determinado país, región o localidad. A ello debe agregarse que una adecuada interrelación de sus indicadores puede permitir responder a

problemas concretos mediante intervenciones en salud como, por ejemplo, las consecuencias derivadas del cambio en la prevalencia e incidencia de las enfermedades transmisibles y las no transmisibles, según sea la estructura poblacional del país"⁷⁶.

Entre los cambios fundamentales incorporados en la Constitución de la República del Ecuador del 2008, el artículo 32 dispone: “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.” Así mismo, en el segundo inciso del referido artículo se establece que “. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad.”⁷⁷

Datos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) sostienen que la cobertura de los servicios de salud está en el orden del 72%, en tanto que un 28% de la población tendría un

⁷⁶ Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vida Objetiva en la Tercera Edad, Héctor D. Vallare Veal, Julia Pérez Piñero, Jesús Menéndez Jiménez, Vol. 1 No. 3. 2006.

⁷⁷ Economista (U.C.E.), especialista en Productividad y Costos (U.A.S.B.), Magister en Desarrollo Regional y Planificación Territorial (P.U.C.E.). Septiembre del 2012.

“acceso limitado”⁷⁸. Considerando una población de 14,4 millones (INEC. 2010), significa que cerca 4 millones de personas no tendrían un “acceso suficiente y oportuno” a los servicios individuales y colectivos de salud⁷⁹.

Por otro lado, de la revisión de las Cuentas Satélites de los Servicios de Salud del Ecuador, se desprende que en el 2003 los Hogares financiaban el 58% de los gastos en salud, en tanto que para el 2008 lo hacían en el 55%.

"Del estudio realizado en el año 2000 ¿Quién se beneficia del gasto social en el Ecuador?, se desprende que el dícil más pobre de la población se beneficiaba del 10% de la inversión que realiza el Ministerio de Salud Pública, en tanto que el decil más rico se beneficiaba del 3%. Considerando los dos deciles más pobres el porcentaje de participación era del 19%, en tanto que los dos deciles más ricos los hacía en el 11%. Respecto a los gastos realizados por Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el estudio refiere que el decil más pobre se beneficiaba del 1% y el decil más rico del 26%⁸⁰".

⁷⁸ CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. Registro Oficial No. 449 – Lunes, 20 de Octubre del 2008. Artículo 32.

⁷⁹ Inequidad y exclusión en el ecuador, visión del sistema de las naciones unidas sobre la situación del Ecuador, 2006.

⁸⁰ Ministerio de salud pública del Ecuador, SISTEMA NACIONAL DE SALUD, Ecuador 2009

En general, del gasto total en salud del año 2000, concerniente a las Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Ministerio de Salud Pública, Seguros Social Campesino y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, se desprende que el decil más pobre se beneficiaba del 28% y el decil más rico del 53%; esto es 1,8 veces más. En términos de participación del consumo per cápita la diferencia es 18,5 veces⁸¹.

Por otro lado, el estudio denominado Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) , señala que los hogares más pobres relativamente gastan más, que los hogares más ricos; es decir, mientras el 13,3% de los hogares pobres gastaron más del 30% del gasto total de consumo en servicios de salud, el quintil más rico lo hizo en el 4,7%⁸².

Los recursos económicos de gasto corriente que recibe el Ministerio de Salud Pública , están en función de techos presupuestarios establecidos por el Ministerio de Finanzas, no por el cumplimiento de metas, objetivos, resultados (ejemplo: cobertura, concentración, etc.); el criterio que justifica la asignación de recursos corrientes, se basa en la ejecución presupuestaria o “histórica”, tiene como supuesto el guardar “coherencia de la proforma presupuestaria y el escenario macroeconómico plurianual”. En tanto que los gastos de inversión y de capital, estos están definidos por la Secretaria Nacional de Planificación y

⁸¹ MINISTERIO DE FINANZAS DEL ECUADOR. Directrices Presupuestarias para el año 2010. Oficio Circular No. MF-SP-CDPP-2009-1372, de 30 de abril del 2009.

⁸² Ministerio de salud pública del Ecuador, SISTEMA NACIONAL DE SALUD, Ecuador 2009

Desarrollo (SENPLADES)⁸³. En concreto no se identifica un criterio técnico que justifique la actual asignación de recursos en salud⁸⁴.

¿Qué criterios técnicos y/o herramientas se orientan a la asignación de recursos al Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública, para atender y resolver los problemas de salud-enfermedad de la población? En esta interrogante, se pretende explorar la inequidad en prestación de los servicios de salud, que surgen cuando los recursos e instalaciones se distribuyen irregularmente en el país, generalmente en áreas urbanas y rurales.

Norberto Dachs, en su estudio cómo estudiar la inequidad, recoge la definición propuesta por Margaret Whitehead; refiere “diremos que existe una inequidad en salud si tenemos una desigualdad evitable, desnecesaria e injusta”⁸⁵. Así para Dachs, la inequidad es un problema de ética⁸⁶.

"Linares y López en el trabajo la equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva, sostienen que existe cierto consenso que

⁸³ INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL, Dirección General de Salud Individual y Familiar. 2010.

⁸⁴ Ministerio de salud pública del Ecuador, MODELO_DE_ATENCIÓN_INTEGRAL_DEL SISTEMA_NACIONAL_DE_SALUD Ecuador_2012

⁸⁵ NORBERTO DACHS, Inequidades en Salud. Cómo estudiarlas, en Restrepo, H. E. y Málaga, H. Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable. OPS/OMS/Ed Médica Panamericana. 2000. Pág. 85

⁸⁶ SISTEMA INTEGRADO DE INDICADORES SOCIALES DEL ECUADOR. Estudios e informes del SIISE. Informe número 4: ¿Quién se beneficia del gasto social en el Ecuador? ¿Desafíos para mejorar la equidad y la eficiencia del gasto social? 2000. pág. 20.

permite conceptualizar la equidad en dos ámbitos: el ámbito de la salud y el entorno de la salud⁸⁷. El primero relacionado con el acceso a los servicios de salud, la calidad de la atención y sus resultados y; el segundo relacionado con los determinantes sociales, económicos, políticos, culturales, entre otros"⁸⁸.

Margaret Whitehead, consideraría que la inequidad se presenta cuando las desigualdades son innecesarias y que además son evitables. White head, partiría del principio de que las

personas deben disponer de igualdad de oportunidades para alcanzar todo su potencial en salud, en concreto que ninguna persona esté en desventaja para lograrlo⁸⁹.

Por su parte, el Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la OMS/OPS, realiza una diferenciación entre los términos desigualdad e inequidad. En el sentido de que la desigualdad significa diferencias relevantes y sistemáticas entre individuos y grupos sociales de una población, e inequidad significa que la desigualdad observada es además innecesaria e injusta⁹⁰.

⁸⁷ NIVALDO LINARES y OLIVA LÓPEZ. "La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva" Revista Medicina Social. Volumen 3, número 3, septiembre 2008. En: medicinasocial.info/index.php/medicina-social/issue/view/29. Acceso 19.09.2011

⁸⁸ NIVALDO LINARES y OLIVA LÓPEZ. "La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva" Revista Medicina Social. Volumen 3, 2008. Acceso 2011.

⁸⁹ Organización Panamericana de la salud, los conceptos y principios de equidad en la salud, Margaret Whitehead, serie reprints N° 9, Diciembre 1991.

Así mismo, la Organización Panamericana de la Salud define dos conceptos básicos de equidad, la primera denominada Equidad en salud, la misma que hace referencia a la ausencia de diferencias sistemáticas en uno o más tópicos de la salud o sus determinantes y, la Equidad en servicios de salud, la cual es definida como la ausencia de diferencias en acceso a servicios para iguales necesidades en salud⁹¹.

⁹⁰ INEC. Ecuador: Anuario de Recursos y Actividades de Salud. 2010

⁹¹ MINISTERIO DE FINANZAS DEL ECUADOR. Directrices Presupuestarias para el año 2010. Oficio Circular No. MF-SP-CDPP-2009-1372, de 30 de abril del 2009.

V. DEMOGRAFÍA DEL ECUADOR.

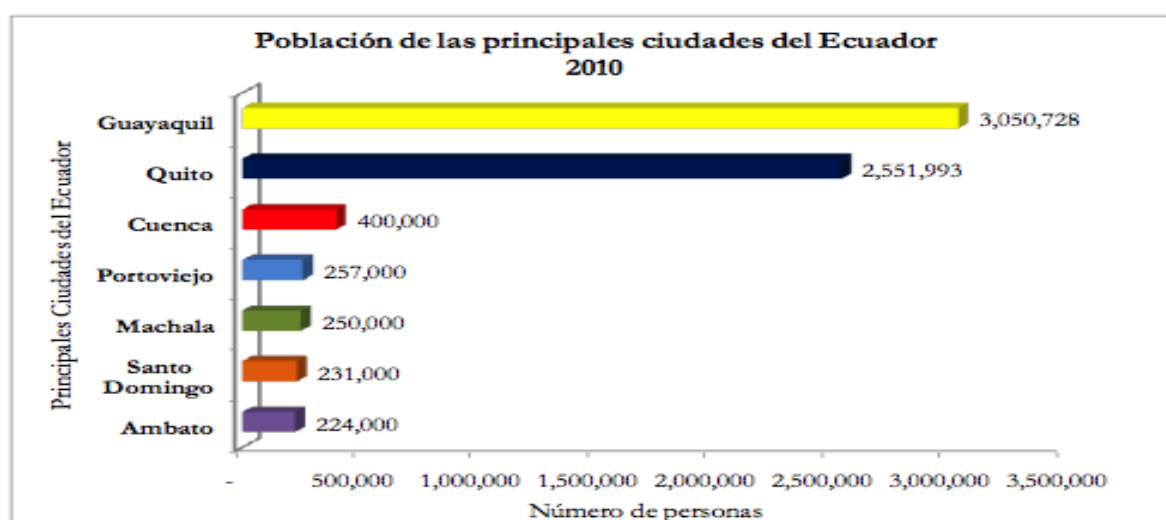
Ecuador posee un área de 283 561 km², lo que lo transforma en el cuarto país más pequeño de América del Sur, datos generados por el INEC informan que habitan 16.178.162 personas en Ecuador, lo que transforma en el octavo país más poblado de Latinoamérica. Es el país más densamente poblado de Sudamérica y el quinto en el continente⁹². Cerró 2013 con una población de 15.775.000 personas, lo que supone un incremento de 254.000 habitantes respecto a 2012, en el que la población fue de 15.521.000 personas.

En el 2013, la población femenina fue mayoritaria, con 7.869.510 mujeres, lo que supone el 50,00% del total, frente a los 7.868.368 hombres que son el 50,00%.

La capital del país es Quito, y la ciudad más grande del país es Guayaquil. (Grafico # 1). La lengua oficial de Ecuador es el español, hablado por un 94 % de la población, junto a otras trece lenguas indígenas reconocidas, incluyendo Kichwa y Shuar.

⁹² Densidad de Población por País, 2010.

Grafico # 1 - Población de las principales ciudades del Ecuador.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2010.

Ecuador es el cuarto país con más aceleración de envejecimiento de Latinoamérica tras Chile, Uruguay y Argentina, después de que censos en 2010 arrojaran resultados de que más del 17 % de la población pasa de los 65 años, y más del 40 % de la población es adulta-media, y de que la edad promedio sea de entre los 27,3 y los 35,8 años, aunque todavía es un país con una población joven⁹³. Se estima que para el próximo censo que sería en el año 2020 la población ecuatoriana sería de 17.0 a 17.5 millones de habitantes y para el 2030 el Ecuador tendría 21 millones de habitantes, posiblemente pasándole a Chile en población o emparejándose ambas naciones sudamericanas.⁹⁴

⁹³ INEC, 2009

⁹⁴ Demografía del Ecuador, Instituto ecuatoriano de Estadística y censo, 2014.

a. TENDENCIAS DEMOGRAFICAS EN ECUADOR.

Una estrategia de largo plazo requiere considerar las tendencias y variaciones demográficas del país durante ese periodo. Los cambios poblacionales que se prevén para el Ecuador hacia el 2025 son varios. Todos estos, en su conjunto, plantean el reto de planificar bajo consideraciones de variabilidad atarea, composición de género, esperanza de vida, entre otros. Las dinámicas poblacionales de los futuros años impactarán sobre las políticas públicas en ámbitos tan importantes y diversos que van desde la sostenibilidad del sistema de seguridad social hasta la cobertura de educación básica, media y superior.

De acuerdo a las proyecciones, para el 2025 Ecuador tendrá una población de 17,1 millones de habitantes. Pese a que el ritmo de crecimiento descenderá a un promedio anual de 1,1% después del 2020, el aumento de 3,3 millones de personas significa un incremento considerable de habitantes. Además, la fecundidad se situará en 2,1 hijos por mujeres, es decir cerca del nivel de reemplazo.

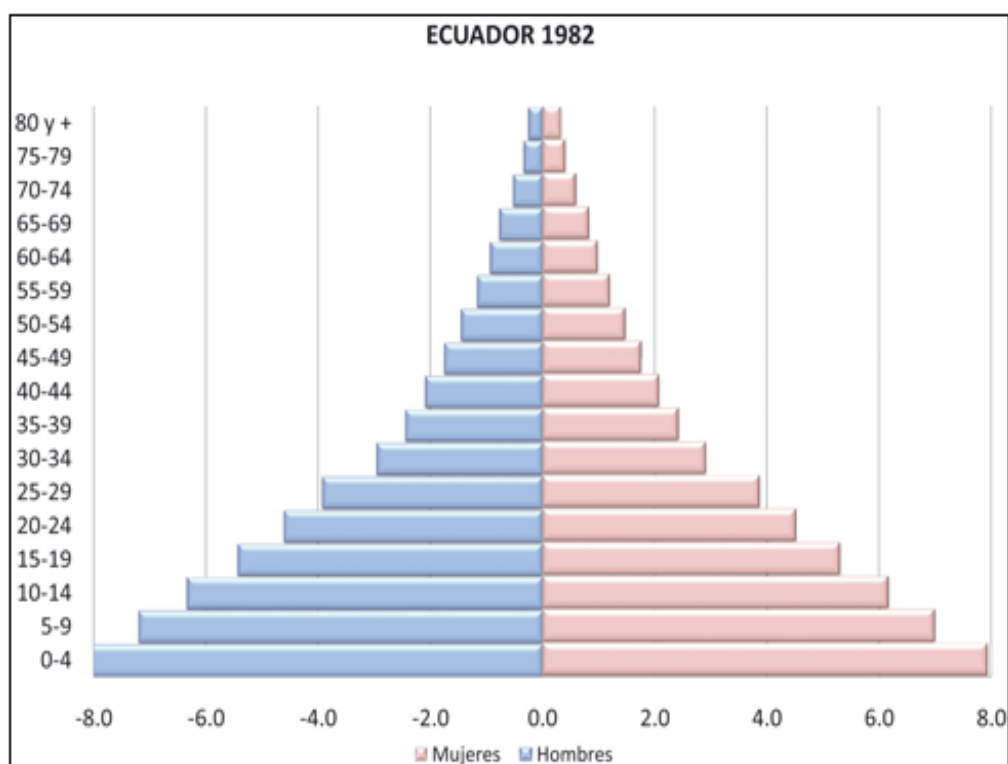
Entonces, se puede esperar una población más grande, pero cuyo crecimiento tiende a realizarse. Simultáneamente, la esperanza de vida al nacer aumentará algo más de 2 años, llegando a 77,5 años para ambos sexos, y la tasa de mortalidad infantil se reducirá a cerca de la mitad durante los próximos 17 años, pues pasará de 20 a 11 por mil nacidos vivos entre los años 2008 y 2025, respectivamente. Consecuencia de ello, el balance entre los diferentes grupos de edad se alteraran significativamente.

La importancia relativa de la población menor de 15 años , se reducirán de 31,2% a 24,5%, mientras que la de la población de 15 a 64 años se elevara a 63 a 66% y la de población de 65 y más años se incrementaran del 6 al 9,3%⁹⁵. En otras palabras, estaríamos ante un proceso de envejecimiento demográfico más acentuado, como se puede apreciar en la elaboración de la pirámide poblacional ecuatoriana de 1980 en los siguientes gráficos.

Gráficos: Distribución de la población por sexo y edad, 1982; 2008; 2025

Grafico # 2 - DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR SEXO Y EDAD

ECUADOR 1982



Fuente: INEC-Censo de Población 1982, Proyecciones de población 2008 y 2025.

Elaboración: SENPLADES

⁹⁵ Plan nacional del buen vivir, republica del Ecuador, plan nacional de desarrollo,2009-2013

Grafico # 3 - DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR SEXO Y EDAD

ECUADOR 2008

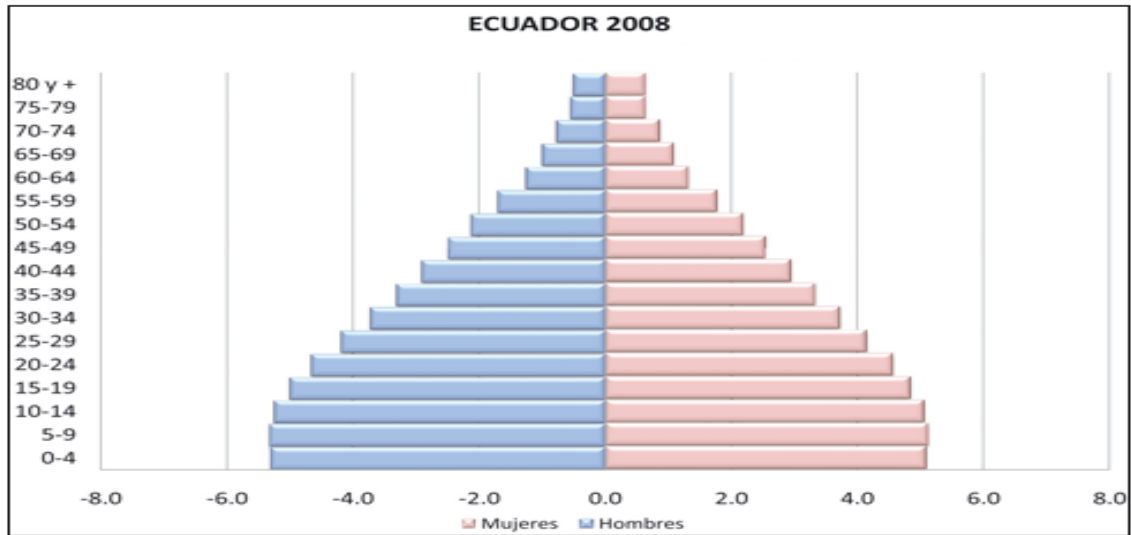
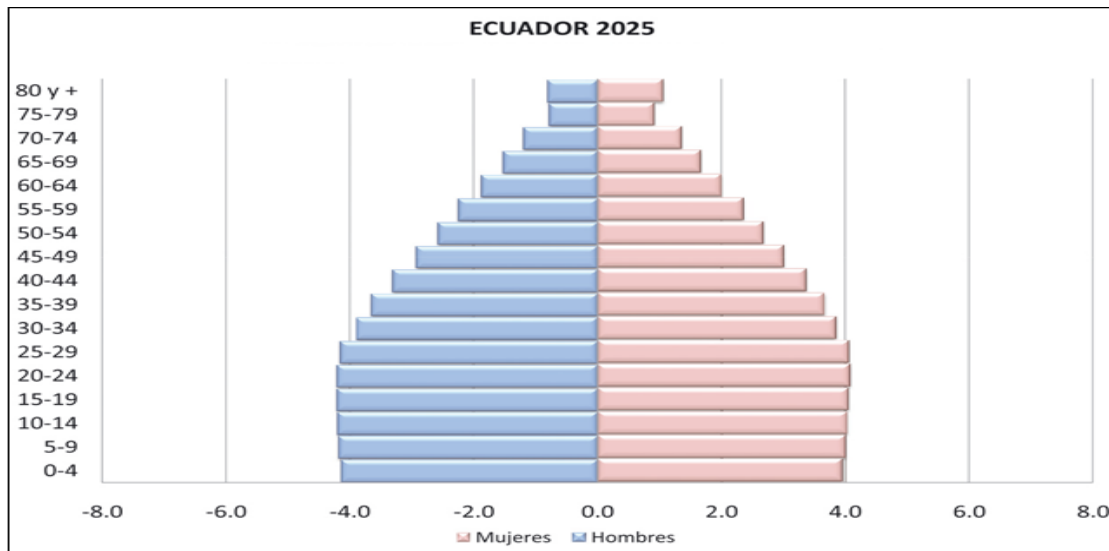


Grafico # 4 - DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR SEXO Y EDAD

ECUADOR 2025



Fuente: INEC-Censo de Población 1982, Proyecciones de población 2008 y 2025.

Elaboración: SENPLADES

El cambio en la pirámide implicará que la población en edades laborales y adultas aumentará, mientras que la población menor a quince años se irá contrayendo.

Esto abriría la posibilidad de aprovechar la denominada “ventana de oportunidades”, es decir aquel período finito en el tiempo en que el mayor crecimiento de la población de las edades laborales ofrece la posibilidad de aumentarla producción y la riqueza nacional a través de su adecuada y progresiva incorporación al trabajo.

Por tanto, la generación de empleos adecuados y de calidad se hace indispensable, sin olvidar la necesidad de formar, educar y capacitar a esta población para lograr su potencial máximo. Adicionalmente, los cambios en el perfil etéreo con llevarán modificaciones importantes en el consumo económico. Es probable que, en el curso de los próximos 17 años, el crecimiento promedio anual de la demanda por bienes y servicios de la población menor de 15 años se torne negativo (-0,1%). Mientras tanto, la demanda que corresponde a la población entre 15 y 64 años aumentaría a una velocidad de 1,5% en promedio anual y la de los adultos mayores crecería a un ritmo, también promedio, 2,4 veces mayor que el anterior (3,8%)⁹⁶.

Así como el consumo, la demanda por servicios de salud de la población adulta mayor crecerá a una velocidad significativamente superior a la de la población entre 15 y 64 años (3,8% frente a 1,9%, respectivamente), a la vez que aquella de las personas menores de 15 años se

⁹⁶ INEC-Censo de población 1982, Proyecciones de Población, 2008 y 2025.

tornará negativa (-0,2%). A estos cambios se sumarían otros en temas relacionados a la educación. Proyectando que la población de 5 a 14 años empezará a disminuir desde el 2010,

es probable que a partir de ese año la demanda por educación básica muy probablemente tienda a declinar. Por el lado de la educación media, la población entre 15 y 17 años aumentaría su tamaño hasta el año 2015, después de lo cual comenzaría a reducirse numéricamente. A diferencia de los subconjuntos anteriores, la población que potencialmente demandaría educación superior, es decir aquella comprendida entre los 18 y 24 años, incrementará su tamaño durante los próximos 17 años. Pasará de 1'809.000 personas a 1'983.000 entre 2008 y 2025. Entonces, será necesario poner un importante énfasis en la educación superior en la próxima década y media, sobre todo advirtiendo el incremento de la Población Económicamente Activa. Las proyecciones, justamente, prevén que la Población Económica Activa aumente a una velocidad promedio anual de 2.2%⁹⁷.

⁹⁷ INEC-Censo de población 1982, Proyecciones de Población, 2008 y 2025.

En términos absolutos, esto implicará que cada año se integren a la fuerza laboral 170.000 personas en promedio. Siendo así, mantener la actual tasa de desempleo alrededor del 7% hacia el año 2025, requerirá crear 154.000 empleos anuales en promedio⁹⁸.

DEMOGRAFIA DEL ECUADOR

Los retos que plantean los cambios poblacionales previstos hacia el 2025 no son menores. Es preciso tomar en cuenta las variaciones anotadas para planificar los cambios en el modelo de acumulación y generación de riqueza. Aprovechar la breve “ven-tana de oportunidad” de los próximos años es una chance que no se puede dejar pasar, puesto que en el largo plazo el envejecimiento de la población puede hacerse todavía más marcado, obligando a enfrentar escenarios más complejos en torno a seguridad social, producción y servicios.

b. EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA.

En los últimos 40 años, la población se ha triplicado: en 1950⁹⁹, Ecuador tenía más de tres millones de habitantes y en 1990 se situaba alrededor de los diez millones. En este período, su composición por sexo ha variado ligeramente a favor de la población masculina: en 1950 las mujeres eran el 50,4% del total de habitantes y en 1980 eran el 49,7% de ese conjunto, aunque los resultados del Censo de 1990 indican que podría haber cambiado ligeramente esa tendencia. Este crecimiento poblacional mantuvo un fuerte ritmo hasta comienzos de los años setenta, superando ligeramente el 3% anual, para luego ir descendiendo hasta situarse alrededor del 2,6%.

⁹⁸ Plan nacional del buen vivir, república del Ecuador, plan nacional de desarrollo, 2009-2013

⁹⁹ Ecuador hoy y en el 2025, evolución demográfica, secretaria nacional de planificación y desarrollo, senplandes, Quito, 2008.

Se cree que en el futuro la población ecuatoriana sufrirá un proceso de envejecimiento, aunque este no será tan drástico como los países del Cono sur¹⁰⁰.

DEMOGRAFIA DEL ECUADOR

Tabla # 1 - Evolución Demográfica Ecuatoriana año 1492 - 2010.

EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA
1492 , es estima en 500 000 a 1 000 000 de almas.
1570 , se estima en 400 000 indígenas, 6000 españoles y 10 000 de castas y esclavos.
1650 , es estima en 580 000 habitantes, había 450 000 cobrizos, 40 000 blancos y 90 000 esclavos (negros) y de castas.
1809 , se estima en 500 000
1823 , es estima en 380 000
1826 , primer censo medianamente exacto, censa 550.700 almas.
1830 , al separarse de la Gran Colombia, había medio millón de habitantes, 90% cobriza y mestiza.
1835 , se estima en 600 000
1836 , se estima en 706 320
1839 , se estima en 751 116
1846 , censo medianamente exacto, se cuentan 869 892 almas, 41% blancos, 52% cobrizos, 4% morenos libres, morenos esclavos 1%, negros libres 1% y negros esclavos 1% (no se incluye la categoría de "mestizos").
1849 , se estima en 965 250
1854 , se estima en 1 065 500
1855 , se estima en 1 086 981

¹⁰⁰ INEC, CEPAL, Ecuador y proyecciones 1950 2025, Quito, 2003.

1856, se estima en 1 108 042
1882, estimada en 950 000
1905, estimada en 1 150 000
1920, estimada en menos de 1 500 000
1950, otro censo, se cuentan 3 211 916 personas.
1962, otro censo, 4 564 080 personas.
1974, otro censo, 6 521 710 personas.
1982, censo, 8 138 974 personas.
1990, censo, 9 697 979 personas.
2001, censo, 12 156 608 personas.
2010, censo, 14 483 499 personas.

Fuente: Indicadores básicos del Ecuador.2010.

c. LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA DEL ECUADOR.

Los primeros asentamientos humanos en el territorio ecuatoriano se remontan a 12 000 a. C. (El Inga, Chobshi, Cubilán, Las Vegas)¹⁰¹, posteriormente se desarrollaron varios pueblos precolombinos. A pesar que los ecuatorianos hacen tan sólo un siglo se concentraban con más alta frecuencia en la región Sierra y Costa.

El envejecimiento resultante de la transición demográfica tiene profundas consecuencias sobre los perfiles epidemiológicos, modificando las formas de enfermar y morir de la

¹⁰¹ Historia de las culturas del Ecuador, Quito, 2006.

población¹⁰². En el caso de la mortalidad, por efecto combinado de la mayor presencia de ancianos y de sus riesgos aumentados de morir, se modifica la estructura de la mortalidad por edades y consiguientemente el perfil de las causas de muerte.

DEMOGRAFIA DEL ECUADOR

Según datos publicados por el INEC sobre el censo de población y vivienda 2010, mostró ciertas peculiaridades de la evolución del comportamiento del país y que refleja también una mejora y tendencia de comportamiento a tener una demografía propia de un país desarrollado. Entre algunas características, el acceso a tecnologías por sus habitantes que llega a un considerable porcentaje. La pirámide poblacional muestra una tendencia cada vez más perpendicular, lo que denota, menor número de hijos por pareja, mayor porcentaje de adultos mayores, y una población que en la actualidad su mayoría está en edad de trabajar¹⁰³.

También cabe destacar que el Ecuador crece 2.5 millones de habitantes cada 10 años. La diferencia entre el censo del 2001 al 2010 fue de 9 años y no 11 años como entre 1990 y el 2001 cuando el Ecuador subió su población de 9.6 millones en 1990 a 12.2 millones en el 2001, Una diferencia de 2.6 millones de habitantes en 11 años, y de 12.1 millones de habitantes en el 2001 a 14.5 millones en el 2010, Una diferencia de 2.4 millones de habitantes

¹⁰² Dever, Alan G.E. (1991) "La Demografía como herramienta de la Epidemiología" en "Epidemiología y Administración de Servicios de Salud", OPS-OMS.

¹⁰³ Instituto Nacional de Estadística y Censo /INEC, <http://www.inec.gob.ec>,2014.

en 9 años. Se estima que para el próximo censo que sería en el año 2020 la población ecuatoriana sería de 17.0 a 17.5 millones de habitantes y para el 2030 el Ecuador tendría 21 millones de habitantes¹⁰⁴.

DEMOGRAFIA DEL ECUADOR

La esperanza de vida en Ecuador bordea los 73,5 años para los varones y los 79 años para las mujeres, en 2011 Ecuador fue el tercer país con más longevos de América tras Chile y Canadá, y por delante de Estados Unidos y Argentina; Ecuador presenta el fenómeno de retro gestación fémina, es decir nacen cada vez más niñas que niños, es así que para 2010 había 100 niñas nacidas en relación a los 93 niños. Así mismo, en lo referente al sexo de la población adulta, se puede establecer que alrededor del 49,4 % se encuentra compuesta por hombres, y un 50,6 % por mujeres. Estas cifras varían aún más a favor de las mujeres en las provincias de la sierra central ecuatoriana.¹⁰⁵

La natalidad del país bajó recientemente a 1,8 hijos por mujer en el censo de 2010, con lo que se determinó una tendencia a un acelerado envejecimiento de la población, típico comportamiento de un país con una economía creciente y cada vez más desarrollado. Aún con estos datos del INEC, Ecuador es el séptimo país más poblado de Sudamérica, y el octavo más poblado de 33 países en Latinoamérica. Es el país más densamente poblado en Sudamérica con 54 habitantes por kilómetro cuadrado¹⁰⁶.

¹⁰⁴ Transición Demográfica en el Ecuador; Geografía Básica del Ecuador Tomo II Geografía de la Población Vol. 1, Quito, 1990

¹⁰⁵ Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2010.

¹⁰⁶ Sexo por provincias (pdf), 2009.

Tabla # 2 - Indicadores Básicos del Ecuador, 2010.

INDICADORES BÁSICOS, ECUADOR, 2010

Población total	14 204 900
Esperanza de vida al nacer	75
Tasa de mortalidad general (2008)	4.35
Tasa de mortalidad infantil (2009)	11.4
Razón de mortalidad materna (2008)	80
Prevalencia de hipertensión arterial	28.7
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (2005)	80
Cobertura de vacunación en menores de 1 año (%) (2008)	
Tuberculosis (BCG)	99
Sarampión	97.6
Población con seguridad social	4 036 300
Población sin seguridad social	10 168 600
Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2008)	5.9
Gasto per cápita en salud* (2008)	474
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud (2008)	39.5

DEMOGRAFIA DEL ECUADOR

En el Ecuador, al igual que en otros países de América Latina, la reducción de la tasa de natalidad (al 1.5%) y la caída de la mortalidad, determinan que el país y la región se encuentren en un estadio de transición demográfica, de una sociedad agrícola con altas tasas de fecundidad y mortalidad, a organizaciones industriales urbanas con bajas tasas de fecundidad y mortalidad¹⁰⁷.

Esta transición que se ha venido operando en los últimos 50 años, ha determinado importantes cambios en la estructura de la población ecuatoriana, con un mayor peso de los segmentos de la población de edades adultas; y una distribución geográfica en la cual la población urbana pasó a significar el 71% de la población total del país (39% de los ecuatorianos vive ahora en la zona rural).

Por otra parte, el fuerte flujo migratorio de ecuatorianos hacia el Ecuador exterior, cuyo boom se concentró entre 2000 y 2004, parece haberse reducido. No es que se ha detenido, pero el número de ecuatorianos que viajaron desde el Ecuador y que no regresaron, por vías legales, en el 2005 fue de 62 000 personas, frente a 69 000 que lo hicieron en el 2004¹⁰⁸.

¹⁰⁷ Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vida Objetiva en la Tercera Edad, Héctor D. Vallare Veal, Julia Pérez Piñero², Jesús Menéndez Jiménez, Vol. 1 No. 3. 2006.

¹⁰⁸ Transición Demográfica en el Ecuador; Geografía Básica del Ecuador Tomo II Geografía de la Población Vol. 1, Quito, 1990.

La población ecuatoriana sale del país por diferentes motivos como negocios, capacitación, etc.; 35% lo hace por turismo, 9% porque tienen su residencia en otro país y apenas un 1,4% lo hace por estudios¹⁰⁹.

DEMOGRAFIA DEL ECUADOR

El principal puerto de salida es Quito y de los que migran;

- ✓ 26 000 declararon ser estudiantes.
- ✓ 18 000 amas de casa.
- ✓ 12 000 eran comerciantes.
- ✓ 8000 ingenieros.
- ✓ 4 000 jubilados, entre otros.

El Banco Central del Ecuador estima que en el 2006 el flujo de remesas de los emigrados hacia el país ascenderá a \$2 200 millones. De mantenerse estas tendencias, la economía del Ecuador en el mediano plazo tendrá otra conformación demográfica, flujos de recursos

¹⁰⁹ TRANSICIONDEMOGRAFICA EN EL ECUADOR, Daniel Delaunay Juan B. León V. Michel Portáis, Instituto Panamericano de Geografía e Historia (Sección Ecuador) Instituto Francés de Investigación Científica para el Desarrollo en Cooperación Instituto Geográfico Militar, 1987.

financieros del exterior distintos y necesidades de infraestructura y servicios públicos diferentes a los que demanda la actual estructura de su población.

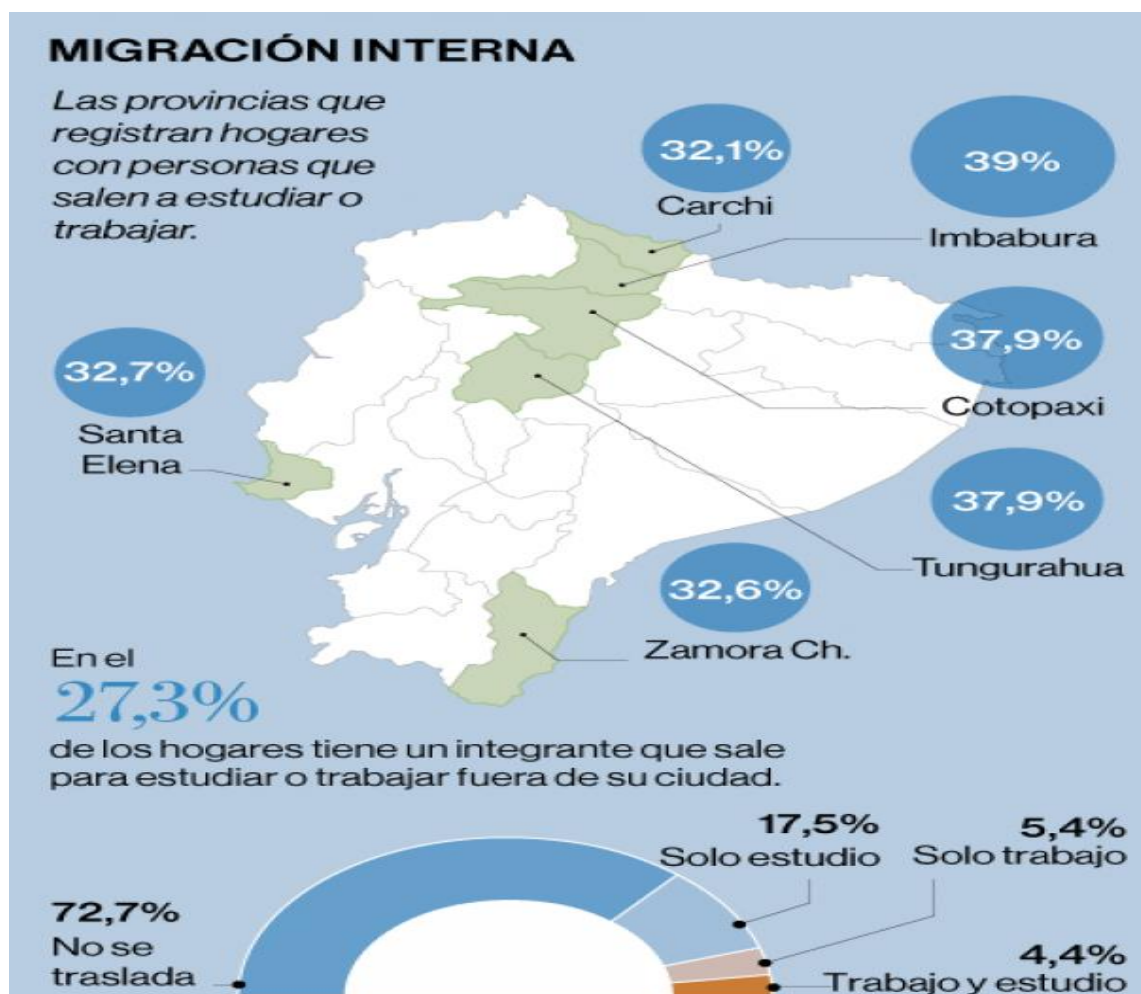
DEMOGRAFIA DEL ECUADOR

d. PROVINCIAS DE RESIDENCIA HABITUAL EN LOS EMIGRANTES (POBLACIÓN PROVINCIAS).

Imbabura, Tungurahua y Cotopaxi son las provincias que tienen mayor movimiento migratorio a escala nacional, la búsqueda con fines educativos de carreras universitarias y de trabajo. Son las principales razones para salir a las capitales como Quito y Guayaquil¹¹⁰.

¹¹⁰ www.elcomercio.com/actualidad/provincias-mayor-emigracion-ecuador, 2015.

Grafico # 5 - Según Migración Interna por Provincias.



Fuente: INEC, 2010.

DEMOGRAFIA DEL ECUADOR

e. MIGRACIÓN

De acuerdo con el censo 2010, el 1,3% de la población residente en el territorio nacional nació en el exterior. En términos absolutos, el número de extranjeros residentes alcanzó la suma de 181.848. Esta cifra es muy conservadora, en virtud de que algunos foráneos se identifican en el censo como ecuatorianos y otros no se censaron por temor a la deportación,

pero evidencia que en los últimos nueve años el número de inmigrantes aumentó en cerca del 75%, pasando de 104.130 personas a 181.848. Si bien se trata de un subregistro, la gravitación de la población extranjera en el país no es muy significativa, aunque muestra una tendencia creciente¹¹¹.

Los inmigrantes son originarios mayoritariamente de Colombia en un 48%. También proceden de Estados Unidos en un 8,7% (probablemente hijos de ecuatorianos), Perú en un 8,6%, España en un 7,8%, Cuba en un 3,6%, Venezuela en un 2,5% y Chile en un 2,3%. De estos siete países procede aproximadamente el 82% de inmigrantes¹¹².

Casi la mitad de estos extranjeros reside en las provincias de Pichincha y Guayas (32,6% y 16,4%, respectivamente) y, en proporción menor, en Carchi y Azuay (6,7 y 6,2%). Su

DEMOGRAFIA DEL ECUADOR

composición por sexo es equilibrada (51% de hombres y 49% de mujeres) y el 70% está en edad productiva. Las principales ciudades receptoras son Quito, Guayaquil, Cuenca y Tulcán.

¹¹¹ <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/2023#.VVxhUY2bvIU>

1.1 ¹¹² Ecuador: Informe profundiza sobre las causas y consecuencias de la migración, Portal de África y América Latina, julio 2009.

El 47,3% de los inmigrantes se dedica al comercio (23%), sector agropecuario (14,3%) y manufactura (10%). El 41,3% está vinculado al sector privado como empleado u obrero, y casi la cuarta parte trabaja por cuenta propia (24,1%).

En cuanto a la emigración de ecuatorianos, los datos recogidos a través del censo muestran que en los últimos 10 años han salido del país alrededor de 280.000 personas (150.000 hombres y 130.000 mujeres). De este total, el 53% lo hizo entre 2001 y 2004, años en los que el país seguía sufriendo los impactos de la grave crisis financiera del bienio 1999/2000¹¹³.

Los países de destino preferentes para la población emigrante fueron España (47,5%), Estados Unidos (30,1%) e Italia (8,3%). En el ámbito latinoamericano el destino principal fue Chile (1,9%), seguido de Colombia (1,1%). Seis de cada 10 emigrantes habrían salido del país por trabajo, y cerca de la quinta parte por razones familiares.

Cuando se examina el porcentaje de hogares que declararon tener algún miembro en el extranjero, se advierte que la quinta parte de los hogares de la provincia del Cañar (entre el

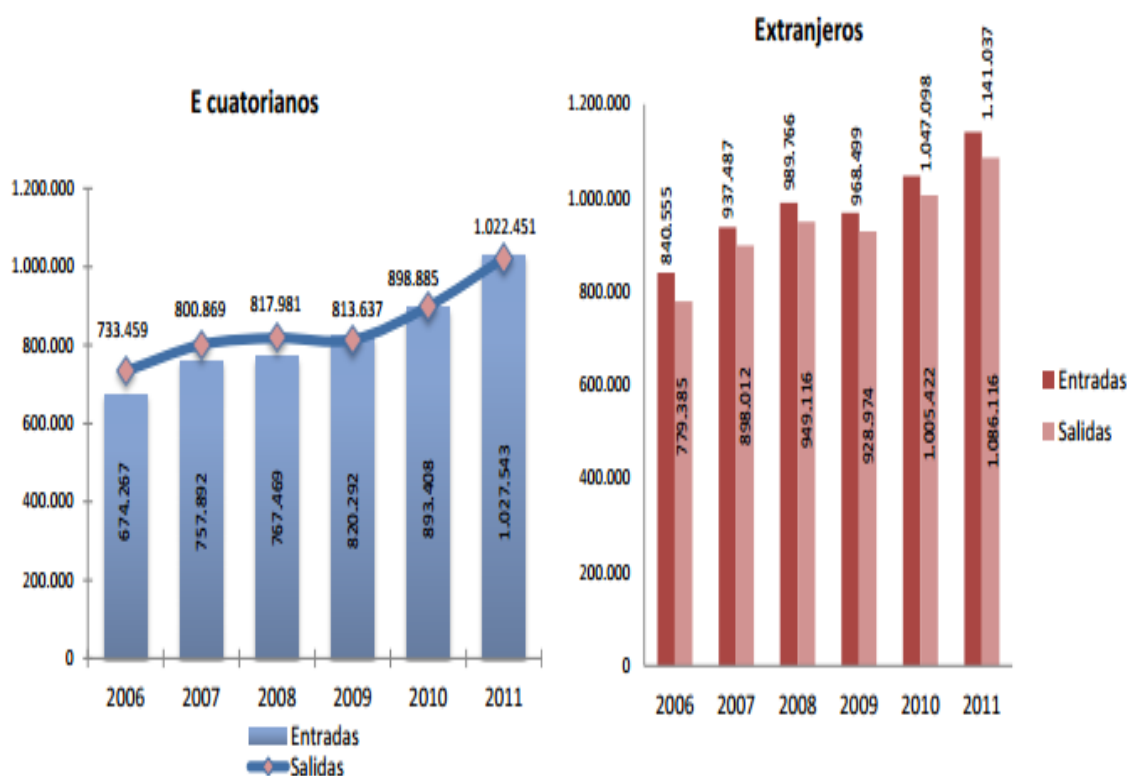
DEMOGRAFIA DEL ECUADOR

19% y el 20,4%) tiene a uno de sus miembros residiendo fuera del país. Algo similar ocurre en Azuay y Chimborazo, particularmente en los cantones Chunchi y Alausí.

Grafico # 6 - Entrada y salidas de Ecuatorianos y extranjeros, 2006 - 2011.

¹¹³ Perfil Migratorio del Ecuador 2008', Alexandra Serrano y Gabriela Troya, OIM.

Ecuatorianos			Extranjeros		
Años	Entradas	Salidas	Años	Entradas	Salidas
2006	674.267	733.459	2006	840.555	779.385
2007	757.892	800.869	2007	937.487	898.012
2008	767.469	817.981	2008	989.766	949.116
2009	820.292	813.637	2009	968.499	928.974
2010	893.408	898.885	2010	1.047.098	1.005.422
2011	1.027.543	1.022.451	2011	1.141.037	1.086.116



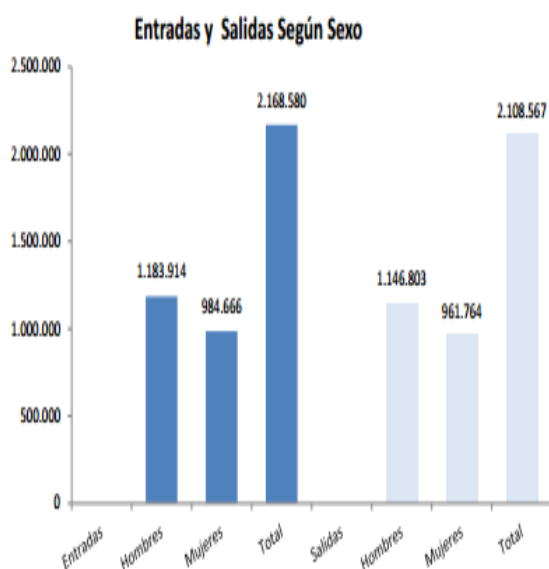
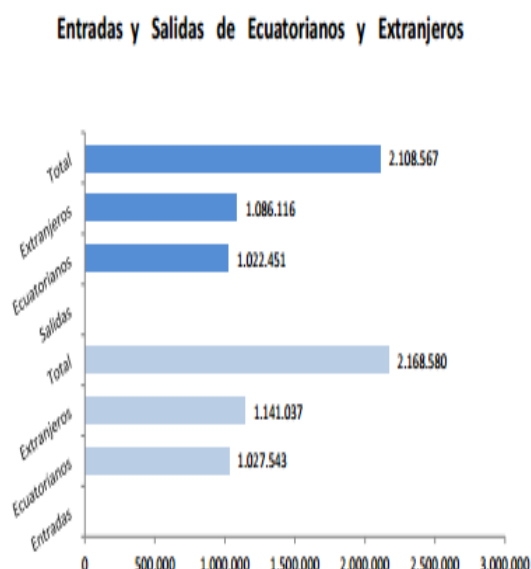
Fuente: Registro Administrativo de Nacimiento y Defunciones, 2013.

DEMOGRAFIA DEL ECUADOR

En el año 2011, entraron 1'027.543 ecuatorianos, lo cual representa un incremento del 15,01 % (134.135) en relación al año 2010, salieron 1'086.116 extranjeros lo cual representa un incremento del 8,03 % (80.694) en relación al año 2010.

Grafico # 7 - Entrada y salida de ecuatorianos y Extranjeros, Según sexo año 2011.

Movimientos Migratorios	Sexo	Ecuatorianos		Extranjeros		Total
		Número	%	Número	%	
Entradas	Hombres	526.129	51,20%	657.785	57,65%	1.183.914
	Mujeres	501.414	48,80%	483.252	42,35%	984.666
	Subtotal	1.027.543	100,00%	1.141.037	100,00%	2.168.580
Salidas	Hombres	521.194	50,97%	625.609	57,60%	1.146.803
	Mujeres	501.257	49,03%	460.507	42,40%	961.764
	Subtotal	1.022.451	100,00%	1.086.116	100,00%	2.108.567
Total		2.049.994		2.227.153		4.277.147



Fuente: Registro Administrativo de Nacimiento y Defunciones, 2013.

DEMOGRAFIA DEL ECUADOR

Se puede observar que existe un flujo migratorio de 4'277.147 de los cuales son entradas internacionales y 2'108.567 son salidas internacionales. De un total de 2'168.580 entradas internacionales el 54,59 % (1'183.914) son hombres y el 45,41 % (984.666) son mujeres. De

un total de 2'108.567 salidas internacionales el 54,39 % (1'146.803) son hombres y el 45,61 % (961.764) son mujeres.

Grafico # 8 - Entrada y Salida de Ecuatorianos, por Principal País de procedencia o

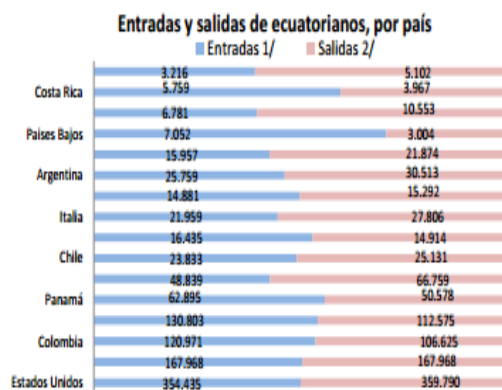
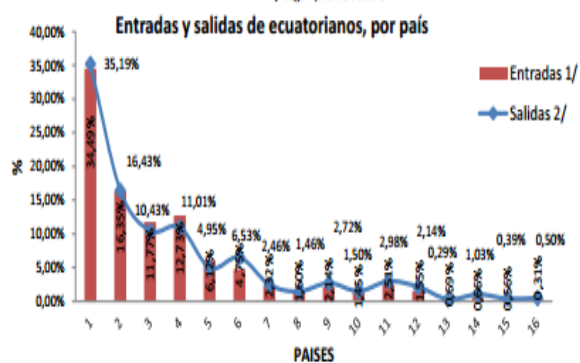
Destino **año** **2011.**

No.	País de Procedencia o Destino	E cuatorianos			
		Entradas 1/		Salidas 2/	
		Número	%	Número	%
1	Estados Unidos	354.435	34,49%	359.790	35,19%
2	Perú	167.968	16,35%	167.968	16,43%
3	Colombia	120.971	11,77%	106.625	10,43%
4	España	130.803	12,73%	112.575	11,01%
5	Panamá	62.895	6,12%	50.578	4,95%
6	Otros	48.839	4,75%	66.759	6,53%
7	Chile	23.833	2,32%	25.131	2,46%
8	Venezuela	16.435	1,60%	14.914	1,46%
9	Italia	21.959	2,14%	27.806	2,72%
10	Cuba	14.881	1,45%	15.292	1,50%
11	Argentina	25.759	2,51%	30.513	2,98%
12	México	15.957	1,55%	21.874	2,14%
13	Países Bajos	7.052	0,69%	3.004	0,29%
14	Brasil	6.781	0,66%	10.553	1,03%
15	Costa Rica	5.759	0,56%	3.967	0,39%
16	Alemania	3.216	0,31%	5.102	0,50%
*/ Total:		1.027.543		1.022.451	

*/ Corresponde al Total de Movimientos Migratorios de Entradas y Salidas de Ecuatorianos.

1/ Según país de procedencia

2/ Según país de destino



Fuente: Registro Administrativo de Nacimiento y Defunciones, 2013.

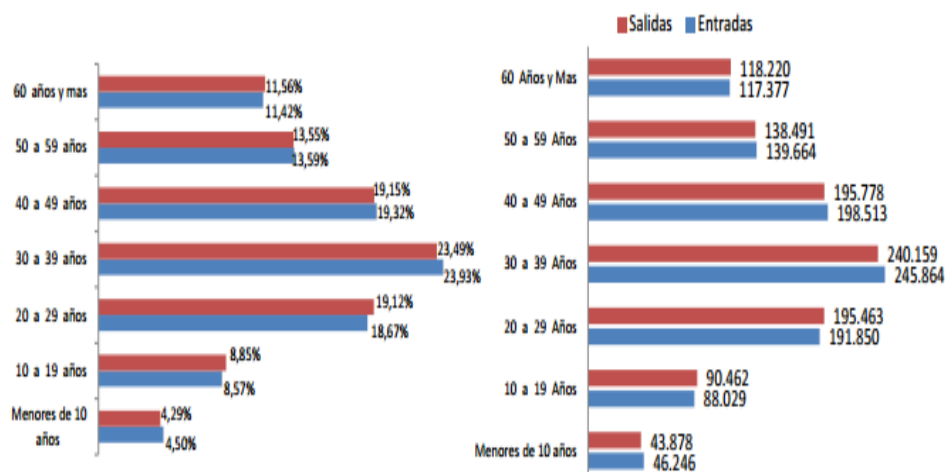
DEMOGRAFIA DEL ECUADOR

El mayor porcentaje de ecuatorianos llegan de Estados Unidos 34,49 % equivalente a 354.435; Perú 16,35 % es decir 167.968; Colombia con 11,77 % es decir 120.971 y en un 12,73 % equivalente al 130.803 de España. Con relación al país de destino los ecuatorianos

tienen preferencia por los siguientes países; Estados Unidos con 35,19 % es decir 359.790, Perú 16,43 % equivalente a 167.968, Colombia 10,43 % equivalente a 106.625 y España 11,01 % con 112.575.

Grafico # 9 - Entrada y salida de ecuatorianos, por Grupos de edad año 2011.

Grupos de Edad	Ecuatorianos			
	Entradas		Salidas	
	Número	%	Número	%
Menores de 10 años	46.246	4,50%	43.878	4,29%
10 a 19 años	88.029	8,57%	90.462	8,85%
20 a 29 años	191.850	18,67%	195.463	19,12%
30 a 39 años	245.864	23,93%	240.159	23,49%
40 a 49 años	198.513	19,32%	195.778	19,15%
50 a 59 años	139.664	13,59%	138.491	13,55%
60 años y mas	117.377	11,42%	118.220	11,56%
Total	1.027.543	100,00%	1.022.451	100,00%



Fuente: Registro Administrativo de Nacimiento y Defunciones, 2013.

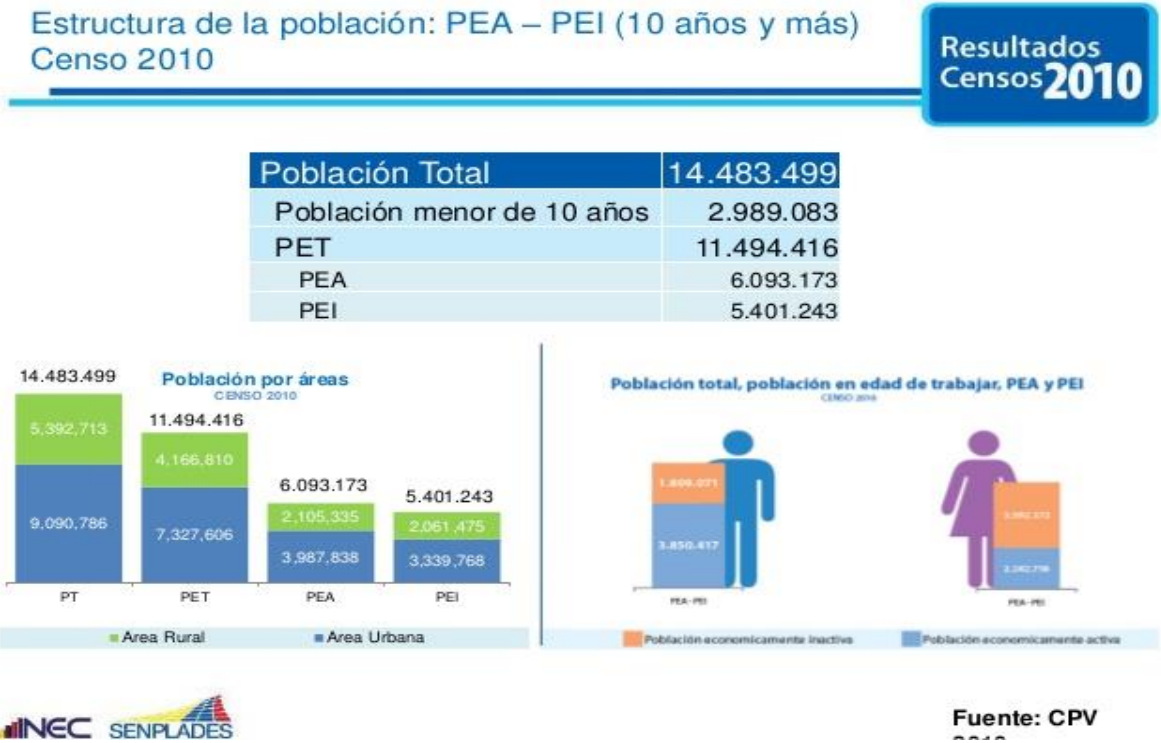
El mayor porcentaje de los ecuatorianos que entran y salen del país se encuentran en el grupo de edad de 30 a 39 años, es decir edades productivas, con un 23,93 y 23,49 % equivalente a 245.864 entradas y 240.159 salidas respectivamente y en menor porcentaje se encuentran en el grupo de menores de 10 años de edad con un 4,5 % para entradas, equivalentes a 46.246 y 4,29 % es decir 43.878 para salidas del país.

VI. ESTRUCTURA Y DINÁMICA DE LA POBLACION

ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA POBLACION

El conocimiento de la estructura y tendencias del crecimiento poblacional y sus repercusiones en la programación de la red de servicios de salud a la población resulta de importancia que es sabido que los requerimientos de los servicios de salud están fuertemente afectados por el tamaño, distribución geográfica. Estructura etaria y tasa de crecimiento poblacional.

Grafico # 10 - Estructura de Población Ecuatoriana, 2010



Fuente: INEC, SENPLADES, 2010.

Las proporciones de población masculina y femenina en cada grupo de edad, constituyen una elocuente forma de presentación gráfica. Así, las poblaciones en expansión (o "jóvenes")

ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA POBLACION

ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA POBLACION

suelen tener mayor proporción de personas jóvenes y cada grupo de edad es más numeroso que el que le antecede; las poblaciones en retracción (o "viejas") tienen menor proporción de jóvenes y las estacionarias tienen proporciones semejantes de población en todos los grupos, reduciéndose gradualmente en los de edad más avanzada¹¹⁴.

Grafico # 11 - Crecimiento Poblacional Ecuatoriana, 2010



Fuente: INEC, SENPLADES, 2010.

ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA POBLACION

¹¹⁴ Ministerio de salud pública del Ecuador, MODELO_DE_ATENCIÓN_INTEGRAL_DEL SISTEMA_NACIONAL_DE_SALUD Ecuador_2012

Según datos preliminares del Censo de Población y Vivienda realizado en el 2010, la población del Ecuador alcanzó los 14, 306,876 habitantes⁴, y se calcula que la densidad demográfica es de 55.80 habitantes por kilómetro cuadrado.

El Ecuador bordea una tasa de crecimiento demográfica intercensal anual de 1.52% de acuerdo a lo estimado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)¹¹⁵.

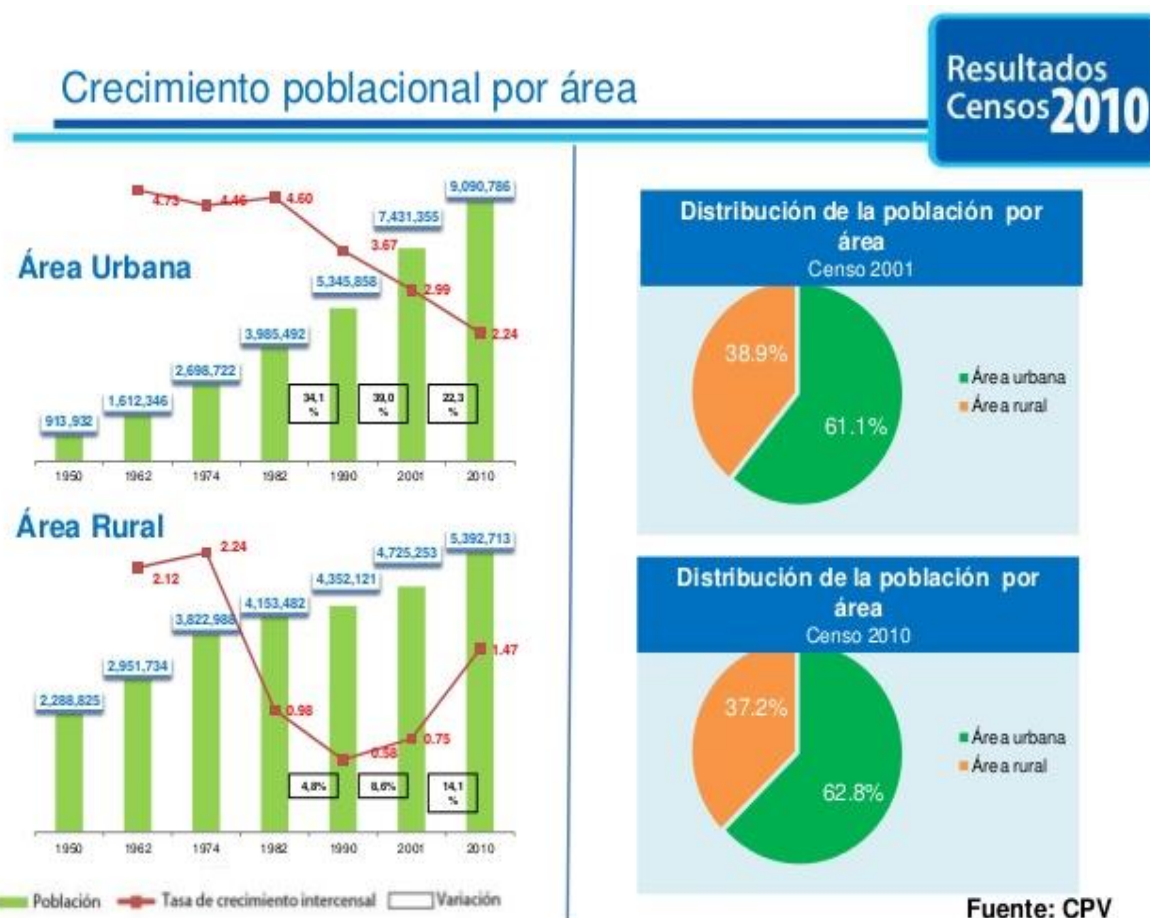
El país está conformado por;

- ✓ 24 provincias.
- ✓ 269 cantones.
- ✓ 1.149 parroquias (361 urbanas y 788 rurales) y circunscripciones territoriales indígenas y afro ecuatorianas establecidas por ley.

ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA POBLACION

¹¹⁵ Instituto Nacional de Estadística y Censo /INEC, <http://www.inec.gob.ec>, Febrero 2014.

Grafico # 12 Crecimiento Poblacional por área, 2010.



La distribución de la población estuvieron distribuidas en el 2001 en áreas urbanas el 61.1 % y rurales el 38.9 %, y después de nueve años, en el 2010, en área urbana el 62.8 % , disminuyendo en área rural el 37.2 % , estas diferencias supone un 1.7 % en ambas áreas, estas poblaciones mejoraron su nivel de vida en el 2010 y salieron de las áreas rurales a ocupar áreas urbanas¹¹⁶.

ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA POBLACION

¹¹⁶ Censo de población y vivienda, Censo nacional económico, INEC, Senplades, 2010.

La tasa de crecimiento poblacional anual 1990-2010 fue 1,9%. En 2010, 34% de la población era menor de 15 años 39% en 1990 y 4,7% mayor de 64 años, 4,1% en 1990. La tasa global de fecundidad bajó de 4,0 hijos por mujer en 1985-1990 a 3,3 en 1994-1999 (2,6 urbana; 4,4 rural; 5,5 en mujeres sin instrucción formal). Desde 1997 se verifica movimiento migratorio intenso hacia la ciudad y al exterior.

El crecimiento del PIB cayó de 3,4% en 1997 a - 7,3% en 1999, subiendo a 2,0% en 2000 .En 1999, la hiperinflación (63%) condujo a una grave recesión económica y caída de los ingresos reales de la población.

- ✓ Entre 1997 y enero de 2000 la moneda se devaluó más de 80% respecto del dólar americano, estableciéndose la dolarización del sistema monetario.
- ✓ En diciembre de 2000 la inflación cerró en 96%.
- ✓ El desempleo urbano aumentó de 9% en 1998 a 17% en 1999.
- ✓ En diciembre 2000 bajó a 9%, caída atribuida en parte a la emigración masiva de población desempleada.

ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA POBLACION

- ✓ En 1999, la población en condición de pobreza llegó a 69% (55% de la población urbana; 88% de la rural).
- ✓ Entre 1995 y 1999 el índice de Gini, aumentó de 0,54 a 0,59.
- ✓ En 1998 el decil más rico de población acumuló 41% del ingreso nacional, 68 veces lo acumulado en el decil más pobre (0,6%).
- ✓ En 1999, el analfabetismo fue 8% en varones y 12% en mujeres; 30% en población indígena.

a. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL ECUADOR POR ETNIAS 2010.

El país se caracteriza por ser multiétnico y pluricultural, existe la presencia de diversas razas y un gran número de grupos indígenas, asentados en tres regiones del país.

- ✓ Mestizos 71.9 % (10.417.299)¹¹⁷.
- ✓ Indígenas (Indios de la sierra y Amazonia) 7 % (1.018.176).

ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA POBLACION

¹¹⁷ <http://www.trenandino.com/division-administrativa-ecuador2.php>

- ✓ Blancos 6.1 % (882.383)
- ✓ Afro-Ecuatorianos (Negros) 7.2 % (1.041.589).
- ✓ Montubios (Indios de la costa) 7.4 % (1.070.728).
- ✓ Otros 0.4 % (53.354).
- ✓

Tabla # 3 - Distribución de la Población del Ecuador por etnias, 2010

Mestizos*	Montubios (Indios de la costa)	Afro ecuatorianos (Negros)	Indios (Indios de la Sierra y Amazonía)	Blancos*	otros
71.9%	7.4%	7.2%	7.0%	6.1%	0.4%

Cabe destacar, que la población como la Mestiza es mayoritaria con un 71.9 %, en realidad al menos el 20% de indios entre los mestizos que no se reconocen como tales y entre los blancos el 50 % de los mestizos que no se auto. Reconocen como tales.

Grafico # 13 - Distribución de la Población del Ecuador por etnias, 2010

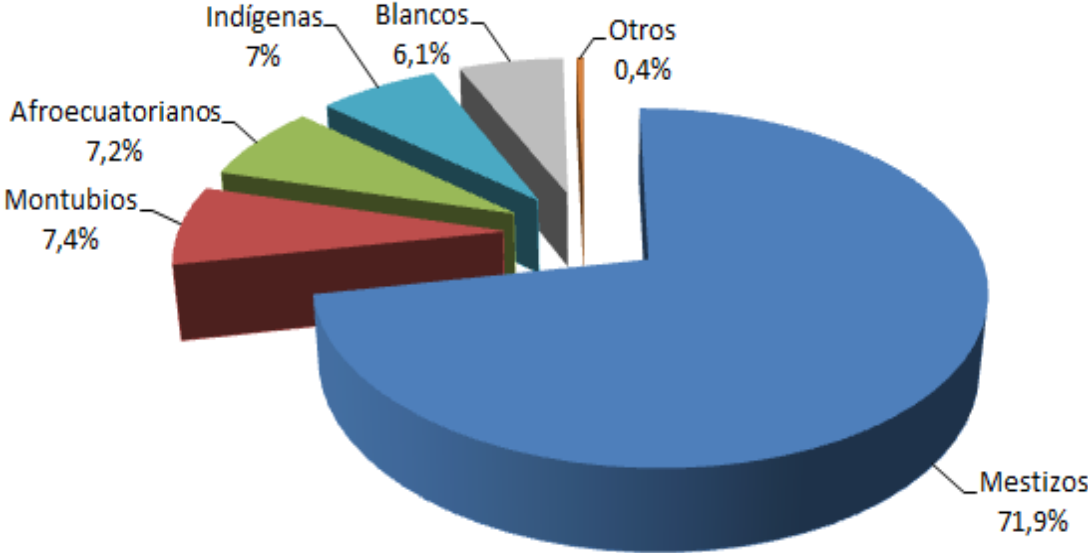
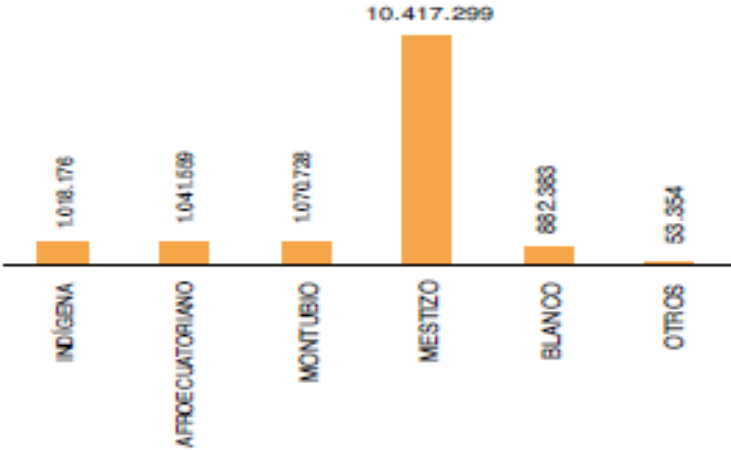


Grafico # 14 - Distribución de la Población del Ecuador por etnias, 2010

Población por etnia, 2010



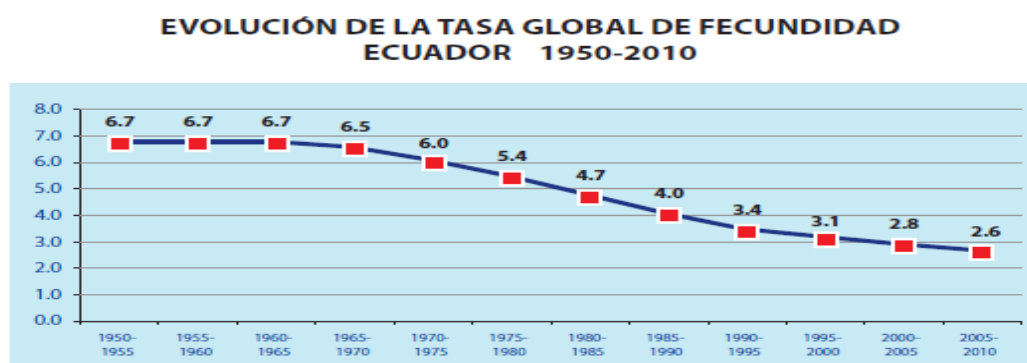
Fuente: INEC, Censo de Población y Vivienda, 2010.

b. TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD ECUADOR 1950 – 2010.

La reducción de la mortalidad se habría operado en casi todas las edades especialmente en la población infantil y de 1 a 4 años, en virtud, probablemente, de los avances en materia sanitaria, control de enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias, así como a la aplicación de medidas preventivas de salud (vacunación infantil), entre otras.

Contrariamente, la mortalidad habría aumentado, aun cuando ligeramente, en la población de 15 a 30 años, edades en que las personas tienen por lo general una mayor exposición a eventualidades externas (accidentes y muertes violentas) que tienden a incrementarse conforme aumenta el grado de “modernidad”, y/o se mantienen marcadas inequidades sociales y económicas. En el año 2005, alrededor del 50% de las muertes en este tramo especial de edad, se debieron a accidentes y actos violentos¹¹⁸.

Grafico # 15 - Evolución de la tasa global de fecundidad, Ecuador 1950 - 2010.



ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA POBLACION

¹¹⁸ Herrera Inés, et. al., Algunos efectos sociales y económicos del proceso de envejecimiento demográfico en el Ecuador, Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Económicas, Quito, 2008 .

c. TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD PROYECTADAS, SEGÚN

PROVINCIAS PERIODOS 2000 – 2025.

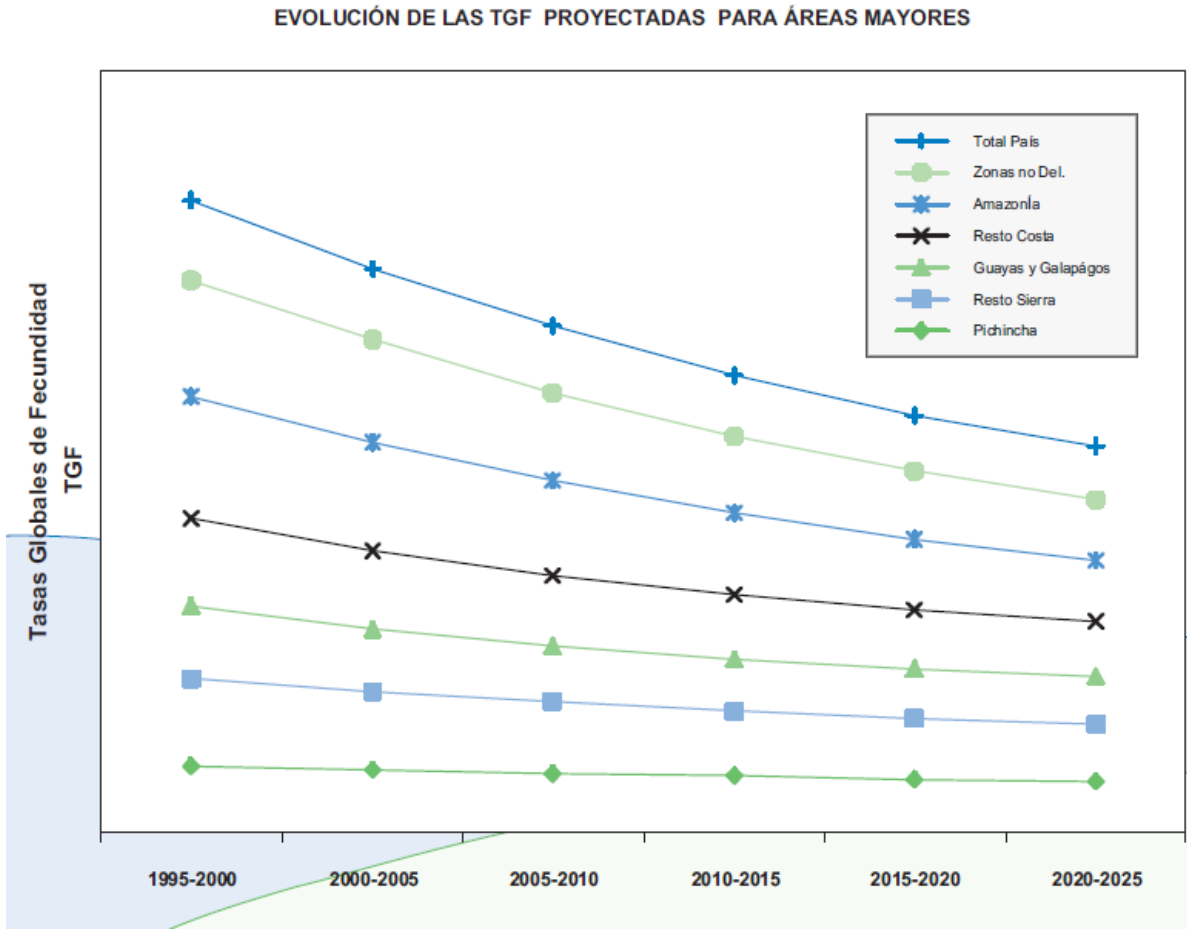
Las Tasas Globales de Fecundidad proyectadas y su evolución en el período de proyección, para cada una de las Áreas Mayores conformadas, las mismas que junto con las estructuras por edad de la fecundidad, sirvieron como insumos de esta variable demográfica, para emprender con el proceso de las proyecciones de población hasta nivel de provincias.

**Tabla # 4 - FECUNDIDAD PROYECTADAS, SEGÚN PROVINCIAS PERIODOS
2000 – 2025**

PERIODOS QUINQUENALES						
AREAS MAYORES	1995 - 2000	2000 - 2005	2005 - 2010	2010 - 2015	2015 - 2020	2020 - 2025
Pichincha	2,62	2,46	2,33	2,22	2,13	2,05
Resto Sierra	3,46	3,11	2,81	2,56	2,36	2,19
Guayas y Galápagos	2,87	2,44	2,21	2,05	1,94	1,88
Resto de costa	3,39	3,06	2,77	2,53	2,34	2,18
Amazonia	4,86	4,29	3,72	3,21	2,79	2,46
Zonas no delimitadas	4,58	4,04	3,52	3,06	2,69	2,40
Total País	3,10	2,82	2,58	2,38	2,22	2,10

Fuente: INEC; Proyecciones poblacionales, 1950 - 2025

Grafico # 16 - Evolución de la tasa global de fecundidad, Ecuador 1995 - 2025.



AL calcular para el año 2001 las Tasas Globales de Fecundidad (TFG) para cada una de las Áreas Mayores conformadas para la proyección. Se consideró, además, que la TGF llegaría a converger con el promedio nacional (1,85 hijos por mujer) en el período quinquenal 2040-2045. Por medio de la función logística se obtuvieron los valores proyectados de la TGF y de su correspondiente estructura por edades.

ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA POBLACION

d. MORTALIDAD GENERAL PERIODOS 2001 -2011.

En 1.995 tenemos una tasa de mortalidad general de 4,46 para incrementarse en el 2000 a 4,59, y presentar variaciones de 4,26 en 2007 y 4,35 en 2008.

Tabla # 5 - Tasa de mortalidad general, Ecuador, 2001- 2011.

DEFUNCIONES GENERALES			
AÑO	NUMERO	POBLACION1/	TASA +
2001	55.214	12.479.924	4,42
2002	55.549	13.093.527	4,24
2003	53.521	13.319.575	4,02
2004	54.729	13.551.875	4,04
2005	56.825	13.721.297	4,14
2006	57.940	13.964.606	4,15
2007	58.016	14.213.955	4,08
2008	60.023	14.472.879	4,15
2009	59.714	14.738.466	4,05
2010	61.681	15.012.228	4,11
2011	62.304	15.266.431	4,08
* Tasas por 1.000 habitantes			

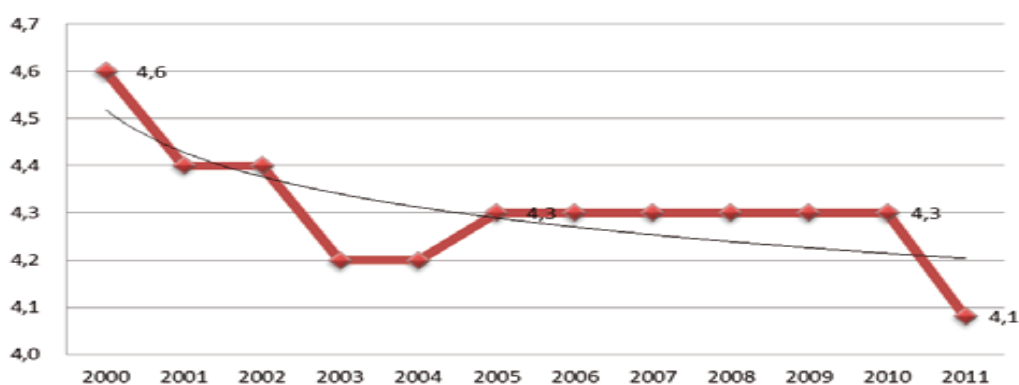
Fuente: INEC, Estadísticas Vitales, defunciones 2000-2011; INEC, Proyecciones de Población, 2000-2011.

En relación a la esperanza de vida al nacer veremos que es el número promedio de años de vida para un grupo de personas nacidas en el mismo año.

En el Ecuador para el quinquenio 1.965 – 1970 la esperanza de vida al nacer era de 57,4 años, mientras que para el 2010 está calculada en 75 años, lo cual refleja los avances tecnológicos responsables del aumento de la longevidad y la expectativa de vida, lo que hace que las personas vivan hoy más años que generaciones anteriores.¹¹⁹

1/ La población estimada de los años 1990 al 2001 son realizadas con la Población del Censo 2001, y la población estimada del 2002 al 2011, son a partir de la población del Censo 2010.

Grafico # 17- Tasa de mortalidad en población ecuatoriana 2000 - 2011.



Fuente: INEC, Estadísticas Vitales, defunciones 2000-2011; INEC, Proyecciones de Población, 2000-2011.

ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA POBLACION

¹¹⁹ Instituto Nacional de Estadística y Censo /INEC, <http://www.inec.gob.ec>. 2014.

Se puede observar que las tasas de mortalidad más altas se generan en el año 2001 y 2002 alcanzando tasas de 4,42 y 4,24 respectivamente. El año 2003, presenta un de crecimiento hasta 4,02. Mientras tanto, el año 2011 muestra un decrecimiento llegando a 4,08 respecto al año 2010 con una tasa de 4,11.

Tabla # 6 - Tasa de Mortalidad por edades y sexo año 2011.

Defunciones Generales por Grupos de Edad y Sexo

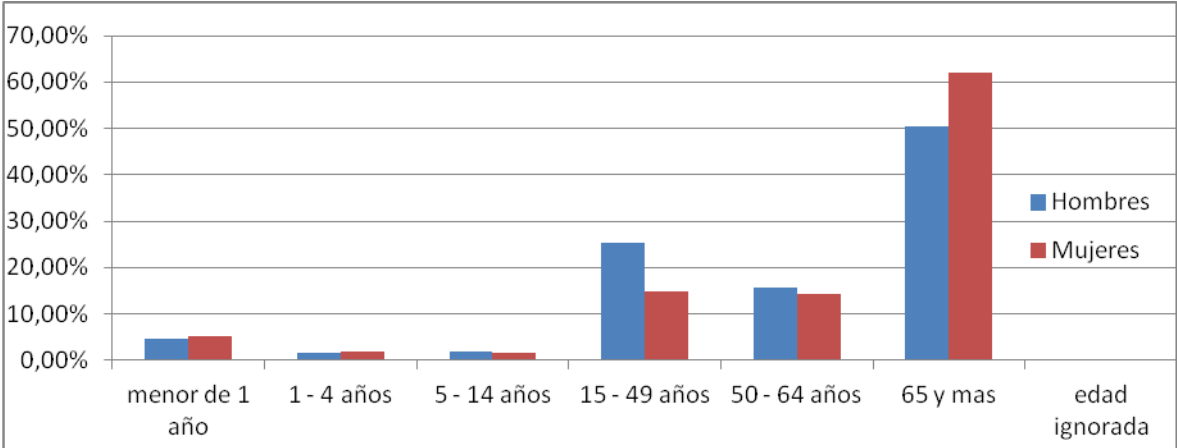
Año 2011

Grupos de Edad	Total	< de 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	15 - 49 años	50 - 64 años	65 y más años	Edad Ignorada
Total	62.304	3.046	1.076	1.097	12.945	9.438	34.585	117
%	100%	4,89%	1,73%	1,76%	20,78%	15,15%	55,51%	0,19%
Hombres	35.268	1.659	582	659	8.964	5.544	17.801	59
%	100%	4,70%	1,65%	1,87%	25,42%	15,72%	50,47%	0,17%
Mujeres	27.036	1.387	494	438	3.981	3.894	16.784	58
%	100%	5,13%	1,83%	1,62%	14,72%	14,40%	62,08%	0,21%

Fuente: INEC, Estadísticas Vitales, defunciones 2000-2011; INEC, Proyecciones de Población, 2000-2011.

ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA POBLACION

Grafico # 18 - Mortalidad por edad y sexo.



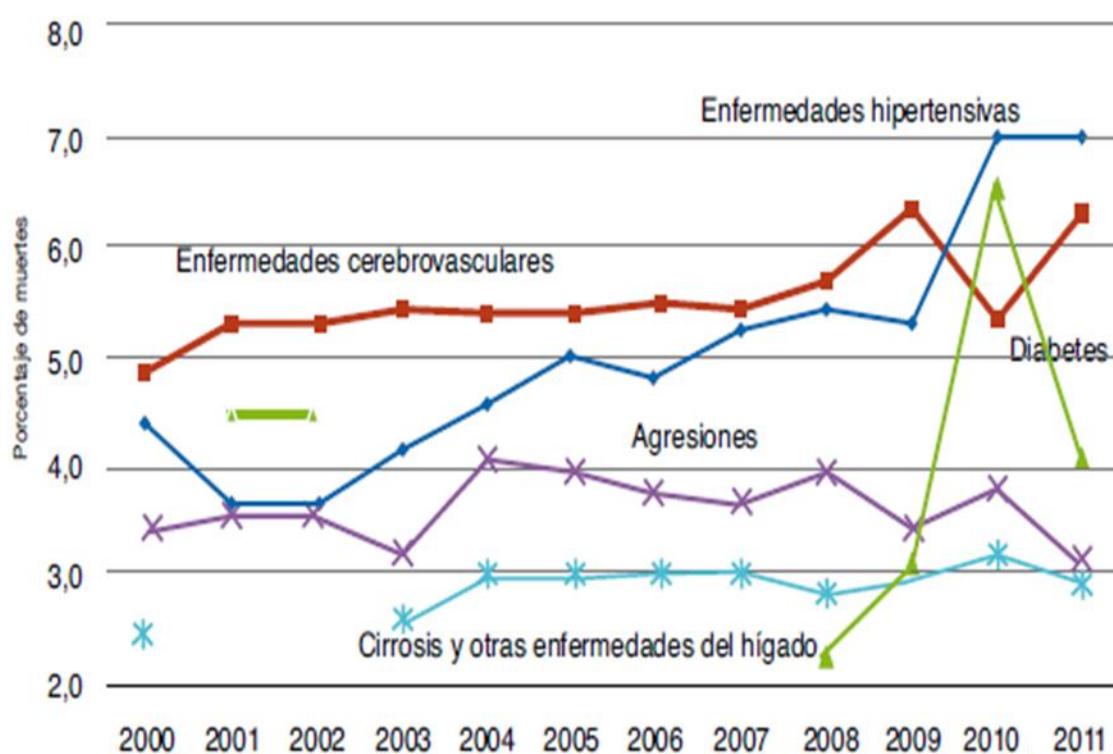
Fuente: INEC, Estadísticas Vitales, defunciones 2000-2011; INEC, Proyecciones de Población, 2000-2011.

El mayor porcentaje de muertes ocurre a una edad adulta desde los 65 años en adelante alcanzando el 62,08% para el caso de las mujeres y el 50,47% para el caso de los hombres. Desde los 50 hasta los 64 años de edad, la ocurrencia de muertes es del 14,40% para el caso de las mujeres y del 15,72% para el caso de los hombres. La ocurrencia de muertes para menores de un año alcanza el 5,13% para el caso de las mujeres y el 4,70% para el caso de los hombres.

e. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN ECUADOR 2000 - 2011.

Las principales causas de muerte en el Ecuador durante una década, 2000-2010, han mostrado variabilidad, siendo las enfermedades crónicas las que ocupan los primeros lugares de mortalidad en los ecuatorianos.

Grafico # 19 Defunciones por causas, 2000 - 2011.



Fuente: INEC, Estadísticas Vitales, defunciones 2000-2011.

Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) la hipertensión arterial, enfermedades cerebro vasculares y la diabetes mellitus han tenido un incremento en cuanto a mortalidad en general, el cual puede estar relacionado con sedentarismo, malos hábitos de nutrición, sin dejar de lado el componente hereditario de estas patologías.

La hipertensión arterial y la diabetes mellitus son factores de riesgo para desarrollar una enfermedad cerebro vascular, las muertes por estos grupos de enfermedades metabólicas crónicas pueden ser prevenibles con controles adecuados y cambios en el estilo de vida. Las agresiones (homicidios) y otras causas, como enfermedades hepáticas, se han mantenido con muy poca variabilidad durante el periodo de diez años.

f. INCIDENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.

El VIH/SIDA, paludismo y la tuberculosis forman parte del sistema de vigilancia epidemiológica y son de notificación obligatoria. La incidencia del paludismo ha mantenido una tendencia irregular muy asociada con las condiciones climatológicas y la inadecuada condición de infraestructura sanitaria. Según los informes del MSP a través del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, en 1996 se registraron 11.991 casos lo que corresponde a una tasa de 102,5 por cada cien mil habitantes. En el año 2000 el número de casos ascendió dramáticamente a 97.007 (tasa de 767,31) y en el 2005 bajó a 16.484 lo que

corresponde a una tasa de 124,7 por cada cien mil habitantes. En el 2007, el número de casos fue de 8464 (62,2 por cien mil habitantes)¹²⁰.

El país cuenta con los datos del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA (PNS) del MSP, institución que mantiene desde 1984 el registro a nivel nacional de las personas diagnosticadas y de las fallecidas por el VIH/SIDA. Según el sistema de notificación del PNS-MSP, el número de nuevas infecciones aumentó de 294 a 2.413 en el período 2001-2007. Esto refleja el crecimiento de la epidemia entre la población, a pesar de los esfuerzos en promoción y cobertura de los servicios, que se evidencia a través de la detección temprana del VIH y la capacitación masiva del personal de salud.

El decrecimiento del número de personas fallecidas es notable y resulta de la ampliación de la cobertura del Tratamiento anti retroviral (TAR) que logró el MSP. Del total de TAR el MSP cubrió el 65% el IEISS, 27%, y otros el 17%. La ausencia de reporte de casos de niños y niñas de 0 a 1 año con VIH para los años 2005 y 2006 es un indicador del impacto del Programa de Prevención de la Transmisión Vertical del PNS-MSP.

ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA POBLACION

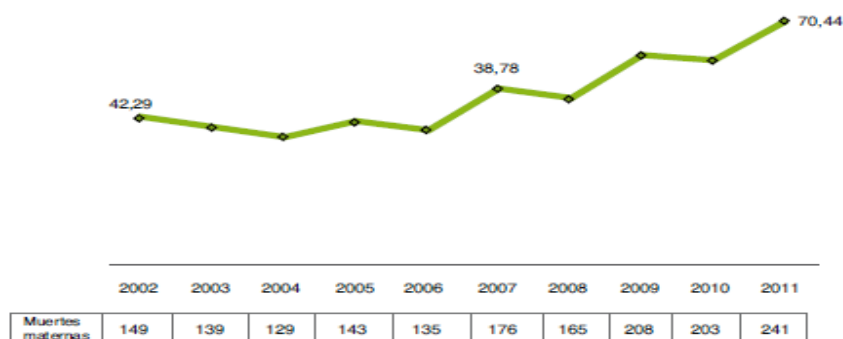
¹²⁰ PERFIL DE LOS SISTEMAS DE SALUD ECUADOR, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma, sistemas y servicios de salud (hss-sp) organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, octubre 2008.

g. MORTALIDAD MATERNA 2002 - 2011.

El aumento de la mortalidad materna que se presenta en este indicador, los datos fueron tomadas del instituto nacional de estadística y censo a activa de los datos. En el país, las principales causas de muerte materna ocurren por hemorragias post-parto, eclampsia, hipertensión gestacional y sepsis que son muertes prevenibles.

Según la Organización Mundial de la Salud, (OMS), la mortalidad materna de Latinoamérica en el 2010 es de 63 por cada 100.000 nacidos vivos, lo cual implica que Ecuador mantiene un desafío pendiente.

Grafico # 20 - Proyecciones de Mortalidad Materna 2002 - 2011.



Fuente:

- INEC, 2002-2011, "Estadísticas Vitales"; NNUU, 2006-2010, "Proyecciones de Población".
- Ministerio de Salud Pública, (Henríquez, R. López, R. et. al) 2012, Síntesis de la evidencia para informar políticas de salud. Reducción de la mortalidad materna en Ecuador: opciones para mejorar el acceso a atención materna calificada y de calidad, documento no publicado.
- Ministerio de Salud Pública, 2012, Indicadores de Salud. Elaboración: MSP

h. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL. 2000 – 2011.

La mortalidad infantil como el número de decesos en aquellos niños que comprenden de 0 a 1 año de edad. La mortalidad infantil es un componente de la mortalidad de la niñez, pero existen diferencias substanciales en cuanto a las causas de los fallecimientos. Según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, las principales causas de mortalidad infantil: Corta duración de la gestación y bajo peso al nacer, Neumonía, Sepsis bacteriana, Dificultad respiratoria del recién nacido, Neumonía congénita, Malformaciones congénita del corazón, Síndrome de aspiración neonatal, Otras malformaciones congénita, Hipoxia Intrauterina, Diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso¹²¹.

ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA POBLACION

¹²¹ INEC, Anuario de Estadísticas Vitales, Nacimientos y Defunciones, 2005 – 2010.

Tabla # 7 – Principales causas de la mortalidad infantil en Ecuador.

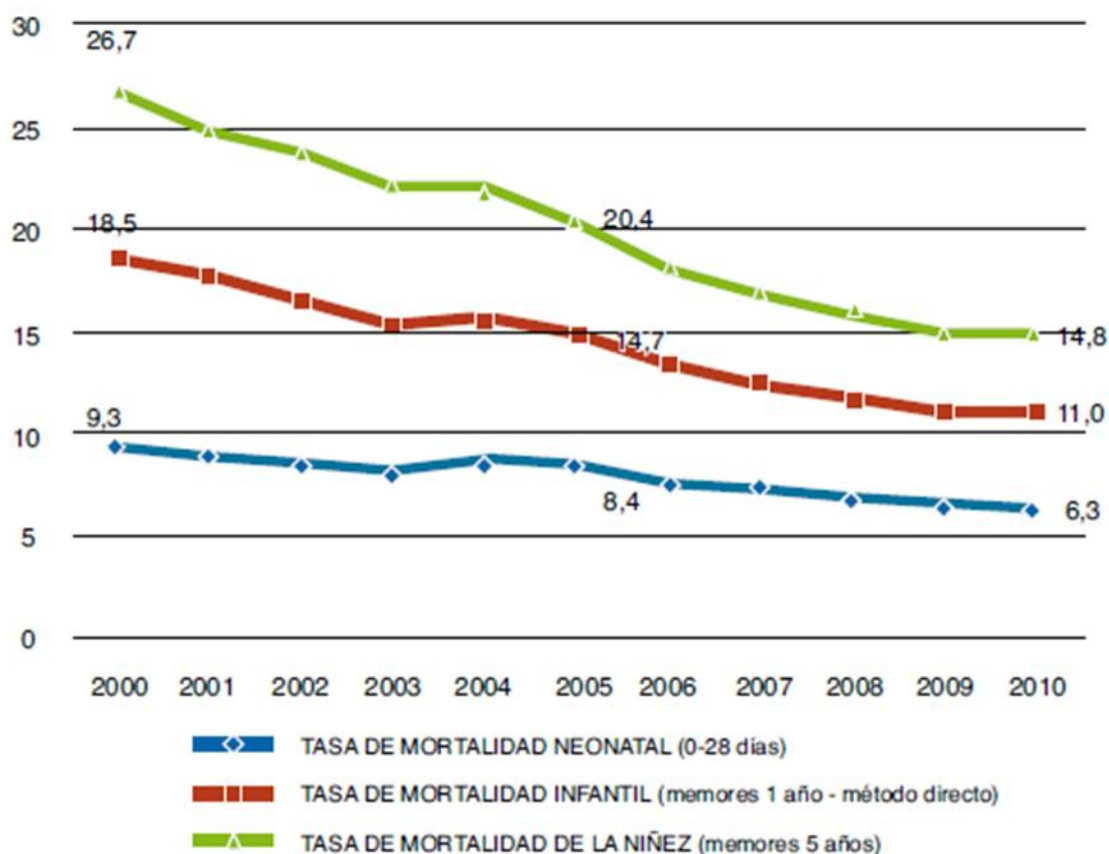
CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL	N	%
Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	572	17.4
Neumonía, organismo no especificado	265	8.1
Sepsis bacteriana del recién nacido	218	6.6
Otras malformaciones congénitas del corazón	156	4.8
Otras malformaciones congénitas, no clasificadas en otra parte	117	3.6
Neumonía congénita	92	2.8
Dificultad respiratoria del recién nacido	83	2.5
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	81	2.5
Hipoxia intrauterina	76	2.3
Síndromes de aspiración neonatal	75	2.3

Fuente: INEC, Estadística vitales, defunciones, 2000 – 2011.

La Tasa de mortalidad infantil; Esta variable da el número de muertes de niños menores de un año de edad en un año determinado por cada 1000 niños nacidos vivos en el mismo año.

En Ecuador, la tendencia de la década 2000-2010 de las tasas de mortalidad neonatal e infantil ha sido decreciente. Las políticas de salud pública tomadas para este logro, especialmente en el período 2007-2011, han estado orientadas a ampliar la cobertura y tomar acciones para la erradicación de la desnutrición infantil.

Grafico # 21 - Proyecciones Tasa de Mortalidad Infantil 2000 - 2010.

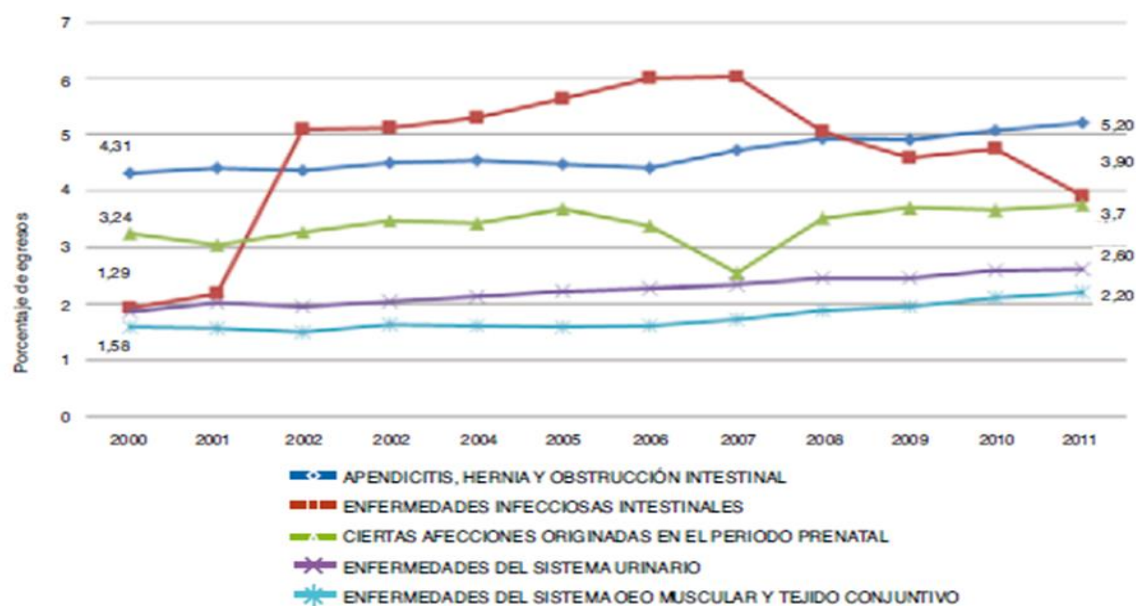


Fuente: INEC, Estadísticas Vitales, 2000-2010.

i. PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS 2000-2011.

Entre las principales causas de egresos hospitalarios durante el periodo 2000- 2011, la apendicitis, hernias y obstrucción intestinal que requieren un manejo quirúrgico, en primer lugar las enfermedades intestinales, las afecciones originadas en el periodo prenatal se han mantenido con poca variabilidad, no se llega a describir específicamente la patología, las enfermedades del sistema urinario, tejido osteomuscular y conjuntivo no han mostrado variabilidad significativa.

Grafico # 22 -Proyecciones de Egresos Hospitalarios 2000 - 2011



Fuente: INEC, Egresos Hospitalarios, 2000-2011

Nota: Las causas de egresos hospitalizarios están basados en la lista OPS-6/67

Elaborado a partir de la CIE-10 a 3er dígito.

j. EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER ECUADOR 2010.

De acuerdo a las proyecciones de población publicadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), una persona nacida en el 2010 registra una esperanza de vida de 75 años, mientras que una nacida en el 2020 se esperaría que viva 77,3 años.

Grafico # 23 - Esperanza de vida al nacer, 2010 - 2020.



Fuente: INEC, Proyecciones de población, 2010-2020

Si se comparan las esperanzas de vida de los años 1990 y 2001¹²², años en los que se efectuaron los dos últimos censos, se constata que el promedio de años que espera vivir una persona desde su nacimiento se elevó de 68.3 a 73.8 años. La expectativa de vida bordearía actualmente los 75.2 años, 72.3 años para la población masculina y 78.2 años para la femenina¹²³.

Tabla # 8 - Esperanza de vida al nacer, 1985 - 2010.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER 1985 - 2010

PERÍODOS QUINQUENALES	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
1985-1990	67.5	65.3	69.9
1990-1995	70.0	67.6	72.6
1995-2000	72.3	69.7	75.1
2000-2005	74.2	71.3	77.2
2005 - 2010	75.0	72.1	78.0

Fuente: INEC, Proyecciones Poblacionales, 2003.

ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA POBLACION

¹²² También por mejora de la capacidad económica, aumento de la renta per cápita y aumento de la cobertura sanitaria

¹²³ En el caso de los hombres este porcentaje se incrementa al 58% y en el de las mujeres se ubica en alrededor del 30%. Véase, INEC, Anuario de Estadísticas Vitales; Nacimientos y Defunciones, 2005, Quito, 2006 (Base de datos).

k. ECUADOR HOY UN BREVE DIAGNÓSTICO.

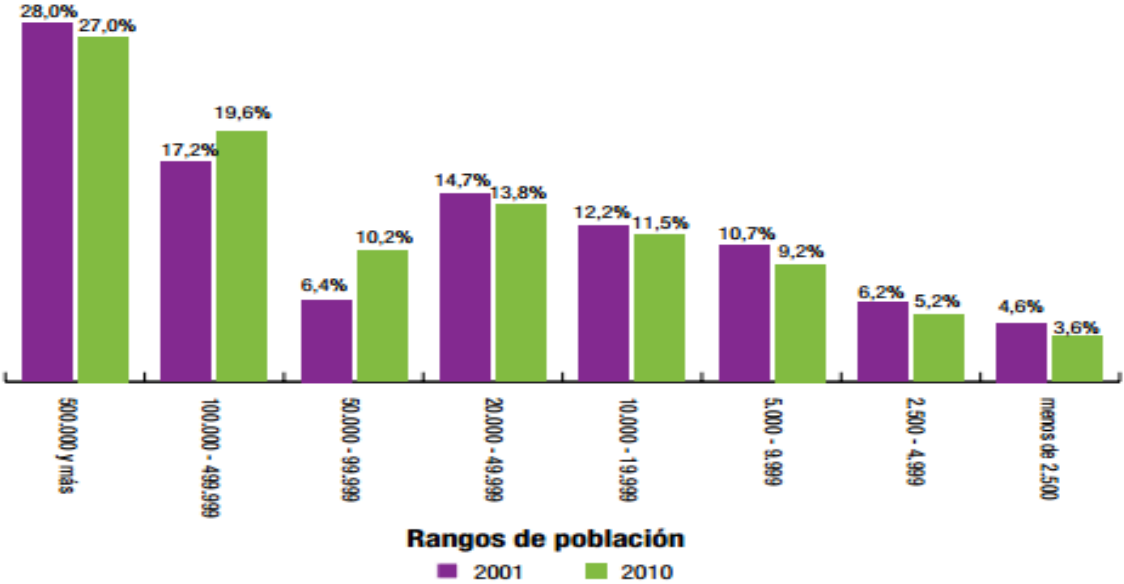
Según las estimaciones vigentes, Ecuador tiene actualmente una población aproximada de 13.8 millones de personas y una relación hombres/mujeres prácticamente equilibrada (100.4%). Por su perfil etérea, sigue caracterizándose por ser un país eminentemente joven; cerca del un tercio de su población (32%) tiene menos de 15 años de edad y apenas el 6%, más de 65 años. Los hombres predominan entre las personas menores de 15 años, mientras que las mujeres entre las de 65 y más años de edad; el índice de masculinidad en el primer caso es de 104% y en el segundo de 88%.

Las estimaciones muestran también, que el crecimiento promedio anual de la población continúa disminuyendo, involucrando cambios relativamente importantes en la composición por edades. Así, mientras en el período 1990- 2000 la población aumentó a una velocidad promedio anual de 1.8%, durante estos últimos 8 años (2000-2008), lo hizo a un ritmo cercano al 1.4%; asimismo, la gravitación de los menores en el conjunto de la población se redujo de 34.5% a 31.2% a la vez que aumentó la de la población de 65 y más años de 5% a 6.1% .

No obstante esta “caída” en la velocidad de crecimiento, el tamaño de la población se incrementó en un 12%: el Ecuador de hoy, tiene 1.5 millones de habitantes más que los que

tenía al finalizar el siglo anterior (13.8 millones en 2008 frente a 12.3 millones en el 2000). De este número adicional de personas, 740 mil son hombres y 760 mil son mujeres¹²⁴.

Grafico # 24 - Rangos del crecimiento Poblacional, 2001 -2010.



Fuente: INEC, Censos de Población 2001 y 2010.

Detrás de la desaceleración en la velocidad de crecimiento demográfico, subyace el efecto combinado de las modificaciones en las variables fundamentales del cambio poblacional, mortalidad, fecundidad y migración. Es evidente que las probabilidades de muerte de la población han disminuido durante los últimos años, como resultado, entre otros factores, de la ampliación de la cobertura y/o mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, saneamiento y educación.

TRANSICION EPIDEMIOLOGICA

¹²⁴ INEC, CEPAL, Ecuador: Estimaciones y Proyecciones de población 1950-2025, Quito, Octubre 2003

VII. TRANSICION EPIDEMIOLOGICA.

TRANSICION EPIDEMIOLOGICA

La transición epidemiológica en América Latina y el Caribe se inició antes de la década de los años treinta. Alrededor de 1930 en la mayoría de los países latinoamericanos la esperanza de vida al nacer era inferior a 40 años y más del 60% de las muertes eran debidas a enfermedades infecciosas. Hacia 1950 la esperanza de vida de la región en su conjunto era superior a los 50 años y a principios de la década del 80 el promedio era de 64 años¹²⁵.

No todos los países han participado de igual forma en este descenso de la mortalidad. A principios de la década de los 80, las condiciones de salud de los países latinoamericanos presentaban una heterogeneidad significativa. Cuba y Costa Rica presentaban tasas de mortalidad infantil menores de 20 por mil mientras que las de Haití y Bolivia eran seis veces mayores.

Las enfermedades cardiacas en países como Cuba, Costa Rica y Chile representan aproximadamente el 30% de las muertes mientras que en; El Salvador, Guatemala y Ecuador, representan menos del 5%. Los gradientes de causas de muerte por infecciones y enfermedades crónicas muestran que los diversos países de la región se encuentran en diferentes etapas de transición epidemiológica.

TRANSICION EPIDEMIOLOGICA

¹²⁵ Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vida Objetiva en la Tercera Edad, Héctor D. Vallare Veal, Julia Pérez Piñero², Jesús Menéndez Jiménez, Vol. 1 No. 3. 2006.

En promedio la proporción de muertes ocasionadas por accidentes y violencia parece similar en los diferentes países; si acaso, los países con el nivel de salud más pobre muestran una proporción relativamente mayor de muertes violentas.

Los patrones de morbilidad y mortalidad que explican la transición epidemiológica. Esto se puede corroborar al analizar el comportamiento de las principales causas de muerte en los últimos 25 años; ya en 1970 aparecían como primeras causas de muerte las Enfermedades Cardiovasculares, seguidos de Tumores Malignos y Enfermedades Cerebro vasculares y en 1995 son éstas también las primeras causas de muerte pero con tasas más elevadas que hace 25 años.

La única causa de muerte ubicada dentro del grupo de las enfermedades transmisibles que aparece entre las 10 primeras es la Influenza y Neumonía pero también con una tendencia francamente decreciente durante el período 2010.

Vale la pena destacar los cambios operados en las tasas de mortalidad infantil donde en 1975 era de 27.5 por mil nacidos vivos y en 1995 de 9.4 por mil nacidos vivos destacándose que mientras en aquella etapa ciertas afecciones perinatales, Influenza y Neumonía eran las primeras causas de muerte en el menor de un año y hacia 1995 continúan en primer lugar las afecciones perinatales seguidas de anomalías congénitas pero en franco descenso al compararlo con las tasas de hace 25 años¹²⁶.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ECUADOR

¹²⁶ Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vida Objetiva en la Tercera Edad, Héctor D. Vallare Veal, Julia Pérez Piñero², Jesús Menéndez Jiménez, Vol. 1 No. 3. 2006.

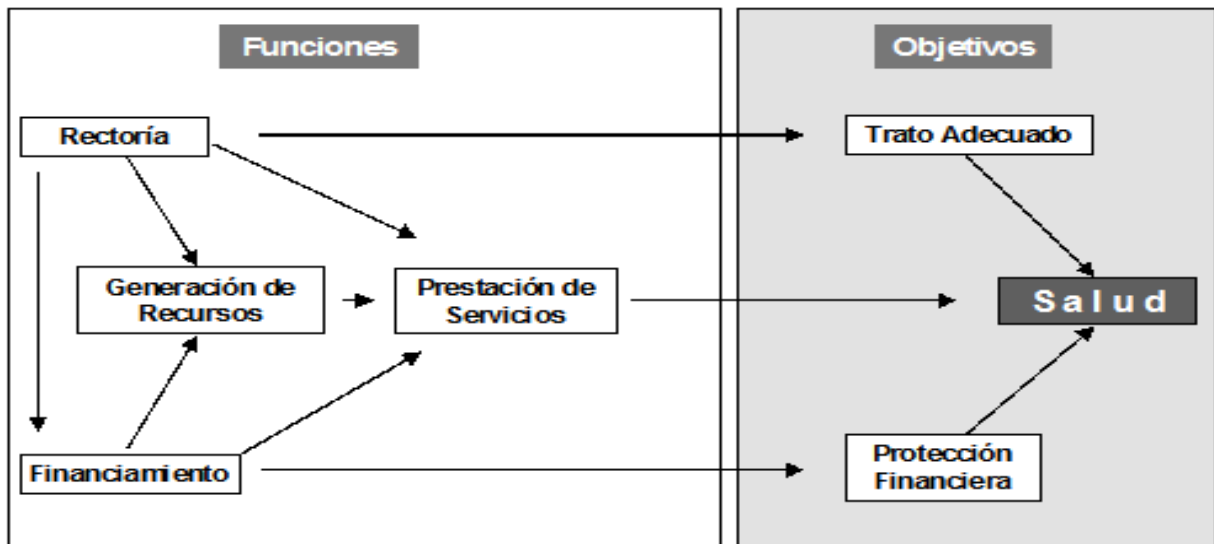
VIII. SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ECUADOR

SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ECUADOR

El marco legal ecuatoriano refleja la conceptualización del Sistema Nacional de Salud (SNS) y sus funciones en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, y "tiene por finalidad

mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho de la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud. El SNS desempeña funciones Y objetivos fundamentales^{127, 128}

Grafico # 25 - Marco conceptual de los servicios de salud.



Fuente: Dirección general de evaluación del desempeño. Marco Conceptual de la *Evaluación* de los Servicios y *Programas* a la Evaluación Comparativa de los Sistemas de Salud. Secretaría de Salud, México, 2010.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ECUADOR

Tabla # 9 - Funciones del Sistema Nacional de Salud.

¹²⁷ Ministerio de Salud Pública (2001): Cuentas nacionales en salud 1997. MSP. Quito.

¹²⁸ DIRECCION GENERAL DE EVALUACION DEL DESEMPEÑO. Marco Conceptual de la Evaluación de los Servicios y Programas a la Evaluación Comparativa de los Sistemas de Salud. Secretaría de Salud, México, 2010.

Funciones del Sistema Nacional de Salud				
Rectoría	Coordinación	Provisión de servicios	Aseguramiento	Financiamiento
El Estado garantizará la rectoría del sistema a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.	Es la función del sistema que coordina el relacionamiento entre las demás funciones y entre los integrantes del Sistema. Su ejercicio es competencia del Ministerio de Salud Pública, en todos sus niveles, como autoridad sanitaria nacional, apoyado por los Consejos de Salud.	La provisión de servicios de salud es plural y con participación coordinada de las instituciones prestadoras. El Sistema establecerá los mecanismos para que las instituciones garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención.	Es la garantía de acceso universal y equitativo de la población al Plan Integral de Salud en cumplimiento al derecho ciudadano a la protección social en salud. Se promoverá la ampliación de cobertura de salud de todas las entidades prestadoras de servicios y del Seguro General Obligatorio y Seguro Social Campesino, pertenecientes al IESS, de otros seguros públicos, como el ISSFA e ISSPOL.	El financiamiento es la garantía de disponibilidad y sostenibilidad de los recursos financieros necesarios para la cobertura universal en salud de la población. El Consejo Nacional de Salud establecerá mecanismos que permitan la asignación equitativa y solidaria de los recursos financieros entre grupos sociales, provincias y cantones del país, así como su uso eficiente.
Constitución de la República del Ecuador Art. 361	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art. 10	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art.11	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art.12	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art.13

Fuente: Sistema Nacional de Salud, Quito, 2002.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ECUADOR

Mediante el ejercicio de estas funciones, el SNS busca cumplir los objetivos principales:

- Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.
- Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud; al medio ambiente de su deterioro o alteración.
- Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables.
- Promover la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector.
- Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ECUADOR

a. REFORMA DEL SECTOR SALUD

Casi tres décadas han transcurrido desde la Reunión de Alma-Ata, donde se fijó la meta de **“Salud Para Todos en el año 2000”** y se establecieron los indicadores sanitarios mínimos, a alcanzar por parte de los países de Latinoamérica y el Caribe.

Unos cuantos años después empezaron a generarse propuestas de **Reforma al Sector Salud**, muchas de ellas dentro de las Reformas a los Estados. Lamentablemente, el desarrollo político y social fue insuficiente, se acentuó la falta de equidad y al culminar el siglo XX, más del 20% de la población carecía de acceso a la protección total de la salud. El análisis de la reforma del sector salud intentó entonces, además de examinar las políticas sociales para extender la cobertura, vincular a éstas con los factores condicionantes y determinantes de las estrategias adoptadas para alcanzar estas metas.

En la región de las Américas, la Reforma del Sector de la Salud y del desarrollo de las políticas sanitarias se producen en contexto de apertura económica, consolidación democrática y ajuste estructural de los Estados. Procesos que han influido en los mecanismos y estrategias orientadas a mejorar el acceso de la población a los sistemas de protección social, especialmente en la década de los 90, donde se intensificaron estos procesos

En la I Cumbre de las Américas, celebrada en EEUU en 1994, los gobiernos de la región reafirmaron su compromiso de incorporar en sus procesos de Reforma del Sector de la Salud, mecanismos para garantizar el acceso equitativo a determinados servicios básicos sanitarios y

SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ECUADOR

de mejorar la calidad de los mismos. Un año después, la Organización Panamericana de la Salud junto con otras agencias internacionales, patrocinaron una reunión especial sobre Reformas del Sector de la Salud, donde se establecieron sus criterios rectores, basados en los principios de equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social.

En los primeros años de la década de los 90 los países de la región aún no tenían una unificación de criterios respecto a la Reforma del Sector de la Salud, la reunión convocada en 1995 por la Organización Panamericana de la Salud produjo luego, una definición que se ha venido utilizando ampliamente desde entonces:

“La Reforma en Salud es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones, y con ello lograr la satisfacción de necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los Sistemas de Salud realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan”.

En 1998 la OPS redactó y sugirió unos lineamientos metodológicos para la preparación de los perfiles de los sistemas de servicios de la salud, en los países de la región, en sus

SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ECUADOR

componentes básicos: contexto político, económico y social; organización general, recursos y funciones; y, seguimiento y evaluación de las reformas.

Los contenidos generales propuestos para pretender establecer estrategias de cambio dentro del proceso de Reforma del Sector Salud en los países de la región, y que son los que han sido considerados en diferente magnitud por nuestras naciones:

- ✓ Marco Jurídico.

- ✓ Derecho a los cuidados de la Salud y al aseguramiento.

- ✓ Aumento de la Cobertura.

- ✓ Función Rectora de los Ministerios de Salud.

- ✓ Separación de Funciones.

- ✓ Descentralización.

- ✓ Participación y control Sociales.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ECUADOR

- ✓ Financiamiento y Gasto.

- ✓ Oferta de Servicios.

- ✓ Modelos de Gestión.

- ✓ Formación y Capacitación de los Recursos Humanos.

- ✓ Calidad y Evaluación de Tecnologías.

Con las políticas implantadas se han logrado adelantos importantes, fundamentalmente en el aspecto normativo y teórico, ya que los sistemas de salud de toda la región reconocen, de manera implícita y explícita el carácter universal del derecho a la Salud de toda la población. No obstante, las reformas adoptadas en este sentido no siempre han logrado en la práctica dar cobertura de salud a todos los habitantes.

Una rápida mirada al sector salud en el Ecuador en las últimas décadas, refleja una realidad bastante problemática y la presencia de limitantes en su accionar: Acceso inequitativo a los servicios, bajas coberturas y calidad de atención, modelo de atención curativo y biológico, gestión centralizada y de bajas coberturas de atención, falta de una política integral de recursos humanos, inadecuada coordinación interinstitucional, paternalismo de instituciones públicas y privadas, alto costo de insumos y tecnologías, situación similar a la de otros países

SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ECUADOR

de la región, que sin embargo ha sufrido algunos cambios en los últimos años, cuando se empiezan a implementar acciones relacionadas con la reforma del sector salud, que inicia en la década de los 80.

Varios técnicos del sector consideran que el proceso debía contar con lo que se denominó la Reforma Mínima, a través de la cual, progresivamente se produciría un cambio y al mismo tiempo facilitaría consolidar nuevas fuerzas para enfrentar más tarde procesos Máximos. Esta Reforma Mínima se caracterizaría por:

- ✓ La Separación de las funciones de financiamiento de la provisión de servicios.
- ✓ El fortalecimiento de la función rectora del Ministerio de Salud.
- ✓ El fortalecimiento de las entidades territoriales o del régimen seccional.
- ✓ El apoyo a los programas de garantía de calidad y acreditación de servicios.
- ✓ La regulación de las empresas de aseguramiento privado.
- ✓ El apoyo a la creación de nuevos actores sociales en provincias y cantones.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ECUADOR

- ✓ La ampliación de coberturas, mediante programas de servicios básicos localizados en zonas de mayor carencia de servicios.

- ✓ El apoyo a la gestión administrativa y financiera descentralizada de las unidades de salud.

- ✓ La realización de proyectos a pequeña escala para probar la aplicabilidad de mecanismos e instrumentos de reforma.

El Ministerio de Salud Pública a inicios del nuevo milenio, se pronunció mediante la emisión de un documento para discusión, posicionamiento del MSP frente a la Reforma del Sector Salud. (Abril de 2001.), que el Ecuador se encuentra aún en la fase de formulación de la Reforma en Salud. Sin embargo, debido a que las transformaciones de esta magnitud son el resultado de procesos acumulativos y complejos, que involucran tanto a la sociedad como a las organizaciones públicas y privadas del sector, este proceso de Reforma Sanitaria se ha insinuado a través de esfuerzos dispersos e inconexos, generados tanto desde el Estado, cuanto desde organizaciones autónomas, ONG y organismos internacionales¹²⁹.

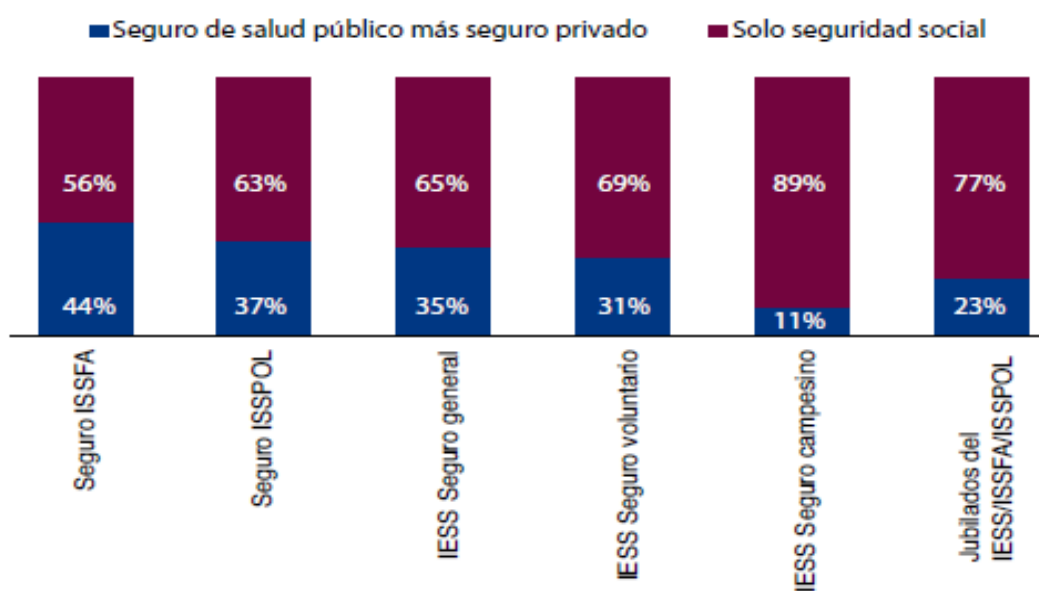
SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ECUADOR

¹²⁹ PROSPERI, J. Sistemas Integrados de Servicios de Salud. Oficina OMS/OPS Ecuador. Mayo, 2008.

b. PROMEDIO DE GASTOS EN SALUD

Los gastos per cápita, en salud, por año, tomando como base la totalidad de los hogares es de U\$ 147.93 (Año 2004), si se excluyen los hogares que no tienen problemas de salud, este promedio sube a U\$ 157.29. Si se considera separadamente el área urbana, y el área rural, la diferencia entre ellas es de U\$ 50¹³⁰.

Grafico # 26 - Promedio de Gastos en Salud, 2010.



Fuente: INEC, Censo de Población, 2010.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ECUADOR

¹³⁰ Ministerio de Salud Pública. Consejo Nacional de Salud (2002): Marco de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador.

Del 16,22% de la población que cuenta con seguro de salud público, el 30% cuenta adicionalmente con un seguro privado de salud. Cabe recalcar que la mayoría de los seguros privados no brindan cobertura a enfermedades preexistentes.

c. PROPUESTA DE POLÍTICAS SUGERIDAS

- Mejoramiento de la calidad y capacidad resolutive de la red de servicios del Ministerio de Salud Pública y su complementación con la del IESS.
- Impulso a la universalización del aseguramiento en salud con solidaridad, Equidad y eficiencia, tomando como base la Ley de Maternidad Gratuita.
- Prevención y control de las enfermedades de salud pública con alto impacto Epidemiológico.
- Prevención de la mortalidad neonatal de niños y niñas.
- Revisión y modernización de marcos institucionales y jurídicos del sector.

- Promoción de la investigación y difusión que fortalezca los saberes Ancestrales en salud, con mecanismos de soberanía.

- Consolidación y fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud a través de los Consejos locales (cantorales y provinciales) de salud y la conaza.

- Fomento del desarrollo de ambientes, hábitos y estilos de vida saludables en Toda la población, tomando en cuenta su etapa de ciclo vital, género y cultura.

EQUIDAD

IX. EQUIDAD.

EQUIDAD

a. COBERTURA.

La mayoría de la población ecuatoriana no tiene garantía explícita de acceso a los servicios de salud que necesita, la oferta institucional es desarticulada y presenta graves deficiencias de cobertura y calidad. Debido a esto, 1 de cada 4 personas no es atendida en ninguna institución y más del 70% no tiene seguro de salud.

El porcentaje de gasto privado o de bolsillo (49%) y las formas de financiamiento son inequitativos¹³¹. En los temas de agua y saneamiento aparecen involucradas varias instituciones y leyes. Desde el punto de vista de promoción y prevención de la salud, el Ministerio de Salud Pública dicta la normativa sanitaria y cada gobierno local es el responsable del servicio de agua y tratamiento de aguas residuales a la población.

Existen desigualdades en la prestación de servicios, tanto en las zonas urbanas como en el área rural. Las familias de escasos recursos tienen menos acceso a servicios adecuados de agua y saneamiento. El déficit del acceso a agua entubada se refleja en la brecha urbano-rural, donde el primero alcanza valores del 66% de cobertura frente al 14% del segundo¹³².

Esta misma brecha se observa en el indicador de pobreza, donde el quintil más pobre tiene una cobertura de agua del 11% frente al 87% del quintil más rico.

EQUIDAD

¹³¹ PERFIL DE LOS SISTEMAS DE PERFIL SALUD ECUADOR, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma, Sistemas y Servicios de Salud (HSS-SP) Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, octubre 2008.

¹³² PERFIL DE LOS SISTEMAS DE PERFIL SALUD ECUADOR, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma, Sistemas y Servicios de Salud (HSS-SP) Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, octubre 2008

Del mismo modo se presentan desigualdades entre las diferentes regiones del país, la Costa y el Oriente tienen coberturas más bajas que las que se registran en la Sierra.

b. DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS.

Existe un presupuesto público en el ámbito de la salud que, a pesar de que se ha incrementado durante esta década, presenta indicadores cada vez peores respecto al acceso y atención a la población ecuatoriana, ocasionando que las familias de bajos ingresos dediquen más recursos en términos porcentuales que el resto de la población.

A raíz del Decreto de Emergencia en Salud declarado por el Estado se incrementó en un 10% el Recurso Humano, lo que generó un aumento del 28% en las prestaciones dadas por el MSP. La gratuidad en la atención en las unidades de salud, generó un ahorro aproximado de US\$ 19.8 millones a las familias ecuatorianas¹³³.

EQUIDAD

¹³³ Ministerio de Salud Pública. Consejo Nacional de Salud (2002): Marco de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador, [OPS](#) (2001). El gasto total per cápita en salud equivale a la parte per cápita de la suma del gasto público en salud (GPuS) y el gasto privado en salud (GPrS), Ministerio de Salud Pública (2001): Cuentas nacionales en salud 1997. MSP. Quito.

c. PRESUPUESTO 2012

La proforma del Presupuesto General del Estado (PGE), que aprobó la Asamblea Nacional para este año, también denominado presupuesto inicial, fue de 26.109,27 millones de dólares e incluyó el valor correspondiente al manejo de la Cuenta de Financiamiento de Derivados Deficitarios (CFDD) por 4.485,8 millones de dólares¹³⁴.

El monto total del PGE inicial equivale al 36% del PIB del país estimado para este año en 71.625,4 millones de dólares. Cabe recordar que en el manejo presupuestario se deben cumplir determinados mandatos reglamentarios o legales, como la denominada regla fiscal, de que los ingresos permanentes serán financiados con egresos permanentes y las disposiciones constitucionales referidas al incremento anual del 0,5% del PIB en el presupuesto de los sectores de salud y educación, hasta alcanzar el 4% y 6%, respectivamente¹³⁵.

El impacto del Presupuesto General del Estado se basa en la educación básica y bachillerato 1.772,19 millones de dólares, prestación y administración de servicios de salud 885,61 millones de dólares, protección y seguridad interna 870,58 millones de dólares, desarrollo de

EQUIDAD

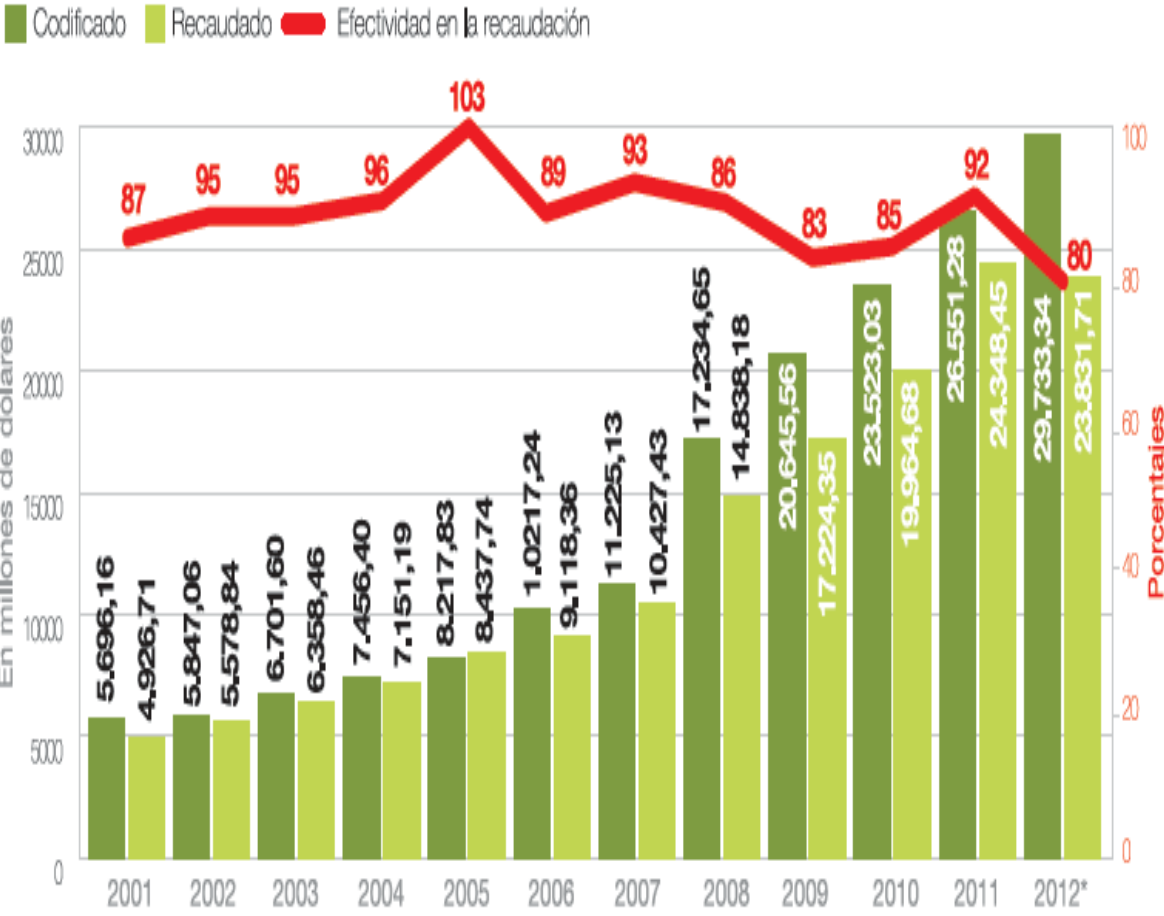
¹³⁴ Un presupuesto estratégicamente planificado, El Telégrafo, Decano de la Prensa Nacional | Ecuador, 2013

¹³⁵ Un presupuesto estratégicamente planificado, El Telégrafo, Decano de la Prensa Nacional | Ecuador, 2013

proyectos hidroeléctricos 708,88 millones de dólares, promoción de desarrollo humano o Bono de Desarrollo Humano 681,77 millones de dólares, entre otros.

Grafico # 27 - Evolución de los ingresos en el PGE.

Las cifras del período 2000 - 2008 corresponden al Gobierno Central, y desde el 2009 al Presupuesto General del Estado.



*Presupuesto ejecutado hasta octubre 2012. Fuente: Reportes del Sistema de Gestión Financiera (SIGEF)- Diseño editorial más Qmenos.

Fuente: Reportes del Sistema de Gestión Financiera.

EQUIDAD

d. EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO EN LOS ÚLTIMOS CUATRO AÑOS.

Desde 2008, los ingresos del PGE presentan una tendencia de mejora en su recaudación, alcanzando a octubre de 2012 los 23.831,71 millones de dólares, eso significa un incremento de 61% con respecto a los ingresos recaudados hace cuatro años, en tanto que en el año 2011 fueron superiores en 22% en relación al período anterior.

Con respecto a los recursos asignados devengados en el PGE, éstos presentan una tendencia creciente por el financiamiento a servicios, inversión y bienes públicos, situación que fue acompañada por la generación de mayores ingresos provenientes de recaudaciones tributarias y exportación de petróleo¹³⁶.

A partir de 2009, y dando cumplimiento a lo que dicta la Constitución del Ecuador aprobada en 2008, el ámbito del PGE cambia y ya no solo abarca al Gobierno Central sino también a las entidades descentralizadas y autónomas (universidades, escuelas politécnicas, Contraloría General del Estado (CGE), entre otras).

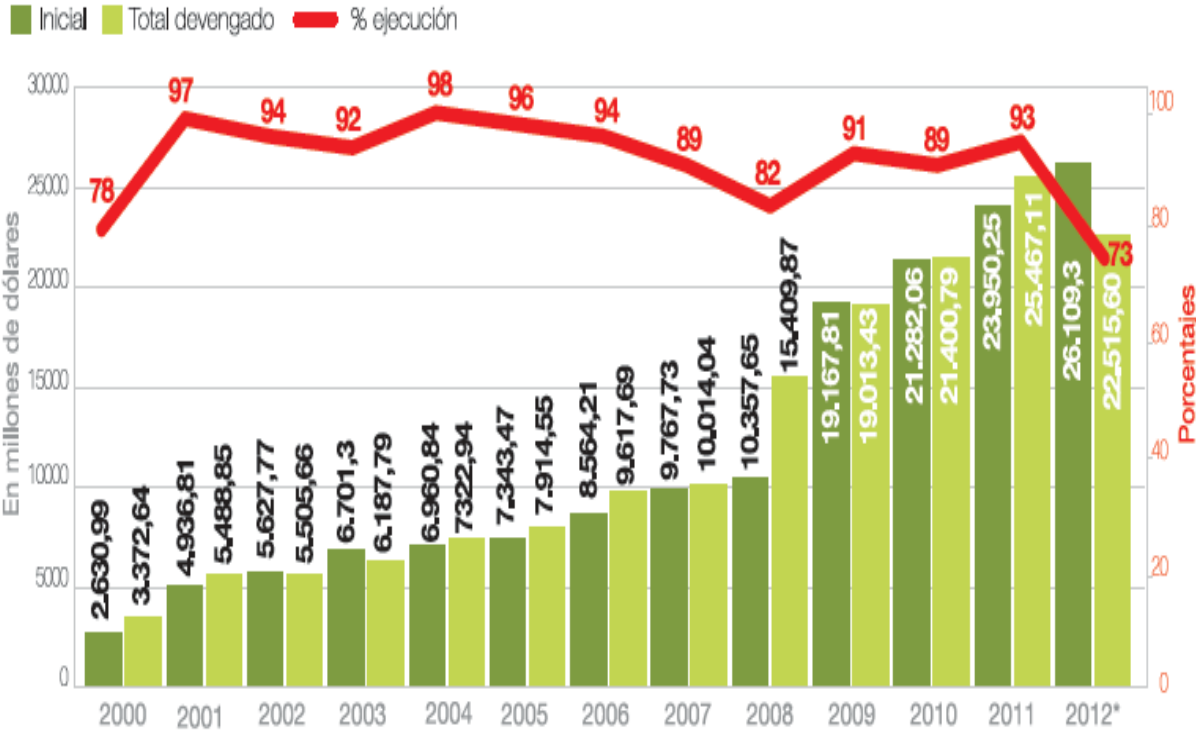
EQUIDAD

¹³⁶ Un presupuesto estratégicamente planificado, El Telégrafo, Decano de la Prensa Nacional | Ecuador, 2013

Desde 2011 se aprecia una mejora en la gestión o ejecución del PGE por parte de las entidades, eso obedece a la política del Régimen de monitorear el cumplimiento de una ejecución mensual del 8,33% del presupuesto asignado; y también por la facilidad generada desde el Ministerio de Finanzas con la desconcentración en la aprobación de varias reformas presupuestarias. De este modo, a octubre del presente año, se ha ejecutado o utilizado el 73% del PGE.

Grafico # 28 - Evolución del presupuesto del Ecuador.

Las cifras del período 2000 - 2008 corresponden al Gobierno Central, desde el 2009 al Presupuesto General del Estado.



*Presupuesto ejecutado hasta octubre 2012.

Fuente: Reportes del Sistema de Gestión Financiera (eSGEF)- Diseño editorial más Qmenos.

Fuente: Reportes del Sistema de Gestión Financiera

EQUIDAD

e. PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL SECTOR SOCIAL

Es un sector conformado por los sectoriales: Educación, Salud, Trabajo, Bienestar Social; y, Desarrollo Urbano y Vivienda. El presupuesto asignado en el vigente año representa el 29,2% del total del PGE. Se evidencia un crecimiento importante en los recursos del Estado dirigidos al área social, así en 2011 representaron el 9,4% del PIB y en 2012 pasan a 10,9%. En términos nominales nos referimos a un incremento en 2.347,7 millones de dólares en el presente año, reflejados en los presupuestos de los Ministerios de Educación, Desarrollo Urbano y Vivienda y Salud en su mayor parte¹³⁷.

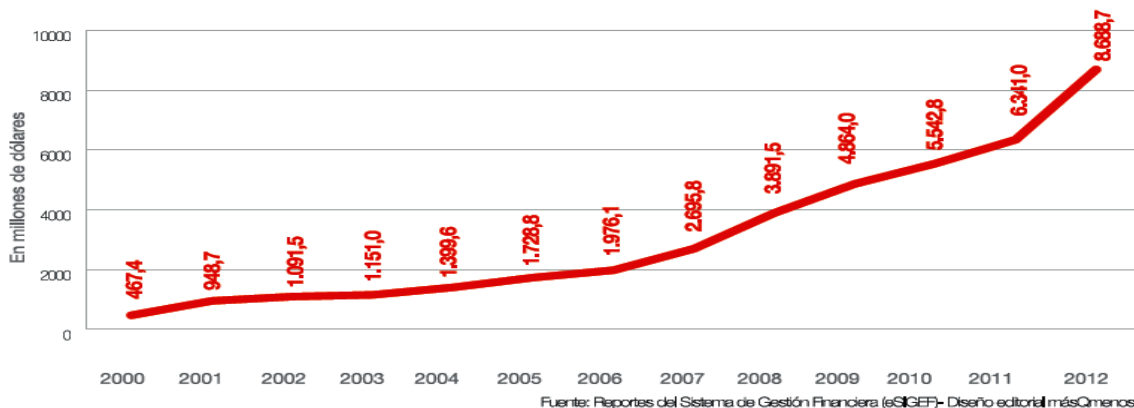
Entre los principales programas ejecutados por las entidades que integran el sector se encuentran: “Educación Básica de primero a décimo y Bachillerato” por un monto de 2.359,7 millones de dólares, “Promoción de Desarrollo Humano” con 844,4 millones de dólares y concentra las transferencias por concepto de Bono de Desarrollo Humano; y, “Prestación de Servicios de Salud” por 775,8 millones y se relaciona con proyectos de investigación, desarrollo e innovación.

EQUIDAD

¹³⁷ Un presupuesto estratégicamente planificado, El Telégrafo, Decano de la Prensa Nacional | Ecuador, 2013

Grafico # 29 - Asignaciones al sector social, 2000 - 2012.

Desde el 2007 pasa a un segundo lugar el pago de la deuda externa, siendo el sector social el de mayor importancia.



f. INVERSIÓN PÚBLICA

La inversión pública en el país ha merecido especial interés durante los últimos años, lo cual se evidencia en el incremento de los montos codificados y devengados. Es así que en el 2008, los recursos devengados en inversión son superiores en 43% con respecto al año anterior, mientras que en el 2011 se registró una tasa de crecimiento de 39% en relación al año anterior, alcanzado el 11,1% del PIB para inversión, una de las más altas en Latinoamérica.

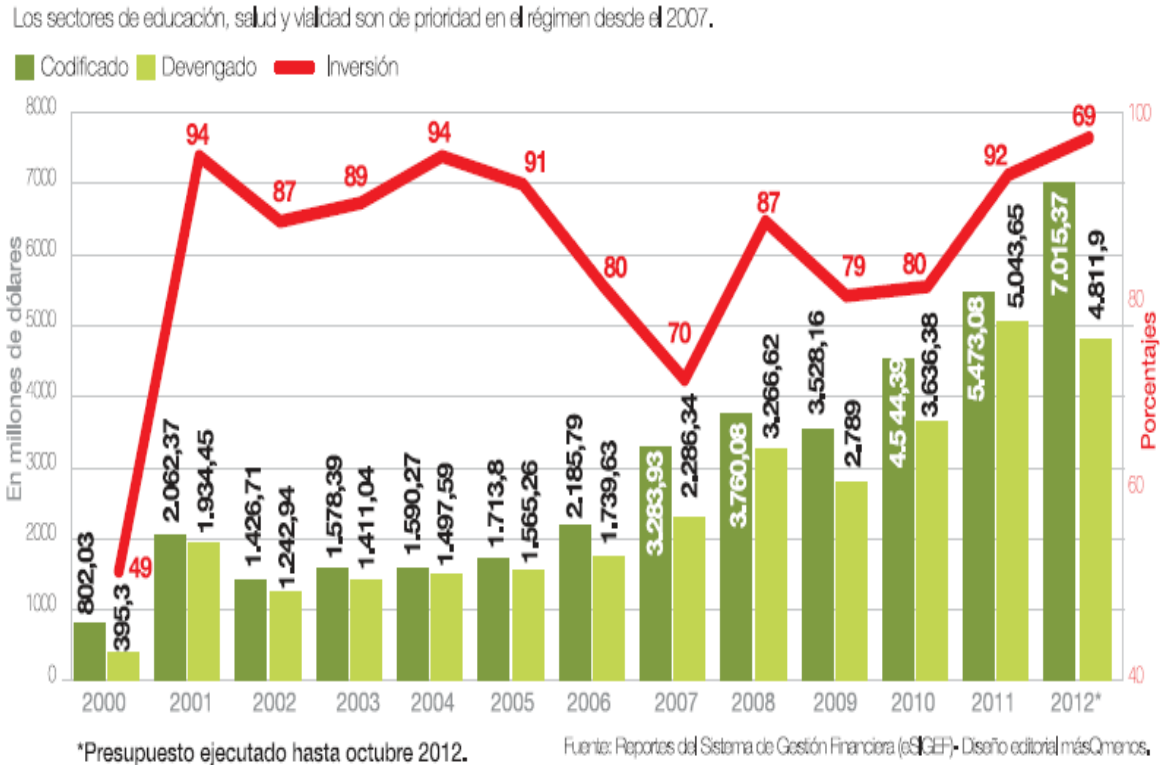
La ejecución de la inversión pública también demuestra en los últimos períodos un comportamiento positivo, pues pasó del 79%, en 2009 al 92% en 2011, es decir, 13 puntos porcentuales de incremento¹³⁸.

EQUIDAD

¹³⁸ Un presupuesto estratégicamente planificado, El Telégrafo, Decano de la Prensa Nacional | Ecuador, 2013

A octubre del 2012, la tasa de utilización de los recursos del Estado fue del 69%, que equivalen al 6,6% del PIB. Con los recursos destinados para este concepto se han ejecutado varios proyectos en el país como: transporte y obras públicas (infraestructura vial), telecomunicaciones (tecnología, internet), educación (infraestructura educativa, fortalecimiento del conocimiento y talento humano), salud (protección social en salud, inmunizaciones, infraestructura física, equipamiento y mantenimiento de hospitales, centros y Subcentro de salud), bienestar social (desarrollo infantil, alimentación escolar), recursos naturales (minería, eléctricas e hidroeléctricas), entre otros.

Grafico # 30 - Inversión pública en el Ecuador, 2000 - 2012.



g. PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

La capacidad de atención pública no ha presentado variación significativa en los últimos 15 años, a excepción del aumento de la atención por servicios no institucionales en el primer nivel¹³⁹.

La infraestructura pública de segundo y tercer nivel no ha tenido cambios substanciales, en comparación con los privados que si han mostrado un incremento de infraestructura, del 61,3% al 74,4%; lo que significa un incremento de 277 a 514 establecimientos entre 1994 y el 2004.³⁶ Se ha iniciado la reorientación de los servicios para la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud con la estrategia de APS renovada, mediante las atenciones extramurales en los ambientes familiares, comunitarios y laborales.

El MSP ha organizado los programas prioritarios nacionales en alimentación y nutrición (PANN- 2000), micronutrientes, salud materno-infantil (Maternidad Gratuita), detección oportuna del cáncer cérvico uterino y mamario (DOC), programa ampliado de inmunizaciones (PAI), control y vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles y no transmisibles, aplicando estrategias como la Atención de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), Cuidado Obstétrico Esencial (COE) y las pruebas voluntarias de VIH/SIDA.

EQUIDAD

¹³⁹ PERFIL DE LOS SISTEMAS DE SALUD ECUADOR, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma, Sistemas y Servicios de Salud (HSS-SP) Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, octubre 2008.

Durante los últimos 5 años se incrementaron los profesionales de salud quichua parlantes y se impartieron conocimientos elementales de lenguas autóctonas entre los profesionales del MSP, mejorando con ello la accesibilidad cultural y logrando el acceso a la salud de comunidades distantes.

X. EFICIENCIA.

EFICIENCIA

La eficiencia es una variable de escasa medición en los servicios públicos. Actualmente, con la progresiva incorporación de metodologías de costos y de sistemas de información gerencial se pretende mejorar este indicador. Para la asignación más eficiente de recursos financieros se ha diseñado una propuesta técnica que considera variables de población, pobreza, brechas de demanda, recursos de oferta y un manejo desconcentrado en las áreas de salud, pero no se ha implementado por restricciones de control en los niveles central (MSP y Ministerio de Economía) y provinciales.

a. SOSTENIBILIDAD.

No existe evidencia de que el proceso de reforma haya aumentado la legitimidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Con el actual gobierno se han creado dos tipos de sistema informativos: el Sistema de Información de Gerencia y Financiera (SIGEF) y el Sistema de Información del Gobierno (SIGOB). Estos permiten obtener datos desagregados por unidad administrativa de gasto gubernamental.

La extensión de cobertura del primer nivel de atención a través de los Equipos Básicos de Atención de Salud (EBAS) tiene contemplado, dentro del plan operativo anual, el rubro específico que asegura su sostenibilidad en el mediano plazo¹⁴⁰.

EFICIENCIA

¹⁴⁰ PERFIL DE LOS SISTEMAS DE SALUD ECUADOR, MONITOREO Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE CAMBIO Y REFORMA, Sistemas y Servicios de Salud (HSS-SP) Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, octubre 2008.

El nuevo marco constitucional establece la sostenibilidad financiera a mediano y largo plazo del sistema nacional de salud, además incrementará cada año un porcentaje no inferior al 0,5 % del Producto Interno Bruto.

b. PARTICIPACIÓN SOCIAL.

En el ámbito de la salud existen acuerdos para empoderar a la comunidad en la toma de decisiones en los Consejos de Salud (83 Consejos Cantonales de Salud y 8 Consejos Provinciales de Salud). Los Consejos Cantonales y Provinciales de Salud (CCS y CPS) son espacios de concertación, coordinación y diálogo en los que se promueve la participación ciudadana en la toma de decisiones junto a los representantes institucionales públicos y privados del sector. A través de los Consejos se busca acordar un Pacto Social que garantice la participación comprometida de todos los actores, con los intereses y necesidades en salud del cantón, la provincia y el país. Además se han creado los comités de usuarias para vigilancia del cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Prevención de la Violencia Intrafamiliar.

La participación ciudadana se convierte en uno de los ejes de la Transformación Sectorial de Salud, creando espacios en los que la comunidad contribuye en la toma de decisiones y en el control social¹⁴¹.

VISION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACION DEL ECUADOR

¹⁴¹ PERFIL DE LOS SISTEMAS DE SALUD ECUADOR, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma, Sistemas y Servicios de Salud (HSS-SP) Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, octubre 2008.

**XI. VISIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACIÓN DEL
ECUADOR.**

VISION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACION DEL ECUADOR

Durante la década de 1990, el Ecuador sufrió un estancamiento de los avances sociales de los veinte años anteriores, la exacerbación de las desigualdades materiales, el debilitamiento institucional del sector público, la caída del gasto social y una creciente inestabilidad política. Este conjunto de desequilibrios económicos, sociales y políticos se expresa claramente en la persistencia de la pobreza y de la exclusión de amplios sectores en la sociedad.

El análisis busca, precisamente, contribuir a la reflexión sobre cómo el país puede ampliar las oportunidades de la población ecuatoriana para ejercer sus derechos básicos en el corto y largo plazo. Las principales manifestaciones de la inequidad, los diferentes segmentos o grupos de la sociedad ecuatoriana para ejercen sus derechos.

Las principales prácticas culturales, sociales, económicas y políticas que dan lugar a la distribución desigual de los beneficios y costos del desarrollo económico y social.

Las principales necesidades de salud están referidas tanto a la estructura socio demográfica y a las condiciones generales de vida (sanidad habitacional, nutrición, educación, etc.), como a las propias deficiencias del sistema de salud ecuatoriano. Ahora bien, la forma de padecer y enfrentar esas dificultades guarda relación con los patrones de género que establece la cultura en hombres y mujeres.

Al analizar cómo Ecuador ha comenzado a avanzar en su transición demográfica, sobresalen algunos factores que contribuyen a determinar el contexto epidemiológico del país. Ante todo, el hecho de que la población sea todavía relativamente joven, la fecundidad moderadamente

alta (más de cuatro hijos por mujer en edad fértil) y la mitad de la población habite en zonas rurales, significa que probablemente como sucede, de hecho habrá amplias necesidades que satisfacer en cuanto a la salud materno infantil.

Por otra parte, la fuerte aceleración industrial impulsada por la extracción y comercialización del petróleo ha inducido un incremento notable en la mortalidad masculina. Estos dos factores el mantenimiento de tasas elevadas de mortalidad materna e infantil y la sobre mortalidad masculina hacen que el nivel general de la mortalidad en Ecuador sea todavía alto, algo que, como se destacó en el capítulo de población, lo distingue junto a Perú y Brasil del resto de los países latinoamericanos que avanzan en su transición demográfica.

Estos elementos demográficos se entrelazan con las condiciones generales de vida de un país que aún es mitad rural, aunque ha sufrido un fuerte proceso de transformación estructural, donde más de la mitad de la población está bajo la línea de pobreza. Es decir, donde existen todavía deficiencias sanitarias habitacionales, nutricionales, etc., que afectan especialmente a mujeres y niños. Tales condiciones de vida se hicieron más precarias con la crisis económica de los años ochenta, existiendo coincidencia entre los especialistas acerca de la mayor carga de trabajo que ello ha supuesto para las mujeres.

Junto a los factores mencionados, los problemas del propio sistema de salud operan también sobre las condiciones sanitarias. En Ecuador, ese sistema era precario y muy reducido hace treinta años. Durante los setenta, el Estado apoyado en el auge petrolero mejoró y amplió el sistema público, pero con la crisis económica de los ochenta, ese esfuerzo perdió buena parte de su impulso. De esta forma, a comienzos de los noventa dichos sistemas no satisfacen aún las necesidades de buena parte de la población.

En la estructura sanitaria ecuatoriana puede identificarse tres subconjuntos: el sector público, el sector privado (con y sin fines de lucro) y el sistema tradicional, también llamado no formal. El primero, formado por el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y otras entidades menores, cubre teóricamente el 70% de la población. El 30% restante es atendido por el sector privado con fines de lucro y el asistencial, como Cruz Roja, la Sociedad de Lucha contra el Cáncer y distintas misiones religiosas y de cooperación internacional que trabajan en el país. El sector no formal asiste a sectores importantes de población, especialmente en las zonas rurales y los sectores urbanos marginales donde el sistema público tiene además muy escasa cobertura. Este sector está integrado por agentes de salud de las medicinas de carácter indígena y/o religioso.

Estimaciones recientes del Banco Mundial y el Ministerio de Salud, señalan que, en realidad, la cobertura efectiva del Ministerio es de un 30% de la población, la del Instituto de Seguridad Social un 10%, y un 9% otras entidades públicas, cubriendo un 10% la práctica privada. Todo lo cual significa que más del 40% de los habitantes de Ecuador queda fuera del sistema formal de atención sanitaria.

Ciertamente, esta falta de cobertura afecta sobre todo a las zonas rurales del país y especialmente aquellas que no tienen vinculación con la industria petrolera. Estimaciones oficiales indican que mientras la disponibilidad de camas era de 3,5 por cada mil habitantes en la zona petrolera, ésta era solamente de 0,7 camas por mil habitantes en la Sierra. Como se sabe, el número de médicos aumentó considerablemente por razones de la fuerte apertura del sistema universitario (en el que se eliminó el control de ingreso), pero dada la carencia de infraestructura, se agudiza en Ecuador la tendencia a la concentración urbana del cuerpo médico.

Estas deficiencias afectan y son enfrentadas por hombres y mujeres de acuerdo a los patrones de género de la cultura ecuatoriana. Respecto de las mujeres, se implementa sobre todo programas de salud materno infantil, que sin duda son aún necesarios, pero se las protege menos como personas y se considera "natural" que se hagan cargo de servicios que el Estado

VISION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACION DEL ECUADOR

deja de prestar por falta de recursos o por decisiones administrativas. En cuanto a la sobre mortalidad masculina de las dos últimas décadas, que indica que más de la mitad de los decesos de hombres adultos son por traumatismos externos (accidentes, violencia, etc.), parece considerarse como algo inherente a su masculinidad.

a. INEQUIDAD Y EXCLUSIÓN EN EL ECUADOR

Las barreras al ejercicio de los derechos de la población están asociadas a categorías sociales como la residencia, el origen cultural y racial, el sexo y la edad de las personas. La exclusión social afecta principalmente a la población del campo, a los grupos indígenas y afro ecuatorianos, a las mujeres, a los adultos mayores y a la niñez; es decir, afecta a una parte importante de la población, sino a la mayoría.

La inequidad no se manifiesta de la misma manera en todos los grupos de población, pero no todas las facetas de la exclusión son conocidas. En muchos casos, no existe información para describirlas; los sistemas nacionales de estadísticas no siempre han registrado datos sistemáticos que permitan observar las desigualdades sociales. Por ello, el retrato de la inequidad que se presenta a continuación es obligadamente esquemático.

A pesar del continuo crecimiento económico alcanzado por la economía mundial a partir de la postguerra, aproximadamente la mitad de la población del planeta continúa sufriendo situaciones críticas de pobreza y vulnerabilidad. Varios estudios recientes demuestran, con amplia base empírica, que la inequidad social ha aumentado consistentemente a partir de aproximadamente 1975, y que los frutos del crecimiento económico alcanzado benefician principalmente a una pequeña fracción de la población mundial. Aunque el crecimiento económico alcanzado a nivel mundial permitiría la superación de la pobreza, en la actualidad aproximadamente la mitad de la población no puede satisfacer su derecho a una vida digna, con acceso a los servicios básicos de educación, salud, nutrición y vivienda.

Esta exclusión estructural se origina en la enorme inequidad social existente en el mundo, cuya magnitud, según varios estudios, está aumentando. Frente a la brecha de la inequidad, y también a la falta de sustentabilidad de la economía mundial, se ha planteado la línea de codicia, como un límite ético al consumo excesivo y suntuario de los grupos más ricos del mundo, que puede posibilitar una redistribución de recursos hacia la superación de la pobreza y el retorno de la economía mundial a una base ambientalmente sustentable.

La presentación demostrará a partir de una sistematización de las fuentes disponibles sobre la desigualdad económica y su evolución en el Ecuador, que a pesar de los avances sociales alcanzados en la última década, la inequidad social en el Ecuador es muy elevada, pudiendo alcanzar un valor de 0.78 para el coeficiente de Gini de los ingresos por habitante de los hogares si se incluyen los ingresos del capital. Esta inequidad es también éticamente

VISION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACION DEL ECUADOR

inaceptable, si se considera que con una transferencia del orden del 6% del PIB podría superarse la vulnerabilidad social y la pobreza en el Ecuador, en un período de aproximadamente dos décadas.

b. INEQUIDAD Y POBREZA.

La pobreza es la manifestación más clara de la exclusión social en el país y es causa y a la vez consecuencia de la privación del goce de los derechos humanos. Según el último censo de población, en el 2001 el Ecuador tenía 12.156.608 habitantes. La medición realizada pocos meses antes del empadronamiento la última disponible revela que el 44% de la población del país no disponía de ingresos suficientes para ejercer sus derechos básicos de alimentación, educación y salud. El mensaje de esta cifra es, al mismo tiempo, preocupante y alentador. Por un lado, refleja el aumento de la pobreza con relación a 1997 como efecto de la crisis económica que se inició el año siguiente; por otro, indica que se ha revertido la tendencia al rápido deterioro de las condiciones de vida de la población.

La década de 1990 se cerró con un significativo empobrecimiento de la población ecuatoriana. La incidencia de la pobreza de consumo en el país en 1999 fue 1,6 veces superior a la de 1995. La proporción de la población que pertenecía a hogares cuyo consumo era inferior al valor de la canasta básica de bienes y servicios aumentó del 34% en 1995 al 56% en 1998. En el mismo período la incidencia de la extrema pobreza de consumo subió del 12% al 20% en todo el país. Pero no solo se incrementó el número de ecuatorianos que vivía

VISION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACION DEL ECUADOR

en situación de pobreza, sino que se profundizaron las carencias de consumo que tenían los pobres. La brecha de la pobreza una medida del déficit de consumo de la población pobre respecto a la canasta mínima aumentó del 11% al 20%; este incremento significa que mientras en 1995 el déficit agregado de consumo de la población pobre representaba el 4% del PIB, en 1999, esta cifra se duplicó al 8% del PIB.

El país no cuenta con un sistema de medición anual del bienestar de su población. La única fuente disponible que permite trazar la evolución de la pobreza durante la última década se refiere sólo a las ciudades. En 1990, la mitad de la población urbana vivía en la pobreza, es decir no ganaba lo suficiente para satisfacer sus necesidades básicas. Durante el período 1992 a 1997, se observó, sin embargo, una mejoría. La reducción del desempleo y subempleo y la expansión de los ingresos reales durante estos años contribuyeron a la disminución de la pobreza de ingresos en las ciudades hasta bordear el 30%¹². Pero, al cerrarse la década, el aumento de la inflación y el desempleo y el deterioro en los salarios que siguieron a la crisis financiera socavaron la seguridad económica de un gran número de hogares; en 1999, la pobreza llegó nuevamente a niveles de la década anterior (46%). A partir del 2000, la desaceleración de la inflación, la recuperación de los salarios reales, la caída del desempleo, la reactivación económica y las remesas del exterior han contribuido a revertir la tendencia. A pesar de este cambio, la pobreza de ingresos a fines del 2001 (35%) superaba aún a los niveles anteriores a la crisis de fin de la década.

Las mediciones de la pobreza citadas anteriormente se refieren a los medios para la satisfacción de necesidades de los hogares el consumo o el ingreso. Otra medida, el “índice de necesidades básicas insatisfechas”, proporciona una visión de las oportunidades de vida de las personas en el mediano y largo plazo. Según este indicador, en 1999, el 53% de la población ecuatoriana tenía algún tipo de carencia en su acceso a educación, salud, nutrición, vivienda, servicios urbanos y oportunidades de empleo. De este grupo, el grupo de mayor vulnerabilidad es la población que vive en condiciones de “pobreza crónica”, esto es, aquella que, además de no poder adquirir habitualmente los mínimos bienes y servicios, no ha logrado obtener una vivienda adecuada ni asegurar a todos sus miembros el acceso a la educación, a los servicios de salud y a oportunidades de empleo. La información disponible sugiere que, en la década anterior, por lo menos una tercera parte de la población del país enfrentó estas condiciones de prolongada privación del ejercicio de sus derechos sociales y económicos 28% en 1995 y 39% en 1999.

c. EL CONTEXTO SOCIO-ECONÓMICO.

Hacia 1982 el “boom petrolero” se agotó, y el país inició su transición hacia un nuevo período de su historia bajo los lineamientos del “Consenso de Washington”. Aunque estas políticas se han dado en forma tardía y poco consistente, hacia mediados de los años 90 el Ecuador había liberalizado los tipos de cambio y de interés, desmantelado su protección arancelaria, abierto sus mercados, eliminado subsidios y desregulado parcialmente el sistema

VISION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACION DEL ECUADOR

financiero y el mercado laboral. Los resultados económicos de esta estrategia han dejado mucho que desear.

El ingreso por habitante en 1998 era apenas un 5% superior al de 1980, con un crecimiento medio anual del 0.3%. La baja diversificación de las exportaciones ecuatorianas, el predominio de bienes primarios, y su limitado dinamismo reflejan problemas estructurales de competitividad que han afectado históricamente a la economía, como resultado del carácter eminentemente rentista de las clases dominantes, la inequidad social, el bajo desarrollo del capital humano, deficiencias en el desarrollo institucional y la inestabilidad política, entre otros elementos (Larrea y North, 1997). Varios índices comparativos de competitividad ubican al Ecuador en condiciones desventajosas.

La calidad de la educación básica ha sido calificada como la peor entre 19 países de América Latina (Fretes-Cibils, Guigsale y López-Calix, 2003). El Índice de Percepción sobre la Corrupción ha ubicado al Ecuador -en 2002- en la posición 92 entre 102 países, superando en América Latina solamente a Haití y Paraguay (Transparency International Web Site). El 88% de las exportaciones ecuatorianas corresponden a productos primarios. En América Latina, solamente Nicaragua y Venezuela tuvieron porcentajes más altos (CEPAL, 2002). La ONUDI ha elaborado un índice de desempeño competitivo industrial, y el Ecuador se ubicaba en 1998 en la posición 61 entre los 87 países estudiados (UNIDO, 2002). De acuerdo a los índices de competitividad internacional elaborados anualmente por el World Economic Forum, el Ecuador se ubicaba en 2002 en las posiciones 73 y 78 entre los 80 países estudiados,

VISION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACION DEL ECUADOR

manteniéndose, por sus condiciones institucionales, tecnológicas y macroeconómicas, entre los países menos competitivos del mundo (World Economic Forum, 2002).

En medio del estancamiento económico y la apertura comercial, los problemas estructurales de inequidad social, exclusión y pobreza se profundizaron en Ecuador. En 1995 la pobreza alcanzó el 56% de la población, y el 76% en el área rural, cifras superiores a los promedios latinoamericanos. La concentración del ingreso, estimada por el coeficiente de Gini (0.57), ubicaba al Ecuador en la tercera posición más desventajosa en la región, solamente después de Brasil y Paraguay (IADB, 2000).

En 1994, el 57% de la población urbana ocupada tenía empleos de baja productividad (CEPAL, 2001), el analfabetismo afectaba al 10.5%, y la escolaridad media de la población adulta llegaba a 7 años (1995) (PNUD, 2001). En 1998, el 26% de los niños menores de 5 años sufría de desnutrición crónica (Larrea, Freire y Lutter, 2001).

d. RESULTADOS ECONÓMICOS DE LA DOLARIZACIÓN.

“En enero de 2000, en medio de una profunda crisis, el gobierno del Ecuador decretó la Dolarización de la economía, convirtiéndolo en el primer país latinoamericano que elimina su moneda nacional. Este artículo estudia los efectos sociales y económicos de la dolarización, y evalúa los obstáculos actuales para el desarrollo humano y sustentable”.¹⁴²

Algunos elementos del contexto han repercutido en condiciones externas altamente favorables a partir de 2000.

- “El precio del petróleo se recuperó desde mediados de 1999, alcanzando valores favorables hasta el presente¹⁴³”.

- La masiva emigración internacional a España, Estados Unidos e Italia repercutió en elevadas transferencias de divisas. Las remesas se ha convertido en la segunda fuente de divisas después de las exportaciones de petróleo, ascendiendo de 200 millones de dólares en 1993 a 1.432 millones de dólares en 2002.

- La construcción del oleoducto de crudos pesados (OCP) ha dinamizado la economía y ha constituido la inversión extranjera más voluminosa en el Ecuador desde los años 1970.

VISION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACION DEL ECUADOR

¹⁴² Larrea, Carlos, 2004, “Dolarización y desarrollo humano en Ecuador”, en ICONOS No.19, Flacso- Ecuador, Quito, pp.43-53.

¹⁴³ Larrea, Carlos y Jeannette Sánchez, 2002, *Pobreza, Empleo y Equidad en el Ecuador. Perspectivas para el Desarrollo Humano*, PNUD, Quito.

- “El tipo de cambio al que se adoptó la dolarización (25.000 sucres por dólar) permitió precios relativos excepcionalmente favorables para las exportaciones en el año 2000, que al momento de la dolarización duplicaron su valor de 1994”¹⁴⁴.
- Las tasas internacionales de interés han alcanzado su nivel más bajo en muchos años, como resultado de las políticas de reactivación norteamericanas.
- Las condiciones favorables han comenzado a agotarse, configurando una situación más vulnerable.
- “Aunque los precios del petróleo se han mantenido elevados, su evolución después de la invasión a Irak es declinante y pueden descender. Los ingresos petroleros se han reducido también por la menor producción petrolera estatal, que ha caído en un 37% desde 1993¹⁴⁵. La producción de crudos pesados por empresas privadas compensa sólo parcialmente esta declinación, ya que la participación nacional es menor, los costos son mayores, y los precios más bajos.
- Las remesas de los emigrantes han dejado de crecer y posiblemente declinarán en los próximos años. La migración a Europa se ha reducido desde la imposición de visas, y en Estados Unidos los controles migratorios y la crisis la han afectado también.

VISION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACION DEL ECUADOR

¹⁴⁴ Banco Central del Ecuador, 1997, *1927-1997. Setenta Años de Información Estadística*, Quito, 1997.

¹⁴⁵ Larrea, Carlos y Jeannette Sánchez, 2002, *Pobreza, Empleo y Equidad en el Ecuador. Perspectivas para el Desarrollo Humano*, PNUD, Quito.

- El tipo de cambio se ha tornado desfavorable como resultado de la inflación, afectando la competitividad de las exportaciones no petroleras.

“La construcción del OCP ha concluido. Las inversiones privadas han sido inferiores a las planificadas, y el nuevo oleoducto operará durante los próximos años por debajo de su capacidad instalada. La participación nacional en estos recursos es limitada. La recuperación no permite aún reestablecer los niveles de ingreso por habitante de 1998. En 2002, éste es de un 4% bajo su valor en 1998, y a un nivel comparable al de 1980. Las proyecciones auguran un crecimiento moderado en los próximos años. La dolarización no fue el resultado de una estrategia económica de largo plazo. Por el contrario, se adoptó como una medida emergente para evitar la hiperinflación en un contexto de aguda crisis. Como resultado de la acelerada devaluación del sucre en los meses previos a la dolarización, los salarios reales cayeron dramáticamente, se ampliaron los subsidios y se generaron notables distancias entre los precios relativos y los costos reales. Como consecuencia de factores como los desequilibrios acentuados en los precios relativos al momento de la dolarización, la capacidad de los oligopolios y otros agentes económicos para elevar los precios, la demanda de las remesas internacionales, y la reducción de algunos subsidios, el país mantuvo altas tasas de inflación, a pesar de la eliminación de la emisión monetaria. Aquella llegó al 91% en 2000, 22% en 2001, 9% en 2002, y 6% en 2003¹⁴⁶. Pese a su reducción, la inflación continúa siendo substancialmente superior a la internacional (3% anual). La inflación no solamente ha eliminado las ventajas alcanzadas por el sector externo en el tipo de cambio real, sino que ha

VISION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACION DEL ECUADOR

¹⁴⁶ Pobreza, Dolarización y Crisis en el Ecuador, Carlos Larrea Maldonado, Quito, 2004.

revertido la situación, afectando gravemente la competitividad internacional del país. El índice de tipo de cambio real descendió de 207 en enero de 2000 a 90 en febrero de 2003, su valor más bajo en 10 años, y luego se ha recuperado por la devaluación del dólar”¹⁴⁷.

El tipo de cambio desfavorable limita el crecimiento y diversificación de las exportaciones no petroleras. Si la inflación ecuatoriana continúa superando a la internacional, el panorama se tornará más difícil, configurando una situación similar a la argentina desde 1995. El crecimiento abultado de la importación de bienes de consumo confirma los efectos desfavorables de la dolarización. Las perspectivas para compensar las desventajas en los precios relativos de los bienes no transables mediante incrementos en la productividad del trabajo son limitadas, debido a las frágiles situaciones del sistema bancario, las altas tasas activas de interés y un contexto institucional desfavorable.

La recuperación obedece principalmente a las remesas de emigrantes, al alza del precio del petróleo y al impacto de la construcción del OCP, pero no refleja una dinamización de las exportaciones. Por el contrario, los principales productos no petroleros enfrentan problemas serios, principalmente en los casos del banano y el camarón, y ningún otro producto presenta perspectivas muy favorables. El petróleo tiene dificultades por la limitación de las reservas, la baja calidad de los crudos pesados y sus impactos ambientales negativos.

VISION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACION DEL ECUADOR

¹⁴⁷ Pobreza, Dolarización y Crisis en el Ecuador, Carlos Larrea Maldonado, Quito, 2004.

La expansión en la producción de crudos pesados tendrá un impacto limitado en el crecimiento económico, debido a la participación modesta del Estado en el excedente petrolero, y en el empleo previsto de la mayor parte de estos recursos en el pago de la deuda externa. Las reservas petroleras remanentes, evaluadas en 4.629 millones de barriles (Fretes-Cibils, Guigsale y López-Calix, 2003) permitirán la extracción de petróleo por 18 a 25 años, dependiendo de los nuevos yacimientos. El 40% de estas reservas corresponde a crudos de alta densidad con altos costos y bajos precios. En este contexto, las exportaciones no petroleras son medulares. Estas están afectadas por un tipo de cambio real desfavorable y declinante. Como telón de fondo, los productos agrícolas de exportación, y en particular los monocultivos, se hallan afectados tanto por sus precios inestables y declinantes, como por la amenaza de plagas. La experiencia reciente del camarón es ilustrativa.

El tipo de cambio real posterior a la dolarización ha generado un abaratamiento relativo de los bienes importados. La disponibilidad de crédito para consumo y las crecientes remesas de divisas de los emigrantes han facilitado un crecimiento acelerado de las importaciones, en particular de bienes de consumo. El crecimiento total de las importaciones es significativo. Su promedio mensual entre julio de 2002 y junio de 2003 es 63% mayor al de 1996.

A pesar del peso de la construcción del OCP, el rubro de mayor crecimiento es el de bienes de consumo. Como resultado, la balanza comercial se ha deteriorado dramáticamente. Este desequilibrio profundo es insostenible en el mediano plazo, sobre todo considerando el peso de la deuda externa, cuyos compromisos superan los 2.000 millones de dólares anuales, y el incierto panorama del sector externo y los precios del petróleo.

VISION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACION DEL ECUADOR

El crédito ha influido en la escasa capacidad de la economía para adaptarse a las nuevas condiciones impuestas por la dolarización. Podría haberse esperado que, ante el tipo de cambio favorable entre inicios de 1999 y fines de 2001, se produzca una expansión de las exportaciones, y posteriormente se compensen los efectos de un tipo adverso de cambio con mejoras sostenidas en la productividad. Estas transformaciones, sin embargo, presuponen una disponibilidad de crédito a tasas de interés que permitan la adecuada rentabilidad de las inversiones.

Desafortunadamente la crisis bancaria de 1999, y la quiebra de la mayor parte de los bancos privados, han creado una restricción prolongada de crédito, de forma que el crédito disponible es escaso, con tasas de interés demasiado altas, y en su mayor parte se canaliza al comercio o al consumo. El crédito para la agricultura, la industria y la construcción ha declinado en al menos el 50% respecto a sus valores previos a 1998, y la mayor parte del crédito se canaliza con fines no productivos como el consumo o el comercio.

Las tasas activas de interés se han mantenido entre el 15% y el 17% después de la dolarización, y las tasas pasivas han fluctuado entre el 7 y el 10%. Entonces el sistema financiero ha perdido en gran parte su rol de canalización del ahorro hacia la inversión. En consecuencia, las transformaciones productivas se han restringido a las empresas con acceso al crédito internacional.

El sector exportador perdió en gran medida la oportunidad generada por el tipo de cambio favorable, y actualmente carece de crédito adecuado para adecuarse a condiciones desfavorables. El resultado es un ajuste recesivo y concentrador, en el cual sobreviven únicamente las empresas grandes con acceso al crédito internacional, o aquellas establecidas en ramas menos vulnerables.

La inversión social ha declinado fuertemente. El gasto social en el Ecuador no solamente se encuentra entre los más bajos de América Latina, sino que ha sufrido una tendencia decreciente a partir de 1982 ¹⁴⁸. La caída es tan pronunciada que, en términos reales por persona, el gasto público social de 2001 fue menos de la mitad del valor alcanzado en 1981.

En síntesis, el Ecuador ha experimentado una limitada recuperación económica, atribuible a condiciones externas favorables. Sin embargo, en vista de la magnitud de la deuda externa, el tipo de cambio real sobrevaluado y la limitada competitividad del país, las perspectivas económicas de mediano plazo son poco alentadoras. El impacto positivo esperado de las exportaciones petroleras en los próximos años no permitirá alcanzar un crecimiento significativo, debido tanto a limitaciones en la calidad del crudo y las reservas existentes como a la reducida participación del Estado.

VISION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACION DEL ECUADOR

¹⁴⁸ Doctor en Economía Política (Universidad de York, Canadá) y Posdoctorado en Salud y Desarrollo (Universidad de Harvard). Profesor-investigador de Flacso-Ecuador

e. PERSPECTIVAS ECONÓMICAS.

Pese a la riqueza y diversidad de sus recursos naturales, Ecuador se ubica entre los países con mayor pobreza e inequidad social en Sudamérica. Su prolongado estancamiento refleja problemas estructurales de competitividad internacional por su débil capital humano, deficiente sistema educativo, debilidad institucional y falta de infraestructura.

Esta difícil situación se ha agravado por la creciente vulnerabilidad del país ante desastres naturales (agravados por el calentamiento global) y crisis económicas como la de 1999. La crisis condujo a la dolarización, y se esperaba que la estabilidad favoreciera la recuperación económica. Los hechos demuestran no solamente que la economía no se ha estabilizado, sino que han aparecido nuevos desequilibrios (déficit fiscal y en la balanza de pagos, tipo de cambio sobrevaluado) y que el ajuste en el futuro toma una forma recesiva, ante la rigidez de los salarios y precios a la baja.

Las perspectivas favorables de la dolarización no pudieron aprovecharse porque la reconversión productiva demandaba crédito y el sistema financiero nacional no pudo responder. El contexto actual es menos favorable, como resultado del deterioro en el tipo de cambio real, y la incertidumbre en los mercados de los productos de exportación, principalmente el petróleo.

La vulnerabilidad externa del país se acrecienta por la rigidez en el tipo de cambio. Los problemas de competitividad del país requieren una sólida institucionalidad pública para su superación. La crisis, sin embargo, aumenta la conflictividad social, reduce la gobernabilidad y aleja las perspectivas para escapar del círculo vicioso generado por la inequidad social, el estancamiento económico y la debilidad de las instituciones.

f. EFECTOS SOCIALES DE LA CRISIS Y DOLARIZACIÓN.

Para entender los efectos sociales de esta crisis, aquí se analizan en particular la pobreza, el empleo y los salarios, a partir de encuestas de hogares. La información nacional disponible sobre la pobreza desde 1995 sugiere un aumento significativo iniciado en 1998, que se habría mantenido hasta el 2000, y una declinación posterior que no compensa la totalidad del deterioro¹⁴⁹.

La pobreza subió de 56% en 1995 al 69% en 2000, declinando hasta el 61% el 2001. El deterioro se concentra principalmente en las ciudades, donde las cifras correspondientes son 42%, 60% y 52%.¹⁵⁰ En el caso de la indigencia se observa un deterioro más perdurable y una recuperación más modesta. Pobreza, salarios y empleo en las principales ciudades. A partir de las series de pobreza, salarios y empleo en Quito, Guayaquil y Cuenca, se pueden diferenciar;

VISION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACION DEL ECUADOR

¹⁴⁹ El futuro de la Dolarización en Ecuador, Written By Kurt Schuler, 2009.

¹⁵⁰ Banco Central del Ecuador, 1997, 1927-1997. Setenta Años de Información Estadística, Quito, 1997.

Deterioro social. Comprendida desde el inicio de la serie (marzo de 1998) hasta mayo de 2000 (4 meses después de la dolarización)¹⁵¹.

La pobreza asciende del 35% al 68%, los salarios reales caen en aproximadamente el 40%, y el desempleo abierto sube del 8% al 17%, con un deterioro similar en términos de subempleo. Recuperación. Entre mayo de 2000 y diciembre de 2001 se producen simultáneamente una reducción de la pobreza e indigencia, una recuperación salarial y una caída del subempleo y desempleo. Aunque la recuperación en general no llega hasta niveles previos a la crisis, es significativa.

La pobreza desciende hasta aproximadamente el 49%, el desempleo abierto cae hasta el 8% y los salarios recuperan casi todo su valor inicial. Nivelación. En 2002 la recuperación comienza a agotarse, dando lugar a un nuevo escenario con características diferentes al período previo a la crisis.

El desempleo abierto repunta hasta su nivel actual del 10%, y la pobreza e indigencia tienden a bajar lentamente, llegando a mediados de 2003 al 45% y 20% respectivamente, valores superiores a los iniciales. Sin embargo, la recuperación de los salarios reales continúa hasta alcanzar los niveles de 1998.

VISION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACION DEL ECUADOR

¹⁵¹ El futuro de la Dolarización en Ecuador, Written By Kurt Schuler, 2009

Este panorama tiene perfiles definidos por ciudades. Mientras Guayaquil sufre más fuertemente la crisis y tiene una recuperación débil, Quito presenta una evolución más simétrica en las dos fases principales, y en Cuenca la recuperación es vigorosa; tanto la pobreza como el desempleo se reducen a niveles inferiores a los de 1998.¹⁵² Pueden explicarse estas diferencias a partir de la estructura social en estas ciudades.

Guayaquil no solamente sufrió más fuertemente el impacto social del fenómeno de El Niño, sino que esta ciudad tradicionalmente tiene un sector informal más numeroso, sectores medios más débiles, mayor inequidad social, una menor presencia del sector público, y niveles más bajos de escolaridad. Cuenca, la ciudad menos afectada y la de más dinámica recuperación, se ha beneficiado de una masiva emigración internacional y las remesas de divisas, que han promovido el consumo y la construcción. Además, se ha destacado por otros factores como el turismo.

Quito se ubica en una posición intermedia. La crisis se expresa principalmente mediante el empobrecimiento de los estratos medios, y en su recuperación influyen la remesa de divisas, la migración y el repunte de la construcción Pobreza e indigencia.

El incremento de la pobreza en la primera etapa se explica por la declinación de los salarios, el aumento del desempleo y subempleo y la crisis financiera que condujo al congelamiento de los depósitos y a la virtual eliminación temporal del crédito formal. En la recuperación influye

VISION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACION DEL ECUADOR

¹⁵² Banco Central del Ecuador, 1997, 1927-1997. Setenta Años de Información Estadística, Quito, 1997.

principalmente la masiva emigración internacional desde 1998, que conduce a una reducción del desempleo.

La remesa de divisas, comparable con los ingresos petroleros, permite una recuperación del consumo de los hogares pobres. La emigración internacional no está compuesta únicamente por trabajadores no calificados, sino que incluye obreros especializados, técnicos y profesionales. Como resultado, en varias ramas comienza a observarse una escasez de mano de obra, que contribuye a la elevación de los salarios y a la reducción de la pobreza. A estos factores se añade la bonanza fiscal originada en la elevación de los precios del petróleo y la generación de empleo vinculada a la construcción el OCP. Mercado laboral. En general, el ciclo de caída y recuperación salarial se manifiesta en forma similar al desagregarlo por sexo y por sectores informal y moderno.

El análisis por ciudades revela, en contraste, no solamente diferencias significativas en los niveles salariales (atribuibles a diferencias en escolaridad a favor de Quito y Cuenca respecto a Guayaquil), sino también una recuperación más pronunciada en Cuenca, como efecto de las migraciones y remesas. Salarios y género. Hay evidencia de una situación discriminatoria contra la mujer en el mercado laboral. A igualdad de otras condiciones educación, experiencia, inserción laboral, horas de trabajo, etc. Las mujeres reciben remuneraciones inferiores a los hombres en un 13.4%.

También se observa una segmentación del mercado de trabajo, con remuneraciones menores para los trabajadores informales (20%) y de servicio doméstico (42%), bajo condiciones similares. Cabe recordar que estos sectores concentran el trabajo femenino. Otra dimensión de la discriminación laboral de la mujer se produce por su inserción más precaria. El subempleo y el desempleo afectan principalmente a las mujeres. La recuperación laboral es, además, más lenta entre las mujeres.

En enero 2003 el subempleo femenino era del 50% frente al 25% para los hombres, mientras que las correspondientes cifras para el desempleo abierto eran 11% y 6.5%. Hay también un deterioro no revertido en la calidad del empleo. La participación del sector moderno declina del 64% al 57%,¹⁵³ en beneficio tanto del sector informal como del servicio doméstico. Esta evolución confirma que la caída en el desempleo abierto no se debe a una recuperación del empleo, sino a la emigración internacional.

La recuperación en el empleo adecuado es consecuencia principalmente del alza en los salarios reales, que reduce el subempleo invisible (debido a baja productividad). Pese a su declinación, el subempleo afecta al 40% de la fuerza laboral, superando el 50% en Guayaquil. En síntesis, la situación actual muestra una recuperación salarial amplia, aunque no completa ni uniforme, acompañada de una caída de la pobreza y el desempleo hasta límites cercanos a los iniciales. Sin embargo, en 2003 se observa un repunte del desempleo abierto, que habría ascendido del 8% en enero al 10% en junio.

VISION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACION DEL ECUADOR

¹⁵³ Banco Central del Ecuador, 1997, 1927-1997. Setenta Años de Información Estadística, Quito, 1997.

g. EVALUACIÓN Y PERSPECTIVAS.

La dolarización en Ecuador ha logrado consolidarse en su crítica etapa inicial, principalmente debido a condiciones externas favorables, como los precios del petróleo, las remesas de divisas y la construcción del OCP. La inflación ha socavado la competitividad internacional del país, dificultando la diversificación y crecimiento de exportaciones no petroleras. El incremento proyectado en la producción petrolera, central en la estrategia de recuperación promovido por el Estado, difícilmente alcanzará una magnitud y estabilidad suficientes para sustentar por sí solo una recuperación consistente. Los límites de esta estrategia se originan en las reducidas reservas, la baja calidad del crudo y la limitada participación del Estado.

Las perspectivas de crecimiento se ven limitadas por la sobrevaloración del tipo de cambio, por los problemas del sector externo y por factores estructurales como la deuda externa y las condiciones institucionales y de desarrollo tecnológico en el país. Aunque a partir de 2000 se observa una recuperación en las condiciones sociales en el área urbana reducción de la pobreza, aumento salarial y caída en el desempleo la consolidación y continuidad de esta evolución favorable parecen, al menos, inciertas. La recuperación se ha originado principalmente en la masiva emigración internacional (que ha aliviado la sobreoferta laboral y ha conducido a una recuperación de los salarios) y a la remesa de divisas, que bordea el 6% del PIB¹⁵⁴.

VISION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACION DEL ECUADOR

¹⁵⁴ Larrea, Carlos, 2004, "Dolarización y desarrollo humano en Ecuador", en ICONOS No.19, FlacsoEcuador, Quito, pp.43-53.

No hay una reactivación consistente en el aparato productivo, ya que ésta última se ha concentrado en una sola rama de limitada articulación con la economía nacional: el sector petrolero. En un futuro con crecimiento económico modesto, la mejora en las condiciones de vida va a depender de la capacidad y efectividad del sector público para implementar políticas sociales con efectos dinamizadores y redistributivos.

Estas políticas requieren una inversión substancial en formación de capital humano (educación, ciencia y tecnología, nutrición y salud), la formación de empleo productivo entre las pequeñas y medianas empresas en sectores estratégicos de la economía y un apoyo consistente a los campesinos y pequeños productores rurales, acompañado de una redistribución de la tenencia de la tierra.

Si, por el contrario, las políticas sociales siguen basadas en las expectativas de una distribución progresiva de los frutos del crecimiento por mecanismos de mercado, como ha ocurrido en las últimas décadas, las perspectivas de una mejora en las condiciones de vida serán efímeras.

h. CRISIS, DOLARIZACIÓN Y DESARROLLO.

El objetivo central del desarrollo es la satisfacción sustentable de las necesidades humanas, incluyendo tanto las necesidades básicas como la participación libre de las personas en la construcción de su destino bajo sus propias pautas culturales¹⁵⁵.

La sustentabilidad implica un desarrollo que mantenga y preserve los recursos naturales en armonía con las necesidades humanas. La pobreza es una situación estructural que impide a las personas la satisfacción de sus necesidades básicas, excluyéndolas del umbral mínimo para la expansión de sus potencialidades humanas.

La pobreza constituye, como tal, la carencia y negación de los prerrequisitos para el desarrollo humano. En el caso ecuatoriano, la capacidad económica actual permitiría holgadamente la satisfacción de las necesidades básicas de toda la población, ya que el ingreso por habitante es aproximadamente el doble de la línea de pobreza¹⁵⁶.

La pobreza masiva es una consecuencia de la desigualdad social. La inequidad social se constituye en el obstáculo principal para el desarrollo humano. El uso no sustentable de los recursos naturales amenaza la satisfacción de las necesidades de las generaciones futuras y genera la inequidad intergeneracional, una segunda dimensión de desigualdad que se añade a las diferencias sociales en el presente.

VISION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACION DEL ECUADOR

¹⁵⁵ La dolarización en Ecuador; Ensayo y Crisis, Mauricio Dávalos Guevara, Quito, 2004.

¹⁵⁶ La dolarización en Ecuador; Ensayo y Crisis, Mauricio Dávalos Guevara, Quito, 2004.

La sociedad ecuatoriana sufre desde la colonia por la pobreza masiva y grandes desigualdades sociales, étnicas, regionales y de género. La inserción del Ecuador en el mercado mundial se ha fundamentado en ventajas comparativas tradicionales, como la abundancia de mano de obra barata no calificada, y la riqueza de sus recursos naturales, muchos de ellos no renovables, con frecuencia explotados en forma no sustentable¹⁵⁷. En estas condiciones, el crecimiento económico ha consolidado la inequidad social y se ha fundamentado en ella, y también ha conducido a una explotación no sustentable de los recursos naturales.

Las políticas ajuste estructural no han logrado restablecer el crecimiento económico, y han tenido un costo elevado sobre la pobreza, la distribución de la riqueza y el empleo. Adicionalmente, la capacidad institucional, reguladora y redistributiva del Estado se ha debilitado, y la presión de la economía sobre los recursos naturales ha crecido como resultado del aumento de los volúmenes exportados de productos primarios, y del empleo no sustentable de los recursos naturales.

Además, la vulnerabilidad del país a crisis económicas y financieras internacionales, caídas de los precios de los productos de exportación o desastres naturales agravados por el cambio climático, se ha acrecentado. El debilitamiento del Estado y el comportamiento rentista de algunos sectores dominantes han impedido un adecuado desarrollo institucional en el país, y han fortalecido la corrupción y formas políticas clientelares y populistas, donde los intereses

VISION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACION DEL ECUADOR

¹⁵⁷ Larrea, Carlos, 2004, "Dolarización y desarrollo humano en Ecuador", en ICONOS No.19, FlacsoEcuador, Quito, pp.43-53.

particulares y de corto plazo han prevalecido ante las demandas de un proyecto nacional integrador.

En este contexto socio-político, no solamente se ha afectado el desarrollo de infraestructura básica sino que, al mismo tiempo, la calidad y cobertura de los servicios sociales básicos en educación, salud y seguridad social se han deteriorado, debilitando varios elementos centrales para la competitividad internacional en el contexto de la globalización; todo ello ha afectado la inserción internacional del país, confinándola a la exportación de un grupo de productos primarios tradicionales, en un contexto internacional en el cual las ventajas comparativas tradicionales pierden relevancia frente a otras dimensiones, vinculadas al capital humano y a la investigación científica y tecnológica, al fortalecimiento institucional y a la equidad social.

La dolarización, adoptada como una medida de emergencia en un contexto de crisis, buscaba reducir la vulnerabilidad externa, favoreciendo la convergencia de la inflación y las tasas de interés a sus niveles internacionales y reduciendo los costos de transacción con la economía mundial. Se esperaba que la estabilidad resultante impulsara el crecimiento.¹⁵⁸ Al cabo de cuatro años, estas expectativas no se han cumplido. Por el contrario, la propia dolarización ha generado desequilibrios macroeconómicos difíciles de superar.

El desajuste en los precios internos condujo a una prolongada inflación, afectando el tipo de cambio real y generando un desequilibrio crónico en la balanza de pagos, cuya superación

VISION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACION DEL ECUADOR

¹⁵⁸ Doctor en Economía Política (Universidad de York, Canadá) y Posdoctorado en Salud y Desarrollo (Universidad de Harvard). Profesor-investigador de Flacso-Ecuador, 2004.

sólo puede darse, dentro de los rígidos parámetros vigentes, por la vía recesiva, la contracción económica y el deterioro social. La escasez y el alto costo del crédito han agravado la situación, ya que el debilitado sistema financiero no canaliza del ahorro nacional hacia la reconstrucción de la estructura productiva.

En el mediano plazo, la vulnerabilidad del país ante eventuales crisis financieras internacionales, los avatares en los mercados de productos primarios en particular el petróleo o desastres naturales y climáticos es alta. En este contexto es difícil deslumbrar una contribución positiva del tipo de cambio fijo al desarrollo humano en el largo plazo.

El mantenimiento y consolidación de la dolarización demanda de una substancial inversión en capital humano y físico que eleve la productividad y conduzca a una diversificación de la oferta de bienes transables en condiciones internacionalmente competitivas.¹⁵⁹ Un cambio de esta magnitud sólo puede operarse en el mediano plazo, y requiere flujos financieros y condiciones institucionales difícilmente disponibles en el corto y mediano plazo.

El mantenimiento de la dolarización en las condiciones actuales, mediada por ajustes recesivos, conducirá a un escenario de lento crecimiento, creciente inequidad social y deterioro de los recursos naturales, difícilmente compatible con un régimen democrático.

VISION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACION DEL ECUADOR

¹⁵⁹ Doctor en Economía Política (Universidad de York, Canadá) y Posdoctorado en Salud y Desarrollo (Universidad de Harvard). Profesor-investigador de Flacso-Ecuador, 2004.

Las alternativas de retorno a un tipo de cambio flexible tampoco son simples, ni se vislumbran caminos sencillos de transición. Entre los problemas para estas vías se destacan la necesidad estabilidad y confianza de los actores económicos, la distribución social y regional de los costos y beneficios del cambio y las políticas complementarias que enfrenten los obstáculos estructurales al desarrollo, como la pobreza, la inequidad social, el deterioro de los recursos naturales, el desempleo, las carencias en educación y salud y la limitada institucionalidad.

Más allá del debate sobre el régimen cambiario, se acrecienta la evidencia de la incapacidad de las fuerzas del mercado para conducir a un crecimiento económico compatible con la equidad social, la superación de la pobreza y la armonía con la naturaleza. Las políticas de desarrollo social deben trascender su rol actual que las limita a programas asistencialistas de emergencia y a la provisión de servicios básicos de baja calidad, principalmente en educación y salud.

La estrategia alternativa que se planteo, por el contrario, busca el aprovechamiento integral del potencial de los sectores populares, mediante un apoyo a las iniciativas de generación de empleo, la dotación universal de servicios de educación y salud, encaminados al desarrollo del capital humano, como base para una transformación productiva, y el impulso a la distribución del ingreso y los activos productivos. Esta política social se constituye en el eje

de una estrategia nacional participativa hacia el desarrollo (Larrea y Sánchez, 2002, Coraggio et. al., 2001¹⁶⁰).

Los principios de equidad y respeto a la diversidad cultural y étnica guían la propuesta. El énfasis en la equidad no solamente proviene de principios éticos y filosóficos que hacen inaceptable la desigualdad social prevaleciente en el Ecuador, sino también de la necesidad de constituir bases sólidas para una estrategia participativa de desarrollo social y ambientalmente sustentable. La igualdad de oportunidades y derechos no se opone a la diversidad de culturas, posiciones políticas y opiniones. El Ecuador debe reforzar su carácter multicultural.

La estrategia social propuesta se articula en torno a tres líneas complementarias de acción:: la promoción de empleo productivo, el desarrollo del capital y las potencialidades humanas y las políticas redistributivas.¹⁶¹ La política de promoción de empleo productivo se basa en el apoyo integral a sistemas productivos socialmente eficientes y económicamente sostenibles, a partir de la articulación de micro, pequeñas y medianas empresas y organizaciones económicas cooperativas y comunitarias. Sus instrumentos básicos son la provisión de crédito, capacitación, asistencia técnica, información e investigación en ciencia y tecnología para fortalecer este sector.

Esta estrategia está concebida como un marco de acción transversal, integrador y estructuran del conjunto de las políticas sociales y económicas en el corto y mediano plazo, y no

VISION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACION DEL ECUADOR

¹⁶⁰ Larrea, Carlos, 2004, "Dolarización y desarrollo humano en Ecuador", en ICONOS No.19, Flacso Ecuador, Quito, pp.43-53.

¹⁶¹ Doctor en Economía Política (Universidad de York, Canadá) y Posdoctorado en Salud y Desarrollo (Universidad de Harvard). Profesor-investigador de Flacso-Ecuador, 2004

meramente como una política sectorial al lado de otras políticas sociales. Las políticas de desarrollo del capital y potencialidades humanas se proponen, en primer lugar, consolidar el acceso universal a una educación dignificante, que promueva la creatividad y participación, respetando y fomentando la diversidad cultural y étnica del país, y preparando los recursos humanos para enfrentar adecuadamente los retos del desarrollo científico y tecnológico del futuro¹⁶²; adicionalmente, se promueve un sistema de capacitación laboral que fortalezca el empleo productivo, prevenga el desempleo y democratice el acceso al conocimiento técnico entre los trabajadores; finalmente, se plantea la consolidación de un acceso universal a servicios primarios de salud y protección social, reduciendo la inequidad actualmente existente en este campo, y protegiendo, de manera especial, a los grupos más vulnerables de la población, como los niños.

Finalmente, las políticas redistributivas se proponen promover directamente la equidad social, no solamente ampliando las oportunidades de acceso a los activos productivos (como la tierra, el crédito y la asistencia técnica a los sectores populares) y mejorando su calidad, mediante programas de riego, conservación y recuperación de suelos, control de la erosión, etc.,¹⁶³ sino también fomentando su capacidad productiva mediante programas de asistencia técnica, capacitación y educación.

Estas tres estrategias se complementan mutuamente para su aplicación en un contexto participativo, que integre esfuerzos del estado central, los gobiernos locales, las agencias de

VISION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACION DEL ECUADOR

¹⁶² Larrea, Carlos, 2004, "Dolarización y desarrollo humano en Ecuador", en ICONOS No.19, Flacso Ecuador, Quito, pp.43-53.

¹⁶³ Doctor en Economía Política (Universidad de York, Canadá) y Posdoctorado en Salud y Desarrollo (Universidad de Harvard). Profesor-investigador de Flacso-Ecuador, 2004.

promoción social y organizaciones de base. Su implementación requiere la consolidación y el fortalecimiento de la institucionalidad del Estado y la promoción simultánea de un esfuerzo de diversificación productiva que apoye la soberanía alimentaria y promueva nuevas formas de inserción internacional sobre bases sustentables, como el turismo y ecoturismo¹⁶⁴. Los rumbos futuros de la sociedad ecuatoriana están condicionados por factores políticos, el contexto internacional y, en última instancia, la capacidad de los actores sociales, y en particular los sectores subalternos, para superar los obstáculos para la construcción participativa de su propio destino.

i. EXCLUSIÓN Y RESIDENCIA.

Las mayores disparidades en las oportunidades de vida de los ecuatorianos se registran entre el campo y las ciudades. La pobreza es un ejemplo: a fines del 2001, el 62% de los habitantes del campo vivía en condiciones de pobreza de ingresos, en comparación con el 35% de los residentes de las ciudades. Lo mismo ocurre con la educación: la población del campo tiene la mitad de escolaridad formal que la urbana y cuatro veces la tasa de analfabetismo.

VISION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACION DEL ECUADOR

¹⁶⁴ Doctor en Economía Política (Universidad de York, Canadá) y Posdoctorado en Salud y Desarrollo (Universidad de Harvard). Profesor-investigador de Flacso-Ecuador, 2004

j. EXCLUSIÓN Y GÉNERO.

Son las mujeres y entre ellas, las que viven en el campo, quienes más privaciones sufren. Las desigualdades entre hombres y mujeres se manifiestan aún en el acceso a servicios, al mercado de trabajo y a la vida pública. La desocupación es mayor entre las mujeres y gran parte del trabajo que ellas realizan es mal remunerado o no tiene remuneración. Las mujeres tienen, además, menos voz que los hombres en la esfera pública ocupan apenas el 31% de los puestos ejecutivos y el 25% de los cargos locales de elección popular.

k. EXCLUSIÓN Y ETNICIDAD.

Los grupos indígenas y negros no tienen igual acceso a los servicios sociales y acciones de desarrollo. En 1999, el 89% de la población indígena del campo vivía en hogares con un consumo inferior a la línea de pobreza, en contraste con el 56% de la población total del país. El déficit de la población indígena en la obtención de educación secundaria y superior con relación a los ecuatorianos no indígenas es cercano al 90%. La exclusión social es aún más acentuada en lo que respecta a la población afro ecuatoriana.

l. LA EXCLUSIÓN Y EL CICLO DE VIDA.

Los niños y adolescentes son un grupo particularmente vulnerable. En el 2000, el 63% de los menores de 18 años de edad vivía en la pobreza. Los adultos mayores son también un grupo

VISION DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA SITUACION DEL ECUADOR

de riesgo. Según el último censo de población, el 9% de la población del país tiene más de 60 años en contraste con el 6% en 1990. Sus condiciones de vida están afectadas por el analfabetismo, la pobreza y la falta de seguridad social.

m. INEQUIDAD Y EXCLUSIÓN

La sociedad ecuatoriana se caracteriza por prácticas culturales, sociales, económicas y políticas que dan lugar a la distribución desigual de los beneficios y costos del desarrollo económico y social. En conjunto, estos mecanismos de exclusión se refuerzan entre sí y conforman un círculo de reproducción de la inequidad. Son mecanismos que determinan las oportunidades de vida de la generación actual y si no se modifican definirán el ejercicio de los derechos de las generaciones siguientes.

XII. DESARROLLO Y POLÍTICAS PÚBLICAS.

DESARROLLO Y POLITICAS PUBLICAS

La economía y las políticas públicas es lo que podría llamarse el “modelo de desarrollo” del país, tienen consecuencias directas para el bienestar de la población y contribuyen a la durabilidad de la exclusión. Las consecuencias se originan en una estructura productiva con limitada capacidad de crecimiento y creación de empleo productivo, un uso intensivo de recursos naturales con altos costos ambientales, y una acción pública con escasa capacidad de redistribución a través de los servicios sociales básicos.

a. DÉBIL CRECIMIENTO ECONÓMICO.

Las dos últimas décadas han tenido un saldo nulo en cuanto a crecimiento económico¹⁶⁵. Si bien luego de la crisis reciente la economía ha crecido nuevamente, al país le tomará varios años alcanzar los niveles de producción promedio anteriores a 1998. El crecimiento en el mediano plazo enfrenta dos obstáculos: una estructura productiva concentradora y dependiente de los recursos naturales y un mercado de trabajo de baja productividad y niveles de remuneración. Estas limitaciones se traducen, a su vez, en riesgos para la seguridad alimentaria y dificultan la competitividad del país en los mercados internacionales.

DESARROLLO Y POLITICAS PUBLICAS

¹⁶⁵ *Evaluación Común de País (CCA) – Ecuador 2 de 76*, Sistema de las Naciones Unidas en el Ecuador, Fundación Observatorio Social del Ecuador, *Organizaciones sociales de desarrollo. Directorio 2000-2001*.

b. ESTRUCTURA PRODUCTIVA CONCENTRADORA.

El Ecuador ha sido principalmente un país exportador y sus ventajas en el mercado mundial se han basado en el costo de sus recursos naturales y humanos. Las exportaciones se componen de un número reducido de productos primarios, agrícolas y extractivos. Esta dependencia en los recursos naturales ha contribuido a varias características de la economía: la vulnerabilidad a los cambios del mercado internacional, los costos ambientales de actividad productiva, y una competitividad mundial basada en el bajo costo de sus insumos y no en la productividad. Otra característica de la economía es la tendencia monopólica de muchos sectores.

c. PRECARIEDAD LABORAL.

La economía tiene poca capacidad para generar empleo productivo. La demanda de trabajo ha crecido más rápidamente que la población debida, en parte, a la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo. Pero la precariedad laboral ha sido una condición crónica. La ocupación se caracteriza por la preponderancia, por un lado, del comercio y los servicios y, por otro, de la informalidad y el subempleo. A esto se suma la persistencia de la desocupación que afecta en mayor grado a mujeres, jóvenes y población con mejores niveles de instrucción y la escasa cobertura de la seguridad social. En los últimos años, para muchos ecuatorianos la emigración al extranjero ha sido una salida a la falta de oportunidades de trabajo.

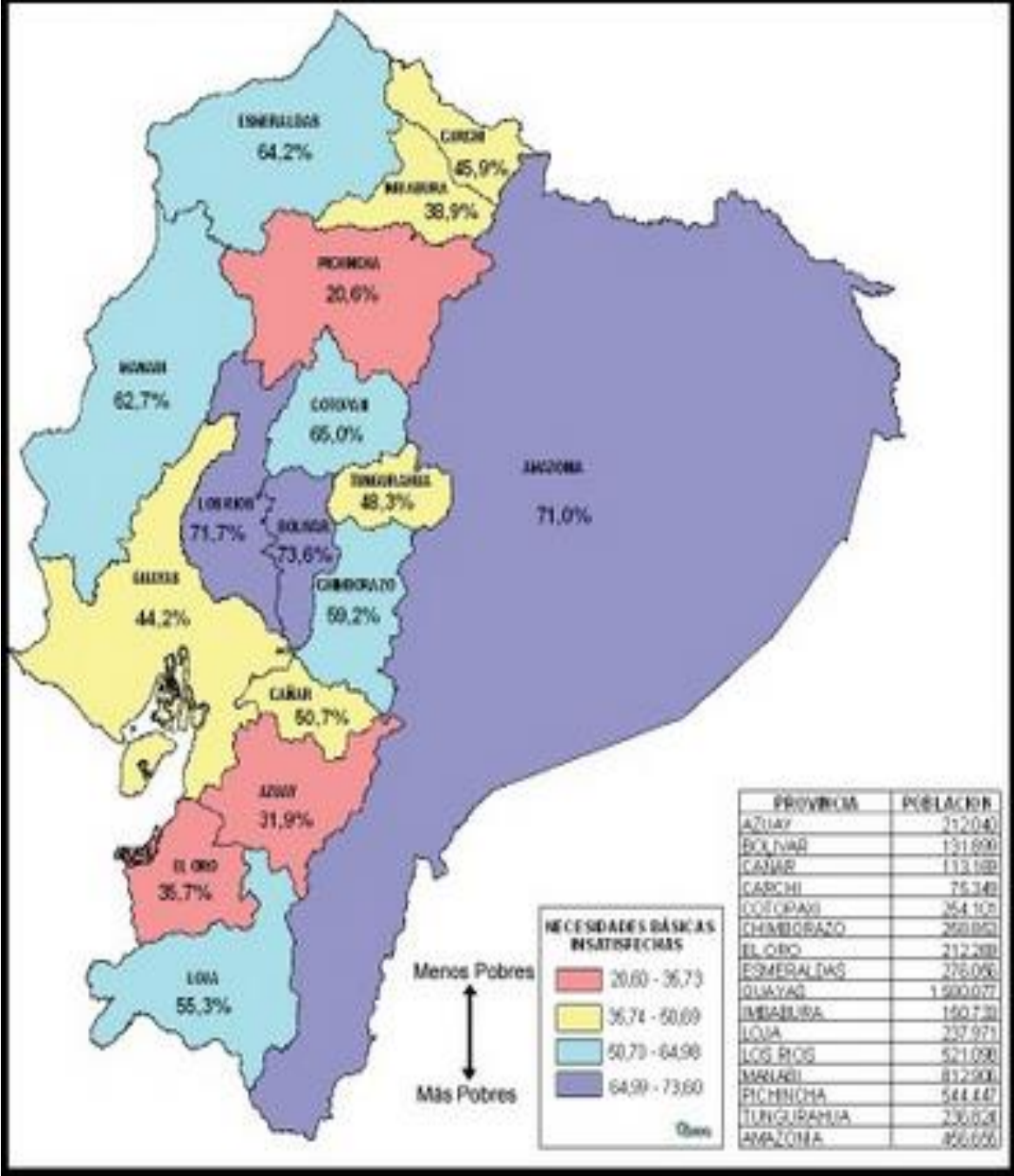
DESARROLLO Y POLITICAS PUBLICAS

d. MAPA DE LA POBREZA PROVINCIAL (2005 - 2006).

Los mapas de pobreza son una herramienta útil para el conocimiento de la realidad social de un país, porque identifican geográficamente indicadores de pobreza, no sólo a nivel regional o provincial, sino también a niveles más desagregados como cantonal y parroquial; constituyéndose de esta manera en un instrumento de focalización para el Estado Ecuatoriano y los hacedores de políticas que trabajan en la implementación de proyectos de desarrollo social dirigidos a la reducción de la pobreza de manera más eficiente¹⁶⁶.

¹⁶⁶ CEPAL. "Ecuador: Mapa de Necesidades Básicas Insatisfechas", 1989

Grafico # 31 - Pobreza por Provincias, 2005 - 2006.



e. INCIDENCIA DE LA POBREZA Y POBREZA EXTREMA POR CIUDAD.

“Según la última Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo (ENEMDU) del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). La pobreza por ingresos en diciembre del 2013 se ubicó en 25,55%, 1,76 puntos menos que lo registrado en el mismo mes del 2012, cuando llegó a 27,31%. La pobreza rural es la que más aportó a este comportamiento con una caída de 7,04 puntos al pasar de 49,07% en diciembre del 2012 a 42,03% el último mes del 2013”¹⁶⁷.

“El INEC publicó el onceavo día hábil de enero el reporte de Indicadores laborales, La extrema pobreza bajó 2,57 puntos. En el 2013, la extrema pobreza llegó a 8,61% frente al 11,18% del 2012. Así también la pobreza extrema rural registró una caída al pasar de 23,30% en diciembre del 2012 a 17,39% en el 2013, lo que representa 5,91 puntos menos. En diciembre de 2013, la línea de pobreza se ubicó en 2,60 dólares per cápita diarios. En términos de desigualdad, la cifra no muestra cambios estadísticamente significativos. Así el coeficiente de GINI se ubicó en 0,485 frente al 0,477 del 2012. El coeficiente de GINI es el índice que mide la desigualdad de los ingresos entre la población, en un intervalo de 0 a 1 (el 0 corresponde a la perfecta igualdad). Dentro de las cifras laborales, el desempleo en el país se ubicó en 4,15% frente a 4,12% de diciembre del 2012”¹⁶⁸.

DESARROLLO Y POLITICAS PUBLICAS

¹⁶⁷ <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/pobreza-en-ecuador-cierra-el-2013-con-una-caida-de-176-puntos/>

¹⁶⁸ <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/pobreza-en-ecuador-cierra-el-2013-con-una-caida-de-176-puntos/>

Grafico # 32 - Cifras de Pobreza y pobreza extrema, 2010 - 2013.



Fuente: INEC / EL COMERCIO

“Según señaló el INEC en su informe, las cifras de pobreza en el país no registraron una variación significativa en el último año, según los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Según la entidad, la pobreza nacional en junio del 2013, se ubicó en 23,69%,

lo que significó una caída de 1,66 puntos porcentuales respecto a junio del 2012. “No existen diferencias significativas respecto a junio 2012”¹⁶⁹.

“En dos de las cinco ciudades auto-representadas existe una variación positiva de la pobreza urbana entre diciembre 2012 y diciembre 2013. Este crecimiento es estadísticamente significativo en Guayaquil. La ciudad que registra la mayor incidencia de pobreza en diciembre 2013 es Guayaquil (16.66%) y la ciudad que registra el menor nivel de pobreza es Cuenca (4.99%)”¹⁷⁰.

Tabla # 10 - POBREZA POR INGRESOS POR CIUDADES

Ciudad	mar-11	jun-11	sep-11	dic-11	mar-12	jun-12	sep-12	dic-12	mar-13	jun-13	sep-13	dic-13
Quito	10,33%	9,01%	9,64%	9,13%	8,97%	7,85%	6,26%	7,95%	10,85%	8,35%	9,77%	6,08%
Guayaquil	19,21%	15,59%	11,11%	9,11%	11,04%	10,04%	12,48%	7,21%	12,77%	13,75%	13,19%	16,66%
Cuenca	12,39%	11,75%	7,99%	5,19%	9,72%	7,06%	7,65%	10,08%	9,17%	6,01%	4,15%	4,99%
Machala	14,76%	12,49%	11,78%	12,02%	9,51%	9,19%	10,42%	9,50%	11,98%	12,82%	11,97%	12,26%
Ambato	10,58%	12,83%	8,93%	9,78%	8,04%	10,93%	5,78%	8,03%	10,54%	10,54%	10,47%	7,38%

FUENTE: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSO.

DESARROLLO Y POLITICAS PUBLICAS

¹⁶⁹ Diego Sánchez de la Cruz, Análisis Económico, Evolución de la pobreza en Perú y Ecuador, 30 de julio del 2013.

¹⁷⁰ www.inec.gob.ec, REPORTE POBREZA POR INGRESOS, DICIEMBRE, 2013.

“Respecto a la pobreza extrema, en tres de las cinco ciudades auto-representadas existe una variación positiva en el periodo de referencia. Estos crecimientos no son estadísticamente significativos. La ciudad con mayor incidencia de pobreza extrema es Machala que varía en 1.66 puntos porcentuales, resultado de la comparación entre los dos meses”¹⁷¹.

Tabla # 11 - POBREZA EXTREMA POR CIUDADES

Ciudad	mar-11	jun-11	sep-11	dic-11	mar-12	jun-12	sep-12	dic-12	mar-13	jun-13	sep-13	dic-13
Quito	3,40%	2,86%	3,03%	2,07%	3,12%	2,33%	1,13%	2,31%	2,55%	2,09%	2,81%	2,42%
Guayaquil	3,63%	3,33%	2,49%	1,86%	2,09%	1,34%	3,06%	1,25%	3,59%	3,93%	2,36%	2,46%
Cuenca	4,16%	2,99%	1,97%	1,59%	3,28%	1,84%	1,32%	1,45%	2,44%	1,44%	0,46%	0,83%
Machala	3,81%	3,44%	2,04%	2,47%	0,94%	1,26%	0,87%	0,84%	0,80%	3,16%	2,06%	2,50%
Ambato	1,34%	2,79%	2,46%	2,42%	1,49%	1,96%	1,36%	1,54%	3,55%	3,88%	3,83%	1,30%

FUENTE: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSO.

¹⁷¹ www.ecuadorencifras.com, REPORTE POBREZA POR INGRESOS, DICIEMBRE , 2013

XIII. POLÍTICA DEL ECUADOR / POLÍTICA SECTORIALES.

POLITICA DEL ECUADOR / POLITICA SECTORIAL

Ecuador en materia de salud desarrolla una política basada en el plan de desarrollo y del buen vivir, la misma que ha generado, un impacto importante en todos los estratos sociales gracias a políticas referentes a esta área. Sin embargo aun se generan dudas sobre los resultados de la fuerte inversión en materia de Salud.

El Sistema de Salud del Ecuador se caracteriza por la segmentación en sectores, privado y público. Como en otros países andinos de la zona, un sistema de seguridad social financiado por cotizaciones de los trabajadores del sector formal coexiste con sistemas privados para la población de mayor poder adquisitivo y con intervenciones de salud pública y redes asistenciales para los más pobres.

La estructura del sector salud en Ecuador, como se ha indicado, está claramente segmentada. Existen múltiples financiadores y proveedores: Ministerio de Salud, Seguro Social IESS, ICS, ONG, etc., que actúan independientemente. La cobertura de la seguridad social es relativamente baja (IESS 10% y Seguro Campesino 10%) y la red asistencial pública muy limitada quedando aproximadamente sin cobertura un 30% de la población. Otros prestadores que cubren pequeñas cuotas de aseguramiento son: la Sociedad Ecuatoriana de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y los servicios de la Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional¹⁷².

POLITICA DEL ECUADOR / POLITICA SECTORIAL

¹⁷² Dirección Nacional de Articulación del Sistema Nacional de Salud y Red de Salud Pública Y Complementaria, de la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN), 2004, p. 508

La consulta nacional de 1997 atribuye cuatro roles del estado en salud:

- Promoción de la salud.
- Garantía de acceso equitativo a la atención.
- Provisión descentralizada de los servicios.

La estructura dependiente del MSP está muy debilitada por la falta de presupuesto y su capacidad de liderar el sector salud es por el momento limitada.

La red de servicios de salud dependiente del Ministerio de Salud Pública (MSP) se estructura de forma regionalizada con dos niveles de descentralización: el provincial (direcciones provinciales de salud) y cantonal (áreas de salud). Las áreas de salud no siempre coinciden con la delimitación del cantón.

El principal problema que tienen las redes de salud es la escasez de personal y su limitada capacidad de resolución en atención primaria y especializada de nivel cantonal y provincial. Efectivamente, los médicos de MSP están contratados por 4 horas/día recibiendo un salario en torno a los 450 U\$/mes (incluidas bonificaciones). Se estima que en el medio rural existen menos de dos médicos de planta por 10.000 habitantes, el resto de médicos son residentes que hacen su año rural.

El gasto en salud total per capital en dólares internacionales (2001) es de 177 dólares. Dicho gasto, presenta una gran desigualdad en relación con el tipo de cobertura. Se estima que gasto

per capital para los afiliados al IESS es de 145 dólares mientras que para la población subsidiaria del MSP es de 33 dólares, es decir una cuarta parte¹⁷³.

Existen barreras económicas, culturales y geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud y que afectan especialmente a la población pobre que vive en zonas rurales, indígena en su mayoría.

Desde 1995 se ha venido desarrollando en Ecuador un proceso de Reforma del Sector Salud, asentado sobre un proceso de descentralización y transferencia de funciones del MSP a las Municipalidades que lo soliciten. Al momento actual no existen consensos completos entre los diversos actores de cómo llevar adelante dicho proceso de descentralización, que no ha contado con decisiones políticas acordes. Esta situación, unida a la reducción muy importante de los recursos asignados al sector salud, ha repercutido en la calidad de atención, niveles de coberturas de servicios que no responden adecuadamente a las necesidades sentidas y a la realidad epidemiológica de poblaciones, especialmente en aquellas zonas más depauperadas.

POLITICA DEL ECUADOR / POLITICA SECTORIAL

¹⁷³ Ministerio de Salud Pública. Consejo Nacional de Salud (2002): Marco de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador, OPS (2001). El gasto total per cápita en salud equivale a la parte per cápita de la suma del gasto público en salud (GPuS) y el gasto privado en salud (GPrS), Ministerio de Salud Pública (2001): Cuentas nacionales en salud 1997. MSP. Quito.

A pesar de ello, tanto el MSP como el Consejo Nacional de Salud han reconocido esta situación de crisis y están comprometidos en llevar a delante el proceso de reforma del sector a nivel central y hacer lo necesario a fin de apoyar el proceso de de transferencia de funciones a los gobiernos locales. Existen leyes en las cuales se apoya la reforma del sector como:

- ✓ Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.
- ✓ Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.
- ✓ Ley de Medicamentos Genéricos de Uso Humano.
- ✓ Programa Nacional de Nutrición y alimentación.
- ✓ Ley de Descentralización y participación social.

Varias de estas leyes apoyan la descentralización del SNS en Sistemas Cantonales de Salud, la participación ciudadana y el aumento de la cobertura. No obstante, el nivel de aplicación de

estas leyes es muy reducido debido a inestabilidad política que ha sufrido el país en los últimos años¹⁷⁴.

Como ejemplo de descentralización relativa del SNS se han identificado cuatro cantones o municipalidades: Cota cachi, Pedro Moncayo, Cuenca y Guamote. Como denominador común destaca el alto grado de organización comunitaria, el apoyo político de las autoridades locales y la gran proporción de población indígena (Quichua). En todos los casos han desarrollado el plan cantonal de salud participativo pero en ningún caso han recibido fondos del Ministerio de Economía.

ECUADOR HACIA LAS METAS DEL MILENIO

¹⁷⁴ Ministerio de Salud Pública. Consejo Nacional de Salud (2002): Marco de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador, OPS (2001). El gasto total per cápita en salud equivale a la parte per cápita de la suma del gasto público en salud (GPuS) y el gasto privado en salud (GPrS), Ministerio de Salud Pública (2001): Cuentas nacionales en salud 1997. MSP. Quito.

XIV. ECUADOR HACIA LAS METAS DEL MILENIO.

ECUADOR HACIA LAS METAS DEL MILENIO

La Declaración del Milenio, estableció un conjunto de metas que los países signatarios, el Ecuador incluido, se comprometieron a cumplir hasta el año 2015. En muchos casos, las metas utilizan como punto de referencia el año 1990. Es decir, es posible evaluar la situación del país una vez que ha transcurrido una década del plazo trazado para alcanzar las metas.

Los dos primeros objetivos se refieren a la erradicación de la pobreza extrema y del hambre y plantean la reducción a la mitad, entre 1990 y 2015, de la proporción de la población cuyos ingresos sean inferiores a un dólar por día (Meta 1) y de la proporción de personas que padezcan de hambre (Meta 2). En ambos casos, el Ecuador enfrenta aún desafíos. Durante la década el país tuvo adelantos y retrocesos en los niveles de vida de su población¹⁷⁵.

El saldo final es un ligero o casi nulo avance. Si bien no existe información sobre la incidencia de la extrema pobreza en toda la población del país durante la última década, los datos de la población urbana muestran que la incidencia de la indigencia en las ciudades se mantuvo sin cambios y la pobreza se redujo levemente. Asimismo, la concentración de los ingresos uno de los determinantes del bienestar fue mayor al finalizar la década: la participación de los hogares pobres en los ingresos se redujo a la mitad.

En cuanto a la seguridad alimentaria de la población (Meta 2) la situación es similar. Las medidas de la desnutrición infantil indican un progreso limitado hacia la meta de cortar el problema por la mitad. La desnutrición global y crónica de los menores de 5 años (según

ECUADOR HACIA LAS METAS DEL MILENIO

¹⁷⁵ <http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2014-spanish.pdf>

medidas de peso y talla, respectivamente) se redujo en cerca de una quinta parte entre 1985 y 2000; es más, persisten grandes diferencias sociales en la incidencia de la desnutrición: los niños/as del campo tienen mayores riesgos que aquellos de las ciudades.

La inconstancia en el acceso de los hogares a una canasta mínima de alimentos explica este progreso limitado: durante los años de crisis económica, se incrementó el número de hogares que no podían satisfacer sus necesidades alimenticias mínimas.

El camino hacia el segundo objetivo y la meta de universalización de la enseñanza primaria (Meta 3) muestra un lento y reducido progreso. Por un lado, la cobertura de la escolarización primaria no ha cambiado significativamente durante la década: cerca de 1 de cada 10 niños/as ecuatorianos en edad escolar se encuentra aún fuera del primer nivel del sistema educativo.

Hoy en día terminan la primaria más niños/as que al inicio del decenio sin haber repetido ninguno de los grados. Por lo tanto la cobertura cuanto la eficiencia de la educación primaria muestran diferencias importantes al interior del país: las oportunidades que tienen los niños y niñas del campo para educarse son menores. En cambio, el país se encuentra muy cerca de eliminar el analfabetismo en la población joven; durante la década, la proporción de jóvenes que no saben leer y escribir fue cercana al 3%.

En su camino hacia el objetivo de igualdad de oportunidades para hombres y mujeres y autonomía de la mujer, el Ecuador tiene tanto éxitos cuanto tareas pendientes¹⁷⁶. El país ha eliminado las desigualdades entre los sexos en el sistema educativo formal desde la década pasada (meta 4).

Actualmente las mujeres no tienen desventajas en el acceso a los tres niveles de enseñanza, es más, su escolarización es actualmente mayor que la de los varones. El avance en la eliminación de la discriminación en la vida económica (meta 4.1) y pública (meta 4.2) es menor. El acceso al mercado de trabajo es aún desigual. Y, si bien el progreso durante la década pasada fue significativo, queda mucho camino para lograr el acceso equitativo de hombres y mujeres a los cargos políticos.

Al terminar el decenio, se observa una sostenida tendencia a la disminución de las muertes de los menores de 5 años (meta 5). Pero aún está lejos de la meta de reducir los niveles de mortalidad de 1990 a la tercera parte. En el transcurso de la década pasada, las muertes de los menores de 5 años y de los menores de 1 año se redujeron en una tercera parte. La reducción general de las muertes infantiles esconde, sin embargo, las desigualdades que caracterizan al país; la mortalidad sigue siendo más alta en el campo debido al retraso en la dotación de servicios y atención sanitaria.

ECUADOR HACIA LAS METAS DEL MILENIO

¹⁷⁶ <http://www.ec.undp.org/content/ecuador/es/home/mdgoverview.html>

Para alcanzar la meta, el país requiere constancia en sus acciones para prevenir las enfermedades infantiles. Desde 1990, los servicios públicos de salud tienen la capacidad para la inmunización universal; sin embargo, en algunos años de la última década la cobertura de la inmunización cayó notablemente.

La mortalidad materna (meta 6) también muestra una tendencia hacia su disminución. Si bien es preciso subrayar que en el país no se registran adecuadamente las muertes de mujeres por causas relativas a la maternidad, los datos disponibles son alentadores. En el curso de la década las muertes se redujeron en un 40%, un avance importante hacia la meta de una reducción en tres cuartas partes. Es preocupante, sin embargo, que el acceso de las embarazadas a servicios profesionales de salud no se ha ampliado en el último quinquenio.

El país enfrenta aún el desafío de controlar ciertas enfermedades. La propagación del VIH/SIDA (meta 7) ha continuado. El número de casos con relación a la población aumentó en siete veces durante la década pasada. La información sobre la enfermedad es todavía un reto. Si bien la mayoría de la población conoce la enfermedad y sabe cómo evitar el contagio, muchos tienen todavía ideas erradas. Es notable, por otro lado, la exacerbación de la malaria (meta 8) a raíz del Fenómeno de “El Niño” de 1997-98; como resultado, no sólo que el país no ha logrado reducir la incidencia de la enfermedad sino que la situación actual marca un retroceso con relación a 1990. El país tampoco ha logrado reducir la incidencia de la tuberculosis.

CONCLUSIONES

XV. CONCLUSIONES.

CONCLUSIONES

1ª) Según datos preliminares del Censo de Población y Vivienda realizado en el 2010, la población del Ecuador alcanzó los 14, 306,876 habitantes, y se calcula que la densidad demográfica es de 55.80 habitantes por kilómetro cuadrado. Subdivididos en; Mestizos 71.9 % (10.417.299), Indígenas (Indios de la sierra y Amazonia) 7 % (1.018.176), Blancos 6.1 % (882.383), Afro-Ecuatorianos (Negros) 7.2 % (1.041.589), Montubios (Indios de la costa) 7.4 % (1.070.728), Otros 0.4 % (53.354).

2ª) La población urbana representa 60,43% del total nacional; 50% de la población habita en la Costa, 45% en la Sierra, 5% en la Amazonía y 0,2% en la Región Insular. El 71,9% de la población se considera mestiza, 6,1% blanca, 6,8% indígena, 7,2% afro ecuatoriana y 7,4% montubia.

3ª) Ecuador tiene actualmente una población aproximada de 13.8 millones de personas y una relación hombres/mujeres prácticamente equilibrada (100 %). Por su perfil etaria, sigue caracterizándose por ser un país eminentemente joven; cerca de un tercio de su población (32%) tiene menos de 15 años de edad y apenas el 6%, más de 65 años. Los hombres predominan entre las personas menores de 15 años, mientras que las mujeres entre las de 65 y más años de edad; el índice de masculinidad en el primer caso es de 100 % y en el segundo de 88%.

CONCLUSIONES

4ª) En el período 1990- 2000 la población aumentó a una velocidad promedio anual de 1.8%, durante estos últimos 8 años (2000-2008), lo hizo a un ritmo cercano al 1.4%; así mismo, la población se redujo de 34.5% a 31.2% a la vez que aumentó la de la población de 65 y más años de 5% a 6.1%.

5ª) El tamaño de la población se incrementó en un 12 %, Ecuador tiene 1.5 millones de habitantes más que los que tenía al finalizar el siglo anterior (13.8 millones en 2008 frente a 12.3 millones en el 2000). De este número adicional de personas, 740 mil son hombres y 760 mil son mujeres.

6ª) En el 2006, la población total del país era de 13.408.270 habitantes con una estructura demográfica de población predominantemente joven. En el censo registrado en el 2010 la población de 14'204.900 y en la actualidad 2015 de 16'225.00 habitantes en general, con más del 30% de menores de 15 años y un índice de envejecimiento del 25,97%.

7ª) Ecuador crece 2.5 millones de habitantes cada 10 años. La diferencia entre el censo del 2001 al 2010 fue de 9 años y no 11 años como entre 1990 y el 2001, cuando el Ecuador subió su población de 9.6 millones en 1990 a 12.2 millones en el 2001, Una diferencia de 2.6 millones de habitantes en 11 años, y de 12.1 millones de habitantes en el 2001 a 14.5 millones en el 2010, Una diferencia de 2.4 millones de habitantes en 9 años.

CONCLUSIONES

8ª) Se estima que para el próximo censo que sería en el año 2020 la población ecuatoriana sería de 17 a 17.5 millones de habitantes y para el 2030 el Ecuador tendría 21 millones de habitantes.

9ª) La demanda por servicios de salud de la población adulta mayor crecerá a una velocidad significativamente superior a la de la población entre 15 y 64 años (3,8% frente a 1,9%, respectivamente), a la vez que aquellas personas menores de 15 años se tornará negativa (-0,2%). Proyectando que la población de 5 a 14 años empezará a disminuir desde el 2010.

10ª) La educación media de la población ecuatoriana se sitúa entre 15 y 17 años aumentaría su tamaño hasta el año 2015, después de lo cual comenzaría a reducirse numéricamente. A diferencia de la población que potencialmente demandaría educación superior, es decir aquella comprendida entre los 18 y 24 años, incrementará su tamaño durante los próximos 17 años. Pasará de 1'809.000 personas a 1'983.000 entre 2008 y 2025.

11ª) Cada año se integren a la fuerza laboral 170.000 personas. Siendo así, mantener la actual tasa de desempleo alrededor del 7% hacia el año 2025, requerirá crear 154.000 empleos anuales.

CONCLUSIONES

12ª) La esperanza de vida al nacer para el 2005–2010 alcanzó los 75 años (hombres 72 y mujeres 78 años). La tasa global de fecundidad para el mismo período fue de 2,6 hijos por mujer. La inscripción oportuna de nacidos vivos pasó de 53,7% en 2006 a 62,3% en 2010. Durante el mismo período la tasa bruta de mortalidad se mantuvo en 4,3 %.

13ª) El presupuesto del sector salud pasó de USD 115,5 millones en el 2000 a USD 561,7 millones en el 2006. El presupuesto del Gobierno Central (PGC) y del PIB, aumentó del 2.7% al 6.6% del PGC y del 0.7% al 1.4% del PIB. La población cubierta por un seguro de salud, alcanzó apenas un 23% en el año 2004. El más pobre es el más desprotegido ya que solo el 12% tenía un seguro de salud.

14ª) El presupuesto asignado para Educación, Salud, Trabajo, Bienestar Social; y, Desarrollo Urbano y Vivienda. Representa el 29,2% del total del PGE. Se evidencia un crecimiento importante en los recursos del Estado dirigidos al área social, en el 2011 representaron el 9,4% del PIB y en 2012 pasan a 10,9%.

15ª) En el 2008, los recursos eran de un 43%, mientras que en el 2011 se registró una tasa de crecimiento de 39%, alcanzado el 11,1% del PIB para inversión 5'043.65. La inversión pública aumento del 79%, en 2009 y 92% en el 2011. Un incremento en 2.347,7 millones de dólares en el presente año.

CONCLUSIONES

16ª) Los gastos en salud, por año es de U\$ 147.93 (Año 2004), este promedio sube a U\$ 157.29. Si se considera área urbana, y el área rural, la diferencia entre ellas es de U\$ 50.

17ª) Del 16,22% de la población que cuenta con seguro de salud público, el 30% cuenta adicionalmente con un seguro privado de salud. En el 2011 – 2013 se puso el programa de alfabetización para reducir al 2,8%, el analfabetismo que según el Censo de Población 2010, alcanzaba al 6,8% de la población.

18ª) En el sector de la salud, el presupuesto en 2006 fue de 561 millones de dólares, en 2012 fue de U\$A 1.774 millones, que representa el 6,8% del presupuesto general del Estado. De ellos, 477 millones se invirtieron en el mejoramiento de infraestructura, equipamiento y dotación de recursos humanos.

19ª) De acuerdo a las proyecciones de población publicadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), una persona nacida en el 2010 registra una esperanza de vida de 75 años, mientras que una nacida en el 2020 se esperaría que viva 77,3 años. La expectativa de vida bordearía actualmente los 75.2 - 72.3 años para la población masculina y 78.2 años para la femenina.

CONCLUSIONES

20ª) La mortalidad infantil de niños nacidos de madres indígenas (41 por mil) es 50% más elevada que la de madres mestizas (28 por mil). Para madres sin instrucción y mujeres indígenas, el parto institucional representa solamente el 36,7% y 30,1% respectivamente.

21ª) La encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, señala que los hogares más pobres gastan el 13,3% más del 30% del gasto total de consumo en servicios de salud, en los hogares más rico el 4,7%, es decir que estos hogares tiende menos a enfermarse.

22ª) Según las Tasas Globales de Fecundidad proyectadas desde 1995 a 2025 varían según sus provincias es decir; en Pichincha desde 1995 a 2000 su T.G.F. fue del 2,62 %, en el 2010 hasta el 2015 del 2,22 y proyecciones futuras del 2020 al 2025 descenderá al 2,05 %, de igual manera para el Resto de la Sierra empezando con el 3,46 % en 1995 y 2000, el 2,56 % en 2010 al 2015 y del 2020 al 2025 el 2,19, en Guayas y Galápagos entre 1995 al 2000 el 2,87 %, 2010 al 2015 el 2,05 % y su proyección para el 2020 al 2025 el 1,88 %, en el Resto de la Costa en el 1995 al 2000 el 4,86 % , en 2010 al 2015 el 2,53 % y en 2020 al 2025 del 2,18 % y en la Amazonia en 1995 al 2000 del 4,86 %, en 2010 al 2015 de 3,21 % y su proyección para el 2020 al 2025 el 2,46 %, su evolución en el período de proyección, para cada una de las Provincias varia demográficamente, además, que la TGF llegaría a converger con el promedio nacional (1,85 hijos por mujer) en el período quinquenal 2040-2045.

CONCLUSIONES

23ª) En 1.995 tuvimos una tasa de mortalidad general de 4,46 para incrementarse en el 2000 a 4,59, y presentar variaciones de 4,26 en 2007 y 4,35 en 2008. Ecuador para en 1.965 – 1970 la esperanza de vida al nacer era de 57,4 años, mientras que para el 2010 está calculada en 75 años, aumento de la longevidad y la expectativa de vida.

24ª) Según las tasas de mortalidad más altas se generan en el año 2001 y 2002 alcanzando tasas de 4,42 y 4,24 respectivamente. El año 2003, presenta un de crecimiento hasta 4,02. Mientras tanto, el año 2011 muestra un decrecimiento llegando a 4,08 respecto al año 2010 con una tasa de 4,11.

25ª) El mayor porcentaje de muertes ocurre a una edad adulta desde los 65 años en adelante alcanzando el 62,08% para el caso de las mujeres y el 50,47% para el caso de los hombres. Desde los 50 hasta los 64 años de edad, la ocurrencia de muertes es del 14,40% para el caso de las mujeres y del 15,72% para el caso de los hombres.

26ª) La tasa bruta de natalidad más alta es del 25,66 %, que se registra en el año 1990, mientras que la tasa más baja 18,42 % se registra en el año 2005. De la misma manera en el 2013, la tasa bruta de mortalidad 4 % disminuyó, siendo esta la más baja del periodo en comparación con el año 1991, 5,08 %. Con respecto a la razón de mortalidad infantil del 8,64 % se presenta en el año 2013, mientras que la más alta 21,84% se registra en el año 1990.

CONCLUSIONES

27ª) La población ecuatoriana sale del país por diferentes motivos como negocios, capacitación, etc.; 35% lo hace por turismo, 9% porque tienen su residencia en otro país y apenas un 1,4% lo hace por estudios. El principal puerto de salida es Quito y de los que migran; 26 000 declararon ser estudiantes, 18 000 amas de casa, 12 000 eran comerciantes, 8000 ingenieros ,4 000 jubilados, entre otros.

28ª) Entre 1997 y enero de 2000 la moneda se devaluó más de 80% respecto del dólar americano. En diciembre de 2000 la inflación cerró en 96%. El desempleo urbano aumentó de 9% en 1998 a 17% en 1999. En diciembre 2000 bajó a 9%, En 1999, la población en condición de pobreza llegó a 69% (55% de la población urbana; 88% de la rural).

XVI. BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Carlos Erazo, Alberto Narváez, epidemiología del Ecuador, Mejoramiento de la Vigilancia Epidemiológica en el Ecuador " I Taller Provincia del Napo Washington D.C.: OPS, 2002
- CEPAR, Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil ENDEMAIN, CEPAR, Quito, 2004.
- Compromiso de Homologación Metodológica del cálculo de pobreza, Desigualdad y de Indicadores Sociales, Condiciones de Vida (ECV), Instituto nacional de estadística y censo, 2005 – 2006.
- Demografía del Ecuador, Instituto ecuatoriano de Estadística y censo, 2012.
- Dirección Nacional de Articulación del Sistema Nacional de Salud y Red de Salud Pública Y Complementaria, de la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN), 2004, p. 508
- Ecuador hoy y en el 2025, evolución demográfica, secretaria nacional de planificación y desarrollo, Senplandes, Quito, diciembre de 2008.

BIBLIOGRAFIA

- Francisco Valdez, Jean Joinville Vacher, Agricultura Ancestral, Camellones y Albarradas: Contexto Social, estudios sobre demografía y asentamientos de la zona de Otavalo en el siglo XVI son consistentes con una a la luz de las fuentes históricas, como un rasgo esencial de los Andes septentrionales de Ecuador en los siglos XV y XVI. Pag.121.

- Helenio Ferrer Gracia, Fundamentos de Salud Pública, La Habana, 2004

- Herrera Inés y Luis Riva deneira, Algunos efectos sociales y económicos del proceso de envejecimiento demográfico en el Ecuador, Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Económicas, Quito, 2008.

- Informe sobre Desarrollo Humano Ecuador, Visión del sistema de las Naciones Unidas sobre la situación del Ecuador, Sistema de las Naciones Unidas, 2001.

- INEC, CEPAL, Ecuador: Estimaciones y Proyecciones de población 1950-2025, Quito, Octubre 2003.

- INEC, Anuario de Estadísticas Vitales; Nacimientos y Defunciones, 2005, Quito, 2006 (Base de datos).

BIBLIOGRAFIA

- INEC, Universidad Central del Ecuador, La mortalidad en el Ecuador: periodo 1990-2001, INEC, Quito, 2006.

- INEC, Encuesta Nacional de Fecundidad 1979.

- La Cultura popular en el Ecuador, La incidencia de factores como la cultura, el proceso socio productivo, el proceso histórico, la etnicidad, etc. trasciende. En este sentido siempre podrá ser cuestionada la división provincial del Ecuador. Pag.30

- Las condiciones de vida de los Ecuatorianos, Instituto nacional de estadística y censo, Pobreza y desigualdad, 2005 – 2006.

- La construcción de las políticas sociales en Ecuador durante los años ochenta y noventa: sentidos, contextos y resultados, división de Desarrollo Social, Santiago de Chile, febrero del 2005.

- Ministerio de Salud Pública. Consejo Nacional de Salud (2002): Marco de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador, OPS (2001). El gasto total per cápita en salud equivale a la parte per cápita de la suma del gasto público en salud (GPuS) y el gasto

BIBLIOGRAFIA

privado en salud (GPrS), Ministerio de Salud Pública (2001): Cuentas nacionales en salud 1997. MSP. Quito.

- MINISTERIO DE FINANZAS DEL ECUADOR. (2009). Directrices Presupuestarias para el año 2010. Oficio Circular No. MF-SP-CDPP-2009-1372, de 30 de abril del 2009.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2012). Presupuesto codificado 2008.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2012). Presupuesto codificado 2009.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2012). Presupuesto codificado 2010.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2012). Presupuesto codificado 2011.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2012). Presupuesto codificado 2012.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2012). Producción Institucional 2008.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2012). Producción Institucional 2011.

BIBLIOGRAFIA

- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2012). Sistema regionalizado de Salud 2009.

- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2012). Sistema regionalizado de Salud 2010.

- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la, organización mundial de *la salud, Tendencias Demográficas y de Mortalidad en la Región de las Américas, Boletín Epidemiológico / OPS, Vol. 23, No. 3 2002.

- Objetivos de desarrollo del milenio, Estado de situación 2006, Base elaborada para el plan participativo de desarrollo, Quito 2005-2015.

- OMS/OPS. (2000). Macro determinantes de la inequidad en salud. XXXV Reunión del Comité• Asesor de Investigaciones en Salud. La Habana, Cuba. 2000. Pág. 4.

- OMS/OPS. (2007). La Renovación de la Atención Primaria en las Américas

- Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud, División de desarrollo de sistemas y servicios de salud en Ecuador, 2ºedi, 8 de noviembre de 2001.

BIBLIOGRAFIA

- Ulpiano Navarro Andrade, Geografía económica del Ecuador, geografía aplicada, Volumen 1, pag.191

- Serge Allou ,El Espacio urbano en el Ecuador, red urbana, región y crecimiento, 307 páginas

- Socialismo y participación, , La noción de crisis perdería sentido si se aplicase esta dimensión a países como Italia, Ecuador o Bolivia, que conviven ... De igual manera, la incidencia de la política en la economía tiene en Ecuador un peso que no tiene en Italia. ed. Socialismo y Participación 2003, pág. 95-98.

- SENPLADES/UNFPA, Población, desigualdades y políticas públicas: Análisis de la Situación en Población en Ecuador, Quito, 2008 (documento preliminar).

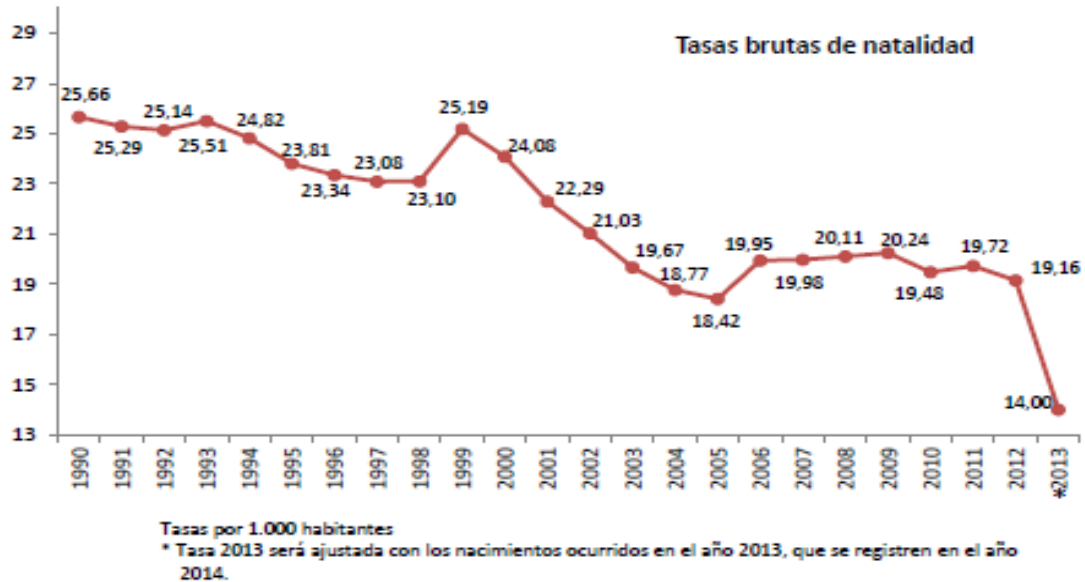
- Visión del sistema de las Naciones Unidas sobre la situación del Ecuador, evaluación común de país, 11 de septiembre del 2003, Quito- Ecuador.

ANEXOS

XVII. ANEXOS

ANEXOS

**Grafico # 1 - Anexos - Tasas brutas de natalidad, periodo 1990 -
2013.**

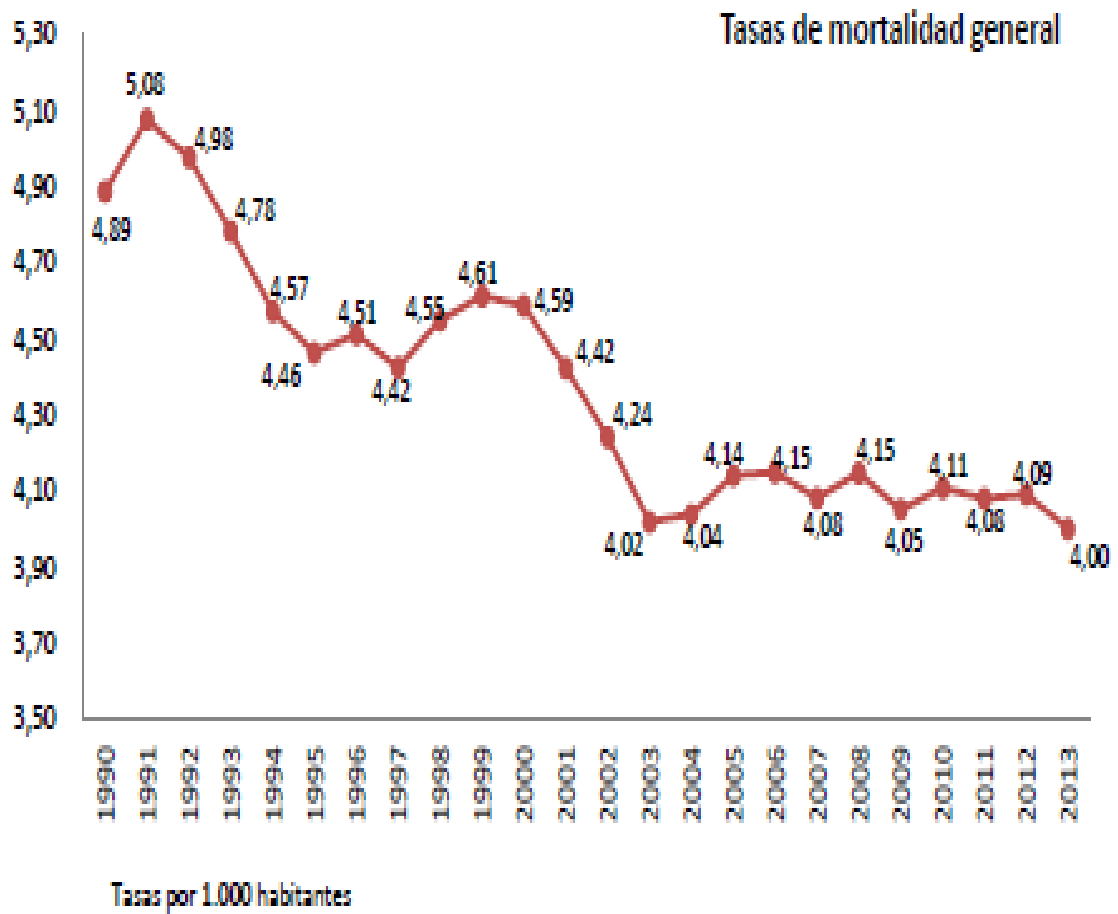


Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

Se puede observar que la tasa bruta de natalidad ha disminuido con el paso de los años, la tasa más alta 25,66 se registra en el año 1990, mientras que la tasa más baja 18,42 se registra en el año 2005. De la misma manera en el 2013, la tasa bruta de mortalidad (4,00) disminuyó, siendo esta la más baja del periodo en comparación con el año 1991 (5,08), la misma que es la tasa más alta del periodo.

ANEXOS

Grafico # 2 - Anexos - Tasas de mortalidad general, periodo 1990 - 2013.

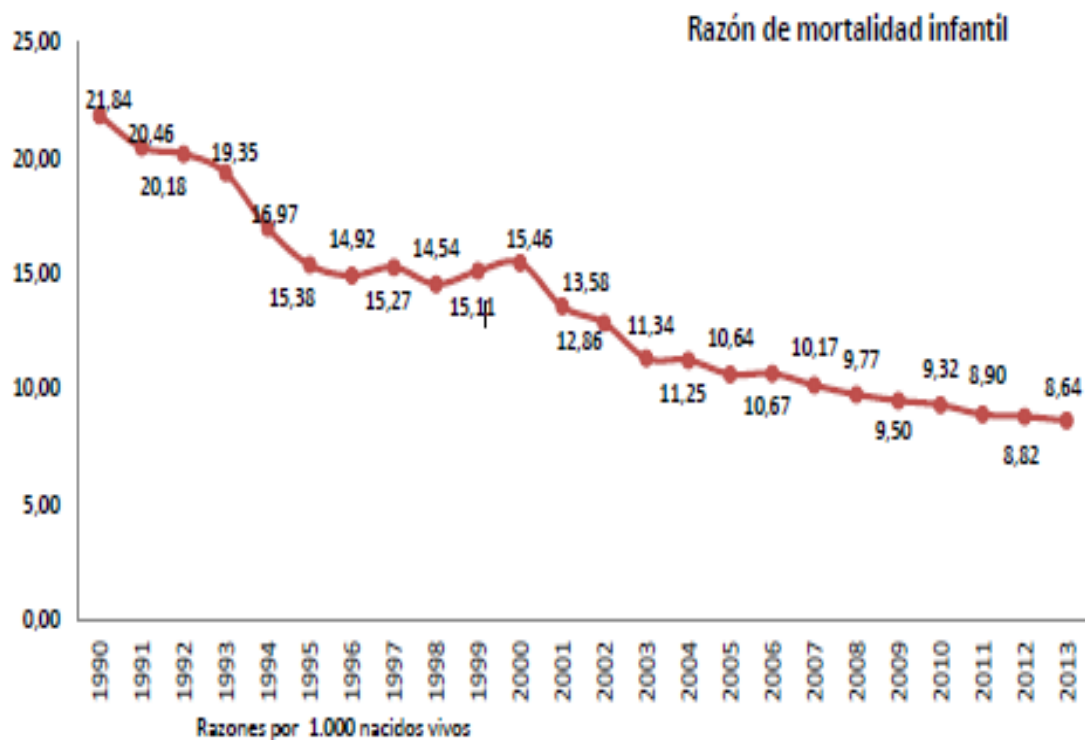


Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

En el 2013, la tasa bruta de mortalidad (4,00) disminuyó, siendo esta la más baja del periodo en comparación con el año 1991 (5,08), la misma que es la tasa más alta del periodo.

ANEXOS

Grafico # 3 - Anexos - Razón de Mortalidad Infantil, periodo 1990 - 2013.

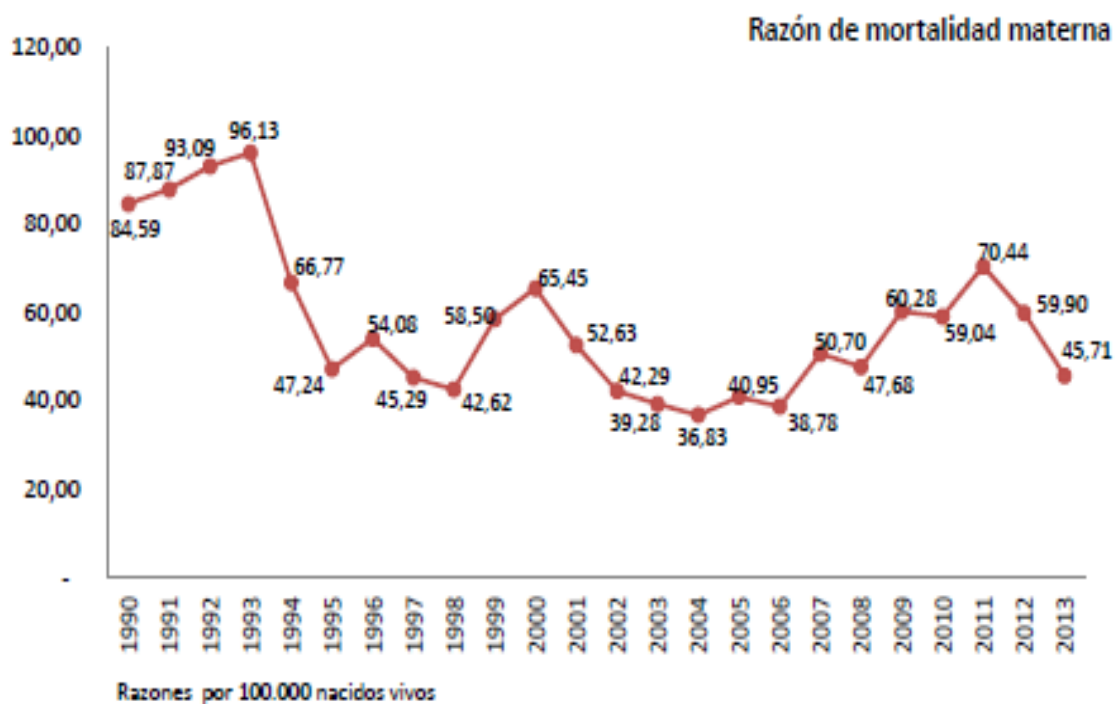


Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

Con respecto a la razón de mortalidad infantil, se aprecia que ha disminuido; la razón más baja (8,64) se presenta en el año 2013, mientras que la más alta (21,84) se registra en el año 1990.

ANEXOS

Grafico # 4 - Anexos - Razón de Mortalidad Materna, periodo 1990 - 2013.



Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

La razón de muerte materna presenta fluctuaciones diferentes en el período de estudio, siendo el año 1993, donde se presenta la tasa más alta del periodo con 96,13; mientras que, la tasa más baja para el mismo periodo es de 36,83 en el año 2004.

ANEXOS

Tabla # 1 -Anexos - Nacidos, registrados periodos 2004 - 2013.

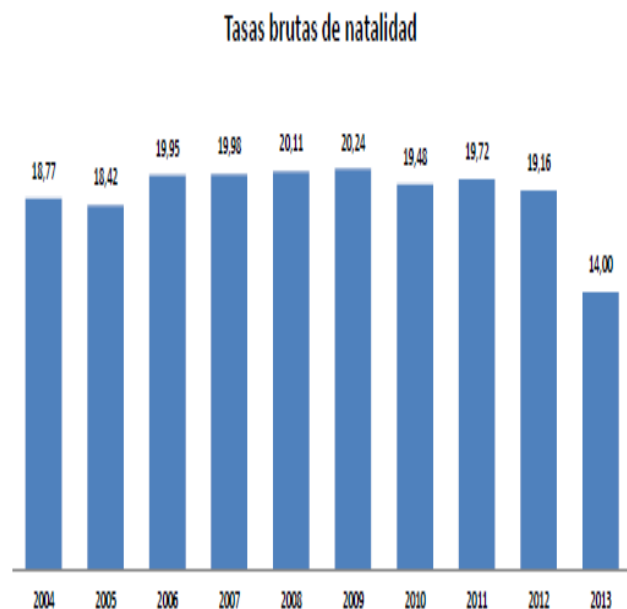
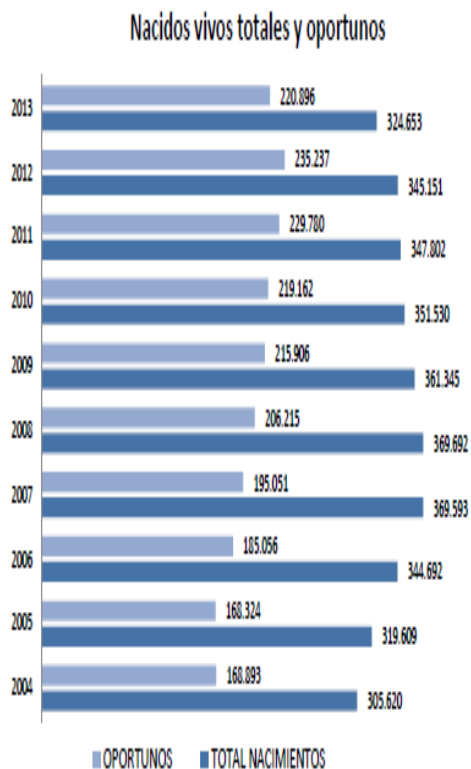
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total de inscritos en el año	305.620	319.609	344.692	369.593	369.692	361.345	351.530	347.802	345.151	324.653
Ocurridos e inscritos en el año 1/	168.893	168.324	185.056	195.051	206.215	215.906	219.162	229.780	235.237	220.896
Inscritos en el año siguiente	85.469	84.401	93.535	88.933	84.840	82.431	73.213	71.326	62.072	2/
Población estimada*	13.551.875	13.721.297	13.964.606	14.213.955	14.472.879	14.738.466	15.012.228	15.266.431	15.520.973	15.774.749
Porcentaje de nacimientos ocurridos e inscritos en el año	55,26%	52,67%	53,69%	52,77%	55,78%	59,75%	62,35%	66,07%	68,15%	68,04%
Tasa bruta de natalidad	18,77	18,42	19,95	19,98	20,11	20,24	19,48	19,72	19,16	3/ 14,00

1/ Son las inscripciones oportunas

2/ Dato se obtendrá en el año 2014

3/ Tasa calculada con el número de nacimientos oportunos

* Las poblaciones estimadas de los años 2004 al 2010 son realizadas a partir del Censo de Población 2010.



Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

ANEXOS

Durante el año 2013 fueron registrados en el territorio nacional 324.653 nacidos vivos, de los

Cuales el 68,04% corresponden a los nacimientos ocurridos e inscritos en el mismo año de Investigación y la diferencia, es decir, el 31,96% representan los nacimientos inscritos en el año pero que ocurrieron en años anteriores, los mismos que se consideran como inscripciones tardías. El total de nacimientos oportunos inscritos en este mismo año ha disminuido en el 6,10% en relación a los que fueron registrados en el año anterior (2012).

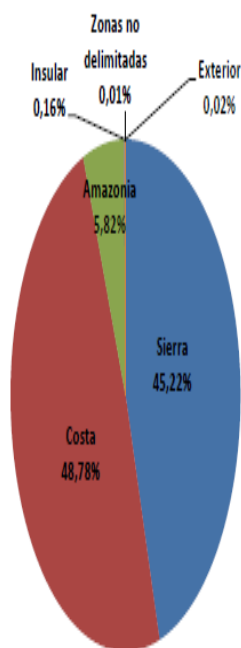
La tasa bruta de natalidad se obtiene al relacionar la población total estimada a mitad del período (población media) con el número de nacidos vivos (nacimientos oportunos más tardíos). En el año 2013, la tasa de natalidad fue calculada en base al número de nacimientos oportunos para el año de estudio. La tasa resultante es de 14,00, lo que significa que por cada 1.000 habitantes ocurren aproximadamente 14 nacimientos. Se debe tomar en cuenta que en la tasa bruta de natalidad 2013 solo se consideran los nacimientos oportunos de ese año, por lo que la tasa no podía ser comparable respecto a años anteriores.

ANEXOS

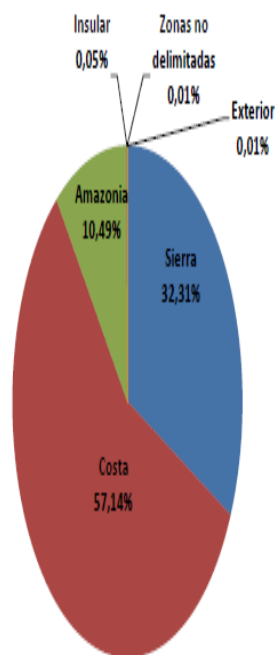
Grafico # 5 - Anexos - Nacidos Vivos, Inscripciones oportunas y tardías, según regiones, 2013.

Regiones	Total	%	Años de nacimiento							
			Oportunas 2013		Tardías					
			Número	%	Subtotal	%	2012	2011	2010	Antes de 2009
Total República	324.653	100,00%	220.896	100,00%	103.757	100,00%	62.072	14.316	7.855	19.514
% Inscripciones				68,04%		31,96%	19,12%	4,41%	2,42%	6,01%
Región Sierra	133.414	41,09%	99.895	45,22%	33.519	32,31%	24.306	3.807	1.923	3.483
Región Costa	167.037	51,45%	107.749	48,78%	59.288	57,14%	31.613	8.749	5.008	13.918
Región Amazónica	23.735	7,31%	12.853	5,82%	10.882	10,49%	6.102	1.755	921	2.104
Región Insular	399	0,12%	351	0,16%	48	0,05%	42	2	1	3
Zonas no delimitadas	19	0,01%	13	0,01%	6	0,01%	4	2		
Exterior	49	0,02%	35	0,02%	14	0,01%	5	1	2	6

Inscripciones oportunas



Inscripciones tardías



Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

ANEXOS

Se puede observar que el porcentaje más alto de inscripciones oportunas, se registran en La región Costa con el 48,78%, la región Sierra con el 45,22%, la región Amazónica con el 5,82%, y la región Insular con el 0,16%. Para el resto de regiones.

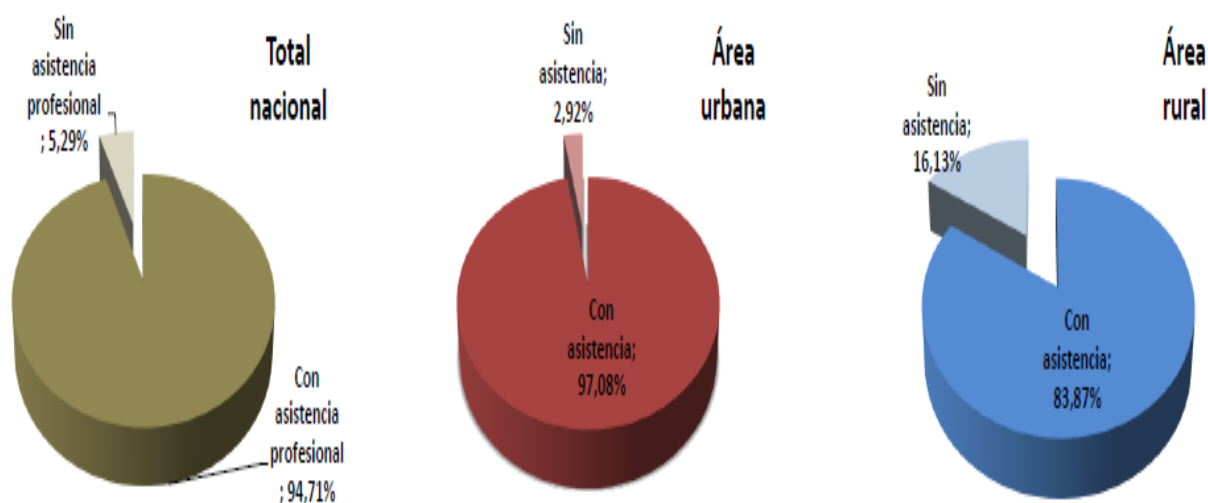
Por otra parte, las inscripciones tardías de acuerdo a las regiones naturales, se realizan En mayor porcentaje en la región Costa con el 57,14%, continuando la región Sierra Con el 32,31%, y, la región Amazónica con el 10,49%. Las demás regiones tienen una Representación poco significativa y representan el 0,07% de las inscripciones tardías Totales.

ANEXOS

Gráficos # 6 - Anexos - Nacidos Vivos por tipo de asistencia en el parto y aéreas, según

Regiones 2013.

Regiones	Total			Área urbana			Área rural		
	Total	Con asistencia profesional	Sin asistencia profesional	Total	Con asistencia	Sin asistencia	Total	Con asistencia	Sin asistencia
Total República	220.896	209.207	11.689	181.225	175.934	5.291	39.671	33.273	6.398
% Tipo de asistencia	100,00%	94,71%	5,29%	100,00%	97,08%	2,92%	100,00%	83,87%	16,13%
Región Sierra	99.895	93.606	6.289	75.793	73.209	2.584	24.102	20.397	3.705
Región Costa	107.749	105.113	2.636	96.215	94.551	1.664	11.534	10.562	972
Región Amazónica	12.853	10.090	2.763	8.833	7.790	1.043	4.020	2.300	1.720
Región Insular	351	351	-	349	349	-	2	2	-
Zonas no delimitadas	13	12	1	-	-	-	13	12	1
Exterior	35	35	-	35	35	-	-	-	-



Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

ANEXOS

En el año 2013, a nivel nacional, la atención profesional representa el 94,71% (209.207), mientras el 5,29% (11.689) corresponde a nacimientos sin asistencia profesional.

En el área urbana, el 97,08% pertenece a casos con asistencia profesional, mientras que el 2,92% restante corresponde a casos sin ningún tipo de asistencia. La región Costa presenta 96.215 nacidos vivos que recibieron asistencia médica, la Sierra contó con 75.793 casos y, la Amazonia con 8.833. Por otra parte, en el área rural existen menos casos de asistencia profesional (83,87%) comparado con el área urbana. De este porcentaje el mayor número pertenece a la región Sierra (20.397), seguido de la Costa (10.562) y la Amazonia (2.300).

La región que presenta el mayor número de nacidos vivos sin ningún tipo de asistencia es la Sierra con 6.289 casos de los cuales 3.705 casos pertenecen al área rural. La Costa registra 2.636 casos sin ningún tipo de asistencia en el parto de los cuales 1.164 casos corresponden al área urbana. De igual manera, la región Amazónica abarca 2.763 casos de nacimientos sin atención profesional de los cuales el mayor número (1.720) pertenece al área rural.

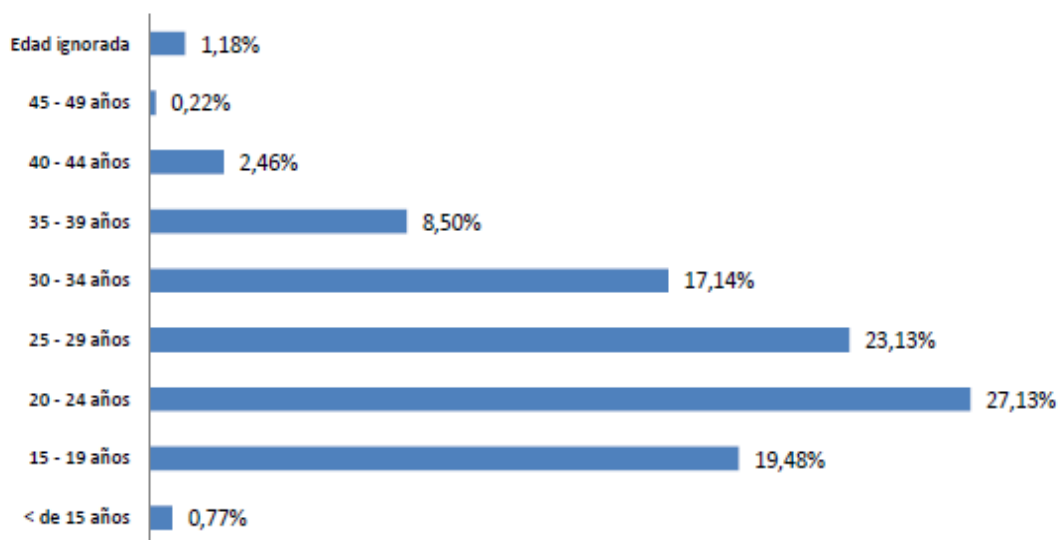
ANEXOS

Tablas # 2 - Anexos - Nacidos Vivos por grupos de edades de la madre, según región de Residencia habitual, 2013.

Regiones	Total	Grupos de edad de la madre								
		< de 15 años	15 - 19 años	20 - 24 años	25 - 29 años	30 - 34 años	35 - 39 años	40 - 44 años	45 - 49 años	Edad ignorada
Total República	220.896	1.692	43.036	59.920	51.091	37.871	18.781	5.424	476	2.605
%	100,00%	0,77%	19,48%	27,13%	23,13%	17,14%	8,50%	2,46%	0,22%	1,18%
Región Sierra	99.895	497	17.620	26.730	23.915	18.196	9.231	2.792	245	669
Región Costa	107.749	1.025	22.322	29.582	24.387	17.726	8.438	2.235	178	1.856
Región Amazónica	12.853	168	3.021	3.504	2.693	1.876	1.076	387	52	76
Región Insular	351	1	62	91	82	69	33	8	1	4
Zonas no delimitadas	13	-	1	5	6	-	1	-	-	-
Exterior	35	1	10	8	8	4	2	2	-	-

Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

ANEXOS



Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

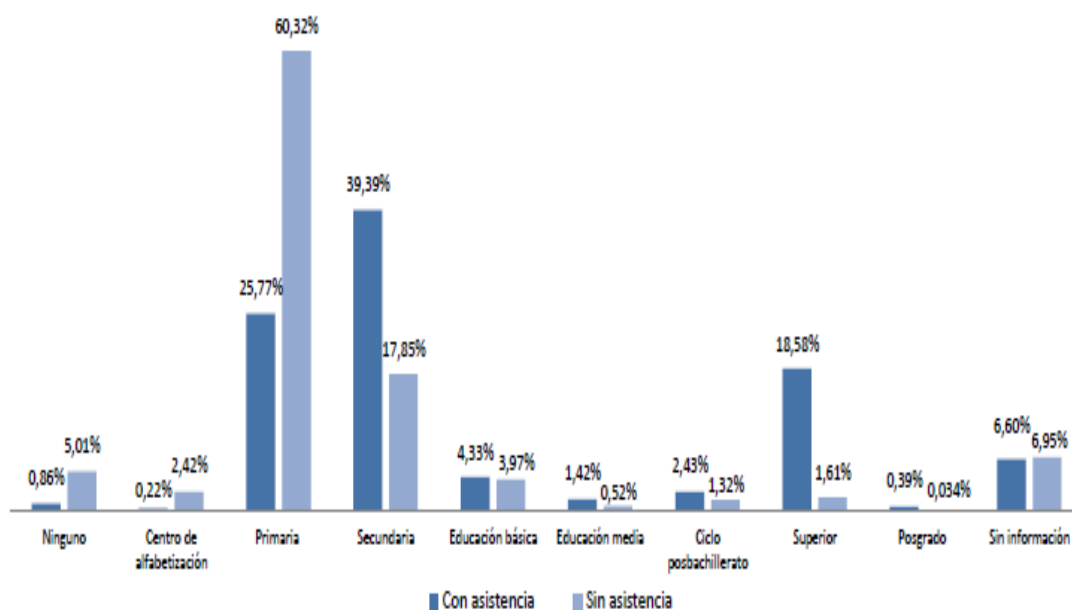
Según grupos de edad de las madres, el 50,25% del total de nacimientos ocurridos y registrados en el 2013 provienen de madres entre 20 y 29 años. El 19,48% fueron de mujeres entre 15 y 19 años de edad y el 17,14% de mujeres entre 30 y 34 años.

Estas cifras permiten concluir que el grupo de edad que registra el mayor número de nacidos vivos, corresponde a las madres de edad entre 20 y 29 años. A nivel de regiones este comportamiento es similar, pues la Sierra presenta 99.895 casos, la Costa 107.749 nacidos, la Amazonia 12.853, la región Insular 351, Zonas no delimitadas 13, y exterior 35.

ANEXOS

Grafico # 7 - Anexos - Nacidos Vivos según nivel de instrucción de la madre y tipo de Asistencia profesional, 2013.

Nivel de instrucción	Total		Profesional			
	Número	%	Con asistencia		Sin asistencia	
			Número	%	Número	%
Total	220.896	100,0%	209.207	100,0%	11.689	100,0%
Ninguno	2.389	1,08%	1.803	0,86%	586	5,01%
Centro de alfabetización	735	0,33%	452	0,22%	283	2,42%
Primaria	60.962	27,60%	53.911	25,77%	7.051	60,32%
Secundaria	84.500	38,25%	82.414	39,39%	2.086	17,85%
Educación básica	9.517	4,31%	9.053	4,33%	464	3,97%
Educación media	3.041	1,38%	2.980	1,42%	61	0,52%
Ciclo posbachillerato	5.242	2,37%	5.088	2,43%	154	1,32%
Superior	39.059	17,68%	38.871	18,58%	188	1,61%
Posgrado	830	0,38%	826	0,39%	4	0,034%
Sin información	14.621	6,62%	13.809	6,60%	812	6,95%



Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

ANEXOS

De un total de 220.896 nacidos vivos, se observa que el 38,25% pertenece a madres que tienen instrucción secundaria el 27,60% tiene instrucción primaria, y el 17,68% tiene instrucción superior. De la misma manera existe un conjunto de madres (1,08%) que registra ninguna instrucción, 0,33% que han asistido a un centro de alfabetización y el 0,38% de madres posee un posgrado.

Relacionando a estas mismas mujeres con tipo de asistencia profesional en el parto se observa que el mayor número de mujeres que han recibido asistencia son las que tienen un nivel de instrucción secundaria (39,39%).

Por el contrario, el mayor número de mujeres que no recibieron asistencia profesional en el parto tienen instrucción primaria (60,32%).

Se puede concluir que cuando las mujeres van alcanzando ciertos niveles de instrucción, tienen mayor preocupación de que sus partos sean atendidos por algún profesional médico.

ANEXOS

Grafico # 8 - Anexos - Defunciones generales y de menores de 1 año, periodos 2003 - 2013.

Defunciones generales			
Año	Número	Población 1/	Tasa *
2003	53.521	13.319.575	4,02
2004	54.729	13.551.875	4,04
2005	56.825	13.721.297	4,14
2006	57.940	13.964.606	4,15
2007	58.016	14.213.955	4,08
2008	60.023	14.472.879	4,15
2009	59.714	14.738.466	4,05
2010	61.681	15.012.228	4,11
2011	62.304	15.266.431	4,08
2012	63.511	15.520.973	4,09
2013	63.104	15.774.749	4,00

* Tasas por 1.000 habitantes

1/ La población estimada del 2003 al 2013, son a partir de la población del Censo 2010.



Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

Se puede observar que la tasa de mortalidad más alta se generó en el año 2006 alcanzando una tasa de 4,15. Mientras tanto, el año 2013 muestra un ligero decrecimiento, en relación al año 2012, y asimismo es la tasa más baja del periodo (4,00).

ANEXOS

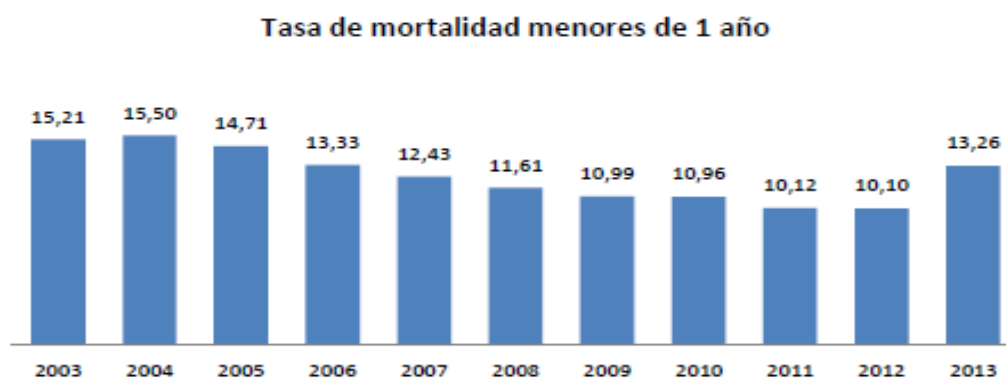
Grafico # 9 - Anexos - Tasa de mortalidad menores de 1 año, 2003 - 2013.

Defunciones menores de 1 año			
Año	Número	Nacidos vivos	Tasa **
2003	3.985	262.004	15,21
2004	3.942	254.362	15,50
2005	3.717	252.725	14,71
2006	3.715	278.591	13,33
2007	3.529	283.984	12,43
2008	3.380	291.055	11,61
2009	3.279	298.337	10,99
2010	3.204	292.375	10,96
2011	3.046	301.106	10,12
2012	3.002	297.309 ^{1/}	10,10
2013	2.928	220.896 ^{2/}	13,26

** Tasa por 1.000 nacidos vivos

1/ Incluye nacidos vivos del año 2012 e inscritos en el año 2013

2/ Excluye las inscripciones tardías del siguiente año



Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

En el año 2003, la tasa de mortalidad para menores de 1 año es de 15,21 la más alta del periodo. Como se puede observar a través de los años ha disminuido la mortalidad en menores de un año, es así que para el 2012, por cada mil nacidos vivos mueren aproximadamente 10 menores de un año.

ANEXOS

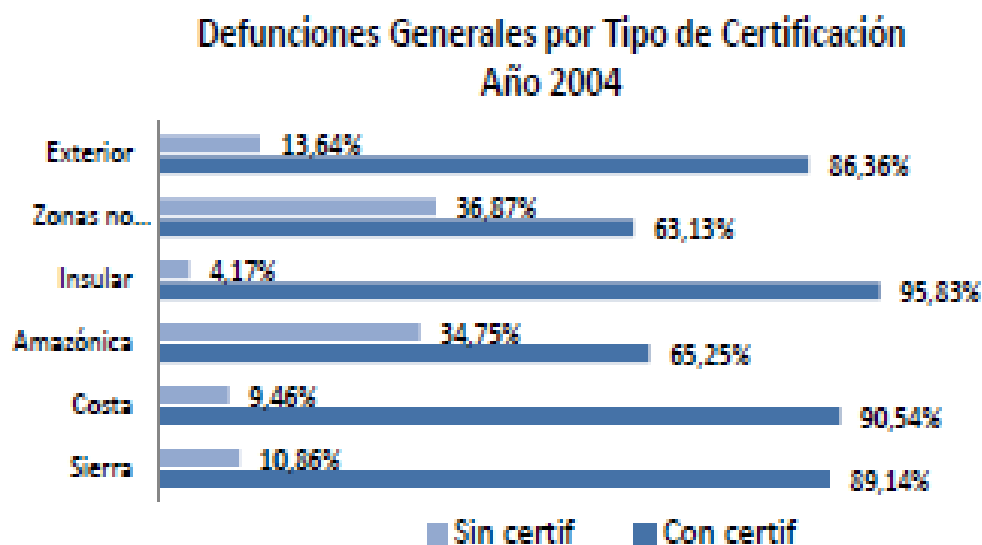
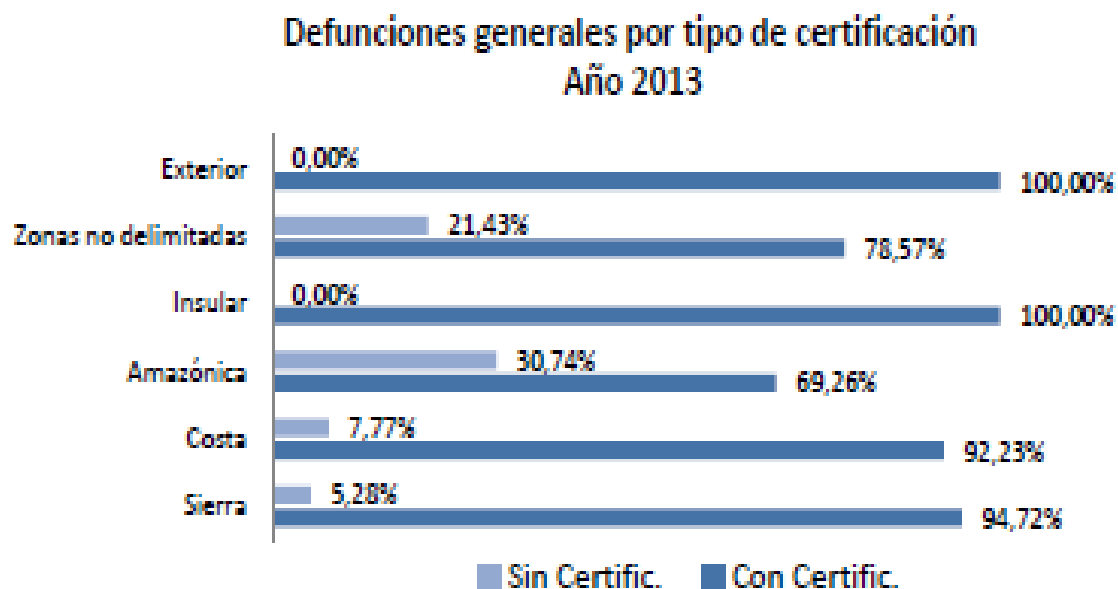
Tabla # 3 - Anexo - Defunciones por tipo de certificación, según regiones, año 2004 - 2013.

Regiones	Total		Con certificación		Sin certificación	
	Número	%	Número	%	Número	%
Año 2013						
Total República	63.104	100,00%	58.346	92,46%	4.758	7,54%
Sierra	28.297	44,84%	26.802	94,72%	1.495	5,28%
Costa	32.288	51,17%	29.780	92,23%	2.508	7,77%
Amazónica	2.446	3,88%	1.694	69,26%	752	30,74%
Insular	40	0,06%	40	100,00%	0	0,00%
Zonas no delimitadas	14	0,02%	11	78,57%	3	21,43%
Exterior	19	0,03%	19	100,00%	0	0,00%
Año 2004						
Total República	54.729	100,00	48.733	89,04%	5.996	10,96%
Sierra	26.805	48,98%	23.894	89,14%	2.911	10,86%
Costa	26.098	47,69%	23.630	90,54%	2.468	9,46%
Amazónica	1.557	2,84%	1.016	65,25%	541	34,75%
Insular	24	0,04%	23	95,83%	1	4,17%
Zonas no delimitadas	179	0,33%	113	63,13%	66	36,87%
Exterior	66	0,12%	57	86,36%	9	13,64%

Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

ANEXOS

Grafico # 10 - Anexos - Defunciones Generales por tipo de certificación, año 2004 - 2013.



Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

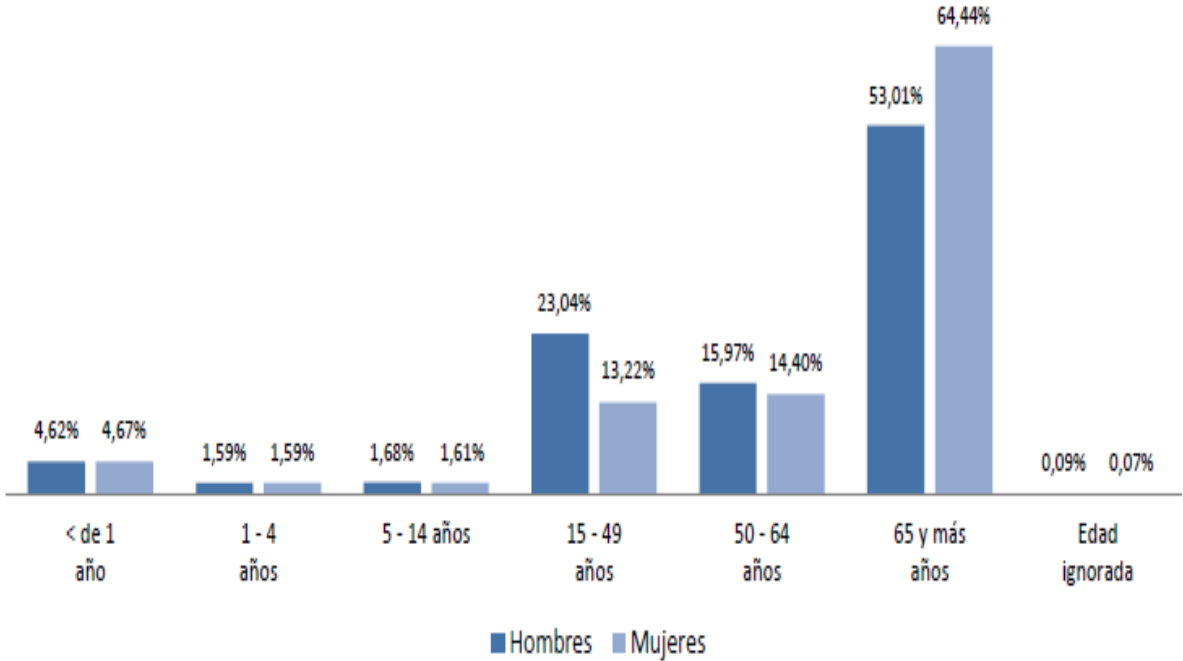
En el año 2004, la región Insular muestra el porcentaje más alto con defunciones certificadas alcanzando el 95,83%. La región Costa, muestra también uno de los porcentajes más altos con defunciones certificadas llegando al 90,54%, le sigue la región Sierra con 89,14% de defunciones certificadas por un médico. Por otro lado, la región con menor porcentaje de defunciones certificadas es la Amazonia con 65,25%.

En el año 2013, la mayor ocurrencia de muertes se genera en la región Costa alcanzando un porcentaje del 51,17%. La región Sierra registra el porcentaje más alto con defunciones certificadas con el 94,72%. La región Costa, muestra un comportamiento similar con un porcentaje alto de defunciones certificadas alcanzando el 92,23%. En el año 2013 al igual que en el año 2004, la Región Amazónica muestra el porcentaje más bajo de defunciones certificadas llegando al 69,26%.

ANEXOS

Grafico # 11 - Anexos - Defunciones generales por grupos de edad y sexo, año 2013.

Grupos de edad	Total	< de 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	15 - 49 años	50 - 64 años	65 y más años	Edad ignorada
Total	63.104	2.928	1.004	1.040	11.770	9.637	36.675	50
%	100%	4,64%	1,59%	1,65%	18,65%	15,27%	58,12%	0,08%
Hombres	34.911	1.612	556	586	8.043	5.576	18.508	30
%	100%	4,62%	1,59%	1,68%	23,04%	15,97%	53,01%	0,09%
Mujeres	28.193	1.316	448	454	3.727	4.061	18.167	20
%	100%	4,67%	1,59%	1,61%	13,22%	14,40%	64,44%	0,07%



Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

El mayor porcentaje de muertes ocurre a una edad adulta desde los 65 años en adelante alcanzando el 64,44% para el caso de las mujeres y el 53,01% para el caso de los hombres.

ANEXOS

Desde los 50 hasta los 64 años de edad, la ocurrencia de muertes es del 14,40% para el caso de las mujeres y del 15,97% para el caso de los hombres. La ocurrencia de muertes para menores de un año alcanza el 4,67% para el caso de las mujeres y del 4,62% para el caso de los hombres.

Tabla # 4 - Anexos - Mortalidad materna, según provincias de residencia habitual, año 2013.

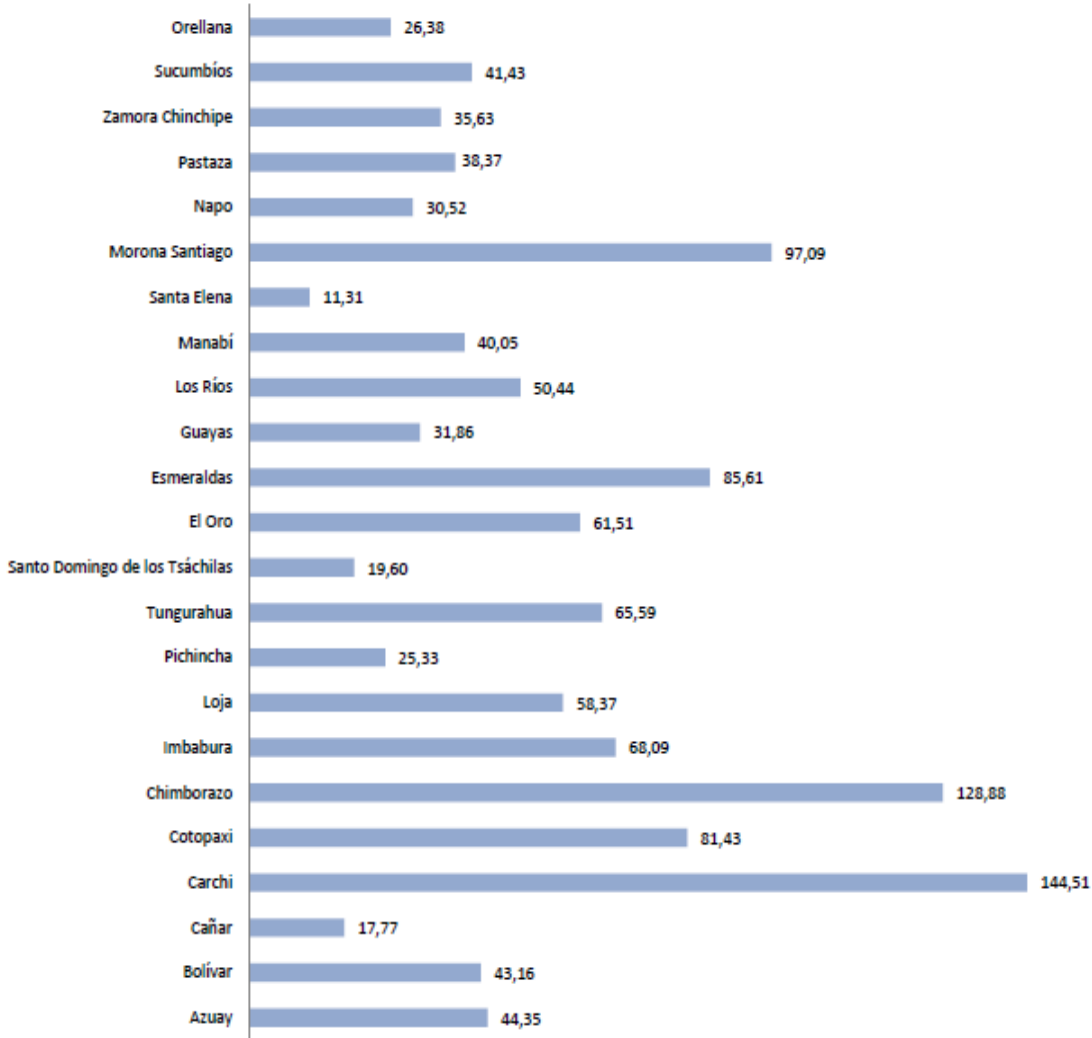
Provincias	Muertes maternas	RMM
Azuay	7	44,35
Bolívar	2	43,16
Cañar	1	17,77
Carchi	5	144,51
Cotopaxi	9	81,43
Chimborazo	14	128,88
Imbabura	7	68,09
Loja	6	58,37
Pichincha	13	25,33
Tungurahua	7	65,59
Santo Domingo de los Tsáchilas	2	19,60
El Oro	8	61,51
Esmeraldas	13	85,61
Guayas	26	31,86
Los Ríos	10	50,44
Manabí	13	40,05
Santa Elena	1	11,31
Morona Santiago	5	97,09
Napo	1	30,52
Pastaza	1	38,37
Zamora Chinchipe	1	35,63
Sucumbíos	2	41,43
Orellana	1	26,38
Total República*	155	45,71

Nota: El denominador utilizado para el cálculo de la razón de muerte materna es la estimación de nacidos vivos para el año de estudio.

Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

ANEXOS

Grafico # 12 - Anexos - Mortalidad materna, según provincias de residencia habitual, año 2013.



Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

El mayor número de muertes maternas se registra en la provincia de Guayas (26) alcanzando una razón de 31,86. Chimborazo con una razón de 128,88 es la provincia que mayor razón de

ANEXOS

muerres maternas presenta. A nivel nacional, para el año 2013 se registraron 155 muertes maternas, dando como resultado una razón de 45,71, lo que significa que por cada 100.000 nacidos vivos fallecen aproximadamente 46 mujeres en edad fértil. En Galápagos, Zona no Delimitada y Exterior no se registran muertes maternas.

Tabla # 5 - Anexos - Principales causas de mortalidad general, año 2013.

Lista corta de agrupamiento de causas de muerte (L.C. CIE-10)

			Población estimada 2013	15,774.749		
			Total de defunciones	63.104		
			Tasa de mortalidad general (x 100.000 hab.)	400,03		
Nº Orden	Código L.C.	Cód. CIE-10 detallada	Causas de muerte	Número	%	Tasa
1	26	E10-E14	Diabetes mellitus	4.695	7,44%	29,76
2	34	I10-I15	Enfermedades hipertensivas	4.189	6,64%	26,56
3	46	J10-J18	Influenza y neumonía	3.749	5,94%	23,77
4	42	I60-I69	Enfermedades cerebrovasculares	3.567	5,65%	22,61
5	57	V00-V89	Accidentes de transporte terrestre	3.072	4,87%	19,47
6	35	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	2.942	4,66%	18,65
7	51	K70-K76	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	2.005	3,18%	12,71
8	53	N00-N39	Enfermedades del sistema urinario	1.874	2,97%	11,88
9	41	I50-I51	Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas	1.716	2,72%	10,88
10	09	C16	Neoplasia maligna del estómago	1.570	2,49%	9,95
11	47	J40-J47	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1.425	2,26%	9,03
12	55	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo prenatal	1.390	2,20%	8,81
13	64	X85-Y09	Agresiones (Homicidios)	1.271	2,01%	8,06
14	24	C81-C96	Neoplasia maligna del tejido linfático, hematopoyético y afines	1.090	1,73%	6,91
15	65	Y10-Y34	Eventos de intención no determinada	1.025	1,62%	6,50
16	56	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	908	1,44%	5,76
17	20	C61	Neoplasia maligna de la próstata	842	1,33%	5,34
18	07	B20-B24	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia (VIH)	762	1,21%	4,83
19	18	C53-C55	Neoplasia maligna del útero	702	1,11%	4,45
20	63	X60-X84	Lesiones autoinflingidas intencionalmente (Suicidio)	676	1,07%	4,29
21	15	C33 C34	Neoplasia maligna de la tráquea, bronquios y pulmón	642	1,02%	4,07
22	11	C22	Neoplasia maligna del hígado y de las vías biliares	637	1,01%	4,04
23	48	J80-J84	Edema pulmonar y otras enfermedades respiratorias que afectan al intersticio	606	0,96%	3,84
24	10	C18-C21	Neoplasia maligna del colon, sigmoide, recto y ano	598	0,95%	3,79
25	17	C50	Neoplasia maligna de la mama	521	0,83%	3,30
	88	RESTO	Resto de causas	15.143	24,00%	96,00
	99	R00-R99	Causas mal definidas	5.487	8,70%	34,78

Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

ANEXOS

En el año 2013 se registraron 4.695 muertes a causa de Diabetes mellitus, convirtiéndose en la principal causa de mortalidad general con un porcentaje de 7,44% y una tasa de mortalidad de 29,76. Enfermedades hipertensivas, es la segunda causa de muerte con un porcentaje de 6,64% y una tasa de 26,56. En el mismo año, la Neoplasia maligna de la mama se registran como una de las causa de menor ocurrencia con un porcentaje de 0,83% y una tasa de mortalidad de 3,30.

Tabla # 6 - Anexos - Principales causas de mortalidad masculina, año 2013.

Lista corta de agrupamiento de causas de muerte (L.C. CIE-10)

			Población estimada 2013	7.815.935		
			Total de defunciones	34.911		
			Tasa de mortalidad masculina (x 100.000 hab.) *	446,66		
Nº Orden	Código L.C.	Cód. CIE-10 detallada	Causas de muerte	Número	%	Tasa
1	57	V00-V89	Accidentes de transporte terrestre	2.469	7,07%	31,59
2	26	E10-E14	Diabetes mellitus	2.157	6,18%	27,60
3	34	I10-I15	Enfermedades hipertensivas	2.136	6,12%	27,33
4	46	J10-J18	Influenza y neumonía	1.941	5,56%	24,83
5	42	I60-I69	Enfermedades cerebrovasculares	1.819	5,21%	23,27
6	35	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	1.783	5,11%	22,81
7	51	K70-K76	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	1.161	3,33%	14,85
8	64	X85-Y09	Agresiones (Homicidios)	1.112	3,19%	14,23
9	53	N00-N39	Enfermedades del sistema urinario	997	2,86%	12,76
10	41	I50-I51	Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas	866	2,48%	11,08
11	09	C16	Neoplasia maligna del estómago	865	2,48%	11,07
12	20	C61	Neoplasia maligna de la próstata	842	2,41%	10,77
13	47	J40-J47	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	806	2,31%	10,31
14	55	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo prenatal	779	2,23%	9,97
15	65	Y10-Y34	Eventos de intención no determinada	763	2,19%	9,76
16	24	C81-C96	Neoplasia maligna del tejido linfático, hematopoyético y afines	588	1,68%	7,52
17	07	B20-B24	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia (VIH)	559	1,60%	7,15
18	63	X60-X84	Lesiones autoinflingidas intencionalmente (Suicidio)	490	1,40%	6,27
19	56	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	483	1,38%	6,18
20	15	C33 C34	Neoplasia maligna de la tráquea, bronquios y pulmón	373	1,07%	4,77
21	48	J80-J84	Edema pulmonar y otras enfermedades respiratorias que afectan al intersticio	345	0,99%	4,41
22	58	W00-W19	Caidas accidentales	322	0,92%	4,12
23	11	C22	Neoplasia maligna del hígado y de las vías biliares	308	0,88%	3,94
24	61	W75-W84	Accidentes que obstruyen la respiración	273	0,78%	3,49
25	10	C18-C21	Neoplasia maligna del colon, sigmoide, recto y ano	270	0,77%	3,45
	88	Resto de causas	Resto de causas	7.559	21,65%	96,71
	99	R00-R99	Causas mal definidas	2.845	8,15%	36,40

Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

ANEXOS

En el año 2013 la principal causa de mortalidad masculina recae sobre accidentes de transporte terrestre con un total de 2.469 muertes, alcanzando el 7,07% y una tasa de 31,59. Diabetes mellitus con un total de 2.157 defunciones, es la segunda causa de muerte con un 6,18% del total de defunciones masculinas y una tasa de 27,60 por cada 100.000 habitantes. En el mismo año, la Neoplasia maligna del colon, sigmoide, recto y ano se registran como la causa de menor ocurrencia con un total de 270 defunciones, como consecuencia genera un porcentaje bajo de 0,77% y una tasa de mortalidad de 3,45 por cada 100.000 habitantes.

Tabla # 7 - Anexos - Principales causas de mortalidad femenina, año 2013.

Lista corta de agrupamiento de causas de muerte (L.C. CIE-10)

			Población estimada 2013			
			Total de defunciones			
			Tasa de mortalidad femenina (x 100.000 hab.) *			
Nº Orden	Código L.C.	Cód. CIE-10 detallada	Causas de muerte	Número	%	Tasa
1	26	E10-E14	Diabetes mellitus	2.538	9,00%	31,89
2	34	I10-I15	Enfermedades hipertensivas	2.053	7,28%	25,80
3	46	J10-J18	Influenza y neumonía	1.808	6,41%	22,72
4	42	I60-I69	Enfermedades cerebrovasculares	1.748	6,20%	21,96
5	35	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	1.159	4,11%	14,56
6	53	N00-N39	Enfermedades del sistema urinario	877	3,11%	11,02
7	41	I50-I51	Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas	850	3,01%	10,68
8	51	K70-K76	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	844	2,99%	10,60
9	09	C16	Neoplasia maligna del estómago	705	2,50%	8,86
10	18	C53-C55	Neoplasia maligna del útero	702	2,49%	8,82
11	47	J40-J47	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	619	2,20%	7,78
12	55	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el período prenatal	611	2,17%	7,68
13	57	V00-V89	Accidentes de transporte terrestre	603	2,14%	7,58
14	17	C50	Neoplasia maligna de la mama	518	1,84%	6,51
15	24	C81-C96	Neoplasia maligna del tejido linfático, hematopoyético y afines	502	1,78%	6,31
16	56	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	425	1,51%	5,34
17	11	C22	Neoplasia maligna del hígado y de las vías biliares	329	1,17%	4,13
18	10	C18-C21	Neoplasia maligna del colon, sigmoide, recto y ano	328	1,16%	4,12
19	27	D50-D53 E40-E64	Desnutrición y anemias nutricionales	284	1,01%	3,57
20	15	C33 C34	Neoplasia maligna de la tráquea, bronquios y pulmón	269	0,95%	3,38
21	65	Y10-Y34	Eventos de intención no determinada	262	0,93%	3,29
22	48	J80-J84	Edema pulmonar y otras enfermedades respiratorias que afectan al intersticio	261	0,93%	3,28
23	25	D00-D48	Neoplasias benignas in situ y de comportamiento incierto	251	0,89%	3,15
24	39	I46	Paro cardíaco	230	0,82%	2,89
25	52	M00-M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	213	0,76%	2,68
	88	Resto de causas	Resto de causas	6.562	23,28%	82,45
	99	R00-R99	Causas mal definidas	2.642	9,37%	33,20

* Las tasas de Mortalidad por causas, están relacionadas por 100.000 habitantes, por efectos de comparación internacional

Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

ANEXOS

En el año 2013, la principal causa de mortalidad femenina recae sobre Diabetes mellitus con un total de 2.538 alcanzando un porcentaje de 9,00% y una tasa de mortalidad de 31,89 por cada 100.000 habitantes. Enfermedades hipertensivas con un total de 2.053 defunciones es la segunda causa de muerte con un porcentaje de 7,28% y una tasa de 25,80 por cada 100.000 habitantes. En el mismo año, las enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo se registran como una de las causa de menor ocurrencia con un total de 213 defunciones, como consecuencia genera un porcentaje a la baja de 0,76% y una tasa de mortalidad de 2,68 por cada 100.000 habitantes.

ANEXOS

Tabla # 8 - Anexos - Principales causas de mortalidad infantil Ecuador, 2013.

Lista internacional detallada-CIE-10

Causas de mortalidad infantil	Sexo		Total	Razón x 1.000 nacidos vivos 1/	%
	Hombres	Mujeres			
Total de defunciones de menores de 1 año	1.612	1.316	2.928	8,64	100%
P07 Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	197	167	364	1,07	12,43%
P22 Dificultad respiratoria del recién nacido	176	106	282	0,83	9,63%
J18 Neumonía, organismo no especificado	73	86	159	0,47	5,43%
Q24 Otras malformaciones congénitas del corazón	86	68	154	0,45	5,26%
P23 Neumonía congénita	74	72	146	0,43	4,99%
Q89 Otras malformaciones congénitas, no clasificadas en otra parte	51	74	125	0,37	4,27%
P36 Sepsis bacteriana del recién nacido	56	49	105	0,31	3,59%
P21 Asfixia del nacimiento	36	33	69	0,20	2,36%
P29 Trastornos cardiovasculares originados en el período perinatal	39	21	60	0,18	2,05%
W84 Obstrucción no especificada de la respiración	32	23	55	0,16	1,88%
P24 Síndromes de aspiración neonatal	28	23	51	0,15	1,74%
Q79 Malformaciones congénitas del sistema osteomuscular, no clasificadas en otra parte	34	16	50	0,15	1,71%
Q25 Malformaciones congénitas de las grandes arterias	20	20	40	0,12	1,37%
P28 Otros problemas respiratorios del recién nacido, originados en el período perinatal	22	17	39	0,12	1,33%
Q20 Malformaciones congénitas de las cámaras cardíacas y sus conexiones	27	12	39	0,12	1,33%
P77 Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	16	18	34	0,10	1,16%
Q21 Malformaciones congénitas de los tabiques cardíacos	17	13	30	0,09	1,02%
P96 Otras afecciones originadas en el período perinatal	18	11	29	0,09	0,99%
Q90 Síndrome de Down	11	15	26	0,08	0,89%
A09 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	11	13	24	0,07	0,82%
P20 Hipoxia intrauterina	11	13	24	0,07	0,82%
Q03 Hidrocéfalo congénito	17	7	24	0,07	0,82%
J20 Bronquitis aguda	4	15	19	0,06	0,65%
P05 Retardo del crecimiento fetal y desnutrición fetal	9	10	19	0,06	0,65%
Q04 Otras malformaciones congénitas del encéfalo	9	10	19	0,06	0,65%
Q00 Anencefalia y malformaciones congénitas similares	9	8	17	0,05	0,58%
R00 -R99 Causas mal definidas	103	100	203	0,60	6,93%
Resto de causas	426	296	722	2,13	24,66%
Estimación de nacidos vivos 2/	339.060				

1/ Razón por 1.000 nacidos vivos estimados en el año 2013

2/ La estimación de nacidos vivos se calcula a partir de los datos del Censo 2010

Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

ANEXOS

En el año 2013 la razón de mortalidad infantil es de 8,64 defunciones infantiles por cada 1.000 nacidos vivos, siendo la principal causa de mortalidad infantil, Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer con un total de 364 defunciones distribuidas en 197 para el caso de hombres y 167 para el caso de mujeres, lo que representa un total de 12,43% y una razón de mortalidad de 1,07 por cada 1.000 nacidos vivos.

La segunda causa de muerte infantil fue la dificultad respiratoria con 282 defunciones distribuidas en 176 para el caso de hombres y 106 para el caso de mujeres, representando un total de 9,63% y una razón de mortalidad de 0,83 por cada 1.000 nacidos vivos. En el mismo año, la Anencefalia y malformaciones congénitas similares se registra como la causa de menor ocurrencia con un total de 17 defunciones, lo que genera un porcentaje de 0,58% y una razón de

Nota 2: En el año 2013 la Comisión Especial de Salud Sexual y Reproductiva, resuelve calcular el indicador de mortalidad infantil, utilizando en el denominador la estimación de nacidos vivos.

ANEXOS

Tabla # 9 - Anexos - Principales causas de muerte materna, Ecuador 2013.

Lista detallada de la CIE-10

Causas de muerte materna	Número	%	RMM 1/
*Total de muertes maternas	155	100%	45,71
Causas obstétricas directas (O00-O94)	121	78,06%	35,69
O14 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] con proteinuria significativa	25	16,13%	7,37
O72 Hemorragia postparto	21	13,55%	6,19
O15 Eclampsia	16	10,32%	4,72
O85 Sepsis puerperal	8	5,16%	2,36
O02 Otros productos anormales de la concepción	6	3,87%	1,77
O45 Desprendimiento prematuro de la placenta [Abruptio placentae]	5	3,23%	1,47
O00 Embarazo ectópico	4	2,58%	1,18
O62 Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto	4	2,58%	1,18
O06 Aborto no especificado	3	1,94%	0,88
O10 Hipertensión preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio	2	1,29%	0,59
O71 Otro trauma obstétrico	3	1,94%	0,88
O73 Retención de la placenta o de las membranas, sin hemorragia	3	1,94%	0,88
O90 Complicaciones del puerperio, no clasificadas en otra parte	3	1,94%	0,88
O24 Diabetes mellitus en el embarazo	2	1,29%	0,59
O36 Atención materna por otros problemas fetales conocidos o presuntos	2	1,29%	0,59
Resto de causas obstétricas directas	14	9,03%	4,13
Causas obstétricas indirectas (O98-O99)	28	18,06%	8,26
O98 Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio	3	1,94%	0,88
O99 Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio	25	16,13%	7,37
Causas no especificadas (O95)	6	3,87%	1,77
O95 Muerte obstétrica de causa no especificada	6	3,87%	1,77
Causas de muerte materna después de 42 días del parto (O96 - O97)	3	1,94%	0,88
O96 Muerte materna debido a cualquier causa obstétrica que ocurre desdespués de 42 días pero antes de un año del parto	3	1,94%	0,88
Total de muertes maternas incluidas tardías	158	100,00%	46,60
Estimación de nacidos vivos 1/	339.060		

1/ Razón de muerte materna calculada con la estimación de nacimientos para el año de estudio.

Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

ANEXOS

En el año 2013 la principal causa de mortalidad materna recae sobre las causas obstétricas directas que agrupa los códigos de causa O00-O94 con un total de 121 defunciones, alcanzando un porcentaje total de 76,58% y una razón de mortalidad de 35,69. Las causas obstétricas indirectas que agrupan los códigos de causa O98-O99 con 28 defunciones es la segunda causa de muerte materna, alcanzando un porcentaje total de 17,72% y una razón de mortalidad de 8,26.

Las causas de muerte obstétrica no especificada con código 095 se muestran aisladas de las causas directas e indirectas por su característica obstétrica desconocida con un total de 6 defunciones alcanzando un porcentaje de 3,80% y una tasa de mortalidad de 1,77.

Las causas de muerte materna tardía (O96 - O97) existentes son de 3 defunciones con un porcentaje de 1,90% y una tasa de 0,88.

ANEXOS

Tabla # 10 - Anexos - Nacidos vivos, inscritos en el año 2013, según regiones y provincias de residencia habitual de la madre.

Regiones y provincias	Total	Años de nacimiento										
		2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005-2000	1999-1995	Antes de 1994
Total República	324.653	220.896	62.072	14.316	7.855	5.807	3.849	1.886	1.174	3.691	1.016	2.091
Región Sierra	133.414	99.895	24.306	3.807	1.923	1.304	728	298	146	404	123	480
Azuay	15.401	11.134	3.275	398	195	131	77	31	14	45	17	84
Bolívar	3.606	2.604	768	85	55	27	18	10	7	12	-	20
Cañar	4.705	3.504	851	143	70	42	25	11	4	14	11	30
Carchi	2.977	2.163	577	92	46	35	14	9	7	20	2	12
Cotopaxi	9.033	6.253	2.008	332	149	111	78	29	13	18	5	37
Chimborazo	9.035	7.456	1.195	143	70	58	25	17	5	9	6	51
Imbabura	8.226	6.163	1.412	220	124	86	40	29	18	51	25	58
Loja	8.987	6.449	1.960	283	111	58	25	19	5	23	6	48
Pichincha	52.320	40.578	8.365	1.397	747	521	296	86	48	145	33	104
Tungurahua	9.799	7.681	1.726	179	85	57	35	9	3	11	1	12
Santo Domingo de los Tsáchilas	9.325	5.910	2.169	535	271	178	95	48	22	56	17	24
Región Costa	167.037	107.749	31.613	8.749	5.008	3.929	2.705	1.356	883	2.823	781	1.441
El Oro	13.012	8.869	2.762	595	294	183	88	38	19	77	20	67
Esmeraldas	13.107	5.986	3.198	1.220	678	478	382	177	131	425	153	279
Guayas	87.520	56.175	16.034	4.451	2.679	2.332	1.612	830	543	1.679	424	761
Los Ríos	18.074	10.777	3.843	1.212	666	505	322	152	96	298	81	122
Manabí	27.908	20.519	4.476	1.011	519	335	249	139	77	300	94	189
Santa Elena	7.416	5.423	1.300	260	172	96	52	20	17	44	9	23
Región Amazónica	23.735	12.853	6.102	1.755	921	573	414	231	144	462	111	169
Morona Santiago	5.684	2.389	1.453	579	323	229	186	122	69	187	57	90
Napo	3.147	2.076	761	165	67	27	13	10	-	15	5	8
Pastaza	2.670	1.479	668	171	106	53	48	28	20	70	12	15
Zamora Chinchipe	2.285	1.325	708	142	57	23	12	3	1	7	2	5
Sucumbios	5.655	3.179	1.305	380	231	150	95	50	39	153	32	41
Orellana	4.294	2.405	1.207	318	137	91	60	18	15	30	3	10
Región Insular	399	351	42	2	1	1	2	-	-	-	-	-
Galápagos	399	351	42	2	1	1	2	-	-	-	-	-
Zonas no delimitadas	19	13	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Zonas no delimitadas	19	13	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Exterior	49	35	5	1	2	-	-	1	1	2	1	1
Exterior	49	35	5	1	2	-	-	1	1	2	1	1

Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

ANEXOS

**Tabla # 11 - Anexos - Nacidos Vivos, por áreas y sexo, según regiones y provincias de
Residencia habitual de la madre.**

Regiones y provincias	Total general			Área urbana			Área rural		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Total República	220.896	112.711	108.185	181.225	92.533	88.692	39.671	20.178	19.493
Región Sierra	99.895	50.843	49.052	75.793	38.530	37.263	24.102	12.313	11.789
Azuay	11.134	5.674	5.460	7.637	3.894	3.743	3.497	1.780	1.717
Bolívar	2.604	1.311	1.293	1.943	986	957	661	325	336
Cañar	3.504	1.768	1.736	2.509	1.283	1.226	995	485	510
Carchi	2.163	1.115	1.048	1.579	823	756	584	292	292
Cotopaxi	6.253	3.203	3.050	4.256	2.159	2.097	1.997	1.044	953
Chimborazo	7.456	3.796	3.660	5.366	2.721	2.645	2.090	1.075	1.015
Imbabura	6.163	3.113	3.050	4.361	2.162	2.199	1.802	951	851
Loja	6.449	3.291	3.158	5.053	2.579	2.474	1.396	712	684
Pichincha	40.578	20.647	19.931	31.933	16.251	15.682	8.645	4.396	4.249
Tungurahua	7.681	3.922	3.759	5.461	2.780	2.681	2.220	1.142	1.078
Santo Domingo de los Tsáchilas	5.910	3.003	2.907	5.695	2.892	2.803	215	111	104
Región Costa	107.749	55.085	52.664	96.215	49.248	46.967	11.534	5.837	5.697
El Oro	8.869	4.488	4.381	7.947	4.049	3.898	922	439	483
Esmeraldas	5.986	3.080	2.906	4.196	2.109	2.087	1.790	971	819
Guayas	56.175	28.742	27.433	54.009	27.657	26.352	2.166	1.085	1.081
Los Ríos	10.777	5.499	5.278	8.933	4.576	4.357	1.844	923	921
Manabí	20.519	10.514	10.005	17.628	9.070	8.558	2.891	1.444	1.447
Santa Elena	5.423	2.762	2.661	3.502	1.787	1.715	1.921	975	946
Región Amazónica	12.853	6.569	6.284	8.833	4.545	4.288	4.020	2.024	1.996
Morona Santiago	2.389	1.247	1.142	1.514	801	713	875	446	429
Napo	2.076	1.018	1.058	1.278	633	645	798	385	413
Pastaza	1.479	756	723	1.087	557	530	392	199	193
Zamora Chinchipe	1.325	670	655	905	457	448	420	213	207
Sucumbíos	3.179	1.665	1.514	2.462	1.283	1.179	717	382	335
Orellana	2.405	1.213	1.192	1.587	814	773	818	399	419
Región Insular	351	192	159	349	192	157	2	-	2
Galápagos	351	192	159	349	192	157	2	-	2
Zonas no delimitadas	13	4	9	-	-	-	13	4	9
Zonas no delimitadas	13	4	9	-	-	-	13	4	9
Exterior	35	18	17	35	18	17	-	-	-
Exterior	35	18	17	35	18	17	-	-	-

Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

ANEXOS

Tabla # 12 - Anexos - Nacidos vivos, por áreas y tipo de asistencia, según regiones y Provincias de residencia habitual de la madre.

Regiones y provincias	Total general			Urbana			Rural		
	Total	Con asistencia profesional	Sin asistencia profesional	Total	Con asistencia profesional	Sin asistencia profesional	Total	Con asistencia profesional	Sin asistencia profesional
Total República	220.896	209.207	11.689	181.225	175.934	5.291	39.671	33.273	6.398
Región Sierra	99.895	93.606	6.289	75.793	73.209	2.584	24.102	20.397	3.705
Azuay	11.134	10.671	463	7.637	7.505	132	3.497	3.166	331
Bolívar	2.604	2.104	500	1.943	1.676	267	661	428	233
Cañar	3.504	3.276	228	2.509	2.448	61	995	828	167
Carchi	2.163	2.119	44	1.579	1.568	11	584	551	33
Cotopaxi	6.253	5.387	866	4.256	3.943	313	1.997	1.444	553
Chimborazo	7.456	5.684	1.772	5.366	4.592	774	2.090	1.092	998
Imbabura	6.163	5.689	474	4.361	4.158	203	1.802	1.531	271
Loja	6.449	5.900	549	5.053	4.895	158	1.396	1.005	391
Pichincha	40.578	39.806	772	31.933	31.472	461	8.645	8.334	311
Tungurahua	7.681	7.257	424	5.461	5.421	40	2.220	1.836	384
Santo Domingo de los Tsáchilas	5.910	5.713	197	5.695	5.531	164	215	182	33
Región Costa	107.749	105.113	2.636	96.215	94.551	1.664	11.534	10.562	972
El Oro	8.869	8.818	51	7.947	7.913	34	922	905	17
Esmeraldas	5.986	5.100	886	4.196	3.839	357	1.790	1.261	529
Guayas	56.175	55.845	330	54.009	53.731	278	2.166	2.114	52
Los Ríos	10.777	10.465	312	8.933	8.655	278	1.844	1.810	34
Manabí	20.519	19.573	946	17.628	16.968	660	2.891	2.605	286
Santa Elena	5.423	5.312	111	3.502	3.445	57	1.921	1.867	54
Región Amazónica	12.853	10.090	2.763	8.833	7.790	1.043	4.020	2.300	1.720
Morona Santiago	2.389	1.772	617	1.514	1.305	209	875	467	408
Napo	2.076	1.649	427	1.278	1.131	147	798	518	280
Pastaza	1.479	1.178	301	1.087	1.001	86	392	177	215
Zamora Chinchipe	1.325	1.110	215	905	807	98	420	303	117
Sucumbíos	3.179	2.663	516	2.462	2.170	292	717	493	224
Orellana	2.405	1.718	687	1.587	1.376	211	818	342	476
Región Insular	351	351	-	349	349	-	2	2	-
Galápagos	351	351	-	349	349	-	2	2	-
Zonas no delimitadas	13	12	1	-	-	-	13	12	1
Zonas no delimitadas	13	12	1	-	-	-	13	12	1
Exterior	35	35	-	35	35	-	-	-	-
Exterior	35	35	-	35	35	-	-	-	-

* Para determinar este cuadro se utilizó los datos de nacimientos oportunos, que corresponden a los nacimientos ocurridos en el mismo año de inscripción 2013.

Además se agrupó por madres que recibieron atención profesional durante el parto.

Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013

Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

ANEXOS

Tabla # 13 - Anexos - Nacidos vivos, por sexo y tipo de asistencia, según regiones y Provincias de residencia habitual de la madre.

Regiones, provincias, cantones y parroquias	Total general			Tipo de asistencia								
				Con asistencia profesional					Sin asistencia profesional			
	Total	Hombre	Mujer	Total	Médico/a	Obstetrix	Enfermero/a	Auxiliar de enfermería	Total	Partero/a calificada	Partero/a no calificado	Otro
Total República	220.896	112.711	108.185	209.207	187.161	21.904	58	84	11.689	536	3.277	7.876
Región Sierra	99.895	50.843	49.052	93.606	87.992	5.565	14	35	6.289	362	1.283	4.644
Azuay	11.134	5.674	5.460	10.671	10.303	365	2	1	463	24	88	351
Cuenca	8.524	4.374	4.150	8.326	8.029	297	-	-	198	10	51	137
Bellavista	227	125	102	227	215	12	-	-	-	-	-	-
Cañaribamba	88	44	44	86	80	6	-	-	2	-	-	2
El Batán	149	76	73	144	139	5	-	-	5	-	2	3
El Sagrario	85	44	41	85	82	3	-	-	-	-	-	-
El Vecino	412	211	201	412	394	18	-	-	-	-	-	-
Gil Ramírez Dávalos	16	4	12	16	16	-	-	-	-	-	-	-
Huaynacápac	260	126	134	260	251	9	-	-	-	-	-	-
Machángara	132	66	66	132	126	6	-	-	-	-	-	-
Monay	299	153	146	298	285	13	-	-	1	-	-	1
San Blas	761	395	366	753	745	8	-	-	8	-	-	8
San Sebastián	286	156	130	286	271	15	-	-	-	-	-	-
Sucre	110	55	55	108	105	3	-	-	2	-	-	2
Totoracocha	297	156	141	296	288	8	-	-	1	-	1	-
Yanuncay	348	177	171	346	336	10	-	-	2	-	-	2
Hermano Miguel	186	90	96	186	179	7	-	-	-	-	-	-
Cuenca, Cabecera Cantonal y Capital Provincial	2.162	1.116	1.046	2.153	2.079	74	-	-	9	1	-	8
Baños	433	222	211	421	408	13	-	-	12	1	3	8
Cumbe	85	44	41	77	70	7	-	-	8	-	2	6
Chaucha	13	5	8	9	9	-	-	-	4	-	4	-
Checa (Jidcay)	39	17	22	37	35	2	-	-	2	-	-	2
Chiquintad	52	33	19	51	49	2	-	-	1	-	-	1
Llacao	81	51	30	80	77	3	-	-	1	-	-	1
Molleturo	81	38	43	58	53	5	-	-	23	5	9	9
Nulti	68	31	37	65	61	4	-	-	3	-	1	2
Octavio Cordero Palacios (Santa Rosa)	28	15	13	24	23	1	-	-	4	1	3	-
Paccha	69	41	28	68	67	1	-	-	1	-	-	1
Quingeo	99	45	54	61	61	-	-	-	38	-	20	18
Ricaurte	324	156	168	323	307	16	-	-	1	-	-	1
San Joaquín	164	82	82	152	147	5	-	-	12	-	1	11
Santa Ana	81	38	43	72	70	2	-	-	9	-	-	9
Sayausí	173	93	80	172	167	5	-	-	1	-	-	1
Sidcay	71	41	30	71	65	6	-	-	-	-	-	-

Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

ANEXOS

Tabla # 14 - Anexos - Nacidos vivos, por sexo y tipo de asistencia, según regiones y Provincias, cantones y parroquias de residencia habitual de la Madre.

Regiones, provincias, cantones y parroquias	Total general			Tipo de asistencia								
				Con asistencia profesional					Sin asistencia profesional			
	Total	Hombre	Mujer	Total	Médico/a	Obstetrix	Enfermero/a	Auxiliar de enfermería	Total	Partero/a calificada	Partero/a no calificado	Otro
Sinincay	184	114	70	177	172	5	-	-	7	-	1	6
Tarqui	161	72	89	134	130	4	-	-	27	-	1	26
Turi	101	53	48	101	98	3	-	-	-	-	-	-
Valle	346	166	180	339	324	15	-	-	7	1	1	5
Victoria del Portete (Iruquis)	53	23	30	46	45	1	-	-	7	1	2	4
Girón	169	90	79	163	162	1	-	-	6	-	2	4
Girón, Cabecera Cantonal	129	68	61	127	126	1	-	-	2	-	1	1
Asunción	27	16	11	26	26	-	-	-	1	-	-	1
San Gerardo	13	6	7	10	10	-	-	-	3	-	1	2
Gualaceo	634	331	303	564	540	24	-	-	70	2	8	60
Gualaceo, Cabecera Cantonal	415	221	194	403	390	13	-	-	12	-	1	11
Daniel Córdova Toral (El Oriente)	20	13	7	14	14	-	-	-	6	-	-	6
Jadán	37	17	20	30	28	2	-	-	7	-	1	6
Mariano Moreno	30	13	17	27	25	2	-	-	3	-	-	3
Remigio Crespo Toral (Gúlag)	15	6	9	12	12	-	-	-	3	-	-	3
San Juan	63	35	28	40	33	7	-	-	23	-	3	20
Zhidmad	34	15	19	22	22	-	-	-	12	2	3	7
Luis Cordero Vega	14	7	7	10	10	-	-	-	4	-	-	4
Simón Bolívar (Cab. en Gañanzol)	6	4	2	6	6	-	-	-	-	-	-	-
Nabón	148	66	82	109	104	5	-	-	39	1	2	36
Nabón, Cabecera Cantonal	104	48	56	83	80	3	-	-	21	-	2	19
Cochapata	24	13	11	11	10	1	-	-	13	1	-	12
El Progreso (Cab. en Zhota)	11	2	9	9	8	1	-	-	2	-	-	2
Las Nieves (Chaya)	9	3	6	6	6	-	-	-	3	-	-	3
Paute	364	170	194	359	357	2	-	-	5	2	-	3
Paute, Cabecera Cantonal	248	114	134	245	244	1	-	-	3	1	-	2
Bulán (José Víctor Izquierdo)	11	6	5	11	11	-	-	-	-	-	-	-
Chicán (Guillermo Ortega)	20	12	8	20	20	-	-	-	-	-	-	-
El Cabo	25	9	16	24	24	-	-	-	1	1	-	-
Guarainag	8	5	3	8	8	-	-	-	-	-	-	-
San Cristóbal (Carlos Ordóñez Lazo)	14	9	5	14	14	-	-	-	-	-	-	-
Tomebamba	23	6	17	22	22	-	-	-	1	-	-	1
Dug Dug	15	9	6	15	14	1	-	-	-	-	-	-
Pucará	72	36	36	47	46	1	-	-	25	-	-	25
Pucará, Cabecera Cantonal	58	29	29	37	36	1	-	-	21	-	-	21

Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

ANEXOS

Tabla # 15 - Anexos - Nacidos vivos, por sexo y tipo de asistencia, según regiones y

Provincias, cantones y parroquias de residencia habitual de la Madre.

Regiones, provincias, cantones y parroquias	Total general			Tipo de asistencia								
				Con asistencia profesional					Sin asistencia profesional			
	Total	Hombre	Mujer	Total	Médico/a	Obstetriz	Enfermero/a	Auxiliar de enfermería	Total	Partero/a calificada	Partero/a no calificado	Otro
San Rafael de Shurug	14	7	7	10	10	-	-	-	4	-	-	4
San Fernando	52	25	27	48	48	-	-	-	4	-	-	4
San Fernando, Cabecera Cantonal	41	18	23	39	39	-	-	-	2	-	-	2
Chumbiún	11	7	4	9	9	-	-	-	2	-	-	2
Santa Isabel	234	114	120	219	219	-	-	-	15	2	5	8
Santa Isabel (Chaguarurco), Cabecera Cantonal	185	95	90	179	179	-	-	-	6	1	2	3
Abdón Calderón (La Unión)	32	15	17	31	31	-	-	-	1	-	-	1
Zhaglli (Shaglli)	15	4	11	8	8	-	-	-	7	1	2	4
San Salvador de Cañaribamba	2	-	2	1	1	-	-	-	1	-	1	-
Sigsig	351	173	178	289	285	2	2	-	62	3	15	44
Sigsig, Cabecera Cantonal	156	78	78	147	145	2	-	-	9	1	3	5
Cuchil (Cutchil)	22	15	7	18	16	-	2	-	4	-	2	2
Gima	45	21	24	36	36	-	-	-	9	-	2	7
Guel	21	12	9	19	19	-	-	-	2	-	1	1
Ludo	38	15	23	24	24	-	-	-	14	-	4	10
San Bartolomé	40	21	19	30	30	-	-	-	10	-	1	9
San José de Raranga	29	11	18	15	15	-	-	-	14	2	2	10
Oña	33	16	17	25	25	-	-	-	8	2	1	5
San Felipe de Oña, Cabecera Cantonal	31	16	15	23	23	-	-	-	8	2	1	5
Susudel	2	-	2	2	2	-	-	-	-	-	-	-
Chordeleg	165	84	81	147	140	7	-	-	18	-	2	16
Chordeleg, Cabecera Cantonal	116	54	62	108	102	6	-	-	8	-	-	8
Principal	16	9	7	13	13	-	-	-	3	-	1	2
La Unión	13	9	4	11	11	-	-	-	2	-	-	2
Luis Galarza Orellana (Cab. en Delegsol)	12	10	2	11	10	1	-	-	1	-	-	1
San Martín de Puzhio	8	2	6	4	4	-	-	-	4	-	1	3
El Pan	25	15	10	25	24	1	-	-	-	-	-	-
El Pan, Cabecera Cantonal	18	8	10	18	17	1	-	-	-	-	-	-
San Vicente	7	7	-	7	7	-	-	-	-	-	-	-
Sevilla de Oro	64	34	30	63	63	-	-	-	1	1	-	-
Sevilla de Oro, Cabecera Cantonal	32	12	20	31	31	-	-	-	1	1	-	-
Amaluza	8	5	3	8	8	-	-	-	-	-	-	-
Palmas	24	17	7	24	24	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

ANEXOS

Tabla # 16 - Anexos - Nacidos vivos, por sexo y tipo de asistencia, según regiones y

**Provincias , cantones y parroquias de residencia habitual de la
Madre.**

Regiones, provincias, cantones y parroquias	Total general			Tipo de asistencia								
				Con asistencia profesional					Sin asistencia profesional			
	Total	Hombre	Mujer	Total	Médico/a	Obstetriz	Enfermero/a	Auxiliar de enfermería	Total	Partero/a calificada	Partero/a no calificado	Otro
Guachapala	28	13	15	28	28	-	-	-	-	-	-	-
Guachapala, Cabecera Cantonal	28	13	15	28	28	-	-	-	-	-	-	-
Camilo Ponce Enríquez	271	133	138	259	233	25	-	1	12	1	2	9
Camilo Ponce Enríquez, Cabecera Cantonal	258	126	132	249	224	25	-	-	9	-	2	7
El Carmen de Pijilí	13	7	6	10	9	-	-	1	3	1	-	2
Bolívar	2.604	1.311	1.293	2.104	1.952	141	5	6	500	28	96	376
Guaranda	1.466	763	703	1.062	1.015	42	3	2	404	20	73	311
Ángel Polibio Chaves	74	40	34	69	64	5	-	-	5	-	-	5
Gabriel Ignacio Veintimilla	320	171	149	283	274	9	-	-	37	6	9	22
Guanujo	329	175	154	242	232	9	-	1	87	2	25	60
Guaranda, Cabecera Cantonal y Capital Provincial	313	164	149	234	220	14	-	-	79	6	21	52
Facundo Vela	25	12	13	16	14	-	1	1	9	-	-	9
Julio E. Moreno (Catanahuán Grande)	37	23	14	13	13	-	-	-	24	-	1	23
Salinas	63	28	35	45	44	-	1	-	18	-	4	14
San Lorenzo	18	8	10	16	16	-	-	-	2	-	-	2
San Simón (Yacoto)	41	23	18	35	35	-	-	-	6	-	4	2
Santa Fé (Santa Fé)	28	16	12	25	25	-	-	-	3	-	2	1
Simiátug	170	84	86	46	45	-	1	-	124	6	7	111
San Luis de Pambil	48	19	29	38	33	5	-	-	10	-	-	10
Chillanes	185	85	100	150	104	45	-	1	35	7	10	18
Chillanes, Cabecera Cantonal	146	65	81	126	87	39	-	-	20	-	5	15
San José del Tambo (Tambopamba)	39	20	19	24	17	6	-	1	15	7	5	3
Chimbo	154	84	70	144	139	5	-	-	10	1	1	8
San José de Chimbo, Cabecera Cantonal	87	46	41	86	82	4	-	-	1	-	-	1
Asunción (Asancoto)	26	16	10	22	22	-	-	-	4	-	-	4
Magdalena (Chapacoto)	23	13	10	21	21	-	-	-	2	-	-	2
San Sebastián	7	3	4	7	7	-	-	-	-	-	-	-
Telimbela	11	6	5	8	7	1	-	-	3	1	1	1
Echeandía	176	92	84	161	147	11	2	1	15	-	1	14
Echeandía, Cabecera Cantonal	176	92	84	161	147	11	2	1	15	-	1	14
San Miguel	358	164	194	333	323	10	-	-	25	-	8	17
San Miguel, Cabecera Cantonal	233	110	123	221	217	4	-	-	12	-	3	9
Balsapamba	18	7	11	18	14	4	-	-	-	-	-	-

Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

ANEXOS

ANEXOS

**Tabla # 17 - Anexos - Nacidos vivos, por número de hijos tenidos por la madre, según
Regiones de residencia habitual y grupos de edad de la misma.**

Edad de la madre	Total	Número de hijos vivos									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 y más
Total República	220.896	95.024	64.705	35.632	14.239	5.870	2.585	1.304	721	401	415
Total región Sierra	99.895	44.291	30.504	15.343	5.428	2.233	976	515	294	166	145
Menos de 15 años	497	465	27	3	2	-	-	-	-	-	-
De 15 a 19 años	17.620	15.390	2.053	156	16	2	2	1	-	-	-
De 20 a 24 años	26.730	15.094	8.821	2.349	378	74	8	2	-	3	1
De 25 a 29 años	23.915	7.619	9.635	4.605	1.475	440	110	23	3	4	1
De 30 a 34 años	18.196	3.740	6.643	4.667	1.831	805	318	130	51	7	4
De 35 a 39 años	9.231	1.306	2.582	2.727	1.227	624	319	210	125	71	40
De 40 a 44 años	2.792	287	535	713	446	247	194	127	95	69	79
De 45 a 49 años	245	31	27	39	32	29	21	20	15	12	19
Edad ignorada	669	359	181	84	21	12	4	2	5	-	1
Total región Costa	107.749	45.629	30.895	18.312	7.690	3.012	1.181	546	246	117	121
Menos de 15 años	1.025	973	44	6	2	-	-	-	-	-	-
De 15 a 19 años	22.322	17.950	3.797	522	43	5	4	-	1	-	-
De 20 a 24 años	29.582	14.375	10.255	3.753	967	186	37	4	-	3	2
De 25 a 29 años	24.387	6.596	8.581	5.812	2.294	756	242	82	15	5	4
De 30 a 34 años	17.726	3.131	5.375	5.011	2.482	1.055	396	175	66	24	11
De 35 a 39 años	8.438	1.116	2.048	2.428	1.424	720	337	187	88	50	40
De 40 a 44 años	2.235	276	410	558	381	241	144	79	67	24	55
De 45 a 49 años	178	39	20	27	31	20	11	9	6	9	6
Edad ignorada	1.856	1.173	365	195	66	29	10	10	3	2	3
Total región Amazónica	12.853	4.916	3.183	1.923	1.100	613	427	243	181	118	149
Menos de 15 años	168	160	8	-	-	-	-	-	-	-	-
De 15 a 19 años	3.021	2.383	540	83	11	2	1	-	-	1	-
De 20 a 24 años	3.504	1.479	1.222	557	183	51	10	1	-	-	1
De 25 a 29 años	2.693	570	834	600	385	186	85	20	10	2	1
De 30 a 34 años	1.876	180	400	442	298	208	155	104	46	29	14
De 35 a 39 años	1.076	66	132	178	167	124	127	84	86	49	63
De 40 a 44 años	387	27	34	49	48	36	39	31	32	33	58
De 45 a 49 años	52	5	3	2	6	5	8	1	6	4	12
Edad ignorada	76	46	10	12	2	1	2	2	1	-	-
Total región Insular	351	163	114	49	16	8	1	-	-	-	-
Menos de 15 años	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
De 15 a 19 años	62	47	15	-	-	-	-	-	-	-	-
De 20 a 24 años	91	59	24	8	-	-	-	-	-	-	-
De 25 a 29 años	82	27	35	10	7	3	-	-	-	-	-
De 30 a 34 años	69	21	25	18	4	1	-	-	-	-	-
De 35 a 39 años	33	5	12	9	4	3	-	-	-	-	-
De 40 a 44 años	8	-	3	3	-	1	1	-	-	-	-
De 45 a 49 años	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Edad ignorada	4	3	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Total zona no delimitada	13	3	5	1	2	2	-	-	-	-	-
De 15 a 19 años	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
De 20 a 24 años	5	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013.

ANEXOS

**Tabla # 18 - Anexos - Nacidos vivos, por número de hijos tenidos por la madre, según
Regiones de residencia habitual y grupos de edad de la misma.**

Edad de la madre	Total	Número de hijos vivos									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 y más
De 25 a 29 años	6	.	2	1	2	1	.	.	.	.	.
De 35 a 39 años	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.
Total exterior	35	22	4	4	3	2	.	.	.	.	.
Menos de 15 años	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.
De 15 a 19 años	10	8	2	.	.	.	.	.	.	.	.
De 20 a 24 años	8	6	1	1	.	.	.	.	.	.	.
De 25 a 29 años	8	3	.	2	1	2	.	.	.	.	.
De 30 a 34 años	4	2	1	1	.	.	.	.	.	.	.
De 35 a 39 años	2	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.
De 40 a 44 años	2	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.

* Para determinar este cuadro se utilizó los datos de nacimientos oportunos, que corresponden a los nacimientos ocurridos en el mismo año de inscripción 2013.

Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013

Tabla # 19 - Anexos - Defunciones de personas de doce años y más de edad, por estado Civil y sexo , según grupos de edad.

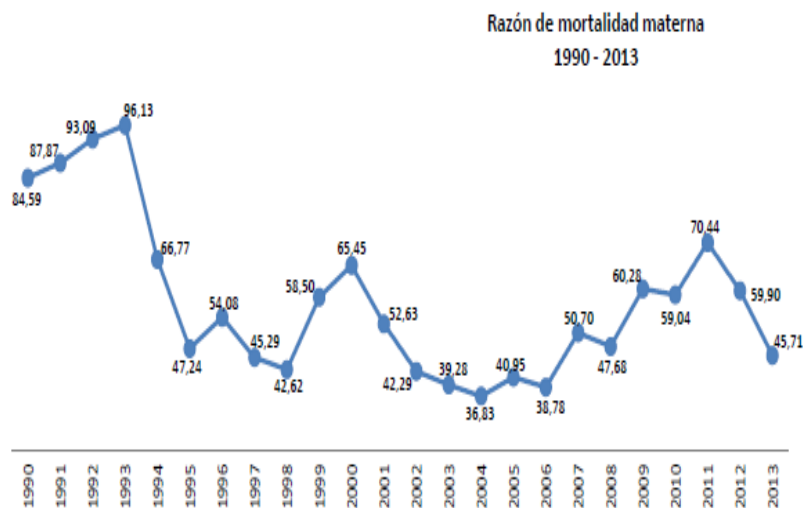
Grupos de Edad	Total general			Estado civil													
				Unido(a)		Soltero(a)		Casado(a)		Divorciado(a)		Separado(a)		Viudo(a)		Ignorado	
	Total	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total República	58.518	32.380	26.138	2.605	1.319	10.578	8.425	13.899	7.816	997	836	135	120	3.439	7.029	727	593
12 a 14 años	388	223	163	1	3	201	150	-	1	-	-	-	-	-	-	21	9
15 a 19 años	1.208	799	409	39	41	738	339	11	15	-	-	-	1	-	3	11	10
20 a 24 años	1.828	1.250	378	179	71	925	243	102	49	3	1	1	2	3	3	37	7
25 a 29 años	1.890	1.270	420	244	70	772	223	218	103	5	3	5	1	2	5	24	15
30 a 34 años	1.737	1.251	486	218	53	658	228	328	168	19	16	7	2	4	4	17	15
35 a 39 años	1.859	1.104	555	178	84	497	221	383	224	30	18	5	3	5	14	28	11
40 a 44 años	1.743	1.097	646	145	78	442	240	442	268	39	37	9	2	6	11	14	12
45 a 49 años	2.107	1.272	835	137	74	524	326	613	354	42	35	10	6	19	27	27	13
50 a 54 años	2.800	1.491	1.109	142	103	549	371	658	498	81	44	9	6	23	61	31	28
55 a 59 años	3.261	1.880	1.381	187	86	604	469	879	630	110	76	13	4	46	92	41	24
60 a 64 años	3.776	2.205	1.571	164	107	634	493	1.137	684	124	87	12	6	93	165	41	29
65 a 69 años	4.431	2.480	1.971	185	99	637	567	1.303	850	118	88	6	12	147	292	64	43
70 a 74 años	5.091	2.835	2.258	183	91	728	629	1.503	919	123	78	14	18	232	480	54	41
75 a 79 años	6.238	3.373	2.865	205	113	770	604	1.825	975	90	80	17	12	398	818	68	65
80 a 84 años	6.978	3.582	3.396	168	96	740	645	1.842	931	78	106	10	16	655	1.237	89	65
85 y más años	13.937	6.258	7.679	231	170	1.155	2.155	2.772	1.149	135	167	17	29	1.808	3.818	142	193
Edad ignorada	50	30	20	1	-	6	2	5	2	-	-	-	-	-	3	18	13

Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 2013

ANEXOS

Grafico # 13 - Anexos - Razón de mortalidad materna, periodo 1990 - 2013.

Años	Estimación nacimientos	Mortalidad materna*	
		Numero	Razón
1990	365.272	309	84,59
1991	364.178	320	87,87
1992	363.087	338	93,09
1993	361.999	348	96,13
1994	360.915	241	66,77
1995	359.834	170	47,24
1996	358.756	194	54,08
1997	357.681	162	45,29
1998	356.610	152	42,62
1999	355.541	208	58,50
2000	354.476	232	65,45
2001	353.416	186	52,63
2002	352.357	149	42,29
2003	351.299	138	39,28
2004	350.247	129	36,83
2005	349.199	143	40,85
2006	348.153	135	38,78
2007	347.110	176	50,70
2008	346.070	165	47,68
2009	345.034	208	60,28
2010	343.858	203	59,04
2011	342.154	241	70,44
2012	340.554	204	59,90
2013	339.060	155	45,71



Para calcular la razón de mortalidad materna se utiliza como denominador la estimación de nacidos vivos.

Razón por 100.000 nacidos vivos

Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 1990 - 2013.

Las muertes maternas que ocurrieron en el periodo del embarazo, parto o posparto, hasta los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo.

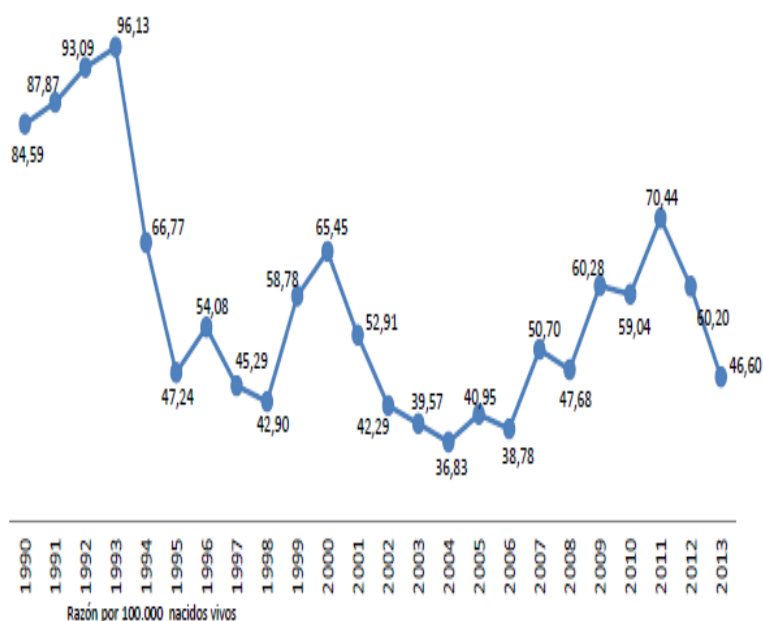
ANEXOS

Grafico # 14 - Anexos - Evolución de Razón de mortalidad materna, incluidas tardías,

periodo 1990 - 2013.

Años	Estimación de Nacidos Vivos	Mortalidad materna incluidas tardías	
		Número	Razón 1/
1990	365.272	309	84,59
1991	364.178	320	87,87
1992	363.087	338	93,09
1993	361.999	348	96,13
1994	360.915	241	66,77
1995	359.834	170	47,24
1996	358.756	194	54,08
1997	357.681	162	45,29
1998	356.610	153	42,90
1999	355.541	209	58,78
2000	354.476	232	65,45
2001	353.416	187	52,91
2002	352.357	149	42,29
2003	351.299	139	39,57
2004	350.247	129	36,83
2005	349.199	143	40,95
2006	348.153	135	38,78
2007	347.110	176	50,70
2008	346.070	165	47,68
2009	345.034	208	60,28
2010	343.858	203	59,04
2011	342.154	241	70,44
2012	340.554	205	60,20
2013	339.060	158	46,60

**Razón de mortalidad materna, incluidas tardías
1990 - 2013**



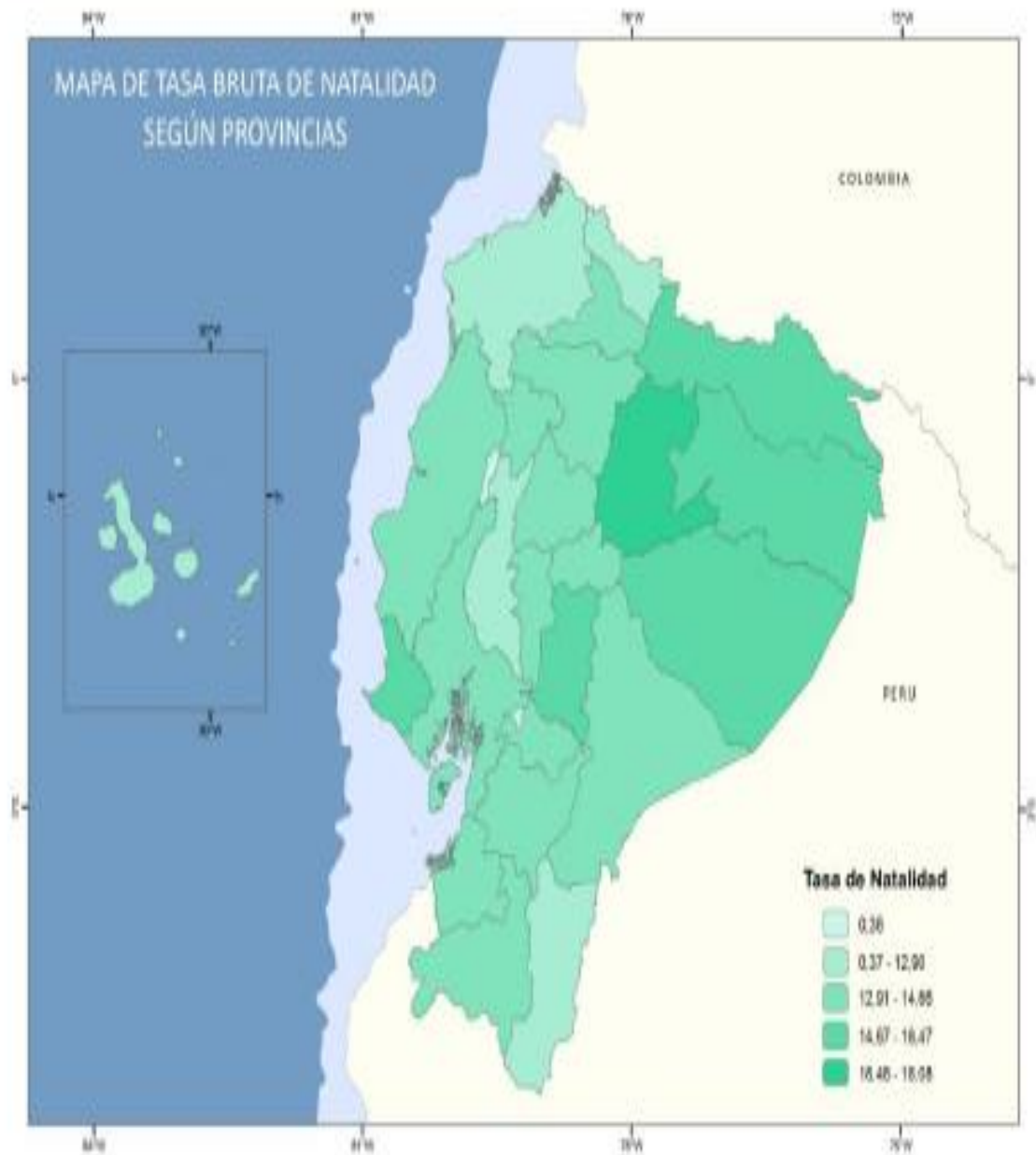
Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 1990 - 2013.

1/ Corresponde al cálculo, donde como numerador se utilizó el total de muertes maternas, incluidas tardías y en el denominador a la estimación de nacidos vivos.

ANEXOS

Muertes maternas tardías. - Es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo.

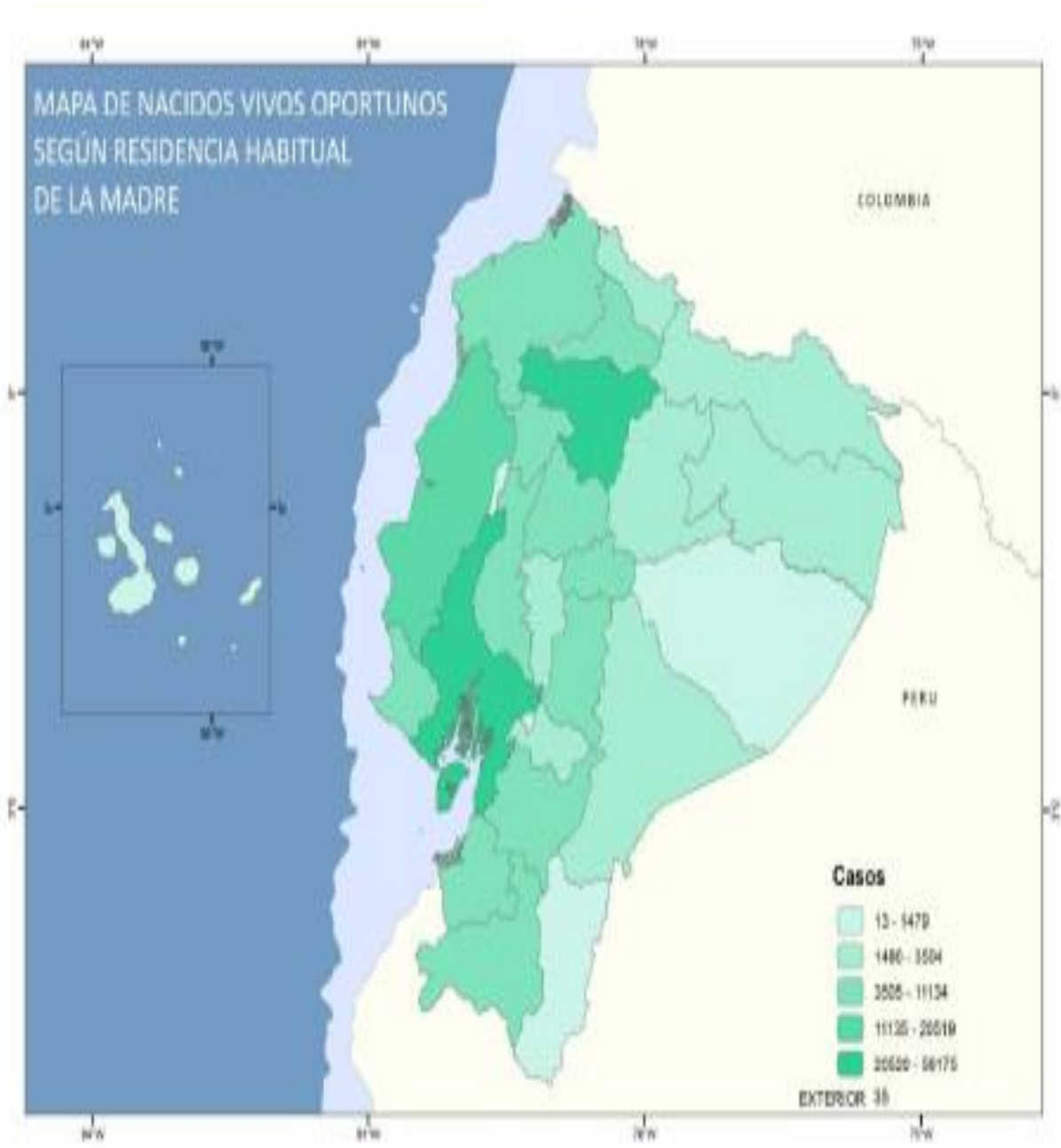
Grafico# 15 - Anexos- Mapas de tasas brutas de natalidad, según provincias.



Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 1990 - 2013.

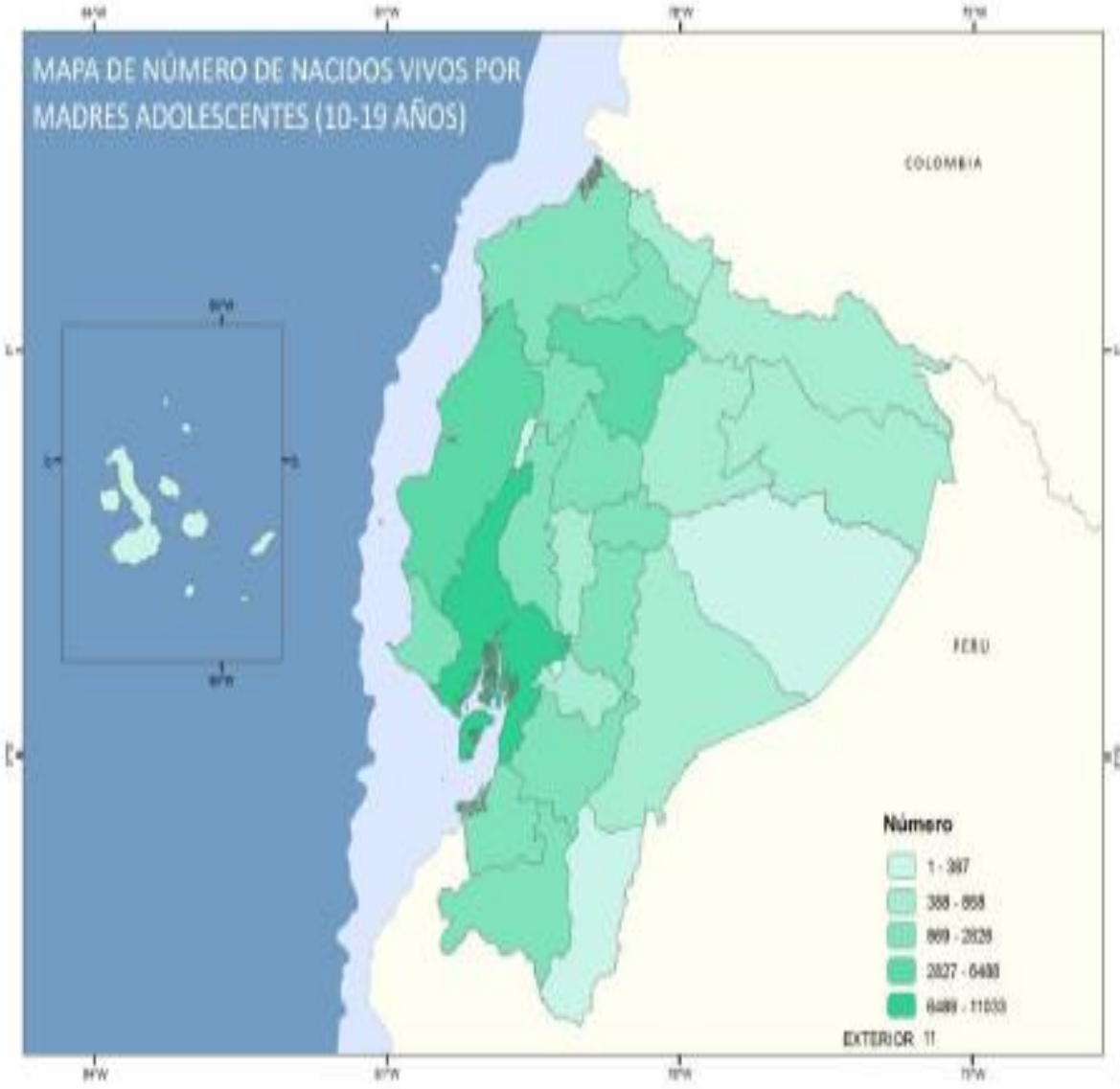
ANEXOS

Grafico # 16 - Anexos - Mapa de nacidos vivos, según residencia habitual de la madre.



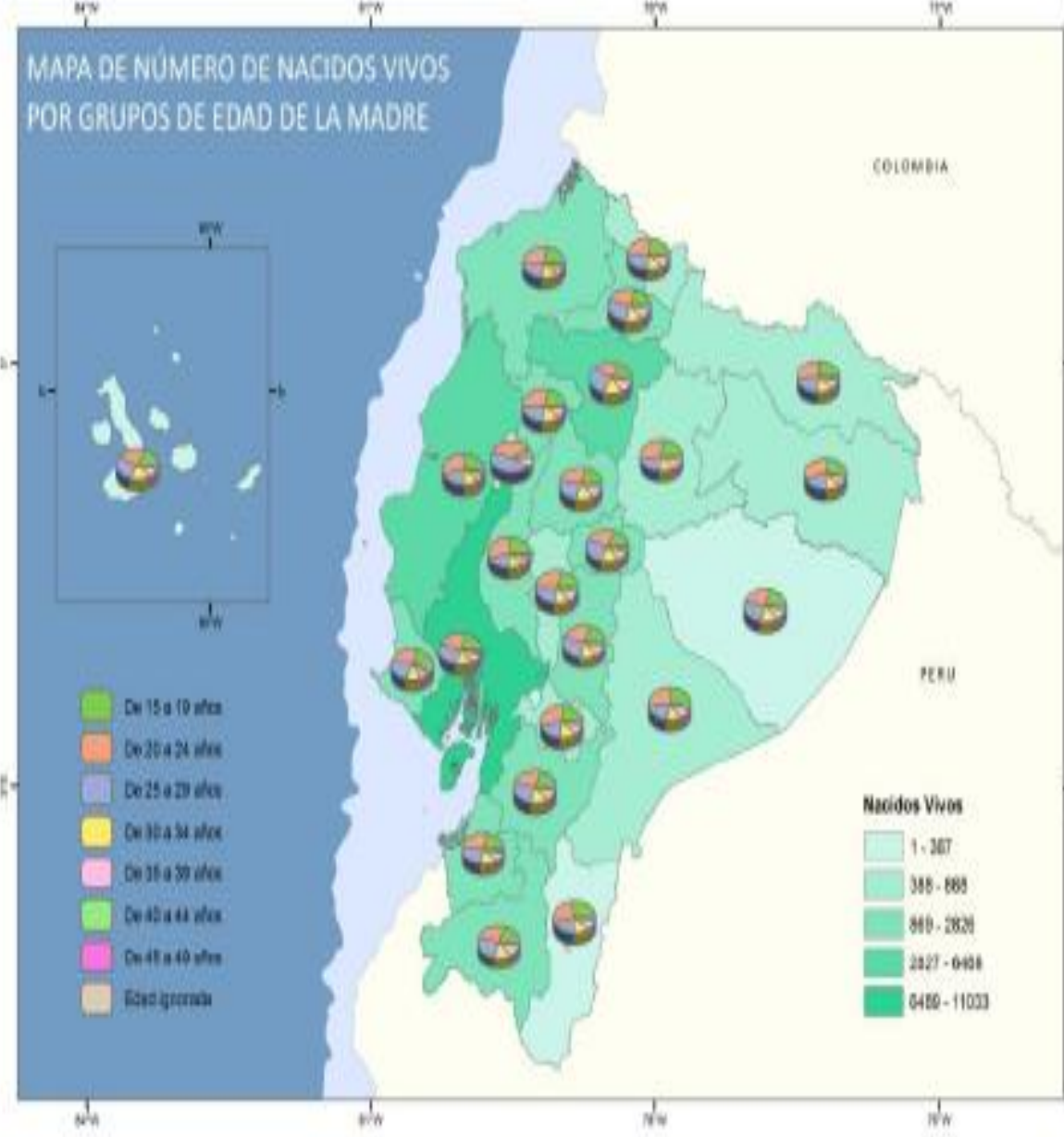
Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 1990 - 2013.

Grafico # 17 - Anexos - Mapa de numero de nacidos vivos por madres adolescentes (10 - 19 años).



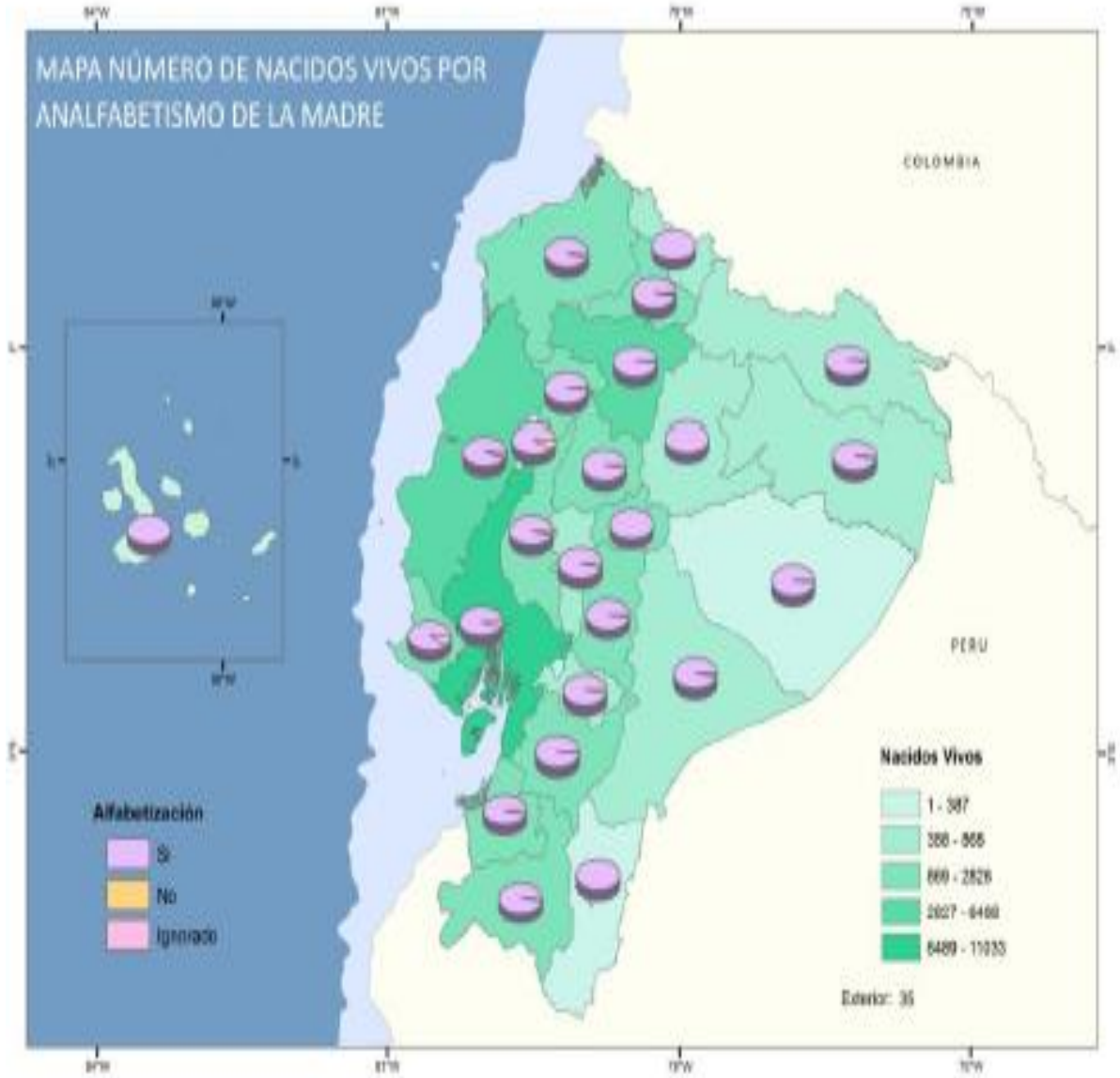
Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 1990 - 2013.

Grafico # 19 - Anexos - Mapa de numero de nacidos vivos por grupos de edad de la Madre.



Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 1990 - 2013.

Grafico # 20 - Anexos - Mapa de numero de nacidos vivos por analfabetismo de la Madre.

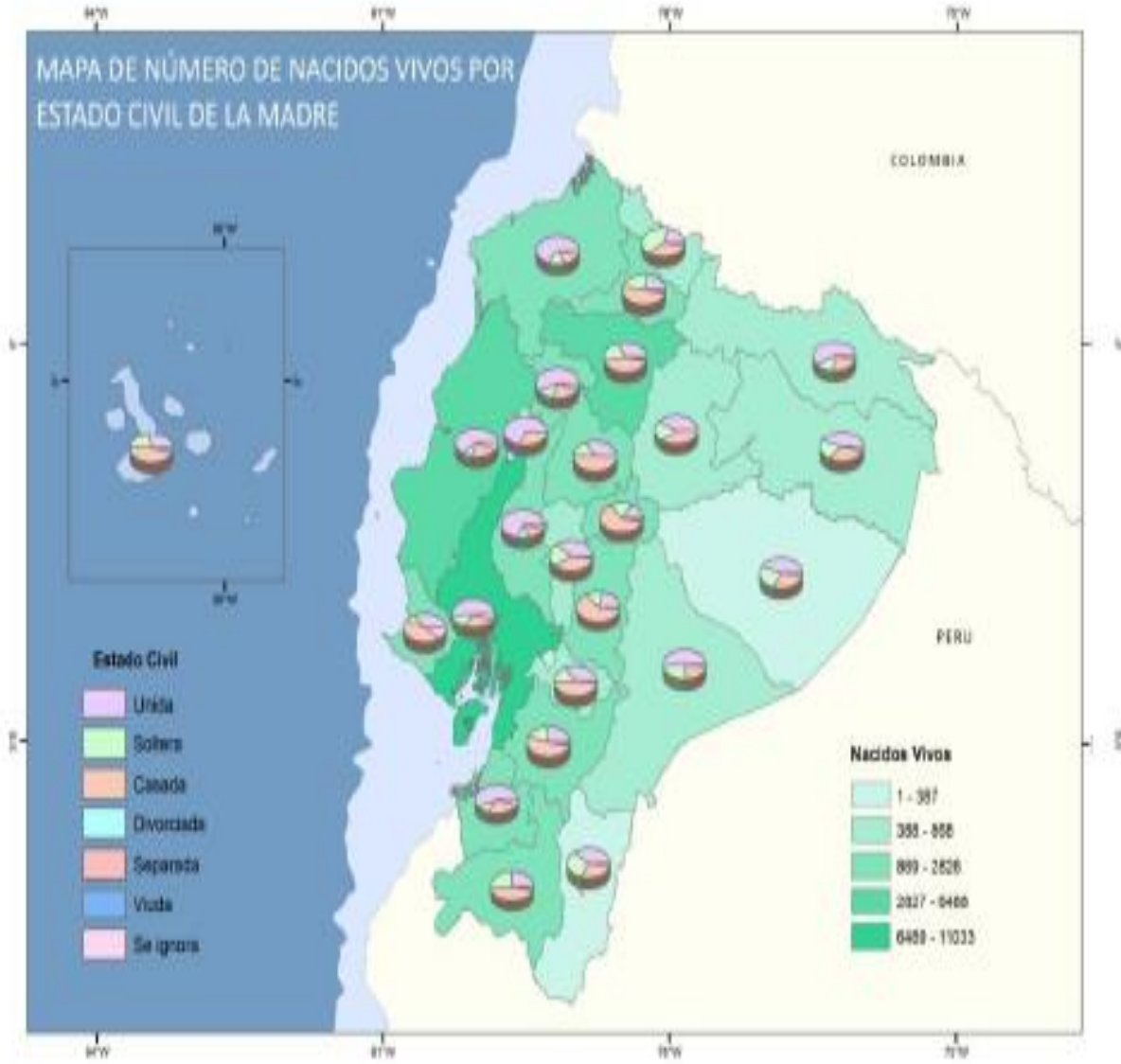


Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 1990 - 2013.

ANEXOS

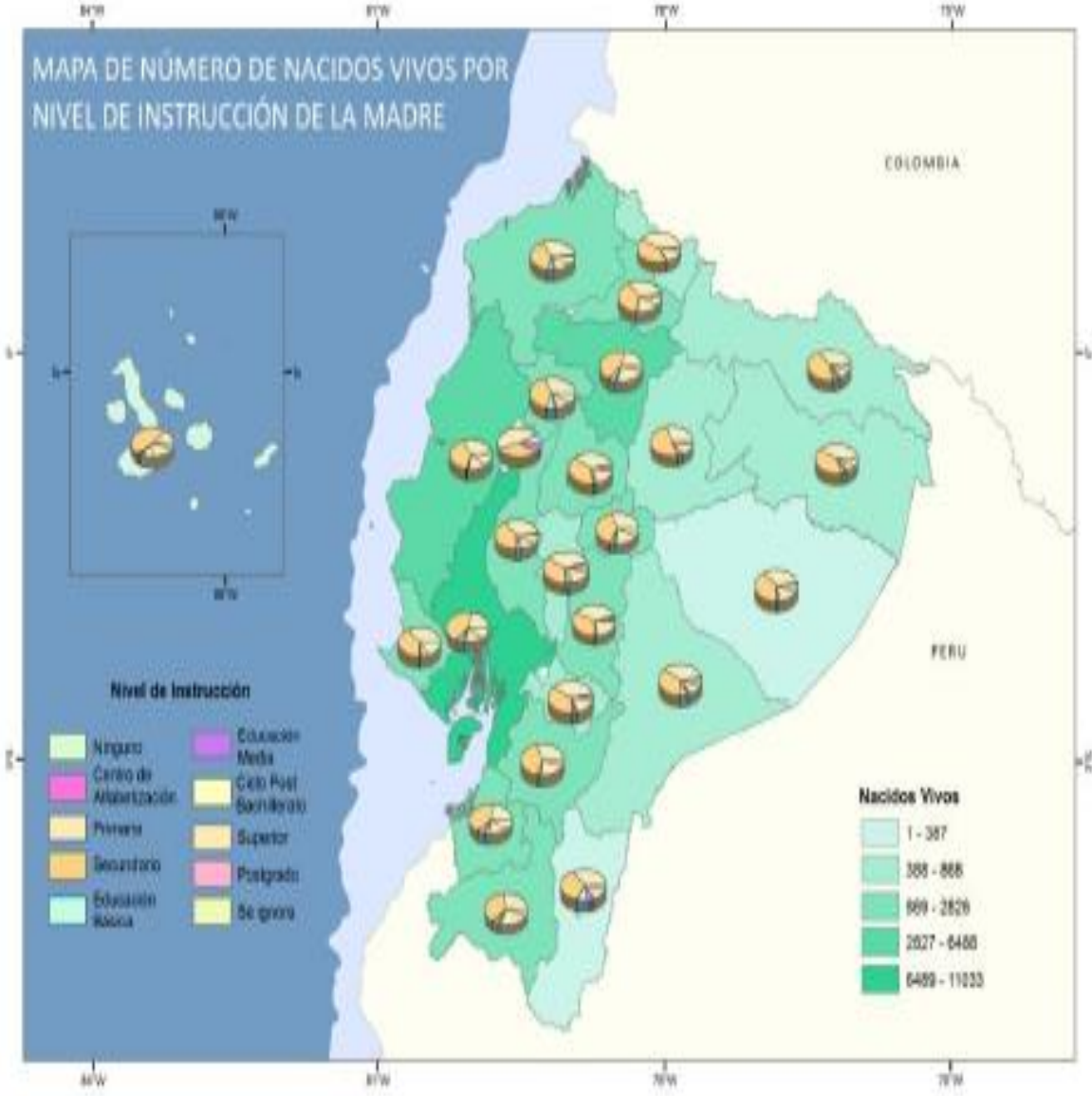
ANEXOS

Grafico # 21 - Anexos - Mapa de numero de nacidos vivos por estado civil de la Madre.



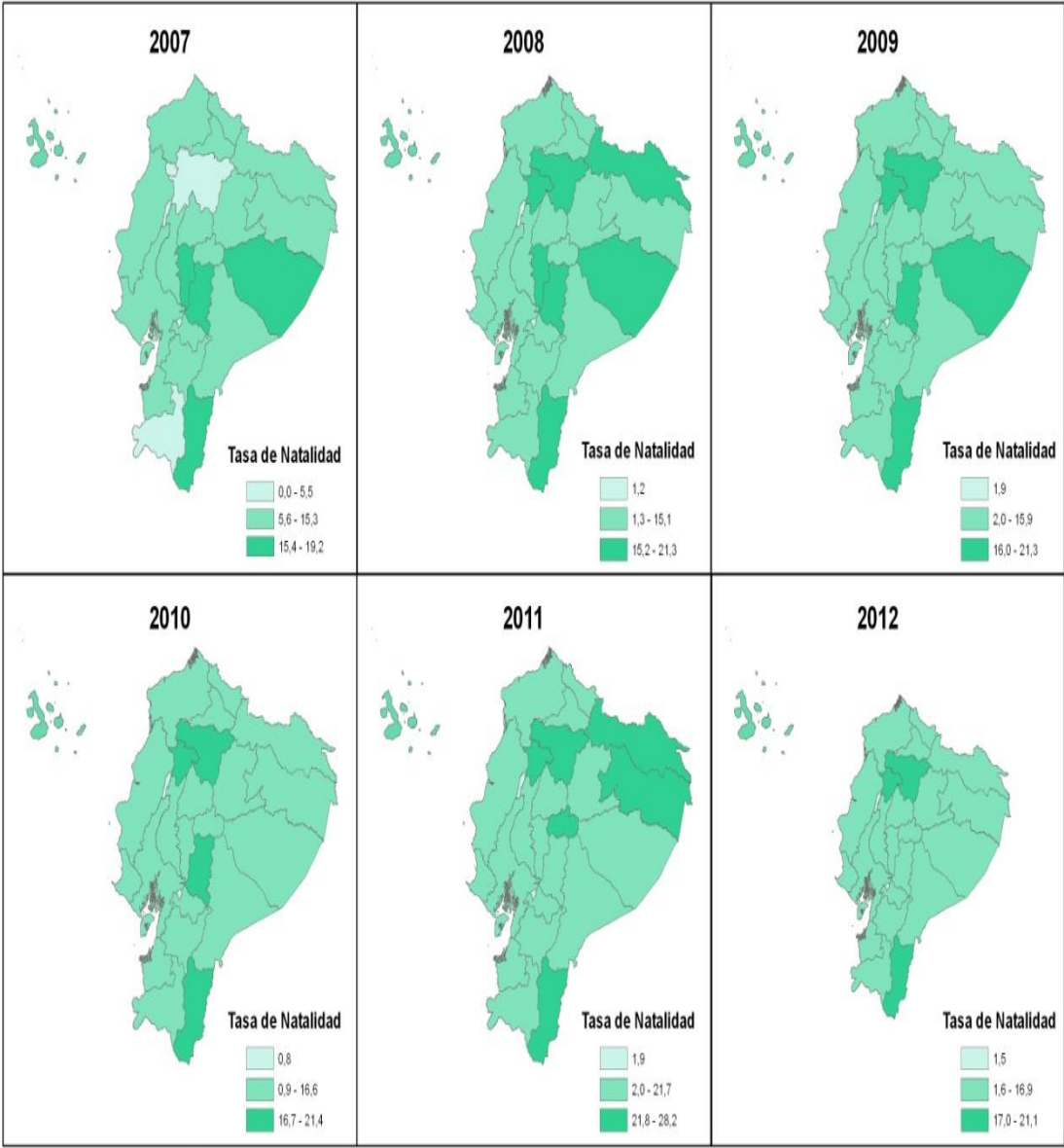
Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 1990 - 2013.

Grafico # 22 - Anexos - Mapa de numero de nacidos vivos por nivel de instrucción de la Madre.



Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 1990 - 2013.

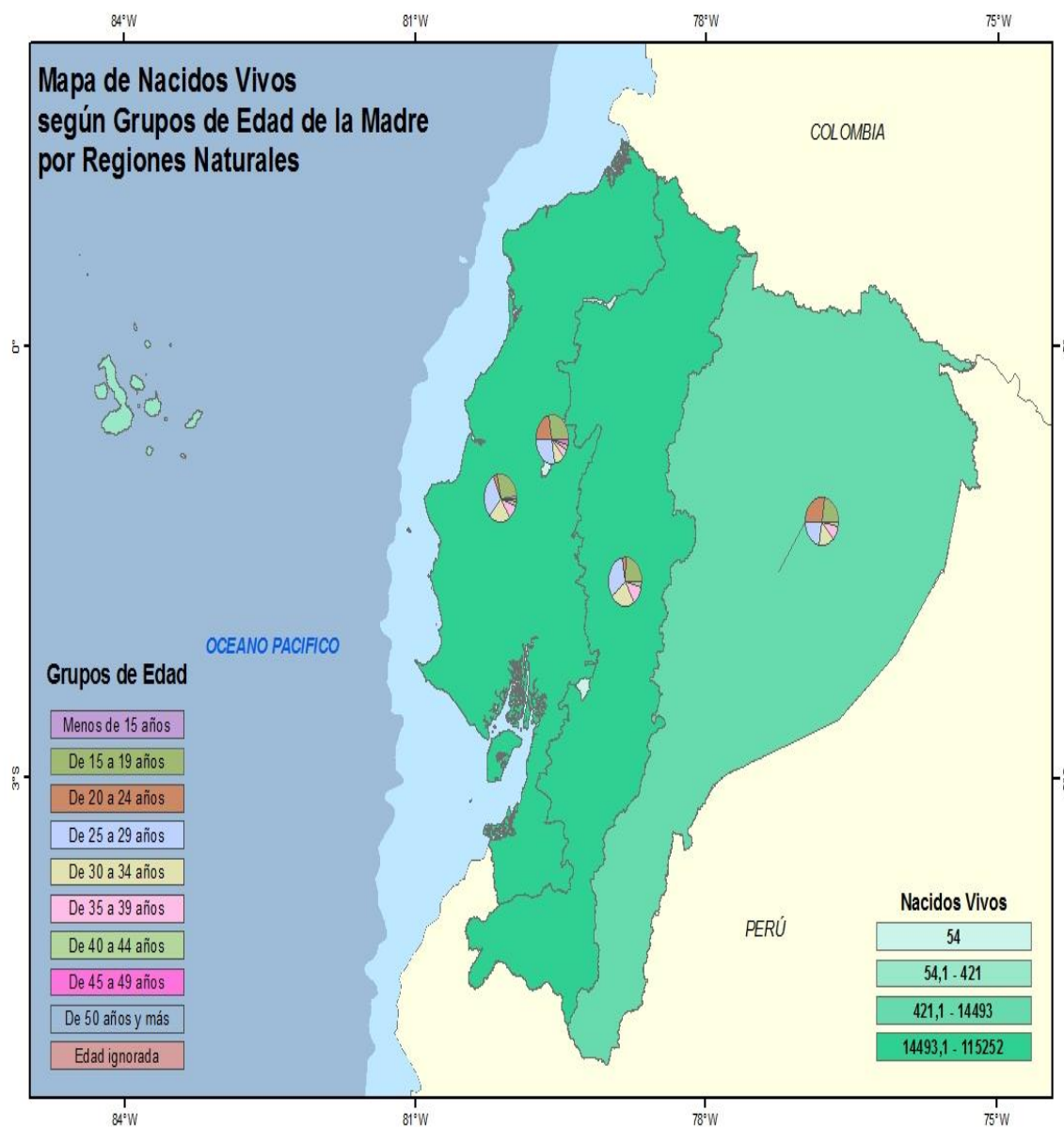
Grafico # 23 - Anexos - Mapa de evolución de la tasa de Natalidad 2007 - 2012, por Provincias, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012.



Ecuador: La población estimada del 2007 - 2012, es a partir del Censo 2010.
 Para efectos de comparación se utiliza la División Político Administrativa 2012

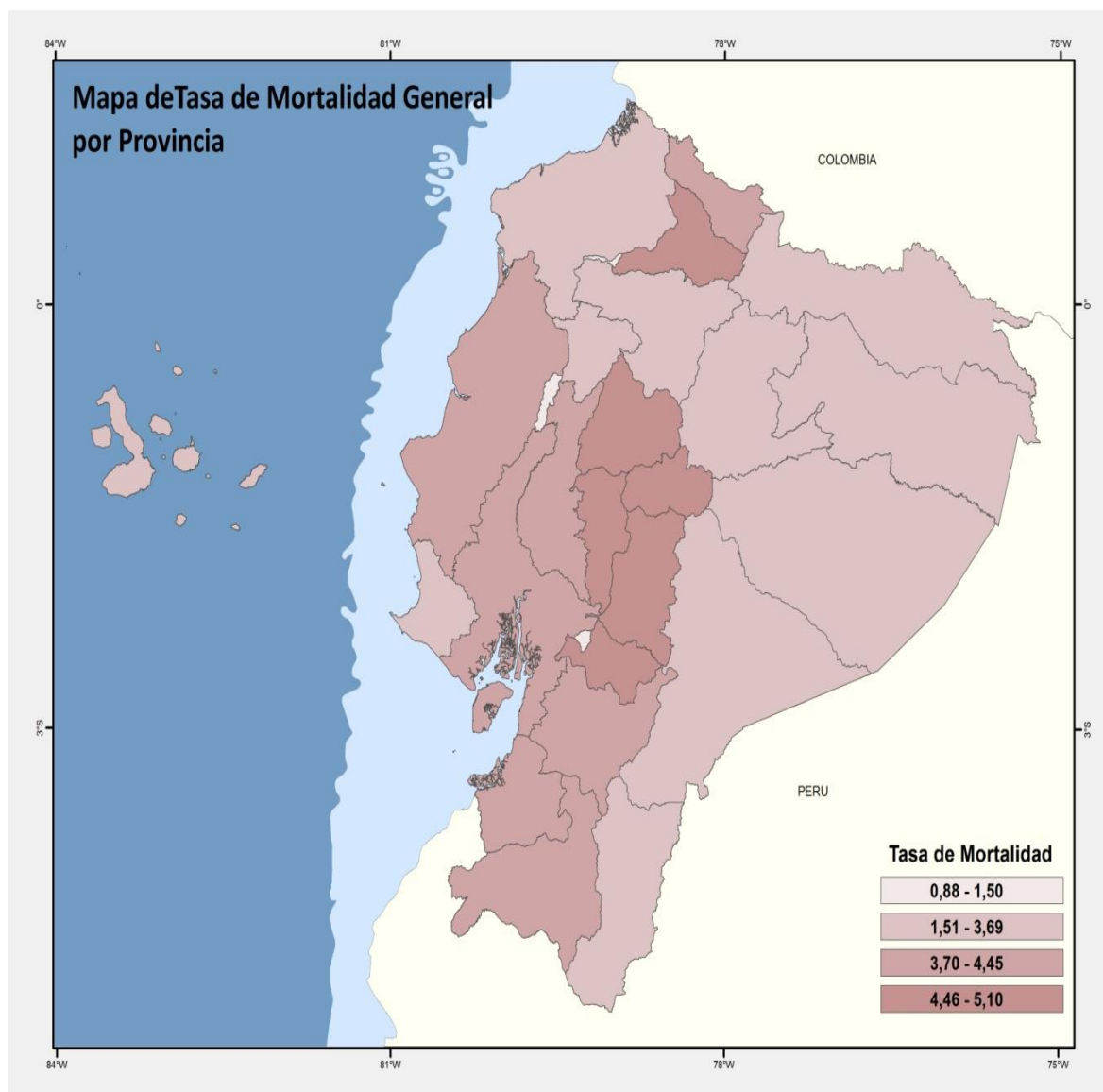
Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 1990 - 2013.

Grafico # 24 - Anexos - Mapa de Nacidos Vivos, según Grupos de Edad de la Madre por Regiones Naturales.



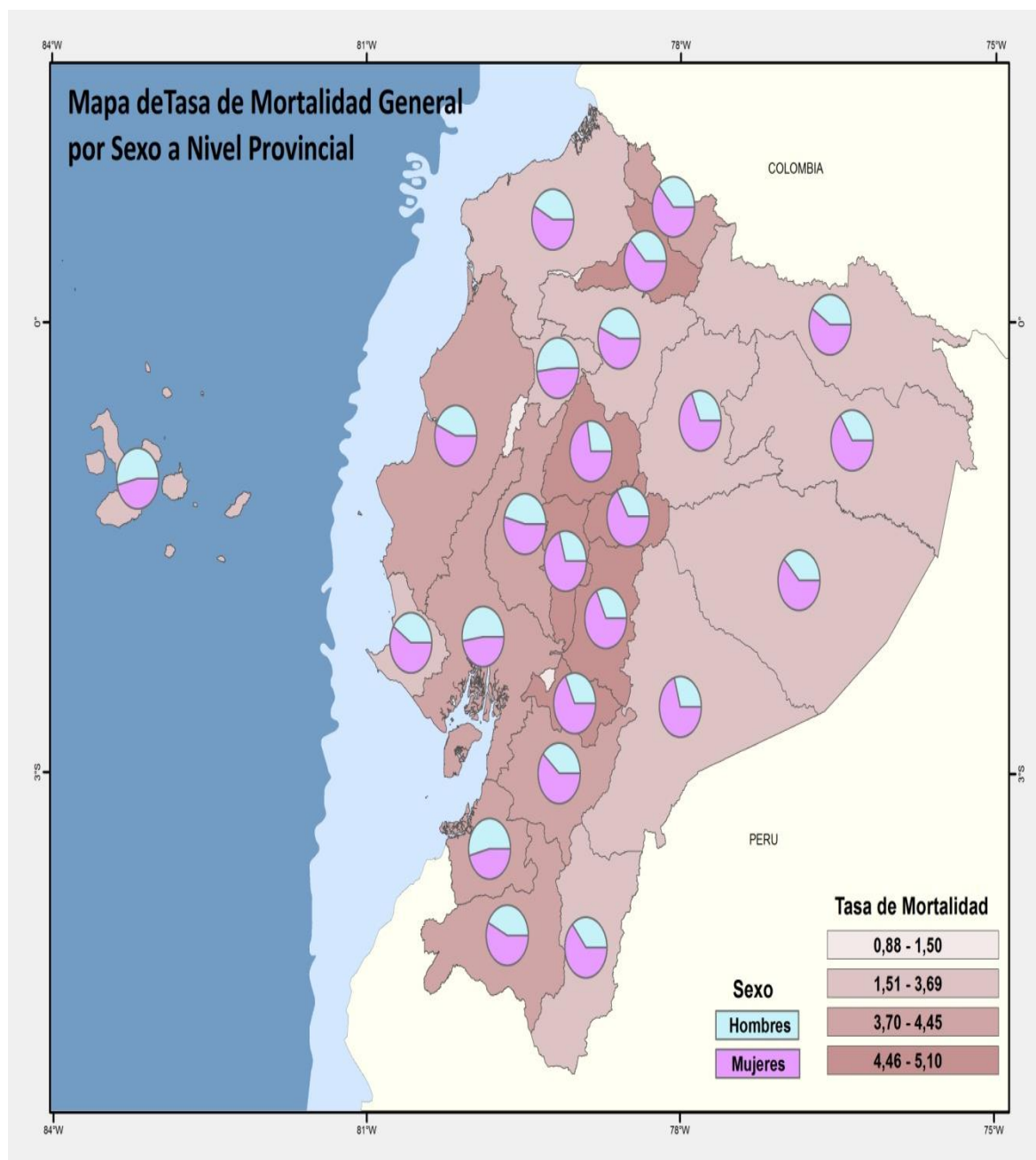
Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 1990 - 2013.

Grafico # 25 - Anexos - Mapa de tasa de Mortalidad General por Provincia.



Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 1990 - 2013.

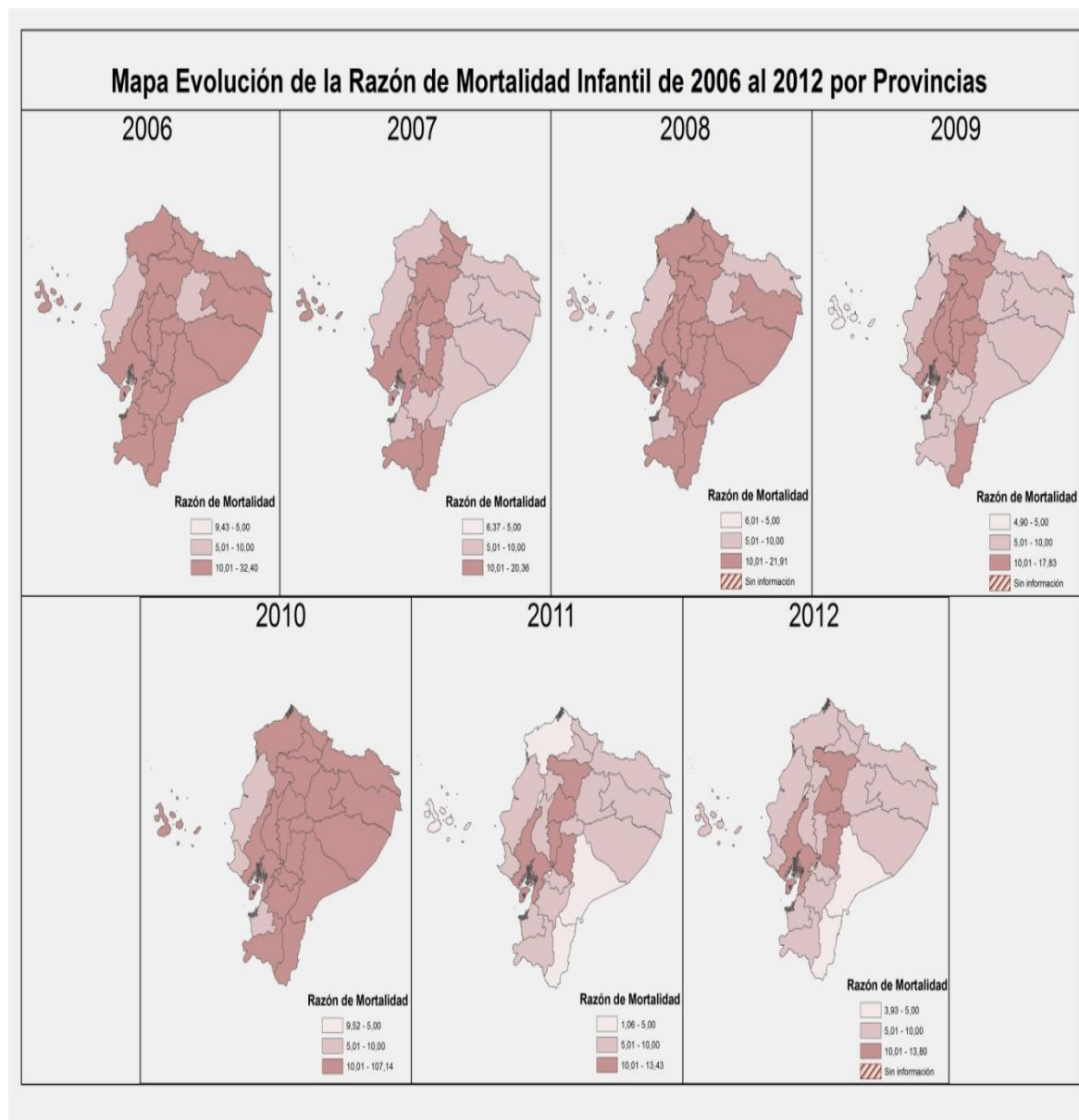
Grafico # 26 - Anexos - Mapa de tasa de Mortalidad General por Sexo a nivel Provincia.



Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 1990 - 2013.

ANEXOS

Grafico # 27 - Anexos - Mapa de Evolución de la Razón de Mortalidad Infantil 2006 - 2012 por Provincias.

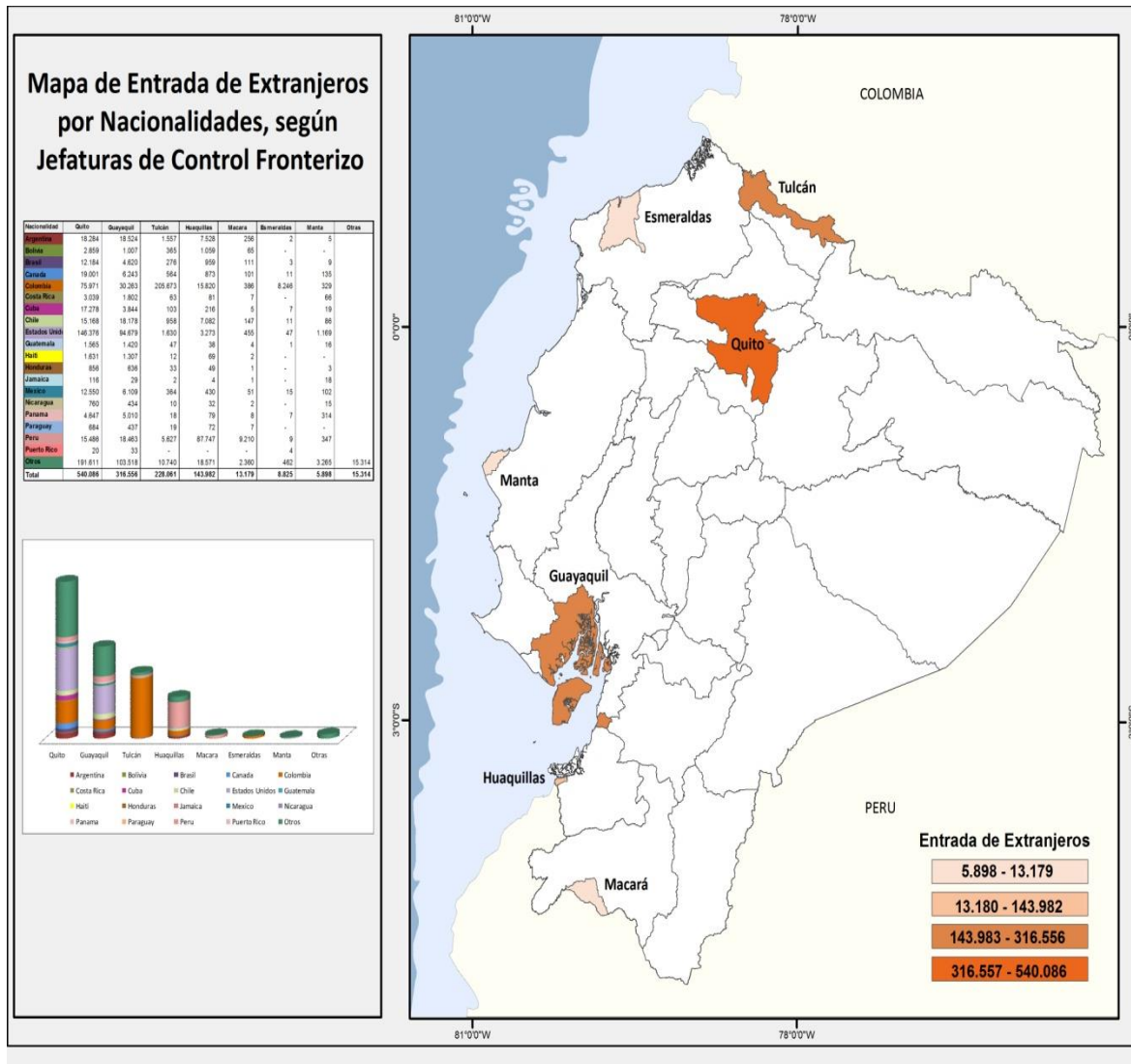


Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 1990 - 2013.

ANEXOS

Grafico # 28 - Anexos - Mapa de entrada de extranjeros por Nacionalidad, según

Jefatura de Control Fronterizo.



Fuente: Registros Administrativos de nacimientos y defunciones 1990 - 2013.