

Hoja Resumen

sobre

Desigualdades en salud

Febrero, 2002

Ecuador

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	2
ALGUNAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	3
CAPACIDAD DE USO	4
AFILIACIÓN	4
ESTADO DE SALUD	7
ENFERMEDAD O ACCIDENTE DECLARADO	7
UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	9
ATENCIÓN EN SALUD	9
CONSULTA PREVENTIVA	12
REALIZACIÓN DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU	14
NOTA TÉCNICA Y COMENTARIOS	17
ANEXO: TAMAÑOS MUESTRALES	19



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

División de Salud y Desarrollo Humano
Programa de Políticas Públicas y Salud

Introducción

Esta serie de *Hojas-Resumen sobre Desigualdades en Salud* es producida por el Programa de Políticas Públicas y Salud de la División de Salud y Desarrollo Humano de la Organización Panamericana de la Salud, utilizando datos de encuestas de hogares de algunos países de la Región. La producción de las hojas-resumen se hace bajo la coordinación técnica del doctor Norberto Dachs, Asesor Regional en Estadísticas de Salud del Programa. El trabajo ha sido realizado por la Profesora, doctora Carmen Elisa Florez y el Señor Oskar Nupia del Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico de la Universidad de los Andes, Santé de Bogotá, Colombia.

Una de las principales utilidades de estas hojas-resumen es mostrar la potencialidad de este tipo de fuente de datos para estudiar las desigualdades en salud, de acuerdo a ciertos criterios distribucionales. La elección de cuáles variables presentar depende de cada encuesta en particular. Sin embargo, se procura abarcar por lo menos una de cada una de las dimensiones de estado de salud, acceso y utilización de servicios de atención de salud. Cuando es posible, se relaciona la utilización de servicios de atención de salud con la necesidad de atención.

Las *Hojas-Resumen* presentan una breve descripción de cada variable estudiada, las gráficas y datos utilizados, con un comentario sintético sobre los mismos. Al final, en la Nota técnica y comentarios, se presentan algunas indicaciones de los procedimientos metodológicos utilizados para el estudio, incluyendo posibles interpretaciones sobre los resultados, sin ningún componente inferencial.

Esta *Hoja-Resumen* correspondiente a Ecuador ha sido producida utilizando los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida, Tercera Ronda, de 1998, la cual hace parte del programa de Encuestas MECOVI (Mejoramiento de Encuestas de Condiciones de Vida) del Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial, CEPAL y OPS. El anexo contiene información sobre los tamaños muestrales de dicha encuesta para las variables utilizadas. Para mayores informaciones sobre esta y otras encuestas de hogares realizadas en América Latina y el Caribe y que contienen algún módulo de salud, puede consultarse la base de datos de encuestas del Programa, disponible en Internet en:

<http://www.paho.org/spanish/hdp/asp/encuestas.asp>

César Vieira
Coordinador
Programa de Políticas Públicas y Salud

División de Salud y Desarrollo Humano

Para mayores informaciones sobre esta serie de hojas-resumen de desigualdades favor dirigirse a:

Dr. Norberto Dachs
Programa de Políticas Públicas y Salud
División de Salud y Desarrollo Humano
Organización Panamericana de la Salud
525 - 23rd Street, N.W.
Washington, DC, 20037

Algunas características sociodemográficas

Ecuador está situada en el noroeste de Sudamérica, limita al norte con Colombia, al este y sur con Perú, y al oeste con el océano Pacífico. El país, uno de los más pequeños de la región, tiene una superficie de 270.670 km², y está dividido en cuatro regiones geográficas: la Costa, que comprende poco más de la cuarta parte del país; la Sierra, región montañosa; el Oriente o región Amazónica, al este de los Andes, y la región Insular, integrada por las islas Galápagos. Ecuador contaba, en 1997, con una población de 11.9 millones de habitantes, una tasa de crecimiento poblacional promedio de 2% anual, y una densidad de 44 hab/km². La distribución espacial de la población muestra una concentración en las regiones Sierra y Costa: el 47% vive en la región de la Sierra y el 49% en la de la Costa; el resto de la población se reparte entre la región Amazónica y las islas Galápagos. Aproximadamente el 60% de la población vive en los centros urbanos. La población del Ecuador está compuesta por un 52% de indígenas (principalmente quechuas) y un 40% de mestizos; el 8% restante lo componen principalmente descendientes de españoles y de africanos.

A nivel mundial, Ecuador está clasificado como un país de un índice de desarrollo humano mediano. Aunque los niveles de ingreso promedio de la población ecuatoriana han mejorado, y la incidencia de la pobreza ha disminuido, las inequidades en la distribución del ingreso han mostrado un empeoramiento. Según el último Informe de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, en 1995 el 52% de la población ecuatoriana vivía con menos de US \$2 diarios; y según el informe de la CEPAL Panorama Social 1999-2000, el 56% de la población urbana estaba, en 1997, bajo la línea de pobreza, y el 22% estaba bajo la línea de indigencia del país. En cuanto a distribución del ingreso, en 1997, el 25% más pobre de los hogares urbanos recibía el 8.5% del ingreso, mientras el 10% más rico recibía el 32% del ingreso. El 70% de los hogares urbanos tenía un ingreso menor que el promedio.

Las desigualdades en la distribución del ingreso están asociadas a desigualdades en diversos factores socioeconómicos que representan condiciones de vida muy diferentes. Por ejemplo, aunque el nivel de urbanización a nivel nacional es de 58.3%, este indicador aumenta significativamente con el nivel de gasto: es tan solo de 24% en el quintil inferior pero llega a 91% en el quintil superior de la distribución del gasto.

Cuadro 1. Algunas características sociodemográficas según quintil de gasto, Ecuador 1998

Variable	Quintil de gasto					Total
	1.0	2.0	3.0	4.0	5.0	
Población Urbana (%)	24.0	49.4	70.1	78.3	91.3	58.3
<u>Población según grupos de edad (%)</u>						
0-14	45.6	39.1	35.3	30.1	25.6	36.4
15-49	41.1	47.6	51.6	57.5	56.5	49.8
50 y mas	13.3	13.3	13.1	12.4	17.9	13.8
Total						
<u>Promedio de años de educación mayores de 14 años</u>						
Hombres	5.4	6.5	7.7	8.9	11.3	7.8
Mujeres	5.3	6.6	7.5	8.8	10.7	7.8
Total	5.4	6.5	7.6	8.9	11.0	7.8
Hogares con jefatura femenina (%)	16.9	17.6	19.4	16.9	23.3	18.8
<u>Origen y disponibilidad del agua (% de hogares)</u>						
Red pública	27.8	45.5	57.9	68.4	87.3	57.3
Llave dentro de la vivienda	11.4	25.7	40.9	60.6	83.0	44.3
Hogares con alcantarillado (%)	12.0	28.2	37.4	53.2	78.4	41.8
Hogares con energía eléctrica (%)	78.4	90.3	95.9	98.5	99.4	92.5

Fuente: Ecuador, LSMS 1998

Como la mayoría de los países de la región Latinoamericana, Ecuador ha vivido el proceso de transición demográfica, el cual se refleja en su estructura de edades: existe un descenso en la importancia de las edades jóvenes (menores de 15 años) y un aumento creciente de la importancia de la población adulta mayor. Este proceso generalmente se ha dado primero en los niveles socioeconómicos altos dispersándose luego a los niveles bajos. Este comportamiento diferencial por nivel socioeconómico lleva a que observemos una población más joven en los estratos socioeconómicos bajos, y una tendencia al envejecimiento a medida que aumenta el nivel socioeconómico. Además de ser consecuencia de distintos comportamientos en los patrones de fecundidad y mortalidad, estas diferencias en la estructura de edad por nivel socioeconómico implican demandas también diferenciadas, especialmente en los servicios de salud y educación.

Los niveles de escolaridad, como generalmente se observa, están estrechamente relacionados con el nivel socioeconómico: el promedio de años de educación de la población adulta, mayor de 14 años, del primer quintil de gasto es de 5.4 años, llegando a 11 años en el quintil superior. Hombres y mujeres tienen niveles de educación muy similares en todos los quintiles de gasto, aunque en el quintil superior el número de años de educación de los hombres tiende a ser levemente mayor al de las mujeres.

Menos de la quinta parte, 18.8%, de los hogares tienen por jefe a una mujer. Sin embargo, contrario a la tendencia general, parece existir una asociación negativa entre jefatura femenina y pobreza: el 16.9% de los hogares del quintil inferior de gasto tienen una mujer como jefe, mientras ese porcentaje aumenta con el quintil, hasta llegar a 23.3% en el quintil superior de la distribución.

Las condiciones de acceso a servicios públicos son altamente diferenciales según quintil de gasto. Alrededor del 57% de los hogares obtienen el agua de la red pública, y un 44% cuentan con una llave dentro de la vivienda. Sin embargo, estas condiciones prevalecen en tan sólo el 27.8% y 11.4%, respectivamente, de los hogares del primer quintil, mientras es 87.3% y 83% en los hogares del quintil superior. Las diferencias según quintil en el acceso a alcantarillado son también acentuadas: el 78.4% de los

hogares del quintil superior viven en viviendas que cuentan con alcantarillado, mientras que en el primer quintil el porcentaje de los hogares con este servicio es de tan solo 12%. El acceso a energía eléctrica, es también diferencial, aunque de manera menos marcada: el 78.4% de los hogares del primer quintil tienen este servicio, mientras es casi universal, 99.4%, en el quintil superior.

Capacidad de uso

Afiliación

La pregunta a la cual corresponde este análisis es la número 49 de la sección 3, Parte D Seguros y Gastos en Salud, para todas las personas del hogar: *¿Está... afiliado o cubierto por: 1) Seguro de salud privado, 2) IESS, Seguro General, 3) IESS, Seguro Campesino, 4) Seguros ISSFA o ISSPOL, 5) Ninguno?* Las cuatro primeras categorías se consideraron como afiliado al sistema de salud. Se presentan y grafican porcentajes de afiliación por quintiles de gasto¹, para hombres, mujeres, y total, según grupos de edad (0-14, 15-49, y 50 y más) y área de residencia.

Los resultados muestran que menos de la cuarta parte (23%) de la población tiene afiliación a salud. Los porcentajes de afiliación tienden a aumentar con la edad entre los hombres, mientras que en las mujeres la afiliación tiende a ser mayor en el grupo de menores de 15 años en los quintiles bajos de la distribución del gasto y mayor en el grupo de mayor edad (50+ años) en los quintiles superiores. La afiliación, tanto para hombres como para mujeres, tiende a aumentar con el quintil de gasto en los grupos de edad 15-49, y 50+ años. Sin embargo, los porcentajes de afiliación en el grupo de edad menores de 15 años, tanto para hombres como para mujeres, tiende a disminuir con el nivel socioeconómico hasta el cuarto quintil, para luego aumentar significativamente en el quintil superior de la distribución. Estos comportamientos por edad llevan a que las diferencias según los extremos de la distribución del gasto sean mayores en los grupos adultos (15-49 y 50+ años), en ambos sexos: entre los hombres de 15-49 años (50+ años), el porcentaje de afiliados del quintil superior del gasto es 2.5 (2.4) veces el porcentaje

del quintil inferior de la distribución; y en las mujeres esta razón es de 2.3 (2.2). Por el contrario, las menores diferencias por nivel socioeconómico se dan en el grupo de menor edad, especialmente en las mujeres, en las cuales la razón del porcentaje de afiliación entre el quintil superior y el inferior es de 1.1.

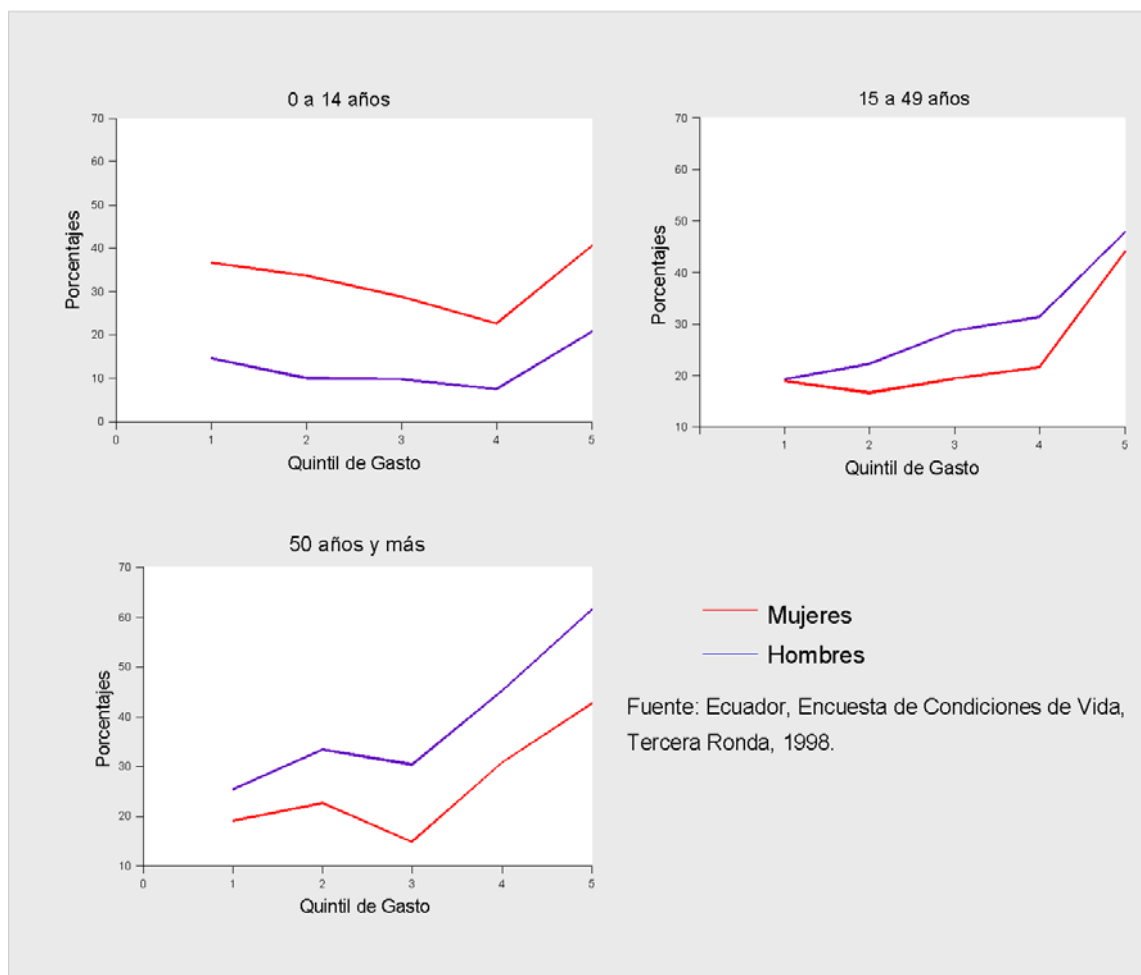
Según área de residencia, el porcentaje de afiliación tanto en hombres como en mujeres es mayor en las zonas urbanas que en las rurales solamente en los dos quintiles superiores de la distribución del gasto, y especialmente en el quintil superior. Esto lleva a que en promedio, la afiliación sea superior en las zonas rurales (25%) que en

Cuadro 2. Afiliación en salud según sexo y grupo de edad por quintil de gasto, Ecuador 1998

Quintiles de gasto	Ambos sexos				Hombres				Mujeres			
	0-14	15-49	50+	Total	0-14	15-49	50+	Total	0-14	15-49	50+	Total
1	15.3%	19.1%	22.2%	17.8%	14.7%	19.3%	25.4%	17.9%	36.6%	18.9%	19.2%	17.6%
2	11.5%	19.4%	27.8%	17.4%	10.0%	22.2%	33.4%	18.7%	33.7%	16.6%	22.8%	16.1%
3	9.5%	24.0%	22.2%	18.7%	9.9%	28.7%	30.3%	22.3%	28.9%	19.4%	14.8%	15.2%
4	6.5%	26.2%	38.2%	21.8%	7.5%	31.4%	45.3%	25.7%	22.7%	21.6%	30.8%	18.0%
5	20.9%	45.9%	51.7%	40.5%	20.8%	47.8%	61.6%	43.1%	40.6%	44.1%	42.7%	38.2%
Promedio	12.7%	26.9%	32.4%	23.2%	12.6%	29.9%	39.2%	25.6%	32.5%	24.1%	26.0%	21.0%
Razon Q5/Q1	1.4	2.4	2.3	2.3	1.4	2.5	2.4	2.4	1.1	2.3	2.2	2.2

Fuente: Ecuador, Encuesta de Condiciones de Vida, Tercera Ronda, 1998.

Gráfico 1. Afiliación en salud según sexo y grupo de edad por quintil de gasto, Ecuador 1998



Fuente: Ecuador, Encuesta de Condiciones de Vida, Tercera Ronda, 1998.

las urbanas (18%), tanto en hombres como en mujeres. El porcentaje de afiliación aumenta a medida que aumenta el nivel socioeconómico, especialmente en las zonas urbanas, en ambos sexos, pero de forma más marcada

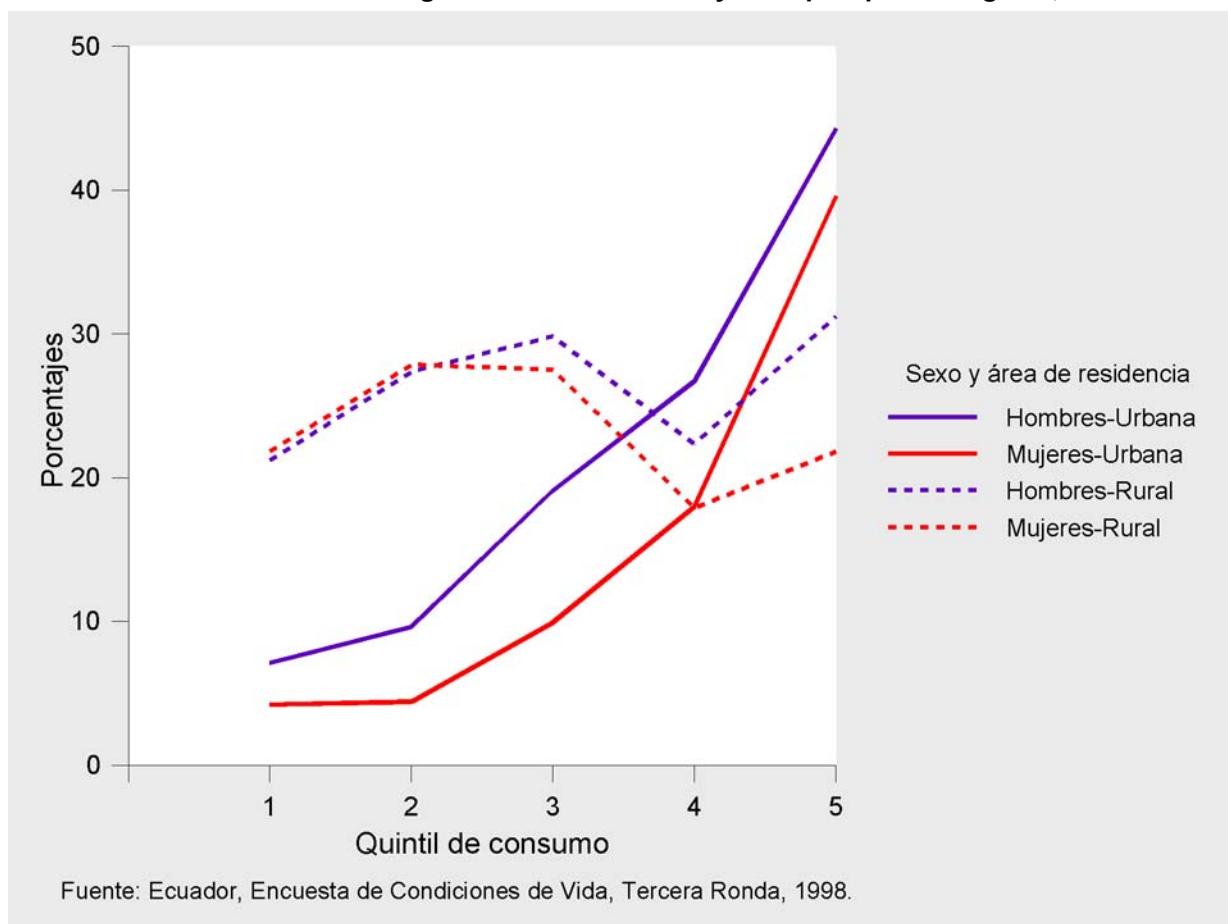
entre las mujeres. Las diferencias según los extremos de la distribución del gasto indican que en las mujeres urbanas, el porcentaje de afiliación del quintil superior representa 9.4 veces el porcentaje de las del primer quintil.

Cuadro 3. Afiliación en salud según área de residencia y sexo por quintil de gasto, Ecuador 1998

Quintiles de gasto	Urbano			Rural		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
1	7.1%	4.2%	5.7%	21.2%	21.9%	21.6%
2	9.6%	4.4%	7.0%	27.4%	27.9%	27.6%
3	19.1%	9.9%	14.4%	29.8%	27.5%	28.7%
4	26.7%	18.0%	22.2%	22.3%	17.9%	20.1%
5	44.3%	39.6%	41.8%	31.2%	21.8%	26.7%
Promedio	21.4%	15.2%	18.2%	26.4%	23.4%	24.9%
Razon Q5/Q1	6.2	9.4	7.3	1.5	1.0	1.2

Fuente: Ecuador, Encuesta de Condiciones de Vida, Tercera Ronda, 1998.

Gráfico 2. Afiliación en salud según área de residencia y sexo por quintil de gasto, Ecuador 1998



Estado de salud

Enfermedad o accidente declarado

La pregunta a la cual corresponde este análisis es la número 31 de la sección 3, Parte C Presencia de Enfermedades, para todas las personas del hogar: *¿Durante el mes pasado ... tuvo alguna enfermedad, accidente, quemadura, dolor de muela, oído o algún otro malestar, aunque éste haya sido pasajero?* Las categorías de respuesta son: 1) Sí, 2) No. Se presentan y grafican porcentajes de enfermedad o accidente declarado por quintiles de gasto, para hombres, mujeres y total, según grupos de edad (0-14, 15-49 y 50 y más), y área de residencia.

Los resultados muestran que cerca de la mitad de la población (47%)² declaró la presencia de alguna enfermedad, accidente o malestar, durante el último mes (previo a la encuesta). La incidencia de la enfermedad o accidente tiende a ser mayor en el grupo de mayor edad (50+ años), tanto en hombres como en mujeres y en todos los quintiles de gasto, lo cual estaría reflejando los patrones esperados de morbilidad por edad. Los porcentajes de enfermedad o accidente tienden a ser mayores en las mujeres que en los hombres, de 15-49 y 50+ años de edad, en todos los niveles de ingreso. Por el contrario, en el grupo de menores de 15 años, aunque la incidencia de enfermedad o accidente es mayor en las mujeres que en los hombres en los quintiles superiores de la distribución, en los quintiles inferiores se presenta la situación inversa. Los porcentajes de enfermedad o accidente declarada

tienden levemente a disminuir con el nivel socioeconómico, en los grupos de edad adulta, especialmente en los hombres de 50 y más años. Por el contrario, en los menores de 15 años, especialmente en las mujeres, se observa una tendencia a que la incidencia de enfermedad o accidente aumente con el quintil de gasto.

Las diferencias según los extremos de la distribución del gasto se aprecian especialmente en las mujeres menores de 15 años y en los hombres de 50 y más años. En las primeras, el porcentaje de enfermedad o accidente declarado de las del quintil superior del gasto representan 1.2 veces el porcentaje de las del quintil inferior. En los hombres de la tercera edad, esta razón de extremos es de 0.8.

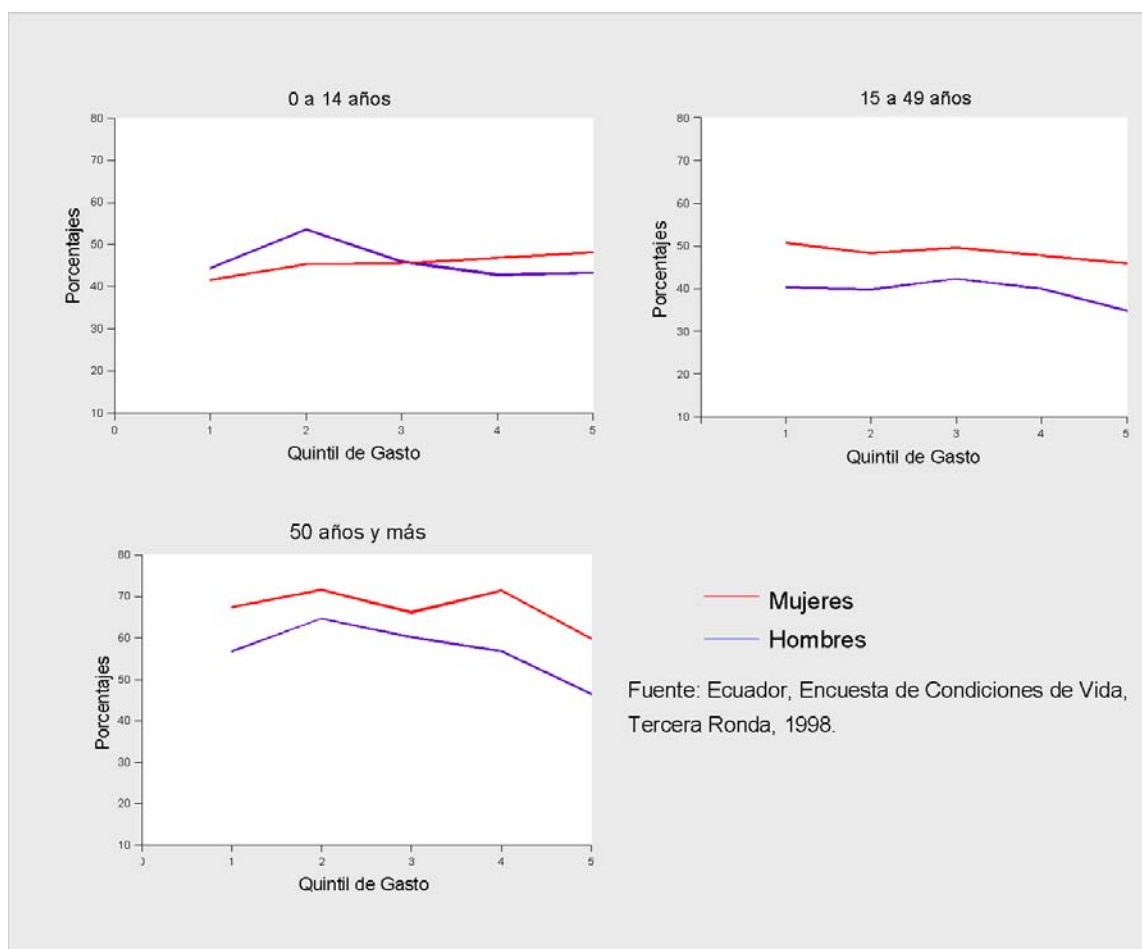
Según área de residencia, la incidencia de enfermedad o accidente es mayor en las áreas rurales que en las urbanas, y mayor en las mujeres que en los hombres. Por nivel socioeconómico, el comportamiento de la enfermedad o accidente declarado es diferente entre las áreas urbana y rural. En el área urbana, la incidencia de enfermedad o accidente tiende levemente a disminuir con el quintil de gasto, especialmente en los hombres. Por el contrario, en el área rural, la tendencia es a aumentar con el quintil de gasto, de forma más marcada entre los hombres. Las diferencias según los extremos de la distribución del gasto son mayores en los hombres rurales, en los cuales el porcentaje de enfermedad o accidente declarado de los del quintil superior es 1.3 veces el porcentaje de los del quintil inferior.

Cuadro 4. Problemas de salud en el último mes según sexo y grupo de edad por quintil de gasto, Ecuador 1998

Quintiles de gasto	Ambos sexos				Hombres				Mujeres			
	0-14	15-49	50+	Total	0-14	15-49	50+	Total	0-14	15-49	50+	Total
1	43.0%	45.5%	62.2%	47.2%	44.3%	40.4%	56.8%	44.3%	41.6%	50.7%	67.5%	50.3%
2	49.6%	44.0%	68.3%	49.4%	53.6%	39.9%	64.5%	47.7%	45.4%	48.3%	71.7%	51.1%
3	45.7%	46.0%	63.3%	48.4%	45.9%	42.2%	60.1%	45.7%	45.5%	49.7%	66.2%	50.9%
4	44.6%	44.1%	64.1%	46.9%	42.6%	40.0%	56.8%	43.0%	46.8%	47.8%	71.5%	50.7%
5	45.7%	40.8%	53.5%	44.2%	43.3%	34.9%	46.5%	38.9%	48.1%	46.0%	59.9%	49.1%
Promedio	45.8%	44.1%	62.3%	47.2%	45.9%	39.5%	57.0%	43.9%	45.5%	48.5%	67.3%	50.4%
Razon Q5/Q1	1.1	0.9	0.9	0.9	1.0	0.9	0.8	0.9	1.2	0.9	0.9	1.0

Fuente: Ecuador, Encuesta de Condiciones de Vida, Tercera Ronda, 1998.

Gráfico 3. Problemas de salud en el último mes según sexo y grupo de edad por quintil de gasto, Ecuador 1998

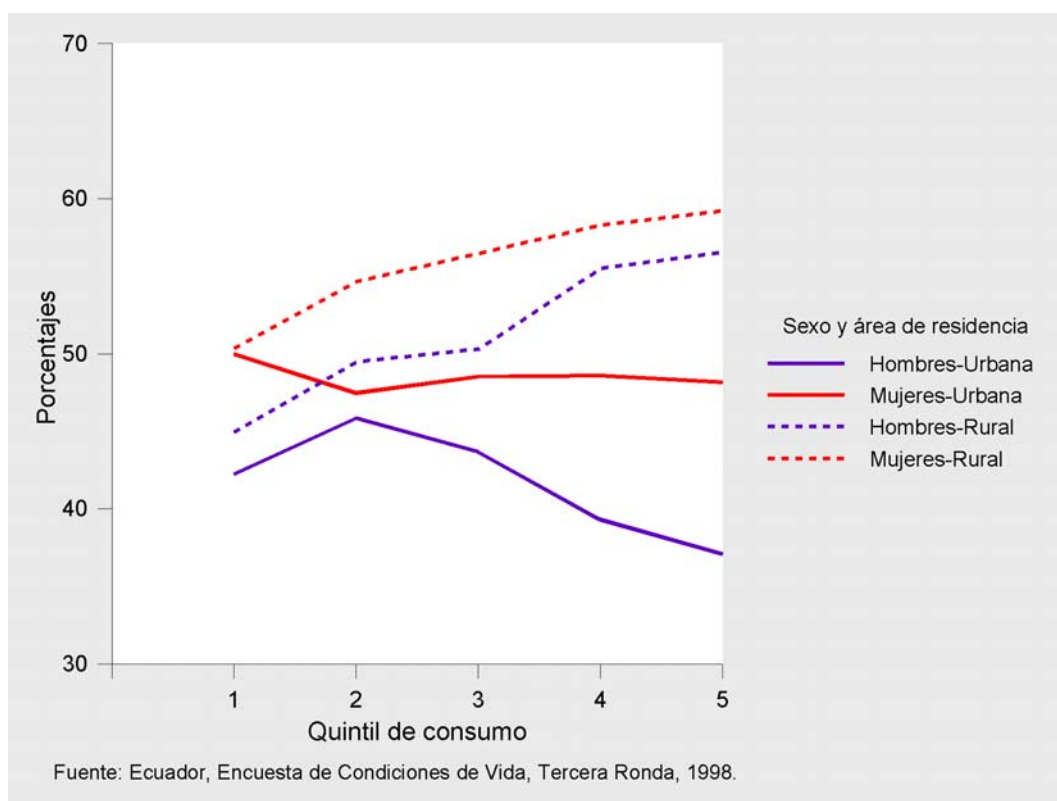


Cuadro 5. Problemas de salud en el último mes según área de residencia y sexo por quintil de gasto, Ecuador 1998

Quintiles de gasto	Urbano			Rural		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
1	42.3%	50.0%	46.0%	44.9%	50.4%	47.6%
2	45.9%	47.5%	46.7%	49.5%	54.7%	52.0%
3	43.7%	48.5%	46.2%	50.3%	56.5%	53.4%
4	39.3%	48.6%	44.1%	55.5%	58.3%	56.9%
5	37.1%	48.2%	42.9%	56.5%	59.2%	57.8%
Promedio	41.6%	48.5%	45.2%	51.4%	55.8%	53.5%
Razon Q5/Q1	0.9	1.0	0.9	1.3	1.2	1.2

Fuente: Ecuador, Encuesta de Condiciones de Vida, Tercera Ronda, 1998.

Gráfico 4. Problemas de salud en el último mes según área de residencia y sexo por quintil de gasto, Ecuador 1998



Utilización de los servicios de salud

Atención en salud

La pregunta a la cual corresponde este análisis es la número 35 de la sección 3, Parte C Presencia de Enfermedades, para todas las personas del hogar que contestaron SÍ a la pregunta 31 (con enfermedad, accidente .. otro malestar declarado en el último mes): *¿Por la ..(enfermedad)... que tuvo ... 1) Fue o llamó a un médico, enfermera o curandero, 2) Fue a la farmacia para que lo receten, 3) Se automedicó, 4) Tomó o le dieron agua de remedio, 5) No hizo nada, 6) Otro, cuál?* La categoría uno se consideró como “con atención en salud”³. Los porcentajes de atención en salud están calculados sobre quienes declararon enfermedad, accidente o malestar en el último mes. Se presentan y grafican porcentajes de atención en salud por quintiles de gasto para hombres, mujeres y total, según grupos de edad (0-14, 15-49 y 50 y más), y área de residencia.

Los resultados muestran que, en todos los quintiles de gasto, la atención en salud tiende a ser similar entre hombres y mujeres en edades adultas, mayores de 14 años, aunque levemente superior en las mujeres, lo cual puede estar relacionado con la función reproductiva de la mujer. Por el contrario, entre los adolescentes y niños, menores de 14 años, la atención en salud tiende a ser mayor en los hombres que en las mujeres, especialmente en los quintiles inferiores de la distribución del gasto. Dado que la búsqueda de atención en salud en estas edades depende de un adulto, los resultados sugieren cuidados en salud que privilegian a los niños sobre las niñas, especialmente en los niveles socioeconómicos bajos. La mayor atención en salud se observa en los adultos de la tercera edad (50+ años), tanto en hombres como en mujeres, en todos los niveles de gasto, los cuales declararon también mayores problemas de salud y son los que muestran mayor porcentaje de afiliación al sistema de salud.

Los porcentajes de atención en salud muestran una tendencia a incrementarse con el nivel de gasto, tanto en hombres como en mujeres en todos los grupos de edad.

Las diferencias según los extremos de la distribución del gasto son más pronunciadas en los adolescentes y niños, menores de 15 años de edad, especialmente en las mujeres,

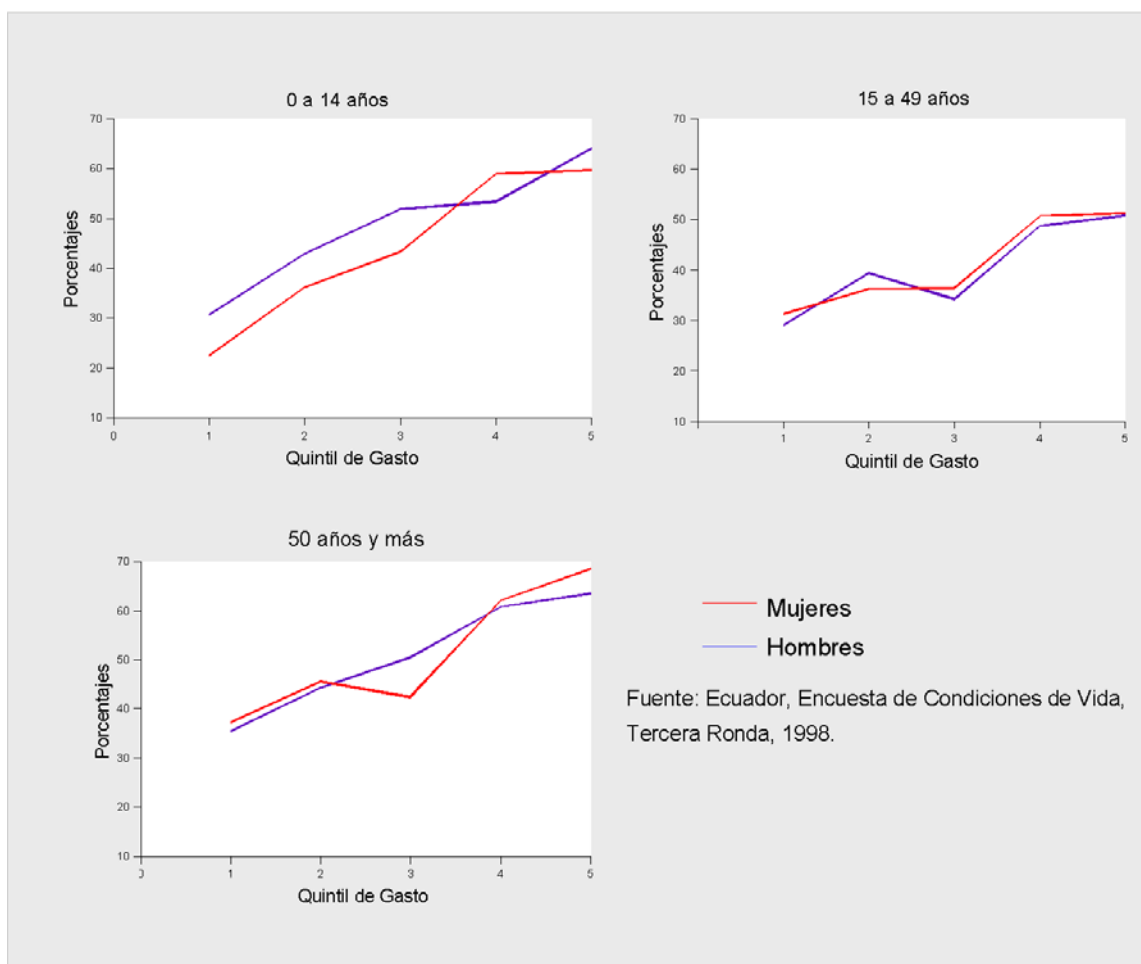
en las que el porcentaje de atención en salud de las de quintil superior es 2.7 veces el porcentaje de las del primer quintil.

Cuadro 6. Atención en salud por problemas en el último mes según sexo y grupo de edad por quintil de gasto, Ecuador 1998

Quintiles de gasto	Ambos sexos				Hombres				Mujeres			
	0-14	15-49	50+	Total	0-14	15-49	50+	Total	0-14	15-49	50+	Total
1	27.1%	30.4%	36.5%	30.5%	30.7%	29.2%	35.5%	31.0%	22.5%	31.4%	37.4%	30.1%
2	39.9%	37.6%	45.1%	39.9%	42.9%	39.4%	44.4%	41.6%	36.1%	36.2%	45.6%	38.3%
3	47.4%	35.4%	46.0%	40.6%	51.9%	34.2%	50.5%	42.1%	43.4%	36.4%	42.4%	39.4%
4	56.2%	49.8%	61.4%	53.4%	53.4%	48.7%	60.7%	52.1%	59.0%	50.6%	62.0%	54.4%
5	61.8%	51.1%	66.5%	57.0%	64.1%	50.8%	63.5%	56.9%	59.7%	51.3%	68.6%	57.0%
Promedio	46.5%	40.9%	51.1%	44.3%	48.6%	40.5%	50.9%	44.7%	44.2%	41.2%	51.2%	43.8%
Razon Q5/Q1	2.3	1.7	1.8	1.9	2.1	1.7	1.8	1.8	2.7	1.6	1.8	1.9

Fuente: Ecuador, Encuesta de Condiciones de Vida, Tercera Ronda, 1998.

Gráfico 5. Atención en salud por problemas en el último mes según sexo y grupo de edad por quintil de gasto, Ecuador 1998



Según área de residencia, la atención en salud tiende a ser mayor en las áreas urbanas en los quintiles bajos de la distribución del gasto, mientras que la situación inversa se da en los quintiles superiores. Igualmente, en el área urbana la atención en salud es mayor entre los hombres que entre las mujeres en los quintiles inferiores de la distribución, mientras que la situación contraria se da en los quintiles superiores. En el área rural, por el contrario, los porcentajes de atención en salud son similares entre hombres y mujeres en todos los quintiles de gasto, con

excepción del quintil superior en donde la atención en salud es mayor entre hombres que entre mujeres.

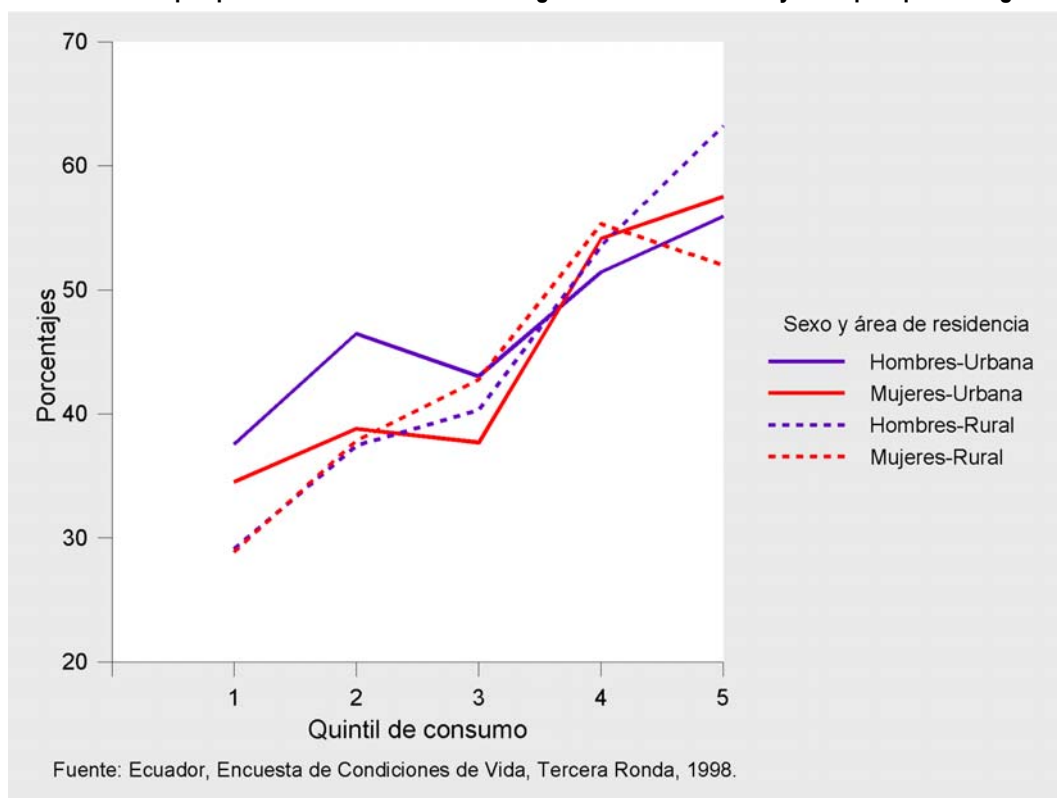
Los porcentajes de atención en salud tienden a aumentar con el quintil de gasto, tanto en las áreas urbanas como rurales, en ambos sexos. Las diferencias según los extremos de la distribución del gasto son más acentuadas entre los hombres rurales, en los que el porcentaje de atención en salud de los del quintil superior de gasto es 2.2 veces el porcentaje de atención de los del primer quintil.

Cuadro 7. Atención en salud por problemas en el último mes según área de residencia y sexo por quintil de gasto, Ecuador 1998

Quintiles de gasto	Urbano			Rural		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
1	37.5%	34.5%	36.0%	29.1%	28.8%	29.0%
2	46.4%	38.8%	42.5%	37.4%	37.8%	37.6%
3	43.0%	37.7%	40.1%	40.3%	42.8%	41.6%
4	51.5%	54.1%	53.0%	53.5%	55.4%	54.5%
5	55.9%	57.5%	56.9%	63.2%	52.0%	57.6%
Promedio	46.9%	44.5%	45.7%	44.7%	43.4%	44.1%
Razon Q5/Q1	1.5	1.7	1.6	2.2	1.8	2.0

Fuente: Ecuador, Encuesta de Condiciones de Vida, Tercera Ronda, 1998.

Gráfico 6. Atención en salud por problemas en el último mes según área de residencia y sexo por quintil de gasto, Ecuador 1998



Consulta preventiva

La pregunta a la cual corresponde este análisis es la número 37 de la sección 3, Parte C Presencia de Enfermedades, para todas las personas del hogar: *¿Aunque ... no estuvo enfermo durante el mes pasado, se hizo chequear por un médico, dentista, enfermera, curandero, boticario o sobador?* Las categorías de respuesta son: 1) Sí, 2) No. Se presentan y grafican porcentajes de consulta preventiva por quintiles de gasto, para hombres, mujeres y total, según grupos de edad (0-14, 15-49 y 50 y más), y área de residencia.

Los resultados muestran que en promedio el 11% de la población hizo consulta preventiva en el último mes. La consulta preventiva tiende a ser mayor en las mujeres que en los hombres adultos (mayores de 14 años), en todos los quintiles de la distribución del gasto. En los menores de 15 años, la consulta preventiva no muestra

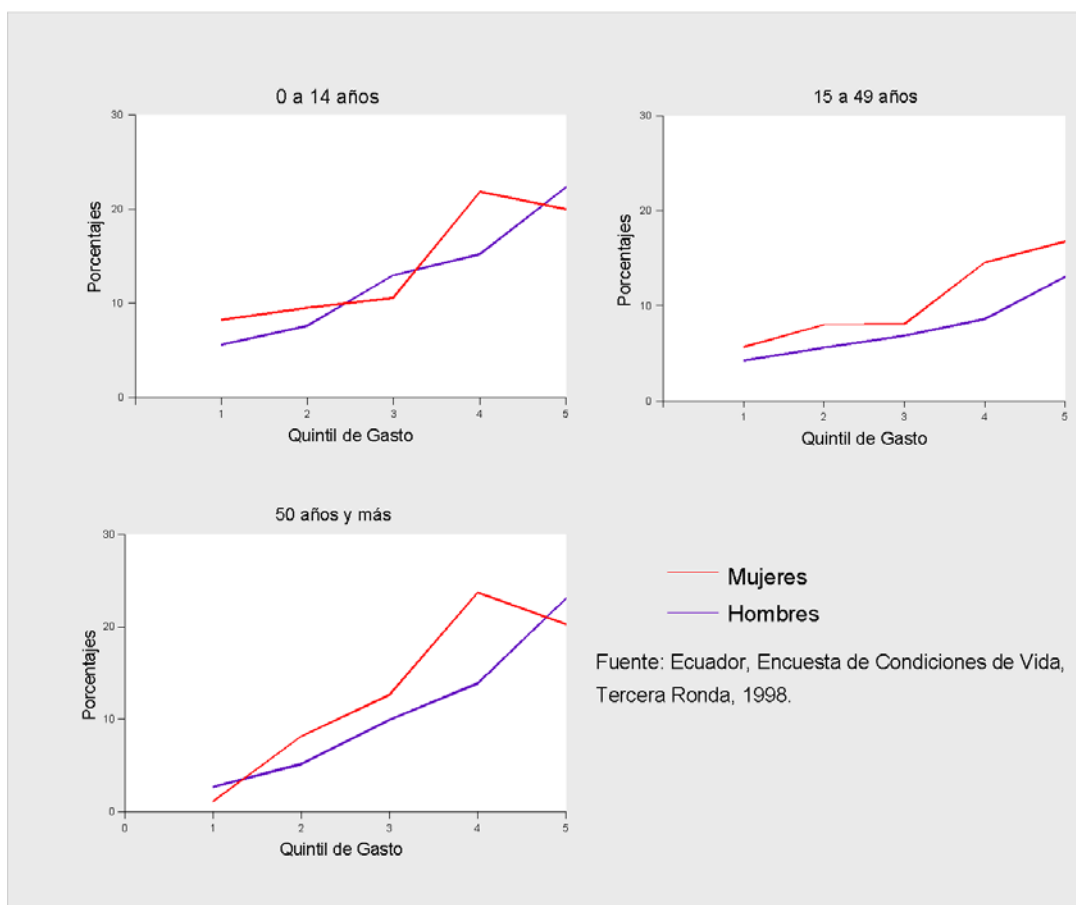
un patrón claro de diferencias por sexo: es mayor en las mujeres en los dos quintiles inferiores y en el cuarto quintil de la distribución del gasto, mientras que la relación inversa se da en el tercer quintil y en el quintil superior. Los porcentajes de consulta preventiva se incrementan de forma significativa a medida que aumenta el quintil de gasto, tanto en hombres como en mujeres en todos los grupos de edad. Las diferencias según los extremos de la distribución del gasto son marcadas en todos los grupos de edad y sexo, pero especialmente en el grupo de mayor edad (50+ años), y en particular entre las mujeres, en las que el porcentaje con consulta preventiva del quintil superior es de 17.2 veces el porcentaje de las del primer quintil. Esto evidencia la existencia de grandes diferencias por nivel socioeconómico en el cuidado de la salud mediante la consulta preventiva en la población ecuatoriana, pero en especial en los grupos de la tercera edad.

Cuadro 8. Consulta preventiva según sexo y grupo de edad por quintil de gasto, Ecuador 1988

Quintiles de gasto	Ambos sexos				Hombres				Mujeres			
	0-14	15-49	50+	Total	0-14	15-49	50+	Total	0-14	15-49	50+	Total
1	6.8%	4.9%	2.1%	5.7%	5.6%	4.3%	2.7%	4.8%	8.2%	5.7%	1.2%	6.7%
2	8.6%	6.7%	6.5%	7.5%	7.6%	5.6%	5.1%	6.4%	9.5%	8.0%	8.2%	8.7%
3	11.7%	7.4%	11.2%	9.5%	13.0%	6.8%	9.9%	9.6%	10.5%	8.0%	12.6%	9.5%
4	18.5%	11.5%	17.7%	14.5%	15.2%	8.6%	13.9%	11.4%	21.8%	14.6%	23.7%	17.8%
5	21.2%	14.8%	21.8%	17.6%	22.3%	13.0%	23.0%	17.2%	20.0%	16.7%	20.3%	18.2%
Promedio	13.4%	9.1%	11.9%	11.0%	12.7%	7.7%	10.9%	9.9%	14.0%	10.6%	13.2%	12.2%
Razon Q5/Q1	3.1	3.0	10.6	3.1	4.0	3.1	8.4	3.6	2.4	2.9	17.2	2.7

Fuente: Ecuador, Encuesta de Condiciones de Vida, Tercera Ronda, 1998.

Gráfico 7. Consulta preventiva según sexo y grupo de edad por quintil de gasto, Ecuador 1988



Según área de residencia, la consulta preventiva tiende a ser mayor en el área urbana que en la rural, y mayor en las mujeres que en los hombres, tanto en la zona urbana como en la rural, pero especialmente en la zona rural. Los hombres rurales son los que presentan la menor prevención en salud, en todos los niveles de gasto. En las áreas rurales, las diferencias por sexo aumentan con el quintil de gasto, mientras que en las áreas urbanas no hay

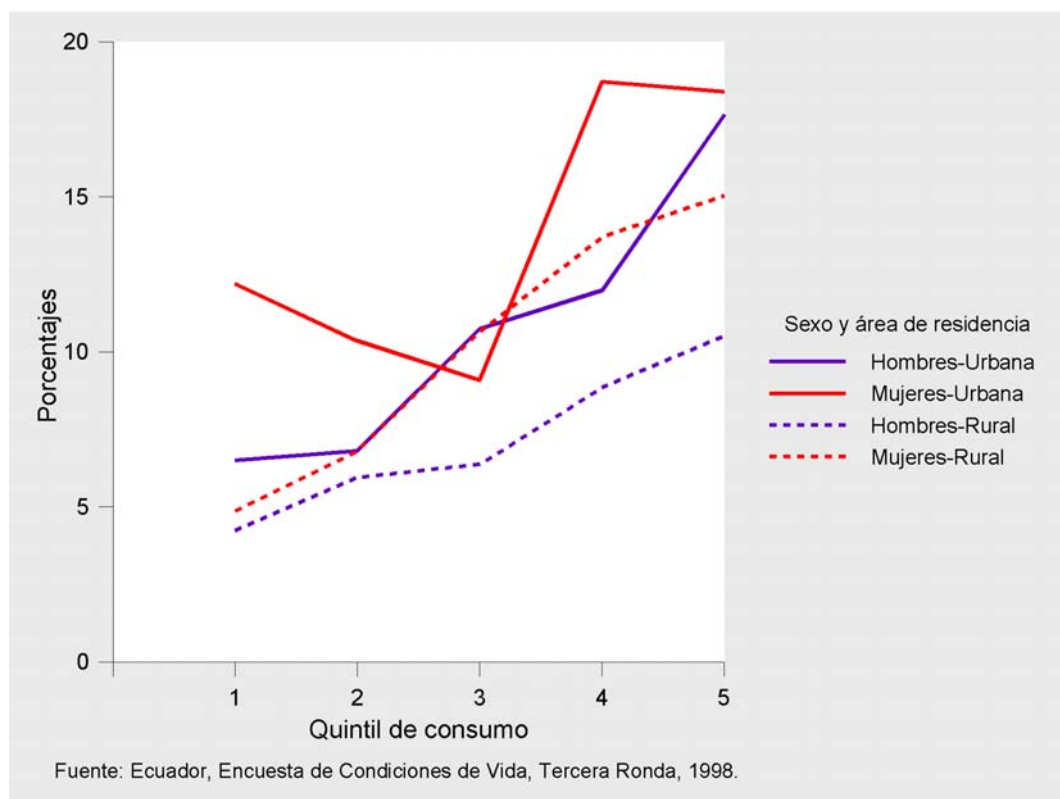
un patrón claro. El porcentaje de consulta preventiva tiende a aumentar a medida que aumenta el quintil de gasto, aunque de manera menos definida en las mujeres urbanas. Las diferencias según los extremos del nivel de gasto son marcadas en las mujeres rurales, en las que el porcentaje de consulta preventiva de las del quintil superior es 3.1 veces el porcentaje de las del primer quintil.

Cuadro 9. Consulta preventiva según área de residencia y sexo por quintil de gasto, Ecuador 1998

Quintiles de gasto	Urbano			Rural		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
1	6.5%	12.2%	9.1%	4.2%	4.9%	4.5%
2	6.8%	10.4%	8.6%	6.0%	6.8%	6.3%
3	10.7%	9.1%	9.9%	6.4%	10.6%	8.5%
4	12.0%	18.7%	15.2%	8.8%	13.7%	11.2%
5	17.7%	18.4%	18.0%	10.5%	15.1%	12.6%
Promedio	10.7%	13.8%	12.2%	7.2%	10.2%	8.6%
Razon Q5/Q1	2.7	1.5	2.0	2.5	3.1	2.8

Fuente: Ecuador, Encuesta de Condiciones de Vida, Tercera Ronda, 1998.

Gráfico 8. Consulta preventiva según área de residencia y sexo por quintil de gasto, Ecuador 1998



Realización del examen de Papanicolaou

Las preguntas a las cuales corresponde este análisis son la número 18 de la sección 7, Fecundidad y Salud Materna, para mujeres de 15 a 49 años de edad: *¿Se ha hecho usted alguna vez el examen de Papanicolaou?* y la número 19 para quienes respondieron afirmativamente: *¿Cuándo fue la última vez que se hizo el examen de Papanicolaou?* La respuesta fue dada en año y mes del examen. Se presentan y grafican porcentajes de mujeres que nunca se han mandado a hacer el examen de Papanicolaou (PAP) y que el último examen se lo mandaron a hacer hace menos de 3 años, por quintiles de gasto según grupos de edad (15-29 y 30-49 años), y área de residencia.

Los resultados muestran que más de la mitad (56%) de las mujeres en edad reproductiva nunca se han mandado a hacer el examen de Papanicolaou. Los porcentajes de quienes nunca se han realizado el PAP son muy superiores en las mujeres más jóvenes (15-29 años). La no realización

del PAP tiende a disminuir a medida que aumenta el nivel de gasto, en todos los grupos de edad.

Las diferencias entre los extremos de la distribución del gasto son especialmente marcadas en las mujeres de 30-49 años, en las que el porcentaje de quienes nunca se han efectuado el PAP en el quintil superior representa 0.4 veces el porcentaje de las del primer quintil.

Según área de residencia, la no realización del PAP es mayor en las áreas rurales en todos los niveles de gasto, mostrando una tendencia al descenso a medida que aumenta el gasto. Las diferencias según quintil de gasto son similares entre las mujeres de las áreas urbanas y rurales: el porcentaje de quienes nunca se han realizado el PAP en el quintil superior representa 0.7 veces el porcentaje de las del primer quintil.

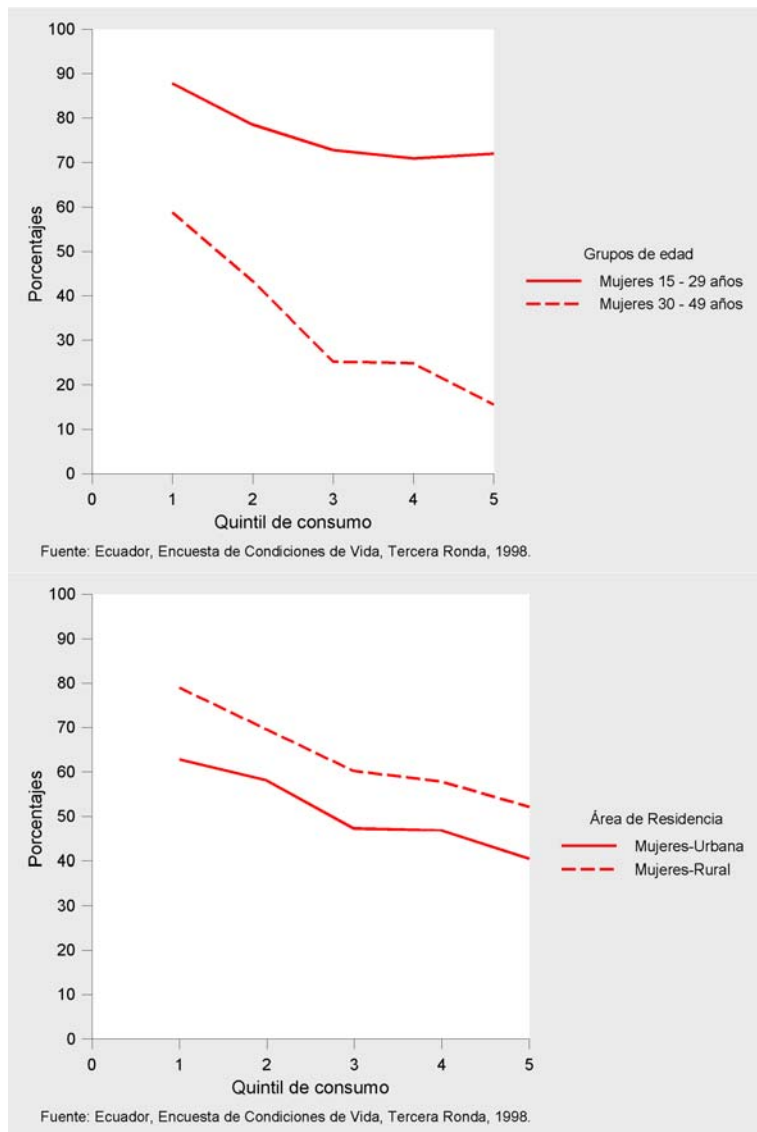
La fecha de realización del examen PAP muestra diferencias por edad y nivel socioeconómico. Los porcentajes de quienes lo realizaron hace menos de 3 años aumenta significativamente con la edad, en todos los

Cuadro 10. Mujeres que nunca se han mandado a hacer el examen PAP, según grupo de edad y área de residencia por quintil de gasto, Ecuador 1998

Quintiles de gasto	Grupo de edad			Área		
	15-29	30-49	Total	Urbano	Rural	Total
1	87.9%	58.8%	74.8%	62.8%	79.0%	74.8%
2	78.5%	43.3%	63.6%	58.1%	69.6%	63.6%
3	72.8%	25.2%	51.0%	47.2%	60.2%	51.0%
4	70.9%	24.9%	48.9%	46.8%	57.8%	48.9%
5	72.0%	15.6%	41.4%	40.5%	52.1%	41.4%
Promedio	76.4%	33.5%	56.0%	51.1%	63.7%	56.0%
Razon Q5/Q1	0.9	0.4	0.7	0.7	0.7	0.7

Fuente: Ecuador, Encuesta de Condiciones de Vida, Tercera Ronda, 1998.

Gráfico 9. Mujeres que nunca se han mandado a hacer el examen PAP, según grupo de edad y área de residencia por quintil de gasto, Ecuador 1998



niveles de gasto. Los porcentajes tienden a aumentar a medida que aumenta el nivel de gasto, en todos los grupos de edad. Las diferencias entre los extremos de la distribución del gasto aumentan con la edad, siendo mayores en las mujeres de 30-49 años, en las que el porcentaje de quienes se efectuaron el último PAP hace menos de 3 años en el quintil superior del gasto representa 1.8 veces el porcentaje de las del primer quintil.

Según área de residencia, el porcentaje de mujeres que

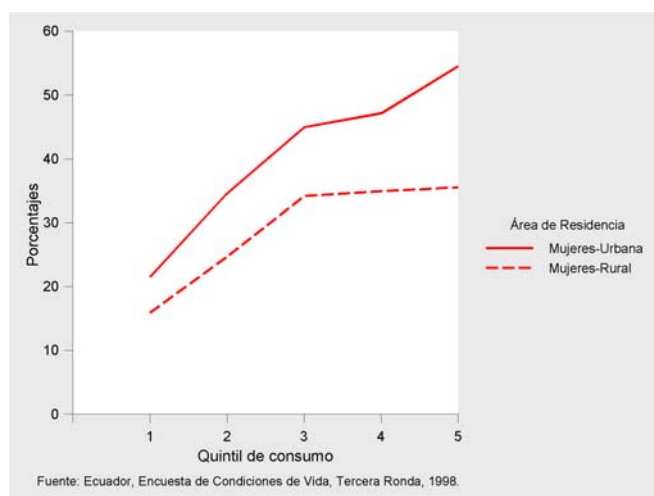
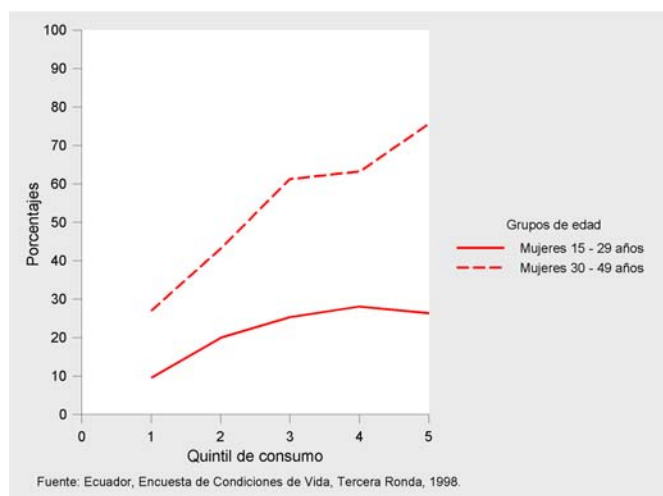
se efectuaron el PAP hace menos de 3 años es significativamente mayor en las áreas urbanas que en las rurales, mostrando en ambos casos una tendencia a aumentar con el nivel de gasto. Las diferencias entre los extremos de la distribución del gasto son más marcadas en las áreas urbanas, en donde el porcentaje de quienes se efectuaron el último PAP hace menos de 3 años en el quintil superior del gasto representa 1.6 veces el porcentaje de las del primer quintil.

Cuadro 11. Mujeres que se mandaron hacer el examen PAP hace menos de tres años, según grupo de edad y área de residencia por quintil de gasto, Ecuador 1998

Quintiles de gasto	Grupo de edad			Area		
	15-29	30-49	Total	Urbano	Rural	Total
1	9.6%	26.9%	17.4%	21.5%	16.0%	17.4%
2	20.0%	43.2%	29.8%	34.6%	24.7%	29.8%
3	25.3%	61.3%	41.8%	45.0%	34.2%	41.8%
4	28.0%	63.2%	44.8%	47.2%	35.0%	44.8%
5	26.4%	75.8%	53.1%	54.6%	35.6%	53.1%
Promedio	21.9%	54.1%	37.4%	40.6%	29.1%	37.4%
Razon Q5/Q1	1.3	1.8	1.8	1.6	1.4	1.8

Fuente: Ecuador, Encuesta de Condiciones de Vida, Tercera Ronda, 1998.

Gráfico 10. Mujeres que se mandaron hacer el examen PAP hace menos de tres años, según grupo de edad y área de residencia por quintil de gasto, Ecuador 1998



Nota técnica y comentarios

La Encuesta de Condiciones de Vida de 1998 es una encuesta nacional que hace parte de la serie de encuestas sobre Medición de Condiciones de Vida, MECOVI, cuya metodología ha sido desarrollada, y su operativo apoyado, conjuntamente por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Cooperación Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Esta encuesta de 1998 corresponde a la Tercera Ronda de este tipo de encuestas que se realiza en Ecuador. La encuesta fue ejecutada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Aunque la posibilidad de las encuestas MECOVI para el diseño, análisis y evaluación de las políticas sociales y de la inversión social, como para la determinación y caracterización de la población que vive en condiciones de pobreza ha sido demostrada ampliamente, la utilización de la Encuesta de Condiciones de Vida de 1998 para estudiar las desigualdades en salud en el Ecuador presenta algunas limitaciones. En primer lugar, sin disminuir la importancia de los temas propuestos, las secciones sobre salud en la encuesta están orientadas a la medición de la morbilidad, la búsqueda de atención y la utilización de los servicios, y no del estado de salud. En segundo lugar, las secciones de salud no cubren diversos aspectos relacionados con la morbilidad, la demanda de atención de salud, y la utilización de los servicios de salud. En particular, los resultados obtenidos en esta *Hoja Resumen* deben ser analizados considerando los siguientes aspectos de algunas de las preguntas incluidas en las secciones de salud, y en especial de aquellas utilizadas aquí:

- La pregunta 31, que informa sobre la presencia de enfermedad o accidente en el último mes, incluye en la misma categoría: “alguna enfermedad, accidente, quemadura, dolor de muela, dolor de oído, o algún otro malestar, aunque éste haya sido pasajero”. Quedan abiertas las características del tipo de malestar a que se refiere la pregunta, pudiendo incluir otro tipo de malestar no referido a salud.
 - La pregunta 35, que informa sobre la atención en salud, incluye al médico, enfermera o curandero dentro de la misma categoría. Es decir, la atención médica se mezcla con la atención dada por personal no profesional (curandero), y no es posible desagregar estas categorías.
 - La pregunta 37, que informa sobre la consulta preventiva, incluye al médico, dentista, enfermera, curandero, boticario, y sobador, dentro de una misma categoría. Nuevamente, se mezcla la atención profesional con la no profesional, sin ser posible desagregarlas.
- Los resultados más importantes en términos de las desigualdades en salud en Ecuador estudiadas con la Encuesta de Condiciones de Vida de 1998 son los siguientes:
- La afiliación al sistema de salud es relativamente baja en el país, pues menos de la cuarta parte de la población tiene afiliación a salud. Los porcentajes de afiliación son mayores en las zonas urbanas que en las urbanas en los niveles socioeconómicos altos, mientras que lo contrario sucede en los niveles socioeconómicos bajos. Sin embargo, el porcentaje de afiliación aumenta a medida que aumenta el nivel socioeconómico, especialmente en las zonas urbanas, en ambos sexos, pero de forma más marcada entre las mujeres.
 - La afiliación, tanto para hombres como para mujeres, tiende a aumentar con el quintil de gasto en las edades adultas. Sin embargo, los porcentajes de afiliación en el grupo de edad menores de 15 años, tanto para hombres como para mujeres, tiende a disminuir con el nivel socioeconómico hasta el cuarto quintil, para luego aumentar significativamente en el quintil superior de la distribución.
 - El porcentaje promedio de enfermedad o accidente declarado es relativamente alto en el país, pues cerca de la mitad de la población declaró una enfermedad o accidente en el último mes. Los porcentajes de enfermedad o accidente declarado tienden a ser mayores en el grupo de 50+ años, tanto en hombres como en mujeres y en todos los quintiles de gasto, reflejando unos patrones esperados de morbilidad por edad.
 - Los porcentajes de enfermedad o accidente declarado tienden a ser mayor en las mujeres que en los hombres adultos, en todos los niveles de ingreso. Por el contrario, en el grupo de menores de 15 años, aunque la incidencia de enfermedad o accidente es mayor en las mujeres que en los hombres en los quintiles superiores de la

distribución, en los quintiles inferiores se presenta la situación inversa. Esto sugiere que en los quintiles bajos se dan atenciones distintas a la salud de los niños respecto de las niñas con base en diferencias de género, ya que en estas edades el informante es generalmente la madre o un familiar cercano.

- La incidencia de enfermedad o accidente es mayor en las áreas rurales que en las urbanas, y mayor en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, en el área urbana, la incidencia de enfermedad o accidente tiende levemente a disminuir con el quintil de gasto, mientras que en el área rural la tendencia es a aumentar con el quintil de gasto. Esto podría obedecer a descensos más significativos en la incidencia de enfermedad o accidente según nivel socioeconómico en las áreas urbanas que en las rurales: las personas de mayor nivel socioeconómico que viven en las áreas urbanas se enfermarían o accidentarían menos que las personas de similar nivel que viven en las áreas rurales.
- La mayor atención en salud se observa en las personas que más declaran enfermedad o accidente: los de 50+ años, tanto en hombres como en mujeres, en todos los niveles de gasto.
- La atención en salud tiende a ser similar entre hombres y mujeres en edades adultas, mayores de 14 años. Por el contrario, entre los menores de 14 años, la atención en salud tiende a ser mayor en los hombres que en las mujeres, especialmente en los quintiles inferiores de la distribución del gasto, y particularmente en las áreas urbanas. Dado que la búsqueda de atención en salud en estas edades depende de un adulto, los resultados sugieren cuidados en salud que privilegian a los niños sobre las niñas, especialmente en los niveles socioeconómicos bajos, como también en las áreas urbanas.
- Los porcentajes de atención en salud muestran una tendencia a incrementarse con el nivel de gasto, tanto en hombres como en mujeres en todos los grupos de edad, y en las áreas urbanas como rurales. Esto sugiere diferencias de acceso a servicios de atención de la salud basadas en el nivel socioeconómico.
- La atención en salud tiende a ser mayor en las áreas urbanas en los quintiles bajos de la distribución del gasto,

mientras que la situación inversa se da en los quintiles superiores.

- La consulta preventiva tiende a ser mayor en las mujeres que en los hombres adultos (mayores de 14 años), en todos los quintiles de la distribución del gasto, lo cual puede estar asociado a la función reproductiva de la mujer.
- Los porcentajes de consulta preventiva se incrementan de forma significativa a medida que aumenta el quintil de gasto, tanto en hombres como en mujeres en todos los grupos de edad, pero especialmente en el grupo de 50+ años de edad. Esto evidencia la existencia de grandes diferencias por nivel socioeconómico en el cuidado de la salud mediante la consulta preventiva en la población ecuatoriana, pero en especial en los grupos de la tercera edad.
- La consulta preventiva tiende a ser mayor en el área urbana que en la rural, y mayor en las mujeres que en los hombres, especialmente en la zona rural. Los hombres rurales son los que presentan la menor prevención en salud, en todos los niveles de gasto.
- Los porcentajes de no realización del PAP fueron calculados sobre el total de mujeres de 15-49 años, y sobre el total de cada subgrupo. Los porcentajes de quienes realizaron el PAP en los últimos tres años podrían calcularse respecto del total de mujeres que lo hayan realizado al menos una vez. Sin embargo, es fundamental que las mujeres se sometan a este examen periódicamente: desde una perspectiva de políticas públicas es más relevante conocer la proporción de mujeres que se han sometido al PAP en los últimos tres años, que conocer la proporción de quienes se lo han hecho en este período dentro de quienes alguna vez se les ha efectuado este examen. Por lo tanto, los porcentajes de realización del PAP en los últimos tres años fueron calculados sobre el total de mujeres de 15-49 años, y según el total de cada subgrupo específico.
- Más de la mitad (56%) de las mujeres en edad reproductiva nunca se han mandado a hacer el PAP. Las mujeres que nunca se han hecho realizar el examen del PAP son preferiblemente las más jóvenes (15-29 años). La no realización del PAP tiende a disminuir a medida que aumenta el nivel de gasto, en todos los

grupos de edad. Las diferencias según los extremos del nivel socioeconómico se observan con mayor intensidad en las mujeres mayores (30-49 años), lo que podría sugerir que las diferencias por nivel socioeconómico han tendido a disminuir con el tiempo y con las acciones de salud pública frente a esta materia. Esta hipótesis es reforzada al analizar a quienes se realizaron el PAP hace menos de 3 años: las diferencias por nivel de ingreso son más marcadas en las mujeres mayores (30-49 años).

- La no realización del PAP es mayor en las áreas rurales que en las urbanas, en todos los niveles de gasto, y presenta una tendencia al descenso a medida que aumenta el nivel de gasto, tanto en las áreas urbanas como rurales. Consecuentemente, la realización del PAP en los últimos 3 años es mayor en las áreas urbanas que en las rurales, en todos los niveles de gasto, y en ambas áreas aumenta a medida que aumenta el nivel de gasto. Las diferencias según nivel socioeconómico son similares entre las mujeres de áreas urbanas y rurales para la realización del PAP en los últimos 3 años, pero son mayores en las áreas urbanas para la falta de realización del PAP, indicando un descenso en las diferencias entre las mujeres de áreas urbanas y rurales de igual nivel socioeconómico, diferencia que favorece a las mujeres urbanas de todos los niveles socioeconómicos.

Anexo: Tamaños muestrales

La Encuesta de Condiciones de Vida, Tercera Ronda, de 1998, entrevistó a 5.847 hogares y 26.118 personas. Este tamaño permite tener un número de casos que implica magnitudes de error adecuados para la definición de grupos de interés. Sin embargo, el tamaño no permite hacer grandes desagregaciones por nivel socioeconómico, como por ejemplo deciles, sino solamente trabajar a niveles más agregados, como quintiles. En el caso de los subgrupos de población utilizados en esta *Hoja-Resumen*, los tamaños muestrales son pequeños para el caso de las mujeres rurales del quintil superior de gasto (n=188), los hombres y mujeres de 0-14 años de edad en el quintil superior (n=174), los hombres de 50+ años en el quintil superior (n=178), las mujeres rurales en el quintil superior (n=109), y los hombres y mujeres rurales con problemas de salud declarado del quintil superior del gasto (n=96 y n= 101, respectivamente). Esto significa que los resultados para estos grupos deben ser tomados con cautela porque implican un error mayor.

Los cuadros siguientes presentan los tamaños muestrales (casos válidos) que permitieron realizar las estimaciones. Para obtener tales estimaciones, los casos fueron ponderados por el factor de expansión correspondiente.

¹ El gasto se refiere al gasto per cápita del hogar.

² Este alto porcentaje puede en parte deberse a la forma en que fue hecha la pregunta (ver Nota Técnica).

³ Ver Nota Técnica para comentarios sobre la pregunta.

Cuadro A1. Tamaños muestrales total personas por área de residencia y sexo según quintiles de gasto, Ecuador, ECV 1998

Quintiles de gasto	Urbano			Rural			Total		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
1	630	633	1263	2809	2603	5412	3439	3236	6675
2	1261	1338	2599	1645	1552	3197	2906	2890	5796
3	1579	1628	3207	975	965	1940	2554	2593	5147
4	1622	1741	3363	556	540	1096	2178	2281	4459
5	1730	1917	3647	204	188	392	1934	2105	4039
Total	6822	7257	14079	6189	5848	12037	13011	13105	26116

Cuadro A2. Tamaños muestrales total personas por grupo de edad y sexo según quintiles de gasto, Ecuador, ECV 1998

Quintiles de gasto	Hombres				Mujeres				Ambos sexos			
	0-14	15-49	50+	Total	0-14	15-49	50+	Total	0-14	15-49	50+	Total
1	1597	1388	451	3436	1439	1334	462	3235	3036	2722	913	6671
2	1134	1396	376	2906	1135	1339	416	2890	2269	2735	792	5796
3	880	1340	334	2554	921	1338	334	2593	1801	2678	668	5147
4	671	1212	295	2178	677	1315	289	2281	1348	2527	584	4459
5	535	1035	364	1934	499	1215	391	2105	1034	2250	755	4039
Total	4817	6371	1820	13008	4671	6541	1892	13104	9488	12913	3712	26113

Cuadro A3. Tamaños muestrales personas con problemas de salud declarado último mes por área de residencia y sexo según quintiles de gasto, Ecuador, ECV 1998

Quintiles de gasto	Urbano			Rural			Total		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
1	233	261	494	1058	1094	2152	1291	1355	2646
2	491	594	1085	716	744	1460	1207	1338	2545
3	592	734	1326	434	480	914	1026	1214	2240
4	592	807	1399	289	277	566	881	1084	1965
5	627	871	1498	96	101	197	723	972	1695
Total	2535	3267	5802	2593	2696	5289	5128	5963	11091

Cuadro A4. Tamaños muestrales personas por grupo de edad y sexo según quintiles de gasto, Ecuador, ECV 1998

Quintiles de gasto	Hombres				Mujeres				Ambos sexos			
	0-14	15-49	50+	Total	0-14	15-49	50+	Total	0-14	15-49	50+	Total
1	496	543	252	1291	408	641	305	1354	904	1184	557	2645
2	398	575	234	1207	382	652	304	1338	780	1227	538	2545
3	283	548	195	1026	328	655	231	1214	611	1203	426	2240
4	231	482	168	881	235	648	201	1084	466	1130	369	1965
5	174	375	174	723	178	558	236	972	352	933	410	1695
Total	1582	2523	1023	5128	1531	3154	1277	5962	3113	5678	2300	11090

Cuadro A5. Tamaños muestrales mujeres por grupo de edad para PAP según quintil de gasto, Ecuador, ECV 1998

Quintiles de gasto	Total Mujeres			Total Mujeres		
	15-29	30-49	Total	Urbano	Rural	Total
1	743	591	1334	290	1044	1334
2	775	565	1340	650	690	1340
3	747	591	1338	851	487	1338
4	660	655	1315	1023	292	1315
5	558	657	1215	1106	109	1215
Total	3483	3059	6542	3920	2622	6542

