

Mercedes Prieto, editora

Mujeres ecuatorianas
Entre las crisis
y las oportunidades
1990-2004



© De la presente edición:

Consejo Nacional de las Mujeres - CONAMU

Pasaje Donoso N32-33 y Whimper

Quito - Ecuador

Telefax: (593-2) 256-1446 / (593-2) 256-1472

conamu@conamu.gov.ec

www.conamu.gov.ec

FLACSO, Sede Ecuador

Calle La Pradera E7-174 y Av. Diego de Almagro

Quito - Ecuador

Tel.: (593-2-) 323-8888

Fax: (593-2) 323-7960

www.flacso.org.ec

**Fondo de Desarrollo de
las Naciones Unidas para la Mujer**

UNIFEM - Región Andina

Av. Amazonas 2889 y La Granja

Quito - Ecuador

Tel.: (593-2-) 246-0332

Fax: (593-2) 246-0328

www.unifemandina.org

Fondo de Población de las Naciones Unidas

UNFPA - Ecuador

Av. Amazonas 2889 y La Granja

Edificio Naciones Unidas, piso 7

Quito - Ecuador

Tel.: (593-2-) 246-0209 / 0210

www.ecuador.unfpa.org

ISBN:

Cuidado de la edición: María Pessina

Diseño de portada e interiores: Antonio Mena

Imprenta: RISPERSGRAF

Quito, Ecuador, 2005

1ª. edición: octubre, 2005

CONAMU, FLACSO, Sede Ecuador, UNIFEM y UNFPA no comparten necesariamente las opiniones vertidas por los autores ni éstas comprometen a las instituciones a las que prestan sus servicios. Se autoriza a citar o reproducir el contenido de esta publicación siempre y cuando se mencione la fuente y se remita un ejemplar a los editores.

Índice

Presentación	7
Agradecimientos	9
Introducción	11
TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS	
Mujeres y población	25
<i>Pilar Egüez Guevara</i>	
Las mujeres en los procesos migratorios	91
<i>María Cristina Carrillo E.</i>	
POLÍTICA Y CIUDADANÍA	
Participación política y ciudadanía de las mujeres	113
<i>María Fernanda Cañete</i>	
Las mujeres indígenas y la búsqueda del respeto	147
<i>Mercedes Prieto, Clorinda Cuminao, Alejandra Flores, Gina Maldonado y Andrea Pequeño</i>	

LOS DERECHOS SOCIALES

La salud de las mujeres 189

Mauricio León

Mujeres y educación 219

Juan Ponce y Silvia Martínez

Mujeres, trabajo y pobreza 241

Alison Vásquez

LAS NUEVAS GENERACIONES

Las niñas y adolescentes 309

Margarita Velasco Abad

Los derechos sociales

La salud de las mujeres

Mauricio León Guzmán¹

Introducción

Hablar de la salud de las mujeres nos remite tanto al acceso a los servicios como a sus derechos sociales, sexuales y reproductivos. La década de los noventa fue prolífica en la generación de cambios en la normativa legal, en la concepción de la salud de las mujeres y de planes y programas. La realización de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en El Cairo en 1994, marca un hito trascendental y determina el contexto internacional de los cambios acaecidos en el Ecuador. Allí se aprueba un programa de acción que plantea un nuevo y más amplio concepto de salud, particularmente en el ámbito reproductivo, que busca integrar la planificación familiar, la atención materno-infantil y la salud sexual, enfocada esta última en el control del VIH y de las enfermedades de transmisión sexual. Esta nueva concepción se fundamenta en un enfoque de derechos que considera los sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos y del derecho general a la salud (UNFPA, 2004). Por otro lado, la Plataforma de Acción de Beijing en 1995 al tiempo que reforzó la noción de derechos, propuso el fomento del acceso de las mujeres a los servicios de salud e información, la prevención y las acciones para hacer frente a las enfermedades de transmisión sexual (CONAMU, 2004).

La legislación del país se fue adecuando a estas propuestas, reconociéndose los derechos sexuales y reproductivos en la nueva Constitución Política de 1998 y en un cuerpo importante de leyes como la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia de 1998 (que busca garantizar el derecho a la atención de salud gratuita durante embarazo, parto, posparto, así como el acceso a programas

1 Profesor asociado a FLACSO Sede Ecuador

de salud reproductiva), la Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor de 1998, la Ley para la Prevención y Asistencia Integral del VIH/SIDA de 2000, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002), y el Manual de Normas y Procedimientos para la atención de la Salud Reproductiva (1999) (Laspina, 2003; Oviedo, 2004; UNFPA-CONAMU, 2004; Ministerio de Gobierno, 2005).

La creciente participación de los movimientos de mujeres y la institucionalización de políticas de equidad de género liderados por la Dirección Nacional de la Mujer (DINAMU) y, luego, por el Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU) han contribuido a la socialización e implementación de planes y programas tendientes a garantizar los derechos sociales, sexuales y reproductivos. Es así como se elabora el Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades (1996-2000) del CONAMU (CONAMU, 1996) y se impulsa la implementación del programa de maternidad gratuita. Este último se enmarca en los objetivos de las reuniones de El Cairo y Beijing de asegurar hasta 2015 el acceso universal y voluntario a la información y servicios de atención de la salud reproductiva (UNFPA, 2004). Asimismo, el Ministerio de Salud Pública (MSP) se encuentra impulsando la construcción de una Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y el plan de acción respectivo (Oviedo, 2004). El II Congreso Nacional por la Salud y la Vida, realizado en la ciudad de Guayaquil en septiembre de 2004, en su declaración acoge la propuesta de Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (CEPAR, 2004). Además, el MSP ha formulado el Plan de Reducción de la Mortalidad Materna 1997-1998 y el Plan de Maternidad Saludable 1999-2003. En el capítulo referido a la salud materna del Informe País de Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, elaborado por el MSP, se acoge el enfoque de derechos sexuales y reproductivos (Ministerio de Gobierno, 2005). Finalmente, los proyectos FASBASE y MODERSA del MSP incorporaron en su momento componentes de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, incluida la salud reproductiva (UNFPA-CONAMU, 2004). Estas iniciativas muestran la existencia de avances sustanciales en la concepción de la política de salud en el ministerio del ramo durante el último quinquenio. Apenas cinco años atrás una evaluación de las políticas de equidad de género en el MSP mostraba que predominaba aún el enfoque de salud materna e infantil y que los funcionarios de esta dependencia pública asociaban el significado de la perspectiva de género en la salud con la violencia intrafamiliar, pero no con los derechos sexuales y reproductivos (Herrera, 2000).

En síntesis, los compromisos y convenciones internacionales, así como los movimientos de mujeres han influido para que el país se encuentre transitando de un enfoque basado en la planificación familiar a uno basado en la salud se-

xual y reproductiva (Oviedo, 2003), de uno que enfatiza la salud materno-infantil a otro que enfatiza la salud reproductiva y social (Gómez de la Torre, 2003), así como de un enfoque de mujer reproductiva a uno de mujer sujeta de derechos (Laspina, 2003). No obstante, según Gómez de la Torre (2003) los derechos sexuales se encuentran aún subsumidos en los derechos reproductivos, siendo necesaria su separación. Esta transición se revela al revisar el diagnóstico de la salud de la mujer durante la década de los ochenta realizado por Freire (1992), en donde los derechos de las mujeres no están ni siquiera enunciados en la normativa vigente a la época.

Aunque los cambios en las normas constituyen pasos fundamentales, su aplicación ha sido parcial (Ministerio de Gobierno, 2005). De igual forma, la implementación de planes y programas aún se encuentra en ciernes. UNFPA-CONAMU (2004) plantean varios retos pendientes: difundir ampliamente las leyes aprobadas a fin de que pueda ser exigido su cumplimiento; capacitar al personal del sistema público de salud en las leyes y procedimientos de atención con enfoque de género; superar ciertas prácticas discriminatorias contra las mujeres en los servicios de salud, como por ejemplo, la exigencia de la autorización del esposo para realización de la ligadura de trompas; ampliar la información sobre la disponibilidad de métodos de planificación familiar, incluyendo la anticoncepción de emergencia y sobre el método de aspiración manual endouterina para el tratamiento del aborto incompleto; aplicación de la Ley sobre Educación de la Sexualidad y el Amor y su institucionalización en el Ministerio de Educación; dotar de recursos para la aplicación de las leyes aprobadas; fomentar la discusión amplia y pública, desde una perspectiva científica y laica, de todos los temas relativos a la salud sexual y reproductiva de adultos y adolescentes, a fin de que puedan adoptarse medidas preventivas y políticas que aborden estos temas como problemas de salud pública.

De los párrafos anteriores se desprende que los esfuerzos realizados hasta ahora han tenido un énfasis normativo y un enfoque predominantemente basado en la oferta. En este ensayo se busca en cambio resaltar dos aspectos poco considerados en la discusión de las políticas pública de salud y, más particularmente, de los derechos sociales, sexuales y reproductivos de las mujeres. Por un lado, se enfatiza en la persistencia de profundas disparidades sociales en las condiciones de salud de las ecuatorianas y en el acceso a los servicios de salud entre distintos grupos poblacionales de la sociedad ecuatoriana. La universalización de los derechos sociales, sexuales y reproductivos deberá contemplar la erradicación de estas disparidades, procurando intervenciones que prioricen a los grupos vulnerables. Por otra parte, en este ensayo se presentan los resultados de un modelo que analiza los determinantes de la demanda de atención del parto y que corrobora la existencia de procesos de exclusión social hacia las mujeres indígenas, ru-

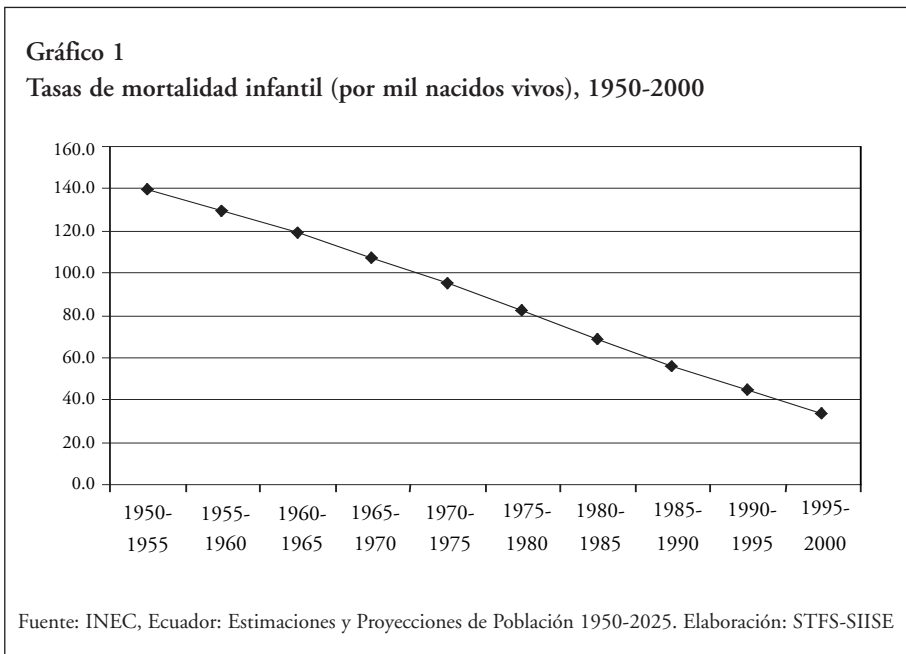
rales y de escasos recursos. Un enfoque integrado de política pública requiere considerar tanto los factores de oferta como los de demanda que afecta el cumplimiento de los derechos a la salud. Varios de los indicadores analizados en este capítulo son considerados en otros ensayos de esta misma publicación (ver los artículos de Pilar Egüez y Margarita Velasco). Antes que mirar la información de salud desde una perspectiva demográfica o desde la situación de las niñas y jóvenes, nuestro propósito al integrar esas dimensiones es sustentar una reflexión sobre la heterogeneidad de los resultados de salud en esta última década así como identificar los factores que intervienen en la demanda de salud materna.

En una primera parte, se describen brevemente algunos indicadores claves de las condiciones de salud general de los y las ecuatorianas. Luego, se identifican las disparidades observadas en varios indicadores referidos a la salud sexual y reproductiva. La tercera sección presenta un análisis de los determinantes de la demanda de atención de salud durante el parto. En la cuarta sección se analizan varios programas de protección social actualmente existentes en el país y sus vínculos con la salud de las mujeres. Finalmente, la última sección contiene algunas conclusiones y desafíos para las políticas.

Tendencias generales en la salud de los y las ecuatorianas

Las condiciones generales de salud de los y las ecuatorianas han mejorado notablemente durante las últimas décadas. No obstante, persisten profundas disparidades sociales en el acceso a la salud entre grupos de pobladores. Dos indicadores que muestran una mejora considerable son la esperanza de vida y las tasas de mortalidad. En efecto, la esperanza de vida al nacer ha dado un salto enorme en los últimos 50 años. Según el INEC (2004), pasó de 48.3 años en el quinquenio 1950-1955 a 72.3 años en el quinquenio 1995-2000. Esta tendencia ha sido continua y se mantuvo durante la década de los noventa a pesar del sinnúmero de vicisitudes económicas y políticas que enfrentó el país en ese período. Así, la esperanza de vida al nacer en la década pasada aumentó de 67.5 a 72.3 años, cerca de 5 años. Este mejoramiento es, particularmente, importante en el grupo de las mujeres, cuya esperanza de vida regeneró en 5.2 años al pasar de 69.9 años en 1985-1990 a 75.1 en 1995-2000, mientras que en el caso de los hombres ésta aumentó de 65.3 años a 69.7 años en igual período, es decir, en 4.4 años. Esta tendencia se puede explicar en parte por la reducción de las tasas de mortalidad y fecundidad, así como por el cambio en el perfil de morbimortalidad de la población y la ampliación del acceso a servicios básicos. Esto ha redundado en un envejecimiento de la población cuya edad promedio aumentó de 24.1 a 27.4 entre 1990 y 2001 (STFS, 2004).

Por otro lado, la tasa de mortalidad general ha tenido una tendencia descendente, acorde al comportamiento general de América Latina. Las principales caídas en las tasas de mortalidad se observan entre 1960 y 1980. En el período posterior se reduce el ritmo de mejora. De igual forma, la tasa de mortalidad infantil muestra una reducción importante en los últimos 50 años. Esta disminuyó, según el método indirecto², de 139.5 menores de un año fallecidos por cada mil nacidos vivos en el quinquenio 1950-55 a 33.3 en el quinquenio 1995-2000, lo que representa una reducción del 76%. En la década pasada también se observó una disminución significativa, al pasar la tasa de mortalidad infantil de 55.5 a 33.3 entre los quinquenios 1985-1990 y 1995-2000, lo que implica una disminución del 40% (ver gráfico 1).



2 Las tasas de mortalidad infantil descritas aquí están basadas en el método indirecto de Coale-Demeny-Trussell, modelo Oeste, sin realizar ajustes demográficos. Este método se basa en estimaciones de la fecundidad de las mujeres en edad fértil realizadas a partir de los censos de población y de modelos generales de comportamiento demográfico. El otro método existente para calcular las tasas de mortalidad infantil es el directo. Este se basa en la información de las estadísticas vitales que son registros administrativos anuales de defunciones y nacimientos (SIISE, 2003).

Aunque la tasa de mortalidad infantil ha disminuido significativamente en las últimas décadas³, al inicio del nuevo milenio el Ecuador conserva grandes disparidades en este indicador al interior del país (ver tabla 1). Es así como, mientras en el área urbana esta tasa es de 27 por mil nacidos vivos, en el área rural es de 44 por mil nacidos vivos. De igual forma, los infantes de madres indígenas y afrodescendientes tienen una mayor probabilidad de morir. Los niños y niñas de mujeres que hablan una lengua nativa tienen una tasa de mortalidad infantil de 66 por mil nacidos vivos, en tanto que aquellos cuya madre es de habla hispana tienen una tasa de 35 por mil nacidos vivos. Según la autoidentificación étnica de las mujeres en edad fértil el panorama es similar. Los niños menores de un año de madres indígenas presentan una tasa de mortalidad de 66 por mil nacidos vivos, los de madres afrodescendientes 38, de madres mestizas 31 y de madres autodefinidas blancas 26.

Asimismo, los infantes provenientes de mujeres de hogares pobres tienen una mayor probabilidad de morir antes del año. Usando una definición de pobreza y extrema pobreza, según necesidades básicas insatisfechas⁴, se observa que los niños y niñas que viven en extrema pobreza tienen una tasa de mortalidad infantil de 42 por mil nacidos vivos, aquellos que viven en pobreza 38 y quienes son no pobres 25 por mil nacidos vivos. Como se observa en el tabla 1, el perfil de mortalidad es muy similar para los niños y niñas menores de 5 años y para los niños y niñas entre 1 y 5 años: la niñez proveniente de hogares pobres, rurales, indígenas y afrodescendientes tienen un mayor riesgo de morir a edades tempranas. Entre las causas de muerte más importantes de los niños menores de un año se encuentran los trastornos e infecciones respiratorias, nacimientos prematuros y de bajo peso, las infecciones intestinales y sepsis, y la desnutrición, las cuales en su mayor parte pueden ser combatidas a partir de una política de salud pública más agresiva en los ámbitos de la promoción y prevención colectiva e individual.

3 CEPAR (2005), a base de la encuesta ENDEMAIN 2004, encuentra un estancamiento de los niveles de mortalidad infantil en el último quinquenio.

4 Se considera como pobre a un hogar que presenta una o más necesidades básicas insatisfechas y como extremadamente pobres a aquellos que tienen dos o más.

Tabla 1			
Perfil de mortalidad de la niñez (método indirecto)*			
Lengua	0 a 1 años	1 a 5 años	0 a 5 años
No indígena	35.0	7.5	38.5
Indígena	66.0	26.0	90.5
Autodefinición			
Indígena	66.0	26.0	89.8
Afro	38.0	10.0	48.3
Mestizo	31.0	7.0	37.8
Blanco	26.0	5.3	30.8
Otro	29.0	6.5	35.3
Área de residencia			
Urbana	27.0	5.5	32.3
Rural	44.0	12.8	56.0
Pobreza NBI			
Pobres extremos	42.0	12.0	53.5
Pobres	38.0	10.0	47.5
No pobres	25.0	4.8	29.3
Total País	34.0	8.3	42.3
* Datos sin correcciones demográficas.			
Fuente: INEC, Censo de Población y de Vivienda, 2001. Elaboración: STFS-SIISE.			

Respecto al perfil de la mortalidad general, en las últimas décadas éste ha transitado de uno, de tipo tradicional (enfermedades transmisibles, reproductivas y de la nutrición), a uno moderno (enfermedades no transmisibles y accidentes y violencia) que coexiste con el anterior (STFS, 2004). Según las estadísticas vitales del INEC del año 2002, entre las diez principales causas de muerte de las mujeres del país se encuentran las siguientes: enfermedades cerebro-vasculares, diabetes mellitus, neumonía, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades hipertensivas, enfermedades del sistema genito-urinario, afecciones originadas en el período perinatal, enfermedades del sistema respiratorio y cáncer de estómago. Todas estas causas representaron cerca del 50% del total muertes de las mujeres en ese año (48.2%). Es importante resaltar que los y las adolescentes entre 10 y 19 años de edad están particularmente expuestos a causas de muerte asociadas a condiciones de vida modernas tales como los accidentes de transporte, agresiones y lesiones autoinflingidas intencionalmente o suicidios. Estas consti-

tuyen las tres principales causas de muerte en este grupo de edad. Se destaca en los hombres una mayor importancia de las agresiones y en las mujeres el suicidio, accidentes y causas obstétricas (STFS, 2004).

Salud materna, sexual y reproductiva

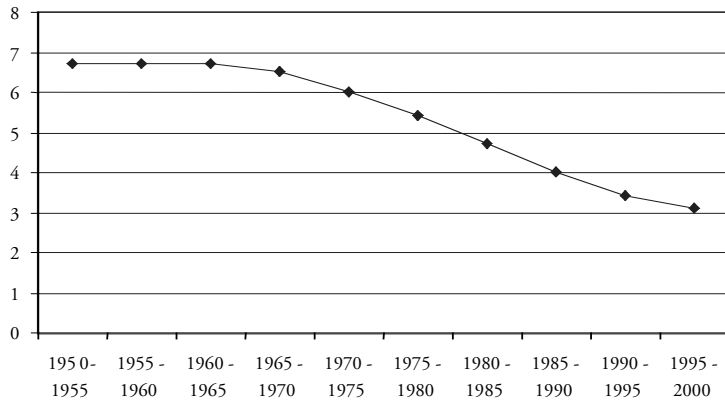
En esta sección se describe un conjunto de indicadores que dan cuenta de la salud materna, sexual y reproductiva de las mujeres ecuatorianas. Si bien algunas dimensiones han mejorado en los últimos años, como, por ejemplo, la disminución de la tasa de mortalidad materna y la tasa de fecundidad, aún persisten diferencias importantes entre mujeres de distintos grupos sociales (pobres y no pobres; indígenas, afroecuatorianas y blanco-mestizas; urbanas y rurales) y algunos problemas que afectan a una fracción importante de las mujeres como es el caso de la violencia intrafamiliar y la creciente incidencia de VIH/SIDA en este grupo de la población.

Tasa de mortalidad materna

La tasa de mortalidad materna, es decir la muerte de mujeres en edad fértil por causas ligadas con el embarazo, aborto, parto y puerperio, es un indicador de las condiciones de vida de las mujeres y refleja el acceso de éstas a servicios de salud sexual y reproductiva (control prenatal, atención del parto y post-parto, planificación familiar, métodos anticonceptivos), personal de salud calificado y nutrición durante el embarazo, parto y post-parto (SIISE, 2003). Los datos disponibles sugieren una declinación significativa en la mortalidad materna. De acuerdo a las estadísticas vitales del INEC, la tasa de mortalidad materna cayó de 203 por 100 mil nacidos vivos en 1971 a 117 en 1990 y a 67 en 2001 (SIISE, 2003). Si estos datos son adecuados, la continuación de la tendencia decreciente tal como se observó en la década de los noventa sería suficiente para alcanzar la meta del milenio para este indicador (disminuir en 75% la tasa entre 1990 y 2015). Sin embargo, hay fuertes razones para creer que los registros administrativos subregistran las muertes maternas⁵. Adicionalmente, en los últimos años existe un mejor registro de las muertes maternas, lo cual ha redundado en un repunte de la tasa.

5 La tasa de mortalidad materna se calcula a partir de las estadísticas vitales de nacimientos y defunciones. Esta fuente de información subregistra el número de muertes maternas debido fundamentalmente a dos razones: a) en el área rural no se registran o declaran muchas muertes maternas; b) muertes por causas vinculadas a la maternidad se registran como provocadas por otro tipo de razones (SIISE, 2003).

Gráfico 2. Tasa global de fecundidad, 1950-2000



Fuente: INEC, Ecuador: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2025. Elaboración: el autor.

Tasa de fecundidad

La tasa global de fecundidad, es decir, el número promedio de hijos que una mujer en edad fértil puede tener, ha mostrado una tendencia marcadamente decreciente en los últimos 50 años, contribuyendo a la reducción de la tasa de mortalidad materna al reducirse el número de embarazos por mujer. La tasa de fecundidad se redujo de 6.7 en el quinquenio 1950-1955 a 3.1 en el quinquenio 1995-2000 (ver gráfico 2). Entre 1990 y 2001 esta tasa disminuyó cerca de un hijo en promedio, al pasar de 4.0 a 3.1 a escala nacional. La reducción fue mayor en el área rural que en la urbana, pero en la primera área la tasa continúa siendo superior. En efecto, en el año 2001, la tasa general de fecundidad del área rural fue 1.5 veces mayor que en el área urbana. Esta tasa es mucho mayor entre la población indígena (5.8) y se encuentra un poco sobre el promedio del país en el caso de la población afrodescendiente (3.9), siendo superior en el caso de la población negra (4.1) que en el caso de la mulata (3.7). Las poblaciones mestiza y blanca tienen tasas globales de fecundidad inferiores al promedio nacional (3.3 y 2.8, respectivamente). El comportamiento de las tasas brutas de natalidad—estimadas a partir de la información del número de nacidos vivos del censo de población correspondiente al año anterior a la aplicación del censo— tiene un patrón similar al encontrado en la tasa global de fecundidad. Así, las poblaciones indígenas y afroecuatorianas presentan tasas mayores a aquellas de las poblaciones blancas y mestizas (7.8, 6.7, 5.7 y 5.2 nacidos vivos por cada mil habitantes,

respectivamente). La población negra tiene una tasa de 7.2 y la mulata de 6.3, cifras que se encuentran sobre el promedio nacional de 5.9 nacidos vivos por cada mil habitantes.

La reducción de las tasas de fecundidad se ha reflejado también en un menor tamaño de los hogares. Así, solo entre 1990 y 2001, el tamaño medio de los hogares ecuatorianos se redujo de 4.7 a 4.2 miembros.

Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos subraya que la pareja y, en particular las mujeres, controle su propia fecundidad de manera segura y eficaz, optando tener hijos cuando lo deseen, previniendo embarazos no deseados y llevando a término los embarazos deseados (Oviedo, 2003). El ejercicio de este derecho tiene como elemento esencial la difusión de los métodos de anticoncepción. Aunque el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos ha crecido en las últimas décadas, persisten aún grandes contrastes entre grupos sociales que coadyuvan a explicar las diferencias en las tasas de fecundidad⁶. Efectivamente, según la encuesta de condiciones de vida de 1999, el 67% de las mujeres rurales en edad fértil conocen algún método anticonceptivo y el 56% de las mujeres rurales casadas o unidas no usan ninguno de los métodos posibles. Los porcentajes correspondientes para las mujeres urbanas son 92% y 37%, respectivamente. Estos indicadores son particularmente preocupantes en el caso de las mujeres indígenas (de habla nativa) y representan el 34% y 82%, respectivamente. Asimismo, se observa una gran diferencia entre distintos estratos socio-económicos. Entre las mujeres del 10% más pobre de la población los porcentajes correspondientes de conocimiento y uso de anticonceptivos son 48% y 71%, mientras en las mujeres del decil más rico son 93% y 32% (ver tabla 2).

Este patrón ayuda a explicar el hallazgo de la ENDEMAIN de 1999 que solo el 62.5% de los nacimientos en los 5 años previos a la encuesta haya sido deseado y planeado, el 17.3% deseado pero no previsto y el 20.2% no deseado (CEPAR, 2000). Esta última categoría es mayor en las mujeres de las áreas rurales (23.6%) y en mujeres sin nivel alguno de instrucción (35.2%). Un grupo particularmente vulnerable al riesgo de embarazo no deseado y al contagio de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA es el conformado por las mujeres jóvenes. Según la ENDEMAIN 2004, el porcentaje de mujeres entre 15 y 24 años de edad

6 Según CEPAR (2000; 2005), la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil casadas o unidas aumentó de 52.9% en 1989 a 65.8% en 1999 y a 72.7% en 2004. En 1979, esta tasa era de 33.6%.

que ha tenido al menos una relación sexual aumentó de 40.7% en 1994 a 46.7% en 2004. El 80% de las mujeres jóvenes con experiencia sexual tuvo relaciones premaritales y apenas un 13.5% manifestó haber usado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. El uso de anticonceptivos en la primera relación sexual es incluso menor en las mujeres jóvenes rurales (8.6%), indígenas (4.9%) y sin educación (4.0%). Aunque el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual es bajo en general, las adolescentes entre 15 y 19 años presentan un porcentaje mayor respecto de las mujeres jóvenes entre 20 y 24 años (16.4% y 12.1%, respectivamente), lo cual, probablemente, refleja un creciente acceso a educación sexual de las poblaciones más jóvenes. Por último, tres de cada cuatro (75.1%) y nueve de cada diez (87.5%) mujeres adolescentes y jóvenes, respectivamente, con experiencia sexual estuvieron alguna vez embarazadas. De éstas, en un poco más del 40% el embarazo fue producto de relaciones premaritales.

Conocimiento sobre el VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual

Hombres y mujeres tienen derecho a gozar de una vida sexual satisfactoria, segura y responsable, libre de infecciones de transmisión sexual y del VIH-SIDA, así como a procrear hijos e hijas saludables. El desconocimiento y falta de acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva afectan el cumplimiento de este derecho.

Según el Programa Nacional del SIDA del Ministerio de Salud Pública, los casos reportados de infectados con VIH/SIDA se han incrementado rápidamente durante la década de los noventa. En efecto, el número acumulado de personas infectadas aumentó de 250 en 1990 a 5291 en 2003. De este total, el 25% corresponde a mujeres. En consecuencia, la tasa de infectados por cada 100 mil habitantes subió de 0.83 a 6.31 en igual período. Este resultado es consistente con el incremento de la percepción del riesgo de infectarse con VIH/SIDA entre las mujeres entrevistadas en las encuestas ENDEMAIN. En efecto, esta percepción aumentó del 17.4% en 1999 al 25.7% en 2004 (CEPAR, 2005).

El aún poco uso de los métodos anticonceptivos hace que una fracción importante de la población ecuatoriana sea vulnerable a contraer infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH-SIDA. De hecho, la mayor parte de las infecciones de VIH/SIDA son transmitidas sexualmente. A pesar de que, según la encuesta de medición de indicadores de la niñez y los hogares del año 2000 (EMEDINHO), cerca de tres, de cada cuatro personas, han oído hablar del SIDA, sabe que es contagioso y conoce que una persona que parece sana puede estar contagiada (74.2%), todavía, aproximadamente, tres de cada diez (28.6%) desconoce que esta enfermedad puede ser transmitida de la madre al hijo duran-

	Mujeres edad fértil que conocen algún método anticonceptivo (a)	Mujeres unidas y casadas que no usan algún método anticonceptivo (a)	Mujeres unidas y casadas que se han realizado alguna vez el papanicolau (a)	Conocimiento básico sobre el SIDA (b)	Conoce que SIDA puede ser transmitido durante el parto (b)	Conoce prácticas sexuales seguras para protegerse del SIDA (b)	Conoce derechos de la Ley de Maternidad Gratuita (c)
Lengua							
No indígena	85.8	41.1	65.1	76.7	74.0	59.1	31.0
Indígena	33.8	82.1	15.5	57.6	54.0	44.6	19.4
Total	83.2	43.4	62.4	74.2	71.4	57.2	30.1
Autodefinición							
Indígena				30.7	31.5	24.0	15.5
Afro				74.9	72.2	52.8	25.5
Mestizo				76.3	73.9	59.1	31.1
Blanco				81.2	75.6	62.1	35.6
Otro				66.0	63.1	64.0	19.8
Total				74.3	71.5	57.3	30.1
Sexo							
Hombre				75.2	72.4	58.3	
Mujer	83.2	43.4	62.3	73.3	70.5	56.1	30.1
Total	83.2	43.4	62.4	74.2	71.4	57.2	30.1
Área de residencia							
Urbana	91.8	36.5	74.4	84.0	79.4	62.7	34.8
Rural	67.1	55.7	40.9	54.9	55.7	46.3	19.0
Total	83.2	43.4	62.4	74.2	71.4	57.2	30.1
Deciles de consumo/ingreso							
10% más pobre	48.0	71.2	26.4	56.7	58.1	46.1	22.1
2	67.9	61.4	33.4	58.9	59.6	45.7	20.6
3	79.3	49.1	49.7	66.4	67.7	53.1	21.1
4	80.5	38.4	56.0	68.4	68.9	56.2	24.1
5	85.9	40.6	60.3	71.2	69.7	54.4	23.7
6	85.8	41.5	67.5	75.5	72.9	60.8	29.2
7	90.4	40.4	68.2	77.5	74.3	58.3	34.6
8	92.8	34.7	75.8	81.5	77.2	59.9	33.4
9	92.8	37.0	76.9	85.0	80.2	66.0	39.2
10% más rico	93.0	32.1	88.4	90.3	79.3	65.4	46.7
Total	83.1	43.4	62.3	74.4	71.6	57.4	30.2

Fuentes: (a) INEC, ECV 1999; (b) INEC, EMEDINHO, 2000; (c) INEC, SPEH, 2003. Elaboración: STFS-SIISE.

te el parto y un poco más de cuatro de cada diez desconoce las prácticas sexuales seguras para protegerse del SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. El grado de conocimiento o desconocimiento varía entre los grupos de la población, siendo nuevamente las poblaciones indígenas, rurales y pobres las menos informadas (ver tabla 2). Según la ENDEMAIN 2004, el 62.5% de las mujeres en edad fértil tienen conocimiento espontáneo sobre el VIH/SIDA, cifra que se reduce significativamente en el caso del conocimiento de las infecciones de transmisión sexual como la sífilis (28.0%), gonorrea (36.3%) y hepatitis B (2.7%). Nuevamente, las mujeres campesinas, indígenas y con menor educación presentan un mayor desconocimiento.

Violencia intrafamiliar

La violencia familiar, incluida la violencia sexual, afecta la salud y la vida de un número importante de mujeres en el país. Este tipo de violencia constituye una barrera social que obstaculiza la participación de las mujeres en la toma libre de decisiones al interior del hogar sobre aspectos que afectan su vida como es el caso de su salud sexual y reproductiva. Si bien, es plausible pensar que las encuestas subregistran la violencia, es importante señalar que según la ENDEMAIN de 1999, tres de cada diez mujeres en edad fértil declaran que sufrieron al menos una agresión causada por algún familiar. Asimismo, una de cada cinco mujeres casadas o unidas reconoce que fue víctima de violencia por parte de la pareja. De acuerdo a la ENDEMAIN de 2004, el 27.7% de las mujeres en edad fértil ha recibido maltrato físico antes de cumplir 15 años de edad y el 24.9% maltrato psicológico. Aproximadamente, tres de cada diez mujeres que tiene o ha tenido pareja, novio o enamorado sufrió actos de violencia por parte de su pareja en los doce meses previos a la realización de la encuesta. En particular, una de cada tres mujeres con pareja fue obligada a tener relaciones sexuales. Finalmente, el 7% de las mujeres en edad fértil manifestó que fue violada con penetración y el 4% violada sin penetración en algún momento en el transcurso de su vida.

Demanda de servicios de salud

El acceso a los servicios de salud es fundamental para mejorar las condiciones generales de salud de la población, así como para garantizar los derechos sexuales y reproductivos. En esta sección se analizan tres indicadores de la demanda de las mujeres por servicios de salud reproductiva que afectan la tasa de mortalidad materna y se describe un modelo estadístico de los determinantes de la deman-

da de atención de salud durante el parto. Se evidencia aquí también la existencia de profundas disparidades en el acceso a servicios de salud materna entre mujeres provenientes de distintos grupos sociales.

Atención institucional del parto

La atención institucional del parto es importante para reducir la mortalidad materna e infantil en la medida en que garantiza una atención profesional en los casos en que se presentan complicaciones durante el parto y post-parto como hemorragias y obstrucciones. De acuerdo a las encuestas de demografía y salud materna e infantil, el porcentaje de mujeres en edad fértil que ha recibido atención institucional durante el parto ha aumentado, en los últimos años, al pasar de 63.5% en 1994 a 74.7% en 2004 (CEPAR, 2004). La encuesta de empleo del INEC del año 2003 proporciona un porcentaje mayor. Según esta fuente estadística, el 84.4% de las mujeres ecuatorianas de 12 años o más que tuvieron al

Tabla 3 Atención institucional del parto de mujeres mayores de 15 años que tuvieron al menos un hijo nacido vivo entre 1999 y 2003 (en porcentaje)					
	Centros públicos o privados	Centros públicos	Centros privados	Casa	Comadrona
Autodefinición (15 años o más)					
Indígena	44.6	35.9	8.7	47.8	7.6
Afro	80.4	65.4	15.1	17.3	2.3
Mestizo	88.4	63.2	25.2	9.2	2.4
Blanco	91.2	65.7	25.5	7.3	1.5
Otro	71.6	36.6	35.0	7.6	20.9
Total	84.4	61.1	23.3	12.8	2.8
Área de residencia					
Urbana	93.7	66.8	26.9	4.8	1.5
Rural	67.1	50.4	16.7	27.8	5.1
Total	84.4	61.0	23.3	12.8	2.8
Fuente: INEC, SPEH, 2003. Elaboración: STFS-SIISE.					

menos un hijo entre 1999 y 2003 recibió atención institucional del parto, ya sea en centros de salud públicos o privados. Sin embargo, las poblaciones indígena y rural muestran tasas de atención institucional del parto muy inferiores al promedio del país y que las tasas correspondientes a las poblaciones blanco-mestizas. La población afroecuatoriana, por su parte, presenta también una tasa inferior pero cercana al promedio nacional. La mayor parte de las mujeres afroecuatorianas, al igual que las blanco-mestizas, es asistida por centros de salud públicos. En cambio, las mujeres indígenas paren, primordialmente, en su casa. El segundo lugar que escogen para parir las afroecuatorianas es su casa, a diferencia de las mujeres blanco-mestizas que escogen los centros privados de salud y que las indígenas que escogen los centros de salud públicos (ver tabla 3).

Controles del embarazo

La realización de controles durante el embarazo es también fundamental para reducir la mortalidad materna e infantil puesto que permite detectar oportunamente complicaciones que se presentan durante el embarazo como las toxemias y las infecciones del aparato genito-urinario. Asimismo, los controles prenatales son necesarios para educar a las madres sobre la importancia de la atención profesional o calificada durante el parto

(SIISE, 2003). Según las encuestas ENDEMAIN, el porcentaje de mujeres en edad fértil que recibió atención prenatal se incrementó de 74.7% a 84.2% entre 1994 y 2004 (CEPAR, 2005). Por otra parte, según la encuesta de empleo de 2003, el 54.3% de las mujeres en estado de lactancia declaró haberse realizado cinco o más controles durante el embarazo. Este número es el establecido como mínimo por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. El porcentaje de mujeres indígenas, afroecuatorianas y rurales que se realizaron cinco o más controles es muy inferior a la cifra nacional (23.5%, 44.3%, 37.1%, respectivamente (ver tabla 4).

Tabla 4	
Porcentaje de mujeres que tuvieron cinco o más controles durante el embarazo	
Autodefinición (15 años o más)	%
Indígena	23.5
Afro	44.3
Mestizo	59.6
Blanco	51.5
Otro	86.4
Total	54.3
Área de residencia	
Urbana	66.5
Rural	37.1
Total	54.3
Fuente: INEC, SPEH, 2003. Elaboración: STFS-SIISE.	

Prevención del cáncer cérvico-uterino

El cáncer del cuello uterino es causa de enfermedad y muerte entre las mujeres⁷. No obstante, según la encuesta de condiciones de vida de 1999 solo seis de cada diez mujeres unidas o casadas se ha realizado el examen de Papanicolau alguna vez. Nuevamente, las mujeres indígenas, rurales y pobres presentan las cifras más bajas (15.5%, 40.9% y 26.4%, respectivamente). Asimismo, según la EN-DEMAIN de 1999, solo el 22.6% de las mujeres en edad fértil se ha realizado alguna vez el auto-examen del seno y apenas el 5.1% una mamografía.

Determinantes de la demanda de atención de salud en el parto

Vos et al (2004) estiman un modelo econométrico logit multinomial de demanda de atención institucional del parto (ver anexos 1 y 2). Este tipo de modelo permite medir la probabilidad de demandar distintas opciones de un determinado servicio. En este caso, se modelan los factores que determinan la probabilidad de que una mujer escoja entre no demandar atención institucional en el parto, demandar servicios de salud públicos o demandar servicios de salud privados. Entre los factores determinantes los autores incluyen aquellos asociados a las características personales de la madre, las características del hogar y diversas variables médicas (ver anexo 3). Los resultados de las características personales de la madre muestran que ser una madre indígena incrementa la probabilidad de tener un parto no atendido profesionalmente (ver anexo 2). Las madres indígenas prefieren prácticas tradicionales de parto atendidas por individuos diferentes a los profesionales de la salud. En cambio, ser una madre no indígena incrementa tanto la probabilidad de demandar servicios de salud públicos como la probabilidad de demandar servicios de salud privados. La educación de la madre es altamente significativa pero tiene un efecto modesto. A mayor nivel de educación disminuye la probabilidad de tener un parto sin atención profesional e incrementa la demanda de servicios privados y públicos. La significación simultánea del consumo per cápita y la educación indica que también hay efectos no económicos que subyacen esta relación. En el caso en que existan diferencias importantes de calidad entre los servicios públicos y privados, según el modelo se esperaría que las madres más educadas y, por tanto, con mejor información, prefieran estos últimos.

7 Según CEPAR (2000) es la principal causa de muerte por cáncer. Sin embargo, de acuerdo a las estadísticas vitales del INEC del año 2002, el cáncer del estómago y del seno tienen una mayor prevalencia.

Los efectos de las características del hogar sobre la elección de los servicios de parto indican que la residencia en el área urbana disminuye la probabilidad de no atención del parto e incrementa la demanda de servicios públicos y privados. Esto evidencia que el residir en las urbes permite un mayor acceso a los servicios de salud para el parto. Asimismo, el residir en regiones distintas a la Amazonía disminuye la probabilidad de no atención del parto e incrementa la provisión de servicios públicos y privados. El incremento resultante en la demanda de atención profesional es más fuerte para la provisión privada que para la pública.

Mientras mejor es la condición económica de los hogares (medida por los niveles de consumo), es más probable que una madre esté dispuesta a usar y pagar por los servicios médicos disponibles. Igualmente, si se percibe que la calidad de los servicios privados es mejor que la de los servicios públicos, los grupos de más altos ingresos probablemente preferirán usar los servicios de salud privados. En efecto, los resultados del modelo indican que a mayor consumo per cápita se incrementa la demanda de servicios privados, se reducen los partos no atendidos y no se producen cambios sustanciales en la demanda de atención pública. Según Vos et al. (2004), este resultado puede indicar que las ecuatorianas están dispuestas a cambiarse inmediatamente a servicios privados antes que a servicios públicos debido a que perciben que la atención pública de salud es de menor calidad. Una implicación importante de política sería que un programa de transferencias en efectivo no condicionadas tendería a incrementar la demanda de atención privada de salud. En contraste, una transferencia monetaria condicionada (como el Bono de Desarrollo Humano, BDH) incrementaría el acceso a servicios públicos de atención de salud debido a la condicionalidad y no al ingreso adicional recibido.

En las variables médicas se tiene que el efecto cuantitativo de la disponibilidad promedio de personal médico en los servicios de salud públicos es más bien pequeño. Un aumento de la oferta de trabajadores de salud (por 100 mil habitantes) incrementa poco la demanda de atención pública y disminuye ligeramente la demanda de servicios privados y la no demanda de atención. Vos et al. (2004) manifiestan que estas estimaciones requieren ser tomadas con cierta precaución, pero lo que parece seguro es que la ampliación de la oferta de trabajadores de la salud tendrá un impacto muy limitado sobre la demanda de cuidado de la salud materna. La afiliación al sistema de seguridad social (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y Seguro Social Campesino) incrementa la probabilidad de elegir atención pública. El efecto, sin embargo, es pequeño y es compensado parcialmente por una menor demanda de servicios privados. Por lo tanto, Vos et al. (2004) concluyen que la expansión del seguro de salud público no tendrá un gran impacto por sí mismo sobre la demanda de atención profesional

del parto. Los partos prematuros disminuyen la probabilidad de no atención, resultando en un incremento muy similar de la intervención privada y pública. En el caso de un parto prematuro, las madres pueden desear no correr riesgos y requerir asistencia profesional. Los controles prenatales provocan una importante reducción de la probabilidad de que el parto no reciba atención, un fuerte incremento en la demanda de la provisión pública y un aumento moderado de la provisión privada (ver anexo 2). Los controles prenatales pueden indicar una mayor preferencia de las madres por la atención profesional a lo largo de todo el embarazo, así como también la existencia de servicios institucionales que proveen tales atenciones.

En suma, el modelo confirma que las mujeres indígenas, rurales, con poca educación y de escasos recursos tienen menor probabilidad de acceder a atención institucional del parto, lo que sugiere la existencia de procesos de exclusión social hacia estos grupos de población debido a barreras culturales, geográficas, sociales y económicas. Se requiere entonces de intervenciones específicas que amplíen el acceso de estas mujeres a los servicios de salud y que se promuevan el ejercicio de este derecho. Una mayor cobertura del aseguramiento de salud aumentaría la demanda de atención pública del parto, pero modestamente. Otro resultado relevante del modelo es que el incentivo de la demanda de controles prenatales puede tener un efecto importante en la demanda de atención institucional del parto. Por lo tanto, es necesario fortalecer aquellos programas dirigidos a incentivar directa o indirectamente los chequeos de salud durante el embarazo como, por ejemplo, el Programa de Maternidad Gratuita, el Programa de Alimentación y Nutrición (PANN 2000) y el Bono de Desarrollo Humano. La cobertura actual de estos programas se describe en la siguiente sección.

Programas dirigidos a las madres embarazadas

En esta sección se analiza la cobertura de un grupo de programas sociales implementados por el estado ecuatoriano y que benefician principalmente a las mujeres embarazadas, en estado de lactancia y con hijos e hijas menores de 5 años. Se discute el acceso a seguridad social, el Programa de Maternidad Gratuita, el Bono de Desarrollo Humano y el Programa Nacional de Alimentación y Nutrición. Como se resaltó en la sección anterior, estos programas pueden contribuir significativamente a incrementar la demanda de controles prenatales y de atención institucional del parto. Se resaltan también las diferencias de acceso entre distintos grupos sociales.

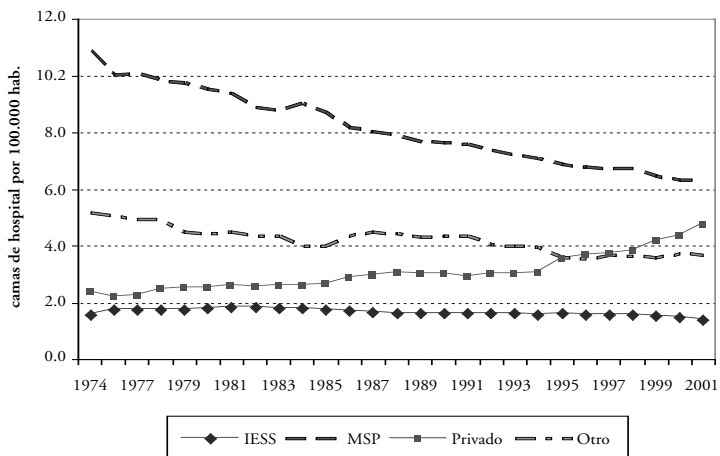
Programa de maternidad gratuita

Un avance importante hacia la realización de los derechos sexuales y reproductivos como la universalización del acceso a servicios de salud reproductiva fue la promulgación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención Infantil en 1998. El programa contempla un amplio número de prestaciones (actualmente 43) tales como control prenatal, parto, cesárea, emergencias obstétricas, detección oportuna del cáncer ginecológico, planificación familiar, atención a los recién nacidos/as normales y con patologías, transfusiones sanguíneas y paquetes globulares, atención de enfermedades de transmisión sexual (excepto SIDA), atención a niños y niñas menores de 5 años en la enfermedades prevalentes en la infancia (UNFPA-CONAMU, 2004). Aunque se ha adelantado significativamente en su implementación, son aún muy pocas las mujeres que conocen los derechos consagrados a través de este cuerpo legal. Así, según la encuesta de empleo del INEC de noviembre de 2003, la cual introdujo una serie de preguntas sobre acceso a programas sociales, solo tres de cada diez mujeres en edad fértil conoce los derechos establecidos en dicha ley. Las mujeres indígenas, afrodescendientes, rurales y de estratos pobres conocen de la ley en una proporción mucho menor que el promedio nacional, siendo por ende la difusión de la ley y de la cobertura en estos grupos uno de los desafíos pendientes.

La aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita se ve afectada además por la creciente privatización de facto de la provisión de salud en el Ecuador (STFS-SIISE, 2004; Vos et al., 2004)⁸, la reducción de la jornada laboral de los médicos a solo cuatro horas y la política de recuperación de costos que se implementó en el sector salud simultáneamente a su promulgación. Todo esto afecta tanto la oferta como la demanda de los servicios de salud pública. Respecto al primer punto, por ejemplo, el número de camas de hospital del Ministerio de Salud Pública por cada 100 mil habitantes se redujo de 9.5 en 1980, a 7.6 en la década de los noventa y a 6.3 en 2001. En contraste, el número de camas de hospital del sector privado aumentó de 2.5 a 3.0 y a 4.7 en ese mismo período (ver gráfico 3). Asimismo, el número de médicos del sector público por cada 10 mil habitantes se incrementó de 6.2 en 1981 a 7.7 en 1990 y a 8.0 en 2001. En cambio, el crecimiento del número de médicos del sector privado fue mucho más rápido, especialmente en la década de los noventa. Este se incrementó de 1.8 a 1.9 y a 7.9 por cada 10 mil habitantes entre esos mismos años (ver gráfico 4).

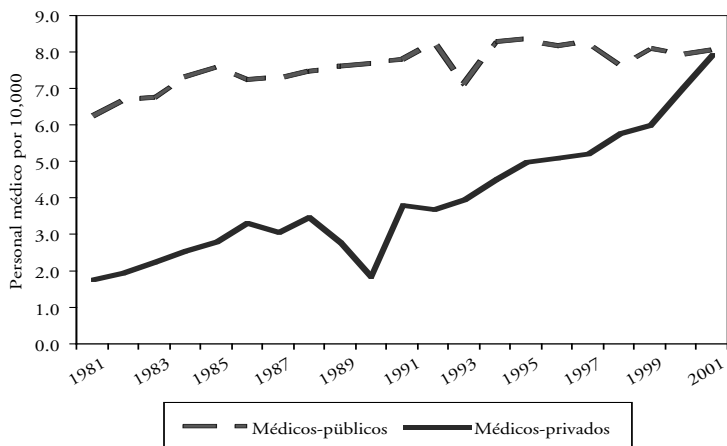
8 La privatización de facto se refiere a la creciente participación relativa de los servicios y personal médico privado en la última década (Vos et al., 2004).

Gráfico 3
Camas de hospital por 10 mil habitantes



Fuente: INEC, Estadísticas hospitalarias. Elaboración: STFS-SIISE.

Gráfico 4
Personal médico público y privado por 10 mil habitantes



Fuente: INEC, Anuarios de recursos y actividades de salud. Elaboración: STFS-SIISE.

Aseguramiento

La cobertura de aseguramiento es baja en el Ecuador. De acuerdo a la encuesta de empleo de 2003, solo el 17.2% de la población total tiene acceso a algún tipo de aseguramiento: privado, Seguro Social General, Seguro Social Campesino, Seguro Social de las Fuerzas Armadas y la Policía, medicina preventiva. Al igual que otros indicadores, en este caso se observan también diferencias entre distintos grupos socioeconómicos. Las poblaciones indígena y afroecuatoriana tienen menores coberturas de aseguramiento que el promedio nacional y que la mayoría blanco-mestiza. Asimismo, las mujeres y quienes residen en el campo tienen menores coberturas, debido fundamentalmente a su menor inserción en el sector formal de la economía (ver tabla 5).

Tabla 5	
Aseguramiento de la población	
Autodefinición (15 años o más)	%
Indígena	14.4
Afro	18.6
Mestizo	22.5
Blanco	27.4
Otro	16.4
Total	22.1
Sexo (población total)	
Hombre	19.3
Mujer	15.2
Total	17.2
Área de residencia (población total)	
Urbana	18.5
Rural	14.8
Total	17.2
Fuente: INEC, SPEH, 2003. Elaboración: STFS-SIISE.	

Bono de Desarrollo Humano (BDH)

El Bono de Desarrollo Humano es el nombre que adoptó el programa Bono Solidario desde julio de 2003, fecha en la que implementó una reforma en su concepción y un proceso de refocalización de beneficiarios basado en los quintiles 1 y 2 del SELBEN (Sistema de selección de beneficiarios de programas sociales), mecanismo de focalización individual administrado por la Secretaría Técnica del Frente Social que se sustenta en una encuesta de caracterización socioeconómica a partir de la cual se construye un índice de bienestar que clasifica a las familias según su nivel de pobreza. Los quintiles 1 y 2 de SELBEN están conformados por, aproximadamente, las 1 millón 200 mil familias más pobres. El beneficio que otorga el BDH a las madres beneficiarias consiste en una transferencia monetaria de 15 dólares mensuales condicionada a la matrícula y asistencia escolar de los hijos e hijas entre 6 y 15 años y a chequeos de salud periódicos de los hijos e hijas menores de 5 años. El Bono Solidario era, en cambio, simplemente una transferencia monetaria sin condicionamiento alguno a sus beneficiarios, que se basó en una focalización por auto selección. No obstante, hasta inicios de 2005 el programa no implementaba un mecanismo de control de la condicionalidad. Apenas se habían realizado varios pilotajes.

En la tabla 6 se observa que según la autodefinición étnica, las poblaciones indígena y afroecuatoriana tienen coberturas, relativamente, mayores del BDH que las poblaciones mestiza y blanca (27.7%, 21.8%, 17.6% y 13.1%, respectivamente)⁹. Asimismo, la cobertura es mayor en el área rural y en los estratos más pobres, constituyéndose en un programa pro-pobre. Es decir, se trata de un programa redistributivo en dos sentidos: primero, llega en mayor proporción a la población más pobre y, segundo, está dirigido, mayoritariamente, a las mujeres.

Programa de Alimentación y Nutrición

El PANN 2000 es un programa nutricional del Ministerio de Salud Pública que tiene dos productos alimenticios fortificados básicos: Mi Papilla y Mi Bebida. El primero, está dirigido a niños y niñas entre 6 y 24 meses de edad y el segundo a mujeres embarazadas o en período de lactancia. En la tabla 7 se presentan las cifras correspondientes a Mi Papilla. Se observa que este programa tiene una cobertura proporcionalmente mayor en los grupos de niños y niñas que provienen de hogares en que el jefe se autodefine indígena o afroecuatoriano que en los grupos mestizos y blancos (35.4%, 36.8%, 31.9%, 30.3%, respectivamente). De igual forma, beneficia relativamente más al área rural y a los estratos más pobres.

⁹ Hay que notar que la encuesta utilizada estima un número mucho menor de beneficiarios del BDH que el registrado en el programa (865 mil frente a 1 millón 200 mil aproximadamente).

	Cobertura (5%)	Beneficiarios (No.)	Mujeres mayores de 15 años y ancianos (No.)	Concentración beneficiarios BDH (%)	Concentración población de referencia (%)
Lengua					
No indígena	17.4	757627	4361818	87.6	91.5%
Indígena	26.4	107334	407212	12.4	8.5%
Total	18.1	864962	4769030	100.0	100.0
Autodefinición					
Indígena	27.7	100545	363423	11.6	7.6
Afro	21.8	39485	181163	4.6	3.8
Mestizo	17.6	669264	3811610	77.4	79.9
Blanco	13.1	52383	400831	6.1	8.4
Otro	28.6	3285	11467	0.4	0.2
Total	18.1	864962	4768494	100.0%	100.0
Sexo					
Hombre	16.0	65474	410278	7.6	8.6
Mujer	18.3	799488	4358752	92.4	91.4
Total	18.1	864962	4769030	100.0	100.0
Área de residencia					
Urbana	14.1	455255	3233903	52.6	67.8
Rural	26.7	409707	1535127	47.4	32.2
Total	18.1	864962	4769030	100.0	100.0
Deciles de ingreso					
10% más pobre	34.7	139417	402002	16.1	8.6
2	32.3	137452	425581	15.9	9.1
3	30.9	132340	427708	15.3	9.1
4	25.9	114956	444601	13.3	9.5
5	24.3	111587	459278	12.9	9.8
6	19.5	90588	463454	10.5	9.9
7	12.6	61010	483187	7.1	10.3
8	8.8	46278	524217	5.4	11.2
9	4.9	24897	511522	2.9	10.9
10% más rico	1.2	6437	553651	0.7	11.8
Total	18.4	864962	4695200	100.0	100.0
* Mujeres de 15 años o más y ancianos(as) mayores de 65 años. Fuente: INEC, Sistema Integrado de Encuestas de Hogares 2003. Elaboración: STFS-SIISE.					

	Cobertura (5%)	Niños Beneficiarios (No.)	Población entre 6 y 24 meses (No.)	Concentración programa (%)	Concentración población de referencia (%)
Lengua jefe del hogar					
No indígena	32.0	112616	352407	87.9	89.3
Indígena	36.6	15518	42409	12.1	10.7
Total	32.5	128135	394816	100.0	100.0
Autodefinición jefe hogar					
Indígena	35.4	14578	41181	11.4	10.4
Afro	36.8	7362	20019	5.7	5.1
Mestizo	31.9	96333	301854	75.2	76.5
Blanco	30.3	9400	31025	7.3	7.9
Otro	62.7	462	737	0.4	0.2
Total	32.5	128135	394816	100.0	100.0
Sexo					
Hombre	32.6	64566	197797	50.4	50.1
Mujer	32.3	63569	197019	49.6	49.9
Total	32.5	128135	394816	100.0	100.0
Área de residencia					
Urbana	27.2	67715	248657	52.8	63.0
Rural	41.3	60419	146158	47.2	37.0
Total	32.5	128135	394816	100.0	100.0
Deciles de ingreso					
10% más pobre	43.8	22537	51470	17.9	13.3
2	41.3	21686	52542	17.3	13.6
3	35.0	17409	49767	13.9	12.8
4	36.1	15949	44208	12.7	11.4
5	33.2	13059	39350	10.4	10.2
6	30.5	12137	39792	9.7	10.3
7	29.0	9033	31177	7.2	8.0
8	21.2	7183	33899	5.7	8.7
9	14.8	3722	25118	3.0	6.5
10% más rico	14.5	2922	20198	2.3	5.2
Total	32.4	125637	387521	100.0	100.0

Fuente: INEC, SPEH, 2003. Elaboración: STFS-SIISE.

Tabla 8					
Beneficiarios del Programa PANN 2000, Mi Bebida					
	Cobertura (5%)	Beneficiarios (No.)	Población entre 12 y 49 años	Concentración programa (%)	Concentración población de referencia (%)
Lengua					
No indígena	25.2	82731	32	8600	87.8
89.2					
Indígena	28.8	11504	39973	12.2	10.8
Total	25.6	94235	368573	100.0	100.0
Autodefinición					
Indígena	26.5	10233	38618	10.9	10.6
Afro	37.8	6561	17342	7.0	4.7
Mestizo	24.1	67728	280884	72.5	76.9
Blanco	30.7	8490	27612	9.1	7.6
Otro	51.1	462	904	0.5	0.2
Total	25.6	93474	365361	100.0	100.0
Sexo					
Hombre				0.0	0.0
Mujer	25.6	94235	368573	100.0	100.0
Total	25.6	94235	368573	100.0	100.0
Área de residencia					
Urbana	21.4	46870	219313	49.7	59.5
Rural	31.7	47366	149260	50.3	40.5
Total	25.6	94235	368573	100.0	100.0
Deciles de ingreso					
10% más pobre	37.8	18925	50117	20.6	13.8
2	26.9	12264	45636	13.3	12.6
3	27.7	13196	47635	14.4	13.1
4	32.4	12020	37076	13.1	10.2
5	24.0	8652	35980	9.4	9.9
6	24.4	9355	38285	10.2	10.6
7	23.6	7130	30224	7.8	8.3
8	14.0	4233	30319	4.6	8.4
9	12.5	3263	26163	3.6	7.2
10% más rico	13.7	2884	20984	3.1	5.8
Total	25.4	91922	362419	100.0	100.0
Fuente: INEC, SPEH, 2003. Elaboración: STFS-SIISE.					

La tabla 8 presenta la cobertura del componente Mi Bebida del PANN 2000. Aquí se observa una mayor cobertura relativa de las mujeres embarazadas y en estado de lactancia autodefinidas como afrodescendientes (37.8%). Le sigue en importancia la cobertura de las mujeres autodefinidas como blancas (30.7%), indígenas (26.5%) y mestizas (24.1%). También beneficia relativamente más al área rural que a la urbana y a los estratos más pobres. En suma, el PANN 2000, en sus dos componentes, tiende a beneficiar relativamente más a la población afroecuatoriana que a la indígena, contrariamente a lo que sucede en el resto de programas de protección social, en los que esta última tiene una mayor cobertura relativa.

En suma, en esta sección se observa que los programas focalizados benefician en mayor proporción a los grupos vulnerables y son por tanto pro-pobres, mientras que los programas de carácter universal tienen aún limitaciones para, efectivamente, universalizar sus prestaciones, particularmente en las poblaciones rurales, indígenas y pobres. La suscripción de un convenio a finales de 2004 entre el Programa de Maternidad Gratuita y el Seguro Social Campesino para operar a través de sus centros de salud es un mecanismo que propenderá a cerrar las brechas sociales en el acceso a la salud entre las mujeres urbanas y rurales. El seguro social campesino es uno de los programas sociales más progresivos y pro-pobres del país (Vos et al., 2003).

Conclusiones

Durante la década de los noventa, el Ecuador modificó su marco legal respecto a la atención de la salud de las mujeres con el fin de acoger el enfoque de derechos sexuales y reproductivos, siguiendo los compromisos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994 y de Beijing de 1995. La Constitución Política y la ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia son dos ejemplos fundamentales de estos cambios. Las instituciones públicas y privadas también han ido incorporando este enfoque en sus políticas y programas. Sin embargo, el proceso se encuentra aún en ciernes y demanda un mayor impulso. Varios son los retos aún pendientes para profundizar la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Uno de ellos se refiere a priorizar las intervenciones en ciertos grupos vulnerables históricamente rezagados en sus logros sociales como son los conformados por las poblaciones indígenas, afrodescendientes, rurales y pobres. El modelo estadístico analizado en este ensayo confirma la menor probabilidad que tienen las mujeres de estos grupos de población de acceder al parto institucional. Se trata entonces de cerrar brechas sociales removiendo las barreras culturales, económicas y sociales que impiden el acceso a los

servicios de salud, especialmente, los relacionados a salud sexual y reproductiva; el acceso al conocimiento y al uso de métodos anticonceptivos, y a la salud materna e infantil. El énfasis en estos grupos coadyuvará a universalizar los derechos sexuales y reproductivos.

Varios programas vienen funcionando en esta dirección, como son los casos del Programa de Maternidad Gratuita, el Bono de Desarrollo Humano y el Programa de Alimentación y Nutrición. En particular, la implementación de la condicionalidad en salud del Bono inducirá a que las madres de hogares pobres lleven a sus hijos e hijas a chequeos periódicos en los centros de salud públicos. En la medida en que éstos atiendan adecuadamente y proporcionen los alimentos fortificados a los niños y niñas con desnutrición y anemia, se observará una mejora en la salud de la niñez. Por esta razón, es importante que este programa que incentiva la demanda de salud esté coordinado con los programas organizados desde la oferta como la maternidad gratuita, el PANN 2000, vacunación infantil, entre otros. De igual forma, el sistema de salud debe aprovechar este incentivo a la demanda para proveer también a la madre beneficiaria del Bono con información sobre sus derechos sexuales y reproductivos, servicios de la planificación familiar y salud materna e infantil y educación sobre la prevención de las enfermedades de transmisión sexual. En particular, es necesario estimular la realización de controles prenatales y la atención institucional del parto.

Finalmente, los resultados mostrados sugieren la existencia de una aparente paradoja entre el mejoramiento de las condiciones de salud y un contexto de desarticulación del estado. Vos et al. (2004) arriban también a conclusiones similares en su análisis sobre la evolución de la mortalidad infantil. Según estos autores, la paradoja se explicaría por el continuo mejoramiento de los niveles de educación de la población, especialmente de las mujeres, la creciente urbanización del país, el mejoramiento de las condiciones de saneamiento básico y la ampliación de las mejores prácticas de salud sexual y reproductiva. Estos factores habrían contribuido a reducir las tasas de fertilidad, lo que a su vez coadyuvó en la reducción de la mortalidad materna e infantil¹⁰. Es decir, todos estos aspectos han contrareestado y superado los efectos adversos del debilitamiento del funcionamiento de los servicios de salud pública, que se expresa, entre otras cosas, por la creciente privatización de facto del sistema de salud¹¹. Otro desafío de política pública, entonces, consiste en reformar el sistema público de salud de tal forma que contribuya de mejor forma a acelerar las tendencias positivas en la salud de población ecuatoriana. La Ley de Maternidad Gratuita es, justamente, un esfuerzo en esa dirección.

10 A estos factores habría que agregar también la creciente participación femenina en el mercado laboral, lo cual tiende a afectar las preferencias por el número de hijos.

11 Una hipótesis a ser investigada con mayor profundidad consiste en postular que la continua mejoría de las condiciones de salud se debe en buena parte a un mayor gasto de bolsillo en salud por parte de los hogares.

Bibliografía

- CEPAR (2000) *Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil ENDEMAIN III. Informe General*. Quito: CEPAR.
- _____ (2004) “II Congreso Nacional por la Salud y la Vida. Declaración de Guayaquil”. *Revista Correo Poblacional*, septiembre 2004.
- _____ (2005) *Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil ENDEMAIN 2004. Informe Preliminar*. Quito: CEPAR.
- CONAMU (1996) *Plan de Igualdad de Oportunidades 1996-2000*. Quito: CONAMU.
- _____ 2004 Los derechos humanos de las mujeres ecuatorianas 10 años después. Quito: CONAMU.
- Freire, Wilma (1992) “Mujer y salud”. En *Entre los límites y las rupturas. Las mujeres ecuatorianas en la década de los 80*. Pp. 171-205. Quito: CEPLAES-ACDI.
- Gómez de la Torre, Virginia (2003) “Los derechos sexuales y reproductivos: el aporte de las mujeres en el Ecuador”. En *Población y desarrollo: pasado y presente en el Ecuador*. Quito: UNFPA.
- Herrera, Gioconda (2000) “El género en el Estado: entre el discurso civilizatorio y la ciudadanía”. *Íconos*, 11.
- INEC (2004) Ecuador: estimaciones y proyecciones de población 1950-2025. Quito, Ecuador: INEC.
- Laspina, Carmen (2003) “De la salud materno infantil a la salud sexual y reproductiva”. En *Población y desarrollo: pasado y presente en el Ecuador*. Quito: UNFPA.
- Ministerio de Gobierno y Policía (2005) *Objetivos de desarrollo del milenio. Informe preliminar*. Quito. No publicado.
- Oviedo, Nelson (2003) “Evolución de la planificación familiar en el Ecuador antes de la CIPD-El Cairo 1994”. En *Población y desarrollo: pasado y presente en el Ecuador*. Quito: UNFPA.
- _____ (2004) “Hacia la construcción de una política nacional sobre salud y derechos sexuales y reproductivos”. *Correo Poblacional*, junio.
- STFS (2004) *Informe de desarrollo social 2004. Tendencias del desarrollo social en el Ecuador 1990-2003*. Quito: STFS.
- UNFPA (2004) *State of World Population 2004. The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health, and the Global Effort to End Poverty*. New York: UNFPA.
- UNFPA-CONAMU (2004) *Ecuador: 10 años después. Ecuador 1994-2004. Evaluación del cumplimiento de los compromisos del Ecuador en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo 1994*. Quito, Ecuador: UNFPA-CONAMU.

- Vos Rob, Juan Ponce, Mauricio León y José Cuesta (2003) *¿Quién se beneficia del gasto social en el Ecuador?* Quito: STFS-BID-UNICEF-ISS.
- Vos Rob, José Cuesta, Mauricio León, Ruth Lucio y José Rosero (2004) "Health". *Public Expenditure Review*. Banco Mundial-BID.