

NATALIDAD Y MORTALIDAD INFANTIL EN EL ECUADOR

Econ. Genoveva Méndez

1. INTRODUCCIÓN

Estadísticas elaboradas por UNICEF señalan que **"cada semana muere un cuarto de millón de niños en el mundo** y varios millones más sobreviven en precarias condiciones a causa de la desnutrición y la mala salud casi permanente." Cerca de 500.000 mujeres mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo y el parto y, unos 13 millones de niños mueren anualmente antes de alcanzar la edad de 5 años.

De los 6 mil millones de personas que habitamos en el mundo, **1.300 millones viven con menos de 1 dólar diario (16% en América Latina y 46% en Africa). Cada día mueren de hambre en el mundo 40.000 personas**, 968 millones no tienen acceso a fuentes de agua limpia, 2.400 millones no tienen una asistencia sanitaria básica, **34 millones están afectados por el SIDA, 163 millones de niños menores de los 5 años están desnutridos**

Los bajos niveles de mortalidad que se registran actualmente en Europa, América del Norte y otros países como Australia y Nueva Zelandia, son el resultado de un proceso de reducción iniciada hace muchos años y precedida por cambios en las condiciones económicas y sociales, en el progreso científico y en la difusión de conocimientos; pero es lamentable constatar que los países en desarrollo como el Ecuador, han quedado rezagados y cada vez ven más alejadas sus posibilidades de crecimiento, producto de la aplicación de una deficiente política socio-económica, que ha llevado a que el país refleje indicadores de pobreza, desnutrición, mortalidad infantil, analfabetismo, insalubridad, etc.

En el Ecuador, la crisis: social, política y económica suscitada en los últimos años ha deteriorado significativamente las condiciones de vida de la mayoría de la población, lo que se expresa en el incremento de la pobreza y la concentración de la riqueza en pocas ma-

nos. Así: "... el 80% de la población recibe menos ingresos que el 20% más rico, lo que explica la categorización del Ecuador como uno de los países más inequitativos del mundo" (*Unicef, Descifrando el gasto social en el 2000*).

Mientras en el año de 1995 había 3'927.000 personas pobres (34%), para 1999 ascendió a 7'081.000 (56%) y para el 2001 se estima en un 68%. Los indigentes se duplicaron entre los años 1995 a 1999, pasando de 1'386.000 (12%) a 2'655.000 personas (21%). Según UNICEF el Estado cuenta con tres mecanismos para evitar la concentración del ingreso y el aumento de la pobreza: la progresividad en los impuestos, el incremento de los salarios y el gasto social.

Ecuador está en la categoría del gasto social más bajo de América Latina, aún por debajo de Bolivia y Perú. El gasto social per cápita en el 2000 fue de 55 US\$ y 72 US\$ si se incluye la seguridad social, mientras que en 1996 era de 83US\$. Para el 2001 si se ejecuta todo el presupuesto previsto estaría cercano al de 1996. "Un bajo nivel de gasto social per cápita impide que la población tenga los niveles de bienestar y capacidad productiva necesarios para generar condiciones sostenibles de crecimiento económico. Además, resta legitimidad política a la gestión pública e institucional. Para elevar el nivel de gasto social es necesario incrementar los ingresos fiscales y reducir el monto de recursos destinados a la deuda externa". (*Unicef, Descifrando el gasto social en el 2000*).

Además, el bajo nivel cultural, psicológico y emocional de las futuras madres es alarmante, sumándose a esto el comportamiento de la fecundidad temprana en el que incurren un tercio de las mujeres entre las edades de 15 a 24 años de edad.

La mortalidad se halla sujeta a las condiciones de vida de la población, las mismas que se relacionan directamente con la vivienda, el acceso a los servicios básicos, de salud, de educación. En el Ecuador durante los años 1981-1995, "**45 de cada mil niñas y niños no lleguen a cumplir un año de edad porque mueren**, principalmente a causa de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas que se podrían evitar fácilmente y a bajo costo. El 49 % de las muertes de menores de un año, y el 70 % de las de uno a cuatro años, son prevenibles". (*UNICEF, Decálogo por las niñas y los niños del Ecuador, Quito, mayo de 1996*).

En general se puede mencionar que los riesgos de morir se acentúan y son más evidentes en la mortalidad temprana en los siguientes as-

pectos: si la madre concibe el niño en edad avanzada, si tiene una menor atención prenatal, si hay ausencia de atención profesional en el parto, si la madre tiene varios hijos, si el niño nace con bajo peso, si es prematuro, si existe ausencia de servicios básicos en la vivienda, entre otros.

2. TENDENCIAS PASADAS Y NIVELES ACTUALES DE LA NATALIDAD Y MORTALIDAD INFANTIL

2.1 NACIMIENTOS

La distinción entre un nacido vivo y una muerte fetal es la presencia o la ausencia, respectivamente de cualquier signo de vida en el producto de la concepción, una vez separado del seno materno, sin tomar en cuenta condiciones de vitalidad (prematuridad, peso del recién nacido, talla, etc.). Se consideran signos de vida la respiración, los latidos del corazón, las pulsaciones del cordón umbilical o los movimientos de músculos voluntarios.

De los nacimientos inscritos en el período 1991 al 2.000, en el año de 1995 se registró el mayor número, con 408.983 nacidos vivos, mientras que en 1997 se inscribieron únicamente 288.803.

En el año 2.000 se inscribieron en el Ecuador 345.715 nacidos vivos, de éstos el 58% corresponden a los nacidos en ese año. Ha existido un incremento importante de los nacimientos inscritos en los dos últimos años, en parte se debe a uno de los requisitos para obtener el BONO de la POBREZA.

Las inscripciones tardías se refieren a aquellas que no ocurrieron en el año que se efectuó el nacimiento, que son diferentes según la región, así, en la sierra las inscripciones oportunas constituyen el 64% del total de nacimientos registrados, mientras que en la costa y región amazónica estas inscripciones abarcan el 56% y el 49% respectivamente. En la región insular con apenas 470 inscritos, tiene el 81% de inscripciones oportunas.

CUADRO No. 1.- ECUADOR: NACIMIENTOS OCURRIDOS Y REGISTRADOS
Período: 1991- 2000

Años	Inscritos en el año	Ocurridos e inscritos Año *	Inscritos en año anterior	Población estimada	% de nacimientos ocurridos e inscritos	Tasa bruta natalidad
1991	295.892	196.576	69.035	10.501.529	66,4	25,3
1992	309.683	198.468	71.435	10.740.799	64,1	25,1
1993	314.522	198.722	80.956	10.980.972	63,2	25,5
1994	350.938	184.526	93.099	11.221.070	52,6	24,7
1995	408.983	181.268	90.072	11.460.117	44,3	23,7
1996	302.217	182.242	88.336	11.698.496	60,3	23,1
1997	288.803	169.869	101.889	11.936.858	58,8	22,8
1998	364.684	199.079	76.876	12.174.628	54,6	22,7
1999	368.659	218.108	87.176	12.411.232	59,2	24,6
2000	345.715	202.257	-	12.646.095	58,5	16,0**

* Son las inscripciones oportunas

** Tasa sin ajustar con las inscripciones tardías del siguiente año.

Fuente: Anuario de Estadísticas Vitales, INEC, 2.000.

Los nacimientos ocurridos e inscritos en este año fueron de 202.257 a nivel nacional, en la sierra se efectuaron el 43%, en la costa el 52%, en la Región Amazónica el 4% y, un porcentaje mínimo en la región insular.

CUADRO No. 2.- ECUADOR: NACIDOS VIVOS POR TIPO DE ASISTENCIA SEGÚN REGION DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE
Año: 2.000

Regiones	Con asis- tencia profes.	Sin asis- tencia profes.	Total	En porcentajes		
				Con asis- tenc.	Sin asis- tenc.	Total
Sierra	58.931	28.794	87.725	67,0	33,0	100
Costa	83.138	22.472	105.610	79,0	21,0	100
Región Amazónica	3.877	4.651	8.528	46,0	54,0	100
Región Insular	370	12	382	97,0	3,0	100
Exterior	12	-	12	100,0	-	100
Total	146.328	55.929	202.257			

Fuente: INEC, Estadísticas Vitales, 2.000

Los nacidos vivos y sus madres en el 2.000 tuvieron una atención profesional de un 72%, mientras que en el área rural es inferior, con apenas un 41%. La relación de no asistencia profesional a nivel de regiones, es más alta en la Sierra (33%) que en la Costa (21%), y en la Región Amazónica el 54% de niños nacieron sin asistencia profesional.

Para el año 2001 se estimó que los nacidos vivos hombres y mujeres llegarán a 10.450 y 10.096 niños y niñas respectivamente, registrándose un decremento a partir de 1995 en un 3%, datos que son aceptables por cuanto un gran porcentaje de las mujeres realizan el control de la natalidad.

2.2 DEFUNCIONES

A nivel nacional el 9,7% de las defunciones inscritas corresponden a menores de un año y, el 46,7% a mayores de 65 años. Para el 2000 se establecieron 234 muertes de madres en el período de embarazo, parto o puerperio, lo que determina una tasa de mortalidad materna de 11,47 defunciones por cada 10.000 nacidos vivos.

CUADRO No. 3.- ECUADOR: DEFUNCIONES POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

Año: 2000

Grupos de edad (años)	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje
Menos de 1	2.974	2.506	5.480	9,7
1 - 14	1.894	1.649	3.543	6,3
15- 49	8.777	4.060	12.837	22,8
50- 64	4.753	3.361	8.114	14,4
65 y más	13.509	12.837	26.34	46,7
Edad ignorada	59	41	100	0,2
Total	31.966	24.454	56.420	100,0

Fuente: Estadísticas Vitales, INEC, 2.000.

"La muerte infantil es, a más del hecho biológico, un indicador del nivel socio- económico en que vive la familia, al igual que la enfermedad y la desnutrición, que son causas principales de muerte. Existe una mutua asociación entre las condiciones sociales en que nace y vive un niño durante sus primeros años de vida y la mortalidad infantil; observándose las tasas más altas en familias de bajos ingresos; por esta razón se puede afirmar que la muerte infantil tiene sus predilectos en los hijos de los desposeídos" (*Méndez Genoveva, Fecundidad de las Mujeres en Edad Fértil en la ciudad de Quito, 1998*).

La mortalidad infantil constituye las defunciones ocurridas antes del primer año, dividida en dos rangos de edad: **La neonatal que comprende el período de 0 a 28 días y, la postneonatal de 29 días a 11 meses.**

Entre las defunciones de la Sierra y de la Costa no hay una situación diferencial marcada en la mortalidad, sino más bien el diferente grado de cobertura de los registros, en el período de 1991- 2.000. Para el año 2000 por cada muerte registrada sin certificado médico hubo casi siete con certificación, en 1991 esta relación fue de 1 a 4, lo que se puede aducir un avance logrado en la calidad del registro.

Se estima que el subregistro de nacimientos es algo superior al 10% y el de defunciones, por arriba del 20%. Resulta también preocupante la alta proporción de inscripciones tardías. Estos hechos son producto tanto de las dificultades que enfrenta el funcionamiento del registro civil, como de la actitud de la población " (*Naciones Unidas, Estudios de factibilidad para acceder al mejoramiento de los sistemas de registro civil y estadísticas vitales en el Ecuador*).

La mortalidad infantil ocurrida desde 1991 al 2.000 tiene una tendencia decreciente, a pesar de lo cual el nivel sigue siendo alto, con una tasa de 28,1 en 1991 y 17,6 por mil nacidos vivos en 1999, que es una de las más bajas en este período.

CUADRO No.4.- ECUADOR: DEFUNCIONES GENERALES Y DE MENORES DE UN AÑO
Período: 1991 - 2000.

Años	Defunciones generales			Defunciones menores de un año		
	Número	Población	Tasa	Número	Nacidos vivos	Tasa *
1991	53.333	10501529	5,1	7452	265611	28,1
1992	53430	10740799	5,0	7326	269903	27,1
1993	52453	10980972	4,8	7006	279678	25,1
1994	51165	11221070	4,6	6125	277625	22,1
1995	50867	11460117	4,4	5533	271340	20,4
1996	52300	11698496	4,5	5351	270578	19,8
1997	52089	11936858	4,4	5463	271758	20,1
1998	54357	12174628	4,5	5186	275958	18,8
1999	55921	12411232	4,5	5372	305284	17,6
2000	56420	12646095	4,5	5480	202257	27,1

* Tasas por mil nacidos vivos

Fuente: Estadísticas vitales, INEC, 2.000.

En el año 2000 se inscribieron en el Ecuador unas 56.420 defunciones de las cuales 5.480 eran de menores de un año, con una tasa de mortalidad infantil de 27,1 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. En regiones donde existe una elevada mortalidad infantil y no tienen certificación médica, es fácil suponer que los nacidos vivos que mueren en los primeros días de vida, se los registra como mortinatos

Un 50% de las muertes postneonatales en el país, está dada por la mal nutrición en sus diferentes formas, por lo que, "se debe desarrollar programas encaminados a reducir estas muertes mediante: Educación en la comunidad, alimentación suplementaria, mejor nutrición para la madre embarazada y lactante, programas que ayuden a las madres al control de sus embarazos, vacunación completa en los niños, etc.". (CEPAR, *Población, Salud y Nutrición en el Ecuador*, Quito, 1992).

3. ENFERMEDADES CON CAUSA CONOCIDA DE MUERTE

En el Ecuador un buen porcentaje de las causas de muerte en el primer mes tienen un origen endógeno tales como: Prematuridad, mal formaciones congénitas durante la vida intrauterina y otros asociados

al parto (asfixia, infecciones del recién nacido). En cambio, las causas de muerte, después del primer mes de vida, son de origen predominantemente exógeno, como las enfermedades infecciosas y parasitarias, diarreas y enteritis, neumonía y otras, cuyo control se ha logrado en parte, con los avances de la sanidad y la medicina.

Entre las principales enfermedades que causan la mortalidad infantil están:

3.1 ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

Las enfermedades diarreicas, constituyen un grave problema de salud pública por la alta mortalidad que ocasiona, pero aún más preocupante es la repercusión de esta patología en la calidad de vida de los que sobreviven, que afecta en general al potencial de crecimiento y desarrollo humano. Las enfermedades más comunes registradas en las consultas médicas de los niños menores de un año, se deben a enfermedades: infecciones, respiratorias agudas, diarreicas, epilepsia y varicela.

Por la terapia de rehidratación oral se evidencia una sensible baja de las estadísticas de mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en la última década. Sin embargo, el reto constituye el control de la incidencia de esta enfermedad, lo que requiere de medidas de sustento que son de responsabilidad de los gobiernos locales como: mejorar la calidad y cantidad de agua potable, el alcantarillado, la electrificación, la educación de la madre para que brinde un mejor cuidado a sus hijos.

3.2 ENFERMEDADES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS

El Centro de Estudios y Paternidad Responsable (CEPAR) menciona que: "En la década de los noventa las causas de muerte en los recién nacidos no se modificó sustancialmente, estuvieron asociadas en un 77% a hipoxia, asfixia, afecciones respiratorias y otras complicaciones perinatales. Tan solo el 9% de las muertes se debió a malformaciones congénitas. En cambio en los niños mayores de un mes y menores de cinco años, las infecciones intestinales (diarrea y las enfermedades respiratorias explicaron el 44% de las muertes".

La difteria, poliomyelitis, tétanos, sarampión y tos ferina, constituyen las enfermedades inmuno- prevenibles. Actualmente la tasa de incidencia de estas enfermedades ha disminuido en los últimos años, gracias a la cobertura de la población en riesgo, por medio de cam-

pañías de vacunación masivas y periódicas. A pesar de ello el tétano es una excepción porque aún causa la muerte neonatal.

La prevención de las infecciones respiratorias agudas (IRAs), implica que los municipios efectúen el control de la polución ambiental. A nivel familiar es importante evitar que los padres fumen y, el humo de la vivienda.

EL BAJO PESO es un factor de gran incidencia para la morbilidad y mortalidad del recién nacido. A nivel mundial se calcula que uno de cada seis niños nace con bajo peso, en los países en desarrollo uno de cada cinco niños lo hace con un peso menor de 2.500 kg.; aproximadamente el 51% de niños que ingresan a la sala de patología en la ciudad de Quito, registran bajo peso.

"El bajo peso al nacer es un proceso de causalidad compleja, que inicia y transcurre con el embarazo; es determinado por el estado nutricional previo de la madre y el que mantiene durante la gestación. Este factor se relaciona con el deficiente nivel socio-económico, la pobreza; también con las infecciones maternas intercurrentes, la toxemia, la funcionalidad placentaria, factores genéticos, trabajo pesado de la madre gestante, altitud geográfica, toxicomanías maternas, embarazos numerosos y con intervalos cortos, para no mencionar sino algunos destacados".(CEPAR, ENDEMAIN- 94, Informe de la Provincia de Pichincha y de la ciudad de Quito).

Es importante conocer que a los niños que presentan un bajo peso al nacer se los clasifica en uno de los siguientes grupos:

- Bajo peso al nacer, neonato que pesa menos de 2.500 kg
- Pequeños para la edad gestacional, ha pasado 40 semanas en el útero pero pesa menos de 2.500 kg.
- Muy bajo peso al nacer, neonatos que pesan menos de 1.5 kg.
- Prematuro que tiene menos de 37 semanas de gestación con un peso de 2 kg.

Los niños con bajo peso al nacer mueren generalmente por asfixia, síndrome de insuficiencia respiratoria e infecciones, la mayoría de las muertes neonatales ocurren a los tres días después del nacimiento.

Existen muchos factores que pueden influir en el bajo peso al nacer de un neonato, entre los que se pueden citar: los abortos recurrentes, hemorragias en el primero y segundo trimestres, cesárea, hipertensión arterial, diabetes, embarazos múltiples previos.

La mayor causa de la **mortalidad neonatal (de 0 a 28 días)** se debe al bajo peso al nacer y a la prematuridad; hay que tomar en cuenta que el incremento de estas tasas dentro de la mortalidad infantil se explica, no solamente por la disminución del peso de las causas postneonatales, sino por el deterioro de la calidad de los servicios de salud perinatales y el escaso avance de las coberturas de los servicios dirigidos a madres gestantes, al parto y al recién nacido.

Para evitar los problemas del nacimiento de los niños de bajo peso al nacer, "la alimentación de la embarazada se debe ajustar teniendo en cuenta su estado nutricional, edad y actividad física. La dieta debe ser suficiente, completa y equilibrada para que permita la formación de tejido en el niño, así como para almacenar grasa, para una adecuada producción de leche en los primeros meses de lactancia y mantener un buen estado nutricional de la madre" *Schwarcz R. Duverges, C. Fescina, R. Obstetricia , 5ta. ed. Buenos Aires , Argentina: Ed. El Ateneo, pág. 147.*)

3.3 ENFERMEDADES PERINATALES

Por lo general, para los niños menores de un mes, las causas de muerte dominantes son las perinatales, entre las que se destacan el crecimiento fetal lento y los problemas respiratorios como la hipoxia, asfixia y afecciones respiratorias del recién nacido, estas causas guardan una estrecha relación con la situación nutricional y de salud de la madre durante el embarazo y el parto, y, además, con la cobertura y calidad de los servicios de salud vinculados con el control del embarazo y la atención del parto.

Los mecanismos que causan retardo del crecimiento fetal son:

- Reducción de los nutrientes transferidos por la madre como sucede en los casos de desnutrición materna y déficit nutricional, infección de vías urinarias.
- Cambios producidos en el lecho vascular placentario, presente en los síndromes hipertensivos del embarazo.
- Por efecto directo de una sustancia al feto, como es el caso de la nicotina, alcohol y otras sustancias.

Pese a los progresos alcanzados en los últimos años en el país con el descenso de la tasa de mortalidad infantil, la población infantil ecuatoriana deberá enfrentar el siglo XXI con altos riesgos de mortalidad y desnutrición, debido a los siguientes factores: Pobreza familiar, bajo nivel de instrucción de la madre, condiciones socioeconómicas precarias de la vivienda, equipamiento y disponibilidad de servicios en el

hogar, deficientes características que rodearon el alumbramiento: atención prenatal, tipo de asistencia materna, peso del niño al nacimiento y condición de prematuridad; influencias de las variables biológicas: Sexo del niño, edad de la madre, el orden de nacimiento y el intervalo de tiempo entre un nacimiento y el anterior.

3.4 OTRAS ENFERMEDADES

Niños que tienen problemas de supervivencia por la inmadurez de sus órganos y sistemas, debido a que tienen 30 semanas o menos de vida intrauterina. Otras enfermedades son: trastornos metabólicos, enfriamiento, malformaciones, desnutrición postnatal e intrauterio, etc.

LA DESNUTRICIÓN es causada por falta de proteínas, energía y micronutrientes, complementada con: carencia de alimentos suficientes, malos servicios de salud, falta de agua potable y saneamiento ambiental y, atención materno infantil ineficaz que se agudiza con los estados de pobreza. Esta causa no sólo produce un retardo en el crecimiento físico del niño (peso y talla), sino que tiene efectos psicológicos y en el aprendizaje, "las deficiencias nutricionales y la mala salud son una de las causas del no ingreso a la escuela, del ausentismo, del retiro temprano y de la pobre respuesta al aprendizaje". (Pólit Ernesto, *Nutrición*, 1995)

Se pueden destacar cuatro causas importantes de la desnutrición:

- Inadecuada asistencia a la madre y al niño, antes, durante y después del parto.
- Malas condiciones de saneamiento ambiental de las viviendas.
- La limitada disponibilidad de alimentos en el hogar, debido a la pobreza.
- Falta de educación nutricional.

Un estudio elaborado conjuntamente por el CONADE y el Ministerio de Salud Pública encontró que, la desnutrición por insuficiencia de proteínas y calorías afectaba al 50% de los menores de 5 años en el Ecuador; el 37% demostró tener un bajo peso para la edad; y un 4% sufría de desnutrición aguda.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL*. En el comportamiento de esta tasa inciden entre otras, las características que rodearon el alum-

-
- *La tasa de mortalidad infantil (TMI) es igual al número de muertos menores de un año, dividido para el grupo de niños de 0 a 11 meses por mil, en un mismo período de tiempo.*

bramamiento como: atención prenatal, tipo de asistencia materna, peso del niño al nacimiento y condición de prematuridad. El oportuno y periódico control del embarazo, disminuye el riesgo de muerte tanto materna como fetal y favorece la adecuada atención del parto y la detección oportuna de enfermedades y/o desnutrición del recién nacido.

Las tasas de mortalidad infantil en el año 2000 considerando las 10 principales causas de mortalidad infantil están: los trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal que ocupa el primer lugar (10,2% del total y una tasa de 27,8 por cada 10.000 nacidos vivos), en segundo lugar se encuentra la neumonía con una tasa de 25,7; seguida por la sepsis bacteriana y la hipoxia intrauterina y asfixia del recién nacido, con tasas de 17,2 y 15,8 por diez mil nacidos vivos, respectivamente.

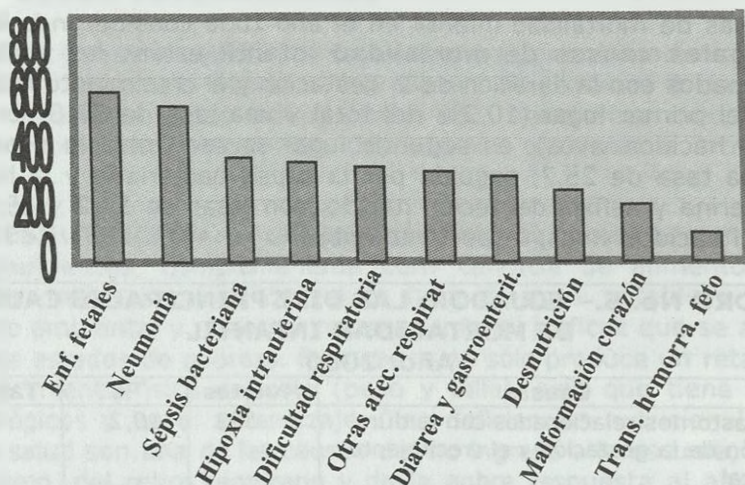
CUADRO No. 5.- ECUADOR: LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL
Año: 2000

No.	Causas	Muertes	%	Tasas *
1	Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal	563	10,2	27,8
2	Neumonía	519	9,4	25,7
3	Sepsis bacteriana del recién nacido	348	6,4	17,2
4	Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento	320	5,8	15,8
5	Dificultad respiratoria del recién nacido	316	5,8	15,6
6	Otras afecciones respiratorias del recién nacido	299	5,5	14,8
7	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	282	5,1	13,9
8	Desnutrición y otra deficiencia nutricional	240	4,4	11,9
9	Malformaciones congénitas del corazón	191	3,5	9,4
10	Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido	96	1,8	4,7
-	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados	793	14,5	
-	Las demás causas de mortalidad	1.513	27,6	
	TOTAL DE DEFUNCIONES:	5.480	100,0	
	TOTAL DE NACIDOS VIVOS:	202.257		

* Tasas por 10.000 nacidos vivos

Fuente: Estadísticas Vitales, INEC, 2.000.

ECUADOR: LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL



La desnutrición es un factor de riesgo de mortalidad, se ubica entre las 10 principales causas de muerte infantil, esta se presenta a partir del sexto mes de vida del niño, período llamado destete en que se empieza a sustituir o complementar la leche materna con alimentos inadecuados, o preparados sin la debida higiene. La desnutrición contribuye con un 4,4% en las muertes postneonatales (tasa de 11,9 por 10.000 nacidos vivos), siendo las principales causas el bajo peso al nacer y la ausencia o corta duración de la lactancia materna.

En el Ecuador la mortalidad infantil disminuyó de 49,7% en el período 1990-95 a 37,3 en el período 2005-2010, esto se debe en parte a las mejores condiciones de salud, sin embargo se halla afectado por la estructura por edad de la población. La esperanza de vida al nacer en 1990-1995 es de 66,36 años para los hombres y de 71,44 para las mujeres. Para el período 2000-2005 se estima en 68,26 años para los hombres, y 73,50 para las mujeres. (CONADE, INEC, CELADE, Ecuador, Estimación y proyección de población, 1950-2010, 1993).

Las recomendaciones para la alimentación en el primer año de vida del niño por parte de los organismos de salud es el siguiente:

Del primero al cuarto mes:	Lactancia de seno exclusiva
Quinto mes:	Lactancia de seno y jugos, puré de frutas y coladas sin condimentos
Sexto mes:	Lo mismo del quinto mes, completar con sopas de verduras y carnes, suplemento de hierro oral.
Séptimo y octavo mes:	Introducir en cantidad y variedad los alimentos predominantes de la región, a más del seno materno; todos los alimentos se deben administrar con cuchara.

4. DIFERENCIALES DE LA MORTALIDAD INFANTIL, SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE Y LAS CONDICIONES SOCIO- ECONÓMICAS

Las diferencias que influyen en la mortalidad infantil se pueden tratar a través de los siguientes aspectos relacionados con las características de la madre:

- Estado civil
- Edad de la madre
- Nivel de instrucción
- Ocupación y nivel de ingreso
- Condiciones de vivienda y servicios básicos.

4.1 ESTADO CIVIL

El sustento económico es uno de los grandes inconvenientes que afrontan las madres, en el país hay cerca de un millón de madres solteras, 500.000 unidas, 170.000 viudas, y 40.000 divorciadas; apenas 1'300.000 están casadas legalmente.

De cada 10 nacimientos dos son de madres solteras o desunidas (viudas o divorciadas), de un total de 202.257 nacimientos ocurridos en el año 2.000, siete de cada diez casos fueron asistidos por un profesional al momento del parto, cifras que disminuyen si se trata de madres analfabetas.

4.2 EDAD DE LA MADRE

El comportamiento sexual y reproductivo de las adultas jóvenes (mujeres de 15 a 24 años de edad), generalmente se presentan con alta incidencia reproductiva, en condiciones de inmadurez física, psicológica, que repercuten en la crianza de sus hijos. La edad media al nacer del primer hijo es alrededor de los 21 años de la madre, sin

embargo, en la Costa son madres más jóvenes, por cuanto se casan o se unen a edades más tempranas, 14, 15 ó 16 años.

Según grupos de edad de las madres, para el año 2000, el 53,2% del total de nacimientos ocurridos y registrados provienen de madres de 20 y 30 años de edad, en cambio las mujeres agrupadas en las edades de 15-19 y 30-34 años, representan proporciones significativas de 16,6% y 15,4% respectivamente, por lo tanto, se considera como una fecundidad de cúspide temprana.

CUADRO No. 6.- ECUADOR: NACIDOS VIVOS POR GRUPOS DE EDAD DE LA MADRE, SEGÚN REGION DE RESIDENCIA HABITUAL
Año: 2000

Grupos de edad (años)	Regiones				Exterior	Total	%
	Sierra	Costa	Reg. Amazónica	Insular			
< de 15	181	462	41	1	0	685	0,3
15 - 19	13.440	18.619	1.554	56	2	33.671	16,6
20 - 24	26.408	31.702	2.414	106	1	60.631	30,0
25 - 29	20.667	24.295	1.906	106	2	46.976	23,2
30 - 34	14.214	15.541	1.269	63	6	31.093	15,4
35 - 39	8.367	8.047	867	37	0	17.318	8,7
40 - 44	3.070	2.317	334	7	1	5.729	2,8
45 - 49	561	388	64	1	0	1.014	0,5
50 y más	0	0	0	0	0	0	0
Edad ignorada	817	4.239	79	5	0	5.140	2,5
Total	87.725	105.610	8.528	382	12	202.257	100,0

Fuente: Estadísticas Vitales, INEC, 2000.

4.3 NIVEL DE INSTRUCCIÓN

En una investigación que se realizó en la ciudad de Quito se detectó las diferencias por sexo en lo referente a los niveles de instrucción primaria, secundaria y superior de la pareja. Cursan el nivel medio el 47 y 54% de las mujeres y hombres respectivamente; asisten a la Universidad el 10% de las esposas y el 16% de los esposos; observándose que el sexo masculino es el que mayor facilidad tiene para acceder a los estudios universitarios, se le limita bastante a la esposa porque debe combinar el desempeño de las tareas del hogar, el cuidado de los hijos, el trabajo y el estudio.

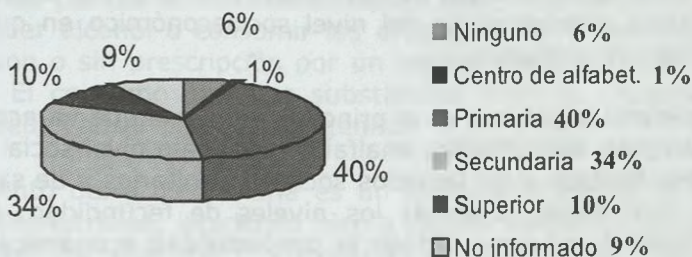
UNICEF menciona que la mortalidad infantil es mayor cuando la madre es analfabeta o solo tiene educación primaria, que cuando ha terminado el colegio, pero lamentablemente desde 1980 en nuestro país la inversión en educación con relación al Presupuesto General del Estado ha disminuido progresivamente

CUADRO No. 7.- NACIDOS VIVOS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE Y TIPO DE ASISTENCIA PROFESIONAL
Año: 2000

Nivel de instrucción	Nacidos Vivos				Total	%
	Con asist. profesional	%	Sin asist. profesional	%		
Ninguno	3.357	29,9	7.875	70,1	11.232	5,6
Centro de alfabet.	724	42,5	978	57,5	1.702	0,8
Primaria	46.845	56,0	36.846	44,0	83.691	41,4
Secundaria	61.035	89,7	7.011	10,3	68.046	33,6
Superior	19.310	97,8	441	2,2	19.751	9,8
No informado	15.057	84,4	2.778	15,6	17.835	8,8
Total	146.328	72,3	55.929	27,7	202.257	100,0

Fuente: Estadísticas Vitales, INEC, 2000.

NACIDOS VIVOS SEGUN EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE



De acuerdo al nivel de instrucción de las madres, un 41,4% del total tiene solamente instrucción primaria y, existe un 6,4% que no tienen ninguna instrucción o que habían asistido a un Centro de Alfabetización. Las mujeres analfabetas son las que no han tenido asistencia profesional en su mayoría, en cambio, las mujeres con instrucción superior, han recibido mayor atención profesional en el embarazo y parto.

Una mejor educación de la madre mejora el cuidado de salud, alimentación e higiene del niño; el nivel de mortalidad disminuye a medida que avanza el nivel educativo. La educación de la madre es un factor importante en los niveles de mortalidad, destacándose en la mortalidad de 0- 4 años en que el diferencial es seis veces mayor entre las madres que no tienen ninguna instrucción y las que tienen un nivel superior y/o postgrado.

Se debe tomar en cuenta que "la inversión para el desarrollo integral de la mujer redundará en vidas más satisfactorias no solo para las mujeres sino también para sus familias y comunidades" (*United Nations, World Population Prospects, 1991*).

4.4 OCUPACIÓN Y NIVEL DE INGRESO

Los bajos salarios repercuten negativamente en el bienestar económico y social de los hogares. En las últimas dos décadas el poder adquisitivo de la moneda se ha deteriorado considerablemente, debido al incremento de la inflación, que se ve reflejado en el acelerado decremento de los salarios que representa uno de los más bajos a nivel Latinoamericano, ocasionando en muchos hogares inestabilidad e incremento de las tasas de mortalidad infantil, pues estas constituyen variables demostrativas del nivel socioeconómico en que se desenvuelve una población.

En general la pobreza es el principal problema que va acompañada de desempleo, desnutrición, analfabetismo, bajo nivel social de la mujer, acceso limitado a los servicios sociales, sanitarios y de salud; factores que contribuyen a elevar los niveles de fecundidad, morbilidad y mortalidad, así como reducir la productividad económica. La pobreza se relaciona también con la inadecuada distribución espacial de la población, la distribución no equitativa de los recursos naturales tales como: la tierra y el agua y una grave degradación del medio ambiente.

Una alta proporción de niños ecuatorianos viene al mundo en condiciones de pobreza crítica. " Más de la mitad de las familias ecuatorianas se encuentran bajo la línea de pobreza y un cuarto de ellas recibe un ingreso que ni siquiera le permite cubrir sus necesidades básicas de alimentación". (UNICEF, *Bienestar de los niños en el Ecuador, Informe, 1992*).

Los ingresos que percibe una familia de estratos medios y bajos en octubre del 2001 es de 132,79 dólares, según el salario unificado y los componentes en proceso de incorporación que suman los 32 dólares adicionales, que en términos reales representa apenas 13,09 dólares, con una inflación de 27,2% anual; ingreso que no le alcanza a la familia para poder cubrir sus necesidades básicas; considerando que el Costo de la Canasta Básica Familiar Mensual es de 304,06 dólares.

La calidad de alimentos suministrados por las madres a los niños depende directamente del nivel de ingreso de los hogares y del grado cultural- educativo de la madre, sin embargo, la lactancia materna se estima que es cuatro veces más alta en madres sin nivel de instrucción que en aquellas madres con instrucción media y superior; es decir se encuentra en relación inversa al nivel de instrucción.

Todas las mujeres embarazadas deben seguir los siguientes consejos:

- Conseguir atención temprana y regular.
- Consumir 400 microgramos de ácido fólico diariamente antes y en los primeros meses del embarazo.
- Comer una dieta balanceada
- Aumentar el peso suficiente. Una mujer de peso normal debe aumentar de 25 a 35 libras.
- Evitar fumar porque las fumadoras tienen bebés más pequeños.
- Evitar beber alcohol o consumir las drogas ilícitas o los medicamentos con o sin prescripción por un médico consciente del embarazo. El consumo de estas sustancias limita el crecimiento fetal y puede causar defectos congénitos

El mejoramiento de la dieta diaria es un importante elemento para combatir la desnutrición, ingiriendo hierro vegetal mediante la ingestión de fuentes de vitamina C y evitando el consumo de café, té, mate, que son potentes inhibidores de la absorción del hierro.

4.5 CONDICIONES DE LA VIVIENDA Y SERVICIOS BÁSICOS

En América Latina se estima que existe un déficit de unidades habitacionales de 23 millones, en el Ecuador de más de un millón y en la ciudad de Quito de 180.000. Cuando se analizan los servicios básicos (eléctrico, higiénico y eliminación de aguas servidas), los déficits se tornan más críticos.

Las condiciones de las unidades habitacionales en que se desarrolla el niño y las personas en general, repercute en forma positiva o negativa en el bienestar de la familia. La disponibilidad de servicios básicos al interior de la vivienda es indispensable para el mejoramiento de la condición de vida y ofrece una visión más completa respecto a las condiciones de salubridad de la familia.

Los estudios sobre pobreza y necesidades básicas insatisfechas del INEC mencionan, que tres de cada cinco viviendas de los hogares pobres presentan condiciones de hacinamiento, falta de servicios especialmente agua potable y alcantarillado y su infraestructura es inadecuada.

Las principales razones de las enfermedades diarreicas en los niños, son causadas por las deficientes condiciones de higiene como: falta de agua potable, saneamiento ambiental y educación sanitaria. Según datos del Ministerio de Salud Pública, entre las diez principales causas de muerte de niñas y niños, el 35% se origina en enfermedades intestinales infecciosas, producidas por las malas condiciones sanitarias. La diarrea es la enfermedad de mayor incidencia en los niños de uno a cuatro años y está relacionada en un buen porcentaje con el consumo de agua contaminada. La vivienda familiar debe estar acorde al tamaño de la familia y con los servicios básicos necesarios para el bienestar de sus miembros.

5. POLÍTICAS TENDIENTES A UN DESCENSO DE LA MORTALIDAD INFANTIL

5.1 ATENCIÓN HOSPITALARIA: PÚBLICA Y PRIVADA

Formulación de políticas de Estado en lo social que garanticen a través de programas y asignación de recursos equitativos a los diferentes hospitales públicos, especialmente a los que tienen que ver con el cuidado y nacimiento del niño y la madre, por lo que se debe racionalizar el presupuesto, la descentralización administrativa y financiera y

la reversión de la inequidad entre la atención de las áreas urbanas y rurales.

La interacción de IRA, EDA, y el estado nutricional en la mortalidad infantil, sugieren que se debe desarrollar programas encaminados a disminuir estas enfermedades con: la educación de la madre, la alimentación suplementaria del niño, mejor nutrición para la madre embarazada y lactante, programas que ayuden a las madres al control de sus embarazos, vacunación completa en los niños, etc., es decir buscar espacios que aspiren a construir una sociedad digna, solidaria y participativa.

Otra de las acciones definidas como fundamentales para disminuir la mortalidad infantil son las de recuperación oportuna de los niños, niñas y madres, así como la atención natal, prenatal y postnatal de las madres gestantes. Una de las estrategias para fomentar la atención y cuidado de la madre y del recién nacido es el programa de declarar a los hospitales que atienden pediatría y obstetricia, **amigos de la niñez y de las madres**, impulsado por la UNICEF.

5.2 IMPLEMENTACIÓN DE CENTROS DE SALUD

El modelo de atención de los servicios de salud debe ser orientado hacia la prevención, educación y promoción de la salud, sin descuidar los servicios de atención y rehabilitación de salud. Ampliación y mejoras de calidad en los programas de medicina genérica y, dictar políticas de control sobre precio y expendio de los medicamentos en general.

Pese a los logros alcanzados, el porcentaje de partos sin asistencia profesional es elevado y debe ser considerado como prioridad para el gobierno y las autoridades de salud, el incrementar los establecimientos hospitalarios públicos y, en los existentes, aumentar la dotación de camas hospitalarias en las especialidades de Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Neonatología.

Se recomienda implementar en los Centros de Salud diversos programas como:

- a) **Un Programa de Educación** dirigido a las mujeres en edad reproductiva, donde exista: Promoción para la asistencia a los controles del embarazo de las madres en estado de gestación; enseñanza de la educación sexual para poder reducir el número de madres jóvenes; seguimiento de madres con niños de bajo peso que no asisten a los controles; un acceso más fácil a los servicios

de salud y promoción de los mismos; e implementar adecuadamente las casas asistenciales para mejorar el servicio a las madres y a los neonatos.

- b) Un Programa para la Atención del Niño**, evaluando de manera sistemática los principales problemas y enfermedades que afectan su salud, es decir, detectar los males y tratarlos; incluyendo en el Programa control de crecimiento, promoción y apoyo a la lactancia materna y el estado de inmunización.

La lactancia materna es un factor básico para lograr un crecimiento adecuado del recién nacido y contribuye a su desarrollo físico, psíquico y emocional óptimo; es la forma más natural para alimentar y satisfacer las necesidades nutricionales del niño durante sus primeros meses de vida, le proporciona anticuerpos que le protegen de enfermedades infecciosas y su práctica es una medida preventiva de la morbilidad y de la mortalidad infantil.

- c) Políticas y Programas Alimenticios**, de Nutrición y Relaciones Comerciales Equitativas; prestando especial atención a la creación y el fortalecimiento de la seguridad alimentaria, especialmente de los niños y madres embarazadas que son las personas que requieren de mayor atención.

5.3 MASIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE VACUNACIÓN Y AUMENTO DEL USO DE MEDICAMENTOS

El Gobierno deberá efectuar correctivos oportunos para lograr erradicar la polio y cumplir la meta planteada para el año 2.001, con un adecuado control de los períodos de vacunación, que demanda la población infantil de las áreas urbanas y rurales.

Una de las acciones definidas como prioritarias para disminuir la mortalidad infantil es lograr la cobertura de inmunizaciones del 100%, contra la tuberculosis (B.C.G.), poliomielitis, difteria, tosferina, tétanos (D.P.T.), sarampión y, en las embarazadas, la vacuna toxoide tetánico II para evitar el tétano neonatal.

En 1991 se elaboró el Plan Nacional de Acción para la Infancia, cuyas metas no han sido totalmente cumplidas y que se espera lograr alcanzar, hay mucho por hacer y varias instituciones han dado sugerencias como la UNICEF que recomienda "Una profunda reforma institucional, una real expresión de las prioridades políticas en las asignaciones de recursos financieros que deben aumentarse de manera

sustantiva a favor de la niñez y una sostenida formación y capacitación de los recursos humanos puestos al servicio de las niñas y niños". (UNICEF, *Decálogo de los niñas y niños del Ecuador, Quito, mayo, 1996*).

La propuesta se resume en los siguientes puntos:

- Invertir en la niñez para garantizar el futuro.
- Asegurar Municipios participativos a favor de los niños
- Promover la integración étnica y social de los niños
- Transformar la educación escolar
- Procurarles el goce de buena salud y nutrición
- Disponer de agua potable y saneamiento ambiental
- Protegerles de la explotación económica
- Reafirmar su dignidad
- Lograr la equidad entre mujeres y hombres
- Respetar plenamente los derechos de niñas y niños

En resumen, se debe propender al crecimiento económico sostenido en el marco del desarrollo sostenible, en base a un consenso entre trabajadores, empresarios, políticos y la población en general. La educación, la igualdad entre los sexos, la reducción de la mortalidad neonatal, infantil, materna y el acceso a los servicios de salud, es lo prioritario. Los objetivos y políticas de población son parte integrante del desarrollo económico, social y cultural, cuyo fin primordial es mejorar la calidad de vida de todas las personas.

Porque "El ser humano es el fin mismo de todo sistema. Cualquier interés debe, teóricamente, estar supeditado al beneficio del ser humano, de la persona. Toda creación humana debe servir para el cumplimiento del fin último que es el beneficio del individuo y del grupo" (*Revista Cash, No. 125, agosto 2001, B.P, S.A.*)