UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

CARRERA DE ECONOMÍA

Proyecto de Investigación, previo a la obtención del Título de Economista.

Tema:

"Los factores económicos y las condiciones de salud de los ecuatorianos"

Autor: Capuz Tisalema, Brayan Alexander

Tutor: Dr. Mayorga Abril, César Medardo

Ambato – Ecuador

2025

APROBACIÓN DEL AUTOR

Yo, Econ. Héctor Santiago López Zurita PhD., con cédula de identidad No. 1802591691, en mi calidad de Tutor del Proyecto de Investigación sobre el tema: **"ENFOQUES DE DESARROLLO Y LA CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR: UN ESTUDIO DE LOS REGÍMENES DE DESARROLLO Y BUEN VIVIR"**, desarrollado por Alexis Ariel Aldás Castro, de la Carrera de Economía, modalidad presencial, considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos, tanto técnicos como científicos y corresponde a las normas establecidas en el Instructivo del Reglamento para la Titulación de Grado, de la Universidad Técnica de Ambato.

Por lo tanto, autorizo la presentación de este ante el organismo pertinente, para que sea sometido a evaluación por los profesores calificadores designados por el H. Consejo Directivo de la Facultad.

Ambato, Febrero 2025

TUTOR

.....

Econ. López Zurita, Héctor Santiago, PhD.

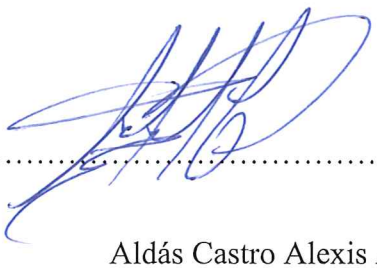
C.I. 1802591691

AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Alexis Ariel Aldás Castro con cédula de identidad No. 1850752963, tengo a bien indicar que los criterios emitidos en el Proyecto de Investigación, bajo el tema: **"ENFOQUES DE DESARROLLO Y LA CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR: UN ESTUDIO DE LOS REGÍMENES DE DESARROLLO Y BUEN VIVIR "**, así como también los contenidos presentados, ideas, análisis, síntesis de datos, conclusiones, son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este Proyecto de Investigación.

Ambato, Febrero 2025

AUTOR



.....

Aldás Castro Alexis Ariel

C.I. 1850752963

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Proyecto de Investigación, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Proyecto de investigación, con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Proyecto de Investigación, dentro de las regulaciones de la universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica potencial; y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Febrero 2025

AUTOR

.....

Aldás Castro Alexis Ariel

C.I. 1850752963

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

El Tribunal de Grado, aprueba el Proyecto de Investigación, sobre el tema: **"ENFOQUES DE DESARROLLO Y LA CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR: UN ESTUDIO DE LOS REGÍMENES DE DESARROLLO Y BUEN VIVIR "**, elaborado por Alexis Ariel Aldás Castro, estudiante de la Carrera de Economía, el mismo que guarda conformidad con las disposiciones reglamentarias emitidas por la Facultad de Contabilidad y Auditoría de la Universidad Técnica de Ambato.

Ambato, Febrero 2025

.....

Dr. Carlos Alberto Barreno Córdova Mg.

PRESIDENTE

.....

Lilián Morales, PhD.

MIEMBRO CALIFICADOR

.....

Dr. Marcelo Mantilla

MIEMBRO CALIFICADOR

DEDICATORIA

Este proyecto de investigación va dedicado a todos quienes hicieron posible la elaboración de este trabajo. Primero, a mis padres Byron y María, por cuidarme, protegerme, amarme, guiarme, apoyarme y motivarme en cada paso que doy. A mi hermana Myriam, mi cuñado Juan y mi sobrina Génesis, quienes, a pesar de la distancia, me han apoyado.

A toda mi familia, en especial a mi tío pastor Lorenzo, quien me ha motivado a ser una persona de bien, inculcando valores y enseñándome a ser valiente en todo momento.

Brayan Alexander Capuz Tisalema

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la vida, sabiduría, inteligencia y cuidarme en esta etapa universitaria; a mis profesores, quienes me han brindado información y conocimiento requeridos para la vida profesional, en especial al Dr. Marcelo Mantilla, pues aprendí muchas cosas sobre la investigación; a mi tutor, Dr. César Mayorga, quien fue un apoyo fundamental en la elaboración de este proyecto; y al Dr. Anderson Argothy, quien, con su conocimiento, supo compartir y apoyarme en la elaboración de este proyecto.

Brayan Alexander Capuz Tisalema

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDO

CONTENIDO **PÁGINA**

A. PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA i

APROBACIÓN DEL TUTOR ii

AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN iii

DERECHOS DE AUTOR iv

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO v

DEDICATORIA x

AGRADECIMIENTO xi

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS xii

ÍNDICE DE TABLAS vi

ÍNDICE DE FIGURAS vii

RESUMEN EJECUTIVO viii

ABSTRACT ix

B. CONTENIDO

CAPÍTULO I 1

INTRODUCCIÓN 1

1.2 Justificación 4

1.2.1 Justificación teórica, metodológica (viabilidad) y práctica 4

1.2.2. Formulación del problema de investigación 6

1.3 Objetivos 7

1.3.1 Objetivo general 7

1.3.2 Objetivos específicos 7

CAPÍTULO II 8

MARCO TEÓRICO 8

2.1 Revisión de literatura 8
2.1.1 Antecedentes investigativos 8
2.1.2 Fundamentos teóricos 12
2.2. Hipótesis (opcional) y/o preguntas de investigación 27
CAPÍTULO III 28
METODOLOGÍA 28
3.1 Recolección de la información 28
3.2. Tratamiento de la información 31
3.3 Operacionalización de las variables 36
CAPÍTULO IV 39
RESULTADOS 39
4.1 Resultados y discusión 39
4.2 Verificación de la hipótesis o fundamentación de las preguntas de investigación 68
CAPÍTULO V 69
CONCLUSIONES 69
5.1 Conclusiones 69
5.2 Limitaciones del estudio 69
5.3 Futuras temáticas de investigación 70
C. MATERIALES DE REFERENCIA
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 71

ÍNDICE DE TABLAS

CONTENIDO **PÁGINA**

Tabla 1 Presupuesto de inversión en salud en Ecuador en miles de dólares..... 26
Tabla 2 Estado de salud..... 36
Tabla 3 Factores económicos..... 37
Tabla 4 Ingresos de la zona 3..... 40
Tabla 5 Ingresos por género..... 42
Tabla 6 Tabla cruzada de la variable provincia y nivel de educación..... 44
Tabla 7 Tabla cruzada por la variable provincia y empleo..... 46
Tabla 8 Tabla cruzada de la variable provincia por el estado de salud..... 48
Tabla 9 Tabla cruzada de la variable provincia por rango de ingreso..... 50
Tabla 10 Género y nivel de educación..... 52
Tabla 11 Tabla cruzada de la variable género por empleo..... 54
Tabla 12 Tabla cruzada de la variable Género por el estado de salud..... 55
Tabla 13 Tabla cruzada de la variable género por rango de ingreso..... 56
Tabla 14 Tabla cruzada de la variable nivel de educación por empleo..... 58
Tabla 15 Tabla cruzada de la variable nivel de educación por el estado de salud..... 59
Tabla 16 Tabla cruzada de la variable empleo por el estado de salud..... 61
Tabla 17 Modelo de regresión logística multinomial..... 63
Tabla 18 Modelo de regresión logística multinomial..... 65
Tabla 19 Probabilidades predichas para cada categoría de salud..... 67

ÍNDICE DE FIGURAS

CONTENIDO **PÁGINA**

Figura 1 Nivel de educación por provincia 45
Figura 2 Empleo por provincias 47
Figura 3 Estado de salud por provincias 49
Figura 4 La variable nivel de educación por género 53
Figura 5 Empleo por género 54
Figura 6 Estado de salud por empleo 61

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA
CARRERA DE ECONOMÍA

TEMA: "LOS FACTORES ECONÓMICOS Y LAS CONDICIONES DE SALUD DE LOS ECUATORIANOS"

AUTOR: Brayan Alexander Capuz Tisalema
TUTOR: Dr. César Medardo Mayorga Abril, Mg.
FECHA: Febrero 2025

RESUMEN EJECUTIVO

Las personas que viven en condiciones económicas precarias o en situaciones de vulnerabilidad enfrentan un mayor riesgo de sufrir deterioro en su salud física. El estado de salud está estrechamente vinculado a los factores económicos, lo que agrava aún más esta problemática. Mejorar las condiciones de vida y garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud es fundamental para reducir la prevalencia de enfermedades. El contexto actual, marcado por crisis económicas y sociales, incrementa los desafíos para el bienestar físico de la población, lo que resalta la necesidad de estudiar la relación entre los factores económicos y el estado de salud. Este estudio tiene como objetivo determinar cómo los factores económicos inciden en la salud de los ecuatorianos en la zona 3. Se emplea un análisis descriptivo y explicativo para obtener una comprensión completa de este fenómeno. Utiliza una muestra de 24,475 personas extraídas de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), considerando variables como provincia, nivel de educación, empleo, ingresos, sexo y estado de salud. Mediante el análisis descriptivo, tablas cruzadas y el modelo de regresión logística multinomial, se encontró una relación significativa entre los factores económicos y el estado de salud de los ecuatorianos en la zona 3. Las personas con un nivel educativo más alto tienen menor probabilidad de reportar un estado de salud deficiente, y un incremento en los ingresos reduce la probabilidad de reportar un estado de salud malo. Por otro lado, un mayor nivel educativo incrementa la probabilidad de reportar una mejor percepción de salud. Estos resultados destacan la importancia de fomentar la educación como una estrategia clave para mejorar el bienestar de la población y asegurar una percepción más favorable de la salud.

PALABRAS DESCRIPTORAS: INGRESOS, FACTORES, ECONÓMIA, POLÍTICAS, SALUD

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF ACCOUNTING AND AUDITING

ECONOMICS CAREER

TOPIC: "ECONOMIC FACTORS AND THE HEALTH CONDITIONS OF THE ECUADORIAN PEOPLE".

AUTHOR: Brayan Alexander Capuz Tisalema

TUTOR: Dr. César Medardo Mayorga Abril

DATE: February 2025

ABSTRACT

People living in precarious economic conditions or in situations of vulnerability face a greater risk of suffering deterioration in their physical health. Health status is closely linked to economic factors, which further aggravates this problem. Improving living conditions and ensuring equitable access to health services is essential to reduce the prevalence of disease. The current context, marked by economic and social crises, increases the challenges to the physical well-being of the population, which highlights the need to study the relationship between economic factors and health status. This study aims to determine how economic factors affect the health of Ecuadorians in zone 3. A descriptive and explanatory analysis is employed to obtain a complete understanding of this phenomenon. It uses a sample of 24,475 people extracted from the National Health and Nutrition Survey (ENSANUT), considering variables such as province, education level, employment, income, sex and health status. Using descriptive analysis, cross-tabulations and multinomial logistic regression model, a significant relationship was found between economic factors and the health status of Ecuadorians in zone 3. People with a higher level of education are less likely to report poor health status, and an increase in income reduces the probability of reporting a poor health status.

KEYWORDS: INCOME, FACTORS, ECONOMIC, POLICY, HEALTH, POLICY, HEALTH

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Descripción del problema

A nivel de las economías, el estado de salud de las poblaciones es ampliamente reconocido como un determinante clave del bienestar económico. Según Verra et al. (2022), los países con mayores niveles de desarrollo económico tienden a presentar mejores indicadores de salud, como una mayor esperanza de vida, menores tasas de mortalidad y un mejor control de enfermedades crónicas. Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud (2020) menciona que el presupuesto para la salud en 2024-2025 es de $820 millones, con $700 millones destinados a programas básicos y $120 millones a programas especiales, lo que refleja una disminución del 7% respecto al bienio anterior. Este ajuste incluye un aumento del 3% en programas básicos y una reducción del 40% en programas especiales. A nivel mundial, aproximadamente 4500 millones de personas no están plenamente cubiertas por los servicios de salud esenciales (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

En los países asiáticos el avance de la tecnología en la atención sanitaria es esencial. por tanto, Shah et al. (2019) menciona que la investigación en economía de la salud ha crecido tanto en países desarrollados como países en desarrollos, con el objetivo de reducir la carga económica de los problemas de salud ya que las tecnologías de salud y los nuevos medicamentos suelen ser costosos. Esto resalta la importancia de la economía de la salud para tomar decisiones informadas sobre las tecnologías adecuadas. Muchos países ya utilizan herramientas de evaluación económica para analizar estas tecnologías. Además, Hanibuchi et al. (2010) destaca que las asociaciones entre el nivel socioeconómico y la salud son generalmente más fuertes en hombres surcoreanos y en poblaciones tanto masculinas como femeninas de Taiwán, mientras que en Japón estas asociaciones resultan más débiles. La identificación de clase mostró la relación más fuerte con la salud, mientras que la ocupación tuvo la asociación más débil.

Dieciocho de los países europeos anuncian tener un estado de salud inferior al nivel de 'buena'. Suiza (15%), Noruega (20%) y Suecia (21%) parecen ser los países más sanos, mientras que en Rusia el 72% de la población reporta un estado de salud inferior a bueno (Carlson, 2004). Ahora bien, Mackenbach et al. (2010) menciona que el estrés relacionado con el trabajo representa entre el 5% y el 10% de la carga total de la enfermedad vinculada a la depresión y contribuye en un 16% a la carga global de las enfermedades cardiovasculares, lo que se traduce en aproximadamente 2,5 millones de muertes anuales. Desde los años 70, los economistas han detectado que los problemas significativos de salud tienen un impacto adverso en los ingresos (Rodriguez-Alvarez & Rodriguez-Gutierrez, 2018). Por ende, los gobernantes de distintas naciones han trabajado arduamente en mejorar la política pública sobre la salud.

En Colombia apenas se invierte cerca de siete puntos porcentuales del PIB en salud, donde el 75% lo realiza el sector público (Bonet-Morón & Guzmán-Finol, 2015). Con respecto al primer punto, Chávez Guerrero (2023) afirma que el estado de salud de las personas está asociado con las restricciones económicas, las condiciones ambientales desfavorables y la falta de acceso adecuado a una alimentación nutritiva, factores que afectan a las poblaciones más vulnerables. También es cierto que la Organización Mundial de la Salud (2008) informa que la pobreza y la desigualdad de ingresos en países en vías de desarrollo desfavorecen la mejora de la salud.

En cuanto a Perú, se observa que más de la mitad de los jefes del hogar, el 53,7%, perciben ingresos entre 500 y 800 soles, y una gran parte solo cuenta con educación secundaria (28,6%) o primaria (19,7%). Como resultado, las condiciones económicas y educativas limitan el poder adquisitivo de las familias, lo que repercute en la calidad de su salud y alimentación, y, en consecuencia, afecta su calidad de vida (Rojas Vin et al., 2023). Según Blas Ramos et al. (2023), la población ha enfrentado dificultades para acceder a una adecuada alimentación, salud y educación debido a diversas limitaciones impuestas por factores económicos, sociales, políticos y culturales. Estas barreras afectan de manera significativa el bienestar y desarrollo de las personas, especialmente en comunidades vulnerables.

Las políticas de austeridad implementadas en varios países de la región han reducido la inversión pública en salud, lo que ha generado brechas importantes entre las

necesidades sanitarias de la población y los recursos disponibles. De acuerdo con Florian Ángeles (2024), la corrupción, la falta de supervisión estatal y la prioridad de intereses económicos sobre los derechos ciudadanos limitan una atención integral.

En Ecuador, los problemas de salud están estrechamente relacionados con la situación económica de la población. La pobreza afecta al 25,5% de los ecuatorianos y el 10,6% vive en condiciones de pobreza extrema, lo que limita gravemente el acceso a servicios de salud de calidad (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2024a). Sin embargo, se estima que para el año 2030, la tasa de pobreza podría elevarse hasta un 35%, mientras que la pobreza extrema podría alcanzar el 14% (Cobena Rodríguez & Palacios Cedeño, 2024). La escasez de recursos económicos de una gran parte de la población obliga a muchos a depender del sistema público de salud, el cual enfrenta desafíos estructurales debido a la insuficiencia de financiamiento y a la creciente demanda (Ponce et al., 2021).

En los últimos años, el gobierno ecuatoriano ha aumentado su presupuesto para salud pública, asignando USD 1.478 millones para la generación de servicios de salud en 2.745 establecimientos de primer nivel (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2024c). Sin embargo, este monto sigue siendo insuficiente para la población. La desigualdad económica también se manifiesta en la brecha de acceso entre la salud urbana y rural, donde el 40% de la población rural tiene dificultades para acceder a servicios médicos básicos (Zurita et al., 2022).

Además, en el primer trimestre de 2024, el desempleo se ubicó en 4,1%(Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2024b). Sin embargo, según Cobena Rodríguez & Palacios Cedeño (2024), el empleo informal constituye el 54% de la fuerza laboral, superando al sector formal, que representa el 42,7%, y alcanza el 77,9% en zonas rurales. Esta informalidad limita el acceso a la seguridad social, la salud y los beneficios laborales. El bajo poder adquisitivo y el alto costo de los servicios privados obligan a muchas personas a recurrir a sistemas alternativos de atención o a postergar la búsqueda de tratamiento, lo que a menudo agrava las condiciones de salud.

En cuanto a los factores económicos, la pobreza y el desempleo continúan siendo barreras importantes para el acceso a servicios de salud de calidad (Zurita et al., 2022).

Según Cáceres Castro & Castro Zamora (2024). La falta de educación impide que las personas comprendan y adopten prácticas de salud adecuadas, lo que contribuye a un deterioro en su bienestar general. Sin embargo, sin las habilidades necesarias, es difícil acceder a mejores empleos y tomar decisiones informadas.

1.2 Justificación

1.2.1 Justificación teórica, metodológica (viabilidad) y práctica

Los factores económicos y su influencia en el estado de salud son cruciales para comprender cómo la desigualdad de ingresos, el acceso a servicios básicos, educación y la pobreza afectan el bienestar de las personas (Palma et al., 2009). El Banco Mundial (2023) ha demostrado que invertir en salud es fundamental para la productividad y el crecimiento inclusivo. Sin embargo, el deterioro en el acceso a servicios de salud adecuados ha generado un ciclo perpetuo de exclusión y vulnerabilidad social. Por lo tanto, es fundamental investigar cómo estas condiciones económicas determinan el estado de salud de la población ecuatoriana para implementar políticas públicas en el área de salud pública.

La investigación resalta la influencia de los factores económicos en el estado de salud de los ecuatorianos en la Zona 3. Este estudio sigue un enfoque cuantitativo, aplicando técnicas de estadística descriptiva y análisis de dispersión para comprender la situación de los factores económicos y el estado de salud. Se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar, rango intercuartílico) para caracterizar la distribución de variables como el ingreso. Además, se emplearon tablas cruzadas para analizar la relación entre el empleo, la educación y las distintas categorías de salud.

Para evaluar de manera más robusta la relación entre las variables económicas y el estado de salud, se aplicó un modelo de regresión logística multinomial. Este método permitió estimar la probabilidad de pertenecer a cada categoría de salud (Mala, Regular, Buena, Muy Buena, Excelente) en función de los factores económicos, controlando por posibles efectos de confusión. La selección del modelo responde a la naturaleza categórica de la variable dependiente y a la necesidad de captar relaciones no lineales entre los determinantes económicos y la salud.

La base de datos utilizada proviene del sitio web del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de Ecuador. Los datos fueron obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), la cual recopila información detallada sobre las condiciones socioeconómicas, de salud y demográficas de la población ecuatoriana. Además, se emplearon fuentes secundarias, como artículos científicos y libros.

Este estudio está dirigido principalmente al estado, a profesionales de la salud pública y a economistas interesados en comprender la relación entre la economía y la salud. Además, está orientado hacia organismos internacionales como la OMS, la ONU y organizaciones no gubernamentales. También es clave para fortalecer el capital humano, ya que la inversión en salud y educación mejora el bienestar de la población y fomenta el desarrollo de habilidades esenciales para el crecimiento económico (Leturne Vera et al., 2024).

El impacto de esta investigación se mostrará en diversas áreas, los hallazgos de este estudio podrán dirigir a los gobiernos en la elaboración de políticas públicas de esa manera mejorando las condiciones de salud de la población de forma integral, promoviendo el acceso equitativo a la salud, vivienda y bienestar social (Secretaría Nacional de Planificación, 2024). Según Salcedo Flores et al. (2022) la brecha entre los niveles socioeconómicos tales como la educación, es clave para mejorar su desarrollo y eficiencia. Además Tiwari et al. (2023) mencionan que es fundamental prestar mayor atención a los factores socioeconómicos al realizar investigaciones y formular políticas, con el fin de abordar eficazmente las desigualdades relacionadas con la salud.

La pobreza impacta negativamente en la salud, la educación y el entorno familiar, afectando la calidad de vida y las oportunidades de desarrollo de las personas (Morán-Mariños et al., 2019). Para Gonzalvo Gómez et al. (2019), existen diferencias significativas en los distintos niveles de autopercepción de salud, dependiendo de cómo se mida la pobreza, lo que refleja el impacto de las condiciones socioeconómicas sobre la salud individual.

La condición económica se encuentra conectada con la salud. Bajo esta perspectiva, este estudio beneficiará a las poblaciones vulnerables que, en la actualidad carecen de

acceso adecuado a servicios de salud debido a factores económicos. Identificar las barreras que estos factores representan permitirá la creación de políticas más inclusivas que mejoren tanto la equidad como la eficiencia del sistema de salud (Gallo & Matthews, 2003). las desigualdades sociales en salud han aumentado, principalmente en los colectivos con menos recursos y más vulnerables(Gil & García, 2023). A causa de ello, han tenido un efecto prolongado en la salud general de las personas, contribuyendo a mayores tasas de enfermedades.

Desde una perspectiva económica, el estado de salud de las personas es visto como un componente esencial del capital humano, dado su impacto directo en la productividad y el crecimiento económico. Teorías como la del Capital Humano de Gary Becker destacan que invertir en educación, salud y habilidades es clave para mejorar la productividad. Dentro de este contexto, la desigualdad en los ingresos afecta negativamente la salud de toda la población. Se ha comprobado que altos niveles de desigualdad se asocian con una disminución en la confianza y el capital social, además de estar vinculados a mayores índices de criminalidad y accidentes (Gallo & Matthews, 2003).

Es fundamental resaltar que esta investigación tiene implicaciones significativas para la formulación de políticas públicas y la planificación estratégica, especialmente en relación con la condición de salud de la población. Los resultados obtenidos pueden ofrecer evidencia valiosa que respalde la asignación de recursos financieros hacia programas que se enfoquen en la prevención, detección temprana y tratamiento de enfermedades. Al mejorar las condiciones de salud, se podría reducir el impacto de los factores económicos negativos, promoviendo así un desarrollo más equitativo y sostenible

1.2.2. Formulación del problema de investigación

¿Qué factores económicos inciden en la salud de los ecuatorianos a nivel de sus provincias?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Establecer los factores económicos inciden en la salud de los ecuatorianos en la zona 3, en el periodo 2018.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Describir la situación de los factores económicos y el estado de salud de los ecuatorianos en la zona 3.
2. Relacionar los factores económicos y las condiciones de salud de los ecuatorianos en la zona 3.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Revisión de Literatura

2.1.1 Antecedentes investigativos

La salud de las personas no depende exclusivamente de factores biológicos o genéticos, sino que está fuertemente condicionada por el entorno social y económico en el que viven. Estos denominados 'determinantes sociales de la salud' incluyen variables como el nivel educativo, la situación laboral, los ingresos, las condiciones de vivienda y el acceso a servicios de salud de calidad (Bartolomé-Moreno et al., 2024). Según Carmona-Meza & Parra-Padilla (2015), la relación entre los factores económicos y el estado de salud ha sido ampliamente estudiada en la literatura económica y social.

En el mismo sentido, García Pérez et al. (2007) mencionan que las personas con menores ingresos, familias más pequeñas o dedicadas a tareas del hogar tienden a hacer un uso más frecuente de los servicios de atención primaria, particularmente en consultas de medicina familiar. Además, se observa que la brecha de ingresos genera importantes diferencias en los niveles de bienestar y longevidad, afectando de manera desproporcionada a los sectores más pobres de la población. A medida que disminuye la posición socioeconómica de una persona, su estado de salud tiende a deteriorarse (Thomas-Lange & Ferrer, 2020).

Para garantizar la salud de la población, es esencial contar con un acceso equitativo y universal al sistema de salud, ya que esto es fundamental para promover la igualdad de oportunidades (Puyol, 2012). La salud no se define únicamente como la ausencia de enfermedad o malestar, sino que abarca un estado integral de bienestar físico, mental y social. Este enfoque más amplio resalta que la salud es un componente clave para el desarrollo humano y social, permitiendo que las personas alcancen su máximo potencial en todas las áreas de su vida (Vélez Álvarez et al., 2013).

La investigación respaldada por Abramo et al. (2020) muestra que el nivel de ingresos de los hogares afecta directamente la salud de sus miembros. Esto se debe a factores como la capacidad de acceder a una alimentación adecuada, vivir en viviendas de

mejor calidad, evitar comportamientos de riesgo y contar con acceso a servicios de salud de calidad, además de otros factores más abstractos, como el capital social. Si bien los ingresos son un factor crucial, no son el único determinante. Otros elementos, como el nivel de educación, el acceso al empleo y la participación en actividades físicas, también juegan un papel significativo (Lee & Jones, 2007).

La desigualdad económica en la salud ha sido documentada en diversos estudios, los cuales han demostrado que las disparidades en los ingresos se reflejan en el acceso a servicios médicos y, por lo tanto, Morión Grande et al. (2016) afirman que la pobreza impacta negativamente algunos de los principales determinantes sociales de la salud, como el desarrollo de hábitos saludables, el acceso oportuno a servicios médicos y la exposición a factores ambientales dañinos, como agentes tóxicos. Esto es respaldado por Bartolomé-Moreno et al. (2024), quienes, a través de un estudio comparativo de países desarrollados, concluyen que aquellos con mayor igualdad de ingresos presentan mejores indicadores de salud pública, como una menor mortalidad infantil y una mayor esperanza de vida.

Según Verra et al. (2022), los grupos de menores ingresos son menos propensos a considerar importante no estar enfermos en comparación con los grupos de ingresos más altos. Las personas sin empleo remunerado y aquellas con un nivel educativo más alto tienden a valorar la importancia de vivir una vida larga, en contraste con quienes tienen un nivel educativo inferior y empleo remunerado. Además, las personas con ingresos más bajos eran menos propensas a considerar importantes cualquiera de los aspectos de la vida incluidos en el estudio (Abramo et al., 2020).

La educación y el empleo tienen una influencia significativa en los comportamientos relacionados con la salud (Marzouq Alanazi et al., 2023). Un estudio realizado por Galea et al. (2011) afirman que la cantidad de muertes en Estados Unidos en el año 2000 están relacionadas con el bajo apoyo social, la segregación racial y los bajos niveles educativos. La educación es uno de los factores clave que determina los niveles de estratificación social, lo que a su vez genera desigualdades, tanto en salud como en cuestiones de género (Gumà et al., 2019).

El estatus económico y el desarrollo de enfermedades están relacionado estrechamente según estudios realizado por Besora-Moreno et al. (2020), se demuestra que una peor salud sigue un patrón socioeconómico en el cual un bajo estatus socioeconómico se asocia con un mayor riesgo de padecer enfermedades. En este contexto de desventaja económica, los sistemas de bienestar social actúan como una red de seguridad, cuya implementación o reforma podría influir tanto en la salud de la población como en las desigualdades en salud. Además, las personas de áreas con desventajas socioeconómicas que tienen enfermedades crónicas o multimorbilidad muestran mayores niveles de morbilidad y mortalidad en comparación con aquellas de zonas más prósperas (Mair & Jani, 2020).

Estudios realizados por Kivimäki et al. (2020) demostraron que un bajo estatus socioeconómico es un factor de riesgo para una amplia gama de enfermedades interrelacionadas destacándose la importancia de los problemas de salud mental y el abuso de sustancias en la cadena de enfermedades físicas. Estudio realizado en Escocia por Richardson et al. (2020) reveló que, aunque las políticas más costosas eran más efectivas para mejorar la salud general, el diseño de la política fue un factor determinante en la reducción de las desigualdades en salud.

Los sistemas de bienestar son un determinante fundamental de la salud de la población y de las desigualdades en salud, tanto en países de altos ingresos como en aquellos de bajos ingresos (Williams, 2021). La desnutrición y la tasa de mortalidad podrían reducirse al mejorar el nivel económico, brindar apoyo a las personas que viven solas, así como a aquellas que están solteras, viudas o divorciadas, y fomentar el aprendizaje a lo largo de toda la vida (Besora-Moreno et al., 2020).

El desempleo ha sido identificado como uno de los factores económicos más perjudiciales para la salud. Karsten I & Klaus (2009) mencionan que, en un entorno económico adverso caracterizado por altas tasas de desempleo, las personas desempleadas son particularmente vulnerables, ya que perciben una reducción en las oportunidades para buscar empleo y una menor probabilidad de ser reemplazadas, lo que a menudo resulta en un estado de ánimo deprimido. Estudios importantes, como el de McKee-Ryan et al. (2005), muestran que los individuos desempleados presentan un menor bienestar en comparación con aquellos que están empleados. Además,

aquellos con bajo estatus socioeconómico, donde los trabajadores manuales son los más afectados por el desempleo, y las personas desempleadas por razones de salud, presentan un peor estado (Norström et al., 2014).

La relación entre el desempleo o el empleo precario y la salud incluye la falta de beneficios económicos y sociales durante el desempleo o al trabajar en condiciones inestables (Vancea & Utzet, 2017). Ahora bien, el gasto público en salud es un factor crucial en la mejora de los resultados de salud y en el desarrollo económico de los países (Reeves et al., 2013). Wu (2023) argumentan que una mayor inversión en infraestructura de salud no solo mejora el bienestar de la población, sino que también incrementa la productividad laboral al reducir los días perdidos por enfermedades y mejorar la calidad de vida de los trabajadores. Además, Cartney et al. (2019) sostienen que los países que priorizan el gasto en salud pública durante épocas de bonanza económica experimentan un crecimiento económico más sostenible y equilibrado.

Dentro de este contexto, la fundamentación teórica del tema de estudio también nos permite revisar antecedentes de la investigación con conclusiones significativas en este marco. Malo-Serrano & Malo-Corral (2014) explican que la salud pública en Ecuador siempre ha estado vinculada al papel del Estado en la regulación de los principales indicadores económicos. A mayores niveles de empleo y renta de la población, se genera un mayor nivel de salud pública a nivel provincial, ya que las personas, al contar con ingresos, pueden proteger de mejor manera su integridad física(Largo Largo & Sarmiento Jara, 2024).

Por otra parte, Guarderas et al. (2021) explican que, a nivel global, los principales estudios económicos en salud pública sostienen que invertir en salud permite mejorar la productividad de la población. Sin embargo, estas inversiones deben ir acompañadas de la estabilidad y buen desempeño macroeconómico, como una baja inflación, bajo desempleo, alto crecimiento y una elevada inversión pública. García-Rodríguez et al. (2017) en sus principales conclusiones, permite entender que los esfuerzos por mejorar la salud, a través de contar con una estabilidad macroeconómica, serán beneficiosos para el desarrollo de las economías. Hess et al. (2024) explicó en su informe sobre la salud en Ecuador que, para mantener una óptima salud de la población, es crucial que confluyan tres factores: estabilidad macroeconómica, alta inversión pública en el

sector salud y el desarrollo de un fuerte sector privado que ofrezca servicios de salud de calidad.

La inflación, especialmente en economías en desarrollo, puede afectar severamente el acceso a productos y servicios de salud esenciales. Sitanggang et al. (2022) encontraron que la inflación genera una contracción del gasto en salud en los hogares de bajos ingresos, limitando su acceso a medicamentos y atención médica oportuna. Además, Girdzijauskas et al. (2022) afirman que el aumento de los precios de los alimentos durante periodos de inflación afecta la nutrición de las poblaciones más vulnerables, incrementando la prevalencia de enfermedades relacionadas con la malnutrición.

Por otro lado, Mayasari & Fahra Mahinshapuri (2022) concluyen que el crecimiento económico, sin una redistribución equitativa de la riqueza, puede exacerbar las disparidades en salud. Su análisis muestra que, en ausencia de políticas redistributivas, las mejoras económicas no siempre se traducen en mejores resultados de salud para toda la población. En este sentido, es necesario combinar el crecimiento económico con políticas sociales que fortalezcan los sistemas de salud y promuevan la equidad en el acceso a estos servicios (Acs & Szerb, 2007).

Las barreras socioculturales y económicas que persisten entre la población limitan el acceso a los servicios, una situación que se ha agravado después de la pandemia (Gutiérrez Muñoz, 2023). Estas barreras incluyen factores como el bajo nivel educativo, la falta de recursos económicos y las diferencias culturales que dificultan el uso adecuado de los servicios de salud. Al respecto, conviene señalar que la salud es un indicador clave del desarrollo sostenible, ya que refleja las condiciones sociales, económicas y físicas de vida. Una población sana contribuye a una mayor productividad laboral y a retornos económicos para los hogares (De Andrade et al., 2015).

2.1.2 Fundamentos teóricos

Factores Económicos en la Realidad Ecuatoriana

Definición y Componentes de los Factores Económicos

Los factores económicos abarcan un conjunto de elementos que influyen en el desarrollo y la estabilidad de una economía, como el crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB), los niveles de empleo, la inflación, la inversión y el comercio internacional (Tulcanaza-Prieto & Morocho-Cayamcela, 2021). En el contexto ecuatoriano, estos factores se ven condicionados por la dependencia de materias primas, la dolarización y las fluctuaciones en los precios internacionales del petróleo, que representan un componente clave para la generación de divisas (Cobena Rodríguez & Palacios Cedeño, 2024). Además, la informalidad del mercado laboral y la falta de diversificación económica agravan la vulnerabilidad del país ante choques externos. De lo anterior se desprende que, para mitigar la vulnerabilidad económica de Ecuador, resulta imperativo fortalecer políticas que impulsen la diversificación productiva y reduzcan la dependencia del petróleo.

Empleo

Emerson et al. (2018) aseguran que existe un vínculo bien establecido entre el estado de empleo y la salud, donde el desempleo se asocia con un peor estado de salud. Esta relación se explica por dos procesos principales: la selección de salud (las personas más saludables tienen más probabilidades de obtener y mantener empleo) y los beneficios específicos de salud asociados al empleo. Estos beneficios son tan relevantes que garantizar el acceso equitativo a empleos no explotadores se considera una opción clave de política para reducir las desigualdades en salud.

De la misma manera, Hergenrather et al. (2015) mencionan que la relación entre el empleo y la salud física varía según las trayectorias laborales. En comparación con las personas desempleadas, las personas empleadas muestran una mejor salud física, realizan más actividad física y tienen menos limitaciones físicas. Las personas con sobre empleo y subempleo informan más enfermedades crónicas, mientras que quienes trabajan a tiempo parcial perciben un deterioro en su salud. Aquellos con empleo temporal presentan mayores tasas de hospitalización y mortalidad, así como problemas de salud mental, como síntomas depresivos, angustia psicológica y malestar general.

En comparación con las personas empleadas, tanto los desempleados como aquellos que han experimentado una pérdida de empleo muestran mayores limitaciones físicas,

como dificultades para mantenerse de pie, levantar objetos, caminar o alcanzar cosas. También presentan una disminución en el funcionamiento físico y un aumento de las condiciones crónicas reportadas durante el último año. Sin embargo, la relación entre la pérdida de empleo y la salud física varía según el tiempo transcurrido desde la pérdida de empleo y si esta fue voluntaria o involuntaria.

Dado que la mala salud física está correlacionada con hospitalizaciones y mayor mortalidad, es esencial profundizar en la interacción entre el estatus laboral y la salud física. Identificar a las personas en riesgo de sufrir mala salud física debido a su situación laboral y desarrollar intervenciones que las ayuden a mejorar su estado físico y a reincorporarse al empleo son temas cruciales para futuras investigaciones.

Ingresos económicos

Los ingresos económicos son importantes para la salud debido a su conexión con la privación material y la restricción en la participación social, así como con la capacidad de ejercer control sobre la vida propia. Subramanian & Kawachi (2006) afirman que los ingresos más altos permiten un mayor acceso a bienes y servicios que promueven la salud, como una mejor nutrición, acceso a agua potable, saneamiento, vivienda y servicios de salud de calidad. Esto evidencia cómo los recursos económicos no solo mejoran las condiciones materiales, sino que también influyen positivamente en el bienestar general, brindando a las personas la capacidad de satisfacer necesidades básicas que son esenciales para mantener una buena salud. Según Marmot (2002), la creciente desigualdad en los ingresos antes de impuestos en muchos países, combinada con una falta de políticas que la compensen mediante el sistema fiscal y de beneficios, y la falta de inversión en bienes públicos que beneficien a todas las comunidades, puede perjudicar la salud.

Existen razones sólidas para creer que hay un efecto causal entre los ingresos y la salud. Las familias con mayores ingresos pueden tener un mejor acceso a la atención médica y más oportunidades para adquirir servicios de salud, mientras que las personas con ingresos más bajos pueden enfrentarse a situaciones más estresantes, lo que resulta perjudicial para su salud. (Lenhart, 2019). los ingresos económicos juegan un papel crucial en la determinación del estado de salud de las personas, ya que influyen

directamente en su capacidad para acceder a servicios médicos y adoptar estilos de vida saludables.

Educación

El nivel educativo es un determinante significativo de la salud percibida y constituye un componente clave del concepto socioeconómico. Según Faresjö & Rahmqvist (2010), la importancia de los determinantes sociales para comprender la aparición de enfermedades, los tratamientos, los resultados de salud y su prevención ha sido evidente en la medicina durante siglos. Esto destaca cómo factores como el entorno social y económico influyen en el bienestar general de las personas y en sus respuestas a las intervenciones médicas.

Según Bowen (2023), la educación tiene una fuerte correlación con la buena salud y la movilidad social, actuando como un gran ecualizador en la sociedad. A diferencia de otros servicios esenciales como supermercados y hospitales, las escuelas están presentes en todas las comunidades y, a menudo, ofrecen más que solo educación a los niños y sus familias. Proporcionan acceso a alimentos y diversos servicios de salud, desde atención primaria y preventiva hasta servicios para condiciones agudas y crónicas, así como atención dental y de salud mental. Las enfermeras escolares juegan un papel crucial al moderar los efectos negativos de los determinantes sociales de la salud a través de exámenes, coordinación de la atención y derivaciones a servicios sociales. Este apoyo fomenta la asistencia escolar y promueve un aprendizaje óptimo.

La educación otorga habilidades esenciales que permiten a las personas utilizar de manera efectiva la información sobre salud, influye en sus ingresos futuros y facilita el acceso a empleos de menor o mayor riesgo. Además, los entornos escolares moldean la composición de las redes sociales de los estudiantes y el capital social al que tienen acceso, incluso mucho después de graduarse (Arcaya & Saiz, 2020). A nivel social, los avances significativos en salud pública y biomedicina que han mejorado la salud promedio y la longevidad se deben, en parte, a la educación. No obstante, estos aspectos clave sobre cómo las experiencias educativas, la obtención de títulos y el entorno escolar influyen en la salud no suelen asignarse de manera aleatoria y probablemente no se verían afectados por reformas educativas generales (Kondirolli

& Sunder, 2022). Me doy cuenta de que la educación no solo impacta de manera individual, sino también a nivel colectivo, siendo un factor clave en la mejora de la salud pública y el bienestar.

Actividad económica

La actividad económica implica tanto la idealización como la transformación del entorno (Kornilova, 2022). Según Bazzhina (2015) la participación en la actividad laboral es la base de la vida humana y, en muchos casos, constituye el factor determinante de la mentalidad y los valores del trabajador. Estos valores, a su vez, influyen en la toma de decisiones económicas y en elecciones como la afiliación a un partido político que comparta los mismos principios o la elección de un candidato para un cargo político. Inicialmente, los conceptos de persona y trabajo son inseparables; sin embargo, históricamente se ha condicionado a ciertas categorías de personas para que no se involucren en el trabajo. Este grupo incluye principalmente a aquellos individuos que han acumulado suficiente capital para cubrir sus necesidades actuales.

Según Zavgorodniy (2023), la actividad económica abarca un conjunto interrelacionado de acciones y procesos relacionados con la producción, el intercambio y el consumo de bienes y servicios en la economía de un país. Esta actividad se manifiesta a través de la interacción entre productores, consumidores, inversores, organismos gubernamentales y otros participantes del entorno económico. Además, la actividad económica es un indicador clave del estado de la economía, así como de su potencial y nivel de desarrollo.

Este concepto incluye diversas áreas de la vida económica, como la producción de bienes y servicios, los volúmenes de ventas, el intercambio de productos, la actividad inversora, las operaciones financieras, el comercio, la actividad de transporte, la actividad empresarial y la iniciativa emprendedora, entre otros aspectos. Por lo tanto, la actividad económica no solo mide el rendimiento productivo de un país, sino que también evalúa su capacidad para sostener y fomentar el crecimiento y el desarrollo económico en general.

Sexo

Los hombres y las mujeres son genéticamente similares, aunque las hormonas, que actúan en momentos y velocidades diferentes, afectan a distintas regiones del cerebro, lo que provoca que algunas células cerebrales se desarrollen más rápido que otras durante los periodos críticos de desarrollo. En este contexto, Padilla (2023) menciana que los factores psicosociales como la pobreza, el hambre, la malnutrición, el exceso de trabajo, la violencia doméstica, el abuso sexual y el estigma también tienen un impacto en la salud mental y física de las mujeres. Además, La Organización Mundial de la Salud (2020) afirma que el género influye en la salud y el bienestar de las personas en tres áreas clave: primero, a través de los determinantes de la salud relacionados con el género, los cuales interactúan con otros factores sociales y estructurales; segundo, mediante las conductas relacionadas con la salud que varían según el género; y tercero, a través de la respuesta que el sistema de salud brinda de acuerdo con el género.

Las diferencias entre géneros se han reportado en varios aspectos de los trastornos mentales, tales como la edad de aparición de los síntomas, las características clínicas, la frecuencia de los síntomas, el curso de la enfermedad, la adaptación social y los resultados a largo plazo. Asimismo, según (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2021) A nivel nacional, solo el 32,9% de la población tiene acceso a algún tipo de seguro de salud, lo que refleja una cobertura limitada. Este porcentaje se desglosa en un 30,7% de mujeres y un 35,2% de hombres. Por tanto, esta desigualdad de acceso entre géneros y la baja cobertura general son factores críticos que afectan la capacidad de la población para recibir atención médica adecuada y oportuna, lo que puede tener consecuencias significativas en términos de resultados de salud y bienestar.

Ubicación geográfica

Las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, derivadas de la ubicación geográfica o de la falta de infraestructura sanitaria en diversas regiones del país, limitan la capacidad de respuesta ante enfermedades como la malaria. En consecuencia, en las comunidades más vulnerables, la falta de acceso a diagnósticos y tratamientos oportunos no solo agrava las condiciones de salud de la población afectada, sino que también facilita la continua transmisión de la enfermedad (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

Las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, derivadas de la ubicación geográfica o de la falta de infraestructura sanitaria en diversas regiones del país, limitan la capacidad de respuesta ante enfermedades como la malaria. Por lo tanto, en las comunidades más vulnerables, la falta de acceso a diagnósticos y tratamientos oportunos no solo agrava las condiciones de salud de la población afectada, sino que también facilita la continua transmisión de la enfermedad (Bhugra & Ventriglio, 2023). En este contexto, esta situación resalta la importancia de mejorar la equidad en la distribución de recursos sanitarios y de fortalecer la infraestructura en áreas desfavorecidas.

Efectos de los Factores Económicos en la Población

Los efectos de los factores económicos en la población ecuatoriana se reflejan en diversos aspectos del bienestar social y la calidad de vida. A pesar de los períodos de crecimiento económico, este ha sido desigual y ha profundizado las diferencias entre las zonas urbanas y rurales. En Ecuador, la reducción de desigualdades entre 1994 y 2012 ha sido impulsada por la estabilidad política, políticas redistributivas y mayores inversiones sociales, contrastando con las reformas neoliberales previas que dominaron por más de dos décadas (Rios Quituizaca et al., 2021) Este progreso, junto con la mejora en las condiciones económicas y la disminución de la pobreza, ha tenido un impacto positivo en la salud, aunque persisten desigualdades geográficas en el acceso a saneamiento básico y agua potable (Ceular-Villamandos et al., 2021)

Las condiciones de pobreza, el acceso limitado a la educación y la falta de empleo formal han profundizado las desigualdades. Herrro Olarte (2023) menciona que, en la economía de Ecuador y, en particular, en su mercado laboral, es relevante revisar el uso del aumento del salario mínimo como una política económica para reducir la pobreza y la desigualdad. El salario mínimo sigue ocupando una posición importante en el diálogo sobre pobreza y desigualdad en la región, aunque debería asumir un papel secundario más tradicional. Estas condiciones socioeconómicas influyen de manera directa en el bienestar y la calidad de vida de la población, creando brechas que afectan la equidad en el acceso a servicios de salud (Gachet et al., 2019).

Estado de Salud de la Población Ecuatoriana

Indicadores Clave del Estado de Salud

Los indicadores de salud constituyen un elemento clave en la epidemiología, ya que permiten analizar la aparición y distribución de las enfermedades dentro de distintos grupos poblacionales. A través del uso de datos estadísticos, se puede evaluar cómo diferentes factores, como los económicos, sociales y ambientales, afectan la propagación de diversas patologías. Además, estos indicadores sirven para medir el impacto que dichas enfermedades generan en la población, proporcionando información valiosa para la planificación de políticas de salud pública y la toma de decisiones (Rapaport, 2005).

El estado de salud en Ecuador está condicionado por una serie de indicadores, como el acceso a servicios de salud, la prevalencia de enfermedades crónicas, como la diabetes, la salud mental, las condiciones de salud materna e infantil, y la esperanza de vida al nacer. El sistema de salud pública en Ecuador, aunque ha logrado avances significativos en cobertura, aún enfrenta serias dificultades en términos de calidad, infraestructura y financiamiento (J. P. Gutiérrez et al., 2019). La salud materna y el control de enfermedades como la diabetes y la hipertensión representan desafíos críticos para la política sanitaria.

Según Instituto Nacional de Estadística y Censos (2022) la mortalidad en Ecuador ha mostrado una tendencia descendente desde la década de 1950, lo que ha contribuido al aumento de la esperanza de vida de la población. Este incremento en la expectativa de vida al nacer refleja mejoras sustanciales en las condiciones generales de vida de los ecuatorianos. En 2022, la esperanza de vida alcanzó un valor de 76.68 años para ambos sexos, evidenciando el progreso en salud pública y bienestar en el país.

La tasa de mortalidad general en Ecuador es de 5,0 defunciones por cada 1.000 habitantes, lo que refleja las muertes totales en la población. En cuanto a la salud materna, el país registra una razón de 33,9 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, lo que señala la necesidad de mejorar la atención prenatal y postnatal. La tasa de mortalidad infantil (en niños menores de un año) es de 8,6 por cada 1.000 nacidos vivos, mientras que la tasa de mortalidad en la niñez (menores de 5 años) asciende a 10,6 por cada 1.000 nacidos vivos. Estos indicadores subrayan las disparidades

existentes en el acceso a los servicios de salud y la calidad de estos, particularmente en las zonas más vulnerables.

La enfermedad crónica es uno de los indicadores claves sobre el estado de salud, Bonilla-Sierra et al. (2020) afirman que la situación de la cronicidad en una región de Loja, Ecuador, revela que la enfermedad crónica más prevalente es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), seguida por la hipertensión arterial y la diabetes. El dolor se identifica como el síntoma más común, y se observa que los pacientes con enfermedades articulares experimentan un mayor número de síntomas en comparación con aquellos que no las padecen. El cáncer, la demencia y la hipertensión arterial contribuyen significativamente a los niveles de dependencia, mientras que la demencia está asociada con un estado funcional deficiente y el cáncer y la diabetes se relacionan con mayores niveles de depresión. Asimismo, aquellos con múltiples enfermedades crónicas reportan un estado funcional más deteriorado.

Las enfermedades infecciosas son afecciones provocadas por microorganismos patógenos, que abarcan virus, bacterias, hongos y parásitos, lo que da lugar a una gran variedad de tipos (Pérez Álvarez, 2024). Estas enfermedades se vinculan con los factores ecológicos y demográficos. Las enfermedades como arbovirales pueden ser contagiados en un país diverso como Ecuador, que cuenta con múltiples regiones distintas donde es posible la transmisión sostenida de arbovirus. Tanto las llanuras costeras tropicales al este como la Amazonía al oeste presentan condiciones adecuadas, aunque están separadas geográficamente por la cordillera de los Andes y poseen conectividad de transporte limitada (Katzelnick et al., 2023).

Según Miranda Hiriart (2018), la salud mental es un componente esencial de la salud general, además es un estado esencial de bienestar emocional, psicológico y social que es crucial para el funcionamiento cotidiano de las personas. Afecta el desarrollo de sus capacidades, el cumplimiento de metas y el disfrute de la vida, y puede verse influenciada por diversos factores, como el entorno, los acontecimientos vitales y los hábitos personales. Mautong et al. (2021) mencionan que la salud mental en Ecuador está influenciada por diversos factores, incluyendo el género, la edad, el estatus educativo, la región geográfica y la creencia en teorías conspirativas relacionadas con COVID-19.

Las mujeres presentan niveles significativamente más altos de depresión, ansiedad y estrés en comparación con los hombres, lo cual es común en la mayoría de los estudios a nivel mundial. En cambio, el sexo masculino se asocia con menores probabilidades de estrés; sin embargo, los hallazgos también sugieren que ser hombre está relacionado con mayores probabilidades de depresión y ansiedad. En contraste, nuestro estudio determinó que ser masculino está asociado con menores probabilidades de presentar niveles severos de depresión, ansiedad y estrés.

Factores Sociales y Ambientales que Influyen en la Salud

Los determinantes sociales de la salud, como la educación, el acceso a recursos económicos, el entorno físico y la seguridad alimentaria, desempeñan un papel crucial en la calidad de vida de los ecuatorianos. Las poblaciones rurales y las comunidades indígenas presentan tasas más altas de enfermedades prevenibles debido a la falta de acceso a servicios de salud y a condiciones de vida desfavorables. Además, los cambios climáticos y la degradación ambiental afectan negativamente la salud de la población, especialmente en zonas agrícolas y costeras (Deaconu et al., 2021).

La inseguridad alimentaria puede entenderse como la falta de acceso o la disponibilidad limitada de alimentos nutritivos y seguros, así como la incapacidad para obtenerlos de manera socialmente aceptable (Herrera-Fontana et al., 2020) Esto refleja tanto las barreras económicas como sociales que dificultan a las personas obtener una alimentación adecuada, afectando negativamente su bienestar y salud. Según Weigel et al. (2016), la elevada incidencia de inseguridad alimentaria en Ecuador está vinculada a una dieta de menor calidad y diversidad, lo que contribuye a problemas como la anemia y el bajo crecimiento en mujeres que viven en zonas urbanas de bajos ingresos

Además, las dietas que ofrecen una mayor diversidad de alimentos dentro de los principales grupos nutricionales están vinculadas a mejores resultados en términos de nutrición y salud. En los centros urbanos de países de ingresos bajos y medios, las economías son principalmente monetarias, lo que implica que los hogares dependen de los mercados locales para obtener alimentos y otras necesidades. Por tanto, la seguridad alimentaria de estos hogares urbanos está estrechamente ligada a su nivel de

ingresos y poder adquisitivo, a diferencia de las áreas rurales, donde la disponibilidad de alimentos está más relacionada con la producción local.

En Ecuador, los pueblos indígenas han incorporado prácticas agrícolas y alimentarias tradicionales como parte central del movimiento agroecológico. Según Deaconu et al. (2021), la disminución de estas prácticas tradicionales ha generado preocupación por sus efectos en la salud nutricional, ya que su desplazamiento se ha asociado con problemas como bajo peso, retraso en el crecimiento, deficiencias de micronutrientes, sobrepeso, enfermedades crónicas relacionadas con la dieta y los efectos intergeneracionales de la malnutrición, especialmente en situaciones de pobreza.

Ecuador ha enfrentado crisis económicas y políticas, pero ha logrado avances en la cobertura de intervenciones de salud materna, neonatal e infantil, así como en la reducción de desigualdades entre 1994 y 2012 (Rios Quituizaca et al., 2021). La atención primaria de salud se aborda desde una perspectiva social y política, considerándola como un derecho humano fundamental que va más allá de las fronteras médicas convencionales (Santoro Lamelas, 2021). Este enfoque requiere la colaboración coordinada y comprometida de diversas áreas sociales y económicas. Además, se reconoce la existencia de desigualdades sociales tanto a nivel global, entre países desarrollados y en desarrollo, como dentro de cada país.

Según Rios Quituizaca et al. (2021), en 2012 se observó una reducción más significativa de las desigualdades en las intervenciones relacionadas con los servicios de salud materna, neonatal e infantil (RMNCH) en comparación con la década anterior (1994-2004). Estas disminuciones en la desigualdad coincidieron con la recuperación de la estabilidad política, la implementación de políticas redistributivas y un aumento en el gasto social, en contraste con las reformas neoliberales que se habían aplicado durante más de 20 años.

Ecuador es un país de ingresos medios y altos, caracterizado por una alta desigualdad de ingresos (Hess et al., 2024). La mayoría de sus habitantes son mestizos, pero el 28% pertenece a minorías étnicas, incluyendo grupos indígenas, afroecuatorianos y montubios. Quizhpe et al. (2020) afirma que desde 2007, la propuesta política orientada a reducir la pobreza y las desigualdades socioeconómicas dio lugar a una

década de estabilidad gubernamental. Se implementaron reformas sociales y de salud integrales basadas en la equidad, con cambios ambiciosos para garantizar el derecho a la salud y la cobertura universal en el país. Durante esos diez años, varios indicadores sociales mejoraron: los niveles de pobreza disminuyeron, aumentaron el empleo y los salarios, la tasa de alfabetización creció, y la desigualdad de ingresos se redujo.

El Ministerio de Salud introdujo políticas de seguro de salud integrales para reducir los costos compartidos y los aranceles, logrando que todos los servicios de salud del Ministerio fueran gradualmente gratuitos. La proporción del gasto público en salud respecto al Producto Interno Bruto aumentó del 2,2% en 2004 al 4,2% en 2015, con un enfoque particular en medicamentos, suministros, vacunas, ambulancias, nuevas instalaciones y equipos de salud. Se introdujeron nuevos servicios, como visitas domiciliarias, especialmente en áreas rurales y para grupos vulnerables, y se contrataron más de 4,000 médicos. Además, se implementó un marco legal de gobernanza para mejorar la relación entre el Ministerio de Salud, el seguro social y el sector privado (Quizhpe et al., 2020).

La salud humana está estrechamente vinculada a la salud del entorno en el que vivimos. Un ambiente saludable es fundamental para prevenir enfermedades y mantener el bienestar general, ya que los factores ambientales como la calidad del aire, el agua y el acceso a alimentos influyen directamente en nuestra salud física y mental (Hess et al., 2024). Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (2021), aproximadamente el 24% de todas las muertes a nivel mundial estuvieron relacionadas de alguna manera con el impacto del entorno en la salud humana.

La salud ambiental es un campo de conocimiento en crecimiento constante, que amplía y actualiza continuamente la evidencia que vincula el medio ambiente con la salud humana (Rojas-Rueda et al., 2021). Según Kumari & Dubey (2023), mantener un entorno saludable es crucial para mejorar la esperanza de vida y la calidad de vida de las personas. La optimización ambiental puede prevenir fácilmente problemas de salud relacionados con el entorno, los cuales podrían ser responsables de más de dos tercios de las muertes. De manera similar, al mejorar el ambiente, se puede reducir significativamente la probabilidad de contraer enfermedades o exponerse a sustancias químicas perjudiciales. Aunque no se puede determinar con precisión la contribución

exacta del ambiente al desarrollo de enfermedades y muertes, es evidente su impacto en la salud.

El Sistema de Salud y su Relación con los Factores Económicos

La atención primaria de salud, entendida desde una perspectiva social y política comprometida, se concibe como un derecho humano fundamental que trasciende las fronteras médicas y exige la cooperación coordinada de diversas áreas sociales y económicas (Santoro Lamelas, 2021) Además, reconoce las desigualdades sociales tanto a nivel mundial (entre países desarrollados y en desarrollo) como dentro de los propios países. En la última década, el sistema de salud en Ecuador ha sido objeto de importantes reformas, impulsadas por la Constitución de 2008, que promovió la equidad social y la inclusión con el objetivo de garantizar un mayor acceso a los servicios de salud para todos los ciudadanos. Estas reformas incluyen un incremento sustancial en la inversión gubernamental en salarios del personal de salud, medicamentos e infraestructura; sin embargo, persisten desafíos como la falta de recursos y personal médico adecuado (Carlo et al., 2020).

El sistema de salud ecuatoriano enfrenta restricciones derivadas de factores económicos, especialmente en términos de financiamiento. Las políticas de austeridad y los recortes presupuestarios en los últimos años han disminuido la capacidad de respuesta del sistema de salud frente a emergencias y a la creciente demanda de servicios médicos (Córdova et al., 2023). Las desigualdades en la distribución de recursos sanitarios reflejan la influencia directa de las condiciones económicas sobre la calidad del sistema de salud en diferentes regiones del país. Es fundamental que un país establezca estrategias que integren los principios de derechos humanos y equidad en sus procesos políticos. Para ello, se promueven intervenciones como el fortalecimiento del sistema de salud, una descentralización más efectiva, una amplia participación social y la consolidación de marcos regulatorios sólidos (Quizhpe et al., 2020).

La reforma en el sistema de salud en Ecuador ha impulsado un modelo de atención primaria enfocado en los sectores más vulnerables y en reducir desigualdades en salud (Santoro Lamelas, 2021). Sin embargo, persisten desafíos importantes para disminuir

las inequidades sociales, lo que sigue siendo un objetivo clave para lograr un sistema de salud más equitativo. Geográficamente, Ecuador se divide en cuatro regiones naturales: Costa, Sierra, Amazonía e Insular (Galápagos), que comprenden un total de 24 provincias (Friederic & Burke, 2019). Además, cuenta con una organización administrativa en zonas y distritos.

Según Armijos-Briones et al. (2019) menciona que el sistema de salud es mixto, ya que agrupa diversas instituciones y empresas que ofrecen servicios de salud. En total, existen cinco subsistemas que operan en conjunto a través de la Red Pública de Servicios de Salud y Servicios Complementarios. Esta red incluye al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el sector privado, que aporta servicios complementarios.

La creciente demanda de servicios de salud en Ecuador plantea desafíos para el sector público, que enfrenta limitaciones para satisfacer plenamente esta necesidad. Esta situación genera un incremento en el porcentaje de empobrecimiento asociado a los gastos en salud, pues muchas personas se ven obligadas a incurrir en un gasto doble. Por una parte, contribuyen al financiamiento del sistema público a través de impuestos y aportes, y, por otra, deben recurrir a servicios privados para cubrir sus necesidades médicas. Este fenómeno impacta especialmente a la clase media, que corre el riesgo de caer en la pobreza debido a estos gastos adicionales, y agrava aún más la situación de quienes ya se encontraban en condiciones de vulnerabilidad económica.

La Constitución de 2008 en Ecuador marcó el inicio de una profunda reforma del Sistema Nacional de Salud (SNS), estableciendo la salud como un derecho que el Estado debe garantizar a todos los ciudadanos. Esta reforma reconoció a la red pública de salud como el núcleo central del sistema y estableció la gratuidad en todos los niveles de atención de los servicios de salud pública, abarcando desde diagnóstico y tratamiento hasta el suministro de medicamentos y rehabilitación (Banco Mundial, 2020).

la inversión en el sistema de salud ha sido crucial para mejorar el acceso y la calidad de los servicios, aunque persisten ciertos desafíos. En los últimos años, el Estado ha realizado esfuerzos significativos para fortalecer la infraestructura y el personal médico. En las últimas décadas, el acceso a la salud en Ecuador pasó de ser un privilegio para consolidarse como un derecho, especialmente durante los años del gobierno de la Revolución Ciudadana, según lo destacó la ministra Vance. Durante el periodo 2007-2011, se asignaron más de 5,000 millones de dólares a la salud, y la inversión proyectada para el cierre de 2012 se estimó en 7,000 millones. En contraste, los tres gobiernos anteriores (2003-2006) destinaron solo 1,543 millones a este sector, reflejando un cambio significativo en las prioridades de inversión pública para garantizar servicios de salud gratuitos y accesibles a toda la población (Ministerio de Salud Pública, 2022).

Tabla 1

Presupuesto de inversión en salud en Ecuador en miles de dólares

	Presupuesto asignado
Año	**Monto total**
2013	1.775,80
2014	2.430,10
2015	2.912,50
2016	2.391,01
2017	2.391,01
2018	3.573,10
2019	3.138,50
2020	7.685,50
2021	5.787,90
2022	7.373,10
2023	3.109,10

Nota. La tabla presenta el presupuesto asignado del año 2013 al 2023 en el contexto de salud. Fuente: Guarderas et al. (2021)

Relación entre Factores Económicos y el Estado de Salud

La Economía como Determinante de la Salud

En Ecuador, los factores económicos actúan como determinantes sociales clave de la salud. La capacidad adquisitiva de la población, la estabilidad laboral y la seguridad social están directamente relacionadas con el acceso y la calidad de los servicios de salud (Boza Aguirre et al., 2021). Según Diaz Kovalenko et al. (2023) la sostenibilidad económica de una entidad depende en gran medida de su capacidad para gestionar y asumir sus costos, así como de la posibilidad de recuperar pérdidas en función de sus proyecciones a futuro. Esto explica por qué el concepto de lucro cesante ha sido frecuentemente relegado a un segundo plano en el análisis de daños materiales derivados de accidentes, considerándolo solo como una subcategoría de los costos necesarios para rehabilitación y reemplazo de ingresos.

Además, el capital humano que cada persona posee incluye capacidades físicas, intelectuales y morales, siendo la salud su pilar esencial. Accidentes como fracturas, quemaduras o lesiones de tráfico pueden afectar gravemente este "capital salud," generando costos no productivos que deterioran la situación financiera de la persona afectada, especialmente si no se resuelve el problema de liquidez y recuperación, que varía según la edad, condiciones de salud previas y la eficiencia de la institución de salud a la que acuda.

2.2. Hipótesis (opcional) y/o preguntas de investigación

Los factores económicos influyen significativamente en el estado de salud de los ecuatorianos.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Recolección de la información

Población

Una población es el conjunto total de elementos, individuos, u objetos de interés que poseen características específicas y sobre los cuales se desea obtener información para realizar un análisis o investigación (Ander-Egg, 2011). Por tanto, cuando se habla de población en un contexto estadístico o de investigación, se hace referencia a todos los casos posibles que encajan con los criterios definidos para el estudio, lo que permite a los investigadores generalizar sus hallazgos de manera adecuada (Hernández Sampieri et al., 2017). Esta definición es clave para comprender la representatividad y la relevancia de los resultados en un contexto investigativo.

La población objetivo de este estudio se compone de 43,311 viviendas en Ecuador. Los datos utilizados fueron obtenidos de la fuente oficial del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), basándose en la encuesta ENSANUT, que proporciona información clave sobre los problemas de salud y nutrición en Ecuador. Esta recopilación de datos resultó fundamental para analizar cómo los factores económicos influyen en el estado de salud.

En este contexto, se consideró una población finita, lo que implica que se conoce el número total de elementos incluidos en el estudio.

Muestra

Se refiere al segmento de la población seleccionado del cual se obtiene la información necesaria para el desarrollo del estudio y sobre el cual se realizan las mediciones y observaciones de las variables en análisis (Bernal Torres, 2010). En este sentido, la muestra (n) se define como un subconjunto de casos extraídos de la población mediante un método racional de selección. Siempre es representativa de la población de la que proviene, y en caso de que existan múltiples poblaciones, se obtendrán distintas muestras para cada una de ellas (Vara Horna, 2012).

Se procesaron los datos de 43,311 hogares, lo que abarca a 168,747 personas encuestadas. Luego de eliminar las observaciones correspondientes a otras provincias se trabajó únicamente con 24,475 casos pertenecientes a cuatro provincias de la zona 3 del país. Las variables analizadas incluyeron ingresos, nivel de educación, empleo, provincia y estado de salud.

Fuentes primarias

Las fuentes primarias se caracterizan por presentar datos originales, descubrimientos científicos y observaciones por primera vez, sirviendo como base para la investigación y el análisis académico. Estas incluyen libros, artículos científicos, informes de investigación, antologías, ponencias en congresos, tesis, testimonios de expertos, monografías y disertaciones (Cruz del Castillo et al., 2014).

En este estudio, se empleó la base de datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de Ecuador. Estas fuentes provienen de encuestas oficiales realizadas directamente por la INEC, las cuales recopilan información detallada sobre las condiciones socioeconómicas, de salud, y demográficas de la población ecuatoriana.

Fuentes secundarias

Las fuentes secundarias consisten en interpretaciones o análisis elaborados por autores que examinan trabajos originales o clásicos. Este tipo de fuentes también abarca información periodística, ya que relata hechos a través de la perspectiva de alguien que ha recopilado datos o realizado entrevistas a los protagonistas de un evento, brindando un enfoque indirecto de la información (Baena Paz, 2017).

De tal manera, los datos que se utilizaron para el presente estudio se obtuvieron de la encuesta ENSANUT, es un estudio que proporciona un análisis exhaustivo de datos detallados sobre la situación de la salud reproductiva materna e infantil, las enfermedades crónicas no transmisibles, el estado nutricional y de micronutrientes, así como los patrones de consumo alimentario y la actividad física de la población. También se analiza el acceso a programas de complementación y suplementación, la disponibilidad de servicios de salud, y el gasto en salud de los ecuatorianos de 0 a 59

años, lo que es esencial para evaluar y orientar las políticas públicas en materia de salud (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2018b).

El INEC es la entidad que lidera y regula la estadística oficial en Ecuador. Su misión incluye planificar, establecer normas y certificar la producción estadística del Sistema Estadístico Nacional. Además, el INEC se encarga de generar información estadística relevante, oportuna, confiable y de alta calidad, al tiempo que innova en metodologías, métricas y análisis para facilitar el diseño, implementación y evaluación de la planificación nacional (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2018a).

Técnicas

El análisis documental se fundamenta en fuentes cualitativas y se organiza en categorías para facilitar el estudio de teorías clave y complementarias que apoyan el desarrollo de investigaciones relacionadas con el enfoque de la socioformación. A través de un análisis crítico de los referentes actuales, se argumenta la propuesta y se describe detalladamente el enfoque de las metas del estudio (Guevara-Rodríguez, 2019).

Esta herramienta permitirá interpretar y convertir la información obtenida de los documentos analizados en conocimiento útil que contribuirá significativamente al desarrollo del proyecto de investigación.

Instrumentos

Los instrumentos de recolección de datos permiten evaluar o medir una o varias variables establecidas en el estudio, asegurando que se dé respuesta efectiva al planteamiento del problema (Cisneros-Caicedo et al., 2022). La ficha de registro para análisis secundarios es una herramienta útil para estructurar y organizar información proveniente de la encuesta ENSANUT, diseñada para capturar información detallada sobre salud, nutrición y variables socioeconómicas. Esta ficha contiene indicadores esenciales como ingreso familiar, situación laboral, nivel educativo, acceso a servicios de salud, entre otros.

3.2. Tratamiento de la información

El estudio propuesto se centró en la exploración de la relación entre diversos factores económicos y el estado de salud, para ello se utilizó una metodología cuantitativa, lo que permite una comprensión más profunda y completa.

La investigación se basó en una muestra representativa de 24,475 individuos, cuyos datos se obtuvieron de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Esta amplia muestra permitió realizar un análisis estadístico generalizable a la población objetivo. Es importante resaltar que, inicialmente, se disponía de 168,747 casos; sin embargo, se eliminaron las observaciones correspondientes a otras provincias, trabajando exclusivamente con los 24,475 casos pertenecientes a cuatro provincias de la zona 3 del país.

Las variables económicas que se analizaron incluyen provincias de la zona 3, sexo, nivel de educación, Ingresos y empleo, se las codifico de la siguiente forma: provincia (Chimborazo = 1, Cotopaxi = 2, Pastaza = 3, Tungurahua = 4), sexo (hombre = 1, mujer = 2), nivel de educación (ninguno = 1, jardín de infantes = 2, educación básica = 3, primaria = 4, centro de alfabetización =5, secundaria = 6, educación media / bachillerato = 7, superior no universitario = 8, superior universitario = 9, posgrado, doctorado, PH. D. = 10) y empleo (trabajo = 1, no trabajó = 2), rango de ingresos (de 0 a 500 dólares = 1, de 501 a 1000 dólares = 2, de 1001 a 2000 dólares = 3, de 2001 a 5000 dólares = 4, de 5001 a 10000 dólares = 5, de 10001 a 60000 dólares = 6), para su respectivo análisis en el programa SPSS versión 25.

Para entender las características y distribución de la variable ingreso se empleó estadística descriptiva, que facilita la síntesis de información compleja y proporciona una visión general de los datos. Para ello, se utilizan medidas de tendencia central y dispersión, así como herramientas visuales para mejorar la interpretación.

Las medidas de tendencia central son estadísticas diseñadas para representar un conjunto de datos mediante un solo valor representativo. Este valor resume la distribución de los datos, facilitando su interpretación y análisis (Quevedo, 2011). Estas medidas permiten identificar un punto alrededor del cual se concentran los datos,

lo que ayuda a realizar comparaciones, entender patrones y obtener información clave sobre el comportamiento general del conjunto de datos.

Media

La media aritmética, o promedio, es una de las medidas de tendencia central más empleadas y reconocidas. Se representa mediante la letra griega μ cuando se refiere al promedio de toda la población, y con Ȳ (Y barra) para indicar el promedio de una muestra (Quevedo, 2011), de esa manera permite obtener un valor representativo del conjunto de datos, proporcionando una medida promedio que ayuda a resumir la información de manera simple y directa.

$$\bar{y} = \frac{y1 + y2 + y3 \ldots . + yn}{N} \qquad (1)$$

Mediana

Otra medida importante de tendencia central es la mediana, que representa el valor que se sitúa en el centro cuando los datos están ordenados de menor a mayor. Esto significa que la mitad de las observaciones serán menores o iguales a la mediana, mientras que la otra mitad serán mayores o iguales (Quevedo, 2011).

$$M_e = L_i + \frac{\frac{n}{2} F_{i-1}}{f_i} * A_i \qquad (2)$$

Moda

La moda de una distribución se refiere al valor que aparece con mayor frecuencia en un conjunto de datos. Visualmente, en un polígono de frecuencias, la moda se encuentra bajo el punto más alto del gráfico. Es importante destacar que una muestra puede tener más de una moda si varios valores se repiten con la misma frecuencia.

Por otro lado, las medidas de dispersión permiten analizar la variabilidad de los datos, indicando cómo se distribuyen en relación con el promedio y cómo se extienden dentro de los valores registrados (Rendón-Macías et al., 2016). Según Rey Graña & Ramil Díaz

(2007), la variabilidad o dispersión puede analizarse evaluando cuán lejos o cerca se encuentran los valores de la variable con respecto a las medidas de tendencia central.

Rango

El rango de un conjunto de datos es una medida de dispersión que representa la diferencia máxima entre el valor más alto y el más bajo en el conjunto de datos. Esto también puede entenderse como la longitud del intervalo más reducido que abarca todos los valores observados en la muestra (Rendón-Macías et al., 2016). El rango es útil porque proporciona una medida rápida y sencilla de la dispersión de los datos, ayudando a identificar la extensión total de las variaciones dentro de un conjunto. Esto resulta fundamental en la toma de decisiones y análisis, especialmente cuando se desea evaluar la amplitud de los datos y detectar posibles valores atípicos que podrían influir en los resultados.

$$\mathrm{r} = (x_{(n)} - x_{(n)}) \qquad (3)$$

Varianza

Se expresa en unidades al cuadrado, lo que dificulta su comparación directa con medidas como la media. Para resolver esto, se utiliza la desviación estándar, que se obtiene al calcular la raíz cuadrada de la varianza, proporcionando así una medida en las mismas unidades que los datos originales. Además Rey Graña & Ramil Díaz (2007) mencionan que se describe como el valor promedio obtenido al calcular los cuadrados de las diferencias entre cada dato de la variable y su media aritmética, ponderado según la frecuencia de cada valor.

$$S^2 = \frac{\sum(x_j - x)^2}{n} \qquad (4)$$

Desviación Estándar

También conocida como desviación típica, se define como la raíz cuadrada de la varianza. Esta medida cuantifica la dispersión de un conjunto de datos con respecto a su media (Rendón-Macías et al., 2016). Cuanto mayor sea la desviación estándar,

mayor será la variabilidad o dispersión de los datos; por el contrario, si la desviación estándar es baja, los datos estarán más agrupados alrededor de la media.

$$\sigma = \sqrt{S^2} \qquad (5)$$

Estudio explicativo

Modelo de regresión multinomial

Este modelo permite analizar datos categóricos, ya que se enfoca en una variable de respuesta nominal u ordinal que posee más de dos categorías (Abdalla M, 2012).

Se realizó un modelo de regresión multinomial para predecir la variable de respuesta *Estado de salud* a partir de variables explicativas continuas y/o categóricas (Ingresos, Empleo y Educación). Este modelo permite determinar el porcentaje de varianza de la variable de respuesta que explican las variables explicativas, jerarquizar la importancia relativa de las variables independientes, evaluar los efectos de interacción y analizar el impacto de las variables de control como covariables.

La codificación de la variable dependiente es de 1: Malo, 2: Regular, 3: Buena, 4: Muy buena, 5: Excelente, estado de salud

Formula

$$\log\left[\frac{\pi_j(x_i)}{\pi_k(x_i)}\right] = \alpha_{0i} + \beta_{1j}x_{1i} + \beta_{2j}x_{2i} + \ldots + \beta_{pj}x_{pi}, \qquad (6)$$

$\pi_j(x_i)$ es la probabilidad de que la observación pertenezca a la categoría j, dado un conjunto de características xj.

$\pi_k(x_i)$ es la probabilidad de que la observación pertenezca a la categoría k, dado un conjunto de características xi

α_{0i} es el término de intercepción o constante

$\beta_{1j}, \beta_{2j}, \ldots . \beta_{pj}$ son los coeficientes asociados a las variables explicativas $x_1, x_2, . x_p$ para la categoría j

$x_{1i}, x_{2i}, \ldots x_{pi}$ son variables explicativas que se utilizan para predecir la categoría de la variable dependiente.

Donde j= 1, 2, …, (k-1), i=1,2, …, n. como todos los demás suman la unidad, se reducen a

$$log\ (\pi_j(x_i)) = \frac{exp(\alpha_{0i} + \beta_{1j}x_{1i} + \beta_{2j}x_{2i} + \ldots + \beta_{pj}x_{pi})}{1 + \sum_{j=1}^{k-1} exp\ (\alpha_{0i} + \beta_{1j}x_{1i} + \beta_{2j}x_{2i} + \ldots + \beta_{pj}x_{pi})} \qquad (7)$$

$\pi_j(x_i)$ es la probabilidad predicha de que la observación i pertenezca a la categoría j.

exp (..) es la función exponencial asegura que las probabilidades sean positivas.

α_{0i} es la constante del modelo para la categoría j.

K el número total de categorías en la variable dependiente.

$1 + \sum_{j=1}^{k-1} exp\ (\ldots)$ es el denominador que normaliza las probabilidades, asegurando que la suma total de probabilidades para todas las categorías sea igual a 1.

$\beta_{1j}, \beta_{2j}, \ldots . \beta_{pj}$ son los coeficientes asociados a las variables explicativas $x_1, x_2, . x_p$ para la categoría j.

3.3 Operacionalización de las variables

Variable Dependiente

Tabla 2
Estado de salud

Variable	Concepto	Categoría	Indicadores	Ítem	Técnica o Instrumento
Estado de salud	El *estado de salud* se refiere a la percepción general que una persona tiene sobre su bienestar físico, mental y emocional. No solo implica la ausencia de enfermedades, sino también la capacidad de llevar una vida activa.	Estado de la salud	Bueno Excelente Malo Muy bueno Regular	¿Cómo calificaría el estado de salud actual?	*Técnica:* Análisis documental *Instrumento:* Ficha de registro para análisis secundarios

Nota: La tabla muestra la operacionalización de la variable dependiente del tema de estudio. Fuente: elaboración propia.

Variable Independiente

Tabla 3

Factores económicos

Variable	Concepto	Categoría	Indicadores	Ítem	Técnica o Instrumento
Factores económicos	los factores económicos son esenciales para el progreso de las sociedades, ya que permiten comprender las dinámicas de producción y distribución de la riqueza, así como las desigualdades que pueden surgir en el proceso (Enguita, 2023)	Empleo	Trabajo No trabajo	¿Qué hizo la semana pasada: ¿Trabajó al menos una hora, no trabajó?	*Técnica:* Análisis documental *Instrumento:* Ficha de registro para análisis secundarios
		Ingresos	Valor en dólares en ingresos	¿Cuál fue el monto en dinero que recibió?	
		Sexo	Hombre Mujer	Especificidad de Sexo	

	Educación	Ninguno Centro de alfabetización Jardín de infantes Primaria Educación básica Secundaria Educación media Superior no universitario Superior universitario Posgrado, Doctorado, PH. D.	¿Cuál es el nivel de instrucción y año más alto que aprobó?

Nota: La tabla muestra la operacionalización de la variable dependiente del tema de estudio. Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Resultados y discusión

A continuación, se presentan los resultados alcanzados para cada uno de los objetivos específicos planteados en la investigación, los cuales se centran, en primer lugar, en describir el comportamiento de las variables dependiente e independiente de estudio para las provincias de la zona 3. Posteriormente, se enfocan en verificar la relación de estas variables mediante un modelo de regresión logística multinomial.

Los resultados presentados a continuación están generados con base en la encuesta ENASUT del año 2018. En esta se muestran tanto indicadores de la calidad de salud de la población en las diferentes provincias del Ecuador, como diversas variables económicas de la población de dichas provincias.

Objetivo Especifico uno: Describir la situación de los principales factores económicos y el estado de salud de la zona 3, en el año 2018.

Para cumplir con el primer objetivo específico, que busca describir el comportamiento de los factores económicos en la zona 3 durante el año 2018, que afectan la salud de la población de las provincias, se realiza un análisis descriptivo exhaustivo de las características de estas variables en cada una de las provincias de la zona. Integrada por las provincias de Tungurahua, Chimborazo, Cotopaxi y Pastaza, esta zona se caracteriza por su diversidad económica y geográfica, aspectos que inciden de manera directa en los ingresos, nivel de educación y otras variables económicas que, a su vez, impactan en los determinantes sociales de la salud. Comprender estas dinámicas es clave para identificar desigualdades y oportunidades que influyen en el bienestar de sus habitantes.

Comprender estas dinámicas no solo es clave para identificar desigualdades en el acceso y distribución de oportunidades, sino también para proponer estrategias que promuevan el desarrollo sostenible y mejoren la calidad de vida de sus habitantes, con un enfoque integral y equitativo.

Tabla 4
Ingresos de la zona 3

Ingresos 2018					
		Chimborazo	Cotopaxi	Pastaza	Tungurahua
Media		653,79	549,44	459,07	669,75
95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	-132,26	126,84	310,68	332,97
	Límite superior	1439,84	972,03	607,47	1006,54
Media recortada al 5%		220,89	240,83	414,38	392,86
Mediana		180,00	155,00	400,00	300,00
Varianza		12798119,697	3513124,561	140723,148	2437927,498
Desv. Desviación		3577,446	1874,333	375,131	1561,386
Mínimo		0	0	0	0
Máximo		32501	15000	2000	10000
Rango		32501	15000	2000	10000
Rango intercuartil		250	250	400	490
Asimetría		8,926	6,709	2,770	5,293
Curtosis		80,386	48,726	10,759	29,710
Conf. variación		0,183	0,293	1,224	0,429
Q1		50,00	50,00	200,00	110,00
Q3		300,00	300,00	600,00	600,00

Nota. Estadísticos descriptivos en dólares de los ingresos para las provincias de la Zona 3 del Ecuador año 2018. Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta ENSANUT

En la Tabla 4, se presentan los resultados de la estadística descriptiva de los ingresos de la población en la Zona 3 del Ecuador para el año 2018. El ingreso, una de las variables económicas fundamentales, ha sido ampliamente reconocido en la literatura como un factor determinante que influye en el nivel de salud de la población. A través de este análisis, se observan diferencias significativas en las características de los ingresos entre las provincias analizadas: Tungurahua, Chimborazo, Cotopaxi y Pastaza.

En este sentido, Tungurahua registra la media más alta de ingresos $669,75, siendo la provincia con una economía más favorable en comparación con las demás provincias. Esto es seguido por Chimborazo con una media de $653,79, mientras que Cotopaxi y

Pastaza presentan medias de $549,44 y $459,07, respectivamente, indicando una brecha notable en los niveles de ingresos. Según Gonzáles & Nazareno (2019), se menciona que la desigualdad de ingresos entre provincias está vinculada al acceso desigual a las oportunidades económicas. La desviación estándar es más significativa en Chimborazo $3577,45, lo que evidencia una mayor dispersión en los ingresos, posiblemente debido a la presencia de valores extremos o diferencias estructurales en la distribución económica de la provincia. En contraste, Pastaza muestra la menor desviación estándar $375,13, lo que sugiere ingresos más homogéneos dentro de su población.

La asimetría positiva observada en las cuatro provincias indica que las distribuciones de ingresos están sesgadas hacia valores superiores, es decir, existen ingresos elevados que no son representativos para la mayoría de la población. Chimborazo y Cotopaxi muestran niveles de asimetría más extremos (8,926 y 6,709, respectivamente), lo que refuerza la presencia de ingresos muy altos en estas provincias. En cuanto a la curtosis, los valores significativamente altos, como los de Chimborazo 80,386 y Cotopaxi 48,726, revelan que la distribución de ingresos tiene colas más pesadas, es decir, existen valores atípicos con mayor frecuencia de lo esperado en una distribución normal.

El coeficiente de variación sugiere que Pastaza (1,224) tiene la mayor dispersión relativa en comparación con su media, mientras que Chimborazo (0,183) y Cotopaxi (0,293) presentan una variabilidad más baja. Esto podría interpretarse como una mayor desigualdad relativa en Pastaza, aunque los ingresos absolutos sean menores.

Además, se decidió no incluir el percentil 50 (Q2) en el análisis descriptivo de los ingresos, ya que, aunque representa el valor central de la distribución, no aporta información sobre la variabilidad de los datos, un aspecto crucial en distribuciones con alta asimetría y curtosis. Según los resultados obtenidos, el ingreso del 25% de las personas encuestadas en la provincia de Pastaza es de $200, siendo este el valor más alto, seguido por Tungurahua, con $110. En contraste, Chimborazo y Cotopaxi presentan valores similares, con ingresos de $50. Por otro lado, el 75% de las personas encuestadas en Pastaza y Tungurahua alcanza un ingreso de $600.

Tabla 5
Ingresos por género

Ingresos por género			
		Hombre	Mujer
Media		895,02	348,15
95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	350,45	138,02
	Límite superior	1439,60	558,29
Media recortada al 5%		418,39	216,34
Mediana		297,50	200,00
Varianza		9848520,953	1604317,621
Desv. Desviación		3138,235	1266,617
Mínimo		0	0
Máximo		32501	15000
Rango		32501	15000
Rango intercuartil		500	233
Asimetría		8,490	11,142
Curtosis		81,771	129,457
Conf. variación		0,28519948	0,27487002
Q1		100,00	67,50
Q2		600,00	300,00

Nota. Estadísticos descriptivos en dólares de los ingresos por género de la Zona 3 del Ecuador año 2018. Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta ENSANUT

De acuerdo con la tabla 5, los hombres registran un ingreso promedio significativamente mayor de $895,02 en comparación con las mujeres, cuyo ingreso promedio es de $348,15, reflejando una brecha económica notable entre los géneros. Esta diferencia de ingresos es un indicio claro de la desigualdad económica de género, un fenómeno ampliamente documentado en la literatura económica. Castro (2024), señala que las mujeres enfrentan barreras en el acceso a productos y servicios financieros, debido a factores como la aversión al riesgo, normas sociales, cargas familiares, así como limitaciones en educación, formación y acceso a tecnología.

Las medias recortadas al 5%, que eliminan los valores extremos para ofrecer una visión más representativa del ingreso típico, también muestran una disparidad: los hombres tienen un ingreso recortado de $418,39, mientras que las mujeres presentan $216,34. Además, la mediana de los hombres es de $297,50, mientras que la de las mujeres es de $200,00. Esta diferencia subraya que incluso el ingreso "típico" de los hombres es significativamente mayor que el de las mujeres.

La varianza de los ingresos entre hombres 9.848.520,953 es considerablemente mayor que la de las mujeres 1.604.317,621, lo que indica una distribución más amplia entre los ingresos masculinos. De igual manera, la desviación estándar refleja esta diferencia, con valores de 3.138,235 para hombres y 1.266,617 para mujeres. Esto sugiere que, además de tener ingresos más altos en promedio, los hombres también presentan una mayor heterogeneidad en sus ingresos.

La asimetría positiva es pronunciada en ambos géneros, pero más marcada en el caso de las mujeres 11,142 en comparación con los hombres 8,490. Esto indica que existen ingresos extremadamente altos en ambos grupos, aunque estos son relativamente más frecuentes en el grupo femenino. La curtosis, igualmente elevada, es mayor en las mujeres 129,457 frente a 81,771, lo que confirma que la distribución de ingresos en este grupo tiene colas más pesadas, evidenciando la existencia de valores atípicos significativos.

El coeficiente de variación es ligeramente mayor en los hombres (0,285) que en las mujeres (0,275), lo que sugiere que, proporcionalmente, los ingresos masculinos tienen una mayor variabilidad en relación con su media. Además, se decidió no incluir el percentil 50 (Q2) en el análisis descriptivo de los ingresos, Por último, se observa que el 25% de los hombres tienen un ingreso inferior a $100,00 y el 75% gana menos de $600,00, mientras que, para las mujeres, el 25% tiene ingresos por debajo de $67,50, y el 75% recibe menos de $300,00. Estos valores reflejan la brecha salarial en las provincias estudiadas. Parreño Herrera & Parreño Rivera (2024) mencionan que la principal causa de la desigualdad salarial de género en el mercado laboral es la discriminación. La brecha salarial de género sigue existiendo debido a un sistema de género arraigado que perpetúa las desigualdades entre hombres y mujeres, especialmente en las disparidades entre las zonas urbanas y rurales, así como en diferentes sectores sociales.

Los datos confirman una disparidad significativa en los ingresos por género, con los hombres percibiendo ingresos más altos y dispersos. Orraca et al. (2015) mencionan que estas desigualdades suelen estar asociadas a factores como la segregación ocupacional, la brecha salarial y las limitaciones en el acceso a posiciones de liderazgo.

Tabla 6

Tabla cruzada de la variable provincia y nivel de educación

			Nivel de educación										
			Ninguno	Jardín de infantes	Educación básica	Primaria	Centro de alfabetización	Secundaria	Educación media/bachillerato	Superior no universitaria	Superior universitaria	Pos-grado/doctorado/ PhD	Total
Provincia	Chimborazo	Recuento	505	2	1729	1384	81	939	684	127	683	64	6198
		% del total	2,3%	0,0%	8,0%	6,4%	0,4%	4,3%	3,2%	0,6%	3,2%	0,3%	28,7 %
	Cotopaxi	Recuento	386	1	1712	1464	78	854	751	127	508	39	5920
		% del total	1,8%	0,0%	7,9%	6,8%	0,4%	3,9%	3,5%	0,6%	2,3%	0,2%	27,4 %
	Pastaza	Recuento	176	0	1800	989	20	1173	652	110	573	51	5544
		% del total	0,8%	0,0%	8,3%	4,6%	0,1%	5,4%	3,0%	0,5%	2,6%	0,2%	25,6 %
	Tungurahua	Recuento	88	0	953	778	25	826	421	95	684	95	3965
		% del total	0,4%	0,0%	4,4%	3,6%	0,1%	3,8%	1,9%	0,4%	3,2%	0,4%	18,3 %
Total		Recuento	1155	3	6194	4615	204	3792	2508	459	2448	249	21627
		% del total	5,3%	0,0%	28,6%	21,3%	0,9%	17,5%	11,6%	2,1%	11,3%	1,2%	100,0 %

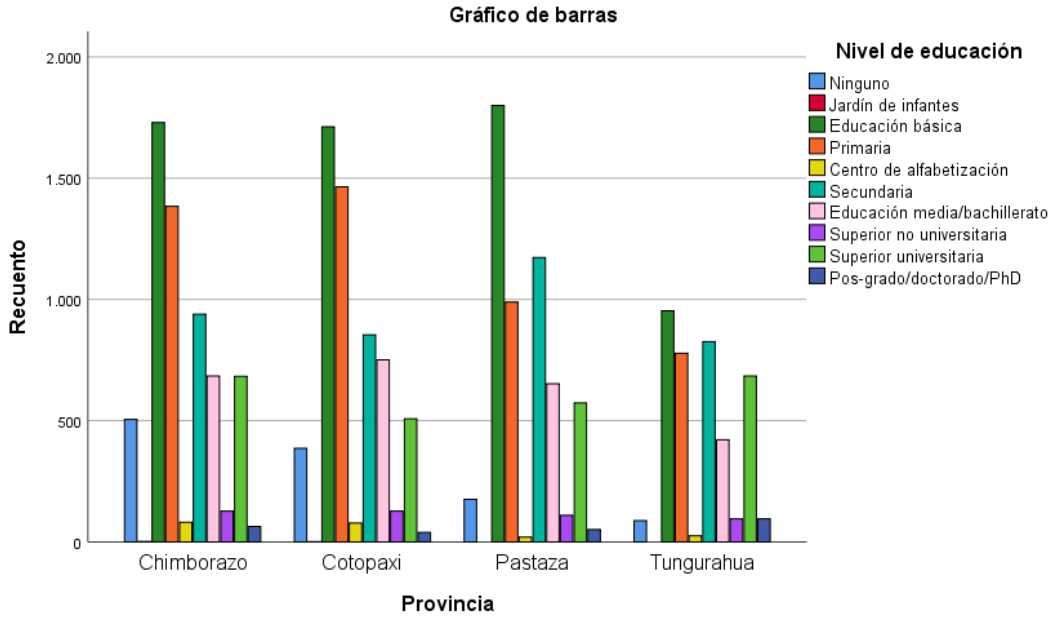
Nota. Principales porcentajes entre las provincias y nivel de educación. Fuente: elaboración propia.

En la tabla 8, se observa que el nivel de educación básica tiene el porcentaje más alto en el total de las personas encuestadas 28,6%, seguido por la educación primaria 21,3% y secundaria 17,5%. Los niveles educativos superiores (universitaria y no universitaria) combinados representan el 13,4%, mientras que aquellos sin acceso a educación 5,3%. El nivel de educación avanzada como posgrado/PhD 1,2% tiene las proporciones más bajas. Esto refleja una predominancia de niveles educativos fundamentales y una menor representación de la educación superior y posgrado.

La provincia de Chimborazo registra el mayor porcentaje de personas sin acceso a la educación, con un 2,3%, mientras que Tungurahua presenta el menor porcentaje, con tan solo un 0,4%. Además, Tungurahua se distingue por tener una proporción notablemente baja de personas con educación básica (4,4%) y, al mismo tiempo, un porcentaje relevante en el nivel de posgrado (0,4%). Estas disparidades pueden estar relacionadas con factores socioeconómicos, la accesibilidad a servicios educativos o la implementación de políticas locales de inversión en educación (Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), 2022).

Figura 1

Nivel de educación por provincia



Nota. Se presenta la comparación de la variable nivel de educación por provincias de la Zona 3 del Ecuador año 2018. Fuente: Elaboración propia

Se observa que el nivel de educación básica cuenta con el mayor porcentaje de la población, con un 24.9%, seguido por la educación primaria con un 19.9%, la educación secundaria con un 13.5% y, finalmente, la educación superior o universitaria con un 9.8%.

Tabla 7

Tabla cruzada por la variable provincia y empleo

Tabla cruzada					
			Empleo		
			No trabajó	Trabajó al menos una hora	Total
Provincia	Chimborazo	Recuento	2477	3060	5537
		% del total	12,9%	16,0%	28,9%
	Cotopaxi	Recuento	2271	2977	5248
		% del total	11,9%	15,5%	27,4%
	Pastaza	Recuento	2407	2411	4818
		% del total	12,6%	12,6%	25,1%
	Tungurahua	Recuento	1456	2103	3559
		% del total	7,6%	11,0%	18,6%
Total		Recuento	8611	10551	19162
		% del total	44,9%	55,1%	100,0%

Nota. Principales porcentajes entre las provincias y empleo. Fuente: elaboración propia.

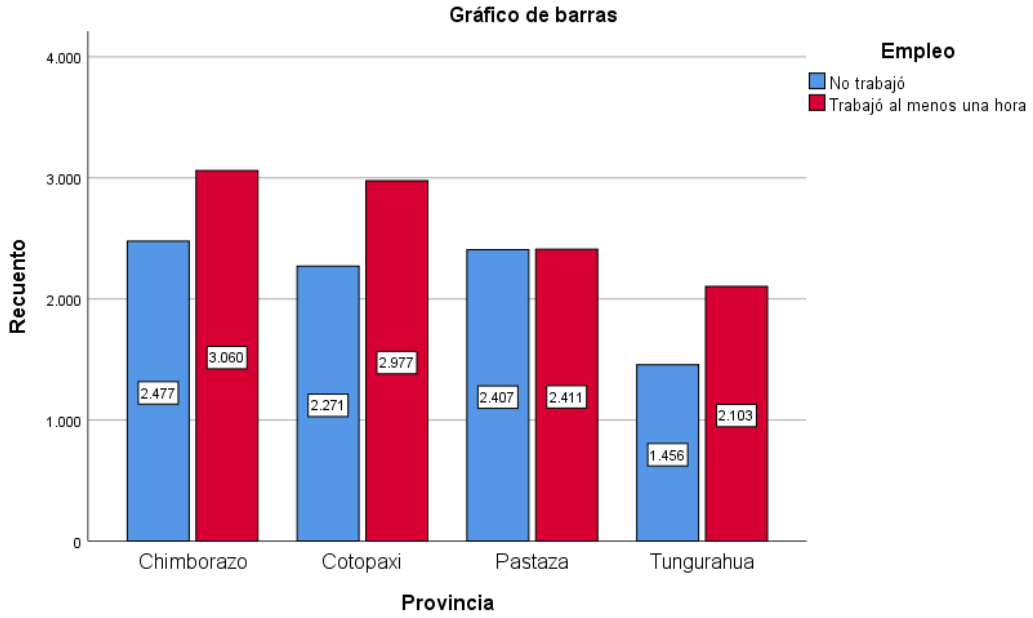
La tabla muestra que Chimborazo y Cotopaxi registran la mayor cantidad de personas trabajando al menos una hora. Tungurahua tiene la menor participación, con un 18,6% del total y solo el 11% trabajando. Estas cifras evidencian diferencias en la dinámica económica y social de cada provincia, influenciadas por factores como la urbanización, la actividad económica y las oportunidades de empleo (Schweitzer, 2023).

Además, una proporción considerable de la población no participa activamente en el mercado laboral, lo que refleja problemas con el acceso al empleo o la falta de oportunidades, especialmente en zonas rurales. Según Formichella & London (2013), las barreras al empleo, como la desigualdad en el acceso a recursos y formación, perpetúan las brechas económicas y sociales. Estas cifras no solo reflejan desigualdades económicas, sino que también evidencian las realidades humanas de las

personas afectadas, limitando su calidad de vida y exacerbando las inequidades entre regiones.

Figura 2

Empleo por provincias



Nota. Se presenta la comparación de la variable empleo por provincias. Fuente: elaboración propia.

La tabla revela cómo las dinámicas laborales se distribuyen entre las provincias de la Zona 3, poniendo en evidencia las realidades de miles de personas. De las 19,162 personas incluidas en este análisis, 8,611 no trabajaron durante el período considerado, mientras que 10,551 lograron desempeñar alguna actividad laboral, aunque sea de forma limitada.

En Chimborazo, encontramos a 2,477 personas que no tuvieron la oportunidad de trabajar, contrastando con las 3,060 que sí lograron hacerlo. Este patrón se repite en Cotopaxi, donde 2,271 personas quedaron fuera del ámbito laboral, frente a 2,977 que lograron insertarse en el trabajo. En Pastaza, la diferencia es más sutil, con 2,407 personas sin empleo y 2,411 que sí trabajaron, reflejando una situación más equilibrada. Por otro lado, en Tungurahua, la realidad es más dura para los 1,456 que no trabajaron, aunque 2,103 pudieron tener actividad laboral.

Tabla 8

Tabla cruzada de la variable provincia por el estado de salud

		Estado de salud					Total
		Mala	Regular	Buena	Muy buena	Excelente	
Chimborazo	Recuento	171	1347	3863	1102	456	6939
	% del total	0,7%	5,5%	15,8%	4,5%	1,9%	28,4%
Cotopaxi	Recuento	157	1222	3509	1161	591	6640
	% del total	0,6%	5,0%	14,3%	4,7%	2,4%	27,1%
Pastaza	Recuento	117	996	342 3			
	% del total	0,5%	4,1%	14,0%	5,0%	2,1%	25,7%
Tungurahua	Recuento	80	764	2524	858	382	4608
	% del total	0,3%	3,1%	10,3%	3,5%	1,6%	18,8%
Total	Recuento	525	4329	13319	4355	1947	24475
	% del total	2,1%	17,7%	54,4%	17,8%	8,0%	100,0%

Nota: Principales porcentajes entre las provincias y el estado de salud. Fuente: elaboración propia.

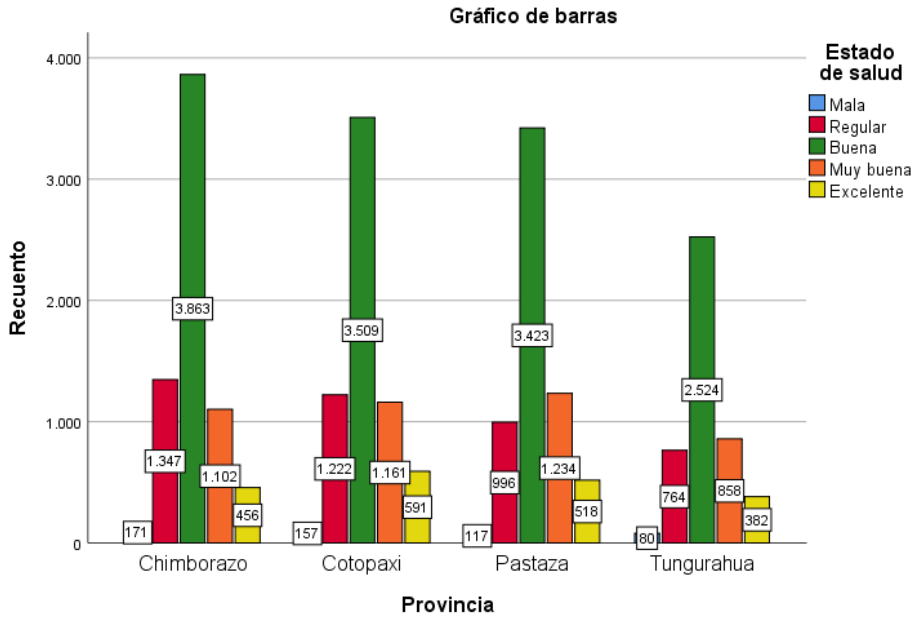
La tabla cruzada entre provincia y estado de salud muestra que la mayoría de la población se encuentra en un estado de salud calificado como "bueno". Esta condición es aceptable, aunque con disparidades entre provincias. Chimborazo lidera en el número de personas con estados de salud positivos ("bueno", "muy bueno" y "excelente"), mientras que Tungurahua presenta una menor concentración en estas categorías. Estas diferencias podrían deberse a factores como el acceso a servicios de salud, el nivel educativo o las condiciones económicas locales (Agualongo Quelal & Garcés Alencastro, 2020). Según Malvaez López et al. (2023), las limitaciones económicas a menudo impiden que las personas obtengan los medicamentos y la atención médica necesarios

En términos globales, Chimborazo y Cotopaxi destacan por tener las mayores cantidades de personas evaluando su salud como "muy buena" y "buena", lo que podría reflejar mejores condiciones o percepciones de bienestar en estas provincias. Por otro lado, Tungurahua muestra una proporción ligeramente mayor de personas en los extremos, con una menor cantidad en estados de salud intermedios, como "Regular" o

"Buena". Esto sugiere posibles diferencias en los determinantes de salud entre provincias, que podrían relacionarse con factores económicos, sociales o de acceso a servicios.

Figura 3

Estado de salud por provincias



Nota: Grafico de barras del estado de salud por provincias. Fuente: elaboración propia

La figura 3 muestra que la mayoría de las personas en las provincias de la Zona 3 perciben su salud como buena, destacando Chimborazo con más de 3,800 personas en esta categoría y Cotopaxi con más de 3,500. Tungurahua y Pastaza también presentan un alto número de personas con buena salud, con más de 2,500 y 3,400 respectivamente.

Por otro lado, las percepciones de salud regular y mala, aunque menores en comparación, son significativas en todas las provincias, siendo Chimborazo y Cotopaxi las que más casos registran en estas categorías. Esto refleja que, aunque predomina una percepción positiva, persisten retos en ciertos segmentos de la población.

Tabla 9

Tabla cruzada de la variable provincia por rango de ingreso

Tabla cruzada

			Rangos de ingresos						
			de 0 a 500 dólares	de 501 a 1000 dólares	de 1001 a 2000 dólares	de 2001 a 5000 dólares	de 5001 a 10000 dólares	de 10001 a 60000 dólares	Total
Provincia	Chimbor.	Recuento	1306	143	53	22	1	2	1527
		% del total	28,3%	3,1%	1,1%	0,5%	0,0%	0,0%	33,1%
	Cotopax.	Recuento	1064	119	34	22	4	4	1247
		% del total	23,1%	2,6%	0,7%	0,5%	0,1%	0,1%	27,0%
	Pastaza	Recuento	766	116	42	20	5	0	949
		% del total	16,6%	2,5%	0,9%	0,4%	0,1%	0,0%	20,6%
	Tungura.	Recuento	646	142	52	33	8	7	888
		% del total	14,0%	3,1%	1,1%	0,7%	0,2%	0,2%	19,3%
Total		Recuento	3782	520	181	97	18	13	4611
		% del total	82,0%	11,3%	3,9%	2,1%	0,4%	0,3%	100,0%

Nota: Principales porcentajes entre las provincias y rango de ingresos. Fuente: elaboración propia.

En todas las provincias, una gran parte de los habitantes tienen un ingreso entre 0 y 500 dólares, lo que indica una prevalencia de ingresos limitados que pueden restringir el acceso a necesidades básicas como alimentación, vivienda y educación. Chimborazo y Cotopaxi lideran en número de personas en este rango, estudios realizados por Viera-Molina (2024) mencionan que estas áreas se caracterizan por una preponderancia de actividades agrícolas con ingresos limitados, siendo la economía dependiente del cultivo estacional y la producción avícola. Por otro lado, Pastaza y Tungurahua también muestran una alta proporción de ingresos bajos.

A pesar de que las provincias de la zona 3 tienen ingresos bajos, existen pequeñas pero notables diferencias entre las provincias en los rangos de ingresos más altos. Chimborazo y Cotopaxi presentan una leve presencia de ingresos superiores a 1000 dólares, mientras que Pastaza y Tungurahua registran ingresos en los rangos de 5001 a 60000 dólares.

La tabla 10 muestra cómo el nivel educativo se distribuye entre hombres y mujeres, revelando diferencias significativas en los niveles de instrucción alcanzados. Los hombres representan la mayoría en niveles superiores como posgrado y doctorado, aunque las mujeres presentan una mayor proporción en niveles universitarios y educación básica. Por otro lado, un número considerable de personas, especialmente mujeres, no alcanza niveles de educación adecuada, lo que evidencia una brecha en el acceso educativo.

En términos generales, los niveles de educación básica y primaria concentran la mayor parte de la población, representando el 28,6% y el 21,3% respectivamente. Estos niveles son seguidos por la educación secundaria (17,5%) y la educación media o bachillerato (11,6%). Por otro lado, los niveles superiores, que incluyen la educación universitaria y el posgrado o doctorado, abarcan el 12,5% del total, mientras que un 5,3% de la población no tiene ningún nivel educativo formal.

Estudios recientes resaltan la relevancia de implementar políticas inclusivas en la educación superior como un medio para disminuir las desigualdades de género (Montalvo Romero, 2020). Aunque las universidades han adoptado diversas estrategias para promover la diversidad, persisten desafíos relacionados con el acceso y la permanencia de los estudiantes. Además, estas diferencias educativas reflejan patrones históricos y culturales que requieren atención para lograr una mayor equidad social y económica.

Tabla 10

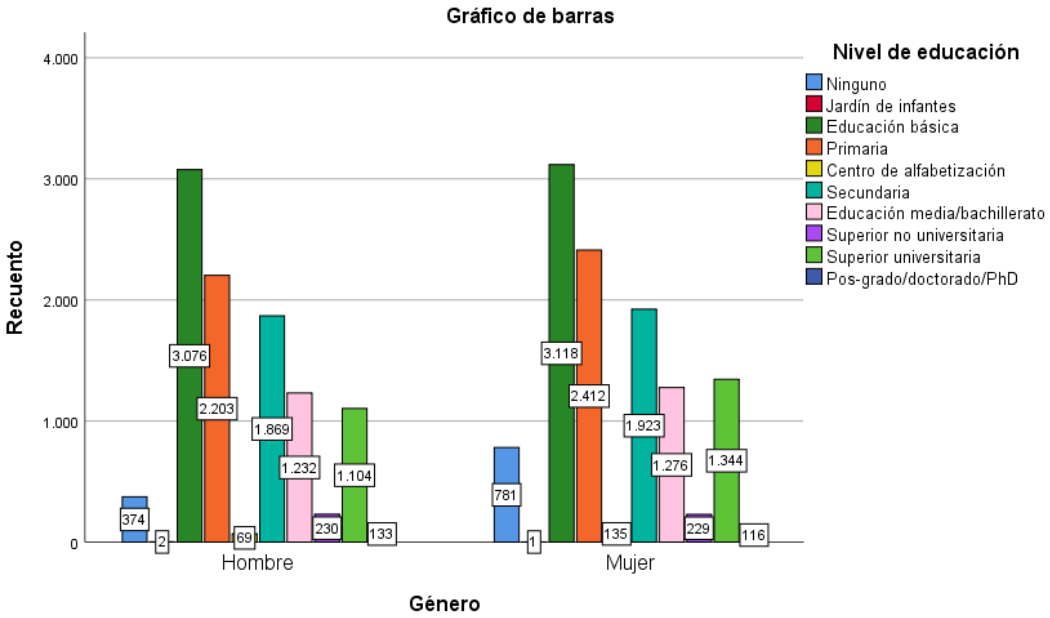
Género y nivel de educación

Tabla cruzada													
			Nivel de educación										
			Ninguno	Jardín de infantes	Educación básica	Primaria	Centro de alfabetización	Secundaria	Educación media/bachillerato	Superior no universitaria	Superior universitaria	Pos-grado/doctorado/PhD	Total
Género	Hombre	Recuento	374	2	3076	2203	69	1869	1232	230	1104	133	10292
		% del total	1,7%	0,0%	14,2%	10,2%	0,3%	8,6%	5,7%	1,1%	5,1%	0,6%	47,6%
	Mujer	Recuento	781	1	3118	2412	135	1923	1276	229	1344	116	11335
		% del total	3,6%	0,0%	14,4%	11,2%	0,6%	8,9%	5,9%	1,1%	6,2%	0,5%	52,4%
Total		Recuento	1155	3	6194	4615	204	3792	2508	459	2448	249	21627
		% del total	5,3%	0,0%	28,6%	21,3%	0,9%	17,5%	11,6%	2,1%	11,3%	1,2%	100,0%

Nota: Principales porcentajes entre el género y nivel de educación. Fuente: elaboración propia.

Figura 4

La variable nivel de educación por género



Nota: Comparación de la variable nivel de educación por género. Fuente: elaboración propia.

En cuanto a los niveles educativos, tanto hombres como mujeres tienen mayor representación en educación básica y primaria, con 3,118 mujeres y 2,076 hombres en educación básica, y 2,412 mujeres y 2,203 hombres en primaria. Sin embargo, en educación superior, las mujeres también lideran en términos absolutos, con 1,344 mujeres y 1,104 hombres en educación universitaria, lo que indica una mayor presencia femenina en los niveles educativos más altos.

Es importante notar que, aunque el número de mujeres es superior en casi todos los niveles educativos, la distribución por género es relativamente equilibrada en niveles como secundaria y educación media, con pequeñas diferencias en términos absolutos. Las mujeres tienen un mayor número en los niveles educativos más bajos, como ninguno y centro de alfabetización, lo que refleja una tendencia en la distribución educativa por género.

Tabla 11

Tabla cruzada de la variable género por empleo

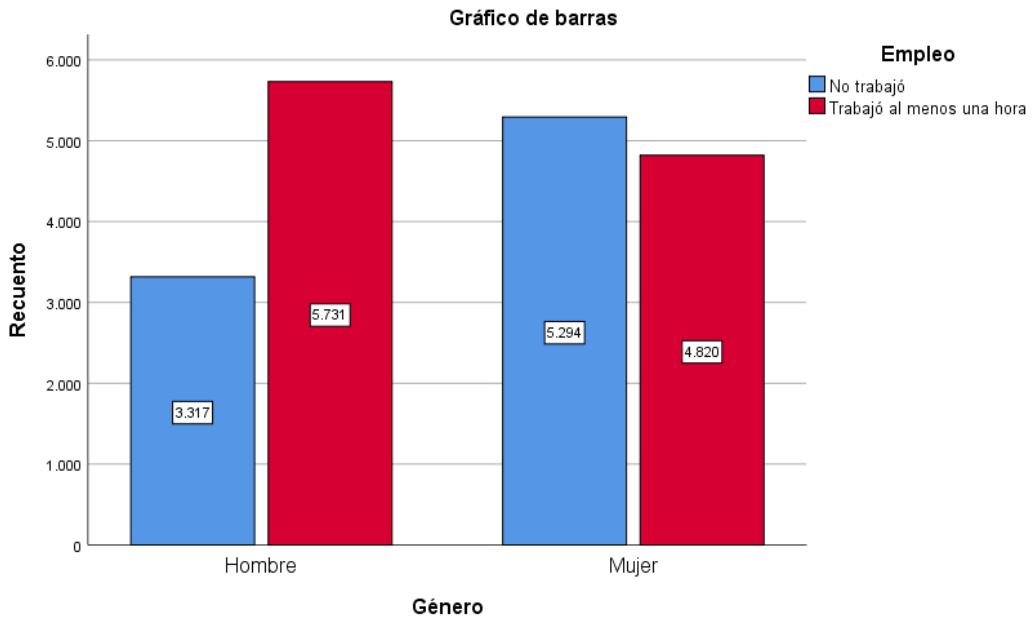
Tabla cruzada					
			Empleo		Total
			No trabajó	Trabajó al menos una hora	
Género	Hombre	Recuento	3317	5731	9048
		% del total	17,3%	29,9%	47,2%
	Mujer	Recuento	5294	4820	10114
		% del total	27,6%	25,2%	52,8%
Total		Recuento	8611	10551	19162
		% del total	44,9%	55,1%	100,0%

Nota: Principales porcentajes entre el género y empelo. Fuente: elaboración propia.

El número de mujeres que no trabajan es considerablemente mayor que el de los hombres, los hombres representan un mayor porcentaje de quienes trabajan al menos una hora a la semana. Esto indica que, las disparidades de género se manifiestan en brechas salariales, acceso limitado al empleo formal, desafíos para equilibrar la vida laboral y personal y baja representación femenina en roles de liderazgo (Montalvo Romero, 2020).

Figura 5

Empleo por género



Nota: Se presenta la variable empleo por género. Fuente: elaboración propia

En términos absolutos, el número de mujeres trabajando es de 4,820, mientras que el de los hombres es 5,731, como se menciona en la tabla 11, donde los hombres tienen mayor campo de empleo. La diferencia en el total de personas empleadas entre ambos géneros es relevante, con un total de 10,114 hombres frente a 9,048 mujeres. A pesar de que las mujeres tienen un número mayor de personas sin empleo, el total de mujeres empleadas es superior al de los hombres, lo que podría indicar una creciente participación femenina en el mercado laboral.

Tabla 12

Tabla cruzada de la variable Género por el estado de salud

Tabla cruzada								
			Estado de salud					Total
			Mala	Regular	Buena	Muy buena	Excelente	
Género	Hombre	Recuento	203	1969	6423	2172	1009	11776
		% del total	0,8%	8,0%	26,2%	8,9%	4,1%	48,1%
	Mujer	Recuento	322	2360	6896	2183	938	12699
		% del total	1,3%	9,6%	28,2%	8,9%	3,8%	51,9%
Total		Recuento	525	4329	13319	4355	1947	24475
		% del total	2,1%	17,7%	54,4%	17,8%	8,0%	100,0%

Nota: Principales porcentajes entre el género y el estado de salud. Fuente: elaboración propia.

La tabla 12 refleja que el estado de salud de la población se concentra en categorías positivas, con un 54% reportando una condición de salud "buena" y un 18% "muy buena". Estos datos destacan un panorama general de bienestar, en el que hombres y mujeres muestran patrones similares. Sin embargo, los hombres presentan una mayor proporción en la categoría de "excelente" en comparación con las mujeres. Benet-Gil (2020) menciona que las mujeres suelen reportar una percepción de salud peor y un mayor uso de los servicios de atención sanitaria en comparación con los hombres, especialmente en lo que respecta a las consultas con médicos generales.

Por otro lado, aunque representan una minoría, un 2% de la población reporta un estado de salud "mala", y aproximadamente un 18% lo clasifica como "regular". Estas cifras, que son ligeramente más altas en las mujeres, señalan áreas críticas que requieren atención en políticas de salud pública. Si bien la cobertura universal del seguro de salud ha aumentado en algunos países, persisten brechas entre la cobertura de la población y la prestación real de servicios (C. Gutiérrez et al., 2018).

Tabla 13

Tabla cruzada de la variable género por rango de ingreso

Tabla cruzada

			Rangos de ingresos						
			de 0 a 500 dólares	de 501 a 1000 dólares	de 1001 a 2000 dólares	de 2001 a 5000 dólares	de 5001 a 10000 dólares	de 10001 a 60000 dólares	Total
Género	Hombre	Recuento	1995	351	134	76	16	8	2580
		% del total	43,3 %	7,6%	2,9%	1,6%	0,3%	0,2%	56,0%
	Mujer	Recuento	1787	169	47	21	2	5	2031
		% del total	38,8 %	3,7%	1,0%	0,5%	0,0%	0,1%	44,0%
Total		Recuento	3782	520	181	97	18	13	4611
		% del total	82,0 %	11,3%	3,9%	2,1%	0,4%	0,3%	100,0 %

Nota: Principales porcentajes entre el género y el estado de salud. Fuente: elaboración propia.

Se muestra que la mayoría de las personas en ambas categorías de género se encuentran en el rango de ingresos más bajo, de 0 a 500 dólares, con una mayor representación masculina. Es importante señalar que los hombres predominan en los primeros rangos de ingresos, representando más del 40 % en el rango de 0 a 500 dólares, mientras que las mujeres ocupan un rango inferior, con aproximadamente un 38 %. Además, las mujeres presentan ingresos en rangos como los de 2,001 a 5,000 dólares, 5,001 a 10,000 dólares y 10,001 a 60,000 dólares, donde su representación disminuye considerablemente en comparación con los hombres.

En los rangos más altos, desde 2,001 hasta 60,000 dólares, la participación es significativamente menor para ambos géneros; sin embargo, los hombres dominan en las categorías más altas, mientras que las mujeres tienen una representación significativamente inferior. Aunque ha aumentado la participación de las mujeres en distintos ámbitos profesionales, las influencias culturales basadas en concepciones patriarcales tradicionales han generado obstáculos como el "techo de cristal" y el "suelo pegajoso", fenómenos que se manifiestan con especial intensidad en los campos académico, científico y tecnológico (Caira-Tovar, 2022).

En la tabla 14, se observa que la mayor parte de las personas sin empleo tienen un nivel educativo bajo, con un porcentaje alto de personas con educación básica, primaria y secundaria. La educación básica representa el grupo más grande, con un 16,7% del total. Además, un 6,3% tiene solo educación primaria, mientras que un 5,1% completó la secundaria. Estos datos señalan que los niveles educativos bajos o intermedios concentran la mayor parte de quienes no trabajaron. Estudios realizados por García (2019) menciona que la discriminación hacia determinados grupos etarios o ideológicos, que, en función de las habilidades y características de los egresados de la educación superior, junto con las circunstancias específicas del mercado laboral en una región o sector económico, contribuyen a moldear las desigualdades en el acceso a oportunidades de empleo.

Por otro lado, las personas que han trabajado al menos una hora tienen una distribución más diversa en términos de educación, pero con una notable presencia de individuos con niveles educativos más altos, como aquellos con educación media o superior universitaria. Esto evidencia que aquellos con mayores niveles educativos tienen más probabilidades de estar empleados, lo que está en línea con la literatura sobre la relación entre educación y empleo. En este sentido, el aumento en los niveles educativos parece ser un factor determinante para acceder a trabajos, lo que confirma estudios previos que muestran cómo la educación puede actuar como una barrera o una palanca para acceder a oportunidades laborales.

Tabla 14

Tabla cruzada de la variable nivel de educación por empleo

Tabla cruzada					
			Empleo		
			No trabajó	Trabajó al menos una hora	Total
Nivel de educación	Ninguno	Recuento	564	563	1127
		% del total	2,9%	2,9%	5,9%
	Jardín de infantes	Recuento	0	3	3
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%
	Educación básica	Recuento	3199	558	3757
		% del total	16,7%	2,9%	19,6%
	Primaria	Recuento	1207	3408	4615
		% del total	6,3%	17,8%	24,1%
	Centro de alfabetización	Recuento	66	138	204
		% del total	0,3%	0,7%	1,1%
	Secundaria	Recuento	986	2806	3792
		% del total	5,1%	14,6%	19,8%
	Educación media/bachillerato	Recuento	1608	900	2508
		% del total	8,4%	4,7%	13,1%
	Superior no universitaria	Recuento	134	325	459
		% del total	0,7%	1,7%	2,4%
	Superior universitaria	Recuento	812	1636	2448
		% del total	4,2%	8,5%	12,8%
	Pos-grado/doctorado/PhD	Recuento	35	214	249
		% del total	0,2%	1,1%	1,3%
Total		Recuento	8611	10551	19162
		% del total	44,9%	55,1%	100,0%

Nota: Principales porcentajes entre el nivel de educación y el empleo. Fuente: elaboración propia.

La tabla 15 muestra la relación entre el nivel educativo y el estado de salud revela patrones significativos que reflejan cómo la educación impacta el bienestar. Las personas sin educación o con educación básica representan cerca del 5 % del total y

tienen mayor presencia en las categorías de salud mala o regular. Esto resalta una conexión entre niveles educativos bajos y una salud menos favorable.

Tabla 15

Tabla cruzada de la variable nivel de educación por el estado de salud

Tabla cruzada								
			Estado de salud					
			Mala	Regular	Buena	Muy buena	Excelente	Total
Nivel de educación	Ninguno	Recuento	141	463	435	88	28	1155
		% del total	0,7%	2,1%	2,0%	0,4%	0,1%	5,3%
	Jardín de infantes	Recuento	0	2	1	0	0	3
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Educación básica	Recuento	40	710	3656	1185	603	6194
		% del total	0,2%	3,3%	16,9%	5,5%	2,8%	28,6%
	Primaria	Recuento	202	1417	2256	512	228	4615
		% del total	0,9%	6,6%	10,4%	2,4%	1,1%	21,3%
	Centro de alfabetización	Recuento	13	73	83	26	9	204
		% del total	0,1%	0,3%	0,4%	0,1%	0,0%	0,9%
	Secundaria	Recuento	57	714	2103	634	284	3792
		% del total	0,3%	3,3%	9,7%	2,9%	1,3%	17,5%
	Educación media/bachillerato	Recuento	19	269	1479	515	226	2508
		% del total	0,1%	1,2%	6,8%	2,4%	1,0%	11,6%
	Superior no universitaria	Recuento	6	67	259	98	29	459
		% del total	0,0%	0,3%	1,2%	0,5%	0,1%	2,1%
	Superior universitaria	Recuento	20	267	1333	615	213	2448
		% del total	0,1%	1,2%	6,2%	2,8%	1,0%	11,3%
	Pos-grado/doctorado/PhD	Recuento	3	32	101	81	32	249
		% del total	0,0%	0,1%	0,5%	0,4%	0,1%	1,2%
Total		Recuento	501	4014	11706	3754	1652	21627
		% del total	2,3%	18,6%	54,1%	17,4%	7,6%	100,0%

Nota: Principales porcentajes entre el nivel de educación y el estado de salud. Fuente: elaboración propia.

En contraste, quienes tienen educación superior universitaria o posgrado constituyen aproximadamente el 12 % del total y predominan en las categorías de salud buena y muy buena, con una proporción significativa calificando su salud como excelente. Esto refuerza la idea de que la educación superior mejora tanto las oportunidades económicas como la calidad de vida y el acceso a recursos de salud. Estudios realizados por Rivera Choque (2021) mencionan que un nivel educativo más alto está vinculado a ingresos superiores, una calidad de vida más elevada y un mejor acceso a información y recursos en el ámbito de la salud.

Los niveles educativos intermedios, como secundaria y bachillerato, comprenden el 29% del total. Estas personas se distribuyen principalmente en las categorías de salud buena o regular, con menor representación en las percepciones extremas, tanto negativas como positivas. Por ejemplo, cerca del 18% de las personas con secundaria reportan salud buena, mientras que una pequeña parte considera su salud excelente.

En términos generales, el 54% de los encuestados perciben su salud como buena, lo que constituye la mayoría en todos los niveles educativos. Sin embargo, quienes alcanzan niveles superiores tienen una mayor tendencia a calificar su salud como muy buena o excelente, en comparación con los niveles inferiores. Guerrero Ceh et al. (2016) indican que la salud y la calidad de vida reflejan que niveles educativos más altos están relacionados con una mejor percepción de la salud y un mayor bienestar emocional. De esta manera, la educación actúa como un 'bien de inversión', generando no solo retornos económicos, sino también mejoras en la calidad de vida y en los comportamientos relacionados con la salud.

La tabla 16 revela que las personas que trabajaron al menos una hora muestran una mayor proporción de evaluaciones positivas de su salud en comparación con quienes no trabajaron. Mientras que aquellos con empleo presentan una mayoría con estados de salud "buena" o superiores, destaca que el 4,1% califica su salud como "excelente", frente al 3,1% de quienes no trabajaron.

Estos hallazgos coinciden con investigaciones como las de Mendoza-Mestanza (2018), quien menciona que el empleo es una actividad fundamental en la vida, desempeñando un papel crucial para el crecimiento personal y el bienestar tanto individual como

colectivo. La evidencia subraya la importancia de políticas que promuevan el empleo digno como un mecanismo para mejorar tanto el estado de salud como el bienestar emocional.

Tabla 16

Tabla cruzada de la variable empleo por el estado de salud

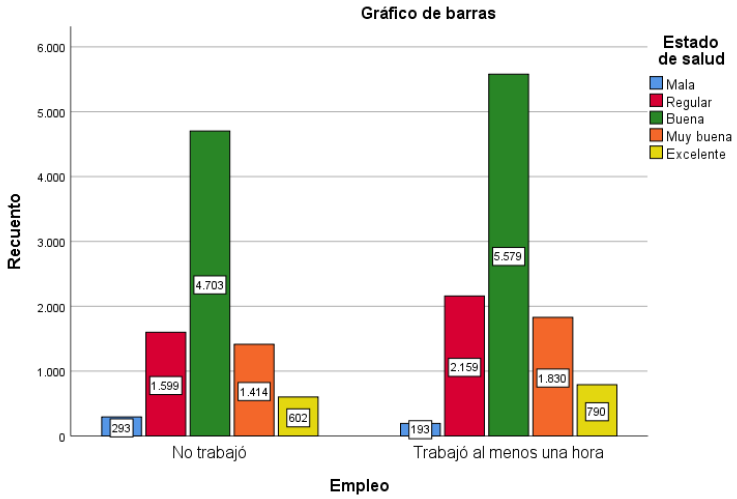
Tabla cruzada

			Estado de salud					
			Mala	Regular	Buena	Muy buena	Excelente	Total
Empleo	No trabajó	Recuento	293	1599	4703	1414	602	8611
		% del total	1,5%	8,3%	24,5%	7,4%	3,1%	44,9%
	Trabajó al menos una hora	Recuento	193	2159	5579	1830	790	10551
		% del total	1,0%	11,3%	29,1%	9,6%	4,1%	55,1%
Total		Recuento	486	3758	10282	3244	1392	19162
		% del total	2,5%	19,6%	53,7%	16,9%	7,3%	100,0%

Nota: Principales porcentajes entre el empleo y el estado de salud. Fuente: elaboración propia.

Figura 6

Estado de salud por empleo



Nota: Se presenta la comparación de la variable empleo por estado de salud. Fuente: elaboración propia.

En el caso de las personas que no trabajaron 8611 personas, la mayoría se encuentra en los estados de salud "buena" 4703 personas y "regular" 1599 personas, con una menor cantidad en "mala" 293 personas y "excelente" 602 personas. Por lo tanto, una proporción considerable de los que no trabajan reportan un estado de salud relativamente bueno.

Por otro lado, de las personas que trabajaron al menos una hora 10551 personas, la mayoría se encuentra en los estados de salud "buena" 5579 personas y "muy buena" 1830 personas, seguido por "regular" 2159 personas y "excelente" 790 personas. Este grupo, al ser más grande en términos absolutos, parece tener una mayor cantidad de personas en condiciones de salud óptimas en comparación con los que no trabajan.

Relacionar los factores económicos y las condiciones de salud de los ecuatorianos en la zona 3, año 2018.

Tabla 17

Modelo de regresión logística multinomial

Salud	Coef.	Std. Err.	z	P > | z |	[95% Conf. Interval]	
Mala						
Ingresos	-0,0020327	0,0009501	-2,14	0,032	-0,0038949	-0,0001706
Empleo	0,1354067	0,5458155	0,25	0,804	-0,934372	1,205185
Educacion	-0,2073365	0,0733501	-2,83	0,005	-0,3511	-0,0635729
_cons	-1,844625	1,090273	-1,69	0,091	-3,98152	0,2922702
Regular						
Ingresos	-0,0001643	0,0002606	-0,63	0,528	-0,0006751	0,0003464
Empleo	-0,1949716	0,2112662	-0,92	0,356	-0,6090457	0,2191026
Educacion	-0,1732527	0,0284334	-6,09	0,000	-0,2289811	-0,1175243
_cons	0,5951349	0,4177275	1,42	0,154	-0,223596	1,41386
Buena	(base outcome)					
Muy_buena						
Ingresos	0,0000246	0,0000362	0,68	0,497	-0,0000464	0,0000956
Empleo	0,1903368	0,2963149	0,64	0,521	-0,3904298	0,7711034
Educacion	0,1321408	0,0313323	4,22	0,000	0,0707306	0,1935509
_cons	-2,300957	0,6040887	-3,81	0	-3,484949	-1,116965
Excelente						
Ingresos	2,94E-06	0,0000325	0,09	0,928	-0,0000607	0,0000666
Empleo	0,1113901	0,4408574	0,25	0,801	-0,7526746	0,9754548
Educacion	0,1502692	0,050793	2,96	0,003	0,0507167	0,2498217
_cons	-3,231219	0,8942106	-3,61	0	-4,983839	-1,478598

Nota: Se muestra la influencia de los factores económicos en el estado de salud de las mujeres, aquí se eliminó datos en blanco para que el STATA pueda hacer el análisis. Fuente: elaboración propia.

El análisis de los resultados del modelo de regresión logística multinomial revela cómo los factores económicos (ingresos, empleo y educación) influyen en el estado de salud de las personas, categorizada en *Mala*, *Regular*, *Buena*, *Muy buena* y *Excelente*. La categoría base utilizada para las comparaciones es *Buena* en las dos tablas.

La educación es la variable más relevante y significativa. En el caso de la categoría de salud *Mala*, un mayor nivel educativo reduce las probabilidades de pertenecer a esta categoría en comparación con *Buena*, lo que se refleja en un p de 0.005. Este resultado confirma lo que estudios previos han señalado: la educación no solo mejora las oportunidades económicas, sino que influye la habilidad de las personas para obtener información sobre salud, adoptar hábitos saludables, tomar decisiones conscientes sobre su bienestar y acceder a opciones laborales y económicas que impactan su calidad de vida (García-Cruz et al., 2024).

En cuanto al ingreso, su influencia es limitada y solo es significativa en la categoría de salud *Mala*. El coeficiente negativo es de -0.0020 y con un p de 0.032 lo que indica que un aumento en los ingresos disminuye la probabilidad de reportar una salud *Mala*. No obstante, en las demás categorías, el ingreso no tiene un efecto significativo, lo que podría deberse a que el acceso a recursos básicos no siempre se traduce en una percepción positiva de salud, especialmente en contextos donde existen otras barreras estructurales, como el acceso desigual a servicios sanitarios (Bran Piedrahita et al., 2020). Por otro lado, el empleo no muestra un impacto estadísticamente significativo en ninguna de las categorías, lo que indica que si tiene o no trabajo no influye de manera directa en el estado de salud del ecuatoriano.

Para las categorías de salud *Muy buena* y *Excelente*, la educación vuelve a ser un factor clave. En ambas categorías el p valué es significativo con un p de 0.00 y p de 0.003, lo que indican que a mayor nivel de educación incrementan la probabilidad de reportar una mejor percepción de salud. Este hallazgo refuerza la importancia de promover políticas públicas que aseguren un acceso inclusivo y de calidad a la educación como una estrategia integral para mejorar el bienestar de la población.

En síntesis, los resultados destacan que la educación es el principal determinante en la percepción de salud, seguido de un efecto limitado de los ingresos y sin evidencia de influencia significativa del empleo. Esto subraya la multidimensionalidad de los factores económicos y sociales que determinan la salud y la necesidad de abordarlos desde una perspectiva integral.

Tabla 18

Modelo de regresión logística multinomial

Salud	Coef.	Std. Err.	z	P > | z |	[95% Conf. Interval]	
Mala						
Ingresos	-0,0019176	0,0007182	-2,67	0,008	-0,0033252	-0,0005099
Empleo	-0,6499611	0,5547613	-1,17	0,241	-1,737273	0,4373511
Educacion	-0,2764343	0,0799426	-3,46	0,001	-0,4331188	-0,1197497
_cons	-0,1664069	1,104555	-0,15	0,88	-2,331295	1,998481
Regular						
Ingresos	-0,0000221	0,000049	-0,45	0,651	-0,0001182	0,0000739
Empleo	-0,2051655	0,2828143	-0,73	0,468	-0,7594714	0,3491404
Educacion	-0,2333964	0,0276105	-8,45	0,000	-0,2875121	-0,1792808
_cons	0,7172843	0,5658642	1,27	0,205	-0,3917891	1,826358
Buena	(base autcome)					
Muy_buena						
Ingresos	0,0000568	0,0000322	1,76	0,078	-6,38E-06	0,00012
Empleo	0,1409187	0,3989379	0,35	0,724	-0,6409852	0,9228226
Educacion	0,1443811	0,0286414	5,04	0,000	0,0882451	0,2005172
_cons	-2,347158	0,8023275	-2,93	0,003	-3,919691	-0,7746253
Excelente						
Ingresos	0,0000126	0,0000553	0,23	0,82	-0,0000958	0,0001211
Empleo	0,3797684	0,6083514	0,62	0,532	-0,8125785	1,572115
Educacion	0,1017772	0,0400235	2,54	0,011	0,0233327	0,1802218
_cons	-3,336791	1,221886	-2,73	0,006	-5,731644	-0,9419376

Nota: Se muestra la influencia de los factores económicos en el estado de salud del hombre.

Fuente: elaboración propia

los resultados en la categoría de salud *Mala* muestran que tanto los ingresos como la educación tienen un impacto significativo. Un aumento en los ingresos reduce las probabilidades de que los hombres perciban su salud como *Mala* en con un p de 0.008. De igual forma, un mayor nivel educativo disminuye la probabilidad de reportar un estado de salud *Mala* p de 0.001. Estos resultados refuerzan la evidencia de que los niveles educativos y económicos son determinantes críticos de la salud en hombres, lo que coincide con investigaciones previas que destacan la relación entre el nivel educativo y la percepción de bienestar (De La Cruz-Sánchez & Vizuete Carrizosa, 2011) Sin embargo, el empleo no es estadísticamente significativo con un p de 0.24.

En la categoría *Regular*, la educación sigue siendo significativo. Un mayor nivel educativo reduce de manera sustancial la probabilidad de percibir la salud como *Regular* en comparación con *Buena* con un p de 0.001. No obstante, ni los ingresos con un p de 0.651 ni el empleo con p de 0.468 muestran efectos significativos en esta categoría. Este hallazgo subraya que, en los hombres, la educación es un factor clave para evitar la percepción de un estado de salud inferior al promedio.

En cuanto a la categoría *Muy buena*, la educación vuelve a ser significativa, con un p de 0.001. Por otro lado, los ingresos presentan una asociación positiva marginalmente significativa con p de 0.078. En la categoría *Excelente*, la educación también muestra una relación positiva con p de 0.011. En contraste, los ingresos y el empleo no presentan significancia estadística en estas categorías superiores, salvo una ligera asociación positiva de los ingresos en la categoría *Muy buena* (P=0.078P = 0.078P=0.078), lo cual podría interpretarse como un indicio de relevancia económica en percepciones más altas de salud.

En los hombres, la educación destaca como el principal determinante de la percepción del estado de salud en todas las categorías. Los ingresos muestran un impacto significativo únicamente en las categorías inferiores, mientras que el empleo no tiene un efecto relevante en ninguna categoría. Estos hallazgos subrayan la importancia de promover la educación como una estrategia clave para mejorar el bienestar en la población masculina y garantizar una percepción más positiva de la salud. Esto coincide con estudios que destacan cómo las desigualdades educativas impactan en los resultados de salud (Fuentes et al., 2023).

Tabla 19

Probabilidades predichas para cada categoría de salud

		dy/dx	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
Empleo _predict							
	1	-.002622	.0051318	-0.51	0.609	-.0126801	.0074361
	2	-.0499997	.028824	-1.73	0.083	-.1064936	.0064943
	3	.0091297	.0366758	0.25	0.803	-.0627536	.0810129
	4	.0266618	.0288568	0.92	0.356	-.0298966	.0832201
	5	.0168302	.020495	0.82	0.412	-.0233392	.0569997
Ingresos _predict							
	1	-.0000267	4.43e-06	-6.02	0.000	-.0000353	-.000018
	2	-7.36e-06	8.34e-06	-0.88	0.377	-.0000237	8.98e-06
	3	.0000199	7.31e-06	2.72	0.007	5.55e-06	.0000342
	4	.0000112	3.02e-06	3.70	0.000	5.26e-06	.0000171
	5	2.96e-06	2.22e-06	1.33	0.182	-1.39e-06	7.31e-06
Educacion _predict							
	1	-.0029175	.0008778	-3.32	0.001	-.004638	-.001197
	2	-.0430128	.0033032	-13.02	0.000	-.0494869	-.0365387
	3	.0125654	.0036425	3.45	0.001	.0054262	.0197046
	4	.0242512	.0024895	9.74	0.000	.0193719	.0291305
	5	.0091137	.0016898	5.39	0.000	.0058018	.0124256

Nota: Se muestra la probabilidad de las variables independientes para cada categoría de salud.
Fuente: elaboración propia

En la tabla 19 muestra que el estado de salud de la población está influenciado por factores económicos como el empleo, los ingresos y la educación. Los resultados econométricos indican que el empleo no tiene un impacto estadísticamente significativo en la salud. Esto sugiere que el empleo, por sí solo, no determina el estado de salud de manera directa

Por otro lado, los ingresos muestran una relación significativa con la salud, reduciendo la probabilidad de reportar una salud "mala" p = 0.000 y aumentando la probabilidad de tener una salud "buena" o "muy buena". Esto confirma que mayores ingresos permiten el acceso a mejores condiciones de vida y servicios de salud (Enguita, 2023).

Finalmente, la educación es el factor más determinante en la salud, ya que un mayor nivel educativo reduce significativamente la probabilidad de reportar una salud "mala" (p = 0.001) o "regular" (p = 0.000) y, al mismo tiempo, aumenta la probabilidad de reportar una mejor salud en los niveles superiores (p = 0.001 para "bueno", p = 0.000 para "muy bueno" y p = 0.000 para "excelente") Esto coincide con la literatura que destaca la educación como clave en la promoción de hábitos saludables y el acceso a mejores oportunidades económicas (Fuentes et al., 2023).

4.2 Verificación de la hipótesis o fundamentación de las preguntas de investigación

La significancia de la variable ingresos es de 0,82, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa, es decir, el ingreso no tiene un efecto significativo en la variable dependiente.

La variable empleo tiene 0,532 como significancia, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa, es decir, el empleo no tiene un efecto significativo en la variable dependiente.

La variable educación tiene 0,011 de significancia, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, es decir, la educación tiene un efecto significativo en la variable dependiente.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

5.1 Conclusiones

Luego de un exhausto análisis de los datos disponibles y con el uso de la matemática, estadística descriptiva e inferencial y la modelación econométrica de regresión logística multinomial el autor se permite plantear las siguientes conclusiones:

Al establecer los factores económicos que inciden en la salud de los ecuatorianos en la Zona 3, se evidencia una influencia significativa de variables como el ingreso y el nivel de educación. Los resultados obtenidos confirman que estas variables actúan como determinantes clave en el bienestar de la población, reflejando una desigualdad significativa que afecta el acceso a servicios de salud y la adopción de estilos de vida saludables.

El estado de salud de los ecuatorianos en la zona 3 está influenciado por diversos factores económicos que generan desigualdades en el acceso a una salud óptima, limitando la posibilidad de alcanzar un estado de salud excelente. Las disparidades económicas, como los bajos ingresos, la falta de empleo estable y el nivel de educación. Además, las desigualdades de género agravan la situación, afectando especialmente a las mujeres en condiciones vulnerables.

La educación es el factor social más influyente en el estado de salud. un mayor nivel educativo está asociado con una menor probabilidad de reportar un estado de salud Mala y una mayor probabilidad de percibir un estado salud como Muy buena o Excelente. Los ingresos también tienen un impacto significativo en las categorías de salud más bajas, pero no presentan un efecto claro en las categorías más altas de salud. El empleo, por su parte, no mostró un impacto significati

vo en ninguna de las categorías de salud.

5.2 Limitaciones del estudio

La información en la encuesta tenía varios datos vacíos

La ejecución en programas como spss fue complicado

5.3 Futuras temáticas de investigación

Análisis de las políticas públicas y programas existentes que aborden el tema: donde se realice políticas económicas que contribuyan a mejorar la equidad en salud.

Costo económico asociado a la desnutrición y el sobrepeso en términos de gasto público y productividad laboral.

Relación entre el nivel de ingresos y la prevalencia de enfermedades crónicas: Un enfoque en diabetes, hipertensión o enfermedades cardiovasculares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdalla M, E.-H. (2012). An Application on Multinomial Logistic Regression Model. *Pakistan Journal of Statistics and Operation Research*, *8*(2), 271–291. file:///C:/Users/brayan%20capuz/Downloads/234-Full%20Text%20Article-1426-1-10-20120328.pdf

Abramo, L., Cecchini, S., & Ullmann, H. (2020). Addressing health inequalities in latin america: The role of social protection. *Ciencia e Saude Coletiva*, *25*(5), 1587–1598. https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.32802019

Acs, Z. J., & Szerb, L. (2007). Entrepreneurship, economic growth and public policy. *Small Business Economics*, *28*(2), 109–122. https://doi.org/10.1007/s11187-006-9012-3

Agualongo Quelal, D. E., & Garcés Alencastro, A. C. (2020). El nivel socioeconómico como factor de influencia en temas de salud y educación. *Revista Vínculos*, *5*(2), 1. https://doi.org/10.24133/vinculosespe.v5i2.1639

Ander-Egg, E. (2011). *Aprender a investigar : nociones básicas para la investigación social* (Editorial brujas).

Arcaya, M. C., & Saiz, A. (2020). Does education really not matter for health? *Social Science and Medicine*, *20*, 1–6. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113094

Armijos-Briones, M., de Sousa, F. P., & Zavala-Briones, M. M. (2019). Increase in the poverty and inequity in the funding of the ecuadorian health system. *Revista de Salud Pública*, *21*(3), 1–8. https://doi.org/10.15446/RSAP.V21N3.77849

Baena Paz, G. (2017). *Metodología de la Investigación* (Editorial patria).

Banco Mundial. (2020). *EFICIENCIA DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD EN ECUADOR Situación actual y opciones de política*. https://documents1.worldbank.org/curated/en/839591592210457716/pdf/Informe-Principal.pdf

Banco Mundial. (2023, February 16). *Collapse & Recovery: How COVID-19 Eroded Human Capital and What to Do About It*. https://www.worldbank.org/en/publication/human-capital/publication/collapse-recovery-how-covid-19-eroded-human-capital-and-what-to-do-about-it

Bartolomé-Moreno, C., Córdoba, R., & Melús-Palazón, E. (2024). Social, commercial and environmental determinants of health: The challenge of promotion and prevention. *Atencion Primaria*, *56*(2), 1. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102852

Bazzhina, V. (2015). Labour Activity as a Factor of Social, Economic and Emotional Well-being of the Population. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *166*, 74–81. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.486

Benet-Gil, A. (2020). Desarrollo de políticas inclusivas en la educación superior. *Convergencia*, *27*(1), 1–31. https://doi.org/10.29101/crcs.v27i82.11120

Bernal Torres, C. A. (2010). *Metodología de la investigación administración, economía, humanidades y ciencias sociales* (Tercera edición).

Besora-Moreno, M., Llauradó, E., Tarro, L., & Solà, R. (2020). Social and economic factors and malnutrition or the risk of malnutrition in the elderly: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Nutrients*, *12*, 1–16. https://doi.org/10.3390/nu12030737

Bhugra, D., & Ventriglio, A. (2023). Geographical Determinants of Mental Health. *International Journal of Social Psychiatry*, *69*(4), 811–813. https://doi.org/10.1177/00207640231169816

Blas Ramos, J. I., Ramírez Abarca, O., & Hernández Martínez, J. (2023). Causas de la disminución de los ingresos en la población rural en México durante la pandemia del covid-19. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, *7*(4), 4555–4572. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.7300

Bonet-Morón, J., & Guzmán-Finol, K. (2015). *Documentos de trabajo sobre Economía Regional*.

Bonilla-Sierra, P., Vargas-Martínez, A. M., Davalos-Batallas, V., Leon-Larios, F., & Lomas-Campos, M. D. L. M. (2020). Chronic diseases and associated factors among older adults in Loja, Ecuador. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(11), 1–15. https://doi.org/10.3390/ijerph17114009

Bowen, F. R. (2023). Education is a Social Determinant of Health: School Nurses Level the Playing Field. *Journal of School Nursing*, *39*(5), 343–344. https://doi.org/10.1177/10598405231191283

Boza Aguirre, J. E., Campoverde Saldaña, J., & Ávila Manzano, G. N. (2021). Development of the Popular and Solidarity Economy in Ecuador 2010 – 2019. *Centro Sur*, *5*(4), 1–17. https://doi.org/10.37955/cs.v5i4.205

Bran Piedrahita, L., Valencia Arias, A., Palacios Moya, L., Gómez Molina, S., Acevedo Correa, Y., & Arias Arciniegas, C. (2020). Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. *Hacia La Promoción de La Salud*, *25*(2), 29–38. https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.2.6

Cáceres Castro, M. J., & Castro Zamora, S. L. (2024). Analfabetismo y pobreza extrema por ingresos en Ecuador. *Revista de Investigación Educativa Niveles*, *1*(1), 59–68. https://doi.org/10.61347/rien.v1i1.58

Caira-Tovar, N. (2022). Brecha de Género: Una mirada a la lucha contra el techo de cristal y el suelo pegajoso. *Mujer y Políticas Públicas*, *1*(1), 56–65. https://doi.org/10.31381/mpp.v1i1.5260

Carlo, L., Carpio, V., Verdezoto, N., Eslambolchilar, P., Cruz, E., Malo, F., & Espinosa, D. (2020). Healthcare infrastructures in Ecuador: Challenges, reflections and opportunities for digital health. *ACM International Conference Proceeding Series*, 1–6. https://doi.org/10.1145/3392561.3397578

Carlson, P. (2004). The European health divide: A matter of financial or social capital? *Social Science and Medicine*, *59*, 1985–1992. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.03.003

Carmona-Meza, Z., & Parra-Padilla, D. (2015). Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. *Salud Uninorte Barranquilla*, *31*(3), 608–620. http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v31n3/v31n3a17.pdf

Cartney, G., Hearty, W., Arnot, J., Popham, F., Cumbers, A., & Mcmaster, R. (2019). Impact of Political Economy on Population Health: A Systematic Review of Reviews. *American Journal of Public Health*, *109*(6), 1–12. https://doi.org/10.2105/AJPH

Castro, J. N. (2024). Mujeres, género y sostenibilidad: desafíos y perspectivas Women, gender and sustainability: challenges and perspectives. *Revista Científica Ciencia y Tecnología*, *24*(42), 1–23. https://doi.org/https://orcid.org/0009-0004-8503-7837

Ceular-Villamandos, N., Navajas-Romero, V., Del Río, L. C. Y. L., & Zambrano-Santos, L. Z. (2021). Workplace situation and well-being of ecuadorian self-employed. *Sustainability*, *13*(4), 1–26. https://doi.org/10.3390/su13041892

Chávez Guerrero, B. M. (2023). Aportes para la transformación del sistema de salud colombiano. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, *41*(1), 1–11. https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e348269

Cisneros-Caicedo, A. J., Urdánigo-Cedeño, J. J., Guevara-García, A. F., & Garcés-Bravo, J. E. (2022). Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos que apoyan a la Investigación Científica en tiempo de Pandemia. *Dominio de Las Ciencias*, *8*(1), 1165–1185. https://doi.org/10.23857/dc.v8i41.2546

Cobena Rodríguez, P. J., & Palacios Cedeño, N. (2024). El Desempleo y el Índice de Pobreza en el Ecuador. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, *8*(3), 8053–8078. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3.11994

Córdova, C. S., Torres, I., & López-Cevallos, D. (2023). Exploring the impact of Ecuador's policies on the right to health of Venezuelan migrants during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Health Policy and Planning*, *38*(9), 1099–1112. https://doi.org/10.1093/heapol/czad071

Cruz del Castillo, C., Olivares Orozco, S., & González García, M. (2014). *Metodología de la Investigación*.

De Andrade, L. O. M., Filho, A. P., Solar, O., Rígoli, F., De Salazar, L. M., Serrate, P. C. F., Ribeiro, K. G., Koller, T. S., Cruz, F. N. B., & Atun, R. (2015). Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: Case studies from Latin American countries. *The Lancet*, *385*(9975), 1343–1351. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61494-X

De La Cruz-Sánchez, E., & Vizuete Carrizosa, M. (2011). El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española. *Universitas Psychologica*, *12*(1), 31–40. https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/1735/3960

Deaconu, A., Sherwood, S., Paredes, M., Berti, P., López, P., Cole, D., Muñoz, F., Oyarzún, P., Borja, R., Aizaga, M., Estrella, E., April-Lalonde, G., Mercille, G., & Batal, M. (2021). Promoting traditional foods for human and environmental health: lessons from agroecology and Indigenous communities in Ecuador. *BMC Nutrition*, *7*(1), 1–14. https://doi.org/10.1186/s40795-020-00395-y

Diaz Kovalenko, I. E., Barros Naranjo, J. R., Freire Cadme, C. A., & Cetre Novilos, K. G. (2023). THE EDUCATIONAS A DETERMINANT FACTOR IN ECONOMIC GROWTH. THE ECUADORIAN CASE (1960-2019). *RUSSIAN LAW JOURNAL*, *6*, 1–12.

Emerson, E., Hatton, C., Baines, S., & Robertson, J. (2018). The association between employment status and health among British adults with and without intellectual impairments: Cross-sectional analyses of a cohort study. *BMC Public Health*, *18*(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s12889-018-5337-5

Enguita, M. F. (2023). Redes económicas y desigualdades sociales. *Reis*, *93*(64), 41–79. file:///C:/Users/brayan%20capuz/Downloads/Dialnet-RedesEconomicasYDesigualdadesSociales-767343.pdf

Faresjö, T., & Rahmqvist, M. (2010). Educational level is a crucial factor for good perceived health in the local community. *Scandinavian Journal of Public Health*, *38*(6), 605–610. https://doi.org/10.1177/1403494810374676

Florian Ángeles, J. M. (2024). Sistemas de Salud en Latinoamérica durante el periodo 2020 al 2023. *Revista de Climatología*, *24*, 1374–1381. https://doi.org/10.59427/rcli/2024/v24cs

Formichella, M. M., & London, S. (2013). Empleabilidad, educación y equidad social. *Revista de Estudios Sociales*, *47*, 79–91. https://doi.org/10.7440/res47.2013.06

Friederic, K., & Burke, B. J. (2019). La Revolución Ciudadana and social medicine: Undermining community in the state provision of health care in Ecuador. *Global Public Health*, *14*(6), 884–898. https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1481219

Fuentes, A., López, M. J., Piccioni, R., Merlo, M. L., & López Vernengo, A. (2023). Análisis de la equidad educativa: resultados de ingreso, egreso y demora en las carreras de salud y su relación con las variables socioeducativas. *Educacion Medica*, *24*(6), 1–17. https://doi.org/10.1016/j.edumed.2023.100853

Gachet, I., Grijalva, D. F., Ponce, P. A., & Rodríguez, D. (2019). Vertical and Horizontal Inequality in Ecuador: The Lack of Sustainability. *Social Indicators Research*, *145*(3), 861–900. https://doi.org/10.1007/s11205-017-1810-2

Galea, S., Tracy, M., Hoggatt, K. J., Dimaggio, C., & Karpati, A. (2011). Estimated Deaths Attributable to Social Factors in the United States. *American Journal of Public Health*, *101*(8), 1456–1465. https://doi.org/10.2105/AJPH.2010

Gallo, L. C., & Matthews, K. A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*, *129*(1), 10–51. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.10

García, G. (2019). Oportunidades de acceso a la educación superior y al trabajo profesional. *Revista de La Educación Superior*, *189*(48), 97–120. http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

García Pérez, M. Á., Moreno, V. M., Ramírez Puerta, D., González Martínez, Y., Hidalgo Vicario, I., Escribano Ceruelo, E., & Gómez de la Cámara, G. (2007). Factores socioeconómicos y frecuentación en las consultas de medicina de familia de la red sanitaria pública madrileña. *Gac Sanit*, *27*(3), 219–226. https://scielo.isciii.es/pdf/gs/v21n3/original6.pdf

García-Cruz, R. F., Hernandez Del Angel, M., Lopez Pacheco, D. J., & Pineda Figueroa, A. (2024). Educación como determinante de salud. *TEPEXI Boletín Científico de La Escuela Superior Tepeji Del Río*, *11*(22), 27–34. https://doi.org/10.29057/estr.v11i22.12488

García-Rodríguez, J. F., García-Fariñas, A., Priego-Hernández, O., & Martínez- Pérez, L. (2017). Salud desde una perspectiva económica. Importancia de la salud para el crecimiento económico, bienestar social y desarrollo humano. *Salud En Tabasco*, *23*(2), 44–47. http://salud.tabasco.gob.mx/content/revista

Gil, M. A., & García, J. M. (2023). Desigualdades sociales en salud y la pandemia del COVID-19: el caso de España. *E-Cadernos CES*, *39*, 36–60. https://doi.org/10.4000/eces.8144

Girdzijauskas, S., Streimikiene, D., Griesiene, I., Mikalauskiene, A., & Kyriakopoulos, G. L. (2022). New Approach to Inflation Phenomena to Ensure Sustainable Economic Growth. *Sustainability*, *14*(1), 1–21. https://doi.org/10.3390/su14010518

Gonzáles, L., & Nazareno, M. (2019). The Unequal Distribution of Inequality. Subnational Politics and Income Distribution in the Argentine Provinces. *Revista SAAP*, *13*(1), 43–76. https://doi.org/file:///C:/Users/brayan%20capuz/Downloads/Dialnet-LaDesigualDistribucionDeLaDesigualdad-7030794.pdf

Gonzalvo Gómez, I., Ortiz Bescós, V., Luz Miguel, S., & Isanta Pomar, C. (2019). Pobreza y autopercepción de salud: contraste entre pobreza multidimensional y pobreza por ingresos. *Atencion Primaria*, *51*(8), 512–514. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.021

Guarderas, M., Raza, D., & Gonzáles, P. (2021). Gasto público en salud en Ecuador: ¿cumplimos con los compromisos internacionales? *Estudios de La Gestión. Revista Internacional de Administración*, *9*, 237–252. https://doi.org/10.32719/25506641.2021.9.10

Guerrero Ceh, J. G., Can Valle, A. R., & Sarabia Alcocer, B. (2016). Identificación de niveles de calidad de vida en personas con un rango de edad entre 50 y 85 años. *Revista Iberoamericana de Las Ciencias Sociales y Humanísticas*, *5*(10), 1–14.

Guevara-Rodríguez, G. (2019). Análisis documental: Propuestas metodológicas para la transformación en programas de posgrado desde el enfoque socioformativo. *Atenas*, *3*(47), 1–11. ttps://www.redalyc.org/articulo.oa?id=478060102007

Gumà, J., Arpino, B., & Solé-Auró, A. (2019). Determinantes sociales de la salud de distintos niveles por género: educación y hogar en España. *Gaceta Sanitaria*, *33*(2), 127–133. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.010

Gutiérrez, C., Romaní Romaní, F., Wong, P., & Del Carmen Sara, J. (2018). Brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud: un reto para la reforma de salud en el Perú. *An Facmed*, *79*(1), 65–70. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i1.14595

Gutiérrez, J. P., Leyva Flores, R., & Aracena Genao, B. (2019). Social inequality in sexual and reproductive health in Ecuador: An analysis of gaps by levels of provincial poverty 2009-2015. *International Journal for Equity in Health*, *18*(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s12939-019-0951-0

Gutiérrez Muñoz, G. (2023). Experiencias en la atención primaria de salud mental durante la pandemia por COVID-19. *Revista Iberoamericana de Bioética*, *21*, 1–14. https://doi.org/10.14422/rib.i21.y2023.002

Hanibuchi, T., Nakaya, T., & Murata, C. (2010). Socio-economic status and self-rated health in East Asia: A comparison of China, Japan, South Korea and Taiwan. *European Journal of Public Health*, *22*(1), 47–52. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq174

Hergenrather, K. C., Zeglin, R. J., McGuire-Kuletz, M., & Rhodes, S. D. (2015). Employment as a Social Determinant of Health: A Systematic Review of Longitudinal Studies Exploring the Relationship Between Employment Status and Physical Health. *Rehabilitation Research, Policy, and Education*, *29*(1), 2–26. https://doi.org/10.1891/2168-6653.29.1.2

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2017). *Metodología de la investigación* (cuarta).

Herrera-Fontana, M. E., Chisaguano, A. M., Villagomez, V., Pozo, L., Villar, M., Castro, N., & Beltran, P. (2020). Food insecurity and malnutrition in vulnerable households with children under 5 years on the Ecuadorian coast: A post-earthquake analysis. *Rural and Remote Health*, *20*(1), 1–9. https://doi.org/10.22605/RRH5237

Herrro Olarte, S. (2023). The minimum wage in Ecuador Its impact on poverty, inequality and labour market structure. *Work Organisation, Labour and Globalisation*, *17*(2), 105–127. https://doi.org/10.13169/workorgalaboglob.17.2.0105

Hess, J. M., Comeau, M. E., Scheett, A. J., Bodensteiner, A., & Levine, A. S. (2024). Using Less Processed Food to Mimic a Standard American Diet Does Not Improve Nutrient Value and May Result in a Shorter Shelf Life at a Higher Financial Cost. *Current Developments in Nutrition*, *8*(11), 1–10. https://doi.org/10.1016/j.cdnut.2024.104471

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2018a). *Objetivo y Políticas del INEC*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/objetivos-politicas/#:~:text=El%20Instituto%20Nacional%20de%20Estad%C3%ADstica,de%20calidad%3B%20e%2C%20innovar%20en

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2018b). *Salud, Salud Reproductiva y Nutrición*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2021). *Acceso a seguros por salud* . https://www.igualdadgenero.gob.ec/salud/

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2022). *Registro Estadístico de Defunciones Generales de 2022*.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024a). *Boletín Técnico N° 12-2024-ENEMDU Pobreza y desigualdad*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2024/Junio/202406_Boletin_pobreza_ENEMDU.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024b). *Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU)*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/EMPLEO/2024/Trimestre_I/2024_I_Trimestre_Mercado_Laboral.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024c). *Gastos Nacionales en Salud; la pandemia por covid-19 generó costos adicionales*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/la-pandemia-por-covid-19-genero-costos-adicionales/#:~:text=Gasto%20en%20el%20primer%20nivel,de%20salud%3A%20USD%20265%20millones.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2022). *Cuentas Satélite de Educación*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Economicas/Cuentas_Satelite/educacion-2007-2021/4_Documento_metodol%C3%B3gico_CSE.pdf

Karsten I, P., & Klaus, M. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, *74*, 264–282. https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001

Katzelnick, L. C., Quentin, E., Colston, S., Ha, T.-A., Andrade, P., Eisenberg, J. N. S., Ponce, P., Coloma, J., & Cevallos, V. (2023). Increasing transmission of dengue virus across ecologically diverse regions of Ecuador and associated risk factors. *MedRxiv (Cold Spring Harbor Laboratory)*, *2*, 1–32. https://doi.org/10.1101/2023.05.25.23290519

Kivimäki, M., Batty, G. D., Pentti, J., Shipley, M. J., Sipilä, P. N., Nyberg, S. T., Suominen, S. B., Oksanen, T., Stenholm, S., Virtanen, M., Marmot, M. G., Singh-Manoux, A., Brunner, E. J., Lindbohm, J. V., Ferrie, J. E., & Vahtera, J. (2020). Association between socioeconomic status and the development of mental and physical health conditions in adulthood: a multicohort study. *The Lancet Public Health*, *5*(3), 140–149. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30248-8

Kondirolli, F., & Sunder, N. (2022). Mental health effects of education. *Health Economics*, *31*(2), 22–39. https://doi.org/10.1002/hec.4565

Kornilova, A. Yu. (2022). ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ. *Economics of Contemporary Russia*, *98*(3), 7–16. https://doi.org/10.33293/1609-1442-2022-3(98)-7-16

Kumari, N., & Dubey, A. (2023). Environment and Human Health: Beyond Disciplinary Confinement. *Mind and Society*, *12*(3), 47–53. https://doi.org/10.56011/mind-mri-123-20237

Largo Largo, W. A., & Sarmiento Jara, J. P. (2024). Efecto de la Salud Objetiva en los ingresos de los ecuatorianos. *Revista Economía y Política*, *40*, 1–19. https://doi.org/10.25097/rep.n40.2024.01

Lee, M. C., & Jones, A. M. (2007). Understanding differences in income-related health inequality between geographic regions in Taiwan using the SF-36. *Health Policy*, *83*(2), 186–195. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.01.007

Lenhart, O. (2019). The effects of income on health: new evidence from the Earned Income Tax Credit. *Review of Economics of the Household*, *17*(2), 377–410. https://doi.org/10.1007/s11150-018-9429-x

Leturne Vera, D. A., Choez Muñiz, V. F., Rivera Velasco, J. L., Yela Burgos, R. T., & Herrera Bermeo, A. K. (2024). Incidencia del desarrollo humano en el crecimiento económico del Ecuador: un análisis econométrico. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, *5*(5), 768–785. https://doi.org/10.56712/latam.v5i5.2646

Mackenbach, J., Meerding, W. J., & Kunst, A. (2010). Economic implications of health inequalities in the european union. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *65*(5), 412–419. https://doi.org/10.1136/jech.2010.112680ï

Mair, F. S., & Jani, B. D. (2020). Emerging trends and future research on the role of socioeconomic status in chronic illness and multimorbidity. *The Lancet Public Health*, *5*(3), 128–129. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30001-3

Malo-Serrano, M., & Malo-Corral, N. (2014). *REFORMA DE SALUD EN ECUADOR: NUNCA MÁS EL DERECHO A LA SALUD COMO UN PRIVILEGIO*. *31*(4), 754–761. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36333050022

Malvaez López, A., Álvarez Orozco, M. E., Madin Juárez, B., Jaimes Cortés, D., Gómez Martinez, V., & Salgado Guadarrama, J. (2023). La economía como factor importante para la obtención de servicios de salud en población mexiquense. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, *7*(1), 7751–7760. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.5002

Marmot, M. (2002). The influence of income on health: Views of an epidemiologist. *Health Affairs*, *21*(2), 31–46. https://doi.org/10.1377/hlthaff.21.2.31

Marzouq Alanazi, A., Alhudaithi, M. H., Hassan Asiri, M. A., Saad Alamri, R., Ali Alqarni, S. S., ahmed Alotaibi, R., Saleem alhawiti, N. S., Salem Alqahtani, M. F., Mohammed Asiri, H. S., Mofareh Asiri, M. M., Mirzan Alruwaili, J., & Author, C. (2023). Saudi Arabia. 6 Medical intern, collage of medicine, King Saud bin Abdulaziz University for health sciences. *Journal of Advanced Zoology*, *44*(5), 1072–1080.

Mautong, H., Gallardo-Rumbea, J. A., Alvarado-Villa, G. E., Fernández-Cadena, J. C., Andrade-Molina, D., Orellana-Román, C. E., & Cherrez-Ojeda, I. (2021). Assessment of depression, anxiety and stress levels in the Ecuadorian general population during social isolation due to the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, *21*(1), 1–15. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03214-1

Mayasari, F., & Fahra Mahinshapuri, Y. (2022). PENGARUH INFLASI TERHADAP PERTUMBUHAN EKONOMI DI INDONESIA. *Jurnal Ekonomi & Bisnis*, *7*(2), 119–132.

McKee-Ryan, F. M., Song, Z., Wanberg, C. R., & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, *90*(1), 53–76. https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.1.53

Mendoza-Mestanza, G. V. (2018). Importancia de la calidad de vida y la satisfacción laboral en las condiciones actuales de trabajo. *Revista Científica Arbitrada En Investigaciones de La Salud GESTAR*, *1*(2), 10–24. https://doi.org/10.46296/gt.v1i2.0004

Ministerio de Salud Pública. (2022). *Análisis estadístico de inversión del Gobierno en Salud está publicado*. https://www.salud.gob.ec/analisis-estadistico-de-inversion-del-gobierno-en-salud-esta-publicado/

Miranda Hiriart, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? *Utopía y Praxis Latinoamericana*, *83*(83), 86–95. https://doi.org/10.5281/zenodo.1438570

Montalvo Romero, J. (2020). El trabajo desde la perspectiva de género. *Revista de La Facultad de Derecho*, *49*, 1–19. https://doi.org/10.22187/rfd2020n49a6

Morán-Mariños, C., Alarcon-Ruiz, C. A., & Alva-Diaz, C. (2019). Poverty and its influence on risk and family damage in a district of Lima, Peru: results by sector analysis and Primary Health Care. *Semergen*, *45*(4), 225–231. https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.02.007

Morión Grande, M., Martín-Gómez, M. A., Quereda Castañeda, A., López Jiménez, V., & Cabezas Fernández, T. (2016). Retinopatía necrosante herpética en trasplantado renal con mofetil micofenolato. *Nefrología*, *36*(5), 575–577. https://doi.org/10.1016/j.nefro.2016.05.007

Norström, F., Virtanen, P., Hammarström, A., Gustafsson, P. E., & Janlert, U. (2014). How does unemployment affect self-Assessed health? A systematic review focusing on subgroup effects. *BMC Public Health*, *14*(1), 1. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1310

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud | RESUMEN ANALÍTICO DEL INFORME FINAL Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. https://actionsdg.ctb.ku.edu/wp-content/uploads/SALGADO-Subsanar-las-desigualdades-Resumen-CDSS-2008.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Género y salud.* https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender#:~:text=El%20g%C3%A9nero%20influye%20en%20la,salud%20en%20funci%C3%B3n%20del%20g%C3%A9nero.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Cambio climático*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Presupuesto por Programas de la OPS 2024-2025 por segmento, comparado con el correspondiente al 2022-2023*. https://pbdigital.paho.org/es/2024-2025/presupuesto

Organización Panamericana de la Salud. (2022, September 22). *Salud en las Américas. Perfil de país-Ecuador*. https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-ecuador

Organización Panamericana de la Salud. (2023, October 5). *Cobertura sanitaria universal (CSU)*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)

Orraca, P., Cabrera, F.-J., & Iriarte, G. (2015). The gender wage gap and occupational segregation in the Mexican labour market. *EconoQuantum*, *13*(1), 51. https://doi.org/https://doi.org/10.18381/EQ.V13I1.4871

Padilla, R. C. (2023). La paridad de género como reivindicación impostergable de una salud integral en la democratización del Estado de México, 2015-2021. *RIDE Revista Iberoamericana Para La Investigación y El Desarrollo Educativo*, *14*(1), 1–24. https://doi.org/10.23913/ride.v14i27.1734

Palma, M., Hernández, I., Álvarez-Dardet, C., Gil-González, D., Ruiz, M. T., & Medina, M. (2009). Factores económicos relacionados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud: una revisión bibliográfica. *Revista Panamericana De Salud Pública-Pan American*, *26*(2), 1–12. https://doi.org/10.1590/s1020-49892009000800009

Parreño Herrera, C. A., & Parreño Rivera, M. S. (2024). Influencia de Género en la Brecha Salarial: Estudio del Mercado de Latacunga en los periodos 2010-2020. *Runas. Journal of Education and Culture*, *5*(9), 1–11. https://doi.org/10.46652/runas.v5i9.158

Pérez Álvarez, R. (2024). *Enfermedades infecciosas*. https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/enfermedades-infecciosas

Ponce, P., Loaiza, V., de la Cruz del Rio-Rama, M., & Bollain-Parra, L. (2021). Effect of inequality and economic activity on COVID-19 in Ecuador: An outline of its possible economic, social and demographic determinants. *Contaduria y Administracion*, *65*(5), 1–16. https://doi.org/10.22201/fca.24488410e.2020.3044

Puyol, Á. (2012). Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. *Gaceta Sanitaria*, *26*(2), 178–181. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.08.007

Quevedo, F. (2011). Medidas de tendencia central y dispersión. *Medwave*, *11*(3), 1–6. https://doi.org/10.5867/medwave.2011.03.4934

Quizhpe, E., Sebastian, M. S., Teran, E., & Pulkki-Brännström, A. M. (2020). Socioeconomic inequalities in women's access to health care: Has Ecuadorian

health reform been successful? *International Journal for Equity in Health*, *19*(1). https://doi.org/10.1186/s12939-020-01294-1

Rapaport, J. (2005). *Indicadores de salud.* https://www.dicc.hegoa.ehu.eus/listar/mostrar/124.html

Reeves, A., Basu, S., McKee, M., Meissner, C., & Stuckler, D. (2013). Does investment in the health sector promote or inhibit economic growth? *Globalization and Health*, *9*(43), 1–12. https://doi.org/10.1186/1744-8603-9-43

Rendón-Macías, M. E., Villasís-Keeve, M. Á., & Miranda-Novales, M. (2016). Estadística descriptiva. *Rev Alerg Mex*, *63*(4), 397–407. http://www.revistaalergia.mx

Rey Graña, C., & Ramil Díaz, M. (2007). *Introducción a la Estadística Descriptiva*.

Richardson, E., Fenton, L., Parkinson, J., Pulford, A., Taulbut, M., McCartney, G., & Robinson, M. (2020). The effect of income-based policies on mortality inequalities in Scotland: a modelling study. *The Lancet Public Health*, *5*(3), 150–156. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30011-6

Rios Quituizaca, P., Gatica-Domínguez, G., Nambiar, D., Ferreira Santos, J. L., Brück, S., Vidaletti Ruas, L., & Barros, A. J. D. (2021). National and subnational coverage and inequalities in reproductive, maternal, newborn, child, and sanitary health interventions in Ecuador: a comparative study between 1994 and 2012. *International Journal for Equity in Health*, *20*(1), 1–14. https://doi.org/10.1186/s12939-020-01359-1

Rivera Choque, A. J. (2021). La Educación, factor determinante del nivel de ingresos y calidad de vida en Bolivia. *Revista Con-Sciencias Sociales*, *13*(25), 54–66. https://doi.org/10.35319/consciencias.202125128

Rodriguez-Alvarez, A., & Rodriguez-Gutierrez, C. (2018). The impact of health on wages: evidence for Europe. *The European Journal of Health Economics*, *19*(8), 1173–1187. https://doi.org/10.1007/s10198-018-0966-2

Rojas Vin, S., Cueva Vega, E., Chavez Espinoza, W., & Chavez Espinoza, O. (2023). Factores económicos que inciden en la calidad de vida infantil en los asentamientos humanos del distrito Chachapoyas, Perú. Año 2020. *Población y Desarrollo*, *29*(57), 36–46. https://doi.org/10.18004/pdfce/2076-054x/2023.029.57.036

Rojas-Rueda, D., Morales-Zamora, E., Alsufyani, W. A., Herbst, C. H., AlBalawi, S. M., Alsukait, R., & Alomran, M. (2021). Environmental risk factors and health: An umbrella review of meta-analyses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(2), 1–38. https://doi.org/10.3390/ijerph18020704

Salcedo Flores, J. L., Carbonell Infante, J., & Escudero Vílchez, F. E. (2022). Análisis de la política pública educativa,2019-2021. *Científica Multidisciplinar*, *6*(3), 838–858. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i3.2262

Santoro Lamelas, V. (2021). Model of health and social inequalities in Ecuador: progress and challenges. A systematic review. *Journal of Public Health*, *29*, 775–785. https://doi.org/10.1007/s10389-019-01183-0/Published

Schweitzer, M. (2023). Dinámica de la población y del empleo en el Nordeste Argentino. ¿Nuevos escenarios para la región? *Cuaderno Urbano*, *34*(34), 11–29. https://doi.org/10.30972/crn.34346552

Secretaría Nacional de Planificación. (2024). *El Plan de Desarrollo para el Nuevo Ecuador 2024-2025 apunta a mejorar las condiciones de vida y seguridad integral de los ecuatorianos*. https://www.planificacion.gob.ec/el-plan-de-desarrollo-para-el-nuevo-ecuador-2024-2025-apunta-a-mejorar-las-condiciones-de-vida-y-seguridad-integral-de-los-ecuatorianos/

Shah, S., Abbas, G., Hanif, M., Anees-Ur-Rehman, Zaman, M., Riaz, N., Altaf, A., Hassan, S. U., Saleem, U., & Shah, A. (2019). Increased burden of disease and role of health economics: Asia-pacific region. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, *19*(5), 517–528. https://doi.org/10.1080/14737167.2019.1650643

Sitanggang, E., Aulia, J., Matondang, K. A., & Indriani, R. (2022). The Effect of Inflation on the Rate of Economic Growth. *Asian Journal of Applied Business and Management*, *1*(1), 1–10. https://doi.org/10.55927/ajabm.v1i1.1725

Subramanian, S. V., & Kawachi, I. (2006). Being well and doing well: On the importance of income for health. *International Journal of Social Welfare*, *15*(1), 13. https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2006.00440.x

Thomas-Lange, J., & Ferrer, L. (2020). Determinantes sociales como factores contextuales de la obesidad: construcción de significado y valoración del estado nutricional según nivel socioeconómico. *Revista Chilena de Nutricion*, *47*(6), 983–990. https://doi.org/10.4067/S0717-75182020000600983

Tiwari, S., Cerin, E., Wilsgaard, T., Løvsletten, O., Grimsgaard, S., Hopstock, L. A., Schirmer, H., Rosengren, A., Kristoffersen, K., & Løchen, M. L. (2023). Lifestyle factors as mediators of area-level socioeconomic differentials in mental health and cognitive function: The Tromsø Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *78*(2), 88–97. https://doi.org/10.1136/jech-2023-220928

Tulcanaza-Prieto, A. B., & Morocho-Cayamcela, M. E. (2021). The evolution and takeoff of the ecuadorian economic groups. *Economies*, *9*(4), 1–16. https://doi.org/10.3390/economies9040188

Vancea, M., & Utzet, M. (2017). How unemployment and precarious employment affect the health of young people: A scoping study on social determinants. *Scandinavian Journal of Public Health*, *45*(1), 73–84. https://doi.org/10.1177/1403494816679555

Vara Horna, A. A. (2012). *7 paso para hacer una tesis exitosa desde la idea inicial hasta la sustentación*.

Vélez Álvarez, C., Del Pilar Escobar Potes, M., Eugenia, M., & Merchán, P. (2013). Determinantes sociales de la salud y el trabajo informal Social. *Rev Costarr Salud Pública*, *22*(2), 156–162.

Verra, S. E., Poelman, M. P., Mudd, A. L., de Vet, E., van Rongen, S., de Wit, J., & Kamphuis, C. B. M. (2022). What's important to you? Socioeconomic inequalities in the perceived importance of health compared to other life domains. *BMC Public Health*, *22*(86), 2–10. https://doi.org/10.1186/s12889-022-12508-2

Viera-Molina, G. Y. (2024). Sectores económicos predominantes y su relación en el desarrollo local de Cotopaxi y Tungurahua. *MQRInvestigar*, *8*, 4181–4191. https://doi.org/10.56048/mqr20225.8.2.2024.4181-4191

Weigel, M. M., Armijos, R. X., Racines, M., & Cevallos, W. (2016). Food insecurity is associated with undernutrition but not overnutrition in ecuadorian women from low-income urban neighborhoods. *Journal of Environmental and Public Health*, *20*, 1. https://doi.org/10.1155/2016/8149459

Wu, H. (2023). The Impact of Government Health Expenditure on Economic Growth. *BCP Business & Management EMEHSS*, *49*, 462–475.

Zavgorodniy, K. (2023). ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЕКОНОМІЧНОЇ АКТИВНОСТІ В УМОВАХ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ. *Economic Scope*, *185*, 37–42. https://doi.org/10.32782/2224-6282/185-7

Zurita, G. M., Jiménez, J. A., Caicedo, M. C., & Armas, M. T. (2022). Nivel de conocimiento sobre inmunización en madres, padres y cuidadores que asisten al Centro de Salud Tipo C Lasso, Cotopaxi-Ecuador. *La Ciencia al Servicio de La Salud y Nutrición*, *13*(2), 20–37. https://doi.org/10.47187/cssn.vol13.iss2.197