



Revista de Salud Pública

ISSN: 0124-0064

revistasp_fmbog@unal.edu.co

Universidad Nacional de Colombia

Colombia

López-Cevallos, Daniel; Chi, Chunhuei; Ortega, Fernando
Consideraciones para la transformación del sistema de salud del Ecuador desde una perspectiva de
equidad
Revista de Salud Pública, vol. 16, núm. 3, 2014, pp. 346-359
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42232761002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Consideraciones para la transformación del sistema de salud del Ecuador desde una perspectiva de equidad

Equity-based considerations for transforming the Ecuadorian health system

Daniel López-Cevallos^{1,2,3}, Chunhuei Chi² y Fernando Ortega⁴

1 Escuela de Salud Pública, Universidad San Francisco de Quito. Ecuador. dlopez@usfq.edu.ec

2 Centro de Estudios Latinos y Acción Participativa, Oregon State University. Corvallis, OR, EEUU. daniel.lopez-cevallos@oregonstate.edu

3 Center for Global Health, Oregon State University, Corvallis, Oregon, EEUU. chunhuei.chi@oregonstate.edu

4 Departamento de Desarrollo Comunitario Integral, Escuela de Medicina, Universidad San Francisco de Quito. Ecuador. fortega@usfq.edu.ec

Recibido 31 Octubre de 2012/Enviado para Modificación 22 Enero 2013/Aceptado 12 Marzo 2013

RESUMEN

Objetivo El propósito del presente estudio es analizar las inequidades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud en el Ecuador, las inequidades en la distribución geográfica de recursos humanos en salud, y reflexionar sobre los retos de equidad que el sistema de salud ecuatoriano enfrenta en la actualidad.

Métodos Se utilizó la Encuesta Demográfica y de Salud Materno-Infantil (ENDEMAIN 2004) como la principal fuente de datos, cuya muestra es representativa de la población ecuatoriana. Para estimar los efectos en utilización de servicios de salud utilizamos análisis multivariado multinivel (usando el paquete estadístico MLWiN 2.02) y análisis espacial de recursos en salud (usando GeoDa 1.0.1).

Resultados Nuestro análisis encontró que inequidades sociales, económicas y geográficas limitan el acceso a servicios de salud en el Ecuador. Hogares de bajos recursos, indígenas y aquellos que viven en áreas rurales (muchos con las tres características a la vez) tienen menos posibilidades de utilizar servicios de salud. A pesar de la marcada concentración de proveedores de salud en zonas urbanas, encontramos que la presencia de personal de salud (excluyendo a médicos) en entidades públicas rurales incrementa la posibilidad de utilización de servicios preventivos y curativos.

Conclusiones Los esfuerzos para transformar el sistema de salud deben reducir barreras sociales, culturales, financieras; y las desigualdades en la distribución de recursos humanos en salud, particularmente en el área rural. Consideramos que la orientación comunitaria y familiar de los servicios, y el incremento de espacios de participación ciudadana son necesarios para reducir dichas inequidades.

Palabras Clave: Servicios de salud, equidad en salud, accesibilidad a los servicios de salud, recursos en salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective The present study was aimed at analysing socioeconomic inequity regarding the use of health services in Ecuador, inequity regarding the geographic distribution of healthcare-related human resources and reflecting on the challenges concerning equity which the Ecuadorian health system is currently facing.

Methods The Ecuadorian Demographic, Maternal and Infant Health Survey (2004) was used as the main data source, as its sample was representative of the Ecuadorian population. Multilevel multivariate analysis (MLWiN 2.02 statistical software) and spatial data analysis regarding health resources (GeoDa 1.0.1) were used for estimating the effects of using health services.

Results It was found that social, economic and geographic inequity limited access to health services in Ecuador. People living in low economic resource households or indigenous housing and people living in rural areas (many of them having all three characteristics at the same time) had less possibility of using health services. In spite of a marked concentration of health-service providers in urban areas, it was found that the presence of healthcare personnel (excluding doctors) in rural public entities increased the possibility of using preventative and curative services.

Conclusions Efforts at transforming the Ecuadorian health system must be aimed at reducing social, cultural and financial barriers and inequality regarding the distribution of healthcare-related human resources, particularly in rural areas. Community and family orientation of the services and increasing spaces for citizen participation are necessary for reducing such inequity.

Key Words: Health service, health equity, health service accessibility, healthcare-based resources (*source: MeSH, NLM*).

El Ecuador presenta un índice de desarrollo humano medio (0.72; 83 de 187 países), y un ingreso per cápita que equivale a un 43 % del promedio regional. La sociedad ecuatoriana se caracteriza por profundas desigualdades sociales, étnicas y regionales (1,2). La pobreza alcanza hasta a un 40 % de la población, (de acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, dicho porcentaje sería sólo de un 22 %; mientras que el Banco Mundial menciona un 38 % y el Programa de Desarrollo de Naciones Unidas, 40 %), con marcadas diferencias geográficas (60 % en población rural; 25 % en población urbana). La población indígena, que vive mayoritariamente en áreas rurales, presenta mayores dificultades. Un reporte reciente, que crea un índice compuesto de pobreza para comparar ocho países de la región, sitúa al país en la penúltima posición, entre Venezuela [6] y Bolivia [8] (3).

En términos de acceso a servicios de salud, el Ecuador es el país de la región con la menor cobertura de seguro de salud (25 %) (4). Mientras la mitad de la población refiere algún problema de salud, casi un tercio de la población no tiene acceso alguno a servicios y solo un 10 % utiliza servicios preventivos (5). Si bien el gasto en salud ha crecido en la última década (de 4 % del PIB en 2000 a 6 % en 2008), el gasto privado representa casi dos tercios del total (61 %). El gasto de bolsillo asciende a 87 % del gasto privado (6). En resumen, la utilización de servicios de salud en el Ecuador es muy diferente dependiendo del nivel socioeconómico, edad, género, residencia urbana/rural, etnicidad, entre otras razones.

Nuestro análisis de equidad en la utilización de servicios de salud se basa en el llamado Modelo de Andersen. Hace poco más de cuarenta años, Lu Ann Aday y Ronald Andersen desarrollaron un modelo teórico para analizar el comportamiento en la utilización de servicios de salud. En este modelo, la equidad en la atención de salud es alcanzada cuando las necesidades de salud y las condiciones de predisposición (en ese orden) son las que determinan la utilización de servicios y la distribución de recursos, y no las condiciones mediadoras (7-11). Dado que una de las prioridades de las autoridades de salud en el Ecuador es aumentar el acceso a los servicios de salud de la población, particularmente la población de bajos recursos, y mejorar la calidad de dichos servicios, consideramos que este modelo nos permite analizar las condiciones que facilitan o previenen la utilización de servicios de salud, lo que se convierte en un componente central de políticas de salud comprometidas con reducir las inequidades en el sistema de salud en el Ecuador.

El propósito del presente estudio es hacer un análisis de las inequidades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud en el Ecuador, las inequidades en la distribución geográfica de recursos humanos en salud, y por último reflexionar, desde una perspectiva de equidad, sobre los retos que el sistema de salud ecuatoriano enfrenta en la actualidad.

MÉTODOS

Diseño del estudio y bases de datos

El presente es un estudio de corte transversal que utilizó datos secundarios para analizar inequidades socioeconómicas y de distribución geográfica de recursos humanos en salud. La más reciente Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) que se llevó a cabo en el año 2004

fue la principal fuente de datos para este estudio. Desde 1987 el Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social, (CEPAR) ha estado a cargo de las encuestas ENDEMAIN.

Tradicionalmente estas encuestas se enfocaron en estudiar la dinámica demográfica y la salud materno-infantil con el objetivo de evaluar políticas públicas de población y planificación familiar. Sin embargo, la encuesta ENDEMAIN 2004 añadió un componente relevante para nuestro estudio: entrevistó hogares ecuatorianos sobre la utilización de servicios de salud, y el gasto de consumo y salud. La encuesta ENDEMAIN 2004 tiene cobertura nacional con representatividad urbana y rural, por regiones y provincias del país. El Censo de Población y Vivienda del 2001 (INEC) fue utilizado como marco muestral. La muestra entonces fue probabilística, estratificada y multietápica, de la población civil no institucional (12). Además de la encuesta ENDEMAIN 2004, se utilizaron datos a nivel provincial de recursos humanos en salud del Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador, SIISE, v2010.

Variables

Dos variables de utilización de servicios de salud fueron consideradas: uso de servicios preventivos; y uso de servicios curativos durante el mes previo a la encuesta. Siguiendo el modelo de Andersen, la necesidad de servicios de salud fue medida mediante el reporte de los dos principales problemas de salud.

Variables de predisposición incluyeron edad, sexo, etnia, estado civil, área de residencia; y sexo y estado civil del jefe (a) de hogar. Variables mediadoras incluyeron quintiles económicos (bienes & consumo), nivel de educación, seguro de salud; y nivel de educación del jefe (a) de hogar. En cuanto a recursos humanos de salud, se incluyeron variables a dos niveles: provincial (para poder conectarla con el resto de variables de ENDEMAIN 2004) y cantonal (para poder hacer un análisis más detallado de la distribución espacial).

A nivel provincial se incluyeron la tasa por 10 000 habitantes de personal médico (en entidades públicas y privadas) y personal de salud (en entidades públicas y privadas, excluyendo a los médicos). Debido a limitación de los datos, solamente una variable compuesta de recursos en salud pudo ser incluida: el Índice de Oferta en Salud (un promedio ponderado de tres indicadores: médicos, personal de salud (excluyendo médicos), y

establecimientos de salud sin internación, por 10 000 habitantes). Para complementar el análisis a nivel cantonal, se incluyeron variables de mortalidad infantil (13), pobreza, diferencias de género en educación, e infraestructura básica (Tabla 1) (14).

Tabla 1. Descripción de variables analizadas a nivel cantonal
(n=220; SIISE, 2010)*

Variable	Descripción	Fuente	Año	\bar{x}	s	Mín	Max
mortinf07	Tasa de mortalidad infantil (método directo, por 1000 nacidos vivos)	Estadísticas vitales	2007	10.0	8.0	0	42.6
ios07	Tasa de mortalidad infantil (método directo, por 1000 nacidos vivos)	Estadísticas de recursos y actividades de salud	2007	57.3	10.5	40	100
pnbi01	Pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI) (% población cantonal)	Censo de población y vivienda	2001	76.5	13.6	30.1	97.7
idege	Índice multivariado de diferencias de género en educación [83.8=mayor desigualdad]	Censo de población y vivienda	2001	50.0	10.0	29.6	83.8
imib	Índice multivariado de infraestructura básica (53.2=mejor nivel de infraestructura)	Censo de población y vivienda	2001	30.3	9.2	1.7	53.2

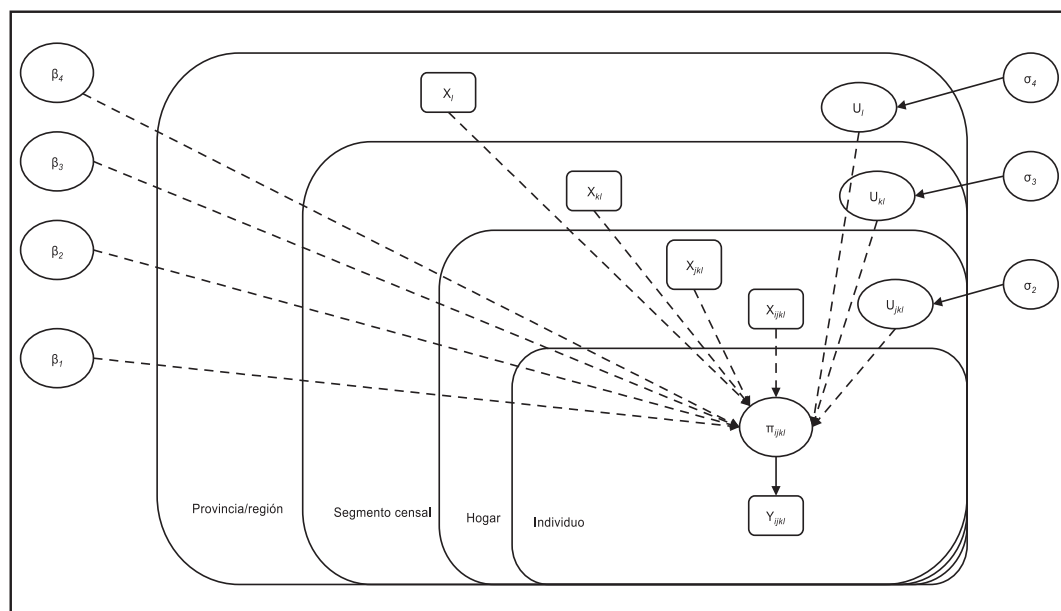
* = Promedio; s = desviación estándar; Mín = valor mínimo; Max = valor máximo.

Análisis Estadístico

Nuestro propósito es analizar el contexto social (nivel macro) y sus conexiones con la utilización individual de servicios de salud (nivel micro) (15). La estructura multinivel nos permite analizar simultáneamente datos recolectados en cada uno de los cuatro niveles de jerarquía de ENDEMAIN 2004 (Figura 1).

El paquete estadístico MLwiN 2.02 (16) fue utilizado para los análisis multinivel; mientras el paquete GeoDa 1.0.1 (17) fue usado para analizar patrones geográficos de los recursos humanos de salud a nivel provincial y cantonal. El comando merge de Stata MP v9.2 (College Station, TX) se usó para conectar las variables de proveedores con los datos de ENDEMAIN 2004.

Figura 1. Modelo logit de cuatro niveles mostrando los efectos de provincia/región, segmento censal, hogar, e individuo (Adaptado de Rodríguez & Goldman, 2001)*



*Cada variable o parámetro en el modelo aparece como un nodo, con rectángulos denotando cantidades conocidas (X, Y) y óvalos denotando cantidades desconocidas (π, β, U, σ). Las flechas de línea continua denotan dependencias probabilísticas mientras las flechas de línea punteada denotan relaciones deterministas.

RESULTADOS

Inequidades sociales y económicas

La Tabla 2 muestra los resultados del análisis de regresión multinivel para las tres variables dependientes mostrando los valores de OR (oportunidad relativa, razón de posibilidades) y su respectivo intervalo de confianza (95 % IC).

Se encuentra que la probabilidad de uso de servicios preventivos es significativamente mayor en las mujeres (72 %) que en los hombres. Sin embargo no existen diferencias de género en el uso de servicios curativos.

En comparación con los mestizos, los indígenas y de otras etnias tienen una menor utilización de servicios curativos (18 % y 25 %, respectivamente). El estado civil juega un papel importante en dos casos.

El ser soltero reduce la posibilidad de usar servicios preventivos (15 %) y curativos (24 %). Vivir en zonas rurales limita el uso de servicios curativos de salud en un 12 %.

Tabla 2. Modelo de regresión logit multinivel de determinantes socioeconómicos de la utilización de servicios de salud en el Ecuador (ENDEMAIN, 2004)

Parámetros	Uso de servicios preventivos OR (95 %IC)*	Uso de servicios curativos OR (95 %IC)*
Predisposición		
Mujer	1.72 (1.50 – 1.96)	1.05 (0.97 – 1.12)
Hombre	1	1
Indígena	0.98 (0.64 – 1.49)	0.82 (0.69 – 0.98)
Otra etnia	1.25 (1.02 – 1.54)	0.75 (0.62 – 0.90)
Mestizo	1	1
Soltero	0.85 (0.73 – 0.99)	0.76 (0.69 – 0.85)
Casado/en pareja	1	1
Mediadores		
Área de residencia		
Rural	0.94 (0.83 – 1.06)	0.88 (0.79 – 0.99)
Urbana	1	1
Quintil de bienestar		
1	0.44 (0.34 – 0.57)	0.93 (0.76 – 1.14)
2	0.71 (0.55 – 0.93)	0.99 (0.83 – 1.18)
3	0.88 (0.74 – 1.04)	1.03 (0.89 – 1.21)
4	0.78 (0.68 – 0.89)	1.00 (0.87 – 1.15)
5	1	1
Seguro de salud		
Sin seguro	0.67 (0.60 – 0.75)	0.72 (0.66 – 0.79)
Con seguro	1	1
Necesidad		
Problemas de salud		
Dos problemas	1.09 (0.83 – 1.42)	
Un problema	0.98 (0.87 – 1.11)	9.85 (9.19 – 10.54)†
Sin problemas	1	1

* OR = oportunidad relativa (razón de posibilidades); 95% IC = intervalo de confianza. † Debido a problemas de convergencia la variable de necesidad se incluyó como variable continua en vez de dicotómica [número de problemas de salud].

Nuestro análisis evidencia que el uso de servicios preventivos es significativamente menor en el quintil más bajo de bienestar (56 % y 27 %, respectivamente). En contraste, el nivel de bienestar no tiene efecto significativo en el uso de servicios curativos. Lo que sí es común a las tres variables es que los quintiles de consumo 1 y 2 (que representa al 40 % más pobre de la población) tienen una utilización mucho menor que la población en quintiles más altos. Por ejemplo, la población en quintil de consumo 1 tiene una posibilidad 63 % menor de usar servicios preventivos, y 38 % de usar servicios curativos. Es evidente además que existe un gradiente de utilización, es decir, que a mejor nivel económico, mayor utilización de servicios. Por ejemplo, mientras el uso de servicios preventivos se reduce en un 63 % para el quintil de consumo 1 (20 % más

pobre), se reduce un 53 % para el quintil 2, 40 % para el quintil 3, y sólo 19 % para el quintil 4.

En comparación con los mestizos, los indígenas y de otras etnias tienen una menor utilización de servicios curativos (18 % y 25 %, respectivamente). El estado civil juega un papel importante en dos casos. El ser soltero reduce la posibilidad de usar servicios preventivos (15 %) y curativos (24 %). Vivir en zonas rurales limita el uso de servicios curativos de salud en un 12 %.

Nuestro análisis evidencia que el uso de servicios preventivos es significativamente menor en el quintil más bajo de bienestar (56 % y 27 %, respectivamente). En contraste, el nivel de bienestar no tiene efecto significativo en el uso de servicios curativos. Lo que sí es común a las tres variables es que los quintiles de consumo 1 y 2 (que representa al 40 % más pobre de la población) tienen una utilización mucho menor que la población en quintiles más altos. Por ejemplo, la población en quintil de consumo 1 tiene una posibilidad 63 % menor de usar servicios preventivos, y 38 % de usar servicios curativos. Es evidente además que existe un gradiente de utilización, es decir, que a mejor nivel económico, mayor utilización de servicios. Por ejemplo, mientras el uso de servicios preventivos se reduce en un 63 % para el quintil de consumo 1 (20 % más pobre), se reduce un 53 % para el quintil 2, 40 % para el quintil 3, y sólo 19 % para el quintil 4.

Inequidades en la distribución de recursos humanos en salud

La Figura 2 muestra la distribución de personal de salud a nivel provincial. Se puede observar que, según datos de SIISE, en el 2005, había una densidad mayor de personal de salud en entidades públicas en las provincias de Napo y Pastaza, mientras personal en entidades privadas se concentró en provincias como Pichincha, Imbabura y Esmeraldas (noroeste). La tasa de personal de salud en entidades públicas tuvo un efecto positivo en el uso de servicios preventivos de salud, principalmente en las zonas rurales (OR=1.02; 95 % IC: 1.01 – 1.03).

El efecto de dichos proveedores en el uso curativo fue solamente marginal para resolver el primer problema de salud declarado (OR=1.01; 95 % IC: 1.00–1.01). En contraste, el efecto de personal médico en entidades privadas fue significativo para el caso de servicios curativos en zonas urbanas y rurales, sea para el primero (OR=1.03; 95 % IC: 1.01–1.04) o segundo (OR=1.03; 95 % IC: 1.01–1.06) problema de salud reportado.

A nivel cantonal, el análisis de correlación (Tabla 3) indica que el índice de oferta en salud está significativamente relacionado con las variables de mortalidad infantil, pobreza, diferencias de género en educación, e infraestructura básica.

Figura 2. Distribución provincial de personal de salud en el Ecuador (SIISE, 2010)

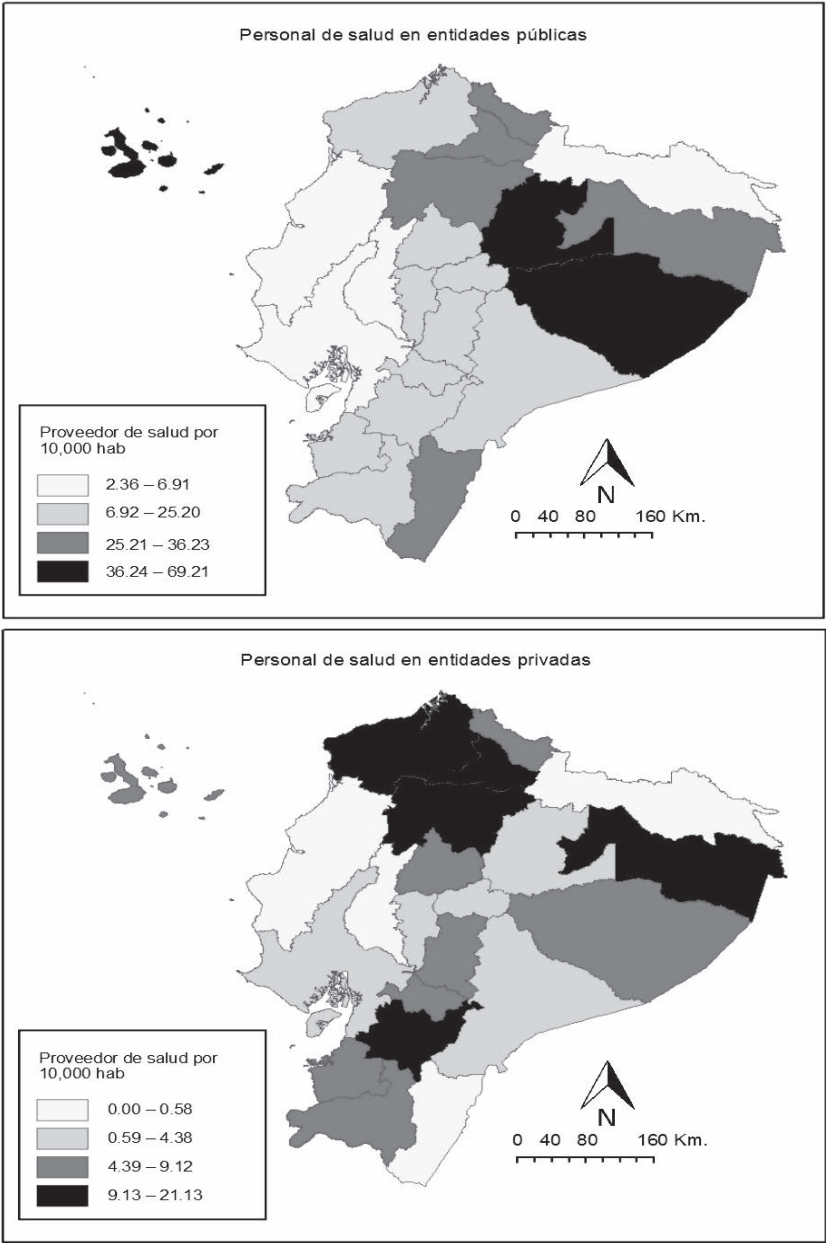
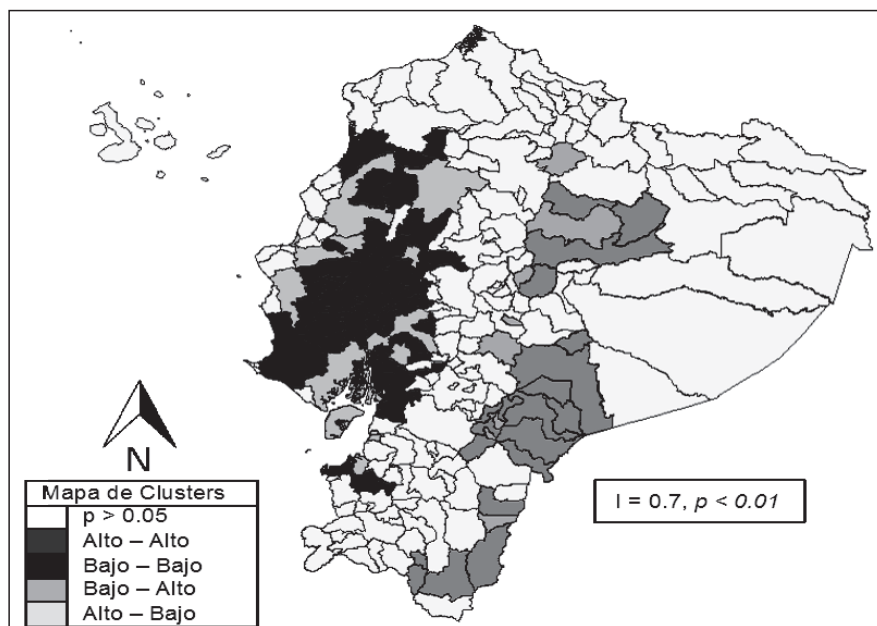


Tabla 3. Coeficientes de correlación bivariada de Pearson a nivel cantonal† (SIISE, 2010)

	Tasa de mortalidad infantil	Índice de oferta en salud	Pobreza por necesidades básicas insatisfechas	Índice de diferencias de género en educación	Índice de infraestructura básica
Tasa de mortalidad infantil	1.00				
Índice de oferta en salud	0.13**	1.00			
Pobreza por necesidades básicas insatisfechas	-0.08	-0.40***	1.00		
Índice de diferencias de género en educación	0.05	0.23***	-0.07	1.00	
Índice de infraestructura básica	0.15**	0.12*	-0.66***	-0.19***	1.00

* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$. † Dadas las diferentes unidades de medida de las variables, se procedió a transformarlas a escala logarítmica. Para la variable mortalidad infantil, los valores "0" fueron reemplazados por "0.001" para poder transformarlos a escala logarítmica ($n=40$).

Figura 3. Mapa de Densidad Espacial LISA a nivel cantonal del Índice de Oferta en Salud (SIISE, 2010).*

* Los valores alto-alto y bajo-bajo indican concentración significativa ($p < 0.05$) de cantones con valores similares. El índice de Moran (I) mide el grado de concentración o dispersión de

las variables en el espacio en un rango de +1 a -1.

El análisis espacial (Figura 3) muestra que existen zonas de concentración significativa de oferta baja (color azul) y alta (color rojo) de salud.

DISCUSIÓN

El artículo 32 de la Constitución Ecuatoriana del 2008 garantiza el derecho a la salud de la población y su conexión con derechos al agua, nutrición, educación, trabajo, seguridad social, ambientes saludables, y otros factores que contribuyen al Buen Vivir o Sumak Kawsay (18). Sin embargo, nuestro análisis encontró que importantes inequidades sociales, económicas y geográficas limitan el acceso a servicios de salud en el Ecuador. Hogares de bajos recursos, indígenas y aquellos que viven en áreas rurales (muchos con las tres características a la vez) tienen menos posibilidades de utilizar servicios de salud. Consideramos entonces que los esfuerzos para transformar el sistema de salud deben tomar en cuenta estos determinantes para reducir barreras sociales, culturales, financieras, y las desigualdades en la distribución de recursos humanos en salud, particularmente en el área rural. En el caso de hogares indígenas, la extrema desventaja en el acceso a servicios de salud demanda mayor atención. Aún cuando organizaciones indígenas como la CONAIE (Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador) y su brazo político (Pachakutik) han incrementado significativamente la presencia indígena en el quehacer nacional, dicha representación política no se ha traducido en beneficios tangibles para la población indígena puesto que las precarias condiciones socioeconómicas y de exclusión se mantienen (19). De hecho, un reporte reciente sugiere que aún cuando el presente gobierno incrementó la inversión social de 5 % al 8 % del PIB entre 2006 y 2010, la pobreza en hogares indígenas se mantuvo prácticamente igual (20). En consecuencia, es necesario expandir la cobertura de servicios sociales, de salud, nutrición, educación, y eliminar prácticas discriminatorias, particularmente en zonas rurales y urbano-marginales donde se concentra la población indígena.

La transformación del sistema de salud, cuyo plan nacional ha sido desarrollado recientemente por la Secretaría Nacional de Planificación (SENPLADES) (21), debe también avanzar en la operacionalización de un sistema de salud intercultural, capaz de articular saberes ancestrales con prácticas de la medicina occidental, y tomando en cuenta modelos locales exitosos (22). Voluntad política es sin duda necesaria para coordinar sistemas

“convencionales” y “tradicionales”, dando a comunidades indígenas la oportunidad de participar activamente en la toma de decisiones.

A pesar de la marcada concentración de proveedores de salud en zonas urbanas (23), nuestro análisis encontró que la presencia de personal de salud (excluyendo a médicos) en entidades públicas en zonas rurales incrementó significativamente la posibilidad de utilización de servicios preventivos y curativos. El análisis a nivel cantonal reveló concentración significativa de oferta alta en salud en ciertos cantones de la Amazonía; mientras cantones de la Costa presentaron un índice bajo de oferta en salud. La distribución desigual de agentes de salud entre los sectores público y privado, y entre las zonas urbanas y rurales debe ser un tema primordial en la agenda de salud del Ecuador. Consideramos que es necesario fortalecer política y financieramente el modelo de atención integral en salud familiar, comunitaria, e intercultural (24) y reforzar programas de atención primaria en salud existentes, renovar el programa de medicatura rural, y reducir la dependencia excesiva de la utilización de servicios en el gasto de bolsillo (25).

Varias limitaciones metodológicas deben ser consideradas al interpretar nuestros resultados. Primero, nuestro análisis está demarcado por la disponibilidad de variables recogidas por ENDEMAIN 2004 (por ejemplo, la encuesta no recolectó información acerca de uso de medicina tradicional, relevante para complementar el análisis de uso de servicios de salud, particularmente en la población indígena). Segundo, la posibilidad de determinar direccionalidad (o inferir relaciones causa – efecto) es limitada dado que ENDEMAIN 2004 fue una encuesta de corte transversal. Tercero, la encuesta fue administrada por un entrevistador que a su vez preguntó al jefe(a) de hogar reportar datos socioeconómicos y de comportamiento. Este proceso está expuesto a sesgos tanto del entrevistador como del entrevistado (26). Cuarto, el análisis de recursos humanos en salud se vio limitado por la información disponible en el nivel provincial (para poder conectarlo con la encuesta principal). Es por eso que hicimos un análisis complementario a nivel cantonal con la información más actualizada posible, de una variable desarrollada por SIISE para resumir la oferta de servicios de salud, y otras variables relacionadas. Estudios futuros deberán hacer uso de la información recientemente recolectada en el Censo de Población y Vivienda 2010, y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU 2012); y considerar la nueva distribución territorial (se han creado dos nuevas provincias en la región litoral, Santa Elena y Santo Domingo de los Tsáchilas).

En conclusión, este estudio presenta un análisis de los determinantes sociales, económicos y geográficos de la utilización de servicios de salud en el Ecuador desde una perspectiva de equidad. Esto nos permite revelar inequidades presentes en la sociedad ecuatoriana al acceder a servicios de salud; y a la vez, da pautas para que la transformación del sistema de salud considere como uno de sus pilares y de seguimiento a la reducción de dichas inequidades. En este proceso es necesario promover el poder real y la capacidad de decisión de fuerzas sociales y comunitarias; y resolver las inequidades en las relaciones de poder (es decir, reestructurar los poderes económicos y políticos en la sociedad) para influir realmente sobre otros determinantes de la salud y la atención en salud (27-30) •

Conflicto de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Larrea C, Dolarización y desarrollo humano en Ecuador. ICONOS, 2004. 19: p. 43-53.
2. United Nations Development Programme, Human Development Report 2006, 2006, United Nations Development Programme: New York, NY. p. 424.
3. Rodas Espinel M, et al., Índice Ethos de Pobreza, 2011, Avance-Análisis, Investigación y Estudios para el Desarrollo, A.C.: Mexico, DF. p. 38p.
4. Pan American Health Organization, Health in the Americas: Ecuador. 2007, Author: Washington, D.C. p. 304-321.
5. Ministerio de Bienestar Social, Sistema de Indicadores Sociales (SIISE), versión 3.5, 2002: Quito.
6. World Health Organization, World Health Statistics, 2011, Author: Geneva.
7. Aday LA, et al., Evaluating the healthcare system : effectiveness, efficiency, and equity. 3rd ed. ed. 2004, Chicago, IL: Health Administration Press ; Academy Health.
8. Phillips KA, et al., Understanding the Context of Healthcare Utilization: Assessing Environmental and Provider-Related Variables in the Behavioral Model of Utilization. Health Services Research, 1998. 33(3): p. 571-596.
9. Reyes-Gibby CC, Aday LA, Access to Health Care in a Rural Area of the Phillippines. Ethnicity & Disease, 2005. 15: p. 104-109.
10. Andersen RM, Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? Journal of Health and Social Behavior, 1995. 36(1): p. 1.
11. Andersen RM, Kravits J, Anderson OW, Equity in health services : empirical analyses in social policy. 1975, Cambridge, Mass.: Ballinger Pub. Co. xxiii, 295 p.
12. CEPAR, Informe Final: ENDEMAIN 2004, 2005, Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR): Quito, Ecuador. p. 625.
13. Reidpath DD, Allotey P, Infant mortality rate as an indicator of population health. Journal of Epidemiology and Community Health, 2003. 57(5): p. 344-346.
14. Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social, Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador, 2010: Quito.
15. Duncan TE, et al., A Multilevel Contextual Model of Neighborhood Collective Efficacy. American Journal of Community Psychology, 2003. 32(3/4): p. 245-252.
16. Rasbash J, et al., A User's Guide to MLwiN. 2004, London: Centre for Multilevel Modelling, University of Bristol. 266.
17. Anselin L, GeoDa™ 0.9 User's Guide. 2003, Urbana, IL: Center for Spatially Integrated

- Social Science. 126.
18. Registro Oficial, Constitución Política de la República del Ecuador, 2008.
 19. Larrea C, Montenegro F, Ecuador, in *Indigenous Peoples, Poverty, and Human Development in Latin America*, Hall G, Patrinos H A, Editors. 2006, Palgrave Macmillan: New York. p. 67-105.
 20. Ponce J, Acosta A, La pobreza en la “revolución ciudadana” o ¿pobreza de revolución?, 2010, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Sede Ecuador: Quito. p. 10p.
 21. Senplades, Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador: La reforma estructural del sector salud, 2008, Ministerio de Salud Pública - SENPLADES: Quito.
 22. Ortega F, Otras opciones en la atención de la salud: lo tradicional y lo alternativo, in *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*, Organización Panamericana de la Salud, Editor. 2007, OPS/MSP/CONASA: Quito. p. 414-422.
 23. Ministerio de Bienestar Social, Sistema Integrado de Indicadores Sociales (SIISE), versión 4.0, 2005: Quito.
 24. Macinko J, et al., Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *The International Journal of Health Planning and Management*, 2004. 19(4): p. 303-317.
 25. Cavagnero E, Bilger M, Equity during an economic crisis: Financing of the Argentine health system. *Journal of Health Economics*, 2010. 29(4): p. 479-488.
 26. Singleton RA, Straits BC, *Approaches to Social Research*. 3rd ed. 1999, New York, NY: Oxford University Press. 618.
 27. ALAMES, CEBES, *El Debate y la Acción frente a los Determinantes Sociales de la Salud: Documento de Posición Conjunto de ALAMES y CEBES.*, 2011: Río de Janeiro, Brasil.
 28. Méndez CA, Vanegas López JJ, La participación social en salud: el desafío de Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2010. 27(2): p. 144-148.
 29. Commission on Social Determinants of Health, *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*, 2008, World Health Organization: Geneva.
 30. Breilh J, Tillería Y, *Aceleración Global y Despojo en el Ecuador: El Retroceso del Derecho a la Salud en la Era Neoliberal*. 2009, Quito: Universidad Andina Simón Bolívar - Abya Yala. 201.