

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva

Determinación social del consumo de medicamentos en una población adulta en el proyecto de vivienda social Ciudad Bicentenario, en Quito-Ecuador

Mayra Geovanna López Ramírez

Tutor: José Luis Coba Carrión

Quito, 2026

Trabajo almacenado en el Repositorio Institucional UASB-DIGITAL con licencia Creative Commons 4.0 Internacional		
	Reconocimiento de créditos de la obra	
	No comercial	
	Sin obras derivadas	
Para usar esta obra, deben respetarse los términos de esta licencia		

Cláusula de cesión de derecho de publicación

Yo, Mayra Geovanna López Ramírez, autora del trabajo intitulado “Determinación social del consumo de medicamentos en una población adulta en el proyecto de vivienda social Ciudad Bicentenario, en Quito-Ecuador” mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magíster en Epidemiología y Salud Colectiva en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 24 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.
2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

12 de febrero de 2026

Firma:

Resumen

Desde la perspectiva de la epidemiología crítica y la determinación social de la salud, el consumo de medicamentos no es solo un acto individual, sino un reflejo de las condiciones socioeconómicas que generan desigualdades y vulnerabilidades en la comunidad tales como: pobreza, informalidad laboral con bajos ingresos, acceso a la educación y barreras administrativas para acceder a servicios de salud, entre otros. Ciudad Bicentenario nació como un proyecto social impulsado por el Municipio de Quito para ofrecer vivienda asequible a sectores populares desplazados, con un enfoque en urbanismo sostenible y calidad de vida. Sin embargo, su ubicación en la periferia y sus características dificultan la integración social y el acceso a servicios básicos como la salud, afectando la accesibilidad y el uso adecuado de medicamentos. Esta situación está determinada por procesos socioeconómicos, culturales, geográficos y de gestión sanitaria que interactúan con las condiciones históricas y sociales del territorio. Actualmente, la insuficiente gestión institucional y la falta de infraestructura adecuada dificultan la disponibilidad y el acceso a los medicamentos, aumentando el riesgo de usos inapropiados. El frecuente desabastecimiento de medicamentos en las instituciones públicas impone una doble carga a los usuarios, quienes deben acudir a farmacias privadas donde enfrentan altos costos, profundizando la desigualdad social. Por ello, el estudio del consumo de medicamentos resulta altamente importante para visibilizar que procesos de reproducción social determinan la interacción entre condiciones estructurales como la escasez, la marginalidad urbana o las características del sistema de salud. Se configuran así modos y estilos de vida, percepciones y prácticas que muestran la relación entre espacio, economía, cultura, territorio, salud y consumo de medicamentos. Este enfoque crítico cuestiona el modelo biomédico tradicional que limita el consumo de medicamentos a un acto técnico y aislado, ampliando la visión hacia las condiciones sociales que determinan los patrones de consumo, acceso y eficacia terapéutica.

Cualquier intervención transformadora debe tomar en cuenta estas variables para promover un acceso equitativo y un uso racional de medicamentos, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de esta población vulnerable.

Palabras clave: determinación social, segregación social, medicamento, consumo

A Dios, fuente de vida y sabiduría, por iluminar mi camino de bendiciones y darme la fortaleza necesaria para alcanzar este logro en mi formación profesional.

Dedico este trabajo a mi familia —mis padres y hermanos—, por su apoyo incondicional, y compañía, quienes han sido pilar fundamentales en cada uno de mis proyectos y metas. Y, a Firulais, con su fidelidad y alegría me acompaño a lo largo de todo este proceso, convirtiendo cada día en un motivo más para seguir adelante.

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a la Universidad Andina Simón Bolívar y a todos mis profesores, por su formación y constante durante este proceso académico.

De manera particular, reconozco el apoyo de mi tutor, Dr. José Luis Coba Carrión, por su orientación, disposición y generosidad al compartir sus conocimientos los cuales fueron fundamentales para el desarrollo en cada etapa de este trabajo.

Agradezco a la comunidad de Ciudad Bicentenario, escenario clave en esta investigación, que representó un desafío significativo en términos de investigación y desarrollo. La participación y colaboración de sus habitantes mostraron una apertura y colaboración al participar en las encuestas, aportando de manera significativa los objetivos planteados en esta tesis.

Tabla de contenidos

Figuras y tablas	14
Introducción.....	16
Capítulo primero: Enfoque teórico-epistemológico	21
1. Epidemiología crítica	21
1.1. Determinación social de la salud	25
1.2 Reproducción social.....	30
1.3. Dimensión general (G).....	31
1.4. Dimensión particular (P).....	31
1.5. Dimensión singular / individual (I).....	32
2. Modos de vida.....	33
3. Estilos de vida.....	35
4. Procesos críticos	37
5. Interrelación de las dimensiones general, particular e individual.....	38
Capítulo segundo: Salud y medicamentos en el Ecuador.....	40
1. La salud como derecho en el Ecuador	40
2. Sistema Nacional de Salud del Ecuador	43
2.1. Sector público de salud	43
2.2. Niveles de atención en salud.....	44
2.3. Sector privado de Salud	45
3. Mercado farmacéutico ecuatoriano.....	46
3.1. Contexto global y transformación del mercado farmacéutico	47
3.2. Concentración del mercado farmacéutico ecuatoriano	47
3.3. Medicamentos genéricos y medicamentos de marcas comerciales	48
3.4. Dependencia de importaciones y producción nacional.....	49
4. Medicamento y acceso a la salud.....	50

4.1.	Disponibilidad de medicamentos	50
4.2.	Gasto en medicamentos	51
5.	Medicamento desde la epidemiología crítica.....	52
5.1.	Definición de medicamento	53
5.1.1.	Medicamentos bajo receta médica	56
5.1.2.	Medicamentos de venta libre	56
5.2.	Medicalización.....	57
5.3.	Patrones de consumo de medicamentos.....	59
Capítulo tercero: Diseño metodológico		62
1.	Planteamiento del problema.....	62
1.1.	Descripción del problema de estudio y su contexto	62
2.	Diseño metodológico	64
2.1.	Pregunta de investigación general	65
2.2.	Preguntas de investigación específicas	65
3.	Objetivo general.....	65
3.1.	Objetivos específicos	65
4.	Tipo de estudio.....	65
5.	Población y muestra.....	66
5.1.	Definición y caracterización de la población.....	66
5.2.	Diseño muestral	67
6.	Recolección y análisis de la información	68
6.1.	Técnicas e instrumentos de recolección.....	68
6.2.	Diseño de la muestra para el levantamiento de encuesta.....	70
6.3.	Proceso de toma de información.....	70
6.4.	Análisis de la información	71
Capítulo cuarto: Área de estudio y resultados		72

1. Área de estudio “Proyecto de vivienda social Ciudad Bicentenario ubicado en la capital del Ecuador”	72
1.1. Situación socio histórica proyecto de vivienda social “Ciudad Bicentenario”.	72
1.2. Ubicación geográfica	73
1.3. Vías principales y características del acceso vial	75
1.4. Población que habita el proyecto de vivienda social “Ciudad Bicentenario”...	77
2. Resultados descriptivos generales	77
2.1. Caracterización de los modos de vida de los habitantes de Ciudad Bicentenario	78
2.1.1. Configuración de clase, género, etnia y otras condiciones sociales	78
2.2. Descripción de las condiciones de vida (entorno)	87
3. Acceso y uso de servicios de salud	90
4. Consumo de medicamentos	93
Discusión	110
Conclusiones y recomendaciones	115
Lista de referencias	120
Anexos	128
Anexo 1: Carta dictamen argumentada aprobación observacionales y de intervención	128
Anexo 2: Formatos de consentimiento informado	130
Anexo 3: Encuesta semi estructurada de la determinación social del uso de medicamentos	131
Anexo 4: Encuesta a los pobladores de Ciudad Bicentenario.....	134
Anexo 5: Matriz de procesos críticos de la determinación social de la salud en el consumo de medicamentos de una población adulta en Ciudad Bicentenario	136
Anexo 6: Matriz de identificación de técnicas e instrumentos asociados al mapa de procesos críticos.....	140

Figuras y tablas

Figura 1: Determinacion social de la Salud.....	29
Figura 2: Sistema de Salud del Ecuador.....	44
Figura 3: Porcentaje de edad de la población según años	67
Figura 4: Vista geográfica del proyecto de vivienda Ciudad Bicentenario	73
Figura 5: Implantación geográfica del proyecto de vivienda Ciudad Bicentenario	75
Figura 6: Sistema vial del proyecto de vivienda Ciudad Bicentenario.....	76
Figura 7: Condición de actividad presentes en Ciudad Bicentenario.....	82
Figura 8: Actividades comerciales y ocupacionales presentes en Ciudad Bicentenario	83
Figura 9: Oficio y trabajos manuales presentes en Ciudad Bicentenario	83
Figura 10: Profesionales y técnicos presentes en Ciudad Bicentenario	84
Figura 11: Consumo de medicamento en grupos ocupacionales en Ciudad Bicentenario	86
Figura 12: Dashboard del nivel socioeconómico de habitantes de Ciudad Bicentenario	89
Figura 13: Dashboard del acceso y uso de servicios de salud de los habitantes de Ciudad Bicentenario.....	92
Figura 14: Dashboard de condiciones de vida y consumo de medicamentos en Ciudad Bicentenario.....	96
Figura 15: Dashboard de Características del consumo de medicamentos en Ciudad Bicentenario.....	100
Figura 16: Acceso a información sobre tratamientos en Ciudad Bicentenario	102
Figura 17: Confiabilidad en medicamentos en Ciudad Bicentenario	102
Figura 18: Recepción de información sobre uso de medicamentos en Ciudad Bicentenario	103
Figura 19: Fuente de información sobre uso de medicamentos según grupos ocupacionales en Ciudad Bicentenario.....	104
Figura 20: Prevalencia de grupos farmacológicos más consumidos en Ciudad Bicentenario.....	107
Figura 21: Prevalencia de grupos farmacológicos más consumidos por género en Ciudad Bicentenario.....	107

Tabla 1 Dominio y componentes del modelo de Determinación social de la Salud	26
Tabla 2 Comparación de indicadores básicos: Ecuador 2010 vs Datos recientes	42
Tabla 3 Detalle de los niveles de atención existentes en el SNS del Ecuador	45
Tabla 4 Criterios de inclusión y exclusión de la comunidad en el proyecto de vivienda social.....	67
Tabla 5 Técnicas e instrumentos de investigación	68
Tabla 6 Condiciones sociodemográficas asociadas al consumo de medicamentos	79
Tabla 7 Caracterización de las ocupaciones y oficios predominantes.....	81
Tabla 8 Consumo de medicamentos según grupo ocupacional e	85
Tabla 9 Caracterización socio habitacional y de reproducción social,.....	87
Tabla 10 Caracterización y percepción de los servicios.....	90
Tabla 11 Prevalencia del consumo de medicamentos según condiciones.....	93
Tabla 12 Características de consumo de medicamentos en.....	97
Tabla 13 Acceso a información y conocimiento sobre consumo	101
Tabla 14 Fuente de información sobre medicamentos según grupos ocupacionales ...	104
Tabla 15 Prevalencia de grupos farmacológicos	106

Introducción

Desde la perspectiva de la epidemiología crítica y la influencia de los procesos de determinación social de la salud, el uso de medicamentos refleja la relación entre condiciones estructurales que afectan tanto la salud como la enfermedad. El consumo de medicamentos constituye actualmente uno de los fenómenos más complejos dentro del campo de la salud pública y salud colectiva, debido a que involucra dimensiones biológicas, sociales, económicas, políticas y culturales que condicionan las formas en que las personas acceden, utilizan y perciben los tratamientos farmacológicos. Desde la perspectiva de la epidemiología crítica, el medicamento no puede entenderse únicamente como un recurso terapéutico orientado a tratar enfermedades, sino también como un producto social atravesado por relaciones de poder, desigualdades estructurales y dinámicas de mercado que influyen directamente en los procesos de salud-enfermedad-atención. Los autores del trabajo de investigación Consumo de medicamentos y condiciones de vida en un municipio de La Habana, 2018 mencionan:

(..) la venta de medicamentos en el mundo sobrepasa los 380 billones de dólares anuales. Alrededor del 30 % de los recursos de salud son destinados para la industria farmacéutica, a pesar de existir evidencias del uso irracional de los fármacos. Un documento de la Organización Mundial de la Salud referenciado por García Milian señala que el 50 % de los medicamentos que se venden, prescriben, dispensan o consumen se usan de forma inadecuada (29).

En este contexto, el estudio de la determinación social del consumo de medicamentos permite analizar cómo las condiciones de vida, los modos de reproducción social y las inequidades territoriales impactan en las prácticas de consumo farmacológico de las poblaciones.

La presente investigación titulada “Determinación social del consumo de medicamentos en una población adulta en el proyecto de vivienda social Ciudad Bicentenario, en Quito-Ecuador” se desarrolló con el propósito de comprender de qué manera las condiciones sociales, económicas y territoriales influyen en el consumo de medicamentos en una población vulnerable. El estudio parte del reconocimiento de que los procesos de salud y enfermedad no son exclusivamente biológicos ni individuales, sino que responden a dinámicas históricas y sociales que configuran las condiciones materiales y simbólicas de vida de las personas. Bajo esta perspectiva, el consumo de medicamentos se interpreta como una práctica social determinada por procesos

estructurales relacionados con la pobreza, el acceso desigual a servicios de salud, la segregación urbana, la precariedad laboral y las limitaciones en la disponibilidad de medicamentos. La investigación se fundamenta teóricamente en los aportes de la epidemiología crítica planteados por el investigador Dr. Jaime Breilh quien ha desarrollado y analizado exhaustivamente la determinación social de la salud, reproducción social, modos de vida y procesos críticos con el objetivo de ver los problemas desde la mirada de la epidemiológica crítica. Este enfoque cuestiona las interpretaciones reduccionistas de la epidemiología convencional, las cuales tienden a explicar el consumo de medicamentos únicamente desde factores individuales o biomédicos. Por el contrario, la epidemiología crítica propone analizar la salud como un proceso multidimensional e históricamente determinado, donde intervienen relaciones sociales, estructuras económicas y dinámicas políticas que condicionan las oportunidades de bienestar y acceso a recursos sanitarios.

Ciudad Bicentenario, un proyecto de vivienda social orientado a sectores con bajos ingresos, estos procesos se manifiestan claramente: se observa una relación importante entre la caracterización de los modos y estilos de vida, la segregación social de la población y las características específicas del territorio. A esto se suma la ubicación periférica, que dificulta el acceso a servicios sanitarios y genera escasez de medicamentos, aumentando la vulnerabilidad de sus habitantes, constituye un escenario particularmente relevante para el análisis de estas problemáticas. Este proyecto impulsado por el Municipio de Quito, surgió como una estrategia orientada a facilitar el acceso a vivienda a los sectores populares históricamente excluidos. Sin embargo, pese a los objetivos planteados inicialmente, la ubicación periférica ha generado condiciones que dificultan el acceso oportuno a servicios básicos, entre ellos los servicios de salud y el acceso oportuno de medicamentos. Estas características territoriales han contribuido a la configuración de modos y estilos de vida marcados por vulnerabilidades sociales y económicas que impactan directamente en las prácticas de cuidado y consumo farmacológico de sus habitantes.

Desde esta perspectiva, la investigación analiza la interacción entre las dimensiones general, particular e individual de la reproducción social. La dimensión general aborda las estructuras económicas y políticas que organizan el sistema de salud y el mercado farmacéutico; la dimensión particular examina las condiciones de vida de los grupos sociales, incluyendo el trabajo, vivienda, acceso a servicios públicos y dinámicas territoriales; mientras que la dimensión individual se enfoca en los estilos de vida y las

prácticas cotidianas relacionadas con el consumo de medicamentos. La articulación de estas dimensiones permitió comprender cómo las desigualdades sociales se expresan en prácticas concretas de automedicación, acceso limitado a tratamientos y dificultades en el cumplimiento terapéutico.

Metodológicamente, el objetivo principal de esta investigación fue analizar de qué manera el consumo de medicamentos en una población adulta se halla determinado socialmente. La investigación se desarrolló mediante un enfoque descriptivo, observacional y exploratorio, con aprobación previa de un Comité de Ética en Investigación y utilizando herramientas cuantitativas para la recolección y análisis de información, se desarrolló respetando los principios éticos establecidos para estudios en seres humanos, garantizando la confidencialidad, anonimato y participación voluntaria de los participantes. El estudio contó con el aval del Comité de Ética en Investigación, asegurando el cumplimiento de las normativas bioéticas nacionales e internacionales aplicables a investigaciones en salud. Todos los participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio, los procedimientos de recolección de información y el manejo confidencial de los datos, otorgando su consentimiento informado previo a su participación. Utilizando herramientas cuantitativas para la recolección y análisis de información. La muestra estuvo conformada por 290 personas adultas residentes en Ciudad Bicentenario, quienes participaron activamente y fueron seleccionadas de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión definidos, y el tamaño muestral se calculó mediante el software estadístico Epidat 4.2. Cabe destacar que la población de Ciudad Bicentenario tomo este proceso muy en serio llegando a superar la muestra calculada, el número de personas encuestadas llego a 400 encuestados. La información fue obtenida a través de encuesta semiestructurada, contaba con 2 modalidades virtual donde se sociabilizo un código QR y manual para personas daban su consentimiento para ser encuestados y no manejaban la tecnología actual. La encuesta está orientada a identificar características sociodemográficas, condiciones de vida, acceso a servicios de salud, consumo de medicamentos, automedicación y conocimientos relacionados con el uso de medicamentos. El procesamiento y análisis de los datos permitieron identificar patrones de consumo diferenciados según género, acceso a información y condiciones sociales.

El trabajo está estructurado en cuatro capítulos: el primero aborda los fundamentos teóricos que reelaboran el enfoque de la salud colectiva desde una mirada integral y crítica, se destaca la contribución del investigador Jaime Breilh, quien plantea que el proceso salud-enfermedad debe entenderse como un fenómeno social condicionado

por determinantes sociales críticos. En el segundo capítulo se analiza el sistema de salud en Ecuador, el mercado farmacéutico, la disponibilidad de medicamentos y cómo el medicamento se vincula con fenómenos sociales como la medicalización. Mientras que el tercer capítulo describe la formulación del problema, la metodología aplicada y las técnicas utilizadas para la recopilación de datos. El cuarto capítulo presenta un análisis del territorio en estudio, Ciudad Bicentenario, así como los resultados obtenidos tras el procesamiento estadístico de la información. Finalmente, se exponen las conclusiones y recomendaciones derivadas del análisis.

Los resultados obtenidos evidenciaron una elevada prevalencia de consumo y automedicación tanto en hombres como en mujeres, así también una fuerte dependencia a las farmacias privadas para el acceso a medicamentos. Además, se identificaron dificultades importantes relacionadas con el acceso efectivo a tratamientos, cumplimiento terapéutico y disponibilidad de medicamentos prescritos. Se observó también que gran parte de la población obtiene información sobre tratamientos a través de médicos y farmacéuticos, aunque persisten prácticas influenciadas por redes familiares, amistades y medios digitales. Estos hallazgos reflejan la manera en que las condiciones estructurales y territoriales condicionan las prácticas de salud y consumo farmacológico. Asimismo, el estudio permitió visibilizar cómo las desigualdades de género atraviesan las prácticas de consumo de medicamentos. Las mujeres presentaron mayor participación en el consumo de antibióticos y vitaminas, mientras que los hombres mostraron un predominio en el uso de analgésicos y antihipertensivos. Estas diferencias evidencian la influencia de los roles sociales, laborales y culturales en las formas de percibir la enfermedad, buscar atención y utilizar medicamentos.

Finalmente, se busca contribuir al fortalecimiento de una mirada crítica sobre el consumo de medicamentos en contextos de vulnerabilidad social, resaltando la necesidad de diseñar políticas públicas integrales orientadas a garantizar el acceso equitativo a servicios de salud y promover el uso racional de medicamentos. Comprender el consumo farmacológico desde la determinación social permite trascender explicaciones individualizantes y reconocer que las prácticas de salud están profundamente condicionadas por las desigualdades estructurales, territoriales y económicas que configuran la vida cotidiana de las poblaciones. Desde esta perspectiva, la investigación aporta elementos para el debate académico y para la construcción de estrategias de intervención orientadas a reducir inequidades y fortalecer la salud colectiva en comunidades urbanas vulnerables como Ciudad Bicentenario.

Capítulo primero

Enfoque teórico-epistemológico

Este capítulo presenta los fundamentos teóricos y epistemológicos de la investigación desde la epidemiología crítica, que concibe la salud como un proceso social y multidimensional. A partir de los aportes del investigador Jaime Breilh y otros autores de la salud colectiva, se desarrolla la determinación social de la salud y las dimensiones de la reproducción social, con el fin de analizar cómo las estructuras sociales, las condiciones de vida y las relaciones de poder influyen en el bienestar de las poblaciones.

1. Epidemiología crítica

La conceptualización del proceso salud-enfermedad desde la perspectiva de la epidemiología crítica latinoamericana se fundamenta en la comprensión de que la salud es un fenómeno social profundamente influenciado por procesos críticos de determinación social. Esta mirada, impulsada por el investigador Jaime Breilh, propone un análisis que trasciende las explicaciones biomédicas tradicionales, adentrándose en las complejidades socio históricas que configuran las condiciones de vida y en la construcción de la Salud colectiva de las poblaciones (Hennig 2022, 4).

La epidemiología crítica se distingue por su enfoque en la reproducción social del proceso salud-enfermedad, fundamentada en el paradigma del realismo dialéctico. En contraposición a la epidemiología convencional, se adhiere al modelo clásico y positivista; Se ocupa de la ocurrencia y distribución de factores de riesgo, utilizando métodos tanto cuantitativos como cualitativos, y prioriza estudios descriptivos y analíticos centrados en el estudio y la gestión de dichos factores y en la relación causa efecto (Torres Andrade 2019, 33-4).

La epidemiología crítica se enfoca en la salud como un proceso que sucede en las sociedades y en los individuos, su enfoque deductivo relaciona las determinaciones socioeconómicas dentro de un grupo social. En contraste, la epidemiología convencional se limita al análisis de la ocurrencia y distribución de factores patológicos. Según el aporte del epidemiólogo Luis Jorge Hernández, el término “poblacional” se refiere a una visión unidimensional, mientras que “colectivo” implica un grupo humano inserto en un contexto sociohistórico. En este sentido, las condiciones socioeconómicas son consideradas determinantes en la epidemiología crítica para explicar la aparición de

patologías, mientras que, en la epidemiología convencional, son vistas como riesgos adicionales (Torres Andrade 2019, 33-4).

La epidemiología crítica no solo analiza y comprende las desigualdades en salud, sino también integra la determinación social de la salud y las dinámicas de poder que afectan a las poblaciones. Esta distinción enfatiza el concepto de reproducción social, a diferencia de la epidemiología convencional, que tiende a centrarse en los determinantes sociales como factores aislados (Paredes-Hernández 2020, 8-9). Promueve una comprensión más profunda sobre cómo las condiciones socioeconómicas, culturales y políticas interactúan de manera compleja, ya que plantea que las desigualdades en salud son el resultado de factores de riesgo, que están arraigadas en estructuras sociales y relaciones de poder (Paredes-Hernández 2020). Se define a la Epidemiología crítica como:

Conjunto de condiciones, ideas y prácticas que conforman un movimiento social e históricamente determinado, que llevan a afecto los seres humanos, sea como grupos cohesionados alrededor de intereses estratégicos de su inserción estructural, formación cultura y de género, para desentrañar las raíces socio- ambientales de los problemas de salud que genera y reproduce la acumulación, para pensar sobre estas en un sentido crítico [...] (Breilh 2020,70-72).

Breilh invita a reconsiderar el conocimiento y la práctica epidemiológica desde una perspectiva más inclusiva y crítica como se señala a continuación:

El paradigma de la epidemiología crítica trabaja, en la construcción popular-académica de una sociedad centrada en la vida, la equidad y la plena bioseguridad (socio-biocéntrica), mediante una investigación intercultural, interdisciplinaria y basada en la comunidad, que busca alimentar un proceso de reforma crítica, cuyo eje estratégico es el apoyo desde la ciencia epidemiológica a la defensa de los derechos. (Breilh 2013, 23)

Cabe recalcar que la epidemiología crítica es una propuesta ontoepistemológica que busca entender la salud no solo como un fenómeno biológico, sino como un proceso complejo, multidimensional y social profundamente influenciado por estructuras de poder, desigualdades sociales, territoriales, culturales y contextos históricos (Breilh 2010, 88). El académico ecuatoriano Jaime Breilh, ha desarrollado aportes fundamentales sobre la epidemiología crítica, distinguiéndola de la epidemiología convencional, integrando las dimensiones ontológicas y epistemológicas del conocimiento, proponiendo una perspectiva que se distancia de los enfoques tradicionales. Esta mirada no concibe a una salud fragmentada y dividida, sino como un proceso complejo entrelazando en diversas

disciplinas como filosofía, sociología, política, economía, cultura, territorio y educación (88-9).

Desde esta perspectiva, comprender las desigualdades en la salud a partir de un enfoque integral que reconoce diversas experiencias y saberes, en un mundo cada vez más globalizado, donde los discursos hegemónicos pueden perpetuar desigualdades. La epidemiología crítica promueve un conocimiento reduccionista e invita a cuestionar verdades establecidas además de participar activamente en la construcción de un pensamiento crítico (95). De este modo, se plantea una forma de hacer epidemiología que trasciende el análisis exclusivo de indicadores cuantitativos, incorporando las realidades vividas por las comunidades y los procesos sociales que inciden en la producción de la enfermedad. Así, la epidemiología crítica contribuye a la construcción de una salud colectiva orientada hacia la equidad y la justicia social (Carrera-Lasfuentes et al. 2013).

La epidemiología crítica propone un conjunto de categorías para analizar la salud colectiva como un proceso complejo con interrelaciones socios históricos. La relación entre los seres humanos y la naturaleza entendiendo como un metabolismo socio ambiental, que influye tanto en las condiciones de vida de las poblaciones y en el equilibrio de los ecosistemas (Palacios Espinoza 2018, 28). Desde esta perspectiva, la salud deja de entenderse como un proceso dinámico y transformador relacionada estrechamente con contextos históricos y sociales específicos. Breilh, plantea un concepto de la salud sustentado en una mirada ontoepistémica, se orienta a un conocimiento relacional que articula a la naturaleza del ser, con las interacciones complejas entre individuos y colectivos (Breilh 2010, 84).

El reconocer que coexistimos en un entorno caracterizado por la diversidad de sabores y experiencias, esta complejidad permite visualizar las ataduras ontológicas y epistémicas que operan dentro de las matrices del saber, ser y poder (Quijano, 2000), en este sentido, el enfoque desafía narrativas hegemónicas que limitan tanto la investigación como a los investigadores, al privilegiar enfoques cualitativos orientados a intervenciones verticales y descontextualizadas (Coba 2022).

Un elemento clave de la epidemiología crítica es la relevancia que otorga a la intersubjetividad, entendida como el proceso mediante el cual las experiencias humanas se configuran en el marco de relaciones sociales y culturales. Esta mirada crítica desafía narrativas hegemónicas al incluir voces, experiencias y saberes históricamente marginados (Breilh 2010, 98; Coba 2022). En este sentido, se plantea una transformación del enfoque clásico de la salud pública, al desplazar la atención exclusiva de los factores

de riesgo individuales hacia un análisis más profundo de las determinaciones sociales que inciden en los procesos de salud y enfermedad de las poblaciones. Esta ruptura paradigmática permite comprender la salud colectiva desde una mirada más integral, crítica y contextualizada (Zuliani Arango 2010, 355-6).

Una mirada crítica busca comprender el análisis de la salud mediante las determinantes que dan forma a las desigualdades en múltiples dimensiones, reconoce que los factores sociales afectan a la salud estas pueden ser abordadas en distintos niveles: general o estructural, particular o comunitario, y singular o individual (Paredes-Hernández 2020, 10-1). En este marco, destaca la estrecha relacionante la reproducción social de la salud y las prácticas de atención sanitaria, subrayando el papel determinante que cumplen las dinámicas sociales y económicas que juegan un papel crucial en el bienestar de las poblaciones (Breilh 2010, 88).

No se limita a describir la distribución de las enfermedades; este enfoque se orienta en la comprensión de los procesos que las originan y sostienen, analizando las condiciones sociales, históricas y estructurales que influyen en los procesos de la reproducción social que los sustentan, así se analizan las estructuras sociales y desigualdades que impactan en la salud además de las formas de organización que inciden directamente en los perfiles de salud en las poblaciones (Breilh 2021, 150). Desde esta perspectiva, no solo se plantea la necesidad de proponer transformaciones en el ámbito político y educativo, también se compromete con la identificación y cuestionamiento de las diferentes condiciones sociales que generan inequidades, reconoce que las condiciones de vida, el acceso a recursos y las estructuras de poder son fundamentales para entender las disparidades en salud entre distintos grupos sociales (Breilh 2010, 83-4).

Esta transformación incluye un análisis profundo de fenómenos como la pobreza, el acceso a servicios de salud y el impacto de las políticas públicas, comenzando por reconocer que la salud individual y la salud colectiva están estrechamente interrelacionadas. En este sentido, se enfatiza la importancia de la determinación social y las relaciones de poder, para entender la salud en un marco más amplio, e impulsar cambios sustantivos orientados a enfrentar las inequidades, entendidas como desigualdades en el acceso a recursos y oportunidades que afectan negativamente el bienestar. Así, la epidemiología crítica se consolida una herramienta clave para la construcción de un sistema de salud más equitativo, al proponer una transformación de

las estructuras que perpetúan las desigualdades en salud, al promover el bienestar colectivo de las comunidades (Breilh 2021, 150-1).

Este enfoque enmarca la discusión sobre la determinación social de la salud, considerando la noción del metabolismo sociedad-naturaleza como un proceso simultáneamente social y natural. En esta línea, autores como Breilh (2010a y 2011) y Ary et al. (2010), promueven una perspectiva socio-biocéntrica que reconoce la interdependencia entre los procesos sociales y los sistemas naturales (Palacios Espinoza 2018, 49).

1.1. Determinación social de la salud

La determinación social de la salud constituye uno de los ejes centrales de la epidemiología crítica latinoamericana, al cuestionar los enfoques tradicionales que explican la salud exclusivamente desde lo biológico o individual. Pensadores como Jaime Breilh, Germán Velásquez y Nancy Krieger, sostienen que los procesos de salud y enfermedad son el resultado de procesos complejos sociales, y están vinculadas a las condiciones económicas, políticas y culturales que caracterizan a cada sociedad. A diferencia de los modelos clásicos que tienden a fragmentar la realidad en factores aislados, este enfoque propone una lectura de la interconexión entre las condiciones de vida, el acceso a recursos y las relaciones de poder como elementos fundamentales en la configuración del bienestar colectivo (Cardona Arias 2016, 2-3).

Este paradigma permite la comprensión de la salud, como un fenómeno complejo y depende de procesos socio históricos. Impulsado por autores como Julio Frenk y Vicente Navarro, quienes plantean que la salud no puede entenderse como un fenómeno aislado, sino como el resultado de interacciones multifacéticas que atraviesan diversas dimensiones. En este sentido, busca comprender a la salud como una base para la acción colectiva orientada a enfrentar las inequidades y promover procesos de justicia social (Breilh 2013).

El proceso de determinación social de la salud también reconoce su carácter dinámico además de complejo no solo por su naturaleza multidimensional, sino también porque involucra simultáneamente subprocesos saludables o protectores como subprocesos malsanos o destructivos. Este movimiento se manifiesta de manera paralela en las tres dimensiones (General/Particular/Individual). La determinación social de la salud se analiza a través de diversas perspectivas y paradigmas, destacando la coexistencia entre las ciencias sociales y la medicina, así como la necesidad de un enfoque

crítico que ilumine los procesos insalubres que afectan a la salud de comunidades enteras (Breilh 2014, citado en Torres Jerves 2019, 43).

Desde esta óptica, el proceso salud-enfermedad se estudia como un fenómeno socialmente y históricamente determinado, donde diversos componentes interrelacionan en los tres dominios:

Tabla 1

Dominio y componentes del modelo de Determinación social de la Salud

Dominio	Componentes
Global /General	Corresponde al plano de análisis de los modos de vida, centrado en la lógica que determina los procesos generales y estructurales. Este nivel integra las dimensiones política, económica, cultural y ambiental, e incorpora el examen de las formas de producción y consumo, así como del papel que desempeña el Estado en su configuración
Particular	Analiza las dimensiones que configuran las condiciones de vida, tales como los patrones de trabajo y consumo de bienes y servicios, los procesos de construcción y reproducción de valores culturales e identitarios, la cosmovisión y los perfiles de subjetividad, las formas de organización colectiva orientadas al bienestar común, así como las relaciones con el entorno y el disfrute del ambiente
Singular	Este plano se centra en el abordaje de los estilos de vida, entendidos como expresiones que se manifiestan tanto en el fenotipo como en el genotipo. Comprende el itinerario personal característico, los patrones individuales y familiares de consumo, las concepciones y valores que orientan la vida personal y familiar, la capacidad de organizar acciones en resguardo de la salud, así como el recorrido ecológico propio del individuo y su núcleo familiar

Fuente: Cardona Arias (2016)

Elaboración propia

La epidemiología crítica analiza las distintas formas de movimiento en relación con los dominios de la determinación social —general, particular e individual (G/P/I)— y examina las relaciones dialécticas que permiten comprender cómo se producen y articulan dichos movimientos (Breilh 2021). La determinación social implica un proceso dialéctico complejo donde se manifiestan expresiones tanto saludables y protectoras como malsanas y destructivas. Este fenómeno se desarrolla de manera interconectada con las diversas dimensiones de la reproducción social: en un nivel general (G), relacionado con políticas y culturas hegemónicas; a nivel particular (P), involucra la reproducción de clases sociales, influenciada por relaciones de género y etnoculturales, y a un nivel individual (I), abarcando estilos de vida y rutinas cotidianas. En cada una de estas dimensiones se establecen relaciones entre el metabolismo de la sociedad y la naturaleza (Breilh 2021).

Un principio central de esta perspectiva sostiene que las circunstancias sociales y materiales en las que las personas nacen, se desarrollan, transitan su vida cotidiana, trabajan y envejecen resultan determinantes para comprender las desigualdades en salud. Elementos como la falta de educación, el acceso limitado a alimentos nutritivos y la exposición a condiciones ambientales adversas agravan esta realidad (Breilh 2021, 132-3). El autor define a la determinación social de la salud de la siguiente manera: “El proceso de determinación social de la salud es complejo no solamente por su naturaleza multidimensional, sino además porque la dinamicidad de su proceso de condicionamiento de la salud abarca el movimiento contradictorio tanto de subprocesos concretos saludables o protectores como de subprocesos concretos malsanos, perniciosos, destructivos” (131).

Hay que recalcar que las políticas públicas y las decisiones económicas influyen en la salud de las comunidades, por este motivo hacen que la determinación social de la salud un proceso complejo, dialéctico, multidimensional y se define como “un potente recurso de interpretación dialéctica del movimiento de la vida social y de la relación no determinista sino dialéctica que éste genera, produciendo encarnaciones o embodiments en la naturaleza, en colectivos y personas de distintos tipos, unas encarnaciones saludables, vitales y otras malsanas, degradantes” (Breilh 1977, 2003, 2010, 2021).

La noción de determinación excede el enfoque causal clásico, ya que los acontecimientos no se entienden únicamente como efectos directos de una relación causa–efecto, sino como procesos que se transforman y evolucionan en interacción con dicha relación. Desde esta perspectiva, el razonamiento sobre la determinación, enmarcado en los procesos de reproducción social, contribuye a configurar las condiciones bajo las cuales los fenómenos, eventos y procesos vinculados a la salud se producen y se expresan de formas específicas. Es así, que el proceso se abre a la posibilidad de establecer formas de relación basadas en la interacción, interdependencia y retroalimentación dinámica entre las personas, sociedad y naturaleza (Allan Künzle 2021,5-6).

Hace posible analizar cómo los procesos de reproducción social se expresan en los estilos de vida de los grupos sociales y en sus modos de interacción con la naturaleza. De acuerdo con Breilh (2010c), estas interacciones presentan una serie de rasgos fundamentales:

1. Multidimensionalidad: abarca espacio “macro” y “micro”;
2. Carácter contradictorio: coexistencia entre las estructuras de reproducción social y los procesos de generación, así como la tensión permanente entre dinámicas protectoras y perjudiciales en todas las dimensiones analizadas
3. Jerarquía y conexión: relación entre niveles que combina procesos de subordinación (“subsunción”) con márgenes de autonomía relativa
4. Identidad: presencia simultánea de elementos comunes que configuran unidad colectiva y expresiones diversas que reflejan diferencias internas
5. Sistema: funcionamiento dinámico que alterna entre configuraciones abiertas e irregulares y otras más cerradas y regulares

Las relaciones sociales influyen de manera directa en las condiciones del saber, ser y poder, convirtiéndose en un eje central para el análisis crítico de los procesos que configuran la salud. Desde este análisis, la epidemiología crítica sostiene que el acceso a la salud y a los recursos sanitarios se encuentra marcado por profundas desigualdades. Por ejemplo, los grupos dominantes inciden en la formulación de políticas públicas orientadas a proteger sus propios intereses (matriz de saber). En este contexto los sectores dominantes reflejan cómo inciden en la formulación de políticas públicas y representación en el sistema de salud (matriz de poder), mientras que otros permanecen históricamente excluidos (matriz de ser). Comprender estas dinámicas; permite que el análisis crítico adopte una postura hegemónica y empiece otro proceso el de empoderamiento tanto del individuo como comunitario (Coba 2022).

La propuesta de Jaime Breilh en cuanto a la determinación social representa un cambio paradigmático en la forma de comprender y abordar la salud pública. Al reconocer la influencia de los procesos sociales en la producción de la salud y la enfermedad, se abren nuevas oportunidades para diseñar estrategias más efectivas y justas, especialmente orientadas a poblaciones en situación de vulnerabilidad (Breilh 2021).

En este sentido es vital entender, a la salud no como una perspectiva biomédica, a su vez comprender que es un proceso dinámico en constante evolución moldeado en relaciones sociales, históricas y políticas, es por ello que la salud no se encuentra en estado estático, sino una permanente transformación influenciada por múltiples determinantes sociales que van cambiando a lo largo del tiempo. La epidemiología crítica se propone en analizar estas dinámicas históricas para comprender por qué determinadas comunidades enfrentan mayores dificultades en términos de salud. Estas transformaciones son el

resultado de decisiones estructurales que reproducen inequidades, muchas de ellas vinculadas a políticas públicas influenciadas a intereses económicos y sociales, es posible identificar raíces permite avanzar hacia propuestas de transformación orientadas a reducir las brechas en salud y a construir respuestas más equitativas (Breilh 2010).

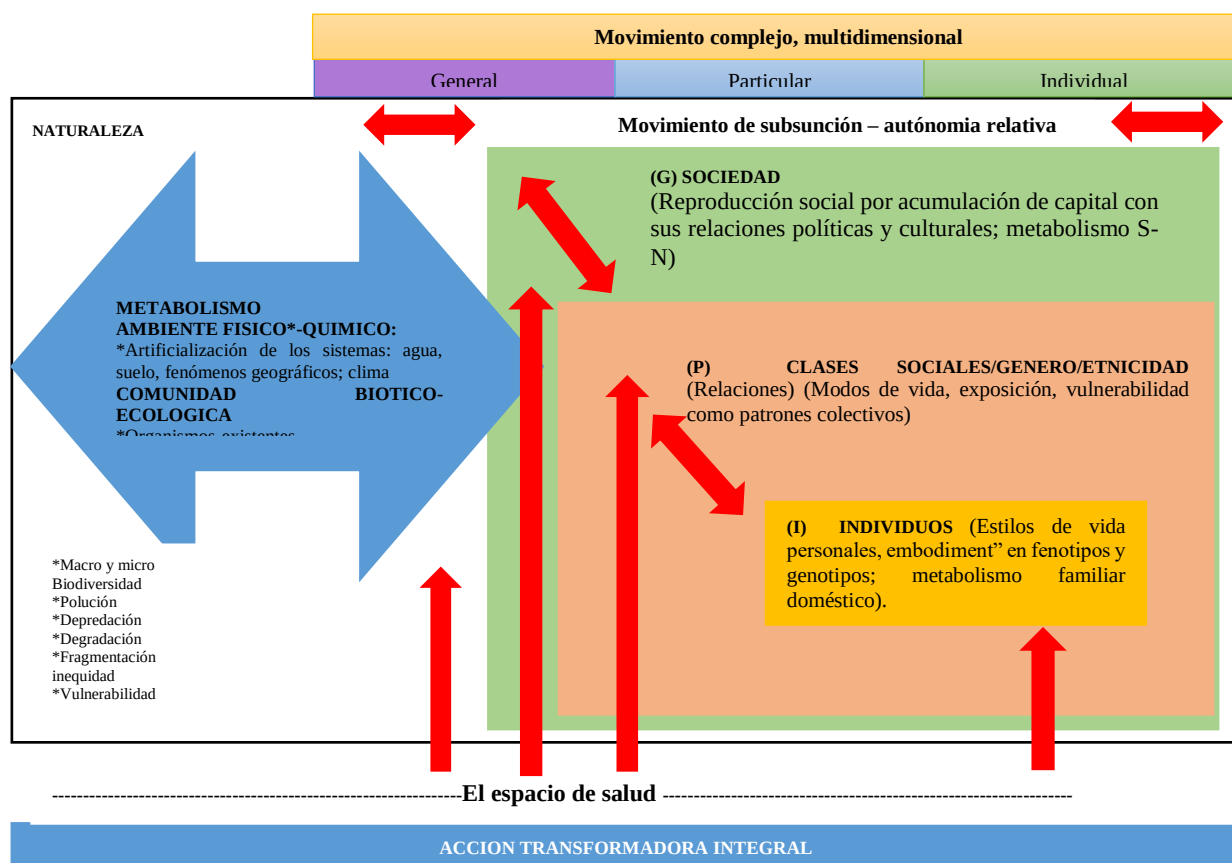


Figura 1: Determinación social de la Salud

Fuente: Breilh (2021)

La salud se manifiesta en el marco de los procesos de “reproducción social”, los cuales generan condiciones específicas que influyen en su desarrollo y configuran una relación dialéctica entre los distintos componentes de la vida social (Allan Künzle 2021,6), esto invita a repensar la salud pública desde una mirada crítica y social, reconociendo que la salud es un proceso interrelacionado que no se limita a lo biológico. Este enfoque resulta posible diseñar e implementar políticas orientadas a reducir las inequidades y a mejorar las condiciones de salud de las poblaciones, al considerar de manera integral los factores sociales que inciden en el bienestar colectivo (Breilh 2021, 150).

1.2 Reproducción social

Breilh (2010) plantea la reproducción social como una categoría central para organizar y comprender el estudio de los factores que influyen en la calidad de vida de las colectividades, entender las condiciones de salud de una población requiere examinar cómo se sostienen y reproducen las estructuras sociales y económicas que inciden en su bienestar. Del mismo modo, la salud y la enfermedad no se entienden como fenómenos aislados, sino como realidades profundamente atravesadas por relaciones de poder que se manifiestan en distintos ámbitos de la vida social, incluyendo los modos y estilos de vida, así como las relaciones de producción y las estructuras que ordenan la organización social. Analizar estas dimensiones implica reflexionar sobre la forma cómo se entrelazan las estructuras sociales, culturales y económicas que condicionan la vida cotidiana de los seres humanos. Las desigualdades derivadas de estas relaciones productivas inciden de manera directa en el bienestar y la salud de las poblaciones, lo que vuelve indispensable analizar cómo tales inequidades se sostienen y se reproducen en diferentes contextos históricos y territoriales (Soliz Torres 2020, 1).

Desde otra aproximación, la reproducción social puede entenderse como el proceso mediante el cual la producción y distribución de la vida en una sociedad determinada, se examina cómo las estructuras sociales, dinámicas de poder y experiencias concretas se configuran determinados patrones de salud y enfermedad en una sociedad (Breilh 2021, 192). Este concepto también permite entender cómo los actores sociales construyen y recrean su mundo cotidiano a través de sus prácticas, interacciones y saberes, explorando aportes teóricos de la fenomenología y etnometodología resultan relevantes para analizar cómo se configura el tejido social en la vida diaria y como este influye en los procesos de la salud colectiva (Rizzo 2012) al considerar la reproducción social desde esta perspectiva, se abre un camino hacia una comprensión del tejido social que sostiene nuestras comunidades y se evidencia por el académico.

Breilh (2021) donde afirma “La reproducción social se refiere a los procesos mediante los cuales las estructuras sociales y las relaciones de poder se mantienen a lo largo del tiempo. Es un proceso complejo del metabolismo sociedad-naturaleza, dialéctico donde se desenvuelve en tres dimensiones, que se desarrolla simultáneamente y están interconectadas” (194). La reproducción social opera en tres dominios interdependientes que determinan la vida y la salud, con dinámicas de complejidad diferenciada. Esta relación dialéctica de subsunción no elimina la autonomía relativa de los procesos individuales (Breilh 2023, 192).

1.3. Dimensión general (G)

Se encuentra la superestructura, la cual se refiere a la estructura económica, social y política que incluye todos los procesos relacionados con el funcionamiento actual de la sociedad capitalista, al estar vinculada a la lógica de acumulación, ya que produce una realidad de iniquidad y de condicionamientos que sostienen a las estructuras hegemónicas, es decir, estamos experimentando una rápida acumulación de capital lo que significa que cada vez más riqueza y poder se concentran en un número reducido de personas o empresas. Esto se traduce en una explotación creciente de los recursos naturales y en la pérdida de derechos para muchas personas (Breilh 2015 citado en Allan Künzle 2021,8), estas realidades subsumen a otras dimensiones menos amplias y complejas, estableciendo modos y estilos de vida en donde se incluyen diversos escenarios como la salud; entendida como un modelo de acumulación económica, de relaciones de poder y de dominación por parte de un paradigma autolegitimado como científico (Breilh 2013, 144). Un ejemplo claro de dimensión general es en lugar de que un gran número de personas tenga acceso a la riqueza generada por sus esfuerzos, cada vez más recursos se agrupan en manos de unos pocos dueños de grandes corporaciones.

1.4. Dimensión particular (P)

Los modos de vida se analizan e identifican las formas en que las opresiones relacionadas con clase, género, etnia y raza afectan los modos de vida de diferentes grupos y clases sociales, identifica cómo éstas impactan en las condiciones de trabajo, consumo, espacio, territorio, vivienda y más (Breilh 2010 citado en Allan Künzle 2021,8). Se identifican aspectos clave como:

- a) Condiciones grupales del trabajo: alude a la ubicación que ocupa el grupo dentro del sistema productivo, así como a las características y dinámicas de sus prácticas de trabajo.
- b) Calidad y disfrute de bienes de consumo: comprende las formas de acceso a bienes y servicios, los patrones de consumo y las posibilidades de movilidad que caracterizan al grupo.
- c) Capacidad del grupo para crear y mantener valores culturales e identidad: se refiere a la aptitud del grupo para producir y sostener valores culturales, fortalecer su identidad, organizarse y desarrollar acciones colectivas orientadas al bienestar de sus integrantes.

- d) **Relaciones ecológicas del grupo:** Interactúa con su entorno natural como ambiental.

Los modos de vida son el resultado de relaciones complejas, donde cada movimiento histórico implica una interacción dialéctica. Por lo tanto, el concepto de “colectivo” en la epidemiología crítica es muy diferente del enfoque más limitado que suele utilizarse en la epidemiología convencional, donde se considera simplemente la suma de problemas o situaciones individuales, estos diferentes aspectos de los modos de vida ayudan a entender por qué ciertos grupos sociales están más expuestos a riesgos y vulnerabilidades (Allan Künzle 2021,8).

1.5. Dimensión singular / individual (I)

Esta dimensión se centra en el individuo o estilos de vida dentro del contexto social al que pertenece. Además, considera el estilo de vida individual y familiar, así como sus rutinas diarias, se analizan expresiones corporales, psicológicas y espirituales, además de las características biológicas y genéticas del individuo. Todas estas dimensiones se desarrollan en medio de un proceso dialéctico con una autonomía relativa (Breilh 2021, 194).

Los principales aspectos del estilo de vida individual también pueden verse como espacios donde se ejerce el libre albedrío personal. Estos aspectos incluyen cinco áreas clave en las que se generan procesos de reproducción social (Breilh 2013):

- a) **Itinerario típico personal durante la jornada laboral:** Esto se refiere a cómo una persona organiza su tiempo y actividades en el trabajo.
- b) **Patrón familiar y personal de consumo:** abarcan las decisiones cotidianas vinculadas a la alimentación, el descanso, las condiciones de vivienda, el acceso a servicios y la participación en actividades recreativas.
- c) **Concepciones y valores personales:** Se refiere a las creencias y principios que guían a una persona en su vida diaria.
- d) **Capacidad individual para la acción en salud:** se refiere a la aptitud de la persona para identificar riesgos, tomar decisiones y organizar prácticas orientadas a la protección y el cuidado de su salud.
- e) **Itinerario ecológico personal:** Se refiere a cómo una persona interactúa con su entorno natural.

En este ámbito, las relaciones y prácticas sociales se reflejan en los estilos de vida, que incluyen el trabajo, la producción cultural y los aspectos simbólicos e ideológicos

(García 2020). Todo esto muestra cómo la vida diaria del individuo está conectada con factores sociales más amplios y cómo sus decisiones contribuyen a su bienestar general (Allan Künzle 2021,8-11). La comprensión de los procesos que configuran estas dimensiones permite abordar la salud como un fenómeno complejo, condicionado por las estructuras sociales. Este enfoque subraya la necesidad de analizar no solo los factores individuales, sino también las dinámicas sociales que inciden en el bienestar colectivo.

2. Modos de vida

Los modos de vida constituyen un marco analítico que permite comprender las formas en que las personas interactúan con su entorno y las desigualdades que atraviesan a los distintos grupos sociales. Este enfoque pone el acento en las prácticas cotidianas, los hábitos y las condiciones que configuran la experiencia de vida de individuos y comunidades, examinando su articulación con los contextos socioeconómicos, políticos y culturales en los que se inscriben (Breilh 2013, 21). El estudio de los modos de vida adquiere un papel central, ya que permite identificar como estas dinámicas influyen en los procesos de salud y enfermedad, explora cómo estos modos de vida pueden orientar acciones dirigidas a la construcción de una salud colectiva equitativa y sostenible. Diversos autores han abordado esta definición desde distintas perspectivas teóricas y metodológicas, lo que han enriquecido su análisis y contribuyen a la comprensión del tema, Almeida-Filho (2000) define a los modos de vida en su libro “La Ciencia Tímida” como:

una categoría teórica esencial que “no implica meramente las conductas individuales ante la salud, sino que va más allá, incluyendo las dimensiones sociohistóricas, englobando la dinámica de las clases sociales y las relaciones sociales de producción, siempre considerando los aspectos de la vida cotidiana en la sociedad” (174).

El término “modos de vida” comenzó a popularizarse en la década de 1990 cuando diversos autores en América Latina, lo incorporaron para examinar los procesos de salud y enfermedad en contextos socioeconómicos específicos (Polo Almeida 2016, 3). Esta noción se amplía al integrar el concepto al enriquecer elementos como la raza, género y clase social, consideradas fundamentales para comprender como se configuran los procesos de salud en los distintos grupos sociales. Dichos elementos influyen directamente en las condiciones de vida y trabajo y determinan los niveles de exposición a riesgos a los que se ven sometidas los diferentes grupos sociales (Polo Almeida 2016,12-3).

Los autores latinoamericanos destacan la necesidad de analizar los modos de vida como una vía para visibilizar y cuestionar las relaciones patriarcales y coloniales que han

contribuido históricamente a la reproducción de desigualdades (Polo Almeida 2016,4). Esta perspectiva invita a una reflexión crítica sobre la interacción de estos componentes y su impacto en la salud colectiva, promoviendo la construcción de propuesta más justa, equitativa y sostenible en el ámbito de la salud pública. A partir de esta perspectiva, los modos de vida son definidos de acuerdo a las ideologías de Breilh (2010) quien menciona: “Los modos de vida dependen de su movimiento histórico, viabilidad, avances y retrocesos que determinan el sistema de acumulación económica que se haya impuesto en la ciudad; aunque los integrantes de una clase social pueden generar proceso de ruptura aprovechando del margen de autonomía relativa, espacios y fisuras que deja siempre la estructura de poder” (103).

Estos procesos son fundamentales en la epidemiología crítica, ya que ofrecen una perspectiva integral sobre cómo las condiciones sociales influyen en la salud colectiva, al considerar aspectos como la reproducción social y principios para modos de vida saludables, se puede desarrollar una comprensión más profunda de las inequidades en salud. Esto lleva a reflexionar sobre cómo las condiciones sociales, económicas y culturales afectan el bienestar de las personas (Polo Almeida 2016, 13). En este sentido, los “modos de vida” hacen referencia a la manera que las personas y las comunidades organizan su vida diaria, incorporando hábitos, costumbres, prácticas culturales, relaciones sociales y actividades económicas, contemplan aspectos fundamentales como alimentación, vivienda, trabajo, educación, tiempo libre e interacciones sociales. Al no ser estáticos, los modos de vida se transforman a largo tiempo como resultado son dinámicos y sufren transformaciones sociales, tecnológicas y económicas (Breilh 2010, 3-4).

Estas formas de vida se manifiestan en distintas dimensiones, la alimentación es un elemento esencial ya que refleja tanto elecciones individuales como tradiciones culturales sin olvidar las condiciones económicas. En los contextos rurales, puede basarse en productos locales o de temporada, mientras que en los espacios urbanos predomina el consumo de alimentos procesados o importados. Otro componente es la vivienda representa un factor crucial; pues sus características como tipo y ubicación geográfica inciden directamente en la calidad de vida de las personas. En muchas sociedades, la vivienda no solo proporciona refugio, sino que también simboliza estatus social y económico; las diferencias en el acceso a una vivienda digna reflejan desigualdades profundas. El trabajo y la educación son interrelacionados e influyen en los modos de

vida. Las oportunidades laborales y el acceso a la educación impactan las aspiraciones y el desarrollo personal de los individuos (3-4).

Además, factores como la cultura juegan un papel fundamental; las creencias, valores y tradiciones moldean las prácticas cotidianas. Por ejemplo, el respeto por la naturaleza puede fomentar estilos de vida más sostenibles, mientras que en otras culturas puede prevalecer el consumismo. La economía es un determinante; el nivel de ingresos y acceso a recursos afecta a las decisiones sobre consumo, vivienda y educación. La pobreza puede obligar a las personas a adoptar modos de vida que priorizan la supervivencia sobre el bienestar a largo plazo. Finalmente, el entorno geográfico y político influye significativamente en los modos de vida. Las políticas públicas, infraestructura y servicios sanitarios disponibles pueden facilitar o restringir opciones vitales, por ejemplo, en áreas urbanas con buena infraestructura de transporte, las personas pueden acceder a una variedad de empleos y servicios; mientras que, en áreas rurales, la falta de acceso puede limitar oportunidades (3-4).

3. Estilos de vida

El concepto de “estilo de vida” se refiere a la forma en que las personas deciden vivir, abarcando sus hábitos, actitudes y valores. Según el sociólogo Pierre Bourdieu, los estilos de vida son una manifestación del “habitus”, un conjunto de disposiciones formadas a lo largo de la vida, y moldeadas por componentes sociales, económicos y culturales. Esta perspectiva sugiere que los estilos de vida no son simples elecciones personales, sino que están profundamente integrados en el contexto social y cultural de cada individuo (Polo Almeida 2016, 13-4). El investigador Breilh describe a los estilos de vida como una categoría que articula las condiciones materiales e ideológicas que influyen en la salud de las poblaciones; estos estilos se expresan en las decisiones, prácticas que individuos y colectivos adoptan en su vida cotidiana (Breilh 2010, 1-2).

En un mundo global cada vez más interconectado, entender los estilos de vida resulta fundamentalmente abordar problemáticas relacionadas con la salud, el bienestar y sostenibilidad (Breilh 2013, 21-3). Estos estilos comprenden prácticas vinculadas a la alimentación, actividad física, consumo de sustancias, relaciones sociales y organización del tiempo; elementos que influyen de manera significativa en la salud física y mental (24-5). La incorporación de prácticas de vida saludables, tales como una alimentación equilibrada, la actividad física regular y la disminución del consumo de sustancias nocivas, se relaciona con mejores condiciones de salud y con una menor prevalencia de

enfermedades crónicas. En contraste, los estilos de vida poco saludables caracterizados por inactividad física, mala alimentación y estrés pueden contribuir al desarrollo de enfermedades como obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares (Polo Almeida 2016, 13-4).

Es importante reconocer que los estilos de vida no permanecen invariables; por lo contrario, evolucionan con el tiempo como respuesta a los cambios en el entorno social, económico y tecnológico. Actualmente el desarrollo acelerado de la tecnología digital ha transformado las formas de comunicación, trabajo y vínculo social, impactando a los estilos de vida directamente en sus prácticas cotidianas. El uso creciente de dispositivos electrónicos, inteligencia artificial y redes sociales han favorecido en muchos casos llevado a un aumento del sedentarismo y reconfiguración en las dinámicas familiares. Otro episodio importante fue la pandemia de COVID-19 profundizó la aceleración de estos cambios como el trabajo remoto y la educación en línea, poniendo en evidencia la flexibilidad en la formación de estilos de vida contemporáneos (Polo Almeida 2016, 17-8).

Las relaciones sociales cumplen un papel central en la configuración de los estilos de vida, dado que la calidad de los vínculos y de las interacciones sociales incide directamente en el bienestar emocional y mental. En contextos donde predomina el individualismo, es más frecuente la vivencia de soledad y aislamiento; en cambio, en entornos con mayor cohesión comunitaria, el apoyo social opera como un factor protector frente al estrés y la ansiedad (Breilh 2010, 1-2). Algunas variables intervienen en la conformación de los estilos de vida. La cultura constituye uno de los determinantes más influyentes; ya que los valores y creencias compartidas moldean las prácticas diarias. Un ejemplo, la conciencia ambiental es un estilo de vida más responsable y sostenible. La economía también es crucial ya que condicionan la posibilidad de elección; el nivel de ingresos influye en las decisiones sobre consumo, educación y el acceso a bienes básicos.

En algunos casos las personas se ven obligadas a adoptar estilos que priorizan la subsistencia sobre el bienestar a largo plazo. Además, el entorno geográfico y político también resulta determinante, pues las políticas públicas influyen las políticas públicas, infraestructura y los servicios disponibles pueden ampliar o limitar las opciones de vida saludable (Breilh 2013, 24-5). La epidemiología crítica subraya la necesidad de considerar los determinantes sociales al analizar los estilos de vida. Promover hábitos saludables no depende únicamente de las decisiones individuales. Al contrario, requiere enfrentar las inequidades sociales y fomentar estilos sostenibles puede contribuir a la

equidad social y mejorar la calidad de vida sostenible, sirviendo como un vehículo para la transformación social orientado hacia un futuro más justo y saludable (Breilh 2010, 1-2).

4. Procesos críticos

En el marco de la epidemiología crítica, el “proceso crítico” se entiende como una transformación compleja y multidimensional influenciada por factores sociales, que inciden tanto en la salud de las personas como en los ecosistemas, a nivel individual y colectivo. Este proceso se desarrolla en contexto social específico, donde las relaciones de clase, género y etnicidad adquieren un papel fundamental en la configuración de las condiciones de vida y salud. A través de dinámicas de subsunción, los cambios que se generan a niveles generales, particulares e individuales pueden tener impactos positivos o negativos en determinadas comunidades. Por lo tanto, resulta fundamental que las organizaciones sociales y los profesionales de la salud trabajen de manera articulada para promover aspectos protectores y mitigar aquellos que resultan negativos, a partir de la comprensión de la determinación social y de sus diferentes manifestaciones (Breilh 2020 citado en Allan Künzle 2021,11).

Desde esta perspectiva, la epidemiología urbana propone analizar las interconexiones entre tres dimensiones fundamentales: espacio, geografía y ecología urbana. El espacio constituye la categoría más amplia y engloba a la geografía urbana, entendida como procesos naturales transformados históricamente por la acción urbana, así como infraestructuras vinculadas a la producción, consumo y la organización de la vida en las ciudades. La ecología urbana examina las interacciones entre especies en este contexto y su relación con componentes orgánicos e inorgánicos. La salud humana como los ecosistemas integran procesos biológicos determinados socialmente. Para abordar esta complejidad desde una perspectiva dialéctica, es necesario equilibrar las relaciones entre lo social y lo biológico.

Desde los años 70, se ha explorado el principio dialéctico sostiene que “la historia de la naturaleza y la historia de los seres humanos se condicionan mutuamente”, reconociendo así una historicidad en los procesos biológicos urbanos. La relación entre lo biológico y lo social no es meramente externa, sino que se sostiene en un vínculo interno fundamental que emerge del proceso de subsunción. Desde la biología contemporánea se reconoce una unidad dinámica entre el ambiente, el fenotipo y el

genotipo, en la cual la determinación social ejerce una influencia jerárquica sobre dichos procesos (Breilh 2010, 86-7).

La relevancia de los procesos críticos está determinada por la problemática que aborda la investigación y por los sujetos que participan en ella. Según Breilh, estos procesos no se limitan únicamente a reflejar las dinámicas biofisiológicas finales, como sugiere la perspectiva biomedicalizada de la salud. En realidad, son multidimensionales y abarcan todas las dimensiones de la reproducción social. Esto implica que no se restringen a describir los movimientos relacionados con los estilos de vida individuales ni a sus procesos biofisiopatológicos. Los procesos críticos se generan en tres niveles: en la dimensión individual, a partir de cada persona; en la dimensión particular, a partir de grupos o clases sociales; y en la dimensión general, desde el modelo societario.

Cualquier proceso desarrollado en una de estas dimensiones puede influir en los procesos de otras dimensiones, ya sea por subsunción o por autonomía relativa. Cada persona, desarrolla numerosos procesos según su estilo de vida, que están subsumidos en procesos relacionados con su clase social, género, etnia, y territorio. Estos procesos también están determinados por los “distintos grados de autonomía relativa que posee el individuo en cada contexto”. De manera similar, los procesos colectivos de grupos o clases sociales están vinculados a sus modos de vida específicos, lo que incluye sus relaciones con el poder, los medios de producción y consumo. Estos procesos particulares también están subsumidos dentro de los procesos generales del modelo societario (Breilh 2010, 86-7).

5. Interrelación de las dimensiones general, particular e individual

Las tres dimensiones de la reproducción social interactúan de manera compleja, coexistiendo en diferentes contextos. Estas dimensiones configuran modos y estilos de vida, así como condiciones de salud, desde donde la epidemiología crítica puede surgir con perfiles epidemiológicos que denuncian los procesos desiguales e inequitativos que generan las condiciones de salud - enfermedad en los distintos grupos sociales. No se trata de una causalidad lineal, sino de un entramado de procesos interrelacionados. Por ejemplo, una persona de bajos recursos (dimensión general) que vive en un barrio marginal con contaminación ambiental (dimensión particular) y lleva un estilo de vida poco saludable por falta de opciones (dimensión individual) tendrá un perfil epidemiológico muy diferente al de alguien de clase alta que reside en un entorno seguro

y saludable. Sin embargo, estas condiciones no existen en un vacío interpretativo; están interconectadas con otros procesos macro que las determinan (Coba Carrión 2022).

La reproducción social es una categoría que permite comprender cómo las estructuras sociales, las dinámicas de poder y las experiencias concretas se combinan para producir patrones de salud y enfermedad, así como dinámicas de consumo, y uso del espacio. Llevar a cabo un análisis crítico de la forma en que estos procesos inciden en cada una de estas dimensiones resulta esencial para identificar las desigualdades existentes y promover cambios significativos. Comprender como la interrelación entre las dimensiones general, particular e individual, permiten analizar de una manera más profunda cómo se produce la reproducción social en un territorio determinado y las condiciones que influyen en ella. Además, es esencial para distinguir entre lo auspicioso o lo nocivo, así como identificar si se trata de un escenario deteriorante o protector. Estas dimensiones no operan de manera aislada; se influyen mutuamente en un proceso dinámico. La salud y el bienestar no son solo cuestiones individuales, sino realidades profundamente sociales que requieren un enfoque integral, complejo, intercultural, transdisciplinario y multidimensional (Coba Carrión 2022).

Capítulo segundo

Salud y medicamentos en el Ecuador

El presente capítulo analiza el sistema de salud del Ecuador y el papel de los medicamentos dentro de la salud colectiva. Se examina la organización del sistema de salud público y privado, sus niveles de atención y las principales desigualdades que limitan el acceso oportuno a servicios y tratamientos médicos. Asimismo, se aborda la disponibilidad y el gasto en medicamentos, evidenciando las dificultades que enfrentan muchos sectores de la población para acceder a fármacos esenciales. Presenta una reseña histórica de los medicamentos y su evolución hasta la consolidación de la industria farmacéutica moderna. También desarrolla el concepto de medicamento desde perspectivas biomédicas, legales y sociales, incorporando el enfoque de la epidemiología crítica, que entiende al medicamento como un producto influenciado por factores económicos, políticos y culturales. Finalmente, se analizan fenómenos como la medicalización y los patrones de consumo de medicamentos, destacando cómo las desigualdades sociales, el mercado farmacéutico influyen en las prácticas de salud y en el acceso equitativo a tratamientos.

1. La salud como derecho en el Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador de 2008 marcó un cambio trascendental al reconocer a la salud como un derecho fundamental garantizado por el Estado. En el artículo 32 se establece que *“la salud es un derecho que garantiza el Estado”*, el cual debe regirse por principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad y eficiencia. Este nuevo enfoque constitucional implicó el fortalecimiento de la rectoría estatal y la ampliación de la cobertura sanitaria en el país. El sistema de salud ecuatoriano constituye una estructura compleja integrada por instituciones públicas y privadas orientadas a garantizar el derecho a la salud de la población, este marco constitucional fortaleció el papel regulador del Estado mediante instituciones como el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA). No obstante, el acceso, calidad y distribución de los servicios sanitarios continúan presentando profundas desigualdades sociales y territoriales, las cuales repercuten directamente en las formas de enfermar, atenderse y consumir medicamentos.

En este contexto, el acceso a medicamentos constituye un componente esencial del derecho humano a la salud, reconocido en el ordenamiento jurídico ecuatoriano como un derecho de carácter universal y gratuito. La Constitución vigente también reconoce la responsabilidad del Estado en garantizar el acceso a medicamentos. El artículo 363, numeral 7, establece que el Estado debe: *“Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales”*¹. Asimismo, el derecho a la salud se articula con otros derechos fundamentales, entre ellos el acceso al agua potable, a una alimentación adecuada y educación, elementos esenciales para el bienestar integral de la población.

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud ordena al Ministerio de Salud Pública ejecutar medidas que “garanticen la disponibilidad de medicamentos esenciales, promoverá la producción nacional y garantizará el uso de productos genéricos” (EC 2014, art. 28). Por su parte dispone que el Estado debe “garantizar a la población el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad a bajo costo”, estableciendo la gratuidad del tratamiento para enfermedades como VIH/SIDA, hepatitis, tuberculosis y malaria (EC 2006, art. 9, let. f). El artículo 154 de la misma ley reafirma que “prevalecerán los intereses de la salud pública sobre los económicos y comerciales” en la regulación de los establecimientos autorizados para el expendio de medicamentos (EC 2006, art. 154 citado en Acosta Tamayo 2020, 55).

En Ecuador, la Corte Constitucional ha desarrollado esta doctrina en la Sentencia N.º 679-18-JP/20, reconociendo el derecho al acceso a medicamentos que no constan en el Cuadro Básico para personas con “enfermedades catastróficas, enfermedades de alta complejidad y otras de baja prevalencia”, siempre que “se compruebe que no sea posible aplicar las alternativas terapéuticas disponibles en el cuadro básico de medicamentos” (EC Corte Constitucional del Ecuador 2020, párr. 149–150). La Corte enfatiza que “el punto determinante no es únicamente que exista el medicamento, sino que es necesario pensar en la familia, en los efectos secundarios que puede producir un medicamento, y que repercusiones puede tener en ese paciente” (párr. 332). Esta sentencia revela que la simples disponibilidad no garantiza el derecho: la aceptabilidad clínica y el monitoreo de

¹ Ecuador, Constitución de la República del Ecuador, art. 363, número 7

efectos adversos son tan cruciales como la existencia del fármaco (Acosta Tamayo 2020, 55).

Tabla 2

Comparación de indicadores básicos: Ecuador 2010 vs Datos recientes

Indicador	2010	Último dato disponible
Población total	14.204.900	18,6 millones (2025)
Esperanza de vida al nacer	75 años	77,6 años (2024)
Tasa de mortalidad general	4,35 por mil habitantes	4,9 por mil habitantes (2023)
Tasa de mortalidad infantil	11,4 por mil nacidos vivos	9,7 por mil nacidos vivos (2023)
Razón de mortalidad materna	80 por 100.000 nacidos vivos	35,6 por 100.000 nacidos vivos (2023)
Cobertura BCG	99 %	superior al 90 % (MSP-OPS, variaciones anuales)
Población con seguridad social	4.036.300	aproximadamente 7 millones de afiliados y beneficiarios (IESS)
Gasto total en salud (% PIB)	5,9 %	6,5 % (2023)
Gasto per cápita en salud	USD 474	USD 492,8 (2022)
Gasto público en salud (% PIB)	3,9 % aproximado	4,68 % (2023)

Fuente: INEC 2024; Lucio, Villacrés, y Henríquez 2011
Elaboración propia

La comparación entre datos del año 2010 y los indicadores más recientes muestra que Ecuador ha experimentado avances importantes en salud pública, evidenciados por el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la mortalidad infantil y materna. Asimismo, se observa una mayor inversión en salud y una ampliación de la cobertura de servicios sanitarios. En la actualidad, el Ministerio de Salud Pública continúa siendo el principal proveedor de servicios sanitarios del Ecuador y constituye el eje central de la Red Pública Integral de Salud. En el año 2010, se estimaba que cubría aproximadamente al 51 % de la población (Lucio, Villacrés, y Henríquez 2011, 5-6), los avances en la organización del Sistema Nacional de Salud han permitido ampliar la cobertura de los servicios esenciales hasta alrededor del 70 %.

No obstante, persisten importantes desafíos relacionados con la calidad de la atención, las brechas territoriales, la disponibilidad de recursos humanos y medicamentos, así como la sostenibilidad financiera del sistema. Aunque se han registrado progresos

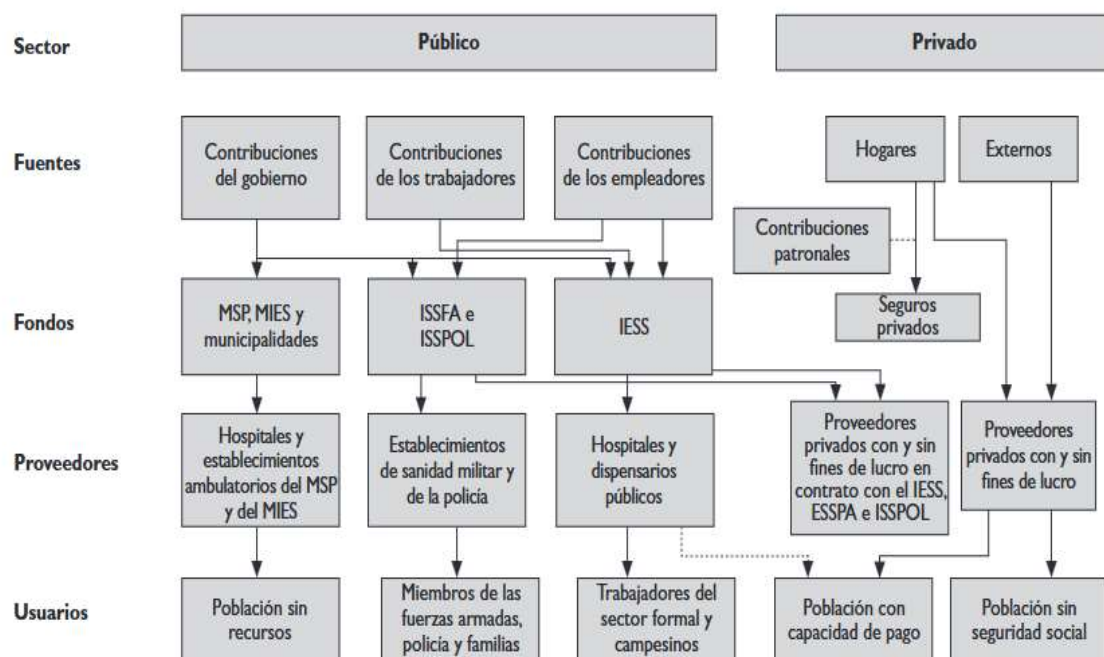
significativos en la expansión de la cobertura sanitaria, el acceso universal, oportuno y equitativo a los servicios de salud continúa siendo una meta en proceso de consolidación en el Ecuador, estos aspectos constituyen retos fundamentales para garantizar una atención sanitaria equitativa y de calidad para toda la población ecuatoriana.

2. Sistema Nacional de Salud del Ecuador

El sistema nacional de salud del Ecuador está conformado por un conjunto de instituciones, políticas, recursos y actores orientados a garantizar la atención sanitaria de la población. El sistema de salud ecuatoriano se encuentra conformado por una estructura mixta integrada por instituciones públicas y privadas que participan en la atención médica, distribución de medicamentos y prestación de servicios sanitarios. Dentro de este contexto, el mercado farmacéutico ha adquirido una importancia estratégica debido a su influencia económica, tecnológica y social sobre las dinámicas contemporáneas de salud y enfermedad (Cartuche Velepucha 2015, 46-7).

2.1. Sector público de salud

El sector público de salud constituye el principal mecanismo estatal orientado a garantizar atención sanitaria a la población ecuatoriana. Está conformado por el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de los gobiernos municipales y las instituciones de seguridad social, entre ellas el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL). El MSP tiene la responsabilidad de garantizar la atención en salud a la población en general, mientras que el MIES y los gobiernos locales desarrollan programas y servicios orientados principalmente a personas no afiliadas a la seguridad social. Por su parte, las instituciones de seguridad social brindan cobertura a la población trabajadora afiliada (Lucio, Villacrés, y Henríquez 2011, 5-6). El Ministerio de Salud Pública ejerce la rectoría del sistema sanitario y es responsable de formular políticas, regular servicios y garantizar el acceso universal a la salud.



MSP: Ministerio de Salud Pública
 MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social
 ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
 ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
 IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Figura 2: Sistema de Salud del Ecuador
 Fuente: Lucio, Villacrés, y Henríquez (2011)

Sin embargo, el crecimiento poblacional y el aumento de la demanda sanitaria han generado importantes limitaciones estructurales relacionadas con infraestructura hospitalaria, disponibilidad de especialistas y abastecimiento farmacológico. En muchos casos, la escasez de medicamentos y las dificultades de acceso oportuno a consultas médicas provocan que la población recurra al mercado privado farmacéutico (Cartuche Velepucha 2015, 46-7).

2.2. Niveles de atención en salud

Actualmente, el MSP dispone de 2180 establecimientos de salud pública los cuales están distribuidos en distintas regiones del país con el propósito de garantizar cobertura médica a la población. La organización de estos servicios se estructura en diferentes niveles de atención, diseñados para responder progresivamente a las necesidades sanitarias de acuerdo con el grado de complejidad de cada caso. Bajo este modelo, el estado ecuatoriano asume el financiamiento de la atención médica y de los servicios básicos de salud ofrecidos a la ciudadanía, permitiendo que la población acceda

gratuitamente a prestaciones sanitarias dentro de la red pública (Ministerio de Salud Pública 2012, 85 citado en Torres Riascos 2018, 46 párr. 4).

Según el Manual del modelo de atención integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), la prestación de servicios se organiza en tres niveles de complejidad, según su capacidad resolutive y complejidad (EC Ministerio de salud pública 2012).

Tabla 3
Detalle de los niveles de atención existentes en el SNS del Ecuador

I Nivel de atención	Corresponde al nivel más cercano a la comunidad y constituye la puerta de entrada al sistema sanitario, incluye centros y subcentros de salud enfocados en promoción, prevención y atención básica y brinda atención a una población de entre 2000 y 10 000 habitantes
II Nivel de atención	Comprende hospitales básicos y generales que ofrecen servicios ambulatorios especializados y prestaciones que requieren hospitalización, incluyendo modalidades como la cirugía ambulatoria. Corresponde a establecimientos de salud que atienden a una población asignada de entre 10 000 y 25 000 habitantes, y que brindan acciones de “promoción, prevención, recuperación de la salud y cuidados paliativos a través de medicina general, odontología y enfermería”. Asimismo, pueden disponer de servicios de apoyo diagnóstico, como laboratorio clínico e imagenología básica, de manera opcional audiometría y farmacia institucional (MCDS 2019).
III Nivel de atención	Está conformado por hospitalarios especializados y está orientado a una población asignada de entre 25 000 y 50 000 habitantes. Estos establecimientos desarrollan acciones de promoción, prevención, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos, mediante la prestación de servicios de medicina general y especialidades básicas como ginecología y pediatría, además de odontología, psicología y enfermería. Así mismo, disponen de maternidad de corta estancia y atención de emergencias, junto con servicios auxiliares de apoyo diagnóstico, que incluyen laboratorio clínico e imagenología básica, y de manera opcional audiometría y farmacia institucional.
IV Nivel de atención	Concentra la experimentación clínica pre registro o de procedimientos cuya evidencia no es suficiente para instaurarlos en la población sus establecimientos están autorizados por la Red Pública Interinstitucional de Salud.

Fuente: Esquivel García 2023

Elaboración propia

2.3. Sector privado de Salud

Ecuador ha experimentado un importante crecimiento del sector privado de salud en las últimas décadas debido al incremento de la demanda médica, la expansión urbana y limitaciones estructurales del sistema público (Cartuche Velepucha 2015, 46-7). Conformado por entidades como hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios,

farmacias y empresas de medicina prepagada, así como organizaciones no lucrativas que también contribuyen a la atención sanitaria, alrededor del 3 % de la población corresponde principalmente a sectores de ingresos medios y altos, dispone de seguros privados o planes de medicina prepagada. Se estima la existencia de aproximadamente 10 000 consultorios médicos privados concentrados en las principales ciudades del país, donde la atención suele financiarse mediante pagos directos por parte de los usuarios (Cañarfes, Ribadeneira, Fuentes, y Abi-hanna 2015, 194-5).

Las instituciones privadas suelen contar con infraestructura moderna, disponibilidad tecnológica y menor tiempo de espera; sin embargo, el acceso a estos servicios depende fundamentalmente de la capacidad económica de la población. Esta situación produce procesos de segmentación sanitaria donde sectores con mayores ingresos acceden a tratamientos especializados y medicamentos de alto costo, mientras grupos económicamente vulnerables dependen exclusivamente del sistema público (Esquivel García 2023, 28-9). La expansión de cadenas farmacéuticas también ha fortalecido la comercialización masiva de medicamentos. Debido a que el medicamento ya no representa únicamente un recurso terapéutico y se convierte en un producto económico sometido a dinámicas comerciales y estrategias de mercado. La publicidad farmacéutica, las promociones comerciales y la facilidad de acceso a medicamentos han favorecido el incremento del consumo farmacológico y prácticas de medicalización social (29).

3. Mercado farmacéutico ecuatoriano

La industria farmacéutica representa uno de los sectores económicos más poderosos y rentables a nivel global, ocupando el tercer lugar en la economía mundial, apenas por debajo de la industria de armamento y del narcotráfico (Gotzsche 2014, 11 citado en Acosta Tamayo 2020, 72-4). En Ecuador, el mercado farmacéutico forma parte de una estructura compleja en la que convergen intereses sanitarios, económicos y comerciales, es fundamental analizar las dinámicas de concentración empresarial, es decir, cómo opera la industria tanto en el contexto nacional como mundial, identificando las estructuras de concentración de mercado, la dependencia de importaciones y las estrategias que priorizan intereses comerciales sobre la salud pública (Cartuche Velepucha, 2015).

3.1. Contexto global y transformación del mercado farmacéutico

Durante las últimas décadas, el crecimiento del mercado farmacéutico ha transformado profundamente las prácticas contemporáneas relacionadas con la salud, la enfermedad y el consumo terapéutico. La expansión acelerada de farmacias, cadenas farmacéuticas, publicidad médica y disponibilidad de medicamentos ha contribuido al incremento sostenido del consumo farmacológico a nivel mundial. Este fenómeno no solo responde a necesidades clínicas reales, sino también a dinámicas económicas, comerciales y culturales que influyen directamente en las formas de atención y tratamiento dentro de la sociedad actual. Cartuche Velepucha (2015) sostiene que las empresas buscan constantemente posicionarse en mercados altamente competitivos mediante estrategias de diferenciación, calidad y satisfacción del cliente (37).

En consecuencia, los medicamentos no solo cumplen una función terapéutica, sino que también se insertan en dinámicas económicas que influyen en su producción, distribución y consumo, que impactan directamente sobre las condiciones de salud colectiva y la permanencia de pequeños actores dentro del sistema sanitario (Cartuche Velepucha 2015, 17-20).

3.2. Concentración del mercado farmacéutico ecuatoriano

El mercado farmacéutico ecuatoriano presenta elevados niveles de concentración empresarial. Un reducido grupo de empresas controla gran parte de la distribución y comercialización de medicamentos, configurando una estructura oligopólica que limita la competencia y condiciona el acceso a determinados productos. El gasto en medicamentos per cápita asciende a aproximadamente 18 dólares anuales, cifra significativamente inferior a otros países latinoamericanos como Argentina (93.4 dólares) o Costa Rica (30.6 dólares), esta discrepancia no es solamente estadística: refleja la capacidad diferencial de acceso a terapias que salvan vidas (Acosta Tamayo 2020, 72-4).

Más alarmante aún es la distribución desigual del gasto en salud: los hogares del decil más pobre destinan alrededor del 40% de sus ingresos al gasto privado en salud, mientras que los del decil más rico apenas asignan el 6.4%. De estos porcentajes, el gasto en medicamentos representa el 54.3%, lo que significa que las familias más vulnerables destinan más de la mitad de su presupuesto de salud exclusivamente a comprar medicamentos (Acosta Tamayo 2020, 72-4).

Según Acosta Tamayo (2020), cinco empresas concentran más del 61.3% del negocio de distribución farmacéutica nacional, mientras que diez laboratorios más

grandes controlan una parte importante del 37% del mercado nacional (72-4). Entre los grupos empresariales más influyentes destacan Difare, Fybeca, Farmaenlace, Quifatex y Leterago, organizaciones que en gran parte trabajan en la distribución, comercialización y acceso a medicamentos a nivel nacional (Reascos 2023, 1932-4). Esta concentración ha vulnerado sistemáticamente a la población rural y periférica, que no solo enfrenta barreras económicas sino también barreras de distancia y disponibilidad física.

Este escenario de concentración y desigualdad se agudizó durante y después de la pandemia de COVID-19, cuando el sector farmacéutico experimentó un notable crecimiento económico impulsado principalmente por el aumento en la demanda de medicamentos, productos sanitarios, suplementos y tratamientos preventivos. La crisis sanitaria modificó significativamente los hábitos de consumo de la población, incrementando la adquisición de productos farmacológicos tanto bajo prescripción médica como mediante automedicación. En este escenario, el medicamento deja de representar exclusivamente un recurso terapéutico destinado al tratamiento de enfermedades para convertirse también en un producto de consumo masivo (Cartuche Velepucha 2015, 35).

3.3. Medicamentos genéricos y medicamentos de marcas comerciales

La promoción de medicamentos genéricos ha permitido ampliar la cobertura sanitaria y reducir el gasto de bolsillo de la población. No obstante, el mercado continúa dominado por medicamentos de marca. Acosta Tamayo (2020) señala que el únicamente el bajo porcentaje de medicamentos genéricos en el mercado —el 13.1% de los aproximadamente 13,000 medicamentos comercializados en el país— constituye un factor limitante de accesibilidad. Además, el diferencial de precios entre medicamentos genéricos y de marca alcanza el 166.64%, lo que significa que los medicamentos de marca cuestan más del doble que sus equivalentes genéricos (72-4). Lo que constituye una barrera económica para numerosos hogares.

De acuerdo con el estudio "Acceso a medicamentos y situación del mercado farmacéutico en Ecuador" (2014), aproximadamente el 69.6% de los medicamentos dispensados corresponden a marcas comerciales y únicamente el 30.4% a medicamentos genéricos. Sin embargo, el 93.15% de las ventas en farmacias privadas pertenecen a medicamentos de marca y solo el 6.85% a genéricos, reflejando la persistencia de patrones de consumo influenciados por estrategias comerciales y posicionamiento empresarial. Esto evidencia que, aunque existen políticas públicas destinadas a fomentar el uso de

genéricos, el mercado continúa dominado por productos comerciales de mayor costo (Ortiz-Prado et al. 2014, 57).

3.4. Dependencia de importaciones y producción nacional

A pesar que Ecuador posee laboratorios nacionales, gran parte de los medicamentos comercializados provienen de compañías extranjeras, lo que incrementa la dependencia tecnológica y económica del país. Además, la industria farmacéutica internacional mantiene una importante influencia sobre los mecanismos de comercialización, distribución y publicidad de medicamentos. Esta dependencia genera una diferencia estructural entre países que cuentan con empresas que fabrican medicamentos y países que únicamente son compradores. Los países importadores pagan precios más altos debido a los costos de intermediación, mientras que los países con industria nacional tienen mayor capacidad de negociación, control de precios y seguridad de abastecimiento (Acosta Tamayo 2020, 72-4).

Paralelamente, la salud comienza a ser entendida progresivamente como un bien de consumo y no únicamente como un derecho integral vinculado con las condiciones de vida de las personas. Bajo esta lógica, lo que la población consume no depende exclusivamente de necesidades clínicas, sino también de procesos económicos, políticos, regulatorios y comerciales que determinan qué medicamentos ingresan al mercado, cómo se distribuyen, cuáles son sus precios y bajo qué estrategias de promoción se ofertan a la población. Esto permite comprender que la denominada "demanda de medicamentos" no surge únicamente de problemas de salud, sino que también es construida social y comercialmente mediante mecanismos de publicidad, posicionamiento empresarial y medicalización de la vida cotidiana (Reascos 2023, 1932-4).

Actualmente, las empresas farmacéuticas utilizan campañas publicitarias altamente sofisticadas que presentan a los medicamentos como soluciones rápidas, eficaces e inmediatas frente a múltiples malestares físicos, emocionales y cotidianos. A través de redes sociales, plataformas digitales, aplicaciones móviles y estrategias de marketing farmacéutico, se promueve constantemente la idea de que todo síntoma requiere una intervención farmacológica inmediata. Como consecuencia, muchas personas adquieren medicamentos influenciadas por anuncios publicitarios, recomendaciones personales y digitales además de contenido difundido en redes sociales, asociando determinados productos con bienestar, rendimiento laboral, tranquilidad emocional y calidad de vida (Reascos 2023, 1932-4).

Este fenómeno ha contribuido al aumento progresivo de prácticas de automedicación y consumo irracional de medicamentos, especialmente en contextos donde existen dificultades de acceso oportuno al sistema público de salud. La facilidad para adquirir medicamentos sin suficiente supervisión profesional, sumada a la sobreinformación digital y las estrategias comerciales del mercado farmacéutico, ha generado nuevas formas de dependencia terapéutica y medicalización social (Cartuche Velepucha 2015, 17-20).

4. Medicamento y acceso a la salud

4.1. Disponibilidad de medicamentos

El acceso a medicamentos en Ecuador constituye un aspecto sensible del sistema de salud, ya que expresa no solo las dinámicas de producción y circulación de fármacos, sino también las desigualdades sociales y las garantías efectivas del derecho a la salud. La industria farmacéutica, como uno de los sectores económicos de mayor peso a escala global, afronta retos particulares en países en desarrollo como Ecuador, donde persisten dificultades en el acceso oportuno y adecuado a los medicamentos. En el año 2000 se promulgó la Ley de Medicamentos Genéricos, mediante la cual se estableció la obligatoriedad para las instituciones públicas de emplear fármacos genéricos con equivalencia terapéutica a los medicamentos patentados. Esta normativa tuvo como objetivo disminuir los márgenes de ganancia asociados a los productos farmacéuticos de marca y promover el uso de medicamentos genéricos dentro del sistema de salud (Cañares, Ribadeneira, y Abi-hanna 2015, 194-5).

La disponibilidad de medicamentos esenciales resulta limitada, ya que únicamente el 42 % de los fármacos clasificados como esenciales por la Organización Mundial de la Salud se encuentran en el sector público, mientras que cerca del 71 % está disponible en el sector privado. Esta situación ubica a Ecuador en la posición 26 entre 38 países en desarrollo en términos de acceso a medicamentos. Asimismo, el país evidencia una mayor utilización de medicamentos patentados en relación con los genéricos. A diferencia de Estados Unidos, donde cerca del 90 % de los medicamentos utilizados corresponden a genéricos, en Ecuador la proporción de este tipo de fármacos es notablemente inferior. Aproximadamente la mitad del presupuesto familiar destinado a salud se destina exclusivamente a la compra de medicamentos, lo que afecta desproporcionadamente a las familias más pobres, esto sugiere que las familias con menos recursos siguen enfrentando dificultades para acceder a los medicamentos necesarios, lo que limita su capacidad para

invertir en otros servicios esenciales como la medicina preventiva o la seguridad social (Cañares, Ribadeneira, y Abi-hanna 2015, 194-5).

4.2. Gasto en medicamentos

El gasto en medicamentos representa uno de los desafíos más críticos para los sistemas de salud a nivel global. En 2024, los estadounidenses gastaron \$ 487 mil millones netos en fármacos, un aumento del 11.4% en un solo año. Mientras tanto, el gasto de bolsillo en medicamentos en Estados Unidos alcanzó \$ 98 mil millones, marcando un incremento acumulado del 25% en cinco años. Esta tendencia no es exclusiva de países desarrollados: en Latinoamérica, Ecuador registra el mayor gasto de bolsillo en salud de la región, con un promedio cercano a \$ 130 mensuales por persona, lo que representa más de \$ 1.500 al año (Goldman 2024, párr. 1).

En Ecuador, la comercialización de medicamentos se desarrolla dentro de un mercado regulado que incorpora mecanismos de fijación de precios, en los cuales intervienen diversos factores que inciden en el valor final de los productos. La implementación de la Ley de Compras Públicas ha permitido la realización de procesos de adquisición a gran escala, favoreciendo la obtención de mejores precios y la articulación de un esquema de compra conjunta entre las instituciones públicas (Lucio, Villacrés, y Henríquez 2011, 9).

La situación es aún más crítica: según la Organización Panamericana de la Salud, los hogares ecuatorianos cubren alrededor del 32.4% del gasto total en salud con recursos propios, superando el umbral recomendado internacionalmente. Según el INEC, por cada dólar que se gasta en salud en Ecuador, 33 centavos los pone el propio ciudadano de su bolsillo, y el 38.31% de este gasto se destina exclusivamente a medicinas, equivalente a \$ 2 460 anuales por familia. Esta carga económica se agrava frente a un salario básico que en 2026 asciende a \$ 482. La escasez de medicamentos e insumos en hospitales públicos empuja a miles de familias a recurrir a servicios privados (EC Ministerio de Salud Pública 2026, par. 4-6).

Entre 2024 y 2025, el Gobierno de Daniel Noboa gastó en promedio \$ 326 millones en medicamentos, dispositivos e insumos médicos. El Ministerio de Finanzas asignó \$ 202.9 millones para la compra de medicamentos en 2026, de los cuales hasta abril se habían gastado \$ 35 millones. Adicionalmente, se invirtieron \$ 323.4 millones para el abastecimiento de medicamentos generales y esenciales para distribución en 134 hospitales (4-5).

El gasto en medicamentos representa una crisis multifacética que requiere atención urgente a nivel global, regional y local. Los datos actuales muestran un crecimiento sostenido del gasto farmacéutico, impulsado por medicamentos innovadores de alto costo, envejecimiento poblacional y desabastecimiento en sistemas públicos. Para Ecuador y la región, el desafío es particularmente urgente. Con el mayor gasto de bolsillo en salud de Latinoamérica y una inversión pública insuficiente, se requiere una reforma estructural que priorice la cobertura de medicamentos como derecho fundamental, no como privilegio económico.

5. Medicamento desde la epidemiología crítica

Desde la perspectiva de la epidemiología crítica, el medicamento no se define como un recurso terapéutico o por su capacidad para tratar enfermedades, sino como un elemento en las dinámicas sociales y económicas de las sociedades. Su uso y gestión adecuada resulta esencial para avanzar hacia una salud equitativa y sostenible, con efectos positivos tanto en el bienestar colectivo como el desarrollo social y económico. Especialmente pone énfasis en el proceso salud-enfermedad, destacando la influencia de las condiciones socioeconómicas en la salud de las poblaciones (Breilh 2020, 204).

Los medicamentos cumplen un papel multifacético, ya que pueden contribuir como herramientas esenciales que contribuyen a mejorar la calidad de vida, en el acceso equitativo para todas las poblaciones (Weber 2021, 7). A medida que los sistemas de salud avanzan hacia modelos más integrales y justos, es crucial reconocer el papel central e importancia que tienen los medicamentos en la promoción de una mejor salud para toda la población (Aguirre del Busto y Macías, 2002).

Juan Cuví (2009) define el medicamento como una sustancia farmacológicamente activa producida de manera masiva, esto implica que se incorpora elementos técnicos y científicos que cuentan con reconocimiento y validez universal. En este sentido, se considera un producto característico de la modernidad tardía, debido al avance de la ciencia que se alineó con el desarrollo de la tecnología y la expansión industrial (55). Más allá de su función terapéutica, los medicamentos reflejan las dinámicas sociales que perpetúan desigualdades. En este sentido, cuando su acceso es limitado, se convierte en símbolos de exclusión y pone en evidencia las fallas que tiene el sistema de salud, mientras que cuando están al alcance, se puede convertir en herramienta clave que promueven la equidad, el derecho, acceso a la salud y a su vez reducir brechas sociales (Breilh, 2020).

Esta mirada integral invita a la epidemiología crítica a reconocer el papel activo de las comunidades en los procesos de producción, distribución y consumo de medicamentos, destacando su importancia en la construcción de sistemas de salud más justos y equitativos. Por lo tanto, los medicamentos se consideran un componente clave en la lucha por la equidad en salud, ya que su acceso oportuno y uso pueden contribuir significativamente el bienestar colectivo (García et al. 2016).

Jaime Breilh (2013), propone un enfoque renovador sobre la salud y los medicamentos, destacándolos no solo en el campo biomédico sino también dentro de la determinación social. Esta corriente entiende que la salud es un fenómeno socialmente construido, que debe analizarse a través de un marco que contemple las dimensiones generales, particulares e individuales de la vida cotidiana. Además, plantea que los medicamentos deben ser estudiados desde una mirada amplia, compleja y multidimensional, que integra las interacciones entre procesos biológicos, culturales, sociales, económicos y políticos (13-5).

En consecuencia, la investigación y desarrollo farmacéutico deberían alinearse a las necesidades reales de las comunidades, con el objetivo de promover una salud colectiva más equitativa. La epidemiología crítica enfatiza que los medicamentos no pueden entenderse como productos aislados, sino como parte fundamental del sistema de salud. De ahí la necesidad de impulsar políticas públicas que aseguren el acceso equitativo a tratamientos esenciales y reconozcan el papel clave que los medicamentos desempeñan en el bienestar social (Breilh 2020, 204-5).

5.1. Definición de medicamento

Hace aproximadamente tres décadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incorporó el concepto de medicamento esencial como parte de una estrategia orientada a promover el uso racional de los medicamentos a escala mundial. La OMS los caracteriza como medicamentos destinados a cubrir las principales necesidades de atención en salud de la población, que deben estar disponibles de manera continua, en cantidades suficientes, en presentaciones farmacéuticas adecuadas y a costos asequibles (Cuví, Benavides y Obando 2009, 1).

Podemos señalar que existen diversas definiciones de medicamento entre las que se destacan:

De acuerdo a la legislación ecuatoriana,

un medicamento se define como toda preparación o forma farmacéutica, cuya fórmula de composición expresada en unidades del sistema internacional, está constituida por una sustancia o mezcla de sustancias, con peso, volumen y porcentajes constantes, elaborada en laboratorios farmacéuticos legalmente establecidos, envasada o etiquetada para ser distribuida y comercializada como eficaz para diagnóstico, tratamiento, mitigación y profilaxis de una enfermedad, anomalía física o síntoma, o el restablecimiento, corrección o modificación del equilibrio de las funciones orgánicas de los seres humanos y de los animales. Por extensión esta definición se aplica a la asociación de sustancias de valor dietético, con indicaciones terapéuticas o alimentos especialmente preparados, que reemplacen regímenes alimenticios especiales (ARCSA 2021)

Desde la perspectiva biomédica,

Los medicamentos son compuestos químicos diseñados para curar, detener o prevenir enfermedades, así como para aliviar síntomas y ayudar en el diagnóstico de diversas condiciones. Este enfoque se centra en los aspectos biológicos y fisiológicos de los medicamentos, considerando su eficacia en el tratamiento de enfermedades a través de la investigación y desarrollo científico. (Elora Hilmas 2018)

La siguiente se centra en su dimensión social. Ramos y Olivares (2010, citado en Ureña 2017) establece: “Producto requerido por el paciente y que más se adecue al tratamiento de los síntomas o enfermedades diagnosticadas y que tengan relación costo beneficio más apropiada al paciente o al sistema que lo cubre” (23).

Breilh citado en Casallas Murillo (2017), un medicamento se entiende no solo como una sustancia destinada a tratar o prevenir enfermedades, sino también como un elemento que, al estar inmerso en un contexto, está determinado en su producción, distribución, publicidad, consumo y acceso; por contextos sociales, académicos, económicos, culturales, mercados o políticos. El citado investigador critica la tendencia a medicalizar problemas que son de naturaleza social y enfatiza que los medicamentos pueden reflejar y perpetuar desigualdades en el acceso a la salud (401-2).

En la actualidad, el empleo de medicamentos constituye una de las prácticas centrales dentro de los sistemas de atención en salud, ya que resulta esencial para el tratamiento y el manejo de múltiples condiciones, que abarcan desde enfermedades agudas hasta afecciones crónicas y degenerativas (Breilh citado en Salazar et al 2013, 2), destaca que el uso apropiado de medicamentos puede mejorar significativamente la calidad de vida, a su vez reducir la morbilidad y mortalidad asociadas con diversas patologías. Sin embargo, son un ejemplo emblemático de los beneficios tangibles que la innovación puede aportar al bienestar social (Weber 2021, 7).

Al ser considerados una de las principales herramientas de la terapia médica moderna; se utilizan en diagnósticos específicos ayudan a prevenir, tratar, mitigar y curar enfermedades. Cuando los medicamentos se emplean de manera inadecuada, pueden

transformarse en un riesgo para la salud, ya sea por su falta de eficacia terapéutica, por efectos tóxicos o por la aparición de reacciones adversas que superan la relación beneficio–riesgo (Vera Carrasco 2020,78).

Durante las últimas décadas, la incorporación de nuevos medicamentos ha contribuido de manera significativa al aumento de la esperanza de vida, así como a la mejora del estado de salud y de la calidad de vida de la población. Estos avances han permitido curar o prevenir enfermedades, aliviar síntomas, aumentar las tasas de supervivencia, acelerar los tratamientos y recuperación, reducir efectos adversos y ofrecer alternativas en la administración de medicamentos. Además, estas mejoras no solo benefician a los pacientes, sino que también impactan positivamente en su entorno. Al gozar de una mejor salud, los familiares más cercanos a los pacientes pueden llevar una vida más saludable. Asimismo, al disminuir la presión sobre los servicios de salud, se facilita un acceso más rápido y eficiente a la atención médica para otros pacientes. Desde una visión integral, las innovaciones terapéuticas generan efectos impactantes y significativos en los sistemas de salud, afectando su estructura, dinámica y sostenibilidad (Weber 2021, 7).

Los medicamentos pueden convertirse en herramientas valiosas para un uso eficiente de los recursos sanitarios, al permitir al prevenir o tratar diversas enfermedades de manera más eficaz, esto puede traducirse en una reducción de hospitalizaciones, consultas médicas o pruebas diagnósticas y laboratorios, así como la reducción de cuidados no sanitarios, lo que contribuye a liberar recursos para otras áreas prioritarios del sistema. Además, los avances clínicos asociados a la innovación farmacéutica pueden contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes y en consecuencia, un aumento en la productividad laboral.

Por otro lado, más allá de su impacto en la atención sanitaria, los medicamentos se encuentran en la frontera del conocimiento científico y desempeñan un papel estratégico en la proyección tecnológica de la sociedad. La industria farmacéutica destaca como uno de los sectores más innovadores y productivos de la economía, por su alto nivel de especializado, su desarrollo no solo genera un notable retorno social del capital humano, sino que también produce un efecto multiplicador sobre otros sectores económicos, amplificando así sus impactos positivos en el conjunto de la economía (Weber 2021, 7-8).

Actualmente el medicamento se encuentra en lo que se podría describir metafóricamente como el “ojo del huracán” en el ámbito de la medicina y la salud pública.

Su importancia, tanto material como simbólica, es tal que se puede afirmar que la manera en que una sociedad demanda su producción, distribución y consumo es un indicador clave no solo de sus políticas de salud, sino también de su política social y su modelo de desarrollo. En la sociedad, los medicamentos son bienes altamente valorados; sin embargo, su papel en la reproducción social varía significativamente según el carácter de su producción y consumo. Esto depende de las políticas que los consideren un derecho fundamental para la vida o, por el contrario, que los transformen, más allá de la retórica habitual, en una mercancía controlada por grandes corporaciones farmacéuticas (Cuví 2010, 13).

5.1.1. Medicamentos bajo receta médica

Son medicamentos que requieren una prescripción formal por parte de un profesional de la salud autorizado para su adquisición y uso adecuado, por la naturaleza de sus principios activos y acción farmacológica, son sometidos a una legislación oficial y deben ser utilizados bajo una rigurosa prescripción y vigilancia médica. Presentan en su estuche primario la leyenda “Venta bajo receta médica” lo que permite que las personas estén precavidas al momento de tomar estos medicamentos, además cumplen con las exigencias que la legislación vigente para ser comercializados (Calla y Rosales 2018, 13).

La receta médica proporciona información vital sobre la dosis y la duración del tratamiento, lo cual es fundamental para garantizar una adecuada adherencia al mismo (Maldonado 2017, 5). Además, funciona como un mecanismo de seguridad que garantiza el uso adecuado de los medicamentos bajo la supervisión de un profesional médico, esta receta asegura que se maximicen los beneficios de los medicamentos y se minimicen los riesgos potenciales asociados a su uso. Esto es especialmente importante, ya que muchos medicamentos pueden provocar efectos secundarios graves si no se administran correctamente (Moreno Mucio et al. 2020). La regulación y control en su dispensación son esenciales para proteger la salud pública y asegurar que los pacientes reciban el tratamiento adecuado para sus condiciones médicas (Gálvez, Cancino, y Vega 2014,1).

5.1.2. Medicamentos de venta libre

Los medicamentos de venta libre son una herramienta valiosa para el manejo de problemas de salud menor, proporcionando a los consumidores la capacidad de tratar síntomas comunes de manera rápida y accesible (Calla y Rosales 2018), que se destacan por aliviar enfermedades o sintomatología menores, están diseñados para que la autoridad

sanitaria no exija la intervención de un profesional de la salud y que su uso en la forma farmacéutica, dosis prevista y forma de consumo sean de fácil acceso y comprensión para los consumidores. Son conocidos como medicamentos OTC (Over-the-counter) en español “sobre el mostrador” ya que sus principios activos mantienen un estrecho margen de seguridad y eficacia (Calla y Rosales 2018, 14).

Son aquellos que se pueden adquirir sin necesidad de una receta médica y están diseñados para el tratamiento, alivio o prevención de afecciones poco complicadas y son utilizados por los consumidores bajo su propia iniciativa. Estos medicamentos cuentan con la autorización de las autoridades sanitarias de cada país, lo que respalda su eficacia y seguridad para ser utilizados en las condiciones para las que han sido indicadas (Gálvez, Cancino y Vega 2014, 2).

5.2. Medicalización

La medicalización es un fenómeno complejo que no solo refleja cambios en la manera en que comprendemos la salud y la enfermedad, sino también pone en evidencia profundas desigualdades sociales, se refiere al uso innecesario o excesivo de medicamentos, muchas veces asociados a prescripciones incompletas o malintencionadas por intereses económicos, la medicalización puede entenderse como el proceso mediante el cual aspectos de la vida común se convierten en problemas médicos, con el objetivo principal de expandir el mercado y aumentar la rentabilidad de la industria farmacéutica (Breilh 2020, 1-3).

Mientras Maldonado (2017), describe el fenómeno como “la invasión inapropiada del complejo médico-industrial en todos los aspectos de la vida de las personas”. En las últimas décadas, la medicalización ha crecido impulsada por los avances de la biomedicina y el creciente poder de la industria farmacéutica. Este proceso puede llevar a que experiencias humanas normales, como el envejecimiento, el estrés o las emociones cotidianas, tienden a ser patologizadas y abordadas mediante intervenciones médicas, que promueve el consumo de medicamentos e incluso recurriendo a estrategias cuestionables, como la creación de enfermedades ficticias. Este concepto no se manifiesta de manera uniforme debido a que varía según la percepción que cada población percibe los problemas de salud y sus enfoques para abordarlos. Por ejemplo, existen diferencias marcadas significativas entre los países en desarrollo, donde persisten problemas estructurales como el hambre, la enfermedad y la mortalidad prematura, donde la

medicalización adquiere una mayor centralidad en la vida cotidiana en los países industrializados (Cuvi 2010, 55).

Desde la perspectiva de la epidemiología crítica, es fundamental repensar el concepto de medicalización donde la visión más amplia, integrada y humana de la salud, reconocer los diferentes problemas de salud que se presentan y no pueden ser entendidos ni abordados de manera adecuada si se separa en un contexto social e histórico. Siguiendo la idea, la salud debe concebirse como un proceso socialmente construido, lo que exige un análisis crítico tanto de las políticas públicas como de las prácticas médicas vigentes (Breilh 2020).

Para abordar los desafíos que plantea la medicalización, es necesario adoptar un enfoque de atención más inclusivo y equitativo, que reconozca el papel central de los determinantes sociales de la salud y garantice que todas las personas, independientemente de su condición socioeconómica, accedan a la atención médica que realmente necesitan, es decir, se convirtió en un fenómeno predominante, en el que situaciones cotidianas y experiencias habituales de la vida comienzan a ser tratados como enfermedades, lo que ha impulsado una expansión del mercado farmacéutico y la creación de una variedad de nuevos medicamentos destinados a tratar nuevas y múltiples “patologías” (Jácome Roca 2008, 10-2). Este proceso constituye, un ejemplo de cómo los medicamentos pueden utilizarse para gestionar el sufrimiento sin abordar las causas estructurales que generan desigualdad, frente a ello, se vuelve urgente promover un enfoque más equilibrado de la salud y el bienestar. Solo así podremos garantizar que la salud sea entendida y ejercida como un derecho universal y no como un privilegio reservado para unos pocos (Canelito 2008, 18).

En un mundo donde la medicalización se ha extendido a múltiples dimensiones de la vida cotidiana, es crucial reconocer que no todos los grupos sociales cuentan con las mismas oportunidades ni con el mismo acceso a los recursos de salud, lo que profundiza las brechas existentes y refuerza las desigualdades sociales. En muchos países en desarrollo, y entre poblaciones vulnerables, la creciente medicalización contrasta con la escasez de medicamentos esenciales y tratamientos adecuados, se evidencia una desigualdad estructural inherente al sistema capitalista, donde la salud se convierte en un privilegio en lugar de un derecho universal (Cannellotto 2008, 15). Es así que la salud debe entenderse en el contexto de la reproducción social, donde las condiciones de vida, el acceso a recursos y las relaciones de poder, argumenta que la salud y la enfermedad

son fenómenos interrelacionados y profundamente condicionados por la organización y reproducción de la sociedad a lo largo del tiempo (Carmona Moreno 2020, 2-3).

5.3. Patrones de consumo de medicamentos

La crisis sanitaria provocada por la COVID-19 no solo modificó el acceso y uso de medicamentos, sino que también transformó los patrones de consumo y la percepción social de la salud y el bienestar. Analizar estos cambios resulta fundamental para el diseño de políticas y estrategias orientadas a promover el uso racional de los medicamentos y proteger la salud pública (García et al. 2016, 443-5).

Los patrones de consumo de medicamentos en Ecuador reflejan una realidad compleja caracterizada por elevadas tasas de automedicación, uso inapropiado de fármacos y desigualdades en el acceso a tratamientos. Un estudio realizado en comunidades rurales del Distrito Metropolitano de Quito, como Catzuqui de Velasco, Yunguilla y Uyachul Alto, identificó que el 92,6% de la población practica la automedicación. Entre los medicamentos más utilizados sin prescripción médica se encuentran los analgésicos (84 %), antigripales (52%) y antipiréticos (40%) (Molina Jaramillo 2025, 1). Esta situación constituye un importante problema de salud pública debido a los riesgos asociados, entre ellos la farmacoresistencia, la farmacodependencia y la aparición de efectos adversos que pueden afectar la calidad de vida de la población.

La automedicación presenta una mayor frecuencia en mujeres (85,2%) y en personas con edades comprendidas entre los 41 y 50 años (33,3%), grupos que tradicionalmente asumen responsabilidades relacionadas con el cuidado de la salud familiar y comunitaria (Molina Jaramillo 2025, 1). Sin embargo, los patrones de consumo de medicamentos no responden a un único factor, sino que son el resultado de múltiples elementos interrelacionados. Variables como la edad, el género, el nivel educativo, el contexto socioeconómico y las condiciones de salud influyen de manera significativa en la frecuencia y forma en que las personas utilizan los medicamentos (Carrera-Lasfuentes et al. 2013, 529).

El estado de salud constituye otro factor determinante, las personas que padecen enfermedades crónicas, como hipertensión arterial o diabetes mellitus, suelen requerir tratamientos farmacológicos continuos, lo que incrementa el consumo de medicamentos. En este sentido, el aumento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles ha generado una mayor demanda de tratamientos farmacológicos, evidenciando una relación

directa entre morbilidad y consumo de medicamentos (Sáenz González 1996, 527; Carrera-Lasfuentes et al. 2013, 530-1).

La automedicación suele intensificarse en contextos donde existen dificultades de acceso a los servicios de salud o elevados costos de atención médica. Esta práctica puede generar riesgos importantes, como interacciones medicamentosas no identificadas, errores en la dosificación y uso inadecuado de los tratamientos (Acuña et al. 2014, 129). Por ello, resulta fundamental fortalecer las estrategias de educación sanitaria dirigidas a la población, promoviendo el cumplimiento de las indicaciones médicas y el uso responsable de los medicamentos (Carrera-Lasfuentes et al. 2013, 530).

No obstante, la pandemia modificó significativamente estos patrones de consumo, el temor al contagio, la incertidumbre frente a los síntomas respiratorios y las limitaciones en el acceso a los servicios de salud favorecieron un incremento en el uso de medicamentos destinados al tratamiento de síntomas respiratorios. Asimismo, se observó un aumento en el consumo de fármacos para la ansiedad, el estrés y otros problemas relacionados con la salud mental, reflejando el impacto psicológico de la emergencia sanitaria (Barrera Sánchez et al. 2023, 2-4). La crisis económica derivada de la pandemia incentivó la búsqueda de tratamientos más accesibles, incluidos medicamentos genéricos. Paralelamente, la expansión de la telemedicina, el teletrabajo y la digitalización de los servicios sanitarios facilitaron el acceso a consultas médicas y recetas electrónicas, contribuyendo al aumento de la prescripción y consumo de medicamentos (Barrera Sánchez et al. 2023, 5-9).

Desde una perspectiva más amplia, los patrones de consumo de medicamentos deben entenderse dentro de los procesos de medicalización de la sociedad y de las transformaciones experimentadas por los sistemas de salud latinoamericanos. La elevada automedicación observada en diversos grupos poblacionales no constituye únicamente una decisión individual, sino que también refleja limitaciones estructurales relacionadas con el acceso oportuno a servicios de salud, la disponibilidad de atención primaria y las desigualdades sociales existentes. En este contexto, muchas personas recurren a estrategias de autogestión de la salud que, aunque responden a necesidades concretas, pueden generar riesgos para la salud individual y colectiva cuando no existe una adecuada orientación profesional.

Capítulo tercero

Diseño metodológico

El presente capítulo expone el diseño metodológico de la investigación orientada a analizar el consumo de medicamentos en Ciudad Bicentenario, desde la perspectiva de la epidemiología crítica. Se presentan las preguntas y objetivos de investigación que guían el estudio, enfocados en identificar las determinantes sociales, las barreras de acceso y los patrones de consumo de medicamentos en la comunidad. Describe el tipo de estudio, de carácter descriptivo, exploratorio y transversal, así como la población y muestra seleccionada. Se detallan las técnicas e instrumentos utilizados para la recolección y análisis de la información, destacando la aplicación de encuesta semiestructurada y revisión documental, con el propósito de comprender de manera integral la relación entre las condiciones de vida y el consumo de medicamentos en Ciudad Bicentenario.

1. Planteamiento del problema

El consumo de medicamentos, más allá de su valor terapéutico, constituye un fenómeno social complejo influido por factores económicos, culturales y territoriales. En comunidades vulnerables como Ciudad Bicentenario, las limitaciones de acceso, las desigualdades socioeconómicas y las prácticas culturales inciden en la forma en que las personas utilizan los fármacos, generando en ocasiones un consumo inadecuado o riesgoso. Desde la perspectiva de la epidemiología crítica y la determinación social de la salud, se plantea la necesidad de analizar cómo las condiciones de vida, las políticas de salud y los modos de organización comunitaria determinan los patrones de uso y acceso a los medicamentos, así como su impacto en la salud y la calidad de vida de la población.

1.1. Descripción del problema de estudio y su contexto

El modelo biomédico ha otorgado un papel central al medicamento dentro de la concepción moderna de la salud, la enfermedad y los procesos de recuperación. En este contexto, investigar los fenómenos relacionados con el consumo de medicamentos implica analizar los factores sociales, económicos, culturales y sanitarios que influyen en comportamientos racionales, irracionales e incluso riesgosos asociados a su utilización (Durán y Naranjo 2011, 18). Aunque los medicamentos constituyen herramientas fundamentales para la prevención, tratamiento y control de enfermedades, su consumo no

puede entenderse únicamente desde una perspectiva clínica, sino también como una práctica social vinculada a múltiples determinantes que condicionan su acceso, utilización y significado dentro de la vida cotidiana.

Desde etapas tempranas de la vida, las personas establecen contacto con diferentes tratamientos farmacológicos, convirtiendo el consumo de medicamentos en un fenómeno complejo y multifacético. Este proceso involucra no solamente al medicamento como tecnología sanitaria, sino también al sistema de salud responsable de garantizar su acceso y a los actores que intervienen en su utilización, particularmente médicos, farmacéuticos y usuarios. En este sentido, el consumo farmacológico se encuentra influenciado por conocimientos, actitudes, creencias, prácticas de autocuidado y condiciones sociales que determinan la manera en que los individuos utilizan los tratamientos disponibles (García et al. 2012, 10-11).

Sin embargo, su utilización trasciende la simple administración de sustancias químicas, ya que se encuentra condicionada por procesos económicos, políticos, culturales, regulatorios y territoriales que intervienen en su producción, distribución, comercialización y consumo. Desde esta perspectiva, los medicamentos deben entenderse como productos sociales cuyo uso se construye en función de las dinámicas propias de cada comunidad y contexto histórico (Saleh, Palma y Garrido 2016).

La importancia de los medicamentos en la sociedad se refleja no solo en su contribución al bienestar físico de la población, sino también en su impacto sobre la economía, las políticas públicas y los sistemas de atención sanitaria. Además de constituir una herramienta terapéutica fundamental, los medicamentos representan un punto de encuentro entre profesionales de la salud, pacientes, instituciones sanitarias e industrias farmacéuticas, configurando complejas relaciones sociales y económicas que influyen directamente en las formas de atención y cuidado de la salud (Kaiser Manzano 2015, 4-5). En esta investigación se analiza el impacto social del consumo de medicamentos dentro de una comunidad específica, considerando diversos procesos que intervienen en su acceso y utilización (Saleh, Palma y Garrido 2016).

Desde el paradigma de la epidemiología crítica y la determinación social de la salud, el consumo de medicamentos debe comprenderse como un fenómeno socialmente condicionado. Este enfoque permite analizar cómo los modos, estilos y condiciones de vida influyen en los patrones de acceso, disponibilidad y utilización de medicamentos. Asimismo, reconoce que dichos procesos se encuentran atravesados por factores estructurales relacionados con la organización económica, las políticas públicas, la

gestión sanitaria, la cultura, el territorio y las desigualdades sociales (Carrera-Lasfuentes et al. 2013, 529-531; Breilh 2020).

En los años posteriores a la pandemia de COVID-19 se han observado transformaciones significativas en los patrones de consumo farmacológico. Diversas investigaciones evidencian un incremento en el uso de medicamentos destinados al manejo de trastornos relacionados con la salud mental, particularmente ansiedad, estrés e insomnio, como consecuencia de las secuelas sociales y emocionales derivadas de la crisis sanitaria (Raventós 2023). Paralelamente, la Organización Mundial de la Salud ha reiterado la necesidad de fortalecer las políticas orientadas al uso racional de medicamentos y prevenir prácticas de automedicación que incrementen riesgos como la farmacoresistencia y los efectos adversos asociados al consumo inadecuado de fármacos (OMS 2024).

La automedicación continúa constituyendo uno de los principales problemas de salud pública en Ecuador. Estudios recientes muestran que esta práctica mantiene una elevada prevalencia en distintos grupos poblacionales, asociándose principalmente a dificultades de acceso a los servicios sanitarios, limitaciones económicas y percepción de síntomas considerados leves (Paidá Ontaneda et al. 2024; Suárez González y Caicedo Encarnación 2024). Estas condiciones reflejan que el consumo de medicamentos no responde únicamente a decisiones individuales, sino también a factores estructurales vinculados al funcionamiento de los sistemas de salud y a las desigualdades sociales existentes.

Ciudad Bicentenario, concebido como un proyecto habitacional destinado a población de ingresos bajos y medios, constituye un espacio adecuado para analizar cómo las condiciones de vida, las dinámicas comunitarias y las desigualdades sociales influyen en el acceso y uso de medicamentos. Desde la perspectiva de la epidemiología crítica y la determinación social de la salud, este enfoque permite comprender cómo los procesos estructurales, las formas de organización social y las condiciones materiales de existencia pueden condicionar los patrones de consumo farmacológico, sus efectos sobre la salud y la calidad de vida de la población (Ríos Mateus et al. 2019, 349; Peña, Redondo y Groning 2003, 1-5).

2. Diseño metodológico

El propósito es establecer un plan estructurado que organice los procedimientos, métodos y técnicas para recolectar y análisis de datos en la investigación

2.1. Pregunta de investigación general

¿De qué manera el consumo de medicamentos en la población adulta del proyecto de vivienda social Ciudad Bicentenario en Quito-Ecuador, está determinado socialmente?

2.2 Preguntas de investigación específicas

¿Cuáles son las determinantes sociales que influyen en el consumo de medicamentos en la población adulta del proyecto de vivienda social Ciudad Bicentenario en Quito – Ecuador?

¿Cuáles son los desafíos y barreras que enfrenta la población adulta en el proyecto de vivienda social Ciudad Bicentenario en Quito-Ecuador, en relación con el uso de medicamentos?

¿Cómo se pueden caracterizar los patrones de consumo de medicamentos en la población adulta del proyecto de vivienda social Ciudad Bicentenario en Quito-Ecuador?

3. Objetivo general

Analizar de que forma el consumo de medicamentos en la población adulta del proyecto de vivienda social Ciudad Bicentenario en Quito – Ecuador, está determinado socialmente

3.1. Objetivos específicos

- Estudiar las determinantes sociales de consumo de medicamentos en la población adulta en del proyecto de vivienda social Ciudad Bicentenario en Quito – Ecuador.
- Identificar los desafíos y barreras que enfrenta la población adulta en el proyecto de vivienda social Ciudad Bicentenario, en Quito - Ecuador, en relación con el uso de medicamentos.
- Caracterizar patrones de consumo de medicamentos en la población adulta del proyecto de vivienda social Ciudad Bicentenario en Quito - Ecuador.

4. Tipo de estudio

Esta investigación se la realizó mediante el tipo de estudio descriptivo debido a que se buscó información a través de documentos y fuentes directas en donde se puede explorar la realidad actual, se enfocó en describir y caracterizar de manera detallada una

situación, evento o hecho, buscando establecer relaciones de análisis. Es observacional permite estudiar fenómenos en su entorno natural, registrando y analizando, es decir, en “observar y registrar” los actuales acontecimientos sin intervenir en el curso de estos, para percibir y registrar hechos o fenómenos relevantes (Niño Rojas 2011).

Es de carácter exploratorio ya que se centra en lograr una visión general y crítica del tema. El objetivo fue recoger la descripción de datos en un periodo de tiempo relacionados con la población que se estudió, es transversal porque se desarrolló en un tiempo determinado (Niño Rojas 2011).

5. Población y muestra

La población abarca todos los elementos con características comunes y la muestra es un subgrupo representativo de esa población, que interesan en la investigación.

5.1. Definición y caracterización de la población

La población de Ciudad Bicentenario es equilibrada en términos de género, entre hombres y mujeres, predomina la raza mestiza, aunque también existe una minoría de indígenas y afroecuatorianos. Se estima que la población tiene un nivel de educación básico, con una mayoría de personas con educación primaria y secundaria, además, la población es diversa e incluye familias de diferentes orígenes sociales, por ejemplo, de ingresos bajos, ingresos medios, aquellos que han recibido el bono de la vivienda y pueden comprar una casa en el área (Hinojosa Barahona 2014).

El cuadro de distribución de grupos etarios según la tesis de Morales Luis (2014) Vivienda masiva y acceso al espacio público, nos indica cuales son las características de la población de Ciudad Bicentenario (68).

Edad y nivel de instrucción

Con respecto a la edad, la población sujeta a estudio es mayoritariamente adulta: aproximadamente el 40% tiene entre 30 y 50 años, mientras que el 35% más de 50 años; cabe resaltar que la mayoría de mujeres (48%) tiene entre 30 y 50 años y que la mayoría de hombres (41%) más de 50 años. Solo la cuarta parte de la población tiene entre 19 y 30 años.

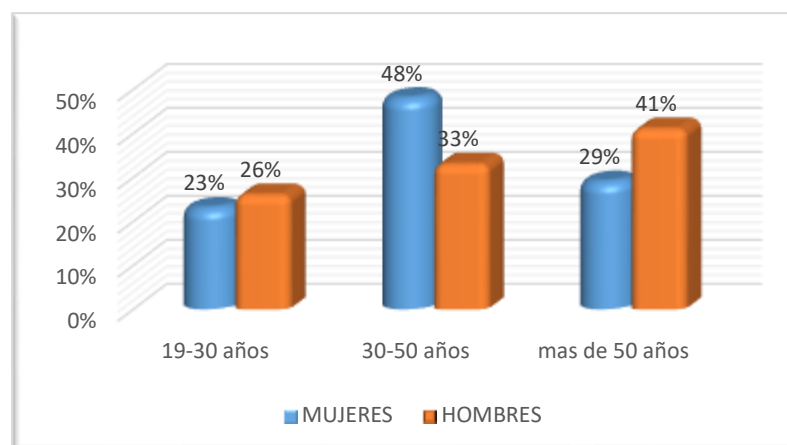


Figura 3: Porcentaje de edad de la población según años
Elaboración propia

En este estudio de investigación al diseñar este trabajo, se deben considerar criterios de inclusión y exclusión para el desarrollo y obtención de información como se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 4

Criterios de inclusión y exclusión de la comunidad en el proyecto de vivienda social

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
• Personas de ambos sexos entre 30 y 65 años de edad. • Residentes del proyecto de vivienda social Ciudad Bicentenario con residencia mínima de 2 años. • Personas que acepten participar voluntariamente en la investigación mediante la firma del consentimiento informado.	• Personas menores de 30 años o mayores de 65 años. • Personas con menos de 2 años de residencia en Ciudad Bicentenario. • Personas que no acepten participar voluntariamente o no firmen el consentimiento informado.

Elaboración propia

5.2. Diseño muestral

Dentro del diseño muestral de esta investigación se analizaron los siguientes componentes: el cuantitativo y cualitativo (Izurieta Guevara 2021, 84). El componente cuantitativo permitió recopilar y analizar datos de manera sistemática, para ello, se utilizaron las técnicas: Encuesta semi estructurada y análisis de documentos primarios y secundarios. La encuesta semi estructurada fue un instrumento para obtener información sobre las características socioeconómicas y demográficas de los residentes de Ciudad Bicentenario, se combinaron preguntas cerradas, que permitieron recopilar datos numéricos, y también preguntas abiertas que permitieron entrevistar a la población así recopilar información sobre medicamentos consumidos, conocimiento sobre medicamentos, etc.; con ello se reconoció posibles patrones o hábitos (Silva Salas 2023).

El análisis de fuentes primarias y secundarias fue fundamental para comprender el contexto y evolución del proyecto Ciudad Bicentenario, en la recopilación de datos cuantitativos (Hinojosa Barahona 2014).

El cuanto al entorno en el proyecto se observó el espacio público, modos y estilos de vida, esto permitió analizar y documentar diversos aspectos del proyecto. Por tanto, el análisis cuantitativo del uso de medicamentos en Ciudad Bicentenario consideró el contexto social y las condiciones de vida de la población. Fue importante examinar cómo las desigualdades y la exclusión social influyeron en el acceso y utilización de medicamentos, y cómo impactó en la salud de los habitantes del proyecto.

6. Recolección y análisis de la información

La recolección de información abarca las técnicas sistemáticas para obtener datos relevantes al estudio, su análisis procesa la información mediante métodos cuantitativos o cualitativos.

6.1. Técnicas e instrumentos de recolección

A continuación, se detallan las técnicas y sus respectivos instrumentos de investigación:

Tabla 5

Técnicas e instrumentos de investigación	
Técnicas de investigación	Instrumentos de investigación
Revisión documental	• Análisis documental • Identificación de fuentes primarias • Criterios de selección
Encuesta semi estructurada	• Guía de encuesta

Elaboración propia

- A. Revisión documental: Se realizó una selección de bibliografías se tomaron en cuenta que estén relacionadas sobre epidemiología crítica y el proyecto de Ciudad Bicentenario considerando especialmente traten el tema del uso de medicamentos, además de considerar los siguientes pasos:
- Identificar fuentes primarias: Se tomó en cuenta las fuentes académicas y de investigación principalmente que aborden la epidemiología crítica y su relación con el uso de medicamentos. Algunas fuentes primarias incluyeron:
 - Para este estudio, se consideraron publicaciones del año 2000 hasta el 2024. Este período fue seleccionado para obtener información actualizada y relevante

sobre el tema. Se incluyeron artículos en español, e inglés. Esto permitió abarcar una mayor cantidad de fuentes bibliográficas.

B. Encuesta semi estructurada: Se aplicó una técnica de recolección de datos utilizada en investigación cuantitativa. Caracterizada por tener un “grado de flexibilidad tanto en el formato como en el orden y los términos de realización de las preguntas” (Personio 2024, párr. 4). Entre las características de este tipo de técnica fueron:

- ✓ Guía de preguntas cerradas y abiertas, desarrollado por el investigador donde se tiene la libertad para introducir preguntas adicionales y obtener mayor información, podrían ser de aplicación mixta (presencial-en línea) de llenado rápido y relacionada a los objetivos de la investigación.
- ✓ flexibilidad: El orden en que se aborda el tema y el modo de formular las preguntas se adapta a las características de cada encuestado.
- ✓ Profundidad: Permite obtener información detallada y en profundidad sobre el tema de interés.
- ✓ Interacción: Se establece una interacción más dinámica entre el encuestador y el encuestado, lo que permite aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos.

La encuesta semi estructurada² se basó en la matriz de procesos críticos con lo cual permitió obtener información detallada y profunda sobre el tema, adaptándose a las características de cada participante, en el (anexo 1) se detalla el cuestionario de preguntas sobre el tema de investigación las cuales abordan ciertos aspectos como:

- ✓ En el dominio general, la información se recopila a través del proceso de revisión documental principalmente los artículos académicos, artículos de investigación y libros.
- ✓ En el dominio particular por medio de la encuesta se permitirá la caracterización socioeconómica de los participantes. Los datos son de acuerdo a las variables epidemiológicas como: edad, sexo, ocupación, nivel de instrucción, entre otros. Además, de los modos de vida relacionados con

² Para validar esta herramienta técnica, se realizará una prueba piloto con 10 personas que cumplen con los criterios de inclusión, esta prueba facilita identificar las necesidades en como dirigirse a las personas y en el diseño del instrumento. Se pone principal atención a los datos que serán recolectados y se los sistematice en una base de datos general lo cual deberá ser parametrizado para posteriormente proceder a digitalizarlos. Los datos serán grabados y transcritos en Word como documento primario y pasaron por el proceso de codificación en la herramienta de análisis cualitativo (Rueda Bravo 2020, 62).

la salud: tipo de medicamento, prescrito o no, motivo de uso, porque se usó el medicamento, conocimiento sobre medicamentos relacionado con las familias.

- ✓ En el dominio individual se utilizó una encuesta con un cuestionario de fácil comprensión, como hábitos, exposiciones, relación con la naturaleza y uso de medicamentos con ello conocer el estilo de vida de cada participante (utilizando una adaptación simplificada del INSOC).³

6.2. Diseño de la muestra para el levantamiento de encuesta

Se realizó el respectivo cálculo del tamaño de la muestra mínima necesaria para el estudio, considerando como universo un aproximado del tamaño poblacional de habitantes que viven en el proyecto de vivienda social Ciudad Bicentenario. De 5 000 mil habitantes la proporción esperada es de $(5\ 000/2=2\ 500\ \text{habitantes})$, la población estimada por vivienda 1 o 2 personas por cada hogar, es decir, $(364/2= 182\ \text{personas})$ con un nivel de confianza del 95%, precisión absoluta del 5% y efecto de diseño 1 por vivienda, la forma de selección mediante muestreo sistemático, es decir, se inició la recolección de datos en cualquier punto del barrio, con una fracción de muestreo $(2500/290= 8.6)$. El tamaño mínimo de la muestra es de 290 personas, en donde se encuestó a una población entre hombres y mujeres que cumplan los criterios de exclusión e inclusión, para la recopilación de información, cabe señalar en este procedimiento se utilizó el software estadístico Epidat 4.2⁴.

6.3. Proceso de toma de información

El proceso de recolección de información se desarrolló durante los meses de marzo hasta agosto en el proyecto de vivienda social Ciudad Bicentenario, ubicado en la ciudad de Quito. La obtención de datos se realizó mediante la aplicación de encuestas dirigidas a los habitantes del sector, con el objetivo de recopilar información relacionada con la investigación.

³ Breilh Jaime. INSOC (Cuestionario para la investigación de la inserción social en la investigación: fundamentos teóricos y explicativos). Quito: Dirección Nacional de Derechos de Autor y Conexos, Certificado N. QUI-052530, N. 002301-2017.

⁴ Epidat: programa para análisis epidemiológico de datos. Versión 4.2, julio 2016. Cancillería de Sanidade, Xunta de Galicia, España; Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS); Universidad CES, Colombia.

Para el levantamiento de información se efectuaron visitas de campo los fines de semana, debido a que en esos días existía una mayor presencia de moradores en sus viviendas, facilitando así la participación de la población. El recorrido se realizó por las diferentes manzanas que conforman el proyecto Ciudad Bicentenario, aplicando un sistema de selección en el cual se efectuaba una encuesta por cada nueve viviendas visitadas. Este método permitió obtener una muestra más organizada y representativa de la población estudiada. Durante el desarrollo del trabajo de campo, la aceptación de los habitantes fue favorable, ya que muchas personas mostraron interés y disposición para participar voluntariamente en la investigación. Esto contribuyó significativamente al desarrollo del estudio y al acceso a información relevante.

Con el propósito de facilitar la participación de los encuestados y optimizar el proceso de recolección de datos, se elaboraron dos modalidades de encuesta: una versión física o manual y una versión virtual. La encuesta manual permitió recopilar información directamente durante las visitas domiciliarias, mientras que la modalidad virtual brindó mayor accesibilidad y comodidad para aquellas personas que preferían responder mediante dispositivos electrónicos. La implementación de ambas modalidades permitió mejorar el alcance de la investigación y obtener una mayor participación de la comunidad.

6.4. Análisis de la información

El procesamiento y análisis de datos cuantitativos de la encuesta semi estructurada al respecto de las preguntas, se procesó la información confeccionando tablas y gráficos para la presentación de los resultados mediante el programa de Microsoft Excel (Díaz-Soto et al. 2021, 2), registro de los datos numéricos, conteo, selección y tratamiento de los mismos, para extraer patrones y tendencias de los datos recopilados fueron plasmados en Dashboard para una mejor visualización de los resultados.

Finalmente, la interpretación de los resultados de la información fue en contexto a la pregunta de investigación, objetivo general y específicos; para extraer conclusiones y recomendaciones sobre el tema de investigación (Chárriez Cordero 2012, 51-2).

Capítulo cuarto

Área de estudio y resultados

El presente capítulo aborda el análisis del área de estudio correspondiente al proyecto de vivienda social Ciudad Bicentenario, ubicado en la ciudad de Quito, Ecuador, así como la exposición e interpretación de los principales resultados obtenidos durante el proceso investigativo. En primer lugar, se realiza una descripción sociohistórica, territorial y geográfica del proyecto habitacional, considerando su origen, desarrollo urbanístico, características poblacionales y condiciones de acceso y movilidad. Este contexto permite comprender las dinámicas sociales y estructurales que configuran los modos de vida de la población residente.

1. Área de estudio “Proyecto de vivienda social Ciudad Bicentenario ubicado en la capital del Ecuador”

1.1. Situación socio histórica proyecto de vivienda social “Ciudad Bicentenario”

Este capítulo hace un recorrido descriptivo sobre la situación histórica, social, territorial del territorio en donde se realizó la investigación. La idea de Ciudad Bicentenario, surgió a principios del siglo XXI como un proyecto social, diseñado para atender el derecho a la vivienda en sectores populares desplazados o en condiciones precarias. Este proyecto fue impulsado por el Municipio de Quito como parte de una estrategia más amplia para proporcionar vivienda asequible a sectores de bajos ingresos. La planificación se inició en un contexto de creciente demanda, exacerbada por la urbanización rápida y la informalidad en el sector habitacional (Morales Pozo 2014, 26-9).

El proyecto fue promovido por la Empresa Pública Metropolitana de Hábitat y Vivienda (EPMHV) y fue diseñado por el arquitecto Jorge Carvajal junto con un equipo técnico. La primera fase de construcción comenzó en 2009, con la entrega de las primeras viviendas en el año 2010, marcó un hito en la política de vivienda social del país, ya que fue el proyecto de vivienda más grande y ambicioso principalmente impulsado por una institución pública, representó una masificación de acceso a vivienda digna para sectores de bajos recursos. No se enfocó solo en la construcción de viviendas, sino también en

crear un urbanismo sostenible y espacios habitables que mejoren la calidad de vida de los habitantes.

En 2015, el terreno se clasificó como suelo residencial de interés social (RIS) tras la aprobación del Plan Metropolitano de Desarrollo y Ordenamiento Territorial mediante la Ordenanza No. 41. Se dividió en dos etapas constructivas y se ubicó en la antigua hacienda Tajamar, en el sector de Pomasqui en la periferia norte de Quito. Este terreno pasó de uso agropecuario a residencial de interés social, dentro de un proceso de expansión urbana periférica. Contó Con financiamiento propio del municipio se adquirieron los terrenos y se establecieron las características del proyecto, incluyendo las tipologías de vivienda, equipamientos y servicios. El proyecto tuvo un impacto mixto en la dinámica social de la zona (Morales Pozo 2014, 26-9).

Por un lado, proporcionó a miles de familias, el acceso a una vivienda digna; por otro, contribuyó a la creación de espacios mono funcionales y a la dispersión urbana lo que dificultó la integración social y el acceso a servicios básicos. Además de ser un reflejo de la evolución de las políticas habitacionales en el país. Desde sus inicios en 2005 hasta la actualidad, este proyecto ha enfrentado desafíos y oportunidades que han moldeado su desarrollo (Morales Pozo 2014, 26-9).

1.2. Ubicación geográfica



Figura 4: Vista geográfica del proyecto de vivienda Ciudad Bicentenario
Fuente: Morales Pozo (2014)

Ciudad Bicentenario está situada en la periferia urbana de Quito se encuentra ubicado en la parroquia de Pomasqui, en el límite norte del suelo urbano de la ciudad que forma parte de la Administración Zonal Calderón. Se trata de un sector urbanizado para albergar aproximadamente 2 217 unidades habitacionales, destinadas a una población estimada de 10 000 habitantes. Limita al oeste con el río Monjas y al noreste con un área de protección ecológica. El uso de suelo corresponde principalmente a una categoría de regulación especial para intervención prioritaria de alcance metropolitano, con un régimen específico de ocupación y aprovechamiento aprobado por el Concejo Metropolitano (Morales Pozo 2014, 28-9).

El predio, con una extensión aproximada de seis hectáreas, se delimita al oeste por la avenida Simón Bolívar, cuyo trazado corre paralelo al río Monjas; al este, por la calle Manuela Espejo, que se desarrolla de forma paralela a la quebrada San José. Hacia el sur colinda con la avenida de los Narcisos y el barrio Unión Nacional, mientras que al norte confluyen la avenida Simón Bolívar y la quebrada San José, definiendo el límite del área (VanSluys y Jaramillo 2018).

El terreno originalmente se extendía hacia el sur; sin embargo, tras la consolidación de asentamientos informales, el Municipio decidió transferir ese suelo a las personas que lo ocuparon, dando lugar al actual barrio 15 de Julio. Hacia el sector oeste del predio, separado por una quebrada, se localizan urbanizaciones y conjuntos residenciales cerrados habitados principalmente por sectores de clase media. En contraste, al noreste se ubica el barrio El Común, caracterizado por una limitada integración con la trama urbana circundante (Durán Bonilla et al. 2020, 3).

Las manzanas presentan una configuración predominantemente alargada en sentido norte-sur, lo que permite que la mayoría de los bloques de vivienda cuenten con una adecuada orientación este-oeste. Esta disposición favorece condiciones óptimas de asoleamiento, iluminación natural y ventilación. Las tipologías predominantes corresponden a viviendas adosadas, que resultan las más frecuentes y las que ofrecen mejores condiciones ambientales interiores. En función del ancho del lote, se identifican viviendas de una o dos crujías estructurales, con frentes aproximados de 4,10 m, un fondo construido de 7 m y un patio posterior de profundidad variable, con una dimensión mínima de 3 m (VanSluys y Jaramillo 2018, 5-6).

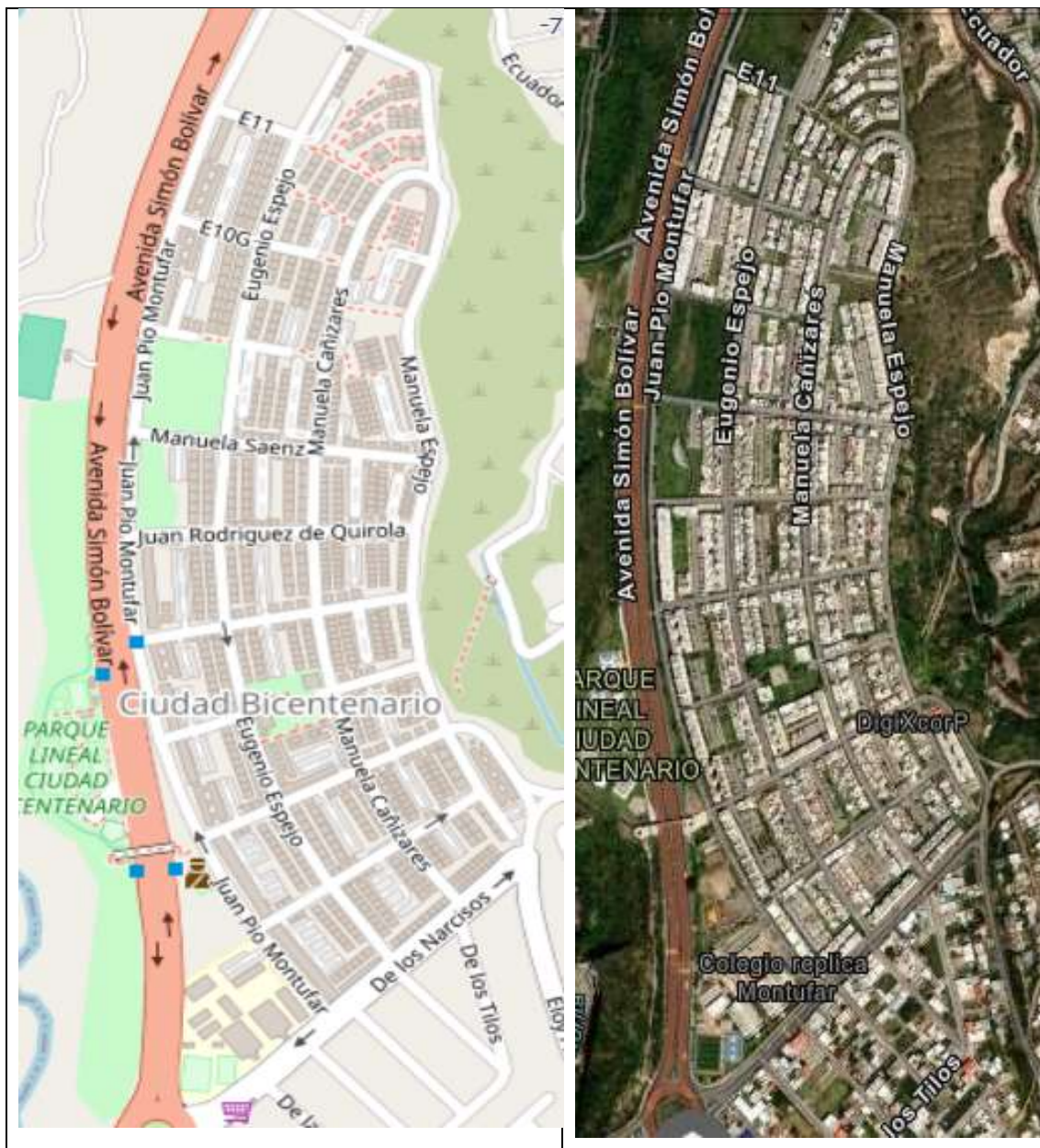


Figura 5: Implantación geográfica del proyecto de vivienda Ciudad Bicentenario

Fuente: Google maps

1.3. Vías principales y características del acceso vial

Las condiciones de acceso a Ciudad Bicentenario han experimentado transformaciones significativas. Inicialmente, el sector contaba con dos vías secundarias: una al sur, que conecta con San José de Morán y Calderón —actualmente asfaltada—, y otra al norte, que permite el acceso desde la avenida Manuel Córdova, vía que enlaza la ciudad de Quito con Pomasqui. En la actualidad, la proyección de la vía Mitad del Mundo, correspondiente a la prolongación de la autopista Simón Bolívar, atraviesa el sector occidental de Ciudad Bicentenario y cuenta ya con sus carriles asfaltados (Durán Bonilla et al. 2020, 3).

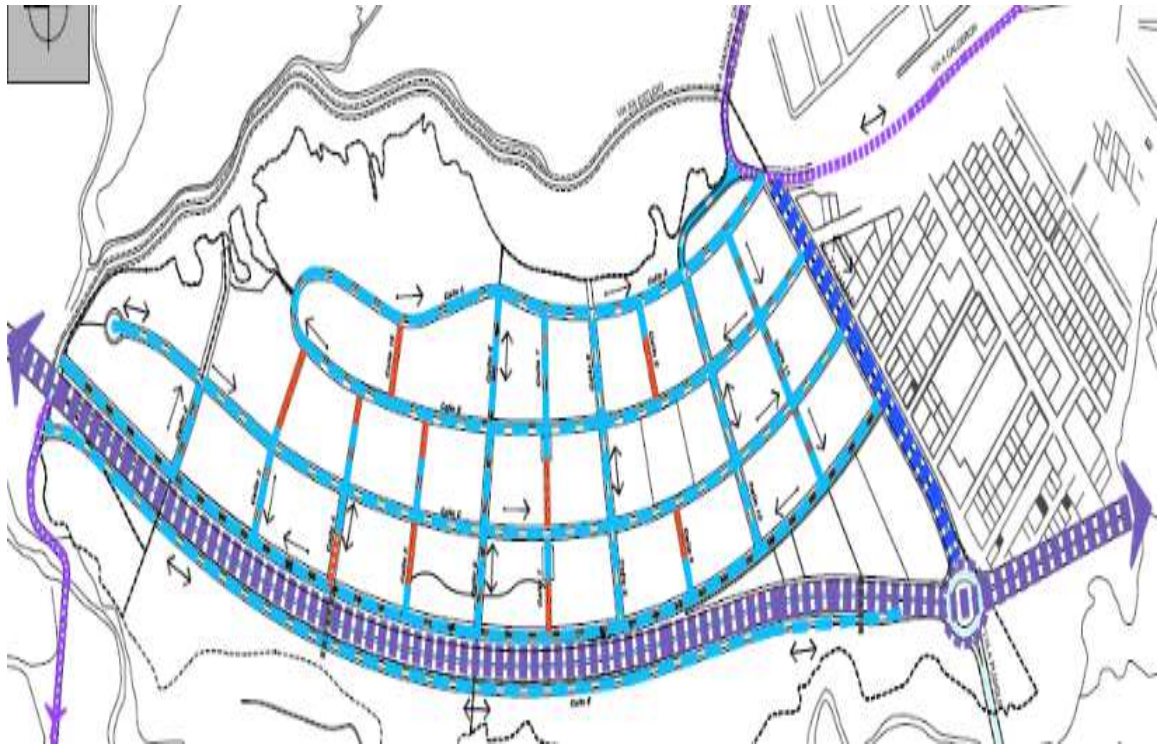


Figura 6: Sistema vial del proyecto de vivienda Ciudad Bicentenario
Fuente: Durán Bonilla et al. (2020)

- **Conexiones:** Posee un acceso rápido a través de rutas de primer orden, incluyendo la Av. Simón Bolívar, una de las principales arterias de la ciudad, y avenidas internas como la Av. de los Narcisos, frente al parque lineal Ciudad Bicentenario.
- **Trama vial interna:** El proyecto contempla vías de diferentes categorías, incluyendo vías troncales metropolitanas (como la Av. Mitad del Mundo), colectoras (Av. El Tajamar) y vías locales internas (calles D y C), que se conectan con el sistema vial metropolitano y permiten el recorrido del transporte público.
- **Mejoras peatonales:** Se está ejecutando un plan de mejoramiento de aceras y bordillos peatonales en Ciudad Bicentenario, con inclusión de accesos universales, beneficiando a aproximadamente 8 mil habitantes. Esta intervención abarca 3.000 metros lineales en calles principales del sector, mejorando la movilidad peatonal y la seguridad vial.
- Desde noviembre de 2023, se implementó un plan de señalización vial en el barrio, reforzando la seguridad y orden en el tránsito vehicular y peatonal.

1.4. Población que habita el proyecto de vivienda social “Ciudad Bicentenario”

El proyecto de Ciudad Bicentenario alberga aproximadamente a 16 468 habitantes, distribuidos en cerca de 3 921 familias. El barrio hospeda a una población diversa, integrada por familias de bajos ingresos que buscan acceder a una vivienda digna. La distribución etaria se compone niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edad escolar, adultos y adultos mayores, está diseñado para acoger a la mayoría de los habitantes que vivían en otros barrios de Quito (VanSluys y Jaramillo 2018, 3-4). Aproximadamente una quinta parte provenía de residentes de diferentes sectores de Quito, de barrios populares como: Solanda y Chillogallo, y otra del norte de sectores como: Carcelén y Cotocollao (Durán et al. 2020, 8-9).

La población de Ciudad Bicentenario es equilibrada en términos de género (hombres y mujeres), la composición étnica es mayoritariamente mestiza, con presencia menor de pueblos indígenas y afroecuatorianos. La estructura familiar es diversa, incluye familias de diferentes orígenes económico-sociales, por ejemplo, de ingresos bajos, ingresos medios y de aquellos que han recibido el bono de la vivienda y pueden comprar una casa en el área (Hinojosa Barahona 2014), con un promedio de 3.1 personas por vivienda, favoreciendo la convivencia y la integración social dentro del barrio (Morales Pozo 2014).

En sus inicios, enfrentó limitaciones en servicios urbanos esenciales como alcantarillado, transporte y espacios públicos, aspectos que al presente están en proceso de mejora mediante proyectos de áreas recreativas y espacios comunitarios (Durán et al. 2020). Actualmente existen varios proyectos enfocados al área recreativa los cuales se encuentran en construcción como las áreas verdes, el parque lineal, caminerías en el área ecológica, gimnasio ecológico y áreas recreativas. El objetivo es promover actividades deportivas, bailoterapia y un sitio para mascotas.

2. Resultados descriptivos generales

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal con el objeto de analizar, en la población seleccionada, de qué manera el uso de medicamentos entre los habitantes del proyecto de vivienda social “Ciudad Bicentenario” está determinado socialmente. La investigación se desarrolló entre los meses de marzo, junio, julio y agosto del 2025. Se aplicó la encuesta a un total de 400 personas, se excluyeron de la encuesta a personas menores de 30 años y mayores de 65 años para evitar sesgos en los resultados,

ya que estos grupos presentan características y necesidades muy diferentes a la población objeto de estudio.

Los menores de 30 años tienden a tener patrones de vida y expectativas distintas, mientras que los mayores de 65 años pueden tener limitaciones especiales en salud y movilidad que afectarían la homogeneidad del análisis. Al focalizar el estudio en personas entre 30 y 65 años, se asegura una muestra más representativa y válida para el objetivo del estudio, que busca entender mejor las condiciones y percepciones de esta población en relación con el fenómeno investigado. Esto fortalece la validez y aplicabilidad de los datos obtenidos, se incluyeron en el análisis aquellas encuestas que cumplieran con los criterios de inclusión.

Durante el periodo de estudio se recopilieron datos de la población residente en el proyecto, incluyendo variables como género, características de la vivienda, estilo de vida e información relacionada sobre el uso de medicamentos. La relación entre estas categorías es estrecha y complementaria. Las características de la vivienda establecen un marco físico; el género y estilo de vida constituyen factores sociales y conductuales que condicionan el uso de medicamentos, que a su vez refleja las necesidades de salud vinculadas a las condiciones habitacionales y al contexto social del proyecto. Los datos fueron obtenidos mediante encuesta diseñada para captar información general de los participantes, así como aspectos específicos relacionados con el consumo de medicamentos, frecuencia de uso, prescripción, accesibilidad y percepciones sobre la utilización de los mismos.

2.1. Caracterización de los modos de vida de los habitantes de Ciudad Bicentenario

La caracterización de los modos de vida en Ciudad Bicentenario examina los patrones cotidianos, hábitos y condiciones socioeconómicas de sus habitantes y revela dinámicas familiares, acceso a servicios y rutinas influenciadas por su ubicación periférica y clima privilegiado, destacando desafíos y fortalezas comunitarias.

2.1.1. Configuración de clase, género, etnia y otras condiciones sociales

Desde la mirada de la epidemiología crítica es importante analizar cómo está conformada la estructura histórica, social y económica de las poblaciones en donde se pretende comprender los procesos críticos de reproducción social que determinan la salud. En este caso, la caracterización sociodemográfica de la población del proyecto de

vivienda social Ciudad Bicentenario refleja elementos clave para comprender los procesos de determinación social de la salud.

La distribución de la muestra según el rango de edad permite observar la predominancia de adultos jóvenes y de mediana edad es del (45% entre 30-41 años y 29% entre 42-53 años), con menor presencia de jóvenes menores a 30 años (11%) y adultos mayores de 66 años (6%). Presenta un núcleo poblacional en etapa productiva, usualmente ligada a dinámicas laborales y sociales que inciden directamente en la salud ya que aumenta su exposición a enfermedades crónicas y el consecuente consumo de medicamentos.

Se puede determinar una población mayoritariamente adulta joven donde se generan grupos sociales activos en la reproducción social y en el mercado laboral, donde las condiciones estructurales de trabajo y vida impactan en la salud.

Tabla 6
Condiciones sociodemográficas asociadas al consumo de medicamentos en personas adultas residentes de Ciudad Bicentenario, 2025

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	FRECUENCIA	
Rango de Edad	N	%
<30	42	11
30-41	179	45
42-53	117	29
54-65	40	10
>66	22	6
Total	400	100,0
Género	N	%
Masculino	193	48.3
Femenino	207	51.8
Total	400	100,0
Estado civil	N	%
Soltero	177	44.3
Casado	147	36.8
Unión libre	36	9
Divorsiado	25	6.3
Viudo	15	3.8
Total	400	100,0
Nivel de Instrucción	N	%
Primaria completa	51	12.8
Secundaria completa	136	34
Técnico	30	7.5
Universitaria	136	34
Cuarto Nivel	11	2.8
Otro	27	6.8
Total	400	100,0

Ingreso mensual	N	%
Menos de \$400	85	21.3
Entre \$ 400 y \$ 800	213	53.3
Entre \$ 800 y \$ 1200	62	15.5
Mas de \$1200	11	2.8
Sin empleo	29	7.3
Total	400	100,0

Fuente: Encuesta Epidemiológica de la determinación social de la salud sobre consumo de medicamentos en población adulta en Ciudad Bicentenario

Elaboración: propia

La muestra presenta una proporción equilibrada entre hombres (193 personas; 48,3 %) y mujeres (207 personas, 51,8 %). Esta experiencia varía significativamente entre ambos géneros debido a procesos sociales, roles asignados y desigualdades estructurales que influyen en las condiciones de vida, acceso, uso de servicios de salud y medicamentos es una clave en la epidemiología crítica para entender desigualdades en función de género.

Dentro de la población estudiada, predomina un mayor porcentaje de personas solteras (177 personas que representan el 44.3%) seguido por las personas con estado civil casado (147 personas con un porcentaje de 36.8%) Además, existe un menor porcentaje correspondiente a personas en otros estados civiles, como unión libre, divorciados, viudos. Este indicador refleja distintas formas de organización social, las cuales influyen de manera significativa en las vulnerabilidades sociales y económicas que enfrentan estas personas y afectan directamente en la salud en aspectos como la adherencia a tratamientos, el uso de servicios médicos y el bienestar general.

Los datos de la (tabla 4) demuestran que la población presenta un nivel educativo mediano a alto, el 34% cuenta con un nivel de educación universitario, lo que implica que poseen un título profesional y realizan actividades laborables, esto permite el acceso a la información y empleos de mayor calidad. Generalmente, este nivel educativo se asocia con mejores condiciones de vida y mayor acceso a servicios de salud. El nivel educativo también refleja desigualdades estructurales en el acceso al conocimiento y oportunidades, por lo que un buen nivel educativo no garantiza mejores condiciones de salud si existen desigualdades estructurales y contextos laborales precarios.

La mayoría de la población tiene un ingreso promedio que oscila entre \$400 y \$800 dólares mensuales, es decir, (53.3% de la población de estudio) con estos ingresos se cubre las necesidades básicas como alimentación, vivienda, educación, medicamentos, entre otras, los ingresos limitan el acceso a servicios de salud y calidad de vida. El 21.3% de la población tiene un ingreso promedio menor a \$400 dólares, reflejando condiciones

precarias que afectan negativamente el acceso a alimentación, vivienda digna, medicamentos y servicios de salud, en este contexto se determinan que existen desigualdades de clase sociales vista desde los lentes de la determinación social de la salud.

Tabla 7
**Caracterización de las ocupaciones y oficios predominantes
en Ciudad Bicentenario, 2025**

CARACTERIZACIÓN DE LAS OCUPACIONES Y OFICIOS		FRECUENCIA	
Grupo	Ocupación /Oficio	N	%
Profesionales y técnicos	Profesor	27	7
	Ingeniera comercial	14	4
	Fisioterapeuta	7	2
	Policia	7	2
	Sistemas	7	2
	Veterinario	7	2
	Contador	6	2
	Odontóloga	6	2
	Auxiliar de enfermería	5	1
	Diseñador gráfico	5	1
	Enfermera geriátrica	5	1
	Sociólogo	3	1
	Director académico	2	1
	Total	101	25
Oficios y trabajos manuales	Bodeguero	16	4
	Albanil	15	4
	Mantenimiento seguridad	10	3
	Automotriz	10	3
	Cerrajero	7	2
	Carpintero	7	2
	Construcción	7	2
	Maestro constructor	6	2
	Panadero	5	1
	Total	83	21
Actividades comerciales y ocupacionales	Comerciante	47	12
	Empleado privado	21	5
	Administrador	7	2
	Secretaria	6	2
	Empleado público	5	1
	Polifuncional	4	1
	Emprendedora	3	1
	Total	93	23
Condición de actividad	Ama de casa	92	23
	Estudiante de Universidad	19	5
	Jubilada	12	3
Total		123	31
TOTAL		400	100,0

Fuente: Encuesta Epidemiológica de la determinación social de la salud sobre consumo de medicamentos en población adulta en Ciudad Bicentenario

Elaboración propia

Desde la perspectiva de la epidemiología crítica, la ocupación no se analiza únicamente como una categoría laboral, sino como una expresión de las condiciones sociales, económicas y de poder que determinan la salud y la vida de la población. La caracterización de las ocupaciones y oficios permite comprender cómo la organización social del trabajo influye en las condiciones de vida y salud de la población. Los datos evidencian una diversidad de actividades laborales vinculadas tanto al trabajo formal como informal, mostrando las desigualdades estructurales presentes en el territorio.

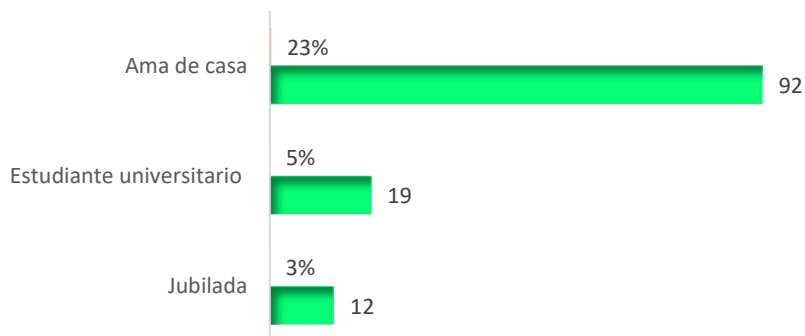


Figura 7: Condición de actividad presentes en Ciudad Bicentenario

Los datos evidencian que la categoría con mayor frecuencia corresponde a la condición de actividad con 123 personas, destacándose principalmente las amas de casa (92 casos), lo cual refleja una importante participación de actividades no remuneradas dentro de la población estudiada. Refleja la importancia del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, históricamente invisibilizado dentro del sistema económico, pese a su papel fundamental en la reproducción social y sostenimiento de la vida cotidiana. Desde la epidemiología crítica, esta situación expresa inequidades de género asociadas a sobrecarga laboral, dependencia económica y limitaciones en el acceso a seguridad social y servicios de salud.

El segundo grupo con mayor frecuencia corresponde a las actividades comerciales y ocupacionales con 93 personas (23%), donde predominan los comerciantes con 47 individuos (12%) y empleados privados con 21 personas (5%). Esto evidencia la presencia de dinámicas económicas relacionadas con el comercio y el empleo dependiente, muchas veces caracterizados por inestabilidad laboral, informalidad y ausencia de garantías sociales, factores que condicionan procesos de desgaste físico y emocional. Esto indica una participación moderada de personas con formación especializada y representan una parte importante de la dinámica laboral de Ciudad Bicentenario.

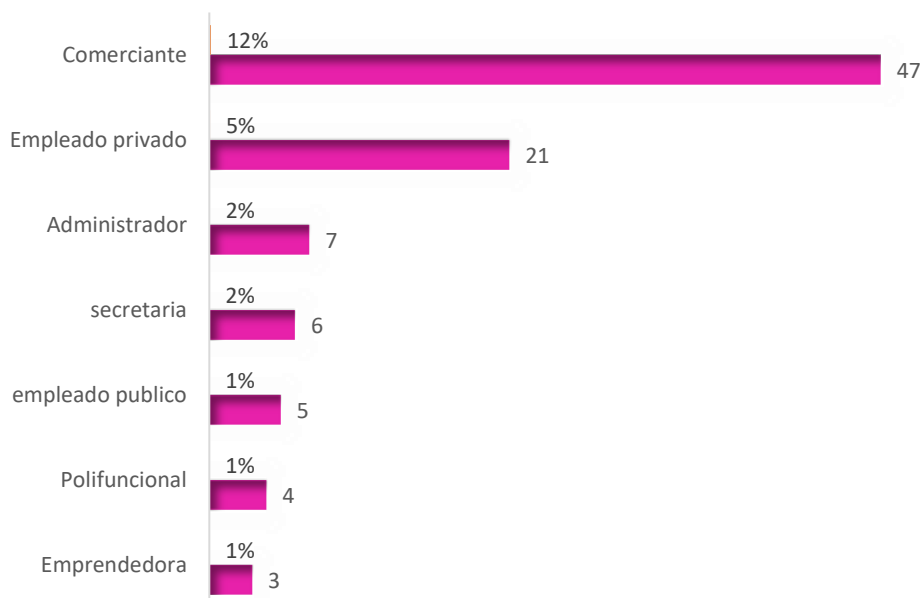


Figura 8: Actividades comerciales y ocupacionales presentes en Ciudad Bicentenario

Por otro lado, los oficios y trabajos manuales representan 83 personas (21%), sobresaliendo actividades como bodeguero (4%), albañil (4%) y mantenimiento de seguridad (3%). Estas ocupaciones suelen implicar mayor exposición a riesgos físicos, accidentes laborales, desgaste corporal y condiciones de trabajo menos protegidas, evidenciando inequidades en las formas de inserción laboral.

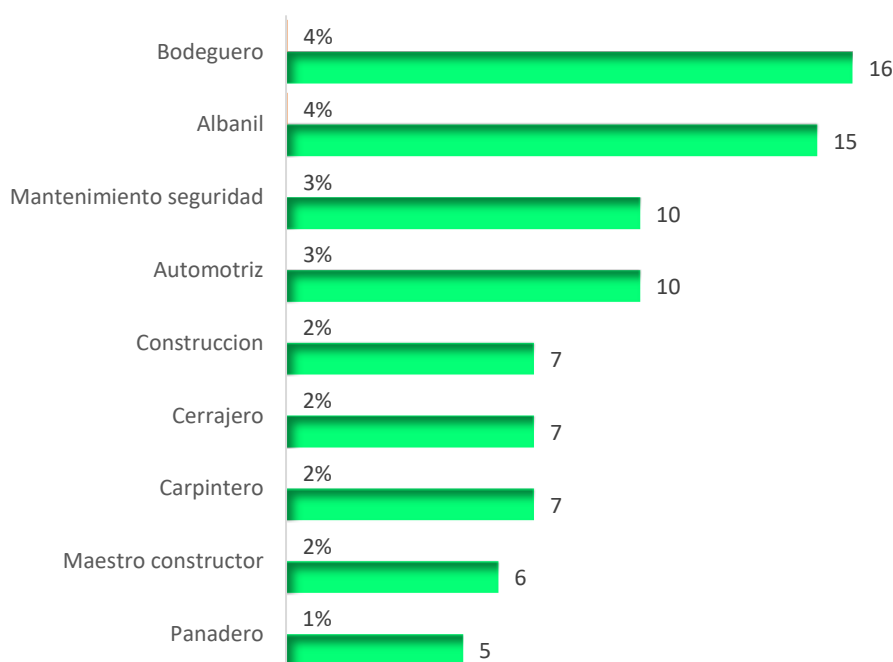


Figura 9: Oficio y trabajos manuales presentes en Ciudad Bicentenario

En el grupo de profesionales y técnicos se registraron 101 personas (25%), destacándose los profesores con 27 participantes (7%) e ingenieras comerciales con 14 personas (4%). También se identifican ocupaciones relacionadas con salud, tecnología y servicios. Este sector refleja una población con formación técnica o profesional, aunque no necesariamente exenta de precarización laboral, estrés ocupacional y exigencias productivas derivadas del modelo económico contemporáneo.

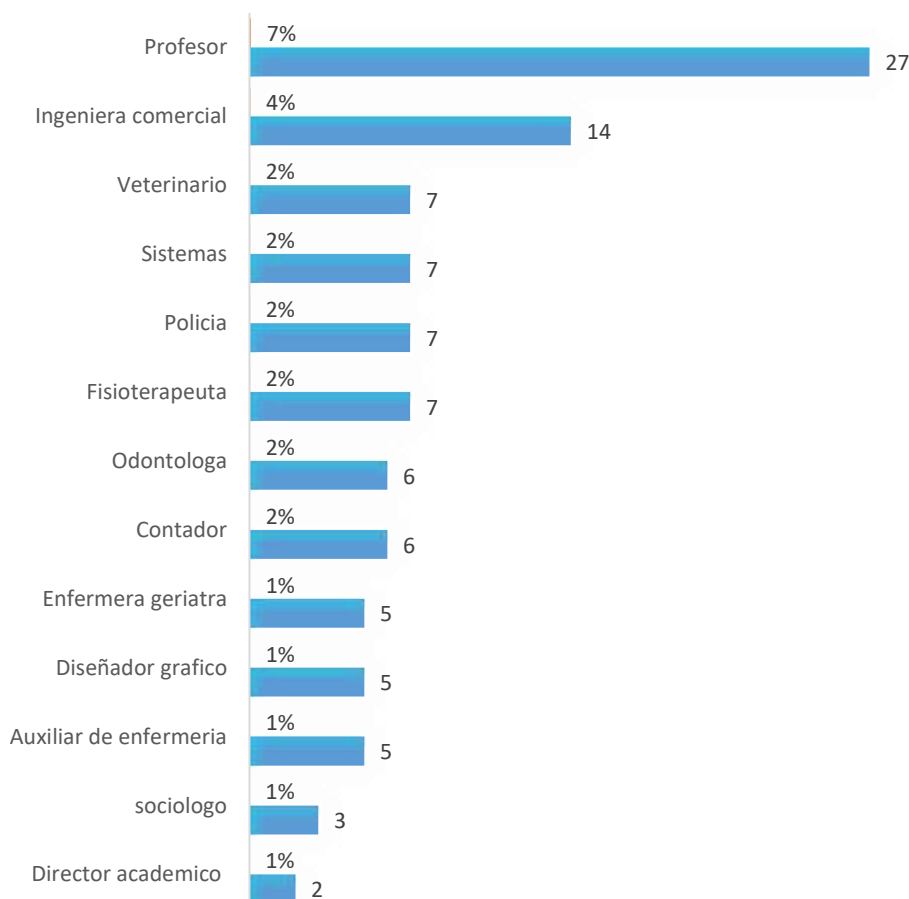


Figura 10: Profesionales y técnicos presentes en Ciudad Bicentenario

En conjunto, la distribución ocupacional muestra cómo los distintos modos de trabajo y reproducción social configuran perfiles diferenciados de vulnerabilidad y acceso a recursos. Desde la epidemiología crítica, las ocupaciones no son únicamente categorías económicas, sino expresiones de las relaciones sociales de producción que determinan las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población de Ciudad Bicentenario. Esta heterogeneidad ocupacional evidencia diferentes niveles de exposición a procesos de desgaste físico, mental y social. Asimismo, las ocupaciones técnicas y profesionales reflejan desigualdades en el acceso a ingresos, estabilidad laboral y protección social.

Tabla 8
**Consumo de medicamentos según grupo ocupacional e
 inserción social en habitantes de Ciudad Bicentenario, 2025**

Grupo Ocupacional	NO CONSUMEN	SI CONSUMEN
Condición de actividad	15	108
Profesionales y técnicos	5	103
Oficios y trabajos manuales	7	76
Actividades comerciales y ocupacionales	17	69
TOTAL	44	356

Fuente: Encuesta Epidemiológica de la determinación social de la salud sobre consumo de medicamentos en población adulta en Ciudad Bicentenario
 Elaboración propia

Se evidencian que el consumo de medicamentos es elevado en todos los grupos ocupacionales, alcanzando el 89 % de la población estudiada (356 de 400 habitantes). Sin embargo, existen diferencias que pueden interpretarse a partir de los procesos de inserción social. El grupo denominado condición de actividad registra el mayor número absoluto de consumidores (108 personas). Este grupo probablemente incluye amas de casa, jubilados, desempleados u otras personas fuera del mercado laboral formal. Desde la epidemiología crítica, este hallazgo resulta especialmente relevante porque evidencia que la exclusión o inserción parcial en el sistema productivo no elimina las necesidades de salud; muchas veces se asocia con mayor presencia de enfermedades crónicas, dependencia de tratamientos farmacológicos y vulnerabilidad social.

El grupo de profesionales y técnicos presenta el mayor número de consumidores de medicamentos (103 personas), lo que puede asociarse con una mayor integración al sistema formal de salud, mejores niveles educativos y mayor acceso a servicios médicos y farmacéuticos. Esta situación refleja una inserción social más favorable, que facilita el diagnóstico oportuno, la atención médica y el acceso a tratamientos farmacológicos. Por otra parte, los habitantes vinculados a oficios y trabajos manuales también muestran un elevado consumo (76 personas). En este caso, el uso de medicamentos puede estar relacionado con las condiciones laborales, la exposición a riesgos físicos, el desgaste corporal y la presencia de enfermedades ocupacionales. Este patrón evidencia cómo los procesos productivos y las formas de trabajo influyen directamente en las necesidades de atención y consumo farmacológico.

En el grupo dedicado a actividades comerciales y ocupacionales, aunque el consumo sigue siendo alto (69 personas), se observa una proporción ligeramente mayor de personas que no consumen medicamentos. Esto podría relacionarse con diferencias en

las condiciones de empleo, ingresos o acceso a servicios sanitarios, factores que determinan distintas formas de enfrentar los problemas de salud.

Los resultados muestran que el consumo de medicamentos está estrechamente vinculado a las formas de inserción social de los habitantes de Ciudad Bicentenario. Las condiciones de trabajo, los ingresos, la estabilidad laboral, el acceso a la seguridad social y los servicios de salud configuran diferentes oportunidades para acceder al diagnóstico y tratamiento médico.

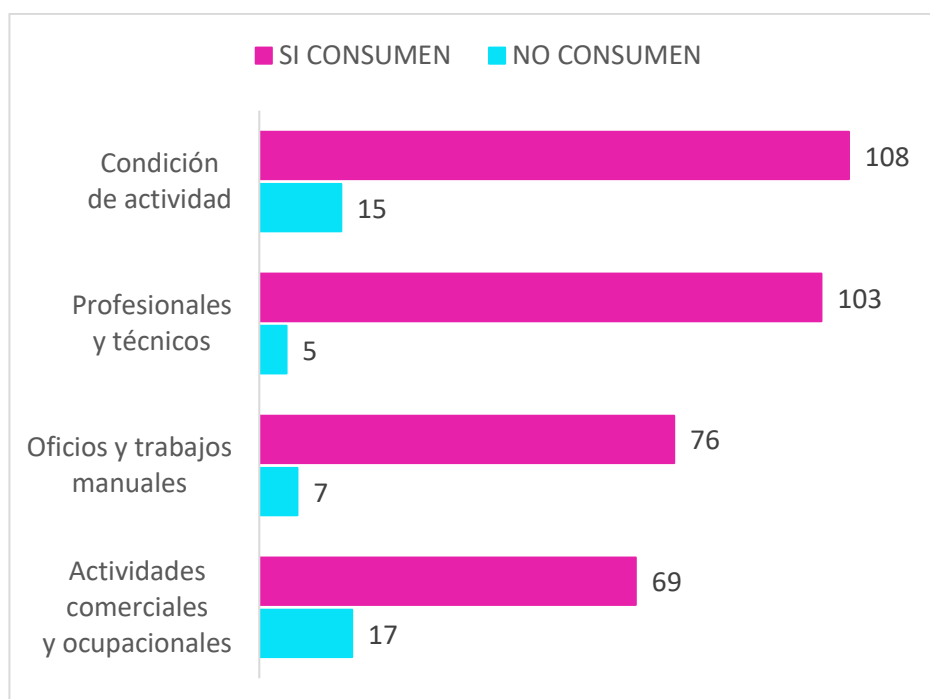


Figura 11: Consumo de medicamento en grupos ocupacionales en Ciudad Bicentenario

Asimismo, el elevado consumo observado en todos los grupos puede interpretarse como una expresión de la creciente medicalización de la vida cotidiana. Es decir, muchos problemas de salud son abordados principalmente mediante medicamentos, mientras que las causas estructurales asociadas a las condiciones de trabajo, vivienda, alimentación y bienestar social permanecen sin resolverse.

En consecuencia, los datos sugieren que la inserción social influye directamente en los patrones de consumo de medicamentos. Los grupos con mayor integración al sistema educativo, laboral y sanitario presentan mayores posibilidades de acceder a tratamientos, mientras que los grupos más vulnerables enfrentan condiciones que pueden aumentar sus necesidades de medicación, al mismo tiempo limitar el acceso equitativo a una atención integral de salud.

2.2. Descripción de las condiciones de vida (entorno)

Este análisis emerge desde la identificación de los procesos de reproducción social de los habitantes de Ciudad Bicentenario:

Tabla 9
**Caracterización socio habitacional y de reproducción social,
de los habitantes de Ciudad Bicentenario 2025**

CARACTERIZACIÓN SOCIO HABITACIONAL	FRECUENCIA	
Tipo de Vivienda	N	%
Propia	261	65.3
Arrendada	139	34.8
Total	400	100,0
Calidad de la Vivienda	N	%
Muy Buena	73	18
Buena	305	76
Regular	22	6
Total	400	100,0
Uso transporte Público	N	%
Si	271	68
No	129	32
Total	400	100,0
Uso de vehículo propio	N	%
Si	216	54
No	184	46
Total	400	100,0
Conformación familiar	N	%
1-2 personas	102	25.5
3-4 personas	194	48.5
5-6 personas	104	26
Total	400	100,0

Fuente: Encuesta Epidemiológica de la determinación social de la salud sobre consumo de medicamentos en población adulta en Ciudad Bicentenario

Elaboración propia

La información que se presenta en la tabla 5, la distribución del tipo de vivienda muestra que un (65,3 %) de la población habitan en viviendas propias, lo que indica una estabilidad habitacional y seguridad en las condiciones de vida, la población ha conseguido vivir en una casa propia, ligada a un mejor acceso a servicios básicos como (agua potable, saneamiento, electricidad) y a mejores condiciones materiales de vivienda lo cual redundaría en la configuración de un modo de vida favorable para la salud; mientras que el (34,8 %) lo hacen en viviendas arrendadas. Esto refleja una división en la

estabilidad habitacional, donde este grupo depende de la renta, lo cual puede traducirse en la percepción de incertidumbre frente a desalojos, aumentos arbitrarios en el costo del alquiler, la imposibilidad de hacer inversiones en la mejora de la vivienda e impactos psicológicos como estrés y ansiedad.

Al indagar la percepción en cuanto a la calidad de su vivienda, es otra variable crítica donde el 76 % de la población manifestó que su vivienda es de buena calidad y el 18 % es de muy buena calidad, con solo el 6 % que señaló una calidad regular y no se registró ningún caso de mala calidad. Con estos resultados podemos observar que la mayoría de las personas encuestadas vive en condiciones adecuadas, sin embargo, existe un grupo que por sus condiciones de vivienda regular pueden generar riesgos de enfermedades relacionadas con el medio ambiente, como respiratorias o infecciosas.

Finalmente, la composición del hogar muestra que la mayoría de la población vive en hogares de 3 a 4 personas el (48,5 %), seguido por hogares con 5 a 6 personas (26 %) y Hogares pequeños (1-2 personas) representan el 25,5%. Los hogares mayoritariamente extensos conforman el (74.5% con 3-6 personas) dada la concentración de personas en un mismo espacio suelen implicar mayores tensiones en recursos, lo que incrementa la transmisión de enfermedades y estrés reflejando mayores riesgos sociales y sanitarios en condiciones socioeconómicas.

El elevado uso de transporte público (68 %) indica una dependencia de medios colectivos, los cuales pueden implicar una mayor exposición a riesgos sanitarios, especialmente en contextos de epidemias. Este dato es una expresión de cómo las condiciones estructurales limitan el acceso a medios privados de transporte para un sector importante (32 % no usa transporte público). Además, la posesión de vehículo propio es solo del 54%, mientras que el 46 % no posee, evidenciando desigualdades en movilidad y acceso a servicios, que repercuten en la salud y calidad de vida.

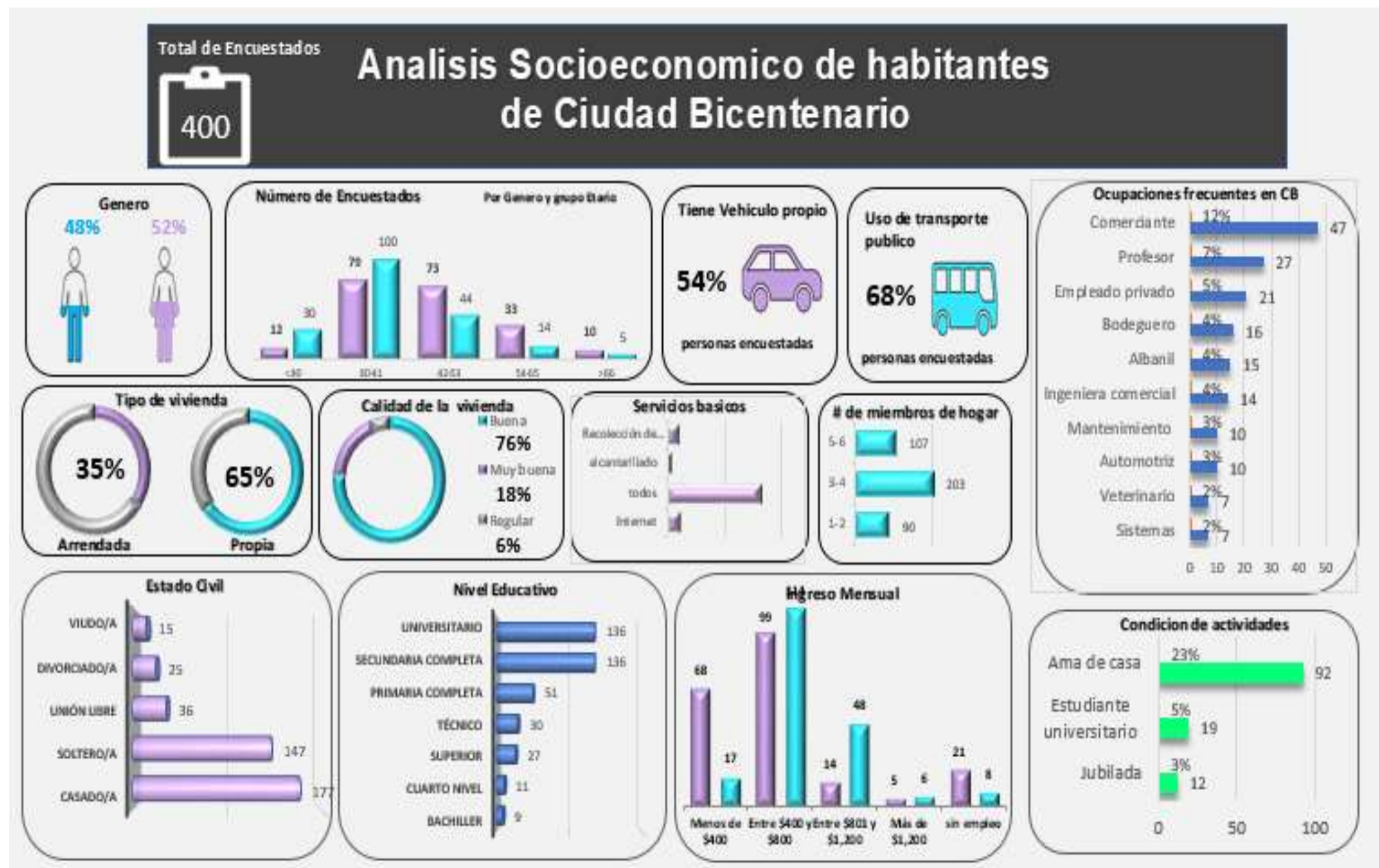


Figura 12: Dashboard del nivel socioeconómico de habitantes de Ciudad Bicentenario

3. Acceso y uso de servicios de salud

Tabla 10
Caracterización y percepción de los servicios
de salud en Ciudad Bicentenario 2025

CARACTERIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD		FRECUENCIA	
Uso de servicio de salud (SP)		N	%
Subcentro de salud		140	35
Hospital público		105	26
Seguro social (IESS)		68	17
Consultorio privado		58	15
Farmacia		29	7
Total		400	100,0
Frecuencia con la que acude SP		N	%
Rara vez		257	64
Ocasionalmente		91	23
Frecuentemente		34	9
Nunca		18	5
Total		400	100,0
Calidad de atención SP		N	%
Buena		300	75
Regular		72	18
Mala		17	4
Muy buena		11	3
Total		400	100,0
Disponibilidad de medicamentos		N	%
Si		177	44
No		216	54
Desconoce		7	2
Total		400	100,0

Fuente: Encuesta Epidemiológica de la determinación social de la salud sobre consumo de medicamentos en población adulta en Ciudad Bicentenario.

Elaboración propia

El uso de los servicios de salud pública presenta variaciones significativas dentro de la población, reflejando no solo patrones de acceso, sino también las barreras y limitaciones estructurales del sistema sanitario. La frecuencia de uso de los servicios de salud, el 64 % de la población acude rara vez a los servicios de salud público, mostrando una asistencia limitada en este sistema. Esta baja frecuencia refleja una barrera importante como limitaciones económicas, falta de confianza en el sistema y una baja percepción de necesidad médica. Por su parte, el 23 % asiste ocasionalmente al servicio de salud pública, lo que indica un acceso intermitente; este grupo suele acudir cuando la situación de salud es urgente, requieren de profesionales de salud especializados o las condiciones de salud empeoran.

Mientras que solo el 9 % de las personas accede de manera frecuente a los servicios de salud, principalmente quienes padecen enfermedades crónicas, requieren servicios de cirugías, procedimientos específicos y medicamentos costosos. La baja frecuencia de asistencia

evidencia que solo una minoría cuenta con acceso regular y constante a los servicios de salud pública. Por último, un 5 % afirma que nunca acude a servicios públicos de salud, siendo este grupo el más vulnerable, justifican su exclusión por desconfianza, pérdida de tiempo, preferencia por otro tipo de servicios de salud o carencia de recursos como medicamentos específicos, esto aumenta el riesgo de complicaciones de salud y mortalidad.

Analizando los tipos de servicios más utilizados, se observa que un 35 % de las personas busca ser atendido en los subcentros de salud, con ello la atención primaria es la puerta de entrada al servicio de Salud. Esta atención primaria facilita la detección y la prevención de enfermedades, pero la elevada demanda genera una sobrecarga que limita la continuidad de cuidados especializados. En segundo lugar, un 26 % de las personas prefieren utilizar hospitales públicos, centros con mayor especialización, aunque el acceso suele verse restringido por obstáculos geográficos, disponibilidad insuficiente de recursos y camas. La baja utilización del seguro social (IESS, 17 %) refleja exclusión laboral y social, mientras que el uso de consultorios privados (15 %) puede señalar insatisfacción con la atención pública. Por último, el 7 % de la población recurre a farmacias para resolver problemas de salud, una alternativa rápida y económica pero que implica riesgos asociados a la automedicación, tales como errores en el tratamiento y posibles complicaciones.

La percepción de las personas referente a la calidad de atención en los servicios de salud es variada, el (75 %) califican la atención como buena y solo un 3 % la considera muy buena. Sin embargo, existe un 18% que percibe la atención como regular y un 4% como mala, cifras que indican fallas significativas en la calidad del servicio de salud para casi una cuarta parte de la población. Desde el enfoque crítico, esta disparidad no es un fenómeno aislado, sino que refleja la influencia de factores estructurales, como la desigualdad económica, la segmentación del sistema de salud y la distribución inequitativa de recursos. Para sectores más vulnerables, la escasa calidad puede generar desconfianza y dificultad para el acceso efectivo, perpetuando vulnerabilidades en salud.

Respecto a la Disponibilidad de medicamentos, solo el 44 % de las personas reporta que los medicamentos están disponibles en los centros de salud y los han recibido, mientras que más de la mitad (54 %) indican la ausencia y desabastecimiento de los medicamentos. Esta limitación en el acceso a medicamentos esenciales evidencia una falla estructural del sistema, que afecta directamente la capacidad de la población para manejar y tratar sus condiciones de salud, se enfatiza que esta falta no solo es una cuestión técnica, sino un reflejo de decisiones políticas y económicas que afectan la distribución y priorización de recursos en salud.

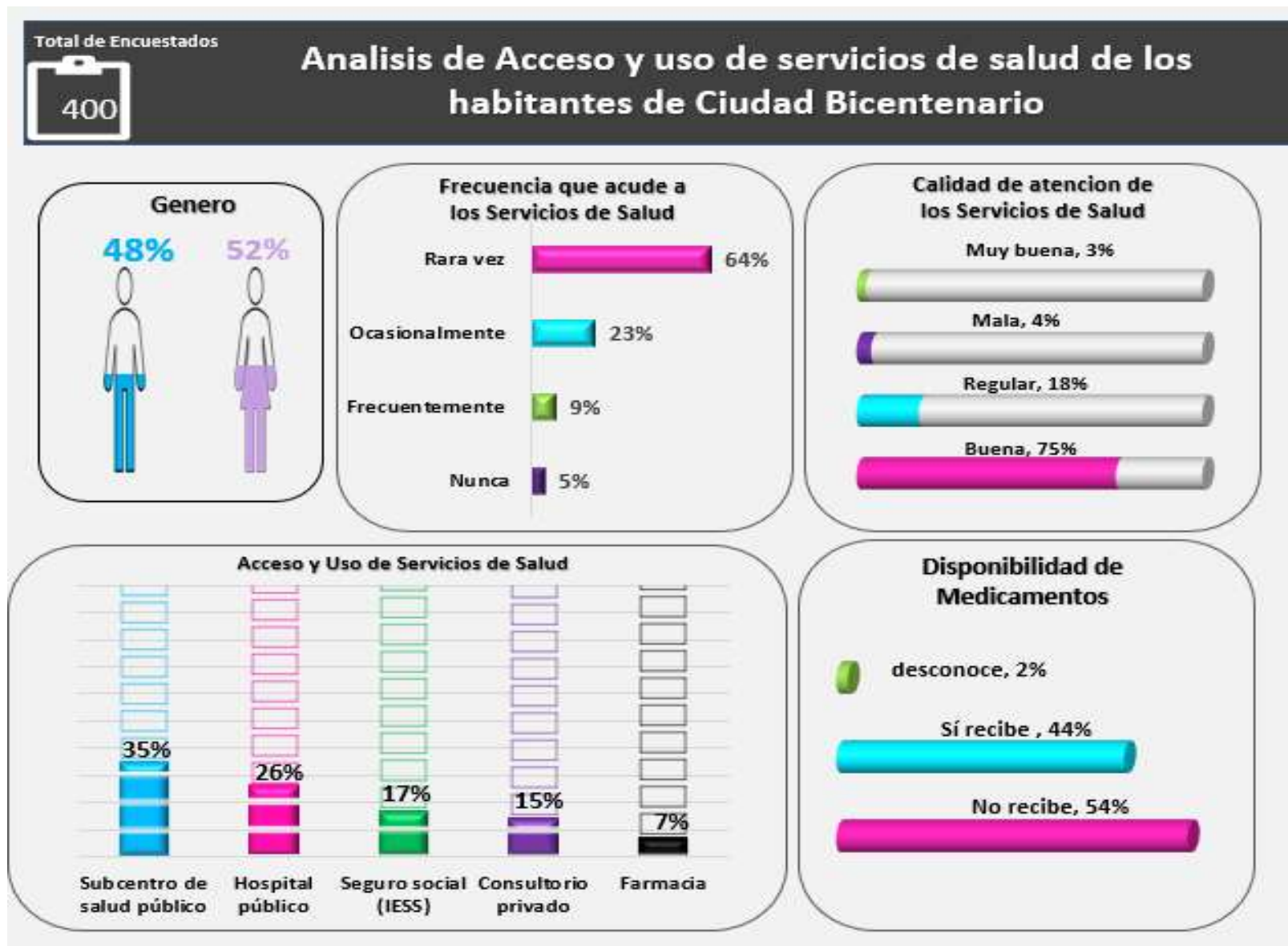


Figura 13: Dashboard del acceso y uso de servicios de salud de los habitantes de Ciudad Bicentenario

4. Consumo de medicamentos

Los datos brindan información cuantitativa esencial para describir patrones, frecuencias y asociaciones entre variables relacionadas con la salud, el consumo y el acceso a medicamentos.

Tabla 11
Prevalencia del consumo de medicamentos según condiciones de vida en habitantes de Ciudad Bicentenario 2025

CONDICIONES DE VIDA	CONSUMO DE MEDICAMENTOS	
Género	Si Consume	No Consume
Femenino	45	162
Masculino	13	180
Estado Civil	Si Consume	No Consume
Casado	19	158
Divorciado	5	20
Soltero	11	136
Union libre	15	21
Viudo	8	7
Rango de Edad	Si Consume	No Consume
<30	0	42
30-41	164	15
42-53	98	19
54-65	28	19
>66	10	5
Nivel de Instrucción	Si Consume	No Consume
Primaria completa	13	38
Secundaria completa	101	35
Técnico	0	30
Universitaria	0	136
Cuarto Nivel	5	6
Ingreso mensual	Si Consume	No Consume
Menos de \$400	15	70
Entre \$ 400 y \$ 800	38	175
Entre \$ 800 y \$ 1200	0	62
Mas de \$1200	5	6
Sin empleo	0	29
Total	58	342

Fuente: Encuesta Epidemiológica de la determinación social de la salud sobre consumo de medicamentos en población adulta en Ciudad Bicentenario

Elaboración propia

En conjunto, los datos muestran que el consumo de medicamentos está socialmente determinado. Desde la epidemiología crítica, estas diferencias evidencian inequidades sociales en salud, donde las condiciones materiales de vida condicionan tanto la aparición de

enfermedades como las respuestas terapéuticas adoptadas por la población. El consumo de medicamentos, por tanto, no puede analizarse solo desde lo clínico, sino como una expresión de desigualdad social, precarización laboral y acceso diferenciado a recursos económicos, educativos y sanitarios.

Se evidenció una distribución desigual del consumo de medicamentos según las condiciones de vida de la población estudiada en Ciudad Bicentenario durante 2025. Aunque en términos generales predominó el grupo de personas que no consume medicamentos (342 casos), el análisis por determinantes sociales permitió identificar patrones de vulnerabilidad asociados al género, edad, nivel educativo e ingreso económico. En relación con el género, se observó un predominio del consumo de medicamentos en el sexo femenino, con 45 mujeres consumidoras frente a 13 hombres.

Este comportamiento refleja las desigualdades estructurales de género presentes en los procesos de salud-enfermedad, donde las mujeres suelen asumir mayores cargas de trabajo doméstico, cuidado familiar y reproducción social, condiciones que incrementan el desgaste físico y emocional. Desde la epidemiología crítica, este fenómeno no responde únicamente a factores biológicos, sino a relaciones históricas de inequidad y división sexual del trabajo que condicionan mayor exposición al malestar y a la medicalización.

Los datos evidencian que el consumo de medicamentos no depende únicamente de decisiones individuales, sino de procesos sociales y estructurales que condicionan las formas de enfermar, cuidar y tratar la salud. Las personas viudas y en unión libre presentan mayor consumo, posiblemente asociado a condiciones de vulnerabilidad social, emocional y económica. En cambio, los grupos casados y solteros muestran menor consumo, aunque esto también podría reflejar diferencias en acceso y utilización de servicios de salud.

Respecto a la edad, el mayor consumo de medicamentos se concentró en los grupos de 30 a 41 años y de 42 a 53 años, evidenciando que la población económicamente activa presenta mayores necesidades de medicación. Este comportamiento puede relacionarse con las exigencias laborales, la precarización económica, el estrés cotidiano y la acumulación de desgaste derivado de las condiciones de vida.

Asimismo, en el grupo mayor de 66 años se mantuvo una importante proporción de consumo, situación asociada probablemente a la presencia de enfermedades crónicas y procesos degenerativos vinculados al envejecimiento. En cuanto al nivel de instrucción, las mayores frecuencias de consumo se presentaron en personas con secundaria completa, mientras que en quienes poseían formación universitaria predominó el no consumo de medicamentos. Este hallazgo evidencia cómo la escolaridad actúa como un determinante social de la salud, ya

que mayores niveles educativos suelen asociarse con mejores oportunidades laborales, mayor acceso a información sanitaria y mejores prácticas de autocuidado.

Desde la epidemiología crítica, la educación constituye un elemento central en la reproducción de inequidades sociales y en la capacidad de las personas para enfrentar los riesgos que afectan su salud. Con relación al ingreso económico, las mayores frecuencias de consumo se registraron en los grupos con ingresos menores a 800 dólares mensuales, particularmente entre quienes perciben entre 400 y 800 dólares. Este comportamiento evidencia que las condiciones materiales de vida influyen directamente sobre el proceso salud-enfermedad. Los bajos ingresos se relacionan con mayores dificultades para acceder a alimentación adecuada, vivienda digna, descanso, recreación y atención preventiva, factores que incrementan la vulnerabilidad y favorecen la aparición de enfermedades que derivan en mayor consumo de medicamentos.

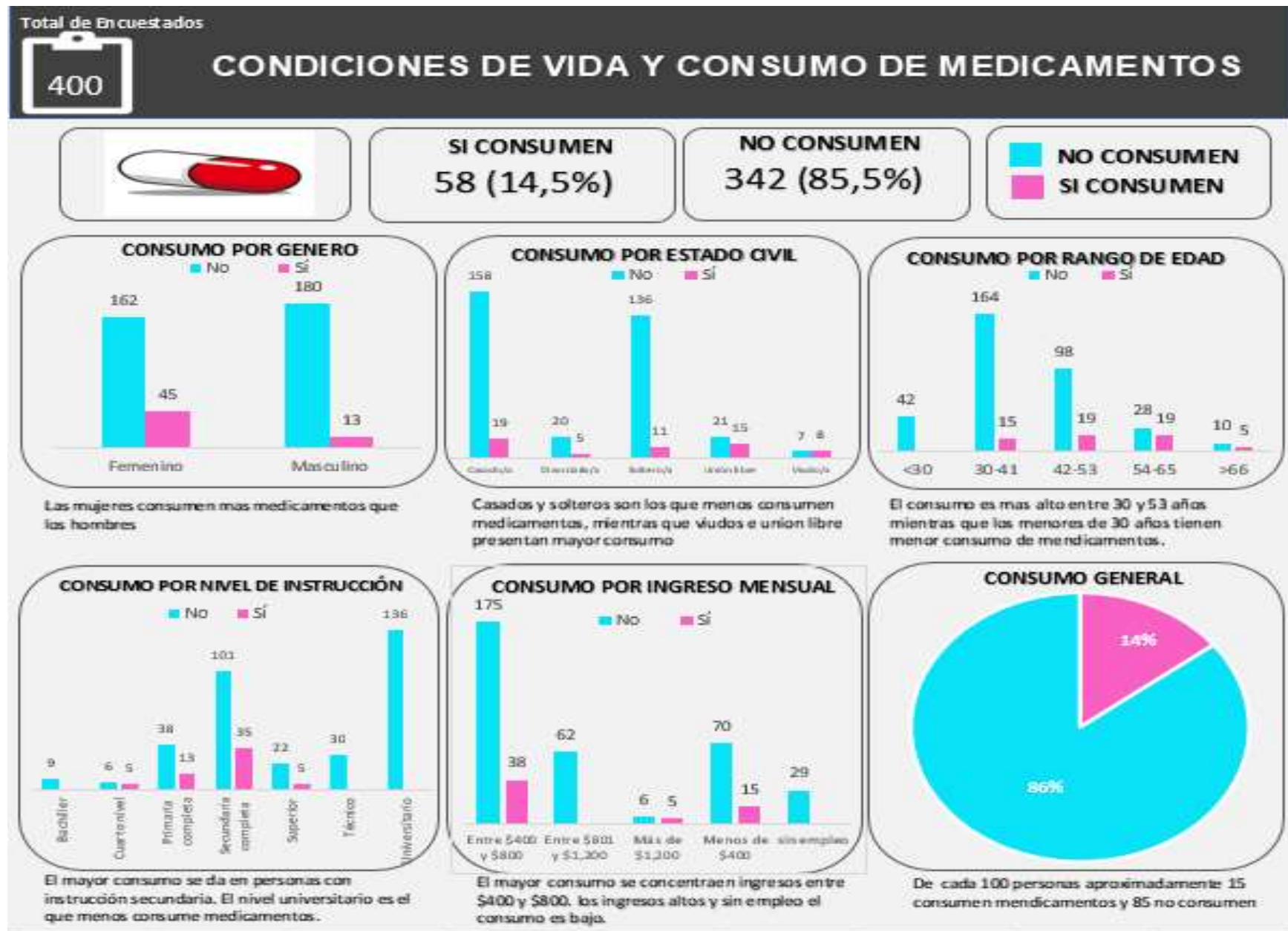


Figura 14: Dashboard de condiciones de vida y consumo de medicamentos en Ciudad Bicentenario

Tabla 12
**Características de consumo de medicamentos en
habitantes de Ciudad Bicentenario 2025**

CARACTERÍSTICAS	CONSUMO DE MEDICAMENTOS	
	Femenino	Masculino
Numero de medicamentos		
1 a 2 medicamentos	60	73
3 o más medicamentos	5	0
Algunos medicamentos	17	0
Ningún medicamento	125	120
Grupos farmacológicos usados	Femenino	Masculino
Analgésicos	49	82
Antibióticos	66	38
Antihipertensivos	5	16
Vitaminas	50	20
Ninguno	0	5
Indicación médica	Femenino	Masculino
Adquisición por su cuenta	5	3
Farmacéutico/ farmacia	21	40
Medico	174	144
Otros	7	6
Cumplimiento del tratamiento	Femenino	Masculino
Si cumple	94	98
No cumple	113	95
Acceso a medicamentos	Femenino	Masculino
Establecimiento de salud publica	8	22
Farmacia	175	164
Seguro social	24	7
Recibe los medicamentos indicados	Femenino	Masculino
Si recibe	94	83
No recibe	112	104
Desconoce	1	6
Automedicación	Femenino	Masculino
Si lo hace	161	164
No lo hace	46	29
Total	207	193

Fuente: Encuesta Epidemiológica de la determinación social de la salud sobre consumo de medicamentos en población adulta en Ciudad Bicentenario.

Elaboración propia

El análisis de los datos desde la perspectiva de la epidemiología crítica permite comprender el consumo de medicamentos no solo como una conducta individual, sino como el resultado de procesos sociales, económicos y culturales que condicionan las formas de enfermar, atenderse y acceder a los tratamientos. En este enfoque, las desigualdades de género, el acceso a los servicios de salud y las condiciones de vida influyen directamente en las prácticas de consumo y automedicación.

En la población estudiada se observó un elevado consumo de medicamentos tanto en mujeres como en hombres, siendo el femenino quien predominó el consumo de 1 a 2 medicamentos, con (60 casos). Sin embargo, el consumo de 3 o más medicamentos se presentó únicamente en mujeres, mientras que la categoría “algunos medicamentos” también mostró predominio femenino. Estos resultados sugieren una mayor medicalización de las mujeres, situación que desde la epidemiología crítica puede asociarse con la sobrecarga física y emocional derivada de las responsabilidades domésticas, laborales y de cuidado, así como con una mayor interacción histórica de las mujeres con los servicios sanitarios.

Se identificó un importante grupo que refirió no consumir medicamentos, con (125 mujeres y 120 hombres), este comportamiento puede interpretarse como expresión de desigualdades en el acceso a los servicios de salud y en la medicalización de la vida cotidiana, donde ciertos grupos tienen mayor exposición al uso farmacológico como respuesta a problemas de salud derivados de sus condiciones sociales y laborales.

Respecto a los grupos farmacológicos utilizados, los analgésicos fueron los medicamentos más consumidos por los hombres (82 casos), mientras que en las mujeres predominó el uso de antibióticos (66 casos) y vitaminas (50 casos). Este comportamiento refleja diferencias en los perfiles epidemiológicos y en las formas de afrontar los procesos de enfermedad según género, el patrón de consumo farmacológico no responde únicamente a necesidades biológicas, sino también a condiciones sociales y culturales que determinan diferentes formas de enfermar, percibir el malestar y acceder al tratamiento. El elevado consumo de analgésicos puede relacionarse con condiciones de trabajo y desgaste físico, mientras que el uso frecuente de antibióticos refleja prácticas de automedicación y acceso limitado a controles médicos continuos.

En relación con la indicación médica, la mayoría de participantes señaló que los medicamentos fueron prescritos por un médico, con (174 mujeres y 144 hombres). Sin embargo, también se evidenció adquisición por recomendación del farmacéutico o directamente en farmacia, especialmente en hombres (40 casos). Este fenómeno refleja la influencia del mercado farmacéutico y la mercantilización de la salud, donde la farmacia se convierte en un espacio alternativo de atención ante las limitaciones de acceso oportuno al sistema sanitario. En cuanto al cumplimiento del tratamiento, se encontró que (94 mujeres y 98 hombres) sí cumplen con la medicación prescrita, mientras que (113 mujeres y 95 hombres) no cumplen adecuadamente el tratamiento.

Este hallazgo evidencia dificultades en la continuidad terapéutica, posiblemente relacionadas con factores económicos, barreras de acceso, falta de educación o percepción de

mejoría. El incumplimiento terapéutico no debe interpretarse únicamente como responsabilidad individual, sino como consecuencia de determinantes sociales que limitan la adherencia al tratamiento.

Referente al acceso a los medicamentos mostró un claro predominio de las farmacias como principal fuente de obtención, con (175 mujeres y 164 hombres). En contraste, un número reducido accedía a medicamentos mediante establecimientos públicos de salud o el seguro social, este comportamiento demuestra una dependencia del mercado privado farmacéutico, situación que puede incrementar inequidades en salud, especialmente en grupos con menores recursos económicos. Cabe destacar que el acceso desigual a medicamentos refleja relaciones estructurales de poder y distribución inequitativa de los recursos sanitarios, evidenciando que una parte importante de la población no recibe los medicamentos indicados, (112 mujeres y 104 hombres) manifestaron no recibir los medicamentos prescritos.

Este hallazgo puede asociarse a limitaciones económicas, desabastecimiento institucional o dificultades en la cobertura de salud, factores que afectan directamente la capacidad de las personas para tratar adecuadamente sus enfermedades.

Finalmente, se identificó una elevada prevalencia de automedicación tanto en mujeres como en hombres, un total de (161 mujeres y 164 hombres) refirieron automedicarse, cifras considerablemente superiores a quienes no lo hacen. La automedicación constituye un fenómeno social complejo relacionado con barreras de acceso al sistema sanitario, naturalización del consumo farmacológico, influencia de la industria farmacéutica y conocimientos empíricos. Este comportamiento representa un problema de salud pública debido a los riesgos asociados al uso inadecuado de medicamentos, resistencia antimicrobiana y aparición de efectos adversos.

Desde la epidemiología crítica, el acceso a información sanitaria constituye un determinante social fundamental, ya que influye sobre las prácticas de autocuidado, el uso racional de medicamentos y la capacidad de las personas para tomar decisiones informadas respecto a su salud. Estos hallazgos permiten comprender que el proceso de medicalización no depende únicamente de decisiones individuales, sino de condiciones sociales históricamente determinadas que influyen sobre las formas de enfermar, tratarse y cuidar la salud dentro de la comunidad.

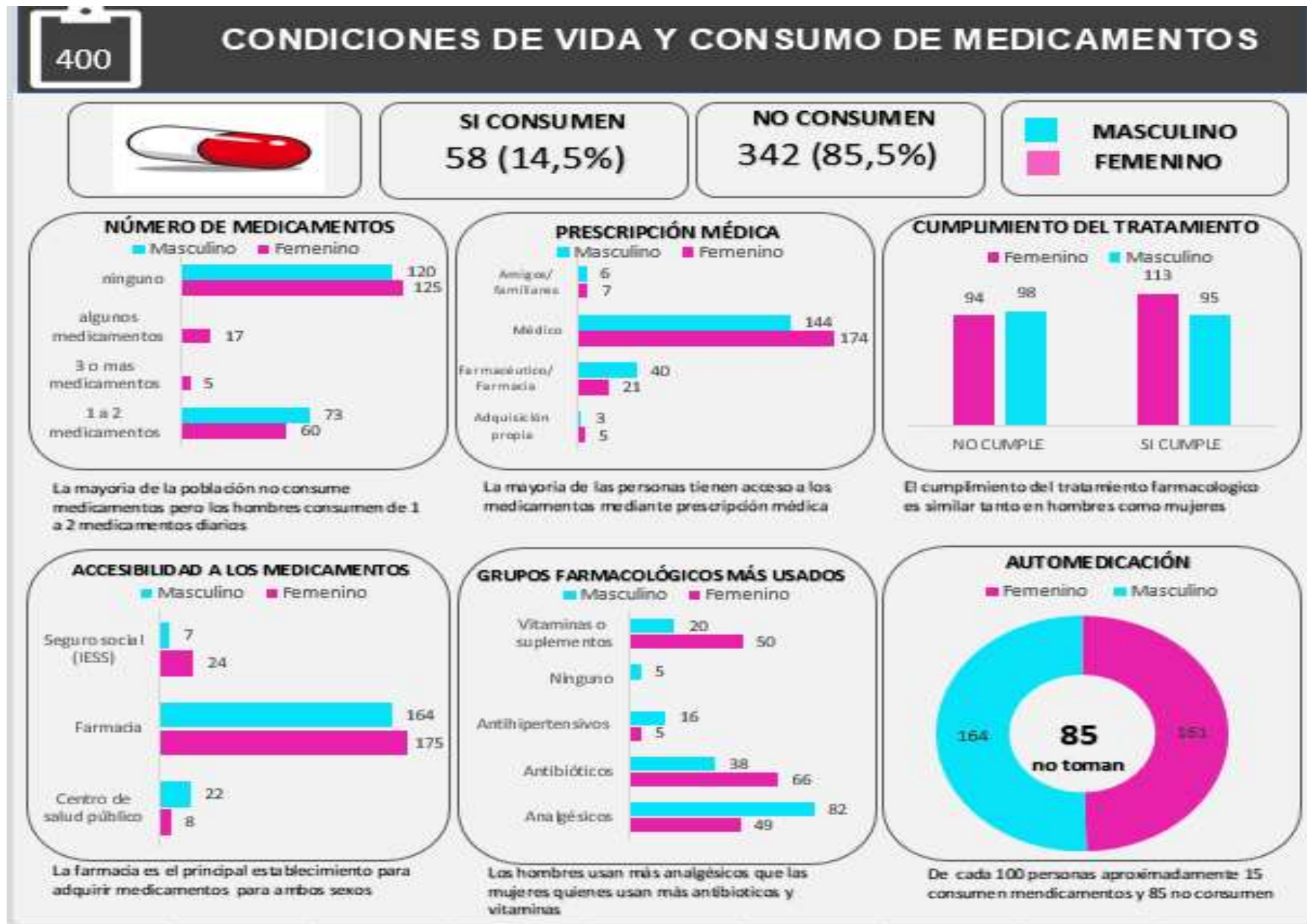


Figura 15: Dashboard de Características del consumo de medicamentos en Ciudad Bicentenario

Tabla 13
**Acceso a información y conocimiento sobre consumo
 de medicamentos en habitantes de Ciudad Bicentenario 2025**

CONOCIMIENTO ADQUIRIDOS	INFORMACION /MEDICAMENTOS	
Acceso a información de tratamientos	Femenino	Masculino
Familiares/Amigos	26	9
Internet/ redes sociales	8	15
Medico/Farmacéutico	173	169
Confiabilidad de los medicamentos consumidos	Femenino	Masculino
Si confía	161	164
No confía	46	29
Información sobre el uso de medicamento	Femenino	Masculino
Si recibe información	203	184
No recibe información	4	9
Total	207	193

Fuente: Encuesta Epidemiológica de la determinación social de la salud sobre consumo de medicamentos en población adulta en Ciudad Bicentenario

Elaboración propia

El análisis de los conocimientos adquiridos e información sobre medicamentos vistos desde la perspectiva de la epidemiología crítica permite comprender cómo los procesos sociales, culturales y económicos influyen en la construcción del conocimiento relacionado con la salud y el consumo de medicamentos. En este enfoque, la información sanitaria no se considera únicamente un recurso individual, sino un elemento condicionado por el acceso desigual a los servicios de salud, la educación y los medios de comunicación.

En la población estudiada se evidenció que la principal fuente de acceso a información sobre tratamientos fueron los profesionales de salud, especialmente médicos y farmacéuticos, tanto en mujeres (173 casos) como en hombres (169 casos). Este hallazgo refleja que el sistema sanitario continúa siendo el principal espacio legitimador del conocimiento sobre medicamentos. Sin embargo, también se identificó que una parte de la población obtiene información a través de familiares y amigos, particularmente las mujeres (26 casos), así como mediante internet y redes sociales, donde predominó el sexo masculino (15 casos).

Estas diferencias pueden relacionarse con los contextos socioculturales y las formas diferenciadas de interacción social y acceso a tecnologías de información. El acceso a información a través de familiares, amistades y redes sociales evidencia la existencia de prácticas culturales de transmisión de conocimientos sobre medicamentos, aunque estas redes de apoyo cumplen una función importante en la orientación cotidiana de las personas, también pueden favorecer prácticas inadecuadas como la automedicación o el uso incorrecto de

tratamientos, especialmente cuando existen limitaciones en el acceso oportuno a servicios de salud de calidad.

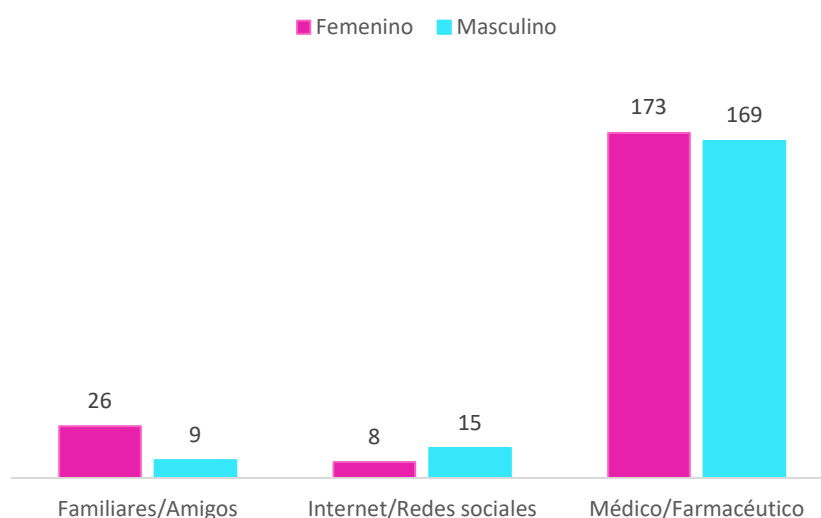


Figura 16: Acceso a información sobre tratamientos en Ciudad Bicentenario

En relación con la confiabilidad de los medicamentos consumidos, la mayoría de las mujeres (161 casos) y hombres (164 casos) manifestó confiar en los medicamentos que utiliza, mientras que una proporción menor indicó desconfianza. Esta confianza puede interpretarse como resultado de la legitimación social y cultural del medicamento como principal respuesta frente a la enfermedad. Además, la industria farmacéutica y los modelos biomédicos han fortalecido históricamente la percepción de que el medicamento constituye la solución inmediata para los problemas de salud, contribuyendo a procesos de medicalización de la vida cotidiana.

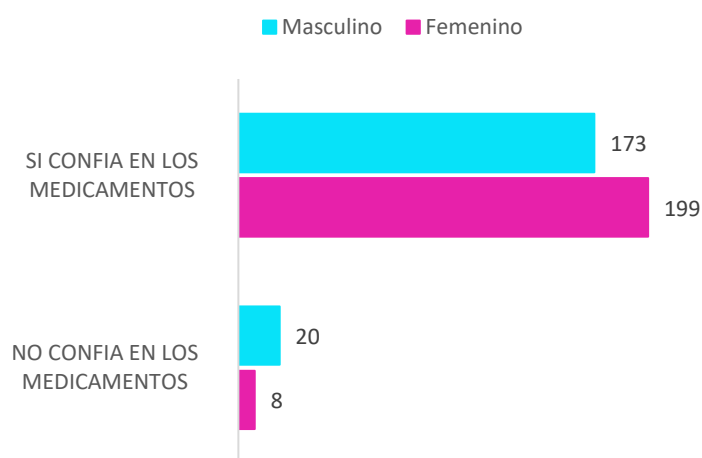


Figura 17: Confiabilidad en medicamentos en Ciudad Bicentenario

No obstante, el grupo que expresó desconfianza hacia los medicamentos también refleja tensiones relacionadas con experiencias negativas previas, falta de resultados terapéuticos o insuficiente información sobre los efectos adversos, estas situaciones evidencian desigualdades en la comunicación sanitaria y en la calidad de la educación sobre el uso racional de medicamentos.

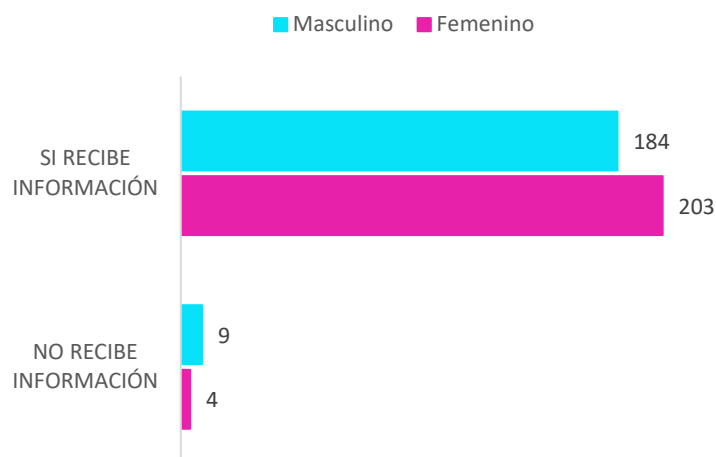


Figura 18: Recepción de información sobre uso de medicamentos en Ciudad Bicentenario

Respecto a la información recibida sobre el uso de medicamentos, se encontró que la mayoría de participantes sí recibe orientación, con 203 mujeres y 184 hombres que afirmaron recibir información, mientras que solo una minoría señaló no recibirla. Este resultado podría indicar una adecuada cobertura informativa por parte de los servicios de salud; sin embargo, desde la epidemiología crítica es importante analizar no solo la existencia de información, sino también su calidad, comprensión y aplicabilidad en las condiciones reales de vida de la población.

La disponibilidad de información no garantiza necesariamente prácticas adecuadas de consumo de medicamentos, muchas veces la información proporcionada responde a modelos verticales de atención centrados en la enfermedad y no en las necesidades integrales de las personas y comunidades.

Por ello, la epidemiología crítica plantea la necesidad de fortalecer procesos educativos participativos que promuevan el uso racional de medicamentos y la autonomía de la población en el cuidado de la salud. Los resultados evidencian que el conocimiento y la información sobre medicamentos están condicionados por factores estructurales y sociales que influyen en las decisiones terapéuticas de la población. La epidemiología crítica permite interpretar estos hallazgos como expresión de relaciones sociales, modelos de atención y desigualdades en el

acceso al conocimiento sanitario, elementos que determinan las prácticas de consumo y el uso de medicamentos en la vida cotidiana.

Tabla 14
Fuente de información sobre medicamentos según grupos ocupacionales

Grupos Ocupacionales	Fuente de Información	N
Actividades comerciales y ocupacionales	Familiares/Amigos	3
	Médico/Farmacéutico	82
	Internet/Redes sociales	8
Oficios y trabajos manuales	Familiares/Amigos	9
	Médico/Farmacéutico	64
	Internet/Redes sociales	10
Profesionales y técnicos	Médico/Farmacéutico	96
	Internet/Redes sociales	5
Condición de actividad	Familiares/Amigos	23
	Médico/Farmacéutico	100
Total		400

Fuente: Encuesta Epidemiológica de la determinación social de la salud sobre consumo de medicamentos en población adulta en Ciudad Bicentenario.

Elaboración propia.

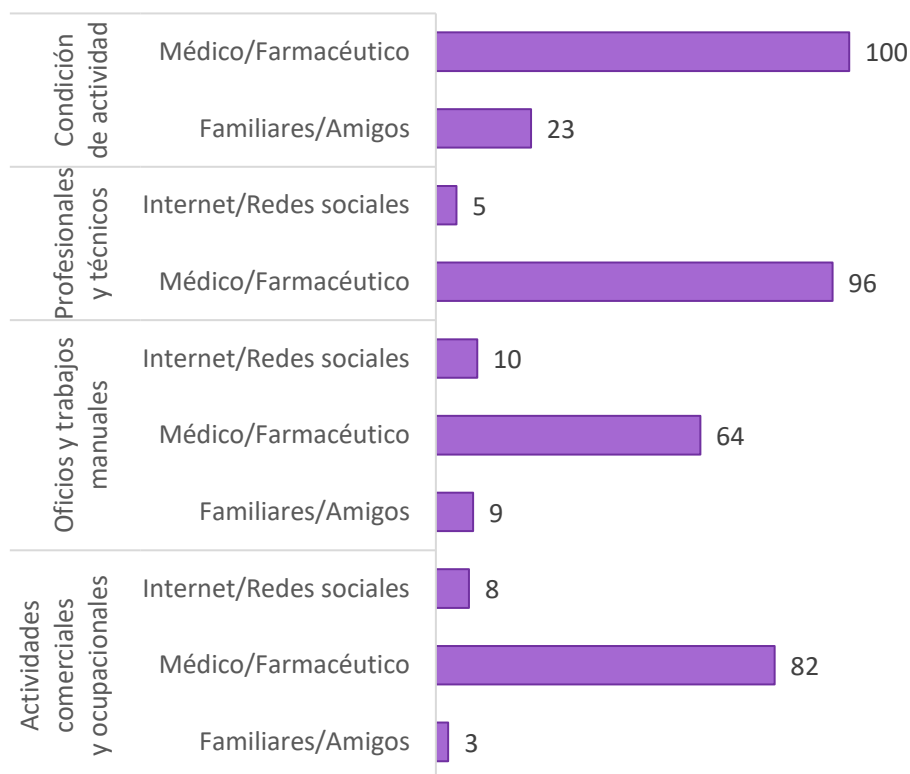


Figura 19: Fuente de información sobre uso de medicamentos según grupos ocupacionales en Ciudad Bicentenario

Los datos de Ciudad Bicentenario 2025 revelan patrones significativos que deben interpretarse desde la inserción social de la epidemiología crítica. De los 400 participantes estudiados, se identifican tres grupos ocupacionales principales con características distintivas en su acceso a información:

Actividades comerciales y ocupacionales (93 participantes totales) este grupo muestra una dependencia significativa de fuentes profesionales (82 personas acuden a médico/farmacéutico), lo que representa el 88.2% de su acceso a información. Sin embargo, solo 3 personas consultan a familiares/amigos y 8 a internet/redes sociales. Esta distribución sugiere que el acceso a profesionales de la salud está condicionado por la capacidad económica que permite las actividades comerciales, generando una brecha de acceso para quienes no pueden pagar consultas médicas frecuentes.

Oficios y trabajos manuales (83 participantes totales), presenta un patrón similar, pero con menor intensidad: 64 personas (77.1%) recurren a médico/farmacéutico, 9 (10.8%) a familiares/amigos y 10 (12.0%) a internet/redes sociales. La menor dependencia de fuentes profesionales podría reflejar barreras económicas que limitan el acceso a servicios de salud formales, obligando a buscar alternativas en redes informales de apoyo.

Profesionales y técnicos (101 participantes totales), el patrón más distintivo: 96 personas (95.0%) acuden a médico/farmacéutico, pero solo 5 (5.0%) usan internet/redes sociales. La alta dependencia de fuentes profesionales refleja mayor capacidad económica y mayor nivel de confianza en el sistema médico formal, características asociadas al capital cultural y económico de este estrato social.

Condición de actividad (123 participantes), presenta 100 personas (81.3%) que acuden a médico/farmacéutico y 23 (18.7%) a familiares/amigos, lo que sugiere una población con acceso limitado a servicios formales que depende más de redes informales de apoyo.

En términos de determinación social de la salud, la información sobre medicamentos constituye un recurso socialmente distribuido. Por tanto, las diferencias observadas entre grupos ocupacionales expresan desigualdades en las oportunidades de acceso al conocimiento sanitario, las cuales pueden influir posteriormente en prácticas como la automedicación, la adherencia terapéutica y el uso racional de los medicamentos. Así, el conocimiento farmacológico no depende únicamente de la voluntad individual, sino de las condiciones de inserción social que configuran el acceso a los recursos de salud disponibles en la comunidad.

Tabla 15
**Prevalencia de grupos farmacológicos
 más consumidos en Ciudad Bicentenario 2025**

Grupos farmacológicos	%
Analgésicos	33
Antibióticos	26
Vitaminas / suplementos	18
Antihipertensivos	5
Antiinflamatorios	5
Antigripales	4
Antiespasmódicos	3
Hormonas	2
Medicamentos Oftálmicos	2
Antihistamínicos	1
Hipoglucemiantes	1
Ninguno	1
Total	100.00

Fuente: Encuesta Epidemiológica de la determinación social de la salud sobre consumo de medicamentos en población adulta en Ciudad Bicentenario.

Elaboración propia.

Los datos reflejan la prevalencia del consumo de diferentes grupos farmacológicos en la población de estudio, destacando que los analgésicos son los más consumidos (33 %), seguidos por antibióticos (26 %) y vitaminas o suplementos (18 %). Otros medicamentos como antihipertensivos, antiinflamatorios y antigripales presentan consumos menores, por debajo del 10 %, existe una clara concentración del consumo en ciertos grupos farmacológicos que pueden estar vinculados a enfermedades frecuentes o crónicas en la población. La alta proporción de uso de antibióticos y analgésicos podría indicar patrones de morbilidad comunes, pero también puede alertar sobre riesgos de uso inadecuado, automedicación o falta de control en la prescripción.

El elevado consumo de antibióticos puede estar asociado a condiciones de vida y trabajo que predisponen a infecciones frecuentes, pero también a un sistema de salud fragmentado y mercantilizado, donde el acceso rápido a medicamentos es por medio de farmacias privadas quienes facilitan la automedicación. La predominancia de analgésicos puede reflejar una medicalización generalizada que no aborda las causas estructurales del padecimiento de diferentes enfermedades, pero también reflejaría la mirada causa efecto que predominaría tanto en la población cuanto en las y los prescriptores. Además, el uso de vitaminas y suplementos indica una búsqueda activa de cuidado de la salud que puede estar relacionada con factores culturales, comunicacionales, económicos y educativos, pero que también remite a la segmentación social en el acceso y tipo de atención sanitaria recibida.

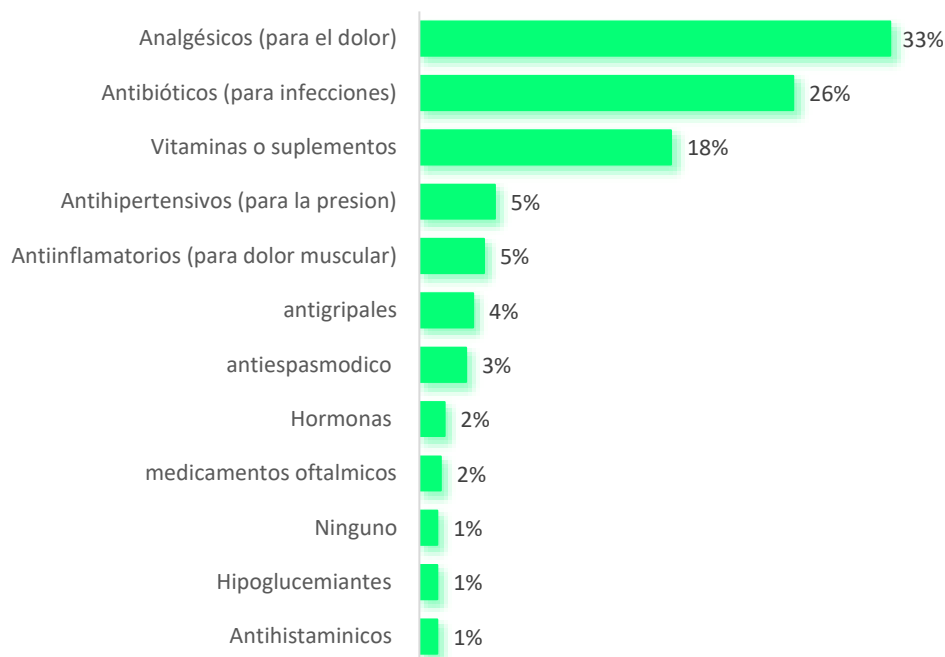


Figura 20: Prevalencia de grupos farmacológicos más consumidos en Ciudad Bicentenario

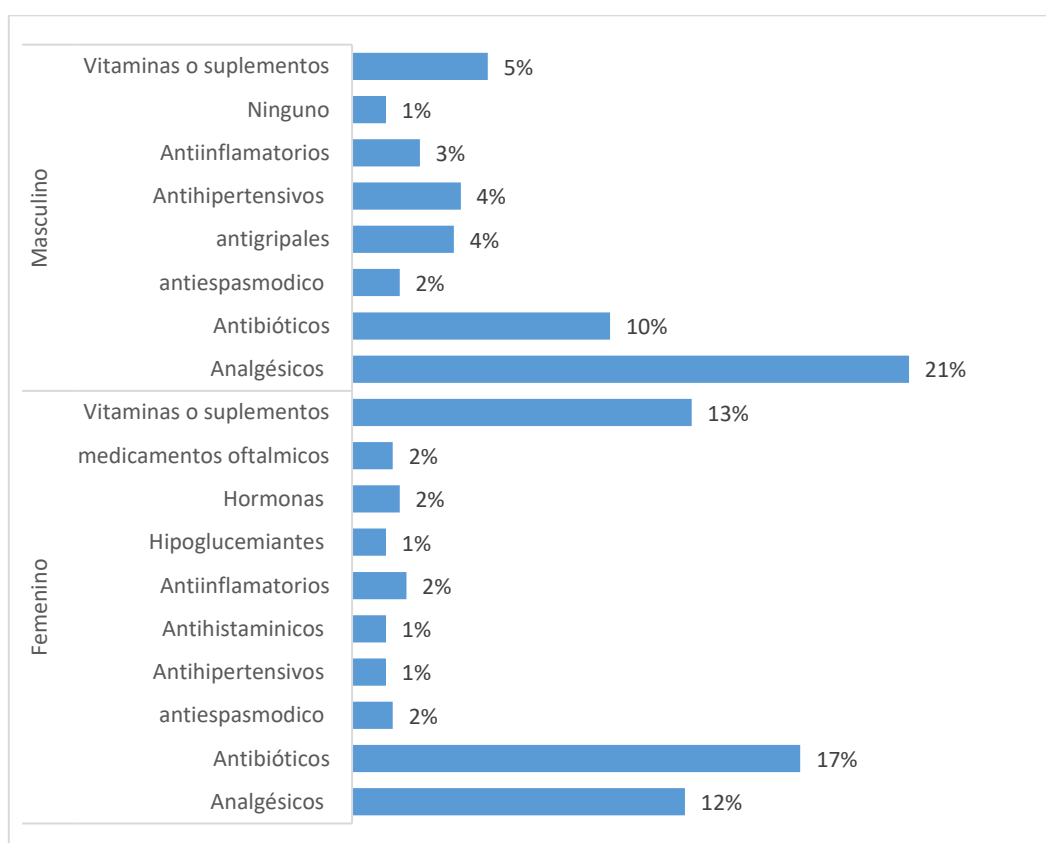


Figura 21: Prevalencia de grupos farmacológicos más consumidos por género en Ciudad Bicentenario

Los resultados muestran que los analgésicos y antibióticos constituyen los medicamentos más consumidos entre los habitantes de Ciudad Bicentenario. En el caso de los

analgésicos, el consumo es mayor en los hombres (21 %) que en las mujeres (12 %), lo que podría estar relacionado con actividades laborales que implican esfuerzo físico y exposición a molestias musculares o dolor corporal. Por su parte, los antibióticos presentan una mayor frecuencia de consumo en las mujeres (17 %) que en los hombres (10 %), situación que podría asociarse con una mayor búsqueda de atención médica y tratamiento de procesos infecciosos.

En términos generales, el predominio de analgésicos y antibióticos evidencia que una parte importante de la población utiliza medicamentos destinados al manejo de síntomas frecuentes y enfermedades comunes. El resto de grupos farmacológicos, como vitaminas, antihipertensivos, antiinflamatorios, antigripales, hormonas y otros medicamentos especializados, presentan porcentajes considerablemente menores, lo que indica una menor prevalencia de enfermedades crónicas o tratamientos específicos dentro de la población estudiada. En conjunto, estos resultados reflejan un patrón de consumo orientado principalmente al alivio del dolor y al tratamiento de infecciones, constituyendo los principales motivos de utilización de medicamentos en Ciudad Bicentenario.

Discusión

La presente investigación se desarrolló entre marzo y agosto de 2025 en el proyecto de vivienda social Ciudad Bicentenario, en Quito–Ecuador. El estudio surge del interés por comprender las determinantes sociales que influyen en el consumo de medicamentos en una población en situación de vulnerabilidad. Parte de una revisión bibliográfica realizada entre 2016 y 2026, donde se evidenció que la mayoría de investigaciones se han centrado en la automedicación, el impacto de la pandemia por COVID-19, el uso de medicamentos específicos y la influencia de factores educativos en el consumo farmacológico. Sin embargo, únicamente cinco estudios presentaban elementos directamente comparables con el objeto de esta investigación, lo que llevó a ampliar la búsqueda hacia el periodo 2011–2016 para fortalecer el análisis teórico y comparativo.

Este estudio no aborda la automedicación como eje central, sino el consumo de medicamentos como un proceso socialmente determinado. Desde el enfoque de la determinación social de la salud propuesto por Breilh (2013), los procesos de salud-enfermedad se configuran en la estructura social y no únicamente en el plano individual o biológico. En este sentido, el elevado consumo de medicamentos (89%) y la alta prevalencia de automedicación (81,3%) evidencian que el medicamento ha dejado de ser únicamente un recurso terapéutico prescrito para convertirse en un mecanismo cotidiano de gestión del malestar social.

Los resultados muestran que el consumo de medicamentos está ampliamente extendido en la población, con prevalencias superiores al 80% en todos los grupos ocupacionales. Los profesionales y técnicos presentan el mayor consumo (95,4%), seguidos de trabajadores manuales (91,6%), personas en actividades domésticas, estudiantes o jubilados (87,8%) y trabajadores del área comercial (80,2%). Este hallazgo evidencia que el consumo de medicamentos está incorporado en la vida cotidiana independientemente de la posición social y laboral, lo cual coincide con García Milian et al. (2016), quienes señalan que los medicamentos han adquirido un rol central en la respuesta a múltiples necesidades de salud.

Asimismo, se observa una tendencia clara hacia la medicalización de la vida cotidiana, reflejada en el predominio del consumo de analgésicos (33%), antibióticos (26%) y vitaminas o suplementos (18%). Este patrón indica que los medicamentos son utilizados como primera respuesta ante el malestar cotidiano, más allá de su función terapéutica específica, tal como lo describen García Milian et al. (2018) y Salazar et al. (2013). Este fenómeno se enmarca en lo

planteado por Orellana-Manzano (2023), quien sostiene que la medicalización responde a condiciones estructurales de precariedad, desigualdad y sobrecarga social.

Desde la dimensión ocupacional, los trabajadores manuales presentan niveles de consumo superiores al 90%, lo que puede relacionarse con el desgaste físico y las condiciones laborales a las que están expuestos. Este hallazgo coincide con Acosta Tamayo (2020), quien señala que las condiciones de trabajo determinan directamente las necesidades de salud y el uso de recursos terapéuticos. En la misma línea, Breilh (2013) plantea que los procesos de reproducción social generan desigualdades en la exposición al riesgo y en el acceso a la atención sanitaria, lo que permite entender el consumo de medicamentos como expresión de dichas desigualdades estructurales. En cuanto al acceso a servicios de salud, se evidencia una situación crítica: el 54% de la población no recibe los medicamentos prescritos y reporta desabastecimiento en establecimientos públicos. Ante ello, las farmacias privadas se convierten en la principal fuente de obtención de medicamentos, lo que refleja desigualdades estructurales en el sistema sanitario. Este hallazgo coincide con Acuña et al. (2014), quienes destacan que el acceso desigual a medicamentos es un problema persistente en América Latina, mientras que Ortiz-Prado et al. (2014) advierten que los sistemas fragmentados en la región favorecen modelos curativos dependientes del medicamento.

En este contexto, la automedicación se expande como estrategia social de respuesta. García Milian et al. (2016), García Milian et al. (2018) y Salazar et al. (2013) señalan que la automedicación se incrementa en contextos donde existe disponibilidad parcial de información, pero limitaciones en el control sanitario y en el seguimiento terapéutico. En Ciudad Bicentenario, aunque el 96,8% de la población recibe información sobre medicamentos —principalmente de médicos y farmacéuticos—, esto no reduce la automedicación, lo que evidencia que el fenómeno no depende únicamente del conocimiento, sino de condiciones estructurales de acceso, disponibilidad y funcionamiento del sistema de salud.

En relación con el género, se identifican diferencias relevantes: los hombres consumen principalmente analgésicos, mientras que las mujeres presentan mayor consumo de antibióticos, vitaminas y suplementos, además de registrar mayor polimedicación. Estos resultados pueden explicarse desde la determinación social del cuidado y los roles de género, tal como señalan Reascos Borja (2023) y Acuña et al. (2014), quienes enfatizan que las mujeres tienen mayor exposición al sistema de salud y mayor carga de gestión del cuidado familiar. Asimismo, el predominio de la población económicamente activa (30 a 41 años, 41%) sugiere que el consumo de medicamentos está asociado a la necesidad de mantener la productividad frente a condiciones de vida que generan malestar físico y emocional. En este sentido, Acosta

Tamayo (2020) y Breilh (2013) coinciden en que las condiciones laborales y sociales determinan las formas de enfermar y de resolver la enfermedad, mientras que Orellana-Manzano (2023) señala que la medicalización se intensifica en contextos de presión social y laboral.

Finalmente, la coexistencia de altos niveles de información (96,8%) y alta automedicación (81,3%) evidencia una contradicción estructural del sistema de salud. Como plantea Breilh (2013), esta paradoja es propia de sistemas sanitarios insertos en lógicas de mercado, donde el acceso simbólico a la información no se traduce en condiciones materiales suficientes para garantizar un uso racional de medicamentos. En este sentido, la dependencia del mercado farmacéutico privado y el incumplimiento terapéutico (52%) no deben interpretarse como fallas individuales, sino como resultados de discontinuidades estructurales en el acceso a la salud.

En conjunto, los hallazgos permiten afirmar que el consumo de medicamentos en Ciudad Bicentenario no puede comprenderse desde una perspectiva individual o conductual, sino como un proceso socialmente determinado. Este está condicionado por el trabajo, el acceso a servicios de salud, las desigualdades de género, la fragmentación del sistema sanitario y los procesos de medicalización de la vida cotidiana. Por tanto, esta investigación respalda lo planteado por Acosta Tamayo (2020), Reascos Borja (2023), Molina Jaramillo (2025), Acuña et al. (2014), Ortiz-Prado et al. (2014), Salazar et al. (2013), García Milian et al. (2016, 2018), Orellana-Manzano (2023) y Breilh (2013), en cuanto a que los determinantes sociales son fundamentales para comprender el uso de medicamentos en contextos de desigualdad.

Se reafirma la necesidad de fortalecer políticas públicas orientadas a mejorar el acceso oportuno a medicamentos, reducir inequidades estructurales y promover una comprensión integral del consumo farmacológico desde la salud colectiva, superando enfoques centrados exclusivamente en el individuo.

Conclusiones y recomendaciones

La epidemiología crítica y la determinación social de la salud (DSS) estudian el proceso de salud en individuos y colectivos, considerando la unidad histórica y su dialéctica. Destacan las condiciones socioeconómicas como principales determinantes y usan herramientas para analizar procesos de reproducción social, evaluando si los modelos sociales o sistemas favorecen la vida y salud o conducen a la destrucción. La DSS plantea que la salud es un derecho individual y colectivo, ligado a otros derechos y dependiente de regímenes económicos, políticos y culturales. Este enfoque considera la vida y su metabolismo histórico dentro de la materialidad social, enfocándose en la reproducción social (Zabala Parreño, 2019).

La epidemiología crítica plantea la necesidad de analizar la salud y la enfermedad más allá de los factores individuales o biológicos, ubicándolos y reconociendo los contextos sociales, económicos y políticos que determinan las condiciones de vida y el acceso a servicios de salud. Los datos obtenidos revelaron cómo las desigualdades estructurales —en género, ingreso, ocupación, educación, acceso a vivienda y salud— configuraron prácticas muchas veces desiguales y destructivas relacionadas con el consumo de medicamentos posibilidades reales, a veces inequitativas de cuidado y tratamiento en la población estudiada.

Conclusiones

Mediante este estudio se realizan hallazgos que nos proporciona información sobre la realidad de la población, donde la exposición a condiciones biológicas está subsumida en las realidades históricas y contextuales de Ciudad Bicentenario. El objetivo de esta investigación fue estudiar desde la vista de la Determinación social el consumo de medicamentos en Ciudad Bicentenario, basándonos en procesos sociales, ambientales, políticos y económicos, para ello se analizaron mediante tres dominios: general, particular e individual. Permitió comprender el consumo de medicamentos en Ciudad Bicentenario desde el enfoque de la determinación social de la salud, evidenciando que este fenómeno no puede explicarse únicamente desde decisiones individuales o factores clínicos, que estructuran las condiciones de vida de la población.

En el dominio general, se identificó que las transformaciones del sistema de salud, marcadas por la mercantilización, fragmentación institucional y limitaciones del Estado en la provisión de servicios, configuran un escenario de inequidad estructural. El desabastecimiento de medicamentos en el sistema público y la creciente dependencia del mercado privado

evidencian una progresiva conversión del medicamento, lo que profundiza el gasto de bolsillo y limita el acceso equitativo a la salud. En este contexto, la salud deja de ser un derecho garantizado plenamente y se convierte en un bien condicionado por la capacidad económica de la población.

En el dominio particular, las condiciones socioeconómicas y laborales de la población de Ciudad Bicentenario influyen directamente en los patrones de consumo de medicamentos. La mayoría de los habitantes pertenece a sectores económicamente activos que enfrentan jornadas laborales extensas, estrés y desgaste físico, lo que favorece el uso de medicamentos como estrategia rápida para mantener la productividad. Asimismo, las limitaciones en la atención primaria de salud, como tiempos de espera prolongados y abastecimiento irregular, impulsan el uso de farmacias privadas como principal fuente de acceso a medicamentos, reforzando desigualdades en el sistema sanitario.

En el dominio individual, los estilos de vida están profundamente condicionados por determinantes sociales. Se evidencia una alta prevalencia de automedicación, suspensión de tratamientos al percibir mejoría y uso incompleto de prescripciones médicas, prácticas influenciadas por factores económicos, experiencias negativas en el sistema de salud y recomendaciones informales del entorno social. Estas prácticas no deben interpretarse como decisiones aisladas, sino como respuestas adaptativas a condiciones estructurales de acceso limitado a servicios de salud.

En conjunto, los hallazgos evidencian que el consumo de medicamentos en Ciudad Bicentenario está atravesado por profundas desigualdades sociales, económicas y territoriales.

1. El consumo de medicamentos es un fenómeno ampliamente extendido en Ciudad Bicentenario, con prevalencias superiores al 80% en la mayoría de los grupos ocupacionales, lo que indica que el medicamento forma parte de la gestión cotidiana del malestar en la comunidad.
2. La automedicación presenta una alta prevalencia ($\approx 81,3\%$), y coexiste con una elevada proporción de personas que declaran recibir información sobre medicamentos ($\approx 96,8\%$), lo que evidencia una contradicción entre acceso simbólico a información y condiciones materiales para un uso racional.
3. La distribución del consumo muestra desigualdades por género y ocupación: las mujeres predominan en consumo de antibióticos, vitaminas y polimedicación, mientras que los hombres consumen más analgésicos y antihipertensivos; estas diferencias se relacionan con roles sociales y cargas de cuidado que condicionan la interacción con el sistema de salud.

4. Más de la mitad de la población ($\approx 54\%$) reportó no recibir los medicamentos prescritos por desabastecimiento en los servicios públicos, lo que genera dependencia del mercado farmacéutico privado y aumento del gasto de bolsillo. Las prácticas de uso incompleto de tratamientos (suspensión al percibir mejoría, compra parcial de la prescripción) se vinculan a limitaciones económicas, experiencias negativas con la atención pública y barreras de acceso, por lo que no deben interpretarse como fallas individuales sino como respuestas adaptativas a restricciones estructurales.
5. El patrón farmacológico dominante (analgésicos 33%, antibióticos 26%, vitaminas/suplementos 18%) sugiere procesos de medicalización de la vida cotidiana, donde los fármacos se utilizan como solución inmediata frente a malestares asociados a condiciones laborales y de vida precarias. Los modos y estilos de vida (jornadas largas, trabajos manuales con desgaste físico) explican en parte la alta demanda de medicamentos y la normalización de la automedicación como estrategia para mantener la productividad laboral.
6. Desde la perspectiva de la determinación social de la salud, los hallazgos confirman que el consumo de medicamentos en Ciudad Bicentenario está profundamente condicionado por factores estructurales (políticas sanitarias, mercado farmacéutico, condiciones laborales, desigualdades socioeconómicas), por lo que cualquier intervención debe combinar medidas estructurales, comunitarias e individuales.

Recomendaciones

El consumo de medicamentos constituye un fenómeno complejo que no puede ser comprendido únicamente desde una perspectiva biomédica o individual. Desde la Epidemiología Crítica, desarrollado por el investigador Dr. Jaime Breilh, el consumo de medicamentos es el resultado de procesos que moldean las condiciones de vida, las formas de organización social, la manera en que las personas viven y comprenden la salud.

Las recomendaciones que se presentan a continuación se organizan según los tres dominios de la determinación social propuestos por Jaime Breilh: el dominio general, particular y el individual con el fin de comprender y abordar las inequidades en salud desde una perspectiva integral. Esta organización permite abordar el consumo de medicamentos de manera integral, articulando políticas públicas, acciones comunitarias y procesos de fortalecimiento individual, con el objetivo de avanzar hacia un uso racional de medicamentos y la construcción de un modelo de salud centrado en la vida, la equidad y la justicia social.

En el contexto general es importante fortalecer las políticas públicas que mejoren y garanticen la disponibilidad oportuna y gratuita los medicamentos esenciales, y se debería propiciar y adoptar políticas sobre el uso de medicamentos. Desde la Epidemiología Crítica, el consumo excesivo de medicamentos es una expresión de la mercantilización de la vida; por ello, el Estado debe priorizar la salud como derecho y no como bien de consumo, regulando precios, distribución y acceso. El consumo inadecuado de medicamentos en Ciudad Bicentenario debe entenderse como una expresión de las desigualdades estructurales y de la influencia del mercado farmacéutico sobre las necesidades de salud de la población.

Los procesos de reproducción social identificados en esta investigación; determinan y condicionan la vida en el territorio, las estructuras de clase, los modos y estilos de vida, además del impacto de estas dimensiones en el consumo de medicamentos. La investigación acentuó el hecho de que dicho consumo no solo responde a factores biológicos, sino a procesos críticos que lo determinan. Los patrones de consumo de medicamentos se reproducen en los modos de vida colectivos, donde la automedicación se normaliza como respuesta cotidiana ante las limitaciones de acceso a los servicios de salud, las exigencias del trabajo y la vida urbana. Por ello, resulta fundamental promover espacios participativos de reflexión y aprendizaje que involucren a líderes comunitarios, familias, instituciones educativas y personal de salud, estos espacios permiten la medicalización y construir formas colectivas de cuidado. De este modo, esta estrategia permitiría transformar las dinámicas comunitarias que sostienen el uso inadecuado de medicamentos y avanzar hacia una gestión social de la salud basada en la corresponsabilidad y la equidad social.

En el contexto individual, el consumo habitual fármacos no es una decisión aislada, sino que está profundamente influido por las condiciones sociales, laborales y culturales que llevan a enfrentar el sufrimiento cotidiano mediante el uso inmediato de medicamentos. En este sentido, es fundamental que los servicios de salud desarrollen estrategias de autoeducación que permitan a las personas reconocer los riesgos de la automedicación, comprender los efectos adversos y límites de los tratamientos farmacológicos, además de valorar prácticas de autocuidado no farmacológico.

A futuros investigadores se recomienda profundizar y ampliar el análisis del consumo de medicamentos, abordándolo de manera integral en los ámbitos hospitalario, farmacéutico e industrial, con el fin de comprender las múltiples determinaciones sociales que configuran las prácticas de prescripción, dispensación y uso de fármacos. Este enfoque permitirá visibilizar las relaciones de poder, los intereses económicos y las desigualdades estructurales que atraviesan el sistema de salud, contribuyendo al desarrollo de una conciencia crítica y el

fortalecimiento de políticas públicas orientadas a la regulación, el uso racional de medicamentos y la garantía del derecho a la salud.

Lista de referencias

- Acosta Tamayo, Tania Alexandra. 2020. "El acceso a medicamentos como parte del derecho a la salud en el Ecuador". Tesis de posgrado, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <https://repositorio.uasb.edu.ec/server/api/core/bitstreams/6a94693c-e795-402a-984c-1fb6b4739611/content>
- Acuña, Cecilia, Nelly Marín, Adriana Mendoza, Isabel Cristina Martins Emmerick, Vera Lucía Luiza y Thiago Botelho Azeredo. 2014. "Determinantes sociales de la exclusión a los servicios de salud y a medicamentos en tres países de América Central". *Revista Panamericana Salud Publica* 35 (2): 128-35. http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000200007.
- Allan Künzle, Luis. 2021. "Modelos conceptuales y representaciones gráficas en estudios de epidemiología crítica". Tesis de maestría. Universidad Andina Simón Bolívar, Quito-Ecuador. <http://hdl.handle.net/10644/8086>.
- Alviz-Amador, A., H. Bastos-Zayas y J. García-Valdelamar. 2023. "Hábitos de consumo de medicamentos de venta libre por estudiantes del área de la salud en Cartagena-Colombia". *Univ. Salud*. 25 (2): E9-E18. DOI: 10.22267/rus.232502.300.
- Arroyo Sibaja, Massiel. 2014. "Caracterización psicosocial del consumo de medicamentos en Costa Rica: Estado de la cuestión". *Revista Reflexiones* 93 (2): 55-65. <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/Dialnet-CharacterizacionPsicosocialDelConsumoDeMedicamentos-4945645-1.pdf>.
- Barrera Sánchez, Valentina, Daniela Gasca Parrado, Sara Consuelo Arias Villate y Lina María Aguirre. 2023. "Patrones de automedicación durante la pandemia de la COVID-19 en una población colombiana". *Revista Cubana de Farmacia* 56 (1): 873. https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES.
- Breilh, Jaime. 2010. "La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano". *Salud Colectiva* 6 (1): 83-101. <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v6n1/v6n1a07.pdf>.

- . 2010. “Trascendencia de La enfermedad silencios”. *Universidad Andina Simón Bolívar*. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3592/1/Breilh,%20J-CON-220-Trascendencia-Pr%C3%B3logo.pdf>.
- . 2013. “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 31 (1): 13-27. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2013000400002&script=sci_arttext.
- . 2020. “La Salud-Enfermedad como Hecho Social”. https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2020-03/Breilh_SALUD%20ENFERMEDAD%20COMO%20HECHO%20SOCIAL%20UNTREF%20PAG%201,2%20Y3_0.pdf.
- . 2021. “Epidemiología crítica y la salud de los pueblos Ciencia ética y valiente en una civilización malsana”. *Universidad Andina Simón Bolívar*. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/9720/1/Breilh%20J-Epidemiologia%20critica%20y%20salud%20de%20los%20pueblos.pdf>.
- . 2022. “Metodología Meta-crítica Pensamiento complejo para una ciencia transformadora y responsable”. Video en YouTube, a partir de una ponencia en Universidad Andina Simón Bolívar. <https://www.perplexity.ai/search/cual-es-la-TgYoB.S7S2OAn5BbuKmOtA?s=u>.
- Briceño Núñez, Chess Emmanuel, y Meggy Jacqueline Briceño Delgado. 2023. “La ontoepistemología en la praxis educativa del servicio comunitario”. *INNOVARE. Revista de Ciencia y Tecnología* 12 (2): 99-103 <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/Presentación de Experiencia>.
- Calla, Hermelinda María, y Verónica Vilvia Rosales Zurita. 2018. “Caracterización del Consumo de Medicamentos; automedicación responsable, automedicación y auto prescripción en usuarios de boticas ubicadas en San Juan de Lurigancho 2016-2017”. Trabajo de tesis. Universidad Wiener. Perú. <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/TITULO%20-%20Calla%20Calla,%20Hermelinda%20Mar%C3%ADa.pdf>.
- Cannellotto, Adrián. 2008. “Medicalización y sociedad: Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión”. *Datos.gob.ar*. Accedido 11 de octubre de 2024. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2008._medicalizacion_y_sociedad_lecturas_criticas_sobre_un_fenomeno_en_expansion.pdf.

- Cardona Arias, Jaiberth Antonio. 2016. “Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica”. Tesis de posgrado, Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia. https://www.redalyc.org/journal/2738/273846452019/html/#redalyc_273846452019_ref7.
- Carmona Moreno Luz Dary. 2020. “La determinación social, una visión epistemológica para comprender el proceso salud- enfermedad.” *Rev Cienc Salud*. 18:(1-17). <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9135>.
- Carrera-Lasfuentes, Patricia, Isabel Aguilar Palacio, Eduardo Clemente Roldán, Sara Malo Fumanal y María José Rabana Hernández. 2013. “Consumo de medicamentos en población adulta: influencia del autoconsumo”. *Revista Atención Primaria* 45 (10): 528-35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.05.006>.
- Cartuche Velepucha, Fausto Camilo. 2015. “Análisis sobre el funcionamiento del sector de pequeñas farmacias independientes localizadas en la ciudad de Quito”. Tesis de posgrado, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/T1857-MBA-Cartuche-Analisis.pdf>
- Casallas Murillo, Ana Lucia. 2017. “La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud publica tradicional”. *Revista Ciencia de la Salud* 15 (3): 397-408. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>.
- Cerezo-Correa, María del Pilar, Olga Lucía Cifuentes-Aguirre, Eugenia Nieto-Murillo y José Hernán Parra-Sánchez. 2012. “Desigualdades de la morbilidad por enfermedades crónicas según determinantes estructurales e intermediarios”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 11 (23): 165-88. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272012000200011&lng=en&tlng=es.
- Coba Carrión, José Luis. 2022. “Epidemiología crítica y Pensamiento chino en salud Determinación social, subsunción y embodiment de la energía vital-qi”. Tesis doctoral. Universidad Andina Simón Bolívar, Quito-Ecuador. <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/TD178-DSCAS-Coba-Epidemiologia.pdf>.
- Cuvi, Juan, Patricia Benavides, y Diego Obando. 2009. *Medicamentos: entre el derecho y el mercado. Estudio sobre acceso y uso racional de medicamentos en el Ecuador*. Quito: Corporación Acción Vital.
- Cuvi, Juan. 2010. *La enfermedad silenciosa, una mirada social a la automedicación en el Ecuador*. Quito: Corporación Acción Vital.

- EC Corte Constitucional del Ecuador. 2020. “Sentencia” N.º 679-18-JP/20 y acumulados. 5 de agosto de 2020.
- EC. 2008. *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial 449, 20 de octubre de 2008.
- EC. 2006. *Ley Orgánica de la Salud*. Registro Oficial 398, 10 de mayo de 2006.
- EC. 2014. *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud*. Registro Oficial 722, 28 de noviembre de 2014
- Elora Hilmas, PharmD, BCPS. 2018. “Medicamentos: qué son y para qué sirven”. *Nemours TeensHealth*. Accedido 13 de enero del 2026. <https://kidshealth.org/es/teens/meds.html>.
- Esquivel García, Alba Wendalina. 2023. “Diseño de un modelo de indicadores de Gestión para evaluar el desempeño del personal del Centro de Salud Pública, tipo A Guasaganda, Provincia de Cotopaxi, Ecuador, año 2022”. Tesis de posgrado, Universidad Técnica de Cotopaxi. <https://repositorio.utc.edu.ec/server/api/core/bitstreams/65b26fe1-61b6-4e3b-aeab-8beee51145a8/content>
- García Milian, Ana Julia, Lisbet López Verde, María del Carmen Pría Barros, y Pablo León Cabrera. 2016. “Consumo de medicamentos y condiciones de vida”. *Revista Cubana de Salud Pública* 42 (3): 442-50. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000300011&lng=es&tlng=es.
- García Milian, Ana Julia, Lisbet López Verde, María del Carmen Pría Barros y Pablo León Cabrera. “Consumo de Medicamentos y Condiciones de Vida en un Municipio de La Habana”. 2018. *Revista Cubana de Salud Pública* 44(1):27-45. <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2018.v44n1/27-45/#>
- García Milian, Ana Julia, Pablo León Cabrera, Liuba Alonso Carbonell y Odalis Rodríguez-Ganen. 2016. “Epidemiología del medicamento en el contexto de la atención primaria de salud cubana”. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 32 (4): 1-9. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000400010&lng=es&tlng=es.
- Gálvez Cancino, Felipe Ignacio, y Elena María Vega. 2014. “Medicamentos de venta bajo receta médica retenida: caracterización y análisis desde la dispensación”. *Revista Colombiana de Ciencias Químico - Farmacéuticas* 43 (2): 272-83. <https://doi.org/10.15446/rcciquifa.v43n2.54215>.

- Goldman, Maya. 2024. "Out-of-pocket drug spending hit \$98B in 2024: report". *Axios*, 5 de mayo. <https://www.axios.com/2025/05/05/out-of-pocket-drug-spending-prescription>
- González-Rodríguez, Sara, Begoña Cantabrana, Luis Menéndez y Agustín Hidalgo. 2019. "Aspectos sociales del medicamento en el grado en Medicina de la Universidad de Oviedo". *Educación Médica* 22 (5): 352-57. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.10.011>.
- Hennig, Bruno. 2022. "Epidemiología crítica en clave latinoamericana para una salud contra hegemónica". *Critical epidemiology in a Latin American key for a counter-hegemonic health* 3 (8): 2697-3677. <https://doi.org/10.46652/pacha.v3i8.1192697-3677>.
- Irmania de Mata Bell Badell, Edita Fernández Manzano, Daríel Díaz. 2010. "Utilización de medicamentos en el adulto mayor institucionalizado en los municipios del oeste". *Panorama Cuba y Salud* 5 (4): 127-30. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477348943037>.
- Jácome Roca, Alfredo. 2003. "Historia de los medicamentos". *Revista MEDICINA* 25 (3): 203-05. <https://revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/63-9/647>.
- . 2008. "Historia de los medicamentos". *Revista MEDICINA* 25 (3): 203-05. https://www.med-informatica.com/OBSERVAMED/PAT/HistoriaMedicamentosAJacomeR_LIBRO-HX_MedicamentosANMdecolombia.pdf.
- Lemus Acad, Jorge Daniel. 2024. "Enfermedades de la Pobreza". *Instituto de Investigaciones Epidemiológicas*. Documento de trabajo. <https://www.anm.edu.ar/pdf/pobreza2015/LEMUS.pdf>.
- Lucio, Ruth, Villacrés, Nilhda, y Rodrigo Henríquez. 2011. "Sistema de salud de Ecuador". *Salud Pública de México* 53 (2): s177-s187. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800013.
- Maldonado Juan Carlos. 2017. "Prescripción de medicamentos y problemas en el proceso terapéutico". *Revista Médica Vozandes* 1 (28): 5-8. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/980963/01_2017_editorial.pdf.
- Molina Jaramillo, Elda Vanessa. 2025. "Análisis de problemas relacionados con los medicamentos e Impacto social en comunidades rurales del Distrito Metropolitano de Quito". *Revista Publicando* 12 (1). <https://doi.org/10.51528/rp.vol12.id2487>.

- Morales Pozo, Luis Vladimir. 2014. “Vivienda masiva y acceso al espacio público en Ciudad Bicentenario de Quito”. Tesis posgrado. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Sede Ecuador.
<https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/18120/2/TFLACSO-2014LVMP.pdf>.
- Moreno, Mucio, Oscar Arrieta, Rubén Burgos, Carlos Campillo, Miguel Á. Celis, Manuel de la Llata, Judith Domínguez, José Halabe, Sergio Islas, Luis Jasso, Alberto Lifshitz, Ricardo Plancarte, Alejandro Reyes-Sánchez, Guillermo Ruiz-Argüelles, Antonio Soda, Emma Verástegui y Julio Sotelo. 2020. “La receta médica: ¿reflejo condicionado o reflexión consciente?”. *Gaceta médica de México* 156 (6): 615-17.
<https://doi.org/10.24875/gmm.20000480>.
- Nievas, Claudia Mariela, José Bernardo Gandini, Angelina Belén Tapia. 2021. “Desigualdades en el acceso a medicamentos y gasto de bolsillo, realidades del Subsistema Público de Salud en el Interior Argentino”. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba* 78 (2): 147-52. <http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n2.30652>.
- Ortiz-Prado Esteban, Claudio Galarza, Fernando Cornejo León, Jorge Ponce. 2014. “Acceso a medicamentos y situación del mercado farmacéutico en Ecuador”. *Revista Panamericana de Salud Pública* 36 (1): 57-62.
<https://journal.paho.org/sites/default/files/14--OPIN--Ortiz-Prado--57-62.pdf>
- Orueta Sánchez, Ramón, Coral Santos Rodríguez, Enrique González Hidalgo, Eva M^a Fagundo Becerra, Gemma Alejandre Lázaro, Javier Carmona de la Morena, Javier Rodríguez Alcalá, José M^a del Campo del Campo, María Luisa Díez Andrés, Natalia Vallés Fernández y Teresa Butrón Gómez. 2011. “Medicalización de la vida”. *Revista Clínica de Medicina de Familia* 4 (2): 150-61.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200011&lng=es&tlng=es.
- Paredes-Hernández, Natalia. 2020. “La epidemiología crítica y el despojo de tierras y territorios: una reflexión teórica”. *Revista Ciencias de la Salud* (18): 31-51.
<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8994>.
- Palacios Espinoza, Elvira del Carmen. 2018. “Determinación social de la contaminación del aire urbano y de su relación con el deterioro de la salud respiratoria en los niños y niñas menores de 5 años (Cuenca, Ecuador) 2012-2014”. Tesis de posgrado. Universidad Andina Simón Bolívar, Quito Ecuador. file:///C:/Users/Usuario/Downloads/TD108-DSCAS-Palacios-Determinacion.pdf.

- Reascos Borja Nancy Lilibeth. 2023. “Modelo Financiero del Sector Farmacéutico en el Ecuador”. Tesis de posgrado, Maestría en Finanzas Empresariales, Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE, Ecuador, <https://orcid.org/0009-0008-6449-5803>
- Rizzo, Nadia. 2012. “Un análisis sobre la reproducción social como proceso significativo y como proceso desigual”. *Sociológica (México)* 27 (77): 281-97. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732012000300009&lng=es&tlng=es.
- Salazar Juan, Luis Bello, Alexandra Toledo, Roberto Añez, Liliam González, Joselyn Rojas, Valmore Bermúdez. 2013. “Comportamiento epidemiológico de la automedicación y polifarmacia en individuos adultos del sector Dalia de Fernández, Municipio San Francisco”. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica* 32 (1): 1-15.
- Sáenz González, Mateos Campos. 1996. “Reflexiones sobre la prescripción médica a partir de un curso de Farmacoepidemiología”. *Revista Atención Primaria* 17 (8): 527-30. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-reflexiones-sobre-prescripcion-medica-partir-14264>.
- Soliz Torres, Fernanda. 2020. “La determinación social de la salud: la comprensión de la complejidad de la vida.” *Revista Ciencias de la Salud*, 18:(1). <https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/56263341001/html/index.html>.
- Torres Andrade, Felipe Alejandro. 2019. “Propuesta teórico-metodológica de epidemiología crítica de la salud animal, primer acercamiento de aplicación en el caso de la fiebre aftosa en el Ecuador”. Tesis de posgrado. Universidad Andina Simón Bolívar. Quito-Ecuador. <http://hdl.handle.net/10644/7145>.
- Torres Riascos, Ángel Celio. 2018. “El sistema de salud pública en ciudades policéntricas, un análisis comparativo de las áreas metropolitanas de Quito y Guayaquil a través de la dimensión espacial en el territorio”. Tesis de posgrado, FLACSO Ecuador. <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/TFLACSO-2018ACTR.pdf>
- Ureña Guachizaca, Paola Guadalupe. 2017. “Conductas de consumo de medicamentos y factores familiares en el adulto mayor. Zona 7, 2016”. Tesis de posgrado, Universidad Nacional de Loja. Ecuador. <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18315/3/TESIS%20POSTGRADO%20PAOLA%20URE%C3%91A%20G.pdf>.
- VanSluys Christine, y Esteban Jaramillo. 2018. “Habitar la Ladera: Geografías de concreto en el norte de Quito Ciudad Bicentenario”. *Unasen-Ecuador*. <https://unacem.ec/obras-emblematicas/wp-content/uploads/2022/03/DG-CIUDAD-BICENTENARIO-web.pdf>

- Vera Carrasco, Oscar. 2020. "Uso racional de medicamentos y normas para las buenas prácticas de prescripción". *Revista Médica La Paz* 26 (2): 78-93. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582020000200011&lng=es&tlng=es.
- Weber. 2021. *El valor del medicamento desde una perspectiva social 2021*. Madrid: Fundación Weber. https://weber.org.es/wp-content/uploads/2023/03/libro_digital_valor_medicamento_actualizacion_2020_final.pdf.
- Zuliani Arango, Liliana. 2010. "El aporte de la epidemiología a la salud colectiva". *Iatreia* 23 (4): 354-61. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932010000400005.

Anexos

Anexo 1: Carta dictamen argumentada aprobación observacionales y de intervención



COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
EN SERES HUMANOS
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ



ANEXO 10-IO-EI

CARTA DICTAMEN ARGUMENTADA APROBACIÓN OBSERVACIONALES Y DE INTERVENCIÓN.

Portoviejo 26-03-2025

A. Señor/a Mayra Geovanna López Ramírez, José Luis Coba Carrión
De. Marín Pérez AL PhD
Presidente CEISH-UTM

Por medio de la presente el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Técnica de Manabí (CEISH-UTM) le notifica que el protocolo de investigación *"Procesos críticos que determinan el uso de medicamentos en una población adulta en el proyecto de vivienda social Ciudad Bicentenario, en Quito - Ecuador"* fue declarado: **APROBADO** en reunión deliberativa: *Expedita* como una investigación de tipo: **Observacional**, debido a que el protocolo presentado cumple con: *detalles de la investigación*.

A.-En Caso de Aprobado

El CEISH-UTM aprueba el estudio ya que cumple con los siguientes parámetros:

ÉTICOS, METODOLÓGICOS Y JURÍDICOS.

Los documentos que se aprueban y que sustentan este estudio es la versión 02 de 24-03-2025 que incluye:

ANEXOS 1, 2, 3, 5, 6, 12, CARTA DE INTERÉS, ENUESTA, OTROS DOCS

Esta aprobación tiene una duración de *XII* meses, transcurrido este tiempo se deberá solicitar una renovación, si fuera necesario. En lo sucesivo en la correspondencia con el CEISH-UTM utilizará el siguiente código de aprobación **CEISH-UTM-EXT_24-10-02_MGLR**. Puede contactar al CEISH-UTM en el Teléfono XXX o al correo comité.bioetica@utm.edu.ec, o puede visitar personalmente el local del CEISH Edif de Postgrado, Planta baja, Oficina No 3 los días martes 15:00 que son de atención al público.

Favor enviar electrónicamente al CEISH-UTM (comité.bioetica@utm.edu.ec) la siguiente documentación en el plazo

¹Ver Informe de Evaluación.

²Revisar Reglamento de CEISH-UTM.

Documento elaborado a partir de Anexo 18 CEISH-INSPH



COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
EN SERES HUMANOS
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ



establecido.

- Informe de inicio de la investigación, dentro de los 30 días después de iniciada la investigación.
- Informe de avances o seguimiento con periodicidad, XXXX días (el Dr. Del Toro lo contactará)
- Informe final, hasta 90 días después de finalizada la investigación; en caso de terminación anticipada de la investigación, hasta 15 días.

Ponga atención, por favor, a los siguientes puntos que tienen que ver con la responsabilidad de los investigadores con el CEISH-UTM.

1. El CEISH-UTM no es responsable de la información recolectada antes de la fecha de este documento; Este Comité no autoriza la publicación de esa información ni que sea incluida en los resultados de esta investigación.
2. El CEISH-UTM ha aprobado esta investigación basada en la información entregada por los autores, quienes al presentarla asumen la veracidad, autenticidad y autoría de estos documentos.
3. Así mismo, los autores son responsables por la ejecución correcta y ética de la investigación, respetando los documentos y condiciones aprobadas por el CEISH-UTM, así como la legislación y normativas vigentes aplicables y los estándares nacionales e internacionales en ese respecto.
4. El Investigador Principal puede solicitar una enmienda a esta investigación siempre que no implique cambios sustantivos del protocolo.

Sin otro particular me suscribo, no sin antes desearle los mejores éxitos en la actividad profesional y personal. Cordialmente,



Fecha: 26-03-2025

Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Técnica de Manabí

* Ver Informe de Evaluación.

* Revisar Reglamento de CEISH-UTM.

Documento elaborado a partir de Anexo 13 CEISH-INSP.

Anexo 2: Formatos de consentimiento informado**Universidad Andina Simón Bolívar
Maestría en Epidemiología y salud colectiva**

Fecha (Día/mes/año):

Consentimiento informado

Mi nombre es Mayra López Ramírez, soy estudiante de la maestría de Epidemiología y Salud Colectiva de la Universidad Andina Simón Bolívar Sede Ecuador. Mediante esta investigación se pretende conocer de qué manera, el uso de medicamentos en la población adulta del proyecto de vivienda social Ciudad Bicentenario, en Quito – Ecuador está condicionado por aspectos sociales, culturales, políticos o económicos. De antemano agradezco su colaboración ya que la misma es muy importante para conocer desde otra perspectiva la problemática sobre el uso de medicamentos.

Para contar con su colaboración es necesario contar con su consentimiento, para ello se le entregará una copia del presente documento para su respaldo. Cabe mencionar que los datos e informaciones que usted aporte son confidenciales y serán utilizados exclusivamente para los fines de la investigación. Cualquier cambio en el proceso de la investigación, que altere lo descrito en el presente documento, será comunicado a su persona de manera obligatoria. Le recuerdo que su participación es libre y voluntaria por lo que usted puede retirarse del estudio en cualquier momento sin ningún problema ni consecuencia.

He sido informado de que no existen riesgos y puede que únicamente experimente molestias sobre el incumplimiento de normas, protocolos. Sé que no hay beneficios para mi persona y que no se me recompensará de ninguna manera. He leído la información proporcionada, también, He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la investigación y se me ha contestado satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera

Nombre del Participante

Firma del Participante

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado _____
(iniciales del investigador/asistente)

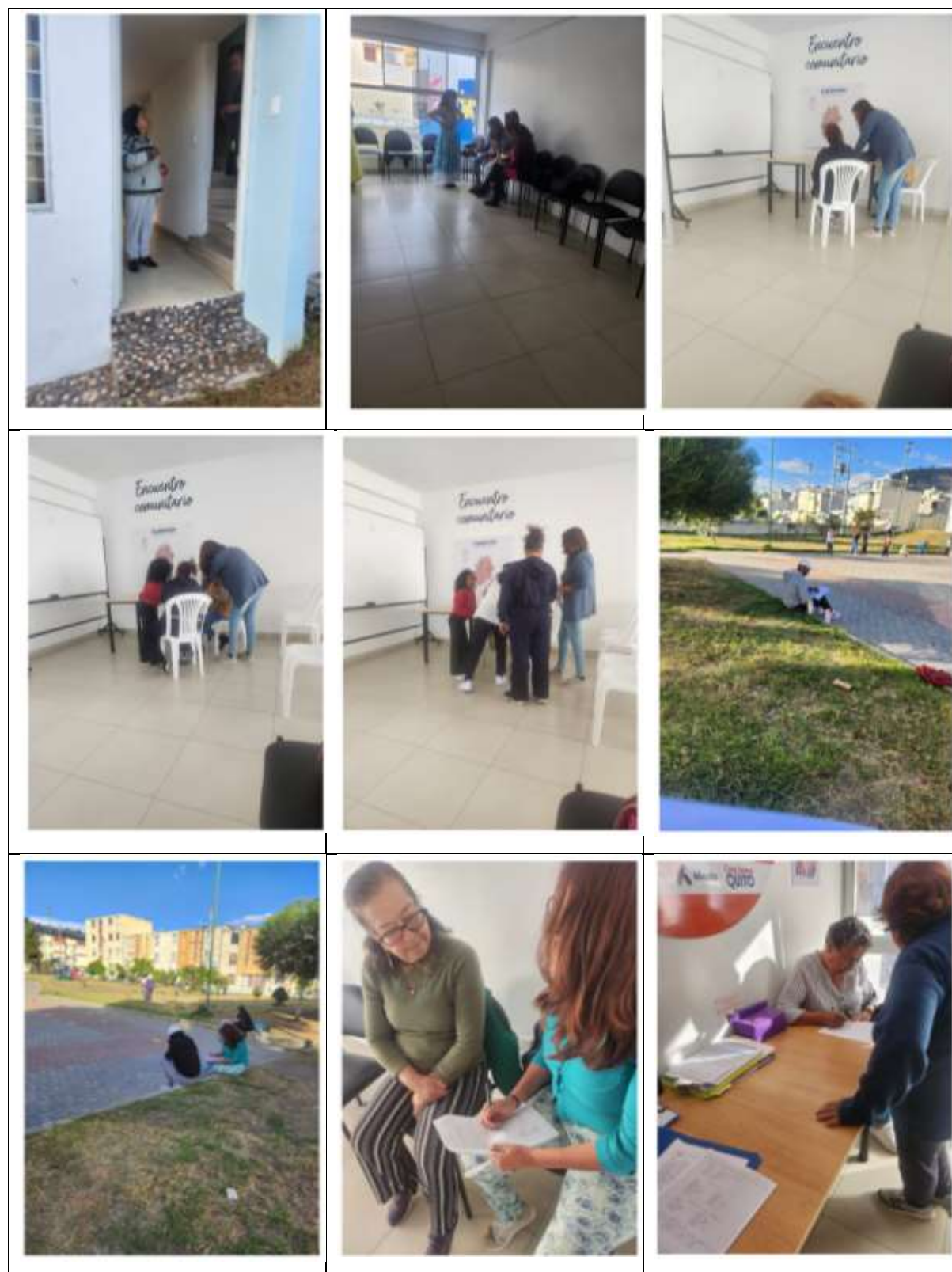
Anexo 3: Encuesta semi estructurada de la determinación social del uso de medicamentos

 ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA DE LA DETERMINACION SOCIAL DE LA SALUD SOBRE CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN POBLACION ADULTA EN CIUDAD BICENTENARIO.	
SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	
¿Cuál es su edad? _____ años	¿Cuál es su género? Masculino ☐ Femenino ☐
¿Cuál es su estado civil? Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Unión libre ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐	
¿Cuál es su nivel educativo que ha alcanzado actualmente? ☐ Primaria completa ☐ Secundaria completa ☐ Técnico ☐ Universitario Otro: _____	
¿Cuál es el ingreso mensual aproximado de su hogar? ☐ Menos de \$400 ☐ Entre \$400 y \$800 ☐ Entre \$801 y \$1,200 ☐ Más de \$1,200	
¿Cuál es su ocupación? _____	
SECCIÓN 2: CONDICIONES DE VIVIENDA	
¿Cuánto tiempo lleva viviendo en Ciudad Bicentenario? _____ años	
¿Su vivienda es propia, prestada o arrendada? _____	
¿Cuántos dormitorios tiene su vivienda? _____ dormitorios	
¿Cuántas personas viven en su hogar? _____	
¿Cuenta con los siguientes servicios básicos en su vivienda? (Seleccione todas las opciones que apliquen) ☐ Agua potable ☐ Alcantarillado ☐ Electricidad ☐ Gas doméstico ☐ Internet ☐ Recolección de basura	
¿Cómo calificar la calidad de la vivienda en la que residen? Buena ☐ Muy Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐	
¿Usa servicios de transporte público? Sí ☐ No ☐	¿Tiene auto privado? Sí ☐ No ☐
SECCIÓN 3: ACCESO Y USO DE SERVICIOS DE SALUD	

¿Cuánto tiempo tarda en llegar al centro de salud más cercano? ____ minutos
¿Con que frecuencia acude a servicios de salud? Nunca ☐ Rara vez ☐ Ocasionalmente ☐ Frecuentemente ☐
¿Qué tipo de servicios de salud utiliza con mayor frecuencia? (Seleccione todas las opciones que apliquen) ☐ Subcentro de Salud ☐ Hospital Publico ☐ Consultorio privado ☐ Farmacia ☐ Seguro Social ☐ Otros: _____
¿Recibe todos los medicamentos que le recetan en el Subcentro de Salud? Sí ☐ No ☐ Porque _____
¿Considera que la atención en los centros de atención es adecuada? Muy Buena ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ Muy mala ☐
SECCIÓN 5: CONSUMO DE MEDICAMENTOS
¿Consume usted algún tipo de medicamento de forma regular? Sí ☐ No ☐
¿Quién le receta los medicamentos? ☐ Médico ☐ Farmacéutico ☐ Familiar/amigo ☐ Otro
¿Cuáles son los principales tipos de medicamentos que consume? (Seleccione todas las opciones que apliquen) ☐ Antihipertensivos ☐ Analgésicos ☐ Antidepresivos ☐ Antiinflamatorios ☐ Vitaminas/Suplementos Otros: _____
¿Dónde obtiene principalmente los medicamentos que consume? ☐ Farmacia/Botica ☐ Centro de salud público ☐ Seguro social (IESS) ☐ Botiquín de casa Otros: _____
¿Ha dejado de tomar sus medicamentos cuando se siente mejor? Sí ☐ No ☐

¿Ha dejado de tomar sus medicamentos por falta de dinero? Sí ☐ No ☐
¿Confía en la efectividad y seguridad de los medicamentos que consume? Sí ☐ No ☐
¿Cree que los medicamentos genéricos son igual de efectivos que los de marca? Sí ☐ No ☐
¿Recibe información adecuada sobre el uso correcto de sus medicamentos? Sí ☐ No ☐
¿Dónde obtiene principalmente la información sobre los medicamentos que consume? ☐ Médico/Farmacéutico ☐ Familiares/Amigos ☐ Internet/Redes sociales ☐ Folletos/Publicidad Otro: _____

Gracias por su colaboración!!!

Anexo 4: Encuesta a los pobladores de Ciudad Bicentenario



Anexo 5: Matriz de procesos críticos de la determinación social de la salud en el consumo de medicamentos de una población adulta en Ciudad Bicentenario

DIMENSIÓN	PROCESOS CRÍTICOS	DESARROLLO
General (Historia Social del Proyecto, MSP, Municipio, Políticas)	Historia social del proyecto Ciudad Bicentenario, incluyendo los desafíos de integración con la ciudad, la normativa municipal y las políticas de vivienda social	Ciudad Bicentenario es un proyecto de vivienda máxima ubicado en las periferias urbanas de Quito, el proyecto se inició en 2005 con la Ordenanza N° 006 para promover vivienda económica progresiva, el objetivo es brindar viviendas de interés social a personas de extracto socioeconómicos bajos (Morales Pozo 2014). Enfrentó problemas con asentamientos informales existentes en el terreno. Posteriormente, la Ordenanza N° 012 en 2007 redujo el área del proyecto para intentar conservar el mayor número de viviendas posibles. En 2013, la Ordenanza Especial N° 0374 declaró a Ciudad Bicentenario como un proyecto de vivienda de interés social, articulándolo al sistema de incentivos estatales (Durán et al 2020, 6-7). Sin embargo, la reducción de espacios públicos y la exclusión de los barrios informales generaron cuestionamientos sobre la integralidad del proyecto. La organización social y el liderazgo comunitario han sido factores clave para que las familias puedan acceder finalmente a la vivienda propia en Ciudad.
	Articulación del proyecto con las políticas y programas del Ministerio de Salud Pública (MSP) para abordar los determinantes sociales de la salud	Cuenta con una “Casa Somos Bicentenario” para la integración con la comunidad El MSP debe articular sus acciones con el proyecto de vivienda social Ciudad Bicentenario para garantizar el acceso oportuno a servicios de salud de calidad, realizar vigilancia epidemiológica y asegurar condiciones adecuadas de saneamiento ambiental. Estas acciones deben considerar las características socioeconómicas y vulnerabilidades específicas de la población, diseñando estrategias efectivas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

	Políticas y gestiones municipales que han influido en el desarrollo de Ciudad Bicentenario, como las ordenanzas sobre vivienda social y transporte público	La Ordenanza Especial N° 0374 de 2013 Ciudad Bicentenario, permitió la articulación al sistema de incentivos estatales. Estas normativas municipales han moldeado la configuración y evolución del proyecto, reflejando los desafíos de integrar proyectos de vivienda social en el contexto urbano de Quito y la necesidad de una planificación más integral que considere las necesidades de toda la comunidad. Busca la integración socio-espacial de la población mediante su localización preferente en áreas consolidadas de la ciudad Está promovido por el Municipio de Quito a través de la Empresa Pública Metropolitana de Hábitat y Vivienda (EPMHV)
Particular (Modos de Vida, Clase, Género, Etnia)	Acceso y disponibilidad de los servicios de salud públicos y privados así como los medicamentos en Ciudad Bicentenario	En cuanto a los servicios de Salud el proyecto cuenta con 2 centros de salud alejados el Subcentro de San Juan de Calderón está a unos 3.7 km de distancia, mientras que el Subcentro de Pomasqui está a 7 km de distancia, ofrecen atención médica de primer nivel, incluyendo servicios de medicina general, pediatría, ginecología y obstetricia. Además, el Hospital Docente de Calderón está a 5km de distancia, brinda atención médica de segundo nivel con especialidades como medicina interna, cirugía general, pediatría y obstetricia. Ciudad Bicentenario cuenta con Farmacias privadas, consultorios médicos, veterinarios y odontológicos, que están a 5 min de sus hogares. La disponibilidad de obtener los medicamentos necesarios es fundamental para garantizar el bienestar y la calidad de vida de los residentes. Sin embargo, procesos como los ingresos económicos, la cobertura de seguro de salud y la distancia a los establecimientos de salud, pueden representar barreras importantes para el acceso equitativo a los medicamentos. Se estima que la población tiene un nivel de educación básico, con una mayoría de personas con educación primaria y secundaria.

	Calidad de la prescripción y utilización de medicamentos	La manera en que los residentes de Ciudad Bicentenario utilizan los medicamentos, siguiendo las indicaciones médicas, almacenando adecuadamente los fármacos y reportando cualquier efecto adverso, refleja su nivel de conocimientos y prácticas en torno al consumo responsable. La calidad de la prescripción como la utilización por parte de los pacientes, se podrá garantizar un consumo racional de medicamentos en esta comunidad. Esto contribuirá a mejorar los resultados en salud y reducir las inequidades asociadas al uso inadecuado de fármacos.
	Presencia de enfermedades crónicas y consumo de múltiples medicamentos (polifarmacia)	Las condiciones de vida y trabajo de los residentes, así como su acceso a servicios de salud, influyen directamente en la aparición de enfermedades crónicas. Se dedican a actividades comerciales y servicios, microempresas, emprendimientos como una forma de ingresos. Otro porcentaje de habitantes son profesionales que trabajan en entidades tanto públicas como privadas, algunos trabajan en la industria y construcción
	Diferencias de género en el consumo de medicamentos	Diversos estudios han demostrado que las mujeres tienden a consumir más medicamentos que los hombres, debido a factores biológicos, socioculturales y de acceso a la salud. Dadas las condiciones socioeconómicas de la población y las posibles barreras de acceso a los servicios de salud. Las mujeres podrían enfrentar mayores dificultades para obtener y utilizar los medicamentos que necesitan, lo cual impactaría negativamente en su bienestar y calidad de vida.
Individual (Estilos de Vida, Itinerarios, Vulnerabilidad)	Características sociodemográficas como edad, sexo, nivel educativo	La población de Ciudad Bicentenario es relativamente joven, entre 20 y 68 años. Los tipos de familias son variadas, sin embargo, el proyecto está enfocado para familias de escasos recursos. Las patologías de larga duración requieren un tratamiento farmacológico prolongado, lo que conlleva al consumo de varios medicamentos de manera simultánea

	Percepción del estado de salud y hábitos de vida	Por las diferentes actividades económicas que practican los habitantes, las principales enfermedades o problemas de salud que afectan a los residentes de Ciudad Bicentenario, son enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades respiratorias, dermatológicas, ginecológicas, pediátricas, etc. Los habitantes tienen una vida cotidiana caracterizada por la rutina y la monotonía. La mayoría de las personas se levantan temprano para ir a trabajar o a la escuela, y pasan la mayor parte del día en sus hogares o en el trabajo. Tienen pocos espacios para la recreación y el esparcimiento. La mayoría de las personas pasa el tiempo libre en sus hogares, viendo televisión o escuchando música El estilo de vida de las familias es variado, están ligados a la era moderna debido al uso de tecnología, donde la educación es una prioridad de las familias. Las personas son católicas, aunque también hay personas de otras religiones. Los habitantes de Ciudad Bicentenario disfrutan de actividades recreativas como caminar, correr y practicar deportes en los espacios verdes disponibles. Aunque la contaminación ambiental y la falta de espacios verdes pueden afectar negativamente la salud y el bienestar.
	Conocimientos, creencias y prácticas sobre el consumo de medicamentos	Los conocimientos que los residentes tengan sobre los medicamentos, sus indicaciones, efectos secundarios e interacciones, serán determinantes para un uso racional y seguro de los mismos. Las creencias y percepciones sobre la eficacia y necesidad de los medicamentos pueden facilitar u obstaculizar su consumo adecuado. Prácticas y hábitos comunes de los residentes de Ciudad Bicentenario al respecto del consumo de medicamentos.

Fuente: Morales Pozo 2014, Hinojosa Barahona 2014.

Elaboración propia

Anexo 6: Matriz de identificación de técnicas e instrumentos asociados al mapa de procesos críticos

CUALITATIVO		PROCESOS CRITICOS		CUANTITATIVO	
Técnica de recolección	Técnica de análisis			Técnica de recolección	Técnica de análisis
Revisión bibliográfica de estudios	Análisis histórico.	Estudiar de qué manera los patrones de uso de medicamentos en la población adulta en del proyecto de vivienda social Ciudad Bicentenario en Quito – Ecuador, está determinada socialmente.	Relaciones de poder de Ciudad Bicentenario.	Encuesta a residentes (preguntas cerradas)	Análisis de la información
Encuesta a residentes (preguntas abiertas)	Análisis de contenido		Reproducción social de Ciudad Bicentenario.		
	Evaluación de políticas publicas		Infraestructura como servicios básicos, movilidad, educación, salud.		
Revisión bibliográfica	Análisis de contenido	Identificar los desafíos y barreras que enfrenta la población organizada o no en el proyecto de vivienda social Ciudad Bicentenario, en Quito - Ecuador, en relación con el uso de medicamentos.	Modos de vida de los residentes	Encuesta a residentes (preguntas cerradas)	Análisis estadístico
Encuesta a Lideres Barriales, Dirigentes, Personas a Cargo de Puestos de Salud o de Otras Organizaciones (preguntas abiertas)			Relaciones de clase, genero, etnia.	Cuestionario de encuesta sobre información sociodemográfica	Análisis estadístico por clase, genero, etnia, empleo, etc.
			Patrones de exposición y vulnerabilidades		
Encuesta a residentes (preguntas abiertas)	Análisis de contenido	Caracterizar patrones de uso de medicamentos en la población adulta del proyecto de vivienda social Ciudad Bicentenario en Quito - Ecuador.	Estilos de vida de los residentes	Encuesta a residentes (preguntas cerradas)	Análisis espacial
Observación/ Guía de observación			Itinerarios de los residentes		
				Formas de vulnerabilidad	Cuestionario de encuesta el consumo de medicamentos.

Elaboración propia