

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES

FLACSO-ECUADOR

Maestría en Ciencias Sociales

Con mención en

GÉNERO Y DESARROLLO

2007-2009

*DETERMINANTES DE LA SALUD/ENFERMEDAD DE LAS MUJERES
QUE REALIZAN TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO,
EN EL ECUADOR, 2004.
ALCANCES Y PERSPECTIVAS.*

María Imelda Obando Rosero

Marzo del 2011

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES

FLACSO-ECUADOR

Maestría en Ciencias Sociales

Con mención en

GÉNERO Y DESARROLLO

2007-2009

DETERMINANTES DE LA SALUD/ENFERMEDAD DE LAS MUJERES

QUE REALIZAN TRABAJO DOMESTICO NO REMUNERADO,

EN EL ECUADOR, 2004.

ALCANCES Y PERSPECTIVAS.

María Imelda Obando Rosero

ASESOR: Fernando Martín Mayoral, Ph. D.

LECTORES:

Dra. Amaia Pérez Orozco

Juan Ponce Jarrín, Ph. D.

Quito, marzo del 2011

AGRADECIMIENTO

A María Teresa, Leonardo, Gerardo, Omar, Eddy y, en ellos, a toda la gente que, individual o colectivamente, han animado en mi vida la curiosidad, el aprendizaje y la constante puesta en práctica, a veces en cordialidad y a veces en conflicto, sin embargo, nunca carente de Amor.

INDICE GENERAL

	Página
Síntesis del contenido de la Tesis	8
Introducción	9
I. Aspectos Conceptuales	12
1. Salud y Género	12
2. Género	13
a. Breve Reseña Histórica de la categoría género	14
b. Teoría de Géneros	16
c. Sistema Sexo/Género	17
3. Relación Salud, Género y Trabajo	17
a. Salud y División Sexual del Trabajo	18
b. La salud desde una perspectiva de género	19
c. La salud de las amas de casa	20
II. Contexto de la salud pública y perfiles poblacionales del Ecuador	24
1. Contexto de la Salud Pública	24
2. El estado de salud de la población	26
a. Perfil demográfico	27
b. Perfil epidemiológico	28
III. Metodología	30
1. Revisión de la literatura	30
a. Antecedentes	30
b. Estado del Arte	31
2. Datos	32
3. Metodología	34
4. Modelo	38
IV. Resultados	43
1. Descripción de la muestra	43
a. Población Total Encuestada	43
b. Mujeres de 10 años y más que tienen problemas de salud, de acuerdo a su relación de parentesco	51
c. Mujeres de 10 años y más que tienen problemas	

de salud y calidad de no trabajar remuneradamente de acuerdo a su relación de parentesco	54
2. Determinantes del estado de salud/enfermedad	58
a. Estimación de los Determinantes del Estado de Salud/enfermedad en función de diversas peculiaridades del ama de casa.	58
b. Estimación de los Determinantes del Estado de Salud/enfermedad en función de de diversas peculiaridades del ama de casa y de estado de afiliación	61
c. Estimación de los Determinantes del Estado de Salud/enfermedad en función de de diversas peculiaridades del ama de casa y de asistencia a atención preventiva.	63
Conclusiones y Recomendaciones	65
• Síntesis	65
• Conclusiones	66
• Hallazgos Adicionales	69
• Recomendaciones	72
Anexos	75
Bibliografía	81

INDICE DE CUADROS

#	Título	Página
1	Variables y Dummies	76
2	Correlación entre Variables y Dummies	77
3	Síntesis de Variables seleccionadas por Estado de Salud percibido	44
4	Variables seleccionadas por Percepción de 1er. Problema de Salud	78
5	Mujeres de 10 años y más, con problemas de salud, por Relación de Parentesco	52
6	Mujeres por 1er. Problema de Salud, según Relación de Parentesco	79
7	Mujeres de 10 años y más, Sin Trabajo Remunerado, Con Problemas de Salud, por Relación de Parentesco	55
8	Mujeres de 10 años y más, Sin Trabajo Remunerado, por 1er. Problema de Salud, según Relación de Parentesco	80
9	Probabilidad de presentar problemas de salud -Probit estimados – en función de características de amas de casa	59
10	Probabilidad de presentar problemas de salud -Probit estimados – en función de características de amas de casa y carecer de afiliación	61
11	Probabilidad de presentar problemas de salud -Probit estimados – en función de características de amas de casa y no asistencia a consulta preventiva	63

INDICE DE GRÁFICOS

#	Título	Página
1	Estado de salud de la Población Encuestada, por Sexo	46
2	Población Encuestada Enferma, por Sexo y Edad	46
3	Población Encuestada Enferma, Por Sexo Y Parentesco	47
4	Población Encuestada Enferma, Por Sexo Y Estado Civil	47
5	Población Encuestada Enferma, Por Sexo Y Condición De Actividad	48
6	Población Encuestada Enferma, Por Sexo Y Categorías De Ocupación Respecto A Trabajo No Remunerado	48
7	Población Encuestada Enferma, Por Sexo Y Condición De Afiliación	49
8	Población Encuestada Enferma, Por Sexo Y Participación en Atención de Salud Preventiva	49
9	Mujeres por Primer Problema De Salud, según Relación de Parentesco Determinada (Jefa, Esposa, Hija)	53
10	Mujeres por Mayores Problemas de Salud, según Relación de Parentesco Determinada (Jefa, Esposa, Hija)	54
11	Mujeres por Primer Problema de Salud, según Relación de Parentesco Determinada (Jefa, Esposa, Hija) Y en Condición de No Trabajo Remunerado	56
12	Mujeres por Principales Problemas de Salud, según Relación de Parentesco Determinada (Jefa, Esposa, Hija) Y en Condición de No Trabajo Remunerado	57
13	Comparación de Principales Problemas De Salud Entre Esposas en General y Esposas Sin Trabajo Remunerado	57

Síntesis

El objetivo del presente trabajo es analizar la relación entre el estado de salud/enfermedad de las amas de casa y el trabajo doméstico no remunerado que realizan en sus hogares, a lo largo de su vida.

Para ello se ha utilizado la Encuesta Demográfica Materno Infantil, (ENDEMAIN), del año 2004, misma que contiene información de 46.505 personas, entre 0 y 120 años; cuenta con un cuestionario de problemas de salud percibidos según diversas categorías demográficas y económico-sociales. Datos que han sido trabajados con un modelo de análisis bivariado de regresión Probit.

Entre los resultados más sobresalientes, obtenidos a través del análisis descriptivo se tiene que, del total de la población con problemas de salud, el 53% es mujer; que el 31% está en etapa productiva (considerando a las mujeres de 15 a 64 años de edad); que las esposas están entre los grupos que tienen una percepción de mala salud, así como las casadas, las no afiliadas y, aquellas mujeres que no participan de la atención preventiva. En el modelo Probit aparecen como factores asociados a una mala salud el ser mujer; el estar casado/a o unido/a o el ser separado/a-divorciado/a o ser viudo/a; el ser esposo/a; la edad; el estar incapacitado/a; dedicarse a alguna “otra” ocupación; el vivir en la ciudad; el tener un nivel medio pero sobretodo medio alto. Entre los factores que están asociados inversamente, se encuentran la realización exclusiva de labores del hogar; el ostentar parentescos de nueras, otros parientes y otros no parientes; el tener un nivel secundario y, superior en especial, en cuanto a nivel de instrucción educativa; el pertenecer a etnias que no son mestizas; y el carecer de afiliación a la seguridad social.

Se ha visto que el modo de enfermar, las enfermedades y la incidencia de las mismas, no es igual entre mujeres y varones, tampoco dentro del grupo de mujeres, motivo por el cual es imprescindible diseñar un modelo de atención, tanto preventiva como curativa, que considere estos factores, así como los diversos grupos etarios en que se encuentra la población.

INTRODUCCION

La salud de las mujeres se ha ido deteriorando en los últimos años, a tal punto que conviven enfermedades del pasado, como las infecciosas, con las modernas, como el estrés, las dolencias cardíacas, etc. (OPS/OMS, 2006). Este hecho¹ ha provocado una mala calidad de vida en quienes las padecen, sobre todo en aquellas mujeres imposibilitadas de erradicarlas o aliviar sus síntomas, debido al costo de la atención médica y del tratamiento (Línea de Base del Proyecto Salud de Altura, 2007).

Uno de los enfoques para el análisis de la salud en la vida de las mujeres, es el de la “Equidad de Género en Salud”, avalado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el cual rescata, entre otros aspectos, que la salud/enfermedad no es la misma ni se manifiesta de igual forma, ni requiere de la misma atención entre varones y mujeres.

Con estos antecedentes, el presente trabajo busca profundizar en algunos de los determinantes de las enfermedades de las mujeres que se dedican en exclusividad al trabajo doméstico no remunerado en el Ecuador a partir de datos de la Encuesta Demográfica Materno Infantil de 2004. El aporte más importante será conocer si las variables analizadas han sido factores asociados a dicha morbilidad, de modo que podamos potenciar las soluciones que optimicen recursos e impacten positivamente en la salud, además de lograr un cambio de actitud en la sociedad, en cuanto al reconocimiento del trabajo que las amas de casa realizan para reproducir la vida, aún a costa de la suya misma.

¹ Según diversos autores de Ecuador en la Mira, 2007, Ecuador está ubicado entre los diez países con mayor carga de tuberculosis (Benavides, 2007: 98); los niveles de transmisión de malaria se mantienen altos (Aguilar, 2007:109); a pesar de que Ecuador erradicó el dengue en el país, a mediados del siglo XX, a fines del mismo, rebrotó a tasas de letalidad superiores a la tasa media de las Américas, definiendo a la “tasa de letalidad correspondiente al año 2002...[como] aberrante” (Narváez, Aguilar, Real, 2003, citado en Vélez, 2007:118); según Yépez, 2007, enfermedades cerebro vascular, isquémica del corazón y diabetes tipo 2 no conformaban las diez principales causas de muerte de la población ecuatoriana en los años 60 y ahora sí, el autor infiere, en base a estudios existentes, que se debe al incremento de la obesidad entre la población.

El grupo de estudio son las mujeres a partir de 12 años de edad², que ostentan la calidad de estar casadas, realizan trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, que dependen económicamente de los ingresos de otra persona, generalmente del esposo; que están en situación de enfermedad; que no cuentan con un seguro de salud y que tampoco hacen uso del servicio de salud preventivo, en síntesis, las amas de casa. Se considerará el estado de salud³ pero no los efectos de la enfermedad sobre el trabajo que realizan ni en sus relaciones sociales.

Para este fin se ha optado por trabajar con la ENDEMAIN 2004, realizada por el Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social, (CEPAR), la cual cuenta con información representativa a nivel nacional, tanto en el ámbito urbano como rural.

La Hipótesis General planteada se refiere a que el esfuerzo que las mujeres dedican a trabajos reproductivos a lo largo de su vida, la imposibilidad de acceder a un seguro de salud, que les permita acceso a servicios médicos, así como el no uso de atención preventiva sanitaria, contribuyen negativamente a su estado de salud y por consiguiente, a su deficiente calidad de vida.

Entre las hipótesis específicas, están:

1. La categoría de haber realizado únicamente las tareas del hogar, según la ocupación, son ejecutadas por las mujeres que, careciendo de trabajo remunerado, están casadas o en relación de pareja y que ostentan el título de esposas, actividades que no permiten un equilibrio entre el desgaste y reposición de energía en las amas de casa, provocando las enfermedades.
2. Dichas mujeres en situación de “inactividad⁴” económica, que tienen dedicación exclusiva al trabajo doméstico no remunerado, tienen poca o ninguna oportunidad

2 Edad a partir de la cual se considera, en la ENDEMAIN 2004, para determinar el estado civil de la población.

3 Y se dejará fuera el acceso a la atención de acuerdo con la necesidad; el financiamiento de la atención de acuerdo con capacidad de pago; la distribución de los recursos, las responsabilidades y el poder en la gestión de la salud; ámbitos que se consideran, además del estado de salud, en las desigualdades sanitarias entre hombres y mujeres. (Gómez, 2001:14)

4 Las comillas las uso porque no comparto el criterio de que una persona sea ‘activa’ o ‘inactiva’, en función de la calidad del trabajo que realiza; uso los términos remunerado o no remunerado.

de acceder a la seguridad social que cubra su ciclo de vida, desde que nacen hasta que mueran, lo que contribuye a deteriorar su estado de salud.

3. Las mujeres que se dedican al trabajo reproductivo, amas de casa, son quienes menos visitan la consulta preventiva de hospitales y por tanto, las que mayores problemas de salud presentan.

La investigación se basa en un estudio transversal e individual, en el cual se aplicará un modelo probit de regresión, donde la variable dependiente es cualitativa y dicotómica, haber padecido o no, problemas de salud y, las variables que tratan de explicarla y predecirla son cualitativas, como sexo, relación de parentesco, estado civil, condición de actividad, ocupación, nivel de instrucción, afiliación, prevención, área, etnia, quintil, o cuantitativas, como edad. Entre los resultados más sobresalientes, se tiene que sí existe asociación entre las variables analizadas y el estado de salud de las amas de casa, siendo las mujeres, casadas o en relación de pareja, esposas quienes tienen mayor posibilidad de enfermar. Resultados que van acorde con otros investigadores del tema, sin embargo, hay aspectos que merecen mayor profundización como las labores del hogar, la afiliación y la atención preventiva pues, quizá el efectuarla para toda la población omite asociaciones importantes que sí se dan en determinadas clases o grupos de personas.

Este documento consta de cuatro secciones: en la primera, se abordan los principales aspectos conceptuales con los que se trabajará en la presente investigación; en la segunda, se realizará un análisis descriptivo del contexto sanitario ecuatoriano y de sus perfiles tanto demográfico como epidemiológico; en la tercera, se desarrolla la metodología; en la cuarta, se presentan los resultados del análisis empírico y, se finaliza con las conclusiones y recomendaciones.

I. Aspectos Conceptuales

1. Salud y Género

En el siglo XX, los aspectos relacionados con la salud no han estado ausentes de las preocupaciones de las personas, las instituciones, las sociedades. La Organización Mundial de la Salud, OMS, define a la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS 1946). Sin embargo, se priorizaron, y aún, aspectos biomédicos⁵, antes que los sociales o emocionales. Años después, la OMS complementó la anterior definición considerando a la salud como “...un derecho fundamental de todo ser humano, y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social muy importante en todo el mundo” (OMS, 1974), ratificando que la consecución de estos objetivos “exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de salud” (OMS, 1978). Posteriormente, a partir de 1993, el Banco Mundial planteó la necesidad de estudiar los aportes de la salud al crecimiento económico. En 1998, la OMS “propuso incorporar los conceptos de equidad, solidaridad y justicia social y la perspectiva de género” (Benlloch, s/f: 22), que no se formalizó sino hasta el 2002.

En América Latina, a partir de los años 70 del siglo pasado, la USAID⁶ adopta el enfoque de planificación de Mujeres en el Desarrollo (MED), con el objeto de integrar a las mujeres a la formulación de políticas y a los programas de desarrollo, eliminando las barreras⁷ que lo impiden (Rubin-Kurtzman et al., 2006). Declara la Década Internacional de la Mujer (1976-1985), que pone énfasis en el plan “mujer, salud y desarrollo”, se aumentan los conocimientos de las mujeres sobre la salud, la nutrición y la higiene; se favorece aspectos relacionados con la salud reproductiva.

5 La perspectiva biomédica se desarrolla en función del individuo-paciente, al cual se le efectúa pruebas y resoluciones biológicas, para dar respuesta de prevención o tratamiento, con la administración de fármacos.

6 USAID, Agencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (Agencia Internacional para el Desarrollo). Rubin-Kurtzman señala que, en 1977, la Comisión Económica para América Latina de las Naciones Unidas (CEPAL) presentó un Plan de Acción Regional para integrar a las mujeres al desarrollo económico y social (Rubin-Kurtzman et al, 2006: 10)

7 segmentación de los mercados de trabajo, inequidades respecto al acceso al trabajo remunerado y a recursos y servicios básicos (Rubin-Kurtzman et al, 2006: 10)

En el presente trabajo se considerará la construcción social del proceso salud-enfermedad, que se fundamenta en factores epidemiológicos, en la asistencia, la promoción y prevención de la salud, en los parámetros necesarios para conocer la realidad sociocultural de las personas, así como sus particularidades biológicas. (Rohlf, s/f). Este enfoque integral ya ha sido trabajado en Canadá, (Lalonde, 1996), donde se equipara la importancia de los determinantes biológicos, medioambientales y de estilos de vida con la organización de la atención a la salud. Por ello es que en estudios de salud, se trabaja con variables socio económicas (edad, estado civil, nivel de estudios, condición de actividad, ocupación, quintil o clase social de acuerdo al nivel de ingresos), geográficas (área en la que reside); de atención de salud (atención preventiva); etc. El estado de salud/enfermedad refleja la calidad de vida de las personas, sus características personales y hereditarias pero principalmente la interacción entre la persona y la sociedad (Rohlf, s/f: 8), motivo por el cual la forma de enfermarse no es igual para varones y mujeres, no solo por sus diferencias biológicas sino por el trato socialmente diferente que se da a dichas diferencias, esta es la razón por la que amerita incluir la categoría género en todo análisis de salud.

“Cuando las diferencias en salud son producto de unas relaciones de poder desigual entre mujeres y hombres establecidas en un contexto sociocultural jerarquizado donde lo masculino tiene mayor valor, hablaremos de desigualdades. Tales desigualdades corresponden a lo que la OMS denomina *inequidades* atribuyéndoles una dimensión moral y ética puesto que son innecesarias, evitables e injustas y por ello no deben ser toleradas.” (Lasheras et al., s/f: 13)

“La equidad en salud implica eliminar esas desigualdades socialmente construidas que son evitables y suprimir también los factores que las determinan” (Gómez Elsa, 2002, citada en Lasheras et al., s/f: 13); además permite responder a las preguntas que surgen al analizar el proceso de salud/enfermedad, quién, cómo, cuándo, dónde y por qué enferma la población.

2. Género

En función de cierto orden cronológico, y a ilación con lo anterior, parece importante hablar, en este momento, del Género en el Desarrollo (GED)⁸, porque da relieve al género en este mismo contexto internacional, es decir como respuesta, “al auge neoliberal de la década de los 90”⁹ (Rubin-Kurzman et al, 2006:10). Con la constatación de que el crecimiento económico no lleva consigo el progreso, surge el desarrollo desde una perspectiva de género (GED), donde la experiencia local adquiere la categoría de conocimiento y se privilegia la visión y el bienestar de los más oprimidos¹⁰. Señala que la privación de derechos de las mujeres no solo se debe a la exclusión de las fuentes de poder, privilegio y prestigio sino también, a la construcción “ideológica de esa exclusión como determinada biológicamente, divina o voluntaria y racionalmente” (Kabeer, 1998:107). Chant y Craske afirman que se recurrió al género porque toma “en cuenta las diferencias sociales, demográficas, económicas y culturales entre mujeres” en contextos específicos y porque dicha categoría es “una categoría relacional, dinámica y socialmente construida” (Szasz, 1999, citada por Chant y Craske, en Rubin-Kurtzman et al., 2006:11)

a. Breve reseña histórica de la categoría género

El género, conforme a Aguilar (2008), surge en contraposición al sexo, busca designar aspectos psicosocioculturales asignados a varones y mujeres por su medio social, mientras que el sexo, se centró en recoger las características anatomofisiológicas de la especie humana; John Money, en 1955, es el primero en utilizar la expresión «papel de género» (gender role) (Aguilar 2008:3), para expresar las conductas atribuidas a las mujeres y a los varones; sin embargo, tanto sexo como género se los seguía utilizando indistintamente. La categoría género, según De Barbieri, (s/f), surgió a mediados de los 70 del siglo pasado, entre las feministas inglesas; a inicios de los 80, su uso se generalizó para sistematizar los hallazgos y nuevos conocimientos acerca de la

8 Superando a la visión del MED

9 PAE, Políticas de Ajuste Estructural, según otros autores, que, en *Valenline M. Moghadam, 1995*, (Investigadora de la Universidad de Naciones Unidas. WINDER. Helsinki), son parte del neoliberalismo.

10 Es decir de las mujeres que, en períodos de crisis o de reestructuración, tienen sobre sí la carga de sus múltiples roles: trabajadoras, madres, jefas y organizadoras de la comunidad. Muchos trabajos lo certifican, (Elson, 1994:44: Chant, 1995; Tanske, 1994; Benería y Feldman, 1992; Sparr 1994; Blumberg, Rakowski, Tinker y Montéon, 1995), citados en Moghadam, 1995.

condición social de las mujeres y, para diferenciarlo del patriarcado¹¹ y del pensamiento esencialista¹². Gayle Rubin (1975)¹³, propone el sistema sexo/genero¹⁴ y, años después, en 1989, enfatiza más la sexualidad y circunscribe el género al ámbito de la identidad individual o sexual, misma que se adquiere a través de procesos psicológicos en la infancia; considerando la preferencia sexual como estática. Lamas (1986), bajo la vertiente funcionalista, considera el género como un rol, inmerso en la división social del trabajo, lo ve como categoría relacional a través de la cual se puede acceder al estudio de la estructura social. Entre las conceptualizaciones que avanzan clarificando lo que es el género, se tiene las de Benería y Roldán (1992), Lauretis (1991), pero sobre todo Scott (1986), que distingue diversas dimensiones donde se expresa el género: símbolos culturalmente disponibles, conceptos normativos, políticas e instituciones sociales e, identidad subjetiva, pero además, lo ve como una relación social conflictiva¹⁵, cambiante y capaz de producir transformaciones sociales; sin embargo, sigue manteniendo una posición dicotómica del género (De Barbieri, s/f).

Entendiéndose el rol como “papel” asignado y representado por las personas en una determinada estructura social; el ‘rol de género’ es un abanico de comportamientos ‘aceptables’ y amparados por normas sociales que definen lo que es ‘correcto’ para cada sexo” (Rohlf, s/f: 13). El rol del ama de casa es asignado a las mujeres que desempeñan en exclusividad el trabajo doméstico.

La concepción brindada por Elsa Gómez, (Gómez, 2002:328) es muy acertada al decir que

“*género* hace referencia al significado *social* de la diferencia biológica entre los sexos. Este significado se asocia con la

11 K. Millet tomó esta categoría de Weber, “en el sentido de sistema de dominación de los padres, señores de las casas”, de ahí se expandió su uso como dominación del hombre sobre la mujer; las feministas socialistas plantearon dos formas de dominación hacia las mujeres: el capitalismo y el patriarcado (Hartmann, 1984); Pateman, 1987, y los contractualistas, hablan de un “nuevo patriarcado” (de Barbieri, s/f: 5). Este aspecto será tratado más adelante.

12 Biologisista, las mujeres en su rol de madres.

13 Traducida como “El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo”, Rubin (1986), Nueva Antropología, #30, 1986. Según Aguilar (2008) y De Vega de Miguel (2006), dicen que el original data de 1975.

14 El cual se lo tratará más adelante.

15 Forma primaria de relaciones significativas de poder.

construcción social de esferas de actividad masculinas y femeninas, cuya diferenciación se traduce en asimetrías institucionalizadas entre hombres y mujeres en el acceso a los recursos y en el poder sobre ellos. El objeto de interés en materia de género no son la mujer o el hombre, *per se*, sino las *relaciones de desigualdad social* entre ellos y el impacto que esta desigualdad ejerce sobre la vida de las personas.”

En esta concepción de género se encuentran dos propuestas conceptuales: la Teoría de Géneros, con el patriarcado, en cuanto a las esferas en que se desarrollan las actividades, tanto de hombres como de mujeres, así como la asimetría en el acceso y poder sobre los recursos y, el Sistema sexo/género, que enfatiza el significado social de las diferencias biológicas de varones y mujeres.

b. Teoría de Géneros

Una de las posiciones teóricas del análisis de género¹⁶ que tiene gran influencia es el *patriarcado*. Argumenta que la subordinación de las mujeres se debe a la “necesidad” del varón de dominar a la mujer, puesto que ésta, por su diferencia física, requiere del cuidado y protección de aquel. Utiliza la diferenciación biológica entre mujer y hombre como opuestos permanentes y todo lo clasifica en función de una lógica dual considerando superior la posición del hombre respecto de la mujer, cuando la realidad es mucho más rica. Este argumento sirve para ubicar a éstos en la esfera pública mientras que a ellas se las circunscribe en la esfera privada, ratificando la división sexual del trabajo. El reconocimiento de la actividad masculina como trabajo, y por tanto remunerado, y la designación de la actividad de las mujeres, como quehacer doméstico, sin remuneración alguna; explicación que valida el hecho de que las mujeres no tengan opción respecto a la propiedad de los bienes, ni a su administración ni a contar con un ingreso propio a lo largo de su vida. Situaciones, éstas (ausencia de un ingreso, dedicación a actividades no remuneradas por toda la vida), entre otras (organización del sistema sanitario, poca o ninguna atención a la prevención), que han influido en el estado de la salud/enfermedad de las mujeres.

16 Las otras dos, son la tradición marxista y las diversas escuelas del psicoanálisis, (Scott, 1996).

Si bien es cierto que esta situación se ha ido transformando, en especial, y en un inicio, con el trabajo de las feministas radicales, aún queda mucho por hacer. Entre las críticas que tiene esta visión, están: el hecho de que se preocupa de “la descripción y denuncia de las herramientas y mecanismos mediante los cuales las mujeres quedan subordinadas en la sociedad” (De *Vega de Miguel*, 2006:97), mas no se dedica a la transformación de la realidad; y, sería difícil hacerlo enmarcados en la lógica binaria que utiliza porque la realidad es mucho más amplia y variada.

c. Sistema Sexo/Género

Definido, por primera vez, por Gayle Rubin en 1975, (Aguilar, 2008) enmarca las relaciones entre hombres y mujeres en una permanente transformación, no como una situación dada e indeleble, brindando la posibilidad de “ver” los avances y retrocesos en ese proceso de construcción social del género. También presta atención al hecho de que, en las relaciones entre hombres y mujeres, no interesa lo que cada uno hace, sino el valor que la sociedad le asigna; así se asigna un gran valor a lo realizado por el hombre, en la esfera pública, con su trabajo remunerado, mientras que a la actividad doméstica, no remunerada, realizada en casa por las mujeres, no se le da la misma relevancia.

“el concepto de “sistema de sexo/género”¹⁷... para referirnos a las relaciones de poder y desigualdad existentes entre los sexos en las sociedades... aporta una interpretación de las categorías genéricas como concepciones culturales construidas y en permanente construcción... asocian el sexo biológico de los seres humanos a determinados valores sociales ordenados jerárquicamente, razón que demuestra la estrecha conexión del género con los factores políticos de cualquier sociedad.” (De Vega de Miguel, 2006:97-98)

Estas dos propuestas enriquecen la concepción de género en el campo de la salud.

3. Relación Salud, Género y Trabajo

17 Propuesta lanzada hace varios años por Gayle Rubin (1975: 157-210, citado en de Vega de Miguel, 2006:97), analizado por De Barbieri, (s/f); también es suscrita por Rosaldo, para quien es importante descubrir “la explicación significativa” del lugar de la mujer en la vida social humana (Scott, 1996).

En este apartado, se discurrirá del trabajo no remunerado, generalmente ejecutado por las mujeres, hasta el trabajo remunerado adicional que deben realizar, en la actualidad, muchas mujeres. El interés radica en presentar los diferentes problemas de salud que ocasionan tanto uno como otro tipo de trabajos, en las mujeres.

a. Salud y División Sexual del Trabajo¹⁸

Es importante hacer una sucinta revisión de cómo surgió el concepto de trabajo, en su concepción actual, con el riesgo de dejar fuera importantes debates al respecto y, aunque dicha concepción no sea fiel reflejo de lo que sucede en la realidad, “El trabajo, como categoría homogénea, se afianza en el siglo XVIII, junto con la noción... de riqueza, de producción y... de sistema económico... [mismos que] se presentan como medios de felicidad y el progreso” (Legarreta, 2006:217).

Esta concepción se consolida en los siglos XIX y XX con la industrialización y urbanización, que se caracterizan por una fuerte división sexual del trabajo, pues es el hombre de la casa quien adquiere un *salario familiar*, a cambio de su tiempo de trabajo fuera del hogar; en contraposición a la mujer, a la ama de casa, quien vive en relación de dependencia respecto del “ganapán” y que se encarga del trabajo doméstico y del cuidado de los hijos y del esposo, en forma única y exclusiva.

Ya en los años 60 y 70 del siglo pasado, se transforma la relación laboral existente y el salario se vuelve individual. Surge la necesidad del trabajo remunerado de las mujeres y algunas, se reincorporan al mercado laboral, dando lugar a determinadas situaciones de salud (Cedillo, 2007: Torres Aguayo y Paravic Klijn, 2005, estudian las causas de la morbilidad de trabajadoras en una jurisdicción de salud en Chile; Gomesa y Tanakab, 2003, analizan la morbilidad y el uso de servicios de salud de trabajadoras en Brasil); otras, en cambio, sin posibilidad de obtener un lugar de trabajo remunerado¹⁹,

18 Categoría que, en un inicio, las feministas marxistas la clasificaron entre trabajo doméstico, no remunerado, invisible y fuera de la concepción del trabajo productivo, y el trabajo no doméstico, remunerado y productivo; esto origina la división entre trabajo productivo y reproductivo. Según las feministas socialistas, la división sexual del trabajo va en función de las jerarquías de género y como dichas jerarquías son desiguales, el trabajo remunerado lo efectúa el género dominante. Benería y otras, reflexionan acerca de las cualidades femeninas o masculinas del proceso de trabajo y por tanto, se tiene trabajos femeninos y trabajos masculinos. Kergoat habla de la descalificación de la fuerza de trabajo femenina y su consiguiente infravaloración (Ginés, s/f).

19 Por las barreras de género para el ingreso al mercado laboral, entre otras

permanecen en el ámbito doméstico, del hogar, y también presentan ciertas características de salud/enfermedad (Cedillo, 2007). Artazcoz et al. (2004b), analizan las diferencias y desigualdades de género existentes en España entre el trabajo remunerado y en el doméstico, el impacto de ambos tipos de trabajo.

Precisamente a este “destino” de la mujer, al matrimonio, a la procreación y al estar a cargo de las actividades de mantenimiento de la vida, sea o no que realice una actividad remunerada adicionalmente, fuera del ámbito del hogar, es lo que considera la definición de la división sexual del trabajo, “La división sexual del trabajo se refiere al conjunto de relaciones sociales que establecen la producción para el mercado como ubicación prioritaria de los hombres y la reproducción social como la esfera de responsabilidad principal de las mujeres” (Rubin-Krutzman, 2006: 8).

División que, en una sociedad que privilegia el prestigio y el dinero, se manifiesta en la superioridad de unos sobre otros²⁰, es la base sobre la que se ha construido la relación salarial y ha permitido que los varones dominen la estructura social, política, económica, académica, etc.

b. La salud desde una perspectiva de género

En el estado de salud, desde 1950, se ha venido ratificando que influyen diversos aspectos, que no solo tienen que ver con el sistema de salud, sino con las condiciones del medio ambiente, tanto físico como social; las actividades y/o trabajos que se realiza; la edad, la clase, la etnia, y por supuesto, el sexo, entre otros factores. Pero, a pesar de que es innegable que existen diferencias biológicas entre varones y mujeres, tanto a nivel orgánico, fisiológico/funcional, hormonal, estas fueron pasadas por alto al ser legitimadas por la ciencia moderna, para la cual, el varón era el referente científico²¹ y quien decidía respecto a las enfermedades,

“Tradicionalmente, los problemas de salud han sido definidos por los grupos de poder socialmente mejor posicionados, especialmente, por el poder médico masculino quien ha venido definiendo cuáles son los problemas y cuáles son las prioridades en

20 Y crea, a su vez, inequidades.

21 Entiéndase, “objetivo”.

la atención a la salud de las mujeres (Sau Victoria, 1996; Vicente Van Hall, 1994)” (Lasheras et al., s/f: 11),

Situación que refleja la realidad en general, pues son ellos quienes “les dirán [a ellas] quienes son, cómo deben comportarse, sentir, pensar” (Ehrenreich y English, 1990, citado en Torralbo, 2006:180). En realidad, no es igual la forma de enfermar, ni las enfermedades ni las respuestas a ésta, que dan hombres y mujeres,

“la evidencia empírica indica que las mujeres tienden a experimentar una mayor morbilidad que el varón a lo largo del ciclo vital, morbilidad que se expresa en incidencias más altas de trastornos agudos, en mayores prevalencias de enfermedades crónicas no mortales, y en niveles más altos de discapacidad en el corto y en el largo plazo” (Gómez, 2001:5)

Se podría creer que el ofrecer mayor acceso a los servicios de salud a las mujeres es un caso de injusticia, con respecto al resto de la población de un país, sin embargo, esto tiene su explicación en el hecho de que los requerimientos de salud de las mujeres vienen dados por su rol biológico de reproducción, además de su mayor morbilidad y longevidad (Lasheras et al., s/f :46); sin embargo, es necesario tratar aspectos reproductivos como parte de un todo, que es la persona y no como un compartimiento aparte a través de programas específicos para esta problemática.

c. La salud de las amas de casa

Por ama de casa, entendemos a las mujeres de 12 años en adelante, en relación de pareja, en calidad de esposas, que desempeñan en exclusividad el trabajo doméstico no remunerado, el de reproducción social (Benería L., 1987, citada en Rohlfs, 1997); sin estar asociadas al trabajo “productivo”; para diferenciarlas del resto de mujeres que también ejecutan labores del hogar pero que, a la vez, tienen trabajo remunerado, a las que se denomina “las que trabajan fuera”, o que realizan “trabajo extradoméstico” (Ferrer et al, 1998).

Existen estudios que comparan el estado de salud de las mujeres y de los varones llegando a resultados contradictorios a partir de datos, instrumentos y modelos diferentes. Unos concluyen que hay diferencias entre sexos y otros que hay semejanzas como veremos a continuación.

Por su parte, Rohlfs et al., (1997: 566), confirman que “las mujeres refieren peor estado de salud y presentan mayor morbilidad y utilización de servicios sanitarios (sobre todo de atención primaria) que los varones [pero] en cambio tienen una mayor esperanza de vida”, lo que Sánchez et al. (2006: 584), denominan la «paradoja mortalidad / morbilidad»; que existen diferencias de salud entre las mujeres, debido a “su tipo de trabajo y sus características demográficas como edad, estado civil, cargas familiares (presencia de niños pequeños o ancianos en el hogar), clase social y nivel educativo (Rohlfs, 566); que el estado de salud percibido de las amas de casa es peor que el de las mujeres que realizan actividades extra hogar, según Ross y Bird (1993), citadas en la misma obra (ibíd., 569).

Sin embargo, Ferrer et al., (1998), puntualizan que respecto a los resultados de la comparación del estado de salud percibido entre las mujeres en función de su situación laboral, estos son contradictorios: algunos autores, como Vázquez Barquero et al. (1992a, 1992b) encuentran que las mujeres casadas con trabajo remunerado adicional, tienen mayor morbilidad psiquiátrica y relacionan este resultado con los mayores niveles de estrés derivados de la doble jornada; Weissman y Klerman (1977), Brown y Harris (1978), Bebbington y cols. (1981), Surtess y cols. (1983), Verbrugge (1983), Glass y Fujimoto (1994) o Dean (1996), muestran que las amas de casa presentan una más alta morbilidad psiquiátrica y lo relacionan con el bajo estatus social y autoestima por las tareas domésticas que efectúan (citados en Ferrer et al., 1998: 54-55). También señala que hay autores que encuentran beneficios y detrimentos en el trabajo doméstico, como Izquierdo y Martí (1992), para quienes el hecho de estar en contacto con quienes se benefician de su esfuerzo, da sentido a su labor. Casas (1987), observa que dicho trabajo no es reconocido ni por sus beneficiarios, llegando incluso a ser catalogadas como inactivas (Durán, 1988c). Además, puede tener como consecuencia un sentimiento de desprestigio personal que puede ir en deterioro de su salud física y mental (ibíd., 60-61). Estos aspectos son los que motivaron la investigación de Ferrer et al (1998), buscando comparar aspectos de salud entre mujeres que se dedican al trabajo

doméstico y quienes realizan trabajo extradoméstico, en función de “los efectos que la multiplicidad de roles²² desempeñados por las mujeres tienen sobre su salud” (ibíd., 59).

Artazcoz et al. (2004a), encuentran que las mujeres con actividades manuales tienen una salud mental más desfavorable; en Artazcoz (2004b), llega a la misma conclusión anterior al analizar el impacto de trabajos remunerados y no remunerados en la población española. Artazcoz (2008) también concluye que las mujeres que trabajan remuneradamente tienen mejor salud que las amas de casa. Cruz et al., (2003), demuestran que hay diferencia entre el trabajo que efectúan varones y mujeres y la forma de llevar la vida cotidiana, lo cual hace que cada uno tenga una concepción sobre su estado de salud y que las dolencias no sean las mismas. Séculi et al. (2001) concluyen que las mujeres declaran, en mayor cantidad que los varones, no tener buena salud.

Sin embargo, es necesario especificar de qué hombres y de qué mujeres se trata. Sánchez (2006), encuentra que casi no hay diferencia en los índices de salud entre varones y mujeres en paro pero sí cuando trabajan fuera del hogar (remuneradamente), las mujeres que laboran fuera, van con mayor frecuencia que los varones al médico, pero menos que las mujeres que no realizan trabajo extradoméstico; son las amas de casa las que tienen peor salud y mayor consumo de fármacos. Concluyendo que existe “una tendencia en las relaciones entre el tipo de trabajo y la salud” (ibid. 589).

22 El objetivo de su trabajo es comparar los resultados de salud y relacionarlos con cinco roles desempeñados por las mujeres:

- a) El área afectivo-familiar define el rol afectivo: Las mujeres suelen aportar más apoyo afectivo del que reciben;
- b) El área sociocultural define el rol social: Las mujeres suelen perder parte de su red social durante su vida al apartarse de la vida laboral, de ocio o cultural (por matrimonio, etc.).
- c) El área de autonomía personal define el rol de independencia: Las mujeres suelen tener menores niveles de formación y especialización, con lo cual sus habilidades sufren un estancamiento.
- d) El área económico-laboral, que define el rol de poder: Las mujeres suelen tener su economía supeditada a la familiar, con la consiguiente dependencia.
- e) El área de ocio y tiempo libre, que define el rol de bienestar y se refiere al tiempo que uno dedica a sí mismo... imponiéndose así un horario ilimitado que dificulta el ocio.

A este estilo de vida peculiar, que se caracteriza no únicamente por el sexo o por la realización de tareas domésticas, sino también por una forma de vida que va deteriorando progresivamente las diferentes áreas de funcionamiento... “el síndrome de la ama de casa” (Roldán y Fernández, 1993, citado en Ferrer et al, 1998: 53-54). Entre las amas de casa en exclusividad y las que trabajan fuera, además, “no había diferencias en cuanto a cantidad de tiempo trabajado pero sí en cuanto a cantidad de roles desarrollados”, dicen los investigadores (Ferrer et al, 1998:55)

El análisis de las investigaciones y estudios frente a las consecuencias que trae el trabajo en las mujeres, no es determinante respecto a si les hace bien o no, sino que ofrece un sinfín de situaciones en las que intervienen diversos aspectos que afectan de forma diferente a un grupo específico de población, lo que anima a estudiar a grupos concretos en realidades específicas.

II. Contexto de la salud pública y perfiles poblacionales del Ecuador

a. Contexto de la Salud Pública

Teniendo como referentes a los países de Europa y centrándonos en el aspecto concreto de la salud pública, se tiene dos paradigmas: el seguro obligatorio de enfermedad, en el que tanto los usuarios, los profesionales y las entidades aseguradoras participan (sistema Bismarck) y, la seguridad universal, garantizada para todos por el Estado (sistema Beveridge) (Campos, et al. 1998: 822-824, citado en Sacoto, 2007).

El seguro social comenzó protegiendo individualmente al trabajador, para luego extenderse al ámbito familiar y, más adelante, hacia la protección de los ciudadanos en general, en lo que se denominó el Estado del Bienestar (Esping-Andersen, 1990, citado en Aguilar, 2007:369).

El Estado de Bienestar fue considerado como el artífice del desarrollo²³, hasta los años 70 del siglo pasado. Tenía a cargo la responsabilidad de proveer servicios para satisfacer las necesidades básicas de la población, así como lograr el pleno empleo de la economía. En los 80, cambió dicha concepción y en su lugar, se promulgó la reducción del papel protector del Estado, la competencia mercantil y la flexibilización laboral en lo que se denominó el modelo neoliberal²⁴. Su lógica era que mientras menor fuera el peso del Estado en la economía, ésta crecería vertiginosamente, pues sería el mercado el que lideraría el pleno empleo y cada persona podría cuidar de sí mismo, sin la tutela del Estado.

En el caso ecuatoriano, esto no se ha cumplido. La seguridad social se construyó en 1928, con la creación de un seguro social con beneficios definidos y universales para

23 Según Ocampo (2008:38), en América Latina lo que se dio fue un Estado de Bienestar segmentado e incompleto porque solamente se dio en algunos países de la región y luego de la Segunda Guerra Mundial; caracterizado por un seguro social limitado al empleo asalariado formal (debido a la influencia bismarckiana), con lo que se beneficiaba a la clase de ingresos medios y seguía marginada la clase pobre.

24 En todo el documento de la OPS/OMS, 2007 (La equidad en la mira...), se denomina de esta forma a dicho momento histórico; documento que sirve de referencia, con sus diversos autores, para esta parte del primer capítulo.

la población trabajadora en relación de dependencia²⁵. Creado como Caja de Pensiones, se ha mantenido funcionando de forma autónoma y unificada desde 1970 hasta el 2001 (Aguilar, 2007). Los objetivos de crecimiento, que perseguía el modelo neoliberal, no se dieron, en palabras de Bustamante (2007:4)

“han fracasado en disminuir significativamente el desempleo, y han aumentado la desigualdad social, la concentración del ingreso y la pobreza... tampoco hay evidencias de que estas políticas hayan logrado aumentar la productividad, el crecimiento o la eficiencia de las economías”

Como norma general, el país ha aceptado acuerdos y compromisos internacionales, liderados por la OMS/OPS, dentro de los cuales sobresalen: la declaración de Alma Ata, 1978, que propuso la atención primaria de salud²⁶ como medio para alcanzar la salud para todos, en 25 años; la Carta de Ottawa²⁷, 1986, ratificó dicho objetivo, con su estrategia de la promoción de salud²⁸; en la década de 1990, con la propuesta del sector

25 No para su esposa ni hijos, excepto en el primer año de vida de aquellos.

26 Es “el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (UNICEF, OMS, 1978)” (Sacoto, 2007:318); es “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación” (Tejada de Rivero, 2005: 19, citado en Velasco, 2007:15). “... los componentes de este modelo de atención son: 1) extensión de la cobertura de servicios de salud y mejoramiento del ambiente; 2) organización y participación de la comunidad; 3) articulación intersectorial; 4) investigación y desarrollo de tecnologías apropiadas, lo que incluye disponibilidad y producción de insumos y equipos; 5) financiamiento sectorial; 6) formación y utilización de recursos humanos apropiados; y 7) cooperación internacional”. (Proserpi, 2005, citado en Velasco, 2007:15). La OPS considera que algunas de las consecuencias de la atención primaria en salud son el incremento de la esperanza de vida; la reducción de enfermedades transmisibles; la reducción de la mortalidad por infecciones respiratorias agudas, en Latinoamérica.

27“La Carta se refiere en específico a la promoción [de la salud] de cinco aspectos fundamentales: 1) políticas públicas sanas; 2) entornos propicios; 3) acción comunitaria; 4) desarrollo de aptitudes personales para la vida; y, 5) reorientación de los servicios de salud (OPS, 2002: 177)... centró su campo de acción en los comportamientos culturales de la población [en la participación de la ciudadanía]” (Velasco, 2007:17), que, “de acuerdo a María Luisa Castro Ramírez (2001), la implementación de la promoción de la salud debe privilegiar los niveles locales de gobierno y la participación ciudadana: en los municipios y en los barrios se toman decisiones basadas en las necesidades reales de las personas...” (Velasco, 2007: 18).

28 Abundando sobre el tema, Laspina, 2007, enfatiza que la promoción de salud está relacionada “con los procesos que favorecen el control de los individuos sobre el conjunto de factores que determinan su propia salud, así como la salud colectiva y ambiental. Por lo tanto, la promoción de la salud da respuesta a la necesidad de optimizar el nivel de salud y enfatiza en la calidad de vida, fortaleciendo o protegiendo los factores que la condicionan y reduciendo los determinantes de la enfermedad. ...debe partir del

de la salud, inspirada en los principios de descentralización del Estado, se establecieron los sistemas locales de salud (SILOS²⁹) (Paganini y Capote Mir, 1990, citado en Velasco, 2007:13) y, posteriormente, los procesos de Reforma³⁰ en Salud, liderados por las “instituciones de financiamiento (como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional)... [mismos que] se definieron, ya no bajo mecanismos multilaterales, sino bajo la perspectiva unilateral del “Consenso de Washington”³¹ (Velasco, 2007:14-15). Como respuesta, para el 2000 se obtuvo un panorama de inequidad en el campo de la salud, al igual que en lo social y económico.

b. El estado de salud de la población

Considerando que en el Ecuador el presupuesto asignado a la salud descendió en general³², éste debió focalizarse a “programas prioritarios”³³. Además de los motivos

análisis del perfil de salud/enfermedad de la población, del comportamiento sociodemográfico, y de las inequidades en los diferentes contextos económicos o estructurales, políticos y ambientales en que ésta se desarrolla” (295).

29“Los SILOS son espacios territoriales y poblacionales delimitados sobre los que se asigna la responsabilidad sanitaria a una organización integrada tanto por el sector privado como el público y por todas las fuerzas sociales locales organizadas” (Velasco, 2007: 19).

30 “El rol del Estado en la protección de los derechos y en los programas sociales se debilitó. Al dejar de ser un ejecutor de políticas, el Estado se limitó a regular y evaluar...Más allá del incremento de la privatización de servicios otrora públicos, el nuevo paradigma de la política social del Estado fue la separación de funciones y la focalización. Con ello, dentro de la propia dimensión estatal, se trastocó la gestión pública por la lógica de la gestión privada, pasando a primar lo económico y administrativo sobre lo público.

Sin embargo, entre los aciertos rescatables de esta tendencia no precisamente positiva, cabe señalar la recuperación de la infraestructura de los servicios, la experiencia obtenida en el campo de la descentralización, la mejoría en la gestión de algunas áreas en eficiencia y gestión financiera, y la creación de seguros para algunos grupos prioritarios” (Velasco, 2007:20)

31 “El llamado Consenso de Washington se refiere a un conjunto de recomendaciones de política centradas en el impulso de la competitividad y estabilidad económica de los países en el escenario global. Desde la crítica a esta perspectiva se destaca que los cambios promovidos por el Consenso de Washington entrañaban el debilitamiento de la responsabilidad social del Estado, el fortalecimiento de formas de imposición política realizadas a través de instituciones de financiamiento multilateral y el enseñoramiento de una forma de pensamiento único vinculada al fundamentalismo del mercado. En el campo de la salud, en medio de este ambiente político-ideológico, los objetivos de los proyectos de inversión auspiciados por los organismos de financiamiento internacional sustituyeran a las políticas de salud” (Brito, 2005: 23, citado en Velasco, 2007:15, Nota1).

32 Si bien la inversión social del Estado aumentó notablemente en la década de 1970, se redujo drásticamente en el decenio de 1980, y durante la última década del siglo pasado fluctuó junto a las cambiantes tendencias de la economía: de 1992 a 1996, tuvo una ligera recuperación; pero hacia inicios del nuevo milenio mostró señales de rezago ante la demanda de la población (Acurio, 2007: 446)

33 Uno de ellos es el PAI, Programa Ampliado de Inmunizaciones, mediante el cual el país ha alcanzado la meta de vacunación establecida en Alma Ata, gracias a las políticas de vacunación del MSP y a la existencia de financiamiento a través del presupuesto del Estado. Ha liderado el cumplimiento del acuerdo de la asamblea de la OPS/OMS sobre la interrupción de la circulación del poliovirus, la

económicos están los políticos y sociales para que la mayoría de la población no tenga acceso a los servicios sociales que necesita y que la oferta institucional, aparte de ser desarticulada y centralizada en las ciudades más grandes, adolezca de graves deficiencias de cobertura y calidad. Una de cada cuatro personas en Ecuador no es atendida en ninguna institución y más del 70% de la población no tiene seguro de salud, mientras que el alto porcentaje de gasto privado en salud (49%) perpetúa la inequidad (Echeverría, 2007, citado en Vásconez, 2007). Sin embargo, el país avanzó en el camino hacia el acceso universal a programas prioritarios, como el PAI³⁴, con el que cubrió a más del 90% de la población en la última década (Vásconez, 2007).

a. Perfil demográfico

El país está en plena transición demográfica, es decir tiene una natalidad y mortalidad moderadas, que determinan un crecimiento poblacional natural moderado (cerca al 2%). La sociedad tiene un mayor crecimiento absoluto en los grupos de entre 15 y 59 años, es decir en etapa productiva, lo que representa un “bono demográfico”, porque hay mayor cantidad de gente que trabaja, menor cantidad de niños y ancianos (lo que implica un menor gasto de salud materna e infantil así como de educación y en pensiones y asistencia médica en la tercera edad), con la posibilidad de invertir en capital humano y de crear puestos de trabajo, apuntalar la salud y la lucha contra la pobreza; de prepararse para cuando dicha población llegue a la tercera edad, en que requerirá de mayor atención en salud y seguridad económica (Celade, 2005).

Entre lo más relevante, están la tasa de fecundidad, que en 2004 fue de 3,3 hijos por mujer (Vásconez, 2007); la esperanza de vida al nacer, según el INEC (2004), (citado en León, 2005), pasó de 48.3 años en el quinquenio 1950-1955 a 72.3 años en el quinquenio 1995-2000, siendo mayor entre las mujeres que entre los varones, 75.1 y 69.7 años respectivamente, debido al cambio en el perfil de morbilidad³⁵ de la

erradicación del sarampión y la erradicación de la rubéola y el SRC para el año 2010. (Vásconez et al, 2007)

34 Programa Ampliado de Inmunizaciones (en este trabajo, se lo considera parte de la atención preventiva).

35 En las últimas décadas, se ha dado una coexistencia entre el tipo tradicional (enfermedades transmisibles, reproductivas y de la nutrición) y el moderno (enfermedades no transmisibles y accidentes y violencia) (León, 2005).

población, a la ampliación del acceso a servicios básicos y al descenso en la tasa de mortalidad. Otro factor es el ingente flujo migratorio, tanto interno como externo del país; a nivel internacional, el mayor flujo migratorio se da desde 1995³⁶, de ecuatorianos mayoritariamente de la región amazónica, de la sierra y de la costa; de acuerdo al sexo, 56% son varones y el resto, mujeres; generalmente entre los 15 y 39 años de edad; el destino es España, 48%, y Estados Unidos, 38%; de cada hogar encuestado en la ENDEMAIN 2004, el 9% tiene al menos un miembro de familia en el extranjero. A nivel nacional, los ingresos por divisas constituyen el segundo rubro en importancia³⁷.

b. Perfil epidemiológico

Los programas de Salud del Ecuador han priorizado la salud de madres de familia en estado de gestación y la de niños e infantes:

- * Se redujeron las tasas de mortalidad de la niñez e infantil, en la década de los noventa, mismas que se estancaron en los últimos 5 años, debido la mortalidad neonatal de menores de un mes de vida; entre las causas se encuentran la desnutrición e infecciones, las malformaciones congénitas y de neoplasias. (Vásconez, 2007:195-196).
- * La morbilidad en la niñez presenta altos niveles de desnutrición³⁸, de obesidad, de bajo peso al nacer, anemia por déficit de hierro; adicionalmente, caries dental por déficit de flúor, e insuficiencia moderada de vitamina A. (Vásconez, 2007:197).
- * La anemia por déficit de hierro afecta el estado de salud de más del 50% de mujeres embarazadas.
- * La atención del parto se efectúa, en un 76% en instituciones y el resto, a domicilio por la parturienta (INEC, 1998).

36 Información tomada de la ENDEMAIN 2004

37 ENDEMAIN (2004: 57)

38 A pesar de existir un alto nivel de lactancia materna, ésta es insuficiente en los seis primeros meses de vida y la alimentación complementaria es, generalmente, inadecuada. Para corregirlo se implementó el Programa de Micronutrientes, que incluyó la yodación y fluoración de la sal, la fortificación de harina de trigo con hierro y folato, suplementación con hierro a embarazadas, y a niñas y niños menores de dos años, y de Vitamina A a niñas y niños de 6 a 36 meses de edad (Vásconez, 2007).

- * El examen de Papanicolaou, importante para la prevención del cáncer de cuello de útero³⁹, no ha sido realizado nunca por el 56% de mujeres en edad reproductiva (OPS, 2002).
- * Con la población en general, se vio que existe una elevada desnutrición crónica y global; en los ochenta, se encontró una alta prevalencia de bocio y cretinismo endémicos que, por la intervención del Ministerio de Salud Pública (MSP) en 1994, se cumplió la meta de yodación de la sal de consumo humano; sin embargo, en 1999, fue declarado por organismos internacionales como un país que tiene un bajo control epidemiológico sobre los desórdenes causado por deficiencia de yodo (DDI).
- * Existen problemas relacionados con el maltrato infantil, la violencia intrafamiliar y de género, el abuso, la explotación sexual, la pornografía infantil, y la trata de niñas, niños y adolescentes, a pesar de que se ha avanzado en incorporarlas a la agenda de políticas de salud pública y protección especial (Vásconez, 2007).

En el país, a pesar de haber trabajado en seguridad y salud desde inicios del siglo XX, de haber firmado acuerdos internacionales y de haber apoyado diferentes programas en determinado momento histórico, aun persiste la carencia de atención sanitaria en la gran mayoría de la población, lo que se refleja en situaciones de enfermedad que podrían ser prevenibles o erradicadas. Se ha favorecido algunos aspectos relacionados con la salud reproductiva de las mujeres y la sobrevivencia de los neonatos, así como determinadas enfermedades infecciosas pero, se ha descuidado todos los demás aspectos de la salud pública.

39 De acuerdo al CEPAR (2000), es la principal causa de muerte por cáncer; no así en las estadísticas vitales del INEC (2002), donde prevalecen el cáncer del estómago y del seno tienen una mayor prevalencia (citado en León, 2005:212; nota 7).

III. Metodología

1. Revisión de la Literatura

a. Antecedentes

La salud ha sido estudiada tanto desde la oferta como desde la demanda. Con respecto a esta última, existen dos enfoques: el *tradicional*, cuyo representante emblemático es Grossman (1972), y, el *de agencia*, con Zweifel (1981) a la cabeza. Para Grossman, la atención en salud es un insumo, entre otros, para “producir salud”, visión acorde con el campo de la salud. Presenta a la salud como bien de consumo⁴⁰ (atención curativa; salud actual) por un lado y, por otro, como inversión, es decir, como una forma específica de capital humano (atención preventiva; salud futura). Enfoque utilizado, además, por Heller (1981), Akin et al. (1985), Gertler y Van der Gag (1990) (citados en Arreola et al., s/f: 174).

El enfoque de agencia, en cambio, considera al médico y al paciente en relación al tipo y cantidad de tratamiento médico necesario. El proceso de toma de decisiones tiene dos partes: la primera, donde el paciente (principal) inicialmente elige si busca tratamiento o no y, la segunda, una vez que el paciente empezó el tratamiento, el médico (agente) determina el número de visitas. Este enfoque ha sido trabajado, además de Zweifel (1981), por Manning et al. (1981); Pohlmeier y Ulrich (1995); y Gerdtham (1997) (Citados en Trías, 2004: 8-9).

Estas dos perspectivas conducen a dos corrientes de modelos econométricos (ibíd.):

a) modelos en una parte, como los de Grossman, donde Cauley (1987) y Cameron et al. (1988), usan modelos de regresión para variables enteras; mientras que Coulson et al. (1995) emplean modelos de mínimos cuadrados no lineales.

40 De hecho, se basa en la teoría del consumidor, donde la demanda de servicios de salud es el resultado a un problema de maximización intertemporal de la utilidad del paciente; sabiendo que, dicha atención, está determinada por el paciente pero condicionada por el sistema de salud: modelo de Grossman, en el cual se consideran funciones de producción de salud.

b) modelos en dos partes, para el enfoque de agencia. Distinguen entre “usuarios” y “no usuarios” del servicio de salud. La primera etapa modela la división entre “no usuarios” (cero) y “usuarios” (positivo) basándose en los modelos de regresión binarios, es decir, en esta etapa se estima la probabilidad de acceder al servicio. La segunda etapa modela la utilización o frecuencia para aquellos que registran un nivel de utilización positivo empleando un modelo “count data” para datos truncados, o mínimos cuadrados ordinarios (Hurd y McGarry, 1997; Grana y Stuart, 1996), o modelos de selección tipo Heckman (Kenkel, 1990). La estructura de los modelos en dos partes puede aplicarse tanto a variables discretas, donde el modelo se denomina “hurdle model”, como a variables continuas.

El trabajo de Gerdtham et al. (1997), tiene relevancia por el hecho de que utiliza un modelo de variable latente y variables categóricas (ingreso, género, educación, edad, condición de actividad, sobrepeso, vivir solo) para medir los stocks de salud, con lo cual introduce una nueva forma empírica del modelo de demanda por salud de Grossman. Concluye que la demanda por salud decrece con la edad y se incrementa con el ingreso y la educación (Tovar, 2003).

b. Estado del Arte

Entre la evidencia empírica de los determinantes de la autovaloración y desigualdades en salud se encuentran los trabajos de Oliva y Zozaya, (2007), quienes proponen la estimación del *stock* de capital salud de la población Canaria (España), a través de un modelo *probit* ordenado, considerando variables sociodemográficas, salud “objetiva”⁴¹ y estilos de vida, los resultados presentaron que la edad, el género, el nivel educativo y las enfermedades diagnosticadas son las principales variables significativas; por su parte, Jewell et al. (2007), a través de *probit* ordenados, miden el efecto de variables socioeconómicas sobre el autoreporte de salud en cinco países, demostrando que la autopercepción de la salud está relacionada positivamente con una buena nutrición, una mayor educación y un estilo de vida activo, así como la importancia del nivel socioeconómico al momento de autopercebirse, desde el inicio de la vida; Tovar y

41 La que es percibida por las propias personas, autoreporte, autopercepción.

García (2006) analizan los determinantes de la salud autopercebida entre regiones geográficas, en Colombia, a través de un probit ordenado, concluyendo que el ingreso, la edad, el género, la etnia, el nivel educativo, la afiliación al sistema de salud, las condiciones de vida del hogar y la ubicación geográfica de las viviendas, son determinantes del estado de salud; de igual forma lo hacen Morera-Salas et al. (2009), para Costa Rica, con un probit ordenado que, al ser regional presenta signos a veces positivos y a veces negativos, dependiendo de la región como es el caso del sexo, que no es significativo en toda región pero en las que sí lo es, son los varones quienes gozan de mejor autopercepción de salud, igual pasa con vivir en pareja y con el tamaño de la familia, donde favorece a la salud vivir en pareja y tener una familia más pequeña, a nivel de país, a mayor nivel de educación, mejor salud; Wong et al. (2005), realizan un estudio descriptivo transversal con la ayuda de modelos de regresión probit, para evaluar el informe de salud general (ASG), donde el estado de salud fue la variable dependiente y las explicativas son variables demográficas, económicas y sociales, encontrando que la única variable sociodemográfica significativa fue el nivel de educación, ante el cual disminuye la percepción de mala salud, el resto de variables no fueron significativas al considerar las enfermedades crónicas o los indicadores de bienestar o funcionalidad.

Para el Ecuador, no se ha encontrado investigación alguna que relacione el estado de salud de las mujeres, en su rol de amas de casa, con respecto a variables demográficas y/o socioeconómicas, a través de un modelo econométrico probit; sin embargo, existen trabajos que analizan la salud de la mujer, ya sea como trabajadora⁴² (CIID, 1995), a través de encuesta y exámenes médicos; en su entorno amazónico y cercano a pozos de petróleo (San Sebastián, 2001). También se han analizado los determinantes de la demanda de servicio no institucional, público o privado, en el parto, a través de un modelo logit multinomial, (Vos et al., 2004, citado en León, 2005).

2. Datos

42 De comunidades agrícolas -Sigchos-, del sector público y textil, de Quito; a través de entrevistas y pruebas de “fatiga y tensión y análisis de sangre”(10)

La investigación se basa en un estudio de corte transversal para un año determinado, el 2004, con los datos obtenidos de la ENDEMAIN 2004, realizada por el Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR).

Esta Encuesta se ha venido realizando en el país desde 1987, con una periodicidad quinquenal, y cuenta con información representativa a nivel nacional, tanto de la urbe como del campo (rural). Su objetivo es obtener información actualizada, sistemática y desagregada sobre la dinámica demográfica y el estado de salud de las madres y niños. La ENDEMAIN 2004 específicamente aporta información sobre uso de servicios y gastos en salud, tanto preventiva como curativa y de hospitalización. Para ello utiliza diversos cuestionarios para recabar la información: el de MEF (Mujeres en Edad Fértil), el de Hogares, el de Uso de Servicios y Gastos en Salud y el de Gastos de Consumo del Hogar. Tiene como marco muestral el Censo de Población y Vivienda del 2001 (realizado por el INEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos). La muestra es probabilística⁴³, estratificada⁴⁴ y multietápica⁴⁵. En total se seleccionaron 16.530 viviendas para la encuesta de MEF y 12.378 viviendas para la encuesta de hogares (ENDEMAIN 2004, Pesos y análisis), resultando 46.505 casos de la población civil no institucional de los cuales 23.485 (el 50.5%), fueron mujeres.

La encuesta ENDEMAIN 2004 incluye un cuestionario de problemas de salud percibidos, uso de servicios (capítulo 18) para conocer cuál es el patrón de enfermedades o de morbilidad de la población ecuatoriana y cuáles son las acciones que

43 *o aleatoria*, es decir, cada uno de los elementos de la población tuvo una probabilidad conocida de pertenecer a la muestra, lo que da el grado de representatividad de la muestra.

44 Significa que pretende asegurar la representación de cada grupo en la muestra y, por tal motivo, se dividió previamente la población de estudio, en grupos o clases que se suponen homogéneos con respecto a las características a estudiar, en este caso, 17 estratos: una de acuerdo a la región Insular y otra, a la Amazónica, 10 de provincias de la Sierra y 5 de la Costa. Al ser estratificada, para calcular sus pesos debe ponderarse cada elemento (provincia/región) de acuerdo a su respectivo peso. En la misma ENDEMAIN 2004, existe una tabla al respecto.

45 se efectuó en tres etapas: (1) se tomó al azar los segmentos de los estratos establecidos; (2) se seleccionaron 42 viviendas dentro de cada segmento y dentro de estas 42 viviendas, de manera alternada fueron seleccionadas 24 viviendas para desarrollar el cuestionario Mef y 18 para el cuestionario Hogar; (3) se eligió, en forma aleatoria, solamente una mujer en edad fértil, de 15 a 49 años de edad, por cada vivienda y, para aquellas que tenían hijos(as) vivos(as) que nacieron a partir de enero de 1999, se escogió aleatoriamente a un(a) hijo(a) para las preguntas sobre control y postparto (ENDEMAIN 2004, Introducción).

se toman como respuesta a los problemas de salud. Consta de cuatro secciones: afiliación a seguros de salud; problemas de salud que la población tuvo durante los 30 días previos a la entrevista y las acciones que se tomaron en respuesta a esos problemas; uso de servicios preventivos en los últimos 30 días y control prenatal. El informante fue un adulto del hogar, quien conocía las circunstancias de salud (ENDEMAIN 2004).

La ENDEMAIN 2004 está afectada por dos tipos de errores:

- no muestrales (considera la falta de cobertura de todas las mujeres seleccionadas para la entrevista, errores en la formulación de las preguntas y en el registro adecuado de las respuestas por parte del personal de campo). Este tipo de errores se mantuvo dentro de márgenes razonables;
- de muestreo (que resultan del hecho de haberse entrevistado sólo a una muestra y no a la población total). No se conoce, pero puede ser estimado a partir de los datos suministrados por la muestra seleccionada, por medio del “error estándar”⁴⁶.

Es necesario manifestar que el compendio de preguntas de la ENDEMAIN 2004 es abundante y valioso; sin embargo, ya en la ejecución de la investigación surgieron dos imprevistos que limitaron el alcance de la misma: el hecho de no poder juntar las bases de datos que contienen las diferentes encuestas y no poder pesar⁴⁷ la base que sirve para el presente trabajo (consecuencia de la estratificación). Estas limitaciones implicaron trabajar con menor información de la existente en los diversos cuestionarios.

3. Metodología

Los modelos de regresión de variable dependiente (endógena o regresada) cualitativa tratan de explicar y predecir una característica cualitativa a partir de los datos de otras características (variables independientes, exógenas o regresores), cuantitativas o

46 Considerar que el diseño empleado en la ENDEMAIN 2004 es complejo, por lo cual se requiere utilizar fórmulas especiales que consideran los efectos de la estratificación y conglomeración. Sin embargo, el mismo documento de la encuesta presenta estos cálculos para un cierto grupo de variables de interés especial, empleando un paquete estadístico para muestras complejas, que se llama SUDAAN (www.rti.org/sudaan/home.cfm). (ENDEMAIN 2004, Pesos y análisis)

47 no saber a cuanta gente representan las personas encuestadas, es decir se encuestaron a 46505 pero ellos representan a los 13 millones de ecuatorianos/as.

cualitativas, conocidas. Pueden ser modelos de probabilidad lineal, Probit o Logit⁴⁸; binomiales⁴⁹, multinomiales⁵⁰, ordenados⁵¹, anidados⁵². Estos modelos se diferencian por la distribución del término de error: en el caso de los modelos Probit, se parte del supuesto de que la distribución del término de error es normal, con media cero y varianza constante; si la distribución fuera Weibull, o logística, el modelo a utilizar sería Logit; y, si la distribución fuere uniforme, el modelo sería lineal restringido. Los resultados del probit y del logit, en el caso binomial, son muy parecidos; sus distribuciones tienen su máxima pendiente en torno a probabilidades de 0,5. Cuando alguna de las variables exógenas es continua, el método de estimación adecuado es el de máxima verosimilitud, mismo que obtiene los valores de los coeficientes que hagan máxima la verosimilitud de la muestra⁵³. La función de verosimilitud es la distribución de probabilidad conjunta de todas las observaciones de la muestra. Estos modelos son de frecuente aplicación en el campo de la salud (González López-Valcárcel, 1991).

En función de la “medición de las desigualdades” (*Schneider et al.*, 2002:9), los factores pueden clasificarse en función del tiempo, pudiendo ser transversales, donde todas las observaciones se practican una sola vez en el tiempo, o longitudinal, a través del tiempo, y el nivel de anclaje, es decir, individual o ecológico, en función de un conglomerado de individuos que se agrupan según algún criterio. El presente trabajo se enmarca en un estudio transversal e individual.

El interés del estudio se centra en estimar los determinantes del estado de salud/enfermedad de las amas de casa, mujeres que no tienen un trabajo remunerado.

Las variables con las que se trabaja han sido consideradas en función de las necesidades del presente trabajo y de la disponibilidad de información en la ENDEMAIN 2004, que, enmarcándose en un criterio integral de la salud, considera aspectos biológicos (sexo,

48 Tanto los Probit como los logit, son modelos lineales en los parámetros desconocidos, binarios.

49 Cuando una cualidad, medida a nivel nominal, puede tomar únicamente dos modalidades.

50 Cuando dicha cualidad puede tomar más de dos modalidades diferentes, exhaustivas y mutuamente excluyentes.

51 Una característica con varias modalidades que presentan entre ellas un orden.

52 Cuando la característica corresponde a una decisión, que se puede suponer tomada secuencialmente.

53 “es decir la probabilidad de haber obtenido la muestra de datos que tenemos en cuanto a su distribución”, (González López-Valcárcel, 1991: 222); en esta investigación, personas con problemas de salud y personas sin problemas de salud.

edad), socioeconómicos (relación de parentesco, estado civil, condición de actividad, ocupación, nivel de instrucción, afiliación, etnia, quintil), geográficos (área), relacionadas con la atención de salud (atención preventiva), y relativas al proceso salud/enfermedad (percepción de su estado de salud en los últimos 30 días), variables todas que constan en la encuesta de salud sin embargo, en la encuesta de Mujeres en Edad Fértil (MEF), existen otras variables también importantes y que hubieren complementado magníficamente este análisis, como la cantidad de personas con las que vive, la edad y salud de dichas personas que conforman el hogar, el número de hijos y más, pero que no se pueden integrar a la base de datos individual, con la que se trabajó.

La variable dependiente es el estado de salud percibido⁵⁴, dado por la pregunta p501: “en los últimos 30 días tuvo alguna enfermedad aunque haya sido pasajera (incluido gripe, diarrea, etc.), enfermedad crónica (gastritis, presión alta, diabetes, asma, etc.), malestar (incluido dolor de muela, cólico menstrual), accidente (incluye complicación del embarazo), problemas de depresión, estrés, en general algún problema de salud (incluye mal aire, espanto, mal de ojos)?”, misma que tiene respuesta dicotómica (sí/no). La misma base contiene una variable “numprob” en la que se determina si la persona encuestada tuvo uno, dos o ningún problema de salud; la pregunta p502a, expresa el primer problema de salud⁵⁵ percibido; la p502b, el segundo. Para este análisis, se ha creado la variable dicotómica “dprobsalud⁵⁶”, que expresa el hecho de que la persona sí presentó algún problema de salud, que toma el valor de 1 y sin problemas de salud, toma el valor de 0.

54 el estado de salud percibido expresa la sensación de bienestar individual y es un buen indicador del estado de salud; es un buen predictor de la morbi-mortalidad, motivos por los que es muy usado en análisis de las desigualdades en salud (Artazcoz, 2008).

55 Enfermedades consideradas en la ENDEMAIN 2004: respiratorias, cardiovasculares, digestivos o vómitos, de la piel, de los ojos, nerviosos y musculares, dentales, del embarazo, psicológicos, fracturas/heridas y golpes, crónicas, de la mujer, tradicionales, renales, de sangre, tropicales, infecciones, hernias, otras. Siendo las respiratorias, digestivas, nerviosas y crónicas, las que en mayor forma afectan a la población.

56 La ENDEMAIN 2004, también pregunto si habían tenido uno, dos o ningún problema de salud, siendo sus porcentajes: 41%, 6% y 53% respectivamente; en esta variable dicotómica se han incluido tanto a las personas de uno como de dos problemas, ya que para el presente trabajo interesa analizar este grupo de personas, las enfermas. La misma encuesta presenta la posibilidad de trabajar además, con otras variables dependientes como la presencia de enfermedades crónicas y problemas de discapacidad en la población, sin embargo, los porcentajes en cada caso, 6,53% y 2,6%, no permitirían tener una panorámica de la población sino que serían de mucha utilidad para un análisis más puntual.

Las variables independientes son:

1. Sexo (p202) que presenta respuesta dicotómica (hombre/mujer) y, en la que se ha creado la variable dicotómica dsexm, para mujer.
2. Edad, (p203) que tiene desde menos de un año hasta 120, pasando por no sabe/ no responde. Se la ha agrupado, de acuerdo a las necesidades del estudio: desde los 10 años de vida de la persona, edad a partir de la cual se la considera para asuntos de condición de actividad; además se ha buscado tener la información, en función de la etapa productiva, que abarca hasta los 64 años de edad y, también se ha pretendido tener una visión de las personas adultas y adultas mayores.
3. Relación de parentesco en la pregunta p204: “cuál es el parentesco de (...) con el jefe de este hogar?”, misma que tiene múltiples opciones de respuesta: jefe/a, esposa/o, hijo/a, yerno/nuera. Padres/suegros, nieto/a, otros parientes, otros no parientes, empleada domestica puertas adentro.
4. Estado civil, en la p205, donde se considera a personas mayores de 12 años, “cuál es el estado civil o conyugal actual de (...)?”, las respuestas son seis diferentes opciones: unida/o, casada/o, separada/o, divorciada/o, viuda/o, soltera/o; existe la p205n, misma que une en una sola categoría a divorciada/o y separada/o.
5. Condición de actividad, se la encuentra como variable “condición de actividad”, con sus correspondientes categorías: trabaja, no trabaja, no sabe/no responde. Considera a la población desde los 10 años en adelante.
6. Ocupación, en la p314: “qué hizo (...) durante la semana pasada?” misma que tiene múltiples respuestas: trabajó al menos una hora, buscó trabajo habiendo trabajado antes, buscó trabajo por primera vez, realizó solamente las labores del hogar, solo estudió, es rentista, es jubilado o pensionado, está incapacitado para trabajar, edad avanzada para trabajar, otra.
7. Nivel de instrucción, p310n: “cuál es o fue el nivel de instrucción más avanzado que (...) aprobó?”, las respuestas son múltiples: ninguno, primaria, secundaria, superior, no sabe/no responde. Considera a personas desde los 5 años en adelante.

8. Cobertura de seguridad en salud, afiliación al seguro, consta como: afiliac. Contiene una respuesta dicotómica (sí/no).
9. Atención de medicina preventiva, p560: “(...) en los últimos treinta días (de... a...) visitó algún establecimiento de salud, médico, dentista, psicológico, curandero, etc.; para hacerse un chequeo general o parcial, o recibir algún servicio preventivo como: vacunas, control del niño sano, medir la presión, control odontológico, examen de papanicolau, mamografía, consejería y consulta sobre planificación familiar, etc.? (excluya control del embarazo)”, la respuesta es dicotómica (sí/no).
10. Área, espacio urbano o rural.
11. Etnia, ya sea mestiza, indígena, u otra
12. Quintil económico, con cinco clasificaciones, considerando a la número 1 como la más pobre y, a la número 5 como la más pudiente.

Casi todas las variables independientes son discretas, a excepción de la edad, que es una variable aleatoria continua.

En el Cuadro # 1 presentado en anexos, se encuentra la síntesis de variables y dummies (dicotómicas) que han sido consideradas en el estudio empírico.

4. Modelo

Tovar (2003), señala que los modelos tipo probit son los más apropiados cuando la variable dependiente es la autopercepción de salud, considerada en este caso como una variable bivariada, o binomial al tener dos alternativas: haber presentado problemas de salud o no. Con un probit bivariado se puede calcular la probabilidad de respuesta para cada combinación de variables.

El modelo se formula a partir de una variable latente⁵⁷ de salud Y^* que no se observa (la “salud real” del individuo) que determina el valor de una variable dicotómica que sí se observa (Y), variable dependiente, de la que sólo se conoce en qué categoría (entre las 2

⁵⁷ Dado que la variable dependiente es inobservable, grado de valoración subjetiva de la salud general del individuo (auto percepción), se asume que dicha variable puede aproximarse a partir de otra variable latente, (Y^*) en este caso.

posibles: sin problemas de salud –sano- o con problemas de salud –enfermo-) se encuentra el individuo. Estar en una u otra categoría dependerá de ciertos factores medibles X , variables explicativas, como pueden ser las características sociodemográficas, económicas y sociales y de ciertos factores no observables (ϵ) “no directamente explicitadas en el modelo, cuyo efecto individual no resulta relevante” (Pulido, 2001:137) y que entrarían a formar parte del término de error.

El modelo en su forma reducida es

$$Y^* = X'_i \beta + \epsilon \quad (1)$$

El comportamiento de la variable endógena, se considera que puede ser adecuadamente explicado a través de una relación lineal con las variables explicativas más el término de error. Además, se asume que el modelo no requiere del término constante es decir, que no existe intersección entre padecer problemas de salud y las variables y/o dummies en este modelo de elección discreta, sino que se calcula la probabilidad de que cada variable/dummy influya o no, y en qué medida, en la variable dependiente.

La realización o no de la variable dicotómica observada Y dependerá de los resultados de la estimación. Es decir:

$$Y = 0 \rightarrow Y^* \leq 0, \text{ o bien } \epsilon \leq -X'_i \beta \text{ para cada observación.}$$

En este caso el resultado de la estimación es que la persona percibió que no tiene problemas de salud, la probabilidad de que esto ocurra estaría dada por:

$$(1-P_i) = \text{Prob}(y_i=0 | X'_i, \beta) = \text{Prob}(Y^* \leq 0) = \text{Prob}(X'_i \beta + \epsilon \leq 0) = \text{Prob}(\epsilon \leq -X'_i \beta)$$

$$Y = 1 \rightarrow Y^* > 0, \text{ o bien } \epsilon > -X'_i \beta \text{ (ó, } \epsilon > -X'_i \beta) \text{ para cada observación.}$$

En este caso el resultado de la estimación es que la persona tiene la autopercepción de tener problemas de salud, la probabilidad de que esto ocurra estaría dada por:

$$P_i = \text{Prob}(y_i=1 | X'_i, \beta) = \text{Prob}(Y^* > 0) = \text{Prob}(X'_i \beta + \epsilon > 0) = \text{Prob}(\epsilon > -X'_i \beta)$$

Siendo $P_i = (X'_i \beta + \epsilon)$, el modelo reducido.

Haciendo uso de la Función de Densidad Acumulada, FDA (F), de los residuos, ϵ_i , que siguen una distribución de forma normal, por el modelo Probit que se está utilizando, se pueden expresar las probabilidades como

$$\text{Prob}(y_i=0) = F(-X'_i \beta)$$

$$\text{Prob}(y_i=1) = 1 - F(-X'_i \beta),$$

Siendo $F(-X'_i \beta)$, el área debajo de la curva de la normal hasta el punto $(-X'_i \beta)$.

El modelo, en su forma general⁵⁸, se lo puede expresar como:

$$Y^* = \beta_1 \text{ sexo} + \beta_2 \text{ edad} + \beta_3 \text{ relación de parentesco} + \beta_4 \text{ estado civil} + \\ \beta_5 \text{ condición de actividad} + \beta_6 \text{ ocupación} + \beta_7 \text{ nivel de instrucción} + \\ \beta_8 \text{ afiliación al seguro} + \beta_9 \text{ atención preventiva} + \beta_{10} \text{ área} + \beta_{11} \\ \text{etnia} + \beta_{12} \text{ quintil} + \epsilon$$

Se espera que la variable endógena (no observable directamente), autopercepción de padecer problemas de salud, presente una relación directa significativa con ser mujer, dado que son quienes más visitas médicas efectúan, desde la etapa fértil y en adelante, que es cuando se reproducen y, luego con el incremento de la edad; con el hecho de tener pareja, porque con solo el hecho de comprometerse civilmente, se incrementa la cantidad de trabajo doméstico a efectuar; con ejecutar exclusivamente labores del hogar, puesto que es una actividad que si bien es fundamental para la sociedad, no goza de un status que haga ver dicha importancia a quien la realiza y a quienes se benefician de la misma⁵⁹.

Por otra parte, se espera una relación inversa, entre la autopercepción de padecer problemas de salud, con el nivel de instrucción educativa formal, es decir que a mayor nivel educativo, menor percepción de padecer problemas de salud ya que, con mayor

58 Para todos los participantes en la ENDEMAIN 2004; modelo que usa tres especificaciones diferentes, en los diversos modelos utilizados para cada hipótesis, especificación con variables que perfilan a la ama de casa, con variables socio-económicas y con variables de afiliación y de atención preventiva.

59 Aunque existen estudios que dicen lo contrario, que el hecho de permanecer en el hogar como ama de casa, favorece el estado de salud (apartado “la salud de las amas de casa”, en esta misma investigación).

educación disminuyen los problemas sanitarios; con el hecho de contar con algún tipo de afiliación a la seguridad, puesto que ello les habría permitido acceder, en forma oportuna y calificada, a atención médica; con tener una participación activa en la atención preventiva; con el hecho de habitar en la ciudad, donde están la mayor cantidad de hospitales y centros de salud; por pertenecer al grupo étnico mayoritario, mestizo, que es objeto de poca o ninguna discriminación y; con el hecho de contar con mayores ingresos.

La estimación se realiza mediante el método de Máxima Verosimilitud. Los signos de los parámetros que se obtienen dan cuenta de la dirección en que se mueve la probabilidad cuando se modifica la variable explicativa correspondiente. Los parámetros obtenidos en la estimación no pueden interpretarse directamente, para ello se requiere del efecto marginal⁶⁰. Los efectos marginales son proporcionados por defecto por el paquete econométrico STATA 10, programa con el que se realizaron todas las estimaciones⁶¹.

Postulados básicos⁶²:

- Las variables exógenas son no estocásticas y no deben tener relación lineal exacta entre ellas. El cuadro # 2 recogido en anexos presenta un análisis de correlaciones entre las variables:

- A nivel de macro variables, ninguna está correlacionada con otra a un nivel que exceda el 70%; el máximo nivel que se encontró es el 51%, de relación inversa, entre las edades de 15 a 29 y de 30 a 49 años de edad.
- A nivel de variables y de dummies que excedan el 70%: están en relación directa, el parentesco 3, ser hijo, con estado civil 5, ser soltero; el haber trabajado al

60 El efecto marginal expresa la probabilidad de autoperibirse con problemas de salud ($y_i=1$), ante cambios muy pequeños de alguna variable exógena, mientras el resto de variables permanecen constantes; para cada variable discreta/dummy explicativa nos dará una medida de cuánto más probable es que ocurra el resultado de interés cuando un individuo posee la característica representada por esa variable que cuando no la tiene, permaneciendo todo lo demás constante; para las variables continuas indicará cuánto más probable es que ocurra el resultado de interés cuando dicha variable se incrementa en una unidad (en este mismo documento, 36-37).

61 Los cuadros estadísticos se efectuaron con el SPSS 17.

62 Según Pulido, 2001, capítulo 4, Planteamiento y especificación de modelos econométricos, 137-142

menos una hora, en ocupación, con la actividad no trabajo remunerado, en forma inversa y al 100%, y con trabajo remunerado, en forma directa, en 100%. Los programas estadísticos rechazan las variables multicolineales perfectas, motivo por el cual, en esta investigación, las ocasiones en que se trabaja con las categorías de ocupación, no se trabaja con las de condición de actividad y, viceversa.

- El término de error (ϵ) es una variable aleatoria, que debe distribuirse normalmente, con Media cero y Varianza constante. La dificultad en modelos de elección binaria es que la varianza tiene problemas de heteroscedasticidad⁶³, con el fin de corregirla se trabajó cada regresión con el comando “robust”; respecto a la distribución de los residuos, se utilizó el método Probit, de estimación no lineal, (a pesar de que, por la Ley de los grandes números, la distribución tiende a la normal).

- Respecto de las dummies, se ha tenido siempre presente la regla de introducir una categoría menos de las que tiene la variable, a pesar de que el modelo carezca de término constante.

63 por lo que las desviaciones típicas son sesgadas y el término de error no sigue una distribución normal

IV. Resultados

1. Descripción de la muestra

A continuación, se presenta una serie de Cuadros (# 3 a # 9) que muestran el perfil de la población, conforme a las variables seleccionadas en este trabajo, ya sea en su totalidad, tanto varones como mujeres, de 0 a 120 años de edad, sana como enferma (46.505 casos); ya sea de los principales problemas sanitarios de dicha población (17 diferentes problemas de salud de las 22.027 personas enfermas); de la población de mujeres enfermas, de 10 y más años, porque es desde cuando la ENDEMAIN 2004 considera su situación de actividad (trabaja o no remuneradamente), conforme a la relación de parentesco y principales problemas sanitarios (9.093 mujeres) y, de dichas mujeres con el adicional de no contar con trabajo remunerado, (5.278 mujeres). Se busca enfocar a las amas de casa, mujeres en relación de pareja, que ejercen labores del hogar en exclusividad, y que presentan problemas de salud, por ello se va desde toda la población, a la población con enfermedad y de esta a las que son mujeres de 10 y más años, con problemas de salud; para terminar con este grupo de mujeres, de 10 y más años, enfermas y sin trabajo remunerado.

a. Población Total Encuestada

En este primer cuadro estadístico, se presenta a la población total de acuerdo a las variables determinadas en este estudio, en función de su estado de salud (sin problemas / con problemas sanitarios) y sexo.

CUADRO # 3
SINTESIS DE VARIABLES SELECCIONADAS POR ESTADO DE SALUD PERCIBIDO
(Frecuencias)

Variables	Sin problema salud		Suman	Con problema salud		Suman	Total
	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres		
Sexo	Po. Sana	Po. Enferma	Po. Total				
Hombre	12737	10283	23020				23020
Mujer	11741	11744	23485				23485
No. de casos	24478	22027	46505	24478			46505
Grupos de edad	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres		
0-9 años	2728	2746	5474	2789	2651	5440	10914
10-14 años	1810	1742	3552	966	1008	1974	5526
15-29 años	3991	3588	7579	2009	2463	4472	12051
30-49 años	2766	2592	5358	2163	2876	5039	10397
50-64 años	989	768	1757	1303	1552	2855	4612
65-79 años	371	239	610	815	909	1724	2334
80 y más años	82	66	148	238	285	523	671
No. de casos	12737	11741	24478	10283	11744	22027	46505
Relación de parentesco							
Jefe/a	4191	646	4837	4642	1536	6178	11015
Esposo/a	68	3467	3535	73	4295	4368	7903
Hijo/a	6660	5833	12493	4430	4441	8871	21364
Yerno/nuera	191	232	423	83	128	211	634
Padres/suegros	49	111	160	53	233	286	446
Nieto/a	898	879	1777	643	685	1328	3105
Otros parientes	533	423	956	301	345	646	1602
Otros no parientes	140	94	234	54	61	115	349
Empelada doméstica	7	56	63	4	20	24	87
No. de casos	12737	11741	24478	10283	11744	22027	46505
Estado civil o conyugal (a)							
Unión Libre	1358	1307	2665	1239	1282	2521	5186
Casado	3025	2774	5799	3121	3515	6636	12435
Separado	220	394	614	213	557	770	1384
Divorciado	57	94	151	58	153	211	362
Viudo	112	236	348	268	752	1020	1368
Soltero	4544	3502	8046	2195	2411	4606	12652
No. de casos	9316	8307	17623	7094	8670	15764	33387
Condición de actividad (b)							
Trabaja	7083	3454	10537	5432	3809	9241	19778
No trabaja	2923	5536	8459	2060	5278	7338	15797
No responde	3	4	7	2	6	8	15
No. de casos	10009	8994	19003	7494	9093	16587	35590
Ocupación							
Trabajó al menos una hora	7083	3453	10536	5432	3809	9241	19777
Buscó trabajo habiendo t. ante:	154	103	257	110	99	209	466
Buscó trabajo por 1o. vez	52	32	84	24	16	40	124
Solamente Lab. Hogar	132	2986	3118	106	3246	3352	6470
Solo estudió	2246	2196	4442	1191	1369	2560	7002
Es rentista	7	6	13	13	17	30	43
Jubilado/pensionado	74	32	106	149	99	248	354
Incapacitado para trabajar	58	38	96	207	138	345	441
Edad avanzada	65	63	128	161	221	382	510
Otra	135	82	217	99	73	172	389
No responde	3	4	7		6	8	15
No. de casos	10009	8995	19004	7492	9093	16587	35591
Nivel de instrucción (c)							
Ninguno	991	1083	2074	1085	1616	2701	4775
Primario	5889	5209	11098	4664	5056	9720	20818
Secundario	3588	3258	6846	2274	2754	5028	11874
Superior	1104	1045	2149	729	860	1589	3738
Ns/Nr	20	15	35	8	6	14	49
No. de casos	11592	10610	22202	8760	10292	19052	41254
Disponibilidad de seguro							
No tiene seguro	10135	9710	19845	8030	9579	17609	37454
Sí tiene seguro	2602	2031	4633	2253	2165	4418	9051
No. de casos	12737	11741	24478	10283	11744	22027	46505
Atención preventiva							
Sí	593	746	1339	491	709	1200	2539
No	12144	10995	23139	9792	11035	20827	43966
No. de casos	12737	11741	24478	10283	11744	22027	46505
Área							
Urbana	6142	5820	11962	5341	6184	11525	23487
Rural	6595	5921	12516	4942	5560	10502	23018
No. de casos	12737	11741	24478	10283	11744	22027	46505
Etnia							
Mestizo	10593	9747	20340	8987	10169	19156	39496
Indígena	1315	1217	2532	787	960	1747	4279
Otras	829	777	1606	509	615	1124	2730
No. de casos	12737	11741	24478	10283	11744	22027	46505
Quintil							
1	3317	2998	6315	2482	2757	5239	11554
2	2674	2480	5154	2218	2520	4738	9892
3	2456	2192	4648	2102	2349	4451	9099
4	2204	2111	4315	1900	2259	4159	8474
5	2086	1960	4046	1581	1859	3440	7486
No. de casos	12737	11741	24478	10283	11744	22027	46505

(a) Población de 12 años y más; (b) Población de 10 años y más; (c) Población de 5 años y más

Fuente: Elaboración propia a partir de la Endemain, 2004

En la población en general, la composición por sexo es del 50% (49.5% para ser más precisos) para varones y el resto (50.5%) para mujeres; el promedio de edad de la muestra es de 27.15 años de edad, siendo de 26.91 para los varones y de 27.38 para las mujeres; estando estructurada de la siguiente forma: entre los 0 y 14 años de edad, el 35% de la población; entre los 15 y 64 años, el 58%; de 65 y más años, el 6%, de forma equitativa entre varones y mujeres. La población en edad “fértil”, es decir entre los 15 y 49 años de edad, es del 48%, casi la mitad de la población.

En cuanto a la relación de parentesco, el 87% está conformado por hijos(as), jefes/as de familia o cabeza de hogar y esposas/os; llama la atención la forma en que se estructura por sexo, mayoría de varones entre hijos y jefes y notablemente pocos entre esposos. El estado civil, agrupa al 53% de la población que tiene pareja, al 38% de personas solteras, al 5% entre personas separadas y divorciadas y, al 4% de viudas; en la estructura por sexo se observa que los varones son mayoría entre quienes están solteros y las mujeres, entre las separadas y viudas. Conforme a la condición de actividad, el 56% de la población está en condición de trabajo remunerado, dentro del cual el 35% son varones y el resto, 21%, mujeres; del 44% que carecen de trabajo remunerado, el 30% son mujeres y 14% varones, más del doble de los varones. La ocupación, se ve representada en tres grandes grupos: trabajó al menos una hora⁶⁴ (56%), solo estudió (20%) y, realizó únicamente labores del hogar (18%); en cuanto al estudio, existe cierta mayoría de mujeres y, en las labores del hogar, el 0.7% de varones lo ejecutó (el 98% fueron mujeres). En los niveles de instrucción se tiene: ningún nivel (12%), primaria (50%) y secundaria (29%), los que reúnen al 91% de la población; el resto (9%) es instrucción superior; siendo mayoría las mujeres dentro del grupo sin instrucción, en lo demás, casi equitativos. Respecto de la condición de afiliación, el 81% de la población no tiene seguro alguno, siendo las mujeres quienes tienen mayor carencia del mismo (42%); el 9%% son mujeres, del total de población asegurada. Al considerar la atención preventiva, el 95% de la población no hace uso de ella; de ellos, el 48% son mujeres. La población vive en un 51% en el área urbana, siendo levemente mayor la cantidad de mujeres. La etnia mayoritaria (85%) que declaró ser la población, fue mestiza; la indígena, en un 9% y “otra”, 6%; de acuerdo a su clasificación por sexo, se reparten en

64 Que coincide con la categoría “trabaja”, de la condición de actividad, analizada en el párrafo anterior.

forma casi equitativa. En cuanto a la clase que pertenecen, determinado de acuerdo al quintil económico según la ENDEMAIN 2004, se tiene al 16% de la población entre quienes mayor poder adquisitivo tienen, quintil 5; 18% a los del quintil 4; el 20% en el quintil 3 y el 46% en los quintiles más pobres, 1 y 2; siendo las mujeres leve mayoría en los quintiles más pudientes (3 y 4) y los varones en los menos pudientes (1 y 2).

En cuanto al estado de salud de la población, el 47% declaró estar enferma

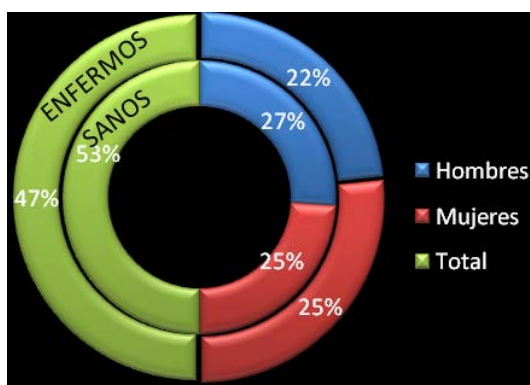


GRAFICO No.1: ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION ENCUESTADA, POR SEXO
Fuente: Elaboración propia a partir de la Endemain, 2004

De este 47%, el 21% se encuentra entre los 15 y 49 años, en el que sobresale el grupo de mujeres y, no necesariamente por problemas relacionados con la procreación⁶⁵

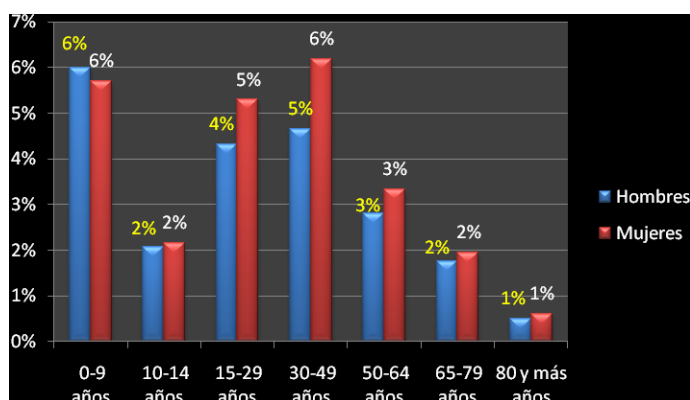


GRAFICO No. 2: POBLACION ENCUESTADA ENFERMA, POR SEXO Y EDAD
Fuente: Elaboración propia a partir de la Endemain, 2004

⁶⁵ Más adelante se analizarán las enfermedades con mayor frecuencia entre la población, dentro de las que no consta ésta, de reproducción (están: de la mujer, del embarazo, infecciones; pero ninguna tiene un porcentaje representativo, motivo por el cual no se considerará dentro de las cuatro enfermedades más frecuentes aunque sí dentro de Varios Problemas (1°), en el mismo Cuadro # 4).

El 42% lo conforman los/as hijos/as, jefes/as y esposas

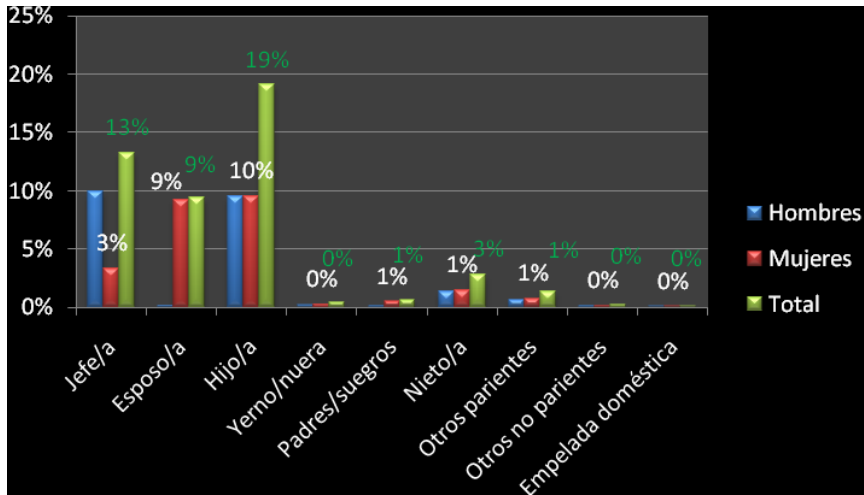


GRAFICO No.3: POBLACION ENCUESTADA ENFERMA, POR SEXO Y PARENTESCO
Fuente: Elaboración propia a partir de la Endemain, 2004

El 28% tiene relación de pareja

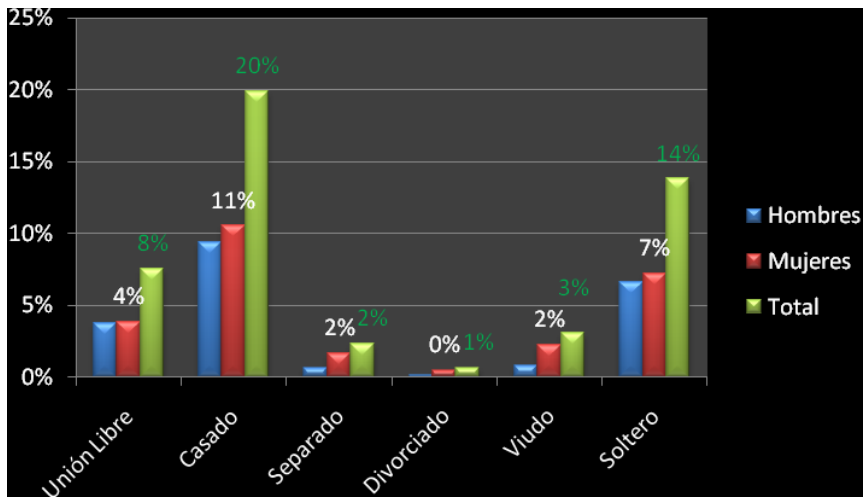


GRAFICO No.4: POBLACION ENCUESTADA ENFERMA, POR SEXO Y ESTADO CIVIL
Fuente: Elaboración propia a partir de la Endemain, 2004

Destaca la población que ejerce un trabajo remunerado, 26%

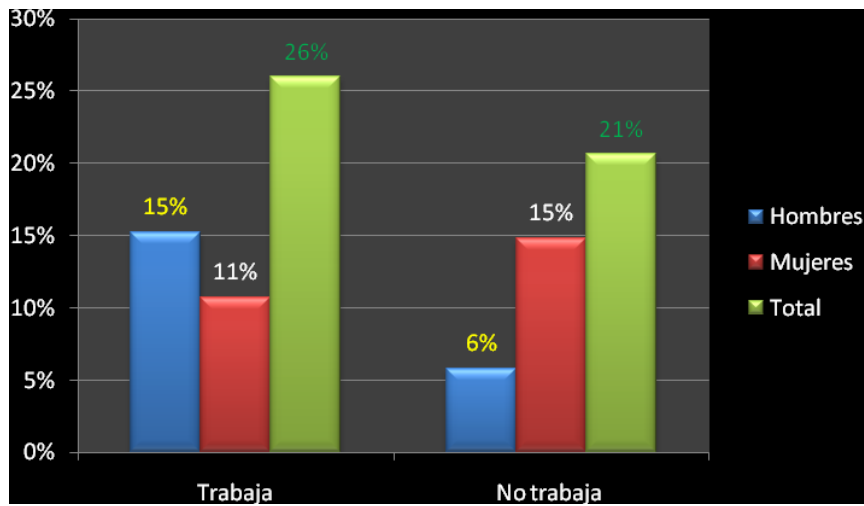


GRAFICO No.5: POBLACION ENCUESTADA ENFERMA, POR SEXO Y CONDICION DE ACTIVIDAD
Fuente: Elaboración propia a partir de la Endemain, 2004

Entre quienes ejercen un trabajo no remunerado sobresalen las labores del hogar, con 9% y el estudio, con 7%

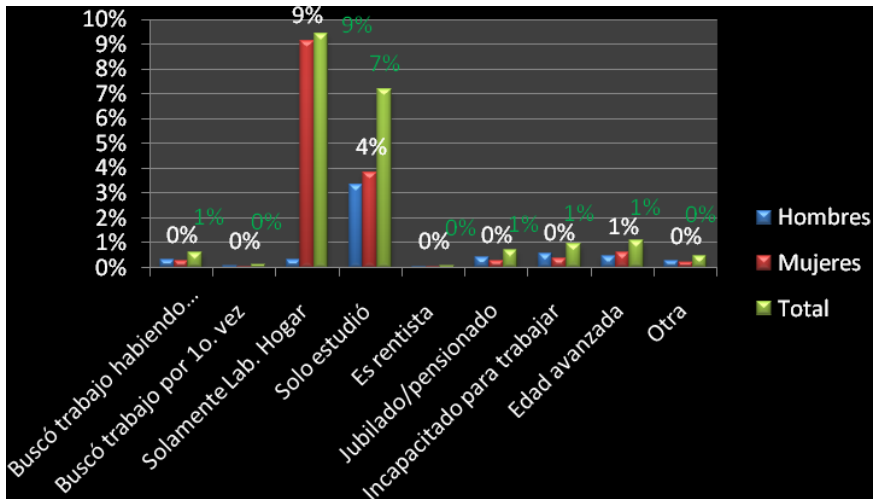


GRAFICO No. 6: POBLACION ENCUESTADA ENFERMA, POR SEXO Y CATEGORIAS DE OCUPACION RESPECTO A TRABAJO NO REMUNERADO
Fuente: Elaboración propia a partir de la Endemain, 2004

El 38% no tiene seguro

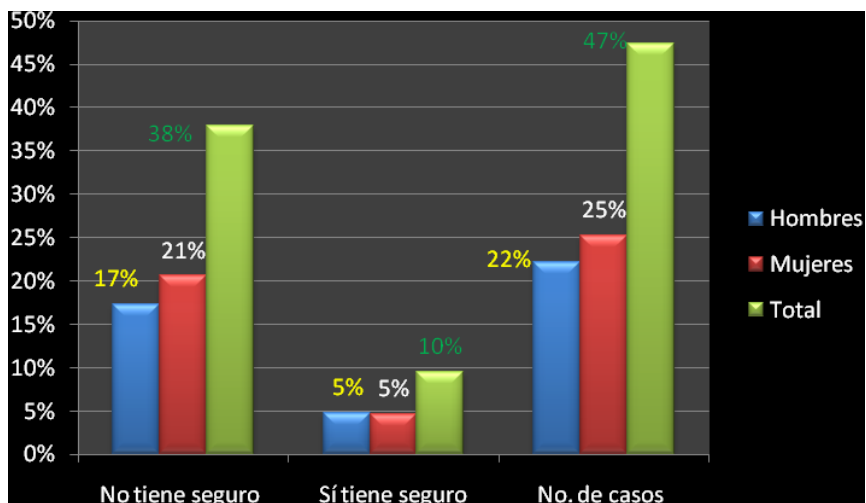


GRAFICO No. 7: POBLACION ENCUESTADA ENFERMA, POR SEXO Y CONDICION DE AFILIACION
Fuente: Elaboración propia a partir de la Endemain, 2004

El 45% no asistió a consulta preventiva

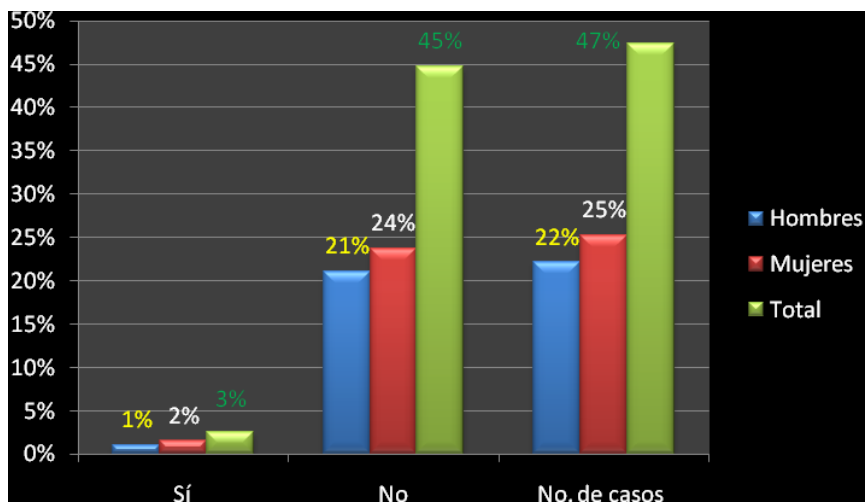


GRAFICO No. 8: POBLACION ENCUESTADA ENFERMA, POR SEXO Y PARTICIPACION EN ATENCION DE SALUD PREVENTIVA
Fuente: Elaboración propia a partir de la Endemain, 2004

Concluyendo, del 47% de la población con problemas de salud, la mayoría son mujeres, esposas; muchas de dichas personas, con relación de pareja; que se dedican a labores del hogar; que no están afiliadas ni han participado de atención médica preventiva.

En referencia a los mayores problemas de salud registrados⁶⁶, Cuadro # 4 (Anexos), que en conjunto representan al 78% de todas las enfermedades, están:

- Las enfermedades respiratorias, representan el 46% del total de enfermedades; se distribuye equitativamente entre varones y mujeres sin embargo, en la población entre los 0 y 9 años, hay mayor prevalencia y sobresalen los varones, también tiene alta incidencia entre la población de 15 a 49 años; atacaron en un 39% a hijos/as, jefes/as y esposas; en un 20% a personas que tienen relación de pareja y 15% solteros/as; en especial, 21%, a quienes tienen trabajo remunerado; en 9% a quienes estudiaron solamente y en 6% a quienes efectuaron labores del hogar en exclusividad; el 38% de estas personas carecen de seguro y el 43% no asistió a consulta preventiva; el 26% fue del área urbana; el 40% mestizo y 19% de la clase pobre;
- Las enfermedades crónicas, que constituyen el 13% de todas las enfermedades, afectaron en especial a mujeres⁶⁷, 8% frente a 5%; de 30 años en adelante; la padecen, en un 11%, los/as jefes/as, esposas e hijos/as; el 10% tiene relación de pareja y el 6% no (al calcular con población de 12 y más años, los valores se alteran un poco y porcentajes también, llegando las crónicas, a 17% en este caso y con mayoría de mujeres); no existe diferencia en cuanto a trabajar remuneradamente o no, en general pero analizando por sexo, es mayor entre mujeres que no trabajan remuneradamente y se confirma en la desagregación por ocupación; llega al 6% entre las mujeres que no gozan de seguro; el 12% de estas personas no asiste a consulta preventiva; el 7% es urbana; el 11% mestizo y 5% de clase pobre;
- Los digestivos y vómitos, representan el 11% del total, se reparten equitativamente entre varones y mujeres; aquejan a la población menor de 10 años, en especial, 4% y a la que está entre 30 y 49 años de edad, 4%; conformada por hijos/as, jefes/as y esposas principalmente; se da entre varones que trabajan especialmente, 3%; sobresale en el grupo de primaria, 5%; el 9% no tiene seguro y el 10% no asistió a

66 De acuerdo al porcentaje de cada enfermedad, del grupo en que están clasificadas las enfermedades en la ENDEMAIN 2004.

67 Confirmando la teoría acerca de que no enferman de las mismas enfermedades los varones y las mujeres, ni en los mismos porcentajes, cuando coinciden en enfermedad.

consulta preventiva; el 6% radica en el campo; el 9% es mestizo y el 6% es de clase pobre;

- Los nerviosos y musculares, que significan el 9% del total, se encuentran mayoritariamente entre mujeres; afectan a población de 30-79 años, en especial, 7%; principalmente a jefes/as y esposas; en 8% (de 12% puesto que considera a población de 12 y más años por lo que se afectan los valores y porcentajes) a quienes tienen relación de pareja y 4% a los que no la tienen; lo padecen en especial los varones que trabajan remuneradamente; con estudios primarios en especial, 5% (de 10%, porque considera a personas de 5 y más años); el 7% no tiene afiliación al seguro; el 8% no visita atención preventiva; el 5% se da en el área rural; el 7% es mestizo y el 5% de quintiles pobres;
- En el ítem Varios Problemas (1o.), 22% respecto del total, sobresalen las mujeres, en general y, en particular, entre los 15 y 49 años de edad; entre las enfermedades que integran este ítem se encuentran las de embarazo y las de mujeres; de acuerdo a la relación de parentesco, un 14% se conforma por jefes, esposas e hijos/as; en un 9% conformada por quienes viven en pareja; el grupo de personas que tiene trabajo remunerado es más proclive a estas diversas enfermedades antes que quienes no tienen remuneración; es notoria la diferencia que existe entre personas de quintiles 1 y 2, que llegan al 11%, respecto del quintil más alto, 5, que llega al 3%.

Se puede concluir que las enfermedades no son las mismas para varones ni para mujeres y que varían además, en función de otras variables demográficas, económico, sociales, como edad, estado civil, área, quintil.

b. Mujeres de 10 años y más que tienen problemas de salud, de acuerdo a su relación de parentesco

En el Cuadro # 5 constan las 9.093 mujeres de 10 años y más que padecen alguna clase de problema de salud; se las ha clasificado en función de su relación de parentesco donde las jefas, las esposas y las hijas representan al 91% de este grupo poblacional.

CUADRO # 5
MUJERES DE 10 AÑOS Y MÁS, CON PROBLEMAS DE SALUD
POR RELACION DE PARENTESCO
(Frecuencias)

Variables	Jefa	Esposa	Hija	Nuera	Madre	Nieta	Otras p.	O. No	Empeld	Total
Grupos de edad										
10-14 años	0	1	853	2	1	105	33	9	4	1008
15-29 años	110	801	1241	101	2	68	109	21	10	2463
30-49 años	544	1976	268	17	14	5	42	6	4	2876
50-64 años	424	1006	39	3	44	0	32	3	1	1552
65-79 años	332	446	1	0	96	0	30	3	1	909
80 y más años	126	64	0	0	73	0	19	3	0	285
No. de casos	1536	4294	2402	123	230	178	265	45	20	9093
Estado civil o conyugal (a)										
Unión Libre	44	1102	56	55	3	7	9	6	0	1282
Casado	144	3179	96	59	14	4	16	3	0	3515
Separado/div	506	0	120	3	48	5	22	3	3	710
Viudo	572	2	8	0	141	0	26	3	0	752
Soltero	270	11	1761	5	24	116	179	28	17	2411
No. de casos	1536	4294	2041	122	230	132	252	43	20	8670
Condición de actividad (b)										
Trabaja	939	1877	753	44	36	26	98	19	17	3809
No trabaja	595	2415	1648	79	194	151	167	26	3	5278
No responde	2	2	1	0	0	1	0	0	0	6
No. de casos	1536	4294	2402	123	230	178	265	45	20	9093
Ocupación										
Trabajó al menos una h	939	1877	753	44	36	26	98	19	17	3809
Buscó trabajo habiendc	14	49	23	1	3	2	3	1	3	99
Buscó trabajo por 1o. v	1	1	13	0	0	1	0	0	0	16
Solamente Lab. Hogar	400	2210	384	70	87	24	61	10	0	3246
Solo estudió	12	19	1146	5	2	116	60	9	0	1369
Es rentista	13	3	0	0	1	0	0	0	0	17
Jubilado/pensionado	41	39	1	0	9	0	8	1	0	99
Incapacitado para traba	35	35	32	2	18	2	13	1	0	138
Edad avanzada	72	57	0	0	74	0	15	3	0	221
otra	7	2	49	1	0	6	7	1	0	73
No responde	2	2	1	0	0	1	0	0	0	6
No. de casos	1536	4294	2402	123	230	178	265	45	20	9093
Nivel de instrucción (c)										
Ninguno	306	622	58	5	107	5	35	7	1	1146
Primario	784	2119	1033	54	101	96	107	19	15	4328
Secundario	297	1151	1057	49	18	70	93	16	3	2754
Superior	149	399	253	14	4	7	30	3	1	860
Ns/Nr	0	3	1	1	0	0	0	0	0	5
No. de casos	1536	4294	2402	123	230	178	265	45	20	9093
Disponibilidad de seguro										
No tiene seguro	1157	3328	1985	112	191	151	218	38	13	7193
Sí tiene seguro	379	966	417	11	39	27	47	7	7	1900
No. de casos	1536	4294	2402	123	230	178	265	45	20	9093
Atención preventiva										
Sí	84	281	117	3	6	8	9	2	2	512
No	1452	4013	2285	120	224	170	256	43	18	8581
No. de casos	1536	4294	2402	123	230	178	265	45	20	9093
Area										
Urbana	876	2146	1237	63	120	89	167	28	20	4746
Rural	660	2148	1165	60	110	89	98	17	0	4347
No. de casos	1536	4294	2402	123	230	178	265	45	20	9093
Etnia										
Mestizo	1331	3710	2094	110	200	157	245	40	17	7904
Indígena	104	386	203	9	17	11	10	2	0	742
Otras	101	198	105	4	13	10	10	3	3	447
No. de casos	1536	4294	2402	123	230	178	265	45	20	9093
Quintil										
1	293	970	573	35	56	53	55	12	0	2047
2	311	893	506	34	48	47	50	9	1	1899
3	311	863	436	22	49	36	66	8	4	1795
4	341	822	493	21	41	24	52	10	4	1808
5	280	746	394	11	36	18	42	6	11	1544
No. de casos	1536	4294	2402	123	230	178	265	45	20	9093

(a) Población de 12 años y más; (b) Población de 10 años y más; (c) Población de 5 años y más
Fuente: Elaboración propia a partir de la Endemain, 2004

- ❖ De todas las mujeres que percibieron algún problema de salud en su vida, el 17% fueron jefas, mayoritariamente sin pareja, en relación de trabajo remunerado, 10%, y 4% en exclusividad al trabajo doméstico; el 12% entre ningún nivel de instrucción y primaria y 2% entre quienes tienen estudios superiores; el 13% no tiene afiliación; el 16% no visita la atención preventiva; mayoritariamente urbanas, mestizas y, a excepción del quintil 4, en que son 4%, en todos los otros 3%. Las esposas, son el 47% del total de las mujeres con

problemas de salud; el 33% se encuentra entre los 30 y 64 años de edad, aunque las hay desde los 15 y hasta más de los 80; el 100% tiene pareja; el 21% trabaja con remuneración y el 24% en el hogar, sin remuneración; el 23% tiene primaria; el 37% no tiene afiliación y el 44% no asiste a consulta preventiva; se reparten equitativamente entre la ciudad y el campo; 41% declaró ser mestiza y 21% es pobre.

- ❖ Las hijas, representan el 26% de las mujeres con problemas sanitarios; tienen de 10 a 49 años de edad; el 20% solteras; el 8% tiene remuneración, el 13% solo estudia y el 4% se dedicó a labores del hogar; el 12% tiene secundaria; el 22% no tiene seguridad sanitaria y el 25% no participa de la atención preventiva; las hay tanto en el campo como en la ciudad; 23% mestizas y 12% de clase pobre.

Este grupo se clasifica de acuerdo a cada una de las enfermedades, en el Cuadro # 6 (Anexos). Para el análisis, se seguirá trabajando con las jefas, esposas e hijas y, con los 4 mayores porcentajes que presenten dentro de dichas enfermedades (en las que mayor incidencia presenten).

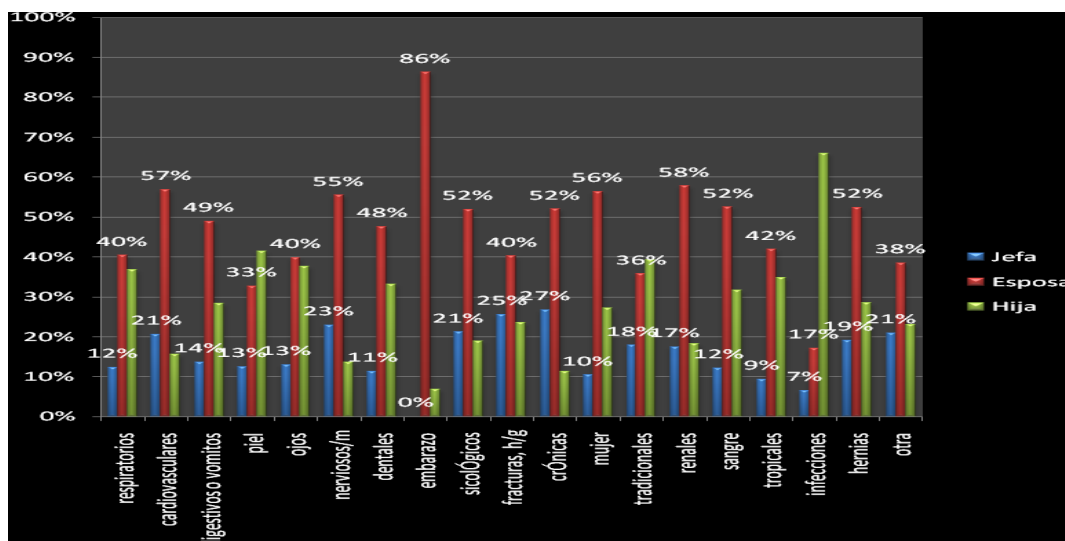


GRAFICO No.9: MUJERES POR PRIMER PROBLEMA DE SALUD, SEGUN RELACION DE PARENTESCO DETERMINADA (JEFA, ESPOSA, HIJA)

Fuente: Elaboración propia a partir de la Endemain, 2004

- Las Jefas, presentan problemas de enfermedades crónicas, seguido de fracturas heridas y golpes; nerviosas y musculares; en cuarto lugar coinciden en porcentajes las cardiovasculares, sicológicas y otra.
- Las esposas, presentan un altísimo porcentaje en las enfermedades del embarazo, renales, cardiovasculares y de la mujer;
- Las hijas, sobresales en infecciones, enfermedades de la piel, de los ojos y respiratorias.

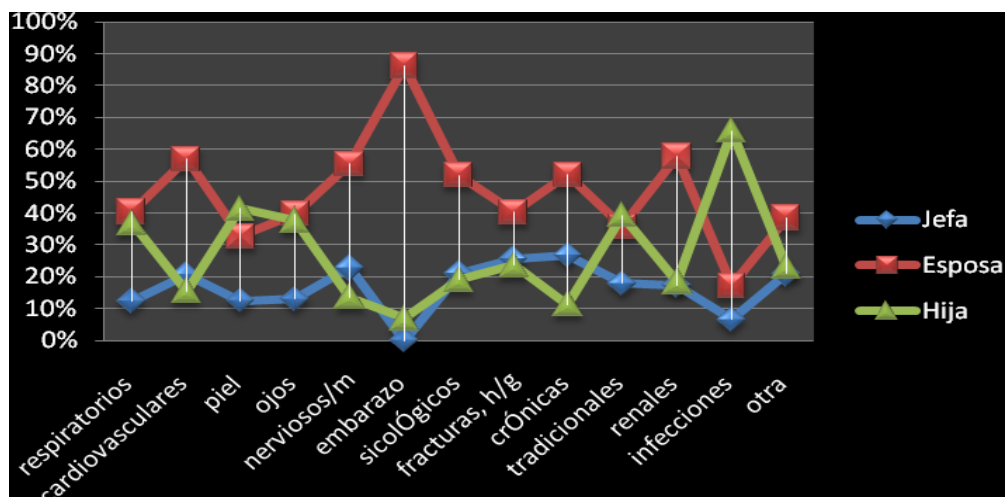


GRAFICO No.10: MUJERES POR MAYORES PROBLEMAS DE SALUD, SEGUN RELACION DE PARENTESCO DETERMINADA (JEFA, ESPOSA, HIJA)

Fuente: Elaboración propia a partir de la Endemain, 2004

Se puede apreciar por tanto, que el grupo de mujeres enferman por causas diversas y en distintos porcentajes, siendo influidas por variables, como el estado civil o la edad o la actividad a la que se dedican, como se verá más adelante.

c. Mujeres de 10 años y más que tienen problemas de salud y calidad de no trabajar remuneradamente de acuerdo a su relación de parentesco

El Cuadro # 7 en anexo recoge el grupo de 5.278 mujeres que percibieron algún problema de salud y que, además no realizan trabajo remunerado. Con esto se define el perfil de las amas de casa: mujeres, mayores de 12 años, casadas (que viven en relación de pareja), que no realizan trabajo remunerado y están dedicadas a las labores del hogar y que han tenido problemas de salud, con el fin de llegar, más adelante, a determinar los aspectos relevantes de la salud/enfermedad de este grupo poblacional.

CUADRO # 7
MUJERES DE 10 AÑOS Y MÁS,
SIN TRABAJO REMUNERADO, CON PROBLEMAS DE SALUD, POR RELACION DE PARENTESCO
(Frecuencias)

Variables	Jefa	Esposa	Hija	Nuera	Madres	Nieta	Otras par	no par	Empelad	Total	
Grupos de edad											
10-14 años		0	1	778	2	1	98	33	9	2	924
15-29 años		37	496	779	64	2	50	64	9	1	1502
30-49 años		103	966	78	11	8	3	14	1	0	1184
50-64 años		155	574	13	2	28	0	12	2	0	786
65-79 años		201	324	0	0	85	0	27	2	0	639
80 y más años		99	54	0	0	70	0	17	3	0	243
No. de casos	595	2415	1648	79	194	151	167	26	3	5278	
Estado civil o conyugal (a)											
Unión Libre	24	713	37	45	3	3	7	5	0	837	
Casado	68	1699	47	28	14	3	8	1	0	1868	
Separado/div	123	0	51	2	34	3	14	1	0	228	
Viudo	300	1	2	0	121	0	22	3	0	449	
Soltero	80	2	1168	3	22	99	103	14	3	1494	
No. de casos	595	2415	1305	78	194	108	154	24	3	4876	
Ocupación											
Trabajó al menos una hora											
Buscó trabajo habiendo t. ante:	14	49	23	1	3	2	3	1	3	99	
Buscó trabajo por 1o. vez	1	1	13	0	0	1	0	0	0	16	
Solamente Lab. Hogar	400	2210	384	70	87	24	61	10	0	3246	
Solo estudió	12	19	1146	5	2	116	60	9	0	1369	
Es rentista	13	3	0	0	1	0	0	0	0	17	
Jubilado/pensionado	41	39	1	0	9	0	8	1	0	99	
Incapacitado para trabajar	35	35	32	2	18	2	13	1	0	138	
Edad avanzada	72	57	0	0	74	0	15	3	0	221	
Otra	7	2	49	1	0	6	7	1	0	73	
No responde											
No. de casos	595	2415	1648	79	194	151	167	26	3	5278	
Nivel de instrucción (c)											
Ninguno	137	335	36	3	88	5	31	5	0	640	
Primario	343	1290	713	37	89	82	67	13	1	2635	
Secundario	87	664	772	31	16	59	55	8	2	1694	
Superior	28	123	126	8	1	5	14	0	0	305	
Ns/Nr	0	3	1	0	0	0	0	0	0	4	
No. de casos	595	2415	1648	79	194	151	167	26	3	5278	
Disponibilidad de seguro											
No tiene seguro	473	1982	1424	76	162	130	147	24	3	4421	
Si tiene seguro	122	433	224	3	32	21	20	2	0	857	
No. de casos	595	2415	1648	79	194	151	167	26	3	5278	
Atención preventiva											
Sí	30	137	90	2	5	6	7	1	0	278	
No	565	2278	1558	77	189	145	160	25	3	5000	
No. de casos	595	2415	1648	79	194	151	167	26	3	5278	
Area											
Urbana	331	1203	923	43	100	74	103	14	3	2794	
Rural	264	1212	725	36	94	77	64	12	0	2484	
No. de casos	595	2415	1648	79	194	151	167	26	3	5278	
Etnia											
Mestizo	534	2153	1476	71	171	133	155	24	3	4720	
Indígena	27	148	92	6	13	9	7	1	0	303	
Otras	34	114	80	2	10	9	5	1	0	255	
No. de casos	595	2415	1648	79	194	151	167	26	3	5278	
Quintil											
1	140	567	340	25	49	47	38	6	0	1212	
2	122	580	345	19	42	41	26	7	0	1182	
3	107	529	300	14	38	26	43	7	3	1067	
4	135	426	355	14	36	20	34	6	0	1026	
5	91	313	308	7	29	17	26	0	0	791	
No. de casos	595	2415	1648	79	194	151	167	26	3	5278	

(a) Población de 12 años y más; (c) Población de 5 años y más
Fuente: Elaboración propia a partir de la Endemain, 2004

- ❖ Las jefas de familia se encuentran desde los 15 años, 1%, hasta los 79, con el 4%, y, declina cuando tienen 80 y más años, al 2%; la mayoría de ellas no tienen pareja; el 8% se dedica a labores del hogar, el resto esta jubilada o incapacitada o tiene edad avanzada para trabajar; todas tienen similar nivel de instrucción, de afiliación, prevención, que en el grupo anteriormente analizado (respecto a las mujeres).
- ❖ Las esposas se encuentran, principalmente, entre los 30 y 64 años de edad (29%); el 100% viven en compañía de una pareja; en un 42%, se dedican a las labores del hogar; el 24% primaria, el 13%, secundaria; el 38% no tiene afiliación al seguro; el

43% no va a consulta previa; el 50% está en la ciudad; 41% es mestiza; el 22% está en los quintiles 1 y 2.

- ❖ Las hijas representan el 31% del total respecto de las otras categorías de relaciones de parentesco, la mayoría de ellas entre los 10 y 29 años; generalmente, 24%, solteras; el 22% estudia únicamente y el 7% se dedica exclusivamente a labores del hogar. El 29% de las hijas tienen instrucción entre primaria y secundaria; el 27% no tiene afiliación; el 30% no asiste a consulta previa; el 17% es urbana; mestiza en un 28%; con un 13% en los quintiles 1 y 2.

Respecto a las diversas enfermedades, según el Cuadro # 8 (Anexos)

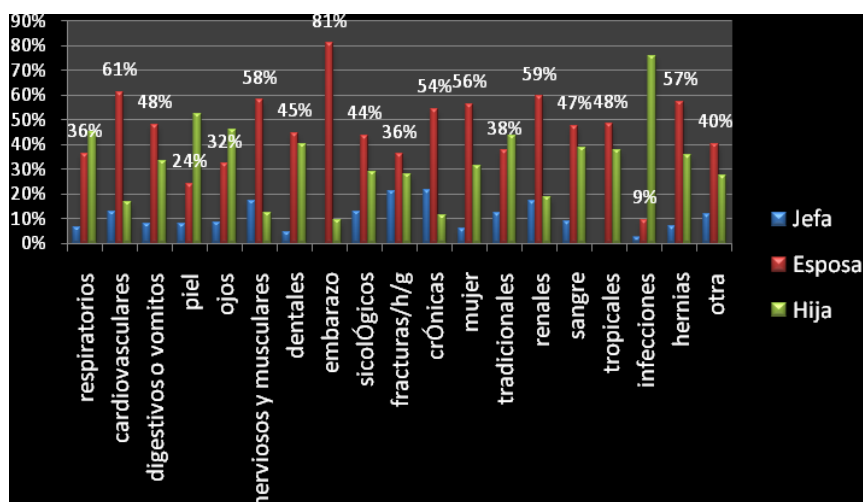


GRAFICO No.11: MUJERES POR PRIMER PROBLEMA DE SALUD, SEGUN RELACION DE PARENTESCO DETERMINADA (JEFA, ESPOSA, HIJA) Y EN CONDICION DE NO TRABAJO REMUNERADO
Fuente: Elaboración propia a partir de la Endemain, 2004

En cuanto a las cuatro dolencias de mayor porcentaje:

- Las jefas, presentan alta incidencia en las enfermedades crónicas y fracturas heridas y golpes; nerviosas y renales; cardiovasculares, sicológicas, tradicionales; otras;
- Las esposas, sobresalen entre las del embarazo, cardiovasculares, renales y nerviosas;
- Las hijas, entre las infecciones, enfermedades de la piel, de los ojos, respiratorias.

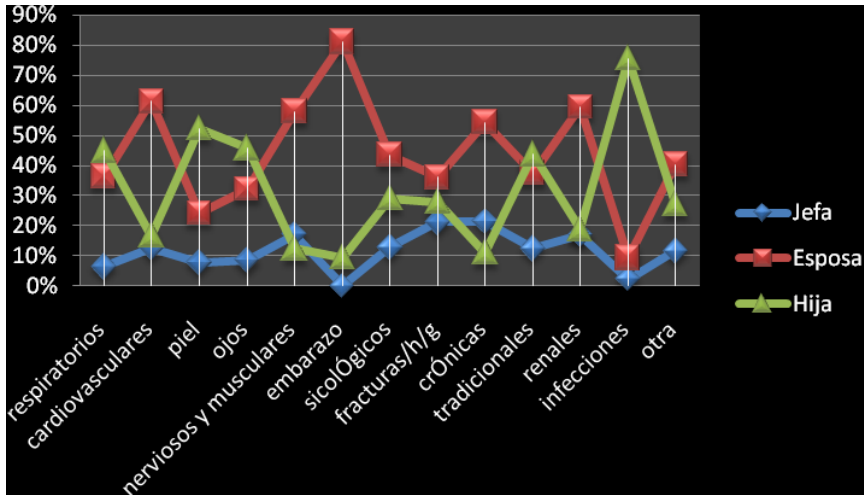


GRAFICO No.12: MUJERES POR PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD, SEGUN RELACION DE PARENTESCO DETERMINADA (JEFA, ESPOSA, HIJA) Y EN CONDICION DE NO TRABAJO REMUNERADO
 Fuente: Elaboración propia a partir de la Endemain, 2004

En el estado de salud de las mujeres influyen diversas variables, en este caso, el trabajo no remunerado permite observar problemas que no se apreciaron en un primer momento, como los renales y tradicionales entre las jefas, o los nerviosos entre las esposas y, la diferente incidencia dentro de cada enfermedad; así como diferente incidencia de algunas enfermedades dentro de un mismo grupo, en el caso de las esposas sobresalen, entre quienes no tienen un trabajo remunerado: las cardiovasculares, nerviosas, crónicas, tradicionales, renales y otras.

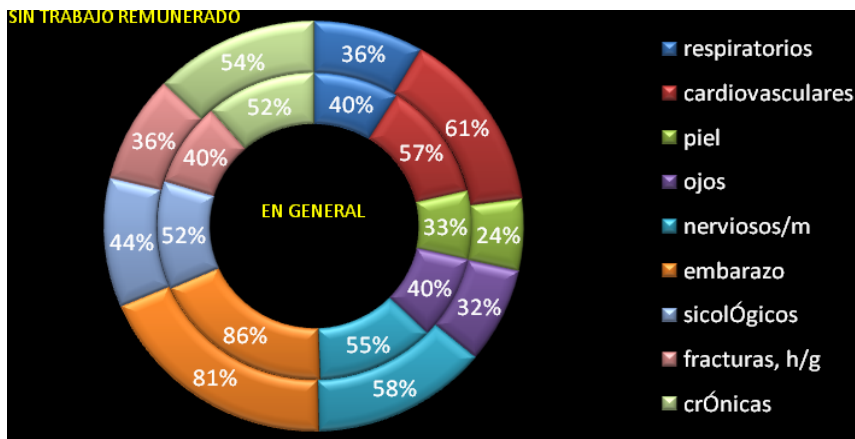


GRAFICO No.13: COMPARACION DE PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD ENTRE ESPOSAS EN GENERAL Y ESPOSAS SIN TRABAJO REMUNERADO
 Fuente: Elaboración propia a partir de la Endemain, 2004

2. Determinantes del estado de salud/enfermedad

En tres Cuadros, del #9 al #11, se presentan los efectos marginales de los modelos probit implementados, para toda la población de 12 años en adelante (33.387 personas). Se trabaja con los signos y valores obtenidos en cada coeficiente con significatividad enmarcada dentro del 99%, 95% y 90% ($p < 0.01$, $p < 0.05$ y $p < 0.1$ respectivamente). Cada Cuadro presenta un modelo por cada hipótesis, donde la percepción del estado de salud siempre es la variable regresada mientras que las regresoras se agrupan en tres formas diferentes: aspectos específicos de ser ama de casa, variables de control más las de ser amas de casa y, variables de control más las de amas de casa junto a no afiliación y no atención preventiva. Se ha tomado como categorías de referencia las siguientes: en edad, a personas de 10-14 años de edad; en relación de parentesco, a hijos; en estado civil a solteros; en ocupación, a los estudiantes; en nivel de instrucción, a ningún nivel; en etnia, la mestiza; en quintil, el de mayor posibilidades económicas, es decir, el 5.

Los resultados han sido, en su mayoría, los esperados salvo la dedicación en exclusiva a labores del hogar, que presenta una relación inversa, opuesta a la esperada.

a. Estimación de los Determinantes del Estado de Salud/enfermedad en función de diversas peculiaridades del ama de casa.

En el Cuadro #9, se han considerado las variables que definen a una ama de casa: el ser mujer (indicador de la variable Sexo), casada (indicador de la variable Estado Civil), esposa (indicador de la variable Relaciones de Parentesco), dedicada en exclusividad a labores del hogar (en función de la variable Ocupación); variables que son constantes en los tres modelos Probit (todas involucran a amas de casa).

Entre los resultados sobresalientes se encuentran que, al calcular con las cuatro características específicas de ama de casa, el ser mujer, casada y tener una relación de esposa, contribuye a padecer problemas de salud, mientras que la dedicación exclusiva a labores del hogar, no tiene ninguna incidencia; al introducir diversas variables de control (Edad, diversas categorías de Estado Civil, Relación de Parentesco, Ocupación,

Nivel de Instrucción, Área, Etnia, Quintiles), se encuentra que afectan directamente: el ser mujer y estar casada; la edad, misma que a mayor edad, mayor posibilidad de presentar problemas de salud; el Estado Civil afecta en sus diversas categorías, yendo de menos a más desde los que viven en unión hasta los divorciados (generalmente mujeres) y hasta los viudos (mayoritariamente mujeres); el padecer algún tipo de discapacidad; el dedicarse a Otra Ocupación de las no especificadas en la encuesta; el vivir en el área urbana; el tener un nivel de ingresos medios y, en especial, alto (a mayor nivel mayor posibilidad de tener problemas de salud o mayor conciencia de tenerlos). En cuanto a presentar una relación indirecta, están: el efectuar labores del hogar; el tener una relación de parentesco de yerno/nuera, otros parientes y otros no parientes; el tener formación secundaria y, en especial, en haber accedido a instrucción superior; el ser indígena y de Otra etnia, respecto de la mestiza. Si a estas especificaciones se incrementan: el no estar afiliado, misma que presenta una relación inversa; y el no asistir a consulta preventiva, se tiene que no es significativa, es decir, no se relaciona en este caso, con padecer problemas de salud.

CUADRO # 9
 PROBABILIDAD DE PRESENTAR PROBLEMAS DE SALUD -PROBIT ESTIMADOS -
 EN FUNCION DE CARACTERISTICAS DE AMAS DE CASA
 (ERROR ESTANDAR)
 EFECTOS MARGINALES

VARIABLES		Especificación		
		1	2	3
		dprobsalud	dprobsalud	dprobsalud
Mujer	Dsexm	0.0700***	0.0868***	0.0869***
		-0.00692	-0.00762	-0.00763
Casada/o	d_ec2	0.0906***	0.0693***	0.0683***
		-0.00638	-0.00969	-0.00971
Esposa/o	d_rp2	0.0249***	-0.000904	-0.000135
		-0.00893	-0.0104	-0.0104
Labores del hogar	d_o4	-0.005	-0.0265***	-0.0255***
		-0.00814	-0.0085	-0.00852
De 15-29 años de edad	d_ge2		0.0161	0.0158
			-0.0107	-0.0107
De 30-49 años de edad	d_ge3		0.0878***	0.0865***
			-0.0124	-0.0124
De 50-64 años de edad	d_ge4		0.206***	0.204***
			-0.0132	-0.0132
De 65-79 años de edad	d_ge5		0.307***	0.305***
			-0.0139	-0.014
De 80 y más años de edad	d_ge6		0.313***	0.311***
			-0.0208	-0.0208
Yerno/nuera	d_rp4		-0.116***	-0.115***
			-0.021	-0.021
Otros parientes	d_rp7		-0.0743***	-0.0742***
			-0.0156	-0.0156
Otros no parientes	d_rp8		-0.140***	-0.140***
			-0.0309	-0.0309
Unión libre	d_ec1		0.0634***	0.0635***

		-0.0106	-0.0106
Divorciado/a-Separado/a	d_ec3	0.0823***	0.0824***
		-0.014	-0.014
Viudo/a	d_ec4	0.133***	0.133***
		-0.0175	-0.0175
Buscó trabajo habiendo trabajado antes	d_o2	0.00337	0.00389
		-0.0242	-0.0243
Buscó trabajo sin haber trabajado antes	d_o3	-0.0377	-0.0362
		-0.0461	-0.0462
Rentista	d_o6	0.116	0.119
		-0.0848	-0.0846
Jubilado	d_o7	0.0112	0.00496
		-0.0298	-0.0301
Incapacitado	d_o8	0.235***	0.236***
		-0.0249	-0.0248
Edad avanzada	d_o9	0.00414	0.00498
		-0.0275	-0.0275
Otra	d_o10	0.0652**	0.0657**
		-0.029	-0.029
Primaria	d_ins2	-0.0154	-0.0159
		-0.0114	-0.0114
Secundaria	d_ins3	-0.0310**	-0.0319**
		-0.0128	-0.0128
Superior	d_ins4	-0.0690***	-0.0723***
		-0.0149	-0.0151
Habitar en área urbana	urbana	0.0165**	0.0175***
		-0.00649	-0.00652
Indígena	d_et2	-0.0643***	-0.0638***
		-0.0104	-0.0104
Otra etnia	d_et3	-0.0635***	-0.0639***
		-0.012	-0.012
Pobre	d_q1	-0.00485	-0.0041
		-0.0105	-0.0106
Pobre	d_q2	0.0118	0.0125
		-0.0102	-0.0102
Medio	d_q3	0.0243**	0.0251**
		-0.00984	-0.00987
Medio alto	d_q4	0.0313***	0.0321***
		-0.00953	-0.00955
Carecer de Afiliación	sinseg		-0.0120*
			-0.00717
No ir a atención Preventiva	noprev		0.0109
			-0.0137
Observations		33387	33387
Wald chi2		514.68	2501.65
No. Variables		4	32
Prob > chi2		0	0
Pseudo R2		0.0112	0.0579
Obs. P		0.4721598	0.4721598
Pred. P (at x-bar)		0.4718817	0.4729241

NOTAS:

Robust standard errors in parentheses *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

(!) Varones y mujeres de 12 años y más

Fuente: Elaboración propia a partir de la Endemain, 2004

Concluyendo se tiene que, ser mujer y estar casada incrementan la posibilidad de padecer problemas de salud; mientras que, la dedicación a las labores del hogar, las disminuyen.

b. Estimación de los Determinantes del Estado de Salud/enfermedad en función de diversas peculiaridades del ama de casa y de estado de afiliación.

En el Cuadro #10, se trabaja con el mismo grupo de personas (33.387) y con los mismos grupos especificados en el Cuadro anterior: características de amas de casa, variables de Control y variables de Control que contienen atención preventiva. El carecer de afiliación disminuye, en los tres grupos, la posibilidad de padecer problemas de salud. Las variables que caracterizan a las amas de casa, no sufren alteración alguna, respecto del Cuadro #9, igual que el resto de variables.

CUADRO # 10
PROBABILIDAD DE PRESENTAR PROBLEMAS DE SALUD -PROBIT ESTIMADOS -
EN FUNCION DE CARACTERISTICAS DE AMAS DE CASA Y CARECER DE AFILIACION
(ERROR ESTANDAR)
EFECTOS MARGINALES

VARIABLES		Especificación		
		1	2	3
		dprobsalud	dprobsalud	dprobsalud
Carecer de Afiliación	sinseg	-0.0255*** -0.00668	-0.0118* -0.00716	-0.0120* -0.00717
Mujer	dsexm	0.0698*** -0.00692	0.0868*** -0.00763	0.0869*** -0.00763
Casada/o	d_ec2	0.0869*** -0.00646	0.0683*** -0.00971	0.0683*** -0.00971
Esposa/o	d_rp2	0.0258*** -0.00893	-0.000463 -0.0104	-0.000135 -0.0104
Labores del hogar	d_o4	-0.00204 -0.00818	-0.0256*** -0.00852	-0.0255*** -0.00852
De 15-29 años de edad	d_ge2		0.016 -0.0107	0.0158 -0.0107
De 30-49 años de edad	d_ge3		0.0868*** -0.0124	0.0865*** -0.0124
De 50-64 años de edad	d_ge4		0.205*** -0.0132	0.204*** -0.0132
De 65-79 años de edad	d_ge5		0.305*** -0.014	0.305*** -0.014
De 80 y más años de edad	d_ge6		0.311*** -0.0208	0.311*** -0.0208
Yerno/nuera	d_rp4		-0.115*** -0.021	-0.115*** -0.021
Otros parientes	d_rp7		-0.0740*** -0.0156	-0.0742*** -0.0156
Otros no parientes	d_rp8		-0.140*** -0.0309	-0.140*** -0.0309
Unión libre	d_ec1		0.0634*** -0.0106	0.0635*** -0.0106
Divorciado/a-Separado/a	d_ec3		0.0823*** -0.014	0.0824*** -0.014
Viudo/a	d_ec4		0.133*** -0.0175	0.133*** -0.0175
Buscó trabajo habiendo trabajado antes	d_o2		0.00403 -0.0243	0.00389 -0.0243

Buscó trabajo sin haber trabajado antes	d_o3	-0.036	-0.0362
		-0.0462	-0.0462
Rentista	d_o6	0.119	0.119
		-0.0848	-0.0846
Jubilado	d_o7	0.00454	0.00496
		-0.0301	-0.0301
Incapacitado	d_o8	0.236***	0.236***
		-0.0249	-0.0248
Edad avanzada	d_o9	0.00498	0.00498
		-0.0275	-0.0275
Otra	d_o10	0.0653**	0.0657**
		-0.029	-0.029
Primaria	d_ins2	-0.016	-0.0159
		-0.0114	-0.0114
Secundaria	d_ins3	-0.0322**	-0.0319**
		-0.0128	-0.0128
Superior	d_ins4	-0.0726***	-0.0723***
		-0.0151	-0.0151
Habitar en área urbana	urbana	0.0174***	0.0175***
		-0.00651	-0.00652
Indígena	d_et2	-0.0638***	-0.0638***
		-0.0104	-0.0104
Otra etnia	d_et3	-0.0640***	-0.0639***
		-0.012	-0.012
Pobre	d_q1	-0.00355	-0.0041
		-0.0105	-0.0106
Pobre	d_q2	0.013	0.0125
		-0.0102	-0.0102
Medio	d_q3	0.0255***	0.0251**
		-0.00986	-0.00987
Medio alto	d_q4	0.0323***	0.0321***
		-0.00955	-0.00955
No ir a atención Preventiva	noprev		0.0109
			-0.0137
<hr/>			
Observations		33387	33387
Wald chi2		528.78	2504.9
No. Variables		5	33
Prob > chi2		0	0
Pseudo R2		0.0115	0.0579
Obs. P		0.4721598	0.4721598
Pred. P (at x-bar)		0.4718739	0.4729259

NOTAS:

Robust standard errors in parentheses *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

(¹) Varones y mujeres de 12 años y más

Fuente: Elaboración propia a partir de la Endemain, 2004

Se concluye que carecer de afiliación disminuye la probabilidad de padecer problemas de salud.

c. Estimación de los Determinantes del Estado de Salud/enfermedad en función de de diversas peculiaridades del ama de casa y de asistencia a atención preventiva.

En el Cuadro #11, se analiza la asociación entre no asistir a consulta preventiva y la posibilidad de padecer problemas de salud, en todos los casos, resultó no significativa esta variable para este análisis. El resto de variables permaneció de igual forma que en los Cuadros anteriores (#9 y #10).

CUADRO # 11
PROBABILIDAD DE PRESENTAR PROBLEMAS DE SALUD -PROBIT ESTIMADOS -
EN FUNCION DE CARACTERISTICAS DE AMAS DE CASA Y NO ASISTENCIA A CONSULTA PREVENTIVA
(ERROR ESTANDAR)
EFECTOS MARGINALES

VARIABLES		Especificación		
		1	2	3
		dprobsalud	dprobsalud	Dprobsalud
No ir a atención Preventiva	noprev	0.0114	0.00986	0.0109
		-0.0131	-0.0137	-0.0137
Mujer	dsexm	0.0701***	0.0869***	0.0869***
		-0.00692	-0.00763	-0.00763
Casada/o	d_ec2	0.0906***	0.0693***	0.0683***
		-0.00638	-0.00969	-0.00971
Esposa/o	d_rp2	0.0252***	-0.000614	-0.000135
		-0.00893	-0.0104	-0.0104
Labores del hogar	d_o4	-0.00511	-0.0265***	-0.0255***
		-0.00814	-0.0085	-0.00852
De 15-29 años de edad	d_ge2		0.0159	0.0158
			-0.0107	-0.0107
De 30-49 años de edad	d_ge3		0.0876***	0.0865***
			-0.0124	-0.0124
De 50-64 años de edad	d_ge4		0.206***	0.204***
			-0.0132	-0.0132
De 65-79 años de edad	d_ge5		0.307***	0.305***
			-0.0139	-0.014
De 80 y más años de edad	d_ge6		0.313***	0.311***
			-0.0208	-0.0208
Yerno/nuera	d_rp4		-0.116***	-0.115***
			-0.021	-0.021
Otros parientes	d_rp7		-0.0744***	-0.0742***
			-0.0156	-0.0156
Otros no parientes	d_rp8		-0.140***	-0.140***
			-0.0309	-0.0309
Unión libre	d_ec1		0.0635***	0.0635***
			-0.0106	-0.0106
Divorciado/a-Separado/a	d_ec3		0.0823***	0.0824***
			-0.014	-0.014
Viudo/a	d_ec4		0.133***	0.133***
			-0.0175	-0.0175
Buscó trabajo habiendo trabajado antes	d_o2		0.00324	0.00389
			-0.0242	-0.0243
Buscó trabajo sin haber trabajado antes	d_o3		-0.0379	-0.0362
			-0.0462	-0.0462
Rentista	d_o6		0.117	0.119
			-0.0846	-0.0846

Jubilado	d_o7	0.0118	0.00496
		-0.0299	-0.0301
Incapacitado	d_o8	0.235***	0.236***
		-0.0249	-0.0248
Edad avanzada	d_o9	0.00412	0.00498
		-0.0275	-0.0275
Otra	d_o10	0.0655**	0.0657**
		-0.029	-0.029
Primaria	d_ins2	-0.0153	-0.0159
		-0.0114	-0.0114
Secundaria	d_ins3	-0.0307**	-0.0319**
		-0.0128	-0.0128
Superior	d_ins4	-0.0686***	-0.0723***
		-0.0149	-0.0151
Habitar en área urbana	urbana	0.0165**	0.0175***
		-0.00649	-0.00652
Indígena	d_et2	-0.0643***	-0.0638***
		-0.0104	-0.0104
Otra etnia	d_et3	-0.0634***	-0.0639***
		-0.012	-0.012
Pobre	d_q1	-0.00538	-0.0041
		-0.0105	-0.0106
Pobre	d_q2	0.0113	0.0125
		-0.0102	-0.0102
Medio	d_q3	0.0239**	0.0251**
		-0.00985	-0.00987
Medio alto	d_q4	0.0311***	0.0321***
		-0.00953	-0.00955
Carecer de Afiliación	sinseg		-0.0120*
			-0.00717
<hr/>			
Observations		33387	33387
Wald chi2		515.44	2503.4
No. Variables		5	33
Prob > chi2		0	0
Pseudo R2		0.0112	0.0579
Obs. P		0.4721598	0.4721598
Pred. P (at x-bar)		0.4718814	0.4729273
			0.4729295

NOTAS:

Robust standard errors in parentheses *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

(!) Varones y mujeres de 12 años y más

Fuente: Elaboración propia a partir de la Endemain, 2004

Se concluye que no asistir a consulta preventiva no es relevante en el análisis de determinantes de padecer problemas de salud.

Conclusiones y Recomendaciones

SINTESIS

La presente investigación efectúa un análisis tanto descriptivo como econométrico, de la situación de salud/enfermedad de las amas de casa que no realizan trabajo remunerado, del Ecuador, al 2004. Entre los principales hallazgos descriptivos, se encuentra que: la población es mayoritariamente joven, con abundantes hijos/as, jefes/as, esposas y nietos/as; con un alto porcentaje de personas solteras; instruidas en forma primaria y hasta secundaria; generalmente, en los quintiles más pobres. La forma de enfermar no es la misma, ni entre varones y mujeres, ni entre mujeres así como tampoco la incidencia de las enfermedades⁶⁸; factor salud, que se ve afectado de forma diferente según el rol, la actividad, la edad, etc. El análisis efectuado a través de la relación de parentesco, donde se detectaron tres grandes ítems, mostró que: las hijas, que están entre los 10 y 29 años, generalmente solteras, en condición de trabajo no remunerado, ya sea dedicadas al estudio y/o a las labores del hogar; no tienen afiliación ni asisten a consulta preventiva; la mitad de ellas, se ubican entre los quintiles 1 y 2. Las jefas, las hay desde los 15 años, generalmente sin pareja y en condición de trabajo remunerado; un 17% no ha tenido instrucción alguna; muchas no tienen afiliación y, casi todas, no asisten a servicios de prevención sanitaria; en el quintil 4, está la cuarta parte de todas ellas. Las esposas, las hay desde los 15 años y conforman el 42%, hasta los 64 años; todas tienen una relación de pareja (unidas o casadas); el 27% no tiene trabajo remunerado; el 24% se dedica en exclusividad a labores del hogar; el 7% no tiene instrucción alguna, el 23% tiene estudios primarios y 13%, secundarios; el 37% carece de afiliación y el 44% no asiste a atención preventiva.

Respecto de los Determinantes del estado de salud/enfermedad, las diversas estimaciones realizadas muestran una asociación directa con el sexo; el estado civil (en cada una de sus diferentes categorías); la relación de parentesco (ser esposa), únicamente cuando se relaciona con las variables propias de la ama de casa (mujer, con

68 Los varones enfermaron de problemas: respiratorios (23,22%); digestivos (5.3%); crónicas (4.8%) y nerviosas (3.8%); las mujeres: respiratorias (22.68%), crónicas (7.7%), el doble del que presentan los varones, digestivas (5.4%) y casi 1% más que los varones en las nerviosas (4.7%). Ni mujeres ni varones enferman de lo mismo ni en el mismo porcentaje.

pareja, en exclusividad dedicada a labores del hogar); la edad, de los 30 años en adelante, incrementándose notablemente conforme se incrementa la edad; el tener algún tipo de incapacidad; el dedicarse a “otra” actividad; el ser urbano/a; pertenecer a los quintiles medio y alto, en especial. Presentaron una asociación inversa, es decir disminuye presentar problemas de salud, el efectuar labores del hogar en exclusividad; tener relaciones de parentesco que no sean de jefe/a, esposo/a, hijo/a, nieto/a, suegro/a, es decir que sean yernos/nueras u otros ya sean parientes o no parientes; haber tenido instrucción secundaria o superior; ser de etnia indígena u otra que no sea mestiza; y, carecer de afiliación al seguro. La atención médica preventiva no presenta coeficientes significativos.

CONCLUSIONES

La hipótesis planteada acerca de que “La realización únicamente de las tareas del hogar, según la ocupación, son ejecutadas por las mujeres que, careciendo de trabajo remunerado, están casadas o en relación de pareja y que ostentan el título de esposas, actividades que no permiten un equilibrio entre el desgaste y reposición de energía en las amas de casa, provocando las enfermedades”, se ha confirmado en la mayoría de los casos (mujer, casada, esposa,) excepto en el caso de la realización, exclusiva, de labores del hogar, que presenta una relación inversa con percibir un estado de mala salud.

- Las mujeres son el 50% de la población nacional, se reparten equitativamente a lo largo de los diferentes grupos etarios; constituyen el 98% de la categoría esposos/as⁶⁹. El hecho de ser mujer tiene una relación directa⁷⁰ y significativa con el padecer problemas de salud, respecto del resto de la población encuestada. Entre las personas, tanto varones como mujeres, que carecen de un

69 Cuadro # 3, Población Total Encuestada.

70 Favorece la posibilidad de que se presenten problemas de salud.

trabajo remunerado, las mujeres son mayoría⁷¹; en el grupo de mujeres de 10 años en adelante, el 56% de esposas, carece de un trabajo remunerado⁷².

- ☉ Las labores del hogar⁷³, son ejecutadas, en un 98% por mujeres; del grupo de mujeres de 10 años en adelante, del total de mujeres que carecen de trabajo remunerado, el 52% ejecutó labores del hogar, en exclusividad. Dentro de todo el resto de categorías de parentesco, son las esposas quienes mayor carga de labores del hogar tienen⁷⁴, según el grupo de mujeres sin trabajo remunerado. La dedicación, en exclusividad a la realización de labores del hogar, tiene una asociación inversa⁷⁵ con presentar problemas de salud.
- ☉ Las esposas conforman el 17% de la población total⁷⁶, de acuerdo a la relación de parentesco; dentro del grupo de mujeres, llegan al 43%. El ser esposas, es un rol que asumen, a veces desde los 15 años de edad y por el resto de su vida o, en su defecto, hasta que se divorcie/separe o el compañero muera, y cambie su estatus al de jefa de familia. La calidad de esposa, tiene una asociación directa con la auto percepción de mala salud, en los grupos tanto de población total (12%) como de mujeres (15% pero únicamente en el caso de esposas con trabajo remunerado).
- ☉ El 72% de esposas ostentan el estado civil de casadas y, el 100% tiene pareja⁷⁷, según el grupo de mujeres de 10 años en adelante. El estado civil casado, presenta una asociación directa en el análisis de mujeres sin trabajo remunerado, siendo las jefas quienes presentan un 4%; en el caso de las personas que están unidas, en el grupo de población total, presentan una relación inversa con padecer problemas de salud del 2.6%. Son las mujeres, en un 53%⁷⁸ quienes mayor auto percepción de estar con problemas de salud tienen; de ellas, el 36%, son esposas, que están en

71 70% de quienes no tienen remuneración, Cuadro # 3, Población Total Encuestada.

72 Cuadro # 5, Mujeres de Diez años en adelante

73 Que representan el 18% del total de ocupaciones. Cuadro # 3.

74 42%, Cuadro # 7, Mujeres de Diez años en adelante, sin trabajo remunerado.

75 Atenúa la posibilidad de presentar problemas de salud.

76 Entre varones y mujeres.

77 Cuadro # 5.

78 25% de mujeres del 47% de población enferma. Cuadro # 3.

relación de pareja (casadas o unidas); el 58% carece de trabajo remunerado y el 35% se dedicó, en exclusividad, a labores del hogar.

- ☉ Las esposas preceden al resto de relaciones de parentesco, entre las principales molestias de salud: respiratorias (45%), crónicas (58%), nerviosas (60%) y digestivas (54%).

La hipótesis planteada en relación a las “mujeres en situación de ‘inactividad’” económica, que tienen dedicación exclusiva al trabajo no remunerado, tienen poca o ninguna oportunidad de acceder a la seguridad social que cubra su ciclo de vida, desde que nacen y hasta que mueran, lo que contribuye a deteriorar su estado de salud”, no se ha confirmado:

- ☉ El 81% de la población total no cuenta con algún tipo de afiliación a alguna clase de seguro; de ese porcentaje, el 42% de no asegurados son mujeres⁷⁹. Dentro del grupo de mujeres de 10 años en adelante, son las esposas que, en un 79%, no tiene afiliación; entre el grupo de mujeres sin remuneración⁸⁰, ascienden a 83%. En las regresiones realizadas, presenta una relación inversa el carecer de afiliación, con padecer problemas sanitarios. El hecho de no estar afiliada disminuye el tener problemas de salud entre las mujeres.
- ☉ Del total de mujeres con problemas de salud, ⁸¹53%, el 43% no tiene afiliación alguna⁸².
- ☉ Las mujeres sin afiliación a algún tipo de seguro, padecen problemas: respiratorios (24%), crónicas (8%), digestivos (6%) y, nerviosos (5%)
- ☉ El hecho de que el no estar afiliado sea un factor que disminuye el presentar problemas de salud en la población, permite reflexionar sobre el hecho de que la población, tanto varones como mujeres, que carecen de este servicio no

79 Así como el 9% de quienes sí tienen seguridad. Cuadro # 3.

80 Cuadro #7

81 Cuadro # 3.

82 Cuadro # 3, comparado con el 36% de los varones; el resto sí tiene afiliación, en cantidad equitativa entre varones y mujeres

necesariamente tengan mejor estado de salud, aunque así parezca, sino porque al no tener acceso al sistema sanitario, dejan pasar las molestias que pueden estar sintiendo; mientras que quienes tienen acceso al seguro, puede ser que tienen mayor conciencia de su estado de salud, ya sea por sí mismos o porque, al tener acceso a servicios sanitarios y medicación, así lo reconocen; uno de los aspectos que contribuyen a esta asociación, inversa, puede ser el hecho de que existe un alto porcentaje de población que no cuenta con este servicio.

La hipótesis planteada que hace referencia a “las mujeres que se dedican al trabajo reproductivo especialmente, son quienes visitan menos la consulta preventiva de hospitales y por tanto, las que mayores problemas de salud presentan”, no se ha confirmado:

- ⊗ Analizando a la población total, se encuentra que, el 94%, no hace uso de la atención preventiva⁸³, de ellos, el 49% son mujeres⁸⁴. Dentro del grupo de mujeres de 10 años en adelante⁸⁵, son las esposas, en un 93%, las que menos van a consulta preventiva y, se incrementa a 94% entre las mujeres que no trabajan remuneradamente. En las regresiones trabajadas no presenta asociación alguna con un estado de mala salud.
- ⊗ Entre los problemas de salud en que se encuentran las mujeres que no van a consulta preventiva, están: respiratorias (27%), crónicas (9%), digestivas, (7%) y, nerviosas, (6%).

HALLAZGOS ADICIONALES

- * El grupo de personas solteras, varones en especial, son quienes menos problemas de salud padecen, respecto de quienes tienen o tuvieron relación de pareja, aspecto que motiva a pensar en las relaciones de género dentro de la pareja pues, tanto ellos como ellas asumen ciertos roles que quizá no contribuyen positivamente a su salud, como el tener que “mantener” el hogar o estar a cargo de todo el funcionamiento del

83 Cuadro # 3

84 52% del total (94%).

85 Cuadro # 5.

mismo, respectivamente. Lo confirma el hecho de que existan más jefes con problemas de salud que sanos (aunque en el caso de las jefas de hogar, el porcentaje se duplique; quizá porque deben cumplir con los dos roles, de “gana pan” y de ama de casa; se ratifica por el hecho de que las mujeres que laboran y están con problemas de salud son más que las sanas. En el caso de los varones no se da, los que trabaja con remuneración y están sanos, son mayoría respecto de los enfermos).

- * La forma en que se clasifica la relación de parentesco es singular porque se tiene como una de sus categorías el ser “jefe/a” y como otra categoría excluyente, el ser “esposo/a” y generalmente el varon, en la relación conyugal, es jefe y no esposo y la mujer es esposa y no jefa, a excepción de que haya ausencia del varon, cuando en realidad los dos son esposos. Quizá se podría pedir información acerca de quién lleva el ingreso al hogar y cambiar esta connotación de “jefe” en una relación de parentesco; quizá en una relación laboral iría más acorde.
- * En cuanto al análisis de nivel de instrucción educativa, descriptivamente, se tiene que entre la población con problemas de salud prevalecen mujeres, ya sea con ningún nivel, en primaria o secundaria sin embargo, al analizar los determinantes, se tiene que presentan una asociación inversa con presentar problemas de salud y que a mayor nivel de instrucción, menor probabilidad de presentar problemas de salud.
- * La ubicación geográfica dice, estadísticamente, que hay mayor población urbana con problemas de salud (dentro del cual las mujeres son mayoría) y, económicamente, se refleja la asociación que existe de vivir en la urbe y presentar problemas de salud. Quizá lo que sucede es que la percepción de mala salud está más concientizada (determinar como enfermedad una gripe, por ejemplo) dentro del grupo que vive en las ciudades que dentro del grupo que vive en el campo, donde la idea de enfermedad tiene connotaciones de incapacidad.
- * La etnia mayoritaria es la mestiza y la indígena y otra, son minorías, aspecto que puede influir en el hecho de que los/as mestizos/as se vean como mayoría con problema de salud; en el análisis económico, el ser indígena como de otra etnia, disminuye la posibilidad de presentar problemas de salud, si se tiene a los/as

mestizos/as como referente. Esto lleva a pensar en cosmovisiones de las diversas etnias respecto de la enfermedad y la concepción de la medicina actual que patologiza procesos naturales de la vida como el embarazo o la menopausia.

- * Al analizar la población de acuerdo a su clase, a través de los quintiles de ingreso, se percibe que las mujeres siguen siendo mayoría en situación de enfermedad, en especial en el quintil más pobre (q1) y en los medio alto (q4) y alto (q5); sin embargo, en el análisis econométrico, el quintil no es significativo a excepción del medio (q3) y del medio alto, respecto del alto, lo que me lleva a pensar en que no es que las personas de bajos ingresos estén en mejor situación de salud que las de medios y altos sino en que los medios y altos estratos tienen una mayor percepción de lo que es estar enfermos y quizá patologicen procesos naturales de la vida.
- * Analizando el nivel de instrucción educativa y el nivel de ingresos conjuntamente, lo lógico sería que a mayor nivel de instrucción, mayor nivel de ingresos y menor posibilidad de enfermar sin embargo, se tiene resultados singulares en que el mayor nivel de instrucción disminuye la posibilidad d enfermar pero el mayor nivel de ingresos incrementan dicha posibilidad. Una posible explicación se tendría en el hecho de que no necesariamente van de la mano los ingresos y la instrucción, por un lado, y en que a mayor ingreso, mayor patologización, por otro lado.
- * El análisis efectuado permite una aproximación al estado de salud/enfermedad de la población, y descubrir que son las mujeres quienes más enfermas se perciben; cuando están en relación de pareja; en la etapa fértil en especial, aunque se va incrementando con la edad; se potencia si padecen algún tipo de discapacidad; las personas urbanas en especial; y de quintiles de ingresos medios y altos. Padecen de enfermedades respiratorias, crónicas, nerviosas y digestivas; siendo mayoría mujeres entre quienes padecen de crónicas.
- * Se encuentra, estadísticamente, que en el estado de salud de las mujeres influyen la edad, el estado civil, la actividad, para determinar mayor incidencia de una u otra enfermedad.

RECOMENDACIONES

- En el Ecuador, es urgente la planificación en el campo de la salud y de la seguridad, en especial en esta época en que cuenta con gran cantidad de población en etapa productiva y poca en la de tercera edad (6%). Para ello sería necesario canalizar aportes y recursos, tanto personales como sociales, hacia un sistema de seguridad nacional, sin discriminación negativa de roles ni de posibilidad económica. Es decir, habría que potenciar la atención sanitaria a las mujeres, que no cuentan con trabajo remunerado, que carecen de afiliación y que se ubican entre los dos primeros quintiles, es decir los de mayor pobreza.
- Es preciso organizar la atención de salud de forma que abarque a toda la población, varones y mujeres, en forma diferenciada porque no enferman de los mismos problemas ni en las mismas proporciones; de acuerdo a los grupos de edad, ya que la edad presenta una asociación directa con la percepción de un mal estado de salud: a medida que se incrementan los años, también se incrementa la posibilidad de padecer problemas de salud, en especial, entre las esposas sin remuneración; de igual forma, es necesario implementar sistemas de atención preventiva, gratuita, para toda la población y que cuente con medicación preventiva (vacunas, vitaminas, etc.) y concientizar a la población sobre el beneficio de acudir a ella en todo tiempo y momento, en especial en las familias, y para las amas de casa, con dedicación (pues ya se ha hecho un trabajo al respecto pero con niños pequeños) y que no tenga que ver única y exclusivamente con aspectos reproductivos.
- Es imprescindible pensar en la sociedad ecuatoriana no como un conjunto de familias nucleares sino como conglomerados ampliados, en los que tienen cabida tanto los parientes más cercanos, mamá/suegras, como los no parientes, y organizarla en función de estos habitantes concretos con centros y espacios para infantes, niños y personas adultas, mujeres en especial.

- Es imprescindible analizar el estado de salud de las amas de casa que no efectúan trabajo remunerado, en relación con otras mujeres, como esposas que sí efectúan trabajo remunerado externo al ámbito doméstico, jefas, suegras, porque dentro del grupo de mujeres hay aspectos que las diferencian y requieren mayor profundización; son un grupo heterogéneo al que puede afectarle de forma diferente las variables analizadas.
- Se requiere de un análisis más detallado de la influencia de la ubicación geográfica, etnia, quintil, en grupos poblacionales específicos porque al hacerlo con toda la población se puede estar dejando de lado aspectos que son importantes en unos grupos y que no se perciben al analizar a toda la población.
- Se precisa estudios con mayor profundidad acerca de la composición familiar y sus necesidades (y aportes), pues, conforme al análisis del estado civil, son las mujeres quienes declaran ser separadas o divorciadas mientras que los varones declaran ser solteros: ellas son quienes, en caso de tener descendencia, se quedan a cargo de la prole y por tanto su estado civil es evidente, mientras que en ellos, al terminar una relación de pareja, vuelven a ser solteros. Sin embargo, es necesario pensar en lo que sucede con estas familias sin padre/jefe de familia: la mujer asume la jefatura, y, en caso de que consiga trabajo remunerado, “invita” a su mamá/suegra a vivir con ella, o a algún otro pariente o no pariente, a cambio de que cuide de sus hijos mientras se ausenta; o, en su defecto, si no consigue o a pesar de que consiga trabajo remunerado, va a integrarse a la familia de otros, parientes o no, en especial, de su madre (regresa a su familia original pero con más integrantes). Y la mamá/suegra, grupo humano valiosísimo que va incrementándose socialmente, impera ser analizado con profundidad, pues puede ser que viva con sus parientes, en familia ampliada, como puede ser que son mujeres que tengan recursos económicos suficientes como para sobrevivir y, por lo mismo, pueden recibir a sus hijas/os en sus hogares; carecen de un nivel de instrucción (hay jefas sin nivel de instrucción).
- Es imperativo efectuar investigaciones acerca de la trayectoria conjunta entre la edad, la relación de parentesco y el estado civil, entre las mujeres: mientras son

niñas o jóvenes, están las hijas, solteras; éstas se convierten en esposas, generalmente casadas y, cuando optan por vivir sin compañero, son divorciadas/separadas, o, en su defecto, se convierten en viudas porque el esposo ha fallecido. Tanto divorciadas/separadas como viudas, se convierten en jefas, mismas que pueden asumir el rol de mamá/suegras, rol con el que terminan su vida.

Se requiere valorar los recursos humanos existentes en el país, las mujeres en especial, y brindarles oportunidades de estudio y trabajo, para que amplíen sus horizontes y no vean como única alternativa en su vida el formar familia a edades muy tempranas, pues, desde los 15 años de edad, se tienen hogares y, al parecer, es una idea fuerza de la sociedad puesto que el 53% de la población vive en relación de pareja. Esto cuestiona más considerando que el 50% de la población ha tenido instrucción primaria y el 29% secundaria; aspectos que asociados con la situación de salud/enfermedad, favorecen la posibilidad de estar sanos. Un sistema en el que exista una distribución más equitativa del ingreso, que elimine la concentración del mismo en pocas familias y se lo pueda distribuir socialmente, en salud, educación, trabajo remunerado dignos.

ANEXOS

CUADRO # 1
VARIABLES Y DUMMIES

No.	VARIABLE	DUMMY	DESCRIPCION
1.-	1	p501	Algún problema de salud en últimos 30 días?
	2		Personas que sí presentaron problemas de salud
2.-	3	p202	Sexo: varón y mujer
	4	dsexm	Sexo: mujer
3.-	5	p203	Edad de 0 a 120 años, y no sabe/no responde (999)
	6	gruedad	
	7	d_ge0	0-9 años
	8	d_ge1	10 - 14 años
	9	d_ge2	15-29 años
	10	d_ge3	30-49 años
	11	d_ge4	50-64 años
	12	d_ge5	65-79 años
	13	d_ge6	80 años y más
4.-	14	p204	Relación de Parentesco
	15	d_rp1	jefe/a
	16	d_rp2	esposa/o
	17	d_rp3	hijo/a
	18	d_rp4	yerno/nuera
	19	d_rp5	padres/suegros
	20	d_rp6	nietos/as
	21	d_rp7	otro parientes
	22	d_rp8	otros no parientes
	23	d_rp9	empleada doméstica
5.-	24	p205n	Estado Civil o Conyugal (une: separados/divorciados)
	25	unica	unidos y casados
	26	d_ec1	unidos
	27	d_ec2	casados
	28	d_ec3	divorciados/separados
	29	d_ec4	viudos
	30	d_ec5	solteros
6.-	31	activida	condición de actividad
	32	ntr	trabaja sin remuneración
	33	tr	trabaja remuneradamente
7.-	34	p314	Ocupacionales
	35	d_o1	trabajó al menos 1 hora a la semana
	36	d_o2	buscó trabajo habiendo trabajado antes
	37	d_o3	buscó trabajo sin haber trabajado antes
	38	d_o4	solo tareas del hogar
	39	d_o5	solo estudio
	40	d_o6	rentista
	41	d_o7	jubilado
	42	d_o8	incapacitado
	43	d_o9	edad avanzada
	44	d_o10	otra
	45	d_o11	no responde
8.-	46	p310n	Nivel de Instrucción (5 años de edad y más)
	47	d_ins1	ningun nivel
	48	d_ins2	primaria
	49	d_ins3	secundaria
	50	d_ins4	superior
	51	d_ins5	no sabe/no responde
9.-	52	afiliac	afiliación al seguro: sí/no
	53	sinseg	sin seguro
10.-	54	p560	atencion preventiva: sí/no
	55	noprev	no asiste a consulta preventiva
11.-	56	area	ubicación geográfica
	57	urbana	urbana
	58	campo/area2	rural
12.-	59	etnia	
	60	d_et1	mestiza
	61	d_et2	indígena
	62	d_et3	otra
13.-	63	quintil economico	
	64	d_q1	pobre (bajo)
	65	d_q2	pobre (bajo)
	66	d_q3	medio
	67	d_q4	medio alto
	68	d_q5	pudiente (alto)

CUADRO # 4
VARIABLES SELECCIONADAS POR PERCPCIÓN DE 1o.PROBLEMA DE SALUD
(Frecuencias)

VARIABLES SELECCIONADAS	Principales problemas de Salud (1o.)										Varios Problemas(1o.)*			Total		
	RESPIRATORIOS			CRONICOS			DIGESTIVOS/V			NERVIOSOS/M						
	Hombr	Mujer	Suma	Hombr	Mujer	Suma	Hombr	Mujer	Suma	Hombr	Mujer	Suma				
Sexo																
Hombre													10283			
Mujer													11744			
No. de casos													22027			
Grupos de edad																
0-9 años	1894	1790	3684	71	56	127	427	398	825	31	22	53	366	385	751	5440
10-14 años	571	585	1156	45	39	84	90	106	196	44	28	72	216	250	466	1974
15-29 años	1113	1155	2268	132	201	333	178	234	412	133	144	277	453	729	1182	4472
30-49 años	899	947	1846	263	446	709	254	261	515	237	341	578	510	881	1391	5039
50-64 años	437	314	751	233	500	733	126	134	260	197	277	474	310	327	637	2855
65-79 años	158	164	322	233	357	590	67	51	118	164	172	336	193	165	358	1724
80 y más años	43	42	85	79	109	188	23	16	39	36	61	97	57	57	114	523
No. de casos	5115	4997	10112	1056	1708	2764	1165	1200	2365	842	1045	1887	2105	2794	4899	22027
Relación de parentesco																
Jefe/a	1673	395	2068	760	442	1202	482	109	591	625	234	859	1102	356	1458	6178
espos/a	23	1295	1318	15	858	873	6	392	398	12	567	579	17	1183	1200	4368
hijo/a	2748	2564	5312	195	231	426	547	530	1077	156	152	308	784	964	1748	8871
yerno/nuera	43	60	103	11	9	20	9	16	25	7	7	14	17	39	56	218
padres/suegros	12	36	48	19	85	104	3	23	26	5	37	42	28	66	94	314
nieto/a	432	445	877	26	21	47	82	90	172	11	13	24	82	105	187	1307
otros parientes	152	163	315	28	53	81	31	31	62	22	23	45	63	70	133	636
otros no parientes	29	24	53	2	8	10	5	8	13	3	12	15	12	8	20	111
empelada doméstica	3	15	18	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	3	3	24
No. de casos	5115	4997	10112	1056	1708	2764	1165	1200	2365	842	1045	1887	2105	2794	4899	22027
Estado civil o conyugal (a)																
Unión libre	472	403	875	152	213	365	141	96	237	146	136	282	309	426	735	2494
Casado(a)	1127	1066	2193	537	726	1263	320	343	663	441	482	923	586	860	1446	6488
Separado	64	169	233	38	117	155	26	44	70	26	82	108	51	140	191	757
Divorciado	18	51	69	10	37	47	7	11	18	7	18	25	18	41	59	218
Viudo	81	133	214	65	278	343	17	52	69	41	142	183	142	215	357	1166
Soltero	1201	1130	2331	170	267	437	189	213	402	136	156	292	353	526	879	4341
No. de casos	2963	2952	5915	972	1638	2610	700	759	1459	797	1016	1813	1459	2208	3667	15464
Condición de actividad (b)																
Trabaja	2268	1296	3564	662	616	1278	563	370	933	662	509	1171	1277	1018	2295	9241
No trabaja	952	1908	2860	322	1034	1356	175	432	607	149	514	663	462	1390	1852	7338
No responde	1	3	4	1	2	3							0	0	0	7
No. de casos	3221	3207	6428	985	1652	2637	738	802	1540	811	1023	1834	1739	2408	4147	16586
Ocupación																
trabajó al menos una hora	2268	1296	3564	662	616	1278	563	370	933	662	509	1171	1277	1018	2295	9241
buscó trabajo habiendo t.a.	47	42	89	12	18	30	15	11	26	9	9	18	28	19	47	210
buscó trabajo por 1o. vez solamente lab. Hog.	8	9	17	0	3	3	4	0	4	2	2	4	9	2	11	39
solo estudió	47	971	1018	26	716	742	7	274	281	11	376	387	15	909	924	3352
es rentista	728	779	1507	61	75	136	100	111	211	49	43	92	253	361	614	2560
jubilado/pensionado	2	3	5	5	6	11	12	2	14	1	3	4	5	5	10	44
incapacitado para trabajar	25	21	46	68	47	115	11	9	20	15	15	30	29	14	43	254
edad avanzada	25	18	43	67	65	132	14	14	28	39	19	58	65	27	92	353
otra	23	28	51	68	96	164	12	11	23	17	43	60	39	40	79	377
No responde	47	37	84	15	8	23				6	4	10	19	13	32	149
No. de casos	1	3	4	1	2	3							0	1	1	8
No. de casos	3221	3207	6428	985	1652	2637	738	802	1540	811	1023	1834	1739	2409	4148	16587

* Agrupa a 17 enfermedades: cardiovasculares, de la piel, de los ojos, dentales, del embarazo, psicológicas, fracturas y heridas.

de la mujer, del hombre, tradicionales, renales, de sangre, tropicales, infecciones, hernias, congénitas, otra.

(a) Población de 12 años y más; (b) Población de 10 años y más; (c) Población de 5 años y más

Fuente: Elaboración propia a partir de la Endemain, 2004

CUADRO # 6
MUJERES POR 1er. PROBLEMA DE SALUD, SEGUN RELACION DE PARENTESCO
(Frecuencias)

Parentesco	respiratorios	cardiovasculares	digestivos o vómitos	piel	ojos	nerviosos y musculares	dentales	embarazo	sicológicos	fracturas, heridas y golpes	crónicas	mujer	tradicionales	renales	sangre	tropicales	infecciones	hernias	otra	Total
Jefa	395	82	109	26	12	234	14	0	29	26	442	69	5	37	10	4	8	4	30	1536
Esposa	1,294	227	392	68	37	567	59	25	71	41	858	374	10	123	43	18	21	11	55	4294
Hija	1,181	62	227	86	35	139	41	2	26	24	187	181	11	39	26	15	81	6	33	2402
Nuera	57	4	16	6	1	6	4	2	1	1	9	9	0	2	1	2	1	0	1	123
Madres/suegras	36	14	21	3	4	37	1	0	6	2	85	2	0	5	2	2	0	0	10	230
Nieta	97	3	15	12	2	6	3	0	0	2	14	11	1	0	0	1	7	0	4	178
Otras parientes	118	6	17	6	2	22	2	0	4	6	49	14	1	5	0	1	4	0	8	265
Otras no parientes	14	1	4	0	0	12	0	0	0	0	7	4	0	1	0	0	1	0	1	45
Empelada doméstica	15	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	20
Total	3,207	399	802	208	93	1,023	124	29	137	102	1,652	664	28	213	82	43	123	21	143	9,093

Nota: constan las clases de enfermedades que han percibido las mujeres; no constan ni del hombre ni congénitas.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Endemain, 2004

CUADRO # 8

MUJERES DE 10 AÑOS Y MAS, SIN TRABAJO REMUNERADO, POR 1er. PROBLEMA DE SALUD,
SEGUN RELACION DE PARENTESCO

Parentesco	(Frecuencias)																		Total	
	respiratorios	cardiovasculares	digestivos o vómitos	piel	ojos	nerviosos y musculares	dentales	embarazo	sicológicos	fracturas, heridas y golpes	crónicas	mujer	tradicionales	renales	sangre	tropicales	infecciones	hernias		otra
Jefa	124	28	34	10	5	88	3	0	8	13	222	23	2	18	5	0	2	1	9	595
Esposa	692	136	207	31	19	298	29	17	27	22	562	218	6	63	27	14	8	8	31	2415
Hija	858	37	144	67	27	64	26	2	18	17	115	122	7	20	22	11	65	5	21	1648
Nuera	36	3	5	4	1	5	4	2	1	0	7	7	0	1	1	1	1	0	0	79
Madres/suegras	30	12	18	2	3	29	0	0	5	2	78	1	0	2	2	1	0	0	9	194
Nieta	81	3	13	10	2	5	2	0	0	2	12	10	1	0	0	1	6	0	3	151
Otras parientes	75	2	10	4	2	16	1	0	3	5	35	4	0	1	0	1	4	0	4	167
Otras no parientes	9	1	1	0	0	9	0	0	0	0	3	2	0	1	0	0	0	0	0	26
Empelada doméstica	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Total	1908	222	432	128	59	514	65	21	62	61	1034	387	16	106	57	29	86	14	77	5278

Nota: constan las clases de enfermedades que han percibido las mujeres; no constan ni del hombre ni congénitas.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Endemain, 2004

BIBLIOGRAFIA

Acurio Páez, David, (2007) “Las desigualdades en el Ecuador y su efecto en la salud”. En: *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (Quito: OPS / MSP / CONASA). 441-447

Aguilar García, Teresa (2008), “El sistema sexo-género en los movimientos feministas”. En: Revue de Civilisation Contemporaine de l'Université de Bretagne Occidentale, EUROPE / AMÉRIQUES. <http://www.univ-brest.fr/amnis/ytemas@yahoo.es> (acceso: julio 2009)

Aguilar, Marcelo, (2007), “Malaria”. En: *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) (Quito: OPS/MSP/CONASA), 104-110.

Aguilar Santacruz, Edison, (2007), “La seguridad social y la reforma de salud”. En: *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2007 (Quito: OPS / MSP / CONASA). 368-377

Arreola, Héctor, Herman Soto, Juan Garduño, () Los determinantes de la no demanda de atención a la salud en México. *Caleidoscopio de la salud*, III. Financiamiento en salud, 173-183

Artazcoz, Lucía, Carmela Moya, Hermelinda Vanaclocha, Pepa Pont, (2008) La salud de las personas adultas, *Gac Sanit*. [online]. [citado 2008-11-13], pp. 56-68. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400011&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0213-9111.

Artazcoz, Lucía, Immaculada Cortés, Mayca Rodríguez-Sanz, Carmen Borrell, (2004a), “Desigualdades en la salud mental de la población ocupada”, Gac Sanit 2004; 18(5):351-359. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400011&lng=es&nrm=iso. (acceso: noviembre 2008)

Artazcoz, Lucía, Vicenta Escribá-Agüir, Imma Cortés, (2004b), “Género, trabajos y salud en España”, Gac Sanit 2004;18(Supl 2):24-35 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400011&lng=es&nrm=iso.(acceso: noviembre 2008)

Benavides, Miriam, (2007), “Tuberculosis”. En: *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) (Quito: OPS/MSP/CONASA), 97-103.

Bustamante, Fernando, (2007), “Transformaciones en el rol del Estado como proveedor de bienestar”. En: La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2007 (Quito: OPS/MSP/CONASA). 3-12

Cedillo Becerril, Leonor, 2007. A. Propuesta De Documento De Apoyo Sobre “Mujer, Trabajo Y Salud” Sustentado En Revisión De Literatura Científica, Semillas. Sociedad Mexicana Pro Derechos de la Mujer, A.C. [revisionmujersaludtrabajo.pdf](#) (acceso: septiembre del 2008)

Celade, División de Población de la CEPAL, 2005. “Transición Demográfica. Cambios en la estructura poblacional: Una pirámide que exige nuevas miradas”. En: Temas de Población y Desarrollo, Número 1. (acceso: octubre del 2008)

Cepar, 2004, Encuesta Demográfica Materno Infantil, ENDEMAIN 2004

CIID, 1995, Ecuador: la salud y la mujer trabajadora, El CIID informa, julio de 1995. Equidad entre géneros, 10-11. Reporta Neale MacMillan, desde Ecuador (acceso: noviembre del 2008)

Cruz, Adriana Cecilia, Mariano Noriega, & María de los Ángeles Garduño (2003) Las diferencias cualitativas y cuantitativas entre mujeres y varones. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(4):1129-1138, jul-ago, 2003. (acceso: noviembre del 2008)

De Barbieri, M. Teresita, s/f, Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género, http://132.247.1.49/mujeres/menu_superior/Doc_basicos/5_biblioteca_virtual/2_genero/2.pdf (acceso: enero 2009)

De Vega de Miguel, Ana F.(2006) “Sobre el género y el sujeto. Buscando caminos para la práctica feminista”. En: Laboratorio Feminista, Transformaciones Del Trabajo Desde Una Perspectiva Feminista. Producción, Reproducción, Deseo, Consumo. Tierradenadie Ediciones. Madrid, <http://www.tierradenadieediciones.com> (acceso: junio del 2008)

Ferrer Pérez, Victoria A., Esperanza Bosch Fiol y Margarita Gili Planas (1998), “Aspectos Diferenciales En Salud Entre Las Mujeres Que Trabajan Fuera Del Hogar Y Las Amas De Casa”. Psicothema, 1998. Vol. 10, nº 1, pp. 53-63, ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTE (acceso: noviembre del 2008)

Gines, María Emilia, (s/f) División Sexual del Trabajo, http://guiagenero.mzc.org.es/GuiaGeneroCache/Pagina_SistemSexo_000079.html (acceso: marzo del 2010).

Gómez, Elsa (2001), “Equidad, Género y Salud”, Ponencia para el Taller Internacional Cuentas Nacionales de Salud y Género 18 y 19 de Octubre 2001, Santiago de Chile, OPS/OMS – FONASA, (acceso: septiembre del 2008)

Gómez, Elsa (2002), “Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica”, Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 11(5/6), 327-345, (acceso: septiembre del 2008)

González López-Valcárcel, B. (1991), *Análisis multivariante: aplicación al ámbito sanitario*. SG Editores S.A., Barcelona, 1991

Indicadores Básicos de Salud Ecuador 2006, (www.opsecu.org.ec) (acceso: julio del 2008)

Jewell, R. Todd; Rossi, Máximo y Triunfo, Patricia (2007). “El estado de salud del adulto mayor en América Latina”, Cuadernos de Economía, v. XXVI, n. 46 Bogotá, 2007, 47-167. (acceso: febrero 2010)

Kabeer, Naila (1998). “4. Conectar, extender trastocar: el desarrollo desde una perspectiva de género”, 85-108 En: *Realidades trastocadas. Las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo*. México: Paidós, IIESS, PUEG-UNAM.

La salud en Quito, análisis de acceso y calidad. Línea de base del Proyecto Salud de Altura. Quito, 2007

Lalonde Marc (1996). “El concepto de “campo de la salud”: Una perspectiva canadiense”. En OPS. *Promoción de la Salud: una antología*. Publicación científica 557. Washington 1996; pp. 3-5.

Lasheras Lozano, M^a Luisa, Marisa Pires Alcaide, M^a del Mar Rodríguez Gimena (s/f), 3 *GÉNERO Y SALUD*, Edita: Instituto Andaluz de la Mujer, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Consejería de Economía y Hacienda, Junta de Andalucía, www.unidadgenero.com (97.pdf), (acceso: noviembre 2008)

Laspina, Carmen, (2007), “La promoción de la salud en el Ecuador”. En: *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) (Quito: OPS/MSP/CONASA). 294-300

Legarreta Iza, Matxalen, (2006), “Sobre el Trabajo y los Trabajos (o las polisemias del Trabajo): Reflexiones desde una perspectiva feminista”. En: *Laboratorio Feminista, Transformaciones Del Trabajo Desde Una Perspectiva Feminista*. Producción, Reproducción, Deseo, Consumo. Tierradenadie Ediciones. Madrid, <http://www.tierradenadieediciones.com> (acceso: junio del 2008)

León Guzmán, Mauricio, (2005) “La salud de las mujeres”. En: *Mujeres ecuatorianas entre la crisis y las oportunidades*, Mercedes Prieto, Editora. CONAMU, FLACSO, Sede Ecuador, UNIFEM y UNFPA, Quito, Ecuador, 2005. 189-218 (acceso: marzo 2010)

Martínez Benlloch, Isabel, Universidad de Valencia, (s/f). Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud. Modulo 2: Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud, 03modulo_02 CONCEPTOS EN GENERO Y SALUD.PDF) (acceso: noviembre del 2008)

Moghadam, Valenline (1995) Intervención en el Plenario de apertura de la Conferencia sobre Economía Alternativa, WIDE, Bruselas, 19 de mayo de 1995. Aportaciones sobre economía alternativa, Boletín 1995:6 (acceso: diciembre del 2008)

Morera-Salas, Melvin, Amada Aparicio-Llanos, Patricia Barber-Pérez, Yanira Xirinachs-Salazar, Karla Hernández-Villafuerte, Juan Rafael Vargas-Brenes, (2009) Determinantes y diferencias del estado de salud entre regiones de Costa Rica. Población y Salud en Mesoamérica, Revista electrónica publicada por el Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica, 2060 San José, Costa Rica. Volumen 7, número 1, artículo 3, Julio - diciembre, 2009. Publicado 1 de julio, 2009
<http://ccp.ucr.ac.cr/revista/> (acceso: febrero 2010)

Ocampo, José Antonio (2008), “Las concepciones de la política social: universalismo *Versus* focalización”, NUEVA SOCIEDAD No 215, mayo-junio de 2008, ISSN: 0251-3552, <www.nuso.org>. 36-61 (ACCESO: SEPTIEMBRE DEL 2008) ARCHIVO 3521_1.PDF (FLACSO, MODULO5, POLITICAS PUBLICAS, AGUIRRE, GOSTA ESPING ANDERSEN)

Oliva, Juan y Zozaya, Néboa (2007), “ Valoración Y Determinantes Del *Stock* De Capital Salud En La Comunidad Canaria Y Cataluña” , Colección de Papeles de Trabajo del Instituto de Estudios Fiscales, P. T. No 12/07.
<http://www.minhac.es/ief/principal.htm> Edita: Instituto de Estudios Fiscales (acceso: febrero 2009)

Organización Mundial de la Salud, 1946, Constitución de la Organización Mundial de la Salud, *Documentos básicos*, suplemento de la 45ª edición, octubre de 2006, en [who_constitution_sp CONSTITUTION OMS.pdf](#) (acceso: 23 febrero del 2009)

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS- Representación Ecuador) 2006 *Situación de salud. Ecuador – 2006*. (acceso: julio 2008)

Pulido, Antonio y Julián Pérez García (2001), Modelos econométricos, Ediciones Pirámide (Grupo Anaya. S. A.), Madrid.

Rohlfs Barbosa, Izabella, Universidad de Gerona (s/f). Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud. Modulo 8: Desigualdades sociales. (09 modulo_08 desigualdad social)
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/09modulo_08.pdf.
En el 2006, dice en el

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/presentacion_PFFPG S.pdf (acceso: noviembre del 2008)

Rohlfs, J. de Andrés, L. Artazcoz, M. Ribaltac y C. Borrella, (1997). “Influencia Del Trabajo Remunerado En El Estado De Salud Percibido De Las Mujeres”. Medicina Clínica. VOL. 108. NÚM. 15. 1997. © Ediciones Doyma S.A. © 566-571 (ORIGINAL PDF:M1081502TRAB R, EN ROHLFS) (acceso: noviembre del 2008)

Rubin-Kurtzman, J., Catalina A. Denman Champion y Gabriela Grijalva Monteverde (2006), Cambios en el Mundo del Trabajo y la Salud de Las Mujeres: Una Revisión desde América Latina, CCPR-064-06, December 2006. AVANCES DE INVESTIGACIÓN DE EL COLEGIO DE SONORA http://www.ccpr.ucla.edu/ccprwpsseries/ccpr_064_06.pdf (acceso: agosto del 2008)

Sacoto, Fernando, (2007), “Los modelos de atención de la salud en el Ecuador”. En: *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) (Quito: OPS/MSP/CONASA).317-367.

San Sebastián, Miguel, Ben Armstrong, Carolyn Stephens (2001), “La salud de mujeres que viven cerca de pozos y estaciones de petróleo en la Amazonía ecuatoriana”, Revista Panamericana de Salud Pública / Pan Am J Public Health 9 (6), 2001. 375-384. san Sebastián en <http://demo.scielo.bvsalud.org/pdf/rpsp/v9n6/5381.pdf> (acceso: julio del 2009)

Sánchez López, M^a Pilar, Marta Evelia Aparicio García y Virginia Dresch (2006) “Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres”. Universidad Complutense de Madrid y Centro Universitario Feevale (Brasil). Psicothema 2006. Vol. 18, n° 3, pp. 584-590 ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG. www.psicothema.com Copyright © 2006Psicothema (acceso: noviembre del 2008)

Sapelli, Claudio y Bernardita Vial (1998). Acceso a las prestaciones de salud en Chile: un análisis econométrico. Pontificia Universidad Católica de Chile. Instituto de Economía, Documento de Trabajo #184. Abril 1998. http://www.economia.puc.cl/index/paginas_profesor.asp?id_subsecciones=117&id_seccion=4&id_profesor=19&id_pagina=64#CL (acceso: febrero 2009)

Schneider, María Cristina, Carlos Castillo-Salgado, Jorge Bacallao, Enrique Loyola, Oscar J. Mujica, Manuel Vidaurre y Anne Roca (2002), “Métodos de medición de las desigualdades de salud”, Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 12(6), 2002. (acceso: febrero 2009)

Scott, Joan (1996) [1986] El género: una categoría útil para el análisis histórico. En *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Pp.265-30. México: PUEG.

Séculi Elisa, J. Fusté, P. Brugulat, S. Juncá, M. Rué y M. Guillén (2001), “Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida”, *Gac Sanit* 2001; 15(3):217-223.gs153217.pdf (acceso: febrero del 2009)

Torralbo Novella, Carmen (2006), “Paridad Sexual Y Trabajo. Una Aproximación Sociológica”. En: Laboratorio Feminista, Transformaciones Del Trabajo Desde Una Perspectiva Feminista. Producción, Reproducción, Deseo, Consumo. Tierradenadie Ediciones. Madrid, <http://www.tierradenadieediciones.com> (acceso: junio del 2008)

Tovar Cuevas, Luis Miguel y Fabio Alberto Arias Arbeláez, (2003), “Determinantes del estado de salud de la población Colombiana”. En publicación: Documento de Trabajo, CIDSE (Centro de Investigaciones y Documentación Socioeconómica) Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/colombia/cidse/Doc90.pdf> (acceso: mayo 2009)

Tovar Cuevas, Luís Miguel y Gustavo Adolfo García Cruz, (2006), “La percepción del estado de salud: una mirada a las regiones desde la encuesta de calidad de vida 2003”. En publicación: Documento de Trabajo no. 90. CIDSE (Centro de Investigaciones y Documentación Socioeconómica): Colombia. Agosto. 2006 Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/colombia/cidse/Doc90.pdf> (acceso: febrero 2010)

Trías, Julieta (2004), “Determinantes de la Utilización de los Servicios de Salud: El Caso de los Niños en la Argentina”, CEDLAS, Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales. Documento de Trabajo Nro. 9, Mayo, 2004 (acceso: febrero 2009)

Vásconez, Nancy Guadalupe Pozo e Irene Leal S (2007), “El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)”. En: *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) (Quito: OPS/MSP/CONASA).256-270

Vásconez, Juan (2007), “La salud de las niñas, niños y adolescentes”. En: *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) (Quito: OPS/MSP/CONASA). 195-202

Velasco Abad, Margarita, (2007), “La salud pública en América Latina”. En: *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) (Quito: OPS/MSP/CONASA).13-30

Vélez, Lenin, (2007), “Dengue”. En: *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) (Quito: OPS/MSP/CONASA), 111-121.

Wong R, Peláez M, Palloni A. (2005), “Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador”. *Rev Panam Salud Pública*.2005;17(5/6):323–32.

<http://www.insp.mx/publicaciones/pdfs/envejeci.pdf#page=98> (acceso: febrero 2009).

Yépez, Rodrigo, (2007) “Obesidad”. En: *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) (Quito: OPS/MSP/CONASA), 74-87.