



FLACSO
ARGENTINA

Área de Estado y Políticas Públicas

Tesis para optar por el Título de Magister en Políticas públicas y Desarrollo

Título

“Fortalecimiento de la política pública para mejorar la calidad y cobertura de los servicios de salud en mujeres dentro del cantón Quito durante el Gobierno de Rafael Correa en Ecuador período 2008-2017”

Tesista:

Wilma Graciela León Segovia

Directora de Tesis

Dra. Agustina Gradin, PDH

Cohorte

Maestría en Políticas Públicas y Desarrollo - Cohorte 2

Lugar y fecha

Ecuador, Julio 2022

DEDICATORIA

A mi hija Naomi, quien siempre ha sido de gran ayuda para encontrar el camino al éxito, con su afecto y cariño me ha enseñado que nada es imposible, que las metas son fáciles de cumplir si uno se las propone.

Gracias por ser el pilar fundamental de mi vida y por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía.

“La paz no es solo ausencia de guerra, es, sobre todo, presencia de justicia, salud, educación, seguridad social, salarios dignos, necesidades básicas satisfechas. La insultante opulencia al lado de la más intolerable pobreza, son también balas cotidianas contra la dignidad humana”

Rafael Correa Delgado

ÍNDICE GENERAL

Contenido

ÍNDICE GENERAL	4
ÍNDICE DE TABLAS	7
ÍNDICE DE FIGURAS	7
DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS DE PUBLICACIÓN DE TESIS	9
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
AGRADECIMIENTO	12
INTRODUCCIÓN	13
OBJETIVOS.....	20
ESTRATEGIA METODOLÓGICA	21
ESTRUCTURA DE LA TESIS.....	24
CAPÍTULO I	27
1.1 ESTADO DEL ARTE	27
1.2 MARCO CONCEPTUAL	37
CAPÍTULO II	45
CALIDAD Y COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ECUADOR ...	45
2.1 Derecho a la calidad en los servicios de salud	45
2.2 Reforma del Sistema Nacional de Salud del año 2008.....	45
2.3 La Gobernanza en el Sistema Nacional de Salud.....	46
2.4 Estructura del Sistema Nacional de Salud.	47

2.5	Acuerdos y tratados internacionales de salud pública con enfoque de género	
	53	
2.6	Importancia de las políticas públicas en salud.....	55
	2.6.1 Tipos de políticas públicas de salud del Ecuador	55
2.7	Políticas públicas de la calidad de los servicios de la salud.....	57
2.8	Políticas públicas dirigidas al bienestar de las mujeres en el Ecuador.....	58
2.9	Beneficios en la cobertura de los servicios de salud en el periodo 2008 al 2017	61
2.10	Limitaciones en la cobertura de los servicios de salud en el Ecuador en el periodo 2008 al 2017.	62
CAPÍTULO III		65
ACCESO DE LAS MUJERES A LOS SERVICIOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DENTRO DEL CANTÓN QUITO		65
3.1	Contexto del acceso a los servicios de salud en el Ecuador	65
3.2.	Servicios del Ministerio de Salud Pública en el cantón Quito.....	68
3.3.	Servicios de salud del MSP dirigida a las mujeres en cantón Quito.	70
3.4.	Políticas públicas dirigidas al bienestar de las mujeres en el cantón Quito	74
CAPÍTULO IV		77
OFERTA Y DEMANDA DE LA SALUD EN EL CANTÓN QUITO		77
4.1.	Demanda de los servicios de salud en el Ecuador	77
4.2.	Oferta de los servicios de salud en el Ecuador.....	78
4.3.	Demanda de los servicios de salud en el cantón Quito.....	81
	4.3.1. Mortalidad materna	81
	4.3.2. Egresos hospitalarios por partos	85
4.4.	Oferta de los servicios de salud en el cantón Quito.....	87

4.4.1. Recurso humano en establecimientos de salud en el cantón Quito	
89	
4.4.2. Establecimientos de salud.....	93
4.5. Análisis del acceso a los servicios de salud en el cantón Quito partiendo del año 2014.	94
4.6. Inversión en las políticas de salud pública en el cantón Quito.....	98
CONCLUSIONES.....	100
BIBLIOGRAFÍA.....	104

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Cobertura de salud en el Ecuador año 2014.....	49
Tabla 2: Número de establecimientos de salud por sector y tipo.....	78
Tabla 3: Número de establecimientos de salud por área.	80
Tabla 4: Ambientes físicos que dispone el establecimiento de salud.....	80
Tabla 5: Egresos hospitalarios por cáncer en el cantón Quito, año 2016-	84
Tabla 6: Tasa de egresos por partes en el cantón Quito, año 2016.	85
Tabla 8: Oferta de médicos en el periodo 2008 al 2017	89
Tabla 9. Oferta de persona de obstetricia en el periodo 2008 al 2017.....	89
Tabla 10 Profesionales de salud: Numero y tasa en el cantón Quito, periodo 2016.	90
Tabla 11: Profesionales según la entidad que pertenecen, cantón Quito, año 2016.	91
Tabla 12: Profesionales por área de salud en establecimientos de primer nivel en el cantón Quito, año 2016.	92
Tabla 13. Consultas de morbilidad por profesional.....	95
Tabla 14. Consultas de prevención por profesional	95
Tabla 15. Consultas formación profesional.....	96
Tabla 16. Por tipo de atención.....	97

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estructura del Sistema Nacional de Salud.	47
Figura 2: Articulación del Sistema Nacional de Planificación Participativa.....	58

Figura 3: Mortalidad materna comparación años 1997, 2006 y 2015.	82
Figura 4. Causas de muerte materna en cantón Quito y Ecuador en el año 2016	83
Figura 5: Tasa de egresos hospitalarios por cáncer de tiroides en el cantón Quito, año 2016.	84
Figura 6: Tasa de nacimientos en adolescentes en el cantón Quito por parroquias.	86
Figura 7. Porcentaje de establecimientos por entidad de atención en el cantón Quito, año 2016.	94
Figura 8. Producción por niveles de atención.....	96
Figura 9. Por nivel de atención grupo poblacional	97
Figura 10. Inversión en salud en el cantón Quito del 2008 al 2015.....	98

DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS DE PUBLICACIÓN DE TESIS

Yo, Wilma Graciela León Segovia, autora de la tesis titulada “Fortalecimiento de la política pública para mejorar la calidad y cobertura de los servicios de salud en mujeres dentro del cantón Quito durante el Gobierno de Rafael Correa en Ecuador período 2008-2017”, declaro que la obra es de mi exclusiva autoría, que la he elaborado para obtener el título de Máster en Políticas públicas y Desarrollo concedido por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO, sede Argentina.

Cedo a FLACSO Argentina los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, para que esta universidad la publique en su repositorio institucional, siempre y cuando el objetivo no sea obtener un beneficio económico.

Ecuador, julio 2022

Wilma Graciela León Segovia

RESUMEN

El Sistema Nacional de Salud en el Ecuador por mucho tiempo estuvo muy fragmentado, sin contar con la implementación de políticas públicas que subsanen la provisión del servicio.

El objetivo de la presente investigación se basa en el análisis de la política pública en salud para garantizar la calidad y cobertura de los servicios para mujeres dentro del cantón Quito, Ecuador, durante el período 2008-2017. La estrategia metodológica empleada para dar cumplimiento a los objetivos se basó en un enfoque cualitativo, sustentado en la utilización de informes estadísticos oficiales (documentos, datos y registros de institutos, programas y ministerios del estado), los cuales fueron complementados con antecedentes investigativos que dieron tratamiento a los servicios de salud en el periodo analizado, esto en el contexto de una investigación bibliográfica documental, que tuvo como finalidad revisar publicaciones acerca de la temática y sus líneas investigativas, que a lo largo de los últimos tiempos se han desarrollado con motivo de examinar el modelo público aplicado en la obtención de los servicios de salud a un grupo prioritario como son las mujeres, dando como resultado una implementación de políticas públicas inclusivas en salud dentro del período analizado.

Palabras clave: sistema nacional de salud, política pública, calidad, cobertura, mujeres.

ABSTRACT

The National Health System in Ecuador was very fragmented for a long time, without the implementation of public policies that correct the provision of the service.

The objective of this research is based on the analysis of public health policy to guarantee the quality and coverage of services for women within the Quito canton, Ecuador, during the period 2008-2017. The methodological strategy used to fulfill the objectives was based on a qualitative approach, supported by the use of official statistical reports (documents, data and records of institutes, programs and state ministries), which were complemented with investigative background that gave treatment to health services in the analyzed period, this in the context of a documentary bibliographical research, which had the purpose of reviewing publications about the subject and its lines of investigation, which over the last few years have been developed on the occasion of examine the public model applied in obtaining health services to a priority group such as women, resulting in the implementation of inclusive public health policies within the period analyzed.

Keywords: national health system, public policy, quality, coverage, women.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a la Universidad FLACSO, a los docentes quienes impartieron en mí sus conocimientos y en especial a mi Directora de Tesis Dra. Agustina Gradin, PHD, por haberme ayudado con paciencia y dedicación para llegar al final de mi maestría.

Agradezco a mis padres, Néstor (+) y Wilma (+), quienes siempre han sido la fuente de inspiración para mi crecimiento profesional.

A mis hermanos Johnny y Nancy que con su apoyo incondicional han logrado que nunca renuncie a mis sueños y siempre llegue a la culminación de mis metas.

A mis demás familiares y personas cercanas a mi vida que han hecho posible que llegue hasta la culminación de mi maestría, gracias infinitas.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud detalla que el objetivo principal de los sistemas nacionales de salud es la prestación de servicios de salud a todas las personas, cuando y donde se requiere (Organización Mundial de la Salud, 2020). Un Sistema Nacional de Salud (SNS) tiene elementos esenciales como la rectoría; el financiamiento y aseguramiento; la provisión de servicios y cada Estado elabora su estructura institucional a través de la organización e implementación de procesos y funciones a nivel nacional, provincial y local (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

El sistema de servicios de salud en Ecuador, constituye un conjunto de recursos y organizaciones de todo tipo que la sociedad destina a la producción de prestaciones para atender la salud de la población. En los individuos, la necesidad por atención de salud resulta de la percepción de afectación de las condiciones de salud de la persona o del grupo poblacional, así como de la intencionalidad de evitar o prevenir la posibilidad de dicha afectación. Muchos factores pueden influir en dicha percepción.

El sistema de salud de Ecuador está compuesto por dos sectores; el público y el privado. El privado conformado por los centros de atención pagos o con fines de lucro, como los prestadores de servicios que trabajan en consultorios y clínicas, dispensarios, farmacias y empresas de medicina prepagada.

El sector público comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social [Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS),

Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL).

El sector público a través del MSP ofrece servicios de atención de salud a toda la población. El MIES y las municipalidades cuentan con programas y establecimientos de salud en los que también brindan atención a la población no asegurada. Las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada.

Respecto al análisis de la oferta y la demanda de servicios sanitarios, se tiene que; es el paso previo para la correcta implementación de políticas sanitarias que respondan a las necesidades de la población objetivo.

Se entiende por la demanda aquella que puede ser expresada en las siguientes dimensiones: cantidad de atención, tipo de atención, grupo poblacional específico que demanda, periodo de tiempo en el que ocurre el requerimiento y tipo de proveedor que ofrece los servicios.

En cuanto a la oferta de servicios de salud; está constituida por los recursos humanos, de infraestructura, equipamiento, de información, de organización. insumos, financieros. entre otros, que organizados adecuadamente enfrentan a los requerimientos de la demanda a través de la entrega o realización de las prestaciones de salud, que son muy diversas y variadas.

En este sentido, definida la demanda y oferta en el ámbito de salud pública, se tiene que el servicio de salud en mujeres, corresponde a todo lo referente a la asistencia pública sobre el cuidado preventivo para estas, lo que incluye los siguientes servicios: Chequeos ginecológicos regulares, lo que incluye el examen de la pelvis y de las mamas. Citología vaginal y examen del VPH. Examen de la densidad ósea, vacunas que correspondan según la edad, Pruebas de detección de ITS, por mencionar algunas, entre otros.

El presente trabajo analiza la política en salud para garantizar calidad y cobertura de los servicios para mujeres dentro del cantón Quito durante el gobierno de Rafael Correa en Ecuador período 2008-2017. Hay una serie de antecedentes que estructuran el estado del arte, de los cuales partirán la estructura de los capítulos que tratan e identifican la realidad ecuatoriana en el periodo de indagación y evaluación, al considerarse un tema prioritario y derecho imprescindible reconocido a nivel internacional por la Declaración Universal de Derechos Humanos, Pactos y Tratados Internacionales que se revisaran a lo largo del estudio bibliográfico.

La Constitución del Ecuador del 2008 no solo ratifica la salud como un derecho y la obligación del Estado para garantizarlo a través de políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, en este contexto la norma constitucional proclame el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.

El artículo 32 de la Constitución considera esencial salud incluso menciona que se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad,

calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

En el contexto de la nueva Constitución, se evidencian los principios que regulan el derecho a salud, especialmente al ser equitativos, universales, calidad y eficiencia, sin importar el género y sin discriminación alguna. Sin embargo un enfoque analizar es el de género respecto a la desigualdad y discriminación hacia las mujeres, pues se tiene que el género es un conjunto de atribuciones construidas socialmente a partir de la diferencia sexual. Entre los elementos asociados a la categoría género pueden destacarse los mitos, imágenes, estereotipos y representaciones sobre lo masculino y lo femenino (buena madre, buen padre de familia), las normas y discursos en los que se reflejan estas representaciones, muchas veces a través de verdades “inmutables” y “únicas” sobre el rol del hombre y la mujer (la maternidad, el matrimonio, etc.) que favorecen un tipo determinado de relaciones entre los sexos.

Además, la perspectiva de género tiene en cuenta los contextos, instituciones y organizaciones que elaboran, reafirman y reproducen, estos discursos y estereotipos, particularmente en ámbitos legales, culturales, económicos, de salud, religiosos o políticos.

El derecho a la salud comprende el derecho a un sistema de protección de la salud, incluida la atención sanitaria y los factores determinantes de la salud, que facilite la igualdad de oportunidades para las personas a fin de que disfruten del máximo nivel asequible de salud.

Al analizar la “perspectiva de género” en relación con el derecho a la salud, el MSP indicó que “un enfoque basado en la perspectiva de género reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud del hombre y la mujer” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017). Por ello, la desagregación, según el sexo, de los datos socioeconómicos y los datos relativos a la salud es indispensable para determinar y subsanar las desigualdades en lo referente a la salud.

De otra parte, al determinar algunos estándares sobre la mujer y la salud, el MSP detalló el derecho a “la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer” y de los “servicios en materia sexual y reproductiva”, lo cual conduce a analizar los derechos sexuales y reproductivos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

Así mismo el Ministerio de Salud Pública lanzó durante el periodo de enero 2007-abril 2017, programas para la Transformación del Sector Salud en Ecuador (TSSE) lo que motiva principalmente analizar este periodo, especialmente el acceso a servicios de salud pública para las mujeres. El objetivo de dicha estrategia era lograr un sistema de salud que integre la seguridad social y el sistema público de salud y que provea cobertura universal a través de un esquema de impuestos en lo que se visualice equidad, universalidad, calidad, eficiencia y la no discriminación, exponiendo el derecho a la salud como uno a que todo ciudadano (a) del Ecuador tenga acceso libre. Bajo estos criterios, se hace necesario desarrollar un análisis descriptivo acerca del periodo 2008 al 2017 en el cual se dieron las reformas más profundas a la salud, estos cambios se expresan, en los artículos 32 y 34 de la Constitución de 2008. El artículo 32, no limita la salud, hace especial mención al buen estado físico y mental de una

persona, incluyendo otras áreas vinculadas con la política social un ejemplo de estas; son los servicios públicos, alimentación, educación, trabajo, seguridad social, cultura física, los ambientes sanos y todo lo que garantice o mejore las condiciones y la calidad de vida de las personas. Respecto al artículo 34 la seguridad social se plantea como un derecho irrenunciable tanto para los individuos como para suplir las necesidades de las comunidades.

En síntesis las reformas buscaron contar con una oferta ideal de servicios de salud en el territorio ecuatoriano sustentado en un Estado planificado, descentralizado, articulado, equitativo, con mayor cobertura y calidad de servicios públicos. Un ejemplo de estas, es el Registro Oficial Edición Especial N° 290 de 2012, contiene la Reforma STDCGJ-RA-0088-2014 (Refórmese el Estatuto Orgánico la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo) en el que se establecieron como niveles de planificación los siguientes: Zonas; conformadas por provincias vecinas. Desde este nivel se coordina estratégicamente las entidades del sector público. Existen 9 zonas de planificación constituidas por distritos, las cuales se relacionan a continuación: Zona 1: Esmeraldas, Imbabura, Carchi, Sucumbíos. Zona 2: Pichincha (excepto Quito), Napo, Orellana. Zona 3: Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo, Pastaza. Zona 4: Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas. Zona 5: Santa Elena, Guayas (excepto Guayaquil, Samborondón y Durán), Bolívar, Los Ríos y Galápagos. Zona 6: Cañar, Azuay, Morona Santiago. Zona 7: El Oro, Loja, Zamora Chinchipe. Zona 8: Guayaquil, Samborondón y Durán (cantones de la Provincia del Guayas). Zona 9: Distrito Metropolitano de Quito.

Así mismo los distritos, representan la unidad básica de planificación y prestación de los servicios públicos, encargados de recoger y reconocer las necesidades de la población en su territorio, existiendo 140 distritos en todo el país.

Estas reformas evidencian las fortalezas del subsistema de salud en materia de cobertura de salud de las mujeres en el cantón Quito, así considerar en que áreas se trabajó y ha dado resultados positivos y cuales requieren la implementación de mejores políticas en el cual se considere la equidad de género y la igualdad como bases en el contexto social, los problemas que afecta a las mujeres, los derechos sexuales y reproductivos, la mortalidad materna y enfermedades que afectan su bienestar y calidad de vida.

La selección del cantón Quito permitió evidenciar los avances de políticas públicas implementados y las deficiencias presentes en el cantón en la implementación de los lineamientos nacionales, sobre todo por el periodo de transición que el derecho a la salud ha tenido desde el 2008 con la aprobación de la nueva Constitución del Ecuador 2018 hasta la culminación del mandato del expresidente Rafael Correa principal gestor de esas transformaciones, en un planteamiento analítico establecer fortalezas, debilidades y oportunidades que se han logrado en la implementación de políticas de salud.

La accesibilidad a los diferentes servicios de salud es un reto para el Estado por la falta de bienes, insumos y recursos humano capacitado, incluso no se cumplen con los estándares sugeridos en la cantidad de profesionales requeridos por la cantidad habitantes cuando hay pocos profesionales que atiendan las necesidades de las

mujeres, entre 1 a 2 por cada 100.00 habitantes como lo demuestran las estadísticas del INEC. A pesar del crecimiento del presupuesto en el periodo analizado, algunos sectores no se han beneficiado con recursos, infraestructura y profesionales de salud, la zona rural tiene la desventaja porque lo apartado de ciertos lugares y el difícil acceso a las comunidades, que requieren un enfoque intercultural en la prestación de los servicios de salud, la demanda es alta y la oferta es insuficiente, así se requiere establecer las causas y demostrar estadísticamente el problema y discutir las posibles causas de la problemática.

Por tal razón, a continuación se presentan los objetivos de investigación que detallan los procesos necesarios para la completa realización del trabajo, con la finalidad de responder al problema planteado, y dar respuesta la necesidad principal del estudio.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la política pública en salud para garantizar la calidad y cobertura de los servicios para mujeres dentro del cantón Quito, Ecuador, durante el período 2008-2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la calidad y cobertura de los servicios de salud en el Ecuador en el cantón Quito.
- Analizar el acceso de las mujeres a los servicios que ofrece el Ministerio de Salud Pública dentro del cantón Quito.
- Analizar la oferta y demanda de los servicios de salud para las mujeres en el cantón Quito.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

La estrategia metodológica empleada para dar cumplimiento a los objetivos se basó en un enfoque cualitativo, sustentado en la utilización de informes estadísticos oficiales (documentos, datos y registros de institutos, programas y ministerios del estado), los cuales fueron complementados con antecedentes investigativos que dieron tratamiento a los servicios de salud en el periodo analizado, esto en el contexto de una investigación bibliográfica documental, que tuvo como finalidad revisar publicaciones acerca de la temática y sus líneas investigativas, que a lo largo de los últimos tiempos se han desarrollado con motivo de examinar el modelo público aplicado en la obtención de los servicios de salud a un grupo prioritario como son las mujeres.

Así mismo se llevó a cabo un análisis de fuentes secundarias, cuyo contenido estaba basado en resultados cuantitativos como lo fueron los Informes estadísticos del INEC, Planes Nacionales y documentos acerca de la cobertura de salud, en el cantón Quito.

Estos permitieron valorar los diversos programas y censos ejercidos en el Distrito Metropolitano de Quito, sobre el acceso a los servicios de salud integral para mujeres, segmentadas por edades y condiciones socioeconómicas, así como estadísticas por zonas (norte, centro y sur) con acceso a los canales y programas de atención del estado, datos empleados para el desarrollo de resultados de la investigación.

En este sentido el diseño y enfoque metodológico se fundamentó en elaborar un estudio documental de análisis histórico con una revisión de los antecedentes de los servicios de salud pública y su cobertura dentro del cantón Quito, con la determinación

del cumplimiento de las políticas públicas implementadas en el periodo 2008 al 2017 para una revisión del marco legal sobre los derechos y principios mencionados en la Constitución del Ecuador, leyes y reglamentos que definen la calidad de los servicios de salud en el país

En cuanto al tipo de estudio, se propuso el abordaje del tema desde un nivel descriptivo y analítico, lo que permitió la formulación de los planteamientos históricos sobre los servicios de salud en el Ecuador; a través del análisis del contenido de documentos e informes que se constituyeron como fuentes oficiales para la presentación de los resultados, siendo estos ; registro de datos y censos realizados por los órganos e institutos competentes del Estado, como el INEC, MSP y la revisión en dos periodos (2009 al 2013- 2013 al 2017) del Plan Nacional del Buen Vivir; así como fuentes privadas, a modo de complementación, resultados de estudios de tipo cuantitativo (encuestas) realizados por investigadores académicos en determinados Centros de Salud u organizaciones de asistencia médica pública.

Respecto a la unidad de análisis que constituyen los servicios de salud para mujeres en el cantón Quito, se valoraron los diversos servicios de salud (atención integral en salud sexual y salud reproductiva) ofertados a las mujeres, en función de su calidad y cobertura; esto con fundamento en los informes obtenidos de cobertura de salud, en el cual se estableció la oferta y la demanda en este ámbito con motivo de analizar deficiencias presentes en la implementación de políticas públicas.

En cuanto al período analizado, este comprende 9 años, que van desde 2008 hasta el 2017 con una revisión de información histórica sobre los cambios, transformaciones

y políticas en el ámbito de la salud pública. Sin embargo, por el contexto de la reforma de salud se analizaron también resultados a partir del año 2007, así como información publicada posteriormente sobre los problemas presentes en la cobertura de los servicios y atención en salud. Escogiendo estos periodos por el incremento de la demanda en hospitales luego de aprobarse la gratuidad en los servicios de salud durante el periodo de gobierno de Rafael Correa.

Para el análisis de resultados, se utilizaron una serie estadísticas de organismos nacionales, así como estudios realizados por otros autores que brindaron información acerca de los servicios de salud del Ecuador. La base de datos que se utilizó, principalmente fue la del INEC; donde se extrajeron datos estadísticos (censos de acceso a los programas y servicios de salud para mujeres quiteñas, segmentación por edades y niveles socioeconómicos) en el cantón Quito, esto se corroboró con datos del Ministerio de Salud Pública, existentes en el periodo especificado, así como estimaciones sobre la problemática del sector de salud en el país

Cabe destacar que los documentos y registros consultados contenían en su mayoría datos cuantitativos de indicadores tales como; sanitarios, de gestión del Ministerio de Salud Pública y los Centros de Salud presentados de manera anual como parte de la gestión y las exigencias de entidades de control durante el periodo seleccionado en concordancia a las políticas implantadas en el gobierno de Rafael Correa.

Recopilada la información, se procedió a su sistematización, estructurando en orden los datos consistentes para el período analizado, representándolos en tablas dinámicas, histogramas, figuras o ilustraciones que permitieron exponer la información

estadística y mentefactos de los documentos y registros consultados, que simbolizarán el recorrido teórico. De igual forma, se construyeron indicadores comparables dentro del período 2008- 2017, que detallaron las dimensiones presentes y la variabilidad por los años investigados, para su posterior análisis y presentación de conclusiones.

ESTRUCTURA DE LA TESIS

El análisis de datos e información comprenden una estructura que se dividen en cuatro capítulos, los cuales van de lo macro a lo micro, con un tratamiento preliminar del sistema de salud, finalizándose con una valoración de la oferta y demanda de los servicios de salud con informes técnicos obtenidos de las autoridades del cantón Quito y otras publicaciones obtenidas durante la recopilación de la información.

En el capítulo I, Estado del arte se presentan trabajos y antecedentes de publicaciones que analizan la atención y los servicios de salud en el Ecuador, para conocer las opiniones de los autores acerca de la temática tratada.

En el capítulo II, Calidad y cobertura de los servicios de salud en el Ecuador, Se inicia el análisis sobre de los servicios de salud, en la cual se detalla el derecho a la calidad en los servicios de salud que revisará las normas internacionales y nacionales que tratan la importancia del derecho, de manera adicional se desarrolló una revisión bibliográfica de la reforma implementada a partir del 2008 en el SNS, que fue determinante en los cambios de la estructura y gobernanza del SNS y finalmente detallar la provisión de los servicios a los usuarios y grupos de atención prioritaria. Es una categoría meso que se tratará con una descripción de la cobertura pública y

privada de los servicios de salud durante el periodo de análisis del 2008 al 2017, con el fin de evidenciar los problemas de salud más comunes presentes en las provincias, las dificultades detalladas en las investigaciones que se han interesado en el análisis de la temática, con una evaluación de los beneficios y limitaciones encontradas que llevaron al planteamiento de políticas públicas. Trata acerca de las políticas públicas de salud pública dirigidas a las mujeres ecuatorianas, en la primera parte se detalla los acuerdos internacionales de salud de pública que tienen enfoque de género. Para su comprensión se requiere una descripción acerca de la importancia de las políticas públicas en el área de salud, con un análisis de su tipología, a quienes está dirigido y enfocado.

Finalmente, se procede a revisar las políticas públicas dirigidas al bienestar de las mujeres en el Ecuador y en el cantón Quito.

En el capítulo III, Acceso de las mujeres a los servicios del Ministerio De Salud Pública, se analizan los servicios de salud pública dirigidas a las mujeres del cantón Quito, con un detalle de los niveles de atención. Con una revisión de los proyectos, programas y estrategias implementadas en el periodo 2008 al 2017.

En el capítulo IV, en un contexto meso y micro revisa la oferta y demanda de la salud en el cantón quito y, con indicadores obtenidos del Ministerio de Salud, del INEC y publicaciones varias que detallan la temática. La información presentada en el capítulo ayudará un análisis comparativo entre el Ecuador y el cantón Quito y finalmente elaborar un análisis diferencial que valoré la calidad y cobertura de los servicios de salud.

En este sentido, a continuación se presenta en el capítulo 1 de este estudio, el estado de arte, que comprende una revisión bibliográfica sobre la temática de estudio, así como la exposición de antecedentes históricos de tipo documental, que permiten un enfoque descriptivo sobre los servicios de salud pública para mujeres y las políticas o reformas establecidas en el periodo de estudio (2008 al 2017) sobre la calidad o deficiencias de dicho sistema en base a la atención a este grupo prioritario como son las mujeres.

CAPÍTULO I

1.1 ESTADO DEL ARTE

Ecuador ha desarrollado el camino para la cobertura universal de salud, constituyéndose una prioridad en la Constitución de Ecuador del 2008 y en el Plan Nacional del Buen Vivir. Un informe de la OMS, referido por el Ministerio de Salud del Ecuador (2015) menciona que en la actualidad millones de personas en el mundo están excluidas de los servicios de salud porque no cuenta con los recursos económicos para pagarlos. La causa la inequidad en el acceso a los servicios entre los países del primer mundo y los subdesarrollados como también la situación de la población de la urbana y rural muy diferenciada.

Es un hecho innegable que desde 2007 el Estado ecuatoriano ha incrementado el gasto directo en salud a través del Ministerio de Salud Pública y también, de manera indirecta, a través del Instituto de Seguridad Social (IESS). Ha sido un fuerte aumento, de US \$ 2.298 millones en 2000 a US \$ 6.760 millones en 2013, pero aún no se cumplían con los requisitos establecidos en la Constitución del país: una inversión que totaliza el 4% del PIB y un aumento anual de no menos del 0,5%. Otro dato ambivalente es que mientras el Ministerio de Salud ha estado construyendo nuevos hospitales, el IESS ha reducido sus centros operativos y aumentado los contratos con clínicas y hospitales privados en un mil por ciento (Coffey, 2016).

Hay una crítica constante hacia la inversión pública de los servicios de salud que ofrece el MSP, en el Ecuador los recursos son muy limitados y deficientes, que establecen la dificultad para acceder a consultas en especialidades específicas como: servicios ginecológicos obstétricos, maternidad, enfermedades específicas que

afectan con mayor regularidad a las mujeres, durante el periodo analizado se ha presentado una reducción significativa al presupuesto del Estado. Los factores causales se debe justamente a la crisis económica que ha afectado a los en los últimos 5 años al Ecuador, las deficientes políticas públicas impuestas por el estado ecuatoriano y los continuos actos de corrupción vinculados a las entidades como el IESS y el Ministerio de Salud Pública a nivel nacional y local, en los cuales los recursos se han direccionado a grupos a grupos delincuenciales y políticos que se han aprovechado de los recursos del Estado vulnerándose los derechos de salud de los ecuatorianos.

El superar este problema en 49 países de ingresos bajo salvaría la vida de más de 700 mil mujeres. La secretaria ejecutiva de ORAS – CONHU, consideró que el gasto del bolsillo de los ciudadanos no debe exceder del 20%. Hay una serie de interrogantes acerca de la accesibilidad y cobertura de los servicios de salud, el financiamiento de los recursos, la organización de los sistemas de salud y como dar garantías del Buen Vivir en la salud, que es un derecho de cada ciudadano.

En este sentido, diversas investigaciones académicas expuesta a continuación permiten un análisis y enfoque objetivo sobre los antecedentes previos del servicio del sistema de salud de manera general y en las mujeres, respecto a la atención médica, motivaciones para la reforma y establecimiento de nuevas políticas de cobertura, así como los principios constitucionales que respaldan este derecho.

La investigación de los autores Villacrés et al. (2010), sobre "*Análisis de Sistema de Salud para la mujer ecuatoriana*"; se basó en un enfoque de estudio sobre las

motivaciones y políticas implantadas por el gobierno en ese periodo, sobre el derecho a la salud y asistencia médica de este sistema en la mujer ecuatoriana, estableciendo que las principales motivaciones residieron en que, en el año 2008 las enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y cirrosis), los accidentes de transporte terrestre y las agresiones fueron las principales causas de muerte en la población general de Ecuador.

Por otro lado, la influenza y la neumonía son las únicas enfermedades transmisibles que figuraron entre las diez principales causas de muerte, evidenciando en ambos casos, el difícil acceso a los programas de salud pública.

Esto refleja un proceso de transición epidemiológica donde coexisten los problemas crónicos no trasmisibles y las enfermedades transmisibles. El cuadro en mujeres quiteñas era similar al nacional, las cuatro primeras causas de mortalidad eran la diabetes mellitus, las enfermedades hipertensivas, las enfermedades cerebrovasculares y la influenza y neumonía, responsables de 25% de las muertes totales.

Un indicador reflejado por los investigadores, en cuanto a muertes maternas, cuya razón de mortalidad fue de 140 por 100 000 nacidos vivos en el año (2010) fue la hemorragia posparto como principal causa de muerte, seguida por los trastornos hipertensivos durante el embarazo (preeclampsia, eclampsia), las anomalías de la dinámica del trabajo de parto, la sepsis puerperal, el embarazo ectópico y el aborto no especificado. En todas estas situaciones se valoró que las mujeres no tenían acceso al sistema de salud, durante su periodo de gestación no llevaron un control

prenatal para la identificación de factores de riesgos, marginadas por sus condiciones socioeconómicas.

Otro estudio realizado por Lucio et al. (2011) titulado "*Sistema de salud en Ecuador*" permitió describir las condiciones de salud en Ecuador, las características del sistema ecuatoriano de salud, incluyendo su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento determinado lo establecido en la constitución en su articulado 366 que estipula lo siguiente; "El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado.

Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud, los recursos físicos, materiales y humanos de los que dispone, las tareas de rectoría que desarrolla el Ministerio de Salud Pública, la generación de información en salud, las tareas de investigación, y la participación de los ciudadanos (inclusión de las mujeres en programas de atención integral de salud sexual y reproductiva) así como en la operación y evaluación del sistema.

En la que se discutieron las innovaciones más recientes que se han implantado en el sistema ecuatoriano de salud dentro de las que se destaca la construcción de hospitales y centro de salud para garantizar la gratuidad de dicho servicio como un derecho a todos los ciudadanos, reformado durante el periodo del gobierno de Rafael Correa, específicamente a mediados del 2008.

Un interés es considerar las reformas presentes en el sector de salud en el Ecuador. Los autores De Paepe, Echeverría, Aguilar, & Unger (2012) realizaron una revisión y un análisis en profundidad de la literatura publicada sobre el sector salud ecuatoriano desde 1990 hasta el 2010. Encontraron que aunque la reforma neoliberal del sector salud no se implementó abiertamente, muchos de sus elementos típicos están presentes: reducción severa de los presupuestos públicos, seguro de salud “universal” con cobertura limitada para grupos específicos y contratación de proveedores privados. El sector de la salud permanecía segmentado y fragmentado, lo que explica la limitada accesibilidad a servicios de salud de la población. Una consideración detallada resalta que el gobierno del economista Rafael Correa presentó plan a largo plazo para unir los servicios del Ministerio de Salud y la seguridad social. En conclusión, el sector salud en Ecuador sufrió una reforma neoliberal “silenciosa”. El gobierno del expresidente Rafael Correa revierte, aumentando los presupuestos públicos para la salud, pero con dificultades en introducción de los cambios radicales necesarios.

Un estudio relacionado con el tratamiento de la temática desarrollado por Restrepo (2014) detalla información relevancia acerca de la vulnerabilidad de las mujeres al acceder a los diferentes servicios de salud. El autor presenta una serie de indicadores económicos y sociales que ayudaran a la fundamentación de la investigación y a la consolidación de la información. Los resultados se desarrollan a través de un análisis descriptivo de situación de pobreza, saneamiento, educación, condiciones de mercado laboral, ingresos, estilos de vida, violencia contra las mujeres, salud sexual y reproductiva. El dato de mayor relevancia es el análisis de la oferta y la demanda de los servicios de salud en la Parroquia de Quito, que evalúa la problemática

conjuntamente con la presentación de los lineamientos de la política de género presentes en el año 2014.

Un estudio de Castillo (2015) brinda detalles de trascendencia acerca de desarrollo histórico del Sistema Nacional de Salud de Ecuador, el autor describe la situación de salud del Ecuador, detalla las particularidades del sistema de salud ecuatoriano, con una revisión de las fuentes de financiamiento, los recursos físicos, materiales y humanos. Las diferentes crisis económicas derivaron en las reformas del SNS iniciadas en el 2007, el Gobierno de Revolución Ciudadana impulsa grandes cambios en el sector de salud, la más significativa es el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS - FCI). Las transformaciones del sector de salud se efectuaron en dos etapas: la primera, con inversión urgente y recuperación de la infraestructura, equipamiento, recursos humanos, provisión de medicamentos y suministros a unidades del MSP. El objetivo planteado fue el incremento de la cobertura y atención que ayude a la recuperación de la salud de las familias del Ecuador. La segunda etapa fortaleció la red de salud pública integral a través del denominado Modelo de Atención Integral de Salud, con un marco y normativa integral que brinde garantías en el derecho a la salud.

La investigación desarrollada por Jiménez et. al. (2017) menciona los cambios presentes en el periodo de análisis. El autor revisa puntualiza que el Sistema de Salud ecuatoriano ha tenido constantes cambios, por las transformaciones de los modelos económicos y sociales, pero sobre todo por la promulgación del último instrumento constitucional del 2008. La información estadística de los resultados obtenidos resalta el crecimiento de número de afiliados al IESS, de la cobertura de servicios de Salud

sobre todo en provincias con alto índice poblacional como Pichincha. La información de la investigación presentará y es de utilidad en la comprensión de la cobertura de los servicios en el periodo de análisis, con la presentación de tablas en periodos detallados que determinan el crecimiento de la oferta y la demanda del sector.

El estudio publicado por Molina (2019) sobre el Sistema Nacional de Salud del Ecuador (SNS), el autor lo describe como segmentado y fragmentado, lo que influye en la implementación de las políticas públicas y en la prestación de servicios. La aplicación del marco analítico desarrollado en la gobernanza de salud y la provisión de servicios públicos. El estudio de caso presentado analiza la configuración institucional del SNS del Ecuador y sus afectaciones en las políticas públicas. Como conclusión se determina que a pesar del avance de los mecanismos desarrollados que han permitido la mejora del sistema, la misma estructura institucional tiene ciertas deficiencias que frena la integración de redes en la prestación de servicios.

Las deficiencias presentes en la cobertura de salud sobre todo en grupos prioritarios como las mujeres tienen mucha relación con la misma estructura del Ministerio de Salud Pública, hay servicios centralizados todavía, a pesar que ha existido una mejora sustancial, hay un mayor acceso a los servicios de salud incluso en comunidades rurales, el periodo 2008 al 2017 ha construido políticas más descentralizadas, por ende, los antecedentes presentados por Molina (2019) ayudaran a comprender su contexto histórico y los avances logrados en pro del derecho a la salud de las mujeres. Las investigaciones expuestas en el estado del arte, están relacionadas con los servicios de salud dirigidos hacia las mujeres ecuatorianas, en las que se evidencia que durante el periodo de estudio desde el año 2008 hasta el 2017, se visualizaron

motivaciones en las reformas de políticas sociales por el gobierno de turno, debido a una gran preocupación que residía sobre una tasa de mortalidad del 25%, por el difícil acceso a los sistemas de atención, esto proveniente de la centralización del servicio médico asistencial, así como falta de programas de salud pública, que afectaron gravemente a mujeres gestantes y con afecciones como; diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y cirrosis, entre otros. Así mismo se valoró la falta de programas médico asistenciales y acceso a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, debido al aumento de casos de madres adolescentes cuyos recursos económicos no les permitió acceder a los servicios médicos privados.

Por tanto, las investigaciones analizadas durante el periodo de la investigación muestran deficiencias graves que en su momento, presentaron la motivación del gobierno ecuatoriano regido en ese entonces por Rafael Correa, la reestructuración de las políticas de salud públicas y que hasta ahora han existido avances significativos en la salud pública, sin embargo un primer punto permitió valorar que las acciones tomadas al inicio se basaran en la mejora de la infraestructura de hospitales públicos, centros de salud y la implementación de servicios de salud direccionada a poblaciones vulnerables pero los factores socioeconómicos han sido determinantes en la reducción de los presupuestos dirigidos a los servicios de salud pública por la dependencia a la exportación de petróleo, la crisis mundial que afectado con la reducción del valor del barril de petróleo, así el estado percibe menos recursos para sectores prioritarios sumándose a otros problemas, por ejemplo, las deficientes políticas públicas implementadas desde el 2016 hasta el año 2020.

A pesar de los resultados importantes en los indicadores de producción de servicios de salud, en el periodo de investigación considerado se detecta como problemática desbalances en los indicadores de coberturas de vacunación, mortalidad materna, desnutrición infantil, que requieren una reflexión profunda de las instituciones de salud acerca de los problemas de salud prioritarios (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 2018). Estos problemas afectan a grupos vulnerables como las mujeres sobre todo que se encuentran en situación de pobreza.

La provisión de los servicios de salud, se encuentran segmentados en los subsistemas públicos y privados. En este mismo orden, se tiene que Ecuador como en muchas naciones, si ha alcanzado una situación intermedia de desarrollo en salud, sin embargo aún hay mucho trecho que tiene que ver con una correcta planificación y organización de atención de salud según niveles de complejidad progresiva, cuyos recursos humanos, físicos y tecnológicos, que deberían ser determinados y normalizados de manera que garanticen la existencia, en esos niveles, de una atención con capacidad resolutiva conocida y que respalde a la población vulnerable y específicamente se creen programas que sustente el derecho medico asistencial a la mujer ecuatoriana.

Los registros investigativos muestran que en las organizaciones de salud en Ecuador, existe un importante vacío normativo que regule el crecimiento y el desarrollo de los centros asistenciales y su acceso a la población más vulnerable, más aún en momentos como los actuales en los cuales se intenta emprender nuevas formas de organización a través de la configuración de Redes Asistenciales o la implementación de un nuevo modelo de atención sanitaria.

Este vacío ha llevado a la existencia de una oferta de servicios de salud en todo el país con poco ordenamiento, sin ejes comunes de desarrollo, sin definición clara de sus categorías o tipos, sin mecanismos claros de relación y continuidad para la atención de los pacientes (referencia-contrarreferencia) al interior de la institución o con otras instituciones (intercambio de servicios) y con una serie de distorsiones que finalmente generan ineficiencia y menor capacidad de respuesta a la demanda de la población.

El abordaje de estos aspectos constituye, pues, un tema de importancia e interés central para el Ministerio de Salud Pública del país, porque a partir de su cabal entendimiento se puede iniciar de manera ordenada la organización de la oferta de servicios de salud, lo cual debe ser tomado en cuenta en todas las experiencias que busquen mejorar la gestión de los establecimientos de salud.

Finalmente debe mencionarse que los niveles de atención se producen o se dan de manera dinámica y permanente, es decir, es el resultado de la interacción de la demanda con la oferta, la cual siempre se produce al margen de cuán organizadas estén cada una de ellas, por lo que no es extraño encontrar que en un establecimiento de salud de alta complejidad se puedan estar dando los tres niveles de atención debido al requerimiento de la demanda o que en centros asistenciales de menor nivel de complejidad no se tenga respuesta adecuada a pacientes con necesidad de servicios de mayor complejidad debido a la inexistencia o ineficacia del sistema de referencia. De manera tal, que los niveles de atención en su configuración distan mucho de lo que se esperaría, en desmedro de la calidad, eficiencia y equidad en la entrega de los servicios de salud.

1.2 MARCO CONCEPTUAL

1.2.1 Cobertura Universal de Salud

Los países de América Latina se están acercando a la cobertura universal de salud, como lo avalan las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud. Está es parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y se define como todas las personas que tienen acceso a los servicios de salud necesarios sin el riesgo de sufrir enfermedades graves y consecuencias financieras. Se introdujo en Ecuador en 2008, sin embargo, las funciones de financiamiento y prestación del país dentro del sistema de salud aún están fragmentadas (Eckhardt & Santillán, 2018).

1.2.2 Sistema de salud

Para conceptualizar el sistema de salud, establece Castillo (2015) que "desde el contexto del neoliberalismo, surgen nociones económicas como la privatización, la disminución del tamaño del Estado y su pérdida de poder" (p.7), junto con un proceso de reorganización enfocando a este nuevo escenario económico para la transformación del sistema de salud, el que ha optado por la búsqueda de la equidad y la participación social, catalogándolo como la base para la solución de los problemas territoriales en salud, al igual que una mejor administración y distribución de la infraestructura de salud pública, coincidiendo con la división territorial político administrativa que maneja cada país.

Según Lucio et al. (2011) existen diferentes tipos sistemas de salud alrededor del mundo, ...“muchos con tendencias socialistas y otros neoliberalitas, de igual manera varios sistemas han sido privatizados y otros son completamente gratuitos, cubriendo totalmente los gastos por parte gobierno nacional siendo un Estado bienestar; sin

embargo, en los países de Latinoamérica hay que destacar la cultura y su historia para determinar la manera en la que se distingue la solidaridad, la equidad social, la capacidad económica, el tamaño y distribución de la población, de igual forma su relación entre las fuerzas políticas para así entender el grado de control del Estado sobre la producción de servicios de salud” (p.5).

Desde el aspecto de la provisión del servicio de salud pública, en Ecuador a las desigualdades e inequidades sociales y en salud son relacionadas directamente con los estratos sociales, las necesidades básicas insatisfechas y el espacio definido como la unidad limitante de medida, lo que culmina con una desterritorialización que es provocada por actividades tales como: el flujo migratorio intensivo y desestructuración de las redes sociales, siendo el reflejo de una fragmentación del territorio que es impulsada por el manejo de la administración y provisión de servicios públicos que el Estado suministra a grupos sociales, comunidades y localidades, además del tipo de gestión, ejecución y cumplimiento de una política pública inclusiva (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011).

Desde el ámbito de salud pública, una de las bases teóricas y temáticas, que relaciona los fenómenos que están ligados con la desigualdad y la provisión de servicios de salud es la definición de la geografía de la salud, concepto que a través del tiempo se fue desarrollando y tomando importancia a partir de la relación de la epidemiología con el territorio, reconociéndolo como un agente de influencia en la transmisión de enfermedades, introduciendo formas de organización social del espacio y relacionándolos como un problema en la salud pública.

1.2.3 Desigualdad en salud

Según Molina (2019) argumentan que la desigualdad en salud “tiene relación con el nivel socioeconómico, el uso de asistencia sanitaria y la morbilidad, agregando una relación con el estado de salud, tamaño del hogar y el aspecto socioeconómico” (p.2).

Coincidiendo con el argumento anterior el investigador Castillo (2015) propone que se puede entender que; “la desigualdad en salud a más de estar relacionada con la distribución de los establecimientos de salud y la enfermedad en la población, se incluyen a determinantes sociales como la riqueza, la educación, la ocupación” (p.10)

El acceso de mujeres y hombres a los servicios de salud es un tema prioritario y de importancia nacional; sin embargo, las acciones de política pública para protegerlo enfrentan diversos obstáculos que impiden lograr la igualdad de género en el respeto y ejercicio de este derecho.

Otras formas de desigualdad evidenciadas en el ámbito de la salud, son el grupo racial o étnico, la residencia urbana o rural y las condiciones de habitabilidad o equipamientos del lugar en el que se vive o trabaja. Manteniendo esa tendencia, Molina (2019) establece que es modificable a través de marcos políticos por estructuras sociales impuestas y en atención sanitaria surge una estigmatización, que se evidencia en personas de distinta etnia, origen geográfico y nivel socio económico, siendo estas sistemáticas entre las distintas clases sociales por lo tanto son evitables. Carrillo (2015) menciona que se puede determinar a la desigualdad en salud relacionándola con factores externos fuera del estado físico de un individuo, “tal es el caso de los determinantes que se evalúan para la estigmatización social, nivel socioeconómico y el tipo y lugar de trabajo de cada individuo” (p.49. Adicionalmente,

se va distinguiendo distintos tipos de desigualdad, una física que está relacionada con el nivel de acceso (distancia y localización espacial) que un individuo o población tiene hacia un centro de salud, el cual va a estar sujeto a la topografía del sector, al tipo de vías y el tipo de servicios de transporte público; y por otro lado, a la desigualdad en salud generada por el estado de salud de la persona y la atención que sea brindada sin sufrir una discriminación o exclusión influenciada por su condición.

De esta manera para medir la inequidad de la población, es necesario valorar aparte de la distribución de la salud o los servicios de salud en la población, también su distribución con los parámetros que definen los grupos, como el estado socioeconómico, el género, la raza, entre otros.

Adicionalmente, los servicios públicos deben ser visualizados desde una doble perspectiva, es decir desde la visibilidad y la accesibilidad, siendo el aspecto espacial un determinante para esto. También hay que mencionar que en el caso de los servicios de salud, la atención en salud involucra un aparato administrativo relativamente complejo, un cuerpo de profesionales de la salud costoso, por su grado de preparación y especialidad, y de la dotación de infraestructura requerida para garantizar una calidad y cobertura adecuada, este antecedente da a entender que el servicio de salud así tengan un carácter público debe involucrar mecanismos que garanticen su financiamiento, durabilidad, sustentabilidad a largo plazo, adecuada provisión pública, y este enfocado a los sectores más pobres o excluidos de las sociedades urbanas; sin embargo, esto se convierte en un limitante al momento de decidir la localización de la infraestructura sanitaria.

Por otro lado, hay que destacar que la desigualdad en salud está relacionada estrechamente con la estratificación que genera la desigualdad social, ya que ambas dependen de factores externos que van desde el aspecto socioeconómico, seguridad alimentaria hasta la provisión de servicios públicos. Desde el aspecto socioeconómico se puede encontrar el nivel de ingresos que un individuo o núcleo familiar tiene, el barrio donde vive, las condiciones de o el tipo de empleo, y en la salud tanto física como psicológica se encuentran factores tales como el comportamiento personal, la raza y el estrés, también la disponibilidad, el acceso y la calidad de la atención en los servicios de salud.

1.2.3 Demanda y oferta del sector salud

La demanda por servicios de salud según lo determina Gimeno (2010) “es la cantidad de atención médica requerida por una población a uno o más prestadores en un periodo de tiempo; está referida a los servicios y resulta de la voluntad de las personas para ir adonde se brindan las atenciones, para esperar o para pagar por ellas” (p.1).

La demanda por atenciones de salud es consecuencia de la interrelación entre las características de las personas demandantes y los atributos de los proveedores; tales como el trato ofrecido al usuario, tiempos de espera, transporte, experiencia global de la atención, etc.

Según Gimeno (2010) la demanda se expresa en las siguientes dimensiones: a) cantidad de atención, b) tipo de atención, c) grupo poblacional específico que demanda, d) periodo de tiempo en el que ocurre el requerimiento y e) tipo de proveedor que ofrece los servicios. Además, se concibe que la demanda varía de

acuerdo a una constelación de factores que pueden favorecerla, como en el caso de mayor ingreso familiar o de exposición a un riesgo, o impedirarla, como en el caso de inaccesibilidad geográfica o de tarifas elevadas (p.5).

En cuanto a la oferta de servicios de salud, según Castillo (2015)⁹ “está constituida por los recursos humanos, de infraestructura, equipamiento, de información, de organización. insumos, financieros. entre otros” (p.16), que organizados adecuadamente enfrentan a los requerimientos de la demanda a través de la entrega o realización de las prestaciones de salud, que son muy diversas y variadas.

Los criterios para la existencia, crecimiento y/o desarrollo de la oferta surgen o deben surgir de la demanda y deben satisfacerla en términos cuantitativos y cualitativos, lo cual es el compromiso fundamental de los sistemas de salud a nivel operativo y gerencial, , el compromiso incluye, además, que los recursos del sector se organicen en funciones de atención de tal complejidad, se combinen en tal proporción y se ubiquen en tales lugares que las necesidades globales se satisfagan al mejor costo.

De lo anterior se debe inferir que el sistema de salud puede satisfacer estas demandas con oferta pública, privada o de la seguridad social, dependiendo del segmento poblacional a atender. En todo caso es rol del Estado promover la coexistencia de estos subsectores, promoviendo un sistema coordinado de salud, y desde el punto de vista de uso eficiente de los recursos, buscando mecanismos de financiamiento (modalidades de aseguramiento) que permitan el acceso de cualquier grupo poblacional a cualquiera de estos subsectores.

De esta manera, se evitará la presencia de oferta con capacidad instalada ociosa, ya sea pública, privada o de la seguridad social. Asimismo, cada organización de salud independientemente del subsector al que pertenezca puede cubrir sus demandas con oferta propia, con oferta contratada, o con ambas modalidades, dependiendo del tipo de prestación, lugar de entrega o cualquier otra consideración que permita que las prestaciones otorgadas se realicen con la mayor eficiencia y la mejor calidad.

1.2.4 La accesibilidad en el sistema de salud pública

La accesibilidad parte de la localización espacial y la distancia entre la oferta de salud y su demanda, reduciendo de esta manera el costo y tiempo de traslado entre la unidad y la ubicación de cada consumidor; evaluando la accesibilidad a nivel físico, a través de la distancia junto con la localización, y a nivel social identificando y asociando sectores de acuerdo al nivel socio económico (Gimeno, 2010).

Según Castillo (2015) accesibilidad espacial de las unidades de salud que pertenecen al sistema de salud pública dentro de una urbe, surge la necesidad de identificar a sus componentes, identificando una accesibilidad revelada y una potencial, que ayudan a determinar los factores espaciales, sociales y económicos de cada caso de estudio

Se debe tener en cuenta que la presencia de los servicios públicos se ha convertido en un factor que influye en el aumento o disminución de las desigualdades sociales y de la salud, siendo la entidad pública sanitaria rectora de cada país la encargada de administrar, distribuir y localizar cada unidad de salud, generar una equidad en el servicio tanto social como espacial y custodiar el nivel de salud de toda la población.

Establecidos los conceptos de términos claves en el estudio, permitieron una noción teórica que abrió paso al desarrollo del siguiente capítulo, en donde se priorizará la revisión de algunos aspectos como la calidad y cobertura de los servicios de salud en Ecuador, que son importantes en la organización y funcionamiento de la oferta de los servicios de atención médica para las mujeres desde un punto de vista institucional.

CAPÍTULO II

CALIDAD Y COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ECUADOR

2.1 Derecho a la calidad en los servicios de salud

La salud es un derecho reconocido en la normativa ecuatoriana, es un derecho humano esencial que brinda bienestar a los ciudadanos, del cual se derivan otros derechos. La normativa constitucional en su artículo 32 menciona lo siguiente:

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

2.2 Reforma del Sistema Nacional de Salud del año 2008.

La reforma del sector salud se implementó en muchos países de América Latina en las décadas de 1980 y 1990, lo que condujo a una reducción del gasto público en salud, limitaciones en la provisión pública para el control de enfermedades y un paquete mínimo de servicios, con el crecimiento concomitante del sector privado. A primera vista, Ecuador parecía seguir un patrón diferente: no se implementó una reforma formal, a pesar de muchos planes para reformar el Ministerio de Salud y el seguro social de salud (De Paepe, Echeverría, Aguilar, & Unger, 2012).

El sistema nacional de Ecuador ha tenido un proceso importante de transformación por los cambios estructurales por la aprobación de la Constitución del Ecuador del 2008 que establece que el Estado es un garante del derecho a la salud. En el entorno del MSP se han obtenido logros en el marco regulatorio general, en el crecimiento del gasto público, la inversión en infraestructura, en el crecimiento de los recursos

humanos y la definición de estrategias que ayudan a la implementación del modelo de atención integral e intercultural, que busca el bienestar de los ciudadanos y la comunidad. En el periodo de reformas a la salud, se destaca el establecimiento de una estrategia para ampliar el acceso de los usuarios de los servicios de salud a través de la estructuración e implementación de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y su relación con la Red Privada Complementaria (RPC). Además del establecimiento de los criterios técnicos y administrativos para la referencia y recepción de pacientes entre las unidades de las redes; la definición de un Tarifario Nacional de Prestaciones que rige la compra de los servicios entre los prestadores públicos y privados (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 2018).

2.3 La Gobernanza en el Sistema Nacional de Salud

Una determinante en la cobertura de salud pública es avanzar en la definición de mecanismos de gobernanza con funciones efectivas de coordinación del Sistema de Salud, que ayuden a fortalecer la utilización de los diferentes instrumentos de planificación estratégica y proyectos, que brinden respuestas a la problemática del acceso a los servicios de salud y la sostenibilidad financiera (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 2018).

Respecto a este criterio se tiene que la gobernanza es un punto clave para el enfoque analítico de este estudio, pues representa un fuerte potencial para la investigación, en cuanto a las políticas sociales, particularmente en el caso de la salud pública.

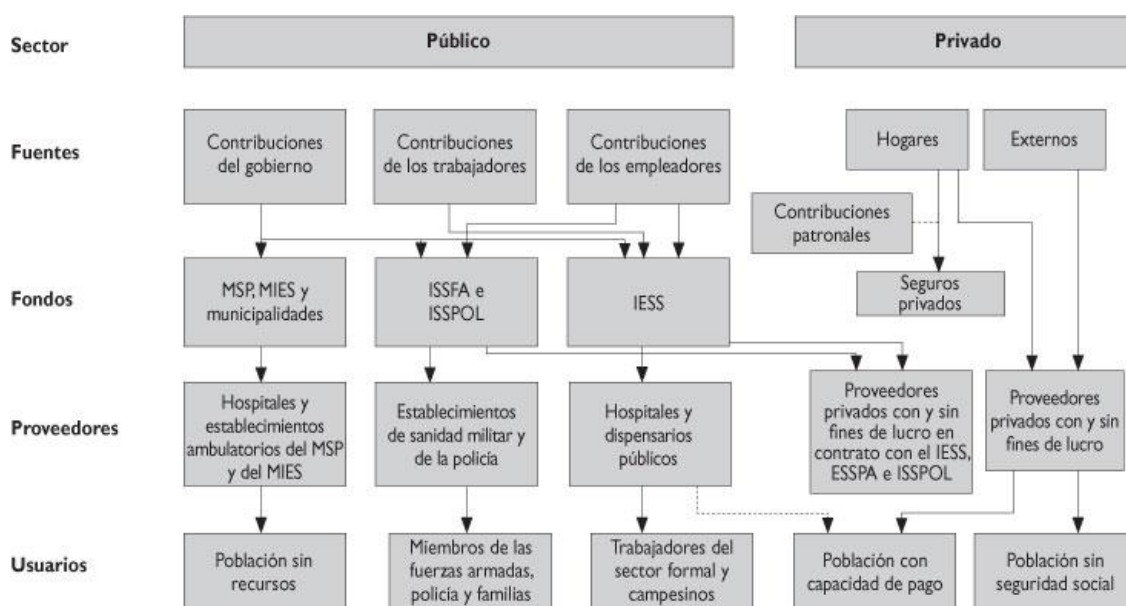
Definiendo el concepto de gobernanza de manera pragmática, según Molina (2019) ésta se refiere, “a los procesos de interacción entre los actores involucrados en un

asunto público, que llevan a la toma de decisiones o a la formulación de normas sociales” (p.9). Se postula que hay procesos de gobernanza presentes en cualquier sociedad y, a diferencia de otros acercamientos, éstos se pueden observar y analizar a partir de una perspectiva que no sea normativa o prescriptiva.

Finalmente, el estudio de estas permiten diagnosticar los procesos colectivos, pues la gobernanza no es por lo tanto, un modelo que sea deseable fomentar. Cada sociedad desarrolla sus modos de gobernanza, sus sistemas de toma de decisión o de resolución de conflictos entre sus miembros, sus normas e instituciones.

2.4 Estructura del Sistema Nacional de Salud.

Figura 1. Estructura del Sistema Nacional de Salud.



Fuente: Lucio (2011).

En la figura 1 se representa como está compuesto el Sistema Nacional de Salud está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social

(MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional).

El MSP ofrece servicios de atención de salud a toda la población. El MIES y las municipalidades cuentan con programas y establecimientos de salud en los que también brindan atención a la población no asegurada. Las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada.

Respecto al sector privado comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social. Los seguros privados y empresas de medicina prepagada cubren aproximadamente a 3% de la población perteneciente a estratos de ingresos medios y altos. Además existen al menos 10 000 consultorios médicos particulares, en general dotados de infraestructura y tecnología elementales, ubicados en las principales ciudades y en los que la población suele hacer pagos directos de bolsillo en el momento de recibir la atención (Lucio et al., 2011).

Cobertura pública y privada en salud

El Ministerio de Salud Pública y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social son los principales proveedores públicos y ejecutan sistemas paralelos de centros de salud y hospitales. Este último brinda atención médica a los miembros suscritos con derecho. Además, existen múltiples proveedores privados con fines de lucro, sin fines de lucro y tradicionales (Eckhardt & Santillán, 2018).

La cobertura en salud es una preocupación para la población, por los costos de los medicamentos, el acceso a una salud de calidad según los derechos de los ciudadanos, pero los gastos de manera anual, porque la mercantilización de la salud, el alto costos de los medicamentos y la incapacidad de los organismos de salud en crear políticas efectivas. La Constitución del Ecuador del 2008, el Plan Nacional del Buen Vivir, constituyeron un avance, todavía se requiere herramientas tecnológicas, mayor formación en la administración sanitaria pública y disminuir los actos de corrupción presentes en los mandos medios y altos del sistema de salud.

En la tabla 1 se muestra datos relevantes acerca de la cobertura de salud en el Ecuador en el periodo del 2014, en donde la población para el año 2016 era de 16,385,000, y se determina datos del ingreso nacional bruto, cuál era la esperanza de vida, con relación de la posibilidad de mortalidad antes de los 5 años, estableciendo que el PIB y el gasto por habitantes es representativo, requiere un análisis integral sobre las políticas que ayuden a un mejor acceso a la salud.

Tabla 1: Cobertura de salud en el Ecuador año 2014

Población total (2016)	16,385,000
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 2013)	10,310
Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2016)	74/79
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos, 2018)	14
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2016)	142/86
Gasto total en salud por habitante (\$, 2014)	1,040

Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2014)	9.2
--	------------

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2014).

Un análisis de datos de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Materno infantil (ENDEMAIN) de 2004 encontró una relación negativa significativa entre la situación económica del hogar y la utilización de servicios preventivos y curativos, y lo mismo se encontró para la etnia indígena (López & Chi, 2010).

Esto se ve contrastado en el planteamiento de este estudio, sobre el difícil acceso al sistema de salud pública por parte de las mujeres ecuatorianas, incluyendo mujeres indígenas, pues bien, el nivel de atención de las mujeres ha sido evaluado al considerar si han recibido o no atención médica asistencial de forma integral, basada en salud sexual (métodos de anticoncepción) o reproductiva, (si tuvieron atención prenatal, cuatro o más revisiones durante el embarazo y asistencia de parto).

Por otra parte, en relación a los resultados de la ENDEMAIN, es visible que este estudio ha mostrado injusticias considerando una interseccionalidad entre el ser mujer e indígena, y se ha evidenciado la incapacidad de los sistemas de salud para desarrollar servicios interculturales que garanticen atenciones de acuerdo a la cultura de las poblaciones

El Sistema Nacional de Investigación en Salud lo conforman el conjunto de instituciones, personas y actividades cuya meta es generar conocimientos de alta calidad, que puedan utilizarse para promover, restaurar o mantener el estado de salud de las poblaciones.³⁸ Se enmarca en las disposiciones de la Constitución Política del

Ecuador, el Plan Nacional de Desarrollo 2009-2013, SENESCYT, el MSP, Ley Orgánica de Salud, y la Política Nacional de Investigación en Salud. 39 Los objetivos del Sistema son: Impulsar y desarrollar la investigación científica, la formación y capacitación de recursos humanos y la utilización de la investigación como elemento fundamental para contribuir a mejorar la calidad de la salud y vida y los niveles de justicia y equidad en salud de los ecuatorianos; Propiciar el desarrollo de políticas, planes, programas y acciones en respuesta a los resultados de las investigaciones en salud.

Respecto a estas consideraciones, un enfoque a estudiar es el acceso al sistema de salud, se tiene que las actitudes hacia la atención de la salud difieren, pues el sistema de salud del Ecuador esta caracterizado por su segmentación, es decir de acuerdo a la edad, género o estrato social, por tal razón coexiste con sistemas privados, sin embargo gran parte de la población no alcanza un mayor poder adquisitivo por lo que debe acudir a la salud pública y a las redes asistenciales ofrecidas por el estado.

La segmentación es entendida como la “coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión” de servicios a diferentes grupos de la población, determinados por varias barreras de acceso, mientras la fragmentación implica la “coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en la red de servicios de salud en un mismo segmento” (Gimeno, 2010)

Frente a la segmentación y fragmentación, la OPS propone la integración de los sistemas como un abanico de posibilidades entre la fragmentación absoluta e integración total, que se construye en función de la configuración de las partes del

sistema, es decir que existen elementos más integrados que otros, teniendo en cuenta que la integración “no es un fin en sí mismo sino un medio para mejorar el desempeño del sistema” (Organización Panamericana de la Salud, 2008)

Para esto, la OPS recomienda la definición y estandarización de la Atención Primaria de Salud (APS), la cual es utilizada como una herramienta que fomenta la integración del servicio de la salud dado que los servicios del primer nivel de atención se asocian y son complementados con el resto de niveles del sistema, por lo que la APS cumple un rol importante en la coordinación del continuo de servicios y del flujo de información (Organización Panamericana de la Salud, 2008) En el Ecuador, la provisión del servicio en el SNS está segmentada en tres subsistemas; el primero representado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), el cual está pensado para la atención de la población más vulnerable y con escasos recursos. El segundo subsistema hace parte del Sistema de Seguridad Social (SS), que nació con el objetivo de proteger a los trabajadores bajo relación de dependencia o que optan por la afiliación voluntaria, ya sea del sector público o del privado. Existen reformas y reglamentos que amplían la cobertura a atención hacia los cónyuges e hijos menores de 18 años de los aportantes en los diferentes regímenes de SS. Este subsistema brinda los servicios de salud por medio de los institutos de SS (Seguridad Social General, Fuerzas Armadas y Policía Nacional). El último subsistema está compuesto por los prestadores privados, los cuales están concentrados principalmente en la zona urbana del país.

En resumen, el sistema de salud se caracteriza por una segmentación y fragmentación estructural profundamente arraigada, que afecta negativamente tanto al empleo

profesional como, como se verá, al acceso de las personas a una atención de salud de calidad. A continuación se establecerá un análisis, durante las últimas décadas, las políticas de salud han impactado la estructura del sistema de salud y los logros en la salud de la población.

2.5 Acuerdos y tratados internacionales de salud pública con enfoque de género

Ecuador ha firmado una variedad de acuerdos internacionales que protegen el derecho a la salud de las mujeres en el Ecuador, en este capítulo se efectuará una revisión de los tratados sobre tales derechos que se sustentan legalmente los conceptos y las políticas de salud de las mujeres ecuatorianas.

La política de salud dirigida a las mujeres está relacionada con los numerosos tratados internacionales que el Ecuador ha firmado como parte fundamental de su normativa nacional, que tiene como fin el respecto al derecho humano de salud. El 10 de diciembre de 1948, Ecuador suscribió la Declaración Universal de Derechos Humanos, que fue el punto de partida de diferentes acuerdos y convenciones regionales que han propiciado el cambio hacia los derechos en salud de las mujeres. De manera más específica la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer – CEDAW, es uno de los principales instrumentos internacionales que promueve la igualdad y la prohibición de la discriminación basado en los principios de igualdad sustantiva, el principio de no discriminación y el principio de obligación del Estado. El Ecuador ha implementado estos en su marco jurídico, determinados también en los siguientes instrumentos internacionales: La Declaración Universal de los Derechos Humanos, Pacto Internacional de Derechos

Civiles y Políticos, Convención Americana de Derechos Humanos, la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres, la Convención Internacional de los Derechos del Niño, la Declaración sobre la Eliminación de todas las Formas de Intolerancia y Discriminación Fundadas en la Religión.

Los instrumentos internacionales en materia de salud describen el derecho en términos jurídicos, lo cual representa una directriz normativa que delimita la responsabilidad del Estado en relación a la protección de este derecho, otorgando a las personas capacidad de exigencia ante cualquier situación en la que se determine su vulneración o la supresión del derecho en mención. En este sentido, los instrumentos internacionales en materia de salud resaltan la amplitud del derecho a la salud, como resultado del cual se crea la posibilidad de promover condiciones en las que las personas puedan llevar una vida sana, mas no solamente la posibilidad de contar con atención médica en caso de adolecer de alguna enfermedad.

Adoptando la posición de Arriagada et al. (2005), uno de los instrumentos internacionales que abarca el Derecho a la Salud de manera más completa es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el mismo que, en palabras del autor “corroboración la pertinencia de que los organismos internacionales se tomen con seriedad y hasta sus últimas consecuencias los textos internacionales de derechos humanos”; 46 en este sentido, siendo estrictamente objetivos es imposible llegar a la conclusión unívoca de que mediante la suscripción de instrumentos internacionales en materia de salud el Estado se reviste de total capacidad para asegurar que toda su población esté sana, ya que existen factores que no se pueden

controlar, como son la propensión a sufrir de tal o cual dolencia, o la adopción de estilos de vida que afecten de manera directa al bienestar y a la salud. Sin embargo, la suscripción de estos instrumentos conmina a los Estados a brindar condiciones de vida favorables a sus ciudadanos, a fin de que estos ejerzan el derecho a la salud y el derecho de acceso a los medicamentos en la medida de lo posible, y permite someter la calidad de prestación del servicio de salud al escrutinio mundial, lo que exige a los Estados mejorar sus servicios y pretender que la mayoría de sus ciudadanos puedan acceder a servicios de salud integrales y medicamentos seguros y eficaces.

Por tanto la importancia, reside en que la suscripción de estos tratados contempla una de las fuentes que dan origen al Derecho Internacional de la Salud, comprendido por la doctrina como una rama del Derecho Internacional Público que evoluciona rápidamente y que abarca varias materias del quehacer jurídico este derecho se distingue por ciertos caracteres como son su fragmentariedad, su carácter dinámico, funcional multidimensional y con vocación a ser un derecho administrativo global expresado en los marcos legales de casa país, como el caso de Ecuador para hacer valerlos frente a la población más vulnerable respecto al acceso de la asistencia médica pública.

2.6 Importancia de las políticas públicas en salud

2.6.1 Tipos de políticas públicas de salud del Ecuador

En el Ecuador no se puede mencionar un solo tipo de política porque las mismas son integrales y plantean solucionar una serie de problemas con la consideración de los ejes sociales, económicos, ambientales, laborales, de salud.

La planificación como herramienta fundamental para trazar el horizonte y los caminos a seguir hace que un país sea capaz de garantizar los derechos de las y los ciudadanos y de las futuras generaciones. Desde esta perspectiva, la salud es reconocida como un derecho fundamental garantizado por el Estado, y se constituye en un eje estratégico para el desarrollo y el logro del Buen Vivir. La Constitución dispone el cumplimiento del derecho a la salud, a través del ejercicio de otros derechos interdependientes con la finalidad de lograr el buen vivir. En correspondencia con el marco constitucional el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013, establece las políticas y metas que contribuirán al mejoramiento de la calidad de vida de la población, entendida como el nivel de bienestar, felicidad y satisfacción de necesidades individuales y colectivas

Un ejemplo de estas políticas, es el Plan Nacional del Buen Vivir, este instrumento se sustenta en la noción del Buen Vivir, siendo este algo que "(...) Se planifica, no se improvisa". El Buen Vivir es la forma de vida que permite la felicidad y la permanencia de la diversidad cultural y ambiental; es armonía, igualdad, equidad y solidaridad".

Este está delineado por seis dimensiones básicas: Diversificación productiva y seguridad económica, acceso universal a bienes superiores, equidad social, participación social, diversidad cultural y sustentabilidad. Estas dimensiones se concretan a través de un conjunto de 12 lineamientos estratégicos que, compuestos a su vez por objetivos, expresan la voluntad de continuar con la transformación histórica del Ecuador.

En el marco del desarrollo de las políticas se plantea el Plan Nacional del Buen Vivir, que analiza las problemáticas sociales relacionadas a la desigualdad y la

discriminación basada en género, los objetivos y políticas del plan son de obligatorio cumplimiento para todas las funciones del Estado y niveles de gobierno.

2.7 Políticas públicas de la calidad de los servicios de la salud

En el Ecuador se han planteado una serie de políticas sociales, económicas y de salud que tiene como objetivo la mejora de calidad de vida de las mujeres. Uno de las más representativas es la planteada por el Consejo Nacional para la Igualdad de Género (CNIG) quien se han encargado del cumplimiento de los ejes planteados a través de las propuestas y políticas de la Agenda Nacional para la Igualdad de las Mujeres y personas LGBTI 2018 – 2021. En el periodo 2014 al 2017 se presentó un documento enfocado a la implementación de políticas dirigidas a las mujeres y la igualdad de género denominado como Agenda Nacional de las Mujeres y la Igualdad de Género 2014-2017, que integra una serie de políticas dirigidas al bienestar de las mujeres basado en el principio de igualdad que exige valorar y favorecer de manera equitativa las diferenciase en necesidades, interés, comportamientos y aspiraciones de las mujeres y hombres con relación a la igualdad de derechos. También en el Buen Vivir como eje que ayuda a la construcción de políticas de igualdad, profundiza el alcance de los derechos, reconoce las potencialidades y necesidades específicas de las mujeres para superar las condiciones de desventaja en que viven y potenciar su realización plena en el plano individual y colectivo. Finalmente, la perspectiva de género que ayuda a comprender que las desigualdades se interponen en el logro de objetivos de los proyectos de modernización y democracia.

2.8 Políticas públicas dirigidas al bienestar de las mujeres en el Ecuador

Entre uno de los documentos esenciales que presentan las políticas relacionadas con los derechos de las mujeres se presenta la Agenda Nacional de las Mujeres y la Igualdad de Género 2014-2017, que tiene su actualización en el periodo 2018 al 2021. Esta Agenda se articula con el sistema nacional de planificación que debe aplicarse de manera transversal en todos los niveles del Estado sectorial, intersectorial y territorial, en la figura se presenta como se encuentra configurado el desarrollo de las políticas públicas en el Ecuador dirigida al bienestar de las mujeres.



Figura 2: Articulación del Sistema Nacional de Planificación Participativa

Fuente: Consejo Nacional de Igualdad de Género (2014).

En la figura 2 se evidencian como se constituye el Plan Nacional para el Buen Vivir, específicamente sobre las estrategias empleada por el estado para la transformación de una matriz productiva que erradique la pobreza, por tanto, para su éxito se divide en funciones que van dirigidas en dos agendas, la de coordinación intersectorial y

zonales, fundamentadas en políticas de desarrollo territorial y planificaciones institucionales.

Los avances del Estado en materia de política pública de salud sexual y reproductiva se aprecian en la construcción de la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en el año 2004, que busca reducir la tasa de fecundidad. Se han promulgado leyes como la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. La Agenda Nacional de las Mujeres y la Igualdad de Género 2014-2017, en el eje salud plantea lo siguiente:

Política 4.- Promover la salud integral de las mujeres y personas LGBTI, así como el pleno ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

La Agenda Nacional para la Igualdad de las Mujeres y personas LGBTI 2018 – 2021 plantea la necesidad de abordar desafíos que ayuden la disminución de la pobreza y la situación de desigualdad que afecta de manera desproporcionada a las mujeres. La finalidad de una política dirigida al bienestar de las mujeres es asegurar una vida libre de violencia, eliminar patrones culturales de género que discriminan, garantizar la salud integral y el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; generar condiciones para su acceso a un trabajo digno y el respeto a todos sus derechos. La Agenda Nacional es un instrumento de planificación nacional alineado con el Plan Nacional de Desarrollo, constituyéndose en una estrategia macro para transversalizar el principio de igualdad y no discriminación debido a género, que ayuda a la gestión pública como al empoderamiento de los sujetos de derecho. La política planteada relacionada con la salud y los derechos sexuales y reproductivos es:

Política 1.- Promover la universalización de la salud de las mujeres y personas LGBTI, así como el pleno ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, respetando la corporalidad, identidad y orientación sexo genérica.

Estas políticas se materializan en los diversos programas presentados por el Estado ecuatoriano, tales como; la Estrategia Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA-ITS respecto a la salud sexual, así como disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos – DAIA; Programa Nacional de Sangre.

Programa de Prevención Integral que residen en el Plan del Buen vivir. Así como el Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva; los derechos sexuales y derechos reproductivos en este Plan se evidencian en acciones integrales de calidad de SSSR para todas las personas, sin discriminación alguna.

Para fines de este Plan, la igualdad supone generar las condiciones y capacidades para que todas las personas, sin importar sus diferencias y especificidades, tengan las mismas oportunidades y puedan ejercer sus derechos en todos los ámbitos y, de manera particular, en el ámbito de la salud.

En el PNSSSR, este enfoque nos permitirá entender la vivencia de la salud, de la salud sexual y de la salud reproductiva como un proceso que se construye desde las cosmovisiones, imaginarios y prácticas culturales de las diversas personas.

La política tiene una serie de acciones y de programas de educación sexual integral dirigidos a profesionales de primer nivel de atención en salud, o la creación y ampliación de atención especializada a adolescentes, desarrollar un plan de acción

integral para la prevención del embarazo no deseado, en adolescentes, trabajar en programas de prevención del cáncer, conformar brigadas profesionales de la salud que visiten los hogares y valoren enfermedad mentales y psicológicas

2.9 Beneficios en la cobertura de los servicios de salud en el periodo 2008 al 2017

El sistema de salud ecuatoriano como se ha indicado en apartados anteriores, está compuesto por dos sectores; el público y el privado. En cuanto a los beneficios de la coberturas registrados en ese periodo se tiene que; la Constitución determina que; el Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.

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

El MSP, con la provisión más amplia de servicios del país, “47% de unidades ambulatorias y hospitalarias, y los hospitales de referencia nacional más grandes del país, cubre alrededor del 51% de la población ecuatoriana” (Ministerio de Salud del Ecuador , 2016).

Los trabajadores del sector formal de la economía, incluyendo al sector campesino, tienen derecho a afiliarse al IESS. Este instituto cubre por lo menos a 20% del total de

la población ecuatoriana . El ISSFA y el ISSPOL “cubren a poco más de 5% de la población con seguros públicos, que representan 2% de la PEA. 14 La cobertura de salud de estos sistemas es familiar e incluye a los hijos hasta los 25 años de edad” (Ministerio de Salud del Ecuador , 2016).

En resumen, si bien la ley proclama la cobertura universal en salud, en los hechos todavía existe una limitada cobertura real con servicios cuya calidad no siempre es la óptima.

2.10 Limitaciones en la cobertura de los servicios de salud en el Ecuador en el periodo 2008 al 2017.

Los servicios establecidos en la iniciativa han beneficiado a un grupo número de mujeres de la zona rural, sobre todo de las grandes ciudades como Quito, Guayaquil, Cuenca, Ambato, con mejores servicios de salud, pero con mayores dificultades en llegar a la zona rural, por el número de horas por llegar a esos sectores, la falta de infraestructura física y de profesionales de salud rural.

Los pacientes se concentran en los hospitales nuevos y más grandes, pero cualquiera que sea la explicación, el resultado es que el número de unidades médicas se está reduciendo cuando todavía es esencial descentralizar la cobertura de salud, especialmente en las áreas rurales. Como dice el informe del CDES, se están generando procesos de desarrollo geográfico, en los cuales las desiguales, particularmente entre áreas rurales y urbanas, pero también entre ciudades privilegiadas y el resto del país. Según el informe, el 91% del personal sanitario trabaja en instalaciones ubicadas en zonas urbanas. La demanda de salud es casi insaciable, las necesidades son urgentes y las soluciones son difíciles. El destino del sistema

público de salud ecuatoriano sin duda dependerá de muchos factores, pero uno de ellos es sin duda la posibilidad de incrementar la transferencia de recursos al Estado a través de los impuestos (Coffey, 2016).

Un estudio de Ortega et al. (2014) menciona que las personas que vivían en hogares de bajos recursos económicos o viviendas indígenas y las personas que vivían en áreas rurales (muchas de ellas con las tres características al mismo tiempo) tenían menos posibilidades de utilizar los servicios de salud. A pesar de una marcada concentración de prestadores de servicios de salud en áreas urbanas, se encontró que la presencia de personal de salud (excluyendo médicos) en entidades públicas rurales aumentó la posibilidad de utilizar servicios preventivos y curativos.

2.10 Uso Eficiente del presupuesto para el cumplimiento de las Políticas Públicas.

La proporción del gasto total en salud como proporción del PIB fue del 8,3% en 2014, aumentando 2,8 puntos porcentuales entre el período 2007 y 2014 (INEC, 2014b). El análisis sugiere que puede haber habido una influencia positiva ya largo plazo de un mayor gasto público en la cobertura de salud (Pinilla et al., 2018) como se ha observado en otros países de América Latina (Huicho et al., 2018).

Esto está en línea con la relación indirecta establecida entre la disminución del gasto público en el índice de Gini observada en el período 2004-2012 en varios países de América Latina (Cárdenas et al., 2019). En general, el aumento del gasto total en salud como porcentaje del PIB en Ecuador, junto con otros factores como el crecimiento económico, la reducción de la pobreza, la mejora del acceso a la educación y la

reducción de las desigualdades de ingresos pueden haber contribuido a esta tendencia (Rios et al., 2021).

En síntesis este capítulo detalló todo lo concerniente sobre el derecho a la calidad y cobertura en los servicios de salud, así mismo se expusieron las políticas públicas dirigidas al bienestar de las mujeres en el Ecuador con el fin de analizar cuáles son la estrategias e instrumentos propuestos durante el periodo de estudio, estableciendo una línea de investigación de dichas políticas, para poder analizar cómo es el acceso de las mujeres a los servicios del Ministerio de Salud Pública en el Cantón Quito. Entendiendo que el acceso al servicio de salud, es la materialización y cumplimiento de normativas contenidas en los instrumentos legales, tratados y programas del estado.

CAPÍTULO III

ACCESO DE LAS MUJERES A LOS SERVICIOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DENTRO DEL CANTÓN QUITO

3.1 Contexto del acceso a los servicios de salud en el Ecuador

Ecuador se encuentra entre los países latinoamericanos que sufrieron un largo período de crisis política y socioeconómica durante las décadas de 1990 y 2000. De 1996 a 2006, el país tuvo una economía convulsa y una gobernanza inestable (López & Chi, 2010). En 2004, se encontró que el acceso a los servicios de salud estaba restringido entre las personas con hogares de bajos ingresos, la población indígena y los habitantes de las zonas rurales en comparación con las poblaciones urbanas, no indígenas y de ingresos más altos (Ortega et al., 2014)

Sin embargo, durante el período posterior, de 2006 a 2012, se produjeron cambios drásticos en el país: la prevalencia de la pobreza se redujo de 37,6 a 27,3%; el producto interior bruto (PIB) aumentó del 4,2 al 12,6% y el índice de Gini descendió del 52,2 al 46,1%. El gasto sanitario total como porcentaje del PIB aumentó de 5,9 en 2006 a 9,2 en 2014 (Malo-Serrano & Malo-Corral, 2014). Los gastos de bolsillo se redujeron significativamente dado el notable aumento de la inversión pública en salud (Banco Mundial, 2021). Como resultado de estas características, Ecuador pasó del puesto 111 en 2000 al 13 en 2014 según el Índice de Eficiencia en la Atención de la Salud (HCE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Aldulaimi & Mora, 2017). Entre 2006 y 2014 las desigualdades en el acceso a los servicios de salud por nivel socioeconómico disminuyó (Granda & Jimenez, 2019).

Los estudios existentes han comparado las desigualdades en salud en períodos de tiempo más cortos, y sigue habiendo una falta de evidencia científica sobre las desigualdades en la cobertura de la intervención que refleje los contextos macroeconómicos y políticos cambiantes, particularmente a través de análisis que examinan el nivel subnacional (Gutiérrez et al., 2019).

La cobertura de todas las intervenciones de RMNCH analizadas tendió a aumentar significativamente durante el período dado, y más drásticamente entre 2004 y 2012 a nivel nacional. La cobertura de las intervenciones de RMNCH relacionadas con los servicios de salud (uso de anticonceptivos modernos, parto institucional y atención prenatal 4+ visitas) mostró los valores de pendiente más altos, con una cobertura que aumenta progresivamente a una tasa de aproximadamente 1,5 a 1,6% cada año. La cobertura más baja entre 1994 y 2004 fue de inicio temprano de la lactancia materna con una mejora notable entre 2004 y 2012 (29,1 a 52,6%) (Rios et al., 2021).

La reducción de las inequidades en las intervenciones de RMNCH relacionadas con los servicios de salud entre los períodos 1994–2004 no fue tan evidente como entre 2004 y 2012; lo que puede atribuirse al prolongado período de crisis política que se enfrentó entre 1997 y 2006, así como a la crisis financiera de 1999 (Salgado, 1999). En 2002, Ecuador destinó menos del 5% del gasto al gasto público social (promedio en la región 15%) y en 2005 fue uno de los países con menor gasto público en salud (solo 5,9% del PIB) (Malo-Serrano & Malo-Corral, 2014). La década entre 1994 y 2004 se caracterizó por la inestabilidad política, con un estancamiento de la cobertura de las intervenciones a pesar de las inversiones financieras reportadas en el sector de la salud (OPS, 2007). Sin embargo, se lanzaron programas como la Ley de atención

gratuita a la maternidad y al niño de 1999 a 2004, y es posible que hayan catalizado mejoras en la utilización de los servicios de atención primaria y una disminución de la mortalidad neonatal (Ruiz, 2009). A medida que estos programas se estabilizaron o mejoraron en el período siguiente, es posible que los beneficios de tales intervenciones hayan comenzado a surgir en el período posterior.

En el Ecuador se redujo notablemente las desigualdades en la intervención de RMNCH entre 2004 y 2012, lo que es consistente con otros estudios e indicadores que mostraron una reducción en las desigualdades en el uso de los servicios de salud después de 2006 (Granda & Jimenez, 2019). Eso podría estar relacionado con el proceso de transformación del sector salud iniciado en 2007, reforzado por la Constitución de 2008 que refuerza la protección de la salud como derecho humano. Se realizaron diversas acciones que reforzaron el liderazgo del Ministerio de Salud Pública basado en la atención primaria de salud (Lucio et al., 2011). Se presentaron mejoras en el suministro de infraestructura sanitaria, equipamiento e inversión en medicina (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social et al., 2013); aumento de los recursos humanos en salud (el número de profesionales médicos por cada 10.000 habitantes aumentó de 9,9 a 15,7 entre 2008 y 2012) (INEC, 2014a). Los beneficios de estos cambios en la prioridad y la inversión parecen haber tenido impactos en la equidad: otro estudio encontró que el porcentaje de nacidos vivos atendidos por personal de salud en áreas rurales (constante de 1990 a 2007), aumentó en 1,2 puntos porcentuales cada año entre 2008 y 2016 (INEC, 2021).

La reducción de las desigualdades se ha asociado con una mayor inversión en educación, un gasto social más equitativo y la implementación de políticas sociales

que apoyen a los subgrupos de población vulnerable (Huicho et al., 2018). Se observa que la calidad de la gobernanza medida por la capacidad institucional en la eficiencia del gasto (burocracia, controles) para tales reformas también juega un papel crítico (Farag et al., 2013).

El inicio temprano de la lactancia materna en Ecuador casi se duplicó entre 2004 y 2012. Este cambio puede atribuirse al gasto, así como a una serie de intervenciones dirigidas específicamente a la lactancia materna, incluida la “Iniciativa de hospitales amigos del niño”, la Ley de Promoción, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna y cumplimiento del código internacional para la comercialización de sucedáneos de la leche materna, reforzado en 2009, cuyas intervenciones pueden mejorar rápidamente las prácticas de lactancia materna, cuando se administran adecuadamente (Rollins et al., 2016). Esta intervención favoreció a las poblaciones más pobres y rurales, lo que refleja una tendencia mundial en la que las poblaciones más favorecidas tienden a tener tasas más bajas de cobertura de lactancia materna. Independientemente de estos avances, la cobertura nacional en 2012 se mantuvo baja (alrededor del 50%) similar a países como Perú o Bolivia. Por lo tanto, se debe ampliar la investigación y la inversión en esta área (Rios et al., 2021).

3.2. Servicios del Ministerio de Salud Pública en el cantón Quito

Desde el 2008 hasta el 2017 han existido cambios importantes en el sector de salud pública del Ecuador, mayor acceso a servicios de salud dirigida a las mujeres ecuatorianas sobre todo de escasos recursos económicos. Una de las causas tienen relación con mayor inversión pública dirigido a la atención de las mujeres en edad reproductiva, una decisión basada en el ingreso de mayores recursos por el aumento

del precio del valor del petróleo, por factores de carácter externo que beneficiaron al Ecuador, pero que evidenciaron la alta dependencia al petróleo, puesto que la reducción significativa del valor del barril del petróleo a nivel internacional, afectó la capacidad del Estado para generar inversión pública, sumándose, los actos de corrupción, la falta de políticas públicas actualizadas al periodo 2016 – 2021, que determinó la crisis existente en el sector público en el 2020-2021.

El Ministerio de salud pública en el cantón Quito ha desarrollado una variedad de proyectos para satisfacer la demanda de servicios de salud, Entre ellos el Hospital Gineco obstétrico al sur de Quito. Con una inversión de \$42 millones cuenta con 160 camas para la hospitalización y 40 puestos de neonatología con una amplia cartera de servicios para para las mujeres (Ministerio de Salud del Ecuador , 2016).

También ha crecido el número de profesionales para la atención en salud, que pertenecen al sexo femenino. El Ministerio de salud pública del Ecuador, el 60% de los profesionales de salud pertenecen al sexo femenino. Por ejemplo, de un total de 37,930 médicos generales 19,014 son mujeres, en cambio de 19,444 especialistas, la cantidad de 9351 son mujeres. Hay diferencias entre hombres y mujeres en temas de salud, según datos del INEC las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los hombres, en el periodo del 2015 al 2022 se ubicó en 79,5 años para el sexo femenina y 76,6 años para el sexo masculino las principales causas de morbilidad femenina está la coleditiasis, La apendicitis aguda y la neumonía. En el 2016 se registraron 25,781 egresos de hospitalarios de mujeres por la primera causa le siguen enfermedades como la diarrea y la gastroenteritis también otros trastornos del sistema

urinario que afecta con mayor frecuencia a las mujeres y la infección de las vías genitourinarias durante el embarazo (Coello, 2018).

En cuanto a la mortalidad femenina las cifras estadísticas muestran que las enfermedades isquémicas relacionadas con el corazón son la primera causa de muerte con 2766 casos, seguido de la diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades intensivas la influenza y la neumonía. En el 2016 se registraron 30,601 fallecimientos de mujeres (Bustamante & Armas, 2018).

Los datos de nacidos vivos registrados de madres adolescentes en el Ecuador en el periodo 2016 ascienden a 53,878 nacimientos de niños de madres adolescentes entre 10 y 19 años que es una problemática que afecta los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres a temprana edad. También la violencia de género es una preocupación para el MSP. El INEC ha determinado que en el país 6 de cada 10 mujeres a mi vida algún tipo de violencia física, psicológica, sexual e incluso laboral. una de cada cuatro mujeres ha vivido violencia sexual por ejemplo, sin embargo la violencia psicológica es la más recurrente, con el 53,9%. Adicionalmente, 9 de cada 10 mujeres divorciadas han vivido algún tipo de violencia de género.

3.3. Servicios de salud del MSP dirigida a las mujeres en cantón Quito.

En el Ecuador hay una serie de servicios direccionados a la atención médica de las mujeres específicamente relacionados con especialidades médicas como: maternidad gineco – obstetricia, cáncer, enfermedades catastróficas, También se puede mencionar que acuden a los diferentes servicios de salud prestados tanto en medicina

general como especialidades pero no direccionadas específicamente sólo a las mujeres puesto que ciertos padecimientos afectan a ambos géneros.

Respecto al servicio de salud del Ministerio de Salud Pública, tiene la finalidad de lograr equidad y progresividad en la garantía del derecho a la salud, ha establecido prioridades de intervención frente a los principales problemas de salud considerando el criterio de evitabilidad. La intervención en estos procesos puede incidir de manera significativa en la prevención de la muerte, la enfermedad y sus consecuencias.

Para la aplicación de este servicio, se tiene en principio un modelo de priorización de enfermedades a través del -Índice Compuesto de Priorización de Enfermedades, INPRIS que combina criterios e indicadores (magnitud de la mortalidad, muerte prematura y evitabilidad de la consecuencia y el evento), estima que la intervención integral y prioritaria en 18 enfermedades de alta prioridad puede contribuir a disminuir el 42% del total de muertes en el país.

Estos problemas coinciden en gran medida con el mosaico epidemiológico del país y una intervención integral y oportuna con acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación, así como, intervenciones intersectoriales, puede permitir un importante impacto en la disminución de muertes y complicaciones evitables.

En segundo lugar se hace mención a la a Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y prevención del embarazo propuesta por el MSP que pone a disposición programas públicos médicos asistenciales sobre la salud sexual y

reproductiva, así como programas de maternidad para que los partos sean seguros y que las mujeres no pierdan la vida al dar la vida.

Por ejemplo para la mujer gestante, existe en los hospitales públicos del estado y del DMQ la asistencia médica prenatal, así mismo post parto. Puede acudir a programas de nutrición en su embarazo esto respaldados por las políticas públicas de los estados que constan en el Plan del Buen Vivir.

Así mismo las mujeres jóvenes y las adolescentes tienen acceso, de manera particular a los servicios médico y programas de sobre sexualidad como componente central en sus vidas, un determinante para la construcción de sus identidades, por lo que la manera cómo es vivenciada y socializada por ellos y ellas es trascendental para el resto de sus vidas.

Las mujeres de bajos recursos de jóvenes y de tercera edad con afecciones en la salud como diálisis, diabetes mellitus, hipertensión, también son asistidas en los centros hospitalarios de la ciudad de Quito a través de los programas del estados, así mismo mujeres con cáncer de mama, uterino, entre otros sin embargo esta última asistencia en la práctica es muy poco favorecida y sólo una parte muy pequeña de la población tiene acceso.

En este sentido, un punto a considerar desde los servicios de salud, se basa en que no se han generado suficientes metodologías ni estrategias que permitan responder a las demandas y necesidades a esta población vulnerada como lo es la mujer sin dejar de menciona la mujer indígena, reconociendo las especificidades culturales y las

problemáticas específicas de estos grupos, lo que implica que las y los jóvenes no acceden a los servicios de salud sexual y reproductiva, salvo en momentos de emergencia por morbilidad y en el caso de las mujeres, cuando hay un embarazo de por medio.

Actualmente el Ministerio de Salud Pública no es la única institución que presta servicios de salud. Otras organizaciones públicas y privadas como las organizaciones no gubernamentales, instituciones religiosas, centros de medicina alternativa y complementaria tienen un rol en la prestación de servicios de salud, con por lo cual se deben establecer coordinaciones de trabajo y discusión de sus planes de salud para hacer coincidir los esfuerzos y recursos. El Plan Nacional de Salud debe ser preparado y discutido con toda 1a sociedad civil organizada para lograr juntar los esfuerzos hacia un objetivo común. El personal debe incluir en la programación de su tiempo de trabajo las actividades de coordinación intersectorial, las actividades en las Zonas, los Distritos y Circuitos deberán realizar la coordinación interinstitucional. En resumen se deben de promover acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida, mediante actividades de coordinación intra e intersectorial, tendientes a incrementar el acceso al agua la disposición adecuada de excretas, la vivienda, las oportunidades de trabajo, entre otras priorizando las comunidades urbano marginales, rurales y con mayor vulnerabilidad y riesgo

Por tanto, es necesario que estos servicios sean garantizados por el MSP en pro a minimizar los riesgos a la salud, haciendo valer sus derechos a una asistencia médica, digna, equitativa, universal, sin discriminación, de calidad y eficiente., con acceso a todos los programas de beneficio propuestos por el Estado

3.4. Políticas públicas dirigidas al bienestar de las mujeres en el cantón Quito

Las políticas públicas del cantón Quito proponen acciones a favor de la salud de la población femenina, la finalidad garantizar a las mujeres el derecho a la salud no sólo con infraestructura básica sino también con el acceso a una variedad de servicios de salud con la reafirmación del derecho a la salud sexual y reproductiva sin restricciones o exclusiones de ningún tipo.

En cuanto a estas políticas, se tiene que la organización de la atención en un territorio debe estar dispuesta de tal manera que el ciudadano promocio su salud y recupere la misma aunque tenga que pasar por varios niveles de complejidad o resolución de los servicios. Por ejemplo, una mujer embarazada complicada con pre eclampsia, captada en un puesto de salud, es referida hasta una Unidad de Salud de segundo nivel donde se le trata la complicación, se le atiende el parto al recién nacido y se le dan consejos sobre lactancia materna y necesidad de espaciar el próximo embarazo siguiendo las normas y protocolos de atención del MSP del Ecuador.

La integración de las unidades de salud en los 3 niveles de atención debe dar como resultado una atención continua a las usuarias por medio de una red con organización y tecnología apropiada, jerarquizada para prestar atención racionalizada a los pacientes, de acuerdo al grado de complejidad médica y tecnológica del problema y su tratamiento.

El desarrollo de la Atención Primaria al fortalecer la atención hospitalaria establece la necesidad de promover la Salud y prevenir enfermedades con acciones integrales

dirigidas a las personas, la familia, la comunidad y su entorno, impulsar la educación higiénico sanitaria para producir cambios en los hábitos y actitudes y orientar los servicios de salud para atender las necesidades básicas de la población.

Los hospitales asumen su rol de unidades de referencia asistencial, docente e investigativa, integrándose a la red local de servicios, dirigiendo sus acciones a la población para garantizar su derecho al acceso y cobertura de la atención en los centros de salud.

Estas políticas conllevan a romper el abordaje tradicional y vertical de los programas de salud, reorientando la atención al logro de resultados de impacto social al fortalecer los resultados institucionales, lo que permite la eficiencia y efectividad programática al dirigir los esfuerzos al apoyo para la solución integral de los problemas de salud, esto significa “asegurar que distintos servicios lleguen al mismo tiempo y se realicen en los territorios donde la población corra más riesgos”.

Por tanto estas políticas buscan responder a las necesidades locales, tomando en consideración: el perfil epidemiológico, la situación diferenciada de hombres y mujeres, la estratificación y el enfoque de riesgo, la realidad local de cada zona y distrito por lo que deberán revisar sus objetivos y metas planteadas y ajustar sus normas a los criterios de integración de las acciones a través de los servicios, para lograr lo que se conoce como convergencia de programas.

En síntesis, las políticas públicas dirigidas al bienestar de las mujeres, se sustentan en el Sistema Nacional de Salud pues se inclinan a mejorar la calidad de vida de la población y no simplemente prestar servicios de asistencia a los enfermos. Los

esfuerzos aislados del sector salud no bastan para mejorar la salud de un modo evidente, por lo cual es necesaria la participación de otros actores que pueden influir en el mejoramiento de la salud.

En resumen, el estudio del acceso de las mujeres quiteñas al sistema de salud permitió establecer un estudio crítico para conocer las políticas de salud públicas, sus derechos, beneficios y servicios que garantiza el estado bajo la óptica de la realidad, y si estas regulación se cumplen en la práctica, estableciendo una fundamentación previa para proceder a la valoración documental de la demanda y la oferta de los servicios de salud para conocer a través de estos datos representados por el INEC y otros organismos si la demanda supera la oferta y así analizar si las políticas expuestas en este capítulo y los servicios cumplen con su propósito y expectativas para las que fueron planificadas.

CAPÍTULO IV

OFERTA Y DEMANDA DE LA SALUD EN EL CANTÓN QUITO

4.1. Demanda de los servicios de salud en el Ecuador

Según datos de la capital, Quito, proporcionados en la publicación de Larrea & Kawachi (2005), que no pueden extrapolarse a todo el país, pero sí muestran una tendencia, la población busca más servicios privados que públicos (Ministerio de Salud, IESS) en un 70%. La población pobre consulta más con proveedores privados en un 52%; el 21% con farmacéuticos, el 20% con médicos privados y 11% con otros proveedores informales (por ejemplo, curanderos tradicionales). La población en situación económica de pobreza y extrema pobreza, respectivamente, citan la buena calidad (32% y 39%) y el fácil acceso geográfico (17% y 18%) como razones para volverse privado. Los tiempos de espera en los servicios públicos fueron, en promedio, de 1 hora 43 minutos y en los servicios privados de 22 minutos. Los servicios públicos son percibidos como de mala calidad, tanto por la población en general como por los quintiles más bajos (58% y 64%, respectivamente). Cabe destacar que la mayoría de los médicos que trabajan en el sector público han logrado una jornada laboral de apenas cuatro horas, una hazaña asombrosa que explica una parte importante de las quejas de los pacientes sobre tiempos de espera, horarios de atención inconvenientes y consultas breves.

En Quito se realizó una encuesta sobre la calidad técnica de los servicios médicos (Proyecto Salud de Altura, 2007). En los servicios públicos de Quito (el Ministerio de Salud y el municipio), el 63% de los médicos seguían las directrices y el 30% de los medicamentos recetados no tenían eficacia comprobada (se revisaron 300

expedientes clínicos). En el 28% de los casos, no hubo coherencia entre el diagnóstico y el tratamiento. No hubo rastro de promoción de la salud o atención preventiva durante las consultas por problemas de enfermedades. Según el mismo estudio, una proporción abrumadora de pacientes adultos en estos servicios públicos son mujeres (73,3%, e incluso 94% en el estudio antes mencionado). Los pacientes con enfermedades crónicas constituyen solo el 11% de los casos de consulta, mientras que las enfermedades crónicas son responsables de al menos el 45% de la mortalidad (Bedoya & Sola, 2006).

Las consultas de atención preventiva representan el 45,35% de las consultas, un claro indicio de la fortaleza del sector privado en las consultas de morbilidad, un campo prácticamente abandonado por el sector público (se puede establecer una posible asociación con el hecho de que la mayoría de los médicos "disfrutaban" del doble empleo antes de la reforma a los sistemas de salud) (De Paepe, Echeverría, Aguilar, & Unger, 2012).

4.2. Oferta de los servicios de salud en el Ecuador

En el Ecuador en el periodo de análisis ha existido un crecimiento de los servicios de salud pública, conforme la inversión creció, el sector público tiene mayor crecimiento por la reforma presente en el 2008. De 3.847 establecimientos de salud a nivel nacional hasta el 2017 se contabilizaron 4.168.

Tabla 2: Número de establecimientos de salud por sector y tipo.

Periodo 2000 - 2018

Años		Sector	Tipo
------	--	--------	------

	Total Establecimientos	Sector Público	Sector Privado con fines de lucro	Sector Privado sin fines de lucro	Con Internación	Sin Internación
2007	3.847	3.080	536	231	729	3.118
2008	3.813	3.085	542	186	714	3.099
2009	3.894	3.140	560	194	728	3.166
2010	3.981	3.203	576	202	743	3.238
2011	4.032	3.261	583	188	753	3.279
2012	4.015	3.269	565	181	735	3.280
2013	4.223	3.443	607	173	765	3.458
2014	4.139	3.380	597	162	742	3.397
2015	4.081	3.418	517	146	665	3.416
2016	4.201	3.423	603	175	729	3.472
2017	4.168	3.364	616	188	730	3.438

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2018)

En la tabla 2 se exponen, el número de establecimientos de salud por sector y tipo, por tanto con relación al sector público ha tenido mayor crecimiento desde el 2008 hasta el 2017, en comparación al sector privado, esto se debe al crecimiento del número de la población, las necesidades de los servicios públicos por las condiciones socioeconómicas (bajos recursos) en toda la población afectada por una enfermedad.

Así mismo en la tabla 3 se exponen los números de establecimiento pero es este caso por área, visualizando un incremento en el periodo del 2008 al 2017 en el área urbana en comparación a la rural, lo que evidencia mayor demanda del servicio de salud en las zonas urbanas

Tabla 3: Número de establecimientos de salud por área.

Período 2000 - 2018.

Años	Área		
	Total	Urbana	Rural
2008	3.813	2.446	1.367
2009	3.894	2.492	1.402
2010	3.981	2.537	1.444
2011	4.032	2.546	1.486
2012	4.015	2.523	1.492
2013	4.223	2.634	1.589
2014	4.139	2.536	1.603
2015	4.081	2.462	1.619
2016	4.201	2.557	1.644
2017	4.168	2.527	1.641

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2018)

En la tabla 4 respecto al número de establecimientos de salud por área, se tiene que desde el 2008 hasta el 2017 ha aumentado el número de ambientes de atención a los pacientes, en el caso de las mujeres sobre todo las salas de partos especializadas, con una curiosidad en el 2014 se registran 806 salas, mientras en el 2017 780 existió un decrecimiento de estas.

Tabla 4: Ambientes físicos que dispone el establecimiento de salud.

Periodo 2000 – 2018

Años	Salas de operaciones	Salas de cuidados intensivos	Salas de cuidados intermedios	Salas de parto
2008*	1.311	271	323	709
2009	1.362	309	340	761

2010	1.405	326	349	763
2011	1.413	329	477	769
2012	1.400	317	407	732
2013	1.433	357	356	790
2014	1.370	318	352	806
2015	1.330	297	321	753
2016	1.426	352	360	799
2017	1.513	389	368	780

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2018)

4.3. Demanda de los servicios de salud en el cantón Quito

En cuanto a la demanda de los servicios de salud en el cantón Quito, se tiene que guardan relación con el acceso a diferentes servicios de salud y a los derechos sexuales y reproductivos. Por ende, se evidencia en el estudio documental que las estadísticas acerca de la mortalidad materno infantil que determinan a cuantas mujeres se atendieron en ese periodo, Lo que permite tener una idea clara de la demanda.

Muchos de los indicadores estimados para esta valoración son críticos, producto de las desigualdades que existe en el sistema de salud de Ecuador y de los factores económicos, educacionales, nutricionales y el acceso a redes de prestación de salud, en el periodo de estudio las tasas han ido disminuyendo, pero son elevadas al compararse con otras ciudades.

4.3.1. Mortalidad materna

En el año 2016 la mortalidad materna en el cantón Quito fue de 28 x 100.000 nacidos vivos estimados. En 1997 se observa un alto índice de mortalidad, para el 2006 se

observa una disminución, y en el 2015 existe un incremento, atribuible a la necesidad de acceso de servicios de salud en sectores vulnerables, pero sobre todo en adolescentes.

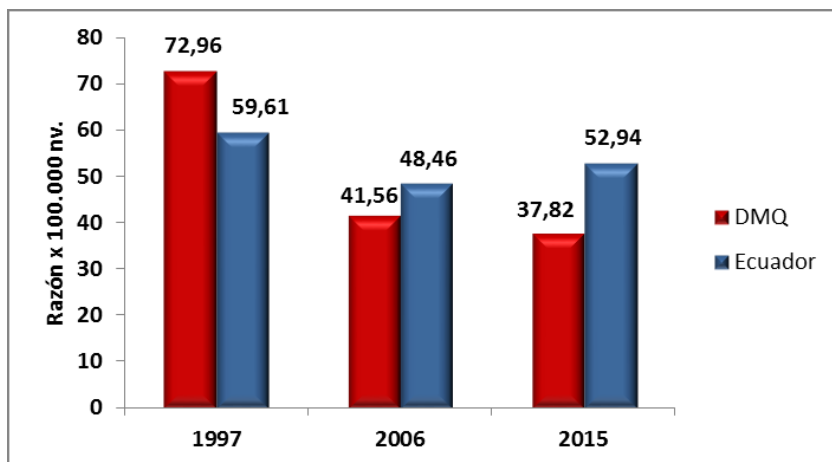
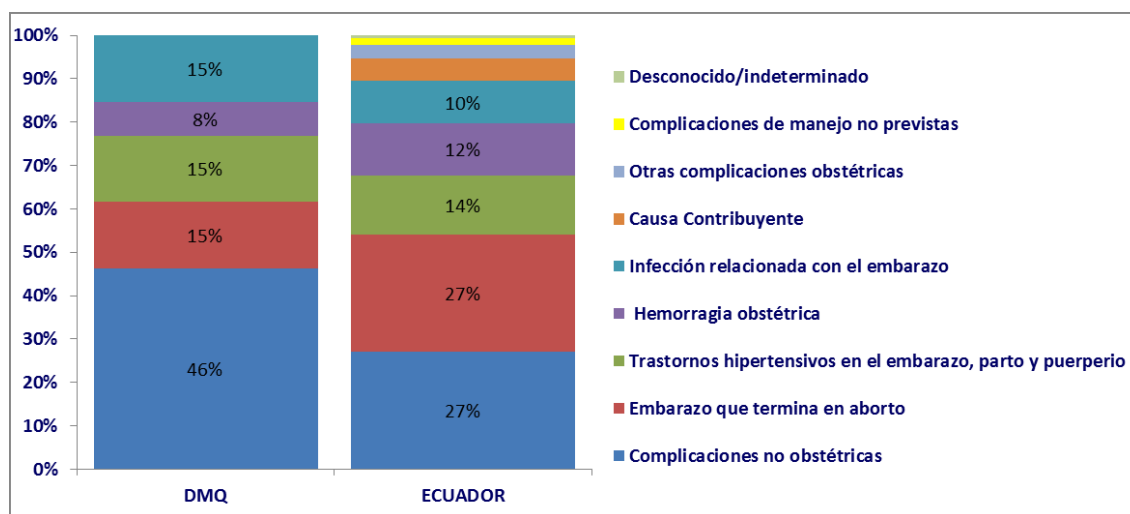


Figura 3: Mortalidad materna comparación años 1997, 2006 y 2015.

Fuente: Secretaría Metropolitana de Salud del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito(2018)

Las causas de la muerte materna se presentan en el Informe con la aplicación de la Guía de la OMS CIE 10 muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio. La mayor parte de causas está dada por complicaciones no obstétricas relacionados con enfermedades preexistentes con el 46%, el 15% por trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio, el 15% por un embarazo que termina en aborto, un 15% por infecciones relacionadas con el embarazo y un 8% por hemorragia obstétrica. La información muestra la necesidad de incrementar el acceso a Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE), con el fin de mejorar la gestión y calidad de atención materna.

Figura 4. Causas de muerte materna en cantón Quito y Ecuador en el año 2016



Fuente: Secretaría Metropolitana de Salud del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito (2018)

No solo se debe considerar la atención al embarazo y parto como parte de la demanda de los servicios de salud que tienen las mujeres del cantón Quito. Hay otros problemas de salud relacionados con el cáncer que afectan la salud, acerca de la necesidad de servicios centralizados se requieren más investigaciones por parte de las autoridades de salud.

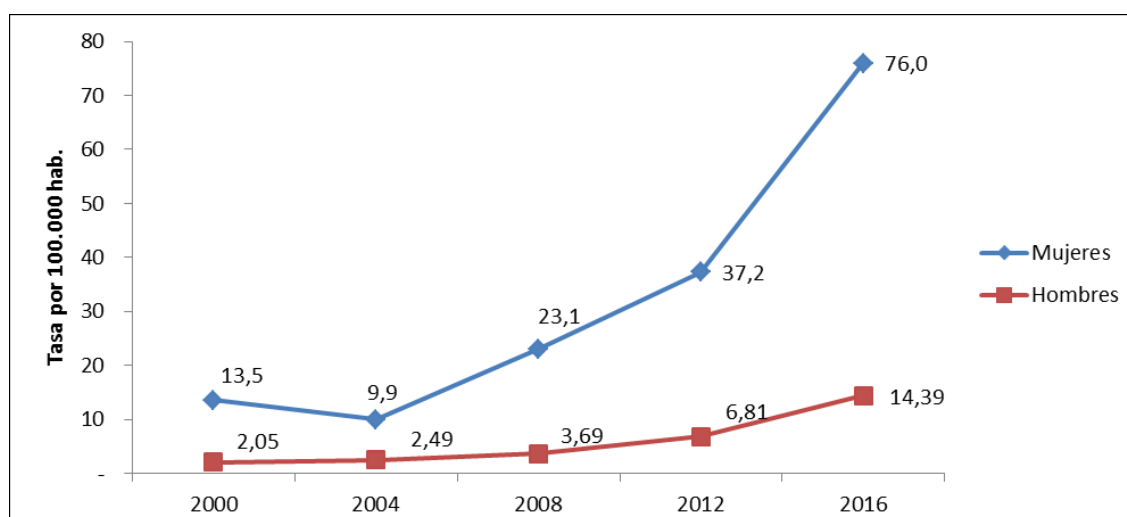
Por ejemplo mujeres que padecen de enfermedades mortales y que muchas se encuentran en estado terminal a causas del cáncer de mamas o cuello uterino, lo que las ubica como una población vulnerable que amerita de manera urgente asistencia médica y cuidados intensivos, tratamiento como quimioterapia o radioterapia y en muchos casos no cuentan con los medios económicos ni la asistencia médica necesaria para tratar sus problemas de salud. Debido a estas consideración cada vez son más los datos que contabilizan los institutos del estado como causas de muerte en el país en mujeres con difícil acceso al sistema de salud pública.

Tabla 5: Egresos hospitalarios por cáncer en el cantón Quito, año 2016-

Total, de egresos por cáncer	4.941		
Población estimada	1.332.913		
Tasa de egresos hospitalarios por cáncer por 100.000 habitantes	371		
Tipo de Cáncer	Frecuencia	Porcentaje	Tasa x100 mil Hab
C73 Tumor maligno de la glándula tiroides	1013	20,5	76,0
C50 Tumor maligno de la mama	657	13,3	49,3
C16 Tumor maligno del estómago	423	8,6	31,7
C18 Tumor maligno del colon	287	5,8	21,5
C53 Tumor maligno del cuello del útero	216	4,4	16,2
Demás tipos de Cáncer	2.345	47,5	175,9

Fuente: INEC (2016).

Figura 5: Tasa de egresos hospitalarios por cáncer de tiroides en el cantón Quito, año 2016.



Fuente: INEC (2016).

4.3.2. Egresos hospitalarios por partos

Una causa importante de egresos hospitalarios son los partos, sobre todo de los adolescentes. En el año 2016, la tasa de nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años fue de 50 nacimientos por cada 1.000 adolescentes, en el grupo de 10 a 14 años con una tasa de 1 nacimiento por cada 1.000 adolescentes. La tasa de nacimiento en adolescentes de 15 a 19 años es mayor a la tasa de nacimientos de las mujeres de 10 a 49 años (48 nacimientos por cada 1.000 mujeres).

Tabla 6: Tasa de egresos por partes en el cantón Quito, año 2016.

Tasa	Ecuador	DMQ
Tasa de nacimientos por 1000 adolescentes de 10 a 14 años.	3	1
Tasa de nacimientos por 1000 adolescentes de 15 a 19 años.	68	50
Tasa de nacimientos por 1000 mujeres de 10 a 49 años.	53	48

Fuente: INEC (2016)

Al realizar el análisis de la tasa de nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años por parroquias (Figura N° 42), se concluye que es mayor en Cotacollao (280 nacimientos x 1000 adolescentes), Nanegalito (155 nacimientos x 1.000 adolescentes), Chillotallo (147 nacimientos x 1.000 adolescentes), Guamaní (145 nacimientos x 1.000 adolescentes) y La Magdalena (125 nacimientos x 1.000 adolescentes), y es menor en Perucho, Ponceano, Jipijapa, Rumipamba y Kennedy, parroquias en las que la tasa de nacimientos llega máximo a 8 nacimientos por cada 1.000 adolescentes.

Como se ha revisado, un aspecto central que debe abordarse para mejorar esta situación es la de la organización de la atención de la salud. En efecto, el tipo y número de establecimientos de salud (tamaño y complejidad), la articulación de los mismos (Redes de salud) y la implementación de nuevos modelos de atención son aspectos relevantes y necesarios de ser establecidos con claridad en la organización de la oferta, la cual obviamente debe responder a las necesidades de la demanda y toma como referente central la definición de los niveles de atención.

4.4. Oferta de los servicios de salud en el cantón Quito

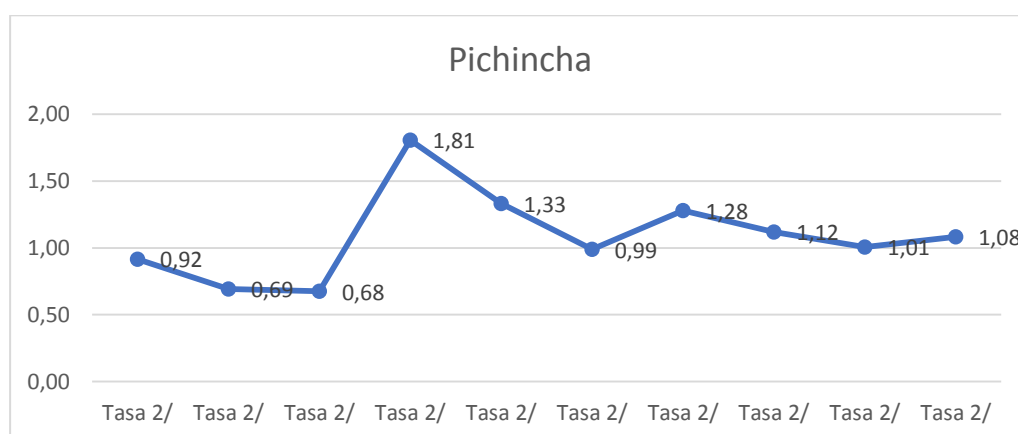
En los establecimientos de salud es necesario que se desarrollen procesos que regulen y garanticen la calidad de atención y permitan su adecuado ordenamiento y funcionamiento como base para la organización no sólo al interior de los mismos sino en el conjunto de ellos, de acuerdo a las nuevas formas de organización y gestión que actualmente se vienen propugnando. Estos procesos están fundamentalmente referidos a los establecimientos de la oferta; no obstante, pueden y deben tener alcance a los otros tipos de oferta.

Por ejemplo, en cuanto a las unidades productoras de servicios de salud de acuerdo al grado de resolución de las patologías que atiende, en términos cuantitativos y cualitativos (capacidad resolutoria), y del tamaño y complejidad de las mismas. Este proceso de categorización conduce a homogenizar a las diferentes unidades productoras de servicios de salud, estableciendo un número determinado de tipos de establecimientos que comparten características estructurales y funcionales comunes o equivalentes y que están diseñadas para enfrentar a demandas también

equivalentes. Estos tipos de centros asistenciales constituyen las denominadas Categorías o Tipos de establecimientos que plantean grados de complejidad creciente.

Respecto a lo a la oferta de profesionales de salud, y que cada día se incrementa en el cantón Quito, se tiene que todavía para cumplir con las políticas de salud en el área materno infantil, se requiere mayor número de profesionales. La OMS establece que el mínimo necesario para la prestación de servicios en el área mencionada es de 23.

Por tanto, al observar la tabla y la figura la tasa de profesionales de salud dirigidas a atender a mujeres es baja, pues es apenas de un 0.92 englobando una disminución en la capacidad que tiene un profesional, establecimiento o red de servicios para atender a los que solicitan atención, Si embargo para el año 2011 presenta mejores resultados, incrementando a un 1,81 debido a las planificaciones estratégicas de nuevas políticas en el sector salud.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2018).

Tabla 7: Oferta de médicos en el periodo 2008 al 2017

Regiones	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	Proyección		Proyección		Proyección		Proyección		Proyección		Proyección		Proyección		Proyección		Proyección		Proyección	
	Número	Tasa 2/	Número	Tasa 2/	Número	Tasa 2/	Número	Tasa 2/	Número	Tasa 2/	Número	Tasa 2/	Número	Tasa 2/	Número	Tasa 2/	Número	Tasa 2/	Número	Tasa 2/
Pichincha	2.5	3.1	2.6	3.1	2.6	3.1	2.7	4.1	2.7	5.1	2.8	6.2	2.8	5.2	2.9	6.2	3.0	8.2	3.0	8.2
	55.8	40.1	10.3	5.0	67.3	4.7	23.2	6.6	79.3	4.9	35.6	2.1	91.3	8.0	47.2	6.2	03.7	1.7	59.0	3.7
	387	755	953	509	370	509	370	370	370	370	370	472	472	627	799	627	799	971	971	971

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2018).

Tabla 8. Oferta de persona de obstetricia en el periodo 2008 al 2017

Regiones	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	Proyección poblacional 1/		Proyección poblacional 1/		Proyección poblacional 1/		Proyección poblacional 1/		Proyección poblacional 1/		Proyección poblacional 1/		Proyección poblacional 1/		Proyección poblacional 1/		Proyección poblacional 1/		Proyección poblacional 1/	
	Número	Tasa 2/	Número	Tasa 2/	Número	Tasa 2/	Número	Tasa 2/	Número	Tasa 2/	Número	Tasa 2/	Número	Tasa 2/	Número	Tasa 2/	Número	Tasa 2/	Número	Tasa 2/
Pichincha	2.5	2.0	2.6	1.0	2.6	1.0	2.7	4.1	2.7	3.1	2.8	2.0	2.8	3.1	2.9	3.1	3.0	3.1	3.0	3.1
	55.3	9.2	10.8	6.6	67.8	6.6	23.9	8.8	79.7	3.3	35.8	9.9	91.7	2.2	47.0	3.1	03.0	0.0	59.1	1.0
	387	755	953	509	370	509	370	370	370	370	472	472	627	799	627	799	971	971	971	971

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2018).

4.4.1. Recurso humano en establecimientos de salud en el cantón Quito

En el cantón Quito existen 5.3 profesionales de la salud por cada 1.000 habitantes, los mismos que se encuentran concentrados en el área urbana, mayoritariamente en los servicios con internación de manera frecuente.

Tabla 9 Profesionales de salud: Numero y tasa en el cantón Quito, periodo 2016.

Sector	Número de profesionales						Tasa por 1000 habitantes					
	Médicos	Odontólogos	Enfermeras	Nutricionista	Psicólogos	Total	Médicos	Odontólogos	Enfermeras	Nutricionista	Psicólogos	Total
DMQ	7.59	687	4.50	150	299	13.23	3,0	0,3	1,8	0,1	0,1	5,3
	4		9			9						
Urbana	6.93	563	3.94	137	243	11.82	4,0	0,3	2,3	0,1	0,1	6,8
	8		6			7						
Rural	655	124	563	13	56	1.411	0,9	0.2	0.7	0,0	0,1	1,8
Proy. Población 2016*	2514586											
Urbana	1734199											
Rural	770340											

Fuente: INEC (2016).

El 44% de estos profesionales se encuentra en los establecimientos con fines de lucro, el 34% en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública. El mayor número de estos profesionales son médicos, con una tasa 3 por cada mil habitantes.

Tabla 10: Profesionales según la entidad que pertenecen, cantón Quito, año 2016.

Entidad	Médicos	Odontólogos	Enfermeras	Nutricionistas	Obstetrices	Psicólogos	Auxiliar Enfermería	Total
Ministerio de Salud Pública	2.731	272	2.195	38	193	148	1.524	4.098
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social ¹	1.705	110	407	34	2	29	854	1.326
Ministerio de Justicia. Derechos Humanos y Cultos	158	24	159	4	-	14	93	270
Municipios	55	14	39	2	-	4	12	57
Ministerio de Defensa Nacional	374	31	199	7	-	11	235	452
Otros/2	237	56	168	9	2	16	173	368
Privados Con Fines de Lucro	2290	169	1316	55	24	67	1399	5320
Privados Sin Fines de Lucro	44	11	26	1	15	10	109	216
Total	7.594	687	4.509	150	236	299	4.399	12.106

Fuente: INEC (2016).

1/ Incluye anexos al IESS y Seguro Social Campesino

2/ Incluye SOLCA, Ministerio de Educación, Consejos Provinciales, Universidades, Otros Ministerios

La tasa de profesionales que laboran en establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública es mayor en el área urbana, lo cual evidencia que existe un déficit de profesionales de la salud en el primer nivel de atención de acuerdo con lo que establece el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).

Tabla 11: Profesionales por área de salud en establecimientos de primer nivel en el cantón Quito, año 2016.

Sector	Número de profesionales			Tasa por 1000 habitantes		
	Enfermeras	Médicos	TAPS	Enfermeras	Médicos	TAPS
DMQ	329	539	69	0.13	0.21	0.03
Urbana	216	358	49	0,12	0,21	0,03
Rural	113	181	20	0,15	0,23	0,03
Urbana	1.734.199					
Rural	770.340					

Fuente: INEC (2016).

En síntesis, sobre la información recopilada y tabulada en los cuadros expuestos anteriormente, sobre: el personal, equipo y actividades realizadas en el año de la investigación en todos los establecimientos de salud, disponga o no de internación hospitalaria a través de registros administrativos. Se tiene que para el periodo de valoración se reportaron 4.686 odontólogos, 1.237 psicólogos, 16.931 enfermeras y 2.148 obstétricos.

Respecto a los establecimientos de salud, el crecimiento fue de 4,3% entre el 2008 y el 2017 al pasar de 3.912 establecimientos en el 2008 a 4.081 en el 2017.

El crecimiento fue motivado por los establecimientos del sector público que representan el 83,8% del total de centros hospitalarios. Los establecimientos públicos

tuvieron un incremento de 9,5%, mientras que los establecimientos del sector privado se redujeron en 16,4%.

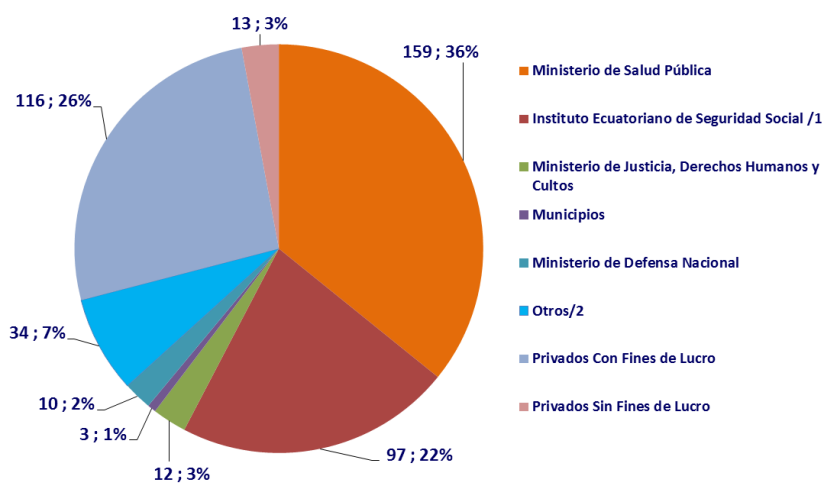
Según los datos del INEC para los periodo valorados, se realizaron más de 75,2 millones de consultas a nivel nacional, de las cuales por morbilidad corresponden a 29,2 millones, consultas de prevención 18,8 millones y de emergencia 9,2 millones, y el resto a otro tipo de consultas.

Ahora bien establecida la tasa de profesionales, y con la finalidad de abordar la problemática aún existente en la situación de salud, se analizará el acceso a los servicios de salud detallando cuales pertenecen al sector público o privado, así como la atención fragmentada se vienen diseñando nuevos modelos de atención, describiendo lo concerniente a las necesidades de la población

4.4.2. Establecimientos de salud

En el cantón Quito, existen registrados 444 establecimientos de salud, el 36% son establecimientos del Ministerio de Salud, el 26% corresponde a establecimientos privados con fines de lucro y el 22% a establecimientos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Figura 7. Porcentaje de establecimientos por entidad de atención en el cantón Quito, año 2016.



Fuente: INEC (2016).

Nota: 1/ Incluye anexos al IESS y Seguro Social Campesino

2/ Incluye SOLCA, Ministerio de Educación, Consejos Provinciales, Universidades, Otros Ministerios

4.5. Análisis del acceso a los servicios de salud en el cantón Quito partiendo del año 2014.

La información estadística acerca de la atención de salud en el Ecuador es dispersa. El Ministerio de Salud presenta los servicios de salud prestados en el cantón Quito, clasificándolos por morbilidad por profesional, por prevención, por formación, por niveles de atención y por sexo.

Tabla 12. Consultas de morbilidad por profesional

Consultas de morbilidad por profesional

Formación profesional	Primeras morbilidad	Subsecuentes morbilidad	Total morbilidad
Médico/a	1.336.524	786.291	2.122.815
Odontólogo/a	316.704	216.147	532.851
Obstetrix/Obstetra	167.394	26.092	193.486
Psicólogo/a	33.877	47.745	81.622
Otros profesionales	2.983	7.216	10.199
No definido	167	200	367
Total general	1.857.649	1.083.691	2.941.340

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2014

En el caso de morbilidad profesional, en Quito las mujeres en el 2014 han accedido a 167.394 por atención por profesional obstetras, que es un servicio específico dirigido a este grupo poblacional. Han accedido a los otros servicios, pero la estadística no define los grupos poblacionales por sexo.

Tabla 13. Consultas de prevención por profesional

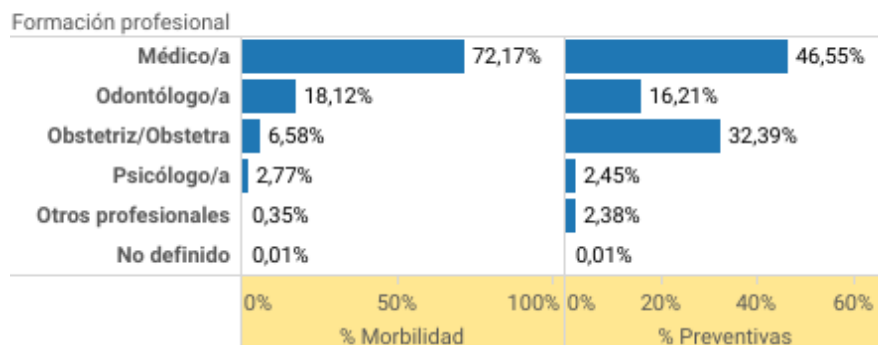
Consultas de prevención por profesional

Formación profesional	Primeras preventivas	Subsecuentes preventivas	Total preventivas
Médico/a	353.448	283.368	636.816
No definido	78	41	119
Obstetrix/Obstetra	219.636	223.500	443.136
Odontólogo/a	182.861	38.943	221.804
Otros profesionales	5.263	27.329	32.592
Psicólogo/a	19.319	14.257	33.576
Total general	780.605	587.438	1.368.043

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2014

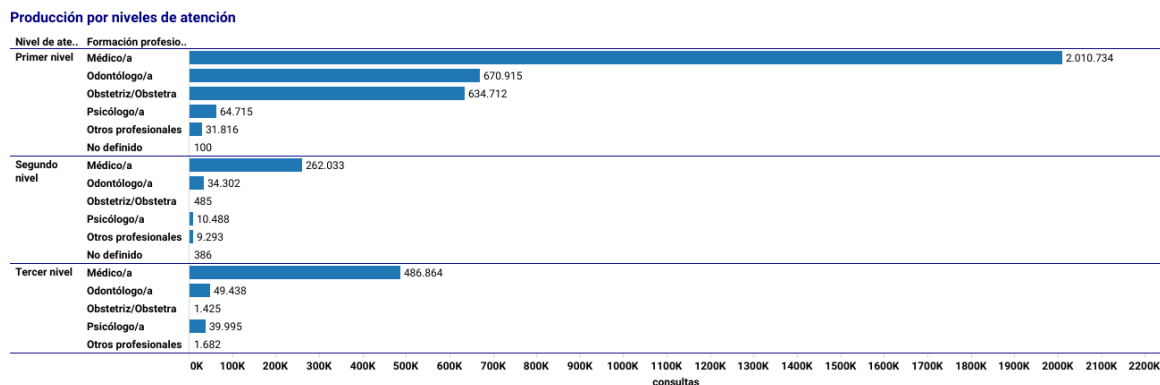
En el caso de prevención profesional, 219.636 accedente a este servicio en el cantón Quito con profesionales obstetras con un total de 443.136. En las otras especialidades no se diferencian los grupos poblacionales por sexo.

Tabla 14. Consultas formación profesional
Consultas por formación profesional



Las consultas por formación profesional, es especialidades como obstetra es apenas del 6,58%, a pesar de que engloba una serie de problemas de salud, que afectan a las mujeres, esto supone que prefieren los servicios médicos generales por los costos específicos que son menores y la dificultad de acceder estos.

Figura 8. Producción por niveles de atención



El primer nivel de atención es el de mayor acceso a las mujeres en el cantón Quito, por los profesionales médicos generales, como también por los obstetras.

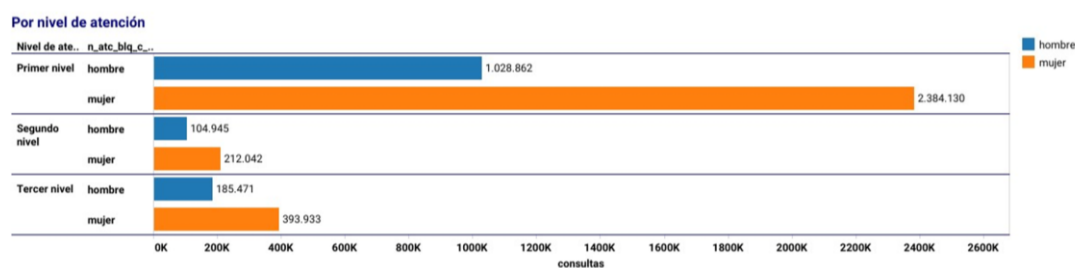
Tabla 15. Por tipo de atención

Por tipo de atención

n_atc_blg_c_5sexo	Total morbilidad	Total preventivas	Total consultas
hombre	978.891	340.387	1.319.278
mujer	1.962.449	1.027.656	2.990.105
Total general	2.941.340	1.368.043	4.309.383

Al observar la tabla las mujeres tienen mayor acceso a los servicios de salud, que el sexo femenino, por los servicios especializados específicos direccionados a este grupo, que tiene la ventaja de ser atendido y acceder a diferentes especialidades.

Figura 9. Por nivel de atención grupo poblacional

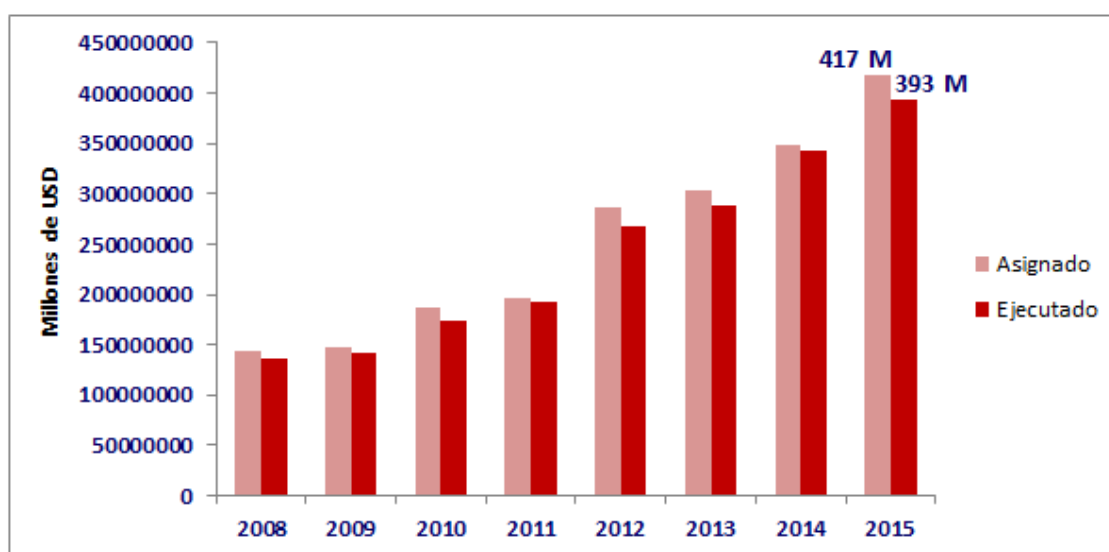


En los tres niveles de atención se toma como ejemplo referencial el del año 2014, tomando en el cantón Quito, en donde las mujeres han tenido mayor acceso a los servicios de salud, en comparación a otros años, tal como se observa en la figura, sobre todo en la atención de primer nivel atribuido a las especialidades especificadas direccionadas a este grupo.

4.6. Inversión en las políticas de salud pública en el cantón Quito

El presupuesto asignado y ejecutado en Salud por la Coordinación Zonal 9 del Ministerio de Salud Pública al cantón Quito, en donde se evidencia un incremento progresivo con el paso de los años, y una ejecución en el año 2015 de 94%.

Figura 10. Inversión en salud en el cantón Quito del 2008 al 2015.



Fuente: Secretaría Metropolitana de Salud del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito(2018)

Finalmente, respecto a la oferta y demanda se concluye que son utilizados generalmente, para definir siempre producto o servicio es accesible al público objetivo. la oferta en el sector público de salud es aquella relacionada con todos los servicios que cuenta para atender a sus usuarios, en cambio la demanda se define como la cantidad de servicios que requiere la población para satisfacer sus necesidades básicas, en este caso, se hace mención del acceso a todos los servicios de salud presentes y proporcionados por el MSP.

Al efectuar un análisis de la oferta y demanda de los servicios de salud en el cantón Quito, el crecimiento de la población, el ingreso de migrantes que provienen de otros

cantones del Ecuador, se valoró que la demanda sea mayor que la oferta, porque para llegar a toda la población que requiere de atención integral de salud, el estado necesita desarrollar una mayor inversión pública, pero a pesar de ello tiene muchas ventajas, en comparación, con otros cantones que tienen deficiencias en sus servicios de salud, por ende, acuden a los hospitales ubicados en la ciudad de Quito puesto que cuentan con mejores especialistas, servicios de atención direccionados a las enfermedades que afectan a las mujeres con mayor recurrencia como: enfermedades urinarias, ginecológicas, diabetes, enfermedades del corazón, que afectan con mayor recurrencia al grupo analizado.

En el cantón Quito hay más especialistas, que atienden a las mujeres ecuatorianas, pero tanto por la alta demanda de los servicios a nivel local y nacional, los mismos han sido insuficientes para atender todos esos requerimientos que han motivado justamente la crítica al sector público de salud, puesto que es una necesidad mejorar los hospitales públicos, centros de salud, casas de salud en todos los cantones a nivel nacional para cumplir con la demanda requerida.

Adicionalmente las políticas públicas son insatisfactorias por los resultados obtenidos en el periodo 2016 – 2021, en el cual han crecido las denuncias por actos de corrupción, en las entidades de salud, es decir, ha existido un retroceso significativo de los logros obtenidos en años anteriores, vinculados a la crisis económica que afectó de manera aguda al Ecuador, los problemas de las ideologías políticas que han involucrado a los sectores de la educación, la salud y las telecomunicaciones.

CONCLUSIONES

Ecuador actualmente ha desarrollado políticas públicas, pensadas para garantizar la salud de la mujer ecuatoriana específicamente, lo que concierne a la cobertura universal de salud, constituyéndose una prioridad en la Constitución de Ecuador del 2008 y en el Plan Nacional del Buen Vivir.

En este sentido, el presente estudio se basó en analizar la política pública en salud para garantizar la calidad y cobertura de los servicios para mujeres dentro del cantón Quito, Ecuador, durante el período 2008-2017.

Evidenciando que; existe un incremento en el gasto directo de salud, de acuerdo a los datos aportados por el MSP y el IESS, valorado en montos de más de US \$ 2.298 millones en 2000 a US \$ 6.760 millones en 2013, en donde se verificó incumplimiento de los requisitos establecidos en la Constitución del país.

Así mismo, se determinó que los servicios de salud que ofrece el MSP, son muy limitados y deficientes, verificándose gran dificultad para acceder a consultas en especialidades específicas como: servicios ginecológicos obstétricos, maternidad, enfermedades específicas que afectan con mayor regularidad a las mujeres, durante el periodo analizado se ha presentado una reducción significativa al presupuesto del Estado.

Respecto a los factores causales, se evidenció que la crisis económica que ha afectado a los en los últimos 5 años al Ecuador, las deficientes políticas públicas impuestas por el estado ecuatoriano y los continuos actos de corrupción vinculados a

las entidades como el IESS y el MSP a nivel nacional y local, en los cuales los recursos se han direccionado a grupos a grupos delincuenciales y políticos que se han aprovechado de los recursos del Estado vulnerándose los derechos de salud de los ecuatorianos.

Se visualizó que el Sistema de Salud ecuatoriano ha tenido constantes cambios, por las transformaciones de los modelos económicos y sociales, pero sobre todo por la promulgación del último instrumento constitucional del 2008. La información estadística de los resultados obtenidos resalta el crecimiento de número de afiliados al IESS, de la cobertura de servicios de Salud sobre todo en provincias con alto índice poblacional como Pichincha. Como conclusión se determina que a pesar del avance de los mecanismos desarrollados que han permitido la mejora del sistema, la misma estructura institucional tiene ciertas deficiencias que frena la integración de redes en la prestación de servicios.

Por otra parte, se evidenció que; las deficiencias presentes en la cobertura de salud sobre todo en grupos prioritarios como las mujeres tienen mucha relación con la misma estructura del Ministerio de Salud Pública, hay servicios centralizados todavía, a pesar que ha existido una mejora sustancial, hay un mayor acceso a los servicios de salud incluso en comunidades rurales.

Así mismo, se describió la calidad y cobertura de los servicios de salud en el Ecuador en el cantón Quito, en la cual se mostraron datos relevantes acerca de la cobertura de salud en el Ecuador en el periodo del 2014, en donde la población para el año 2016 era de 16, 385,000, y se determina datos del ingreso nacional bruto, cuál era la

esperanza de vida, con relación de la posibilidad de mortalidad antes de los 5 años, estableciendo que el PIB y el gasto por habitantes es representativo, requiere un análisis integral sobre las políticas que ayuden a un mejor acceso a la salud.

Concluyendo que la salud en el Ecuador y en el cantón Quito han mejorado, de manera significativa en dos aspectos fundamentales, el primero relacionado con mejor infraestructura para la atención médica, con el desarrollo de nuevos proyectos como hospitales públicos gineco obstétricos, implementación de servicios de salud direccionados a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, contratación de personal de salud para atender las necesidades de toda la población en general, pero con un retroceso a partir del año 2017 por los actos de corrupción, el desinterés del Estado por fortalecer áreas de salud prioritarias.

Posteriormente se analizó el acceso de las mujeres a los servicios que ofrece el Ministerio de Salud Pública dentro del cantón Quito en donde se evidenció un incremento de acceso y participación al sistema de salud pública para mujeres en el periodo comprendido de 2004 y 2014, relacionado con los servicios de salud tales como (programas de educación sexual y reproductiva, acceso a los anticonceptivos modernos, parto institucional y atención prenatal, diálisis y consultas externas por control de diabetes mellitus e hipertensión.

Concluyendo que las mujeres han tenido mayor acceso a los servicios de salud pública, en el año 2014 con mayores ofertados para la población incluyendo tratamientos para el cáncer de mama y de cuello uterino. Estos problemas afectan a grupos vulnerables como las mujeres sobre todo que se encuentran en situación de

pobreza. La provisión de los servicios de salud, se encuentran segmentados en los subsistemas públicos y privados.

Y finalmente se analizó la oferta y demanda de los servicios de salud para las mujeres en el cantón Quito, en la cual se evidenció que respecto al número de profesionales existe un crecimiento de los servicios de salud, es decir existe un incremento en la oferta en atención médica comparada con periodos anteriores al 2008, pero al momento de una atención basada en mujeres de zonas rurales que acuden a los centros asistenciales urbanas, todavía son insuficientes para atender la gran demanda que tienen los servicios de salud en el cantón Quito. Esto mismo resulta para el número de establecimientos de centros de salud y hospitales, en base a los datos obtenidos de la revisión documental sobre el INEC, se concluyó que; los establecimientos de salud, su crecimiento fue de 4,3% entre el 2008 y el 2017 al pasar de 3.912 establecimientos en el 2008 a 4.081 en el 2017. El crecimiento fue motivado por los establecimientos del sector público que representan el 83,8% del total de centros hospitalarios. Los establecimientos públicos tuvieron un incremento de 9,5%, mientras que los establecimientos del sector privado se redujeron en 16,4%.

Por último como prospectiva se tiene que, a partir de este análisis de la política pública en salud con el fin de garantizar la calidad y cobertura de los servicios para mujeres dentro del cantón Quito, Ecuador, durante el período 2008-2017, se propone la actualización de estas valoraciones en el periodo 2018 – 2023 por lo que se propone la interrogante; ¿Cuáles serían las reformas en la política pública sobre la cobertura de los servicios de salud para las mujeres ecuatorianas, respecto su alcance y que nuevas estrategias y que aspectos atenderían?

BIBLIOGRAFÍA

- Aldulaimi, S., & Mora, F. E. (2017). A Primary Care System to Improve Health Care Efficiency: Lessons from Ecuador. *Journal of the American Board of Family Medicine* : JABFM, 30(3), 380–383.
<https://doi.org/10.3122/jabfm.2017.03.160304>
- Banco Mundial. (2021). *The World Bank In Ecuador*. Visión General.
<https://www.worldbank.org/en/country/ecuador/overview#1>
- Cárdenas, S., Morán, C., & Rosero, C. (2019). Relación entre el gasto público en educación y salud con el desarrollo humano en países de Sudamérica. *Calidad del gasto público y reformas institucionales en América Latina*, 40, 82.
<http://www.revistaespacios.com/a19v40n24/a19v40n24p12.pdf>
- Coffey, G. (2016). The state of health in Ecuador. *Open Democracy*, 1(1).
<https://www.opendemocracy.net/en/democraciaabierta/state-of-health-in-ecuador/>
- Farag, M., Nandakumar, A. K., Wallack, S., Hodgkin, D., Gaumer, G., & Erbil, C. (2013). Health expenditures, health outcomes and the role of good governance. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 13(1), 33–52.
<https://doi.org/10.1007/s10754-012-9120-3>
- Granda, M. L., & Jimenez, W. G. (2019). The evolution of socioeconomic health inequalities in Ecuador during a public health system reform (2006-2014). *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 31.
<https://doi.org/10.1186/s12939-018-0905-y>
- Gutiérrez, J. P., Leyva Flores, R., & Aracena Genao, B. (2019). Social inequality in sexual and reproductive health in Ecuador: an analysis of gaps by levels of

- provincial poverty 2009–2015. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 49.
<https://doi.org/10.1186/s12939-019-0951-0>
- Huicho, L., Huayanay-Espinoza, C. A., Hernandez, P., Niño de Guzman, J., & Rivera-Ch, M. (2018). Enabling reproductive, maternal, neonatal and child health interventions: Time trends and driving factors of health expenditure in the successful story of Peru. *PloS One*, 13(10), e0206455.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206455>
- INEC. (2014a). Anuario de Estadística de Salud: Recursos y Actividades. *Ecuador en cifras*, 64–69. http://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/Publicaciones/Anuario_Rec_Act_Salud_2014.pdf
- INEC. (2014b). *Cuentas Satélite de los Servicios de Salud 2007–2014*.
<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/cuentas-satelite-de-salud/>
- INEC. (2021). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*.
<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- López, D. F., & Chi, C. (2010). Assessing the context of health care utilization in Ecuador: A spatial and multilevel analysis. *BMC Health Services Research*, 10(1), 64. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-64>
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Publica de Mexico*, 53(SUPPL. 2), 177–187.
- Malo-Serrano, M., & Malo-Corral, N. (2014). Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(4), 754–761.

<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2014.314.130>

Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, Pública, & Ministerio de Salud. (2013).

Rendición de cuentas 2013. Coordinación General de Planificación. MSP.

OMS. (2011). Essential Interventions , Commodities and Guidelines for Reproductive , Maternal , Newborn and Child Health A Global Review of the key Interventions. *The Partnership for Maternal, newborn & Child Health*, 39(2006), 6.

OPS. (2007). *Equidad en La Mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas* (Vol. 2). <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/55544.pdf>

OPS, & OMS. (2016). Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos. En *Ops*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/manual-moni-desig-sociales-salud-2016.pdf>

Ortega, F., López, D., & Chi, C. (2014). [Equity-based considerations for transforming the Ecuadorian health system]. *Revista de salud publica (Bogota, Colombia)*, 16(3), 347–359.

Pinilla, D., Jiménez, J. de D., & Montero, R. (2018). Gasto público y salud en el mundo, 1990-2012. *Rev. cuba. salud pública*, 44(2), 1990–2012.

Rios, P., Gatica, G., Nambiar, D., Ferreira, J. L., Brück, S., Vidaletti, L., & Barros, A. J. D. (2021). National and subnational coverage and inequalities in reproductive, maternal, newborn, child, and sanitary health interventions in Ecuador: a comparative study between 1994 and 2012. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01359-1>

Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C.,

- Piwoz, E. G., Richter, L. M., & Victora, C. G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, *387*(10017), 491–504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
- Ruiz, S. (2009). Incremental health system reform policy: Ecuador's law for the provision of free maternity and child care. *The Journal of Ambulatory Care Management*, *32*(2), 80–90. <https://doi.org/10.1097/JAC.0b013e3181994306>
- Salgado, W. (1999). *Desencadenantes y beneficiarios de la crisis económica en el Ecuador. 1999*. Pucesi.
- Victora, C. G., Requejo, J. H., Barros, A. J. D., Berman, P., Bhutta, Z., Boerma, T., Chopra, M., de Francisco, A., Daelmans, B., Hazel, E., Lawn, J., Maliqi, B., Newby, H., & Bryce, J. (2016). Countdown to 2015: a decade of tracking progress for maternal, newborn, and child survival. *Lancet (London, England)*, *387*(10032), 2049–2059. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00519-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00519-X)
- Arriagada, I., Aranda, V., & Miranda, F. (2005). Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas. 5-63.
- Bedoya, R., & Sola, J. (2006). Informe de consultoría: Diagnóstico de las necesidades de capacitación del personal que labora en las unidades de salud del distrito metropolitano de Quito.
- Bustamante, K., & Armas, S. (2018). *Diagnóstico de Salud del Distrito Metropolitano de Quito*. Quito: Secretaría Metropolitana de Salud del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito.

Castillo, S. (2015). *Desarrollo histórico del sistema sanitario de Ecuador*. Universidad de Murcia, Facultad de Medicina, Murcia. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=100205>

Consejo Nacional para la Igualdad de Género. (2018). *Agenda Nacional para la Igualdad de las Mujeres y personas LGBTI 2018 – 2021*. Quito: Consejo Nacional para la Igualdad de Género.

Consejo Nacional de Igualdad de Género. (2014). *Agenda Nacional de las Mujeres y la Igualdad de Género 2014-2017*. SENPLADES.

Constitución de la República del Ecuador. (20 de Octubre de 2008). *Registro Oficial 449*. Obtenido de http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf

De Paepe, P., Echeverría, R., Aguilar, E., & Unger, J.-P. (2012). Ecuador's silent health reform. *International Journal of Health Services*, 42(2), 219-231. Obtenido de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2190/HS.42.2.e>

Eckhardt, M., & Santillán, D. (2018). Universal Health Coverage in Rural Ecuador: A Cross-sectional Study of Perceived Emergencies. *Western Journal of Emergency Medicine*, 19(5), 889-900. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6123085/>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2016). *Base de datos de egresos hospitalarios*. INEC.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2016). *Base de datos de nacimientos y defunciones*. INEC.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2016). *Base Recursos y Actividades de Salud 2016*. INEC.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2018). *Anuario de estadísticas de salud: recursos y actividades de salud 2018*. Quito: INEC.

Jiménez, W. G., Granda, M. L., Ávila, D. M., Cruz, L. J., Flórez, J. C., Mejía, L. S., & Vargas, D. C. (2017). Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano. *Universidad y Salud*, 19(1), 126-139. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.22267/rus.171901.76>

Larrea, C., & Kawachi, I. (2005). Does economic inequality affect child malnutrition? The case of Ecuador. *Social Science & Medicine*, 60(1), 165–178.

López, D., & Chi, C. (2010). Health care utilization in Ecuador: A multilevel analysis of socio-economic determinants and inequality issues. *Health Policy Plann*(25), 209–218.

Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud pública de méxico*, 53, S177-S187. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/51604999_The_health_system_of_Ecuador

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Implementación de la estrategia de participación ciudadana en salud en el Ministerio de Salud Pública*. Quito: Dirección Nacional de Participación Social en Salud de MSP.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador,. (2017). *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021*. Quito: Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública.

- Mocha, C. (2010). Información Estadística de Salud actualizada. *"Tecnologías de la Información y Comunicación en la formación de los profesionales de la Salud"*.
- Molina, A. (2019). Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*(63), 185-205.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Acerca de los sistemas de salud. *Sistemas de salud*. Obtenido de <https://www.who.int/healthsystems/about/es/>
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Estrategia de Cooperación Técnica de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la salud con Ecuador*. Ministerio de Salud Pública.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Perfil de los sistemas de salud de Ecuador*. . Washington DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Perfil de los sistemas de salud Ecuador. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. Washington, D.C: OPS.
- Proyecto Salud de Altura. (2007). La Salud en Quito: Análisis de acceso y calidad.
- Restrepo, M. C. (2014). *Lineamientos de política pública en salud para mejorar la calidad y cobertura de los servicios en salud en mujeres de acuerdo al análisis de la parroquia Quito*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad De Economía, Quito. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/6920>

Secretaría Metropolitana de Salud del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito.
(2018). *Diagnóstico de Salud del Distritom Metropolitano de Quito* . Quito:
Distrito Metropolitano de Quito.

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – SENPLADES. (2009). *Plan
Nacional para el Buen Vivir 2009 - 2013*. Quito: SENPLADES.