



## Objetivo 3

# Mejorar la calidad de vida de la población

Mejorar la calidad de vida de la población es un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis años y medio, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

## Mejorar la calidad de vida de la población

nente a bienes superiores, así como la promoción del ambiente adecuado para alcanzar las metas personales y colectivas. La calidad de vida empieza por el ejercicio pleno de los derechos del Buen Vivir: agua, alimentación, salud, educación y vivienda, como prerrequisito para lograr las condiciones y el fortalecimiento de capacidades y potencialidades individuales y sociales.

La Constitución, en el artículo 66, establece “el derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios”. Por ello, mejorar la calidad de vida de la población es un proceso multidimensional y complejo.

Entre los derechos para mejorar la calidad de vida se incluyen el acceso al agua y a la alimentación (art. 12), a vivir en un ambiente sano (art. 14), a un hábitat seguro y saludable, a una vivienda digna con independencia de la situación social y económica (art. 30), al ejercicio del derecho a la ciudad (art. 31) y a la salud (art. 32). La calidad de vida se enmarca en el régimen del Buen Vivir, establecido en la Constitución, dentro del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social (art. 340), para la garantía de servicios sociales de calidad en los ámbitos de salud, cultura física y tiempo libre, hábitat y vivienda, transporte y gestión de riesgos.

El artículo 358 establece el Sistema Nacional de Salud para “el desarrollo, protección y recuperación de capacidades y potencialidades bajo los principios de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional”, incluyendo los servicios de promoción, prevención y atención integral. El art. 381 establece la obligación del Estado de proteger, promover y coordinar la cultura física en los ámbitos del deporte, la educación física y la recreación, para la formación y el desarrollo integral de las personas. Por su parte, el Sistema de Hábitat y Vivienda establece la rectoría del Estado para la planificación, la regulación, el control, el financiamiento y la elaboración de políticas (art. 375). Es responsabilidad del Estado proteger a las personas, a las colectividades y a la naturaleza frente a desastres naturales y antrópicos mediante la prevención de riesgos, la mitigación de desastres y la recuperación y el mejoramiento de las condiciones sociales, económicas y ambientales que permitan minimizar las condiciones de vulnerabilidad (art. 389). Por último, el art. 394 establece que el Estado garantizará la libertad de transporte, sin privilegios de ninguna naturaleza y que promocionará el transporte público masivo.

El Programa de Gobierno 2013-2017 plantea la desmercantilización del bienestar, la universalización de derechos, la recuperación del vínculo entre lo social y lo económico y la corresponsabilidad social, familiar y personal sobre la calidad de vida de las personas. La salud se plantea como un instrumento para alcanzar el Buen Vivir, mediante la profundización de esfuerzos en políticas de prevención y en la generación de un ambiente saludable. Por su parte, la Revolución Urbana se establece desde el derecho a la ciudad y a su gestión democrática, así como desde la garantía de la función social y ambiental del suelo urbano y su equilibrio con lo rural, para el ejercicio pleno de la ciudadanía y la construcción de la vida colectiva.

Esto implica la recuperación de los espacios públicos y la garantía de la vivienda digna, en protección de la universalidad de los servicios urbanos. Generar movilidad segura y sustentable requiere romper los intereses corporativos y gremiales del transporte, fortaleciendo la planificación, la regulación y el control de la movilidad y la seguridad vial; fomentando el uso del transporte público seguro, digno y sustentable; y promoviendo la movilidad no motorizada.

Para el periodo 2013-2017 se plantea profundizar el reencuentro con la naturaleza, para vivir en un ambiente sano y libre de contaminación. Se proyecta fortalecer el ordenamiento territorial y la búsqueda de asentamientos humanos sostenibles en lo urbano y lo rural. La gestión de riesgos es un eje transversal de la Estrategia Nacional de Cambio Climático, para mejorar las prácticas de preparación, respuesta y recuperación.

Mejorar la calidad de vida de la población es un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis años y medio, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social. Para su logro, este objetivo plantea mejorar la calidad y calidez de los servicios sociales de atención, garantizar la salud de la población desde

la generación de un ambiente y prácticas saludables; fortalecer el ordenamiento territorial, considerando la capacidad de acogida de los territorios y el equilibrio urbano-rural para garantizar el acceso a un hábitat adecuado y una vivienda digna; avanzar en la gestión integral de riesgos y fomentar la movilidad sustentable y segura.

## Diagnóstico

Mejorar la calidad de vida de la población demanda la universalización de derechos mediante la garantía de servicios de calidad. En los últimos seis años y medio se han logrado importantes avances que se señalan en esta sección, pero aún quedan retos significativos. No se puede hablar de universalización sin tener como ejes transversales a la calidad y la calidez en los servicios sociales de atención. En materia de salud, es importante consolidar políticas de prevención y de generación de un ambiente sano y saludable. El hábitat y la vivienda dignos requieren reducir el déficit cuantitativo y cualitativo y el hacinamiento, garantizar el derecho a la ciudad, fortalecer el ordenamiento del territorio, lograr el equilibrio urbano-rural y consolidar la gestión integral de riesgos. Además, se debe fomentar la movilidad sustentable de manera articulada entre los diferentes niveles de gobierno.

En términos generales, el índice social comparativo del Atlas de Desigualdades nos muestra que los indicadores sociales mantienen una tendencia ascendente entre 1990 y 2010, pero que durante el primer intervalo censal 1990 y 2001 el avance fue más lento que el segundo periodo 2001-2010 (Senplades, 2013b). El mencionado índice ascendió de 50,3 a 66,9 puntos entre 1990 y 2001, con un crecimiento del 0,8% anual. En contraste, el crecimiento entre 2001 y 2010 alcanzó el 1,3% anual y llegó a un puntaje de 68,1 en el último año mencionado. El logro más significativo alcanzado es la expansión considerable de la cobertura y la calidad en la salud pública. El personal promedio de salud por cada 10 mil habitantes ha subido de 37 a 50 médicos equivalentes entre 2001 y 2010 (Senplades, 2013b). La mortalidad infantil<sup>59</sup> se ha reducido aproximadamente a la mitad de su valor en 1990, con 26 casos por cada mil nacidos vivos al 2010 (INEC, 2010c).

<sup>59</sup> Se considera como mortalidad infantil a los fallecidos menores a 1 año. El indicador es calculado por método indirecto de estimación con información proveniente de los censos de población.

Persisten, sin embargo, varios problemas cruciales. La desnutrición crónica infantil, que reduce irreversiblemente el desarrollo intelectual y psicomotor de los niños menores de 5 años, continúa afectando al 26% de los niños en el país. Aunque han mantenido una tendencia declinante, estos valores todavía se deben mejorar. Asimismo, el embarazo adolescente, estimado mediante la tasa de fecundidad para mujeres entre 15 y 19 años, ubica a Ecuador entre los países con problemas más severos en América Latina, y no se ha reducido significativamente desde 1990 (Senplades, 2013b).

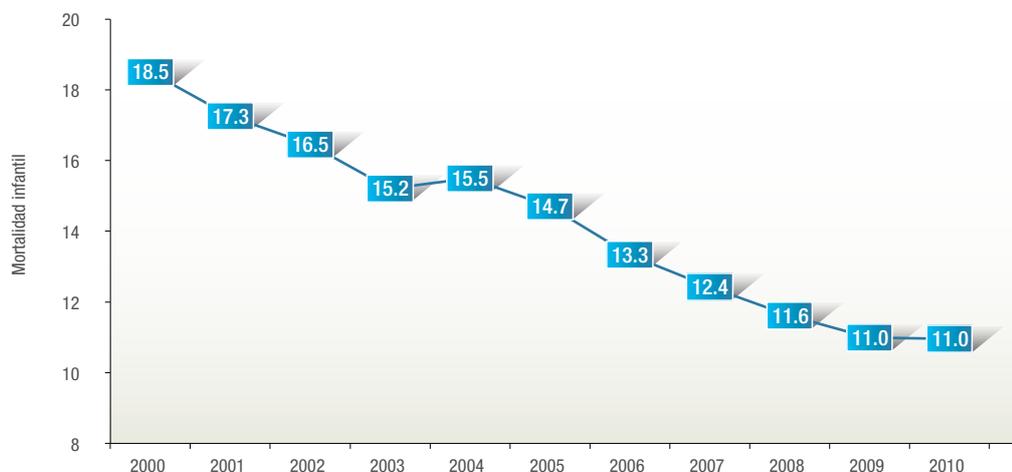
Por otro lado, las condiciones habitacionales del país han mantenido un ritmo de mejora relativamente sostenido durante las últimas tres décadas, este proceso de avance se ha intensificado recientemente. Uno de los logros más significativos se observa en el ámbito de la electrificación rural, cuya cobertura alcanzó el 89,5% de viviendas en 2010, valor muy superior al 53,8% prevaleciente en 1990 (INEC, 2010a).

## Salud

La salud se plantea desde una mirada intersectorial que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida. Se incluyen los hábitos de vida, la universalización de servicios de salud, la consolidación de la salud intercultural, la salud sexual y reproductiva, los modos de alimentación y el fomento de la actividad física.

La tasa de mortalidad en general fue de 4,3 muertes por cada mil habitantes, lo que muestra una ligera mejora con respecto al año 2000 (4,6 por cada mil habitantes). En el caso de la tasa de mortalidad materna, esta fue de 69,5 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, en 2010; sin embargo, no se ha logrado impactar en este indicador, que ha oscilado entre 48,5 y 69,7 entre 2001 y 2010. En el caso de la mortalidad

GRÁFICO 6.3.1.

**Tasa de mortalidad infantil (2000-2010)**

**Nota:** Tasa en número de muertes por cada 1 000 nacidos vivos.

**Fuente:** INEC, 2010c.

**Elaboración:** Senplades.

infantil<sup>60</sup>(Gráfico 6.3.1.), esta se ha reducido de 18,5 por mil nacidos vivos, en el año 2000, a 13,3 en 2006 y a 11,0 en 2010 (INEC, 2010c).

Las enfermedades crónicas se encuentran entre las primeras causas de muerte en el país. En la población femenina, en primer lugar, se encuentran las enfermedades car-

diovasculares (hipertensión arterial e isquemia cardíaca), seguidas de enfermedades como diabetes, cerebrovasculares y neumonía. En la población masculina, las enfermedades crónicas no trasmisibles comparten las primeras causas de muerte con las agresiones y los accidentes de tránsito. En el periodo 2000-2009, la incidencia de diabetes se incrementó de 80 a 488 por cada 100 mil habitantes. En el mismo periodo, la hipertensión arterial pasó de 256 a 1 084 por cada 100 mil habitantes. Para ambas enfermedades,

<sup>60</sup> Número de defunciones de niños y niñas menores a un año de edad por cada mil nacidos vivos.

TABLA 6.3.1.

**Principales causas de mortalidad general (2010)**

Causas de muerte	Número	Porcentaje	Tasa
Diabetes mellitus	4 455	7,15%	29,18
Enfermedades hipertensivas	4 381	7,03%	28,70
Enfermedades cerebrovasculares	3 930	6,31%	25,74
Demencia y enfermedad de Alzheimer	3 894	6,25%	25,51
Accidentes de transporte terrestre	3 351	5,38%	21,95
Influenza y neumonía	3 067	4,92%	20,09
Agresiones (homicidios)	2 106	3,38%	13,79
Enfermedades isquémicas del corazón	2 014	3,23%	13,19
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	1 997	3,21%	13,08
Enfermedades Inmunoprevenibles	1 971	3,16%	12,91
Enfermedades del sistema urinario	1 756	2,82%	11,50

**Nota:** Tasa de mortalidad por 100 000 habitantes.

**Fuente:** INEC, 2010c.

**Elaboración:** Senplades.

las tasas son marcadamente más elevadas en las provincias de la Costa que en el resto del país. Las enfermedades cardiovasculares representan el 30% de todas las muertes del país; la tasa es más alta en personas menores de 70 años (46%). Las enfermedades crónicas no transmisibles son evitables si se trabaja de manera multisectorial en la promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad y en el diagnóstico y tratamiento oportunos (MSP, 2010).

Desde finales del siglo XX se empezó a reportar una mayor prevalencia de enfermedades crónicas. Esta tendencia se asocia con el aumento de la esperanza de vida y con el hacinamiento de los segmentos de la población adulta y adulta mayor, así como con la modificación de modos de vida y de alimentación. Entre las acciones que se han tomado se encuentra el Programa de Salud Preventiva del Adulto, implementado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) desde 2009, con un enfoque de control y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. Se han instaurado normas y protocolos con el fin de incidir en su prevalencia. Destaca la entrega de medicación gratuita para las enfermedades crónicas no transmisibles e infecciosas, como el sida y la tuberculosis (MSP, 2010).

Por otra parte, varias de las enfermedades infecciosas transmisibles han logrado ser controladas e inclusive erradicadas, gracias al conocimiento de la enfermedad, a la vigilancia epidemiológica y a las acciones emprendidas para combatirlas. Al ser las enfermedades infecciosas históricamente las de mayor incidencia en la población, se han implementado políticas, programas y estrategias específicos que han logrado controlar la gran mayoría de ellas y, en algunos casos, eliminarlas, como a la poliomielitis, la viruela, la varicela, la oncoserculosis y la malaria. Sin embargo, persisten graves infecciones vinculadas a la pobreza y a la exclusión, entre las que se encuentran la tuberculosis, el sida, el dengue, el mal de Chagas y la leptospirosis y otras relacionadas con cambios en los ecosistemas, como la rabia y la leishmaniasis. De esto se desprende la necesidad de fortalecer los sistemas de información y desarrollar estrategias para su reducción y control (MSP, 2010).

Por otro lado, los modos de vida no saludables ocasionan enfermedades crónicas. La adicción al alcohol y a las drogas está asociada con accidentes y violencia, que también están entre las principales causas de muerte. El 23% de adolescentes sufre

de obesidad y sobrepeso a nivel nacional (OMS, 2012). Los efectos son más acentuados en la población marginal y se han agudizado con los efectos de la globalización, la urbanización y la evolución tecnológica. Contribuyen a la promoción de la salud políticas públicas encaminadas a regular el consumo de sustancias nocivas y a promover el deporte y la actividad física. El incremento, aún moderado, de la movilidad no motorizada<sup>61</sup> contribuye a la salud, pues disminuye la contaminación y fomenta la práctica de la actividad física como protección contra enfermedades.

## Embarazo adolescente, salud sexual y reproductiva

La incidencia de embarazos en la adolescencia se relaciona, entre otros aspectos, con limitaciones e insuficiencias en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a la falta de información y educación sexual oportunas. Desde el año 2011 se implementa la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes, con los ejes estratégicos de servicios integrales y estrategias de comunicación para modificación de patrones culturales. Además, se cuenta con el proyecto Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA) y con programas de prevención, promoción, atención y restitución; también se garantiza el acceso y el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, como los del Plan Andino, el Plan Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal y el Plan Nacional de Erradicación de Violencia de Género.

Son madres el 16,9% de las adolescentes entre 15 y 19 años y el 0,6% de las adolescentes entre 12 y 14 años. Por lo tanto, están expuestas a consecuencias en su salud, a la reproducción intergeneracional de la pobreza, a la posible inestabilidad familiar, a la deserción escolar y a la inserción precaria en el mercado laboral (INEC, 2010a).

El abordaje de salud sexual y reproductiva se ha ampliado: se han integrado diferentes componentes, como salud sexual, inclusión de hombres y diversidades sexuales y se han incluido otras problemáticas de salud, como infecciones de transmisión sexual, el cáncer de mama

<sup>61</sup> Por ejemplo, el uso de la bicicleta.

y cérvico-uterino y el aborto. Así, se supera el tema reproductivo y se transita hacia el abordaje de la sexualidad de manera integral. El sistema de salud ha respondido mediante la capacitación y la generación de espacios para la atención integral a adolescentes, la atención del parto humanizado e intercultural, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y gratuitos, y campañas educativas (MSP, 2012a).

## Salud intercultural

En la última Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (CEPAR, 2004) se evidencia que las mujeres indígenas se encuentran en situación de desventaja, pues los porcentajes sobre partos en instituciones de salud y acceso a métodos anticonceptivos a nivel nacional enmascaran diferencias regionales y étnicas. Es así que el 65% de mujeres que se autoidentifican como indígenas afirma haber tenido partos domiciliarios. En provincias con alta población indígena y afroecuatoriana, el parto domiciliario alcanza un 40%; en la región Amazónica, esta situación llega al 38%.

Según esta misma fuente, esa realidad se refiere especialmente a factores culturales ligados a las tradiciones y costumbres de estos pueblos y nacionalidades, pero también se refiere a los tratos y actitudes que las mujeres reciben de parte del personal médico, que por momentos aparecerían como situaciones violentas.

Esto incluye numerosos comportamientos y actitudes que van desde la falta de amabilidad y paciencia de los médicos, enfermeras, personal administrativo y de servicio; la falta de habilidades para comunicarse en el idioma nativo de la paciente; la falta de privacidad; no brindar confianza a la paciente al no atender sus inquietudes y o informarla adecuadamente; hasta manifestaciones más explícitas de maltrato verbal y físico, trato excluyente y asimétrico (MSP - Conasa, 2008: 16).

Estas cifras nos hablan especialmente de barreras culturales que impiden que las mujeres accedan a los servicios de salud, ya que los mismos no son reconocidos como espacios seguros en los que se garanticen sus derechos, sino como lugares que representan en muchos casos violencia y falta de entendimiento y diálogo cultural.

En la actualidad, de acuerdo al nuevo Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, se creó la Dirección Nacional de Interculturalidad, Derechos y Participación Social, cuya misión es “definir y asegurar la implementación de políticas, derechos interculturales de salud, planes, programas y demás herramientas que garanticen la articulación y complementariedad de los conocimientos, saberes y prácticas ancestrales y alternativas de salud en los diferentes niveles de gestión y atención integral, promoviendo y facilitando la participación social y el ejercicio de derechos” (MSP, 2012b). Se han implementado hasta la fecha unidades operativas con medicinas alternativas y/o complementarias en las ciudades de Quito, Cuenca, Guaranda, Muisne, Eloy Alfaro, Lago Agrio, Morona y Gualaquiza.

## Ocio, tiempo libre, deporte y actividad física

Los altos niveles de sedentarismo en Ecuador han provocado que más del 50% de la población presente sobrepeso y obesidad. Este indicador es de 6,5% en niños y niñas menores de 5 años, de 22% en adolescentes y de 60% en adultos. Apenas el 11% de la población realiza actividad física de manera habitual. Por otro lado, lo que más ha influido en los hábitos deportivos de la gente ha sido el colegio; con esto, se confirma la importancia de recuperar la educación física en centros educativos de todo nivel (Ministerio del Deporte, 2012).

El Ministerio del Deporte ha ejecutado una serie de proyectos para la masificación de las actividades de la cultura física y la detección, formación y selección de posibles talentos que consoliden el sistema de alto rendimiento. El deporte es un agente promotor de la calidad de vida de la población, ya que contribuye a la mejora de la salud, a la educación y a la organización comunitaria. A través de la implementación del Plan Nacional de Alto Rendimiento, se logró la participación de 36 deportistas en las Olimpiadas de Londres, así como la obtención de 24 medallas de oro en los juegos Panamericanos de Guadalajara 2011.

La masificación de las actividades de la cultura física permitió que alrededor de 10 mil personas accedieran a los beneficios de la actividad deportiva. Este beneficio se ha visto reflejado a través de la transferencia de recursos a organizaciones deportivas barriales para la ejecución de varios

proyectos de recreación y cultura física (Ministerio del Deporte, 2012).

La educación y la cultura física contribuyen de manera directa a la consecución de las destrezas motoras, cognitivas y afectivas necesarias para aprovechar los conocimientos, interactuar con el mundo físico e integrarse plenamente al mundo social. Con esta finalidad, el Ministerio del Deporte, conjuntamente con el Ministerio de Educación, ha emprendido el proceso de Actualización y Fortalecimiento Curricular de la Educación Física para la Educación General Básica y Bachillerato Unificado, proyecto que permitirá que los docentes del ramo se capaciten y transmitan sus conocimientos a los estudiantes.

## Hábitat y vivienda digna

La Constitución, en su artículo 375, establece como obligación de todos los niveles de gobierno garantizar el hábitat y la vivienda dignos, con base en los principios del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social: universalidad, igualdad, equidad, progresividad, interculturalidad, solidaridad y no discriminación (art. 340). Por hábitat se entiende al entorno integral y construido en el que la población se asienta y desarrolla sus actividades; por lo tanto, debe ser ambientalmente sano y brindar condiciones de seguridad para la población. Las condiciones del hábitat y la vivienda son determinantes de la calidad de vida de las personas. El déficit habitacional cuantita-

tivo<sup>62</sup> pasó de 21,2% en 2009 a 13,7% en 2012. Sin embargo, este indicador se mantiene en el 29,8% en zonas rurales. El indicador del porcentaje de hogares en situación de hacinamiento<sup>63</sup> se ha reducido de 18,9% en 2006 a 15,8% en 2009 y a 9,2% en 2012, lo que evidencia una reducción del 50% en los últimos seis años (INEC, 2012c).

Una prioridad del periodo 2013-2017 es ampliar, de manera coordinada entre niveles de gobierno, la cobertura y la calidad de los servicios básicos, en particular el agua y el saneamiento, pues son factores determinantes de la calidad de vida de la población y tienen relación directa con la generación de un ambiente digno y saludable. El porcentaje de viviendas que obtienen agua por red pública pasó de 70,1% en 2006 a 74,5% en 2012 (Tabla 6.3.2.); sin embargo, en 2012, este porcentaje es de apenas el 36,3% en zonas rurales, frente al 93,7% en el área urbana. En cuanto a la adecuada eliminación de excretas, el porcentaje de hogares que cuentan con este servicio aumentó del 65,6% en 2006 al 81,3% en 2012 en zonas rurales y del 96,9% al 99,2% en el área urbana, durante el mismo periodo. La recolección de basura en el área rural continúa

<sup>62</sup> Porcentaje de viviendas cuyas condiciones habitacionales se consideran irrecuperables a partir de la combinación de materiales predominantes y del estado de estos.

<sup>63</sup> Se considera que un hogar está hacinado si cada uno de los dormitorios con los que cuenta sirve en promedio a un número de miembros mayor a tres personas.

Tabla 6.3.2.

### Agua y saneamiento (2006-2012)

Año	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Porcentaje de hogares que obtiene agua por red pública</b>							
Nacional	70,1	73,7	73,3	72,5	73,8	73,6	74,5
Urbano	90,3	92,5	90,6	90,3	91,6	93,2	93,7
Rural	26,9	33,0	36,4	35,0	35,9	35,4	36,3
<b>Porcentaje de hogares con eliminación adecuada de excretas</b>							
Nacional	86,9	87,4	89,2	89,4	92,0	92,2	93,2
Urbano	96,9	97,5	97,0	97,2	98,5	99,0	99,2
Rural	65,6	65,5	72,4	72,9	78,0	79,0	81,3
<b>Porcentaje de hogares con servicio de recolección de basura</b>							
Nacional	72,5	75,2	76,2	75,7	78,1	77,0	78,9
Urbano	95,9	97,6	97,6	95,5	97,2	98,3	98,5
Rural	22,5	26,6	30,6	34,0	37,7	35,3	39,7

Fuente: INEC, 2012c.

Elaboración: Senplades.

siendo reducida, pues llega apenas al 39,7% de hogares, a pesar de la importante mejora con respecto al 22,5% del año 2006 (INEC, 2012c).

## Asentamientos humanos y control del uso del suelo

El caos y el desorden urbanísticos son dos problemas centrales. El crecimiento de la población urbana que caracteriza al Ecuador desde los años 60 del siglo pasado generó un desarrollo urbano desordenado, sin planificación, regulación ni control, con carencias en las prestaciones de servicios básicos y con profundas asimetrías territoriales (parroquias de extrema riqueza junto a parroquias de extrema pobreza). La segregación urbana excluyó a grandes sectores populares del acceso a la vivienda y a un hábitat seguro, debido a prácticas inmobiliarias especulativas que optimizaron rentas a través de la incorporación irracional de suelo. La falta de una planificación urbana provocó también el desconocimiento de las diversidades sociales, culturales y territoriales, la exacerbación del individualismo, el consumo y una fragmentación de las ciudades.

El 79% de los cantones presenta crecimiento por fuera del límite urbano (MIDUVI, 2011). Este crecimiento agresivo y desordenado, aparte de generar una importante presión antrópica sobre los territorios ecológicamente sensibles y agro-productivos, encarece y hace poco eficiente la provisión de servicios públicos, aumentando los tiempos de desplazamiento, generando caos en la movilidad y contribuyendo al deterioro de las dinámicas de encuentro ciudadano. Esta situación se agrava debido a los procesos de crecimiento por la vía de asentamientos en zonas de riesgo y del aumento del mercado informal, causados tanto por la falta de control como por la falta de una normativa urbana clara y apropiada.

El proceso acelerado de crecimiento urbano respondió principalmente a dinámicas socioeconómicas y de mercado de suelo individualistas, inequitativas y especulativas. Mientras más fuerte sea el mercado inmobiliario y tenga menos regulación, mayores serán los niveles de exclusión y especulación. Los proyectos urbanísticos privados se han desarrollado aceleradamente con una lógica de lote individual sin control ni normativa, sin tomar en cuenta a la ciudad en su conjunto y sin corresponsabilidad para generar soluciones de movilidad, control de la contaminación y convivencia armónica con el sector rural.

Adicionalmente, los medios de redistribución de los beneficios generados por el desarrollo urbano son incipientes.

El número de hogares identificados en asentamientos informales localizados en zonas de amenazas no mitigables, protegidas y/o declaradas no habitables (excluyendo Guayaquil) se distribuyó de la siguiente manera: 43,5% en invasiones, 23% en otros asentamientos informales, 22,8% en urbanizaciones ilegales, 5,9% en asentamientos fraccionados ilegalmente por derechos y acciones y 4,9% en asentamientos fraccionados ilegalmente por sentencias judiciales (MIDUVI, 2011).

El espacio público es escaso y de baja calidad, con insuficientes espacios verdes y recreativos. Ecuador tiene 4,69 m<sup>2</sup> de espacios verdes por habitante, cuando el parámetro establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es de 9 m<sup>2</sup> (INEC, 2012a). El proceso de crecimiento urbano acelerado no ha generado dinámicas que mejoren la calidad de vida de la población de modo equitativo. Algunos municipios como los de Quito, Cuenca e Ibarra han iniciado procesos de recuperación del espacio público; sin embargo, estos esfuerzos son aislados y se evidencia la necesidad de generar marcos de regulación y control nacional –como parte de un desarrollo territorial inequitativo– y de reconocimiento de las capacidades de cada territorio en función de un sistema de ciudades.

## Gestión de riesgos

Las vulnerabilidades están asociadas, por definición, a la exposición ante las amenazas de origen antrópico, natural o socionatural y a la capacidad que las sociedades y personas desarrollan para proteger y hacer uso de los beneficios de las inversiones y esfuerzos que realizan a lo largo del tiempo en sus territorios. Uno de los mecanismos más poderosos para reducir sostenidamente la vulnerabilidad es la planificación del desarrollo y el ordenamiento de los usos del territorio; otro es la construcción del sistema de gestión de riesgos, a cuyo cargo está, entre otros desafíos, la preparación e implementación de los planes de desarrollo y ordenamiento territorial.

Ecuador es un país con un elevado índice de vulnerabilidad ante factores de origen natural<sup>64</sup>

<sup>64</sup> Las amenazas a las cuales está expuesto el país son: inundaciones, tsunamis, movimientos de masas,

y antrópico. Durante 1900 y 2009 se registraron 65 desastres de gran magnitud (CRED, 2013): el 60%, provocado por fenómenos hidrometeorológicos (sequías, inundaciones, deslizamientos húmedos) y el 40%, por eventos geofísicos (sismos, erupciones volcánicas y deslizamientos secos). Los sismos generaron pérdidas económicas de USD 1 500 millones durante el periodo (SNGR, 2012).

Durante los últimos 25 años, grandes desastres afectaron los países de la región andina. Según la CEPAL (2003), el 33% de las pérdidas directas e indirectas (vidas humanas, infraestructura social y productiva) en la región fue causado por eventos naturales. En nuestro país, el fenómeno de El Niño, durante los episodios más severos (1982-1983 y 1997-1998), causó pérdidas estimadas por USD 3 900 millones (CAF, 2011).

Los desastres a nivel mundial se duplicaron en las dos últimas décadas y alcanzaron más de 400 por año. La vulnerabilidad ha aumentado en muchos países y Ecuador no es la excepción. Una de sus causas es el incremento de los riesgos urbanos debido a los elevados índices de urbanización, incluyendo asentamientos no planificados e inseguros en áreas inundables, costeras y montañosas (SNGR, 2012).

En el seno de Naciones Unidas, se adoptó el Marco de Acción de Hyogo (MAH)<sup>65</sup> para reducir los riesgos y vulnerabilidades provocados por amenazas naturales. La Asamblea General de las Naciones Unidas llamó a implementar el MAH y reafirmó la importancia del Sistema Multisectorial de la Estrategia Internacional para la Reducción de Riesgos.

Ecuador implementa sostenidamente la gestión de riesgos como política de Estado y demuestra liderazgo en las acciones de reducción de riesgos a nivel nacional, andino y latinoamericano. Durante el año 2011, de los 365 días del año, el país vivió 157 días con algún tipo de emergencia o estado de excepción relacionados con eventos adversos (SNGR, 2012). En 2012, la estación invernal afectó principalmente a las provincias de Azuay, El Oro, Esmeraldas, Guayas, Loja, Los Ríos y Manabí, que fueron declaradas en estado

erupciones volcánicas, sismos, oleajes y aguajes, sequías, cambio climático, entre otras.

<sup>65</sup> Esta conferencia subrayó que, para la reducción de la vulnerabilidad local, nacional y regional ante emergencias y desastres de origen natural o antrópico, es necesario adoptar un enfoque estratégico y sistémico que permita obtener el aumento de la resiliencia de las comunidades y naciones.

de excepción. En el año 2012, las precipitaciones fueron las mayores de los últimos 10 años y se vieron afectadas alrededor de 195 147 hectáreas, lo cual generó costos de al menos USD 237,9 millones (Senplades, 2012d).

Los incendios forestales en 2012 afectaron 18 578 hectáreas, en su gran mayoría bosques y pajonales (ex-CLIRSEN, 2012), lo que obligó a declarar en emergencia a nueve provincias. Hubo pocas pérdidas en vidas y materiales, pero la afectación a la biodiversidad y a los ecosistemas fue significativa. El mandato constitucional establece que el esfuerzo de gestión de riesgos en el país tiene como propósito operativo minimizar la condición de vulnerabilidad. Para el efecto, el Estado ecuatoriano construye un nuevo marco normativo y de planificación y el Sistema Nacional Descentralizado de Gestión de Riesgos.

## Movilidad sostenible

Es necesario fortalecer la planificación urbana para la seguridad vial y la promoción de un transporte público digno y de medios de movilidad no motorizada. Las ciudades han concentrado en zonas centrales la infraestructura educativa, hospitalaria, institucional y administrativa, los espacios culturales, las universidades y los centros comerciales, con lo cual se genera un constante flujo de gran cantidad de personas que cotidianamente se ven obligadas a recorrer largas distancias. Por esto, es necesario fortalecer la generación de nuevas centralidades que garanticen el acceso a servicios y espacios públicos y productivos.

La infraestructura urbana no resulta segura para la convivencia en el tránsito y favorece la circulación de vehículos motorizados, en detrimento de otras alternativas. El parque automotor sigue en crecimiento a nivel nacional, lo que provoca problemas ambientales, de salud pública, de convivencia entre conductores con el resto de la población y de sobreocupación del espacio público. A nivel nacional, en el año 2011, se matricularon un total de 1,6 millones de vehículos. Las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca concentran el 49,5% del parque automotor (ANT, 2011).

## Políticas y lineamientos estratégicos

### 3.1. Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social

- a. Normar, regular y controlar la calidad de los servicios de educación, salud, atención y cuidado diario, protección especial, rehabilitación social y demás servicios del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en sus diferentes niveles, modalidades, tipologías y prestadores de servicios.
- b. Regular y evaluar la incorporación de profesionales calificados, capacitados y especializados, según corresponda y con la pertinencia necesaria, en los sistemas nacionales de educación, salud, atención y cuidado diario, protección y asistencia a víctimas de violencia, rehabilitación social y demás servicios del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.
- c. Incentivar la implementación de procesos de desarrollo profesional, formación continua, evaluación, certificación y recategorización laboral para los profesionales de la educación y la salud y para los profesionales o técnicos de servicios de atención y cuidado diario.
- d. Implementar procesos de estandarización y homologación, con pertinencia cultural, social y geográfica, de la infraestructura, el equipamiento y el mobiliario de los componentes del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.
- e. Implementar sistemas de calidad con estándares normalizados que faciliten la regulación, el control y la auditoría de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.
- f. Promover la certificación, la acreditación, el licenciamiento y/o la autorización, según corresponda, de la prestación de servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.
- g. Definir protocolos y códigos de atención para cada uno de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.
- h. Definir la institucionalidad y la estructura orgánica necesaria para la operación de los sistemas de calidad de servicios sociales.
- i. Reforzar o crear mecanismos de control social de la gestión y la calidad de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

### 3.2. Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas

- a. Diseñar e implementar mecanismos integrales de promoción de la salud para prevenir riesgos durante todo el ciclo de vida, con énfasis sobre los determinantes sociales de salud.
- b. Levantar el perfil epidemiológico y sanitario del país, como principal herramienta para la planificación de la oferta de servicios de promoción y prevención.
- c. Fortalecer el sistema de vigilancia y control epidemiológico, con corresponsabilidad comunitaria, ante posibles riesgos que causen morbilidad y mortalidad evitable o que sean de notificación obligatoria.
- d. Ampliar los servicios de diagnóstico, control y atención oportuna pre y posnatal a la madre y el recién nacido, para prevenir las enfermedades prevalentes de la infancia.
- e. Prevenir y combatir el consumo de tabaco, alcohol, sustancias estupefacientes y psicotrópicas, con énfasis en las mujeres en periodo de gestación, niñas, niños y adolescentes.
- f. Implementar acciones integrales para la disminución de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles o degenerativas de alta prioridad, y enfermedades evitables y desatendidas, por consumo de alimentos contaminados y por exposición a agroquímicos u otras sustancias tóxicas.

- g. Desarrollar e implementar programas nacionales de reducción de la muerte materna y neonatal, con enfoque integrado e intercultural.
  - h. Promover el uso de prácticas médicas que reduzcan el riesgo de transmisión materno-fetal y materno-infantil de enfermedades.
  - i. Promover la educación para la salud como principal estrategia para lograr el autocuidado y la modificación de conductas hacia hábitos de vida saludables.
  - j. Promover la lactancia materna como la acción más efectiva para la nutrición y la prevención de enfermedades infecciosas neonatales, sobre todo gastroenteritis.
- k. Desarrollar e implementar mecanismos para la detección temprana de enfermedades congénitas y discapacidades.
  - l. Implementar programas de inmunización como mecanismo de defensa ante microorganismos patógenos, con énfasis en niños, niñas, adolescentes, mujeres embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidad.
  - m. Promover la investigación en servicios sanitarios, en articulación con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, que permita la detección oportuna de patologías, virus y demás enfermedades, así como la identificación de mecanismos y acciones para contrarrestar una posible propagación de epidemias.
  - n. Impulsar la creación de programas de medicina preventiva.

### 3.3. Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud

- a. Consolidar y fortalecer la red pública integral de salud de manera coordinada e integrada, para optimizar el uso de recursos, con base en la capacidad de acogida de los territorios.
- b. Garantizar la gratuidad y la calidad dentro de la red pública integral de salud y sus correspondientes subsistemas.
- c. Dotar y repotenciar la infraestructura, el equipamiento y el mobiliario hospitalario, según corresponda, a lo largo del territorio ecuatoriano.
- d. Incorporar personal médico y de otros servicios de salud, capacitado y especializado, dentro de los establecimientos de salud pública.
- e. Implementar el sistema de referencia y contrarreferencia entre instituciones de la red pública y la red complementaria en todos los niveles, garantizando el acceso oportuno y optimizando el uso de todos los recursos disponibles en el país.
- f. Fortalecer y consolidar el primer nivel de atención de salud como el punto de entrada al sistema nacional de salud, para que facilite y coordine el itinerario del paciente en el sistema y permita la detección, el diagnóstico y el tratamiento temprano de las enfermedades en la red pública integral de salud.
- g. Potenciar los servicios de atención integral en el segundo nivel del sistema nacional de salud pública y fortalecer sus mecanismos de referencia.
- h. Reestructurar el tercer nivel del sistema de salud pública, concentrándolo en la prestación de servicios especializados y de alta complejidad, para optimizar el funcionamiento del sistema de salud pública y evitar el congestionamiento de los servicios de atención.
- i. Propiciar el uso adecuado de servicios de salud pública de acuerdo con las competencias de los diferentes niveles de atención, para optimizar la gestión y la operación de los establecimientos de salud pública.
- j. Diseñar e implementar el cofinanciamiento dentro del Sistema Nacional de Salud, promoviendo la aplicación de un tarifario único de servicios médicos y de salud.
- k. Ampliar y fortalecer la regulación y los mecanismos de control del establecimiento de precios de los servicios de salud de la red complementaria.

- l. Garantizar la provisión oportuna de medicamentos acorde con las necesidades sanitarias de la población, en especial para enfermedades catastróficas, raras y personas con discapacidad severa, dando preferencia al uso de medicamentos genéricos.
- m. Promover la producción, distribución y comercialización de medicamentos genéricos.
- n. Garantizar el acceso y uso de medicamentos adecuados en los pacientes y en los profesionales de salud que prestan sus servicios dentro de la red pública integral de salud, dando prioridad al acceso y uso de medicamentos genéricos.
- o. Reformar y mejorar el sistema de registro único y la vigilancia epidemiológica y sanitaria, a nivel nacional, estandarizado y con capacidad de respuesta inmediata.
- p. Promover la implementación del sistema de control posregistro de alimentos y medicamentos, para garantizar su calidad.
- q. Implementar el nuevo modelo de atención integral en salud en los territorios, con pertinencia cultural, geográfica, de género e intergeneracional y con enfoque de derechos humanos.
- r. Generar y promover la implementación de herramientas e instrumentos tecnológicos e informáticos, como la ficha médica única, para optimizar la gestión y la capacidad resolutiva de las unidades de salud.
- s. Impulsar la formación de profesionales especialistas y técnicos para el nuevo modelo de atención y de la red pública integral de salud, en todo el territorio.

### 3.4. Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud

- a. Propiciar las condiciones necesarias para la inclusión y adaptación progresiva de las cosmovisiones, los conocimientos y los saberes ancestrales de las diversas culturas en la provisión de servicios primarios de salud, con enfoque preventivo y curativo y con énfasis en servicios materno-infantiles.
- b. Generar e implementar programas de sensibilización sobre interculturalidad y salud, dirigidos sobre todo a los profesionales del ramo.
- c. Promover la incorporación del enfoque de interculturalidad en la formación y capacitación del talento humano de salud, promoviendo el conocimiento, la valoración y el respeto de los saberes.
- d. Incentivar la investigación y generar normativa para la protección e incorporación del conocimiento y los saberes ancestrales, comunitarios y populares al sistema de salud pública.
- e. Diseñar y aplicar protocolos que faciliten la implementación progresiva de la medicina ancestral y alternativa con visión holística, en los servicios de salud pública y privada.
- f. Generar mecanismos para la incorporación progresiva de los agentes tradicionales y ancestrales en el sistema integrado de salud pública.
- g. Propiciar espacios participativos, incluyentes y paritarios de las comunidades, los pueblos y las nacionalidades en la construcción, la ejecución, el control y la evaluación de los servicios de salud con pertinencia territorial.

### 3.5. Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas

- a. Asegurar que la población disponga de información precisa y científicamente fundamentada en relación a las prácticas y conductas sexuales y sus riesgos en la salud sexual y reproductiva, con enfoque de género, equidad e igualdad.
- b. Promover el respeto a la orientación sexual y a la identidad de género de las personas y crear mecanismos de vigilancia y control del ejercicio pleno del derecho de las personas a la libertad sexual.

- c. Promover la implementación y la ampliación de programas y servicios de planificación familiar que permitan la toma de decisiones informadas y que garanticen la provisión de servicios de salud reproductiva.
- d. Ampliar y mejorar la oferta de servicios de salud e insumos médicos que garanticen una sexualidad segura y sin riesgo, con pertinencia cultural y social.
- e. Impulsar acciones de prevención del embarazo adolescente e implementar estrategias de apoyo integral a madres y padres adolescentes, así como a sus familias.
- f. Generar protocolos y demás herramientas para la atención integral del embarazo adolescente.
- g. Garantizar la confidencialidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, como un derecho de los individuos dentro de su plan de vida.
- h. Promover el uso de métodos de protección sexual y anticonceptivos para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y la planificación familiar adecuada y orientada al plan de vida de las personas.
- i. Promover la corresponsabilidad de la pareja en la salud sexual y reproductiva, transformando patrones socioculturales relacionados a la sexualidad y planificación familiar.

### 3.6. Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas

- a. Fortalecer la rectoría de la autoridad nacional sanitaria en nutrición, tanto en la red pública como en la complementaria de atención, así como en otras instituciones del Estado que gestionan recursos, productos y servicios relacionados con la nutrición de la población.
- b. Establecer, a través de la autoridad competente, los requerimientos calóricos y nutricionales estándares recomendados para el país, de acuerdo a edad, sexo y nivel de actividad física y con pertenencia geográfica y cultural.
- c. Fortalecer y desarrollar mecanismos de regulación y control orientados a prevenir, evitar y controlar la malnutrición, la desnutrición y los desórdenes alimenticios durante todo el ciclo de vida.
- d. Fortalecer campañas de suplementos alimenticios y vitaminas en la población con déficit nutricional y en etapa de desarrollo cognitivo.
- e. Normar y controlar la difusión de información calórica y nutricional de los alimentos, a efectos de que el consumidor conozca los aportes de la ración que consume con respecto a los requerimientos diarios recomendados por la autoridad nacional en materia de salud y nutrición.
- f. Desarrollar e implementar mecanismos que permitan fomentar en la población una alimentación saludable, nutritiva y equilibrada, para una vida sana y con menores riesgos de malnutrición y desórdenes alimenticios.
- g. Regular y controlar la entrega de alimentación complementaria a los grupos de atención prioritaria, basándose en los requerimientos nutricionales recomendados para cada grupo poblacional, emitidos por la autoridad nacional en materia de salud y nutrición.
- h. Normar, regular y controlar la preparación, la distribución y la comercialización de alimentos dentro de establecimientos públicos y privados que acogen a diferentes grupos de población, acorde a los requerimientos y estándares recomendados por la autoridad nacional en materia de salud y nutrición.
- i. Impulsar programas de alimentación escolar en los niveles de educación inicial, básica y bachillerato, con prioridad en el nivel inicial, de acuerdo a los requerimientos nutricionales de la edad y a la jornada de estudio, con eficiencia económica y pertinencia geográfica y cultural.

- j. Generar normativas y mecanismos de control de los alimentos que se comercializan al interior y al exterior de las instituciones educativas de todos los niveles, basándose en buenas prácticas nutricionales para cada grupo poblacional, recomendadas por la autoridad sanitaria nacional.
- k. Impulsar programas de educomunicación para promover buenos hábitos alimenticios.
- l. Fomentar la oferta de alimentación saludable y pertinente en establecimientos públicos y privados de provisión de alimentos.
- m. Implementar mecanismos efectivos, eficientes y eficaces de control de calidad e inocuidad de los productos de consumo humano.
- n. Articular la producción local/nacional, su distribución y su consumo a las necesidades nutricionales de la población, a fin de garantizar la disponibilidad y el acceso permanente a alimentos nutritivos, sanos, saludables y seguros, con pertinencia social, cultural y geográfica, contribuyendo con la garantía de la sostenibilidad y soberanía alimentarias.
- o. Fomentar la producción de cultivos tradicionales y su consumo como alternativa de una dieta saludable.

### 3.7. Fomentar el tiempo dedicado al ocio activo y el uso del tiempo libre en actividades físicas, deportivas y otras que contribuyan a mejorar las condiciones físicas, intelectuales y sociales de la población

- a. Masificar las actividades físicas y recreativas en la población, considerando sus condiciones físicas, del ciclo de vida, culturales, étnicos y de género, así como sus necesidades y habilidades, para que ejerciten el cuerpo y la mente en el uso del tiempo libre.
- b. Impulsar de forma incluyente la práctica de deportes y actividad física en el uso del tiempo libre.
- c. Promover mecanismos de activación física y gimnasia laboral en los espacios laborales, que permitan mejorar las condiciones físicas, intelectuales y sociales de las y los trabajadores.
- d. Propiciar el uso del tiempo libre de niños y niñas, adolescentes y jóvenes en actividades recreativas, lúdicas, de liderazgo, deportivas y asociativas, como mecanismo de inserción y formación de ciudadanos activos.
- e. Impulsar la generación de actividades curriculares y extracurriculares y la apertura de espacios que permitan desarrollar y potenciar las habilidades y destrezas de la población, de acuerdo a la condición etaria, física, de género y características culturales y étnicas.
- f. Diseñar e implementar mecanismos de promoción de la práctica de algún tipo de deporte o actividad lúdica en la población, de acuerdo a su condición física, edad, identificación étnica, género y preferencias en los establecimientos educativos, instituciones públicas y privadas, sitios de trabajo y organizaciones de la sociedad civil.
- g. Impulsar la organización, el asociativismo o la agrupación en materia deportiva o cualquier actividad física permanente o eventual, de acuerdo a las necesidades, aptitudes y destrezas de sus integrantes.

### 3.8. Propiciar condiciones adecuadas para el acceso a un hábitat seguro e incluyente

- a. Garantizar el acceso libre, seguro e incluyente a espacios, infraestructura y equipamiento público y comunitario de manera sostenible.
- b. Impulsar desde los gobiernos autónomos descentralizados el adecuado y eficiente ordenamiento territorial, la planificación y la consolidación equilibrada de las ciudades, con especial atención a los espacios rurales.

- c. Establecer mecanismos intersectoriales con los distintos niveles de gobierno, para prevenir e impedir los asentamientos humanos irregulares, sobre todo en zonas de riesgo o protegidas.
- d. Establecer y difundir prácticas solidarias y de respeto a los derechos que eviten posibles conflictos en los ámbitos familiares y comunitarios.
- e. Impulsar la implementación de planes de salud y seguridad ocupacional en las empresas públicas y privadas.
- f. Garantizar seguridad y vigilancia del entorno y protección ciudadana en eventualidades.
- g. Incentivar la conformación de barrios o comunidades seguras, promoviendo la organización y la participación comunitaria activa en los servicios de vigilancia, protección y seguridad ciudadana, fortaleciendo los lazos de confianza, respeto mutuo, cooperación y solidaridad, para la conformación de barrios y comunidades seguras.
- h. Difundir y vigilar el cumplimiento de las normas y los estándares de comportamiento humano, seguridad, protección y producción de bienes o servicios, para prevenir y evitar

posibles daños y/o contaminación ambiental, así como la propagación de epidemias o casos de violencia.

- i. Fortalecer o potenciar el adecuado uso de los recursos endógenos para un desarrollo productivo local que permita a la población el acceso a fuentes de trabajo digno.
- j. Promover nuevos modelos urbanísticos y de asentamientos humanos ecológicos, con principios de sostenibilidad y sustentabilidad, como modelos de urbanización planificada y ordenada y garantías de calidad de vida.
- k. Generar espacios de participación ciudadana en la toma de decisiones con respecto a la planificación y a la priorización de intervenciones locales.
- l. Promover e incentivar la recuperación y restauración de las construcciones, edificaciones y barrios patrimoniales.
- m. Promover la difusión y la práctica de hábitos, costumbres y tradiciones que permitan recuperar la identidad cultural de los pueblos, siempre que estos no atenten contra los derechos, la seguridad y la vida de las personas.

### 3.9. Garantizar el acceso a una vivienda adecuada, segura y digna

- a. Promover el desarrollo de programas habitacionales integrales accesibles a personas con discapacidad y adecuados a las necesidades de los hogares y las condiciones climatológicas, ambientales y culturales, considerando la capacidad de acogida de los territorios.
- b. Incentivar una oferta de vivienda social que cumpla con estándares de construcción y garantice la habitabilidad, la accesibilidad, la permanencia, la seguridad integral y el acceso a servicios básicos de los beneficiarios: transporte público, educación, salud, etc.
- c. Generar instrumentos normativos y sus correspondientes mecanismos de aplicación, para regular y controlar el alquiler de vivienda y permitir un acceso justo.
- d. Promover la construcción de viviendas y equipamientos sustentables que optimicen el uso de recursos naturales y utilicen la generación de energía a través de sistemas alternativos.
- e. Definir, normar, regular y controlar el cumplimiento de estándares de calidad para la construcción de viviendas y sus entornos,

que garanticen la habitabilidad, la accesibilidad, la seguridad integral y el acceso a servicios básicos de los habitantes, como mecanismo para reducir el déficit cuantitativo y cualitativo de vivienda.

- f. Generar estrategias de mejoramiento de viviendas deterioradas y en condiciones inadecuadas, riesgosas o de hacinamiento.
- g. Promover la organización y responsabilidad familiar y comunitaria, para garantizar su participación en la obtención de vivienda nueva o mejorada y en el mantenimiento oportuno y adecuado de las viviendas y sus entornos que evite el deterioro y los consecuentes riesgos.
- h. Generar programas que faciliten los procesos de legalización de la tenencia y propiedad del suelo y las viviendas, con principios de protección y seguridad.
- i. Promover el acceso equitativo de la población a suelo para vivienda, normando, regulando y controlando el mercado de suelo para evitar la especulación.

### 3.10. Garantizar el acceso universal, permanente, sostenible y con calidad a agua segura y a servicios básicos de saneamiento, con pertinencia territorial, ambiental, social y cultural

- a. Generar incentivos que permitan a los distintos niveles de gobierno ampliar la dotación de instalaciones y equipamientos suficientes y eficientes, para la prestación oportuna de servicios de agua y saneamiento, con criterios de sustentabilidad y salubridad.
- b. Fortalecer la capacidad de regulación, planificación y gestión de los distintos niveles de gobierno para lograr eficiencia y sostenibilidad en los servicios de agua y saneamiento.
- c. Identificar, explotar y usar de manera sostenible y sustentable las fuentes de agua mejoradas, para el abastecimiento y la provisión de agua para consumo humano, de manera articulada entre niveles de gobierno.
- d. Impulsar el mejoramiento de instalaciones de saneamiento en los hogares que garanticen condiciones higiénicas e impidan riesgos en la salud de la población.
- e. Desarrollar e implementar mecanismos de difusión sobre los beneficios del uso de instalaciones de saneamiento mejoradas, no compartidas, ni públicas.
- f. Propiciar la elaboración e implementación de planes de seguridad de agua, para garantizar el acceso sostenible a agua salubre de consumo.
- g. Generar un marco normativo y fortalecer las capacidades de regulación y evaluación independiente de los servicios de agua y saneamiento a nivel territorial.
- h. Promover la gestión integral de desechos a través de consorcios y mancomunidades.
- i. Apoyar el fortalecimiento progresivo de las capacidades de los gobiernos autónomos descentralizados para la prestación de servicios básicos, de acuerdo con sus competencias.

### 3.11. Garantizar la preservación y protección integral del patrimonio cultural y natural y de la ciudadanía ante las amenazas y riesgos de origen natural o antrópico

- a. Diseñar e implementar normativas para prevenir, gestionar y mitigar los riesgos y desastres de origen natural o antrópico.
- b. Incorporar la gestión integral, preventiva y sustentable de riesgos en los procesos de planificación y ordenamiento territorial nacional y local, para reducir la vulnerabilidad de las poblaciones ante las amenazas, principalmente las de origen hidrometeorológico.
- c. Coordinar y articular el sistema nacional descentralizado de gestión de riesgos, mejorando las capacidades institucionales y sociales, la producción de conocimiento y el intercambio de información científico-técnica.
- d. Fortalecer la participación y las capacidades de respuesta ciudadana para fortalecer el Sistema Nacional Descentralizado de Gestión de Riesgos ante Desastres.
- e. Mejorar los sistemas de control y alerta temprana, monitoreo y atención oportuna a la población, para identificar y mitigar las amenazas y vulnerabilidades sociales y ambientales ante los riesgos naturales y antrópicos.
- f. Ampliar las capacidades del sector de seguridad, defensa y gestión de riesgos para la atención, rehabilitación y recuperación de las poblaciones, el patrimonio natural y las infraestructuras afectadas por desastres naturales o antrópicos.

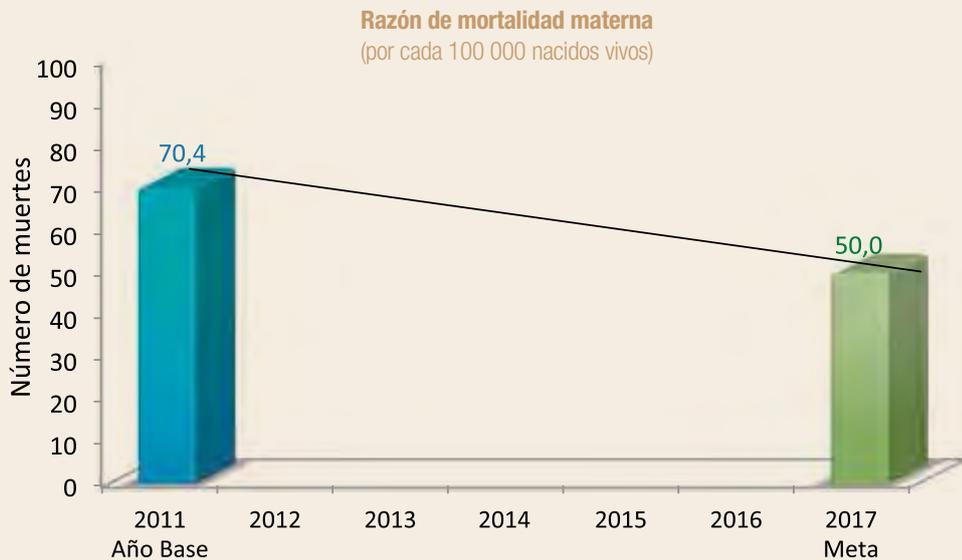
- g. Aumentar las capacidades para conservar el patrimonio natural e hídrico, incentivando prácticas que permitan aumentar la resiliencia y la adaptación frente a los riesgos y desastres.
- h. Incorporar planes de contingencia ante eventuales cambios del nivel del mar, originados por la variabilidad y el cambio climático, que puedan afectar la infraestructura y los servicios en las zonas costeras e insulares.

### 3.12. Garantizar el acceso a servicios de transporte y movilidad incluyentes, seguros y sustentables a nivel local e intranacional

- a. Incentivar el uso del transporte público masivo, seguro, digno y sustentable, bajo un enfoque de derechos.
- b. Promocionar y propiciar condiciones y espacios públicos bajo normas técnicas que incentiven el uso de transportes no motorizados como alternativa de movilidad sustentable, saludable e incluyente.
- c. Promover el respeto del derecho del peatón, el ciclista y los demás tipos de transeúntes a circular por la vía pública.
- d. Formular planes de movilidad local que privilegien alternativas sustentables de transporte público, de manera articulada entre los diferentes niveles de gobierno.
- e. Propiciar la ampliación de la oferta del transporte público masivo e integrado, en sus diferentes alternativas, para garantizar el acceso equitativo de la población al servicio.
- f. Normar, regular y controlar el establecimiento de tarifas de transporte público, en sus diferentes modalidades, distancias y usos.
- g. Promover incentivos y asistencia técnica para adoptar modelos integrados de transporte público rural y urbano.
- h. Generar programas para la renovación paulatina del parque automotor de transporte público y privado, para garantizar el acceso de la población a un servicio de calidad y calidez y reducir los niveles de contaminación.
- i. Dotar de infraestructura adecuada y en óptimas condiciones para el uso y la gestión del transporte público masivo y no motorizado.
- j. Garantizar la interconectividad, la pertinencia territorial, social, cultural, geográfica y ambiental en la dotación/provisión articulada y subsidiaria de infraestructura de calidad e incluyente para el uso y gestión del transporte público y masivo entre los niveles de gobierno.
- k. Mejorar la eficiencia del transporte marítimo y garantizar su competitividad a largo plazo.
- l. Controlar el cumplimiento de las regulaciones establecidas por la Convemar y otros acuerdos internacionales para la navegación y la seguridad de la vida humana en el mar.

## Metas

### Meta 3.1. Reducir la razón de mortalidad materna en 29,0%



**Meta intersectorial:** Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.

**Fuente:** INEC-Anuario de Estadísticas Vitales, Nacimientos y Defunciones.  
**Elaboración:** Senplades.

■ Valores históricos

■ Meta PNBV

### Meta 3.2. Reducir la tasa de mortalidad infantil en 41,0%



**Meta intersectorial:** Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.

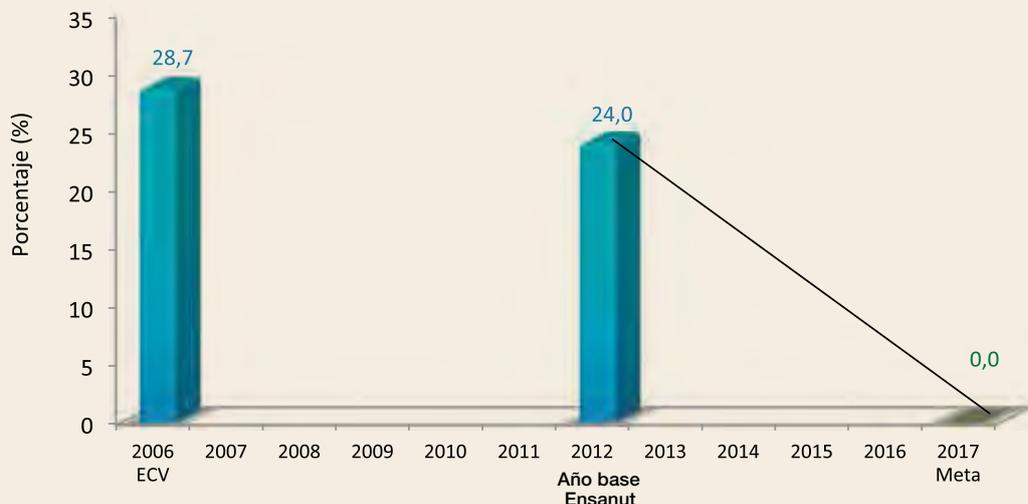
**Fuente:** INEC-Anuario de Estadísticas Vitales, Nacimientos y Defunciones.  
**Elaboración:** Senplades.

■ Valores históricos

■ Meta PNBV

**Meta 3.3. Erradicar<sup>66</sup> la desnutrición crónica en niños/as menores de 2 años**

Prevalencia de la desnutrición en niños/as menores de 2 años  
(en porcentaje)



Meta intersectorial: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.

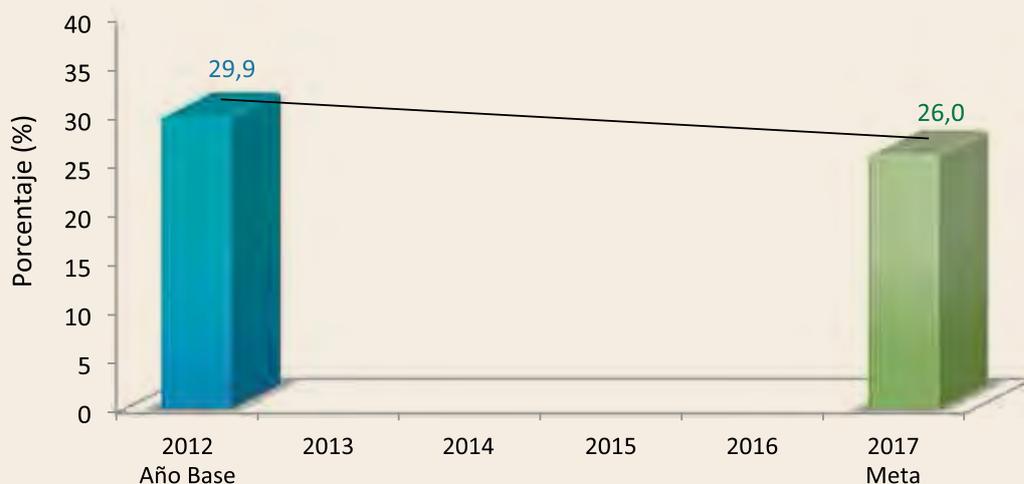
Fuente: INEC-Ensanut-ECV.  
Elaboración: Senplades.

Valores históricos

Meta PNBV

**Meta 3.4. Revertir la tendencia de la incidencia de obesidad y sobrepeso en niños/as de 5 a 11 años y alcanzar el 26,0%**

Incidencia de obesidad y sobrepeso en niños/as de 5 a 11 años  
(en porcentaje)



Meta Intersectorial: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.

Fuente: INEC-Ensanut.  
Elaboración: Senplades.

Valores históricos

Meta PNBV

<sup>66</sup> Se entiende por erradicación de la desnutrición alcanzar un valor de prevalencia del 3% o menor.

**Meta 3.5. Reducir y mantener la letalidad por dengue al 0,08%**



**Meta intersectorial:** Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.

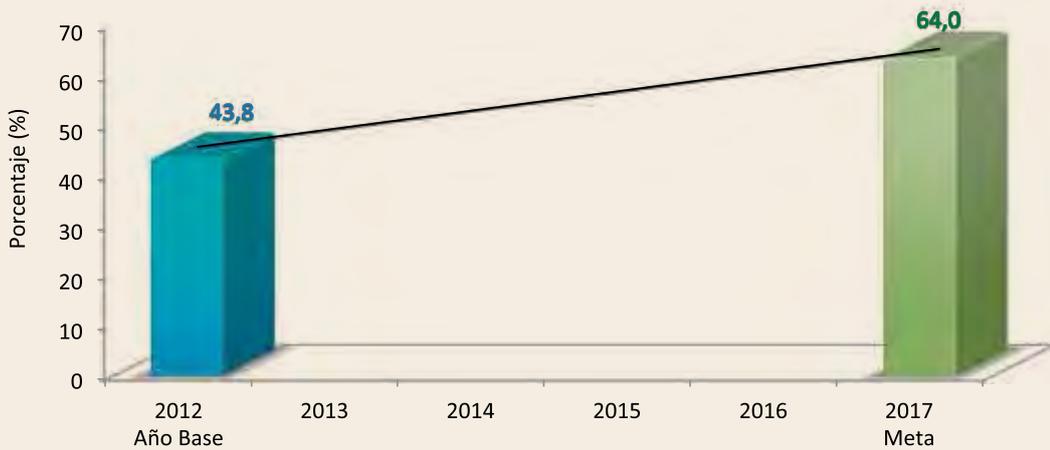
**Fuente:** Ministerio de Salud Pública.  
**Elaboración:** Senplades.

■ Valores históricos

■ Meta PNBV

**Meta 3.6. Aumentar al 64,0% la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida**

**Prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida**  
(en porcentaje)



**Meta intersectorial:** Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.

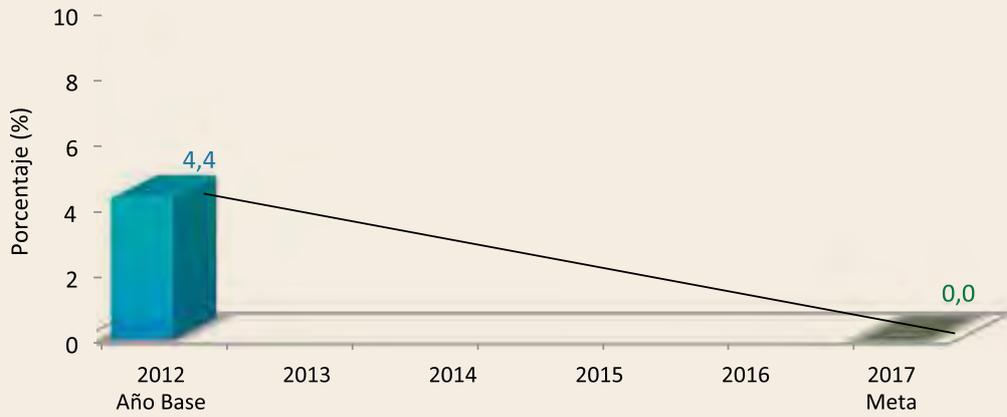
**Fuente:** INEC-Ensanut.  
**Elaboración:** Senplades.

■ Valores históricos

■ Meta PNBV

**Meta 3.7. Eliminar las infecciones por VIH en recién nacidos**

**Porcentaje de recién nacidos con VIH**  
(en porcentaje)



Meta intersectorial: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.

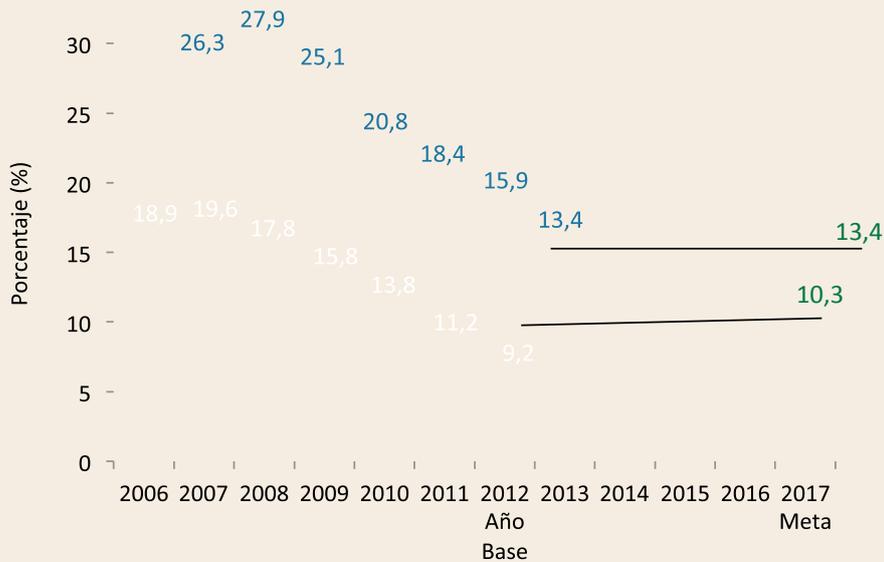
Fuente: Ministerio de Salud Pública.  
Elaboración: Senplades.

Valores históricos

Meta PNBV

**Meta 3.8. Reducir el porcentaje de hogares que viven en hacinamiento al 10,3% a nivel nacional y rural al 13,4%**

**Hogares que viven en hacinamiento**  
(en porcentaje)



Meta Intersectorial: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.

Fuente: INEC-ENEMDU.  
Elaboración: Senplades.

Valores históricos

Valores históricos

Meta PNBV

Área rural 2012: 13,4

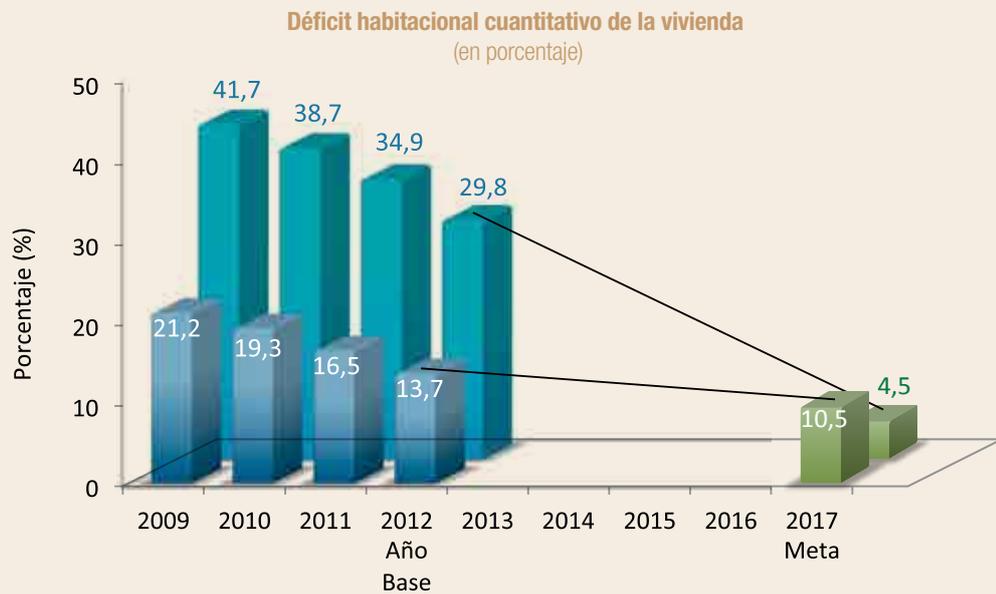
Nacional 2012: 9,2

OBJETIVO 3  
2013 - 2017

155



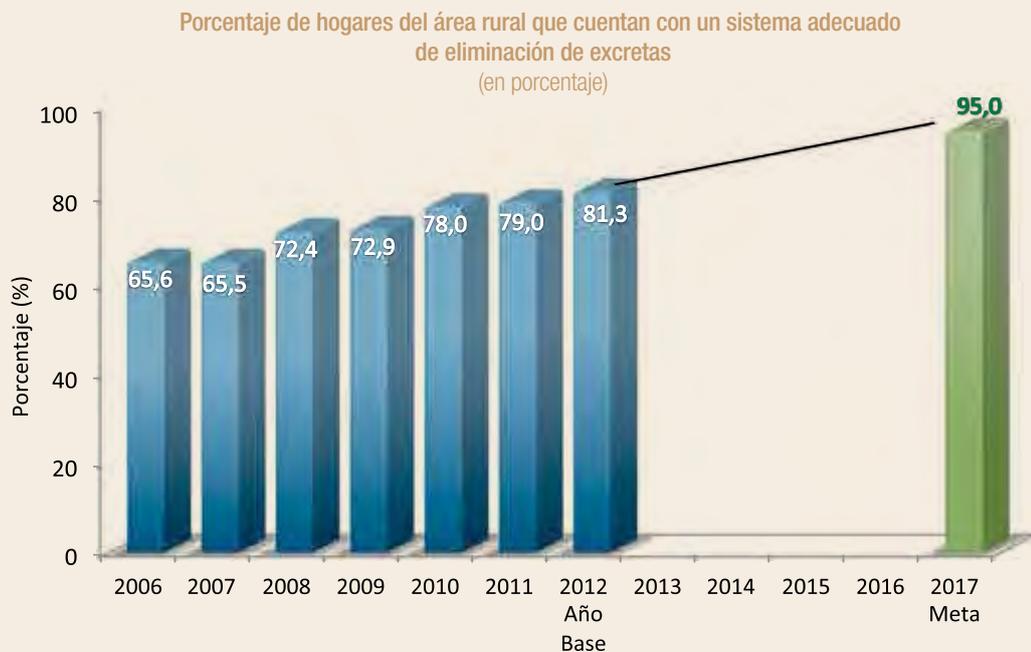
**Meta 3.9. Reducir el déficit habitacional cuantitativo nacional al 10,5%, y el rural en 4,5 puntos porcentuales**



Meta intersectorial: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.

<p>Fuente: INEC-ENEMDU. Elaboración: Senplades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: blue;">■</span> Valores históricos</li> <li><span style="color: blue;">■</span> Valores históricos</li> <li><span style="color: green;">■</span> Meta PNBV</li> </ul>	<p>Área rural 2012: 29,8 Nacional 2012: 13,7</p>
---	--	--

**Meta 3.10. Alcanzar el 95% de hogares en el área rural con sistema adecuado de eliminación de excretas**



Meta estructural: Senplades.

<p>Fuente: INEC-ENEMDU. Elaboración: Senplades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: blue;">■</span> Valores históricos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: green;">■</span> Meta PNBV</li> </ul>
---	--	--

OBJETIVO 3  
2013 - 2017

156



**Meta 3.11. Alcanzar el 83% de hogares con acceso a red pública de agua**

Porcentaje de hogares con acceso a red pública de agua  
(en porcentaje)



Meta estructural: Senplades.

Fuente: INEC-ENEMDU.  
Elaboración: Senplades.

■ Valores históricos

■ Meta PNBV

