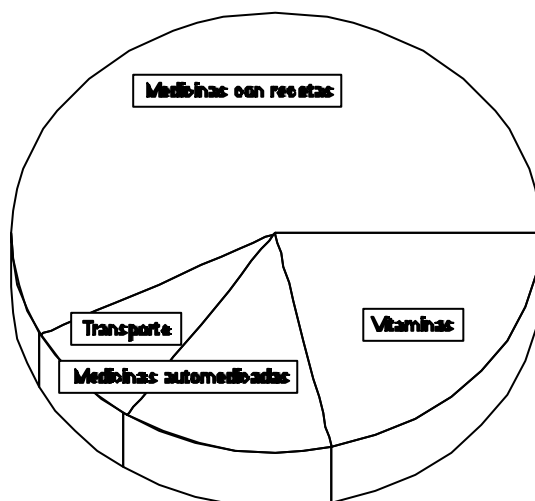




PROYECTO ANÁLISIS Y
PROMOCIÓN DE POLÍTICAS
DE SALUD

“ESTUDIO DE FINANCIAMIENTO DE SALUD EN EL ECUADOR ” SEGMENTO: GASTOS DE LOS HOGARES EN SALUD. ESFINSA 1996

PROMEDIO DE GASTO EN SALUD





**PROYECTO ANÁLISIS Y PROMOCIÓN
DE POLÍTICAS DE SALUD**

Dr. Nelson G. Oviedo V.
DIRECTOR EJECUTIVO

Dr. Francisco Vallejo F.
COORDINADOR DEL PROYECTO

Econ. Catón Olmedo T.
DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN

CREDITOS EDITORIALES PARA PUBLICACIÓN

“ESTUDIO DE FINANCIAMIENTO DE SALUD EN EL ECUADOR” ESFINSA 1996

CONSEJO EDITORIAL

Dr. Nelson G. Oviedo V.
Dr. Francisco Vallejo F.
Dr. Arturo Pozo A.
Econ. Catón Olmedo T.

Levantamiento de Texto y Diagramación
Unidad de Informática del CEPAR:
Sr. Eduardo Argüello P.

Impresión:
Tiraje: 1.000
Reproducción autorizada citando la fuente

Dirección: Montes 423 y Daniel Hidalgo
Teléfonos 526-018/526-020/501-119/233-852
Telefax 233-851
P.O.BOX 01-2327
E-mail: fvallejo@cepar.org.ec
noviedo@cepar.org.ec
Quito - Ecuador

Informe:

Elaboración: Patricio Lozada
Inés Herrera

Revisión: Ruth Lucio

Coordinación: Francisco Vallejo
Dirección: Catón Olmedo

PERSONAL QUE PARTICIPO EN EL OPERATIVO DE CAMPO DE ESFINSA-96

REGION SIERRA:

Coordinador: Freddy Massón

Supervisores: Lilian Tana
Rubén Alvarez

Entrevistadoras: Janeth Cabrera
Germania Revelo
Mónica Zurita
Mariana Sandoval
Lastenia Jumbo
Irene Gonzáles
María Elena Velasco
Rosa Almendaris

REGION COSTA:

Coordinador: Sofía Paredes

Supervisoras: Elsa Yaulema
Zoila Parada

Entrevistadoras: Luisa Jhonson
Lourdes Erazo
Lourdes Naranjo
Rosa Gavilanez
Elva Vidal
Carmen Pineda
Beatriz Cunalata
Janeth Acosta

REGION AUSTRAL:

Coordinador: Alcibiades Jiménez

Supervisora: Mariana Andrade

Entrevistadores: Soraya Barreto
Rubén Alvarez Delgado
Pablo Ledesma
Hernán Díaz

Procesamiento: Alicia Ruiz
Analista Programador

CEPAR

PROYECTO ANÁLISIS Y PROMOCIÓN DE
POLÍTICAS DE SALUD

“ESTUDIO DE FINANCIAMIENTO DE SALUD
EN EL ECUADOR”
SEGMENTO: GASTOS DE LOS HOGARES EN
SALUD. ESFINSA 1996

Diciembre, 1997

PRESENTACION

Los Paradigmas y las Instituciones del siglo XX se encuentran en un franco proceso de transición. En el ámbito de la salud, estos procesos siempre se reflejaron de manera clara, bástenos sino, ver la transformación de instituciones de caridad en organismos de Asistencia Social que devendrán posteriormente en actores que realizan una serie de acciones concertadas, primeramente bajo las concepciones de un activo Estado Benefactor, y actualmente bajo la óptica de un Estado mínimo postmoderno.

En el punto de inflexión actual entonces, hacia un nuevo modelo cualesquiera que éste sea, en el cual se debate un proceso de reforma del sector salud con carácter específico para el Ecuador, se vuelve necesario apoyar el proceso político con herramientas e investigaciones de carácter técnico. El CEPAR a través del Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud, el mismo que se encuentra apoyado técnica y financieramente por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID, está comprometido con tal aporte.

*En este contexto, el CEPAR pone a consideración del público el presente informe del "Estudio de Financiamiento de Salud en el Ecuador. Segmento: **Gasto de los Hogares en Salud. ESFINSA 1996**" desarrollado totalmente por su personal técnico.*

Esta publicación pretende aportar en un ámbito clave del financiamiento de la salud, conocer cuánto, cómo y dónde gastan los hogares ecuatorianos en salud. Aspectos que precisados podrán contribuir de forma efectiva y confiable en materia de construcción de una Política de Salud acorde a las necesidades específicas de la población ecuatoriana.

Documentos de esta índole pensamos, contribuyen a fomentar un diálogo fructífero y alimentan al proceso de toma de decisiones con argumentación y basamento sólidos, tan necesarios en nuestro país.

*Dr. Nelson G. Oviedo V.
DIRECTOR EJECUTIVO*

*Francisco Vallejo F.
COORDINADOR DEL
PROYECTO SALUD*

*Econ. Catón Olmedo T.
DIRECTOR DE INVESTIGACION*

INDICE

1. INTRODUCCION	1
2. RESUMEN EJECUTIVO	3
3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	7
CAPITULO I: DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD	7
I.1 Introducción	7
I.2 Número de consultas	8
I.3 Monto de pago por la consulta	8
I.3.1 Costo de la primera consulta y subsecuentes	10
I.4 Tipo de profesional consultado	11
I.5 Lugar al cual se acude para la consulta médica	12
I.5.1 Institución a la que acuden de acuerdo al ingreso económico total	13
I.5.2 Demanda potencial de consulta médica ambulatoria	14
I.5.3 Demanda potencial para hospitalización	16
I.5.4 Consultas Odontológicas	18
I.5.5 Pacientes que no acuden a la consulta médica y se automedican	18
I.6 Frecuencia de controles médicos generales	19
I.7 Persona que asume los gastos de salud en el hogar	20
I.8 PREFERENCIAS: Servicio de salud pública pagado	21
CAPITULO II: GASTOS MEDICOS	22
II.1 Promedio de los gastos en Insumos médicos a nivel Provincial	22
II.2 Gasto total en tratamiento médico	23
II.3 Priorización del Gasto en Salud como porcentaje del ingreso	24
II.4 Lugar de adquisición de medicinas	31
II.5 Forma de solventar una emergencia médica	31
CAPITULO III: GASTO TOTAL EN SALUD	33
III.1 Caracterización del gasto en salud	33
III.2 Diferenciales de gasto en salud	33
III.3 Diferenciales del gasto en salud por sexo	34
III.4 Gasto en salud según la actividad económica del paciente	35
III.5 Gasto según sectores económicos	35
III.6 Gasto en salud de acuerdo a grupos de ocupación	36
III.7 Gasto mensual en salud según el profesional médico consultado	37
III.8 El ingreso y su relación con el profesional médico consultado	38
III.9 Gasto en salud de acuerdo a la institución utilizada	38
III.10 Gasto en salud de acuerdo al ingreso del jefe del hogar	39

III.11	Gasto en salud de acuerdo al número de personas en el hogar	40
III.12	Gasto mensual en salud de acuerdo al nivel de instrucción del jefe del hogar	41
III.13	Afiliación al IESS y gasto en salud	42
CAPITULO IV: ASEGURAMIENTO		43
IV.1	Afiliación al Seguro Social y al Seguro Social Campesino	43
IV.2	Tiempo de afiliación al Seguro Social	43
IV.3	Seguros de Salud Privados	44
IV.4	Pago por Seguro de Salud Privado	45
CAPITULO V: INGRESOS		46
V.1	Caracterización del ingreso del hogar	46
V.2	Diferenciales del Ingreso	46
V.3	El ingreso total en el hogar de acuerdo al sexo del perceptor	47
V.4	Ingreso total por rama de actividad	48
V.5	Ingreso total de acuerdo a categoría de ocupación	48
V.6	Institución a la que acuden de acuerdo al ingreso económico total	50
V.7	Ingreso total según el número de ocupantes de la vivienda	50
V.8	Ingreso total del jefe del hogar de acuerdo al nivel de instrucción	51
V.9	Ingreso total de acuerdo a la afiliación al Seguro Social del jefe del hogar	51
4.	Características Generales	53
4.1	Resultado de la entrevista	53
4.2	Características de el/ la jefe del hogar	53
4.2.1	El nivel de instrucción	54
4.2.2	Características económicas del jefe del hogar	54
4.3	Características de la vivienda	56
4.3.1	Tipo de vivienda	56
4.3.2	Material predominante en las viviendas	57
4.3.3	Número de habitaciones	59
4.3.4	Número de dormitorios	59
4.3.5	Eliminación de excretas	60
4.3.6	La eliminación de las aguas servidas	61
4.3.7	Fuente de obtención de agua	63
4.3.8	Lugar donde se localiza el suministro de agua en la vivienda	63
4.3.9	Forma de eliminación de la basura	64
4.3.10	Servicio de energía eléctrica y teléfono	64
4.4	Características de los hogares investigados	64
4.4.1	Estructura de edad de los miembros del hogar	65
4.4.2	Relación de parentesco	65
4.4.3	Nivel de instrucción	66
4.4.4	Actividad económica	67

4.4.5	Horas de trabajo	68
4.4.6	Ramas de actividad	69
4.5	Grupos de ocupación	70
4.6	Categoría de ocupación	70
5. ASPECTOS METODOLÓGICOS Y DE ORGANIZACIÓN		
DE LA ENCUESTA		
5.1	Instrumentos utilizados	71
5.1.1	Cuestionarios	71
5.1.2	Manuales	71
5.2	Aspectos operativos de la encuesta	71
5.2.1	Capacitación del personal de campo	71
5.2.2	Operativo de campo	71
5.2.3	Procesamiento de datos	72
5.3	Diseño muestral	72
5.3.1	Universo de la investigación	72
5.3.2	Tipo de muestreo	72
5.3.3	Marco de muestreo	72
5.3.4	Tamaño de muestra	73
5.3.5	Distribución de la muestra	73
5.3.6	Probabilidades y proceso de selección	74
5.3.7	Recorrido de manzanas y sectores seleccionados	74

“ESTUDIO DE FINANCIAMIENTO DE SALUD EN EL ECUADOR”

SEGMENTO: GASTOS DE LOS HOGARES EN SALUD. ESFINSA 1996

1. Introducción

Durante mucho tiempo, la existencia de condiciones internacionales ligadas al fuerte rol que cumplía el Estado delimitaron el ámbito del financiamiento que, en términos de salud, constituyeron el margen de acción dentro del cual operaba ésta. Este ámbito de acción, sin embargo y por ello mismo, se limitó únicamente al establecimiento de un presupuesto estatal que muchas de las veces constituyó el todo para el funcionamiento del sector salud ecuatoriano. Los casos latinoamericano y ecuatoriano giraron en torno del modelo estatal pues permanentemente orbitaron, y aún lo hacen en la actualidad, en la estructura pública. Esta se encargó de proveer las grandes infraestructuras necesarias para la prestación de los servicios, además de brindar la cobertura para las grandes masas poblacionales.

Mientras el modelo se mantuvo, aún cuando los fondos públicos observaban problemas ante un déficit creciente y un endeudamiento progresivo, la situación no cambiaba mucho, aunque si se agravaba. Una de las primeras soluciones, con gran vigencia todavía, fue operar con márgenes cada más estrechos de financiamiento, así en el caso ecuatoriano vemos pasar rápidamente la proporción presupuestaria del gobierno destinada a la salud del 8% a menos del 4% en los últimos años.

A medida que las fuentes públicas financiadoras evidenciaban su crisis, en el país fueron surgiendo una serie de fuentes alternativas que, aunque insuficientes y no siempre adecuadas, expresaban la necesidad de cubrir los espacios y falencias de todo orden que observaban los servicios de salud y, lo más grave aún, ponía en el escenario el hecho de que la apertura que brinda el mercado cuando existe una población desesperada por atención y debilitada en su nivel de exigencia exacerba un mercado poco transparente en el cual medran desde los estupendos profesionales/instituciones hasta mercaderes de la vida y de la muerte. Obviamente, condiciones poco claras de mercado han incidido en el hecho de que las familias ecuatorianas gasten más que antes en rubros de salud con un resultado no siempre óptimo.

Tomando en cuenta lo anterior, y considerando la necesidad de un mayor conocimiento y claridad de la economía de la salud en el país, así como la necesidad de un mayor detalle en términos de oferta y demanda en el financiamiento del sector salud, a la par de contribuir a develar un área poco explorada cuya realidad diversa e injerencia en la vida de la colectividad nos exige una aproximación detallada y precisa a efectos de planificación y regulación. En el CEPAR se decidió realizar una encuesta que nos acerque al conocimiento de cuánto y cómo gastan en salud las familias ecuatorianas.

La realización de la encuesta denominada “ESFINSA 1996- Estudio de Financiamiento de Salud”, con representatividad nacional, y que incluyó a 1575 hogares con 7058 miembros de familia, fue diseñada en función de que nos proporcione una

aproximación de los niveles y destino de los gastos, en términos del ingreso que se percibe en un hogar y que se dedica a solventar gastos en salud. Idea fundamental si consideramos que ante una condición de enfermedad de un miembro de la familia, el rubro de la salud se constituye en una de las prioridades de los gastos familiares.

Paralelamente, interesó también obtener datos acerca de las formas con las cuales los hogares ecuatorianos financian sus gastos en salud y la incidencia de dicho financiamiento dentro de las actividades económicas familiares.

La ESFINSA fue concebida y diseñada entonces para obtener elementos que satisfagan el objetivo fundamental de conocer cómo funciona la demanda de servicios de salud, en sus aspectos relativos a los niveles y destino de los gastos que en salud realizan las familias ecuatorianas.

Siendo el aspecto financiero el eje central, en torno de éste se sondearon los niveles de prioridad que cuantitativamente pueden tener los gastos de salud del individuo frente a su ingreso, así como de la familia frente a un ingreso igualmente familiar.

Ligado a lo anterior, la encuesta propuso cuantificar el fenómeno de la automedicación, así como proporcionar un desagregado sobre las preferencias poblacionales respecto del profesional/ institución que lo atiende.

Finalmente y considerando la importancia que en la actualidad tienen diferentes propuestas de financiamiento, se incluyó un módulo que aborda las preferencias del usuario utilizando una metodología de subasta, ésta en la medida que no cuenta con todo el contexto de la metodología global, nos sirve como un nivel indicativo provisional y como tal deberá ser utilizado, hasta una comprobación posterior técnicamente satisfactoria.

La prioridad de este análisis es muy alta, pues además de ser innovador, viene a cubrir espacios que no han sido explorados anteriormente. Son justamente estos elementos innovadores los que posibilitan complementar algunas hipótesis e ideas avanzadas en investigaciones realizadas anteriormente, pero por sobre todo su validez radica en el hecho de que abre la búsqueda de nuevas vertientes en el conocimiento del gasto de los hogares ecuatorianos en materia de salud, muchas de las cuales quedan tan sólo esbozadas en este breve análisis, mientras otras surgirán de acuerdo a la demanda de datos y conocimiento que la propia sociedad ecuatoriana genere.

En el acápite final se hace un análisis exhaustivo de los hogares encuestados, así como se presenta un anexo de la muestra tomada para el estudio. La encuesta fue diseñada, elaborada y levantada en operativo de campo por el Departamento de Investigación del CEPAR y la revisión del informe final fue realizada por la especialista en Economía del Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud (PAPPS).

2. Resumen Ejecutivo

La encuesta sobre el financiamiento de salud realizada para el caso nacional, logra a lo largo de su análisis evidenciar una serie de resultados muy interesantes que conviene sean destacados y sistematizados, a fin de que aporten dentro del conocimiento de la Economía de la Salud en el ámbito ecuatoriano.

La ESFINSA-1996 fue efectuada sobre 7058 personas de las cuales el 40.7% revelaron haberse sentido enfermas en el último mes, de ellas tan sólo 1315 acudieron a realizarse exámenes médicos institucionalizados. Así, el 22% de estas personas concurren a los servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP), 11% a los servicios del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), 55% a servicios privados, 4.7% a ONG's, 1.8% a servicios de las Fuerzas Armadas y el 6% restante a otras instituciones, que incluye un 0.4% a servicios de medicina tradicional. (Gráfico I.b)

En lo que a hospitalización se refiere, la preferencia demarcó entre otras la utilización de las unidades hospitalarias del MSP (44.7%) seguido por las clínicas privadas (23.7%). Esto guarda estrecha relación con los niveles de ingreso de la población puesto que a las unidades del Ministerio, que no cobraban para 1996 la atención, aunque son utilizadas por todos los niveles de ingreso, mayoritariamente acuden las personas con ingresos menores a tres salarios mínimos vitales (SMV) (46%). Es producto de esto mismo que justamente en aquellas provincias de mayor población, donde se utilizan en mayor grado los servicios de salud privados, esto es, donde la red pública resulta insuficiente, la demanda se deriva a los servicios de salud pagados (Cuadro I.8).

Respecto a los gastos, el pago estimado por consulta se establece en el rango de hasta 10.000 sucres por parte del 24.7% de usuarios, mientras el 30.2% pagaron más de 10.000 hasta 49.000 sucres. Mientras tanto los niveles de gasto mensual en recetas médicas en el país se encuentran alrededor de los 55.187 sucres por persona para 1996 (US\$13.80). Si además agregamos todos los gastos (Cuadro II.1), obtenemos que el promedio persona en el país es de 95.596 sucres mensuales, fluctuando entre el promedio bajo de S/. 38.553 para Sucumbíos y el alto de el Oro (S/. 116.077 sucres)

Conforme a los datos que se desprenden de la ESFINSA-96, en lo que relaciona a los gastos en salud como proporción de los niveles de ingreso, cabe destacar que alrededor del 18.4% y del 24.1% de los individuos gastaron hasta el 10% de su ingreso en Gastos Totales de Salud y Gastos Primarios de salud respectivamente. (Cuadro II.5 y II.6)

A su vez cabe resaltar que contando con la infraestructura de salud del gobierno, la seguridad social y algunas ONG's, el 22.7% de los individuos gastaron en total en el rubro de la salud menos del 1% de su ingreso.

Si, por otro lado, analizamos los niveles familiares de gasto respecto del ingreso familiar, se observa que los niveles son cercanos a aquellos establecidos para los

individuos; así, el 20.9% y 21.9% de las familias gastan hasta el 10% de sus ingresos en Gastos de Salud Total y Primario respectivamente. (Cuadro II.7 y II.8). En este contexto cabe poner atención en el comportamiento regional el cual da cuenta de niveles diferenciales en el gasto familiar y que obedecerían a factores culturales específicos de cada zona, factores económicos diferenciados, niveles de cobertura y atención diversos y hasta jerarquizaciones sociales diferentes, frente a los problemas de salud que influyen determinantemente en la demanda del servicio y en su caracterización.

Un punto que merece destacarse es que los gastos médicos emergentes se solventan en mayor magnitud a través de la vía del ahorro (35.8%) y de préstamos familiares (27%) o créditos en un orden del 30.3%. (Cuadro II.10).

En lo referente a Gasto Total mensual efectuado en rubros de salud, la ESFINSA revela que el mayor número de casos (37.4%) pagaron al mes de diez mil a 49.999 sucres, mientras en los extremos -del no pago y de 200.000 sucres y más- se coincide con 7.9 y 7.8% de los casos investigados. Existen además diferenciales de gasto por sexo donde en todos los rubros de pago el gasto de las mujeres en salud es mayor que el de los hombres. (Cuadro III.2) La hipótesis avanzada para esto es que los gastos de maternidad son significativos y son los que imprimen la diferencia.

Si analizamos brevemente la composición del gasto en salud de acuerdo a grupos ocupacionales, podemos encontrar que es el Personal Administrativo aquel que se concentra en la categoría de mayor gasto -200.000 sucres y más-. (Cuadro III.5). Un dato curioso dentro de esta relación constituye el hecho de que un 25% del grupo de Directores y Funcionarios Públicos se encuentren dentro del rubro de atención en salud sin costo.

Algo muy relevante en este estudio constituye el gasto por institución, que perfilado ya en 1996 expresaba de la crisis del sistema de salud ecuatoriano; así, es importante notar que aún cuando se mantiene en el papel el supuesto de gratuidad en las instituciones del MSP, las condiciones imperantes dan como resultado que los usuarios de las mismas, en un 47%, desembolsen de 10.000 a 49.999 sucres mensuales y en un 21.6% de 50.000 a 99.999 sucres. (Cuadro III.8). Esta situación se repite en mayor o menor medida para las otras instituciones incluyendo las del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Por otro lado, respecto al Gasto Total en salud, contradictoriamente a lo que el sentido común podría indicar, esto es que a menor número de personas en la familia el gasto en salud es menor y viceversa, si analizamos los datos proporcionados por la encuesta encontramos que cuando se incrementa el número de personas en el hogar el gasto en salud no es más alto y la composición porcentual tiende a situarse en los niveles intermedios de gasto; así por ejemplo en el caso de 7 y más miembros, el 36.8% de estas familias se sitúa en un rango de gasto de 10.000 a 49.999 sucres mensuales. (Cuadro III.10) Situación ésta que nos haría intentar una explicación en el sentido de que a menor número de miembros en la familia es más factible poder acceder a

servicios de salud con cierto costo, mientras a mayor número de miembros la situación obligaría a acudir a servicios gratuitos de salud o de bajo costo.

Sobre la estructura de financiamiento cabe resaltar que el/la cabeza de familia sigue siendo el soporte del financiamiento de los gastos de salud, así el/la jefe del hogar asume del 71 a 74% de los mismos.

Respecto a los niveles de aseguramiento en el ámbito ecuatoriano hay que destacar que el 14.4% de los entrevistados son afiliados al IESS y el 2.8% al Seguro Social Campesino (SSC); mientras el 3.9% tiene seguro de salud privado o medicina pre-pagada.

En el caso del IESS tenemos que el 46.3% de afiliados ha utilizado los servicios alguna vez, encontrando que cerca del 54% de los mismos aportan solidariamente sin haber utilizado nunca dichos servicios.

En lo que a seguro privado/prepagado se refiere, encontramos que seis empresas captan el 54% de los afiliados, constituyéndose en un mercado concentrado al momento.

Respecto a las características de financiamiento del seguro, éste en un 72.3% es pagado por el titular, en una proporción del 20.9% es pagada por la empresa donde trabaja y en 6.8% de los casos es un pago compartido entre empresa y empleado. En montos de pago el 30.8% de afiliados realiza un pago de hasta 25.000 sucres mensuales. Exploradas las preferencias, cuatro de cada diez personas se manifestó dispuesta y en capacidad de pagar un seguro privado.

En lo que se refiere a la automedicación y conforme a los niveles social, cultural y de ingreso, en el Ecuador se confirmó lo esperado. Esto es, que es ejercida en grado alto (27%), especialmente en las provincias de la costa y de la misma forma, no existe una cultura de cuidados preventivos sino eminentemente curativos pues la población acude al médico sólo cuando se enferma en un 72.3%. En términos de salud preventiva/ curativa, la temática de género plantea interesantes resultados que tienen que ver con la proporción de mujeres frente a la de hombres que asisten a chequeos preventivos; así a nivel general, los hombres en un 51.3% de veces asisten a chequeos preventivos, mientras el 48.7% de las veces asisten a servicios curativos. Las mujeres acuden en el orden del 50.9% de las veces a exámenes preventivos y 49.1% cuando se enferman, lo cual da lugar al rompimiento del esquema de que las mujeres gastan considerablemente más de lo que lo hacen los hombres en salud preventiva, el hecho es que incluso gastan menos.

La Esfinsa-96, particularmente aporta en términos de intentar realizar una conjunción entre los ingresos de los individuos y sus gastos, ello nos permite realizar una confrontación entre estas dos variables y sus niveles. Así, si hacemos una estratificación por ingresos de los hogares, es muy interesante observar que en aquellos hogares cuyos ingresos llegan hasta 500.000 sucres mensuales el promedio de gastos en salud es de S/. 138.873; en aquellos de más de 500 mil

a 1 millón el promedio es de S/. 272.087; en los hogares cuyos ingresos se encuentran entre 1 y 4 millones el promedio de gasto apenas llega a 245.136 sucres. Estos resultados en concreto llevan a invalidar una hipótesis con la cual se inició la encuesta y que postulaba que cuanto más altos son los niveles de ingresos, más elevados son los gastos en salud; en los hechos los gastos en salud representan alrededor del 28% de los ingresos, de los hogares más pobres, mientras en los estratos altos llegan a significar tan sólo alrededor del 6% de su ingreso.

La Esfinsa también confirma la hipótesis de que los ingresos son mayores para los hombres comparativamente con las mujeres; traducido esto en términos de salud implica niveles diferenciales entre hombres y mujeres para solventar y financiar los gastos de salud.

Resta explicitar que las especificidades regionales y provinciales muestran una serie de diferencias especialmente en lo relacionado a cuestiones como la concurrencia y preferencia de la demanda hacia el sector público y privado, utilización de los servicios y facilidades, las condiciones de la oferta de servicios en el país, el comportamiento financiero de los usuarios y los montos de gasto específico en términos de salud. Es conveniente acotar que con el objetivo de tener una visión completa sobre el financiamiento y los gastos en salud, es necesario realizar este tipo de encuestas de forma permanente, ello nos permitirá niveles de comparabilidad y detalle para alimentar y corregir, a través de información cruzada, otro tipo de herramientas como el Análisis Costo Efectividad (ACE) y las Cuentas Nacionales de Gastos en Salud. La ESFINSA-1996 se constituye así en una valiosa línea de base para los estudios que se realicen en el país respecto a las preferencias de los usuarios y los pagos de los servicios, así como provee los niveles de referencia para los usos potenciales de los recursos y su óptima utilización y asignación.

3. Análisis de los resultados

CAPITULO I: DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

I.1. Introducción

Al analizar el tipo de demanda real y potencial de los servicios de salud se ha pretendido, por medio de esta encuesta, establecer algunos elementos que aporten en la caracterización del estado de salud de la población ecuatoriana.

De los datos obtenidos observamos que un **40.7** por ciento (**2876**) de la población total del estudio ha tenido algún tipo de malestar o se han sentido enfermos en los 30 días anteriores a la realización de la encuesta. Más de una quinta parte (22.3%) de toda la población encuestada se ha realizado exámenes o chequeos médicos.

De aquellos que se sintieron con malestar o enfermos (2.876), asistieron a control o consulta médica con un facultativo alrededor del 46%. El restante 54.3%, no ha recurrido al control médico a pesar de sentirse enfermo.

Si vemos el comportamiento dentro de las provincias, en la de Los Ríos más de la mitad de los entrevistados (56.8%) declaran haber tenido malestares o sentirse enfermos mientras en Pichincha, Cotopaxi y Napo solamente el 33% de los entrevistados han tenido problemas en su condición de salud. Este dato cobra trascendencia únicamente en la medida que da pistas sobre el desarrollo básico de cada provincia que influye determinadamente en que una menor o mayor proporción de su población se enferme o no.

CUADRO I.1
PORCENTAJE DE PERSONAS ENFERMAS EN EL ULTIMO MES, QUE SE HAN
REALIZADO EXÁMENES, POR PROVINCIA

PROVINCIA	Consulta médica toda la población	Porcentaje con malestar o enfermos	Consulta médica de enfermos
Azuay	18.0	36.9	40.0
Cotopaxi	14.9	33.3	30.4
El Oro	22.3	45.0	43.8
Guayas	23.0	44.1	46.3
Imbabura	17.7	38.9	29.5
Los Ríos	23.2	56.8	37.1
Manabí	17.8	39.8	37.2
Napo	20.0	33.0	49.0
Pichincha	22.9	33.5	52.1
Sucumbíos	31.4	45.5	54.7
Total	22.3	40.7	45.7
N° de casos	7.058	2.876	1.315

Fuente: ESFINSA-96

De todas formas cabe recalcar que comparando entre todas las provincias, y obedeciendo en parte a la distribución poblacional, Guayas con el 37% y Pichincha con el 24% son las provincias que tienen un mayor porcentaje de personas que han experimentado algún malestar o enfermedad.

Los porcentajes de las personas que sintiéndose enfermas han acudido a tratarse médicamente, tanto a nivel nacional como provincial fluctúa entre el 29.5% de Imbabura y un 54.7% en Sucumbíos. Como se puede observar, existe un amplio margen de enfermedad que en ningún caso llegan a culminar en un servicio. Este comportamiento, bajo el supuesto de que no existe despreocupación de la población en aspectos de su salud, permite aducir problemas de orden económico en la mayoría de hogares, niveles de priorización diferentes de la salud, o acaso la falencia en la dotación de servicios adecuados de salud por parte del sector salud ecuatoriano en su conjunto.

I.2 Número de consultas

Dentro del financiamiento de la salud el dato de si una persona acude a hacerse atender en un servicio de salud es importante, sin embargo esto tiene que complementarse con el número de veces que la persona asistió a la consulta, considerando que en cada visita habrá un gasto de recursos de toda índole. Al respecto los datos obtenidos en la encuesta reflejan que, a nivel nacional, de las personas que se realizaron exámenes o chequeos médicos en el último mes, la mayoría (66.5%) ha asistido por una sola ocasión a la consulta médica, 26 personas de cada cien acudieron a consulta dos veces y la minoría (7.6%) fueron a tres y más consultas.

En el rubro de tres consultas hay que poner relativa atención en el caso del Oriente donde el porcentaje de asistencia es casi inexistente contrastando con el caso de la sierra y la costa como puede verse en el cuadro I.2

CUADRO I.2

NUMERO DE CONSULTAS EN EL ULTIMO MES, POR MONTO DE PAGO MENSUAL POR CONSULTA, SEGUN REGIONES.

REGION	Nº DE CONSULTAS				CUANTO PAGO				
	1	2	3 y +	Total	No paga	hasta 10.000	10.001 a 49.000	50.000 y más	Total
Total	66.5	25.9	7.6	100.0	36.3	24.7	30.2	8.9	100.0
Costa	68.1	23.0	8.9	100.0	30.2	30.2	31.3	8.3	100.0
Sierra	63.6	28.7	7.7	100.0	35.1	22.4	31.5	11.0	100.0
Oriente	69.5	29.3	1.2	100.0	69.9	6.1	19.6	4.3	100.0

Fuente: ESFINSA-96

I.3 Monto de pago por la consulta

A fin de establecer el peso que corresponde a gastos en salud con respecto al ingreso de los hogares, se preguntó cada rubro en forma independiente: gasto en consulta, gasto en medicamentos comprados con receta médica así como de los medicamentos de autoconsumo y vitaminas. Abordando el gasto en consulta mensual por las familias entrevistadas, a efectos analíticos hemos agrupado el monto de pago por consulta en cuatro grupos que van desde el no pago, hasta diez mil sucres (\$2.5USD), de diez mil un sucres a cuarenta y nueve mil sucres (\$12.25USD) y cincuenta mil sucres (\$12.50USD) y más.

Siguiendo la clasificación anterior, en términos nacionales, de los pacientes que declararon haber estado enfermos en el pasado mes y haber concurrido a consulta médica, más de una tercera parte no pagó por la consulta que en la mayoría de los casos se trataron en establecimientos del Ministerio de Salud Pública o del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Pagaron por este servicio hasta 10.000 sucres una cuarta parte de ellos (24.7%), más de diez mil y hasta 49.000 sucres el 30.2 por ciento, el 8.9 por ciento pagó valores de cincuenta mil sucres o más por una consulta médica.

Siguiendo la clasificación anterior, dentro de las regiones observamos importantes diferencias.

En el Oriente a diferencia de las otras regiones, casi el 70% de las consultas no fueron pagadas, mientras el 19.6% pagó por sus consultas más de diez mil sucres hasta cuarenta y nueve mil. El primer hecho, se podría asumir, se relaciona con que la mayoría de la población encuestada, localizada en Napo y Sucúa, se hace atender en los servicios del MSP del Ecuador, en el IESS, en instituciones fiscomisionales o en ONG's¹ que trabajan en el ámbito de la salud, la mayoría de las cuales por su misma naturaleza no cobran la consulta. Ligado a esto, se encuentra que existe un déficit de cobertura del sector privado por las mismas condiciones de dispersión y mercado estrecho que presenta la población.

El segundo hecho tendría relación con el precio de una consulta en el sector privado del Oriente donde se estaría cotizando la consulta dentro de esos márgenes, en todo caso se podría pensar que el 19.6% de la población estaría optando por la atención privada como la consulta preferida aún con los problemas existentes.

En la Costa, el asunto es diferente puesto que existe un equilibrio entre los que no pagaron consulta en esa región (30.2%) y aquellos que pagan hasta diez mil sucres (30.2%) y hasta cuarenta y nueve mil sucres (30.2%). Los que pagaron más de cincuenta mil son más bien la minoría y alcanza el 8 por ciento del total.

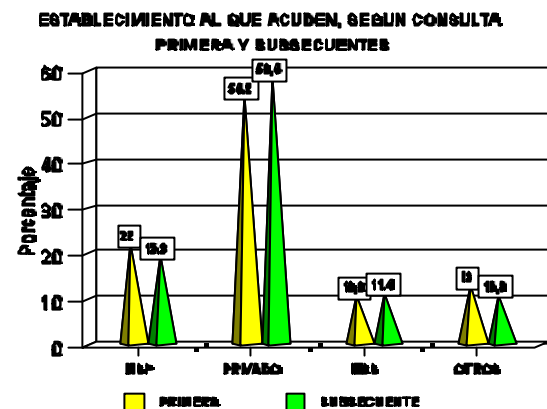
¹ Entre la diversidad de actores que se encuentran en el área de salud tenemos: Organismos internacionales.- Unicef-Municipio, Nueva Frontera -MSP, Coop.Belga-MSP; Instituciones y ONG's.- Cruz Roja Suiza, Médicos Mundi, Misión Josefina, Ayuda en Acción, Misión Carmelita, Misión Capuchina, Sacha Causay.

Los datos evidencian una alta utilización de los servicios del Ministerio de Salud, pero sobre todo nos hablan de la cobertura que, en especial en la ciudad de Guayaquil (37.1% no pagó nada y 32.6% pagó hasta diez mil sucres), tiene la Junta de Beneficencia del Guayas.

En la Sierra los datos muestran un pago más polarizado puesto que aquellos que no pagan son el 35.1 por ciento que sumado a quienes pagan hasta diez mil sucres (22.4%) nos da un 57.5, mientras aquellos que pagan hasta cuarenta y nueve mil y más de cincuenta mil alcanzan el 42.5 por ciento.

A nivel comparativo entre las tres regiones el mayor margen de encuestados que no pagaron, radica en la región costa con un 42.7%, mientras en la sierra se encuentra el 36.8% de todos los pacientes que no pagaron y en el Oriente el 20.5%. Respecto a la distribución regional del pago por consulta, encontramos que aquellos que pagaron hasta diez mil sucres mayoritariamente se encuentran en la costa con un 63%, mientras en el Oriente apenas está el 2.7%. Así mismo el mayor porcentaje de personas que pagaron más de diez mil sucres hasta cuarenta y nueve mil, radica en la costa (53.4%); mientras aquellos que pagaron cincuenta mil o más radican tanto en sierra como en costa con un porcentaje de alrededor de 47% en cada caso.

Gráfico 1.a



FUENTE: ESTADSA-96

L3.1 Costo de la primera consulta y subsecuentes

Una vez que relacionamos los grupos poblacionales por provincias y comparamos entre la primera consulta y subsecuentes, existen algunos datos que deben ser resaltados.

En primer lugar existe una tendencia en las provincias serranas a cambiar a servicios pagados cuando tienen que asistir a una segunda consulta. Así se produce en el caso de Azuay en donde de la primera consulta en la cual no paga el 25.3%, a la consulta subsecuente en la cual no paga el 17.9%, existe 7.4 puntos porcentuales de diferencia, esto es 7 personas de cada 100 que optan por pagar la consulta la segunda vez. Este es el caso que se puede observar en el resto de provincias serranas y también en Sucumbios, con diferentes porcentajes. Cabe resaltar el caso de la provincia de Imbabura, donde de un 42% de personas que no pagan la primera consulta, todas se cambian a servicios pagados, esto es, ninguna vuelve a consulta de servicios del Estado. Los datos anteriores pueden interpretarse en dos sentidos, el primero es que del mismo servicio se hace referencia a consulta privada o de otro tipo (tradicional) y la segunda que la población buscando un mejor servicio, seguridad en el

diagnóstico, confianza de algún tipo, calidad y/o calidez, cambia a servicios donde paga una tarifa.

En segundo lugar existe una tendencia en las provincias costeñas a cambiar de servicios pagados en la primera consulta, a servicios no pagados en las consultas subsecuentes. Así, si observamos el caso de Guayas, en la primera consulta se encontraba el 38% de la población, en la consulta subsiguiente encontramos al 43.1% de la población, lo cual nos da que 5 personas de cada cien optaron por una consulta no pagada en la siguiente vez. La explicación en este caso obedecería a la idiosincracia de la población costeña que hace uso más intenso de los servicios públicos sea por ejercicio de su ciudadanía, por motivación de ahorro económico o por priorización diferente -cualitativamente hablando- de los gastos en salud frente a otros gastos.

En tercer lugar, al transferirse a servicios pagados en la sierra, los rubros desplazados se encuentran en función de las características de cada una de las provincias. Así por ejemplo en el caso del Azuay la población se desplaza a demandar consultas de alto costo como son las consultas de más de diez mil sucres a menos de cincuenta mil y también a aquellas de más de cincuenta mil. No es el caso ni de Imbabura ni Cotopaxi, donde el traslado de la consulta se hace hacia la consulta de “costo barato”, esto es del rubro de hasta diez mil sucres. En Pichincha los desplazamientos no son significativos.

En cuarto lugar, en la costa los desplazamientos a los servicios no pagados provendrían fundamentalmente de los grupos que pagan más de diez mil hasta cuarenta y nueve mil sucres por consulta y más de cincuenta mil. A excepción del caso de Los Ríos donde provendrían del grupo que paga hasta diez mil sucres. (Cuadro I.3)

CUADRO I.3
COSTO MENSUAL DE LA CONSULTA MEDICA, PRIMERA Y SUBSECUENTES, SEGÚN PROVINCIAS

PROVINCIA	COSTO CONSULTA							
	PRIMERA				SUBSECUENTES			
	No paga	Hasta 10.000	10 a 50 mil	Más de 50 mil	No paga	Hasta 10.000	10 a 50 mil	Más de 50 mil
Azuay	25.3	26.4	41.8	6.6	17.9	25.0	46.4	10.7
Cotopaxi	36.0	24.0	28.0	12.0	20.0	60.0	20.0	-
El Oro	18.3	35.0	45.0	1.7	25.0	35.7	39.3	-
Guayas	38.0	22.7	28.6	10.7	43.1	21.3	29.4	6.3
Imbabura	42.1	31.6	26.3	-	-	60.0	40.0	-
Los Ríos	5.5	48.8	41.3	3.9	11.4	29.5	56.8	2.3
Manabí	24.1	55.6	18.5	1.9	27.8	61.1	11.1	-
Napo	45.2	3.2	41.9	9.7	52.2	4.3	39.1	4.3
Pichincha	36.7	21.3	29.8	12.3	33.9	23.7	28.8	13.6
Sucumbíos	84.3	7.8	6.9	1.0	70.4	14.8	11.1	3.7
Total	36.3	24.7	30.2	8.9	35.5	24.9	31.8	7.8

Fuente: ESFINSA-96

I.4 Tipo de profesional consultado

Si a la información anterior además añadimos el dato del tipo de profesional consultado al que acuden a consulta o chequeo médico los pacientes (Cuadro I.4), podemos sacar interesantes conclusiones.

El tipo de profesional más recurrido es el médico general, en las tres regiones constituye la referencia más común; en mayor medida en el Oriente (79.4%) y en menor en la Sierra (53.1%). Le sigue el médico especialista cuya utilización fluctúa del 18.4 al 42.9%. Otro tipo de profesionales fluctúa entre el 2.4 y 4.5 por ciento en cada una de las regiones.

De acuerdo a la primera consulta y subsiguientes, los pacientes en mayor porcentaje acuden al médico general para su atención en la primera consulta (61%), y el 35 por ciento ha acudido directamente a un especialista. Como es lógico, en las consultas subsiguientes el paciente acude en mayor número al especialista (41%) y en menor porcentaje al médico general (52%), lo cual nos permitiría establecer el nivel de derivación del médico general al médico especialista entre un 6% y un 9%.

CUADRO I.4

TIPO DE PROFESIONAL Y LUGAR AL QUE ACUDEN AL CONTROL MEDICO, POR REGIONES

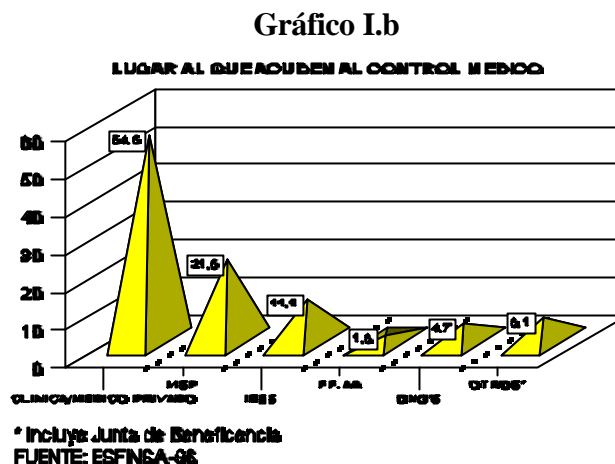
CARACTERISTICAS	Sierra	Costa	Oriente	Total
Tipo de profesional:				
Médico general	53.1	60.1	79.4	59.3
Médico especialista	42.9	35.4	18.4	36.6
Otra persona *	4.0	4.5	2.4	4.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº de casos	836	1.055	214	2.105
Institución:				
MSP	19.2	20.4	36.4	21.6
IESS	12.0	10.0	13.0	11.1
FF.AA	2.8	1.1	0.9	1.8
Clínica privada	8.3	10.3	5.6	9.0
ONG's	2.0	3.0	23.4	4.7
Junta de Beneficencia	0.2	2.3	0.9	1.3
Médico privado	50.0	48.3	19.6	45.6
Otro	6.4	4.6	-	4.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Nº de casos	836	1.055	214	2.105

* Incluye: Enfermera, auxiliar y otro

Fuente: ESFINSA-96

I.5 Lugar al cual se acude para la consulta médica

Un tema sumamente importante para el financiamiento de los servicios de salud, constituye el conocer la proporción en la cual la gente se atiende en los diversos establecimientos públicos y privados. Esto nos permitirá obtener una idea adecuada de la cobertura efectiva que las instituciones tienen, así como el margen de lo público y lo privado dentro de la salud en el Ecuador.



De acuerdo a la encuesta ESFINSA 1996, de los pacientes que afirmaron haber estado con malestar o enfermos por lo menos una ocasión en el transcurso del último mes, más de la mitad (54.6%) se hicieron atender en consultorios y clínicas privados. Un 21.6 por ciento acudieron a los servicios médicos de unidades del Ministerio de Salud Pública (centros de salud y hospitales), un 11.1 por ciento de usuarios acudieron a dispensarios y hospitales del Instituto de Seguridad Social, 4.7 por ciento se atendieron en dispensarios de organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro, mientras en porcentajes menores al 2 por ciento acudieron a dispensarios y hospitales de las Fuerzas Armadas y Junta de Beneficencia de Guayaquil. La cobertura mayor entonces, en términos de servicios, se localizó en el sector privado, lo cual puede entenderse claramente por la crisis que atraviesan los servicios públicos y de seguridad social. (Gráfico I.b)

Si además observamos los datos por regiones el asunto se matiza un tanto puesto que tanto en la sierra como en la costa, un importante porcentaje acuden a la consulta privada (58.3 y 58.6% respectivamente); ello sin embargo cambia dramáticamente en el caso de la región oriental donde solamente el 25.2% de los enfermos acuden a servicios privados.

Así mismo, en sierra y costa, una quinta parte de enfermos se atienden en unidades del Ministerio de Salud Pública. En la región oriental en cambio el porcentaje es mucho mayor puesto que cerca del 36.4% acuden a los servicios de salud estatales. Por otro lado, en la región amazónica es un rubro importante las fundaciones / ONG's sin fines de lucro que atienden a cerca de una cuarta parte (23.4%) de los enfermos. (Cuadro I.4).

Finalmente, y si hacemos un ejercicio en el cual relacionamos brevemente el tipo de profesional y el lugar al cual acuden los pacientes, tenemos pistas sobre el tema de la productividad de los profesionales, la cual a riesgo de necesitar de investigaciones y cálculos precisos, nos sugiere que los médicos generales del sector privado, puesto que manejan poco más de la mitad de la población que

acude a atención, incrementan sus niveles de productividad más allá de lo que lo hacen profesionales del sector público, **o en su defecto sus horas de trabajo**. Quienes seguirían en la escala serían los profesionales del MSP que, según los datos de la encuesta, manejan una cobertura del 22%.

I.5.1 Institución a la que acuden de acuerdo al ingreso económico total

La institución a la que concurren según el ingreso total familiar mensual, también permite observar los diferentes comportamientos: a las unidades del Ministerio de Salud Pública, si bien asistieron de todos los niveles de ingreso, de preferencia son de menores ingresos, aglutinando un 46 por ciento de menos de 3 salarios mínimos que superan a los promedios totales; al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en cambio asistieron con mayor intensidad de los grupos de 6 a 12 salarios casi la mitad (49%); comportamiento esperado se presenta para el caso de los que asistieron a las clínicas privadas, dándose una relación directa con los pacientes de mayores ingresos ubicándose el 56 por ciento entre los que perciben más de 6 salarios; al médico privado asisten de todos los niveles con una leve concentración para aquellos que tienen entre 6 y 8 salarios. A otras instituciones concurren más de una quinta parte (22.6%) de los usuarios que tienen ingresos de cuatro salarios mínimos vitales y el 19 por ciento con ingresos de 13 y más salarios mínimos vitales.

CUADRO I.5

INGRESO TOTAL POR INSTITUCIÓN A LA QUE CONCURREN,
SEGÚN INGRESO MENSUAL EN SALARIOS MÍNIMOS VITALES

INGRESO EN SALARIOS MÍNIMOS	MSP	IESS	CLÍNICAS PRIVADAS	MEDICO PRIVADO	OTRO	TOTAL
1	5.1	-	-	2.1	5.7	2.4
2	23.1	2.3	7.7	12.0	13.2	11.7
3	17.9	9.2	13.5	14.5	9.4	13.5
4	11.5	12.6	9.6	13.2	22.6	13.5
5	11.5	11.5	9.6	8.1	5.7	9.1
6-8	10.3	28.7	21.2	22.2	11.3	20.2
9-12	6.4	20.7	15.4	14.1	9.4	13.7
13 y +	10.3	11.5	19.2	9.4	18.9	11.9
NO SABE	3.8	3.4	3.8	4.3	3.8	4.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Esfinsa-96

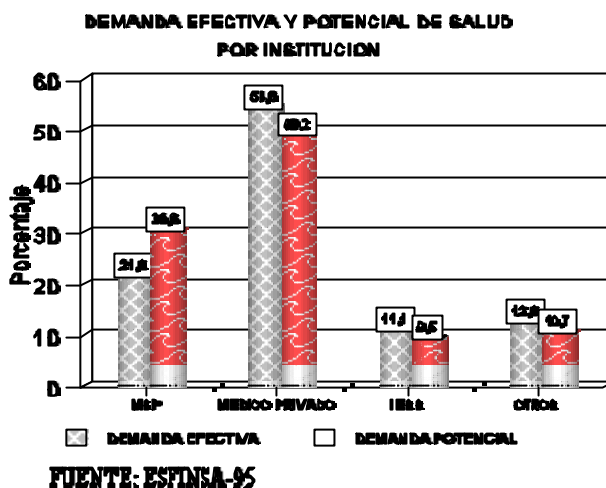
1.5.2 Demanda potencial de consulta médica ambulatoria

El establecer los niveles de financiamiento necesarios en un país exige conocer, no solo a nivel general sino al más desagregado posible, la demanda real y potencial de servicios de salud de la población ecuatoriana. En este último sentido, la Esfinsa 1996 buscó medir la preferencia de demanda por centros, clínicas o establecimientos de salud a los que acudirían los jefes de familia para una consulta médica.

La investigación revela que cerca de la mitad de las personas acudirían a una clínica o médico particular (49.2%), el 30.6 por ciento utilizaría el servicio de unidades del Ministerio de Salud Pública, uno de cada diez (9.5%) acudiría a dispensarios del IESS y 10.7 por ciento iría a otros centros de atención que incluyen a la Junta de Beneficencia, Organizaciones no Gubernamentales sin fines de lucro y Fuerzas Armadas.

Si comparamos la estructura porcentual de los diferentes establecimientos de salud a los que efectivamente concurrieron las personas que se sintieron enfermas, con aquella de potencial concurrencia en caso de enfermedad, es interesante observar que únicamente en el caso de los establecimientos del MSP (efectiva 21.6 y potencial 30.6%) la preferencia es al alza; esto es, nueve personas más de cada cien preferirían demandar los servicios del MSP.

Gráfico 1.c



CUADRO I.6

DEMANDA POTENCIAL Y EFECTIVA POR INSTITUCIÓN, SEGÚN REGIÓN

Región	DEMANDA POTENCIAL				
	MSP	Clinica/médico	IESS	Otros*	Total
Costa	24.3	54.6	8.6	12.5	100.0
Sierra	33.5	47.8	10.7	7.2	100.0
Amazonia	54.7	22.5	8.8	14.0	100.0
TOTAL	30.6	49.2	9.5	10.7	100.0
DEMANDA EFECTIVA					
Costa	20.4	58.6	10.0	11.0	100.0
Sierra	19.2	58.3	12.0	11.4	100.0
Amazonia	36.4	25.2	13.0	25.2	100.0
TOTAL	21.6	54.6	11.1	12.6	100.0

* Incluye: Junta de Beneficencia, FFAA, ONG's y otros

Fuente: ESFINSA-96

En los otros casos vemos que la preferencia por atención con médico privado, IESS y otras entidades sin fines de lucro tiende a la baja. La explicación de este fenómeno, considerando el precario estado de los servicios de salud ecuatoriano, parecería radicar definitivamente en razones de índole económica que afectan duramente a la población.

Si hacemos un análisis por regiones respecto a los diferenciales existentes entre la demanda potencial y la demanda efectiva de atención en salud (Cuadro I.6), podemos llegar a las siguientes reflexiones.

En las tres regiones, respecto a las unidades del MSP, existe una demanda potencial más elevada que la efectiva, ello nos indica un margen de entre 3.9 a 18.3 por ciento de personas que estarían dispuestas a utilizar dichos servicios de salud. Ahora bien, un incremento en la concurrencia a unidades del MSP redundaría directamente en la potencial disminución de la demanda en otros establecimientos como los establecimientos privados, del IESS y otras instituciones de carácter no lucrativo y servicios/ Fuerzas Armadas/ Junta de Beneficencia. El margen más elevado lo encontramos nuevamente en el Oriente con un potencial desplazamiento del 18.3%

Resulta muy interesante observar que justamente en las provincias de mayor población, es en donde se utilizan más ampliamente los servicios privados, esto es clínicas o médicos particulares: Los Ríos (61%), Manabí (60%), Guayas (53.6%), Azuay (51.6%) y Pichincha (50%). En otras provincias acudirían en mayor porcentaje a unidades públicas del Ministerio de Salud: Napo (66%), Imbabura (63%), Cotopaxi (50%) y El Oro (42.3%). Los Dispensarios del I.E.S.S. serían utilizados principalmente en las provincias de Cotopaxi (21%), Manabí (14%), Azuay (11.4%) y Pichincha (10%). A otras instituciones que incluyen la Junta de

Beneficencia, Fuerzas Armadas y Organizaciones no Gubernamentales sin fines de lucro acudirían a hacerse atender en Sucumbíos (28%), Guayas y los Ríos 14 por ciento.

CUADRO I.7
LUGAR QUE ACUDEN PARA ATENCIÓN MEDICA, AMBULATORIA
TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR, POR PROVINCIA

PROVINCIA	LUGAR DE ATENCIÓN				N° DE CASOS
	MSP	Médico particular/Clinica	IESS	Otros*	
Azuay	29.0	51.6	11.4	7.9	403
Cotopaxi	50.4	24.4	20.7	4.4	135
El Oro	42.3	41.4	7.7	8.6	222
Guayas	22.7	53.6	9.8	13.9	1.894
Imbabura	63.0	25.9	3.7	7.4	81
Los Ríos	23.9	60.9	0.7	14.4	422
Manabí	23.9	60.4	14.0	1.9	222
Napo	66.0	24.8	7.6	1.7	238
Pichincha	31.4	50.4	10.0	7.3	1.656
Sucumbíos	41.5	20.3	10.1	28.0	207
Total	30.6	49.3	9.5	7.9	5.480

* Incluye Junta de Beneficencia, ONG y FF.AA

Fuente: ESFINSA-96

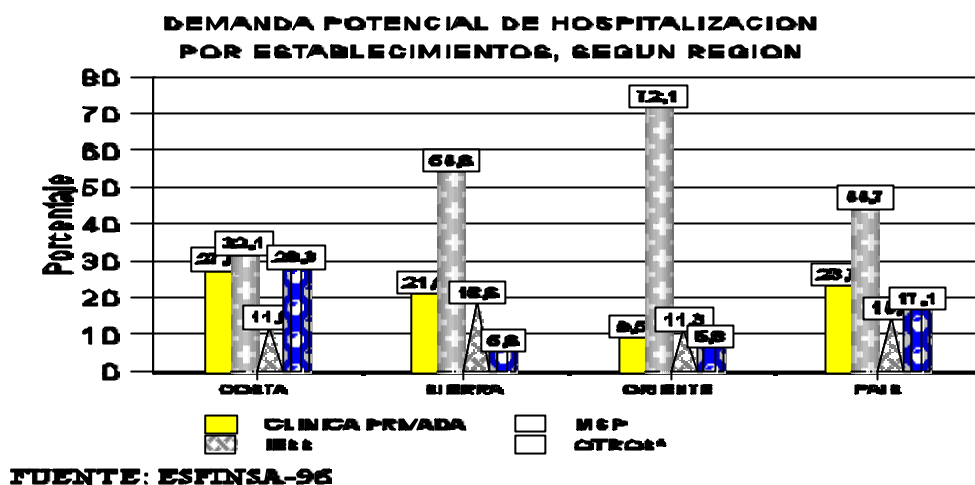
I.5.3 Demanda potencial para hospitalización

A fin de medir la estructura potencial de demanda para los establecimientos de mayor complejidad, se investigó sobre la preferencia hospitalaria en la población entrevistada.

La tendencia encontrada fue una mayor preferencia por unidades hospitalarias del MSP en un 44.7 por ciento, seguido por la clínica privada (23.7%), ONG's, Junta de Beneficencia, Fuerzas Armadas y otros establecimientos en un 17 por ciento.

La demanda potencial de hospitalización según las diferentes instituciones y regiones, mantiene su carácter de preferencia concentrado en las unidades del Ministerio de Salud en las tres regiones: oriente 72.1 por ciento, sierra 54.6 por ciento y costa 32.1 por ciento; en segundo lugar figuran las clínicas particulares principalmente en la costa con 28 por ciento; hay que especificar el comportamiento especial de la costa por la presencia de la Junta de Beneficencia

Gráfico I.d



que tiene coberturas importantes de atención a la comunidad y ocupa el segundo lugar en importancia. (Gráfico I.d)

CUADRO I.8
LUGAR AL QUE ACUDIRÍAN PARA HOSPITALIZACIÓN, POR PROVINCIAS

PROVINCIA	LUGAR DE HOSPITALIZACIÓN				Nº DE CASOS
	MSP	Clínica privada	IESS	Otros*	
Azuay	49.6	28.0	20.6	1.7	403
Cotopaxi	62.2	6.7	25.2	5.9	135
El Oro	73.4	12.2	9.0	5.4	222
Guayas	20.2	26.0	14.2	39.9	1.894
Imbabura	77.8	13.6	4.9	3.7	81
Los Ríos	45.7	48.6	1.7	4.0	422
Manabí	64.4	19.4	14.9	1.4	222
Napo	84.5	4.6	10.1	0.8	238
Pichincha	54.3	21.6	17.7	6.4	1.656
Sucumbíos	57.5	15.0	13.5	14.0	207
Total	44.7	23.7	14.5	17.1	5.480

* Incluye: Junta de Beneficencia, ONG y FF.AA

Fuente: ESFINSA-96

Por provincias y de acuerdo al lugar preferido para la hospitalización: Hospitales del Ministerio de Salud en la provincia del Napo (84.5%), Imbabura (78%), El Oro (73%) y Manabí (64%), el resto de provincias presentan valores sobre el 45 por ciento a excepción de la provincia del Guayas (20%). Se hospitalizarían en una clínica particular en Los Ríos (49%), Azuay (28%), Guayas (26%) y Pichincha 22 por ciento; en clínicas del Seguro Social: Cotopaxi (25%), Azuay (20%), Pichincha (18%) y Manabí (15%). A Otras Instituciones acudirían principalmente en la provincia del Guayas (40%), donde el papel de la Junta de Beneficencia es

preponderante, y la provincia de Sucumbíos (14%) que incluye organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro. (Cuadro I.8).

I.5.4 Consultas Odontológicas

En los doce meses anteriores a la encuesta el 22.9 por ciento de los miembros de los hogares tuvieron atención odontológica. Los datos de la encuesta muestran que entre las provincias con mayor porcentaje de control dental se encuentran: Napo (35.6%), Pichincha (30.3%), Sucumbíos (28.5%) y Cotopaxi 25.6 por ciento. Las provincias de Manabí y Los Ríos presentan porcentajes menores al 15 por ciento de control dental. (Cuadro I.9)

CUADRO I.9
PORCENTAJE DE PACIENTES QUE TUVIERON CONTROL DENTAL
EN EL ULTIMO AÑO

PROVINCIA	Nº DE CASOS	Control dental
Azuay	505	23.6
Cotopaxi	168	25.6
El Oro	269	15.2
Guayas	2.408	18.2
Imbabura	113	23.0
Los Ríos	560	14.8
Manabí	304	12.5
Napo	315	35.6
Pichincha	2.091	30.3
Sucumbios	325	28.5
Total	7.058	22.9

Fuente: ESFINSA-96

I.5.5 Pacientes que no acuden a la consulta médica y se automedican

Una de las variables que más preocupa dentro del financiamiento de la salud es referido al total de personas que en lugar de visitar un médico o un establecimiento de salud, compran directamente los medicamentos en los lugares de expendio. De acuerdo a los datos proporcionados por la encuesta, del total de personas investigadas en los hogares visitados, más de una cuarta parte (27%) se automedica y por lo tanto adquieren medicamentos en farmacias y boticas sin la respectiva prescripción del profesional.

CUADRO I.10

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE SE AUTOMEDICARON
EN EL ÚLTIMO AÑO

PROVINCIA	Nº DE CASOS	Automedicación
Azuay	505	27.1
Cotopaxi	168	23.8
El Oro	269	33.1
Guayas	2.408	29.4
Imbabura	113	14.2
Los Ríos	560	40.2
Manabí	304	29.9
Napo	315	19.0
Pichincha	2.091	21.9
Sucumbíos	325	24.3
Total	7.058	27.0

Fuente: ESFINSA-96

Esta forma de actuar es más frecuente en las provincias de la costa, donde observamos los niveles más elevados: Los Ríos (40.2%), El Oro (33.1%), Manabí (30%), Guayas (29%).

La automedicación, sin embargo, es alta en todas las provincias encuestadas puesto que hasta en Imbabura que refleja el menor índice, catorce personas de cada cien se automedican. (Cuadro I.9)

I.6 Frecuencia de controles médicos generales

Siendo uno de los objetivos de la encuesta planteada el conocer la importancia que se da a la salud preventiva, se consultó cuál es la frecuencia con que se realizan los chequeos médicos generales. Las respuestas se inscribieron en el siguiente rango:

CUADRO I.11

RANGOS DE TIEMPO EN QUE SE REALIZA EXAMEN
MEDICO, POR PROVINCIAS

PROVINCIAS	TIEMPO EN MESES				
	1 a 3	3 a 6	6 a 12	Cada año	Cuando se enferma
Azuay	8.9	4.0	2.8	7.1	77.2
Cotopaxi	1.8	3.6	0.6	7.1	86.9
El Oro	4.8	6.7	3.0	7.8	77.7
Guayas	8.9	5.4	5.5	6.0	74.3
Imbabura	8.8	7.1	0.9	5.3	77.9
Los Ríos	7.1	3.8	2.9	4.5	81.8
Manabí	3.6	5.6	-	2.6	88.2
Napo	3.8	9.8	3.8	10.8	71.7
Pichincha	7.3	6.7	5.6	14.7	65.7
Sucumbíos	20.0	20.0	4.0	7.7	48.3
Total	8.0	6.5	4.4	8.8	72.3

Fuente: ESFINSA-96

Del cuadro anterior se puede deducir lo siguiente:

- A nivel del país prevalece mayoritariamente la consulta curativa (72.3%) antes que la preventiva (27.7%).
- En las provincias costeñas el nivel preventivo apenas alcanza al 19.5%, en la sierra el 23.08% y en la amazonía curiosamente se alcanza el nivel más alto de consulta preventiva con un 40% promedio.
- El nivel de consulta preventiva más alto es el de 9 personas, de cada 100 entrevistadas, que acuden al médico cada año. El resultado anterior ratifica los niveles de comportamiento asumidos como típicos de una población no desarrollada y con graves problemas económicos, pero además refleja la importancia o prioridad asignada al tema de la salud, así como los niveles de ejercicio de sus derechos de ciudadanía respecto a exigir atención de salud aún cuando no se esté enfermo.

L.7 Persona que asume los gastos de salud en el hogar

De la encuesta realizada, es necesario explicitar que existe un rango de posibilidades puesto que los entrevistados son todos los miembros del hogar.

Sistematizando, si tomamos como eje de análisis al jefe del hogar, de aquella población que se atendió, setenta y un personas de cada cien declaran haber pagado ellos mismos los gastos de salud, el restante 29% se distribuye mayoritariamente entre que los gastos de salud son asumidos por otros familiares (5%), seguros de salud (3.8%) o el cónyuge (2.0%).

Si tomamos la respuesta del cónyuge, la proporción anterior se ratifica en lo que se refiere a que los gastos de salud fueron asumidos en el 73.9% de los casos por el jefe del hogar, y sobre los seguros de salud que asumirían en un (3.1%), sin embargo la participación del cónyuge en la financiación de gastos es más elevada llegando hasta el 12.9%.

En suma, el financiamiento de los gastos de salud son asumidos mayoritariamente en un rango que va del 71% al 74% por el jefe del hogar.

I.8 PREFERENCIAS: Servicio de salud pública pagado

Ante la grave situación de financiamiento del sector salud por parte del gobierno nacional y las crisis permanentes del mismo, crisis a las que están sujetos los recursos humanos que trabajan en la burocracia, sea por la falta de pagos en sus haberes o falta de insumos médicos, equipo y materiales en los diferentes establecimientos, ocurre que el sector salud se paraliza en forma cíclica afectando en forma directa a los usuarios.

Por ello en la ESFINSA-96 se incluyó un set de preguntas -sólo al jefe del hogar- que intenta establecer la disponibilidad de los usuarios para pagar por un mejor servicio de salud pública, la preferencia por un seguro de salud privado y el monto que estarían dispuestos a pagar mensualmente.

Respecto a la disponibilidad de pago se obtuvo que un 55.5% de los jefes de hogar si estarían dispuestos a pagar por un mejor servicio de atención médica pública, mientras el 44.5% no lo haría.

Consultados a su vez sobre su inclinación por un seguro de salud privado, el 42 por ciento de los jefes de hogar entrevistados afirmó que si le gustaría contar con uno, mientras el 54% no lo requerirían. El restante porcentaje ya cuenta con un seguro.

En lo que se refiere a cuánto estarían dispuestos y en capacidad de pagar, los valores registrados van desde 1000 sucres a un máximo de 500 mil sucres mensuales. El 10.5% estaría dispuesto a pagar hasta 5.000 sucres, un 13.1% hasta 10.000 sucres, un 18.1% hasta 20.000, un 9.3% hasta 30.000 sucres, un 3.3% hasta 40.000 sucres, un 14.2% hasta 50.000 sucres. En suma el 82% pagaría hasta un máximo de cien mil sucres.

Como se puede ver, la disponibilidad y capacidad de pago para un seguro médico privado está directamente relacionada con el bajo nivel socioeconómico de la sociedad ecuatoriana donde los ingresos se deterioran permanentemente.

CAPITULO II: GASTOS MÉDICOS

II.1 Promedio de los gastos en Insumos médicos a nivel Provincial

Dentro de la encuesta, uno de los datos más interesantes encontrados versó sobre los promedios de los gastos mensuales en salud en los cuales se incurrieron. El cuadro II.1 proporciona la visión global de aquellos rubros y su incidencia a nivel provincial.

CUADRO II.1
PROMEDIO DE GASTOS MENSUALES EN SALUD, POR PERSONA, POR PROVINCIAS

PROVINCIA S	GASTOS TRATAMIENTO AMBULATORIO				Total
	Medicinas con receta	Transporte	Medicinas automedicadas	Vitaminas	
Azuay	42.089	5.231	10.635	21.958	79.913
Cotopaxi	73.252	5.882	5.000	19.000	103.134
El Oro	68.330	3.985	21.490	22.272	116.077
Guayas	65.206	3.930	12.179	18.799	100.114
Imbabura	89.400	3.415	3.469	6.677	102.961
Los Ríos	51.233	5.788	10.003	12.139	79.163
Manabí	51.161	6.743	10.886	17.622	86.412
Napo	71.000	5.414	23.978	24.867	125.259
Pichincha	48.982	14.176	14.316	26.619	104.093
Sucumbios	19.476	1.941	4.736	12.400	38.553
Promedio	55.187	7.318	12.513	20.578	95.596

Fuente: ESFINSA-96

El promedio mensual por persona, a nivel nacional, de gastos en compra de medicinas recetadas por un profesional médico se encuentra alrededor de S/.55.187 (US\$13.80). En este rubro, como se puede ver en la tabla, los promedios mayores a la media total se dan en la provincia de Imbabura que ostenta un gasto superior en un 62 por ciento a la media, mientras en la provincia del Cotopaxi éste es un 32.73% superior y en la de Napo un 28.7%. La provincia que tiene un menor promedio de gastos en medicinas con receta es Sucumbíos, con 65 por ciento menos que el promedio total.

Los promedios de gastos efectuados en transporte hacia los consultorios médicos van desde un mínimo de 1.941 sucres en Sucumbíos a un máximo de 14.176 sucres en la provincia de Pichincha, con una diferencia de 7 veces entre los dos extremos. El valor promedio a nivel general alcanza los 7.318 sucres.

II.2 Gasto total en tratamiento médico

Respecto al gasto en medicinas automedicadas, el promedio mensual alcanza los 12.513 sucres a nivel nacional. El promedio más alto presenta la provincia del Napo con casi el doble del nacional y el más bajo la provincia de Imbabura que es casi la cuarta parte del mismo.

En lo que se refiere a vitaminas, este rubro observa un mayor promedio respecto a las medicinas automedicadas, a nivel nacional el promedio es de 20.578 sucres. En la provincia de Pichincha se alcanza los 26.619 sucres mensuales por persona, que es el promedio más alto frente a la provincia de Imbabura donde el promedio alcanza a 6.677 sucres.

CUADRO II.2

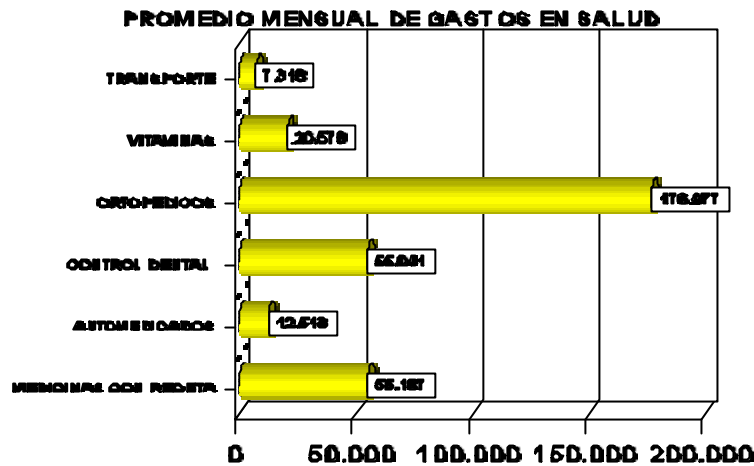
PROMEDIO DE GASTOS MENSUALES EN TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN
Y DENTAL, POR PROVINCIAS

PROVINCIAS	GASTOS (sucres)	
	Aparatos ortopédicos	Tratamiento dental
Azuay	268.457	64.475
Cotopaxi	165.333	25.526
El Oro	882.473	121.293
Guayas	105.580	72.435
Imbabura	59.500	35.152
Los Ríos	76.869	26.415
Manabí	362.235	22.711
Napo	257.630	41.357
Pichincha	238.937	51.185
Sucumbíos	59.561	25.430
Total	176.977	55.041

Fuente: ESFINSA-96

Gastos en aparatos ortopédicos, prótesis y exámenes de laboratorio se efectuaron en el 14 por ciento de los casos investigados, los promedios anuales varían entre cerca de 60 mil sucres en Imbabura y Sucumbíos a 882.473 sucres en El Oro, dando un gasto promedio total de 176.977 sucres (Cuadro II.2). El gasto en tratamiento dental presenta promedios que varían desde 22.711 sucres en Manabí a 121.293 en El Oro. Las provincias que presentan menores gastos

Gráfico II.a



FUENTE: ESFINSA-96

en medicinas automedicadas, vitaminas, aparatos ortopédicos y tratamientos dentales son Sucumbíos e Imbabura.

II.3 Priorización del Gasto en Salud como porcentaje del ingreso

Priorización y Gasto en Salud como porcentaje del Ingreso a nivel individual

a.- A nivel individual el 17.8% ha atendido sus problemas de salud gastando menos del 1% de sus ingresos, el 18.4% de personas gastan hasta el 10% de sus ingresos anuales en **gastos totales de salud² (GTS)**, el 27% gasta del 11 al 30% y el 14.8% gasta del 31 al 50% de su ingreso. De lo anterior se desprende que el 78% de los individuos destina a gastos totales en salud hasta el 50% de sus ingresos.

Sin embargo de lo anterior, existen varios casos (8.8%) en los que las personas incluso gastan en salud más de lo que corresponde a sus ingresos personales.(Cuadro II.3)

2

Por Gasto Total, en esta encuesta, vamos a entender el gasto primario más Otros Gastos. En Otros Gastos se incluyen: los gastos en medicinas adquiridos sin receta médica, los gastos en vitaminas, los gastos en lentes, aparatos ortopédicos, audífonos, placas, puentes, piezas dentales, exámenes de laboratorio y los gastos en controles dentales.

Cuadro II.3

Porcentaje del Gasto Total Mensual en salud respecto del ingreso del individuo

Rango de gasto total en salud respecto al ingreso total del individuo	Porcentaje de individuos
< 1 %	17.8 %
1-10 %	18.4 %
11-20 %	17.2 %
21- 30 %	9.8 %
31 - 40 %	8.2 %
41 - 50 %	6.6 %
51 - 60 %	5.9 %
61 - 70 %	2.7 %
71 - 80 %	2.0 %
81 - 90 %	1.4 %
91- 100 %	1.0 %
Más de 100 %	8.8 %

FUENTE: ESFINSA-96

Lo anterior es explicable a partir de dos supuestos; el primero que se está utilizando parte del ingreso familiar, que sirve de colchón para solventar las necesidades que se presentan en la salud del individuo y/o el segundo que denota la utilización del crédito como una estrategia permanente en la vida económica del individuo.

b.- A nivel individual el 46.8% de personas gastan hasta el 10% de sus ingresos en **gastos primarios en salud³ (GPS)**, el 28.4% gasta del 11 al 30% de su ingreso y el 12.8% gastan del 31 al 50% de su ingreso. De lo anterior se desprende que el 88% de los individuos destina a gastos totales en salud hasta el 50% de sus ingresos.

En este caso, aunque un gran porcentaje de individuos no gastan más allá del 10% de sus ingresos, existe también un porcentaje del 3.8 de personas que incluso gastan en salud más de lo que corresponde a sus ingresos personales, casos que se entenderían como en el caso anterior, sustentados en dinámicas financieras familiares o crediticias. (Cuadro II.4)

³

Por Gasto primario en salud, en esta encuesta, vamos a entender el gasto por cada consulta más el gasto en medicamentos por consulta, más el gasto en transporte por cada consulta realizada.

Cuadro II.4
Porcentaje del Gasto Primario mensual en salud respecto del ingreso del individuo

Rango de gasto primario en salud respecto al ingreso total del individuo	Porcentaje de individuos
< 1 %	22.7 %
1 -10 %	24.1 %
11-20 %	18.1 %
21- 30 %	10.3 %
31 - 40 %	6.4 %
41 - 50 %	6.4 %
51 - 60 %	3.4 %
61 - 70 %	1.6 %
71 - 80 %	1.2 %
81 - 90 %	0.8 %
91- 100 %	1.4 %
Más de 100 %	3.8 %

- c.-** Con respecto al **gasto primario** en salud a nivel individual, analizado desde una **perspectiva regional**, el resultado obtenido es que en la sierra el 54% de las personas gastan en salud hasta el 10% de sus ingresos. En la costa es el 34.4% y en la región amazónica el 72.7% de los individuos. En esta última región incluso más de la mitad de las personas gastan menos del 1% de su ingreso en GPS lo cual nos obliga a poner en el tapete el papel que juega la medicina tradicional que permite a la población acudir a mercados alternativos para la atención de su salud a un costo menor y/o

con otra lógica de reciprocidad que implica niveles crediticios imbuidos de valoración simbólica y societal diferentes. (Cuadro II.5)

Cuadro II.5

Porcentaje del Gasto Primario mensual en salud respecto del ingreso del individuo por regiones

Rango de gasto respecto al ingreso total del individuo	Sierra	Costa	Oriente	Total
< 1 %	26.2 %	12.4 %	51.5 %	22.7 %
1 - 10 %	27.8 %	22.0 %	21.2 %	24.1 %
11-20 %	13.4 %	23.2 %	12.1 %	18.1 %
21- 30 %	9.1 %	13.2 %	3.0 %	10.3 %
31 - 40 %	6.4 %	8.0 %	0	6.4 %
41 - 50 %	5.9 %	7.2 %	4.5 %	6.4 %
51 - 60 %	1.6 %	4.4 %	4.5 %	3.4 %
61 - 70 %	1.6 %	1.6 %	1.5 %	1.6 %
71 - 80 %	1.6 %	1.2 %	0	1.2 %
81 - 90 %	1.6 %	0.4 %	0	0.8 %
91- 100 %	1.1 %	1.6 %	1.5 %	1.4 %
Más de 100 %	3.7 %	4.8 %	0	3.8 %

- d.- Si observamos el **gasto total** en salud por individuo, a **nivel regional**, la tendencia refleja que existe un porcentaje de personas (40.5%) en la sierra, que gastan hasta el 10% de su ingreso. En la Costa el porcentaje de personas que gastan en total de salud hasta diez por ciento es del 26%; y en el Oriente asciende este porcentaje al 65.6%. (Cuadro II.6)

Cuadro II.6
Porcentaje del Gasto Total mensual en salud respecto del ingreso
del individuo por regiones

Rango de gasto total respecto al ingreso total del individuo/región	Sierra	Costa	Oriente	Total
< 1 %	19.4 %	9.7 %	45.9 %	17.8 %
1 -10 %	21.1 %	16.2 %	19.7 %	18.4 %
11-20 %	15.6 %	20.2 %	9.8 %	17.2 %
21- 30 %	9.4 %	11.3 %	4.9 %	9.8 %
31 - 40 %	7.8 %	10.5 %	0	8.2 %
41 - 50 %	6.1%	7.3 %	4.9 %	6.6 %
51 - 60 %	4.4 %	6.9 %	6.6 %	5.9 %
61 - 70 %	2.8 %	2.0 %	4.9 %	2.7 %
71 - 80 %	2.2 %	2.4 %	0	2.0 %
81 - 90 %	2.2 %	1.2 %	0	1.4 %
91- 100 %	1.1 %	1.2 %	0	1.0 %
Más de 100 %	7.8 %	10.9 %	3.3 %	8.8 %

Priorización y Gasto en Salud como porcentaje del Ingreso a nivel familiar

Cuadro II.7

Porcentaje del Gasto Total familiar mensual en salud respecto del ingreso
total de la familia

Rango de gasto respecto al ingreso total de la familia	Porcentaje de familias
< 1 %	6.4 %
1 -10 %	20.9 %
11-20 %	19.6 %
21- 30 %	12.2 %
31 - 40 %	7.9 %
41 - 50 %	5.4 %
51 - 60 %	5.9 %
61 - 70 %	4.1 %
71 - 80 %	4.3 %
81 - 90 %	1.3 %
91- 100 %	1.8 %
Más de 100 %	10.2 %

FUENTE: ESFINSA-96

Cuadro II.8

Porcentaje del Gasto Primario familiar mensual en salud respecto del ingreso de la familia

Rango de gasto respecto al ingreso total del individuo	Porcentaje de individuos
< 1 %	7.5 %
1 -10 %	21.9 %
11-20 %	19.3 %
21- 30 %	11.3 %
31 - 40 %	7.8 %
41 - 50 %	5.8 %
51 - 60 %	6.3 %
61 - 70 %	3.3 %
71 - 80 %	3.3 %
81 - 90 %	2.0 %
91- 100 %	1.3 %
Más de 100 %	10.3 %

a.- En el nivel familiar, respecto a los **gastos totales** en salud, observamos que el 27.3% de los hogares gastan mensualmente en ellos hasta el 10% de su ingreso.

El 31.8% de los hogares gastan del 11 al 30% de sus ingresos anuales y el 13.3% de los hogares gastan del 31 al 50% de los suyos en GTS. (Cuadro II.7)

b.- A nivel familiar o de hogares, respecto a los **gastos primarios** en salud, los resultados de la encuesta indican que el 29.4% de los hogares en el Ecuador gastan hasta el 10% de sus ingresos mensuales en este tipo de egresos. El 30.6% de los hogares gastan del 11 al 30% de sus ingresos en gastos primarios de salud; y el 13.6% de los hogares gastan del 31 al 50% de sus ingresos en dicho rubro. (Cuadro II.8)

c.- Respecto a los **gastos primarios** en salud, a nivel regional, obtuvimos los siguientes datos:

El 35.6% de los hogares de la sierra, el 23.2% de la costa y el 37,5% del Oriente, gastan hasta el 10% de sus ingresos en salud primaria.

Un gasto de más del 10% al 30% del ingreso familiar en la sierra involucra al 27% de los hogares, en la Costa el 32.5% y en el Oriente el 37.5%.

Dentro de un margen de gasto de más del 30 al 50% del ingreso en salud primaria, en la sierra tenemos el 14.1% de hogares y en la costa el 15.3%. En el oriente no existe gasto dentro de este rango.

De lo anterior tenemos que en la sierra hasta 30% de sus ingresos gastan el 62.6% de los hogares en gastos primarios y hasta el 50% de sus ingresos el 76.7%.

En la Costa hasta el 30% de su ingreso familiar es gastado por el 55.7% de familias y hasta el 50% el 71% de las familias. En el Oriente hasta el 30% de su ingreso gasta el 75% de las familias en gastos primarios de salud.

Cuadro II.9
Porcentaje del Gasto Total mensual en salud respecto del ingreso
de la familia por regiones

Rango de gasto respecto al ingreso total del individuo	Sierra	Costa	Oriente	Total
< 1 %	11.9 %	2.0 %	6.7 %	6.4 %
1 -10 %	23.3 %	18.7 %	23.3 %	20.9 %
11-20 %	17.6 %	19.7 %	30.0 %	19.6 %
21- 30 %	9.4 %	14.3 %	13.3 %	12.2 %
31 - 40 %	7.5 %	9.4 %	0	7.9 %
41 - 50 %	5.7 %	5.9 %	0	5.4 %
51 - 60 %	3.1 %	6.4 %	16.7 %	5.9 %
61 - 70 %	3.8 %	4.4 %	3.3 %	4.1 %
71 - 80 %	5.0 %	4.4 %	0	4.3%
81 - 90 %	1.9 %	1.0 %	0	1.3 %
91- 100 %	1.9 %	2.0 %	0	1.8 %
Más de 100 %	8.8 %	11.8 %	6.7 %	10.2 %

FUENTE: ESFINSA-96

d.- A nivel familiar o de hogares, respecto a los **gastos totales en salud**, a nivel **regional** la ESFINSA 1996 muestra lo siguiente:

En la sierra 35.2% de las familias gastan en total en salud hasta el 10% de su ingreso. En la costa el 20.7% y en el Oriente el 30%.

Más del 10% hasta el 30% de los gastos totales familiares en salud lo realizaron en la sierra el 27% de las familias, en la costa el 34% y en el oriente el 43.3%.

En el siguiente rango de más del 30% al 50% del ingreso gastado en salud total, en la sierra se localizaron el 10.2% de las familias, mientras en la costa el 15.3%. (Cuadro II.9)

-
- e.- En lo que se refiere al nivel provincial, respecto a los **gastos primarios** en salud, cabe resaltar brevemente los aspectos más destacados. Así en la provincia de Imbabura cerca del setenta por ciento (66.6%) de las familias destinan tan solo hasta el 10% de su ingreso para costear gastos primarios de salud. Lo anterior por supuesto no implica que la gente se enferme menos, sino que las condiciones socio-económicas de la población de la provincia determinan que la salud alcance un estatus de relegación frente a otras necesidades de la familia

La situación anterior se presenta en menor magnitud en otras provincias como por ejemplo la de Azuay y Cotopaxi donde el 33.3% de las familias utilizan hasta el 10% de sus ingresos en gastos primarios. En Pichincha este porcentaje corresponde al 34.1% de las familias.

En la costa en la provincia de Guayas el gasto primario hasta un rango del 10% lo realizan el 27.6% de las familias. Sin embargo en la provincia de Los Ríos el gasto primario en salud es más alto por lo cual únicamente el 3.8% de las familias gastan hasta un 10% de sus ingresos en el mismo.

Respecto a la zona oriental, en la provincia de Sucumbíos el 53,3 de las familias gastan hasta el 10% de sus ingresos en gastos primarios de salud; en el Napo este porcentaje asciende al 22.2%. En estas provincias se observa la existencia de un bajo gasto en salud realizado por niveles grandes de población, este fenómeno además de reflejar bajos niveles de priorización en el gasto de salud, refleja problemas de zonas deprimidas socioeconómicamente, patrones culturales diferenciados respecto a la salud, utilización de medicina tradicional de forma más acentuada que en otras provincias del Ecuador y lógicas de pago basadas en la reciprocidad.

- f.- Respecto a los **gastos totales** en salud, a nivel provincial podemos acotar lo siguiente:

En la provincia de Cotopaxi el 40% de las familias gasta hasta el 10% de su ingreso en gastos totales en salud. En esta provincia es importante el hecho de que el 80% de los hogares gastan hasta el 30% de sus ingresos en total en salud.

En el caso de Imbabura ésto es más acentuado aún puesto que el 62.5% de las familias gastan hasta el 10% de sus ingresos en este rubro.

En Guayas y Pichincha dentro de este nivel de gasto tenemos al 24.1 y 34.7 por ciento de las familias respectivamente; siendo las provincias que abarcan los niveles más altos de población en el Ecuador, estos datos demuestran además de una estructura diferenciada en por lo menos 10 puntos porcentuales que implican jerarquizaciones diferentes, las idiosincrasias propias de cada una de las zonas que ligadas a los factores económicos fundamentalmente dirigen a cada una de las poblaciones a servicios de atención de diferente tipo como puede cotejarse en el punto referente a la demanda y cobertura efectiva por establecimientos.

II.4 Lugar de adquisición de medicinas

En el tema de la adquisición de medicamentos, la Esfinsa-96 permite observar que más de ocho de cada diez personas, adquirieron sus medicinas en farmacias (84%), seguidas por un 5.5 por ciento que lo hace en el mercado, mientras solamente el 3.1 por ciento de los pacientes se abastece de los insumos médicos en los mismos hospitales o centros de salud. El 7.4 por ciento adquieren las medicinas en otros lugares, involucrando en este rubro la adquisición de medicinas de diferente índole que no pueden comprarse en los sitios anteriores por su naturaleza específica.

II.5 Forma de solventar una emergencia médica

Con el fin de tener elementos con los cuales se pueda conocer el manejo financiero que realizan los ciudadanos a efectos de poder cubrir los gastos en salud que demandaría una emergencia, es necesario conocer cómo solventaría dichos gastos la población. La encuesta arrojó que en más de la tercera parte (35.8%) de los casos los gastos son cubiertos con ahorros, en 27 por ciento de los casos recurren a un préstamo familiar, el 7 por ciento acudirían a dispensarios del IESS, el 30.3 por ciento tiene que recurrir a otras fuentes como vender sus bienes, préstamos bancarios, solamente un dos por ciento utilizarían tarjetas de crédito o tienen seguro privado de salud respectivamente, por lo que menos del 10 por ciento de la población tendría seguro de salud si tomamos conjuntamente el IESS (7%) y el seguro privado (2%). (Cuadro II.10)

Al analizar la forma de solucionar la emergencia de salud, de acuerdo a las provincias de estudio, el préstamo familiar predomina en Cotopaxi (57%), El Oro (47%), Imbabura (36%) y Azuay (31.7%). Cuando la fuente de obtención del dinero son los ahorros, los porcentajes mayores corresponden a: Napo (58%), Guayas (41%), Manabí (38.5%) y Pichincha 37 por ciento. Concurrirían al IESS con mayor porcentaje en la provincia del Azuay (13%) y la provincia de Pichincha (10%) y en la categoría de “otras fuentes” se identificaron principalmente Los Ríos (67%), Manabí (35%), Guayas (34%) y El Oro con 33 por ciento que preferentemente son préstamos bancarios y venta de bienes.

CUADRO II.10

FORMA DE SOLVENTAR LAS URGENCIAS DE SALUD
SEGUN FUENTE, POR PROVINCIAS

PROVINCIAS	N° DE CASOS	FUENTE			
		Préstamo familiar	Ahorros	IESS	Otros
Azuay	505	31.7	28.1	13.3	26.9
Cotopaxi	168	57.1	25.0	8.9	8.9
El Oro	269	46.8	15.2	4.8	33.1
Guayas	2.408	20.3	41.4	4.3	34.0
Imbabura	113	36.3	31.0	2.7	30.1
Los Rios	560	17.9	13.9	1.3	67.0
Manabí	304	22.0	38.5	4.6	34.9
Napo	315	18.4	58.1	8.6	14.9
Pichincha	2.091	31.1	37.2	10.4	21.3
Sucumbios	325	33.5	34.5	9.8	22.2
Total	7.058	26.9	35.8	7.1	30.3

Fuente: ESFINSA-96

CAPITULO III: GASTO TOTAL EN SALUD

III.1 Caracterización del gasto en salud

Puesto que en el Ecuador no existe normativa sobre los diferentes costos de atención en salud preventiva ni curativa, los precios de los servicios de salud en el mercado son determinados en forma exclusiva por los oferentes. Lo anterior lógicamente da como resultado una gama de costos y de alternativas de atención médica dependiendo de las áreas geográficas, establecimientos de salud, tipo de profesional, formas de pagos, etc., elementos que han influido en el hecho de que para un mismo diagnóstico se establezcan diversos costos de consulta médica y una gama heterogénea de alternativas de tratamiento y medicamentos, lo cual da como resultado que los gastos en salud se muevan en un rango bastante amplio.

Resulta imperioso pues, conocer actualmente cuál es el nivel de gasto en salud de los hogares ecuatorianos y la variación de costos en atención médica, dependiendo de los estratos sociales al que pertenecen los usuarios, así como a la utilización de diferentes profesionales médicos y establecimientos a los que concurren con regularidad.

III.2 Diferenciales de gasto en salud

En la estructura porcentual de los gastos en salud a nivel nacional, de acuerdo a los rangos establecidos en el Cuadro III.1, se observa que a nivel general de la investigación un 7.9 por ciento de los investigados que realizaron una consulta por enfermedad no realizaron pago alguno por el tratamiento médico, igual porcentaje se presenta en el extremo opuesto, los que gastaron más de 200.000 sucres mensuales por el tratamiento médico en el transcurso de un mes, mientras que el 37.4 por ciento tuvieron un gasto que va desde 10.000 sucres hasta los 49.999 sucres y más de un quinto de los casos (20.7%) entre los 50.000 y 100.000 sucres.

Si observamos los gastos en salud, durante el mes anterior a la investigación, a nivel de las provincias, vemos que existe una estructura similar en la tendencia de gasto. Así, con excepción de las provincias de Sucumbíos en la Amazonía e Imbabura en la sierra, provincias en donde el mayor porcentaje de tratamiento recibido fue sin costo, en 8 de las 10 provincias encuestadas el mayor porcentaje se ubica en el rango de 10.000 a 49.999 sucres con valores porcentuales que van desde el 13 por ciento en Imbabura a un máximo de 41.4 por ciento en Pichincha y Los Ríos.

En el rango de mayor costo (200.000 sucres y más) el porcentaje máximo que alcanza es de 17.4 por ciento en Imbabura, lo cual nos habla de la polarización socioeconómica existente en esta provincia que mantiene conjuntamente los índices más altos de quienes no pagan por el servicio de salud y aquellos que pagan las tarifas más elevadas.

En su defecto, es notorio el caso de Sucumbíos, provincia que también mantenía una concentración alta dentro del rango que no se pagaba por el servicio, donde la distribución del gasto observa un patrón perfectamente ordenado, en el cual a medida que se incrementa el rango valorativo de la salud menos se gasta.

Como ya se perfiló en el acápite anterior, el costo promedio de gasto en consultas, transporte y medicamentos difiere notablemente de acuerdo al área geográfica que se trate, es más alto en las provincias de mayor peso poblacional a nivel nacional como Guayas, Pichincha y Manabí preferentemente.

CUADRO III.1

DISTRIBUCION DEL GASTO MENSUAL EN SALUD POR RANGOS, SEGUN PROVINCIAS

PROVINCIAS	GASTO EN SALUD						TOTAL
	Sin Costo	<10.000	10.000 A 49.999	50.000 A 99.999	100.000 A 199.999	200.000 Y más	
TOTAL	7.9	11.5	37.4	20.7	14.8	7.8	100.0
AZUAY	5.1	8.5	35.6	24.6	18.6	7.6	100.0
COTOPAXI	12.1	15.2	27.3	21.2	12.1	12.1	100.0
IMBABURA	47.8	-	13.0	13.0	8.7	17.4	100.0
PICHINCHA	6.7	8.4	41.4	20.3	14.2	9.0	100.0
EL ORO	2.6	10.3	33.3	21.8	21.8	10.3	100.0
LOS RIOS	2.2	15.1	41.4	22.0	12.9	6.5	100.0
GUAYAS	7.4	12.1	37.1	21.4	14.8	7.3	100.0
MANABI	4.0	10.7	40.0	22.7	18.7	4.0	100.0
NAPO	7.4	7.4	33.0	21.3	19.1	11.7	100.0
SUCUMBIOS	28.9	28.1	23.7	9.6	8.8	0.9	100.0

Fuente: ESFINSA-96

III.3 Diferenciales del gasto en salud por sexo

Al establecer las diferencias del gasto en salud de acuerdo al sexo de los usuarios, en casi todos los rangos establecidos se puede inferir del Cuadro III.2 que las mujeres tiene mayor peso relativo que los hombres. Cabe destacar que es en aquellos estratos de mayor nivel de gasto donde se observa una mayor diferenciación, ello puede tener varias explicaciones, entre las cuales una importante a tomarse en cuenta son los gastos de embarazo y maternidad.

CUADRO III.2

GASTO EN SALUD POR SEXO, SEGÚN DIFERENTES RANGOS

GASTO EN SALUD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
TOTAL	43.7	56.3	100.0
SIN COSTO	50.0	50.0	100.0
< 10.000	46.8	53.2	100.0
10.000 a 49.999	44.7	55.3	100.0
50.000 a 99.999	40.9	59.1	100.0
100.000 a 199.999	39.7	60.3	100.0
200.000 y más	42.5	57.5	100.0

Fuente: ESFINSA-96

III.4 Gasto en salud según la actividad económica del paciente

Los gastos en salud, también tienen sus diferencias estructurales de acuerdo a la actividad económica que desarrolla el paciente. Así, mientras los inactivos preferentemente gastan entre 10.000 a menos de 50.000 sucres en un 37.6 por ciento de los casos y un 20.6 hasta menos de los 100.000 sucres, lo cual en conjunto supera la mitad de los casos, en cambio los pacientes que desarrollan alguna actividad económica se centran en el rango de 50.000 a 100.000 sucres con un 28.6 por ciento. En el rango de mayor costo los activos casi duplican porcentualmente con relación a los inactivos.

CUADRO III.3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GASTO EN SALUD, POR ACTIVIDAD ECONÓMICA SEGÚN RANGO DE GASTO

RANGO DE GASTO	ACTIVO	INACTIVO	TOTAL
TOTAL	100.0	100.0	100.0
SIN COSTO	9.5	.9	7.9
< 10.000	23.8	11.3	11.5
10.000 a 49.999	19.0	37.6	37.4
50.000 a 99.999	28.6	20.6	20.7
100.000 a 199.999	4.8	14.9	14.8
200.000 y más	14.3	7.7	7.8

Fuente: ESFINSA-96

III.5 Gasto según sectores económicos

La clasificación de los pacientes de acuerdo al sector económico (primario, secundario o terciario) en que desarrollan sus actividades productivas, relacionada con el rango de gasto, no presenta acentuadas diferencias intersectoriales.

La pauta estructural es similar en los tres sectores económicos: con valores menores al 10 por ciento en los dos rangos de gasto extremos (Cuadro III.4), asciende paulatinamente y alcanza la cúspide en el rango que va de 10.000 a 49.999 sucres, con valores porcentuales que van de 32.2 a 34.6 por ciento,

Lo anterior permitiría concluir que el gasto en salud no diferencia sectores económicos productivos, e impone similares condiciones de gasto a la población que pertenece al sector primario de la economía (agricultura, silvicultura, caza y pesca), al sector secundario (industria, electricidad, gas, agua y construcción), y terciario (comercio, transporte, almacenamiento y comunicación, establecimientos financieros).

CUADRO III.4

GASTO MENSUALES EN SALUD, POR SECTORES ECONÓMICOS, SEGÚN RANGO DE GASTO

RANGO DE GASTO	S. PRIMARIO	S. SECUNDARIO	S. TERCIARIO	TOTAL
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0
SIN COSTO	7.6	7.6	6.9	7.1
< 10.000	11.9	9.0	10.0	10.1
10.000 a 49.999	32.2	34.0	34.6	34.1
50.000 a 99.999	22.9	21.5	21.5	21.9
100.000 a 199.999	18.6	16.7	18.1	17.8
200.000 y +	6.8	11.1	8.8	8.9

Fuente: ESFINSA-96

III.6 Gasto en salud de acuerdo a grupos de ocupación

Si bien, el análisis realizado en base a sector económico no nos proporciona una visión detallada en torno de la imbricación economía-salud, un análisis a través de los grupos de ocupación económica nos ayuda a entender la dinámica y valoración de la sociedad ecuatoriana en torno al financiamiento y gasto en salud. Así, de la información que nos proporciona el Cuadro III.5, podemos obtener algunas conclusiones interesantes:

- a) El grupo donde se concentra el más alto porcentaje en el rango de gasto más elevado (más de 200 mil) es el de Personal Administrativo.
- b) Un muy alto porcentaje de personas de los grupos que pueden considerarse de altos ingresos no gastan en salud, tal es el caso del 13.6% de los Profesionales y Técnicos y del 25% de Directores y Funcionarios Públicos.

- c) En todos los grupos, el rango de gasto donde más se concentra la población está entre 10.000 a 49.999 sucres.
- d) Los Profesionales y Técnicos se distribuyen uniformemente a través de todos los rangos de gasto.
- e) Los Directores y Funcionarios Públicos no entran en los rubros más altos de gasto.
- f) El personal administrativo se localiza en los estratos de más alto pago al igual que los comerciantes y vendedores.

Los datos anteriores son interesantes en el sentido de evidenciar un comportamiento que da cuenta de dos fenómenos de la sociedad ecuatoriana, el primero referente al deterioro económico de la clase media y el segundo referente a una mejor destreza en la utilización de servicios IESS y MSP como resultado de una cultura de ejercicio ciudadano y de moverse en estructuras de gobierno y burocráticas que les son más propias y conocidas a algunos grupos ocupacionales.

CUADRO III.5

GASTO MENSUALES EN SALUD POR GRUPOS DE OCUPACIÓN SEGÚN RANGO DE GASTO

RANGO DE GASTO	1	2	3	4	5	6	7	TOTAL
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
SIN COSTO	13.6	25.0	7.6	5.5	5.9	6.5	4.8	4.8
< 10.000	12.8	-	7.6	8.7	10.9	14.1	8.5	8.5
10.000 a 49.999	32.0	50.0	36.7	28.8	39.6	27.2	41.8	41.8
50.000 a 99.999	15.2	25.0	21.5	25.6	22.8	23.9	20.6	20.6
100.000 a 199.999	16.8	-	12.7	21.9	17.8	20.7	14.5	14.5
200.000 y +	9.6	-	13.9	9.6	3.0	7.6	9.7	9.7

- 1. PROFESIONALES Y TECNICOS
- 2. DIRECTORES Y FUNCIONARIOS PUBLICOS
- 3. PERSONAL ADMINISTRATIVO
- 4. COMERCIANTES Y VENDEDORES
- 5. TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS
- 6. TRABAJADORES AGRICOLAS, FORESTALES, PESCA
- 7. OBREROS NO AGRICOLAS.

Fuente: ESFINSA-96

III.7 Gasto mensual en salud según el profesional médico consultado

La encuesta confirma el hecho de que el costo de la consulta a profesionales especialistas normalmente es mayor al costo de consulta del médico general. Cerca de la mitad de los pacientes (48.3%) pagan al médico especialista de 50 mil a menos de 200 mil sucres en tanto que el pago al médico general en más de la mitad de los casos (57.4%) va de 10 mil a menos de 100 mil sucres.

En lo que se refiere a los otros especialistas (Obstetriz, Enfermera, Auxiliar, etc.) es notable el hecho de que el 64 por ciento paga también dentro del rango de 10.000 a menos de 100.000 sucres.

CUADRO III.6

**GASTO MENSUAL EN SALUD SEGÚN TIPO DE PROFESIONAL MEDICO CONSULTADO,
SEGÚN RANGO DE GASTO**

GASTO EN SALUD	TIPO DE PROFESIONAL			TOTAL
	MEDICO GENERAL	MEDICO ESPECIALISTA	OTROS(*)	
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0
SIN COSTO	6.6	3.3	6.1	5.4
< 10.000	9.4	7.6	10.6	8.8
10.000 a 49.999	31.2	23.4	33.3	28.5
50.000 a 99.999	26.2	23.7	30.3	25.5
100.000 a 199.999	18.7	24.6	16.7	20.7
200.000 y más	8.0	17.4	3.0	11.1

(*) Incluye: Obstetriz, Enfermera, Auxiliar, otro

Fuente: ESFINSA-96

III.8 El ingreso y su relación con el profesional médico consultado

En este punto conviene relacionar los niveles de ingreso con el tipo de profesional médico al que han acudido para la atención médica en el transcurso del último mes, así se puede apreciar que al médico general asistieron de todos los niveles de ingreso en forma equitativa, con una leve acumulación en el rango de 6 a 8 salarios mínimos.

Al médico especialista en cambio asistieron preferentemente los de mayores ingresos de tal manera que de todos los pacientes atendidos por el especialista 6 de cada diez tienen ingresos de 6 y más salarios mínimos.

Contrario a lo anterior, entre los que asistieron al profesional Obstetriz, Enfermera o Auxiliar, predominan los hogares con un ingreso entre 1 y 4 salarios mínimos.

Evidencia que demuestra que a mayor ingreso la asistencia profesional es más especializada.

CUADRO III . 7

INGRESO TOTAL, POR PROFESIONAL MEDICO CONSULTADO,
SEGÚN INGRESO EN SALARIOS MÍNIMOS

INGRESO EN SALARIOS MÍNIMOS	PROFESIONAL MEDICO			TOTAL
	MEDICO GENERAL	MEDICO ESPECIALISTA	OTRO PROFESIONAL	
1	3.0	0.7	4.5	2.4
2	13.9	6.0	18.2	11.7
3	13.6	13.2	13.6	13.5
4	13.9	11.3	22.7	13.5
5	10.9	5.3	9.1	9.1
6-8	18.7	25.2	9.1	20.2
9-12	10.9	19.9	13.6	13.7
13 y +	10.6	15.2	9.1	11.9
NO SABE	4.5	3.3	-	4.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: ESFINSA-96

III.9 Gasto en salud de acuerdo a la institución utilizada

De acuerdo a la información que nos proporciona la ESFINSA-1996, sintetizada en el Cuadro III.8 podemos deducir lo siguiente:

- a) Aún en los casos de utilizar o acudir a servicios de atención de instituciones públicas como el MSP y el IESS, y fundamentalmente debido a la crisis por las cuales atraviesan dichas instituciones, la población efectivamente gastó y gasta en algunos rubros que van desde menos de diez mil sucres a más de doscientos mil sucres.
- b) En el caso del MSP, los usuarios declararon en mayor porcentaje (47%) haber incurrido en gastos de 10.000 a menos de 50.000 sucres. Incluso un 4% pagó más de doscientos mil sucres.
- c) En lo que se refiere al IESS, se repite el mismo comportamiento observado en el caso del Ministerio. El 65% de los usuarios realizó gastos de menos de 10.000 sucres a menos de 50.000 sucres. Sin embargo el mayor porcentaje de No Pago (11.1%) corresponde a esta institución.
- d) El gasto en salud en Clínicas Privadas lógicamente se concentra en los niveles de gastos más altos, así en el estrato sin costo y menos de 10.000 apenas se concentra el 4.7 de los usuarios, mientras en el de más de 200.000 sucres se encuentra el 23.6% de los usuarios. Este fenómeno es igual para el caso de los médicos privados aunque con diferentes porcentajes por supuesto.
- e) En Otras Instituciones, que incluye a las FF.AA., JBG, ONG's, los usuarios se concentran en el rubro que va de 10.000 a 49.999 sucres. Cabe destacar que aglutinadas aquí varias instituciones la cantidad de usuarios que no pagaron por los servicios equivale al 16.6% de personas atendidas.

CUADRO III.8

GASTO EN SALUD POR INSTITUCIÓN A LA QUE CONCORRE, SEGÚN RANGO DE GASTO

GASTO EN SALUD	INSTITUCIÓN					TOTAL
	MSP	IESS	CLÍNICAS PRIVADAS	MEDICO PRIVADO	OTROS(*)	
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
SIN COSTO	5.8	11.1	2.0	1.3	16.6	5.4
< 10.000	10.7	33.3	2.7	0.7	17.6	8.8
10.000 a 49.999	47.0	31.6	12.8	21.5	30.2	28.5
50.000 a 99.999	21.6	10.5	25.0	34.0	15.6	25.5
100.000 a 199.999	11.0	8.2	33.8	27.9	13.2	20.7
200.000 y más	4.0	5.3	23.6	14.6	6.8	11.1

(*) Incluye: FF.A.A, Junta de Beneficencia, ONG, otros

Fuente: ESFINSA-96

III.10 Gasto en salud de acuerdo al ingreso del jefe del hogar

Otro aspecto muy interesante de develar corresponde a los gastos en salud dependiendo del nivel de ingreso económico del jefe de hogar. Para ello se realizó una agrupación según salarios mínimos vitales (SMV) vigentes a 1.996 que es de 95.000 sucres (23.75US\$).

De acuerdo al Cuadro III.9, para todos los rangos de gasto en salud los porcentajes más altos encontramos en las personas que tienen ingresos entre 6 a 8 SMV y aquellas que tienen ingresos de 13 y más SMV.

Los jefes de hogar que tienen ingresos hasta de 3 SMV gastan en consulta de un valor menor a 10 mil sucres en mayor porcentaje (13.2%); aquellos que perciben cuatro SMV pagan de 10 mil a menos de 50 mil sucres en un 15.6 por ciento; de 6 a 8 SMV más de 200 mil sucres el 32.4 por ciento; de 9 a 12 SMV de 10 mil a menos de 50 mil sucres el 20.3 por ciento y quienes reciben más de 13 SMV el mayor porcentaje de gasto radica en el rango de 50 mil a menos de 100 mil sucres con 31.2 por ciento. Cabe destacar el hecho sin embargo de que en este mismo nivel el 25% de usuarios no pagan por sus servicios.

CUADRO III.9

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GASTO EN SALUD, POR INGRESO DEL JEFE DEL HOGAR,
SEGÚN RANGO DE GASTO**

GASTO EN SALUD	INGRESO DEL JEFE DEL HOGAR (EN SALARIOS MÍNIMOS)									TOTAL
	1	2	3	4	5	6-8	9-12	13 y +	NO SABE	
TOTAL	1.7	4.8	10.6	11.2	7.8	21.6	16.8	20.7	4.8	100.0
SIN COSTO	5.0	-	5.0	15.0	10.0	20.0	10.0	25.0	10.0	100.0
< 10.000	-	2.6	13.2	5.3	5.3	31.6	18.4	23.7	-	100.0
10.000 a 49.999	1.6	4.7	10.9	15.6	9.4	16.4	20.3	17.2	3.9	100.0
50.000 a 99.999	2.6	3.9	10.4	7.8	7.8	20.8	11.7	31.2	3.9	100.0
100.000 a 199.999	1.7	8.3	11.7	8.3	6.7	21.7	20.0	16.7	5.0	100.0
200.000 y más	-	5.9	8.8	11.8	5.9	32.4	11.8	11.8	11.8	100.0

Fuente: ESFINSA-96

III.11 Gasto en salud de acuerdo al número de personas en el hogar

El número de personas de un hogar que en lógica simple debería determinar los diferenciales de montos gastados en salud, parece no corresponder a la realidad ecuatoriana. Así, si bien la encuesta no permite clasificar de acuerdo a estratos socio-económicos, si contribuye a dar una visión global de los niveles diferenciados de acuerdo al número de miembros del hogar. De aquí resulta interesante observar que aún cuando se incrementa el número de personas en un hogar, el gasto total en salud no es más alto y las estructuras de gasto tiende a ubicarse en los rangos intermedios incluso para aquellos hogares con 7 y más personas. En el caso de hogares con 3 miembros, el gasto tiene relativa importancia en el rango de mayor valor.

CUADRO III.10

GASTO EN SALUD POR NUMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR, SEGÚN RANGO DE GASTO

RANGO DE GASTO	NUMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR							TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7 y +	
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
SIN COSTO	9.1	8.9	6.5	5.4	8.1	9.1	10.3	7.9
< 10.000	9.1	8.0	7.8	13.0	10.5	14.2	12.5	11.5
10.000 a 49.999	24.2	36.6	40.9	35.8	37.9	38.0	36.8	37.4
50.000 a 99.999	36.4	17.0	20.1	23.0	19.4	19.5	20.8	20.7
100.000 a 199.999	15.2	20.5	14.9	15.2	15.1	13.0	13.7	14.8
200.000 y +	6.1	8.9	9.7	7.6	8.9	6.2	5.9	7.8

Fuente: ESFINSA-96

III.12 Gasto mensual en salud de acuerdo al nivel de instrucción del jefe del hogar

Si hacemos un ligero análisis del Cuadro III.11 podemos puntualizar algunas de las ideas siguientes:

- 1) Contrariamente a lo que pudiese pensarse, y partiendo del supuesto de que a mayor nivel de instrucción mayor ingreso, quienes más usufructúan de los servicios de salud sin costo son aquellas personas que poseen instrucción superior. El hecho concreto incluso es que ningún sujeto sin instrucción ha utilizado servicios sin costos.

Lo anterior puede explicarse a través de múltiples factores, algunos de los cuales podrían ser: a) una focalización deficiente, esto es el sistema no está diseñado para llegar a los más necesitados; b) por que las personas con mayor grado de instrucción poseen mayor destreza y entrenamiento para moverse dentro de los sucesivos pasos a seguirse desde la solicitud hasta la consecución de atención médica; c) porque las personas con mayor grado de instrucción tienen posibilidad de trabajos estables y gozan de tiempo reconocido para irse a realizar chequeos médicos, mientras las personas con menor grado de instrucción, normalmente se mueven en el mundo de la informalidad para sobrevivir y no pueden destinar cantidad de tiempo en la atención cuando tienen que trabajar para sobrevivir, etc. Si bien pueden existir multiplicidad de explicaciones, el hecho específico es que constituidos como tales los servicios de salud han significado un subsidio a las clases medias y altas preponderantemente.

- 2) Dentro del rubro de gasto de diez mil sucres a menos de cincuenta mil se centraliza la mayoría del gasto en todos los grupos de instrucción, el cual se mantiene siempre dentro de un margen superior al 30 por ciento. Así mismo, del 18 al 27% de los jefes de hogar de todos los niveles de instrucción realizaron sus gastos dentro del rango que va de 50.000 a menos de cien mil sucres mensuales.
- 3) El grupo de jefes de hogar con instrucción secundaria fueron quienes en mayor porcentaje (14.1%) gastaron en el rango de más de 200 mil sucres en salud.

CUADRO III. 11
GASTO EN SALUD POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL JEFE DEL HOGAR, SEGÚN RANGO DE GASTO

GASTO EN SALUD	NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL JEFE DEL HOGAR				
	NINGUNO	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	TOTAL
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
SIN COSTO	-	5.2	7.0	8.8	6.2
< 10.000	14.8	13.7	9.2	9.9	11.7
10.000 a 49.999	33.3	35.1	35.9	30.8	34.4
50.000 a 99.999	25.9	20.4	18.3	27.5	21.4
100.000 a 199.999	18.5	17.5	15.5	12.1	15.9
200.000 y más	7.4	8.1	14.1	11.0	10.4

Fuente: ESFINSA-96

III.13 Afiliación al IESS y gasto en salud

Los pacientes afiliados al Seguro Social General y al Seguro Social Campesino en forma activa o sus beneficiarios, a más de pagar la mensualidad por afiliación al seguro respectivo tienen que realizar determinados gastos para asegurar su salud, sea por que no concurren a consulta a las unidades del IESS/SSC o a su vez por los gastos en que deben incurrir en medicinas principalmente. Uno de cada diez afiliados al Seguro Social manifiesta que la atención médica no le significa ningún gasto, una tercera parte gasta de 10 mil a menos de 50 mil sucres, un importante 28.7 por ciento gasta de 50 mil a menos de 200 mil sucres. Estas cifras confirmarían la tesis de que los afiliados prefieren realizarse los controles médicos ambulatorios en centros privados, pero concurren al IESS cuando se trata de medicina curativa y sobre todo de hospitalización.

CUADRO III. 12

GASTO EN SALUD, POR AFILIACIÓN AL IESS DEL JEFE DEL HOGAR,
SEGÚN RANGO DE GASTO

GASTO EN SALUD	AFILIACIÓN AL IESS	
	AFILIADO	BENEFICIARIO
TOTAL	100.0	100.0
SIN COSTO	10.5	12.2
< 10.000	18.9	26.5
10.000 a 49.999	33.6	24.5
50.000 a 99.999	14.7	18.4
100.000 a 199.999	14.0	6.1
200.000 y más	8.4	12.2

Fuente: ESFINSA-96

De los usuarios que declararon ser beneficiarios del Seguro Social y Seguro Social Campesino: el 12.2 por ciento manifestó no incurrir en gastos de atención médica, para más de una cuarta parte de ellos (26.5%) el gasto es menor a 10 mil sucres, la otra cuarta parte de beneficiarios gasta de 10 mil a menos de 50 mil sucres y existe un 18.3 por ciento que gasta de 100 mil a más de 200 mil sucres.

CAPITULO IV: ASEGURAMIENTO

IV.1 Afiliación al Seguro Social y al Seguro Social Campesino

Con el objetivo de establecer la cobertura que tiene el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y el Seguro Social Campesino la encuesta inquirió sobre la afiliación a estas instituciones. De aquí se obtuvo que se encuentran afiliados al IESS el 14.4 por ciento del total de entrevistados y al Seguro Social Campesino están afiliados el 2.8 por ciento.

Aunque se encuentren afiliados, es conveniente acotar que ello no significa que se utilicen los servicios, en este sentido interrogados los afiliados se estableció que apenas el 46.3%

lo ha hecho alguna vez, mientras el restante 53.7 nunca lo ha hecho. Todavía más, de este 46.3% el 55.7% se había hecho atender entre un rango de uno a seis meses, lo cual implica una utilización todavía menor por el espacio de tiempo que media.

Respecto a esto último, a los pacientes afiliados al Seguro Social y al Seguro Social Campesino que han acudido alguna vez al servicio médico se les preguntó cuantas veces han ocupado los servicios de salud en los pasados seis meses; (Gráfico IV.a) de ello se estableció que entre 1 y 2 veces han concurrido más de la mitad (54.2%), entre 3 y 6 veces cerca de un tercio (32.2%), y han acudido en un número mayor a seis ocasiones el 13.6 por ciento de los pacientes. En referencia al período que se hizo atender la última vez en el servicio de salud del IESS, el 12 por ciento lo hizo una semana antes de la entrevista, hace menos de un mes el 33 por ciento y entre uno y seis meses más de la mitad de los pacientes (55.4%).

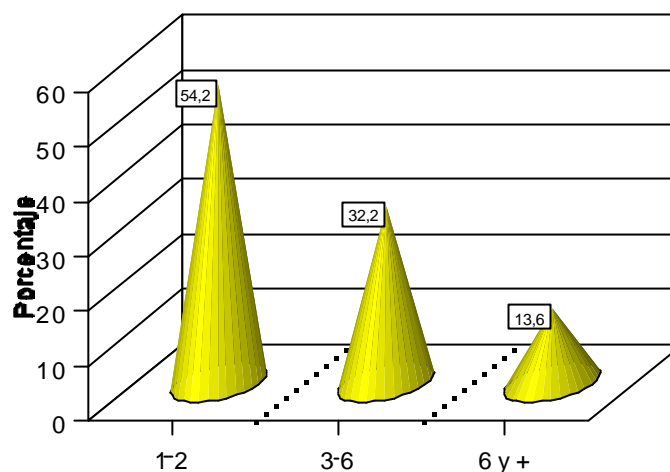
Los afiliados al IESS de acuerdo a las provincias de estudio corresponden en mayor porcentaje a las provincias de: Pichincha (19.1%), Napo (17.6%), Guayas (15.1%) y Azuay 14.4 por ciento. En el otro extremo se encuentran Los Ríos (3.3%) y Manabí (5.9%).

IV.2 Tiempo de afiliación al Seguro Social

Los datos presentados en el Cuadro IV.1, contrariamente a lo que sugeriría la constitución de un estado de bienestar sustentado en el auge petrolero y que permitiría ampliar el número de beneficiarios, denotan que apenas una pequeña

Gráfico IV.a

NUMERO DE CONTROLES MEDICOS
REALIZADOS EN EL IESS Y EL SSC



FUENTE: ESFINSA-96

parte de la población inició su afiliación en los años setenta. El grueso de la población, más de las dos terceras partes (67.8%) de los empleados afiliados al Seguro Social, tiene un tiempo de aportes menor a los 10 años, mientras una quinta parte (21.5%) son afiliados entre 11 y 20 años.

CUADRO IV.1

PORCENTAJE DE AFILIADOS AL SEGURO SOCIAL Y TIEMPO DE AFILIACIÓN,
POR PROVINCIAS

PROVINCIAS	AFILIADOS (%)	AÑOS DE AFILIACIÓN						Nº DE CASOS
		1-5	6-10	11-20	21 y +	No sabe	Total	
Azuay	14.4	28.0	24.0	21.3	22.7	4.0	100.0	75
Cotopaxi	12.6	63.2	25.0	12.5	4.2	-	100.0	24
El Oro	8.6	63.2	5.3	21.1	10.5	-	100.0	19
Guayas	15.1	49.1	20.9	22.2	7.8	-	100.0	320
Imbabura	9.9	25.0	25.0	37.5	12.5	-	100.0	8
Los Ríos	3.3	33.3	33.3	22.2	5.6	5.6	100.0	18
Manabí	5.9	44.2	41.9	9.3	4.7	-	100.0	43
Napo	17.6	36.9	32.6	19.6	8.7	2.2	100.0	46
Pichincha	19.1	44.5	18.6	25.4	10.5	1.9	100.0	323
Sucumbíos	7.2	76.9	20.5	2.6	-	-	100.0	39
Total	14.4	45.8	22.0	21.5	9.5	1.2	100.0	915

Fuente: ESFINSA-96

Si hacemos un análisis de la afiliación al Seguro Social por provincias se observa que en algunas de ellas éste es un fenómeno más bien reciente. Así en provincias de reciente constitución como Sucumbíos, se concentran los afiliados menores de 5 años en mayor porcentaje (76.9%), otras son Cotopaxi con (63.2%), El Oro con (63.2%) y Guayas con 49.1 por ciento.

En las provincias que se observa un rango intermedio de afiliación de 6 a 10 años el mayor número de afiliados corresponde a Manabí (42%), Los Ríos (33%) y Napo 32.6 por ciento.

Aquellas que destacan por afiliación de más largo plazo, esto es de 11 a 20 años son Imbabura (37.5%), Pichincha (25.4%) Los Ríos y Guayas 22 por ciento y El Oro 21 por ciento. Entre los que tienen afiliación al IESS con más de 20 años sobresalen en Azuay (22.7%), mientras los menores porcentajes corresponden a Cotopaxi y Manabí con el 4 y 5 por ciento respectivamente.

Entre los afiliados y beneficiarios del IESS o Seguro Social Campesino, que han utilizado alguna vez los servicios médicos de la institución en los últimos seis meses representa el 35 por ciento, el restante 65 por ciento a pesar de ser afiliado no ha ocupado este servicio.

IV.3.- Seguros de Salud Privados

En el ámbito de la salud ecuatoriana, en la última década se ha impulsado en forma acelerada la creación de empresas de seguros de salud y pre-pagadas, con diferentes modalidades, costos y procedimientos.

Con el propósito de establecer qué porcentaje de la población ecuatoriana cuenta con un seguro privado de salud/ pre-pagada se averiguó al jefe del hogar sobre este particular, enfatizando en cada uno de los miembros. De lo anterior se pudo inferir que apenas el 3.9% de la población tendría un seguro de salud privado para cubrir sus gastos de enfermedades.

Entre las aseguradoras más utilizadas encontramos a Ecuasanitas (18.2%) y Salud (17.3%), Memorias (7.3%), ADAMI (6.4%), Humana (4.5%) y Alerta Médica con 4.1%, el resto de aseguradoras presentan porcentajes inferiores.

De los asegurados en instituciones privadas, un importante grupo se encuentra en el nivel 3 de atención médica. Es notorio además el hecho de que más de la mitad de personas aseguradas privadamente desconocen el nivel al que tienen derecho para su atención médica; esto por supuesto es sintomático de los niveles de información que en general poseemos los consumidores ecuatorianos sobre el mercado.

Es interesante además destacar respecto a la cobertura de los seguros privados que en su mayor parte (48.6%) protegen solamente al titular; el 45 por ciento a toda la familia: titular, cónyuge e hijos. En el restante 6.3 por ciento se encuentran asegurados el titular y sus hijos o el titular y sus padres.

El seguro contratado en un 72.3 por ciento es pagado por el titular, 20.9 por ciento paga la empresa donde laboran y el 6.8 por ciento es un pago compartido entre la empresa y el empleado.

IV.4 Pago por Seguro de Salud Privado

Como resultado de las entrevistas realizadas, de las personas afiliadas en seguro privado, se obtuvo que el 30.8% de ellas realizan un pago mensual que va hasta 25.000 sucres (6.25US\$). Un 19.5% pagan de 27.000 a 50.000 sucres y el 15.6% de afiliados gastan más de 50.000 hasta 100.000 sucres. Como se puede extrapolar de esto el seguro privado todavía tiene poca incidencia dentro del mercado ecuatoriano, en primer lugar por el costo y en segundo lugar por la cobertura del IESS y MSP.

En lo que respecta a los afiliados cuya empresa paga el seguro de salud, la gran mayoría de afiliados desconocen el monto, sin embargo, de aquellos que conocen cual es la cantidad pagada el 11% se concentra en un valor de 100.000 sucres.

Dentro de la opción en la cual paga un porcentaje la empresa y un porcentaje el afiliado, ésta es regularmente cincuenta por ciento para cada uno.

CAPITULO V: INGRESOS

V.1 Caracterización del ingreso del hogar

La encuesta incluyó la investigación sobre el ingreso mensual de todos los perceptores de 10 años y más de edad, económicamente activos (que hayan trabajado por lo menos una hora en la semana anterior a la investigación) y los inactivos que percibieron ingresos por concepto de rentas, jubilaciones, pensiones, loterías, rifas, ayudas económicas de familiares que no conforman su hogar y otros ingresos. El ingreso de los económicamente activos está dado por el salario básico, los adicionales de ley y otros ingresos por rentas, pensiones, etc.

Para el cálculo del ingreso total del hogar se agregaron los ingresos totales de cada uno de los miembros del hogar de 10 años y más de edad que percibieron ingresos por concepto de sueldos y salarios o por otro tipo de ingreso monetario en el mes anterior a la investigación. El análisis se efectúa en salarios mínimos vitales vigentes a diciembre de 1.996 (S/. 95.000), a fin de categorizar de mejor manera los heterogéneos montos percibidos por los hogares investigados.

V.2 Diferenciales del Ingreso

Todas las encuestas que incluyen la variable ingreso están sujetas al reto de poder captar de mejor manera los montos reales de los ingresos. Ello es así puesto que dicha variable está sujeta a la veracidad de la información como también a aspectos de memoria o conocimiento del ingreso real percibido. Bajo estas circunstancias, el análisis de los diferenciales de los ingresos en salarios mínimos, y de acuerdo a desagregaciones geográficas y características socio-demográficas, permitirá de alguna manera categorizar las diferentes estructuras de asignaciones de gasto en salud, de acuerdo a los niveles de ingreso de los hogares y del jefe del hogar en particular.

En lo que se refiere al ingreso de los hogares clasificado de acuerdo a salarios mínimos, con un valor de 95.000 sucres, y por provincias, del cuadro V.1 obtenemos lo siguiente:

- a) De la muestra a nivel nacional, el 3.1% de los entrevistados se localizan en el estrato que tiene un SMV como ingreso y el 33.4% percibe hasta cuatro SMV. Esta tabla nos muestra los bajos niveles de ingreso que a nivel nacional existen.
- b) A nivel nacional el mayor porcentaje de los hogares (20.8%) se localizan en un nivel de ingreso que va de 6 a 8 SMV.
- c) A nivel provincial, en aquellas de la sierra, la mayor cantidad de hogares se localizan en un estrato de tres SMV o menos, a excepción de Pichincha que posee una distribución más homogénea a lo largo de todos los estratos.
- d) En la costa observamos similar comportamiento con excepción de Guayas que al igual que Pichincha observa porcentajes de distribución más homogénea.

- e) En el oriente los mayores márgenes de porcentaje se localizan en el rubro de 6 a 8 SMV.

CUADRO V.1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL INGRESO TOTAL MENSUAL DEL HOGAR EN SALARIOS MÍNIMOS VITALES, POR PROVINCIAS

PROVINCIAS	INGRESO EN SALARIOS MÍNIMOS								No sabe	TOTAL
	1	2	3	4	5	6 - 8	9-12	13 y más		
TOTAL	3.1	6.8	13.3	10.2	12.3	20.8	14.8	14.9	3.8	100.0
AZUAY	11.4	17.6	12.5	13.6	10.8	15.9	8.5	8.0	1.7	100.0
COTOPAXI	9.1	29.1	30.9	5.5	1.8	10.9	5.5	1.8	5.5	100.0
IMBABURA	6.3	16.7	20.8	18.8	6.3	14.6	6.3	6.3	4.2	100.0
PICHINCHA	2.3	9.6	13.1	12.0	14.0	20.3	13.4	11.9	3.4	100.0
EL ORO	9.7	8.9	23.4	16.1	13.7	11.3	10.5	4.0	2.4	100.0
LOS RÍOS	7.7	20.7	26.0	13.0	10.1	8.7	6.7	3.4	3.8	100.0
GUAYAS	4.1	10.2	16.4	11.5	11.1	19.8	12.3	10.8	3.7	100.0
MANABÍ	5.8	16.3	23.1	12.5	8.7	10.6	7.7	10.6	4.8	100.0
NAPO	3.6	13.4	13.4	9.8	10.7	17.9	16.1	8.9	7.0	100.0
SUCUMBÍOS	7.6	13.0	13.0	10.9	5.4	22.8	8.7	10.9	7.6	100.0

Fuente: ESFINSA-96

V.3 El ingreso total en el hogar de acuerdo al sexo del perceptor

El ingreso de acuerdo al sexo del perceptor (Cuadro V.2) confirma permanentemente que las mujeres tienen menores ingresos que los hombres. Esto se agudiza a medida que la remuneración alcanza un mayor nivel, así mientras las mujeres presentan mayores porcentajes en los rangos de 2 y 3 salarios mínimos, los hombres lo tienen para 6 y más salarios. Si comparamos las dos estructuras en el grupo de 13 y más salarios el porcentaje de los hombres casi duplica al de las mujeres (11.6 y 6.1%, respectivamente).

CUADRO V.2

INGRESO TOTAL MENSUAL SEGÚN SEXO DEL PERCEPTOR

INGRESO EN SALARIOS MÍNIMOS	SEXO ENTREVISTADO		TOTAL
	HOMBRES	MUJERES	
1	3.1	8.3	4.9
2	9.0	18.6	12.3
3	16.0	17.7	16.6
4	12.2	11.8	12.1
5	12.7	9.0	11.4
6 - 8	18.8	15.9	17.8
9 - 12	12.8	9.0	11.5
13 y más	11.6	6.1	9.7
No sabe	3.8	3.7	3.7
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: ESFINSA -96

V.4 Ingreso total por rama de actividad

La rama de actividad económica en la que laboran (Cuadro V.3), también permite distinguir diferencias significativas entre los diferentes sectores. Para quienes trabajan en el sector primario de la economía (agricultura, silvicultura, caza y pesca), la estructura porcentual está concentrada en los grupos de ingreso entre 2 y 3 salarios mínimos, que en conjunto abarcan el 48 por ciento.

Para quienes laboran en el sector secundario, esto es en la industria, electricidad y construcción la mayoría de hogares se ubican preferentemente entre los 5 a 8 salarios mínimos donde se encuentran el 40 por ciento de los casos.

En el sector terciario (comercio, servicios y transporte), en cambio, se presenta una mayor dispersión de salarios; si bien el mayor porcentaje es de alrededor de un quinto de los casos se encuentra entre 6 y 8 salarios, un importante 42 por ciento perciben ingresos menores a 4 salarios. Cabe destacar que en la rama de los servicios se ubican preferentemente las mujeres.

Finalmente dentro de las denominadas Actividades no especificadas, más de una cuarta parte (26.7%) perciben ingresos de 3 salarios mínimos vitales, mientras el 33.3% en esta rama percibe ingresos de 6 a 8 SMV.

CUADRO V.3

**INGRESO TOTAL MENSUAL POR RAMA DE ACTIVIDAD ECONÓMICA,
SEGÚN INGRESO EN SALARIOS MÍNIMOS VITALES**

INGRESO EN SALARIOS MÍNIMOS	RAMA DE ACTIVIDAD			ACT. NO ESPECIFICADAS	TOTAL
	SECTOR PRIMARIO	SECTOR SECUNDARIO	SECTOR TERCIARIO		
1	7.2	3.6	4.7	-	4.9
2	20.9	7.5	11.4	-	12.3
3	26.8	13.0	14.5	26.7	16.6
4	12.7	14.7	10.9	-	12.1
5	9.8	17.3	9.6	6.7	11.4
6-8	7.8	22.2	19.3	33.3	17.8
9-12	4.7	10.5	14.1	13.3	11.5
13 y más	5.3	8.8	11.6	6.7	9.7
NO SABE	4.9	2.4	3.9	13.3	3.8
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: ESFINSA-96

V.5 Ingreso total de acuerdo a categoría de ocupación

Al clasificar los perceptores de acuerdo al grupo de ocupación que desempeñan, los niveles de ingresos permiten observar sustanciales diferencias entre las distintas ocupaciones.

Así entre los profesionales y técnicos cerca de la mitad perciben entre 6 y 12 salarios mínimos; y el 37.5 % de los directores y funcionarios públicos declararon 13 y más salarios.

Respecto al personal administrativo cerca del 60 por ciento tienen entre 6 y más salarios. Los comerciantes y vendedores presentan una distribución porcentual un tanto similar en los diferentes grupos de salarios con variaciones que fluctúan entre 10 y 16 por ciento a excepción del grupo de un salario que es el más bajo con 5.9 por ciento.

Para el grupo de los trabajadores de los servicios (grupo 5), se da una mayor concentración para un cuarto de los casos en 3 salarios que agregando los valores porcentuales de 2 y 4 salarios abarca al 59 por ciento de los casos y alrededor del 15 por ciento en el grupo de 6 a 8 salarios mínimos.

Entre los trabajadores agrícolas y forestales uno de cada dos hogares percibe ingresos entre 2 y 3 salarios mínimos y menos del 5 por ciento entre 9 y más salarios.

A diferencia de los trabajadores agrícolas, en el caso de los trabajadores No agrícolas los ingresos son mayores, un quinto perciben entre 6 y 8 salarios

mínimos que agrupando el rango de 5 a 12 salarios engloba alrededor del 50 por ciento.

Lo antedicho demuestra una gran disparidad de ingresos de acuerdo al grupo ocupacional al que pertenece la población encuestada.

CUADRO V.4

INGRESO TOTAL MENSUAL POR CATEGORÍA DE OCUPACIÓN, SEGÚN INGRESOS EN SALARIOS MÍNIMOS

INGRESO EN SALARIOS MÍNIMOS	CATEGORÍA DE OCUPACIÓN								TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1.5	-	0.9	5.9	7.9	8.7	3.6	-	4.9
2	6.2	-	4.6	10.0	22.8	25.1	7.0	33.3	12.3
3	6.2	25.0	8.7	14.7	24.3	28.4	15.5	-	16.6
4	8.6	-	10.5	12.1	12.0	12.0	14.3	-	12.1
5	10.7	-	11.4	10.0	8.5	7.9	16.1	33.3	11.4
6 - 8	23.4	25.0	27.5	14.8	14.5	6.1	22.0	33.3	17.8
9 - 12	24.6	-	19.2	11.4	3.8	3.3	11.2	-	11.5
13 y más	12.5	37.5	12.2	16.4	4.4	3.3	8.0	-	9.7
NO SABE	6.2	12.5	3.1	4.8	1.8	5.1	2.3	-	3.8
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

1. PROFESIONALES Y TÉCNICOS
2. DIRECTORES Y FUNCIONARIOS PÚBLICOS
3. PERSONAL ADMINISTRATIVO
4. COMERCIANTES Y VENDEDORES
5. TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS
6. TRABAJADORES AGRÍCOLAS, FORESTALES Y PESCA
7. OBREROS NO AGRÍCOLAS, CONDUCTORES, ETC.
8. NO SABE, NO RESPONDE

Fuente: ESFINSA-96

V.6 Institución a la que acuden de acuerdo al ingreso económico total

La institución a la que concurren según el ingreso total, también permite observar los diferentes comportamientos: a las unidades del Ministerio de Salud Pública si bien asistieron de todos los niveles de ingreso, de preferencia son de menores ingresos aglutinando un 46 por ciento de menos de 3 salarios mínimos que superan a los promedios totales; al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en cambio asistieron con mayor intensidad de los grupos de 6 a 12 salarios casi la mitad (49%); comportamiento esperado se presenta para el caso de los que asistieron a las clínicas privadas, dándose una relación directa con los pacientes de mayores ingresos ubicándose el 56 por ciento entre los que perciben más de 6 salarios; al médico privado asisten de todos los niveles con una leve concentración para aquellos que tienen entre 6 y 8 salarios. A otras instituciones concurren más de una quinta parte (22.6%) de los usuarios que tienen ingresos de cuatro salarios mínimos vitales y el 19 por ciento con ingresos de 13 y más salarios mínimos vitales.

CUADRO V.5

INGRESO TOTAL MENSUAL POR INSTITUCIÓN A LA QUE CONCURREN,
SEGÚN INGRESO EN SALARIOS MÍNIMOS VITALES

INGRESO EN SALARIOS MÍNIMOS	MSP	IESS	CLÍNICAS PRIVADAS	MEDICO PRIVADO	OTRO	TOTAL
1	5.1	-	-	2.1	5.7	2.4
2	23.1	2.3	7.7	12.0	13.2	11.7
3	17.9	9.2	13.5	14.5	9.4	13.5
4	11.5	12.6	9.6	13.2	22.6	13.5
5	11.5	11.5	9.6	8.1	5.7	9.1
6-8	10.3	28.7	21.2	22.2	11.3	20.2
9-12	6.4	20.7	15.4	14.1	9.4	13.7
13 y +	10.3	11.5	19.2	9.4	18.9	11.9
NO SABE	3.8	3.4	3.8	4.3	3.8	4.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Esfinsa-96

V.7 Ingreso total según el número de ocupantes de la vivienda

Al establecer una relación de los montos de ingreso total según el número de personas que conforman el hogar, se esperaba que a un mayor número de personas deberían existir mayores ingresos. Sin embargo, el comportamiento es bastante irregular. Así en los hogares de 2 a 6 miembros es donde se presenta una leve concentración para el grupo de 6 a 8 salarios. En los hogares unipersonales no se da una tendencia clara, mientras para aquellos hogares conformados por más de 7 miembros, la mitad perciben ingresos menores a 4 salarios.

Lo anterior refleja la crítica situación económica en la que se desenvuelven los hogares ecuatorianos.

CUADRO V7

INGRESO TOTAL MENSUAL POR NUMERO DE OCUPANTES EN LA VIVIENDA.

INGRESO TOTAL EN SALARIOS MÍNIMOS	OCUPANTES DE LA VIVIENDA							TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7 y +	
1	7.5	7.3	3.4	4.2	4.7	5.2	5.4	4.9
2	9.4	14.7	9.8	10.6	11.3	12.2	15.9	12.3
3	17.0	15.3	15.1	13.6	15.1	18.2	21.3	16.6
4	18.9	9.6	10.9	11.2	9.9	14.3	14.6	12.1
5	9.4	11.3	10.6	10.2	13.9	9.1	12.1	11.4
6-8	17.0	19.8	22.1	20.4	16.5	19.0	12.8	17.8
9-12	11.3	10.2	12.6	13.2	12.6	9.9	9.4	11.5
13 y +	7.5	10.2	11.7	12.0	11.7	7.6	5.6	9.7
NO SABE	1.9	1.7	3.9	4.6	4.2	4.4	2.9	3.8
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: ESFINSA-96

V.8 Ingreso total del jefe del hogar de acuerdo al nivel de instrucción

De hecho se espera que el nivel de instrucción del jefe de hogar perceptor tenga una asociación positiva con los niveles de ingreso. La estructura porcentual según el número de salarios mínimos vitales, de acuerdo al nivel de educación del jefe del hogar es ascendente a medida que el nivel educativo también asciende.

CUADRO V.8

INGRESO TOTAL DEL JEFE DE HOGAR POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN,
SEGÚN INGRESO EN SALARIOS MÍNIMOS VITALES

INGRESO EN SALARIOS MÍNIMOS	NIVEL DE INSTRUCCIÓN				TOTAL
	NINGUNO	PRIMARIO	SECUNDARIA	SUPERIOR	
1	13.2	4.4	1.2	0.5	3.1
2	13.2	10.6	3.3	0.5	6.8
3	20.8	18.5	9.8	2.9	13.3
4	13.2	11.8	10.3	4.3	10.2
5	5.7	15.5	12.4	3.9	12.3
6-8	15.1	18.3	27.4	16.4	20.8
9-12	7.5	10.6	16.7	25.6	14.8
13 y +	5.7	6.5	15.3	42.0	14.9
NO SABE	5.7	3.8	3.6	3.9	3.8
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Esfinsa-96

Para los analfabetos tiende a agruparse de 1 a 4 salarios, para los de primaria se centra entre 3 y 5 salarios; los de secundaria y superior de 6 a más salarios. La agrupación mayor se da para el nivel superior en 13 salarios y más con el 42 por ciento de los casos.

V.9 Ingreso total de acuerdo a la afiliación al Seguro Social del jefe del hogar

Los usuarios afiliados al seguro social general en su gran mayoría son trabajadores dependientes de un patrono y por lo tanto tienen ingresos fijos, a diferencia de los no afiliados al seguro social que en su mayoría son trabajadores independientes y por cuenta propia. Los pacientes afiliados al IESS cerca de 7 de cada 10 usuarios (68.8%) tienen un ingreso entre 6 y más salarios mínimos, de 3 a 5 SMV la cuarta parte de los usuarios (25.3%), solamente el 2.6 por ciento de los afiliados perciben de 1 a 2 SMV. De los beneficiarios de los servicios de salud del seguro social un 29 por ciento perciben entre 6 y 8 salarios mínimos, de 3 a 5 SMV tienen como ingreso el 38.1 por ciento. Los no afiliados al seguro social en menores porcentajes tienen ingresos altos; de 6 a 13 y más SMV se encuentra el 42.6 por ciento. De 3 a 5 salarios mínimos vitales el 40.2 por ciento, y de 1 a 2 SMV perciben el 13.2 por ciento.

CUADRO V.9

TOTAL DEL INGRESO MENSUAL POR AFILIACIÓN O BENEFICIARIO Y DEL NO AFILIADO
JEFE DEL HOGAR O BENEFICIARIO, SEGÚN INGRESO EN SALARIO MÍNIMO VITALES

INGRESO EN SALARIOS MÍNIMOS	AFILIADOS AL IESS		NO AFILIADO	TOTAL
	AFILIADO	BENEFICIARIO		
1	0.8	-	4.2	3.1
2	1.8	-	9.0	6.8
3	5.5	4.8	16.9	13.3
4	7.8	14.3	11.1	10.2
5	12.0	19.0	12.2	12.3
6 - 8	30.5	28.6	16.5	20.8
9 - 12	20.6	14.3	12.3	14.8
13 y +	17.7	9.5	13.8	14.9
NO SABE	3.4	9.5	3.9	3.8
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0

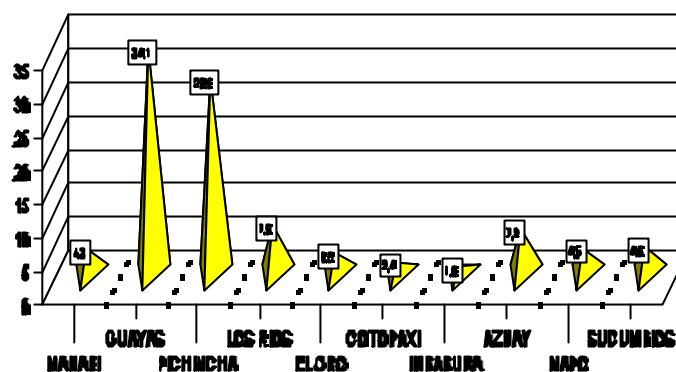
FUENTE: ESFINSA-96

4. Características Generales

La encuesta de Financiamiento de Salud (ESFINSA 1996), con validez a nivel nacional, se realizó en las tres regiones geográficas del Ecuador, de la siguiente forma:

- C Cuatro provincias en la costa (Manabí, Guayas, Los Ríos y El Oro),
- C Cuatro en la sierra (Cotopaxi, Imbabura, Azuay y Pichincha), y
- C Dos en la amazonía (Napo y Sucumbíos).

Gráfico 4.a
DISTRIBUCIÓN PROVINCIAL,
POR PROMEDIO



Fuente: ESFINSA-96

De acuerdo a una distribución en la cual el 50 por ciento de los entrevistados son residentes de la costa, 41 por ciento en la sierra y 9 por ciento en la amazonía.

Si observamos la distribución provincial, en Guayas se realizaron el 34.1 por ciento de las entrevistas con 2408 sujetos, en Pichincha el 29.6 por ciento con 2091, en Azuay y Los Ríos 7.2 y 7.9 por ciento respectivamente, mientras que en Manabí, Napo y Sucumbíos se entrevistó a algo más del 4 por ciento en cada una de ellas. El restante 7.8% de entrevistas se efectuaron en las provincias de El Oro, Cotopaxi e Imbabura.

De acuerdo al área de estudio el 66 por ciento, es decir alrededor de las dos terceras partes de los entrevistados, residen en el área urbana y el 34 por ciento en el área rural.

4.1 Resultado de la entrevista

Por las características de la investigación que no aceptaba rechazos, el ciento por ciento de las entrevistas fueron calificadas como entrevistas completas, de las cuales el 98 por ciento se realizaron en la primera visita y el restante 2 por ciento requirió de 2 a 4 visitas.

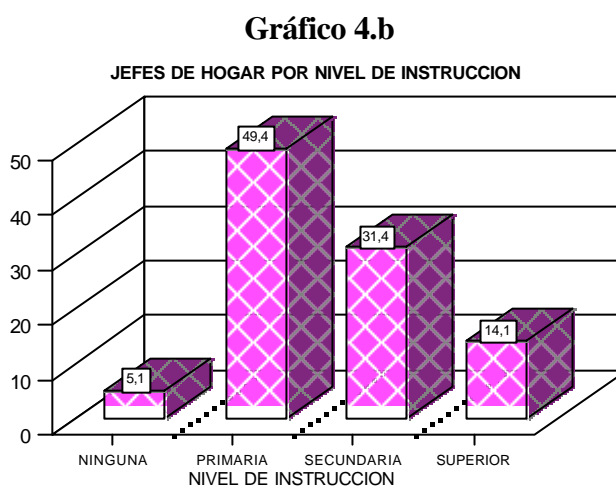
4.2 Características de el/ la jefe del hogar

De los 1.578 encuestados que fueron calificados como jefes de hogar, 17 por ciento fueron mujeres (269) y el 83 por ciento restante (1.309), hombres. Este porcentaje representa un nivel más alto a aquel establecido en la Encuesta en barrios marginales de Quito, CEPAR, 1.990 en el cual el 11% de mujeres eran

consideradas como jefes del hogar. Si bien lo anterior daría pie para apoyar consideraciones en el sentido de que los datos reflejan la asunción de un rol mucho más activo por parte de las mujeres para enfrentar las crisis de diversa índole que aquejan a la sociedad ecuatoriana, cabe matizar esta conclusión en el sentido de que la incorporación de la fuerza de trabajo femenina al mercado se la hace de maneras diversas, que habría que identificarlas plenamente, y que sugieren el cruzamiento de las vías de la informalidad puesto que del 100% de jefas de familia solo el 58.7% trabajan, mientras el 41.3% no lo hace, como puede verse en el acápite correspondiente.

4.2.1 El nivel de instrucción

Al clasificar a los jefes de hogar entrevistados de acuerdo al nivel de instrucción, la encuesta determinó que el 5 por ciento no tienen ningún nivel de instrucción, casi la mitad (49.4%) contaban con algún año de instrucción primaria, cerca de una tercera parte (31.4%) con instrucción secundaria y el 14 por ciento han alcanzado algún año de instrucción superior. Cabe resaltar que estos porcentajes son muy similares a aquellos encontrados en el nivel de instrucción de toda la población encuestada. Así mismo se obtuvo el dato de que el 2 por ciento de los jefes de hogar se encontraban asistiendo a un establecimiento de enseñanza al momento de la entrevista.



FUENTE: ESFINSA-96

4.2.2 Características económicas del jefe del hogar

Partiendo de los datos de que las jefes de hogar en un 58.7 por ciento trabajan en una actividad por lo que reciben una remuneración económica, mientras los jefes de hogar lo hacen en el 88.4 por ciento, es conveniente resaltar que en términos generales la mayoría tanto de hombres como mujeres se concentran en actividades en el sector terciario, esto es de servicios y/o comercio. Sin embargo para las cabezas de hogar mujeres el grueso de la actividad es ésta, mientras en los hombres existe un mejor equilibrio entre actividades primarias, fundamentalmente agrícolas/pecuarias y mineras y actividades secundarias o industriales.

CUADRO 4.1

PEA POR RAMA DE ACTIVIDAD, SEGUN SEXO

RAMA DE ACTIVIDAD	SEXO		N° DE CASOS
	Hombres	Mujeres	
Sector primario	24.3	12.6	301
Sector secundario	26.5	10.8	324
Sector terciario	48.6	75.9	682
No bien especificado	0.6	0.7	8
TOTAL	100.0	100.0	100.0
N° de casos	1.157	158	1.315

Fuente: ESFINSA-96

Si analizamos de acuerdo a los grupos principales de ocupación se dan diferente comportamiento por sexo, en mujeres la ocupación principal es comerciantes y vendedoras en un 38 por ciento, seguido de las trabajadoras por servicios (23%) y los profesionales y técnicos 13 por ciento.

CUADRO 4.2

JEFES DE HOGAR, GRUPOS PRINCIPALES DE OCUPACIÓN, POR SEXO

GRUPOS DE OCUPACION	SEXO		N° DE CASOS
	Hombres	Mujeres	
Profesionales/técnicos	10.5	13.3	142
Personal administrativo	6.2	5.7	81
Comerciantes/vendedores	20.0	38.0	291
Trabajadores de servicios	8.0	23.4	130
Agrícolas/forestales/pesca	18.9	7.6	231
Obreros no agrícolas	36.0	12.0	435
Funcionario público superiores	0.4	-	5
TOTAL	100.0	100.0	100.0
N° de casos	1.157	158	1.315

Fuente: ESFINSA-96

Para los hombres el primer lugar ocupan los obreros no agrícolas (36 por ciento), seguido de los comerciantes y vendedores 20 por ciento, y mientras el grupo de ocupación de agrícolas, pesca y forestales registra el 19 por ciento. Conforme a la estructura de empleo de la sociedad ecuatoriana, los hombres que trabajan en el grupo de los servicios representa casi la tercera parte en relación al grupo de mujeres. (Cuadro 4.2)

4.3 Características de la vivienda

El acceso a una vivienda adecuada, es una necesidad y un derecho de la familia ecuatoriana. Este espacio está vinculado al cumplimiento de ciertas necesidades biológicas y sociales básicas que están relacionadas con condiciones de higiene y salud adecuadas y que brinden adecuada calidad de vida a nuestra población.

4.3.1 Tipo de vivienda

Uno de los aspectos que más influye sobre la calidad de vida de la población es el tipo de vivienda en la cual habita. Dependiendo de si es casa independiente, departamento, cuarto en casa de inquilinato, mediaguas, covachas y otros, -que cada sociedad ha diseñado de acuerdo a sus necesidades, recursos disponibles, medio ambiente natural y social-, habrá un tipo de interacción con la naturaleza y la sociedad, visible e importante para los aspectos de salud en particular.

De acuerdo a los resultados de la encuesta, los entrevistados en mayores porcentajes habitan en **tipos de viviendas** catalogadas como casas, villas o mediaguas (68%). El 10 por ciento de viviendas son departamentos, al igual que los cuartos de inquilinato (10%) y el 11 por ciento corresponde a ranchos o chozas.

Si observamos la tendencia por provincias, el tipo de vivienda de las familias investigadas encontramos que dentro de la muestra encuestada, las casas, villas o mediaguas es el tipo predominante, así fluctúa entre 44% (Sucumbíos) al 97.5% (Cotopaxi).

Cabe resaltar que la modalidad del departamento está destacada en la provincia de Pichincha (en especial en la ciudad de Quito), con una quinta parte de las viviendas (20.3%), a la cual le sigue la provincia de Imbabura con el 19.2 por ciento. Esto lógicamente obedece a los patrones de urbanismo que han observado estas ciudades/ provincias en los últimos años.

Así mismo de acuerdo a los patrones de vivienda de las provincias, la categoría rancho o choza se observa preferentemente en las provincias de Manabí (31%), Sucumbíos (27%) y Guayas (21%).

CUADRO 4.3

TIPO DE VIVIENDA, POR PROVINCIA

PROVINCIA	TIPO DE VIVIENDA						Total
	Nº DE CASOS	Casa, villa o media agua	Departamento	Cuarto de inquilinato	Rancho/ Choza	Otro	
Azuay	121	90.1	3.3	5.0	1.7	-	100.0
Cotopaxi	40	97.5	2.5	-	-	-	100.0
El Oro	60	75.0	6.7	5.0	13.3	-	100.0
Guayas	516	66.3	6.8	5.8	21.1	-	100.0
Imbabura	26	80.8	19.2	-	-	-	100.0
Los Rios	119	81.5	5.9	12.6	-	-	100.0
Manabi	61	60.7	3.3	3.3	31.1	1.6	100.0
Napo	72	79.2	5.6	13.9	1.4	-	100.0
Pichincha	493	60.2	20.3	16.6	1.6	1.2	100.0
Sucumbios	70	44.3	5.7	22.9	27.1	-	100.0
Total	1.578	68.1	9.8	10.2	11.4	0.5	100.0

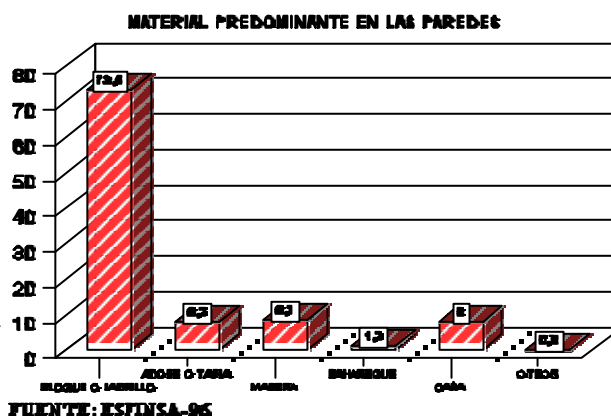
Fuente: ESFINSA-96

4.3.2 Material predominante en las viviendas

Un indicador de las condiciones físicas de la vivienda son los materiales predominantes, información con la que se puede construir una tipificación para determinar la calidad de la vivienda.

Los materiales predominantes en las paredes de las viviendas del total país es el bloque o ladrillo (73.5%), en conjunto el bahareque, la madera y la caña representan el 19 por ciento y un 8 por ciento el material de las paredes es el adobe o tapia de tierra.

Gráfico 4.c



El material predominante en el piso de las viviendas esta representado en primer lugar por el ladrillo y cemento en 39.1 por ciento de las viviendas, las viviendas que utilizan la tabla, la madera y el parquet constituyen el 39.7 por ciento, seguido de la baldosa y vinil (12.1%) y la tierra y caña el 9.2 por ciento. (Gráfico 4.d)

El material que predomina en la construcción de las viviendas es diferente de acuerdo a las provincias de residencia, en Imbabura existe un predominio de viviendas construidas con adobe o tapia en las paredes (61.5%); en Pichincha en cambio se registra el mayor porcentaje de bloque o ladrillo (85.2%). Con referencia al uso de la madera en las paredes, en orden jerárquico se ubican las provincias de Napo (50%) y en la de Sucumbíos 48.6 por ciento, que representa la mitad del material usado en las paredes. La caña es utilizada en las provincias de la costa (El Oro 18.3%, Guayas 17.6%, Manabí 16.4% y Los Ríos 11.7%) en mayor porcentaje en relación a las otras provincias.

CUADRO 4.4
MATERIAL PREDOMINANTE EN PAREDES, POR PROVINCIAS

PROVINCIA	MATERIAL DE PAREDES						Nº de casos
	Bloque o ladrillo	Adobe o tapia	Madera	Bahareque	Caña	Total	
Azuay	56.2	41.3	0.8	1.7	-	100.0	121
Cotopaxi	65.0	35.0	-	-	-	100.0	40
El Oro	71.7	-	3.3	6.7	18.3	100.0	60
Guayas	76.2	0.2	5.2	0.8	17.6	100.0	516
Imbabura	38.5	61.5	-	-	-	100.0	26
Los Ríos	80.7	-	5.0	2.5	11.8	100.0	119
Manabí	52.5	-	24.6	6.6	16.4	100.0	61
Napo	50.0	-	50.0	-	-	100.0	72
Pichincha	85.2	9.9	3.7	1.2	-	100.0	493
Sucumbíos	51.4	-	48.6	-	-	100.0	70
Total	73.5	8.2	8.7	1.5	8.0	100.0	1.578

Fuente: ESFINSA-96

La madera en el piso (Cuadro 4.5) es usado en viviendas de provincias de la sierra en mayor porcentaje (Azuay 54.5%, Cotopaxi 55%, Pichincha 58%). La baldosa, el cemento o el ladrillo presenta mayor frecuencia de uso en las provincias de la costa (El Oro 70%, Los Ríos 71%, Guayas 71%). En la provincia de Imbabura se registra un porcentaje sumamente alto de tierra como material del piso (65.4%), así como en la provincia del Azuay (31.4%).

CUADRO 4.5

MATERIAL PREDOMINANTE EN LOS PISOS, POR PROVINCIAS

PROVINCIA	MATERIAL DE PISOS							N° de casos
	Entablado	Madera Parket	Baldosa Vinil	Ladrillo cemento	Caña	Tierra	Total	
Azuay	47.9	6.6	2.5	11.6	-	31.4	100.0	121
Cotopaxi	30.0	25.0	2.5	22.5	-	20.0	100.0	40
El Oro	16.7	6.7	10.0	60.0	1.7	5.0	100.0	60
Guayas	11.2	8.5	26.6	44.6	3.7	5.4	100.0	516
Imbabura	-	11.5	3.8	19.2	-	65.4	100.0	26
Los Ríos	9.2	10.9	2.5	68.1	6.7	2.5	100.0	119
Manabí	42.6	11.5	-	36.1	9.9	-	100.0	61
Napo	8.3	47.2	18.1	26.4	-	-	100.0	72
Pichincha	26.4	31.4	5.3	34.5	0.6	1.8	100.0	493
Sucumbios	51.4	1.4	1.4	45.7	-	-	100.0	70
Total	22.0	17.7	12.1	39.1	2.5	6.7	100.0	1.578

Fuente: ESFINSA-96

4.3.3 Número de habitaciones

La necesidad de acceso a una vivienda adecuada es un indicador que se relaciona con aspectos de hacinamiento. Ello porque la densidad de ocupación de los espacios de la vivienda depende del número de personas y el número de cuartos o dormitorios que se disponen.

sí, el 16.2 por ciento de las viviendas cuentan con una sola habitación para realizar todas las actividades del hogar, más de una quinta parte (21.4%) con dos cuartos, cerca de una quinta parte con tres cuartos (24.2%) y únicamente el 38 por ciento de las viviendas tienen 4 y más habitaciones. Más de la mitad de las viviendas de la provincia de Imbabura (53.8%) tienen solamente una habitación, un porcentaje alto también se registra en la provincia de Sucumbios (27%). De dos y tres cuartos se registran altos porcentajes en las provincias de Cotopaxi (70%), Los Ríos 61 por ciento y El Oro (58%). Con cuatro cuartos y más se registran importantes porcentajes en Pichincha (44%) y Manabí (50%).

4.3.4 Número de dormitorios

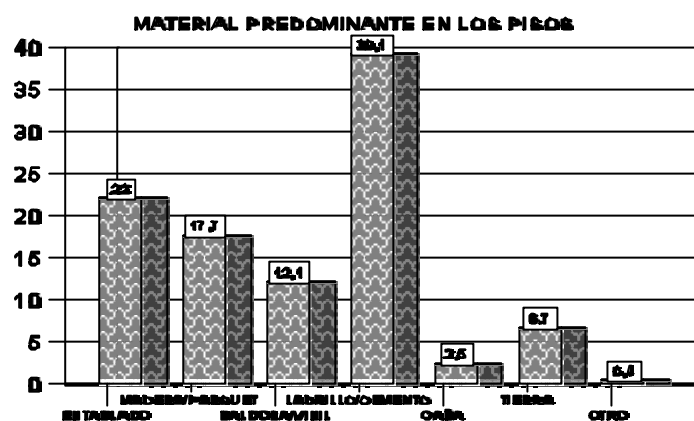
Respecto al número de habitaciones que conforman las viviendas de las familias entrevistadas cabe hacer las siguientes acotaciones:

Del total de **cuartos los que se destinan exclusivamente como dormitorios**, disponen de un dormitorio la quinta parte de los encuestados, de 2 a 3 dormitorios el 53 por ciento, de cuatro y más el 11 por ciento y 16.2 por ciento no cuenta con dormitorio en forma exclusiva.

Las provincias de Imbabura (53.8%) y Sucumbíos (27.1%) registran los más altos porcentajes de viviendas que no tienen un cuarto independiente como dormitorio. Más de la mitad de las siguientes provincias tienen las viviendas entre 1 y 2 cuartos para dormir: Cotopaxi (70%), Los Ríos (61%), Manabí (59%), Pichincha (51%) y la provincia de Sucumbíos (56%). Con tres y más cuartos para dormir destacan las provincias de: Azuay (38%), Napo (50%) y Pichincha 37 por ciento. (Cuadro 4.6)

CUADRO 4.6

Gráfico 4.d



FUENTE: ESFINSA-96

NUMERO DE DORMITORIOS, POR PROVINCIA

PROVINCIA	NUMERO DE DORMITORIOS						TOTAL
	N° de casos	0	1	2	3	4 y +	
Azuay	121	17.4	22.3	22.3	17.4	20.7	100.0
Cotopaxi	40	10.4	32.5	37.5	15.0	5.0	100.0
El Oro	60	20.0	18.3	31.7	16.7	13.3	100.0
Guayas	516	17.2	18.2	30.0	23.4	11.0	100.0
Imbabura	26	53.8	7.7	26.9	-	11.5	100.0
Los Ríos	119	13.4	22.7	38.7	21.8	3.4	100.0
Manabí	61	9.8	16.4	42.6	21.3	9.8	100.0
Napo	72	19.4	8.3	22.2	27.8	22.2	100.0
Pichincha	493	12.4	21.3	29.2	26.6	10.5	100.0
Sucumbíos	70	27.1	21.4	34.3	12.9	4.3	100.0
Total	1.578	16.2	19.6	30.4	22.6	11.2	100.0

Fuente: ESFINSA-96

4.3.5 Eliminación de excretas

Entre la infraestructura sanitaria de la vivienda está la disponibilidad de baño y servicio higiénico destinado a la higiene personal y eliminación de excretas en condiciones aceptables de salubridad y privacidad, factor que contribuye a mejorar los niveles de vida y salubridad.

Más de la mitad de las viviendas (55.1%) tienen **excusado de uso exclusivo** en el interior de la vivienda, cerca de una quinta parte (24%) tienen letrina para eliminar las excretas, el 11 por ciento de las viviendas tienen excusado de uso común y 10 por ciento de las viviendas no tiene ningún tipo de eliminación de excretas, es decir utilizan el campo para estos fines. Las provincias más urbanizadas tienen los mayores porcentajes de excusado de uso exclusivo: Pichincha (71%), Napo (69.4%), Guayas (57%) y Azuay (53%); las provincias menos urbanizadas en menos de una quinta parte de las viviendas presentan este servicio: lidera Cotopaxi (20%), Imbabura (15%) y Sucumbíos 14 por ciento. Provincias tanto de la sierra como de la costa utilizan como servicio higiénico las letrinas: Cotopaxi (72%), Los Ríos (64%) y Sucumbíos 39 por ciento. Hay dos provincias donde cerca de una tercera parte de las viviendas no tienen ningún tipo de servicio higiénico: Imbabura (31%) y Sucumbíos 30 por ciento, nivel preocupante tiene también Azuay al no disponer de este elemental servicio en 27.3 por ciento de sus viviendas; presentándose como las más deficitarias en este tipo de servicio, que se correlaciona con los problemas de salud existentes en el área, principalmente en niños menores de cinco años. (Cuadro 4.7)

4.3.6 La eliminación de las aguas servidas

Este es un indicador muy importante de la infraestructura con que cuentan las viviendas. La insuficiencia de este servicio, podría ser un factor coadyuvante al estado de salud de la población del área rural. En las viviendas de la población investigada, la eliminación de las aguas servidas se realiza mediante tubería a la red pública de alcantarillado en el 57 por ciento de las viviendas, el 20 por ciento eliminan a un pozo ciego, y el 23.4 por ciento no tiene un sistema de eliminación aguas servidas, elimina al campo contaminando el medio ambiente y perjudicando la salud de la familia.

Al analizar por provincias destaca Pichincha y Napo con altos porcentajes de servicio de alcantarillado, 85 y 86 por ciento respectivamente. Este servicio es bajo en las provincias de Manabí (3%), Cotopaxi y Los Ríos 15 por ciento respectivamente, en las provincias de Azuay, El Oro y Guayas un poco más de la mitad de las viviendas eliminan las aguas servidas por alcantarilla (Cuadro 4.7).

CUADRO 4.7
TIPO DE SERVICIOS, POR PROVINCIA

SERVICIOS	PROVINCIA										TO-TAL
	Pichincha	Azuay	Cotopaxi	El Oro	Guayas	Imbabura	Los Ríos	Manabí	Napo	Sucumb.	
AGUA. Fuente de Obtención:											
Red pública											
Por tubería	85.0	68.6	22.5	76.7	74.6	73.1	55.5	27.9	77.8	31.4	71.1
Agua lluvia	5.9	14.0	77.5	5.0	1.6	7.7	5.0	3.3	20.8	8.6	7.5
Pozo	2.8	-	-	3.3	4.1	19.2	0.8	1.6	-	7.1	3.1
Carro repar	3.9	4.1	-	-	7.4	-	38.7	62.3	1.4	30.0	10.6
Rio/vertien.	1.4	-	-	15.0	10.3	-	-	-	-	-	4.4
TOTAL	1.0	13.2	-	-	2.1	-	-	4.9	-	22.9	3.2
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Servicio higiénico											
Uso exclus.	71.2	52.9	20.0	50.0	57.0	15.4	29.4	37.7	69.4	14.3	55.1
Uso común	18.3	7.4	-	16.7	5.0	23.1	3.4	-	19.4	17.1	10.8
Letrina	7.3	12.4	72.5	25.0	26.2	30.8	63.9	52.5	6.9	38.6	24.0
No tiene	3.2	27.3	7.5	8.3	11.8	30.8	3.4	9.8	4.2	30.0	10.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Eliminación de aguas servidas											
Alcantarilla	85.4	52.9	15.0	55.0	52.7	34.6	15.1	3.3	86.1	18.6	57.0
Pozo ciego	6.5	8.3	15.0	30.0	22.7	34.6	58.0	49.2	-	25.7	19.6
No tiene	8.1	38.8	70.0	15.0	24.6	30.8	26.9	47.5	13.9	55.7	23.4
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Eliminación de Basura											
Contratado	2.8	2.5	-	6.7	2.3	-	0.8	-	-	-	2.2
Municipio	74.4	35.5	20.0	55.0	71.1	26.9	52.9	31.1	95.8	21.4	62.8
Queman	8.3	35.5	80.0	33.3	18.6	11.5	19.3	31.1	1.4	40.0	19.4
Otra forma	14.4	26.4	-	5.0	7.9	61.5	26.9	37.7	2.8	38.6	15.7
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Teléfono											
Si	34.1	33.1	15.0	11.7	31.4	15.4	7.6	13.1	15.3	5.7	26.6
No	65.9	66.9	85.0	88.3	68.6	84.6	92.4	86.9	84.7	94.3	73.4
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Electricidad											
Si	98.8	93.4	100.0	100.0	96.7	80.8	99.2	68.9	100.0	72.9	95.3
No	1.2	6.6	-	-	3.3	19.2	0.8	31.1	-	27.1	4.7
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: ESFINSA-96

La eliminación de aguas servidas a un pozo ciego o séptico es alto en las provincias de Los Ríos (58%), Manabí (49%) y El Oro (30%). No tienen un sistema de eliminación de aguas servidas el 70 por ciento de las viviendas de la provincia de Cotopaxi, 55.7 en Sucumbíos, y cerca de la mitad de las viviendas de la provincia de Manabí (47.5%).

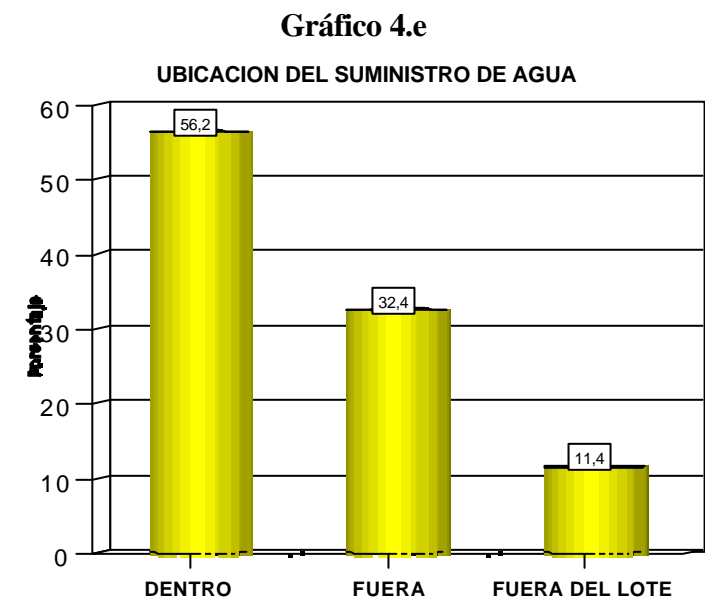
4.3.7 Fuente de obtención de agua

Un buen porcentaje de las viviendas tienen acceso a red pública considerada como “agua segura” para el consumo humano y el aseo personal con el 71 por ciento y de otra fuente por tubería el 7 por ciento. Agua de pozo utilizan en el 11 por ciento de las viviendas, de tanquero el cuatro por ciento, mientras el 3% utilizan agua de río o vertiente y agua de lluvia.

De acuerdo a las provincias, la mitad tienen porcentajes alrededor de las tres cuartas partes de viviendas que obtienen el agua por red pública: Pichincha (85%), Napo (78%), El Oro (77%), Guayas (75%) e Imbabura 73 por ciento. Tres provincias tienen como fuente de abastecimiento de agua la proveniente de pozo en un porcentaje importante: Manabí (62%), Los Ríos (39%) y Sucumbios 30 por ciento. Se abastecen de agua lluvia en la provincia de Imbabura el 19 por ciento y en Sucumbíos el 7 por ciento de las viviendas. Un importante 23 por ciento de las viviendas de la provincia de Sucumbios obtiene el agua de los ríos o vertientes naturales. (Cuadro 4.7)

4.3.8 Lugar donde se localiza el suministro de agua en la vivienda

El 56.2 por ciento de las viviendas tiene el surtidor al interior, el 32.4 por ciento fuera de la vivienda en un patio o jardín y el 11 por ciento fuera de la vivienda o del lote de terreno. El suministro es diferente de acuerdo a las provincias de estudio, cinco de las diez provincias estudiadas tienen porcentajes sobre el cincuenta por ciento que el suministro de agua se encuentra dentro de la vivienda: Napo (68%), Guayas y Pichincha (66%) y Azuay y El Oro (53%); cuatro provincias tienen el suministro de agua fuera de la vivienda en porcentajes mayores al



FUENTE: ESFINS-96

al cincuenta por ciento: Manabí (64%), Cotopaxi e Imbabura (62%) y la provincia de Sucumbíos 54 por ciento. Una quinta parte de las viviendas de la provincia de

El Oro (20%) y 38 por ciento en la provincia de Sucumbíos mantiene el suministro de agua fuera de la vivienda, lote o terreno.

4.3.9 Forma de eliminación de la basura

El acelerado proceso de urbanización que vive el país, exige crear normas para la protección higiénico-ambiental, así el 62.8 por ciento de las viviendas elimina la basura usando carro recolector de los respectivos municipios, 19.4 por ciento quemar o entierran la basura, el 15.7 por ciento eliminan la basura en otra forma y el 2.2 por ciento contratan este servicio. Por provincias se presentan diferenciales importantes cuando en Pichincha y Guayas más del 70 por ciento de la eliminación de la basura se encarga el Municipio; en las provincias de Cotopaxi (20%) y Manabí (31%) este servicio municipal es bajo. En las provincias donde no existe una cobertura adecuada de este servicio la población esta obligada a quemar la basura, es el caso de Cotopaxi (80%), Sucumbíos (40%), Azuay (35.5%), El Oro (33%) y Manabí (31%). Un importante 38 por ciento en las provincias de Manabí y Sucumbíos arrojan la basura al campo. Esta practica en Imbabura es de 62 por ciento. (Cuadro 4.7)

4.3.10 Servicio de energía eléctrica y teléfono

El crecimiento de la población supera ampliamente al incremento de los servicios básicos en general. Los mayores esfuerzos se concentran en la electrificación, especialmente en el área rural. A nivel del país el 95 por ciento de las viviendas investigadas tienen **energía eléctrica**, el 4 por ciento se alumbra con velas, candiles o gas, uno por ciento tienen generador propio. Por provincias se destaca la cobertura deficitaria en Manabí (69%), Sucumbíos (73%) e Imbabura (81%).

Un poco más de la cuarta parte de las viviendas poseen **teléfono** a nivel general del estudio (26.6%). Por provincias con más del 30 por ciento de servicio encontramos a Pichincha (34%), Azuay (33%) y Guayas (31%). El resto de provincias investigadas tienen porcentajes inferiores al 15 por ciento. (Cuadro 4.7)

4.4 Características de los hogares investigados

En los 1.578 hogares visitados se identificaron 7058 personas, distribuidos el 50 por ciento en la costa, 41 por ciento en la sierra y 9 por ciento en la región oriental. De éstas, el 66 por ciento de las personas residen en el área urbana y 34 por ciento en el área rural. Reiterando la bipolaridad del país, la población vista **por provincias** reside mayoritariamente en Guayas (34%) y Pichincha (30%).

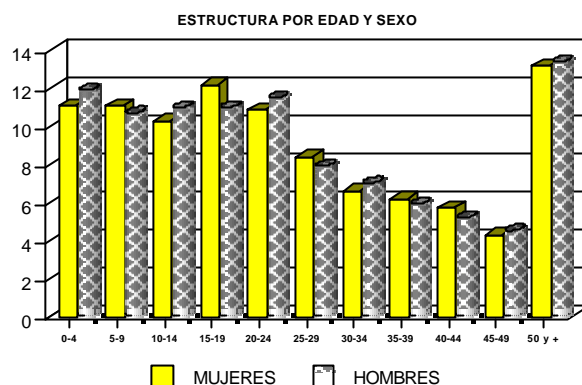
De acuerdo al sexo de las personas que habitan los hogares el 49 por ciento son hombres y el 51 por ciento mujeres.

4.4.1 Estructura de edad de los miembros del hogar

La estructura de edad por sexo, demuestra ciertas similitudes, al interior de cada grupo de edad y sexo. Alrededor de un tercio de los hombres como de las mujeres son menores de 15 años, bordea el 23 por ciento entre los 15 y 25 años, el 31 por ciento entre los 25 a 49 años y el 13 por ciento son mayores de 50 años, estructura que se asemeja con ciertas modificaciones a la pirámide del país en la década de los 90.

En general, por regiones se observa una estructura de edad más joven en la Amazonía para los dos sexos con porcentajes por debajo del 10 por ciento para mayores de 50 años de edad.

Gráfico 4.f



FUENTE: ESPINSA-96

4.4.2 Relación de parentesco

La estructura de los miembros del hogar con respecto a la relación de parentesco que tienen con el jefe del hogar, se presenta de la siguiente manera: más de una quinta parte (22.4%) son calificados como jefes de hogar; 16.9 por ciento son cónyuges, lo que revela un porcentaje de hogares con ausencia de uno de los padres.

Cerca de la mitad de los miembros corresponde a los hijos (49.1%), 11.1 por ciento a hermanas y otros parientes (abuelos, tíos, hermano del entrevistado), que se podría calificar como hogares extendidos. Las empleadas domésticas puertas adentro no alcanzan el 1 por ciento de los miembros del hogar.

CUADRO 4.8

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO, POR EDAD
Y REGIONES DE ESTUDIO

GRUPOS QUINQUENALES	REGIÓN			
	Sierra	Costa	Oriente	Total
HOMBRES				
0-4	12.1	11.1	15.1	11.9
5-9	9.1	11.1	15.1	10.7
10-14	12.6	9.5	11.9	11.0
15-19	11.0	11.6	8.3	11.0
20-24	10.9	12.3	9.6	11.5
25-29	6.6	8.8	9.0	7.9
30-34	6.4	7.6	7.1	7.0
35-39	6.3	5.7	6.1	5.9
40-44	5.9	4.5	5.4	5.2
45-49	4.0	5.2	2.6	4.5
50 y +	15.0	12.7	9.9	13.4
Total	1.384	1.734	312	3.430
MUJERES				
0-4	10.5	11.0	14.7	11.1
5-9	10.2	10.9	16.2	11.1
10-14	10.6	9.3	14.4	10.3
15-19	12.0	12.7	10.4	12.2
20-24	10.8	11.4	8.9	10.9
25-29	7.9	9.1	6.4	8.4
30-34	6.9	6.6	5.8	6.6
35-39	6.5	6.2	5.2	6.2
40-44	6.0	5.4	5.8	5.7
45-49	4.5	4.3	3.4	4.3
50 y +	14.1	13.2	8.9	13.2
Total	1.496	1.805	327	3.628

Fuente: ESFINSA-96

4.4.3 Nivel de instrucción

Al analizar **el nivel de instrucción de los miembros del hogar** para mayores de 6 años de edad, se identificó en global que el 4.6 por ciento no tienen instrucción, correspondiendo un mayor grado de analfabetismo para las mujeres (5.1%).

Cerca de la mitad (48.5%) tienen algún año de nivel primario, secundaria 35.8 por ciento y 11.1 por ciento han alcanzado un nivel superior. En este estudio, las estructuras son bastante similares para hombres y mujeres no encontrándose sustanciales diferencias entre los dos sexos.

CUADRO 4.9

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE ACUERDO AL SEXO

SEXO	NIVEL DE INSTRUCCIÓN					
	Ninguna	Primario	Secundario	Superior	TOTAL	N° de casos
Hombres	3.9	48.3	36.2	11.6	100.0	2.950
Mujeres	5.1	48.8	35.5	10.6	100.0	3.148
Total	4.6	48.5	35.8	11.1	100.0	6.098

Fuente: ESFINSA-96

En el análisis por provincias encontramos que el mayor porcentaje de analfabetos se localizan en Imbabura (23.5%) y Manabí (13.3%). Mayores concentraciones de personas con instrucción primaria se observan en: Sucumbíos (67%), Manabí (63.3%) y Cotopaxi (62%). Los niveles más altos de instrucción (secundaria y superior) se registran en las provincias del Guayas (55.2%), Pichincha (52.4%), El Oro (47.1%) y Napo 43.4 por ciento. El 30 por ciento de los miembros de los hogares se encuentran actualmente asistiendo a un centro de enseñanza de instrucción formal.

CUADRO 4.10

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR, POR PROVINCIAS

PROVINCIAS	NIVEL DE INSTRUCCIÓN					N° de casos
	Ninguno	Primario	Secundario	Superior	Total	
Azuay	5.9	59.9	25.1	9.1	100.0	439
Cotopaxi	7.4	61.7	28.2	2.7	100.0	149
El Oro	1.7	51.3	39.2	7.9	100.0	240
Guayas	2.4	42.4	41.3	13.9	100.0	2.108
Imbabura	23.5	51.8	18.8	5.9	100.0	85
Los Ríos	6.8	58.1	28.7	6.4	100.0	470
Manabí	13.3	63.3	21.1	2.3	100.0	256
Napo	5.1	51.6	39.4	4.0	100.0	277
Pichincha	3.8	43.8	38.2	14.2	100.0	1.823
Sucumbios	6.8	66.9	23.1	3.2	100.0	251
Total	4.6	48.6	35.8	11.1	100.0	6.098

Fuente: ESFINSA-96

4.4.4 Actividad económica

Se considera población económicamente activa (PEA) aquella que interviene en la producción de bienes y servicios. La presente investigación estableció como tramo inicial del estudio sobre actividad económica a las personas de 10 años o más de edad. Se clasifica como ocupados a aquellos que durante la semana de referencia han laborado por lo menos una hora, en actividades remuneradas o no y aquellos que teniendo trabajo se encontraban en vacaciones, con permiso, enfermos, etc. Los desocupados son aquellos que en la semana de referencia no se encontraban trabajando (cesantes), aquellos que nunca han trabajado y las personas que buscan trabajo por primera vez.

El ingreso económico familiar (incluye el Jefe del hogar) se mide mediante el agregado de ingresos que reportan las actividades económicas que realizan las personas de 10 y más años de edad. Los resultados determinan que una de cada dos personas (52.8%) que conforman los hogares investigados han tenido algún tipo de trabajo en la semana anterior a la encuesta (ocupados).

El porcentaje de población económicamente activa analizada por provincias demuestra que los mayores porcentajes se registran en Sucumbios (63.8%), Imbabura (63%), Manabí (59.5%) y El Oro 58.1 por ciento. Uno de cada dos miembros del hogar trabajan en las provincias del Guayas, Napo y Cotopaxi.

CUADRO 4.11

PORCENTAJE POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA DE 10 AÑOS Y MAS,
POR NUMERO DE HORAS TRABAJADAS, SEGÚN PROVINCIAS

PROVINCIA	Porcentaje de PEA ocupada	HORAS DE TRABAJO POR SEMANA			
		< 40	40	41-60	61 y +
Azuay	53.3	25.8	37.6	31.0	5.6
Cotopaxi	49.6	44.8	34.3	17.9	3.0
El Oro	58.1	27.3	28.1	35.9	8.6
Guayas	50.0	22.9	21.8	40.3	15.0
Imbabura	63.0	19.6	41.2	31.4	7.8
Los Ríos	53.6	32.9	11.6	33.3	22.2
Manabí	59.5	34.8	30.3	28.8	6.1
Napo	50.8	14.2	58.3	19.2	8.3
Pichincha	52.7	25.2	39.6	27.9	7.3
Sucumbios	63.8	28.8	23.5	30.3	17.4
Total	52.8	25.7	30.5	32.6	11.3

Fuente: ESFINSA-96

4.4.5 Horas de trabajo

El 25.7 por ciento de la población económicamente activa labora menos de 40 horas. Más de las 40 horas a la semana están laborando el 43.9 por ciento de los investigados, entre ellos un 11.3 por ciento laboran más de 60 horas. Únicamente el 30.5 por ciento estaría sujeto a la jornada laboral “normal” establecida para empleados públicos y privados. (Cuadro 4.11)

Al analizar las 40 horas semanales trabajadas de acuerdo a las provincias encontramos que los mayores porcentajes se registran en Napo (58.3%), Imbabura (41.2%), Pichincha (39.6%) y Azuay (37.6%). En las otras provincias se registran porcentajes importantes de los miembros del hogar que trabajan más de 40 horas semanales: Los Ríos (55.5%), Guayas (55.3%), y El Oro (44.5%).

En relación al número de trabajos, la mayoría (96%) manifestaron tener un solo empleo.

4.4.6 Ramas de actividad

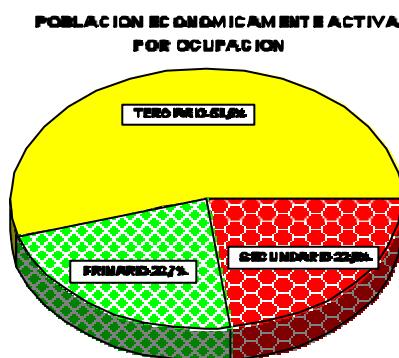
La categorización según rama se determina por la actividad del lugar, establecimiento o negocio en la que la persona tuvo la ocupación señalada como principal. En el análisis se pudo establecer que existen tres grandes ramas

de actividad, de acuerdo a la Clasificación Internacional Uniforme (CIUO), en la que participan más de una quinta parte de los entrevistados en cada caso.

En los servicios comunales, sociales y personales labora el 23.5 por ciento de los entrevistados, con valor similar (23.4%) encontramos a personas dedicadas al comercio al por mayor y al por menor, restaurantes y hoteles. El 22.4 por ciento trabajan en actividades de agricultura, caza y pesca; 15.9 por ciento en la industria manufacturera, el 10 por ciento en la construcción, el transporte y las comunicaciones.

Al clasificar a la población económicamente activa de acuerdo al sector económico al que pertenece la rama de actividad (Cuadro 4.2) se establece que: en el sector primario (agricultura, silvicultura, caza y pesca, explotación de minas y canteras) se encuentra el 22.7 por ciento de los trabajadores, en el sector secundario (Industria manufacturera, electricidad, gas, agua y construcción) el 22.8 por ciento, mientras en el sector terciario (comercio, transporte, comunicación y servicios) se encuentra a más de la mitad de los trabajadores (54.5%). En las tres regiones tiene predominio el sector terciario aunque con mayor porcentaje en la costa (58.7%) en comparación con los otros dos dominios en los cuales el porcentaje es: 51.2 por ciento en la sierra y 46.8 por ciento en la amazonía; advirtiéndose que en la región sierra el porcentaje de trabajadores del sector secundario es más alto (30.9%) y en la amazonía es mayor el porcentaje de trabajadores del sector primario 42.1 por ciento como expresión de diferentes formas de desarrollo alcanzadas por cada región.

Gráfico 4.g



FUENTE: ESTADSA-96

CUADRO 4.12

POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA, SEGÚN SECTOR ECONÓMICO Y REGIÓN

REGIÓN	SECTOR ECONÓMICO				
	Primario	Secundario	Terciario	Total	N° de casos
Total País	22.7	22.8	54.5	100.0	2.847
Costa	23.6	17.7	58.7	100.0	1.435
Sierra	17.7	30.9	51.2	100.0	1.206
Oriente	42.1	11.1	46.8	100.0	206

Fuente: ESFINSA-96

4.5 Grupos de ocupación

Al clasificar de acuerdo a los principales grupos de ocupación, utilizando la Clasificación Uniforme de Ocupación (CIUO), tres principales grupos lideran con más de una quinta parte, la ocupación de los investigados. El 26.7 por ciento son obreros no agrícolas; seguido de comerciantes y vendedores con el 22.7 por ciento, en tercer lugar los trabajadores agrícolas (18.3%). Con 12 por ciento cada uno encontramos a los trabajadores en servicios y a los profesionales y técnicos. El personal administrativo constituye el 8 por ciento de los entrevistados.

4.6 Categoría de ocupación

La categoría de ocupación se refiere a la posición según la cual la persona desempeña su ocupación de trabajo.

Al clasificar a los empleados de acuerdo a la categoría de ocupación, encontramos que el mayor porcentaje corresponden a empleados privados asalariados (46.6%) y en segundo lugar encontramos a los trabajadores por cuenta propia (31.2%). De lo visto, es importante anotar que los empleados del gobierno alcanzan solamente el 7.6 por ciento, porcentaje inferior a la estructura presentada en el país según los resultados del censo de 1.990 que a este nivel fue del 11.5 por ciento.

Los trabajadores familiares no remunerados corresponde al 8.6 por ciento, empleados domésticos son el 2.8 por ciento y las personas que se autocalificaron patrones o socios activos representan el 3.2 por ciento.

5. Aspectos metodológico y de organización de la encuesta

5.1 Instrumentos utilizados

5.1.1 Cuestionarios

El cuestionario del hogar fue diseñado para receptar información de las características del hogar y las características de las viviendas de los hogares entrevistados. El cuestionario individual fue aplicado a todos los miembros del hogar. Este instrumento consta de los siguientes capítulos: identificación geográfica, resultados de la visita y de la entrevista, datos de procesamiento, gasto en salud (todas las personas), actividad económica (personas de 10 años y más de edad) y preferencias del usuario (sólo jefe del hogar).

5.1.2 Manuales

Se contó con instructivos para el llenado de los cuestionarios de las características de la vivienda y del hogar; además con formularios para el control del trabajo de campo utilizados por los/as supervisores de campo y de los niveles centrales.

5.2 Aspectos operativos de la encuesta

La planificación de la encuesta se inició en octubre de 1.995, en noviembre y diciembre del mismo año se estableció el diseño muestral y se elaboraron los cuestionarios preliminares en base a aquellos utilizados en otros estudios nacionales similares y otros recomendados por organismos internacionales sobre estos temas.

El cuestionario definitivo se fijó luego de las respectivas pruebas piloto en el área urbana y rural con la participación de los/as potenciales encuestadores y los/as investigadores del área.

5.2.1 Capacitación del personal de campo

La capacitación de los/as encuestadores y supervisores se efectuó en tres días en cada ciudad. Se establecieron tres centros de capacitación para los respectivos grupos de encuestadores: en la ciudad de Quito para la región sierra (norte y centro) y región amazónica; en Guayaquil para la región costa y en la ciudad de Cuenca para la región sierra Austral.

La capacitación fue teórico-práctica, se abordaron todos los temas en forma pormenorizada, todos los participantes tenían experiencia en aplicar encuestas de este tipo en el campo, lo que facilitó la selección definitiva del personal que conformó los diferentes equipos de trabajo.

5.2.2 Operativo de campo

El operativo de campo fue centralizado en la ciudad de Quito para las ciudades de Latacunga, Cotacachi, Quito y Santo Domingo de Los Colorados en la Sierra y Lago Agrio, Tena y Baeza en la región amazónica; el equipo de Cuenca trabajó en las ciudades de Cuenca y Machala; el equipo de Guayaquil cubrió las ciudades de Milagro, Quevedo, El Carmen y Guayaquil en la región costa.

El operativo de campo se inicio en la ciudad de Quito en el mes de mayo y se extendió durante dos meses en la costa y la amazonía, se terminaron las labores en el mes de julio de 1.996.

5.2.3 Procesamiento de datos

Terminado el operativo de campo, se procedió a la crítica, codificación y al ingreso magnético de la información para lo cual se utilizó el programa SURVEY (CDC, Atlanta). Por ser una investigación que incluye valores numéricos en las respuestas (valor pagado por consultas, ingresos, gastos, etc), el proceso señalado se realizó en una forma interactiva y dinámica que implicó sucesivas revisiones de todo el material hasta obtener una información depurada y manejable. La información fue validada mediante una serie de algoritmos y el uso de un programa de inconsistencias, el resultado de estos procesos permitió obtener frecuencias, que luego de ser analizadas, cuando era del caso se aplicaron los ajustes pertinentes.

El procesamiento estadístico de la información recolectada se realizó a través del paquete SPSS/PC, un software para efectuar análisis estadístico de variables con altos márgenes de confiabilidad.

5.3 Diseño muestral

5.3.1 Universo de la investigación

El universo de donde se toma la muestra lo constituyen los hogares particulares existentes en las regiones costa, sierra y amazonía del Ecuador. Se excluye el Archipiélago de Galápagos por el costo excesivo que demandaría el operativo de campo.

5.3.2 Tipo de muestreo

El esquema de muestreo estadístico utilizado consiste en un diseño probabilístico polietápico y de conglomerados. Probabilístico porque todas las viviendas que conforman el universo tienen probabilidades diferentes de cero de ser seleccionadas. Las unidades primarias de muestreo (UPM) son los cantones, las unidades secundarias lo conforman los sectores censales, las de la tercera etapa son las manzanas, la siguiente etapa está constituida por viviendas particulares y la última unidad son los miembros del hogar.

5.3.3 Marco de muestreo

El marco muestral corresponde al agregado de viviendas particulares a nivel de sectores censales, actualizado por el INEC según el censo de 1990.

5.3.4 Tamaño de muestra

A la espera de tener estimaciones confiables a nivel del 95% y un error máximo admisible del 5%, inicialmente se fijó un tamaño de alrededor de 1570 entrevistas. Una vez efectuada la distribución el tamaño definitivo se estableció en **1575** hogares, en los cuales fueron entrevistados **7058** miembros.

El número de unidades primarias a seleccionarse fue determinado con el criterio de tener un mínimo de 25 encuestas hogar en cada una de las unidades muestreadas.

5.3.5 Distribución de la muestra

El tamaño de muestra establecido se distribuyó proporcionalmente al número de habitantes por región y área, como se puede apreciar en el Cuadro 5.1.

CUADRO 5.1
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA

Regiones y Cantones	Total	Área Urbana	Área Rural
Total Nacional	1575	965	610
Región Sierra	680	385	295
Cuenca	120	50	70
Latacunga	40	10	30
Cotacachi	25	10	15
Quito	420	280	140
Sto. Dgo. de los Colorados	75	35	40
Región Costa	755	520	235
Machala	60	40	20
Guayaquil	450	400	50
Milagro	65	30	35
Quevedo	120	30	90
El Carmen	60	20	40
Región Amazónica	140	60	80
Lago Agrio	70	20	50
Tena	35	20	15
Baeza	35	20	15

Fuente: ESFINSA-96

Una adecuada distribución de la muestra en el espacio se logra a través de una selección sistemática que toma las unidades de investigación de manera dispersa en todo el marco utilizado.

5.3.6 Probabilidades y proceso de selección

La selección de cantones y sectores censales se realizó en forma sistemática con arranque aleatorio, con probabilidades proporcionales al tamaño (PPT), medido en término de viviendas. En las cabeceras cantonales, parroquiales y localidades amanzanadas, al interior de cada sector incluido en la muestra se procedió a seleccionar una manzana con probabilidades iguales, dentro de la cual se tomarán cinco viviendas y se procederá a recoger la información requerida.

La selección es independiente para cada uno de los cantones y al interior de éstos para cada área.

5.3.7 Recorrido de manzanas y sectores seleccionados

El conteo de viviendas en cada manzana seleccionada se empieza en la esquina **Noroeste** y se realiza un recorrido en el sentido de las manecillas del reloj. En caso de que la manzana tenga menos de cinco viviendas, que es el número de entrevistas a realizarse, debe tomarse la manzana contigua siempre y cuando pertenezca al mismo sector.

Una vez que se tiene el listado de viviendas, se selecciona aleatoriamente una de partida entre la número **1** y la **n**; siendo **n** el número total de viviendas del sector, las viviendas incluidas en la muestra son la de inicio y las cuatro consecutivas.

En las áreas dispersas, se selecciona aleatoriamente un punto de inicio a partir del cual comienza el recorrido hasta completar el número de encuestas establecido para ese sector.

El diseño muestral se completa con planos de las ciudades, cabeceras parroquiales y localidades amanzanadas y mapas de los lugares dispersos, en los cuales se han marcado las manzanas y sectores seleccionados.