



Educación y prevención para la salud sobre **cáncer de cuello uterino**

Dr. Eduardo Herrera H.
Dra. Genoveva Méndez B.
Md. Eduardo Harry Herrera M.

USFQ PRESS

Universidad San Francisco de Quito USFQ, Quito 170901, Ecuador.

<https://usfqpress.com>

Somos la casa editorial de la Universidad San Francisco de Quito USFQ. Fomentamos la misión de la universidad al divulgar el conocimiento para formar, educar, investigar y servir a la comunidad dentro de la filosofía de las Artes Liberales.

Educación y prevención para la salud sobre cáncer de cuello uterino

Autores:

Eduardo Adolfo Herrera Herrera¹, Tarcila Genoveva Méndez Barba¹, Eduardo Harry Herrera Méndez¹

¹Universidad San Francisco de Quito USFQ, Quito, Ecuador

Editora asociada: Tatiana Fernández

Producción editorial: Valentina Bravo y Andrea Naranjo

Diseño general: Krushenka Bayas Ramírez

Diseño de cubierta: Krushenka Bayas Ramírez

Revisión de estilo e idioma: Rosa Mantilla

Esta obra es publicada luego de un proceso de revisión por pares ciegos (*peer-reviewed*).

© Eduardo Herrera, Tarcila Méndez y Eduardo Harry Herrera, 2021

© Universidad San Francisco de Quito USFQ, 2021

Todos los derechos reservados. No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.

ISBN: 978-9978-68-178-7

Registro de Autor: 059785

Primera edición: junio 2021

Catalogación en la fuente. Biblioteca de la Universidad San Francisco de Quito USFQ.

Herrera Herrera, Eduardo Adolfo
Educación y prevención para la salud sobre cáncer de cuello
uterino / Eduardo Herrera H., Genoveva Méndez B, Eduardo Harry
Herrera M. – Quito : USFQ Press, 2021
p. cm.

ISBN: 978-9978-68-178-7

1. Cuello uterino – Cáncer – Prevención – Quito (Ecuador). – 2.
Servicios de salud preventiva. – I. Méndez Barba, Tarcila Genoveva. –
II. Herrera Méndez, Eduardo Harry. – III. Título

CLC: RC 280 .U8 H47 2021
CDD: 616.99466

OBI-108

Se sugiere citar esta obra de la siguiente forma:

Herrera, E., Méndez, T., y Herrera, E. H., (2020). *Educación y prevención de salud sobre cáncer de cuello uterino*. USFQ PRESS.

El uso de nombres descriptivos generales, nombres comerciales, marcas registradas, etcétera en esta publicación no implica, incluso en ausencia de una declaración específica, que estos nombres están exentos de las leyes y reglamentos de protección pertinentes y, por tanto, libres para su uso general.

La información presentada en este libro es de entera responsabilidad de sus autores. USFQ PRESS presume que la información es verdadera y exacta a la fecha de publicación. Ni la USFQ PRESS ni los autores dan una garantía, expresa o implícita, con respecto a los materiales contenidos en este documento ni de los errores u omisiones que se hayan podido realizar.

Dedicatoria

Agradecemos a las madres de familia de Turubamba, a las pacientes con cáncer de cuello uterino de Solca, núcleo de Quito; al Doctor Darío Sarasti; al Doctor Luis de los Reyes a la Doctora Michelle Grunauer; al Doctor Pedro Aramendi J.; al Doctor Edy Quizhpe; a la Doctora Gloria Arbeláez; a la Doctora Mónica Pérez; a la Universidad San Francisco de Quito USFQ y la Universidad Central del Ecuador; a Solca; a nuestros amigos y a todas las personas que de una u otra manera han colaborado para la publicación de esta investigación.

A Andrea Naranjo, Tatiana Fernández, Rosita Mantilla, María José Valencia y el resto del personal de la USFQ y de USFQ PRESS por el trabajo y dedicación, con sus oportunos comentarios y correcciones que permitieron pulir una idea y concretarla en este libro.

Un especial agradecimiento para nuestra familia, María de Lourdes, Manuel, Teodoro y Victoria. A María Fernanda, Sara y Pablo por la paciencia y el soporte que nos dieron acompañándonos en cada jornada, con su apoyo incondicional para la culminación de este proyecto.

A todos ellos les dedicamos este trabajo con mucho cariño.

Los autores

Presentación

Las publicaciones médicas ecuatorianas son escasas, a pesar de la gran cantidad y variedad de casos disponibles en nuestro medio. De hecho, son aún más infrecuentes aquellas obras que superan el enfoque patológico para alcanzar un nivel de investigación social.

El libro *Educación y prevención para la salud sobre el cáncer del cuello uterino* empieza con un análisis estadístico formal de una patología oncológica que ocupa los primeros lugares en incidencia y frecuencia en el Ecuador. De una manera didáctica, pero sobre todo práctica, confronta esta problemática con la situación social, económica e, inclusive, política de la población.

Los lectores podrán hacer un recorrido por temas tan actuales como la renovación de la atención primaria de salud en el Ecuador, los modelos de salud vigentes y los sistemas de salud privados y públicos; aunque también hay otros pilares que enriquecen este libro, como el amplio estudio poblacional con el cual se identifica el grupo social de riesgo. Asimismo, se presentan propuestas innovadoras de mejoras para el control del cáncer de cuello uterino que son aplicables a todo el país.

Este texto, *Educación y prevención para la salud sobre el cáncer de cuello uterino*, se convertirá en una publicación trascendental para el Ecuador. Recomendamos a todos quienes hacemos medicina, a aquellas personas que en el ejercicio diario asistencial también tenemos el compromiso ético de fomentar la educación y prevención para la salud, pues, además, contiene una serie de lineamientos que servirán como guía en el mejoramiento de la salud en la población, que por sus bajos recursos socioeconómicos, no puede acceder a un nivel de atención óptimo.

Esta obra ratifica que la educación es uno de los pilares esenciales para tener una población sana y constituye el fundamento de la prevención de aquellas patologías, cuya historia natural y, a menudo con desenlace fatal, repercute de manera directa en la población ecuatoriana económicamente activa.

Felicitaciones a los autores, quienes con una amplia y gran visión de este problema se embarcaron en un enorme reto que hoy lo concretan en la entrega de una obra magnífica, cuyo aporte al sistema de salud será invaluable.

Dr. Darío Sarastí Sánchez
Médico radioncólogo

Jefe de la Unidad de Radioterapia del Hospital Carlos Andrade Marín, de Quito

Tabla de contenido

Resumen ejecutivo	1
Introducción	3
Primera parte. Parte teórica	7
CAPÍTULO 1	9
Visión del desarrollo social y económico del Ecuador	9
1.1. Visión global del desarrollo social y económico	9
1.2. Ecuador	10
1.2.1. Situación geográfica del Ecuador	11
1.2.2. Aspectos demográficos	11
1.2.3. Características sociales	12
1.2.4. Aspectos económicos	13
1.2.5. Ecuador y los objetivos de desarrollo sostenible, 2015-2030	15
1.3. Distrito Metropolitano de Quito	17
CAPÍTULO 2	21
Condiciones de vida y la salud en el Ecuador	21
2.1. Antecedentes	21
2.2. Principales problemas de salud según grupos étnicos y género	22
2.3. Sistema de provisión en los servicios de salud	23
2.4. Diálogo social para la protección de la salud	25
2.5. Identidad de género	27
2.6. Violencia sexual	28
2.6.1. Violencia doméstica	29
2.6.2. Violencia intrafamiliar	29
2.7. Financiamiento y recursos del sector de la salud	30
2.8. Servicios públicos de salud del Distrito Metropolitano de Quito	32
2.9. Conclusiones	33
CAPÍTULO 3	35
Educación y prevención para la salud de la mujer	35
3.1. Antecedentes	35
3.2. La alfabetización	36
3.2.1. La alfabetización del adulto	37
3.3. Formación para la salud	37
3.3.1. Legislación y educación para la salud	40
3.4. Educación para la salud en la mujer	40
3.5. Conclusiones	41
CAPÍTULO 4	43
Sistema Nacional de Salud y modelos de atención	43
4.1. Introducción	43
4.2. Sistema Nacional de Salud	44
4.2.1. Ministerio de Salud Pública	45
4.2.2. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)	45
4.2.3. Sociedad de Lucha contra el Cáncer (Solca)	46

4.2.4.	Junta de Beneficencia de Guayaquil	46
4.2.5.	Hospitales de las Fuerzas Armadas y de la Policía	47
4.3.	Nuevo Modelo de Gestión del Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Cambio de Cultura Organizacional	48
4.4.	Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)	50
4.4.1.	Principios y componentes del Modelo de Atención	51
4.5.	Conclusiones	53

CAPÍTULO 5

La educación: un determinante social para la salud

5.1.	La educación y el sistema de salud	55
5.2.	Estrategias para una adecuada educación para la salud	55
5.3.	Cuidado de las enfermedades crónicas y el autocontrol	56
5.4.	Educación para la salud	56
5.5.	Políticas de protección social	58
5.6.	El paciente y el proveedor de información	58
5.7.	Conclusiones	59

CAPÍTULO 6

Estrategias de educación para la salud

6.1.	Antecedentes	61
6.2.	Sistema de educación para la salud en la población femenina	62
6.3.	Política nacional de salud	63
6.3.1.	La educación para la salud en la universidad ecuatoriana	64
6.4.	Educación para profesionales de la salud	65
6.4.1.	Los enfoques curriculares y de educación continua	65
6.5.	Conclusiones	67

CAPÍTULO 7

El sistema de salud en la ciudad de Quito

7.1.	Características sociodemográficas y territoriales del DM de Quito	69
7.2.	Situación de la salud en la ciudad de Quito	70
7.3.	Los habitantes de Quito y los servicios de salud	70
7.4.	El cáncer	73
7.5.	Atención del cáncer de cuello uterino en Solca	76
7.5.1.	Tasa de incidencia y de mortalidad del cáncer cervicouterino	79
7.5.2.	El cuello uterino	81
7.5.3.	Medidas que se deben tomar en cuenta para el diagnóstico y prevención del cáncer	83
7.6.	Influencia de la educación para la salud en el cáncer de cuello uterino	84
7.7.	Vacuna del virus del papiloma humano	85
7.8.	Conclusiones	86

CAPÍTULO 8

La Parroquia de Turubamba

8.1.	Características generales	87
8.2.	Vivienda en Turubamba	90
8.3.	¿Cuál es la procedencia de las familias?	92

8.4.	Maternidad	93
8.5.	Trabajo remunerado	94
8.6.	Bono de Desarrollo Humano	94
8.7.	La Corresponsabilidad	95
8.8.	Conclusiones	96

Segunda parte. Investigación 99

CAPÍTULO 9 101

Metodología de la investigación 101

9.1.	Problema de la investigación	101
9.2.	Lineamientos del estudio	103
9.3.	Diseño de la investigación	103
9.4.	Población y muestra	104
9.5.	Dimensiones del estudio	104
9.6.	Operacionalización de las variables	106
9.7.	Enfoque cuantitativo	107
9.7.1.	Validación y confiabilidad de instrumentos	107
9.8.	Enfoque cualitativo	109
9.8.1.	Análisis de los resultados de la investigación cualitativa	110
9.9.	Conclusiones	111

CAPÍTULO 10 113

Resultados de las investigaciones cualitativa y cuantitativa de educación y prevención para la salud sobre el cáncer de cuello uterino en Quito 113

10.1.	Antecedentes	113
10.2.	Investigación cuantitativa	113
10.2.1.	Descripción de los resultados por ámbitos de los datos de identificación de las mujeres encuestadas	116
10.2.2.	Ámbito de investigación de las encuestas a las mujeres acerca de la educación y prevención del cáncer de cuello uterino: condiciones sociales y económicas	116
10.2.3.	Condiciones de vida: educación, ocupación, ingresos, relaciones familiares	120
10.2.4.	Aspectos demográficos	130
10.2.5.	La educación para la salud: conocimientos, actitudes, prácticas y creencias	135
10.2.6.	Conocimientos de las mujeres sobre el cáncer de cuello uterino	136
10.2.7.	Educación para la salud: prácticas o estilo de vida	137
10.2.8.	Análisis del impacto de las conferencias sobre la detección del cáncer de cuello uterino	140
10.2.9.	Valoración de las actividades de formación sobre el cáncer de cuello uterino	152
10.2.10.	Conclusiones	161
10.3.	Investigación cualitativa	163
10.3.1.	Aspectos socioeconómicos de las entrevistadas	163
10.3.2.	Competencias para el autocontrol del cáncer de útero	165
10.3.3.	Ámbito, mejora de la educación para la salud	178
10.3.4.	Opiniones de las mujeres acerca de las enfermedades más frecuentes y en relación con los médicos	179

10.3.5.	Tipo de cáncer que es más frecuente en las mujeres y sugerencias a las instituciones de salud	180
10.4.	Extractos de los resultados cuantitativos y cualitativos	181

CAPÍTULO 11

Relaciones entre las variables de la investigación

11.1.	Análisis de las diferencias de medias	183
11.1.1.	Diferencia de medias: Prueba T de Student	183
11.2.	Correlaciones entre constructos (grupos de variables)	185
11.3.	Modelo matemático de factores de riesgo del cáncer de cuello uterino	189
11.3.1.	Correlación bivariada	189
11.3.2.	Resumen del modelo	192
11.4.	Análisis de regresión	193
11.4.1.	Conclusiones del análisis de regresión	195

CAPÍTULO 12

Conclusiones de la investigación

12.1.	Identificación y condiciones de vida de las mujeres encuestadas y entrevistadas de la ciudad de Quito	197
12.2.	Aspectos demográficos	199
12.3.	Conocimientos, actitudes, prácticas y creencias de las investigadas	200
12.4.	Análisis de algunas variables y valoración de las actividades de capacitación, conferencias, talleres sobre el cáncer de cuello uterino	201
12.5.	Competencias del autocontrol del cáncer de cuello uterino en las mujeres entrevistadas	204
12.6.	Relaciones entre las variables de la investigación	205
12.7.	Inequidad en salud	208

CAPÍTULO 13

Propuesta de mejora: Educación y prevención para la salud de las mujeres de la Parroquia de Turubamba de la ciudad de Quito

13.1.	Justificación y ámbitos de la propuesta	211
13.2.	Primera iniciativa: Mejoramiento de la comunicación del servicio de la salud en Quito	212
13.2.1.	Importancia de la comunicación	212
13.2.2.	Necesidad de la comunicación a fin de contribuir con la educación para la salud de las mujeres	213
13.2.3.	Difusión de la educación para la salud	215
13.3.4.	El papel del educador para la salud y la comunicación	215
13.2.5.	Recomendar una red de comunicación compartida	216
13.3.	Segunda iniciativa: Formación de educadores para la salud en la ciudad de Quito	217
13.3.1.	Importancia de la formación universitaria de los educadores para la salud	218
13.3.2.	Creación de una carrera universitaria de educadores para la salud	218
13.3.3.	Requerimientos que deben cumplir los educadores para la salud	219
13.3.4.	Currículo del educador para la salud	219
13.3.5.	Funciones que tendrá el educador para la salud en el ámbito comunicativo de Turubamba	221

13.4.	Tercera iniciativa: Mejorar la educación para la salud de las mujeres de Turubamba	221
13.4.1.	Necesidades básicas de las madres de familia	222
13.4.2.	Principales problemas de inequidad que afectan a la salud de las mujeres de Turubamba	223
13.4.3.	Sugerencias de mejora para la salud de las mujeres	225
13.4.4.	Realizar visitas domiciliarias a la comunidad	226
13.4.5.	Realizar actividades de capacitación y empoderamiento para las mujeres de la parroquia de Turubamba	226
13.5.	Cuarta iniciativa: Organización y coordinación de la propuesta	227
13.5.1.	Fortalecer los canales de comunicación, acceso y uso de la información en salud	228
13.5.2.	Educadores para la salud	228
13.5.3.	Mejorar la educación para la salud de las mujeres de Turubamba	229
13.5.4.	Actividades que se harán en el taller Educación para la Salud Itinerante	231
13.5.5.	Desarrollo comunitario	233

Anexos **235**

ANEXO 1	235
Cálculo del coeficiente de confiabilidad de alfa de Cronbach	235

ANEXO 2	236
Temas que se trataron en las conferencias que se les dieron a las mujeres de Turubamba	236

ANEXO 3	237
Definición de algunas dimensiones de la investigación que se utilizan en el estudio y que constan en el modelo teórico	237
Primera encuesta	237
Segunda encuesta	240

ANEXO 4	243
Condiciones de vida y educación para la salud	243

Referencias **257**

Índice de tablas

Tabla 1.1	Empleo, desempleo y subempleo en el Ecuador (2014-2015)	14
Tabla 1.2	Indicadores económicos del Distrito Metropolitano de Quito y de la ciudad de Quito	18
Tabla 2.1	Incidencia de la pobreza y la pobreza extrema por área y etnia, Ecuador 2015	21
Tabla 2.2	Diez principales causas de morbilidad femenina 2015	22
Tabla 2.3	Diez principales causas de mortalidad en las mujeres del Ecuador, año 2015	23
Tabla 2.4	Tasa de empleo global por sexo, Ecuador	28
Tabla 2.5	Servicios públicos de salud de Turubamba de la ciudad de Quito, zona sur, área 19 Guamaní	33
Tabla 3.1	Educación para la salud: niveles de conocimientos sobre salud en un entorno escolar	39
Tabla 5.1	Modelo para la evaluación de la promoción de la salud	57
Tabla 7.1	Establecimientos de salud en el Distrito Metropolitano de Quito que corresponden a la Zona 9 de Salud, 2019	72
Tabla 7.2	Frecuencia relativa y ubicación de las localizaciones del cáncer más comunes por periodos 2000 a 2014 mujeres adultas	78
Tabla 7.3	Citologías y estudios adicionales realizados en SOLCA de Quito entre 2010-2016	79
Tabla 7.4	Mortalidad del cáncer cervical en América 2000, 2008 y 2012	80
Tabla 9.1	Matriz de operacionalización de variables de la primera y segunda encuesta, educación y prevención de salud sobre cáncer de cuello uterino en Quito	106
Tabla 9.2	Categorías y nodos de la investigación cualitativa, según el modelo teórico	108
Tabla 10.1	Variables de la educación y prevención de salud del cáncer de cuello uterino en Quito	114
Tabla 10.2	Ámbito: datos de identificación. Variable: edad	116
Tabla 10.3	Ámbito: datos de identificación. Variables: edad y estado civil	117
Tabla 10.4	Ámbito: datos de identificación. Variables: tenencia de la vivienda y servicios básicos	118
Tabla 10.5	Ámbito: datos de identificación. Variable: medios de comunicación	119
Tabla 10.6	Ámbito: condiciones de vida. Variable: educación	121
Tabla 10.7	Ámbito: condiciones de vida. Variable: ocupación de la mujer	123
Tabla 10.8	Ámbito: condiciones de vida. Variable: ocupación del marido	124
Tabla 10.9	Ámbito: condiciones de vida. Variable: ingresos de la mujer	127
Tabla 10.10	Ámbito: condiciones de vida. Variable: ingresos de la pareja	127
Tabla 10.11	Ámbito: condiciones de vida. Variable: ingresos del hogar	128
Tabla 10.12	Ámbito: relaciones familiares. Variable: miembros del hogar	129
Tabla 10.13	Ámbito: relaciones familiares. Variable: miembros del hogar	130
Tabla 10.14	Ámbito: demografía. Variable: fecundidad, edad a la que tuvo a su primer hijo	131
Tabla 10.15	Ámbito: demografía. Variable: fecundidad, embarazos	131
Tabla 10.16	Pichincha y Quito: Evolución de las tasas específicas de fecundidad, por 1000 mujeres, y tasa global de fecundidad. Mujeres de 15 a 49 años	132
Tabla 10.17	Ámbito: demografía. Variable: fecundidad (partos)	133

Tabla 10.18	Ámbito: demografía. Variable: fecundidad, está embarazada	134
Tabla 10.19	Ámbito: educación para la salud. Variable: prácticas o estilo de vida	137
Tabla 10.20	Ámbito: detección del cáncer de cuello uterino. Variable: conocimientos y prácticas	140
Tabla 10.21	Ámbito: detección del cáncer de cuello uterino. Variable: conocimientos	141
Tabla 10.22	Ámbito: detección del cáncer de cuello uterino. Variable: conocimientos	143
Tabla 10.23	Ámbito: detección del cáncer de cuello uterino. Variable: prácticas. Primera encuesta	145
Tabla 10.24	Ámbito: detección del cáncer de cuello uterino. Variable: prácticas o estilo de vida. Segunda encuesta	146
Tabla 10.25	Ámbito: detección del cáncer de cuello uterino. Variable: prácticas	147
Tabla 10.26	Ámbito: detección del cáncer de cuello uterino. Variable: prácticas	148
Tabla 10.27	Ámbito: detección del cáncer de cuello uterino. Variable: prácticas	150
Tabla 10.28	Ámbito: detección del cáncer de cuello uterino. Variable: prácticas	150
Tabla 10.29	Ámbito: detección del cáncer de cuello uterino. Variable: prácticas	151
Tabla 10.30	Ámbito: educación para la salud. Variables: conocimientos, actitudes, prácticas y creencias	157
Tabla 10.31	Ámbito: educación para la salud. Variables: Conocimientos, actitudes, prácticas y creencias	158
Tabla 10.32	Aspectos mejor valorados de la primera encuesta	159
Tabla 10.33	Aspectos más sobresalientes de la segunda encuesta	160
Tabla 10.34	Aspectos peor valorados de la segunda encuesta	161
Tabla 10.35	Constructos de la investigación cuantitativa y cualitativa	163
Tabla 10.36	Entrevistas a las mujeres de Quito sobre diferentes aspectos socioeconómicos	164
Tabla 10.37	Entrevistas a las mujeres de Quito sobre diferentes aspectos socioeconómicos (2)	165
Tabla 10.38	Competencias de gestión	168
Tabla 10.39	Competencias de autorganización	173
Tabla 10.40	Competencias relacionales	174
Tabla 10.41	Competencias de resolución de problemas	176
Tabla 11.1	Coefficientes*	184
Tabla 11.2	Correlaciones no paramétricas (conjunto de datos) Tabla de Kendall	189
Tabla 11.3	Coefficientes de correlación de Rho de Spearman	190
Tabla 11.4	Correlación de Pearson	191
Tabla 11.5	Resumen de estadísticos del modelo	192
Tabla 11.6	Resumen del modelo	193
Tabla 11.7	Análisis de varianza Anova	193
Tabla 11.8	Resumen del modelo B	194
Tabla 11.9	Anova A	194
Tabla 11.10	Resumen del modelo B	195
Tabla 11.11	Anova B	195
Tabla 13.1	Necesidades, áreas de intervención y su enfoque desde la promoción de salud	214
Tabla 13.2	Tipos de intervención en promoción y educación para la salud en Turubamba	214

Índice de figuras

Figura 1.2	Mapa político de la ciudad de Quito por parroquias	19
Figura 2.1	Participación porcentual de los servicios públicos de salud en Ecuador, año 2008	25
Figura 2.2	Integralidad en el sistema nacional de salud	26
Figura 2.3	Mujeres que reportan violencia sexual, según forma de violencia (mujeres de 15 a 49 años de edad)	29
Figura 2.4	Presupuesto del Ministerio de Salud Pública	31
Figura 2.5	Niños de Turubamba jugando en la calle	32
Figura 3.1	Educación (alfabetización) de salud	38
Figura 4.1	Modelo de gestión y niveles de gestión del MSP	49
Figura 7.1	Vista panorámica de la ciudad de Quito	71
Figura 7.2	Causas del cáncer. Porcentaje de todos los tipos de cáncer	75
Figura 7.3	Útero: fondo, cuerpo y cérvix; vagina y trompas	81
Figura 7.4	Relaciones del cuello uterino	82
Figura 8.1	Parroquia de Turubamba en la zona metropolitana de Quitumbe	88
Figura 8.2	Escuela fiscal mixta Riobamba de Turubamba	89
Figura 8.3	Profesoras de la Escuela Riobamba	89
Figura 8.4	Vivienda de la parroquia de Turubamba	90
Figura 8.5	Vivienda de una familia pobre de Turubamba	91
Figura 8.6	Vivienda de Turubamba en reparación por trabajadores del Municipio	91
Figura 8.7	Madre de familia residente en Turubamba	93
Figura 8.8	Madre de familia que vive en Turubamba. Camina con su hija por los rieles del tren	96
Figura 9.1	Modelo teórico	105
Figura 9.2	Modelo teórico y variables de la investigación	105
Figura 9.3	Categorías y nodos de la investigación cualitativa	110
Figura 10.1	Prácticas sobre educación para la salud	139
Figura 13.1	Mejoramiento de la comunicación del servicio de salud en la ciudad de Quito	217
Figura 13.2	Formación de educadores para la salud en la ciudad de Quito	217
Figura 13.3	Mejorar la educación para la salud de las mujeres de Turubamba	222
Figura 13.4	Determinantes de las desigualdades sociales en salud	224
Figura 13.5	Propuesta de trabajo de los coordinadores de los talleres	230
Figura 13.6	Taller de estilistas	232
Figura 13.7	Taller de manualidades	232
Figura 13.8	Educación para la salud itinerante	233

Resumen ejecutivo

La educación para la salud es una parte esencial de salud pública. Facilita la comunicación de la información y motiva la destreza y la confianza necesarias para alcanzar las competencias con el fin de mejorar la salud. Estas competencias son relevantes cuando el ser humano se ve enfrentado a una enfermedad catastrófica.

El objetivo de esta obra es, por un lado, valorar las competencias en educación para la salud que logra alcanzar la sobreviviente del cáncer de cuello uterino; por el otro, exponer la influencia de los factores sociales, culturales y la responsabilidad institucional para poner en práctica una intervención educativa de impacto en mujeres de escasos recursos.

En el Ecuador no se han aplicado investigaciones similares acerca de este enfoque de educación para la salud. Por ello, se justifica estudiar el impacto de una intervención educativa con una sustentación teórica, que incluya reflexiones sobre las características sociales y culturales de la mujer ecuatoriana, el aseguramiento universal de la salud, los modelos de salud integral, familiar y comunitaria, la base legal, los modelos hospitalarios y de demás instituciones asistenciales, las políticas de protección social, los seguros médicos y la calidad de los cuidados de salud, el sistema de educación para la salud y los datos estadísticos.

Se empleó la metodología cualitativa y cuantitativa. La información se obtuvo mediante encuestas relacionadas con las condiciones socioeconómicas, las actitudes, prácticas y creencias de las mujeres que presentan cáncer de cuello uterino en la ciudad de Quito y sus opiniones sobre a la enfermedad. Simultáneamente, se hicieron entrevistas estructuradas. Dichas entrevistas retroalimentaron las conferencias que impartieron a estas mujeres, con el fin de mejorar la educación y prevención para la salud acerca de este tipo de cáncer.

El universo de la investigación cuantitativa estuvo compuesto por las mujeres con experiencia sexual de la parroquia de Turubamba. De ellas se tomó una muestra de 143 personas, quienes llenaron dos cuestionarios para la investigación. Se aplicaron dos clases de encuestas a las mujeres, una antes de las conferencias sobre la enfermedad del cáncer de cuello uterino y otra después de haber asistido a dichas conferencias. La investigación cualitativa se basó en entrevistas a 15 personas con cáncer de cuello uterino de la ciudad de Quito. Se trata de pacientes que acuden al servicio de radioterapia de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (Solca), núcleo de Quito.

Los resultados permitieron hacer una propuesta de mejora en las políticas de salud pública y, con respecto a actividades formativas, personalizar la experiencia de la enfermedad a las mujeres involucradas y modificar la conducta de las personas que padecen este tipo de cáncer.

Palabras clave: promoción de salud, educación para la salud, prevención del cáncer de cuello uterino, conocimientos, actitudes, prácticas y creencias sobre la salud

Introducción

La instrucción del adulto es un predictor independiente e importante del comportamiento de la salud.
Lindau, Tomori, McCarville y Bennett, 2001

Antiguamente, las personas transmitían sus conocimientos y tradiciones de boca a boca, mediante la prosa, recitaciones, canciones, drama, sin que la incapacidad de leer y escribir significara ignorancia o incultura. En el siglo XXI, la alfabetización fue esencial para ganar la aceptación de los derechos legales y socioeconómicos, tanto individuales como grupales. Debido al predominio de la sociedad patriarcal, existe un mayor analfabetismo en las mujeres; además, esto predispone a la fecundidad temprana y la violencia contra la mujer.

En el Ecuador, varios problemas afligen a determinados grupos de la sociedad, generalmente, producto de la crisis económica. El 23,1 % de la población es pobre y de este grupo el 8,6 % sufre de pobreza extrema (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2017b, p. 3). La desnutrición afecta al 23,9 % de la población infantil. De hecho, el futuro no se avisa promisorio: “para el 1.º de mayo de 2017 el Producto Interno Bruto (PIB) (proyección de crecimiento en el 2017) es 1,40 %” (Centro de Estudios Fiscales, 2018, p. 3).

En relación con la crisis económica, algunos indicadores macroeconómicos que calculó el INEC para marzo de 2018 son los siguientes: la tasa de desempleo en diciembre de 2017 fue de 4,6 % a escala nacional; además, Quito es la ciudad con el mayor número de desempleados (INEC, 2018b, p.13).

El subempleo —ahora llamado tasa de empleo inadecuado—, de acuerdo con el INEC, se calcula en 38,5 %, lo que representa más de tres millones de personas subempleadas en el 2018. Según la *Revista Líderes* (2017, párr. 4), el “salario básico en el 2018 fue de 386 dólares mensuales” y el costo de la canasta familiar básica para enero del mismo año se ubicó en 712,03 dólares (Enríquez, 2018, párr. 5).

La migración, la falta de alimentación, la mala calidad de la vivienda, el difícil acceso a la salud y a la baja calidad de la educación, así como la pérdida de valores éticos y morales inciden en el incremento de la delincuencia. Todo esto conlleva a un deterioro de la situación social del país.

La investigación cuantitativa para este estudio se llevó a cabo en la parroquia de Turubamba, que está ubicada en el sur de la ciudad de Quito y en la que el proceso de urbanización se inició en las décadas de los años setenta y ochenta. Las haciendas localizadas en el sur de Quito, en el área actual de Turubamba, fueron afectadas por un fuerte proceso de urbanización. Los dueños de estas haciendas se dieron cuenta de que la parcelación de sus tierras era más rentable que seguir insistiendo en la producción agropecuaria.

Con respecto al Plan de Turubamba (1992), elaborado por el Municipio de Quito, “solo el 4 % de los barrios del área de Turubamba se originaron legalmente, mientras que el 96 % constituyen asentamientos de hecho” (Terán Parra, 2010, p. 14). Actualmente, existen 22 barrios legalizados, seis urbanizaciones aprobadas y 16 asentamientos ilegales, de los cuales ocho se encuentran en proceso de legalización dentro de esta Parroquia (Terán Parra, 2010, p. 15). Las parroquias que se formaron en la década de 1990, incluida Turubamba de Monjas, fueron habitadas por familias migrantes de diferentes provincias del Ecuador.

Los indicadores sociales son aproximaciones cuantitativas para caracterizar la vida de la población; son formas de mirar cómo, con qué nivel de calidad y por cuánto tiempo viven las personas del país. Este tipo de medidas pueden servir para evaluar tanto los resultados como el nivel de acceso a los servicios sociales. En efecto, el impacto del desarrollo social en un país se mide por los cambios en los resultados finales de los procesos emprendidos a lo largo de los años.

Los indicadores que tradicionalmente señalan estos logros son la esperanza de vida al nacer, la mortalidad infantil y la mortalidad en general. Por otra parte, el acceso a los servicios sociales —entre otros, la atención de salud y la educación— se mide a través de los denominados “indicadores de acceso”. Estos permiten obtener una imagen sobre los cambios en las condiciones de vida de la población. Es necesario aclarar que el concepto de atención primaria no se refiere en modo alguno a la oferta diferenciada de servicios de salud para personas en situación de pobreza. Al contrario, desde su concepción original los componentes del modelo de atención primaria de salud son los siguientes:

- **Extensión de la cobertura de servicios de salud y mejoramiento del ambiente.**
- **Organización y participación de la comunidad.**
- **Investigación y desarrollo de tecnologías apropiadas, lo que comprende disponibilidad y producción de insumos y equipos.**
- **Formación y utilización de recursos humanos adecuados.**

Oscar Echeverri (2016) señala que la atención primaria de salud es el suministro coordinado y continuo de servicios de alta calidad, mediante el uso eficiente de recursos humanos, orientados hacia la persona, la familia y la comunidad. Para ello, se les provee, desde el primer nivel, de servicios médicos y otros profesionales de la salud formados en medicina general, familiar o comunitaria.

En la actualidad, la “sociedad de la información” y la “sociedad del conocimiento” tienden a estar cada vez más relacionadas con las modernas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), las cuales se centran en la computadora y el Internet. Para ingresar a la sociedad de la información se requiere esencialmente democratizar su acceso. Asimismo, esta se complementa con la alfabetización y la educación básica de la población. No existe sociedad de la información sin una sociedad alfabetizada y educada para acceder, seleccionar y aprovechar la información.

De acuerdo con el artículo de *El Comercio* sobre el “Ranking de los países con Internet más rápido y el triste lugar de América Latina” (2016), el “Ecuador se ubica en el puesto 90 de

162 países de los cinco continentes”, lo que permite señalar con certeza que el país está rezagado en el uso de las TIC en las aulas.

En lo que se refiere al cáncer de cuello uterino, se trata de una enfermedad que afecta a la mujer, especialmente a las de bajos niveles socioeconómicos y tienen una instrucción deficiente. Por lo general, en estas personas se presenta una infección viral oncogénica de alto riesgo (por el virus de papiloma humano [[VPH]]), que produce el cáncer del útero al cabo de pocos años. Ello culmina en una multiplicación celular muy rápida y anárquica, que no respeta la integridad de ningún órgano adyacente y forma agrupaciones celulares que viajan por los conductos del sistema vascular, para localizarse en órganos distantes.

Como indican Domínguez et al., “anualmente hay 528.000 nuevos casos de cáncer cervical en todo el mundo, y 266.000 muertes por el virus de papiloma” (2014, p. 11). La principal causa de muerte en la mayoría de los países en vías de desarrollo se debe a las mujeres enfermas de cáncer. Existen aproximadamente 230.000 mujeres que fallecen cada año por cáncer de cuello uterino. En las regiones menos desarrolladas, esta situación ocasiona un problema en el grupo familiar, que depende en gran medida del papel fundamental de la madre para el cuidado y sustento de los niños, así como una fuente adicional de ingreso económico al hogar.

Respecto al cáncer de cuello uterino, el Registro Nacional de Tumores (RNT), de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (Solca Núcleo de Quito, 2015), señala que hubo 355 casos de mortalidad durante el periodo de 2006 a 2010 y que el promedio fue de 71 muertes al año. Este indicador demuestra que existe un incremento de la mortalidad en los últimos años debido a esta enfermedad.

En los 25 años de análisis, los indicadores epidemiológicos muestran una reducción sostenida en el tiempo; sin embargo, en lo que se refiere a la tasa de mortalidad de las mujeres con cáncer cervicouterino, se dice:

La tasa de mortalidad no ha tenido el mismo impacto, no hay una disminución significativa en los cinco periodos analizados, persistiendo la razón mortalidad/incidencia en valores altos: 48 %, es decir de cada 100 diagnósticos de cáncer invasor, se producen 48 defunciones. (Cueva y Yépez, 2014, p. 118)

Se han realizado algunos estudios sobre la prevalencia de lesiones premalignas y malignas (lesiones precancerosas) del cáncer de cuello uterino en el Ecuador. Se recomienda que, partiendo de la elevada incidencia de las lesiones y la casi nula respuesta a las campañas de prevención que ha hecho Solca en Quito, se debería implementar con carácter prioritario la educación para la salud en la población ecuatoriana.

La educación en general es considerada como un derecho humano fundamental y su consecución necesita de un esfuerzo integrado, inteligente y participativo de toda la sociedad ecuatoriana para que pueda avanzar. Por tanto, se aconseja una mejor educación en salud para aquellas mujeres que están expuestas al cáncer cervicouterino, con el fin de prevenirlo y reducir la tasa de mortalidad.

Esta investigación analizará la documentación que evidencia la poca educación en salud, en especial en mujeres de escasos recursos económicos de la parroquia Turubamba, y

realizará una propuesta para mejorar la educación para la salud y la comunicación adecuada sobre el cáncer de cuello uterino.

En este estudio, además, se trata de documentar el beneficio que tienen para las madres de familia las conferencias interactivas en educación popular comunitaria acerca del conocimiento del cáncer de cuello uterino. Con el propósito de prevenir esta enfermedad en el país, se deberían hacer estudios referentes a la educación para la salud. Se considera fundamental que las mujeres, generalmente de estratos socioeconómicos bajos de Quito, sepan cuáles son las causas de este tipo de cáncer para poder reducir el porcentaje de la mortalidad.

Un debate político con respecto a la alfabetización en salud es un debate sobre el poder y la transparencia, se trata de un derecho del ciudadano de saber acerca del origen y la composición de los alimentos que consume, las tasas de infección de los hospitales, la venta del alcohol a los menores y los niveles de contaminación, de manera que se pueda entender fácilmente las enfermedades (Kickbusch et al., 2013, p. 40).

Se espera que con este estudio las mujeres de los barrios urbanomarginales de Quito, aprendan la relevancia de conocer las causas de esta enfermedad. Ello, mediante la explicación de las reglas indispensables que hay que seguir para su prevención. De esta manera, se tratará de mejorar su nivel de vida y el del estrato familiar.



Primera parte
PARTE TEÓRICA



CAPÍTULO 1

Visión del desarrollo social y económico del Ecuador

1.1. Visión global del desarrollo social y económico

La humanidad enfrenta una situación de cambio acelerado y permanente. Los países avanzados han conseguido, merced a la evolución técnica y científica, pasar de la economía industrial a otra, fundamentada en la capacidad de aplicar el conocimiento a la creación de nuevo conocimiento y en un marco de constante innovación. Esta nueva era civilizatoria se expresa de forma rotunda en la irrupción de fenómenos interdependientes y determinantes de la dinámica económica, cultural y política de las sociedades contemporáneas.

Estos fenómenos son la globalización de la economía y la cultura, la sociedad del conocimiento y la emergencia de la ciudad-región. Como nuevo eje de la política interna y mundial, la sociedad del conocimiento tiene dos grandes protagonistas: el desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación, y las nuevas organizaciones y redes de relación entre organizaciones por las cuales dicha información circula de manera continua en todos los sectores de actividad.

En esta época, el mundo se encuentra determinado por la transnacionalización y la financiación de la economía. La polarización entre el centro y la periferia se modifican debido al manejo de los monopolios que articulan las políticas de los países centrales, para asegurar la nueva distribución de los bienes.

Después de la Segunda Guerra Mundial se crearon dos modelos económicos. El primero es el keynesiano, el cual tuvo un crecimiento sostenido con la intervención estatal que impulsó la productividad del trabajo y el crecimiento económico. El segundo modelo se originó en la década de 1970 y reemplazó a la economía con base en el capital industrial productivo por el capital financiero. Esto se conoce como la llamada globalización económica. Se trata del proceso que se caracteriza por la libre circulación de bienes y servicios, además de que crea un mercado mundial mediante la eliminación de las fronteras. Es un proceso civilizador en tanto desafía, rompe, subordina, destruye, recrea la vida y las formas sociales de trabajo, las formas de ser, pensar, actuar, sentir e imaginar.

En América Latina y el Caribe, hacia el 2014, la esperanza de vida al nacer es de 78 años para la mujer y de 72 años para el hombre, el Producto Interno Bruto per cápita (PIB per cap.) es de 10,2 y 18 dólares para la mujer y el hombre, respectivamente; finalmente, el índice de desarrollo humano es de 0,74 para la mujer y de 0,75 para el hombre (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2015, p. 223). El índice de desarrollo humano es un indicador creado con el objetivo de conocer las condiciones de vida de una región, aporta valores entre 0 y 1, siendo 0 la calificación más baja y 1 la más alta. Con estos datos se podría pensar que la situación de la región no es tan grave como en otras zonas del mundo, pero son promedios y no muestran las enormes disparidades en el interior de la región ni dentro de cada país, considerados como los de mayor inequidad a escala mundial. Es decir, la brecha entre ricos y pobres es muy grande.

1.2. Ecuador

El Ecuador está dividido en cuatro grandes regiones: Costa, Sierra, Oriente y el Archipiélago de Galápagos. Hasta mediados del siglo XX, la Sierra acogía a la mayor parte de la población, pero hoy en día en la Costa viven casi la mitad de los ecuatorianos. El Oriente es menos poblado, con un 3 % del total de los habitantes. La población del Ecuador tenía, en 2016, 16'528.730 personas; en el 2017 se incrementó a 16'776.977 personas, que se hallan distribuidas de la siguiente manera: en la Costa, 8'303.168 habitantes; en la Sierra, 7'504.942; en la región amazónica, 898.547; la región insular, 30.890, y las zonas no delimitadas, 39.430 habitantes. Para 2018, se estima que el país tendría 17'023.408 habitantes.

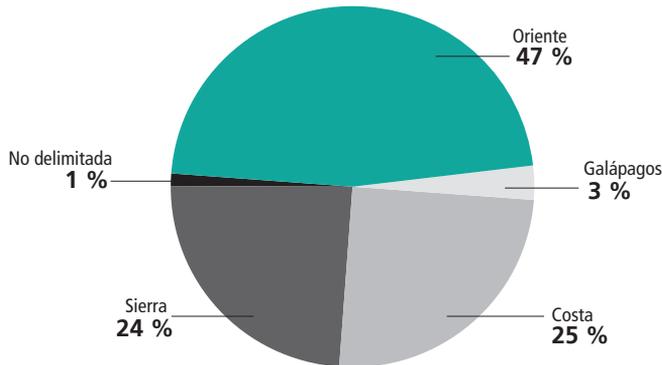
Según las proyecciones del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), para el 2020, Quito tendría 2'781.641 habitantes; Guayaquil, 2'723.665, y Cuenca, 636.996 (INEC, 2020). La población total del país en ese año sería de 17'510 643 personas (Ortiz, 19 de mayo de 2017, p. 1). Sin embargo, la tendencia actual es la reducción del número de hijos y el envejecimiento de la población. "En el año 2025, la población ecuatoriana superará el 10% de adultos mayores con lo cual estará entre los países considerados con una población envejecida" (Paredes, 2016, párr. 9).

En el Ecuador, en 2012, del total de mujeres casadas y en unión libre, de entre 15 y 49 años de edad, el 3 % se declaró sin hijos y el 52,4 %, con tres o más hijos. La tasa de natalidad fue de 25 % y la de fecundidad fue de casi 3 hijos por mujer (INEC, 2015). En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición-Ecuador (Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2013) se señala que los problemas de los niños y niñas menores de cinco años son preocupantes; la anemia asciende a 25,7 %. En general, las mejoras que se observan en relación con la desnutrición son modestas en relación con la deficiencia de hierro, de vitamina A y de zinc; sin embargo, persiste esta deficiencia de estos micronutrientes en muchos niños. En síntesis, en el Ecuador se prevé para el 2020 un crecimiento anual de alrededor del 0,69 % del producto interno bruto (Banco Central del Ecuador, 2020). Sin embargo, la desigualdad marca los indicadores sociales como se puede evidenciar con el empleo infantil y adolescente que va del 3,9 % en el 2001 al 5 % en el 2016 (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Unicef], 2015, pp. 31-35).

1.2.1. Situación geográfica del Ecuador

El Ecuador está localizado en la costa noroccidental de América del Sur, con una extensión territorial de 256.370 km². Políticamente está conformado por 24 provincias, las cuales se dividen, a su vez, en 226 cantones y estos se organizan en parroquias rurales y urbanas. Limita al norte con Colombia; al sur y al este con Perú, al oeste con el océano Pacífico. La capital de la República del Ecuador es Quito.

Figura 1.1 Porcentaje de distribución por superficie en km² del Ecuador por regiones 2010



Fuente: Villacís, Carrillo (2012). Población, superficie (km²), densidad poblacional a nivel parroquial.
Tomado de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/informacion-censal-cantonal>

El 80 % de la población está expuesta a eventos de carácter sísmico debido a 52 fuentes sísmogénicas. La cordillera de los Andes atraviesa el país, además existe un territorio insular netamente volcánico. En el Ecuador existen 72 volcanes con algún factor de riesgo, de estos, al menos 13 con alto riesgo para la población.

La flora de Ecuador abarca entre 20.000 y 25.000 especies de plantas vasculares (plantas con flores, helechos y coníferas), que representan el 10 % del total en el mundo. Existen cerca de 2700 especies de orquídeas, las cuales constituyen el 11 % a escala mundial. La fauna también es grande. Se compone de 706 especies de peces, de más de 400 variedades de anfibios, ocupando el cuarto lugar en el planeta; además, incluye 400 especies de reptiles, 320 variedades de mamíferos y más de 1550 especies de aves, lo que equivale al 8 % del total en el mundo.

1.2.2. Aspectos demográficos

En 2017 Ecuador tenía 16'776.977 habitantes (Ortiz, 19 de mayo de 2017, p. 1). La mayoría de la población vive en zonas urbanas, con una densidad poblacional de 49,4 personas por km². La distribución poblacional no es homogénea y se encuentra concentrada en los polos de desarrollo de las principales provincias. En la Costa, la población se concentra en la provincia del Guayas; en la Sierra en la provincia de Pichincha.

El Ecuador es un país multicultural y multiétnico. La Dirección Nacional de Salud (DNS) de los pueblos indígenas señala que el 6 % de la población se considera indígena; el 5 % afroecuatoriana; el 78 % mestiza, y el 11 % blanca. Los indígenas se concentran en su mayoría en las provincias de Chimborazo (70 %), Cotopaxi (60 %), Imbabura (45 %), Bolívar (40 %) y Tungurahua (28 %).

De acuerdo a Méndez (2007), la Tasa Global de Fecundidad (TGF) en el periodo 2000-2010 disminuyó de 3,74 a 2,6 hijos por mujer en 1990. Para el 2018, la TGF fue de 2,43 hijos por mujer, por lo que la mayor reducción prevista para la fecundidad contribuirá a que se atenúe el ritmo de aumento de la población. Sin embargo, las adolescentes pobres tienen más probabilidades de ser madres antes de los 20 años, y la fecundidad adolescente no ha disminuido como en el resto de los grupos etarios.

La morbilidad entre niñas, niños y adolescentes coexiste con los problemas de infección, desnutrición, malformaciones congénitas, alergias, accidentes y violencia. La incidencia del VIH/SIDA en esta parte de la población y en familias afectadas está incrementándose en el país. La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses es insuficiente. La anemia por déficit de hierro afecta a más de la mitad de las mujeres embarazadas y a los niños y niñas.

En el Ecuador, de acuerdo con las *Estadísticas Vitales* del INEC (2016, p. 28), la tasa de mortalidad en la niñez disminuyó gradualmente de 21,8 muertes infantiles en 1990 a 9,1 en el 2016 (por cada 1.000 nacidos vivos de menos de 5 años de edad). Según un estudio del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (Abou-Zahra y Boerma, 2010), la mayoría de los niños que mueren son aquellos que no han cumplido un mes de nacidos. Esta situación se debe, entre otros aspectos, a problemas de desnutrición, falta de acceso a servicios básicos, de salud, y a la educación de la madre.

Según datos del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2015, p. 10) en el Ecuador se atendieron 151.528 partos, de los cuales 4.487 fueron complicados. Se hicieron 51.704 cesáreas; es decir: el 34 % del total de los embarazos. Se debe mencionar que la tasa de cesáreas que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda a escala mundial desde el año 1985 es de 10 % a 15 %. La mortalidad femenina en 2015 fue de 29.213 casos y se da principalmente en mujeres jóvenes y adolescentes.

La alta tasa de mortalidad materna entre mujeres jóvenes y adolescentes tiene que ver con los riesgos físicos del embarazo y están marcados por la discriminación familiar, de la educación, salud. No se cumplieron las metas de reducción de la mortalidad materna que están establecidas dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (Organización de las Naciones Unidas, 2015).

1.2.3. Características sociales

Las cifras de las provincias con los porcentajes más altos de analfabetismo de las mujeres rurales-indígenas corresponden a Chimborazo, Imbabura, Cotopaxi y Cañar. De acuerdo con la CEPAL, las categorías de escolaridad en las edades de 25 a 65 años en el Ecuador son de 7,79 años de estudios para la clase desfavorecida; de 9,46 para los estratos medios, y de 12,52 para los estratos acomodados (Centro de Desarrollo de la Organización para la

Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2011, p. 130). A esto se suma el maltrato infantil, la violencia intrafamiliar y de género, el abuso, la explotación sexual, la pornografía infantil y la trata de niñas, niños y adolescentes. Dichos problemas se mantienen en altos niveles.

La Asociación de Municipalidades Ecuatorianas (AME), el Consorcio de Gobiernos Autónomos Provinciales del Ecuador (Congope), las Juntas Parroquiales y algunos Gobiernos locales se han incorporado a la construcción de procesos orientados a garantizar el derecho a la salud en Quito. El Programa Ampliado de Inmunizaciones cubrió a más del 90 % de la población en la última década. Los logros destacados son ocho años sin sarampión y 15 sin poliomielitis, pero aparecieron nuevos casos de sarampión y otras enfermedades en la Costa que requieren atención inmediata de las autoridades de salud.

En cuanto a la desnutrición infantil, el Ministerio de Salud Pública señala en su informe (de junio del 2019) la existencia de 440 casos de desnutrición aguda, el 79,32 % son moderados y el 20,68 %, críticos. Esmeraldas enfrenta la mayor cantidad con 66; le siguen Guayas, Manabí, Cotopaxi y Pichincha con 59, 50, 49 y 38, respectivamente. Por su parte, Unicef refiere que uno de cada cuatro niños menores de 5 años (165 millones de niños en 2011) sufre desnutrición crónica a escala mundial.

Por consiguiente, surge la siguiente pregunta: ¿cómo pueden las madres educar a sus hijos en las condiciones en las que viven, si ellas mismas presentan desnutrición? En las provincias en las que existen asentamientos de población indígena, como Chimborazo, Cotopaxi, Imbabura, Bolívar y Tungurahua, la desnutrición crónica afecta al 40,1 % de la población de menores de edad, igual que en Zamora Chinchipe, en la Amazonía. En estos casos, los niños son más afectados que las niñas (Velasco, 2013, pp. 47-49).

Se requiere incrementar el esfuerzo orientado hacia el mejoramiento del acceso a los programas de control prenatal, atención del parto y del recién nacido, con énfasis en poblaciones rurales y urbanomarginales. A la desnutrición e infecciones se le sumó el aumento de malformaciones congénitas como causa de mortalidad. No obstante, a pesar de estos problemas de salud pública, la mortalidad infantil se ha reducido en los últimos años a pequeña escala, aunque sigue siendo alta con respecto a otros países.

1.2.4. Aspectos económicos

La proyección de crecimiento del Producto Interno Bruto per cap. para el 2019 fue apenas en un 2 % (Banco Central del Ecuador, 2018, p. 10). La inflación mensual para enero del mismo año se calculó en 0,19 %, lo que permitió en parte, la recuperación de los salarios reales (INEC, 2019a, p. 6). El presupuesto fiscal de 2016 del sector salud, que incluye al MSP, al IESS y a otras instituciones, se aprobó con 289'267.260 dólares (Ministerio de Finanzas, 2016, p. 164). En este año se creó el Fondo de Solidaridad para el desarrollo humano aplicado a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Tabla 1.1 Empleo, desempleo y subempleo en el Ecuador (2014-2015)

Ítems	Septiembre 2014	Septiembre 2015
Población con empleo	6'866.776	7'274.221
Empleo adecuado	3'429.851	3'495.965
Empleo inadecuado	3'429.851	3'739.505
Otro empleo inadecuado	1'980.199	1'961.901
Empleo no remunerado	555.947	655.616
Subempleo	893.705	1'121.988
Desempleo	278.421	325.496
Tasa de empleo adecuado	47,78 %	46,00 %
Tasa de empleo inadecuado	48,00 %	49,21 %
Tasa de desempleo	3,90 %	4,28 %
Tasa de desempleo urbano	4,66 %	5,48 %
Tasa de empleo inadecuado urbano	37,28 %	39,42 %
Empleados privados	90,46 %	90,14 %
Empleados públicos	9,54 %	9,86 %

Adaptado de: INEC (2015, p. 13).

Según la publicación de prensa, "Algunas cifras de los diez años", el nuevo Gobierno heredó 2081 millones de dólares de déficit, cifra que se refleja en el incremento de la deuda pública interna y en el exterior por 13.492,4 millones de dólares; es decir: el 28,8 % del PIB. Este aumentó a 40,2 % en marzo de 2017, lo cual, cuantificado, da 40.465,2 millones de dólares. Una parte de esos fondos sirvieron para el incremento de los empleados públicos, que en el año 2007 fue de 457.469 personas, mientras que en 2017 aumentó a 672.420.

En términos nominales, el salario mínimo vital pasó de 375 dólares en 2017 a 386 dólares en el 2018 (Ortiz, 19 de mayo de 2017, p. 1) y, para el 2019 el salario básico unificado es de 394 dólares. Por consiguiente, este salario apenas alcanza para cubrir alrededor del 50 % de las necesidades básicas del hogar, tales como alimentación, vestuario, vivienda, educación, salud, recreación, entre otras (Revista Líderes, 5 de agosto de 2019, p 23).

Se define como pobreza a "aquellos hogares cuyo consumo por persona es inferior a la línea constituida por el valor monetario de una canasta básica de bienes y servicios", según la Encuesta de Condiciones de Vida (INEC, 2007), la tasa de desempleo registra un aumento en 0,2 puntos porcentuales en los hombres y aumenta en 0,6 puntos porcentuales para las mujeres. Entre septiembre de 2014 y septiembre de 2015, la tasa de desempleo no presenta variación estadísticamente significativa a nivel nacional, en cambio, "la tasa de empleo adecuado disminuye en 1,8 puntos, esta diferencia sí es estadísticamente significativa" (INEC, 2015c).

En este contexto, el presidente Lenin Moreno recibe una tarea desafiante según la periodista Adriana Bucheli, quién en una nota de prensa que recoge una serie de opiniones de expertos, señala que se debe procurar exportar más e importar menos, atraer a la inversión extranjera mientras se hace eficiente el ahorro; además, debe mejorar la intermediación financiera con el apoyo a las empresas de la economía popular y solidaria; y, finalmente, continuar con los acuerdos comerciales que están avanzando con miras al acceso a nuevos mercados (2017, párr. 12).

Partiendo de la Encuesta de Empleo, Desempleo y Subempleo (INEC, 2015d), en el Ecuador en septiembre de 2014 y 2015, se estipula que, ante la disminución de los recursos para el Estado por la baja del precio del petróleo, “si queremos lanzar una estrategia de la sociedad del conocimiento, la reforma educativa debe ser analizada de manera específica”, y añade que “hay que conversar sobre el marco institucional y redefinirlo para discutir temas como la eficiencia, la productividad, a quién se le encarga qué y cuáles son las políticas necesarias” (Bucheli, 2017, párr. 19).

Enríquez, del diario *El Comercio*, informa que “cuatro sectores tuvieron menos demanda laboral” (2016), según datos del Banco Central y a una encuesta realizada en 983 empresas de las áreas industriales, servicios, construcción y comercio en el año 2015. En el mismo artículo periodístico, José Hidalgo, director general de la Corporación de Estudios para el Desarrollo (CORDES), dijo que el sector del comercio fue uno de los más afectados en crecimiento. Además, Patricio Alarcón, presidente de la Cámara de Comercio de Quito (CCQ), aseguró que la época navideña no reactivó al sector comercial del país y Henry Yandún, presidente de la Cámara de la Construcción (CAMICON), mencionó que no solo se dejó de contratar, sino que hay despidos de los trabajadores (Enríquez, 2016, p. A1).

1.2.5. Ecuador y los objetivos de desarrollo sostenible, 2015-2030

Con el fin de cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU, el INEC, en coordinación con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), ha definido algunos parámetros y variables (Organización de las Naciones Unidas, 2015). Para ello ha relacionado la información actualizada que se resume a continuación:

- Fin de la pobreza: para el 2030 se busca erradicar la pobreza extrema, la cual se mide por un ingreso diario menor de 1,25 dólares. El índice de la pobreza extrema se ha incrementado de 5,2 % en 2015 a 5,4 % en 2016.
- Hambre cero: poner fin a todas las formas de malnutrición; el objetivo es que en 2025 se logren las metas con respecto al retraso del crecimiento de niños menores de 5 años y abordar las necesidades de nutrición de los adolescentes, lactantes y personas de la tercera edad. Para 2012, el índice nutricional general fue de 25,3 % y para 2014, de 23,9 % (INEC, 2015a, p. 241).
- Salud y bienestar: reducir la tasa de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. Para 2015 la mortalidad materna fue de 44,58, aunque faltó recuperar subregistros y homologar los cálculos con base en reglas internacionales.

- Educación de calidad: para 2030, velar por que todas las niñas y niños terminen los ciclos de enseñanza primaria y secundaria, que ha de ser gratuita, equitativa y de calidad, con el objeto de que se den resultados escolares pertinentes y eficaces. Por ejemplo, 41 % de la población escolar femenina ha terminado la primaria y la secundaria durante el ciclo 2015-2016; en el caso de la población escolar masculina, la cifra es de 44 %.
- Igualdad de género: reconocer y valorar el trabajo doméstico y de cuidado no remunerados, mediante el aprovisionamiento —como prioridad nacional— de servicios públicos, infraestructura, políticas de protección social y la promoción de responsabilidad compartida dentro del hogar y de la familia. En efecto, el 14,39 % de las personas de 12 años y más se dedicaron al trabajo doméstico y a los cuidados no remunerados en el país durante 2012. Esta cifra se mide por la cantidad de tiempo a la dedicación de estos oficios.
- Agua limpia, saneamiento y energía no contaminante: este objetivo tiene que ver con la labor de las autoridades de los Consejos Provinciales y Alcaldes, que son diferentes con respecto de las ciudades de Quito, Guayaquil, Cuenca y sus provincias. Por ello, será necesario crear parámetros de medición equiparables. El balance energético nacional (que incluye el consumo propio) es de 11,7 %, del cual el 7,3 % proviene de la electricidad; 2 %, de la leña, y 2,4 %, de la caña de azúcar.
- Trabajo decente y crecimiento económico: promover el crecimiento económico sostenido, el empleo pleno, productivo y el trabajo decente para todos. El indicador es la tasa de crecimiento anual del PIB real per cápita. En los últimos años ha fluctuado: -1,4 % anual en 2015 y 3,0 % anual en 2016. Para 2018 se proyectó en 2 %.
- Reducción de la desigualdad: para 2030, potenciar y fomentar la inclusión social, económica y política de la gente, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión y situación económica. Para medirlo, se tomará en cuenta la proporción de aquellos que viven por debajo del 50 % de la mediana de los ingresos. Esta se desglosa por edad, sexo y personas con discapacidad, que a diciembre de 2016 fue de 19,0 %.
- Para 2030, reducir de manera significativa las corrientes financieras y de armas ilícitas, fortalecer la recuperación y devolución de bienes robados y luchar contra todas las formas de delincuencia organizada. Es necesario fortalecer el plan de vacunación, los programas de prevención de riesgos, asegurar el acceso a la atención de salud y a los medicamentos, fomentar la salud mental, poner fin a las epidemias, el sida, la tuberculosis, el dengue y el zika.

Con el fin de cumplir estas metas, es preciso alcanzar un desarrollo adecuado de la medicina familiar y de la atención primaria dentro de las estructuras académicas de las Facultades y Escuelas de Medicina de las Universidades. Un análisis reflexivo debería tener como marco de referencia el que, para cumplir las metas propuestas, se requiere un médico que no solo posea habilidades en la práctica en el primer nivel de atención, sino que vea la Atención Primaria de Salud (APS) como un concepto integral, el cual incluya acciones comunitarias con un enfoque interdisciplinario e interprofesional y que esté integrado a un equipo de trabajo.

1.3. Distrito Metropolitano de Quito

La población del Distrito Metropolitano de Quito es de 2'239.191 habitantes: 1'150.800 (51,37 %) son mujeres y 1'088.811 (48,63 %) son hombres. Partiendo del último Censo de Población y Vivienda del 2010 realizado por el INEC, la población urbana de este Distrito asciende a 72 %, es decir, 1'619.146 habitantes, y la población en áreas rurales, a 28 %, con un total de 620.045 personas. Para el año 2020 se estima que el DMQ tendrá 2'781.641 habitantes.

La población de la ciudad de Quito, capital del Ecuador, es diversa. Posee un marcado aspecto indígena-europeo porque en la época colonial existían otras razas como europeos, negros, indígenas, además de tener matices extranjeros, debido al constante incremento de residentes de todo el mundo. Es una ciudad muy diversa y cosmopolita. El carácter del quiteño sintetiza al ecuatoriano común. Esta es una persona amable, educada, fraternal y, sobre todo, muy humana.

En el sur de Quito se encuentra la parroquia de Chillogallo, una de las más grandes de la capital; los negocios ofrecen todo tipo de servicios. Aquí se ubican los parques industriales, la estación de trenes de Chimbacalle y el centro comercial más grande del país; las zonas verdes y los parques urbanos más extensos de la ciudad, como el parque Las Cuadras, de 24 hectáreas; el Parque Metropolitano del Sur, de 672 hectáreas. En el centro de la urbe, las calles son estrechas, es el sitio donde nació la ciudad en sus albores. Este hermoso espacio urbano de la época colonial es considerado como "la joya de la corona" con sus iglesias, conventos, museos y el Palacio de Carondelet.

De acuerdo con los cálculos del INEC, las estadísticas económicas reflejan que el empleo y el desempleo en Quito se determinan así: para el mes de marzo de 2016, la tasa de empleo adecuado era de 40 %. Los jóvenes, a pesar de que tienen altos niveles educativos, son los más afectados por el desempleo, cuya tasa era de 7,8 % en abril del mismo año (INEC, 2017a, pp. 15, 24). Así, se observa que en Quito no se ha creado suficientes fuentes de trabajo.

Con base en el Plan Metropolitano de Desarrollo 2012-2022, el DMQ concentra: el 65 % de las fábricas existentes en el país; el 31 % de las firmas registradas en la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros (SUPERCIA) a escala nacional; el 42 % del patrimonio productivo; el 45% de los empleados y el 41 % de los ingresos empresariales.

La actividad económica de Quito es variada. La mayor parte se concentra en la industria automotriz, en la construcción, es la primera exportadora nacional de flores, madera, productos no tradicionales, como el palmito, espárragos y otros provenientes de sus valles y del mismo Distrito. El turismo es lo que más atrae a la ciudad. La administración de la urbe se ejerce a través del Cabildo Quiteño, integrado por quince concejales y dirigido por el alcalde metropolitano.

Tabla 1.2 Indicadores económicos del Distrito Metropolitano de Quito y de la ciudad de Quito

Población del Distrito Metropolitano de Quito (habitantes)	PIB del DMQ en 2012 (mil millones de dólares) a precios corrientes	PIB del DMQ en 2012 (mil millones de dólares) a precios constantes	Tasa anual del crecimiento demográfico en 2010	Población de la ciudad de Quito (personas)	PIB por habitante (dólares)
2'239191*	17,93	13,16	2,05 %	1'619.146	7721

* Cifra que corresponde a la población del DMQ tomado de: Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Pichincha (2017).

Tabla adaptada de El Telégrafo (febrero de 2014).

Por otra parte, el Concejo Metropolitano de Quito tiene a su cargo las funciones de orden urbanístico, promoción cultural, prestación de servicios públicos, las disposiciones tributarias, la reglamentación del transporte público y privado, el uso de los bienes públicos, la aprobación del presupuesto de la ciudad, la fijación de los límites urbanos, distritales y parroquiales, entre otras. Tanto la ciudad como el distrito están divididos en administraciones zonales. Para 2015 había ocho zonas distritales en todo el Distrito Metropolitano: La Delicia, Calderón, Eugenio Espejo, Manuela Sáenz, Eloy Alfaro, Tumbaco, Valle de los Chillos y Quitumbe. Estas se dividen en 32 parroquias urbanas más 33 rurales y suburbanas.

Por otro lado, la tasa de mortalidad infantil ha tenido un descenso en el Ecuador. En el año 2013, en la Provincia de Pichincha, fue de 10,87 % de los nacidos vivos; en el año 2015 a nivel nacional fue de 8,85. En 2013, a su vez, la mortalidad materna en Ecuador fue de 45,7 y descendió a 44,58 en el 2015 (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2015c, p. 85).

Una defunción materna según (CIE-10 vol. 2, pp. 147-148), se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo, o su atención pero no por causas accidentales y incidentales.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, vol 2, pp. 147-148), una defunción materna oportuna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada, o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo. La mortalidad infantil disminuye si la madre tiene una mejor educación. Por consiguiente, se destaca el hecho de que en la mortalidad de 0 a 4 años el diferencial es seis veces mayor entre las madres que no tienen ninguna instrucción y las que tienen un nivel superior o posgrado.

Figura 1.2 Mapa político de la ciudad de Quito por parroquias



Fuente: Municipio del Distrito Metropolitano de Quito.

Quito fue la primera ciudad declarada, junto con Cracovia, en Polonia, como Patrimonio Cultural de la Humanidad por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco) el 8 de septiembre de 1978. En 2008 fue nombrada sede de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR).

La parroquia de Turubamba, anteriormente denominada Turubamba de Monjas, está ubicada en el sur de la capital. La atraviesan las vías Panamericana Sur y Mariscal Sucre, principales accesos desde el sur del país hacia la ciudad; la extensión de la zona va de oriente a occidente. Esta área ha sido declarada por la administración zonal como zona de expansión. Gran parte de la población se encuentra a lo largo de ambas vías, en su mayoría en el lado occidental, que tiene mejor topografía y es en donde vive la gente de menos recursos económicos.