

# La equidad. en la mira:

La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas



# La equidad. en la mira:

La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas

La realización de esta publicación ha sido posible gracias al apoyo técnico y financiero de los proyectos de la representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en Ecuador, y gracias al respaldo institucional del Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Consejo Nacional de la Salud (CONASA).

Las opiniones expresadas, recomendaciones formuladas, denominaciones empleadas y datos presentados en esta publicación son responsabilidad de los autores, y no reflejan necesariamente los criterios o las políticas de la OPS/OMS o sus Estados miembro, ni del MSP y el CONASA.

**Comité editorial:**

Plutarco Naranjo  
Margarita Velasco Abad  
Miguel Machuca  
Edmundo Granda  
Fernando Sacoto  
Elizabeth Montes

**Compilación:**

Margarita Velasco Abad

**Edición y corrección de estilo:**

Álvaro Campuzano Arteta

**Diseño gráfico:**

Lápiz y Papel

**Diseño de portada:**

Liliana Gutiérrez, Lápiz y Papel

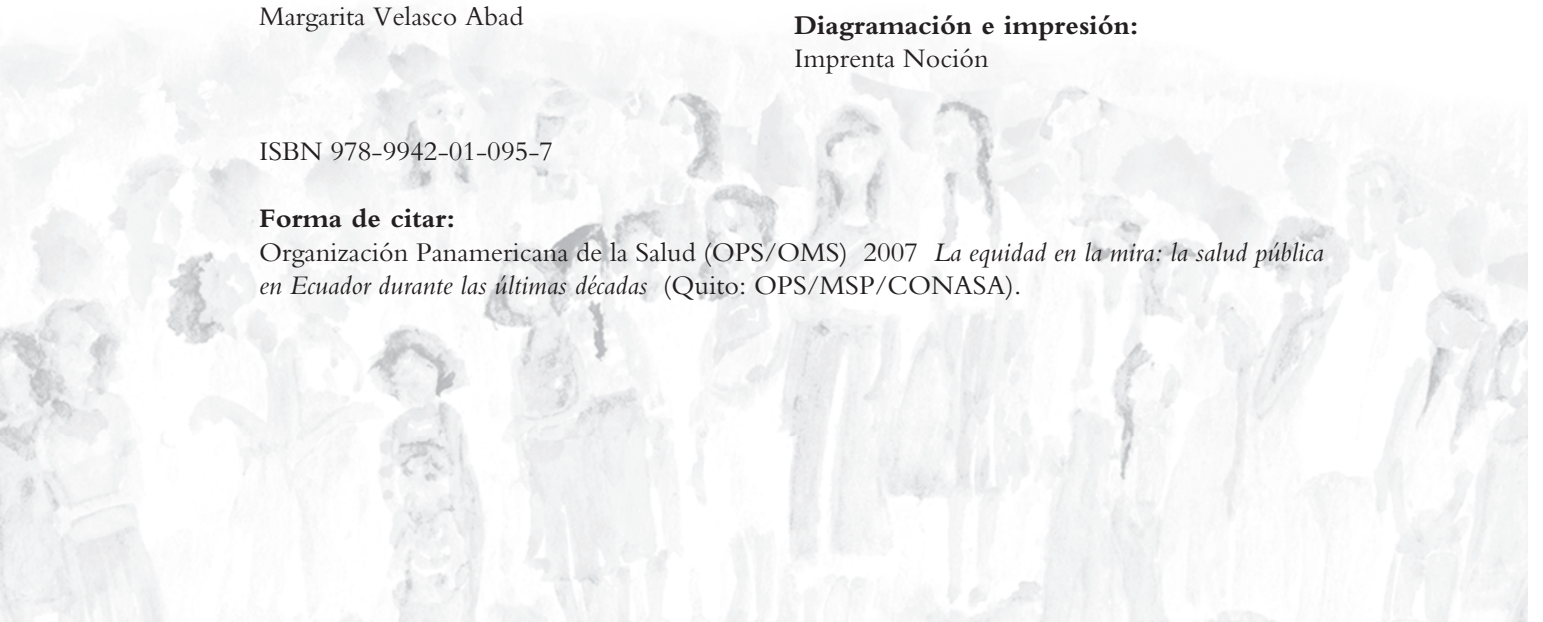
**Diagramación e impresión:**

Imprenta Noción

ISBN 978-9942-01-095-7

**Forma de citar:**

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





# Índice

 <b>Presentación</b> .....	I
<i>Caroline Chang</i> Ministra de Salud Pública	
 <b>Prólogo</b> .....	III
<i>Jorge Luis Prosperi</i> Representante de OPS/OMS sede Ecuador	
 <b>Introducción</b> .....	IV
<i>Consejo editorial</i>	

## PARTE I



### NEOLIBERALISMO Y GLOBALIZACIÓN: LOS ASEDIOS A LA SALUD PÚBLICA

 Transformaciones en el rol del Estado como proveedor de bienestar .....	3
<i>Fernando Bustamante</i>	
 La salud pública en América Latina .....	13
<i>Margarita Velasco</i>	










## PARTE II

### CONDICIONES CONTEMPORÁNEAS DE LA SALUD EN ECUADOR




#### SOCIEDAD, POLÍTICA Y SALUD


 Tendencias sociopolíticas del Ecuador contemporáneo .....	31
<i>Santiago Ortiz</i>	
 Cambios en las condiciones de vida de la población ecuatoriana .....	41
<i>Margarita Velasco</i>	

## CAUSAS PRINCIPALES DE ENFERMEDAD Y MUERTE


 Mortalidad materna ..... 57 <i>César Hermida</i>
 Situación alimentaria y nutricional ..... 61 <i>Plutarco Naranjo</i>
 Obesidad ..... 74 <i>Rodrigo Yépez</i>
 VIH / SIDA ..... 87 <i>Alberto Narváez Olalla y Eulalia Narváez Grijalva</i>
 Tuberculosis ..... 97 <i>Miriam Benavides</i>
 Malaria ..... 104 <i>Marcelo Aguilar</i>
 Dengue ..... 111 <i>Lenin Vélez</i>
 Cáncer ..... 122 <i>José Yépez Maldonado</i>
 Violencia social ..... 134 <i>Dimitri Barreto Vaquero</i>


## EL ENTORNO EN QUE VIVE LA GENTE

 Los riesgos naturales <i>Marcelo Aguilar, Xavier Coello, Othón Cevallos y Patricia Coral</i> ..... 145
 La salud ambiental ..... 158 <i>Ana Quan</i>
 Los plaguicidas ..... 166 <i>Guido Terán Mogro</i>

 El ambiente de trabajo y la salud de los trabajadores ..... 177 <i>Óscar Betancourt y Bolívar Vera</i>
---


## **CAMBIOS EN LA VIDA DE GRUPOS HUMANOS PRIORITARIOS**


 La salud de las niñas, niños y adolescentes ..... 195 <i>Juan Vásconez</i>
---


 La salud y los derechos sexuales y reproductivos ..... 203 <i>Lily Rodríguez</i>
---


## **PARTE III**


### **LA RESPUESTA DEL ESTADO**


 Las políticas de salud y el sueño de la reforma ..... 213 <i>Ramiro Echeverría</i>
---

 Los recursos humanos en salud ..... 222 <i>Cristina Merino</i>
---



 Las acciones y políticas nutricionales ..... 238 <i>Marcelo Moreano Barragán</i>
---

 La política de medicamentos ..... 249 <i>Luis Sarrazin Dávila</i>
--

 El Programa Ampliado de Inmunizaciones ..... 256 <i>Nancy Vásconez, Guadalupe Pozo e Irene Leal</i>
--





 La gestión del conocimiento y la tecnología en el campo de la Salud ..... 271 <i>Mario Paredes Suárez, Ramiro López Pulles y Guillermo Fuenmayor Flor</i>
--

 El proceso de construcción del Sistema Nacional de Salud ..... 284 <i>César Hermida Bustos</i>
---

 La promoción de la salud en el Ecuador ..... 294 <i>Carmen Laspina</i>	294
 Aseguramiento universal en salud: instrumento de la reforma sectorial ..... 301 <i>Nilhda Villacrés</i> <i>Marco Guerrero</i>	301




## PARTE IV



### LOS MODELOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

 Los modelos de atención de la salud en Ecuador ..... 317 <i>Fernando Sacoto. Fundación Ecuatoriana para la Salud y del Desarrollo (FESALUD)</i>	317
 La seguridad social y la reforma de salud ..... 368 <i>Edison Aguilar Santacruz</i>	368
 El seguro social campesino ..... 378 <i>Pedro Isaac Barreiro</i>	378
 Los servicios de salud de la Policía Nacional del Ecuador ..... 386 <i>Fernando Salazar</i>	386

## PARTE V



### NUEVOS PLANTEAMIENTOS SOBRE SALUD PÚBLICA

 Salud y globalización ..... 393 <i>Edmundo Granda</i>	393
 Apuntes sobre bioética en América Latina ..... 407 <i>Fernando Lolas Stepke</i>	407
 Otras opciones en la atención de la salud: lo tradicional y lo alternativo ..... 414 <i>Fernando Ortega Pérez</i>	414






 Interculturalidad y salud: la experiencia de Cotacachi ..... 424 <i>Luz Marina Vega</i>	424
 Las tecnologías de la información y la gestión del conocimiento en salud ..... 428 <i>Arturo Carpio y Patricio Yépez</i>	428









## PARTE VI

### BALANCE Y DESAFÍOS

 Las desigualdades en Ecuador y sus efectos en la salud ..... 441 <i>David Acurio</i>	441
 Objetivos de Desarrollo del Milenio en Ecuador ..... 448 <i>Pablo Salazar</i>	448

### LISTA DE RECUADROS

 Los micronutrientes y el combate de la desnutrición ..... 70 <i>Rodrigo Fierro Benitez</i>	70
 La Corporación KIMIRINA y sus aliados, las poblaciones clave, en la prevención del VIH/SIDA ..... 96 <i>Amyra Herdoiza</i>	96
 La reforma desde la perspectiva del ministro de Salud (1998 – 2000) ..... 277 <i>Edgar Rodas Andrade</i>	277
 El CONASA ..... 290 <i>Entrevistas a Jorge Albán y Marco Guerrero</i>	290
 Los organismos internacionales y su apoyo a la reforma de salud ..... 299 <i>Diego Victoria</i>	299

 Municipio saludable ..... 350 <i>Paco Moncayo Gallegos</i>
 La provincia saludable: un nuevo desafío ..... 352 <i>Ramiro González</i>
 Cotacachi, una experiencia de descentralización en salud ..... 353 <i>Auki Tituaña</i>
 Control comunitario de tuberculosis en la Amazonía ecuatoriana ..... 363 <i>Fernando Sacoto</i>
 Nanegalito: una experiencia de atención primaria ..... 365 <i>Entrevista a Jorge Cueva</i>
 El Hospital de Machachi: ¿cómo cambiar lo público? ..... 366 <i>Entrevista a Carlos Velasco</i>
 ¿Cómo lograr un país equitativo? ..... 446 <i>León Roldós Aguilera</i>
 <b>ÍNDICE ALFABÉTICO DE AUTORES</b> ..... 453



## Violencia social

Dimitri Barreto Vaquero\*

La violencia considerada como la imposición interhumana de un grado de dolor y sufrimiento evitable, constituye uno de los factores más reiterativos en el mundo como causa de traumatismos, enfermedad y muerte. La violencia es una construcción social desencadenada por infinidad de motivos, que van desde actitudes y sentimientos personales tan profundos como la envidia, los celos, el resentimiento y el odio, hasta expresiones colectivas que encarnan un deseo de poder y dominación, o respuestas a la explotación, la injusticia y las carencias. Difícilmente se puede entender a la violencia como un simple problema moral o como producto inevitable del destino (Spinelli, 2005). Tampoco es aceptable estimar que la violencia es fruto de la ignorancia y que a través del desarrollo socio-económico, ésta se supera. La simplificación de responsabilizar de los hechos violentos a actores pobres o a sujetos con graves desequilibrios mentales, es también un enfoque reduccionista que no aporta a la comprensión cabal del problema. La violencia es el resultado de una relación social conflictiva que surge de intereses y poderes que no encuentran soluciones distintas a la fuerza (Carrión, 1994).

Una constante en el análisis de la violencia radica en su diferenciación con la agresividad, considerada como característica natural de los seres vivos del reino animal, incluido el ser humano. En la gran mayoría de individuos, la agresividad humana innata es controlada por el proceso de socialización, y si bien de manera excepcional hay quienes quedan al margen de

este condicionamiento, la presencia de tales individuos en un momento histórico y en un conglomerado social no son determinantes para la prevalencia de los actos violentos (Lera, 1974). La violencia, entendida como una construcción social y no como un fenómeno natural, es sin duda una de las formas más recurrentes de profanación de la conciencia humana y del menosprecio por los derechos naturales de la persona. Como lo señala Ángel María Lera, “tan acto de agresión es un tiroteo en las calles como la intervención de la correspondencia o del teléfono privado. Tan violento y tan antisocial es el hombre que coloca un explosivo o atenta contra la vida de un adversario ideológico, como el que, detrás de un escritorio, dispone una subida de precios, una jugada bursátil” (Lera, 1974: 8).

Las principales manifestaciones de violencia social que impactan en el proceso salud-enfermedad son: accidentes de tránsito, homicidios y suicidios. Estas tres acciones pueden ser objetivamente registradas estadísticamente, aunque siempre habrá que tomar los datos oficiales con reserva por lo difícil que resulta transparentar este tipo de información en todo conglomerado social, dando como resultado un significativo subregistro. En efecto, en América Latina se estima que más de la tercera parte de las muertes violentas no son registradas por las estadísticas. Un porcentaje elevado de suicidios son registrados como accidentes o bajo cualquier otro causal (Spinelli, 2005). Ahora bien, existen otros actos de violencia que también inciden en la salud pública, especialmente a nivel de la morbilidad: el maltrato infantil, el maltrato

---

\* Profesor principal, Área de Psiquiatría – Universidad Central del Ecuador

a la mujer, la violencia sexual y el maltrato institucional. Al respecto, no sólo la persona que ha sido objeto de violencia debe ser considerada como afectada por un problema de salud, sino también sus familiares y allegados, cuya salud mental puede ser comprometida.

Es necesario establecer una diferencia conceptual entre acto violento y accidente. No es factible homologar a todo accidente como hecho violento. Sin embargo, es difícil poder establecer límites que separen los unos a los otros, por ello es tan frecuente que en muchos estudios se incluyan a los accidentes de tránsito como hechos violentos. En lo que respecta a este trabajo, accidentes como caídas, ahogamientos, quemaduras, explosiones o asfixias, quedan fuera del marco de análisis. Sólo se incluye a los accidentes de tránsito, pues es internacionalmente reconocido que muchos de estos accidentes son deliberados y por lo tanto tienen una intencionalidad suicida.

## **La violencia social en el Ecuador**

El período de análisis de las muertes por causas violentas en las últimas décadas en el Ecuador, coincide con el denominado período democrático, caracterizado por la inestabilidad en todos los ámbitos del acontecer nacional. No es un objetivo de este documento su descripción y análisis, pero como marco referencial, para comprender la epidemiología de la violencia, cabe remarcar algunos hechos. La inestabilidad política se expresa en varios acontecimientos: la presencia de 12 presidentes en 25 años; el derrocamiento de tres presidentes por sendos levantamientos populares; la ingerencia de los partidos políticos en la administración de justicia; el descrédito permanente de la función legislativa y de los organismos de control; la descomposición de las Fuerzas Armadas; y el progresivo dismantelamiento de las instituciones estatales. En lo que respecta al campo económico, cabe anotar: el galopante crecimiento de la

inflación; la impagable deuda externa; las medidas de ajuste con menoscabo del gasto social; el feriado bancario (cuando el gobierno incautó los ahorros de millones de ecuatorianos a favor de los intereses de pocos banqueros); el proceso de dolarización y la eliminación de la moneda nacional; y los condicionamientos del FMI y el Banco Mundial, expresiones de los aspectos excluyentes de la globalización económico-financiera. Adicionalmente, en lo internacional, durante el período atestigüamos: dos conflictos bélicos con el Perú; la presencia de una base militar norteamericana en Manta; el influjo del Plan Colombia en la frontera norte; y la debilidad negociadora de los funcionarios nacionales frente a las presiones internacionales. Por último, en lo social, las altas tasas de pobreza y miseria, la incontenible migración al exterior y la corrupción a todo nivel, configuran un cuadro no precisamente alentador. Todos estos hechos coexisten en la cotidianidad de los ecuatorianos e inciden en mayor o menor grado en el proceso salud-enfermedad.

## ***Las defunciones por causas violentas***

Para el presente estudio, se toman como fuente única de información estadística los datos del INEC (1980–2004), tanto en lo relacionado con causas de defunciones como en las proyecciones de población a partir de los diferentes censos nacionales.

En el año de 1973 aparecen por primera vez los accidentes de tránsito dentro del grupo de las diez primeras causas de muerte y desde entonces se mantiene como tal. Posteriormente, en 1982, el homicidio se incluye entre las diez primeras causas de muerte de los ecuatorianos. En determinados grupos de edad, junto al homicidio, el suicidio se mantendrá como una de las principales causas de muerte. En 1980, mueren por las tres causas señaladas (accidentes de tránsito, homicidio y suicidio) 2.910 ecuatorianos y en el 2004 se registran 4.116 defunciones por estas causas, configurándose

**Cuadro 1**

Evolución de las tasas de mortalidad por accidentes de tránsito, suicidio y homicidio Ecuador (1980-2004)\*

Período	Accidentes de tránsito	Suicidio	Homicidio
1980	27,18	2,96	6,31
1985	19,89	4,55	9,44
1990	21,48	4,64	10,93
1995	16,09	4,77	13,55
2000	16,21	4,25	16,49
2004	11,13	4,29	16,15

Fuente: INEC (1980-2004)

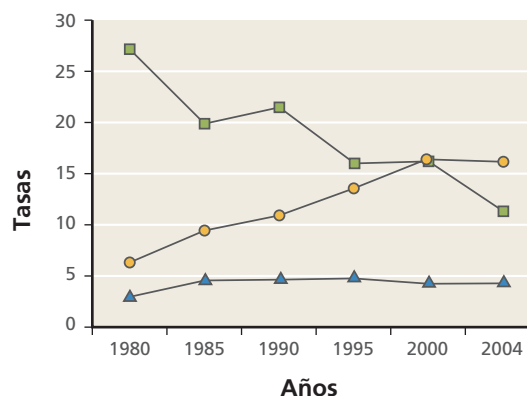
\* Tasa por 100.000 habitantes

de esta manera el cuadro contemporáneo de la epidemiología de la violencia.

Las muertes por causas violentas desde 1980 hasta el 2004 reflejan importantes cambios epidemiológicos. Mientras en 1980 los accidentes de tránsito tenían una tasa muy elevada (27,18), las tasas por suicidio (2,96) y homicidio (6,31) se podrían considerar como bajas. Sin embargo, los cambios demográficos, económicos, sociales y políticos del país conllevaron a un importante cambio en el perfil epidemiológico de las tres causas de mortalidad de las que se ocupa este estudio. Durante el período 1980–2004, las muertes por accidentes de tránsito disminuyen a 11,13 por cada 100.000 habitantes, apreciándose en general una franca tendencia hacia la baja de esta causa de muerte. Por su parte, las muertes por homicidios aumentaron a 16,65, es decir se incrementaron en un 260% (a pesar de que en el último quinquenio existió una muy leve mejoría de este indicador). Finalmente, la tasa de suicidio tuvo un incremento del 150% en el primer quinquenio del período, para mantenerse relativamente estable a lo largo de los últimos 20 años.

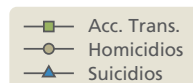
**Gráfico 1**

Evolución de las tasas de mortalidad por violencia Ecuador (1980-2004)



\* Tasa por 100.000 habitantes

Fuente: INEC (1980-2004)



Las tres causas en su conjunto dieron una tasa de mortalidad por violencia que fluctuó desde 33,88 por cada 100.000 habitantes en 1980, hasta 31,57 en el año 2004. La tasa conjunta más alta corresponde a la del año 1985 (37,05).

Como se puede apreciar en el cuadro 2, la distribución de las tres causas de muerte no es homogénea en el país. Por el contrario, existen diferencias importantes al considerar las regiones geográficas. En la sierra siempre se encuentran tasas más altas para las muertes por accidentes de tránsito, mientras que en la costa, los homicidios alcanzan las cifras más altas (en ocasiones son hasta tres veces mayores que las de la sierra). Por su parte, en el oriente se constata un crecimiento muy rápido, a partir de finales de los años ochenta, de la tasa de homicidios: el mayor crecimiento se da entre 1980 a 1990, básicamente a expensas de lo que sucede en la provincia de Sucumbíos. Los suicidios son similares en las regiones de sierra y costa y ligeramente más bajos en el oriente. Como último apunte, en las provincias de la sierra

**Cuadro 2**

Evolución de las tasas de mortalidad por accidentes de tránsito, suicidio y homicidio por regiones geográficas Ecuador (1980-2004)

Año	Acc. trans.	Sierra Suicidio	Homicidio	Acc. trans.	Costa Suicidio	Homicidio	Acc.Trans.	Oriente Suicidio	Homicidio
1.980	33,70	2,81	349	21,38	3,09	9,08	6,28	0,93	1,74
1.990	27,93	4,59	6,33	16,58	4,73	15,35	9,62	3,38	11,18
2.000	21,16	5,00	12,09	12,75	3,38	20,58	6,01	6,01	14,48
2.004	13,71	4,46	8,77	9,28	4,09	23,08	6,85	2,93	12,88

Fuente: INEC (1980-2004).

\* Tasa por 100.000 habitantes

hay un mayor riesgo de accidentes de tránsito, lo que puede estar asociado a las características geográficas por donde atraviesan las carreteras.

En cuanto a la relación urbano-rural de las muertes de violencia, tenemos que en 1993, los homicidios en las ciudades alcanzaban una tasa de 14,82 frente a 10,32 en el campo. Para 1999, la tasa urbana de homicidios subió a 18,46, en tanto que la rural descendió a 8,70, y para el año 2004 la tasa urbana se ubicó en 21,31 y la rural en 6,55.

Como se puede observar, la mortalidad por actos violentos tiene un franco predominio en las ciudades, hecho que es coincidente con lo que acontece en otros países del continente. Gustavo De Roux (1998) señala que en América Latina las ciudades se desarrollan sobre una cultura que admite la violencia como instrumento para resolver diferencias y solucionar conflictos, fenómeno cuyas consecuencias se expresan en muerte, enfermedad y discapacidad. Ecuador no escapa de esa realidad.

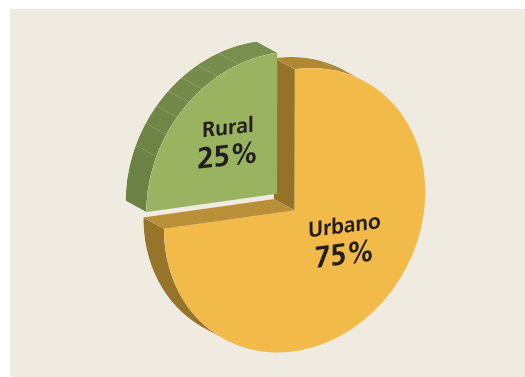
Por su parte, la tasa de suicidios se ha mantenido relativamente estable en la ciudad: de 5,64 en el año 1993 pasó a 5,16 en el 2004. En el sector rural se aprecia una tendencia hacia la disminución de esta causa de muerte, pasando de una tasa de 3,84 en 1993 a una de 2,67 en el 2004.

En cuanto a la tasa de muertes por accidentes de tránsito, se constata un paulatino decremento tanto en las ciudades como en el campo. Para 1993, en las ciudades la tasa era de 22,57; en 1999 baja a 16,86; y, en 2004, se redujo a 12,88. En las zonas rurales, en 1993 la tasa era de 17,13; en 1999, de 11,12; y, en el 2004 descendió a 7,89.

A nivel provincial (cuadro 3), el comportamiento epidemiológico por causas externas tiene marcadas diferencias. Mientras que aproximadamente durante los últimos veinticinco años, en todas las provincias han bajado las tasas de mortalidad por accidentes de tránsito, el porcentaje de

**Gráfico 2**

Relación urbano-rural de las muertes violentas Ecuador (1993-2003)



Fuente: INEC (1980-2004)

disminución es diferente entre ellas. Las que acusan un mayor descenso son Imbabura, Pichincha, Tungurahua, Cañar, Azuay, Guayas y las cuatro provincias orientales más antiguas: Napo, Pastaza, Morona Santiago y Zamora Chinchipe.

En cuanto a las tasas de suicidio, analizando los dos puntos extremos del periodo 1980–2004, vemos que en tres provincias estas tasas descienden en sus valores: Pichincha, Napo y Zamora. En las restantes provincias se registran incrementos de diferente magnitud, siendo las más elevadas Carchi y Bolívar. Para los homicidios, es llamativo el caso de la provincia de Esmeraldas: a lo largo del período se mantiene siempre con las tasas más elevadas, siendo superada únicamente en el año 2004 por Sucumbíos. Esta última provincia, creada en 1989, empieza su historia epidemiológica con tasas elevadas de mortalidad por causas externas: en 1990, los homicidios tienen una tasa de 27,22, en 1995 desciende a 17,85, para duplicarse en el 2000, llegando a 34,53, y finalmente en el 2004 alcanzan 38,03. Esta provincia, al igual que Esmeraldas, con la que comparte las tasas de homicidio más elevadas, se ubica en la frontera con Colombia y está bajo el influjo del conflicto bélico del vecino país (hecho que probablemente repercute en la situación interna de ambas provincias). Los Ríos es la tercera provincia en cuanto a tasas de homicidios. Y Pichincha, por su parte, es la provincia en la que más se ha incrementado la tasa de defunciones por homicidios. Le siguen Manabí, Imbabura y Carchi.

Durante la década de los noventa, al considerar las tasas de suicidio, la provincia de Cañar ocupó el primer lugar: sus niveles de suicidio son más del doble del promedio nacional. A partir del año 2001, empieza un descenso, pero la tasa de suicidio se mantiene siempre por encima del promedio nacional. Es muy probable que el fenómeno migratorio que acusa Cañar, con las secuelas de hogares incompletos y desorganización familiar, incida en el comportamiento suicida de sus habitantes. Para el 2004 Sucumbíos

tuvo la más alta tasa de suicidio, y le siguieron Carchi, Cotopaxi y Azuay.

No es posible encontrar una clara asociación entre pobreza y defunciones por homicidio y suicidio. De acuerdo al único Informe sobre Desarrollo Humano en el Ecuador (PNUD, 1999), en 1999 la pobreza tuvo una incidencia del 77,8% en la zona rural de todo el país, y para el mismo año, la mortalidad por homicidios en la zona rural fue de 8,7. En las ciudades, la incidencia de la pobreza fue de 44,6%, y allí la tasa de homicidios era de 18,46. En la costa, la pobreza tuvo una incidencia de 54,3%, que es menor en 8,3 puntos en relación a la sierra; sin embargo, sus tasas de homicidios siempre fueron superiores a las de la región interandina.

En 1980, por las tres causas de violencia, se tenía un promedio de 7,8 personas fallecidas diariamente. Para 1990, este dato se ubica en 9,8 fallecimientos. En el año 2000, la cifra diaria llega a 12,8. Y para el año 2004, tenemos un ligero descenso a 11,3 fallecimientos. A pesar de este último descenso, el hecho de que mueran cada día más de 11 personas por actos violentos genera un sentimiento de inseguridad en la población.

En relación al sexo, las defunciones por actos violentos tienen una mayor incidencia entre los hombres sin tomar en consideración los grupos de edad. Los hombres no son solamente los principales causantes de hechos violentos, sino que también son sus principales víctimas. Del total de defunciones por causas externas, el 80% corresponde a fallecimientos masculinos, en tanto que el 20% a femeninos (Palomeque, 2000). Para el caso de los homicidios, a lo largo del período se constatan grandes diferencias entre sexos: se registran entre 6 a 18 veces más homicidios masculinos frente a los femeninos. Para el suicidio y para los fallecimientos por accidentes de tránsito, la relación de los hombres frente a las mujeres es ligeramente mayor: de 3 a 1.

**Cuadro 3**

Evolución de las tasas de mortalidad por accidentes de tránsito, suicidio, homicidio, por provincias Ecuador (1980-2004)\*

Provincia	1980			2004		
	Accidentes Tránsf.	Suicidio	Homicidio	Accidentes Tránsf.	Suicidio	Homicidio
Carchi	42,22	0,78	1,56	19,22	7,44	6,82
Imbabura	40,98	2,05	4,09	12,61	4,56	7,24
Pichincha	39,21	3,36	2,34	13,99	3,11	12,12
Cotopaxi	21,95	2,50	2,50	16,18	6,78	13,56
Tungurahua	41,52	3,66	1,83	17,71	7,38	3,79
Bolívar	18,93	0,67	7,43	11,29	3,95	16,93
Chimborazo	24,28	3,94	4,25	16,36	5,61	5,14
Cañar	38,33	2,77	6,11	14,17	5,48	3,65
Azuay	38,19	2,50	2,95	9,63	6,21	4,04
Loja	13,68	1,67	7,59	8,47	3,76	5,41
Esmeraldas	18,18	2,42	14,95	11,52	5,28	36,27
Manabí	13,28	2,17	6,18	7,33	3,31	18,30
Los Ríos	17,98	4,21	11,32	15,06	5,25	33,40
Guayas	25,18	3,42	9,73	8,09	4,02	21,88
El Oro	25,96	2,38	5,07	12,86	4,02	18,70
Napo	28,35	5,31	6,20	10,15	3,38	5,64
Pastaza	12,31	-	3,07	4,31	2,87	8,62
Morona S.	13,43	2,98	10,45	2,38	-	-
Zamora Ch.	20,10	-	-	2,88	2,88	11,53
Sucumbios	...	...	...	9,20	7,47	38,03
Orellana	...	...	...	13,10	1,00	8,06
Galápagos	16,15	-	-	-	-	-

Fuente: INEC (1980-2004)

\* Tasa por 100.000 habitantes

A partir de 1995, los suicidios constituyen la primera causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años, los accidentes de tránsito entre los niños de ambos sexos de 9 a 14 años, y el homicidio entre los varones de 19 a 29 años. Los niños y niñas menores de 9 años constituyen también un grupo vulnerable para los accidentes de tránsito. Llama la atención el paulatino crecimiento de los casos de suicidio entre los menores de 14 años, especialmente entre mujeres.

En el estudio “El peso de la enfermedad en el Ecuador” realizado por CEPAR en 1995, se señala que debido a los fallecimientos por accidentes de tránsito, homicidios y ahogamientos, el Ecuador alcanzó una cifra de 269.774 Años de Vida

Potencial Perdidos (AVPP), que corresponde al 23% del total de habitantes, siendo el sexo masculino el más afectado.

## Colofón

El impacto de la violencia en el proceso de salud-enfermedad es un hecho omnipresente en la humanidad y se expresa a través de enfermedad, discapacidad y muerte, situaciones que demandan de ingentes recursos para su atención. No existe una manifestación uniforme de la violencia, por el contrario, ésta se manifiesta en infinidad de formas, dependiendo del momento histórico y de cada sociedad concreta. En el Ecuador tenemos

formas de violencia similares en unos casos y diferentes en otros a la de los países vecinos. Al interior de Ecuador, se evidencian diferencias de tipo regional y constantes modificaciones con el devenir del tiempo. Cualquiera sea la forma de expresión de la violencia en nuestro medio, ésta constituye un problema nacional de interés público e individual.

Las características más sobresalientes de la violencia en Ecuador y sus consecuencias de muerte son las siguientes. Durante el último cuarto de siglo, la violencia social se ha instaurado como parte de la vida cotidiana en las ciudades, donde confluyen infinidad de factores que generan un sentimiento de inseguridad y una tendencia a enfrentar conflictos mediante el uso de la fuerza. Las ciudades fraccionan a las familias, consolidan el individualismo competitivo, segregan a importantes sectores sociales, ahondan las diferencias económicas y sociales, presionan en el uso del tiempo, incrementan el hacinamiento y también la frustración ante la escasez de bienes y servicios públicos. En ese ambiente, aparecen la anomia (o ausencia de valores) y la alienación (o sentimiento de extrañamiento) en infinidad de individuos, que algún momento se convertirán en víctimas y victimarios. Las dos grandes ciudades del país, Quito y Guayaquil, son escenario de elevadas tasas de muerte por accidentes de tránsito y homicidio.

Los acontecimientos políticos, económicos y socio-culturales han contribuido para que se de una cierta tendencia a la desconfianza entre congéneres y al menosprecio al derecho del otro, incluyendo el derecho a la vida. De ahí que el homicidio se haya constituido en el componente más importante dentro de las llamadas causas externas de muerte. Sin embargo, resulta difícil encontrar una explicación coherente para

justificar las diferencias en la tasa de homicidios que se da entre las regiones de sierra y costa.

Los hombres no son únicamente los agresores, sino que ocupan porcentajes altos entre las víctimas mortales por las tres causas analizadas. Con justa razón, en el país se ha generado una conciencia creciente de respeto, equidad y no violencia contra la mujer; sin embargo, ante la realidad estadística, es necesario impulsar medidas que favorezcan la disminución de la violencia de los hombres y en contra de los hombres.

En los últimos años, especialmente a raíz del “feriado bancario”, buena parte de los ecuatorianos han invertido sus ahorros en la adquisición de vehículos, habiéndose incrementado sustancialmente el denominado parque automotriz. Paradójicamente, a pesar de este incremento, asistimos a una reducción paulatina de las muertes por accidentes de tránsito, a pesar de lo cual ésta continúa siendo la segunda causa externa de muerte. Sin duda, las condiciones geográficas contribuyen a que sea en la serranía (con su topografía absolutamente irregular) donde se producen la mayor cantidad de accidentes y de muertes por este motivo.

Un hecho que debe preocupar a todo el conglomerado social, y particularmente a las instituciones públicas, es el influjo de la conflictividad del vecino del norte, Colombia, en nuestra vida. La mayor evidencia de que habrá que encontrar una asociación entre el conflicto colombiano y nuestra realidad epidemiológica radica en que son dos provincias fronterizas (Esmeraldas y Sucumbíos) las que tienen las tasas más elevadas de homicidio. Si bien en Esmeraldas éste es un problema antiguo, en los últimos años se ha incrementado cuantitativamente. En Sucumbíos, de otro lado,

el homicidio es un problema que aparece desde que se constituyó en provincia, sin mayores antecedentes de hechos similares en el pasado.

También hay que tomar en cuenta al proceso de migración de miles de ecuatorianos al exterior como un condicionante de ciertas formas de violencia. La provincia que mayor flujo de habitantes ha tenido es Cañar, y es allí donde se encontraron las tasas más altas de suicidio del país a lo largo de la década de los noventa.

La salud pública en nuestro país tiene retos importantes para el futuro. Entre esos retos debe resaltarse, con fuerza y perseverancia, la lucha contra todas las formas de violencia. Es imposible aspirar a que ésta desaparezca de nuestro medio: mientras existan hombres y mujeres con conflictos, habrá una probabilidad de actos violentos. Pero sí es posible y constituye una obligación pública y de cada ciudadano contribuir para que disminuyan al máximo el número de víctimas y de victimarios de cualquier tipo de violencia.

### **Bibliografía:**

Carrión, Fernando 1994 “De la violencia urbana a la convivencia ciudadana. Ciudad y violencias en América Latina” en *Gestión Urbana* (Quito) Vol.2.

De Roux, Gustavo 1994 “Ciudad y violencia en América Latina” en *Gestión Urbana* (Quito) Vol.2.

INEC *Anuario de estadísticas vitales. Nacimientos y defunciones. 1980 – 2004* (Quito: INEC).

Lera, Ángel María 1974 *Diálogos sobre la violencia* (Barcelona: Editorial Plaza-Janes).

Palomeque, Edison 2000 *Diagnóstico sobre seguridad ciudadana en el Ecuador* (Quito: FLACSO).

PNUD 1999 *Informe sobre Desarrollo Humano. Ecuador* (Quito: PNUD).

Spinelli, Hugo 2005 *Muertes violentas en la ciudad autónoma de Buenos Aires: una mirada desde el sector salud* (Buenos Aires: OPS).

Varios Autores 2002 “Accidentes y violencia en el Ecuador del Siglo XX” en OPS *El Cóndor, la serpiente y el colibrí* (Quito: OPS).

Zaida, Betancourt 1992 “Aproximación inicial al conocimiento de la epidemiología de los accidentes y violencia en el Ecuador” en Varios Autores *Panorama epidemiológico del Ecuador* (Quito: MSP).