

### Población

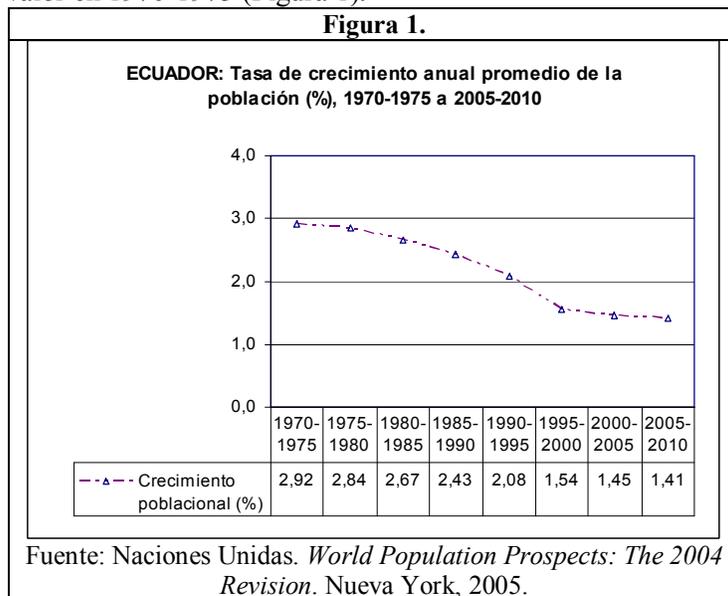
Según el último Censo de Población y Vivienda, realizado en 2001, Ecuador tiene una población de 12.156.608; las mujeres representan el 50,5% de la población.<sup>1</sup> Para el 2004, 3.486.000 mujeres, es decir, alrededor de 58% del total, tenían entre 15 y 49 años de edad.<sup>2</sup>

Se calcula que, en 2005, la población total fue 13.228.000, concentrando al 62,8% en la zona urbana.<sup>3</sup> Hay cinco grandes grupos étnicos (Cuadro 1).

**Cuadro 1. ECUADOR: Distribución de la población (%) según pertenencia étnica (2001)**

Pertenencia étnica	%
Mestizo	72
Blanco	15
Indígena	6
Afro-descendiente	4
Mulato	2
Fuente: INEC. EMEDINHO 2000.	

Según estimaciones demográficas, la tasa de crecimiento anual promedio de la población ha tenido una pronunciada tendencia descendente y para el quinquenio de 2005-2010 tendrá menos de la mitad de su valor en 1970-1975 (Figura 1).

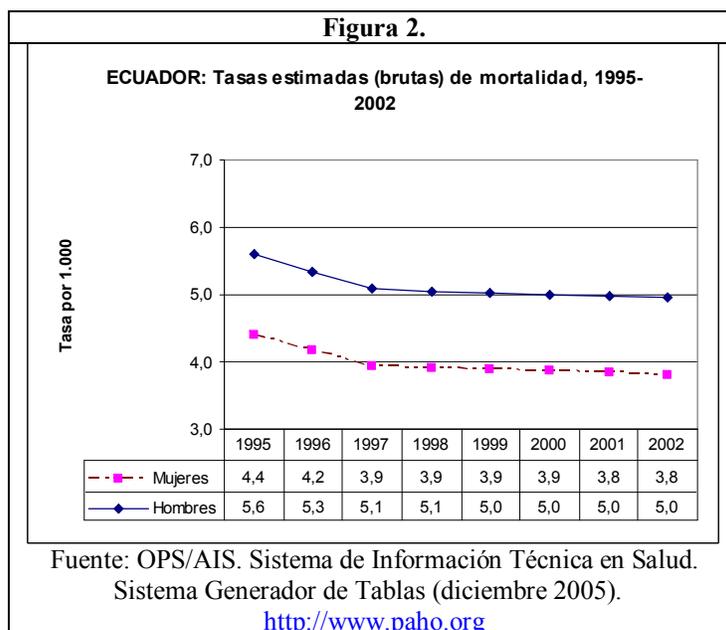


<sup>1</sup> INEC. <http://www.inec.gov.ec/> Lily - ¿Podrías completar esta dirección Internet?

<sup>2</sup> OPS/GE. *Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores Básicos 2005*. Washington, DC, 2005.

<sup>3</sup> OPS/AIS. *Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos*. Washington, DC, 2005.

Durante el período 1995-2002 la tasa bruta de mortalidad general descendió, para ambos sexos; la brecha entre la tasa de hombres y mujeres se mantuvo constante (Figura 2).



### Contexto socioeconómico

El ingreso nacional bruto per cápita (ajustado por PPA), fue de US\$3.440 en el año 2003. Se observa una pronunciada disparidad en los ingresos: la razón entre el ingreso del 20% de la población con los mayores ingresos y el 20% con los menores ingresos, fue 17,3<sup>4</sup>.

### Pobreza

En la zona urbana, el 49% de la población se encontraba bajo la línea nacional de pobreza (2002). El 21% del total de hogares urbanos tenían jefatura femenina; entre los indigentes, los hogares con jefatura femenina alcanzaron el 26%, y entre los hogares pobres no indigentes, el 21% (2002)<sup>5</sup>.

### Inversión en salud

Para 2002 el gasto público en salud, como % del PIB, alcanzó el 2,1%, en tanto que el gasto privado representó el 2,9% (excluye seguro de salud)<sup>6</sup>.

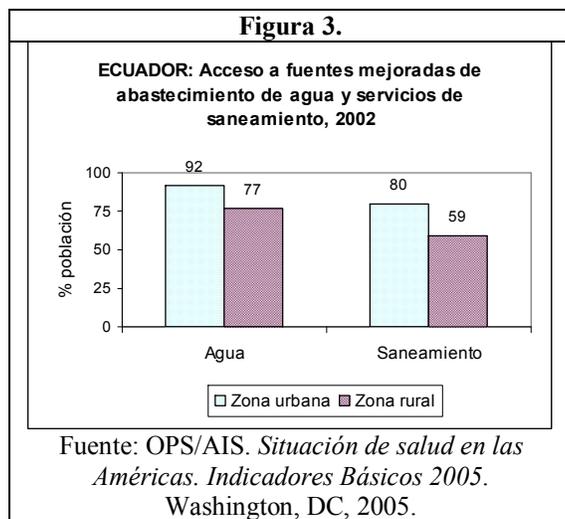
### Salud ambiental

La situación del acceso de la población a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable y servicios de saneamiento es mucho mejor en la zona urbana que en la rural (Figura 3).

<sup>4</sup> OPS/AIS. *Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2005*. Washington, DC, 2005. Calculado a partir del gasto.

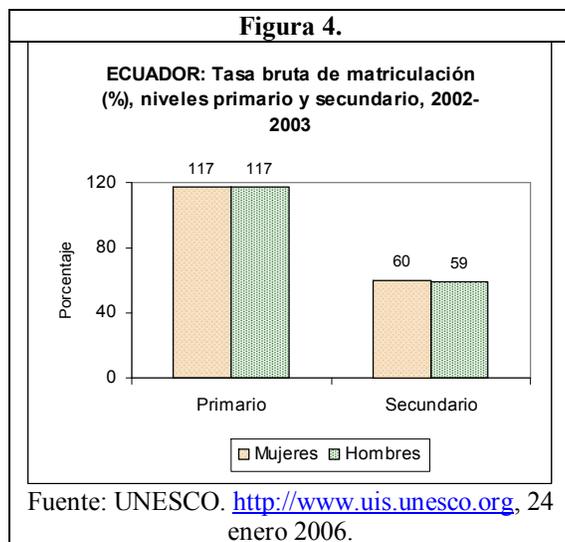
<sup>5</sup> OPS/GE. *Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores Básicos 2005*. Washington, DC, 2005. (Ver también: CEPAL. *Panorama Social de América Latina 2004*, Anexo estadístico.)

<sup>6</sup> OPS/AIS. *Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2005*. Washington, DC, 2005.



### **Educación**

En la población de 15 años y más, la tasa de alfabetismo fue 93% en 2005; los hombres presentan una tasa ligeramente mayor, alcanzando 94%, y las mujeres 92%.<sup>7</sup> Entre la población económicamente activa de 15 años y más, las mujeres de la zona urbana tienen un promedio de 10,0 años de estudio y los hombres, 9,8 años (2002); los datos disponibles para la zona rural son para el año 2000 e indican que las mujeres tenían el mismo número de años de estudio (5,54) que los hombres (5,56).<sup>8</sup> La tasa bruta de matriculación en el nivel secundario es mayor que la del nivel primario, en ambos sexos (Figura 4).



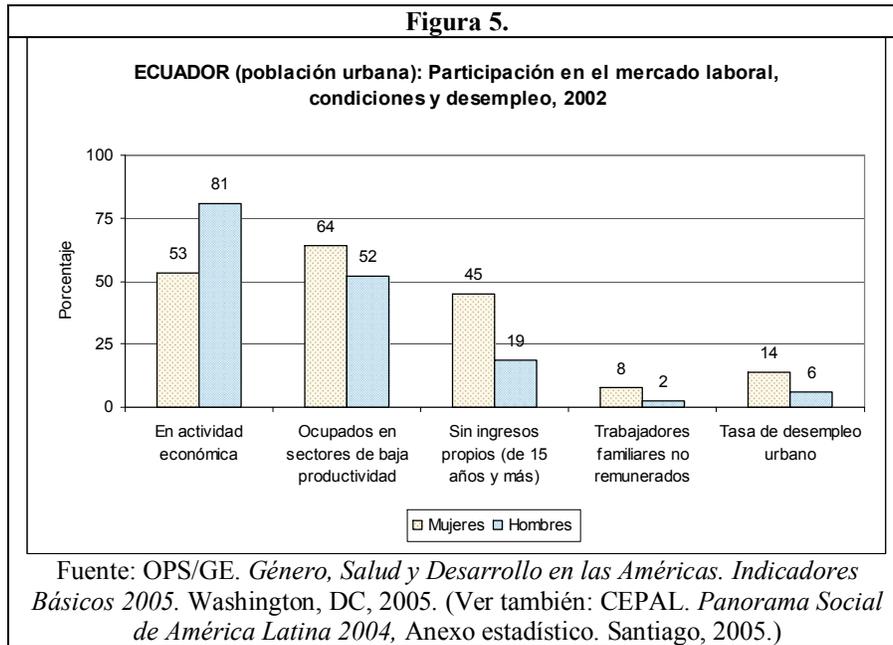
El avance de las mujeres en el ámbito educativo no se ve reflejado en el acceso a recursos económicos, ni en la participación política.

<sup>7</sup> Ibid.

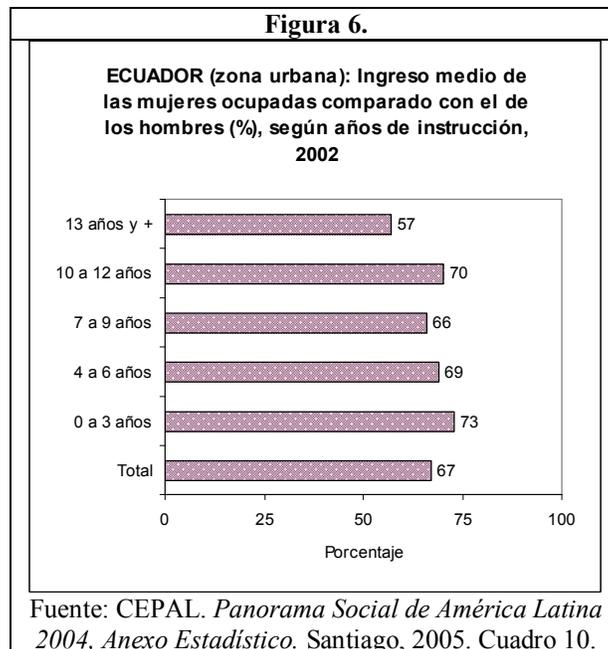
<sup>8</sup> CEPAL. *Panorama Social de América Latina 2004, Anexo Estadístico*. Santiago, 2005. Cuadro 34.

## Empleo

En el ámbito laboral las desventajas de las mujeres son evidentes (Figura 5).



Se observan diferencias considerables entre el ingreso que perciben las mujeres ocupadas y el de los hombres; estas brechas existen en todos los niveles de instrucción (Figura 6).



## Participación política<sup>9</sup>

Porcentaje de mujeres:	
- en el Parlamento	16%
- en cargos ministeriales	20%

## Recursos que facilitan iniciativas hacia la igualdad de género:

Compromiso en materia de igualdad de género		
El protocolo facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) <sup>10</sup> :	Sí	No
- Fue firmado	X	
- Fue ratificado por la legislatura	X	
Hay una ley de violencia intrafamiliar	X	

Política sobre el aborto <sup>11</sup>		
	Sí	No
¿El código penal prohíbe el aborto?	X	
¿Hay excepciones?	X	
- Para salvar la vida de la madre	X	
- Para preservar la salud física y mental de la madre	X	
- En casos de violación e incesto	X	

## Situación de Salud

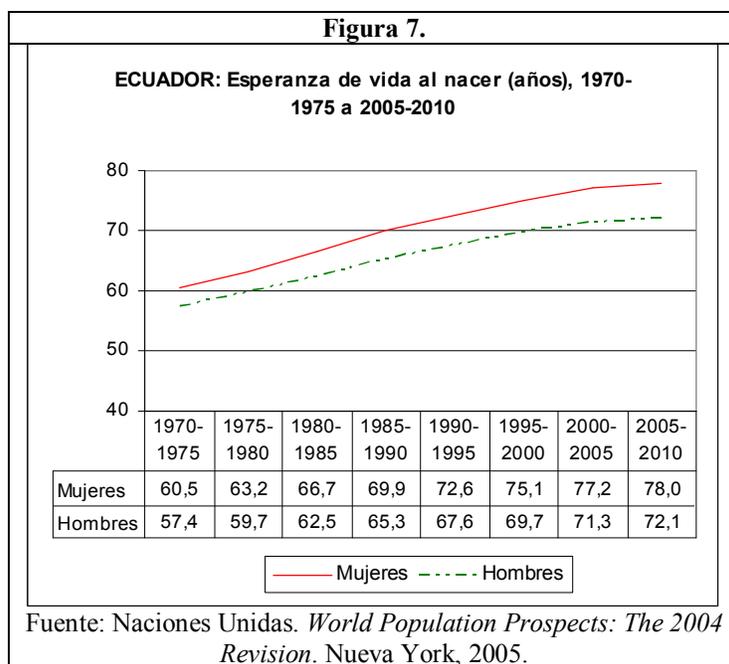
La esperanza de vida al nacer, en 2005, fue 77,7 años para mujeres y 71,8 años para hombres.<sup>12</sup> Según estimaciones recientes, la brecha entre la esperanza de vida al nacer de mujeres y hombres casi se duplicó durante el período desde 1970 hasta la actualidad: aumentó desde 3,1 años en el quinquenio 1970-1975 hasta 5,9 años en el de 2005-2010 (Figura 7).

<sup>9</sup> OPS/GE. *Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores Básicos 2005*. Washington, DC, 2005.

<sup>10</sup> Naciones Unidas. Division for the Advancement of Women, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. <http://www.un.org/womenwatch/daw>, 27 marzo 2006.

<sup>11</sup> Naciones Unidas. Population Policy Data Bank, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. <http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/doc>, 27 marzo 2006.

<sup>12</sup> OPS/AIS. *Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2005*. Washington, DC, 2005.



Las tasas de incidencia estimada de neoplasias malignas fueron especialmente altas, y tuvieron una magnitud similar, para el cuello del útero, entre mujeres, y pulmón, entre hombres (2002).

<b>Incidencia estimada de neoplasias malignas, ajustada (por 100.000), 2002</b>		
Localización	Mujeres	Hombres
- pulmón	6,1	10,5
- estómago	27,0	37,8
- mama de la mujer	23,5	n.a.
- cuello del útero	38,7	n.a.

Fuente: OPS/AIS. Sistema de Información Técnica en Salud. Sistema Generador de Tablas (diciembre 2005). <http://www.paho.org>

n.a.= no se aplica

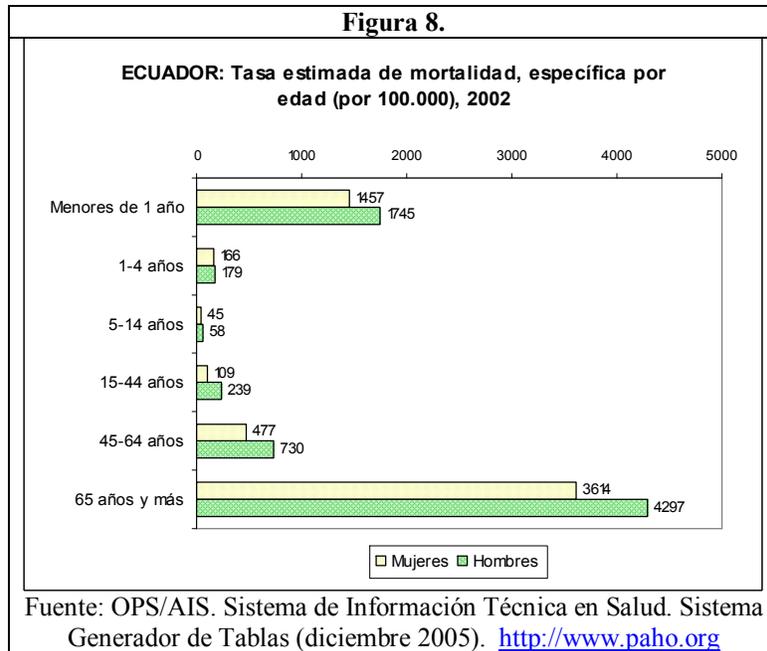
### **Factores de riesgo**

No se dispone de datos sobre tabaquismo a nivel nacional, ni tampoco sobre prevalencia de obesidad. Los datos sobre la prevalencia del tabaquismo en Quito indican que, en la población de 13 a 15 años, el hábito es mucho más frecuente entre hombres (23%) que entre mujeres (16%) (2001).<sup>13</sup>

### **Mortalidad**

En el año 2002 las tasas de mortalidad específica por edad, por todas las causas en conjunto, fueron mayores entre hombres que entre mujeres para todos los grupos de edad (Figura 8).

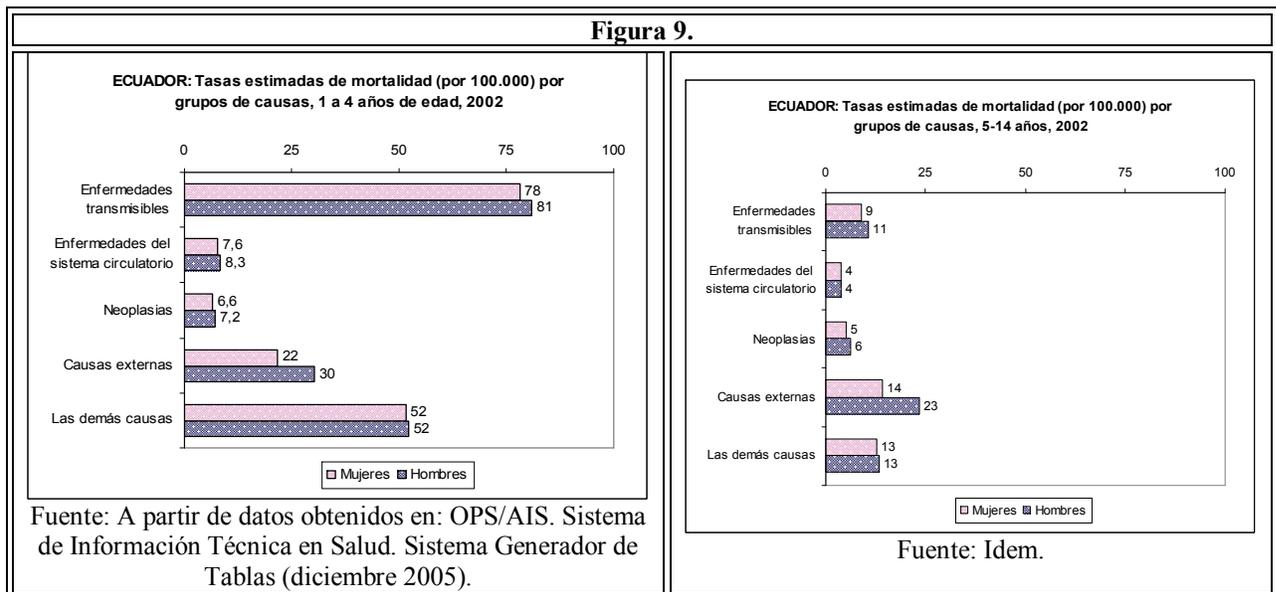
<sup>13</sup> OPS/GE. *Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores Básicos 2005*. Washington, DC, 2005.



En el año 2003, la tasa de mortalidad infantil fue de 22,3 por 1.000 nacidos vivos<sup>14</sup>.

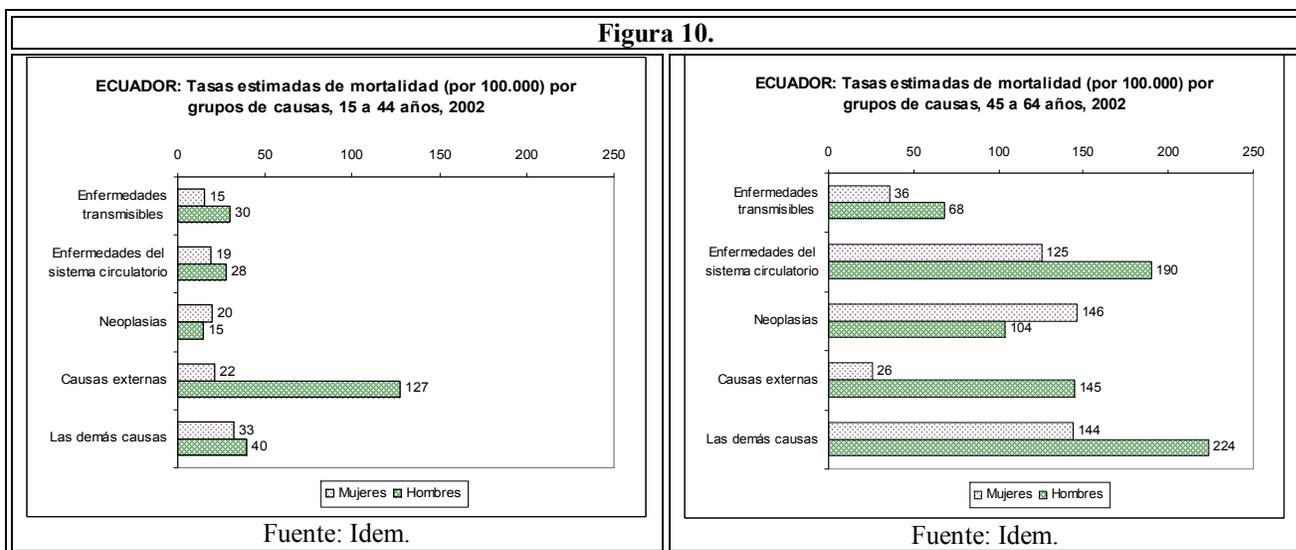
### ***Mortalidad por grupos de edad***

En las edades de 1 a 4 años la mortalidad por enfermedades transmisibles tuvo particular importancia en ambos sexos. Además, ya a esta temprana edad se observa mayor mortalidad masculina que femenina debido a causas externas; esta diferencia continúa en el grupo de 5 a 14 años de edad (Figura 9).



<sup>14</sup> OPS/AIS. *Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2005*. Washington, DC, 2005.

**Figura 10.**



Es notable que, para el grupo de 15 a 44 años de edad y también el de 45 a 64 años, la tasa de mortalidad de hombres por causas externas fue casi 6 veces la de mujeres (Figura 10). En este último grupo de edad la mortalidad por causas externas pierde importancia en comparación con aquella causada por las enfermedades del sistema circulatorio y, especialmente entre mujeres, las neoplasias (Figura 10).

Un componente importante de la mortalidad por neoplasias, en hombres y mujeres, es aquella causada por neoplasias malignas de los órganos digestivos y del peritoneo. En el grupo de 45 a 64 años, la tasa por esta causa fue de 52 por 100.000 en hombres y también en mujeres (2002). Por su parte, las neoplasias malignas del útero (32 por 100.000 ese año) y de mama (18) son otras dos causas de mortalidad de mujeres en estas edades; en conjunto, las neoplasias malignas de estas tres localizaciones aportaron dos terceras partes de la mortalidad femenina por neoplasias en este grupo de edad.<sup>15</sup>

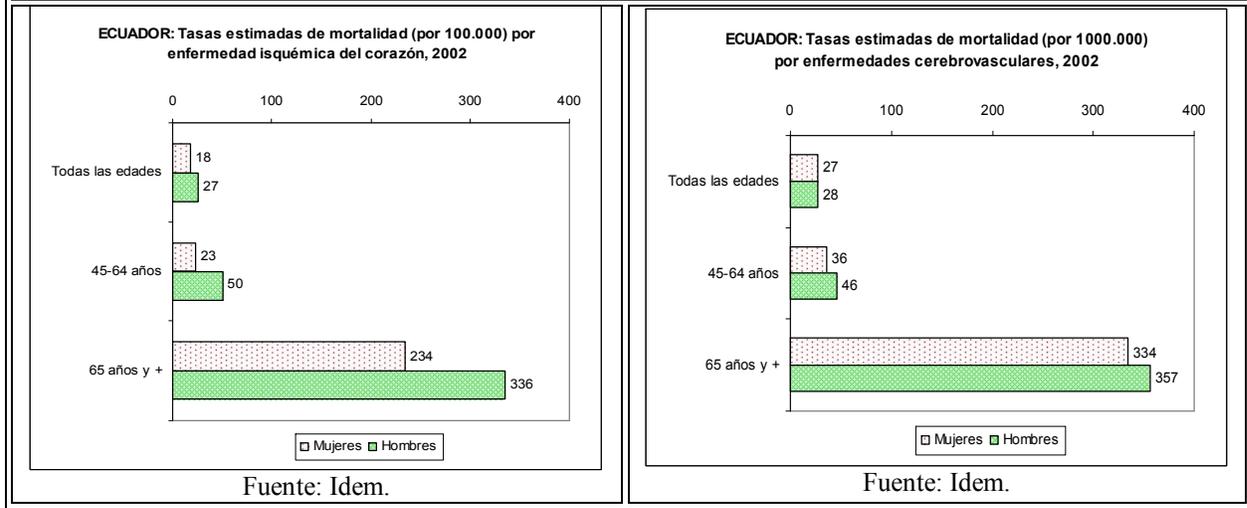
### ***Causas seleccionadas de muerte***

Tanto la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón como aquella debido a enfermedades cerebrovasculares y diabetes mellitus son importantes en la población adulta, y en el 2002 las tasas fueron considerables en el grupo de 65 años y más (Figuras 11 y 12). La diabetes mellitus causó mayor mortalidad femenina que masculina en esta población envejeciente (Figura 12).

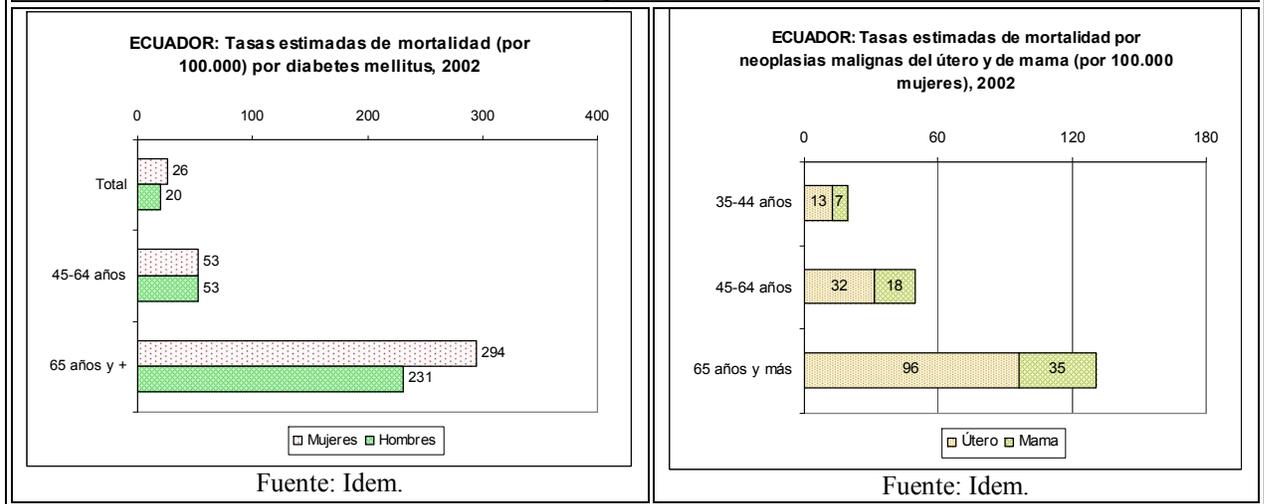
La importancia de las neoplasias malignas del útero y de mama entre las mujeres de 45 a 6 años de edad se evidencia al observar que, en el 2002, la tasa de mortalidad por el conjunto de estas causas fue mayor que la tasa para enfermedad isquémica del corazón y para enfermedades cerebrovasculares (Figuras 11 y 12).

<sup>15</sup> Los datos citados en este párrafo son de: OPS/AIS. Sistema de Información Técnica en Salud. Sistema Generador de Tablas (diciembre 2005). <http://www.paho.org>

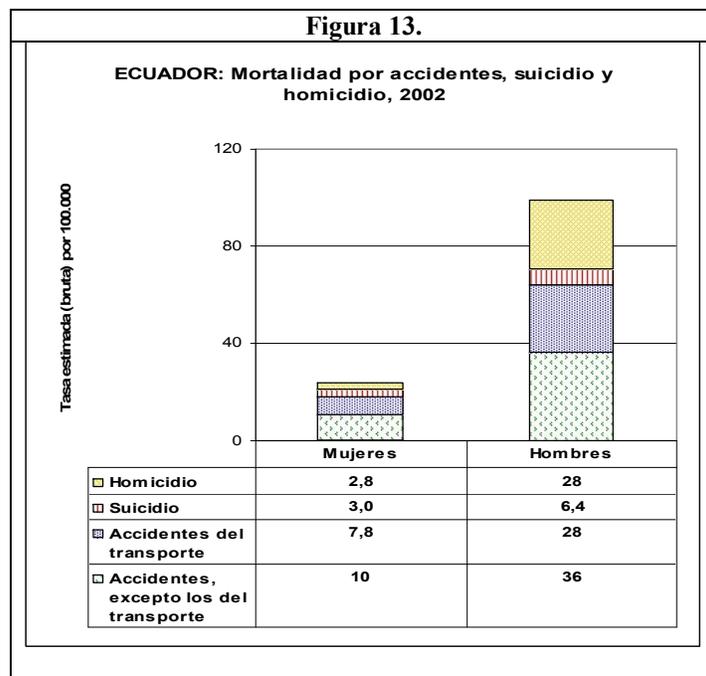
**Figura 11.**



**Figura 12.**



Entre las *causas externas* de muerte se destacan los accidentes, el suicidio y el homicidio. En el 2002 las tasas de mortalidad de hombres por cada una de estas causas fueron mucho más altas que las de mujeres (Figura 13).



### ***Salud sexual y reproductiva***

Para 2004 se calcula una tasa, a nivel nacional, de 2,7.<sup>16</sup>

El embarazo en la adolescencia es una de las condiciones de riesgo reproductivo<sup>17</sup> y constituye una barrera para que las mujeres puedan desarrollar capacidades que les permitan acceder a los recursos necesarios para su bienestar. En Ecuador, en el 2004, 7% de las adolescentes entre 15 y 19 años dieron a luz; entre mujeres de 35 a 49 años de edad, 4% tuvieron un hijo<sup>18</sup>.

En 1997, el 40% de las mujeres embarazadas tuvieron anemia ferroporiva.<sup>19</sup>

La razón de mortalidad materna alcanzó, en el año 2003, un valor de 77,8 por 100.000 nacidos vivos<sup>20</sup>.

La incidencia de SIDA ha tenido una tendencia marcadamente ascendente desde el comienzo de la epidemia, principalmente en el sexo masculino (Figura 14). En septiembre de 2005, la población bajo tratamiento con drogas antiretrovirales fue 1.508<sup>21</sup>; en 2004, la población que necesitaba este tratamiento alcanzaba 3.550.<sup>22</sup>

<sup>16</sup> OPS/GE. *Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores Básicos 2005*. Washington, DC, 2005.

<sup>17</sup> Condiciones de riesgo reproductivo: edad de la madre menor de 20 años y mayor de 34 años; intervalo intergenésico menor de 24 meses; orden de nacimiento mayor de 3.

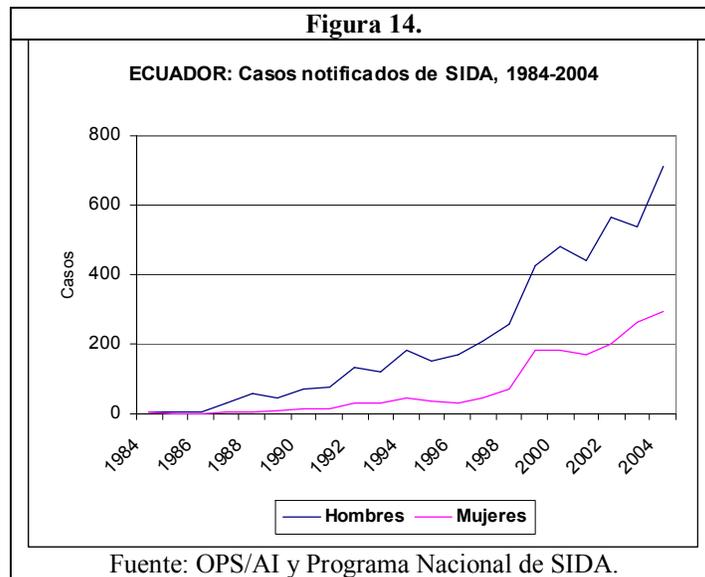
<sup>18</sup> OPS/GE. *Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores Básicos 2005*. Washington, DC, 2005.

<sup>19</sup> Ibid.

<sup>20</sup> OPS/AIS. *Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2005*. Washington, DC, 2005.

<sup>21</sup> OPS/AI y Programa Nacional de SIDA.

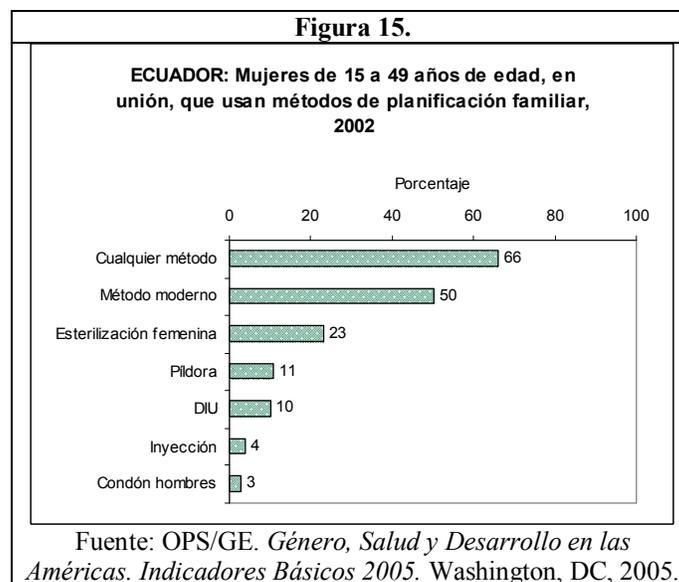
<sup>22</sup> ONUSIDA/OMS.



## Acceso a los servicios de salud

### *Servicios de planificación familiar*

La mitad de las mujeres de 15 a 49 años que están en unión usan métodos modernos de planificación familiar y otro 16% usan otros métodos (Figura 15). Entre los métodos modernos, la esterilización femenina es el que se utiliza con mayor frecuencia.



### ***Atención prenatal y del parto***

En 1999, solo 69% de los partos fueron atendidos por personal capacitado; 83% de las mujeres recibieron al menos una consulta durante el embarazo, prestada por un trabajador de salud capacitado (2002).<sup>23</sup>

### ***Seguros de salud***

Tanto en la zona urbana como en la rural, alrededor de 80% de hombres y mujeres no tienen ningún tipo de seguro de salud (Figura 16).

<b>Figura 16. ECUADOR: Porcentaje de población afiliada a seguros de salud, 1998-1999</b>				
<b>Afiliación</b>	<b>Zona urbana</b>		<b>Zona rural</b>	
	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
Ninguno	81,8	76,7	79,5	78,2
IESS Seguro general	11,5	15,6	2,7	4,1
Seguro privado	4,7	4,8	0,6	0,4
Otros seguros	1,2	1,9	0,4	0,6
IESS Seguro campesino	0,9	1,0	16,8	16,6

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguro Social  
Fuente: INEC. [http://inec.gov.ec/interna.asp?inc=enc\\_tabla&idTabla=245](http://inec.gov.ec/interna.asp?inc=enc_tabla&idTabla=245). Acceso: 7 octubre 2005

### **Personal de salud**

A pesar de ser un tema fundamental para el análisis de las desigualdades de género en la participación formal de mujeres y hombres en el sector salud, la información estadística que permitiría estos análisis no está disponible.

<sup>23</sup> OPS/AIS. *Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2005*. Washington, DC, 2005.