



MORTALIDAD INFANTIL EN EL ECUADOR: tragedia sin resolver

Hugo Noboa Cruz

MORTALIDAD INFANTIL
EN EL ECUADOR:
tragedia sin resolver

Hugo Noboa Cruz

MORTALIDAD INFANTIL EN EL ECUADOR Tragedia sin resolver

Autor:

Hugo Noboa Cruz

Con el aporte del equipo técnico de Areasistemas y de Gabriela Dávila

Edición:

Juan Cuvi

Revisión de textos:

Patricia Polo Almeida

ISBN: 978-9942-836-01-4

Diseño y diagramación:

Manthra Comunicación

Imprenta:

ECOGRAF

Quito, 2020

Primera impresión: 300 ejemplares

Se autoriza la reproducción o difusión de este material siempre que se citen las fuentes.

Plataforma por el Derecho a la Salud

San Ignacio E10-28 y La Colina. Quito. Teléfono: 6014528

Tarqui 13-56 y Pío Bravo, Cuenca. Teléfonos: 2833031/2845845

Web: saludyderechos.fundaciondonum.org



ÍNDICE

DEFINICIONES Y TÉRMINOS USADOS EN EL DOCUMENTO	5
GLOSARIO	7
1. INTRODUCCIÓN. La muerte infantil en el imaginario popular.....	9
2. LAS CIFRAS. Mortalidad infantil y de la niñez, indicadores sensibles de lo social y del estado de salud.....	14
3. LOGROS Y DESAFÍOS. Políticas, estrategias y tecnologías para la disminución de la mortalidad infantil.....	63
4. CONCLUSIONES	90
BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTOS CONSULTADOS	95
ANEXOS	102

DEFINICIONES Y TÉRMINOS USADOS EN EL DOCUMENTO

Mortalidad infantil. (TMI)	Defunciones de niños y niñas menores de un año. Se mide con la tasa de mortalidad infantil: número de defunciones de menores de un año en una población definida y en un año calendario / número de nacidos vivos en la misma población y en el mismo año calendario x 1.000.
Mortalidad neonatal. (TMNN)	Defunciones de niños y niñas de hasta 28 días de edad. Se mide con la tasa de mortalidad neonatal: número de defunciones de niños y niñas recién nacidos, de hasta 28 días de edad, en una población definida y en un año calendario / número de nacidos vivos en la misma población y en el mismo año calendario x 1.000. “Período neonatal: el período neonatal comienza en el nacimiento y termina 28 días completos después del nacimiento” (OMS, CIE-10).
Mortalidad neonatal, precoz y tardía. Mortalidad perinatal.	En este documento no se analiza mortalidad neonatal, precoz y tardía desglosada, pero se menciona en alguna ocasión, al igual que el término mortalidad perinatal. “Las muertes neonatales (las muertes entre los nacidos vivos durante los primeros 28 días completos de vida) pueden subdividirse en muertes neonatales precoces, que ocurren durante los siete primeros días de vida, y muertes neonatales tardías, que ocurren después del séptimo día, pero antes de los 28 días completos de vida. Período perinatal: el período perinatal comienza a las 22 semanas completas (154 días) de gestación (el tiempo cuando el peso al nacer es normalmente de 500 g) y termina siete días completos después del parto” (OMS, CIE-10).
Mortalidad post neonatal. (TMPNN)	Defunciones de niños y niñas desde los 29 días de edad hasta antes de cumplir un año (11 meses cumplidos). Se mide con la tasa de mortalidad post neonatal: número de defunciones de niños y niñas desde 29 días de edad hasta antes de cumplir un año, en una población definida y en un año calendario / número de nacidos vivos en la misma población y en el mismo año calendario x 1.000. La suma de las tasas de mortalidad neonatal y post neonatal es igual a la tasa de mortalidad infantil.
Mortalidad de menores de 5 años. (TM<5)	Defunciones de niños y niñas menores de 5 años. Se mide con la tasa de mortalidad de menores de 5 años: número de defunciones de niños y niñas menores de 5 años, en una población definida y en un año calendario / número de nacidos vivos en la misma población y en el mismo año calendario x 1.000.

Desnutrición crónica.	Retraso de crecimiento. Baja talla para la edad. Su talla es inferior al estándar internacional correspondiente a su edad (OMS, UNICEF). Generalmente se miden los diferentes tipos de desnutrición en menores de 5 años, pero pueden medirse también en niños de otros grupos de edad o en adolescentes. Se utilizan curvas de talla y peso por edad u otros indicadores, como perímetro braquial (desnutrición aguda), estandarizados por la OMS; en algunas ocasiones son adaptadas por cada país. Hay otros tipos de malnutrición relacionadas con el déficit de micronutrientes, como yodo, vitamina A o hierro.
Desnutrición aguda.	Emaciación. Bajo peso para la talla (OMS, UNICEF). Suele indicar una pérdida de peso reciente y grave debida a que la persona no ha comido lo suficiente y/o a que tiene una enfermedad infecciosa o de otra naturaleza que provoca esa pérdida aguda de peso.
Desnutrición global.	Insuficiencia ponderal. Bajo peso para la edad. Los niños que pesan menos de lo que corresponde a su edad sufren insuficiencia ponderal. Un niño con insuficiencia ponderal puede presentar a la vez retraso del crecimiento y/o emaciación (OMS).

GLOSARIO

AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Madre y Reproductiva
CONE	Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda.
ENI	Estrategia Nacional de Inmunizaciones
ENDEMAIN	Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Materna e Infantil
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MIES	Ministerio de Inclusión Económica y Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
NNUU	Naciones Unidas
NV (nv)	Nacidos vivos.
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PIB	Producto Interno Bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PREMI	Programa de Reducción de Morbimortalidad Infantil
SIP	Sistema Informático Perinatal
SSC	Seguro Social Campesino
TAPS	Técnicos de Atención Primaria de Salud
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas.
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia



1. INTRODUCCIÓN

La muerte infantil en el imaginario popular

Ya se va para los cielos
ese querido angelito,
a rogar por sus abuelos,
por sus padres y hermanitos.
Cuando se muere la carne
el alma busca su sitio,
adentro de una amapola
o dentro de un pajarito.
La tierra lo está esperando
con su corazón abierto,
por eso es que el angelito
parece que está despierto...

Violeta Parra
*Rin del angelito*¹

El presente estudio se realizó en plena emergencia sanitaria en el mundo, a raíz de la pandemia de SARS-Cov-2 (Covid-19); en medio de la cuarentena y aislamiento social dispuestos en la mayoría de países del mundo, incluido el Ecuador. La muerte está presente en las preocupaciones y en el discurso oficial de los gobiernos y en el cotidiano de la gente. Nunca antes en la historia moderna la población entera se ha encontrado en tales condiciones de vulnerabilidad; todos miran de cerca a la muerte y la temen.

1 Grabado por Violeta Parra en 1966, poco antes de su muerte, junto a Run Run se fue pal Norte y Gracias a la vida.

Si bien es cierto que esta pandemia está afectando fundamentalmente a adultos y provoca mayor incidencia de fallecimientos en adultos mayores y otros grupos poblacionales –especialmente aquellos afectados por enfermedades crónicas no transmisibles y catastróficas–, también ha provocado enfermedad y muerte en niños.

A la fecha de cierre de este documento (15 de junio de 2020), la información en línea disponible en el sitio oficial del Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias² es la Infografía No. 109, correspondiente al corte 15/06/2020 de las 08:00 horas. En ella se reportan 47.322 casos confirmados a nivel nacional (38.366 por PCR y 8.956 por pruebas rápidas); 3.929 personas fallecidas confirmadas por Covid-19 y 2.603 fallecidos probablemente por Covid-19 a nivel nacional. Pero se supone que los casos y las defunciones registrados no son todos los que en realidad ocurren. Lamentablemente, las infografías del Servicio de Gestión de Riesgos no detallan información como sexo y edad de las personas fallecidas.

El último boletín Covid-19 Ecuador del MSP³, publicado en línea al cierre de este documento, es el No. 065 (corresponde al 04/05/2020 a las 08:00 horas): con 22.981 casos confirmados y 2.905 personas fallecidas, se identificó el fallecimiento de cinco niños menores de 5 años y uno más del grupo de edad 5 a 9 años. No hay fallecimientos registrados en adolescentes de 10 a 19 años. Las tasas de letalidad (número de fallecidos/número de enfermos x 100) son más altas en la población adulta, sobre todo la adulta mayor, como ha sucedido en todos los países durante esta pandemia.

Aun en esta enfermedad, que aparentemente no afectaría de manera importante a la

población infantil y juvenil, es notoria la labilidad de infantes y niños menores de 5 años. Habrá sido una triste sorpresa para la familia de estos niños fallecidos, el saber que para el caso de sus niños no se cumplió el pronóstico alentador que difundían autoridades, técnicos y medios de comunicación.

Sin embargo, los cinco fallecimientos por Covid-19 en niños menores de 5 años, ocurridos hasta comienzos de mayo de 2020, y que se sumarán a las causas de muerte infantil y de menores de 5 años, lejos están de ser una parte significativa de los miles de fallecimiento anuales por otras causas⁴.

Todo fallecimiento de un familiar o amigo cercano es trágico. Pero, la muerte de un hijo es el mayor dolor que pueden sufrir una madre, un padre, una familia; así lo señalan testimonios de quienes han experimentado esa tragedia. No importa la edad del hijo o la hija fallecidos, no es lógico que los hijos se vayan primero. Pero, sin duda, el dolor aumenta aún más cuando se trata de niños grandes o jóvenes, que han tenido una historia de compartir varios meses o años con la familia y que tenían un proyecto de vida en marcha.

Para diversos grupos sociales la percepción es diferente, dependiendo de la edad en que falleció el niño; pero en algunos casos también depende, lamentablemente, de si se trata de un niño hombre o de una niña mujer. Muchas veces, el valor productivo del niño es importante en esa percepción; es el valor de un niño que se incorpora tempranamente a las tareas agrícolas, artesanales o domésticas. Con frecuencia, en algunos sectores y culturas aún hay una exclamación negativa, patriarcal, cuando la niña que nace es mujer, y de júbilo si el recién nacido es “varón”. Ello se evidencia

2 COE Nacional, 2020.

3 MSP, 2020.

4 4.108 fallecimientos de menores de 5 años ocurrieron en el Ecuador en el año 2017 (base de datos INEC) y 4.059 en el 2018 (tabulados INEC).

incluso en el acceso diferenciado de niños y niñas a la lactancia materna⁵ y los alimentos.

El apego de la madre y la familia con el hijo comienza durante el embarazo, cuando la madre y el resto de los miembros de la familia sienten la presencia del niño en el vientre de la madre, saben que está allí y que es un miembro más de la familia. Pero ese apego va creciendo con el nacimiento y con el desarrollo del niño. Cuanto más grande es el niño, más vivencias ha compartido con su entorno, sobre todo con la madre. En esas condiciones, la muerte de un infante o un niño deja una marca profunda, más aún si ha crecido y ha vivido en ese colectivo familiar y comunitario.

Para paliar en algo el dolor por la muerte de los niños, los pueblos, muchas veces apoyados en concepciones religiosas, han inventado la imagen del niño/niña ángel que se va al cielo, que tendrá un lugar especial en el cielo, desde donde vigilará a los que quedaron vivos en la Tierra. A lo largo del mundo, varias culturas tienen esa imagen del niño-ángel. De diferentes maneras. Para los pueblos afroecuatorianos, sobre todo en el norte de la provincia de Esmeraldas, la muerte de un niño o una niña es un hecho doloroso, como en todas las culturas. Pero el funeral es una fiesta. La familia y los vecinos, en especial las mujeres, cantan arrullos al niño que se va, para que su alma tenga buen destino. De alguna manera, el funeral debe ser una fiesta para calmar el dolor, pero también para que el niño se vaya sin tristeza:

Cantemos cantemos, vamos a cantá,
el niño se ha ido y en el cielo está,
no llores negrita por tu hijo ya,
los ángeles del cielo lo van a cuidá.
Dancemos con el niño, el niño se va,
los ángeles del cielo alas te traerán,
el niño se ha muerto, lo vamos a chigualiá,
tírame ese niño de allá para acá.
Hagamos una rueda donde el niño está,
con palma y corona como un ángel má,
mamita mamita, mamita mamá,
porque hay gente alegre si no es pa llorá.
Estamos de fiesta y en el cielo están,
porque un ángel negro ya lo pueden pintá⁶.

Según el arrullo, los niños fallecidos van al cielo y serán cuidados por ángeles, ellos mismos se convertirán en ángeles (le traerán alas). Danzan y juegan con el niño fallecido, hacen rondas con él. Pide el arrullo a la familia y a los amigos que no estén tristes, que más bien estén alegres, porque se trata de una fiesta.

Fragmentos de otros arrullos esmeraldeños, hacen referencia también al cielo y a jugar con el niño fallecido:

Niño lindo, niño bello,
niño pa' donde te vas,
niño si te vas al cielo
no te vas a demorar.

Permiso niñito,
que voy a jugar,
con todo respeto
en frente 'e su altar.⁷

5 Aunque la diferencia no es significativa, todavía se ve un acceso diferenciado a la lactancia materna de los infantes según el sexo. Los indicadores de la ENSANUT 2018 señalan un 63,92% de lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses de vida para niños varones y algo menor 60,38% para niñas mujeres. La ENDEMAIN 2004 muestra que la madre recibió con más frecuencia consejería para lactancia materna cuando el hijo era niño (43,0%) que cuando se trataba de una niña (39,3%). Según la misma ENDEMAIN 2004, el porcentaje de desnutrición crónica severa era mayor en niñas de 0 a 59 meses de edad que en niños, aunque en general la desnutrición crónica fuera mayor en niños varones.

6 Arrullos populares esmeraldeños. En <https://www.ejemplos.co/15-ejemplos-de-chigualos-y-arrullos/#ixzz6DBkYIHNd> (Acceso: 20 de febrero de 2020).

7 Arrullos populares esmeraldeños. En: <https://www.ejemplos.co/15-ejemplos-de-chigualos-y-arrullos/#ixzz6DBj2j4RX> (Acceso: 20 de febrero de 2020).

Pero hay también otros fenómenos difíciles de comprender para los blanco-mestizos urbanos, en torno al nacimiento de los niños y la muerte infantil en la población afrodescendiente de Esmeraldas. Estas creencias seguramente tienen raíces en algún lugar del África⁸, como la “virtud” con que nacen algunos niños.

Mis padres, amigos y hermanos dicen que hay niños que nacen con una virtud, es decir, nacen con una estrella en el paladar, en la pierna, en la frente, o en algún lugar de la piel; puede ser también una cruz. Estos niños no vivirían ni dos semanas si no se bautizan rápido, o se los lleva la bruja. Y si estos niños llegan a vivir, serán personas que lo saben todo⁹.

Según lo contaban algunos colegas médicos que trabajaron varios años en el norte de Esmeraldas¹⁰, la “virtud” podía ser una mancha, como una telangiectasia en la piel o en las mucosas de un recién nacido, u otro defecto visible del infante, aunque este no fuera un problema que pusiera en riesgo la vida del niño. No está claro si muchas veces no se hacían esfuerzos suficientes para que esos niños sigan viviendo.

En otros pueblos y nacionalidades del territorio ecuatoriano, o en general andino, las concepciones en torno a la muerte infantil están cruzadas también por el sincretismo de creencias ancestrales con la religión católica. En una antigua cultura de Chinchorro¹¹, al sur del Perú, las momias infantiles ocupaban un lugar especial. Algunos hallazgos evidenciaron “varios cuerpos infantiles puestos sobre el pecho de una mujer o entre dos adultos”¹²,

resaltando la importancia de la familia y de la comunidad en la protección de los niños.

Sin embargo, también hay conclusiones perturbadoras de equipos antropológicos sobre posibles sacrificios de niños y adolescentes en otras culturas ancestrales de los Andes.¹³ Estos elementos configuran un panorama muy complejo en torno a la vida y la muerte de los niños en la región de los Andes. Pero, sin duda, la imagen que prevalece en los pueblos ancestrales andinos que viven actualmente en el territorio ecuatoriano, es de gran ternura en torno a los niños que fallecen.

La canción Huahua Huañui, recopilada por el Centro Cultural Peguche (Otavalo, 1988), no puede ser más decidora de esa ternura. En ella se hace referencia al gran dolor que causa la partida del niño, al que se menciona como “angelito”, “palomito” (ave que vuela libre) y “maridito” (compañero):

Ñuka churikulla
Ñuka urpikulla
Ñuka kusakulla
Ayyy Jichushpa riwankika
Ñukaa angelitokulla
Ñukaa urpikulla
Ayyy Ñuka kusakulla
Ñuka urpikulla
Ñuka angelitokulla
Ñuka kusakulla
Ñukaa urpikulla
Ñuka angelitokulla
Kunanka imaurata kawsashayari.

Mi hijito tierno
Mi palomito tierno

8 Relatos similares hay en otras culturas de diversas partes del mundo, como la antigua Esparta, en Grecia: “Los ancianos de la tribu (los gerontes) decidían si los recién nacidos debían ser criados o, si su salud era mala, se les abandonaba en la ladera de la montaña”. Ver Cervera, 2018.

9 Testimonio de Alexandra Z. recogido por Moschetto, 1995.

10 Conversaciones con Tamara Mancero y Juan Martín Moreira, epidemiólogos, que afirmaban no alcanzar a comprender el total significado de la “virtud”.

11 Se supone entre 4.000 y 5.000 años atrás.

12 Jeftanovic, 2018.

13 Pueblo Muchik, en el norte del Perú (900 a 1.100 de nuestra era).

Mi maridito tierno
Que dolor que dejándome te vas
Mi angelito tierno
Mi palomito tierno
Que dolor mi maridito tierno
Mi palomito tierno
Mi angelito tierno
Mi maridito tierno
Mi palomito tierno
Mi angelito tierno
Ahora cómo será que vivir¹⁴.

En algunos pueblos mestizos e indígenas de las áreas rurales, en las diferentes regiones del país, fue costumbre muy entrado el siglo XX el no bautizar a los niños sino hasta cumplir un año, porque sabían el alto riesgo de

que un recién nacido –y en general los niños menores de un año– falleciera debido a la alta frecuencia de enfermedades infecciosas y desnutrición. Ello significaba, además, que esos nacimientos y esas muertes no eran registrados. Muchos entierros de niños fallecidos eran (y posiblemente continúen siendo en ciertos lugares) realizados en forma reservada por la familia y las personas más cercanas.

Esta situación ha cambiado significativamente con la disminución de las enfermedades infecciosas, incluyendo las inmunoprevenibles, EDA e IRA. Sin embargo, hasta ahora un importante número de niños nacidos vivos no son inscritos en el primer año de su vida, y seguramente también suceda lo mismo con muchas muertes infantiles, que se quedan en el limbo de los registros oficiales.

14 Traducción del canto ceremonial Wawa wañuy, de las mujeres kichwa de Carabuela, escrito por la poeta otavaleña Yana Lucila Lema. Ver Lema, 2019.



2. LAS CIFRAS

Mortalidad infantil y de la niñez, indicadores sensibles de lo social y del estado de salud

La situación en el mundo y en las Américas

Históricamente, la mortalidad infantil ha sido considerada como uno de los indicadores más sensibles del estado de salud de una población, pero también de las condiciones sociales de un pueblo¹⁵ (Behm y Rosero, 1977; CEAS, 1983). Este indicador ha sido utilizado por planificadores y por académicos para sustentar y evaluar políticas y programas de salud pública.

También ha sido parte, de manera directa o indirecta, de indicadores más globales de desarrollo.

Si bien el IDH de Naciones Unidas no tiene explícitamente incluido el indicador de mortalidad infantil, sí incluye el indicador de esperanza de vida al nacer¹⁶, que está muy influenciada por la mortalidad infantil. Este impacto se evidencia negativamente sobre todo en los países más pobres.

15 Una de las clásicas definiciones es la de Behm y Rosero, que señalan que “la muerte del niño viene a expresar en último término el grado de eficiencia de las estructura económica, social y política de la comunidad en que el niño vive, en términos del nivel y, sobre todo, de la distribución del bienestar que tal sociedad ha logrado alcanzar entre sus miembros” (Behm y Rosero, 1977).

16 Una vida larga y saludable, medida por la expectativa de vida al nacer. El conocimiento, medido por la tasa de alfabetización de adultos (con una ponderación de dos tercios) y la tasa bruta combinada de matriculación en escuelas primarias, secundarias y terciarias (con una ponderación de un tercio). Un nivel de vida digno, medido por el PIB per cápita en términos de paridad del poder adquisitivo en dólares estadounidenses (ver Eustat, s/f).

Gráfico 1.

Mortalidad Infantil en el mundo, estimada para el año 2018.

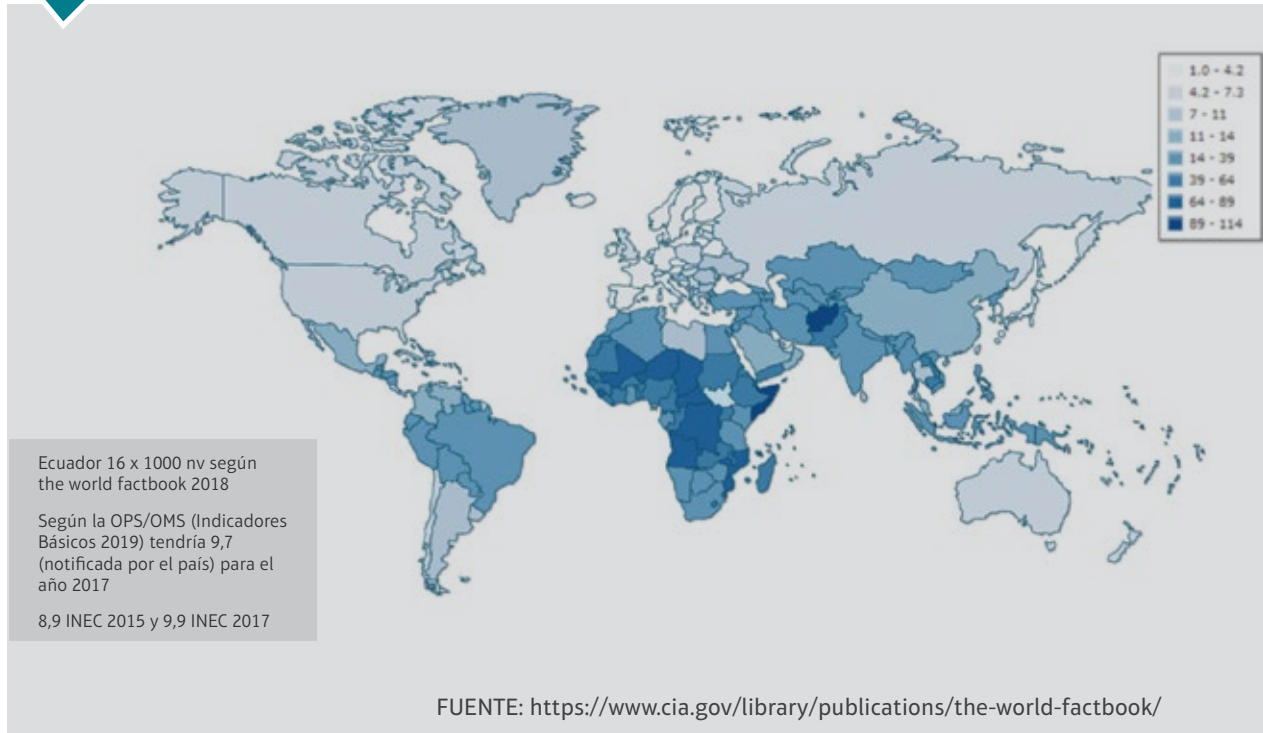
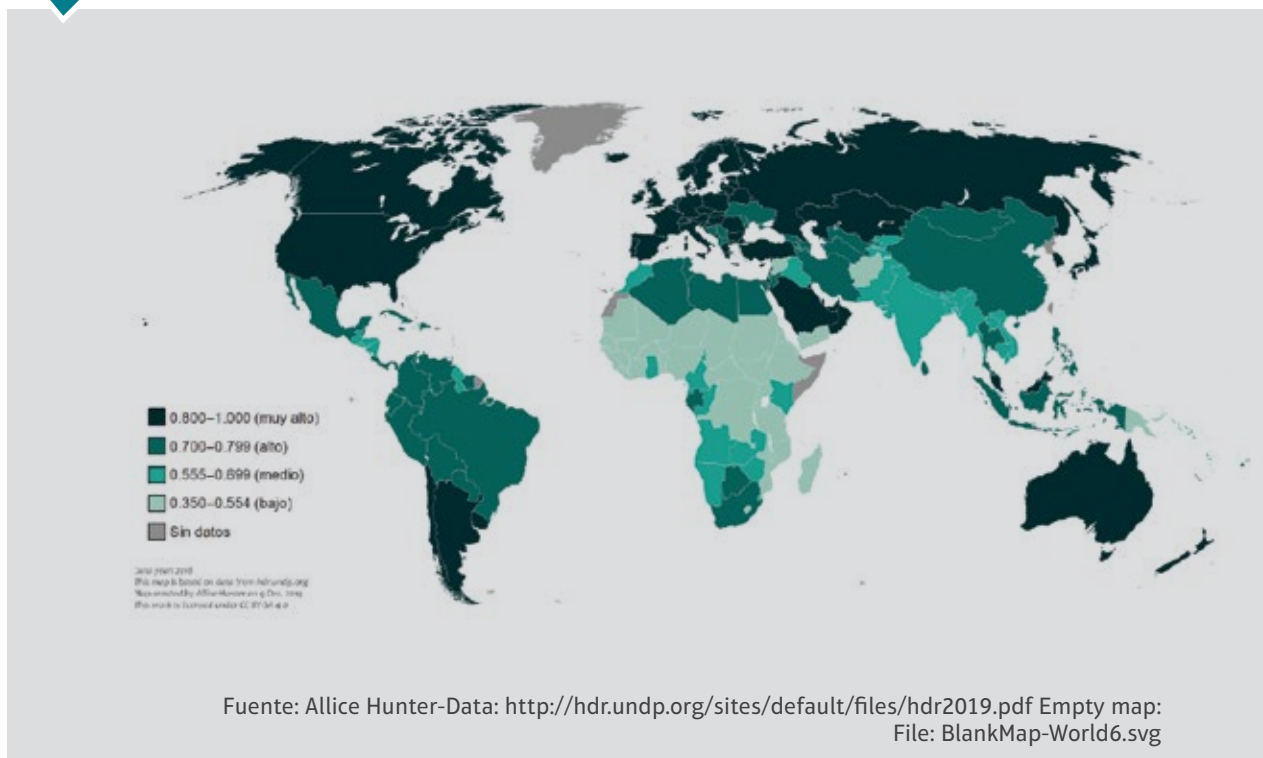


Gráfico 2.

Mapa mundial que muestra el IDH basado en el Informe sobre Desarrollo Humano 2019, PNUD (elaborado con datos de 2018).



No es una coincidencia que el mapa mundial de desarrollo humano (gráfico 2) sea casi idéntico, de manera inversa, al de mortalidad infantil (gráfico 1). Este dato, a la postre, significa que la mortalidad infantil está estrechamente relacionada con las posibilidades de desarrollo; en realidad, es una consecuencia de ello.

En América Latina y el Caribe, la distribución de la mortalidad infantil muestra también las desigualdades sociales. Haití, como en otros indicadores, mantiene las cifras más dramáticas de mortalidad infantil en la región: 59 x 1000 nv (OPS, 2019); pero Bolivia, Honduras, República Dominicana, Jamaica y Guatemala tienen también cifras bastante altas para el actual momento histórico (20 x 1000 nv o más). Al otro extremo, Cuba (4 x 1000 nv), Canadá, Estados Unidos, Uruguay y Chile muestran las cifras más bajas entre los países de las Américas. Ecuador, con 9,7 x 1000 nv (OPS, 2019), se encuentra en una situación intermedia, desde la cual es bastante difícil lograr mejores resultados¹⁷.

Enfrentar el reto de disminuir significativamente las muertes infantiles hasta lograr cifras inferiores a 10 x 1000 nv, o mejor aún, inferiores a 5 x 1000 nv, implica para los Estados resolver problemas complejos como la pobreza, las inequidades y la desnutrición materna

e infantil, o asegurar condiciones óptimas de saneamiento ambiental y acceso a agua potable o segura para la mayoría de población. Pero también implica resolver el acceso a servicios y prestaciones de salud suficientes y de calidad, con estrategias y tecnologías que tengan evidencia de ser eficientes.

Si se analizan las causas que provocaban la muerte de infantes en la mayoría de países latinoamericanos en las décadas de 1960 o 1970, se encuentra que a más de las denominadas causas perinatales, prematuridad, peso bajo, anoxias o hipoxias (relacionadas con la nutrición de la madre, el cuidado del embarazo o la calidad de atención del parto), primaban fundamentalmente las enfermedades infecciosas (EDA, IRA y en algunos casos malaria) y la desnutrición. Infecciones inmunoprevenibles como el tétanos, la tosferina o el sarampión arrasaban con la población infantil.

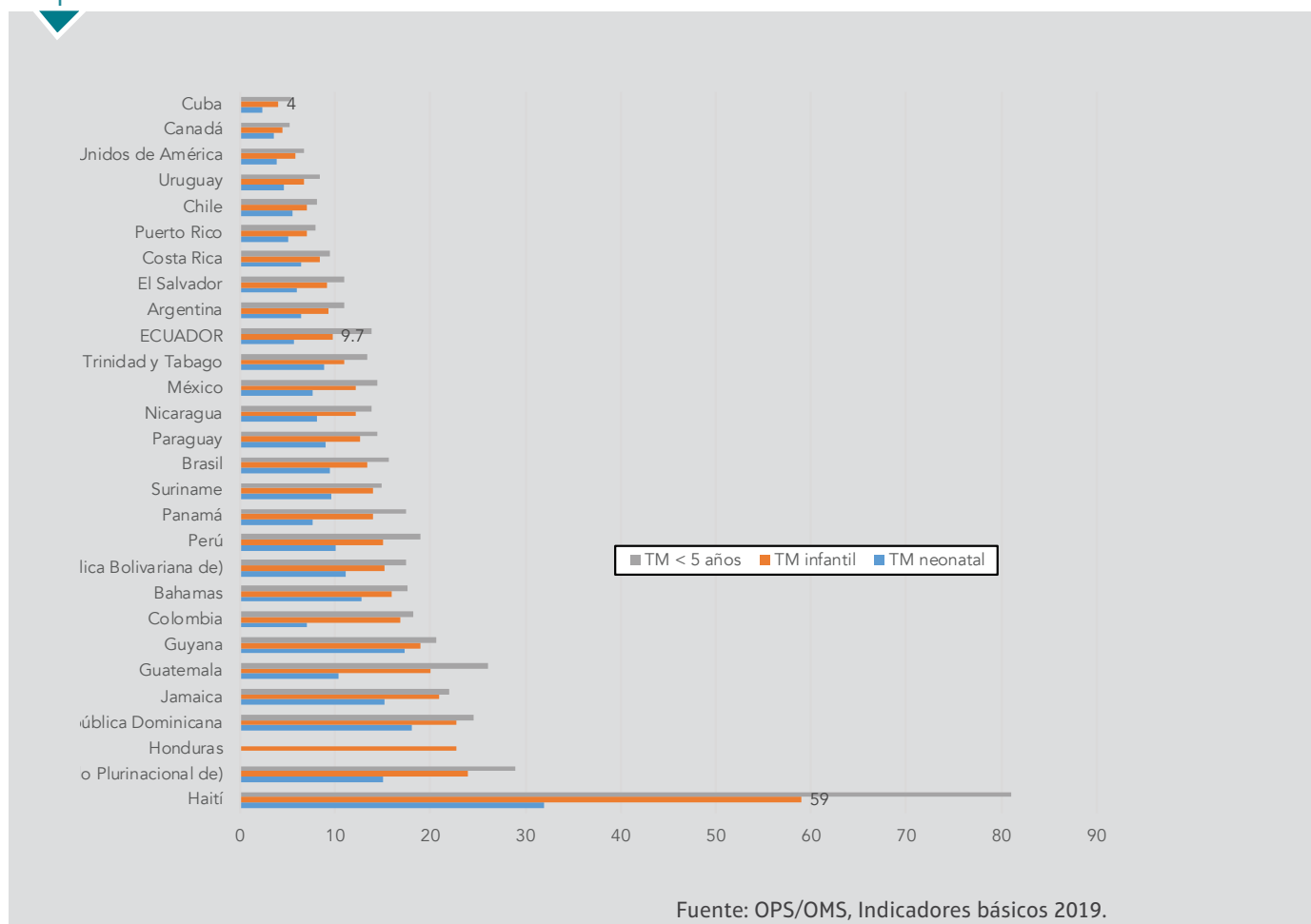
Si bien muchas de las enfermedades infecciosas en infantes y los problemas nutricionales graves (como la emaciación-marasmo o el síndrome de Kwashiorkor)¹⁸ han sido superados o controlados en gran medida en las Américas, todavía persisten focos donde estos problemas son latentes, lo que revela las profundas inequidades sociales en acceso a alimentos y condiciones básicas de vida, así como a prestaciones y servicios de salud.

17 Según Gabriel Ordóñez, médico pediatra y neonatólogo, mientras no se resuelvan problemas complejos como la desnutrición fetal, la prematuridad y el bajo peso al nacer, la mortalidad neonatal es más difícil de reducir cuando la mortalidad infantil llega a cifras de 10 x 1000 nv o menos.

18 “No hay consenso sobre la causa verdadera del edema que es característico del Kwashiorkor. Casi todos los investigadores están de acuerdo en que la carencia de potasio y la retención de sodio son importantes en la patogénesis del edema. Hay pruebas en favor del argumento clásico de que la malnutrición edematosa es un signo de consumo inadecuado de proteína. Se ha sugerido que, en estas circunstancias, sobre todo cuando el consumo de proteína es muy bajo con respecto al consumo de carbohidratos (y si la situación se agrava quizá por pérdidas de nitrógeno a causa de infecciones), se llevan a cabo diversos cambios metabólicos que pueden contribuir al desarrollo del edema” (Latham, 2002).

Gráfico 3.

Tasa de mortalidad neonatal, infantil y de < 5 años (por 1000 nacidos vivos) en países seleccionados de las Américas. Información disponible de los últimos años (entre 2011 y 2018).



El gráfico 3 ubica en orden ascendente a algunos países seleccionados de las Américas según sus cifras de mortalidad infantil (menores de 1 año), pero muestra también las cifras de mortalidad neonatal (hasta 28 días de edad)¹⁹ y las de menores de 5 años.

En algunos documentos oficiales del MSP, y en algunas investigaciones en el Ecuador y otros países latinoamericanos, se utiliza otra definición para mortalidad neonatal (cuyo origen se desconoce); se la define

como aquellas muertes que ocurren hasta los 27 días (<28 días); de la misma manera, se define la mortalidad neonatal precoz a la que ocurre hasta los 6 días (<7 días). El INEC utiliza la definición de la CIE-10 de la OMS.

En Haití, en la década pasada, 3 de cada 100 niños no superaban el mes de edad, 6 de cada 100 no llegaban al año de vida y 8 de cada 100 no alcanzaban los 5 años de vida. Si comparamos con los niveles alcanzados por Cuba o Canadá (los países con mejores

19 En este documento se utilizan las definiciones de mortalidad neonatal y post neonatal de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OPS (OPS, 1995), que constan en la página 1.150 del volumen I.

indicadores de MI en la región), diríamos que hubo un exceso de casi 1400% muertes infantiles en Haití, muertes evitables si se aplicarían las medidas sociales y de salud pública de Cuba o Canadá. Utilizando los mismos parámetros, en Ecuador habría aún casi un 150% de exceso de muertes infantiles evitables.

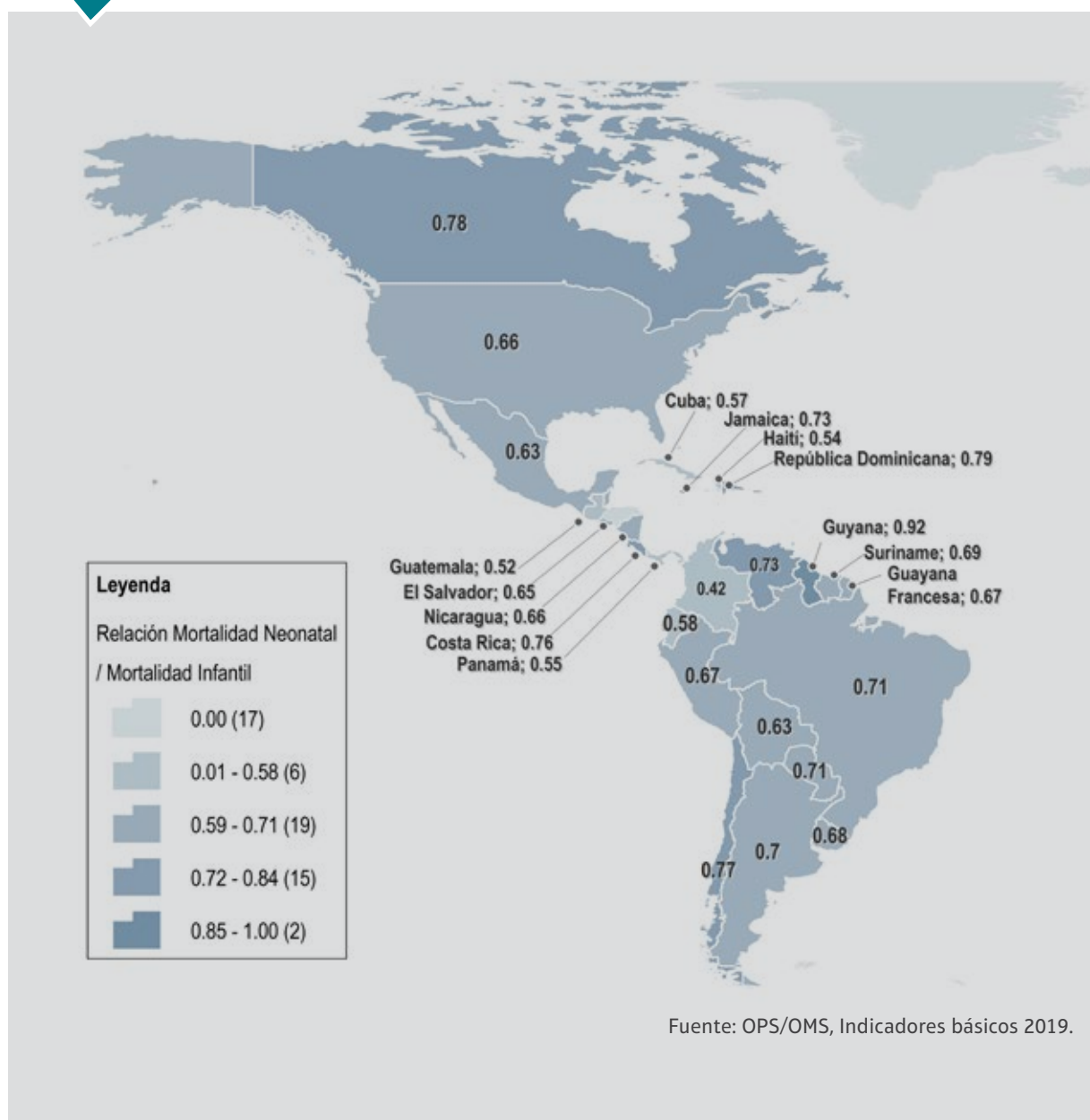
Pero también es importante analizar la relación entre mortalidad neonatal y post

neonatal, porque ello da cuenta del tipo de problemas que afrontan las poblaciones y los Estados para resolver las muertes infantiles.

El gráfico 4 establece la relación de la mortalidad neonatal con la mortalidad infantil; es decir, qué fracción de la unidad, o qué proporción de las muertes infantiles, son neonatales.

Gráfico 4.

Relación mortalidad neonatal/mortalidad infantil en países de las Américas (años 2018, 2017 o el más reciente).



En el Ecuador, para el año 2017 el 58% de las muertes infantiles eran neonatales (dificultad respiratoria del recién nacido, malformaciones congénitas, sepsis, problemas del embarazo y parto; ver las diez primeras causas de 2018 en el cuadro 3). Las muertes post neonatales, generalmente más ligadas a infecciones y/o problemas nutricionales, han dejado de ser mayoritarias.

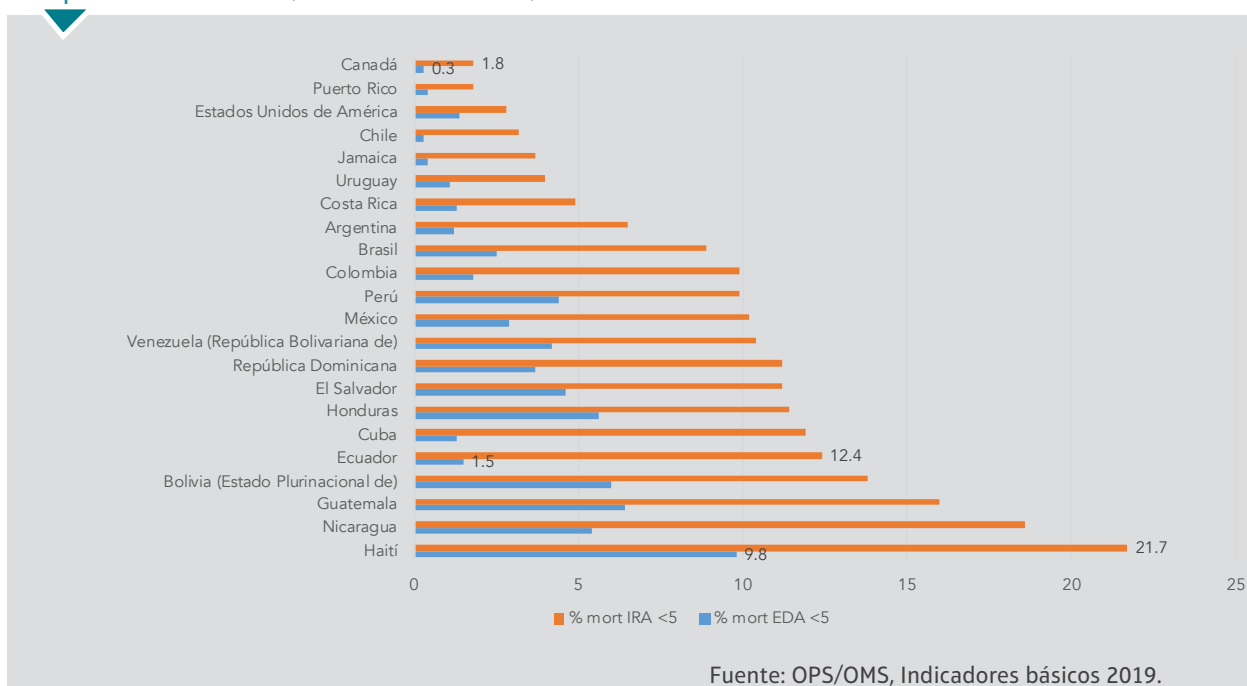
En Canadá, Chile y Costa Rica las muertes neonatales superan el 75% de todas las muertes infantiles, lo que hace suponer que se han resuelto en gran medida los problemas relacionados con la desnutrición o con las enfermedades infecciosas. En Venezuela, las muertes neonatales también superaban

el 70% de las infantiles, según lo ha notificado el Estado venezolano. Sin embargo, habrá que confirmar si en este y en otros casos se puede dar la misma explicación, o si ha habido un crecimiento de las muertes neonatales por otras razones, relacionadas con el acceso a servicios de salud para embarazo, parto²⁰ y primeros 28 días de vida de los niños.

El porcentaje de muertes de menores de cinco años debidas a IRA y EDA, y las diferencias en los países de las Américas (gráficos 5 y 6), plantea un interrogante: ¿por qué aquellas causas fácilmente prevenibles y susceptibles de ser tratadas adecuadamente²¹ continúan causando un importante volumen de defunciones en los niños?

Gráfico 5.

Porcentaje de mortalidad por EDA e IRA en < 5 años, países seleccionados de las Américas (años 2015 o 2016).



20 Aunque la cobertura del parto hospitalario en Venezuela para el año 2017 (95,4%) ha sido mayor al promedio de América Latina y el Caribe, e incluso de toda la región de las Américas, la cobertura de control prenatal en ese país (83,8%) es inferior a la del promedio de países de las Américas, igual que sucede con Ecuador (79,0%) para el año 2013, último reportado a OPS (OPS, 2019).

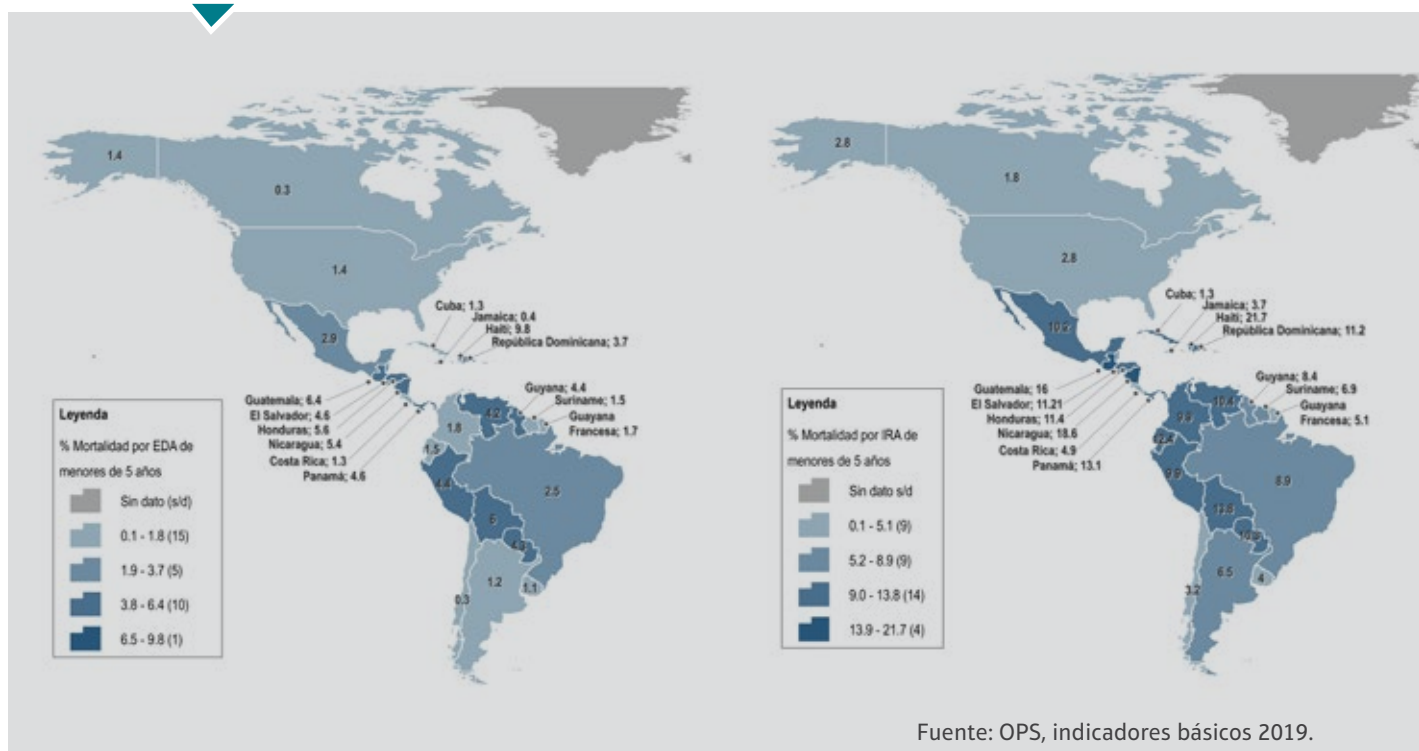
21 No solamente mejores condiciones de desarrollo para los niños, incluyendo saneamiento básico, sino el manejo estandarizado de EDA e IRA mediante la identificación de signos de peligro, el uso de hidratación oral y el manejo adecuado de medicamentos en IRA, especialmente en el tratamiento de neumonías (Ver OPS, 2008; OPS, 1997).

En ese marco, casi un tercio de las muertes de menores de 5 años en Haití serían fácilmente prevenibles con medidas sanitarias básicas y con otras de atención primaria (como el manejo adecuado de IRA y EDA). En el Ecuador, un 14% de las muertes de menores de 5 años ocurren debido a este grupo de enfermedades fácilmente prevenibles y manejables. En Canadá, apenas un 0,3% por

EDA y 1,8% de IRA son las causas de muerte en menores de 5 años. En general, la mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe han logrado importantes avances en la disminución de muertes de niños por enfermedades diarreicas, gracias a un mejor acceso a agua segura, pero también al uso muy extendido de sales y preparaciones para rehidratación oral.

Gráfico 6.

Porcentaje de mortalidad por EDA e IRA en países de las Américas 2016-2017 (OPS, 2019).



Para el año 2016, un 1,5% de las muertes de menores de 5 años en el Ecuador se debieron a enfermedades diarreicas²², mientras que 40 años atrás, en 1977, el 27,1% de muertes infantiles se debían a enfermedades diarreicas²³.

Abundando más en el panorama de las Américas sobre la mortalidad infantil, podríamos echar un vistazo a otros indicadores relacionados, como las tasas de desnutrición en niños menores de 5 años o las coberturas de inmunizaciones. Aunque la desnutrición

22 OPS, 2019.

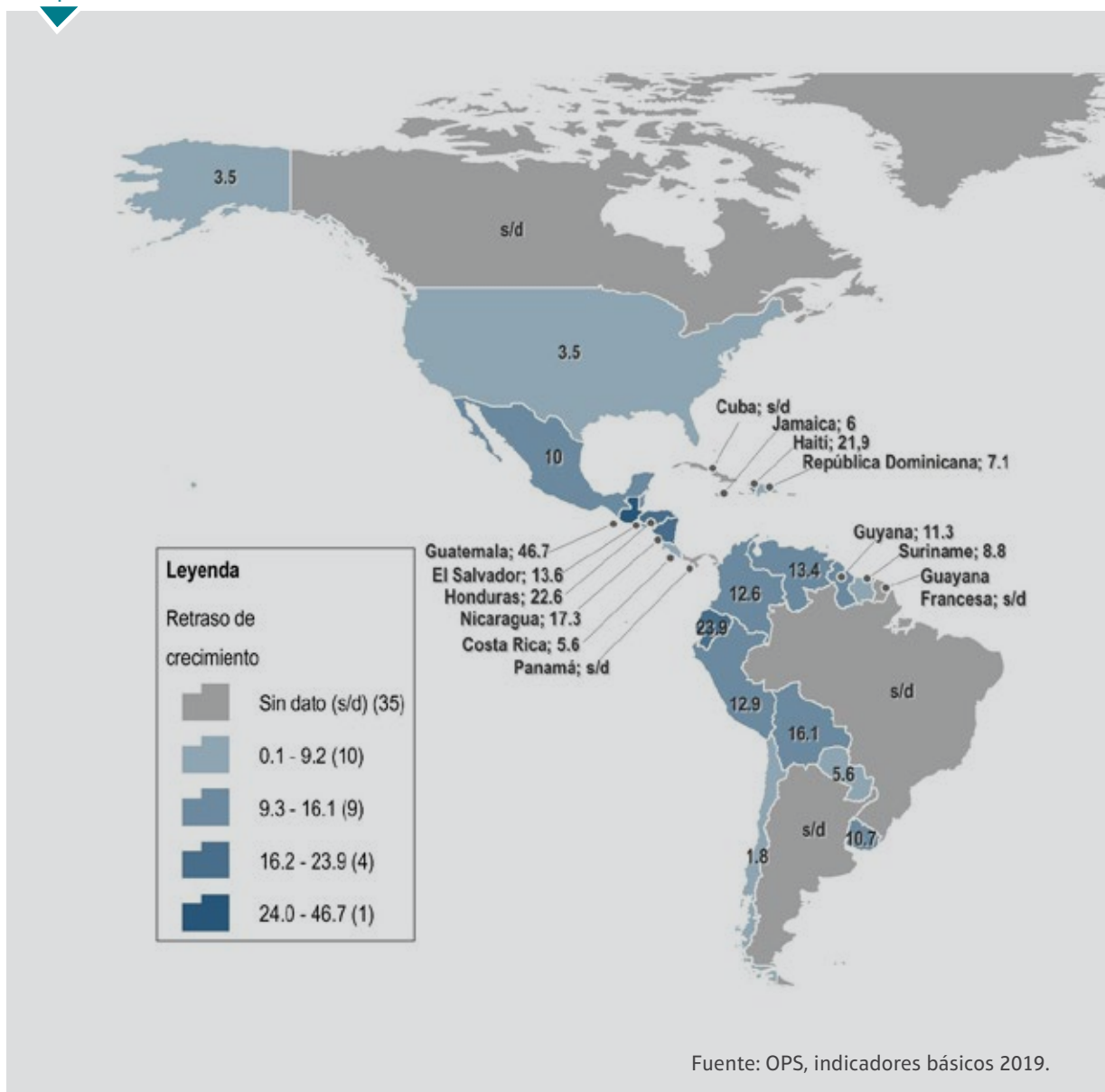
23 Breilh y otros, 1983. Gabriel Ordóñez refiere que, aun antes del fácil acceso a sales de rehidratación oral, junto a Nicolás Espinoza (jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Carlos Andrade Marín) y Ligia Salvador (jefa del Programa de Control de Enfermedades Diarreicas del MSP), recorrieron el país en la década de 1980 enseñando el uso de la rehidratación oral con preparaciones caseras para tratar las diarreas en los niños. Sin lugar a duda, el acceso masivo a la rehidratación oral contribuyó al descenso significativo de muertes infantiles por estas causas.

aguda (bajo peso para la talla), que en su manifestación más grave (la emaciación o delgadez extrema de los niños) no es ya muy frecuente en la mayoría de países y territorios de América, persisten problemas importantes

como el bajo peso al nacer, que sí incide en la mortalidad infantil o en el desarrollo de los niños, y la desnutrición crónica (baja talla para la edad), como se refleja en el gráfico 7.

Gráfico 7.

Desnutrición crónica (retraso del crecimiento) en menores de 5 años en países de las Américas, 2016 (OPS, 2019).

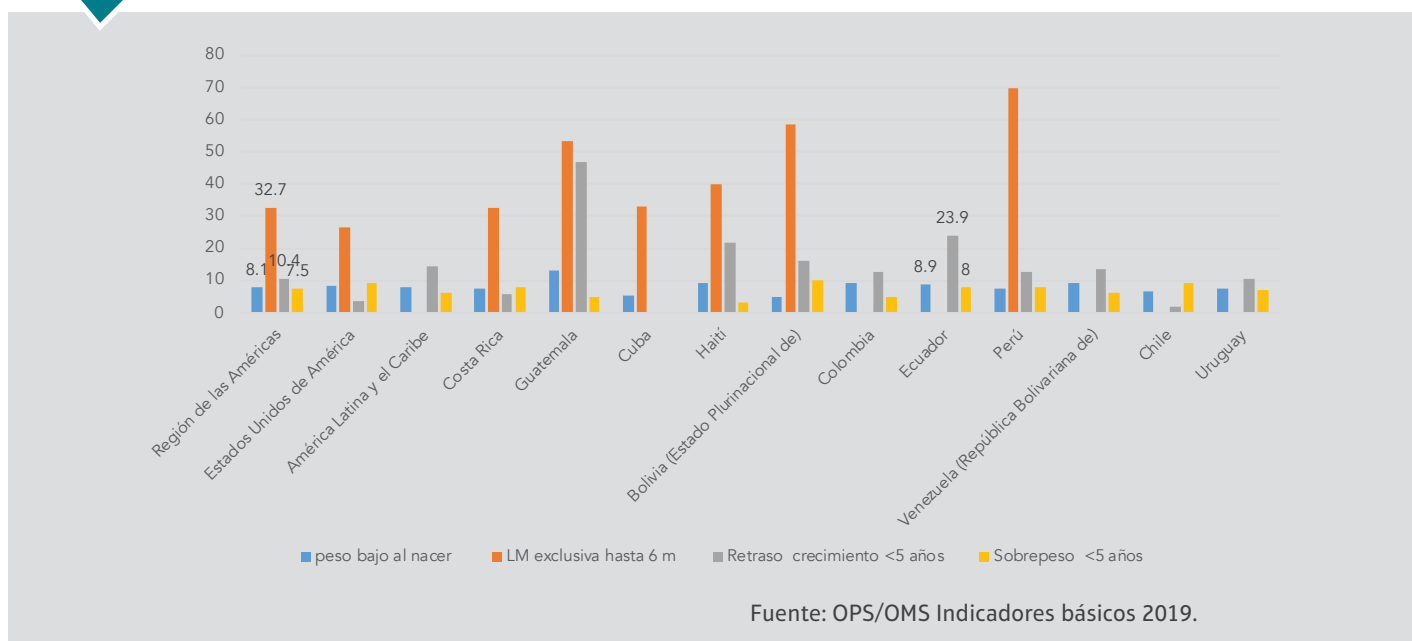


El gráfico 8 muestra algunos indicadores nutricionales para varios países de las Américas

entre los años 2016 y 2018, o en los años más recientes disponibles.

Gráfico 8.

Indicadores nutricionales en países seleccionados de las Américas (peso bajo al nacer, 2018; resto de indicadores, 2016)



En el gráfico 8 se evidencia que Guatemala, pero también Haití, Colombia, Ecuador y Venezuela, presentan un porcentaje elevado de bajo peso al nacer. El retraso del crecimiento (desnutrición crónica) es también significativo en Guatemala, pero destacan tasas igualmente altas en el Ecuador y Haití. El Ecuador y otros países no han reportado el porcentaje de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad para los indicadores básicos 2019 de la OPS, pero es evidente la variación en los diferentes países, destacando, en buena hora, las altas tasas de lactancia materna exclusiva en Perú, Bolivia y Guatemala, países con gran proporción de población indígena.

Si bien no incide en la mortalidad infantil, es de notar la presencia creciente de sobrepeso en niños menores de cinco años. Este problema afecta el curso de la vida²⁴ de las personas en su juventud y adultez, especialmente como un riesgo para enfermedades no transmisibles. En esas condiciones, la situación de la salud de la niñez se vuelve más compleja, en el marco de lo que algunos autores han denominado “obesidad en la pobreza”²⁵.

En la región de las Américas, el problema del sobrepeso en niños menores de 5 años fue mayor en Paraguay (12,4%), Barbados (12,2%), Trinidad y Tobago (11,4), Bolivia (10,1), Estados Unidos de Norteamérica (9,4)

24 El “curso de la vida” es un paradigma epidemiológico propuesto por el profesor cubano Jorge Bacallao, fundamental en el caso de las ENT, para entender la relación entre fenómenos aparentemente distantes en el tiempo, como el estado nutricional intrauterino o en los primeros meses de vida, con las enfermedades no transmisibles (diabetes, enfermedades cardiovasculares y algunos tumores malignos) en la vida adulta.

25 “La obesidad no debe considerarse solo como un trastorno originado en un desequilibrio energético, sino como un trastorno nutricional que puede coexistir con el déficit de micronutrientes y otras enfermedades carenciales, sobre todo en los grupos socioeconómicos más desprotegidos”. (Ver OPS, 2000).

y Chile (9,3). En el Ecuador fue de 8,0% para el año 2013 (OPS, 2019), pero se acumula con la edad y alcanza 20,3% en niños de 5 a 11 años en 2018 (ENSANUT, 2018). En el caso del Ecuador, más adelante se hace un análisis de la distribución de indicadores nutricionales.

El otro indicador asociado, que vale la pena destacar, es el de las inmunizaciones en niños, medido en este caso por la cobertura de la tercera dosis de DTP (difteria, tétanos y pertussis/tosferina) en niños de 19 a 35 meses o, en su defecto, la tercera dosis de la vacuna pentavalente (que además de las anteriores incluye hepatitis B y haemophilus influenzae). Los gráficos 9 y 10 destacan la cobertura en porcentaje nacional, pero también el porcentaje de municipios que tienen coberturas útiles, es decir, con más del 95% de niños vacunados.

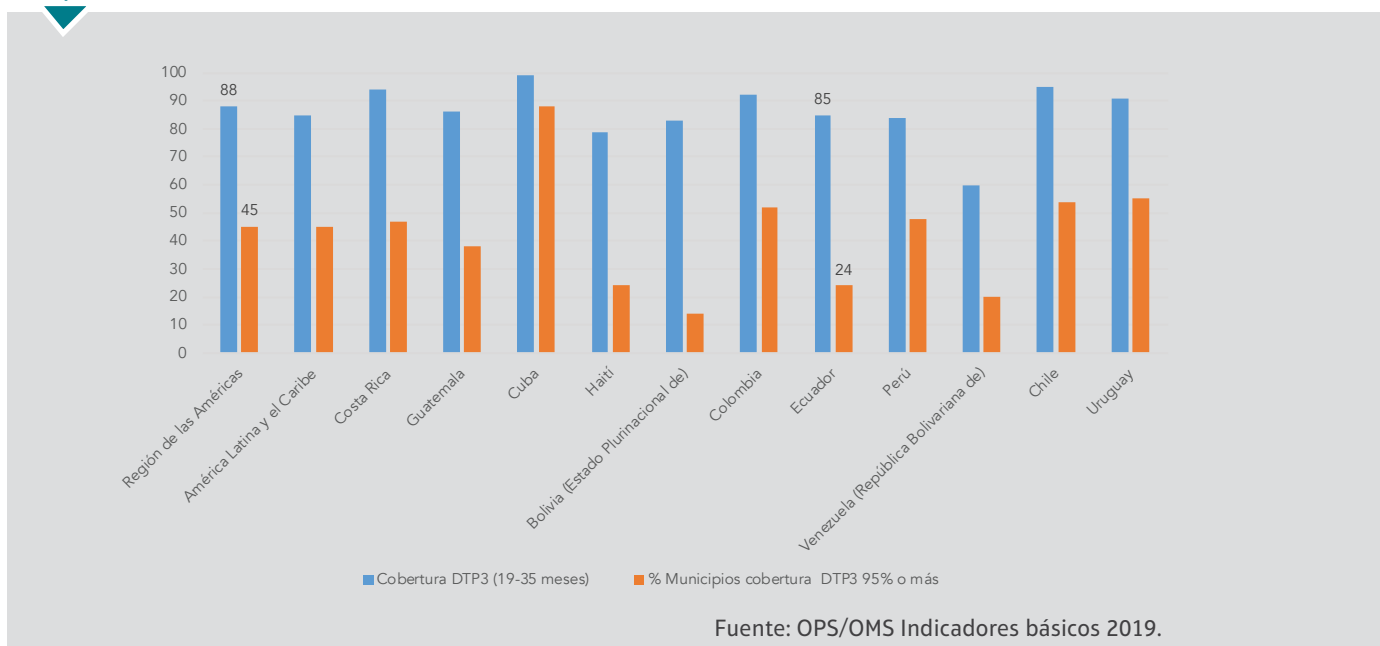
De todos los países destacados en el gráfico 9, únicamente Cuba, con cobertura nacional del 99% y con 88% de municipios con coberturas útiles, tiene excelentes indicadores,

que reflejan un adecuado control de la propagación de estas enfermedades. El Ecuador, a más de tener una cobertura nacional poco útil (85%) para el año 2018, tenía apenas un 24% de cantones con coberturas útiles, al igual que ocurre en otros países como Bolivia, Venezuela y Haití. Esta situación los coloca en condiciones de riesgo para el brote de estas enfermedades, como ya sucedió con el sarampión debido a las bajas coberturas de SRP1 en algunos territorios.

Si bien es cierto que para el año 2011 (año del brote de sarampión en Ecuador) todavía se mantenían coberturas altas de SRP1 (94% a nivel nacional, según los indicadores básicos de la OPS) (OPS, 2012), probablemente había diferencias entre provincias y cantones. Para 2015 se reporta una cobertura nacional de 84% (OPS, 2016), y para 2018 una cobertura de 83%²⁶. El brote epidémico de 2011-2012 se inició en un cantón de la provincia de Tungurahua y en total hubo 329 casos confirmados²⁷.

Gráfico 9.

Cobertura de vacunación con DTP3 en países seleccionados de las Américas, 2018.

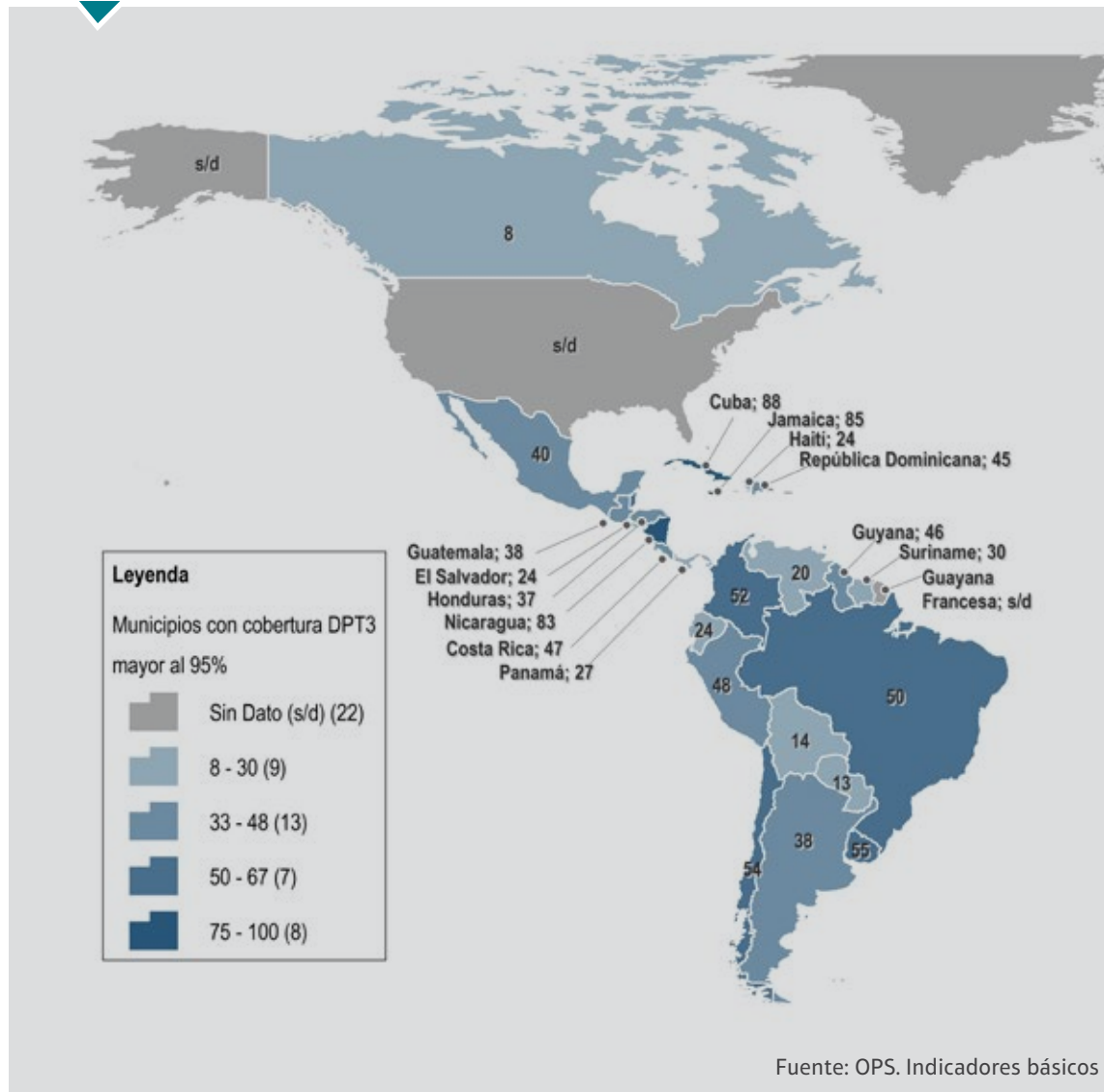


26 OPS, 2019.

27 Panero, 2013.

Gráfico 10.

Porcentaje de municipios con cobertura útil de DPT3 en los países de las Américas, 2018.



Finalmente, para completar la panorámica en las Américas, es interesante ver la correlación de la mortalidad infantil de los diferentes países con el gasto público en salud (como porcentaje del PIB) y con el IDH de NNUU²⁸. En ambos casos existe correlación, pero la misma es baja (muy débil) cuando se trata del gasto público en salud, por los valores extremos de algunos países, y moderada (mediana) en el caso de IDH (gráficos 11 y 12).

El gasto público en salud como porcentaje del PIB (gráfico 11) establece la relación que existe en los diferentes países entre la inversión pública en salud y su posible impacto en un indicador muy sensible como la mortalidad infantil. Haití, por ejemplo, tiene un muy pequeño gasto público en salud (0,8% de su PIB) y ello se relaciona con una muy alta mortalidad infantil (59 x 1000 nv), mientras que al otro extremo Cuba tiene un gasto público en salud

28 PNUD, 2019.

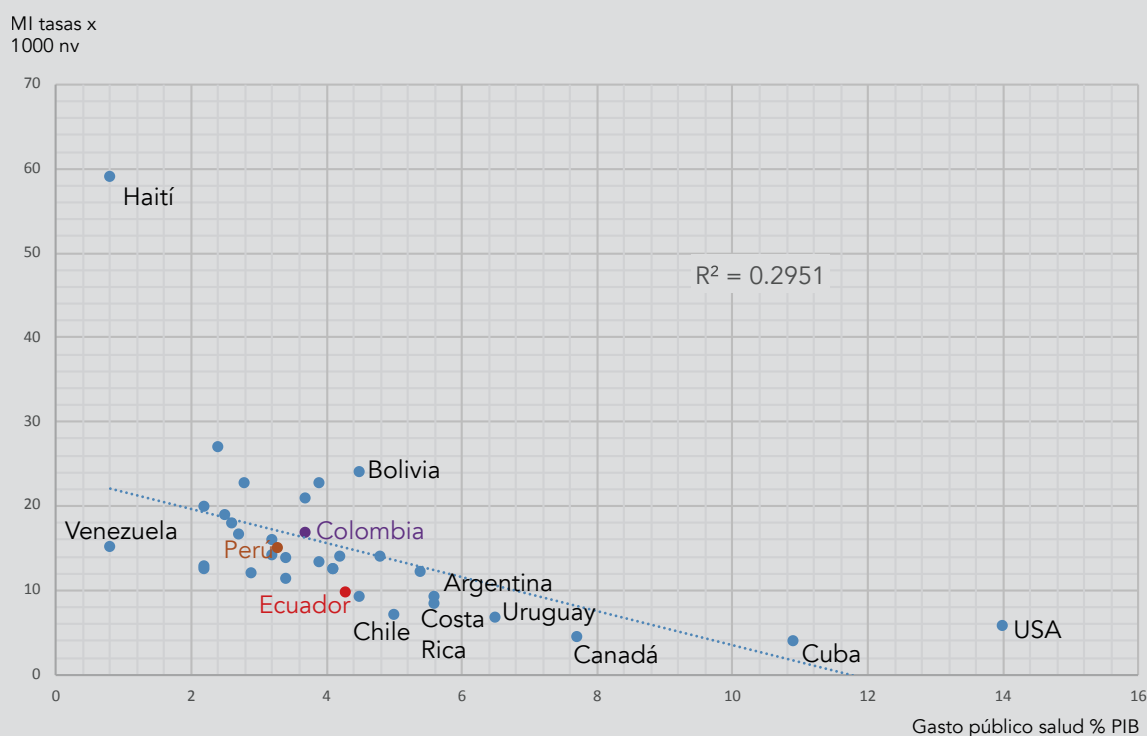
de 10,9% del PIB y la mortalidad infantil más baja del continente (4,0 x 1000 nv). Los casos de Estados Unidos y Canadá resultan atípicos para la realidad latinoamericana.

En el caso del Ecuador, para el año 2016 la OPS²⁹ registra un gasto público en salud de 4,3 como porcentaje del PIB y una mortalidad infantil (notificada para 2017) de 9,7

x 1000 nv. El país se encuentra en una posición intermedia en la región respecto de ambos indicadores. Hay que considerar que cada país tiene una diferente forma de gasto público en salud; hay países como Cuba, que tienen todo el presupuesto de salud centralizado en el Estado, y donde prácticamente no existe gasto privado en salud (apenas 1,3% del PIB).

Gráfico 11.

Correlación entre gasto público en salud 2016 y mortalidad infantil (2018, 2017 o más reciente) en países de las Américas (OPS, 2019)



Fuente: OPS, 2019.

En el Ecuador, el gasto público incluye el presupuesto del Ministerio de Salud Pública (y con las transferencias a instituciones privadas con y sin fines de lucro, entre estas últimas SOLCA), municipios y otras instituciones públicas, y los presupuestos de salud del IESS, ISSFA e ISSPOL que, aunque en esencia

no son estatales, tienen la lógica del beneficio público.

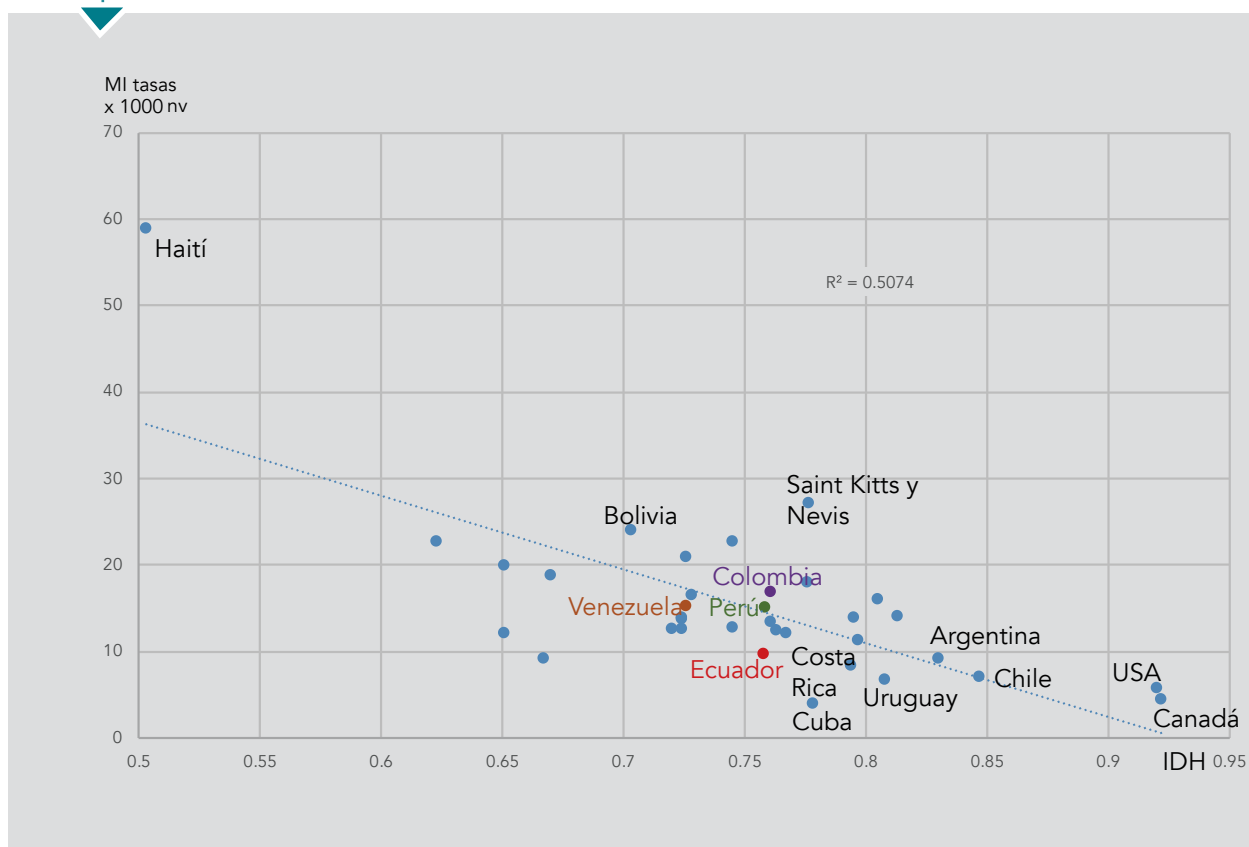
Esta correlación, como se ha dicho, estadísticamente no es estrecha (porque hay datos como los de Haití, Estados Unidos de Norteamérica, Venezuela o Bolivia que se alejan

mucho de la tendencia); sin embargo, hay que considerar que un solo indicador, así sea uno de mucha fortaleza como el gasto público en salud, no es suficiente para explicar las

características de un problema como la mortalidad infantil, pues esta depende de una compleja determinación social.

Gráfico 12.

Correlación entre IDH 2018 (PNUD, 2019) y mortalidad infantil 2017-2018 (OPS, 2019) en países de las Américas.



La misma consideración hay que hacer para el IDH. Este indicador es más complejo y no se reduce únicamente a información económica (expectativa de vida, educación y PIB per cápita). Aunque en este caso la correlación con la mortalidad infantil es más directa en los países de las Américas (gráfico 12), el indicador tampoco es suficiente para explicar toda la determinación social en la mortalidad infantil.

Otra vez es evidente que Haití tiene un IDH muy bajo y una alta mortalidad infantil, mientras en Estados Unidos y Canadá, de le-

jos los países con más alto IDH en la región, este factor tiene un impacto positivo en la disminución de la mortalidad infantil en promedio. No obstante, si se exploran las diferencias internas podríamos encontrarnos con sorpresas.

Para 2018, Estados Unidos presenta una tasa de mortalidad infantil de 5,9 x 1000 nv (5,8 para 2017, según la OPS). Pero hay grandes diferencias entre estados. Cifras por debajo de 4 x 1000 nv en New Hampshire (3,9) y Vermont (3,9), y cifras por encima de 8 x 1000 nv (casi parecidas a las del Ecuador) en estados

como Delaware (8,4), Alabama (8,7) o Mississippi (8,9)³⁰. ¿Qué diferencias tienen New Hampshire y Alabama? Y si desagregáramos aún más estos datos respecto de los barrios urbanos pobres de New York, Washington u otras ciudades, seguramente las diferencias serán mayores.

En este contexto, el caso de Cuba viene a ser paradójico. Con un IDH más bien intermedio³¹, de 0,778 para 2018 (no se reporta ajuste por

desigualdad), ha logrado el más importante impacto en la disminución de mortalidad infantil en el continente. Esto permite suponer que los resultados no dependen solamente del IDH, sino de otros aspectos, incluidos la igualdad social y el sistema público de salud.

Ecuador, con un IDH de 0,758 (0,607 ajustado por la desigualdad), no logra aún abatir de manera importante la mortalidad infantil. Sin duda pesa la desigualdad social.

Mortalidad infantil y de menores de 5 años en el Ecuador

La mortalidad infantil ha sido motivo de preocupación de diferentes funcionarios y académicos del Ecuador a lo largo de los siglos XX y XXI, aunque no siempre ha tenido como contrapartida políticas públicas suficientes y efectivas para su disminución (estas últimas son analizadas en la tercera parte del documento). Desde los ya clásicos estudios de Behm y Rosero y del CEAS³², pasando por diferentes documentos técnicos del MSP, INEC, CEPAR, OPS/OMS y UNICEF, todos han aportado para la mejor comprensión de este problema.

El INEC aporta con la información histórica que permite evaluar las tendencias a lo largo de varias décadas, y ha puesto a disposición del público las bases de datos³³ que permiten realizar un análisis con las variables dis-

ponibles. Lamentablemente, hay algunos cambios en la información en línea de los diferentes años, algunos de los cuales impiden dar continuidad a algunos análisis³⁴. Por ejemplo, a partir de 2015, y de manera inexplicable, las bases de datos de defunciones no incluyen variables como cantón y parroquia de residencia, lo que impide hacer un análisis territorial desagregado. Tampoco se puede acceder a información del nivel de instrucción de las madres, lo que permitiría comprender las inequidades sociales a través de esta variable. Sin embargo, es posible al menos hacer un análisis actualizado de la mortalidad infantil por etnicidad y otras desagregaciones territoriales como provincias y áreas urbana y rural.

30 Statista, 2018.

31 En el Informe de Desarrollo Humano 2019 del PNUD se ubica a Cuba, al igual que al Ecuador, en el grupo de países de "desarrollo humano alto" (PNUD, 2019).

32 Behm y Rosero, 1997; Breilh y otros, 1983.

33 Desde 1992 hay disponibles en línea las bases de nacidos vivos y defunciones (INEC, s/f).

34 "A partir del Anuario de Estadísticas Vitales 2015, el INEC incorpora en la presentación de los datos de nacimientos la publicación de tres estados de cifras: i) cifras provisionales: se refiere a estadísticas preliminares o parciales, y corresponden a los datos o indicadores que se generan con información de los nacidos vivos ocurridos en el año de estudio e inscritos hasta el 31 de marzo del siguiente año; ii) cifras semi definitivas: se refieren a información aún incompleta y corresponden a los datos o indicadores que se generan con información de los nacidos vivos ocurridos en el año de estudio e inscritos entre uno y tres años posteriores a la ocurrencia del hecho; iii) cifras definitivas: se refieren a información final y concluyente, y corresponden a los datos o indicadores que se generan con información de los nacidos vivos ocurridos en el año de estudio e inscritos a los cuatro años posteriores a la ocurrencia del hecho. Los datos e indicadores reportados a partir de cifras provisionales y semi definitivas no son finales ni irreversibles" (INEC, 2017).

El trabajo de Behm y Rosero, que simbólicamente inicia con un fragmento de la Declaración de Derechos del Niño de NNUU, es parte de otros estudios similares en varios países latinoamericanos, que utilizaron el método de Brass³⁵ para caracterizar la mortalidad en menores de 5 años, según variables geográficas y sociales a partir del nivel de instrucción

de la madre³⁶. Con los resultados nacionales de varios países se pretendía tener una panorámica de la mortalidad de la niñez en América Latina (el cuadro 1 es uno de los clásicos cuadros de Behm y Rosero para graficar el panorama latinoamericano de la MI según nivel de instrucción de la madre).

Cuadro 1.

Probabilidad de morir en los dos primeros años de vida a partir del nacimiento según nivel de instrucción de la mujer. Países latinoamericanos seleccionados alrededor de 1966-1972 (tasas x 1000 nv).

Probabilidad de morir (por mil)	Total	Años de instrucción de la mujer					Probabilidad de morir Grupo 0 / Grupo 10 y más
		Ninguno	1-3	4-6	7-9	10 y más	
Paraguay 1967-1968	75	104	80	61	45	27	3,9
Costa Rica 1968-1969	81	125	98	70	51	33	3,8
Colombia 1968-1969	88	126	95	63	42	32	3,9
Chile 1965-1968	91	131	108	92	66	46	2,8
República Dominicana 1970-1971	123	172	130	106	81	54	3,2
Ecuador 1969-1970	127	176	134	101	61	46	3,8
El Salvador 1966-1967	145	158	142	111	58	30	5,3
Bolivia 1971-1972	202	245	209	176	110		2,2

Fuente: Behm, H. y colaboradores. Serie de estudios nacionales sobre mortalidad en los primeros años de vida en los países de la América Latina, Centro Latinoamericano de Demografía, 1976-1977 (Tomado de Behm, 1977).

35 Chackiel, s/f.

36 A partir de la proporción de hijos fallecidos, declarado por las mujeres durante el censo de población de 1974.

Para el bienio 1969-1970, Behm y Rosero estimaron en 127×1000 nv la probabilidad de morir antes de los 2 años en el Ecuador, una cifra bastante más alta que el promedio de América Latina en ese entonces. Con variaciones desde 95×1000 en Pichincha hasta 206×1000 en Cotopaxi, la mayor mortalidad se estimó en el sector rural de las provincias de la Sierra (130 a 220×1000 nv). En las zonas rurales de la Sierra la mortalidad de menores de 2 años fue mayor mientras más proporción de población indígena existía; el nivel de instrucción de la madre como indicador de nivel de vida influye directamente en el volumen de mortalidad de los niños: de 46×1000 en hijos de mujeres con 10 o más años de educación a 176×1000 en hijos de mujeres analfabetas, y hasta 230×1000 si las mujeres eran indígenas y analfabetas.

El estudio concluye que la mortalidad en los primeros años de vida está determinada en gran parte por la clase social en la que el nacimiento ocurre, y propone que la mejor contribución que puede hacerse para cambiar la situación es “la implementación efectiva de una política de desarrollo económico y social destinada a elevar sustancialmente el nivel de vida de la población y, en especial, a reducir de modo drástico las diferencias de distribución del producto del trabajo”. También se señala que, a pesar de las deficiencias, es posible sacar provecho del sistema de estadísticas vitales que, en aras de mejorar las potencialidades de análisis, debe ser mejorado con la inclusión de variables sociales y desagregación territorial.

Por su parte, Breilh y otros³⁷ (CEAS) establecen en la ciudad de Quito, para 1977, una mortalidad infantil de $57,8 \times 1000$ nv (ES 1,6), mortalidad neonatal de $19,1 \times 1000$ (ES 0,3) y mortalidad post neonatal de $38,7 \times 1000$ (ES 1,3). Para entonces, incluso en Quito urbano la mortalidad post neonatal duplica a la neonatal. El estudio del CEAS establece tres

conglomerados sociales: alto (empresarios e industriales), medio (técnicos, profesionales, militares y policías de jerarquía alta y media, agricultores calificados, empleados y trabajadores altamente calificados), y bajo (trabajadores manuales, trabajadores y empleados de baja calificación, agricultores y comerciantes de baja calificación). Además, define cuatro zonas residenciales: zona I (residencial suntuaria, con aproximadamente 30% de empresarios y grupos medios altos, más empleados manuales especialmente de servicios); zona II (residencial media, con aproximadamente 30% de capa media/media, 10% de grupos empresariales y medios altos, y el resto fracciones medias, asalariados y sub asalariados); zona III (popular media, clase empresarial y capas medias altas casi inexistentes, aproximadamente 40% de capas medias/medias y el resto asalariados y sub asalariados); y zona IV (asentamiento espontáneo, aproximadamente 80% de asalariados y sub asalariados, 20% de capas medias/bajas).

En el conglomerado alto prácticamente no existe mortalidad infantil; esta se incrementa según se desciende de conglomerado y tipo de zona, desde un rango que va de $17,4$ a $35,2 \times 1000$ nv para el conglomerado medio y zona I hasta $128,5 \times 1000$ nv para el conglomerado bajo de la zona IV, evidenciando las enormes inequidades dentro de la ciudad.

En la zona IV predomina la mortalidad post neonatal sobre la neonatal en una relación de $2,6$ a 1 ($78,3/30,1 \times 1000$ nv); ambos indicadores son bastante más altos que en la zona I (post neonatal $8,2$ veces y neonatal $2,8$ veces). En la zona I es notorio un ligero predominio de la mortalidad neonatal ($10,6 \times 1000$ nv) sobre la post neonatal ($9,5 \times 1000$ nv), dando cuenta de la transición o cruce de tendencias que ocurre en todas las poblaciones a medida que mejoran las condiciones sociales y el acceso a servicios de salud más eficientes.

37 Breilh y otros, 1983.

El estudio denomina componente social a la mortalidad post neonatal, para explicar los elementos estructurales que se relacionan con la misma. El componente social hace referencia a la mayor influencia que tiene la situación socioeconómica en aquellas causas de muerte como la desnutrición o las enfermedades infecciosas. Estas causas, al estar presentes históricamente, son categorizadas como deterioro básico, siendo difícil disminuirlas o eliminarlas. Sin embargo, no es que la mortalidad neonatal no tenga un componente social, sino que éste está ligado fundamentalmente al acceso restringido a servicios de salud de calidad, al control prenatal de la madre y a la atención calificada o institucional del parto, pero también a la nutrición, al esfuerzo múltiple debido a la intensa carga laboral y a la reproducción social de la madre, incluyendo su descanso y recreación.

El estudio también evalúa las diferencias de mortalidad infantil según la escolaridad de la madre. En el caso del conglomerado bajo se ve un efecto favorable de la escolaridad en la reducción de la muerte infantil: 31,1 x 1000 en mujeres con educación secundaria versus 108 x 1000 nv en mujeres del mismo conglomerado social, pero sin ninguna instrucción o solo con instrucción primaria. Es posible, no obstante, que esa diferencia no se deba exclusivamente al nivel de instrucción en sí sino a que éste actúa como un indicador de las diferencias económicas y sociales, aun dentro del mismo conglomerado.

Finalmente, el estudio del CEAS hace una crítica a la eficiencia de los servicios de salud y a las posibilidades de acceso equitativo por parte de los diferentes grupos poblacionales.

Destaca, por ejemplo, cómo una considerable proporción de las muertes infantiles en el conglomerado bajo de Quito ocurrían en el domicilio (62,7%), mientras que en el conglomerado medio estas ocurrían fundamentalmente en los establecimientos de salud (68,3%), evidenciando que al menos buscaron atención médica.

Los estudios de Behm y Rosero y del CEAS utilizan tempranamente la categoría determinación social de la salud, hoy bastante difundida y muchas veces distorsionada. El enfoque de determinación social de la salud es fundamental para comprender en general todos los problemas de salud, pero es de especial importancia para entender temas tan sensibles y complejos como la mortalidad infantil, pues no se trata de factores o causas aisladas, incluso importantes como la escolaridad, etnicidad o edad de la madre, sino de aspectos estructurales y condiciones de producción y reproducción social y, dentro de ellas, las desigualdades e inequidades³⁸.

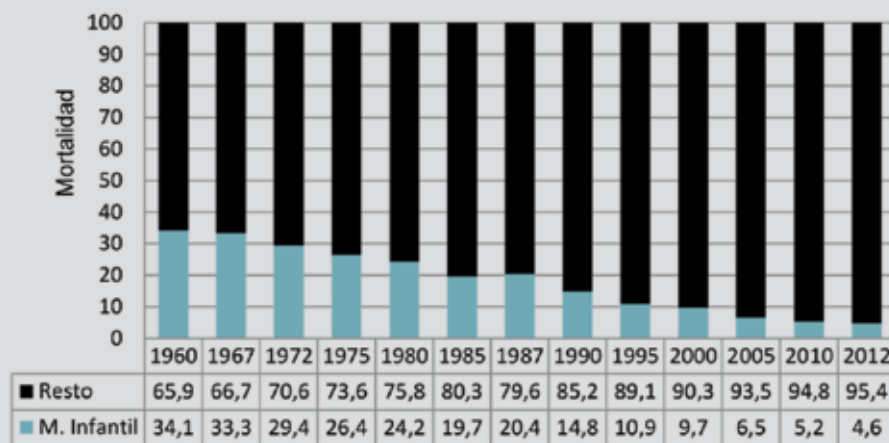
Un análisis más reciente, desarrollado por docentes de la Universidad Central del Ecuador y publicado en el año 2016³⁹, permite una mirada complementaria del problema de la mortalidad infantil y de los cambios históricos en las últimas décadas. El gráfico 13 da cuenta de cómo las muertes infantiles han disminuido significativamente como porcentaje de la mortalidad general de la población ecuatoriana entre los años 1960 y 2012. De ser un tercio de las muertes registradas en el Ecuador en 1960, la mortalidad infantil paso a constituir aproximadamente una vigésima parte de la mortalidad general registrada en el año 2012.

38 Breilh, 2013.

39 Laspina y otros, 2016.

Gráfico 13.

Composición porcentual de la mortalidad en el Ecuador, período 1960-2012.



Fuente: INEC.
Elaboración: Laspina N, Villota I.

Pero no solo ello, sino que las causas de las muertes infantiles variaron significativamente en las últimas décadas, aun en períodos más cortos. Los cuadros 2 y 3 muestran

las 10 primeras causas de mortalidad infantil para los años 1982 y 2018 (con las fuentes oficiales del INEC).

Cuadro 2.

Diez primeras causas de mortalidad infantil en el Ecuador, 1982.

Lista básica de 307 grupos CIE-9.

Orden	Código CIE causas	Muertes	%
1	74 Infección Intestinal mal definida.	2.653	20,3
2	69 Hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto o del recién nacido.	1.341	10,2
3	67 Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma.	1.192	9,1
4	66 Neumonía.	1.148	8,8
5	98 Otra desnutrición proteico-calórica.	627	4,8
6	52 Crecimiento fetal lento, desnutrición e inmadurez fetal.	537	4,1
7	102 Bronquitis y bronquiolitis aguda.	528	4,0
8	80 Tosferina.	285	2,2
9	29 Influenza (gripe).	174	1,3
10	5 Sarampión.	148	1,1
	Total de defunciones infantiles.	13.101	100%

Fuente: Laspina y otros, 2016.

Cuadro 3.

Principales causas de mortalidad infantil en el Ecuador, 2018.

Lista condensada desagregada CIE-10 (67 causas B) para mortalidad infantil.

Orden	Lista corta de las principales causas de muerte	Absoluto	Relativo
1	042 Dificultad respiratoria del recién nacido.	556	16,6
2	055 Otras malformaciones congénitas.	317	9,5
3	045 Sepsis bacteriana del recién nacido.	277	8,3
4	052 Malformaciones congénitas del corazón.	266	7,9
5	048 Resto de afecciones perinatales.	204	6,1
6	032 Neumonía.	164	4,9
7	044 Otras afecciones respiratorias del recién nacido.	156	4,7
8	038 Feto y recién nacido afectado por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del puerperio.	151	4,5
9	063 Otros accidentes que obstruyen la respiración.	116	3,5
10	039 Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal.	113	3,4
	Total defunciones infantiles.	3.350	100%

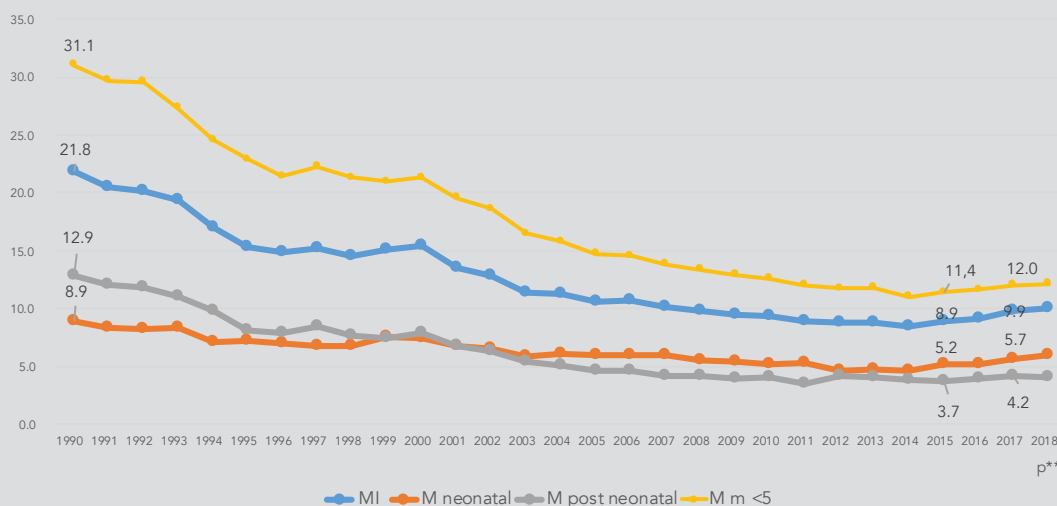
Fuente: INEC, Tabulados series históricas nacimientos y defunciones, 2018.

En 1982, a 15 años de fundado el Ministerio de Salud Pública y a 12 años de iniciado el Plan Nacional de Salud Rural (una de las estrategias que más amplió el acceso a servicios de salud a nivel rural), el total de muertes de menores de un año en el país fue de 13.101: 7 de las 10 primeras causas de mortalidad infantil eran enfermedades infecciosas, y una más, la desnutrición proteica calórica. La quinta parte de las muertes infantiles eran causadas por EDA (infección intestinal mal definida), sin contar otras enfermedades diarreicas de causas definidas. Algunas enfermedades inmunoprevenibles específicas, como la tosferina y el sarampión, también aparecen entre las 10 primeras causas en el año 1982.

Para el año 2018 el panorama ha cambiado totalmente. No solo que el número de fallecimientos de menores de un año ha disminuido significativamente, a 3.350 en todo el país, sino que predominan entre las 10 primeras causas de defunción aquellas asociadas al embarazo y al parto (mortalidad neonatal). Sin embargo, sigue apareciendo entre las principales causas de muerte infantil la neumonía, en sexto lugar con un 4,9% del total de causas. La desnutrición, la anemia y la EDA ocupan puestos secundarios. El panorama epidemiológico en los niños ecuatorianos cambió radicalmente en menos de 40 años (ver en el Anexo I la lista detallada de las causas por cada año y el total para el período 2013-2017 en relación con la lista condensada 67B de causas de mortalidad infantil y del niño CIE-10).

Gráfico 14.

Tendencia de la mortalidad de la niñez (< 5 años), mortalidad infantil, mortalidad neonatal y mortalidad post neonatal en el Ecuador, 1990– 2018.



p**) 2018, cifras provisionales: corresponden a los datos o indicadores que se generan con información de las defunciones generales ocurridas en 2018 y que están sujetos a ajustes por registros posteriores.

Fuente: INEC, tabulados series históricas nacimientos y defunciones 2018.

Existe un descenso significativo de las muertes infantiles (menores de 1 año) y de menores de 5 años entre 1990 y 2015 (gráfico 14), período de evaluación de las metas de los ODM de NNUU. Pero este descenso comienza incluso antes: en las décadas de 1960, 1970 y 1980 se constatan cambios importantes.

El Ecuador estuvo a punto de cumplir con la meta 4 (reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años). De hecho, según los datos oficiales publicados por el INEC, la mortalidad de menores de 5 años pasó de 31,1 x 1000 nv en 1990 a 11,4 x 1000 nv en 2015, una reducción del 63,3% que, sin embargo, no llegó al 66,6% establecido en la meta. Parecía que se lograría esa meta con el importante descenso ocurrido entre los años 1990 y 1996; además, un nuevo aceleramiento de ese descenso ocurrió entre los años 2000 y 2005⁴⁰. Lamentablemente, a partir de 2006 se produce un estancamiento en la disminución de la

mortalidad de menores de 5 años, que incluso es más notorio en la mortalidad de menores de 1 año. Aun así, se mantenía una lenta tendencia al descenso hasta el año 2014, lo que permitía suponer que se alcanzaría la meta. No obstante, a partir de 2015 (año de evaluación de los ODM) comienzan a incrementarse las tasas de mortalidad en niños en todos sus componentes: menores de 5 años, infantil, neonatal y post neonatal, como se puede apreciar en el mismo gráfico 14.

El Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 Toda una Vida, aprobado en septiembre de 2017, propone entre sus metas reducir la tasa de mortalidad infantil de 8,95 a 6,8 por cada 1000 nacidos vivos a 2021 (SENPLADES, 2017). Esta meta parte de una cifra base equivocada, porque para el año inicial del mencionado Plan la mortalidad infantil en el Ecuador fue de 9,9 x 1000 nv, según lo publica oficialmente el INEC (2018), un organismo dependiente de la misma SENPLADES.

40 Posiblemente asociado a la implementación de la estrategia AIEPI.

Aun con probables ajustes posteriores al denominador, el dato de base no se aproximaría al 8,95 que plantea esta meta, lo cual podría generar mayores dificultades para su cumplimiento. Llegar a 6,8 x 1000 nv en 2021 es un desafío demasiado grande. Con que no aumente sería bastante, considerando la actual situación económica, política y de deterioro de la salud pública en el país.

Hilando más fino en las tendencias, nótese que la transición entre la mortalidad post neonatal (predominante hasta 1998) y la neonatal ocurre muy lentamente entre 1999 y 2003 (gráfico 14), años en los que las líneas de ambos componentes prácticamente se sobreponen. Cuando parecía que las dos líneas se distanciaban (como ha ocurrido en muchos países gracias al mayor descenso de las muertes post neonatales), en los años 2012, 2013 y 2014 estas dos líneas vuelven a acercarse, para nuevamente separarse, esta vez al parecer de forma definitiva, a partir de 2015.

Además de no encontrar el país el camino adecuado para la disminución de las muertes neonatales⁴¹, sigue enfrentando el problema de las muertes post neonatales, de más fácil prevención. Estas experimentaron un repunte, probablemente por la reemergencia de problemas que se creían superados o en vías de solución, como la desnutrición infantil, las enfermedades inmunoprevenibles⁴² y otras enfermedades infecciosas.

Sin duda, el mantenimiento de altos índices de pobreza y la desigualdad social inciden en esta situación.

Desde aquellas condiciones analizadas por Behm y Rosero a nivel nacional, y por el CEAS en Quito en las décadas de 1960 y 1970, no parecen haberse superado las grandes inequidades, aunque hay mejoras en términos generales a nivel nacional, no solo en las cifras de mortalidad infantil y sus componentes, sino en otros indicadores asociados, como los que ya se analizó a nivel de las Américas: desnutrición y cobertura de inmunizaciones, por ejemplo.

En el caso de la desnutrición de menores de 5 años, no solo se observan diferencias significativas en desnutrición crónica entre las diferentes provincias del Ecuador y entre las áreas urbanas y rurales, sino respecto de indicadores como la etnicidad. Los gráficos 15 y 16, con datos de la ENSANUT 2018, reflejan la gran disparidad entre provincias, con las tasas de desnutrición crónica más altas (talla baja para la edad) en los niños de Santa Elena, Chimborazo y Bolívar (por encima de 35%) y las tasas más bajas en algunas provincias de la Costa, como El Oro, Guayas y Esmeraldas, todas por debajo del 20%. Entre las áreas urbanas y rurales del país la diferencia de desnutrición crónica es significativa: 20,05% a nivel urbano, frente a 28,72% a nivel rural (gráfico 16).

41 Muy ligadas al comportamiento de la mortalidad materna.

42 Gabriel Ordóñez y otros pediatras piensan que, con las bajas coberturas de inmunizaciones, posiblemente muchos cuadros respiratorios infantiles que son diagnosticados de otra manera podrían tratarse de tosferina.

Gráfico 15.

Desnutrición crónica (% de baja talla para la edad) en < 5 años, según provincia de residencia, 2018.

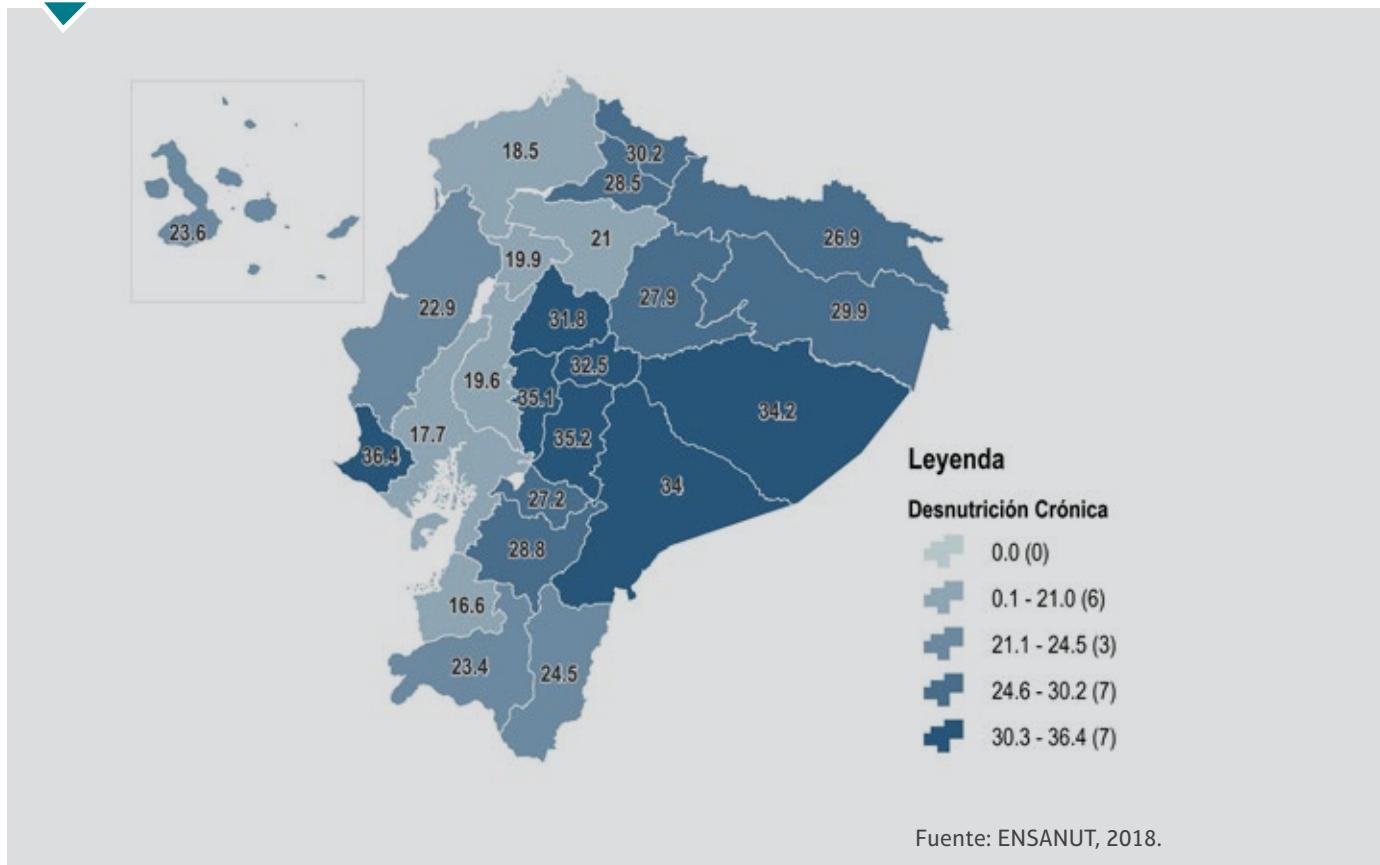
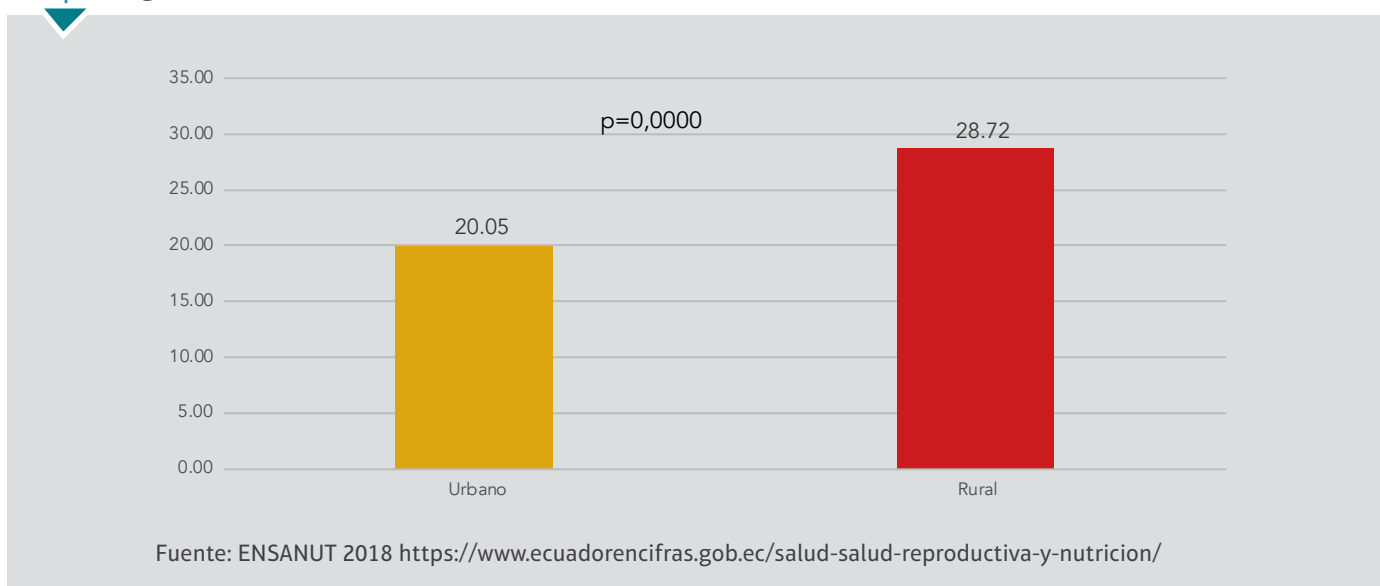


Gráfico 16.

Desnutrición crónica (% baja talla para la edad) en < 5 años, según zona de residencia (urbana/rural), 2018.

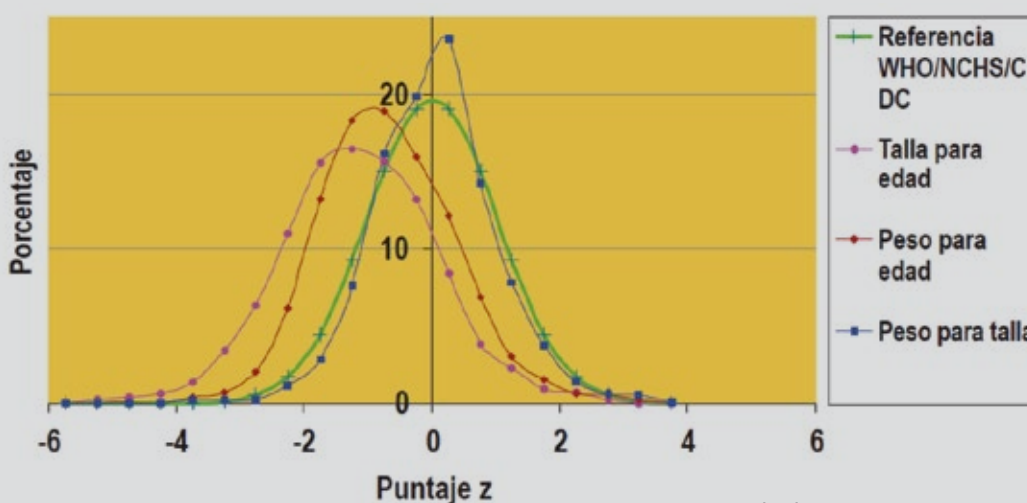


La Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Materno Infantil ENDEMAIN 2004⁴³ hace una comparación entre el estándar definido por la OMS y la distribución de los diferentes tipos de desnutrición de los niños ecuatoria-

nos menores de 5 años. El gráfico 17 muestra que la mayor desviación a la izquierda (negativa) corresponde a la talla para la edad, pero también se desvía hacia la izquierda la curva de peso para la edad.

Gráfico. 17

Distribución porcentual de los puntajes en niños <5 años, para tres indicadores antropométricos (talla para edad, peso para edad y peso para talla), 2004.



Tomado de CEPAR, ENDEMAIN 2004.

No ocurre lo mismo con la línea del peso para la talla, que se mantiene en el centro, prácticamente superpuesta a la curva de referencia de la OMS, NCHS y CDC. Este dato demuestra que el problema en los niños en el Ecuador es la desnutrición crónica y no tanto la desnutrición global, menos aún la desnutrición aguda (emaciación).

La situación ha cambiado poco en la actualidad. Según la ENSANUT 2018, la desnutrición crónica en niños menores de 5 años para 2018 fue de 23,01 (21,81 LI - 24,22 LS), la global de 5,17 (4,62-5,72) y la aguda de 3,73 (3,22-4,25), amén de las anemias y otros déficits de micronutrientes que persisten y son carencias específicas.

Hay que señalar que las inequidades se evidencian más claramente cuando se analiza

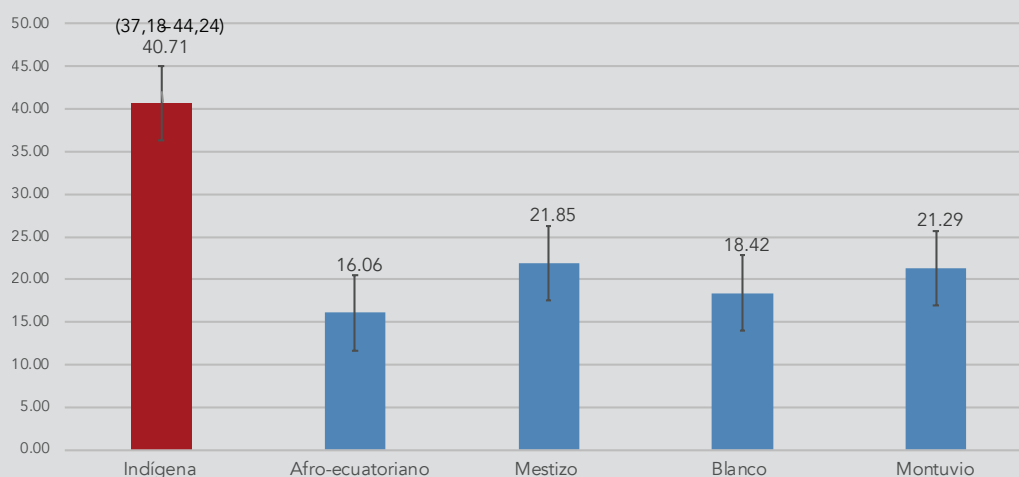
indicadores como la etnicidad. En este caso, es notorio que la desnutrición crónica en niños indígenas es prácticamente el doble que la de los otros grupos étnicos, entre los cuales no hay diferencias significativas (gráfico 18).

Otro indicador en el que se observan las inequidades es el acceso a inmunizaciones. Ya se había destacado, al citar los indicadores básicos 2019 de la OPS, que en el Ecuador en el año 2018 apenas un 24% de cantones tenían coberturas útiles de DPT3 (en el caso del país, pentavalente 3). Es decir, las tres cuartas partes de los cantones del Ecuador no tenían una cobertura útil de vacunación en niños (95% o más de cobertura). Las diferencias de cobertura urbana/rural, con la misma vacuna y en el mismo grupo de edad, es también significativa (gráfico 20).

43 CEPAR y otros, 2005.

Gráfico 18.

Desnutrición crónica (% baja talla para la edad) en < 5 años, según identificación étnica, 2018.

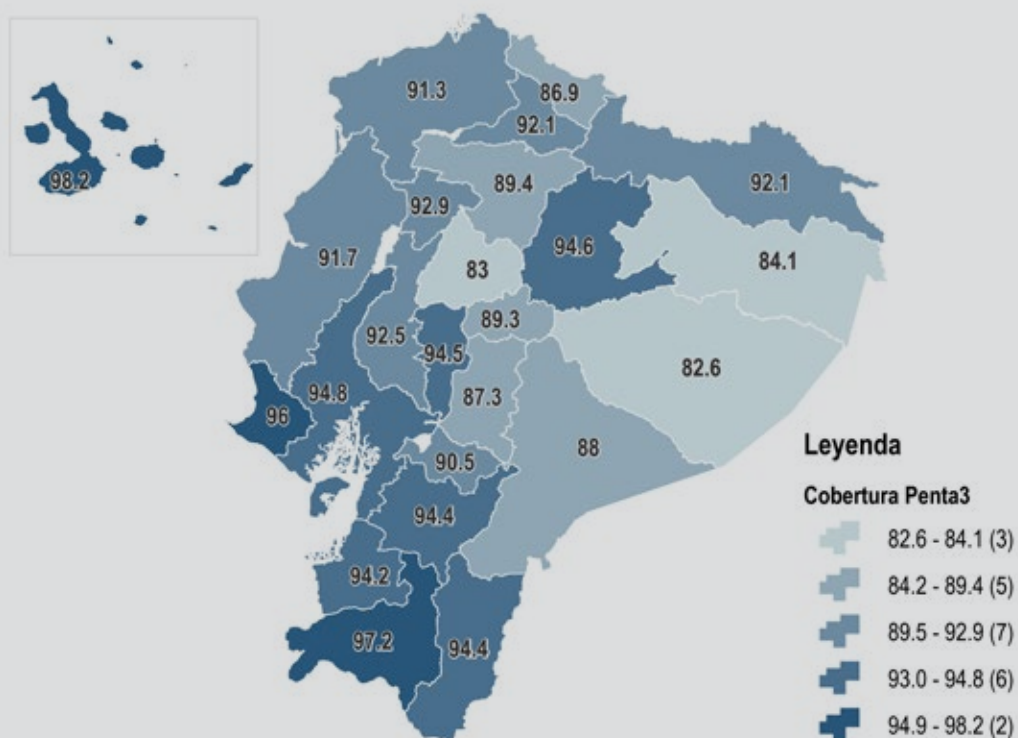


Blanco: Coeficiente de variación superior al 15%; por lo tanto, se debe utilizar con precaución.
 Afroecuatoriano: incluye afroecuatoriano/afrodescendiente, negro y mulato.
 Montuvio: incluye montuvio y otro.

Fuente: ENSANUT 2018.

Gráfico 19.

Porcentaje de niños entre 7 a 59 meses con la vacuna pentavalente 3, según provincia de residencia, 2018.



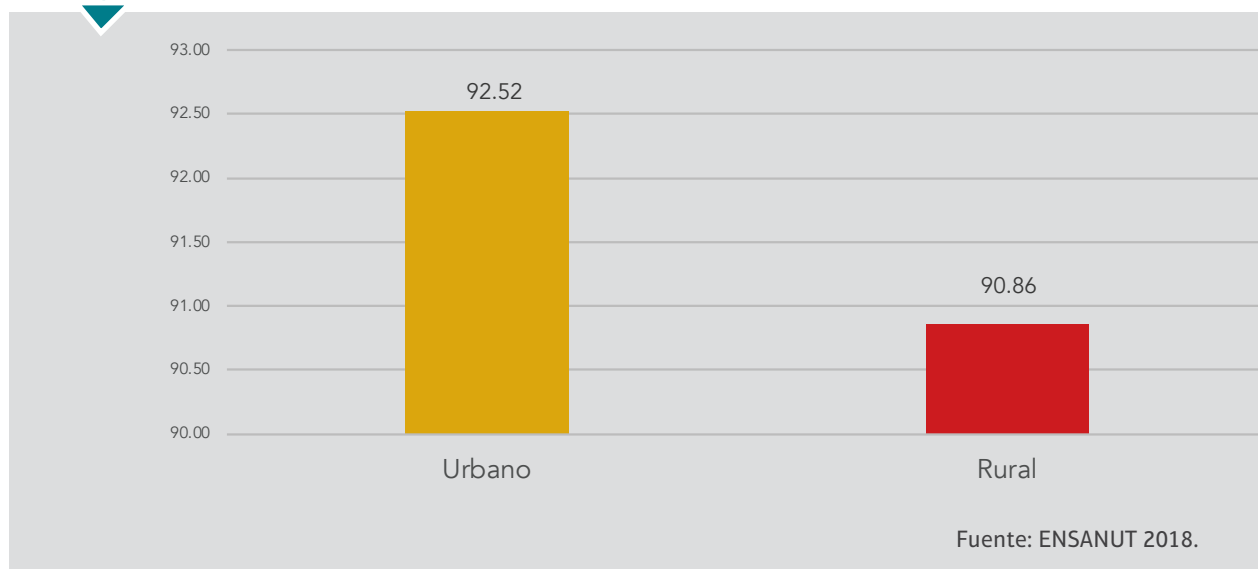
Fuente: ENSANUT 2018.

Según la ENSANUT 2018, que metodológicamente es una encuesta de hogares, la cobertura de niños y niñas entre 7 y 59 meses con tercera dosis de vacuna pentavalente a nivel nacional fue de 92,0% (por debajo de la cobertura útil). La OPS/OMS estima aún menos: 84%⁴⁴. Las di-

ferencias entre provincias también son notables. Apenas tres provincias rebasaron la cobertura útil: Galápagos, Loja y Santa Elena, en ese orden. Ocho provincias tuvieron coberturas por debajo del 90%, y tres de ellas, Orellana, Cotopaxi y Pastaza, incluso por debajo de 85% (gráfico 19).

Gráfico 20.

Porcentaje de niños entre 7 a 59 meses con la vacuna pentavalente 3, según zona de residencia (urbana/rural), 2018.



En cuanto a etnicidad, los niños y niñas indígenas son quienes menor cobertura de vacunación tuvieron en 2018: para la pentavalente 3, en el grupo de 7 a 59 meses, apenas un 86,7% habían sido vacunados, frente a 95% de niños y niñas blancos del mismo grupo de edad (gráfico 21). La diferencia de cobertura de los niños indígenas con los demás grupos étnicos es estadísticamente significativa.

Estos indicadores, que revelan la profunda inequidad en la desnutrición y el acceso a vacunas (todo ello en medio de la pobreza estructural y las diferencias en el acceso a bienes y servicios, incluidos los de salud), forman el contexto para la distribución de la

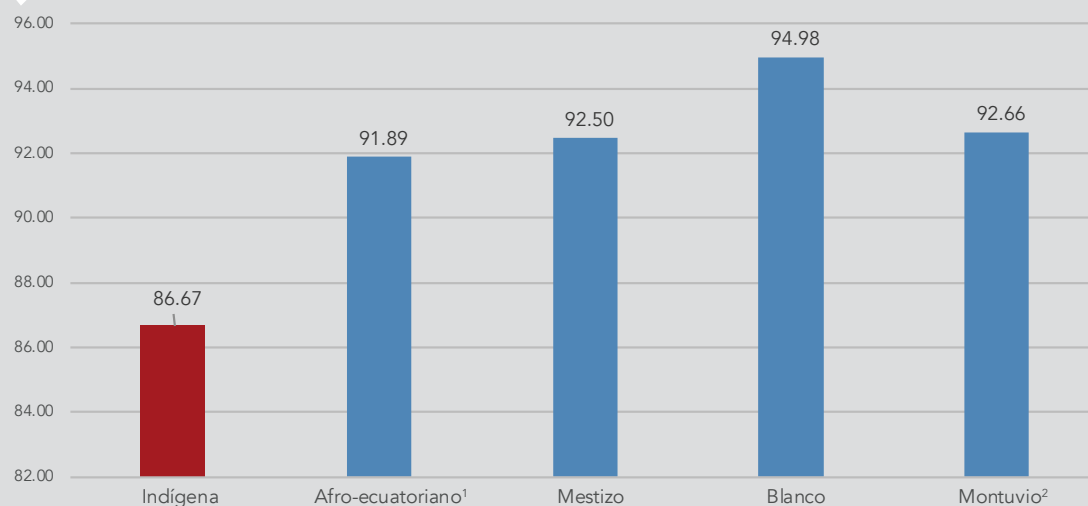
mortalidad de menores de 5 años e infantil (y sus componentes neonatal y post neonatal) en la población ecuatoriana.

La distribución por provincias (gráficos 22 y 23) provoca algunas reflexiones. Entre las provincias con mayor mortalidad de menores de 5 años e infantil para el período 2013-2017 aparecen Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi y Napo (nótese que las cuatro tienen la más alta mortalidad de menores de 5 años), provincias de la Sierra Central y la Amazonía con importante proporción de población indígena en las que se concentran muchas inequidades, como se demuestra en diversos indicadores.

⁴⁴ Según exfuncionarios del PAI, “la cobertura de vacunación, teniendo a la tercera dosis de la vacuna pentavalente (Penta 3) como indicador, baja en 17.25 puntos en el año 2013 (87,37%) respecto del año 2011 (104,62%). La disminución de las coberturas de vacunación se debió tanto al cambio de denominador como a la disminución de las dosis aplicadas. La cobertura de vacunación de la Penta/DPT3 para el año 2015 disminuye al 78%; la disminución de las coberturas de vacunación da como resultado un menor número de niños protegidos y, por lo tanto, susceptibles a enfermar o morir con neumonía o influenza” (entrevista con ex funcionarios del PAI).

Gráfico 21.

Porcentaje de niños entre 7 a 59 meses con la vacuna pentavalente 3, según identificación étnica, 2018.



Blanco: Coeficiente de variación superior al 15%; por lo tanto, se debe utilizar con precaución.

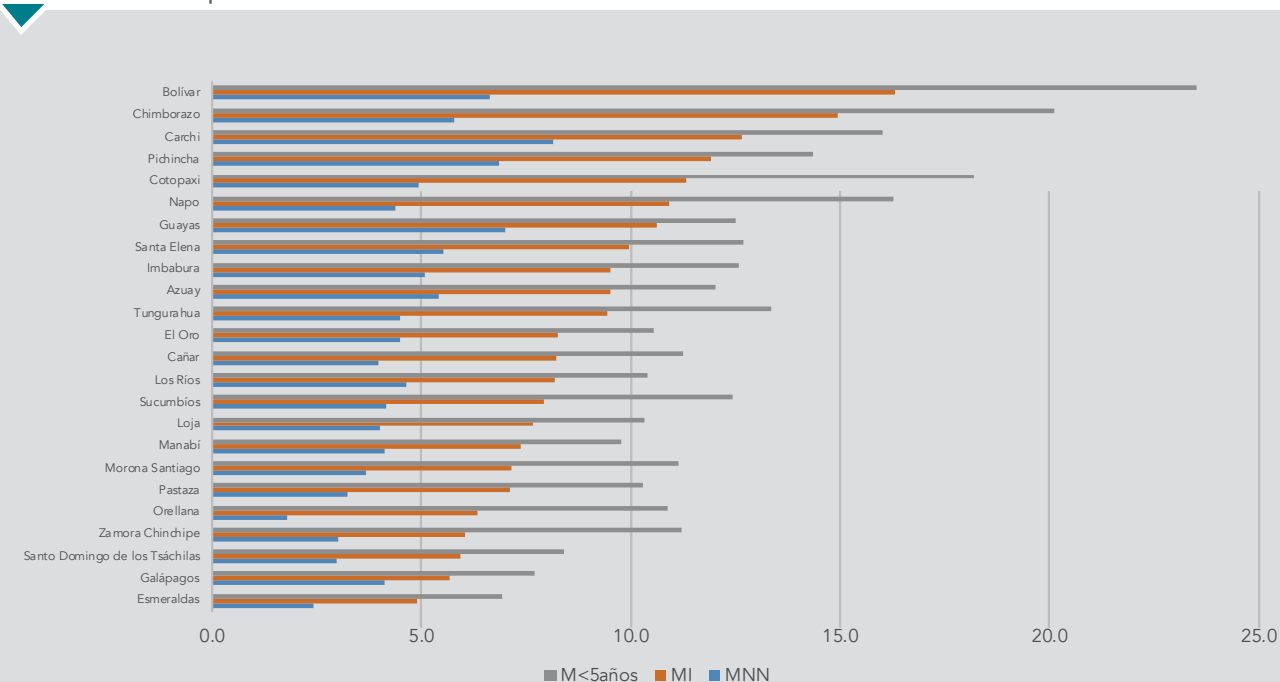
1.Afroecuatoriano: incluye afroecuatoriano/afrodescendiente, negro y mulato.

2.Montuvio: incluye montuvío y otro.

Fuente: ENSANUT 2018.

Gráfico 22.

Mortalidad de < 5 años, infantil y neonatal en el Ecuador. Promedio período 2013-2017.



Fuente: INEC. Bases de datos nacimientos y defunciones.

Sorprende que entre las provincias con mayor mortalidad infantil aparezcan Pichincha y Guayas, lo cual puede tener dos explicaciones:

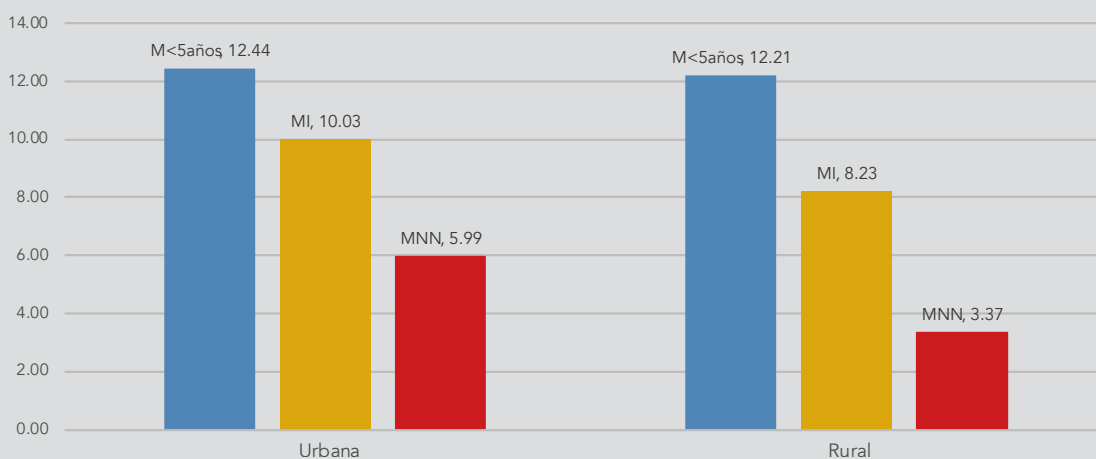
- Algunas defunciones de menores de un año de madres residentes en otras provincias son registradas con datos erróneos en Quito o en Guayaquil, a donde acuden en búsqueda de servicios de salud de mayor complejidad.
- En los grandes bastiones marginales de Quito y Guayaquil, como en otras ciudades del Ecuador, donde hay una crónica carencia de servicios, se produce un significativo número de muertes infantiles y, probablemente, otros graves problemas de salud. Ello se corrobora con el

hecho de que la MI y la MNN son significativamente mayores en el área urbana que en la rural, aunque no sucede lo mismo con la mortalidad de menores de 5 años, donde prácticamente no hay diferencias (gráfico 23).

El gráfico 22 también muestra una baja mortalidad infantil y neonatal en otras provincias de la Amazonía, así como en Esmeraldas y Galápagos. Estos datos pueden estar sesgados por tratarse de poblaciones pequeñas (sobre todo en Galápagos). En el caso de la Amazonía podrían tener relación, además, con las barreras geográficas, culturales, económicas (transporte costoso) y de otra naturaleza respecto del acceso a servicios y registros.

Gráfico 23.

Mortalidad de < de 5 años, mortalidad infantil y componente neonatal según zona de residencia (urbana/rural). Promedio 2013-2017.



Fuente: INEC. Bases de datos de nacimientos y defunciones

Es interesante destacar que, a pesar de una distribución de la mortalidad infantil por provincias aparentemente desconcertante, el panorama de distribución geográfica varía cuando se analiza el porcentaje de la mortalidad neonatal dentro de la mortalidad infantil (gráfico 24). Ahí se puede identificar en cuáles provincias persiste un mayoritario componente post neonatal (las más claras en

este mapa), es decir, una mortalidad ligada muy probablemente a lo que se denomina deterioro básico, enfermedades infecciosas y desnutrición, así como accidentes y violencia.

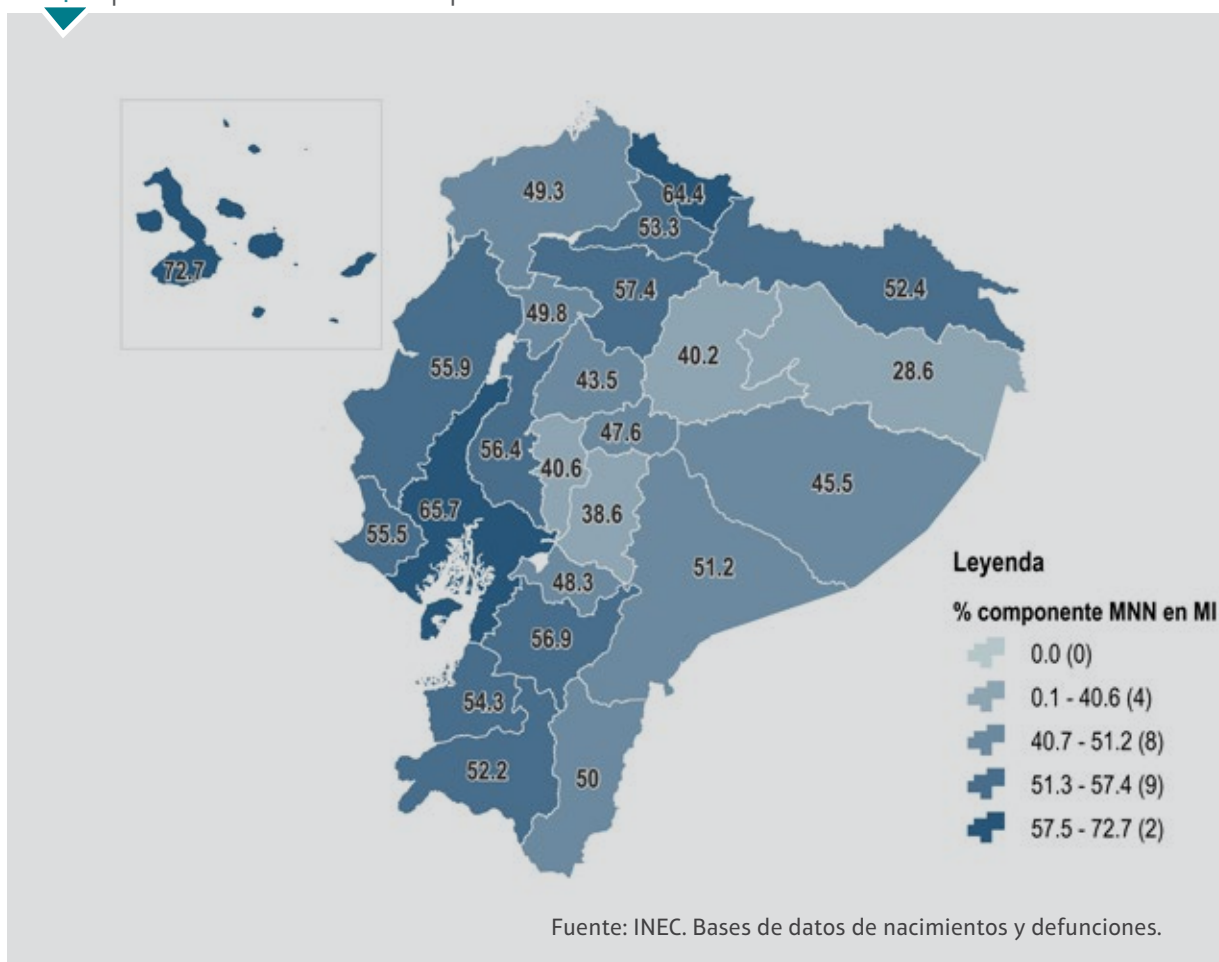
Es evidente que, en provincias como Pichincha, Guayas, Azuay y Manabí, que concentran un mayor desarrollo económico y servicios más complejos, y en otras como Galápagos,

Carchi, Los Ríos o Santa Elena, predomina la mortalidad neonatal. En algunas de estas provincias se produjo la transición ligada al desarrollo (neonatal-post neonatal), que ocurre históricamente en muchos países y territorios. Otras provincias, en cambio, todavía tienen un predominio de la mortalidad

post neonatal ligada al deterioro básico. Esto último es notorio especialmente en Orellana, Chimborazo, Napo, Bolívar, Cotopaxi y Pastaza, y con menos intensidad en Tungurahua, Cañar, Esmeraldas y Santo Domingo de los Tsáchilas.

Gráfico 24.

Porcentaje del componente neonatal dentro de la mortalidad infantil por provincias. Promedio del período 2013-2017.



Adicionalmente, si miramos la relación entre mortalidad de menores de 5 años y mortalidad infantil, o entre mortalidad de menores de 5 años y mortalidad neonatal, resaltan con mayor claridad aquellas provincias donde el deterioro de las condiciones de vida tiene mayor impacto en la mortalidad de los niños.

Toda muerte infantil es trágica y no debería producirse sino excepcionalmente, cuando no es posible prevenir la misma. Estas muertes son aún más dramáticas cuando se trata de niños que han superado el año de vida.

No debería haber razones para su fallecimiento, a no ser que se trate de afecciones

como tumores malignos, enfermedades catastróficas (raras en los niños) o desastres naturales o sociales.

El cuadro 4 muestra cuáles son las provincias que superan ampliamente a la unidad (1,00). Se trata de las que sufren un mayor deterioro básico, expresado en las muertes

de niños más grandes fácilmente evitables. No sorprende que Guayas, Pichincha y Azuay tengan estos índices más bajos en relación con las muertes infantiles y neonatales. Pero, seguramente, incluso al interior de estas provincias y de sus ciudades hay diferencias importantes⁴⁵.

Cuadro 4.

Relación de mortalidad < 5 años con mortalidad infantil y neonatal por provincias. Promedio período 2013-2017.

Provincia	Relación M<5a/MI	Relación M<5a/MNN
Zamora Chinchipe	1,85	3,71
Orellana	1,72	6,02
Cotopaxi	1,61	3,70
Sucumbíos	1,57	3,00
Morona Santiago	1,55	3,04
Napo	1,49	3,71
Pastaza	1,45	3,17
Bolívar	1,44	3,55
Esmeraldas	1,42	2,88
Tungurahua	1,41	2,97
Santo Domingo de los Tsáchilas	1,41	2,83
Cañar	1,37	2,84
Galápagos	1,36	1,88
Loja	1,35	2,58
Chimborazo	1,35	3,48
Manabí	1,33	2,37
Imbabura	1,32	2,48
El Oro	1,27	2,35
Santa Elena	1,27	2,29
Los Ríos	1,27	2,25
Carchi	1,27	1,97
Azuay	1,26	2,22
Pichincha	1,21	2,10
Guayas	1,18	1,79

FUENTE: INEC. Bases de datos nacimientos y defunciones.

45 Breilh y otros, 1983.

La posibilidad de analizar la mortalidad infantil en relación con otras variables, como la edad o el nivel de instrucción de la madre, que resultaría muy interesante para profundizar en el contexto social, se ve limitada por la ausencia de esas variables en las bases de datos de defunciones publicadas por el INEC.

Ni las encuestas ENSANUT 2012 y 2018 ni la encuesta de condiciones de vida del INEC 2013-2014 recogen esa información, como sí lo hacían las encuestas demográficas y de salud materno infantil (ENDEMAIN) hasta el año 2004 en que se publicó la última edición. Aunque los datos resulten extemporáneos

para el momento, la ENDEMAIN 2004 ratifica la observación de Behm y Rosero de comienzos de la década de 1970, y de Breilh y otros en 1983, a propósito de la relación entre baja escolaridad de la madre y mayor mortalidad infantil, datos que son más notorios en los casos de mujeres sin instrucción.

Adicionalmente, la ENDEMAIN evidencia de una manera más clara que en las defunciones de niños menores de un año de madres con menos escolaridad predominan las post neonatales (cuadro 5), posiblemente por enfermedades infecciosas y desnutrición.

Cuadro 5.

Estimación de la mortalidad infantil y de <5 años en relación con el nivel de escolaridad de la madre, 2004 (tasas por 1000 nacidos vivos).

Nivel de instrucción de la madre	# def. infantiles	# def. neonat.	# def. <5 años	NV	TMI	TMNN	TMPNN	TM<5	%MNN /MI
Ninguna	48	15	57	285	168,4	52,6	115,8	200,0	31,3
Primaria	36	20	44	3053	11,8	6,6	5,2	14,4	55,6
Secundaria	24	16	25	2167	11,1	7,4	3,7	11,5	66,7
Superior	16	12	19	634	25,2	18,9	6,3	30,0	75,0

Fuente: ENDEMAIN 2004.

Un análisis parecido se puede hacer respecto de la edad de las madres con los datos de la misma ENDEMAIN 2004. Se ratifica una observación que ha estado presente en el quehacer cotidiano de ginecobstetras y pediatras: el

hecho de que los embarazos en edades extremas (mujeres adolescentes y mujeres mayores de 40 años) son peligrosos para la salud y la vida de la madre, pero no sólo para la madre sino también para sus hijos (cuadro 6).

Cuadro 6.

Estimación de la mortalidad infantil y de <5 años en relación con la edad de la madre, 2004 (tasas por 1000 nacidos vivos).

Edad de la madre	# def. infantiles	# def. neonat.	# def. <5 años	NV	TMI	TMNN	TMPNN	TM<5	%MNN /MI
<20 años	37	20	41	1170	31,6	17,1	14,5	35,0	54,1
20-29	24	12	30	3235	7,4	3,7	3,7	9,3	50,0
30-39	30	20	34	1558	19,3	12,8	6,4	21,8	66,7
40-49	73	65	78	176	414,8	369,3	45,5	443,2	89,0

Fuente: ENDEMAIN 2004.

En el caso de las adolescentes el riesgo no se refiere solamente a una mayor mortalidad neonatal, sino también post neonatal y de menores de 5 años. Se intuye, por lo mismo, que no se trata solamente del riesgo en el

embarazo y el parto. Al parecer, el cuidado de sus hijos más grandes no es el más adecuado. Este es un tema relevante para profundizar su estudio con una investigación especialmente cualitativa.

Cuadro 7.

Estimación de la mortalidad perinatal (niños mortinatos/neonatal precoz) en relación con la edad de la madre, 2004 (tasas por 1000 partos).

Edad de la madre	# partos	Tasa mortalidad perinatal	Tasa mortinatos 0-7 días	Tasa MNN precoz
<20 años	1.179	21,2	9,3	11,9
20-29	3.280	7,3	4,0	3,0
30-39	1.586	20,8	10,7	10,1
40-49	180	483,3	261,1	227,8

Fuente: ENDEMAIN 2004.

Por otro lado, el 89% de la mortalidad infantil en hijos de mujeres de más de 40 años es neonatal. Ello se corrobora con la alta tasa de mortalidad perinatal (niños mortinatos y mortalidad neonatal precoz) en la muestra de la ENDEMAIN (ver cuadro 7). La edad de la madre comprendida entre 20 y 39 años, y sobre todo entre 20 y 29 años, parece ser la más adecuada no solo para su propia salud reproductiva, sino para la salud y sobrevivencia de sus hijos. Claro que esa condición está atravesada de manera fundamental por las condiciones de vida y el ambiente psicosocial de la familia y su entorno.

Respecto de las madres adolescentes y la relación con la salud y la vida de sus hijos, el UNFPA, haciendo referencia a estudios de diferentes autores latinoamericanos, señala como problemas de salud ligados al embara-

zo adolescente los siguientes⁴⁶:

- Efecto negativo en el estado nutricional del niño a una edad temprana (que tiende a desaparecer con el paso del tiempo).
- Mayor riesgo de mortalidad materna, muerte del feto, mortalidad infantil y suicidio cuando la madre es una adolescente.
- Las madres adolescentes son más propensas a tener niños con bajo peso al nacer y/o prematuros.

La relación entre mortalidad infantil y etnicidad, otra variable fundamental que contribuye a la comprensión de la determinación social, se analiza en la sección correspondiente al nivel cantonal.

46 UNFPA, 2019.

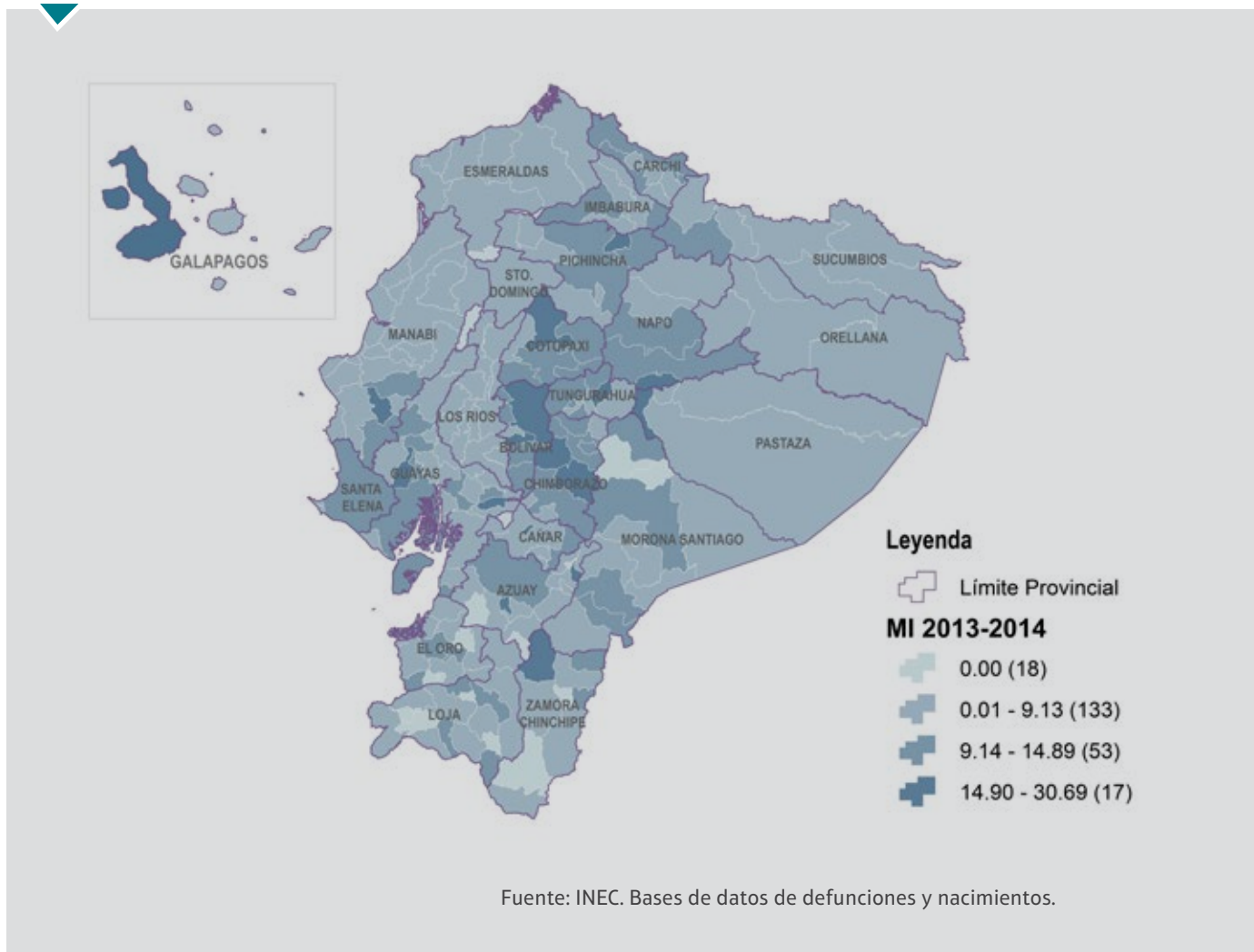
Inequidades a nivel cantonal

Es importante hacer este análisis a nivel más desagregado, como en los cantones, donde hay más homogeneidad en indicadores sociales y económicos. Lamentablemente, a partir de 2015 el INEC no publica en sus bases de datos de mortalidad la variable cantón de residencia. Sin embargo, utilizando los dos últimos años de esta variable disponibles en línea (2013 y 2014), se ensaya un breve análisis al respecto, aunque no resulte muy actualizado ni permita juntar otros años para atenuar la variabilidad anual.

Los siguientes cuadros y gráficos dan una idea de las interesantes posibilidades de ese análisis desagregado. El mapa del gráfico 25 ofrece una panorámica de la mortalidad infantil en los cantones. Nótese la concentración de las tasas más altas en la Sierra central, pero también en sectores de la Amazonía, Santa Elena, occidente del Guayas y sur de Manabí. La lista completa de las tasas de mortalidad en < 5 años, mortalidad infantil y neonatal por cantones, para los años 2013 y 2014, se puede consultar en el anexo III.

Gráfico 25.

Mortalidad infantil en cantones. Promedio 2013-2014.



Los cuadros 8 y 9 destacan los dos polos de la mortalidad infantil por cantones: el primero presenta los 30 cantones con mayor MI, y el

segundo presenta los 30 cantones con menor MI, ambos para los años 2013 y 2014.

Cuadro 8.

30 cantones con mayor mortalidad infantil, 2013 y 2014.

	Cantón, código y nombre	MI 2013-2014	MNN 2013- 2014	% MNN	Núm. NV 2013- 2014
1	2002 Galápagos/Isabela	72,7		0,0	55
2	0603 Chimborazo/Colta	30,7	10,9	35,5	1.010
3	0203 Bolívar/Chimbo	23,0	5,1	22,2	392
4	0606 Chimborazo/Guamote	22,7	2,5	10,9	2.025
5	1509 Napo/Carlos Julio Arosemena Tola	21,2	5,3	25,0	189
6	1904 Zamora Chinchipe/Yacuambi	21,0	14,0	66,7	286
7	0112 Azuay/El Pan	20,0	20,0	100,0	50
8	0201 Bolívar/Guaranda	19,9	7,2	36,3	4.029
9	0923 Guayas/Coronel Marcelino Maridueña	18,6	11,2	60,0	269
10	1602 Pastaza/Mera	18,6	9,3	50,0	431
11	0928 Guayas/Isidro Ayora	18,5	9,2	50,0	433
12	1704 Pichincha/Pedro Moncayo	17,5	6,1	34,8	1.317
13	0107 Azuay/San Fernando	16,8	8,4	50,0	119
14	0507 Cotopaxi/Sigchos	16,1	2,9	18,2	685
15	1805 Tungurahua/Patate	15,9	11,4	71,4	439
16	0506 Cotopaxi/Saquisilí	15,7	4,1	26,3	1.208
17	0307 Cañar/Suscal	15,7		0,0	191
18	1316 Manabí/24 de Mayo	15,5	6,2	40,0	645
19	2102 Sucumbíos/Gonzalo Pizarro	14,9	6,4	42,9	470
20	1005 Imbabura/Pimampiro	14,7	2,5	16,7	407
21	0602 Chimborazo/Alausí	14,5	1,2	8,0	1.722
22	0608 Chimborazo/Pallatanga	14,1	4,0	28,6	497
23	1404 Morona Santiago/Palora	14,0	2,8	20,0	357
24	1809 Tungurahua/Tisaleo	14,0	3,5	25,0	286
25	0202 Bolívar/Chillanes	13,6	5,8	42,9	516
26	1906 Zamora Chinchipe/El Pangui	13,5	5,8	42,9	518
27	0905 Guayas/Colimes	13,0	7,8	60,0	770
28	1105 Loja/Chaguarpamba	13,0		0,0	154
29	1003 Imbabura/Cotacachi	13,0	5,8	44,4	1.389
30	0401 Carchi/Tulcán	12,9	8,6	67	3.490

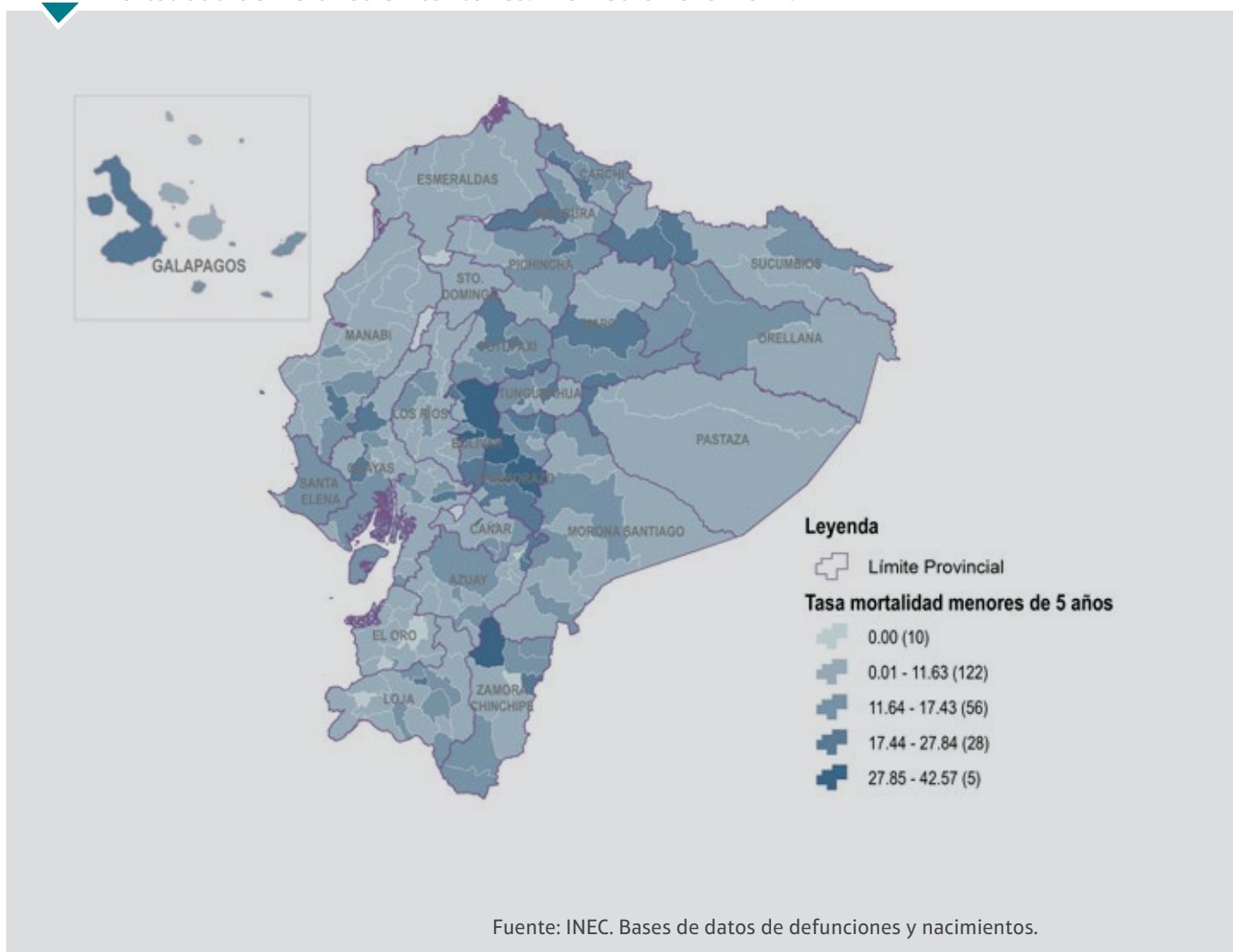
FUENTE: INEC. Bases de datos de nacimientos y defunciones.

Excepto los casos de Isabela en Galápagos y El Pan en Azuay, que por el pequeño número de nacimientos posiblemente tienen un sesgo en el cuadro 8, la mayoría de cantones, especialmente aquellos que tienen más de 1.000 nacidos vivos en el bienio, muestran una alta MI, probablemente como un indicador de sus condiciones de pobreza o de problemas estructurales que afectan la sobrevivencia de los infantes. A manera de un estudio de caso, más adelante analizaremos en el cantón Pedro Moncayo (provincia de Pichincha) la posible asociación entre MI y la incorporación masiva de mujeres jóvenes al trabajo agroindustrial en las empresas florícolas.

Sin embargo, la información presentada evidencia que no se trata solamente de la mortalidad infantil, sino que muchos cantones con la más alta mortalidad infantil tienen también una alta mortalidad de menores de 5 años (gráfico 26), lo que resulta aún más trágico dada la imposibilidad de evitar las muertes de niños más grandes. El gráfico 26 refleja con mayor nitidez la concentración de la más alta mortalidad de menores de 5 años en cantones con mayor pobreza, sobre todo en la Sierra central y en algunos sectores de la Amazonía.

Gráfico 26.

Mortalidad de < 5 años en cantones. Promedio 2013-2014.



Cuadro 9.

30 cantones con menor mortalidad infantil, 2013 y 2014.

	Cantón, código y nombre	MI 2013- 2014	MNN 2013- 2014	% MNN	Núm. NV 2013- 2014
1	1108 Loja/Macara	1,3		0,0	756
2	0108 Azuay/Santa Isabel	1,4		0,0	704
3	1111 Loja/Saraguro	1,7		0,0	1.160
4	0605 Chimborazo/Chunchi	1,8		0,0	558
5	1213 Los Ríos/Quinsaloma	1,9		0,0	529
6	0115 Azuay/Camilo Ponce Enríquez	2,1		0,0	936
7	0111 Azuay/Chordeleg	2,2		0,0	464
8	0927 Guayas/General Antonio Elizalde	2,2		0,0	456
9	1318 Manabí/Olmedo	2,4		0,0	420
10	1302 Manabí/Bolívar	2,5	0,6	25,0	1.618
11	1604 Pastaza/Arajuno	2,6		0,0	388
12	0803 Esmeraldas/Muisne	2,7	1,8	66,7	1.128
13	2202 Orellana/Aguarico	2,7			376
14	1409 Morona Santiago/Taisha	2,7	0,9	33,3	2.233
15	0807 Esmeraldas/Rioverde	2,7	1,3	50,0	1.484
16	1113 Loja/Zapotillo	2,9		0,0	347
17	1902 Zamora Chinchipe/Chinchipe	2,9		0,0	339
18	1317 Manabí/Pedernales	3,0	1,0	33,3	3.010
19	1708 Pichincha/Pedro Vicente Maldonado	3,1	1,5	50,0	654
20	1102 Loja/Calvas	3,1	3,1	100,0	972
21	1406 Morona Santiago/Suca	3,2		0,0	1.268
22	0802 Esmeraldas/Eloy Alfaro	3,2	0,5	16,7	1.879
23	0916 Guayas/Samborondón	3,3	1,9	57,1	2.103
24	1202 Los Ríos/Baba	3,4	2,1	60,0	1.459
25	0913 Guayas/Palestina	3,5	1,7	50,0	575
26	1707 Pichincha/San Miguel de los Bancos	3,6	3,6	100,0	562
27	1903 Zamora Chinchipe/Nangaritza	3,6		0,0	277
28	0922 Guayas/Simón Bolívar	3,7	3,7	100,0	821
29	1322 Manabí/San Vicente	3,7	2,5	66,7	803
30	1211 Los Ríos/Valencia	3,8	2,2	57,1	1.850

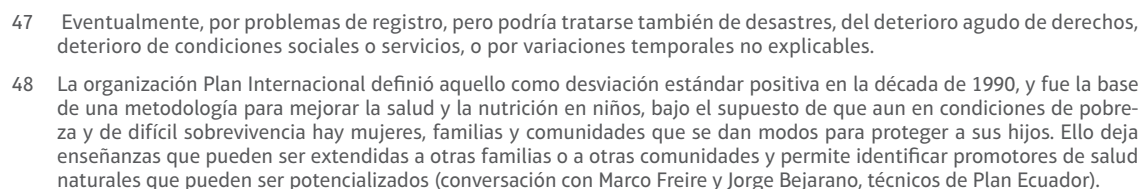
La mayoría de los cantones con las más bajas tasas de mortalidad infantil (que varían entre 1,3 y 3,8) son, en general, cantones con poblaciones pequeñas y muy pocos nacidos vivos en los dos

años del análisis (2013 y 2014). Puede tratarse de un dato fortuito, pero en algunos casos podría haber razones para tasas tan bajas, lo cual habría que explorar con estudios cualitativos.

Sin embargo, es notorio que, a pesar del número significativo de nacimientos en cantones con más de 1.000 nacidos vivos, la tasa de mortalidad infantil es muy baja. Este hecho podría deberse, en parte, a condiciones transitorias o la calidad de los registros, pero po-

El gráfico 27 presenta, para los años 2013 y 2014, el porcentaje de mortalidad neonatal en relación con la mortalidad infantil, independientemente de su magnitud. Algunos cantones tuvieron una mortalidad infantil compuesta en un 100% por mortalidad neonatal; es decir, en esos dos años no tuvieron muertes post neonatales.

Porcentaje de componente neonatal dentro de la mortalidad infantil, por cantones. Promedio 2013-2014.



Es interesante ver la gran cantidad de cantones que tuvieron un predominio de muertes neonatales dentro de las muertes infantiles (en el mapa, los más oscuros), lo que revela que en gran medida han superado las causas de muertes infantiles más comunes en el pasado, particularmente enfermedades infecciosas, desnutrición aguda (emaciación, bajo peso para la talla) y desnutrición global (bajo peso para la edad).

Hay que considerar que la mortalidad neonatal (en gran medida debido a prematuridad y bajo peso al nacer, así como problemas ligados a la atención del embarazo y del parto) es significativa en todo el país, independientemente del predominio de la mortalidad neonatal o post neonatal en cada cantón.

Es importante distinguir un grupo de cantones que, teniendo una mortalidad infantil más alta que el promedio nacional (más de 10 x 1000 nv) para los años 2013 y 2014, muestran un bajo porcentaje del componente neonatal dentro de esa mortalidad infantil. Es decir, son cantones con alta mortalidad infantil donde continúa predominando la mortalidad post neonatal: infecciones, desnutrición, accidentes, violencia (ver el cuadro 10).

El análisis del cuadro 10 se complementa con una revisión de los indicadores de pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI) en esos cantones. Hay que recordar que las NBI son una medida de pobreza multidimensional que abarca la capacidad económica, el hacinamiento y el acceso a educación básica, vivienda y servicios básicos.

Cuadro 10.

30 cantones que teniendo una MI alta (10 o más x 1000 nv en 2013-2014), tienen el más bajo componente de mortalidad neonatal. Relación pobreza por NBI.

	Cantón, código y nombre	MI 2013-2014	MNN 2013-2014	% MNN	Núm. NV 2013-2014	Pobreza por NBI % Censo 2010
1	1909 Zamora Chinchipe/Paquisha	10,8		0,0	186	89,7
2	0703 El Oro/Atahualpa	12,1		0,0	165	59,3
3	0207 Bolívar/Las Naves	12,5		0,0	160	85,2
4	1105 Loja/Chaguarpamba	13,0		0,0	154	85,1
5	0307 Cañar/Suscal	15,7		0,0	191	84,4
6	2002 Galápagos/Isabela	72,7		0,0	55	52,4
7	0602 Chimborazo/Alausí	14,5	1,2	8,0	1.722	87,1
8	0606 Chimborazo/Guamote	22,7	2,5	10,9	2.025	95,5
9	0607 Chimborazo/Guano	11,7	1,6	13,3	1.280	81,0
10	1005 Imbabura/Pimampiro	14,7	2,5	16,7	407	71,3
11	0507 Cotopaxi/Sigchos	16,1	2,9	18,2	685	93,7
12	1503 Napo/Archidona	10,7	2,0	18,8	1.493	88,5
13	1404 Morona Santiago/Palora	14,0	2,8	20,0	357	66,5
14	0203 Bolívar/Chimbo	23,0	5,1	22,2	392	73,9
15	0205 Bolívar/San Miguel	10,3	2,3	22,2	874	74,8

16	0604 Chimborazo/Chambo	10,0	2,5	25,0	399	70,0
17	0404 Carchi/Mira	12,6	3,1	25,0	318	74,7
18	1809 Tungurahua/Tisaleo	14,0	3,5	25,0	286	80,4
19	1509 Napo/Carlos Julio Arosemena Tola	21,2	5,3	25,0	189	84,2
20	0506 Cotopaxi/Saquisilí	15,7	4,1	26,3	1.208	84,3
21	0505 Cotopaxi/Salcedo	12,0	3,2	26,9	2.174	75,4
22	0608 Chimborazo/Pallatanga	14,1	4,0	28,6	497	84,9
23	1408 Morona Santiago/San Juan Bosco	10,9	3,6	33,3	274	72,8
24	0504 Cotopaxi/Pujilí	11,2	3,7	33,3	2.939	87,7
25	1704 Pichincha/Pedro Moncayo	17,5	6,1	34,8	1.317	71,9
26	0603 Chimborazo/Colta	30,7	10,9	35,5	1.010	93,3
27	0201 Bolívar/Guaranda	19,9	7,2	36,3	4.029	77,9
28	1806 Tungurahua/Quero	12,7	4,8	37,5	631	84,5
29	0501 Cotopaxi/Latacunga	10,2	4,0	39,5	7.933	64,7
30	1316 Manabí/24 de Mayo	15,5	6,2	40,0	645	94,9

Excepto los casos de cantones con poca población y poco número de nacimientos, como Isabela (55 nv sumados entre los años 2013 y 2014), los demás cantones sí tuvieron un importante número de nacimientos en ese mismo período. Coincide que muchos de ellos tienen una gran proporción de población indígena. Seguramente, hay muchas explicaciones particulares para cada cantón, pero en general el denominador común son las mayores condiciones de pobreza. Hay que considerar también la limitación de que no se pudo hacer este análisis con datos de años más actuales y con mayor número de años, lo que atenuaría las variaciones anuales.

De estos 30 cantones con mortalidad infantil alta y un gran componente post neonatal, con excepción de Atahualpa (El Oro), todos sobrepasan el promedio nacional (60,1%) de pobreza por NBI, según el Censo de Población y Vivienda de 2010 (INEC). Varios de estos cantones tienen incluso más de 90% de pobreza por NBI.

La variable étnica marca una importante diferencia, no sólo en el volumen de la

mortalidad infantil, que es más alto entre la población indígena, sino en las diferencias entre los grupos étnicos en relación con la distribución de los componentes neonatal y post neonatal dentro de la mortalidad infantil, como se puede observar en el gráfico 28, que es quizá uno de los más importantes dentro de este análisis. Ahí se ve claramente que el problema de la mortalidad infantil y, dentro de esta, el componente post neonatal (carencias básicas, desnutrición, infecciones), es más grave en la población indígena.

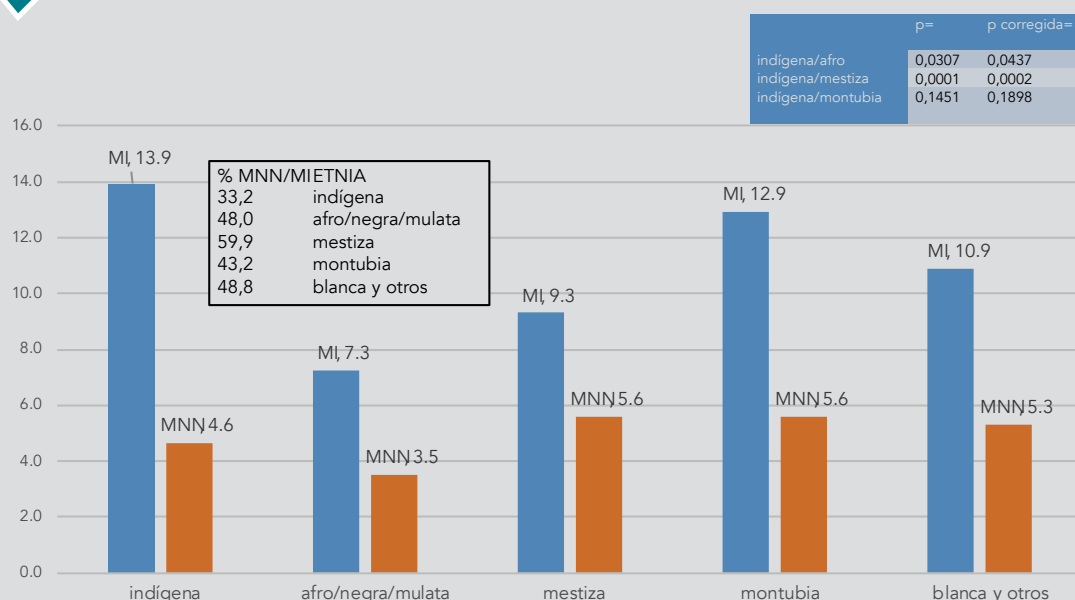
La población mestiza, mayoritaria en el país y con mejores indicadores, es la que más pesa para que los promedios nacionales escondan las diferencias sociales o, en este caso, étnicas. Para el período 2013-2017, entre la población mestiza prácticamente 6 de cada 10 defunciones infantiles (59,9%) fueron neonatales, mientras que en la población indígena apenas 3 de cada 10 (33,2%). Como que la historia se detuvo hace varias décadas entre la población indígena ecuatoriana en materia de salud y protección infantil.

Las diferencias entre componente neonatal y post neonatal son estadísticamente significativas entre la población indígena y afrodescendiente, considerando que esta última tiene mejores indicadores ($p=0,0307$). Pero es más significativa entre la población indígena y mestiza ($p=0,0001$). No ocurre lo mismo si comparamos la población indígena con la montubia, que también muestran un franco predominio de las muertes post neonatales; en este caso,

la diferencia entre estas dos poblaciones no es estadísticamente significativa ($p=0,1451$). La población que se ha autoidentificado como montubia es pequeña; se han registrado 9.260 nacidos vivos entre 2013 y 2014. Pero era necesario diferenciarla de los otros grupos para conocer su situación⁴⁹ (en el anexo II se pueden ver las causas de defunción en < 5 años, lista condensada 67B CIE-10, por autoidentificación étnica, para el año 2017).

Gráfico 28.

Mortalidad infantil y neonatal por etnia, 2013-2017 (datos ajustados asignando las defunciones y los nv sin información de etnia, de acuerdo con la distribución conocida).



Fuente: INEC. Bases de defunciones y nacimientos 2013 y 2014

En el cuadro 11 se muestra la mortalidad infantil y la neonatal en los 30 cantones más grandes del país, aquellos donde ha existido el mayor número de nacidos vivos. Constan Guayaquil, Quito, Cuenca, Santo Domingo de los Tsáchilas, Portoviejo y la mayoría de las capitales de provincia, así como otras ciudades relativamente grandes del Ecuador. Cabe destacar que las tasas de mortalidad infantil

en los cantones Guayaquil, Quito y Cuenca superan los 10 x 1000 nacidos vivos; resultan ser tasas más altas que el promedio nacional y que las de muchas otras capitales de provincia con menores índices de desarrollo económico y social. Estos datos fortalecen la idea de que, al momento de levantar el certificado de defunción, en muchos casos se declara al cantón donde ocurre la muerte como

49 La ENSANUT 2018 incluye en sus análisis a la población montubia junto con la población blanca y otros grupos étnicos

lugar de residencia, aunque no fuera el caso. En los certificados de defunción se constata que no siempre son realizadas por un médico

tratante, lo que puede dar lugar a la imprecisión de los datos.

Cuadro 11.

Mortalidad infantil y neonatal en los cantones más poblados y con mayor número de nacidos vivos, 2013-2014.

Cantón, código y nombre	MI 2013-2014	MNN 2013-2014	%MNN	NV 2013- 2014
0901 Guayas/Guayaquil	11,2	7,3	65,5	118.370
1701 Pichincha/Quito	12,6	7,9	62,6	90.921
0101 Azuay/Cuenca	10,7	6,5	60,7	22.836
2301 Santo Domingo De Los Tsáchilas/Santo Domingo	5,6	2,9	52,4	18.402
1801 Tungurahua/Ambato	9,3	3,8	40,3	13.832
0701 El Oro/Machala	6,8	3,5	51,3	11.216
1301 Manabí/Portoviejo	7,6	4,2	55,4	10.897
1101 Loja/Loja	8,2	4,5	54,8	10.212
1308 Manabí/Manta	6,8	4,4	65,2	10.194
0601 Chimborazo/Riobamba	10,7	5,0	47,1	9.721
1205 Los Ríos/Quevedo	5,2	2,2	42,0	9.595
0801 Esmeraldas/Esmeraldas	6,2	2,7	43,1	9.336
0907 Guayas/Durán	5,5	3,4	62,0	9.042
0910 Guayas/Milagro	6,2	4,5	72,5	8.203
1001 Imbabura/Ibarra	8,8	5,1	58,6	7.964
0501 Cotopaxi/Latacunga	10,2	4,0	39,5	7.933
2401 Santa Elena/Santa Elena	10,4	4,8	46,5	6.847
1201 Los Ríos/Babahoyo	8,2	5,0	61,1	6.607
0804 Esmeraldas/Quinindé	5,2	1,7	33,3	6.394
2101 Sucumbíos/Lago Agrio	6,0	3,2	52,6	6.295
1303 Manabí/Chone	5,3	3,5	65,4	4.878
1304 Manabí/El Carmen	3,8	1,5	38,9	4.741
1004 Imbabura/Otavalo	6,8	1,9	28,1	4.700
2201 Orellana/Orellana	8,0	2,6	32,4	4.649
0906 Guayas/Daule	7,3	4,4	60,6	4.526
2402 Santa Elena/La Libertad	8,4	4,5	54,1	4.423
1601 Pastaza/Puyo	6,8	2,4	35,7	4.143
0201 Bolívar/Guaranda	19,9	7,2	36,3	4.029
1210 Los Ríos/Buena Fe	8,6	4,1	47,1	3.947
1702 Pichincha/Cayambe	9,9	2,3	23,1	3.943

Fuente: INEC. Bases de datos defunciones y nacimientos.

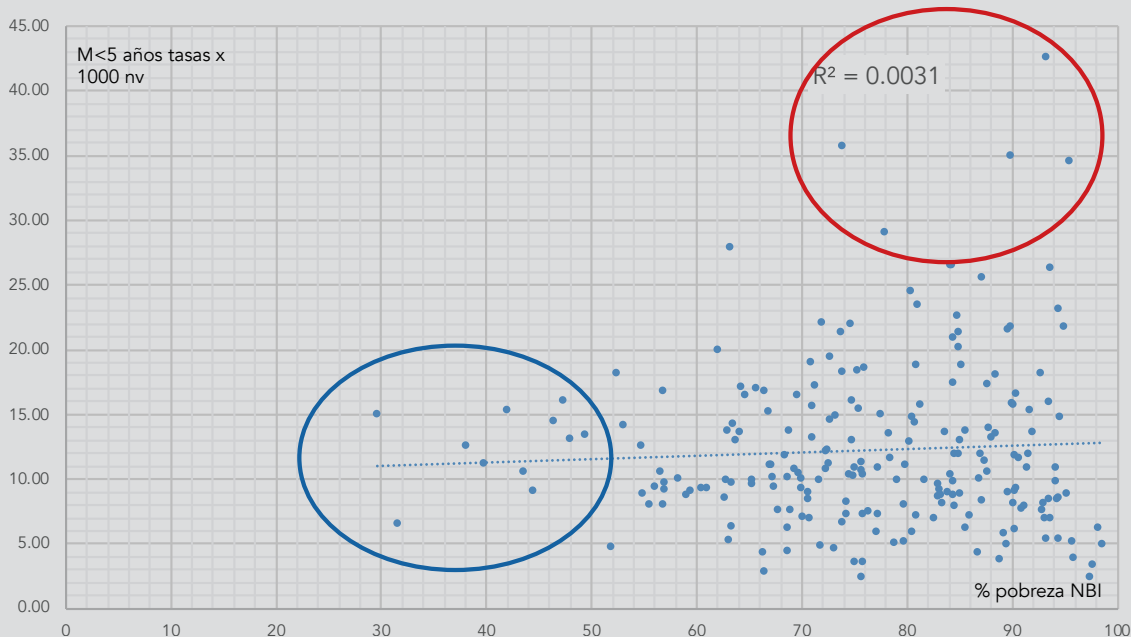
Finalmente, y a propósito de la asociación entre pobreza y mortalidad infantil y de menores de 5 años, el gráfico 29, aunque no muestra un coeficiente de correlación significativo porque los datos están muy dispersos, permite identificar una ligera tendencia: a mayor pobreza (% de pobreza por NBI) mayor tasa de mortalidad de menores de 5 años.

Los cantones con menos índice de pobreza (en orden ascendente: Quito, Rumiñahui, Cuenca, Ibarra, San Cristóbal, Loja, Baños, Riobamba, Tulcán, Guayaquil y Ambato), to-

dos con menos de 50% de pobreza por NBI (circunferencia azul), presentan tasas bajas o intermedias de mortalidad de menores de 5 años, pero nunca las más altas. En cambio, los cinco cantones con las tasas más altas de mortalidad de menores de 5 años (Colta, San José de Chimbo, Yacuambi, Guamote y Guaranda, en la circunferencia roja), tienen un índice de pobreza por encima del 70%. Colta y Guamote incluso están por encima de 90%. El resto de cantones se distribuyen de una forma difusa, difícil de interpretar.

Gráfico 29.

Correlación entre pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI) y mortalidad de menores de 5 años por cantones, 2013-2014.



Fuentes: INEC. Bases de datos de defunciones y nacimientos; Censo de Población 2010.

El caso del cantón Pedro Moncayo: ¿mortalidad infantil asociada a la agroindustria?

A manera de un breve estudio de caso, se toma el ejemplo de este cantón de la provincia de Pichincha, caracterizado por una gran concentración de producción agroindustrial de flores para la exportación. Posiblemente junto a Cayambe, son los cantones del país donde más se concentran plantaciones florícolas en relación con su población y su territorio⁵⁰.

El análisis se hace fundamentalmente con datos del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del GADM de Pedro Moncayo, y del sistema de información SIG-SIVEC del Consejo Cantonal de Salud de Pedro Moncayo (Fundación Cimas), que funcionó, este último, regularmente en la década de 2000.

Según el último Censo de Población del año 2010, Pedro Moncayo tenía para la fecha 33.172 habitantes. Su población creció de manera significativa en los dos últimos períodos intercensales, desde los 15.718 habitantes registrados en 1990. Tuvo un crecimiento de 4,43% entre 1990 y 2001, y de 2,88% entre 2001 y 2010, porcentajes de crecimiento mayores al provincial y nacional⁵¹.

El crecimiento se debió fundamentalmente a procesos de inmigración desde otros cantones y provincias, o desde otros países (Colombia especialmente) por la oferta laboral de la producción florícola bajo invernadero. La proyección del INEC para el año 2020 es de 43.000 habitantes. Además, hay mucha población flotante.

El cantón Pedro Moncayo, uno de los cantones con más pobreza por NBI de la provincia de Pichincha (71,9% de su población, según el Censo de Población 2010), tiene una superficie de 33.581 hectáreas. Para 2013 57,2% eran tierras agropecuarias⁵², de las cuales aproximadamente 1.700 hectáreas estaban dedicadas a la actividad florícola. El resto se distribuían entre vegetación arbustiva y herbácea 31,2%, bosque 7,6% y zona antrópica 3,5% (ver gráfico 30).

Su capacidad productiva agrícola, y su cercanía a Quito y al aeropuerto internacional de Tababela, lo convierten en una zona muy atractiva para la producción agrícola de exportación. El acceso al agua depende fundamentalmente del sistema fluvial principal que nace del nevado Cayambe. La disponibilidad del recurso agua es escasa y provoca conflictos entre los diversos sectores que la demandan: consumo humano, pequeños agricultores productores de alimentos de autoconsumo y para el mercado, producción florícola para la exportación, producción avícola.

Condiciones como el incremento de la población y el posicionamiento de los cantones Cayambe y Pedro Moncayo como líderes de la producción de cultivos andinos, cereales y recientemente flores hacen legítima y necesaria, según el gobierno municipal, la construcción de obras hidráulicas de gran envergadura (GADM Pedro Moncayo, 2018).

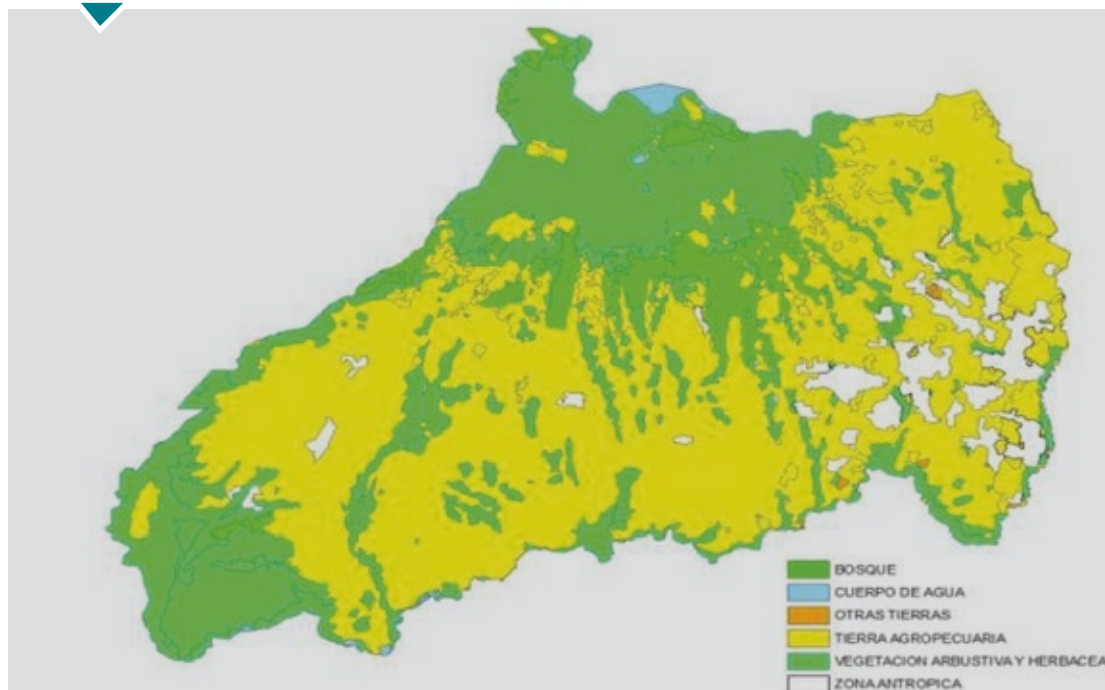
50 Tanto así que la Asociación Nacional de Productores y Exportadores de Flores del Ecuador, Expoflores, tiene núcleos regionales en el país (Asoflor Austro, Corporación de Floricultores del Sur, Regional Norte, Regional Quito), pero solo para los dos cantones tiene corporaciones específicas: Corporación de Floricultores de Tabacundo, Corporación Núcleo de Floricultores de Cayambe. Una información detallada se puede encontrar en <https://expoflores.com/>

51 GAD Municipal de Pedro Moncayo, 2018.

52 GAD Municipal de Pedro Moncayo, 2018.

Gráfico 30.

Cantón Pedro Moncayo. Mapa de cobertura de suelo en el año 2013.



Tomado del PDOT del GAD Municipal de Pedro Moncayo. IEE, 2013.

En referencia a la autoidentificación étnica, 26 % de la población del cantón se considera indígena⁵³; el mayor porcentaje se encuentra en la parroquia Tupigachi, la parte baja de Tabacundo, en las comunidades de Cananvalle, Luis Freire, San Luis Ichisí, Picalquí, Purhuantag y en el sur de la parroquia La Esperanza, principalmente en el sector de Cubinche. La población mestiza es mayoritaria: 68% del total.

Para 2010 el analfabetismo era de 10,2% y el promedio de años de escolaridad 7,4. La tasa neta de acceso al bachillerato era de 69,31%, porcentaje ligeramente superior al promedio nacional y menor en casi diez puntos a la tasa provincial. La tasa neta de acceso a la educación superior fue de 12,6%. El déficit de viviendas, en cantidad y calidad (que incluye falta de acceso a servicios básicos), se puede visualizar, por parroquias, en el cuadro 12.

53 INEC. Censo de Población y Vivienda 2010.

Cuadro 12.

Cantón Pedro Moncayo. Déficit de vivienda y niveles de hacinamiento.

Unidad Territorial	VIVIENDA			HOGARES		
	Total de viviendas 2010	Déficit habitacional cuantitativo (%)	Déficit habitacional cualitativo (%)	Total	Hacinamiento	
					(#)	(%)
Tabacundo	4,386	14,20	29,10	4,430	874	19,73
La Esperanza	1,023	28,70	34,40	1,028	176	17,12
Malchinguí	1,271	21,40	23,90	1,282	156	12,17
Tocachi	537	14,20	29,10	539	103	19,11
Tupigach	1,416	50,20	26,60	1,425	277	19,44

Tomado de: PDOT del GAD Municipal de Pedro Moncayo. Censo 2010.

La oferta de servicios de salud es muy limitada. En Tabacundo, su cabecera cantonal, hay un centro de salud tipo C (24 horas de atención, sin hospitalización); cuatro centros de salud tipo A (básicos, menos complejos) en las parroquias, Tupigachi, La Esperanza, Tocachi y Malchinguí; y un dispensario del Seguro Social Campesino en la parroquia Tabacundo. Además, hay otros servicios más específicos del municipio, de organizaciones no gubernamentales y de iglesias.

El cantón no cuenta con un hospital. Para las consultas de mayor complejidad o que requieren hospitalización, la población acude al Hospital de Cayambe o a servicios en Quito. Para el año 2010 (GADM/Redatam e Info-plan, 2010), el número de médicos por cada 10.000 habitantes era de 5,0 y de enfermeras de 5,6 (a nivel nacional había 17,10 médicos por cada 10.000 habitantes y en la provincia de Pichincha había 26,10; el estándar propuesto por la OMS es 23,00).

Al parecer, el acceso a empleo no es uno de los problemas importantes. Pedro Moncayo incluso absorbe fuerza de trabajo de

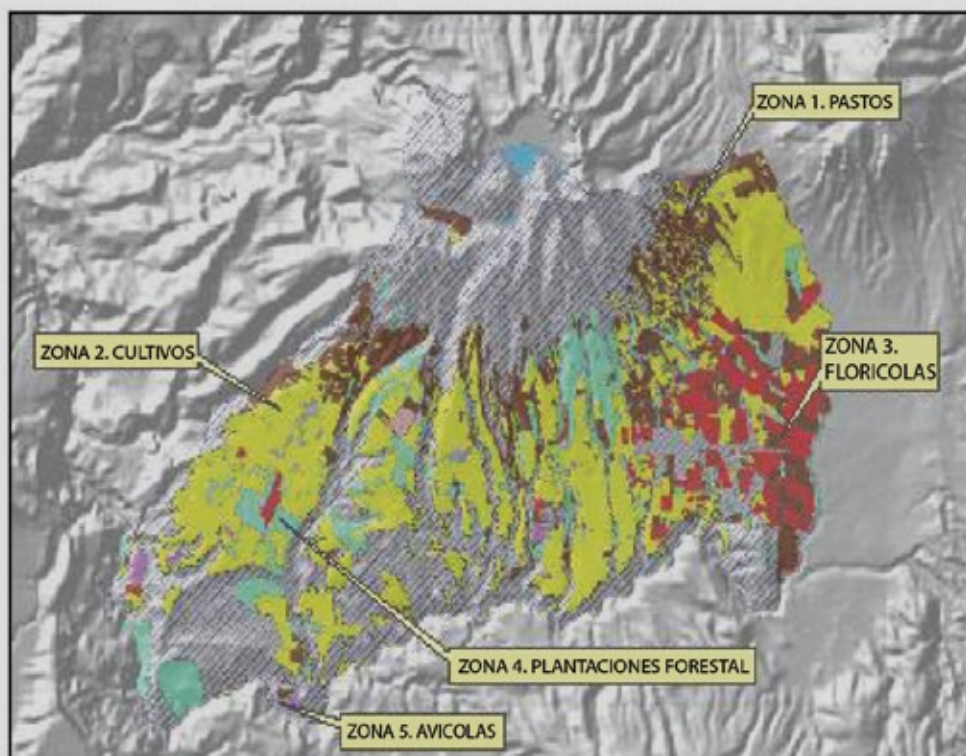
cantones cercanos y de inmigrantes. Según el Censo de 2010, la población ocupada ascendía a 14.592 personas, lo que representaba aproximadamente 97% de la población económicamente activa (tasa de desempleo neto del 3%). Sin embargo, en estimaciones más recientes el GAD Municipal considera que hay un incremento del desempleo, especialmente en mujeres.

La mayoría de los trabajadores (55%) pertenecen al sector primario (sobre todo agropecuario); 13% al sector secundario (manufactura, industria, construcción); y 26% al sector terciario (servicios, comercio). Es un cantón fundamentalmente agrícola. La floricultura constituye la actividad más competitiva del territorio: para la década de 2010 se expandió a 1.700 hectáreas y su productividad por superficie alcanzó los 600.000 tallos por ha⁵⁴.

El mapa de las plantaciones florícolas (gráfico 31), que aumentaron en número sobre todo en las décadas de 1990 y 2000, muestra su presencia en las cinco parroquias del cantón, sobre todo en Tabacundo y Tupigachi.

Gráfico 31.

Cantón Pedro Moncayo. Zonas productivas del cantón, 2013



Tomado del PDOT del GAD Municipal de Pedro Moncayo. IEE, SENPLADES 2013.

La fuerza de trabajo en las plantaciones florícolas ha sido fundamentalmente femenina. Son jóvenes mujeres en edad reproductiva que, al ligarse a las empresas, adquieren derechos laborales como un sueldo mensual y la afiliación a la seguridad social (con un 27% de aseguramiento al IESS y al SSC, para 2004 superaba el promedio nacional). Estas condiciones representan beneficios en el caso de embarazos, partos y el cuidado en las primeras semanas posteriores al nacimiento de los niños, gracias al permiso de maternidad.

Sin embargo, al terminar el permiso de maternidad las madres regresan a sus actividades laborales en las plantaciones y dejan el cuidado de sus hijos, en el mejor de los casos, en manos de los abuelos u otros familiares adultos con experiencia en la crianza de

niños. Pero muchas veces quedan al cuidado precario de sus hermanos mayores, adolescentes o niños, u otros cuidadores poco calificados.

Incluso disponiendo de un recurso económico proveniente de su sueldo, las madres no pueden garantizar el cuidado de sus hijos prácticamente a partir del segundo o tercer mes de vida. Esto se agrava porque la producción agroindustrial florícola, a más de sus efectos en la contaminación ambiental en las áreas de trabajo y en las comunidades (a través de mecanismos como la ropa contaminada de trabajadores hombres y mujeres, muestras de plaguicidas peligrosos que los trabajadores llevan a los hogares para uso doméstico, etc.), también afecta la producción agrícola de alimentos por la falta de fuerza de trabajo

y por la disputa del agua de riego, que generalmente favorece a la agroindustria antes que a los campesinos.

Esos cambios repercuten en la salud sexual y reproductiva de las mujeres trabajadoras y en la salud de sus hijos. Los datos de la encuesta familiar de salud 2004 de Pedro Moncayo, comparados con las de la encuesta ENDEMAIN del mismo año, muestran una situación preocupante: mientras a nivel nacional se estimaba una desnutrición crónica en menores de 5 años de 23,2% (30,7% a nivel rural), en Pedro Moncayo la misma estaba en 33,7%; la desnutrición global (bajo peso para la edad) era 9,4% a nivel nacional (11,3 rural), y en Pedro Moncayo era de 24,0%.

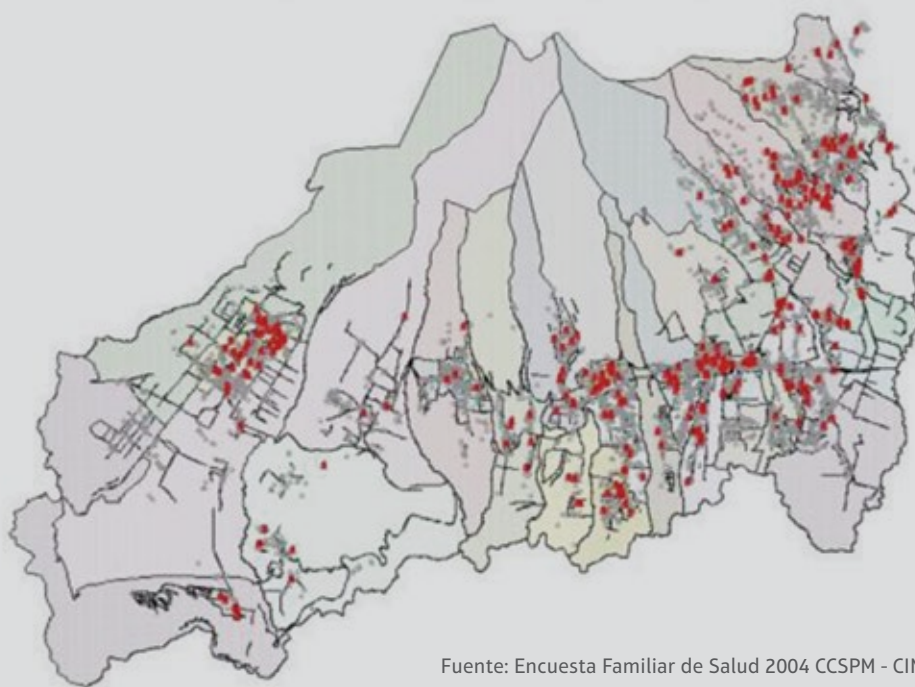
El gráfico 32 muestra que la desnutrición de los niños se distribuye por todo el cantón, pero de manera especial en zonas rurales dispersas y de población indígena, como

Tupigachi y las zonas más altas y bajas de Tabacundo, coincidiendo más o menos con el mapa de las muertes infantiles registradas y georreferenciadas entre los años 1997 y 2003 (gráfico 33).

A comienzos del presente siglo se estaba dando el cruce histórico de tendencias entre la mortalidad post neonatal (que descendía más aceleradamente) y la neonatal, tanto a nivel nacional como en varias provincias y cantones del país. Parecía que ocurriría lo mismo en el cantón Pedro Moncayo, dado el acceso de la población a una posibilidad de desarrollo de la economía familiar ligado al trabajo florícola de muchos habitantes. Sin embargo, cuando ese cruce estuvo a punto de darse, a partir de 1999, las líneas de la tendencia volvieron a distanciarse en lugar de cruzarse; la muerte post neonatal se incrementó más (gráfico 34).

Gráfico 32.

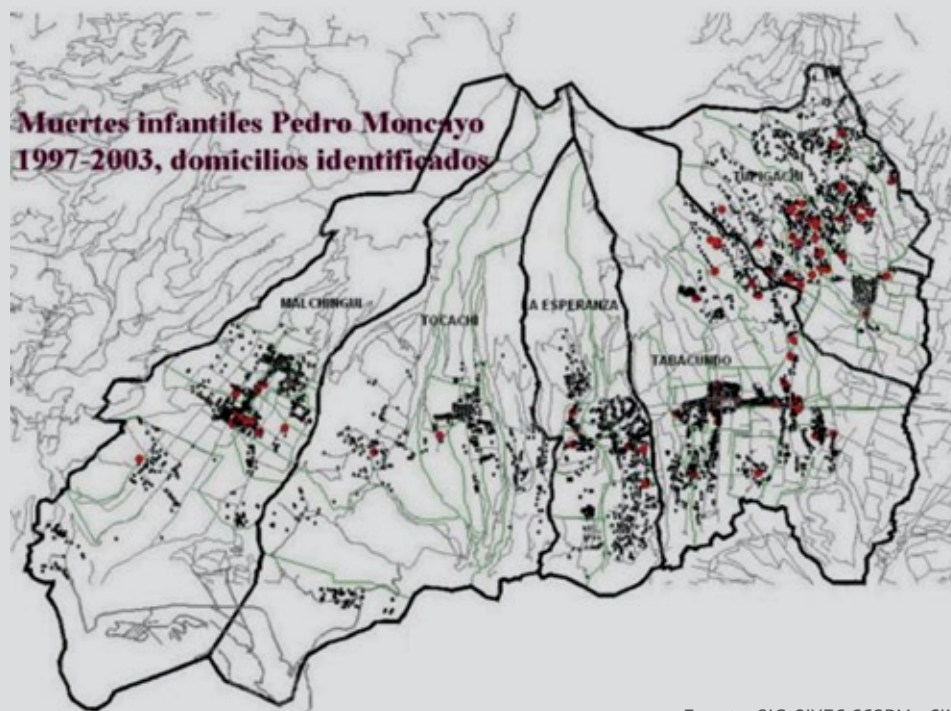
Niños y niñas menores de 5 años con desnutrición crónica. Cantón Pedro Moncayo 2004



Fuente: Encuesta Familiar de Salud 2004 CCSPM - CIMAS

Gráfico 33.

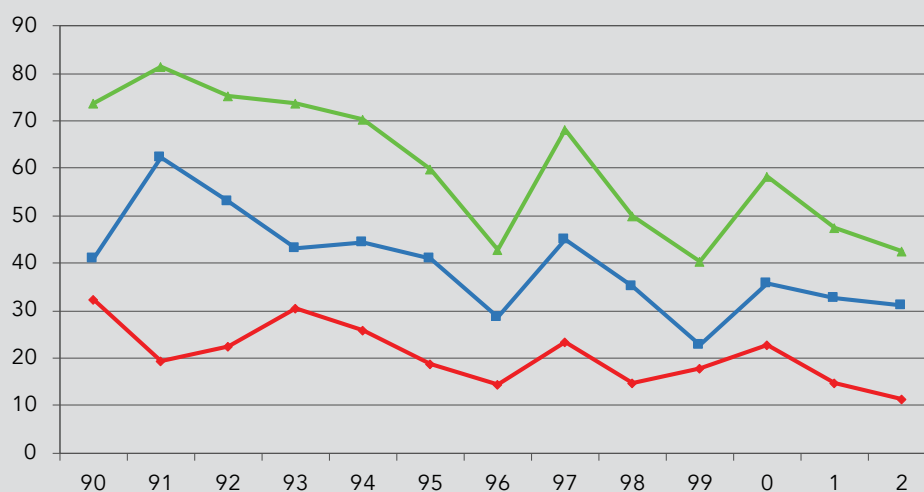
Muertes infantiles Pedro Moncayo 1997-2003, domicilios identificados.



Fuente: SIG-SIVEC CCSPM - CIMAS

Gráfico 34.

Mortalidad Infantil y componentes neonatal y postneonatal, Cantón Pedro Moncayo 1990-2002.



FUENTE: Fundación CIMAS. Consejo Cantonal de Salud de Pedro Moncayo, Sistema de Información, 2006.

El distanciamiento de esas dos líneas se afirma cuando, para los años 2013 y 2014, el cantón Pedro Moncayo, con una mortalidad de menores de 5 años de 22,0 x 1000 nv y una mortalidad infantil de 17,5 (entre las más altas del país), sufre un franco predominio de las muertes post neonatales: 11,4 x 1000 nv frente 6,1 neonatales x 1000 nv. En cierta medida, Pedro Moncayo vive un aparente progreso de la mano de la producción florícola, pero la historia retrocedió o se estancó para los niños; sus vidas están lejos de asegurarse gracias al trabajo de sus padres y madres en las plantaciones florícolas.

Si bien el número de muertes aparentemente disminuyó en una década (aunque sería ideal analizar tendencias durante períodos más largos), las causas por las que ocurren

a mediados de la década de 2010 poco han cambiado en relación con las décadas anteriores (cuadro 13).

Entre las muertes post neonatales predominan las infecciones respiratorias. Actualmente, también podría existir un componente mayor de malformaciones congénitas⁵⁵ eventualmente asociadas con la exposición a plaguicidas de los trabajadores hombres y mujeres, de las familias y de las comunidades.

El Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial 2018-2025 del cantón, en la página 12, identifica como problemas de gran impacto y nivel de afectación muy alto a la contaminación del agua por uso de químicos y a la contaminación del suelo por uso excesivo de plaguicidas⁵⁶.

Cuadro 13.

Causas de mortalidad infantil en el cantón Pedro Moncayo.
Comparación del año 2002 con el bienio 2013-2014.

2002		2013-2014	
Causas de muerte	Número	Causas de muerte	Número
NEONATALES	(7)	NEONATALES	(8)
Bajo peso al nacer o prematuridad	2		
		042 Dificultad respiratoria del recién nacido.	1
		044 Otras afecciones respiratorias del recién nacido.	2
Aspiración del RN	1		
Enterocolitis necrotizante	1		
Perinatal no especificada	1	048 Resto de afecciones perinatales.	3
Malformaciones congénitas	2	052 Malformaciones congénitas del corazón.	2
POST NEONATALES	(20)		(15)
Enfermedad diarreica aguda	1		

55 Sumando los ítem Malformaciones congénitas del corazón (052) y Enfermedades del sistema circulatorio (030), que posiblemente sean de esa naturaleza en niños menores de un año.

56 Es conocida y estudiada la relación entre contaminación química laboral y ambiental (petróleo, plaguicidas y otros químicos) con trastornos de la salud como abortos no provocados, malformaciones congénitas y algunos tumores malignos. Ver Noboa y otros, 2006; Breilh, 2001.

		027 Meningitis.	1
Cardiorrespiratorias desconocidas	1	030 Enfermedades del sistema circulatorio.	4
Laringitis obstructiva	2		
Neumonía	15	032 Neumonía.	5
		034 Resto de enfermedades del sistema respiratorio.	1
		063 Otros accidentes que obstruyen la respiración.	4
Causa desconocida	1		
TOTAL MNN y MPNN	(27)		(23)

Fuentes: CCSPM-Cimas e INEC. Bases de datos de nacimientos y defunciones.

A manera de hipótesis

La vinculación de las mujeres jóvenes del cantón Pedro Moncayo con la producción florícola alteró los ritmos de la vida familiar, las costumbres cotidianas en relación con sus modos tradicionales de producción y consumo y, fundamentalmente, la protección de los niños menores de 5 años. Ha existido una aparente mejora en la atención del embarazo y el parto, pero a la vez un relativo abandono de los

niños una vez pasado el permiso de maternidad. Este abandono repercute en la nutrición, en la salud y en la mortalidad infantil (sobre todo post neonatal), así como en la mortalidad de niños menores de 5 años.

Es probable que la exposición familiar y comunitaria a plaguicidas esté incidiendo en el aumento de malformaciones congénitas en niños y en la mortalidad por estas causas.



3. LOGROS Y DESAFÍOS

Políticas, estrategias y tecnologías para la disminución de la mortalidad infantil

Desde un enfoque ecosistémico⁵⁷ y de determinación social de la salud⁵⁸, ninguna política o estrategia, por más vasta que sea, es suficiente por sí misma para explicar ni lograr un impacto exclusivo sobre los grandes problemas de salud pública. Estos están influenciados por una trama compleja de relaciones, entre las que se destacan fundamentalmente aquellas que son determinantes, como la estructura social, las

relaciones productivas y las desigualdades e inequidades que de ella se derivan.

Sin embargo, algunos autores y estudiosos de la salud pública coinciden en que ciertas estrategias bien implementadas, e incluso ciertas tecnologías específicas, han contribuido significativamente en la disminución de la mortalidad infantil en el mundo, así como otras lo han hecho en diversos problemas de salud de la población⁵⁹.

57 El enfoque de ecosistemas y salud tiene la particularidad de haber desarrollado, al menos, dos abordajes: uno que habla de la salud de los ecosistemas y otro sobre el enfoque ecosistémico de la salud humana. Dentro del segundo está la concepción de la salud humana en el marco de los ecosistemas, que destaca el desarrollo de la investigación junto con la acción, la transdisciplinariedad y la valoración de la participación social (Betancourt y otros, 2016, p. 114).

58 La determinación social de la salud va mucho más allá de “determinantes” aislados y fragmentados que, bajo una mirada reduccionista, son asociados con los clásicos factores de riesgo y estilos de vida individuales. No debemos permitir que el concepto de determinantes sociales sea banalizado, cooptado o reducido (Declaración de los Movimientos Sociales en la reunión paralela de la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, Río de Janeiro, 2011).

59 Al respecto, la doctora Margaret Chan, exdirectora de la OMS, señala que en la salud pública hay muy pocas oportunidades para poner fin a una amenaza. Generalmente, es un trabajo sin fin. A veces es posible, como la erradicación de enfermedades transmisibles (polio y viruela). La estrategia del “fin del juego del tabaco” es otra forma. Ambas prometen mejorar en forma permanente la salud mundial, ofreciendo a las generaciones futuras el legado permanente de estar libres de peligrosas enfermedades (Conferencia de las Partes del CMCT COP5, Seúl, 2012).

Desde que se implementaron los ministerios de salud o de sanidad en los países de América Latina y el Caribe, una de sus tareas centrales fue la de prestar atención a la salud de los niños, especialmente de los menores de un año y las madres, en lo que se designó como protección del “binomio madre-hijo”, término criticado por la reducción de las mujeres a su condición de maternidad o de simples reproductoras.

En el caso del Ecuador, con la constitución del MSP, en 1967, se estructura también un departamento destinado a este propósito y que recibe diferentes nombres a lo largo de la historia: Dirección Materno Infantil, Fomento y Protección, Normatización entre otros. Sin embargo, esta instancia quedó diluida o repartida entre varias dependencias administrativas con la actual estructura institucional, la misma que fue aprobada en 2011 y modificada en varias ocasiones posteriores.

En coordinación con la siguientes instituciones: IESS, SSC, Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA), Ministerio de Bienestar Social (hoy de Inclusión Económica y Social), sociedades científicas (sobre todo las de Pediatría y Gineco-Obstetricia), organizaciones no gubernamentales y de cooperación bilateral (CARE, USAID, Visión Mundial, Plan Internacional, HOPE, Cruz Roja), y con la cooperación fundamentalmente de OPS/OMS y UNICEF, el gobierno, y en particular el MSP, han estructurado periódicamente diferentes programas y estrategias para proteger la salud de los niños y disminuir la mortalidad infantil, generalmente con un enfoque de Atención Primaria de Salud⁶⁰. Los programas y acciones más relevantes han sido, entre otros:

- Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI (hoy ENI).
- Manejo estandarizado e hidratación oral en las enfermedades diarreicas agudas, EDA.
- Manejo estandarizado de infecciones respiratorias agudas, IRA.
- Fomento de la lactancia materna natural, hospitales amigos del niño y de la madre.
- Programa de control de crecimiento y desarrollo.
- Sistema informático y tecnologías perinatales.
- Carnet infantil (fundamentalmente para control de crecimiento y desarrollo, registro de vacunación y más tarde signos de alarma).
- Acciones para el control de malaria y dengue, protección de niños pequeños y mujeres embarazadas (por ejemplo, garantizar toldos impregnados para dormir).

Para ello, el Estado ecuatoriano y los diferentes gobiernos impulsaron estrategias diversas y normativas de atención que han evolucionado con el tiempo, aunque no siempre han contribuido a mejorar la atención y el impacto.

La última versión del Manual de Normas de Atención a la Niñez del Ministerio de Salud Pública⁶¹ define como objetivo general:

Ofrecer a los profesionales de la salud un manual que integre todas las actividades que deben realizarse para una atención integral con calidad, contribuyendo a la reducción de la morbimortalidad en niños menores de 9 años.

60 En el numeral VII.3 de la Declaración de Alma-Ata se señala que la APS “comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada; un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales” (OPS, 2012).

61 MSP, 2018.

De esta manera se amplía hasta los 9 años la normativa de atención, que generalmente se centraba en menores de 5 años y casi se desentendía de los niños en edad escolar. Sin embargo, algunas iniciativas pretenden poner énfasis en una atención especial durante los mil primeros días de vida (MIES, Misión Ternura 2017), y hay razón para ello.

Una de las estrategias nacionales –de carácter general– que contribuyó a la salud infantil (y de otros grupos poblacionales) fue el Plan Nacional de Salud Rural, creado en 1970 luego de diversas experiencias previas de atención rural de menor alcance (Ministerio de Bienestar Social, Misión Andina, municipios y otros prestadores).

El Plan logró la extensión de la cobertura al campo, a poblaciones que viven en condiciones de gran vulnerabilidad. Se incluyó a los subcentros de salud de las cabeceras parroquiales, que por lo general tienen un equipo básico conformado por médico rural, odontólogo rural, auxiliar(es) de enfermería y odontólogo, y eventualmente enfermera rural, obstetriz rural e inspector sanitario. También se incluyó a las unidades a nivel más local, puestos de salud comunitarios con auxiliares de salud y se coordinó con diversos tipos de promotores de salud. A más de ello, en diversas ocasiones y territorios se intentó una interacción con los agentes comunitarios, especialmente con las parteras.

En la Evaluación del Plan Nacional de Salud Rural⁶², luego de una década de intervención, se concluyó lo siguiente:

- Era necesario incrementar el número de subsectores de salud, tanto en parroquias que carecen del servicio como en otras en las que, por la magnitud de su territorio y población, el servicio resulta insuficiente.

- Existían barreras para el acceso de mucha población rural a los servicios por limitaciones económicas, por distancia geográfica, por preferencia de la medicina tradicional o porque los servicios no se programaban de acuerdo con la realidad local. Muchos de estos problemas no pueden resolverse solo desde el sector salud.
- Los recursos humanos eran insuficientes para atender a toda la población. Había insuficiencia de médicos rurales (el estudio estableció en una muestra de 32 parroquias que había un médico por 4.683 habitantes para 1981) y, sobre todo, de auxiliares de enfermería e inspectores sanitarios. La capacitación también había sido insuficiente y no respondía a las necesidades locales.
- Para entonces, la mayoría de la infraestructura física de los subcentros de salud era adaptada: casas cedidas por la comunidad o por instituciones locales para tal efecto. Había muy pocos “SCS tipo” (construcciones estandarizadas). Sin embargo, era evidente que la homogenización tampoco es la mejor solución porque existe una diversidad enorme de poblaciones y culturas en el país.
- Por lo general, el equipamiento básico y los medicamentos eran insuficientes en las unidades evaluadas; en promedio, no llegaban ni siquiera al 50% de lo normatizado por el MSP.
- La falta de programación de las actividades era una de las mayores debilidades. Con pocas excepciones, se atendía por libre demanda y con poca proyección comunitaria (atención extramural). La supervisión se basaba en el control de la asistencia, muchas veces punitiva, pero no se contribuía a la solución de los problemas.

62 MSP/ININMS 1982.

- Los registros tenían varias carencias, desde falta de formatos básicos hasta el mal uso de estos, y poco o nulo análisis para mejorar la acción.
- En cuanto al impacto, no se encontró diferencias significativas en la mayoría de los indicadores de antes y después de la implementación del servicio rural, ni entre parroquias con y sin SCS. Los autores insisten en que ello no significa que el Plan Nacional de Salud Rural no sea importante; al contrario, debía ser fortalecido. La deficiencia de los registros vitales (alto subregistro, entre otros problemas) también impedía medir adecuadamente el impacto.
- La complejidad de los problemas encontrados y de las soluciones necesarias obligaba a pensar en la necesidad de un gran esfuerzo interinstitucional y comunitario para la construcción de un Sistema Nacional de Salud.

Parece que, a 50 años del Plan Nacional de Salud Rural, la situación no ha cambiado mucho. No se han realizado nuevas evaluaciones del Plan, al menos no con el rigor de los años 1980-1982. En ese entonces se incluyeron muestras de parroquias, unidades operativas, barrios, comunidades y familias.

Es probable que algunos de los problemas identificados en aquel estudio se lograron solucionar en las décadas subsiguientes. Desde la implementación del Plan en 1970, hasta la actualidad, el país ha conseguido impactos favorables en algunos temas de salud, y no solo a nivel rural. Pero es evidente que persisten inequidades, y su solución, nuevamente, no depende únicamente de acciones y servicios de salud. Al parecer, las conclusiones de la evaluación de 1980-1982 siguen teniendo vigencia.

Algunas modificaciones han incidido en el plan de salud rural a lo largo de la historia del MSP. Una de las más significativas fue la

creación de la Dirección de Salud Indígena en la década de 1990, que respondió a una demanda de las organizaciones indígenas, fundamentalmente de la CONAIE.

Esta decisión permitió la inclusión progresiva de un enfoque intercultural en las acciones y servicios de salud (como el parto con enfoque intercultural) que, sin embargo, enfrenta duras barreras, como la oposición abierta o velada del personal de salud, dificultades administrativas para su implementación y poca comunicación (no es horizontal ni autónoma) con los agentes comunitarios de salud. Lamentablemente, la Dirección de Salud Indígena fue objeto de diferentes disputas políticas que empañaron y limitaron su gestión.

Ese espacio se convirtió luego en la Dirección de Salud Intercultural, cuya misión es abarcar la diversidad cultural del país (entre otros puntos, dar respuesta a las demandas de los pueblos afroecuatorianos y montubios y a las organizaciones de medicinas alternativas y complementarias). Actualmente, esa dirección forma parte de la Subsecretaría de Promoción de la Salud e Igualdad (desde 2011, de acuerdo con el Estatuto Orgánico Funcional del MSP).

El último cambio significativo que incidió en la salud rural (pero también en la urbana) fue la implementación del MAIS durante la gestión de la ministra Carina Vance (2012-2015). En gran medida, se basó en avances anteriores, como la propuesta de Salud Familiar Integral y Comunitaria (SAFIC), que se extendió a barrios populares urbanos durante la gestión del ministro Plutarco Naranjo (1988-1992); esta iniciativa fue retomada parcialmente en la gestión del ministro David Chiriboga (2010-2012) con la creación y capacitación de los Técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS).

Los TAPS son técnicos con al menos bachillerato y una formación básica en salud. Venían a ser una versión moderna de los promotores

de salud y formaron parte de los Equipos Básicos de Salud (EBAS)⁶³.

Lamentablemente, el MAIS, que aportó algunos planteamientos novedosos para la atención local de salud con enfoque de APS, se implementó de una manera dispar en el territorio y derivó en la sustitución de una participación social más autónoma (sobre todo de los Comités de Usuarías de la LMGAI y de los Consejos Cantonales de Salud), por otra cooptada y dirigida desde el poder político de turno a través de los Comités Locales de Salud anexos a los centros de salud del MSP.

Ese fue uno de los problemas fundamentales en el diseño e implementación del MAIS. Primaron los cálculos políticos antes que los aspectos técnicos de un modelo probablemente diseñado con la intención de implementar una APS renovada, donde los TAPS (u otro tipo de agentes comunitarios de salud) podían haber encajado perfectamente.

Pero en la práctica, los TAPS fueron una pieza más de una estrategia clientelar del gobierno, sobre todo para procesos político-electorales articulados al ciclo político de la economía⁶⁴. De ese modo se desfiguró el papel de los promotores de salud y de la participación social, a pesar de la larga historia que el Ecuador y otros países latinoamericanos tienen en este campo. Mientras tanto, estrategias valiosas y probadas como la AIEPI o el PAI fueron despreciadas o subvaloradas, al igual que muchos otros programas de salud pública.

Las estrategias y acciones desarrolladas por el MSP en diferentes momentos, en coordinación con otras instituciones y organiza-

ciones, sin duda aportaron al mejoramiento de la salud infantil y a la disminución de la mortalidad infantil. Estas estrategias se vieron fortalecidas a nivel rural con la creación del SSC, que tuvo un ensayo piloto ya en el año 1968 (Ley de Extensión del Seguro Social Campesino, 1981).

Lo novedoso e importante del SSC es la afiliación familiar y comunitaria, que fortalece la organización y la participación campesinas en torno al derecho a la salud y a la demanda de servicios y derechos sociales, económicos y culturales. El SSC definió ciertos requisitos y condiciones para sus afiliados⁶⁵.

Ninfa León, en el estudio *¿Desaparece el Seguro Social Campesino?* Los efectos de la política de salud y seguridad social del gobierno de Alianza País, señala:

La política de seguridad social implementada a través del SSC se ha caracterizado por ser eminentemente participativa. Las organizaciones campesinas e indígenas eran las contrapartes reconocidas por el IESS-SSC. Interactuaban con los equipos operativos del SSC en las distintas dimensiones del modelo de atención de salud, a través del cual se integraba la entrega de las prestaciones de salud y económicas. En esa interacción se crearon espacios donde se gestaron sentidos de pertenencia, cuerpo y propiedad respecto de los dispensarios y del SSC, así como sentimientos de solidaridad, afecto y reconocimiento de los otros como parte de un nosotros que les motivaron a movilizarse cuando sintieron la amenaza de desaparecer el SSC.

63 MSP, 2012.

64 Ciclo político de la economía es un término usado por el economista Pablo Dávalos Aguilar para definir “la presencia de un gobierno que utiliza los recursos fiscales que provienen de la renta petrolera para legitimarse política y electoralmente (...). En el ciclo político de la economía, las decisiones se adoptan en función de crear un ambiente propicio para ganar las elecciones del partido político que ostenta el poder, desdeñando o minimizando las consecuencias macroeconómicas que pudiesen provocarse en el futuro” (Dávalos, 2016).

65 Que sean personas y familias cuya residencia se encuentre ubicada en el área rural. Luego se incluyó a pescadores artesanales. Las personas afiliadas al SSC no debían ser beneficiarias del Seguro Universal Obligatorio, ni recibir remuneración de un empleador, ni haberse convertido en empleadores permanentes.

Este entramado de interacciones no solo contribuyó al desarrollo de la acción colectiva de los afiliados al SSC y a su constitución como actores sociales deliberantes, sino que fue fundamental para lograr una buena calidad de la atención de salud desde una perspectiva integral. El conocimiento mutuo entre los miembros de los equipos operativos y los afiliados fue fundamental⁶⁶.

En este marco, el SSC ha tenido un aporte muy significativo en la extensión de la cobertura de salud a las poblaciones rurales, destacando una importante labor en la promoción y protección de la salud de niños y niñas en comunidades donde incluso no llegan los servicios del MSP. Sin embargo, el proceso de fortalecimiento del SSC parece haberse revertido a finales del primer gobierno de Alianza País (2016), como lo señala León:

El estudio realizado muestra una tendencia continua y persistente de debilitamiento del SSC a partir del año 2000. Durante el gobierno de Alianza PAIS esta tendencia no se revierte; al contrario, se consolida. El análisis de la política de salud y seguridad social a partir de los planes de desarrollo y del Buen Vivir sugiere que a lo largo de dicho gobierno prevaleció un proyecto político desarrollista modernizador, dentro del cual no constaba el fortalecimiento y potenciación del SSC como parte de la reproducción de la economía familiar campesina. Sin

embargo, esta tendencia no fue lineal: por ello, el número de afiliados al SSC aumenta en forma sostenida desde 2007 hasta 2010, cuando se recuperan las coberturas del año 1998. Posteriormente, el ritmo de crecimiento disminuye hasta hacerse negativo a partir de 2016⁶⁷.

Otra de las iniciativas que vale la pena destacar, más relacionada con la salud de las madres y los niños menores de 5 años, ocurrió durante el gobierno de Febres Cordero (1984-1988). Con la participación de la primera dama se estructuró un programa de salud materna e infantil denominado PREMI (Plan de Reducción de Morbimortalidad Infantil), que sobre todo tuvo la importancia de colocar en un nivel político relevante la salud de madres y niños.

El programa, que fue muy dinámico y facilitó la difusión de estrategias importantes como el PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones), la lactancia materna, la nutrición adecuada de los niños y el manejo estandarizado de IRA y EDA, duró solo el tiempo de la gestión de ese gobierno⁶⁸, pero es recordado por los ex funcionarios del MSP como una iniciativa movilizadora.

A continuación se pone el énfasis en tres aspectos fundamentales, relacionados con la disminución (o estancamiento) de la mortalidad infantil y de la niñez en las últimas décadas: la Estrategia AIEPI, el PAI (hoy ENI) y los desafíos en torno a la mortalidad neonatal.

66 León, 2018, p. 53.

67 León, 2018, p. 51.

68 Uno de los problemas de las políticas de gobierno es que desaparecen con los cambios de administración. Pocas políticas y estrategias de salud de la niñez se han convertido en políticas de Estado y se han mantenido a lo largo de diferentes gobiernos. Mejores posibilidades han tenido programas técnicos específicos que han terminado institucionalizándose (PAI, Control de EDA e IRA, de alguna manera la AIEPI).

Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)

Tal vez la iniciativa integradora más importante y específica para reducir la mortalidad infantil y de la niñez, que se implementó en el período de vigencia de los ODM de NNUU (1990-2015), fue la estrategia de AIEPI⁶⁹. Apuntó por primera vez, de una manera estructurada, hacia una atención integral de la salud de los niños, que pretendía romper la fragmentación de políticas, programas y formas de atención a esa población.

La AIEPI rompió la dicotomía de atención de “niño sano” y “niño enfermo” en los servicios de salud. Todo niño que llegaba a una unidad de salud, o que era atendido en el domicilio o la comunidad, recibía una atención integrada de acuerdo con los procedimientos definidos en la AIEPI. En los niños que estaban graves podía identificarse rápidamente aquellos signos de alarma que obligaban a una referencia inmediata, prestándole los auxilios iniciales. En los casos de los niños con menos problemas de salud se podía poner más énfasis en su desarrollo, alimentación, nutrición, estado de vacunación o identificación de problemas como el maltrato.

La AIEPI tuvo un componente clínico diseñado especialmente para servicios ambulatorios de atención básica, otro componente clínico hospitalario y uno comunitario (16 prácticas claves a nivel comunitario). Tuvo también un componente neonatal específico y una variedad de instrumentos complementarios, que ayudaron no solo a la atención sino a la formación de recursos humanos, incluso en universidades de pregrado y postgrado: cuadros de procedimientos; formularios para estandarizar el

manejo; conversando con las madres (manual sobre comunicación efectiva); curso de capacitación de auto aplicación (con videos, álbumes de fotos y otros recursos); materiales para diversos actores locales y comunitarios (líderes comunitarios, maestros, familias).

Se sustentó en bases técnicas⁷⁰ muy sólidas, en recopilación y revisiones sistemáticas de autores latinoamericanos y del Caribe, y se benefició de los resultados de varias investigaciones operativas realizadas por equipos locales de salud y universidades⁷¹. La AIEPI logró un gran apoyo al incluir el financiamiento de servicios públicos a través de la LMGAI. Esta decisión impulsó su aplicación en los servicios de salud, donde algunos profesionales tenían resistencia, en gran medida porque obligaba a una consulta minuciosa de 20 minutos supervisada y evaluada.

Varias evaluaciones de la AIEPI se hicieron a partir de la década de 2000 (a saber, 2000, 2005 y 2011). La más reciente (2011), publicada en 2012⁷², evita referirse explícitamente a la estrategia AIEPI en su título debido a que existía un veto tácito por parte de técnicos y autoridades, e incluso por algunos médicos de los servicios de salud.

La evaluación muestra que hubo algunos retrocesos en la implementación de esta estrategia integradora a nivel de los servicios. Ello podría explicar, en parte, las dificultades para mantener una disminución constante de la mortalidad infantil en los años subsiguientes. A continuación se presentan las conclusiones de la evaluación en forma resumida:

69 AIEPI: desarrollada en forma conjunta por la OMS y UNICEF en la década de 1990 para contribuir a la meta 4 de los ODM. Fue implementada en decenas de países de todos los continentes, pero especialmente en aquellos con mayores problemas de desarrollo social.

70 Ver MSP, OPS/OMS, UNICEF, USAID, Basics “Bases Técnicas para AIEPI” 1997, y otros documentos técnicos más específicos: OPS, 1997; OPS, 2008.

71 Por ejemplo, Álvarez y otros, 1997, que identificó un mal uso de métodos de diagnóstico, muchos de ellos innecesarios, y un mal manejo de medicamentos, con abuso de antibióticos innecesarios y peligrosos; Gavilanes y otros, 2002.

72 MSP y otros, 2012.

Atención al menor de 2 meses de edad:

- La evaluación en todos sus componentes es favorable, sobre todo cuando se trata de la atención inmediata al recién nacido; sin embargo, será necesario fortalecerla a futuro.
- La mayor carga de la atención recayó en los médicos generales.
- La cobertura de capacitación en el componente neonatal de la AIEPI es baja (23.5 a 58.3%) y el seguimiento “en servicio” es prácticamente nulo.
- La calidad de la evaluación, con estándares del componente neonatal de la AIEPI, fue muy baja. La identificación de “enfermedad grave” se realizó en muy pocos casos.

Atención a los niños y niñas de 2 meses a 4 años:

- La proporción de personal capacitado en el componente clínico de la AIEPI tuvo alta variabilidad en las provincias (27.5 a 77.5%); hubo porcentajes bajos respecto de la cobertura de seguimiento y monitoreo (de 7.5 a 12.5%).
- Las comparaciones con encuestas previas muestran que los valores de los indicadores son mejores que en 2005, pero inferiores al 2000, lo cual podría reflejar diferencias en la intensidad de las actividades de la AIEPI en el país.
- Las actividades para asegurar la calidad de la atención al niño/a requieren un intenso trabajo en todo el sistema de salud. En general, no se realiza una evaluación integral.
- Una de las tareas menos realizadas fue la evaluación del probable maltrato.

- La evaluación del estado nutricional fue una tarea poco aplicada o realizada de manera incompleta; la evaluación de la alimentación también fue escasa⁷³. Hay un error en los procedimientos de la AIEPI, al condicionar la evaluación de la alimentación con la presencia de “peso muy bajo”.
- La evaluación de las enfermedades prevalentes (IRA, EDA) mostró debilidades importantes que requieren ser corregidas de manera urgente.
- La comparación entre los resultados de la evaluación del Gold Estándar con los del personal de salud es, probablemente, uno de los aspectos más preocupantes, debido a las significativas brechas observadas.
- Se observó una elevada subclasificación, particularmente para aquellos casos considerados graves que requieren referencia o el empleo inmediato de medicamentos.
- Niños y niñas que requerían referencia no fueron referidos, poniendo en riesgo su supervivencia. Este punto requiere acciones urgentes.

En general, las causas del bajo rendimiento del personal en el trabajo con ambos grupos de niños y niñas son: baja cobertura de capacitación, no apropiación de las recomendaciones, falta de supervisión y seguimiento, alta rotación, falta de medicamentos e insumos, elevada demanda y poco tiempo para la atención. La política actual del rendimiento en base al número de consultas (4-6 por hora) afecta la calidad de la atención y su integridad. Según el personal de los servicios, la cantidad de formatos que deben llenar en cada consulta limita la atención de calidad.

La calidad del buen trato (recepción cordial + verificación de las recomendaciones con preguntas

73 Una de las médicas pediatras, ex facilitadora nacional para la implementación de la AIEPI, explica que una de las mayores fortalezas, que se aplicaba con todos los niños y las madres (no sólo con los niños que tenían bajo o muy bajo peso), era la consejería sobre lactancia materna, evitando con ello el uso de biberones y de leche no humana, agotando todas las posibilidades de lactancia natural o, en última instancia, de acceso a leche humana (nodrizas, bancos de leche materna); pero también una consejería proactiva sobre prácticas alimentarias (como porciones, mezclas, alimentos más nutritivos de acuerdo a la realidad y recursos de la familia, alimentación activa), lo cual repercutía en el mejoramiento de los indicadores nutricionales (curvas de peso y talla).

abiertas + responder de manera concreta + demostrar interés + lenguaje sencillo, entre otros aspectos) tuvo una baja puntuación: embarazadas, 48%; menores de 2 meses, 32%; menores de 2 meses a 4 años, 25%. Es necesario que el personal de salud mejore sus habilidades de comunicación interpersonal.

La efectividad de la orientación específica fue pobre. Pocas madres mencionaron de manera correcta las dosis, frecuencias y duración de la administración de los medicamentos y de las sales de rehidratación oral. La falta de medicamentos básicos en los establecimientos de salud visitados ha sido generalizada; este es uno de los justificativos que explica la baja calidad de la atención. La disponibilidad de insumos básicos no parece ser un problema tan serio como la poca disponibilidad de medicamentos. El tiempo de espera de las madres fue muy prolongado; sin embargo, es posible que las tareas de la encuesta lo hayan alterado.

Prácticamente todos los establecimientos de salud recibieron visitas de supervisión durante los seis meses previos a la realización de la encuesta; sin embargo, en pocos establecimientos se observó el manejo de casos. Las supervisiones priorizan los aspectos administrativos y no los técnicos relacionados con la atención.

En varios establecimientos de salud se observó debilidad en temas gerenciales, que se tradujo en varias dificultades para la organización del servicio, flujos de atención, optimización de los recursos para brindar atención intra y extramural, cumplimiento de horarios y ausencia de acciones de promoción de los derechos de los niños y las niñas.

En resumen, la encuesta determina que la calidad de atención a las embarazadas, a los menores de 2 meses y a los niños y niñas de 2 a 4 años en los establecimientos visitados evidencia varias debilidades. Se trata

de problemas estructurales del sistema de salud en varios componentes: capacitación, seguimiento/monitoreo y evaluación, equipamiento, dotación de insumos y medicamentos, sistemas de referencia y contrarreferencia, gerencia. Por otra parte, es probable que la motivación del personal de salud para aplicar las normas y protocolos del MSP no haya sido desarrollada de manera adecuada. Los resultados de los principales indicadores evaluados (porcentaje de cumplimiento de la normativa y cuadros de procedimientos) se pueden observar al detalle en el anexo IV.

En 2017 el MSP retoma la estrategia AIEPI. En coordinación con UNICEF y la Universidad Yachay actualiza el cuadro de procedimientos de AIEPI Clínico⁷⁴. En 2018 UNICEF convoca a consultorías para la capacitación en servicios con este nuevo instrumento. Sin embargo, el nuevo cuadro de procedimientos altera el espíritu con el que la AIEPI fue construida inicialmente por la OMS y adaptada por los diferentes países en las décadas de 1990 y 2000.

Uno de los objetivos era disminuir el uso de tecnologías y medicamentos innecesarios. Por ejemplo, bastaba observar el pecho del niño, contar su frecuencia respiratoria, ver si existía tiraje, escuchar si había estridor o sibilancias y observar otros signos como los denominados de peligro, para diagnosticar una neumonía u otra patología respiratoria y decidir sobre el tratamiento o la referencia del niño a un servicio más complejo. No se requería ni radiografías ni fonendoscopia, lo que aumentaba la posibilidad del uso de la estrategia en la APS.

El nuevo cuadro incorpora tecnologías como el oxímetro de pulso, introduce clasificaciones como la bronquiolitis y hace otros cambios que complejizan el cuadro. Estas medidas impiden retomar y continuar con la implementación de la estrategia⁷⁵ a todos los niveles, sobre todo a nivel comunitario.

74 MSP, 2017.

75 Conversaciones con pediatras y exfacilitadores (capacitadores) nacionales de la estrategia AIEPI.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), hoy denominado Estrategia Nacional de Inmunizaciones (ENI)

El programa de salud pública de más larga data y más exitoso para la prevención de enfermedades infecciosas (junto con el saneamiento ambiental), ha sido sin duda el PAI⁷⁶. Ha contribuido enormemente a la sobrevivencia infantil y ha sido programa preferido de la OMS y de los ministerios de salud.

Inicialmente estaba dirigido al grupo de niños menores de 5 años, con énfasis en menores de un año, pero también a las mujeres embarazadas. Pretendía disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles con inmunizaciones: poliomielitis, difteria, tosferina, tétanos, sarampión, tuberculosis y viruela, además de otras relacionadas con el perfil epidemiológico de cada país⁷⁷.

El PAI se ha ampliado permanentemente y no existen límites para esa ampliación. Entre las vacunas incluidas en forma individual, o como parte de otras multivalentes, están las de hepatitis B, haemophilus influenzae, meningitis, neumonía por neumococo (PCV), fiebre amarilla y rotavirus. En el Ecuador incluso se administró la vacuna para papiloma virus, aunque no hubo continuidad debido, entre otros factores, a su alto costo.

En general, las evaluaciones son positivas sobre el impacto del PAI en la salud pública. Por ello, el programa ha recibido el respaldo casi unánime de los Estados. No obstante, existen detractores de las vacunas, que son cuestionadas⁷⁸ por diversos motivos: por ser un negocio muy lucrativo de los laboratorios farmacéuticos y de biotecnología (incluso se ha especulado sobre la creación intencionada de epidemias y vacunas); por los índices de inseguridad de algunas vacunas, que se asocian a episodios significativos de daños secundarios, incluso fatales; o porque algunas enfermedades infecciosas se podrían controlar sin necesidad de tecnologías biológicas que alteran el micro ambiente. La apuesta más bien se inclina por políticas sociales y económicas que mejoren la calidad de vida de las poblaciones⁷⁹.

Para el año 2018 (OPS, 2019), las coberturas con vacunas del PAI en el área andina han sido generalmente bajas: no llegan al 95% y en muchos casos están por debajo del promedio de latinoamericano. Si se los compara con los indicadores de Cuba, la situación es aún más deficitaria. El cuadro 12 muestra la ubicación del Ecuador en el contexto regional.

76 En la 27ª Asamblea Mundial de la Salud, de mayo de 1974, se crea el PAI. "A partir de 1977, por Resolución (CD25.R27) del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se impulsa la implementación del PAI en los países de las Américas y se establece la vacunación y la vigilancia epidemiológica de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV) como estrategias fundamentales" (MSP, SENPLADES, OPS/OMS, 2017).

77 OMS, 1974.

78 Ante los brotes cada vez más frecuentes de sarampión en los países de la Unión Europea, que han provocado fallecimientos (en 2018, casi 9 millones de personas en el mundo contrajeron sarampión y 142.000 murieron por esa causa), el año 2019 se reunieron en Bruselas, la Comisión Europea (con varios ministros de salud) y la OMS a fin de buscar soluciones al problema, que no se limita al sarampión. Los principales hechos identificados fueron: 1) la caída de coberturas de vacunación por debajo de porcentajes útiles (95% para segunda dosis de sarampión) en la mayoría de los países de la región; 2) la desinformación de la población respecto de la utilidad y la seguridad de las vacunas; y 3) la acción de grupos anti vacunas, cada vez más fuertes, que promueven el no vacunarse ni vacunar a los niños (Güell, 2019).

79 Cuba, por ejemplo, no ha incluido dentro de su programa de inmunizaciones las vacunas contra el rotavirus y el neumococo.

En general, en América Latina son notorias las coberturas bajas (no útiles) para todas las vacunas. Parece haber un retroceso en relación con años anteriores. La situación más crítica es en rotavirus y neumococo (PCV3), pero ello podría deberse a que en muchos países son vacunas en proceso de introducción. En el área andina, la situación más crítica de cobertura con la mayoría de vacunas ocurre en Venezuela.

Un hecho que ya se mencionó es que el porcentaje de municipios con coberturas útiles para DPT3 (o Penta3) es bastante bajo en todos los países andinos (Ecuador: 24%; ver cuadro 14 y gráfico 35), aunque también es una realidad generalizada en los demás países latinoamericanos, con la excepción de Cuba, que tiene mejores indicadores de inmunizaciones.

Cuadro 14.

Cobertura de Inmunizaciones en América Latina y países seleccionados, 2018.

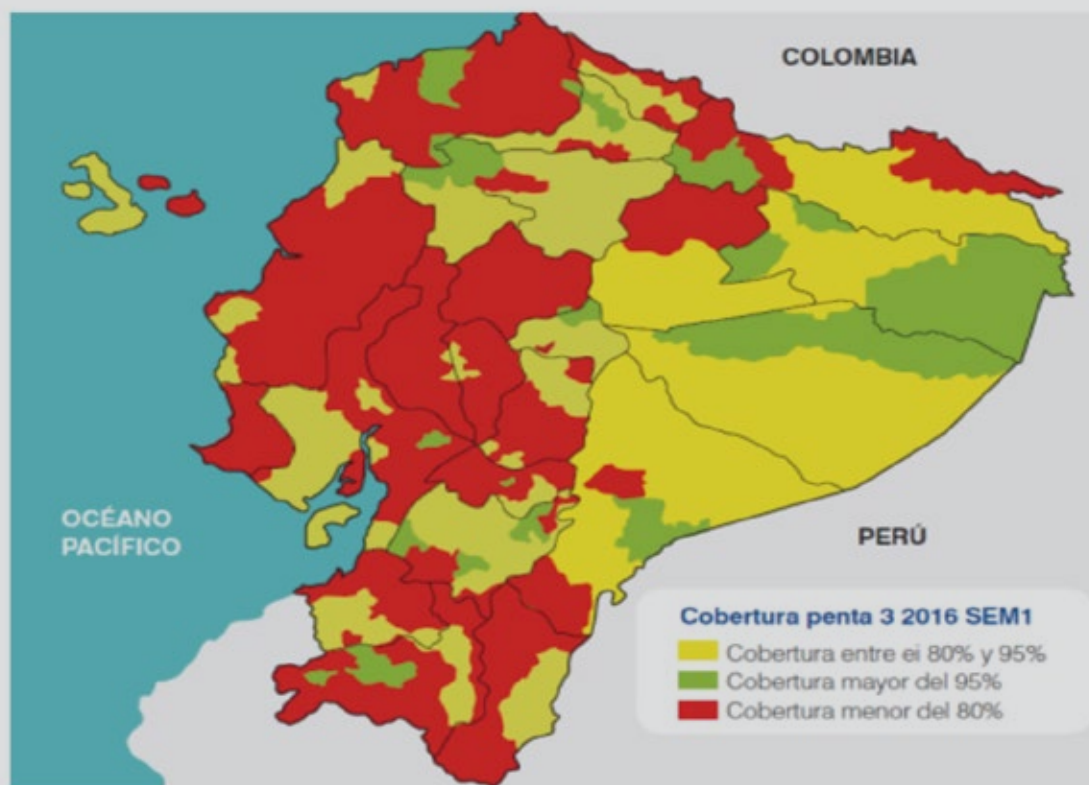
País o región	BCG	Polio3	DPT3	Rotavirus	PCV3*	SRP1	Municipios con cobertura de DTP3 (3 dosis) $\geq 95\%$
Bolivia (Estado Plurinacional)	90	83	83	87	83	89	14
Colombia	89	92	92	90	94	95	52
Ecuador	90	85	85	85	85	83	24
Perú	81	83	84	85	82	85	48
Venezuela (República Bolivariana)	92	53	60	18 (2017)	7 (2016)	74	20
Cuba	100	99	99	N/A	N/A	100	88
América Latina	93	85	85	79	81	89	45

*PCV, neumococo.

Fuente: OPS. Indicadores básicos 2019.

Gráfico 35.

Ecuador: cobertura de vacunación con Penta-3 por cantón, 2016.



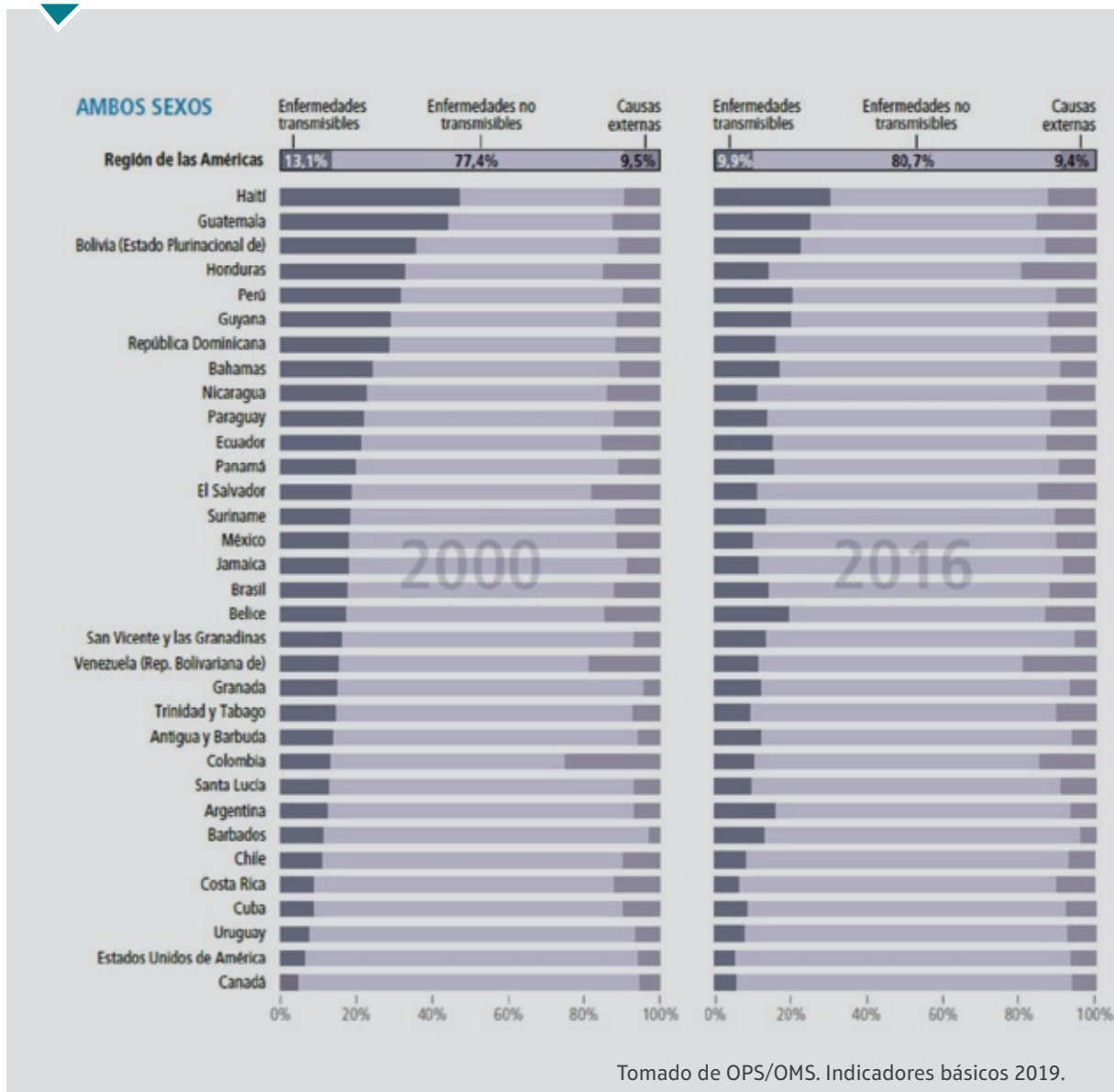
Fuente y elaboración: Dirección de Evaluación de Políticas Públicas (Senplades) y Ministerio de Salud Pública (MSP).
Tomado de: MSP, SENPLADES, OPS/OMS 2017.

Esta situación se refleja en la carga de las enfermedades infecciosas como causa de muerte en los países de las Américas (gráfico 36). Aunque para 2016 había disminuido en

relación al año 2000, sigue siendo significativa en muchos países. En gran medida, esta carga recae más sobre la población infantil.

Gráfico 36.

Mortalidad por grandes grupos de causas en países de las Américas, 2000 y 2016.



A mediados de la década de 2010 se realizó un proceso de transición del PAI hacia la ENI, que implicó no sólo un cambio de nombre, sino la dispersión de la estructura organizativa, con varias consecuencias negativas. Técnicos que trabajaron durante períodos largos en el PAI consideran que

los factores que ocasionaron la disminución de las dosis aplicadas pueden ser varios, empezando porque el PAI no es visi-

ble en la estructura organizacional como un programa que ha dado tantos réditos en salud pública y que requiere mantenerse como una prioridad nacional, así como por el cambio en la planificación administrativa de la gestión organizacional desde las provincias a las zonas y distritos, desubicando los recursos formados y capacitados en el PAI y sobreponiendo funciones y responsabilidades con otras

actividades y con las estrategias de prevención y control (TB, VIH, rabia, promoción, vacunas, tamizaje, ayudas técnicas, entre otras). A lo anotado se suma que el manejo de las vacunas pasó a otra dirección encargada de distribuir las vacunas sin criterio de utilización o desperdicio; la reposición de biológicos se hace en base a saldos existentes y no a programación, lo que ocasiona la pérdida de stock con los consiguientes efectos. La supervisión a través de zonas, distritos y unidades es errática e insuficiente para todos los programas⁸⁰.

Sin embargo, y visto como un proceso de largo plazo, es evidente que, a pesar de todas las dificultades del PAI a lo largo de su historia, ha contribuido significativamente a la salud pública y a la disminución de la morbilidad y mortalidad infantil en particular. En la misma entrevista, los exfuncionarios añaden que

hasta finales de 1980 el sarampión figuraba entre las primeras diez causas de muerte infantil en Ecuador. Quedan lejanos y olvidados los años cuando esta enfermedad era un flagelo en la salud de los niños. Gracias a las diferentes estrategias de vacunación a varios grupos de población, se controló y mantuvo la ausencia de casos autóctonos. El último caso autóctono en Ecuador se registró en 1996. Al inicio, los casos afectaban más a los niños menores; conforme disminuían los susceptibles en este grupo, por la inmunidad adquirida o por la vacunación, se presentaba en los niños escolares y después en adultos jóvenes.

Similar circunstancia se observó en rubéola, con el agravante de que cuando circulaba entre mujeres en edad fértil y estas se embarazaban, la consecuencia era fatal por el nacimiento de niños con Síndrome de Rubeola Congénita, con un gran costo social para la familia y el Estado. El último caso de SRC documentado en Ecuador fue en 2004. Para el control y eliminación de rubéola y SRC se realizó la campaña de vacunación a la población de 6 meses a 39 años.

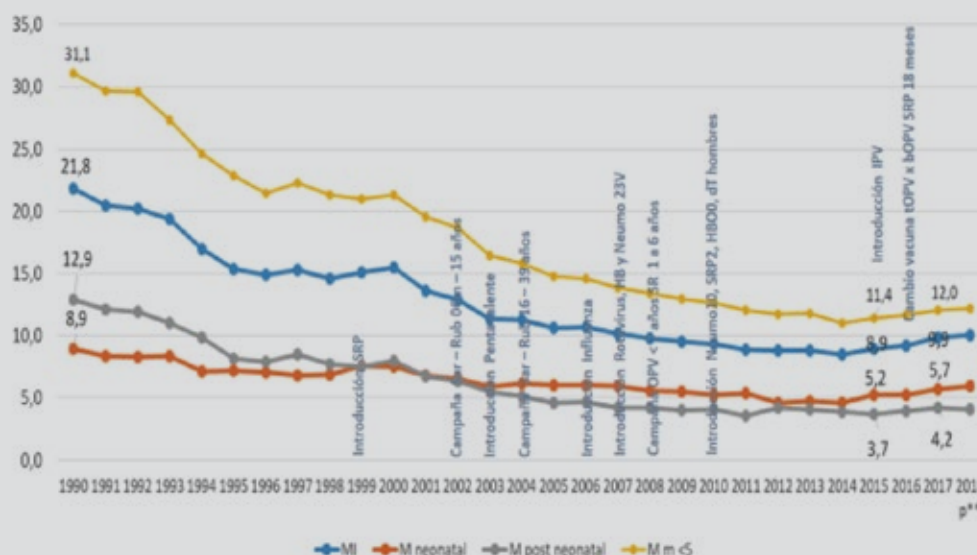
Esto es historia, así como lo fue el impacto de las campañas de vacunación contra la poliomielitis, enfermedad que dejaba niños con parálisis residual. En el año 1991 se registra el último caso de poliomielitis en el Ecuador. Igual sucedió con la eliminación del tétanos neonatal: el último caso se presentó en 2018. También hay que señalar la ausencia de casos de difteria cepa toxigénica desde 1994 y 1995. Todo ello ha influenciado también en la disminución de la mortalidad infantil por causas inmunoprevenibles.

Conforme se introducía una vacuna y aumentaba su cobertura, era evidente el impacto en la disminución de egresos hospitalarios y en la reducción de la mortalidad infantil (gráfico 37). Al relacionar la incorporación de las vacunas al esquema nacional con la mortalidad infantil, vemos que hasta 2014 hay una tendencia lineal de disminución. A partir de entonces se produce un incremento no significativo.

80 Entrevista con exfuncionarios del PAI.

Gráfico 37.

Tendencia de la Mortalidad <5 años), Mortalidad Infantil, Mortalidad Neonatal y Mortalidad Post Neonatal en el Ecuador, 1990-2018 (número de defunciones por 1000 nv). Añadidos los años de introducción de vacunas y estrategias de vacunación.



p**) 2018 cifras provisionales, sujetas a ajustes por registros posteriores.

Fuente: INEC. Tabulados de series históricas de nacimientos y defunciones, 2018.

El impacto de la introducción de las vacunas en el esquema del programa regular de inmunizaciones y de las diferentes estrategias de vacunación en la disminución de la mortalidad infantil es notorio.

En adición a lo señalado, se puede analizar el porcentaje de los egresos hospitalarios en menores de 5 años con el total de egresos hospitalarios entre 2005 y 2015. En 2005 se reportan 130.105 egresos en menores de 5 años, que representan el 16,2% de los egresos totales; en 2015 los egresos en menores de 5 años son 141.628, que representan el 13,5% de los egresos totales. La diferencia de proporciones entre esos años, con un valor de $p = 0.015$, es estadísticamente significativa. Es decir, la disminución de la morbilidad infantil se debió a la introducción de las vacunas pentavalente, neumococo

y rotavirus, sumadas al resto de medidas que contribuyen a su disminución.

En concordancia con lo descrito, el impacto de la introducción en 2003 de las vacunas pentavalente (que tiene entre sus componentes el haemophilus influenzae tipo B), de la vacuna para neumococo en 2010 (PCV10) y de la vacuna rotavirus ha sido estudiado por Torres y colaboradores. Se corroboró la disminución de la mortalidad infantil. Entre 2005 y 2016 se observó una reducción en mortalidad del 49% (IC95%:45,51) por neumonía, 48% (IC95%:33,59) por enfermedad neumocócica invasiva y 70% (IC95%:67,73) por gastroenteritis entre el período anterior y el posterior a la vacunación. Los resultados muestran una tendencia a la reducción de las muertes relacionadas con esas tres

enfermedades en niños ≤ 5 años después de la implementación de cada vacuna en todo el país. Otras intervenciones y mejoras socioeconómicas también pudieron contribuir a la reducción y deberían ser exploradas con análisis adicionales⁸¹.

La evaluación internacional de la ENI, realizada en 2017⁸², concluye lo siguiente a manera de retos y recomendaciones⁸³:

- En la transición del PAI a la ENI se realizó una desagregación de funciones y responsabilidades a diferentes actores en el MSP: Vigilancia Epidemiológica, Estadística, Talento Humano, Primer Nivel de Atención, Dirección de Hospitales (maternos), Administración y Medicamentos, Promoción y Comunicación. En su implementación existe una falta de articulación entre las diferentes instancias. Se requiere fortalecer la capacidad de coordinación entre todos los actores y niveles.
- El MSP debería poner mayor énfasis en fortalecer la estructura orgánica, talento humano con estabilidad en todos los niveles para asegurar el cumplimiento de las metas en inmunizaciones y vigilancia epidemiológica, establecer mecanismos de coordinación intrainstitucional, interinstitucional e intersectorial.
- En términos absolutos, la inversión en la ENI ha aumentado (incorporación de nuevas vacunas más costosas), pero la proporción en el presupuesto general de salud ha disminuido. De 2,9% del presupuesto en el 2010 a 1,6% en el 2014. Falta asignación presupuestaria de manera sostenible para las actividades operativas de la vacunación, como la capacitación y la supervisión/monitoreo.
- Hay un descenso progresivo de las coberturas de vacunación en los últimos cuatro años. Se usa como referencia las dosis aplicadas de Penta 3 y Polio 3.
- Se observa discrepancias entre los denominadores oficiales del país y los que utiliza el MSP para la construcción del indicador de cobertura de los años 2010 a 2013.
- La distribución de la población por distritos (con base en variables como cobertura de BCG, Td y atenciones de primera vez), evidenció inconsistencias, lo que requiere una revisión de la metodología con el apoyo del INEC.
- Debido al gran cúmulo de susceptibles en las cohortes de los últimos años, se requiere con urgencia implementar un plan de contingencia para mejorar las coberturas de vacunación a corto plazo y disminuir el riesgo de transmisión de enfermedades inmunoprevenibles (MSP, SENPLADES, OPS, 2017).

81 Entrevista con exfuncionarios del PAI.

82 MSP, SENPLADES, OPS/OMS, 2017.

83 Resumen de algunas de las recomendaciones más generales de la evaluación, especialmente relevantes para este documento. Otras son recomendaciones técnicas más específicas por componente.

Disminuir la mortalidad neonatal, el desafío mayor

Al iniciar la tercera década del siglo XXI, la disminución de la mortalidad neonatal es el mayor desafío para la salud infantil en muchos países, aun en los más desarrollados. Si bien es cierto que en el Ecuador sigue siendo significativa la mortalidad post neonatal⁸⁴, sobre todo en ciertos territorios y en poblaciones como la indígena, el desafío más importante y difícil de resolver en esos mismos grupos específicos y a nivel nacional es la mortalidad neonatal.

En 2017 el INEC registró en todo el territorio nacional 4.108 defunciones de niños menores de cinco años. De estas, 3.354 (81,6%) correspondieron a niños menores de un año (muertes infantiles). Dentro de las muertes infantiles, 1.916 ocurrieron en niños recién nacidos y de hasta 28 días de edad (muertes neonatales, equivalentes al 57,1% de las infantiles). De entre las muertes neonatales, 1.348 (70,4% de las neonatales) ocurrieron

cuando los niños tenían hasta 7 días de edad (muertes neonatales tempranas).

En total, de las 4.108 defunciones de menores de cinco años, la tercera parte (32,8%) ocurrió dentro de los primeros siete días de vida. Y si se hila más fino, 396 defunciones ocurrieron en las primeras 23 horas de vida de esos niños. Ello da cuenta de qué tan frágil es la vida de un recién nacido en sus primeras horas y días. Si a ello se suman las defunciones fetales (1.872 registradas en 2017, pero posiblemente más con las no registradas), es evidente que la vida de los seres humanos en lo que se denomina período perinatal⁸⁵ está expuesta a enormes peligros.

Las cinco primeras causas de muerte infantil en el período 2013-2017, que en conjunto significan el 43,7% de las muertes infantiles, han sido causas perinatales (ver cuadro 15). En el anexo I están las causas completas de la lista condensada 67B de la CIE-10 para los años 2013-2017.

Cuadro 15.

Cinco primeras causas de mortalidad infantil, período 2013-2017.

Causa 67B CIE-10	2013	2014	2015	2016	2017	total 2013-2017	% 2013-2017	43,66%
042 Dificultad respiratoria del recién nacido.	282	418	517	491	497	2.205	14,29	
052 Malformaciones congénitas del corazón.	238	273	269	255	301	1.336	8,66	
055 Otras malformaciones congénitas.	261	219	300	257	279	1.316	8,53	
045 Sepsis bacteriana del recién nacido.	105	162	186	220	271	944	6,12	
048 Resto de afecciones perinatales.	182	149	174	216	215	936	6,06	
Resto de causas.						8.695	56,44	
Total defunciones infantiles.	2.928	2.920	3.099	3.132	3.354	15.433	100,00	

Fuente: INEC, bases de datos de nacimientos y defunciones 2013-2017.

84 En 102 de los 221 cantones del país (46,25), la mortalidad post neonatal continúa siendo alta en el quinquenio 2013-2017; supera el 50% de muertes post neonatales dentro de la mortalidad infantil.

85 La definición de la CIE-10 de la OMS es: El período perinatal comienza a las 22 semanas completas (154 días) de gestación (el tiempo cuando el peso al nacer es normalmente de 500 g) y termina siete días completos después del parto.

Si en esas circunstancias de la fragilidad de la vida la madre está desnutrida, tiene carencias de micronutrientes específicos como en la anemia, está expuesta a diferente tipo de amenazas y daños, incluida la violencia, si sus condiciones socioeconómicas le impiden tener un embarazo o un parto adecuados, si no tiene opción de acceder a los servicios de salud que demanda su situación, si hay condiciones que ya afectan su propia salud (como pre eclampsia o hemorragias intrauterinas), la posibilidad de que el niño sobreviva disminuyen significativamente. Además, se incrementa el riesgo para la madre. Es por ello que están tan ligadas la salud y las posibilidades de sobrevivencia de la madre y de su(s) hijo(s).

Las parteras tradicionales y los médicos especialistas en pediatría, neonatología o gineco-obstetricia, o de otras áreas como la salud pública, conocen perfectamente esta situación. Las madres también, y con mayor razón. Cada embarazo y cada parto, siendo hechos fisiológicos, conllevan la necesidad de contar con un cuidado especial, un plan de cuidado del embarazo y del parto que garanticen la vida y la salud de la madre y el niño.

En este principio de protección de la vida bajo condiciones especiales se han basado las diferentes políticas, programas y acciones de salud materna y neonatal. Por ello se desarrollaron conceptos como el de “binomio madre-hijo”, que ha caracterizado a los cuidados que benefician a ambos, aun cuando, en la práctica, esas políticas y programas no han alcanzado el efecto deseado.

A lo largo de la historia de la salud pública ecuatoriana se han desarrollado o adoptado diferentes estrategias, programas e iniciativas para la salud neonatal. Algunas de las más visibles en las últimas décadas han sido, entre otras:

- Sistema Informático Perinatal (SIP) y tecnologías perinatales, que en realidad son un aporte tecnológico y parte de una filosofía de salud perinatal para vigilar y mejorar la calidad de estos servicios.
- Modelo de Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE), que incluye indicadores de oportunidad y calidad de la atención.
- Componente neonatal de la AIEPI.
- Plan de reducción acelerada de la mortalidad materna y neonatal (MSP, 2008).
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Neonatal, que se desarrolló junto con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna, pero que no ha logrado fortalecerse y mantenerse como este último. No es lo mismo investigar y vigilar individualmente alrededor de 200 muertes maternas al año que 1.900 o 2.000 muertes neonatales.
- Planes y normativas de salud neonatal⁸⁶.
- La salud neonatal es destacada también dentro de las recientes iniciativas de protección de los primeros mil días de vida (MIES, 2017).
- También vale destacar iniciativas más específicas y relevantes como el Plan Canguro, que desde experiencias latinoamericanas salvó muchas vidas, cubriendo con éxito la insuficiencia de incubadoras y termo cunas en las salas de cuidados neonatales intermedios e intensivos.

A continuación, se hace una breve referencia a los beneficios de dos de ellas: el Sistema Informático Perinatal y el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial, que en gran medida se relacionan con las demás estrategias.

86 Como la Guía de intervenciones perinatales basadas en evidencia para la reducción de la mortalidad neonatal; Norma y Protocolo Neonatal; Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materna-Neonatal; Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial CONE.

Sistema Informático Perinatal (SIP)

El SIP⁸⁷ es un soporte técnico importante para los servicios de salud que atienden mujeres con embarazos, partos, postparto y niños recién nacidos. No es en sí un programa de salud neonatal.

Permite identificar indicadores fundamentales para la toma de decisiones clínicas y administrativas en los servicios de perinatología, aportando de esta manera a la salud y sobrevivencia de las madres y los neonatos. A manera de ejemplo exitoso de la utilización del SIP en el servicio de neonatología de un hospital, el profesor Gabriel Ordóñez⁸⁸ y otros profesionales del Hospital Carlos An-

drade Marín recuperan aspectos importantes de la reproducción humana a partir del reporte de ocho años del SIP⁸⁹.

El cuadro 14 resume algunos de los indicadores básicos que arroja el SIP en ese hospital, con datos de los años 1995 al 2002. Allí se destaca realización de cesáreas en 42,3% de los casos (lo cual, sin duda, es un abuso de esa práctica, incluso más acentuada en los hospitales privados), e indicadores de bajo desarrollo para la edad gestacional, prematuridad, bajo y muy bajo peso al nacer, mortalidad perinatal, fetal, neonatal precoz y materna hospitalaria (ver cuadro 16).

Cuadro 16.

Hospital Carlos Andrade Marín, SIP. Indicadores básicos del período 1995-2002.

Indicador	Cantidad	Tasa
Recién nacidos - RN vivos	36.422	-
Terminación cesárea (%)	15.657	42,3
Pequeño para la edad gestacional - PEG (%)	9.147	25,1
Bajo peso al nacer - BPN (%)	5.028	13,8
Muy bajo peso al nacer - MBPN (%)	542	1,5
Prematurez (%)	3.802	10,4
Mortalidad perinatal (por mil)	592	16,1
Mortalidad fetal (por mil)	378	10,3
Mortalidad neonatal precoz (por mil)	210	5,8
Mortalidad materna hospitalaria (por cien mil)	18	49,4

Tomado de Ordóñez G. y otros "Caracterización resumida del Ecuador contemporáneo y aspectos importantes de la reproducción humana. Hospital Carlos Andrade Marín del IESS. Reporte de 8 años con el Sistema Informático Perinatal (SIP)", 2004.

87 El SIP y las tecnologías perinatales fueron desarrolladas por el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP), centro técnico especializado de la OPS/OMS ubicado en el Hospital de Clínicas de Montevideo, Uruguay.

88 Médico pediatra neonatólogo. Exprofesor de Pediatría de pregrado y postgrado de la UCE y la USFQ. Exdirector de la Escuela de Graduados de la UCE. Exmédico tratante de los servicios de Perinatología y Neonatología de los hospitales HCAM y Vozandes de Quito.

89 Ordóñez y otros, 2004.

Es evidente que las características definidas como pequeño para la edad gestacional (25,1% de los casos), prematuridad (10,4% de los casos), bajo peso al nacer (13,8% de los casos), o más aún muy bajo peso al nacer (1,5% de los casos), impactan en la mortalidad precoz de los neonatos (5,8 x 1000 nv).

Ello incluso conociendo que a los servicios del IESS acuden personas de una condición social mediana, trabajadores estables con afiliación o afiliados voluntarios con una cierta calificación laboral ("estratos medios y bajos de la población", como lo definen los autores) y no la población de estratos más populares. Esta última se atiende en los servicios públicos del MSP, en los servicios municipales (los Patronatos) o en los servicios asistenciales de las iglesias y las organizaciones no gubernamentales.

El Estudio del HCAM (2004) termina con algunas conclusiones y comentarios, de los cuales se reproduce algunos fragmentos:

El Ecuador vive una etapa prolongada de problemas que han repercutido de modo negativo en los indicadores de salud, algunos muestran un retroceso (mortalidad materna) y la mayoría un estancamiento significativo (mortalidad infantil, mortalidad neonatal, mortalidad fetal).

Hace falta concertación política y la decisión enérgica y comprometida de las mayorías para encaminar el presente y el futuro de su población por senderos de bienestar y de progreso. (...) Se tiene que y se debe buscar un sistema de rendición de cuentas para que los mandatarios presenten ante sus mandantes los resultados de su gestión con el propósito de aprobarlos o desaprobarlos aplicando incentivos y sanciones según los casos. De alguna manera hay que liquidar la inequidad, la injusticia y los desequilibrios causantes de graves daños a la salud y la educación, especialmente.

El hospital tiene una carga de problemas, en materia de reproducción humana, que lo colocan como un servicio de riesgo intermedio. (...) la población atendida en esta unidad muestra, por algunas razones, condiciones menos malas que las ecuatorianas usuarias de los servicios de salud públicos. La consecuencia lógica es la menor incidencia de problemas graves capaces de afectar el presente y el futuro de los niños nacidos en su seno. En todo caso es importante mencionar el porcentaje alto de niños pequeños para la edad gestacional, portadores de desnutrición fetal, vistos a lo largo de estos años (25,1%). Varios investigadores hablan acerca de los efectos dañinos permanentes sobre aspectos del desarrollo cerebral, la capacidad cognitiva, el comportamiento y el crecimiento somático provocados por la desnutrición en épocas tan vulnerables de la vida humana. (...) hay pruebas muy sugerentes de las alteraciones neurocognitivas observadas en niños de muy bajo peso al nacer.

Solo la solidaridad (Seguro Social Ecuatoriano) permite tener los ingentes recursos económicos necesarios para mejorar la calidad de la reproducción humana y ofrecer al país niños de buen peso al nacer, sin asfixia, sin hipoxia perinatal, con cerebros intactos o casi intactos, que puedan, en el futuro, enfrentar con creatividad y con éxito el aprendizaje y la práctica, de las crecientes complejidades de la ciencia y la tecnología. (Ordoñez, 2004, págs. 32 y 33)

El SIP y las tecnologías perinatales, lamentablemente, no se implementaron en todos los servicios públicos del MSP, del IESS y de otras instituciones públicas o privadas, incluidas las de beneficencia. Muchos funcionarios del MSP, y posiblemente de otras instituciones, obstaculizaron y hasta se opusieron al SIP y a las tecnologías perinatales, con pretextos inentendibles como aquel que señalaba

que se trataba de modelos impuestos desde afuera. Sus detractores tampoco pudieron ofrecer otras alternativas, no tenían posibilidades ni capacidades para hacerlo, pero

retrasaron o negaron el uso de valiosas herramientas para mejorar la salud y salvar las vidas de madres e infantes neonatos.

Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE)

La estrategia CONE se basa en experiencias previas en América Latina y otros países del mundo. Se la aplicó incluso en el Ecuador, en especial en la provincia de Cotopaxi, con la URC-CHS⁹⁰. Pese a que en varios documentos normativos anteriores, especialmente en el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal⁹¹, se menciona explícitamente el CONE, es en 2013 que el MSP emite la norma CONE⁹². En la introducción de este instrumento normativo se señala lo siguiente:

La estrategia de Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) está basada en la premisa de que una proporción no predecible de mujeres embarazadas, parturientas y durante el puerperio desarrollan complicaciones obstétricas que, en su mayoría podrían ser detectadas y evitadas; por lo tanto, requieren acceso a cuidados obstétricos y neonatales esenciales rápidos y de calidad con el fin de salvar sus vidas y prevenir morbilidad a largo plazo. Asimismo, una proporción de recién nacidos/as tendrá problemas relacionados con prematuridad, asfixia, bajo peso e infecciones, mientras que otros, habiendo nacido sanos/as desarrollarán procesos infecciosos o metabólicos en los primeros 28 días, que pondrán en riesgo su vida.

Las modalidades de aplicación del CONE están basadas en estudios y recomendaciones internacionales y están siendo implementadas con adaptaciones locales en muchos países en desarrollo. La experiencia en la provincia de Cotopaxi Ecuador, y otros países ha mostrado que CONE coloca en el centro a la red de servicios y no a un tipo de servicio de salud específico. Tradicionalmente se pensaba que el manejo de las complicaciones era solo la responsabilidad de los hospitales y especialistas. La experiencia CONE muestra que muchas complicaciones pueden ser prevenidas o detectadas a tiempo si se involucra a la familia, la comunidad, y se vinculan en red y en forma efectiva los servicios de salud del primer nivel, hospitales distritales y hospitales generales de segundo nivel e incluso, por referencia, a los del tercer nivel. El concepto de red de servicios incluido en el nuevo modelo Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud de atención integral define red de servicios con todos estos elementos sobre la base del Sistema Nacional de Salud existente.

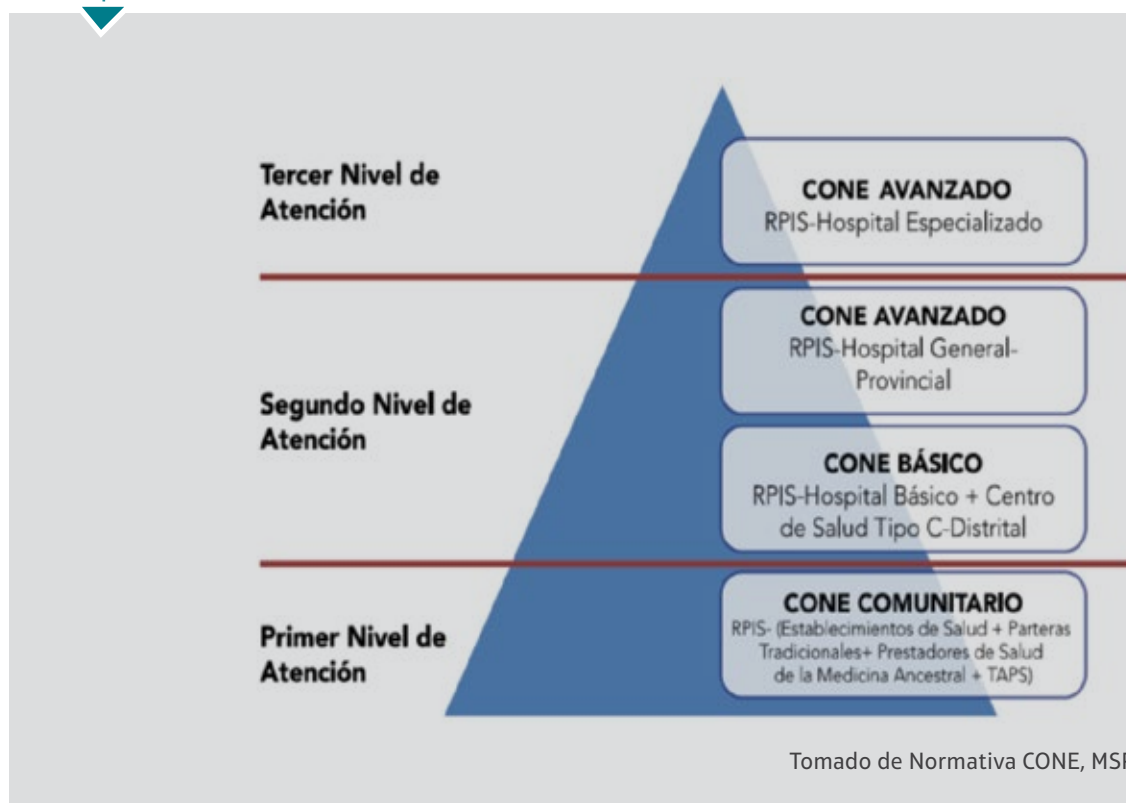
El CONE se estructura en tres componentes: comunitario, básico y avanzado (gráfico 38), que se adaptan a los niveles de atención normados en el Sistema Nacional de Salud.

90 University Research Co., LLC/Center for Human Services.

91 MSP/CONASA, 2008.

92 MSP, 2013.

Gráfico 38.



En cada uno de sus componentes, las acciones operativas correspondientes a la atención del parto y el nacimiento se resumen en:

CONE Comunitario

- Conocer, monitorear y vigilar el adecuado desarrollo de la labor de parto, la atención del parto en libre posición y del recién nacido con pertinencia cultural, tanto en el parto normal como en sus complicaciones.
- En caso de detección de señales de peligro durante el parto y nacimiento, asegurar la referencia inmediata de la madre y/o el RN mediante la activación del Plan de Emergencia Familiar y Comunitario.
- Garantizar que el recién nacido sea atendido mediante el secado, abrigo, mantenimiento del contacto con su madre (mejor piel a piel), el pinzamiento oportuno del cordón umbilical (cuando deje de latir) y el inicio de la lactancia materna exclusiva inmediata (no excediendo de la primera hora de vida).
- Refiere y asegura la referencia neonatal para control de evaluación e inclusión en los programas de salud correspondientes (esto incluye cedulação, apertura de HCU-Carnet de Salud y tamizajes en la unidad de salud que le corresponda).
- Promover las prácticas saludables de lactancia materna exclusiva, aseo y cuidado del neonato/a, vacunación correspondiente y control del niño sano.

CONE Básico

- Aplica las normas, guías de práctica clínica, manuales de atención de parto y protocolos técnicos para la atención del parto normal y el manejo de complicaciones obstétricas y neonatales vigentes.
- Vigila el trabajo de parto y atención del parto vaginal con partograma. Administra cuando se requiere antibióticos inyectables, oxitocina, anticonvulsivantes inyectables.
- Atención del parto vaginal asistido por personal calificado. Procedimientos como episiotomía, sutura de desgarros y retiro manual de placenta en casos estrictamente necesarios.
- En caso de emergencia durante el parto o nacimiento (problema obstétrico o neonatal), realiza la transferencia a un nivel de mayor complejidad.
- Nacimiento atendido por una persona capacitada.
- Atención inmediata del recién nacido: secado, abrigo, pinzamiento oportuno del cordón umbilical, examen físico del RN, administración de vitamina K, profilaxis ocular. Reanimación neonatal en caso necesario.
- Apego inmediato y prevención de hipoglucemia (lactancia dentro de la primera hora).
- Uso de antibióticos para control de sepsis neonatal.
- Cuidados esenciales del RN y neonato: ojos y cordón umbilical, inmunizaciones, dormir en decúbito supino, tamizaje neonatal, inscripciones y otros.
- Reconocimiento temprano de signos de peligro (enseñar a los padres los signos de peligro).

- Transporte de emergencias neonatales y su vinculación con el Sistema Nacional de Emergencias (SIS ECU 911).
- Se complementará con inscripción en el Registro Civil, cedulação, apertura de HCU y se proporcionará el Carnet de Salud de la Niñez y los tamizajes.
- Promover el cumplimiento de lactancia materna exclusiva, aseo y cuidado del neonato/a, vacunación correspondiente y control de niño sano.

CONE Avanzado

- Realiza actividades de CONE básico y, además, atención de cesáreas por compromiso de la vida materna o fetal. Dispone y aplica hemocomponentes en caso de requerirse. Dispone de equipo de anestesiología y especialista médico.
- Aplica a los neonatos de riesgo reanimación avanzada con intubación y uso de medicamentos, ventilación asistida en cualquier modalidad, abordaje de vías centrales y administración de soluciones intravenosas. Cuidados especializados del neonato complicado según la norma de atención neonatal (MSP, 2013).

Concluyendo

La estrategia CONE constituye una propuesta integradora de la atención de las madres y los recién nacidos, tal como lo propone también la AIEPI (que, sin embargo, ha sido más exitosa en niños de 2 meses a 4 años). En cierta medida, la CONE viene a cubrir las deficiencias que ha tenido la implementación de la estrategia AIEPI en niños más pequeños. La AIEPI no se ajustó a la clasificación de niños neonatos y post neonatos, sino que consideró al grupo de atención hasta los 2

meses, ante el supuesto de que hasta esa edad puede haber complicaciones graves en los niños. Ese es un primer desacuerdo entre las dos estrategias, ambas promovidas oficialmente por el MSP, lo que puede producir una confusión a nivel operativo.

Tal vez lo más importante de destacar de la estrategia CONE, es que:

- Asume la integralidad de la atención a neonatos y la articula con la atención a la madre.
- Es una propuesta de mejoramiento de la calidad de la atención (círculos de mejoramiento continuo de la calidad).
- Considera de manera explícita la participación comunitaria y la coordinación con agentes comunitarios de salud, como las parteras; donde se ha aplicado ha tenido buenos resultados.
- No es una propuesta para un servicio aislado, sino que considera toda la red (o re-

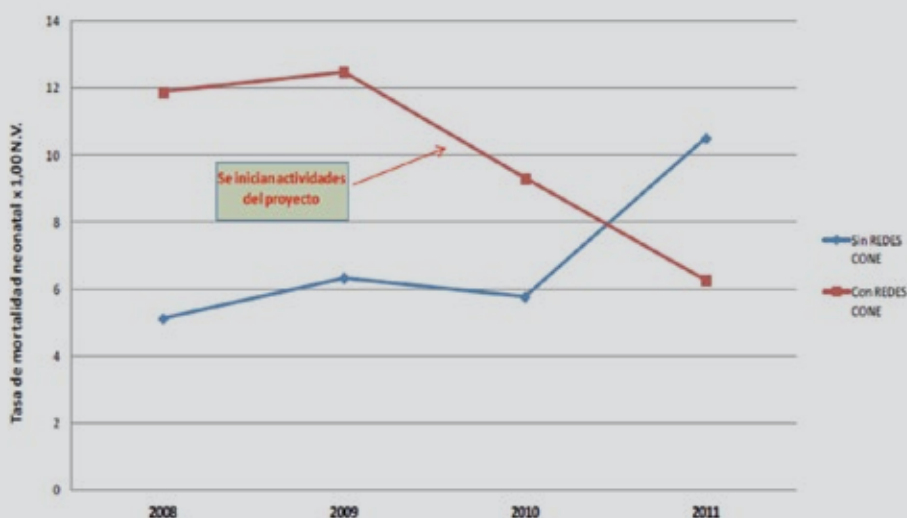
des) de atención y los diferentes niveles, con normativas específicas para cumplirse y evaluarse a nivel comunitario, básico y avanzado.

Entre sus limitaciones se puede mencionar que no coordina adecuadamente con otras estrategias igual de importantes implementadas por el mismo MSP, como la AIEPI, el SIP y las tecnologías perinatales, aunque utiliza algunas de sus herramientas. Una muestra de ello es que se admite la posibilidad de episiotomía durante el parto, intervención que es rechazada por las tecnologías perinatales propuestas por el CLAP bajo el supuesto de que un desgarro será menos grave que una episiotomía, peor aún si es mal ejecutada.

En una evaluación en la provincia de Cotopaxi se midió el impacto en la mortalidad neonatal del modelo Redes CONE (gráfico 39) en los cantones donde se la implementó, haciendo una comparación con aquellos de la misma provincia que no contaban con el modelo. Los resultados parecen ser exitosos.

Gráfico 39.

Tasas de mortalidad neonatal x 1,000 Nacidos Vivos. Cantones sin modelo REDES CONE (Latacunga, La Maná, Pangua) y con modelo REDES CONE (Pujilí, Salcedo, Saquisilí y Sigchos). Cotopaxi, Ecuador, 2008-2011.



Tomado de Normativa CONE, MSP, 2013.

Ximena Gudiño, una de las técnicas de URC que participó en la implementación de la estrategia CONE en la provincia de Cotopaxi desde un enfoque de Derechos Humanos, ve la experiencia de esta manera:

Tuve el privilegio de ser parte de una experiencia en la que se conjugaron voluntades, recursos y compromisos para promover la salud y la vida de la población más pobre de la provincia de Cotopaxi.

En el año 2010 arrancó la implementación de la Red Interinstitucional e Intercultural de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales, CONE, en Cotopaxi. Se hizo en medio de un panorama alarmante, porque el año anterior se había registrado la muerte de siete madres al momento del parto y la de 52 neonatos. Para enfrentar este panorama, la Red CONE desarrolló estrategias encaminadas a mejorar el acceso y la calidad de la atención que reciben las usuarias de los servicios de salud, así como aquella que brindan los agentes comunitarios de salud en la provincia.

Entre los pilares fundamentales sobre los que se asentaron estas estrategias está la participación social y la mejora de conocimientos sobre prácticas en el hogar, que aporten al cuidado de la madre en las etapas de embarazo, parto y posparto, así como del recién nacido. Se promovió la demanda de atención (basada en la evidencia) a nivel comunitario y en los establecimientos del sistema de salud.

Una de las estrategias desarrolladas fue la Comunicación para el Cambio de Comportamientos (CCC), ejecutada a través de una minga de voluntades y recursos estatales, privados y comunitarios.

La entonces Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi (DPSC) facilitó la incorporación de profesionales de distintas disciplinas, que integraban las áreas de salud de la provincia. Las organizaciones no gubernamentales dedicadas a la promoción de la salud hicieron lo propio. Las organizaciones sociales y el personal de salud comunitario también contribuyeron en esta acción. Las emisoras privadas, estatales y comunitarias se sumaron a la estrategia a través de la difusión de mensajes sobre aspectos claves para la vida de las madres y de los recién nacidos de la provincia.

El componente de CCC desarrollado en la Red CONE Cotopaxi, a más de apuntalar conocimientos, actitudes y prácticas en los hogares, también favoreció el empoderamiento de las mujeres, las familias y la comunidad en defensa del derecho a la salud y a la vida de las madres y de los recién nacidos. Con la finalidad de apostarle a la vida de las mujeres y de los recién nacidos de la provincia de Cotopaxi, al cabo de cuatro años de intervención de la Red CONE, se registró una reducción de la muerte neonatal en 50% en los cinco cantones en los que el proyecto se ejecutó.

Quedaron muchos asuntos pendientes; sin embargo, los aprendizajes logrados sirvieron de base para expandir la experiencia a nivel nacional. El apoyo técnico para la mejora de la calidad de atención, junto con un fuerte involucramiento de los actores comunitarios y sociales como soporte al quehacer del Estado, favorecen el cumplimiento de las responsabilidades del ente garante de los derechos humanos⁹³.

93 Entrevista con Ximena Gudiño Cisneros, comunicadora social y activista de Derechos Humanos, responsable del componente de comunicación y participación social del equipo técnico de University Research Co., instancia no gubernamental que apoyó al MSP en la implementación de la estrategia CONE para reducir la muerte materna y neonatal en la provincia de Cotopaxi.

Se espera que el CONE se pueda implementar en todo el país, especialmente en aquellos cantones con indicadores más graves de mortalidad neonatal y mortalidad materna. Se trataría de un nuevo intento, luego de haber ensayado la implementación de otras ini-

ciativas como la AIEPI Neonatal y el SIP, con los cuales no hay contradicción; al contrario, son complementarios. La mejor forma de saber a futuro si se ha logrado esa implementación en forma adecuada, será la reducción de las mortalidades materna y neonatal.

COROLARIO del capítulo: el desafío de los primeros 21 meses de vida

A manera de corolario, se recoge la reflexión de Gabriel Ordóñez sobre el tema. Con su experiencia de neonatólogo y docente, además de su inclinación a reflexiones filosóficas, históricas y sociales, hace un recuento de este especial momento de la vida humana⁹⁴. De alguna manera, y aunque siempre puede haber divergencias en algún punto, esta reflexión resume lo que la salud pública espera para mejorar la salud y la sobrevivencia de los recién nacidos y, en general, de los niños en el Ecuador:

De la vida de los seres humanos, considero que los meses más importantes son sus primeros 21, los 9 que transcurren en la gran mayoría de embarazos y los primeros 12 de su vida posnatal. Para que la vida intrauterina transcurra en los mejores términos es recomendable tener una consulta pregestacional con el propósito de asegurar la salud de la futura gestante, sobre todo en su estado nutricional, la corrección de posible anemia y la recomendación de tomar ácido fólico para prevenir malformaciones del neuroeje. No es descabellado pensar en un futuro no muy lejano que cada ciudadano porte como cédula de identidad su genoma, y conozca antes de engendrar o concebir los posibles defectos congénitos (metabólicos o malformativos) que podría transmitir a su descendencia,

sea como carácter dominante, recesivo o ligado al sexo.

[Hay que] captar a la gestante para persuadirle de acudir a un control prenatal que no debería, en la mayoría de los casos, exceder de cinco controles convenientemente repartidos a lo largo de la gestación, y que cumpla en cada ocasión ciertas actividades obligatorias (estimación de la edad gestacional sobre la base de la fecha de la última menstruación, tensión arterial, peso, altura del fondo uterino, etc.) Cuando haya la facilidad, ofrecer un estudio ecográfico que no necesita practicarse en cada control. Evitar el abuso de este procedimiento, cuya calidad y validez están ligadas a los conocimientos y experiencia del operador. No está por demás mencionar que las medidas indicadas aportarán a la disminución de la mortalidad materna, pues se detectarán con oportunidad problemas hipertensivos de la gestación, hemorragias e infecciones.

El personal para este trabajo no requiere de especialidad. A más de caro es imposible distribuir especialistas (con fuerte inclinación a practicar cesáreas) a lo largo y ancho del país. Las zonas deprimidas que sufren carencias, limitaciones y ausencias poco se benefician de atenciones profe-

94 Junto a Gabriel Ordóñez, algunos de los pediatras maestros de la Universidad Central del Ecuador que han aportado importantes reflexiones filosóficas y sociales en torno a la salud pública, y a la salud infantil en particular, están Fabián Vásconez+ y Nicolás Espinoza+.

sionales de este tipo. Las obstetrices deberían cumplir un papel muy activo, sobre todo en áreas periféricas de las grandes ciudades: ofrecer control prenatal de calidad, implementar la atención domiciliaria del parto y programas de educación sexual y anticoncepción, en especial en adolescentes. Una ventaja relacionada con esta participación sería la reducción de las infecciones con gérmenes hospitalarios de difícil tratamiento.

Al país le conviene contar con personal de enfermería capacitado para estas tareas y para la atención del parto normal domiciliario, siempre y cuando se cumplan con ciertas condiciones, una de las cuales será tener acceso a una unidad hospitalaria de segundo o tercer nivel para solventar alguna emergencia obstétrica. La enfermera, al término de su formación regular, tendrá un año de estudio y práctica para asumir esta responsabilidad. Los costos de estas medidas son asequibles y, lo que es más importante, mejorarán las coberturas.

En las comunidades distantes, o en aquellas apegadas a formas tradicionales de atención del parto, se debe ofrecer capacitación a las comadronas para lograr, en todos los casos, una atención limpia del parto con el propósito de reducir el número de infecciones maternas y fetales.

El mayor crecimiento del ser humano ocurre en el último trimestre de la gestación. Alcanza a triplicar el peso que tiene a las 28 semanas de embarazo. Es indispensable que la mujer tome de manera obligatoria el reposo prenatal para que contribuya con su alimentación y reposo al crecimiento fetal.

Lo propuesto hasta este punto contribuirá a mejorar el peso de los niños al

nacimiento. Es muy favorable tener un peso adecuado al nacer y no provocar el nacimiento antes de las 39 semanas de embarazo. Con esto, la morbilidad casi se reduce a cero. Detectar la asfixia a tiempo, el 90% de estos problemas ocurre antes de que nazca la criatura y apenas el 10% restante inicia luego de este momento. Cuando sea posible y las condiciones sean favorables, practicar la reanimación intrauterina.

Indicar siempre el apego precoz⁹⁵ con inicio de la alimentación con el seno materno desde los primeros minutos de vida. Mantener la lactancia materna exclusiva y a demanda hasta los seis meses de edad, con un adecuado seguimiento de la curva de crecimiento postnatal para identificar con oportunidad al que no crece bien y necesita ayuda. Tener un esquema de vacunaciones completo y evitar, a toda costa, los incumplimientos.

La madre debería gozar después de las doce semanas de reposo postnatal que le corresponden por ley, de trabajo a medio tiempo con remuneración completa hasta que su hijo cumpla un año. Debería establecerse un sistema riguroso de control, para evitar el mal uso de este tiempo que se le concedería para que tenga contacto permanente con su hijo, lo alimente bien, acuda a los controles programados que en estas condiciones no necesitan ser mensuales, y lo estimule en su desarrollo. La alimentación al seno debería continuar hasta el año. El complemento debería comenzar al sexto mes o antes si la curva de crecimiento se aplanan o decae.

Estos primeros 21 meses de vida son capitales para tener niños sanos con un futuro alentador.

95 Apego precoz: contacto del recién nacido piel a piel con su madre, inmediatamente después del nacimiento o en los primeros minutos de vida, luego de los procedimientos médicos necesarios, siempre que las condiciones de madre e hijo lo permitan.



4. CONCLUSIONES

La muerte de niños y niñas constituye una tragedia familiar y social en todas las culturas y grupos sociales. Está rodeada por una serie de leyendas y mitos que forman parte del imaginario popular. Uno de los hechos comunes en el contexto cultural de las muertes infantiles es la resignación, que se acompaña de la figura mítica del niño/niña ángel. Es una forma de disfrazar el gran dolor de la muerte infantil, de sanar la tragedia de la familia y la comunidad.

Muchas muertes infantiles ocurren en casa, en la intimidad familiar y comunitaria, sin conocimiento de las autoridades locales y nacionales. No forman parte de los registros. Este hecho, que en ocasiones se relaciona con prácticas religiosas, incide en el subregistro de muertes infantiles.

La distribución de la mortalidad infantil y sus componentes neonatal (0 a 28 días) y post neonatal (29 días a 11 meses) en el mundo, en las Américas y en el Ecuador, es un indicador de la desigualdad social y de las inequidades de todo tipo. La muerte infantil y de la niñez

es más alta en poblaciones más empobrecidas. El Ecuador estuvo a punto de cumplir con la meta 4 de los ODM de Naciones Unidas (reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años). De hecho, según los datos oficiales publicados por el INEC, la mortalidad de menores de 5 años se redujo significativamente en ese período. Sin embargo, no se llegó a las cifras que proponía la meta.

Al final del primer gobierno de Alianza PAIS, del presidente Rafael Correa, se inicia un estancamiento en el descenso de la mortalidad infantil, notorio desde 2012. A partir de 2015 incluso hay un incremento de la misma en sus componentes neonatal y post neonatal, así como de la mortalidad de menores de 5 años. Parece inentendible como, a pesar de la elevada inversión pública en salud durante ese gobierno, ocurrió este retroceso al final de su período. La regresión se mantiene hasta la actualidad.

Podrían formularse varias explicaciones e hipótesis respecto de este fenómeno:

- Cambio en el sistema de registros, dirán unos.
- Una inversión en salud poco efectiva, que priorizó hospitales y servicios más complejos, pero no la atención básica con enfoques de Atención Primaria de Salud y Promoción de la Salud, manteniendo o hasta profundizando las inequidades.
- Los despidos masivos en el sector salud a todo nivel, y su reemplazo por personal novato, con poca experiencia y en un marco clientelar, así como la desmotivación del personal de salud acosado durante el gobierno de la “revolución ciudadana” (incluyendo juicios a médicos, enfermeras y otro personal de salud en calidad de chivos expiatorios), pudieron influir, como efecto indirecto, en el comportamiento negativo de algunos indicadores como la mortalidad infantil.
- La pérdida o afectación en la continuidad de programas o procesos exitosos como el PAI, AIEPI y SIP, o la dificultad para implantar universalmente estrategias como el CONE o el Plan de Reducción Acelerada de Mortalidad Materna y Neonatal, pueden ser también explicaciones válidas.
- La eliminación de la participación social autónoma de los comités de usuarias de la LMGAI, de los Consejos Cantonales de Salud, de la participación activa en decisiones clave de los afiliados al SSC y su reemplazo por mecanismos clientelares, o la cooptación por parte del poder político de espacios como el Consejo Sectorial de Salud, inciden sin duda en el deterioro general de la salud y de indicadores sensibles como la mortalidad infantil.

Lo más probable es que no se trate solo de una de estas explicaciones e hipótesis, sino de una combinación de todas o de algunas de ellas. En la actualidad, no se vislumbran mejores perspectivas. El nuevo gobierno de

Alianza PAIS (con el presidente Lenin Moreno como continuidad del gobierno anterior) no ha dado muestras de querer identificar los problemas del sistema de salud y solucionar los más acuciantes. Al contrario, la participación social autónoma sigue vedada, continúan los despidos masivos en salud, no existe un plan nacional de salud coherente y concertado con diferentes actores. Esta última fue también la tónica del anterior gobierno, a pesar de los esfuerzos para implementar el MAIS.

El Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 Toda una Vida propone reducir la tasa de mortalidad infantil de 8,95 a 6,8 por cada 1.000 nacidos vivos hasta 2021. La meta parte de una cifra base equivocada, por lo que la posibilidad de cumplimiento de esta meta va a tener muchas dificultades, más aún en las actuales circunstancias económicas, políticas y de deterioro de la salud pública. La situación actual se agravaría aún más con la crisis económica derivada de la pandemia del Covid-19, que encuentra al país en un franco deterioro de la salud pública, incluyendo componentes claves como la vigilancia epidemiológica. La posible afectación a la autonomía del IESS, que es reconocido por una relativa mejor calidad y garantía de atención, afectaría también la salud de todos los afiliados, especialmente de las mujeres en edad reproductiva y de los hijos menos de 18 años.

Por otro lado, se pretende aprobar de manera oscura un Código Orgánico de Salud polémico, que no aporta en la práctica a la construcción del Sistema Nacional de Salud; que no soluciona el problema del financiamiento y otros mandatos de la Constitución; que refrenda la práctica del Código Orgánico Integral Penal (COIP) de criminalizar a los trabajadores y profesionales de la salud; y, lo más grave, que abriría las puertas a políticas devastadoras impuestas por el Fondo Monetario Internacional y los tratados de libre comercio con la Unión Europea y otros países. En ese marco, la improvisación e

inexperiencia de las autoridades y funcionarios de salud ha sido más que evidente, y termina afectando la salud de poblaciones muy lábiles como la infantil.

Sin embargo, la responsabilidad respecto de problemas de salud pública importantes como la mortalidad infantil no recae, de hecho, únicamente en los últimos gobiernos. Se evidencia que hay problemas estructurales que el país arrastra por décadas y que impiden, por ejemplo, superar problemas de aparente fácil prevención o solución como la desnutrición o las enfermedades infecciosas, que continúan causando estragos en la población infantil.

En el proceso de desarrollo de los Estados y las poblaciones, la mortalidad post neonatal (más asociada con la desnutrición y las enfermedades infecciosas, pero también con accidentes y violencia), que históricamente fue más alta en décadas pasadas, disminuye más que la mortalidad neonatal (asociada con el crecimiento intrauterino del niño, prematuridad y atención del parto, además de problemas como malformaciones congénitas). Hay un cruce histórico de tendencias (la mortalidad neonatal con la post neonatal).

En el Ecuador, ese cruce histórico ocurrió entre los años 1999 y 2003 como promedio nacional. Pero no ocurre lo mismo si se lo mira de manera desagregada. El hecho de que en algunas poblaciones (ciertos cantones, población indígena, afrodescendiente o incluso montubia, familias más pobres con madres de baja escolaridad) se mantenga más alta la mortalidad post neonatal que la neonatal, significa que las privaciones básicas, tanto económicas como sociales, continúan siendo profundas en amplios sectores de la población. Lo mismo ocurre a nivel regional con el caso de Haití.

Cuando la mortalidad infantil ha alcanzado cifras por debajo de 10 x 1000 nv, como es el caso del Ecuador en este momento, bajar aún más ese indicador es un desafío grande.

Generalmente, en esas circunstancias predominan las muertes neonatales, que son más complejas de resolver si no se cuenta con acceso universal a servicios de salud de calidad, en un marco de una sociedad más equitativa.

La desnutrición fetal, la prematuridad y el bajo peso al nacer impactan de manera importante en la muerte neonatal, sobre todo en la etapa temprana o precoz (hasta 7 días de vida). Los esfuerzos del país, sin descuidar enfermedades infecciosas, desnutrición y violencia que todavía afectan a muchos niños, deben centrarse en la disminución de la mortalidad neonatal (y concomitantemente la mortalidad materna). La estrategia del CONE parece al momento una alternativa válida si se la aplica plenamente en todo el país.

Los reportes oficiales y las bases de datos de mortalidad publicados por el INEC no permiten un análisis de la mortalidad infantil por indicadores importantes como el nivel de instrucción o la edad de la madre. A partir de 2015 se ha retirado de las bases de datos de mortalidad la variable cantón y parroquia de residencia. Ello oscurece el análisis del panorama de la mortalidad infantil, de las diferencias e inequidades. Los cambios en la metodología de registros de datos (nacidos vivos, por ejemplo) afecta la comparabilidad entre períodos anteriores y posteriores a la modificación de los mismos. ¿Hay alguna intención de ocultar información a la ciudadanía?

Indicadores de inequidad en desnutrición infantil y acceso a inmunizaciones se correlacionan también con las diferencias de mortalidad infantil y de menores de 5 años. De hecho, los países de las Américas, los territorios de Ecuador (provincias y cantones) y los grupos sociales con auto identificación étnica con más alta mortalidad infantil y de menores de 5 años tienen las más altas tasas de desnutrición infantil y las más bajas coberturas de vacunación. En esos grupos sociales, algunas enfermedades infecciosas, especialmente neumonías y otras infecciones respiratorias, continúan siendo relevantes.

El PAI (hoy ENI) ha tenido sin duda un impacto positivo en la disminución de la morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas en niños. En el Ecuador ha logrado erradicar algunas enfermedades como la viruela y la poliomielitis, y no tener durante décadas casos de difteria o rubéola. Algunas de las últimas incorporaciones, como las vacunas contra *haemophilus influenzae*, neumococo y rotavirus, han contribuido también al descenso de la mortalidad por EDA e IRA. Pero el país ha visto repuntes y brotes de enfermedades como el sarampión y la tosferina. Las coberturas de vacunación se han reducido peligrosamente en los últimos años y se mantienen las inequidades. En 2018, ninguna vacuna alcanzó coberturas útiles a nivel nacional.

Una de las razones para el retroceso de las coberturas de inmunizaciones ha sido el proceso de transición entre el PAI y la ENI que se decidió a mediados de la década 2010 y que desarticuló estructuras y procesos. El presupuesto para vacunas, supuestamente garantizado mediante ley, ha disminuido significativamente como porcentaje del gasto público en salud, a pesar de la incorporación de nuevas y costosas vacunas.

La AIEPI se sustentó en enfoques de medicina basada en evidencias y APS, tratando de minimizar el uso de tecnologías innecesarias y el abuso de algunos medicamentos, como los antibióticos en IRA y EDA. Se trata de una estrategia integradora que rompe con la forzada división de atención de “niño sano” y “niño enfermo” y explora en todos los niños signos de peligro, enfermedades prevalentes, formas de alimentación y lactancia de los niños (consejería activa), crecimiento y desarrollo, maltrato infantil y otros problemas según la realidad local. La AIEPI aportó sin duda a la disminución de la mortalidad infantil y se la debería retomar en su concepción original de APS.

En una evaluación internacional llevada a cabo en 2011 se evidencian los retrocesos y

barreras para la aplicación de la AIEPI en relación con evaluaciones previas de los años 2000 y 2005. Desde 2017, el MSP (con apoyo de UNICEF, pero sin la participación activa de la OPS/OMS, autora de la estrategia), trata de retomar y dinamizar la estrategia AIEPI. Sin embargo, cabe señalar que los cuadros de procedimientos actualizados para este último proceso han modificado algunos elementos importantes de la propuesta original, afectando el espíritu de APS que constaba originalmente.

El MAIS intentó dar continuidad y profundidad a algunos procesos previos, pero contribuyó más bien a desarticular programas y estrategias exitosas (como el PAI y la AIEPI). Además, sirvió para la cooptación política clientelar de la participación social (a través de los Comités Locales de Salud y los TAPS ligados a los centros de salud y al poder de turno) en detrimento de procesos de participación autónoma.

Como un estudio de caso, el análisis de la mortalidad infantil en el cantón Pedro Moncayo (que concentra una significativa producción agroindustrial de flores y una importante fuerza de trabajo de mujeres jóvenes) permite formular la hipótesis de que la inserción de las mujeres en la producción florícola ha permitido mejorar la atención del embarazo y el parto, así como la atención de los neonatos gracias a una alta afiliación al IESS. Desafortunadamente, debido al abandono posterior, la salud de los niños más grandes se ha visto afectada, lo que incide en el mantenimiento de niveles altos de mortalidad post neonatal y de menores de 5 años (por desnutrición, enfermedades infecciosas y accidentes).

El acceso al trabajo por parte de las mujeres no implica necesariamente alcanzar mejores condiciones de vida, en especial para los niños. Al contrario, el trabajo de la mujer dentro de la lógica capitalista arrebató la vida a la madre por estar expuesta a una mayor explotación laboral (y, en este caso, también a

la contaminación por agrotóxicos) y perjudica el cuidado materno de los hijos. Sin duda, también evidencia la ausencia crónica del padre en el cuidado de los hijos.

El enfoque de desafío de los primeros 21 meses de vida aporta a las iniciativas de los primeros mil días de vida que promueven algunos técnicos y entidades oficiales, como el MIES, para proteger a los infantes. La propuesta de los 21 primeros meses coloca el énfasis en la nutrición de la madre gestante y del niño cuando está en el útero de la madre, y en sus primeros meses de vida fuera del útero, incluyendo el apego precoz y la lactancia natural. Propone, además, un estricto cumplimiento del reposo postnatal de doce semanas y permiso laboral adicional para cuidado de los hijos en el primer año. Los primeros 21 meses de vida son capitales para tener niños sanos con futuro alentador.

No se trata sólo de evitar muertes infantiles; se trata también de garantizar la mejor

posibilidad de desarrollo de los niños sobrevivientes⁹⁶. No es necesario tampoco inventar nuevas tecnologías (hecho que sin duda ocurrirá), ni descubrir nuevas estrategias para disminuir la mortalidad infantil. Se trata de articular de manera organizada y efectiva las estrategias y acciones efectivas ya probadas. Se trata, sobre todo, de voluntad política que se refleje en los presupuestos públicos para la salud, en el compromiso con la participación social autónoma, de modo que se posicione a la salud no como un gasto sino como una inversión que favorecerá el desarrollo social más que cualquier otra política pública.

La pandemia del Covid-19 ha ayudado a desnudar algunas falencias; descubre vetas por donde actuar. Por ejemplo, el fortalecimiento de lo público en salud (en el marco de un Sistema Nacional de Salud). Se argumenta que esta es la única manera de alcanzar logros importantes en la salud de la población y de abatir, de una vez por todas, problemas lacerantes como la mortalidad infantil.

96 Al respecto se recomienda el texto clásico de Myers, 1993.

BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTOS CONSULTADOS

- Álvarez, Marcia, Lucía Cáceres y Gioconda Gavilanes. 1997. "Evaluación del manejo de las infecciones respiratorias agudas en niños". Universidad Central del Ecuador. En *Diálogo sobre Atención Infantil* N° 1, OPS/OMS, julio (no disponible en línea).
- BBC. 2010. "Hallan decenas de niños sacrificados en Perú".
https://www.bbc.com/mundo/noticias/2010/12/101225_peru_sacrificios_lp (Acceso: 20 de febrero de 2020).
- Behm, Hugo y Luis Rosero. 1977. *La mortalidad en los primeros años de vida en países de la América Latina, Ecuador 1967-1970*. CELADE, San José, Costa Rica.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/8391/S7700678_es.pdf (Acceso: 2 de febrero de 2020).
- Betancourt, Oscar, Frédéric Mertens y Manuel Parra (editores). 2016. *Enfoques ecosistémicos en salud y ambiente*. Ediciones Abya-Yala, Quito.
http://ecosad.org/phocadownloadpap/nuestros-articulos/libro_de_la_copeh-lac-capitulo-iv-ecosistemassalud-humana.pdf
- Breilh, Jaime. 2001. *Conceptos nuevos y disensos sobre la epidemiología de la toxicidad por agroquímicos en la industria floricultora*. CEAS, Quito.
<http://repositorionew.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3522/3/Breilh%2C%20J-CON-160-Conceptos.pdf> (Acceso: 17 de mayo de 2020).
- Breilh, Jaime. 2013. *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 31, 2013, pp. 13-27. Universidad de Antioquia, Colombia.
<https://www.redalyc.org/pdf/120/12028727002.pdf> (Acceso: 16 de mayo de 2020).
- Breilh, Jaime, Edmundo Granda, Arturo Campaña y Óscar Betancourt. 1983. *Ciudad y Muerte Infantil, investigación sobre el deterioro de la salud en el capitalismo atrasado: un método*. Centro de Estudios y Asesoría en Salud, CEAS Ediciones, Quito.
https://www.worldcat.org/title/ciudad-y-muerte-infantil/oclc/11563164/editions?start_edition=1&sd=asc&se=yr&referer=di&qt=sort_yr_asc&editionsView=true&fq
- CEPAR, CDC, MEASURE Evaluation, INEC, MSP, UNFPA, UNICEF, PMA, UNIFEM. 2005. *Encuesta demográfica y de salud materna e infantil ENDEMAIN 2004. Informe final*. Octubre.
<https://cssr-ecuador.org/downloads/2016/11/32.-Encuesta-Demografica-y-de-salud-materna-e-infantil-ENDEMAIN.pdf> (Acceso: 20 de febrero de 2020).

Cervera, César. 2018. "La agogé espartana, el entrenamiento extremo que daba por resultado los soldados más letales de Grecia". En ABC, España.

https://www.abc.es/historia/abci-agoge-espartana-entrenamiento-extremo-daba-resultado-soldados-mas-letales-grecia-201603310147_noticia.html?ref=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F (Acceso: 20 de febrero de 2020).

Chackiel, Juan. s/f. *El modelo de mortalidad de Brass*. CELADE.

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12638/NotaPobla25_es.pdf?sequence=1

Dávalos, Pablo. 2016. *Salud Inc. Monopolio, ganancia y asimetrías de la información en el aseguramiento privado de la salud en el Ecuador*. PUCE/Plataforma por el Derecho a la Salud, Quito.

<http://saludyderechos.fundaciondonum.org/wp-content/uploads/2016/08/Salud-Inc-Medicina-prepagada.pdf> (Acceso: 13 de mayo de 2020).

EUSTAT (Instituto Vasco de Estadística). s/f. *Ficha metodológica. Índice de Desarrollo Humano*. Donostia/San Sebastián.

https://www.eustat.eus/documentos/datos/PI_metod/IDH_IDH_c.asp

GAD Municipal de Pedro Moncayo. 2018. *Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial-PDOT, Actualización 2018-2025*. Tabacundo. Marzo.

<http://www.pedromoncayo.gob.ec/documentos/ord2019/s2%20PDOT%20Pedro%20Moncayo%202018-2025.pdf> (Acceso: 15 de febrero de 2020).

Gavilanes, Gioconda, Carmita Flores, Luz Palma y Miriam Pavón. 2002. "Impacto de la estrategia AIEPI en el uso de antibióticos para el tratamiento de las IRA y las EDA en el centro de salud La Vicentina". En *Diálogo sobre Atención Infantil* N° 8, OPS/OMS, septiembre (no disponible en línea).

Güell, Oriol. 2019. "La Comisión Europea se alía con la OMS para frenar a los anti vacunas". En *El País*, Madrid, 12 de septiembre.

https://elpais.com/sociedad/2019/09/11/actualidad/1568229581_841132.html (Acceso: 20 de abril de 2020).

INDEX MUNDI

<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/> (Acceso: 6 de febrero de 2020).

INEC. Censo de Población y Vivienda 2010.

<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>

INEC. Nacimientos-Base de datos. Quito.

<https://www.ecuadorencifras.gob.ec//nacimientos-bases-de-datos>

INEC. 2017. Coordinación General Técnica de Producción Estadística. Nota técnica. Registro de Estadísticas Vitales: Nacidos Vivos y Defunciones Generales.

www.ecuadorencifras.gob.ec/...inec/...Defunciones/2017/Nota_tecnica_registro_estadísticas (Acceso: 6 de febrero de 2020).

- INEC. Anuario Nacimientos y Defunciones 2018.
http://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos_y_defunciones/ (Acceso: 6 de febrero de 2020).
- INEC. Bases de datos de nacimientos y defunciones 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017.
http://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos_y_defunciones/ (Acceso: 20 de febrero de 2020).
- INEC. 2020. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT 2018), Ecuador*.
https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSA-NUT/ENSANUT_2018/ (Acceso: 20 de febrero de 2020).
- Jeftanovic, Andrea. 2018. "Las momias más antiguas del mundo". En *El País*, España, 9 de octubre.
https://elpais.com/elpais/2018/10/01/eps/1538404415_892915.html (Acceso: 20 de febrero de 2020).
- Laspina Nelson, Imelda Villota y Luis Castillo. 2016. "Impacto de las intervenciones de salud sobre la mortalidad infantil en Ecuador, período 1960-2013". En *Rev Fac Cien Med* 41 (1): 57-70. Quito.
http://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/1172 (Acceso: 5 de marzo de 2020).
- Latham, Michael C. 2002. *Nutrición humana en el mundo en desarrollo*. En Colección FAO: Alimentación y nutrición N° 29. Roma.
<http://www.fao.org/3/w0073s/w0073s0g.htm> (Acceso: 10 de marzo de 2020).
- Lema, Yana Lucila. 2019. "La oralidad y las escrituras quichua como forma de resistencia", presentado en el 29° Festival Internacional de Poesía de Medellín.
<https://www.festivaldepoesiamedellin.org/es/Festival/29/LucilaLema/> (Acceso: 20 de febrero de 2020).
- León, Ninfa. 2018. *¿Desaparece el Seguro Social Campesino? Los efectos de la política de salud y seguridad social del gobierno de Alianza PAIS*. Plataforma por el Derecho a la Salud/FOS/Donum.
<https://saludyderechos.fundaciondonum.org/wp-content/uploads/2018/12/desaparece-SSC-baja.pdf> (Acceso: 17 de mayo de 2020).
- MCDS. 2014. *Estrategia Nacional Intersectorial de Primera Infancia. Proyecto: Puesta en Marcha y Desarrollo de Instrumentos para la Gestión de la Estrategia de Desarrollo Infantil (Actualización 2013-2017)*. Junio.
https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Proyecto_puesta.pdf (Acceso: 3 de marzo de 2020).
- MIES. 2018. *Misión Ternura. Salud, promoción y prevención. Control de salud en los 1000 primeros días de vida*, (presentación).
<https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2018/07/TALLER-INDUCCION-SALUD-P-P-CONTRL-SALUD.pdf> (Acceso: 6 de febrero de 2020).

- Moschetto, Pedro. 1995. *El diablo y el arco iris. Magia, sueños, tabúes en Esmeraldas*. Abya-Yala/Vicariato Apostólico de Esmeraldas.
https://books.google.com.ec/books?id=Rle1DI5augAC&pg=PA43&lpg=PA43&dq=ni%C3%B1os+que+nacen+con+virtud+esmeraldas&source=bl&ots=uqJyj3tT7D&sig=ACfU3U0T-QKBKwgNUB091DeKjsQZP3a_k_Q&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwia7PqS893nAhXwUt8KHW-tVB68Q6AEwDXoECAsQAQ#v=onepage&q=ni%C3%B1os%20que%20nacen%20con%20virtud%20esmeraldas&f=false (Acceso: 19 de febrero de 2020).
- MSP. 2010. *Guía para trabajo del componente comunitario de la estrategia AIEPI*. <https://bibliotecapromocion.msp.gob.ec/greenstone/collect/promocin/index/assoc/HASH5652.dir/doc.pdf> (Acceso: 6 de febrero de 2020).
- MSP. 2011. *Normas de Atención Integral a la Niñez*.
<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMAS%20DE%20ATENCI%C3%93N%20INTEGRAL%20A%20LA%20NI%C3%91EZ%202011.pdf> (Acceso: 6 de febrero de 2020).
- MSP. 2012. *Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)*. Quito.
http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf (Acceso: 2 de marzo de 2020).
- MSP. 2013. *Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud*. Quito. <http://salud.gob.ec> (Acceso: 15 de abril de 2020).
- MSP. 2017. *AIEPI clínico, cuadros de procedimientos*.
https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/07/norma_atencion_integralde_enfermedades_prevalentes_de_lainfancia.pdf (Acceso: 6 de febrero de 2020).
- MSP. 2018. *Atención integral a la niñez, Manual*. Quito. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/07/manual_atencion_integral_ni%C3%B1ez.pdf (Acceso: 6 de febrero de 2020).
- MSP. 2020. *Boletín Covid-19 No. 065*. Quito.
https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/05/Boletin-065-AM_Nacional.pdf (Acceso: 15 de junio de 2020).
- MSP, CONASA. 2008. *Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal*. Quito.
<https://bibliotecapromocion.msp.gob.ec/greenstone/collect/promocin/index/assoc/HASHa8ee.dir/doc.pdf> (Acceso: 6 de febrero de 2020).
- MSP, NINMS. 1982. *Evaluación del Plan Nacional de Salud Rural* (José Suárez, director del proyecto e investigador principal).
- MSP, OPS/OMS, Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional. 2010. *Guía para trabajo del componente comunitario de la estrategia AIEPI*. Quito.
<https://bibliotecapromocion.msp.gob.ec/greenstone/collect/promocin/index/assoc/HASH5652.dir/doc.pdf> (Acceso: 27 de marzo de 2020).

- MSP, OPS/OMS, Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional. 2012. *Encuesta sobre la calidad de atención al niño/a menor de cinco años y a la embarazada en la consulta externa de establecimientos de salud. Informe Técnico*, Quito, septiembre.
https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-familiar-y-comunitaria&alias=401-atencion-nino-y-embarazada&Itemid=599 (Acceso: 27 de marzo de 2020).
- MSP, OPS/OMS, UNICEF. 2003. *Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Curso de capacitación, cuadros de procedimientos (y materiales anexos)*. Quito (no disponible en línea).
- MSP, SENPLADES, OPS/OMS. 2017. *Evaluación de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones, Ecuador*.
https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=inmunizaciones&alias=673-evaluacion-de-la-estrategia-nacional-de-inmunizaciones-ecuador-2017&Itemid=599 (Acceso: 20 de abril de 2020).
- MSP, UNFPA, SEGO Pichincha, AECID, FENOE, FCI Ecuador. 2010. *Por una maternidad y nacimientos seguros. Acciones realizadas para reducir la muerte materna en Ecuador*. Quito.
<http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Fichas%20de%20Maternidad%20y%20nacimiento%20seguros%20Ecuador%202010.pdf> (Acceso: 6 de febrero de 2020).
- MSP, UNICEF Ecuador. 2017. *De la concepción a los 5 años. Maternidad segura y primera infancia*.
<https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2018/07/GUIA-MATERNIDAD-Y-PRIMERIA-INFANCIA-JUNIO-CON-OBS.pdf> (Acceso: 6 de febrero de 2020).
- Myers, Robert. 1993. *Los doce que sobreviven. Fortalecimiento de los programas de desarrollo para la primera infancia en el Tercer Mundo*. Washington, OPS/OMS. Publicación Científica No. 545, 592 páginas.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46651994000200020 (Acceso: 6 de febrero de 2020).
- Noboa, Hugo. 2019. *Mortalidad materna en el Ecuador: una mirada crítica*. Plataforma por el Derecho a la Salud/Donum/FOS/Cooperación Bélgica. Quito.
<https://saludyderechos.fundaciondonum.org/wp-content/uploads/2019/09/mortalidad-materna-baja.pdf> (Acceso: 4 de abril de 2020).
- Noboa, H., O. Betancourt, M. Yépez y N. Pozo. 2006. *Aproximación al impacto en la salud humana por la contaminación de la industria petrolera en la ciudad de Esmeraldas*. Proyecto de Salud Integral de Esmeraldas (PSIE)/FUNSAD, junio (no disponible en línea).
- OMS. 1974. *Actas oficiales N° 217 de la 27ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra 7-23 de mayo*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95324/Official_record217_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Acceso: 20 de abril de 2020).
- OPS. 1995. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. 10a. revisión. OPS, 3 v. Washington, D.C. Publicación Científica 554.
<http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf> (Acceso: 3 de febrero de 2020).

- OPS. 1997. *Infecciones Respiratorias Agudas. Fundamentos técnicos de las estrategias de control*. Serie HCT/AIEPI-8. Yehuda Benguigui (editor). Washington.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/pah-24140>
- OPS. 2000. *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública*. M. Peña y J. Bacallao, editores. OPS. xii, 132 páginas. Washington, D.C. Publicación Científica 576.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/4006>
- OPS. 2008. *Manual de tratamiento de la diarrea en niños*. Serie Paltex N° 48. Washington.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51588> (Acceso: 2 de marzo de 2020).
- OPS. 2012. *Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*.
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- OPS. 2017. *Informe final sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en la región de las Américas*. OPS. Washington D.C.
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34114/9789275118782_spa.pdf?sequence=5 (Acceso: 6 de febrero de 2020).
- OPS/OMS. *Situación de la Salud en las Américas. Indicadores básicos 2019*.
<https://www.paho.org/data/index.php/es/indicadores.html> (Acceso: 6 de febrero de 2020).
- OPS/OMS. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR). Uruguay.
<https://www.paho.org/clap/index.php?lang=es> (Acceso: 22 de abril de 2020).
- Ordóñez, Gabriel, Efraín Centeno, Rodrigo Bossano, Olga Nieto y Elina Yáñez. 2004. "Caracterización resumida del Ecuador contemporáneo y aspectos importantes de la reproducción humana. Hospital Carlos Andrade Marín del IESS. Reporte de 8 años con el Sistema Informático Perinatal (SIP)". En *CAMBIO*. Órgano Oficial de Difusión Científica H.C.A.M. Volumen III, N° 5, enero-junio (no disponible en línea).
- PANERO, Susana. 2013. "El brote de sarampión en Ecuador, II parte (2012)". En *Revista Informativa OPS/OMS Representación Ecuador*. Edición N° 31, agosto 2012-marzo 2013.
https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=comunicacion-social&alias=416-boletin-informativo-n0-31-agosto-2012-marzo-2013&Itemid=599 (Acceso: 5 de marzo de 2020).
- PNUD. 2019. *Panorama general. Informe sobre Desarrollo Humano 2019. Más allá del ingreso, más allá de los promedios, más allá del presente: desigualdades del desarrollo humano en el siglo XXI*. NNUU Nueva York.
http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_spanish.pdf (Acceso: 3 de marzo de 2020).
- SENPLADES. 2017. *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. Toda una Vida*. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Quito.
<https://www.planificacion.gob.ec/plan-nacional-de-desarrollo-2017-2021-toda-una-vida/> (Acceso: 3 de marzo de 2020).

Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias/COE Nacional. Infografía No. 109 del 15/06/2020.

<https://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp-content/uploads/2020/06/INFOGRAFIA-NACIONALCOVI-19-COE-NACIONAL-15062020-08h00.pdf> (Acceso: 15 de junio de 2020).

STATISTA. 2018. *Número de muertes de niños menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos en Estados Unidos en 2018, por estado*. Estados Unidos, diciembre.

<https://es.statista.com/estadisticas/598793/tasa-de-mortalidad-infantil-en-estados-unidos-por-estado/> (Acceso: 13 de mayo de 2020).

UNFPA. 2019. *Sistematización de evidencias sobre consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente*. Fondo de Población de las Naciones Unidas-Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Panamá. Diciembre.

https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/sistematizacion%20de%20evidencias%20sobre%20consecuencias%20economicas%20y%20sociales%20del%20embarazo%20adolescente%20%281%29_0.pdf (Acceso: 15 de mayo de 2020).

UNICEF. 2019. *Estado Mundial de la Infancia 2019. Crecer bien en un mundo en transformación. Niños, alimentos y nutrición*. Octubre.

<https://www.unicef.org/lac/informes/el-estado-mundial-de-la-infancia-2019-ni%C3%B1os-alimentos-y-nutrici%C3%B3n> (Acceso: 3 de marzo de 2020).

University Research Co., LLC/Center for Human Services.

<https://www.urc-chs.com/> (Acceso: 22 de abril de 2020).

WHO.2015. Equity. State of inequality: reproductive, maternal, newborn and child health. World Health Organization.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/164590/9789241564908_eng.pdf;jsessionid=52E9B20718DEF6B92E1BEBB824B448BA?sequence=1 (Acceso: 6 de febrero de 2020).

ANEXOS

Anexo I

Causas de defunción de menores de un año, Ecuador 2013-2017 (número de defunciones de acuerdo con la Lista de tabulación 3 para la mortalidad/Mortalidad infantil y del niño/Lista condensada 67B CIE-10), ordenado por porcentaje 2013-2017 en forma descendente.

Fuente: INEC. Bases de datos nacimientos y defunciones.

Causa 67B	2013	2014	2015	2016	2017	Total 2013- 2017	% 2013- 2017
042 Dificultad respiratoria del recién nacido.	282	418	517	491	497	2.205	14,29
052 Malformaciones congénitas del corazón.	238	273	269	255	301	1.336	8,66
055 Otras malformaciones congénitas.	261	219	300	257	279	1.316	8,53
045 Sepsis bacteriana del recién nacido.	105	162	186	220	271	944	6,12
048 Resto de afecciones perinatales.	182	149	174	216	215	936	6,06
058 Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.	198	217	179	172	148	914	5,92
032 Neumonía.	174	199	157	159	199	888	5,75
039 Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal.	384	195	84	73	114	850	5,51
044 Otras afecciones respiratorias del recién nacido.	119	146	158	162	144	729	4,72
041 Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento.	93	121	97	125	103	539	3,49
043 Neumonía congénita.	146	73	114	114	73	520	3,37
063 Otros accidentes que obstruyen la respiración.	88	99	105	105	87	484	3,14

047 Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido.	41	63	102	103	104	413	2,68
053 Otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio.	46	52	60	91	107	356	2,31
038 Feto y recién nacido afectado por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto.	33	18	59	73	127	310	2,01
051 Otras malformaciones congénitas del sistema nervioso.	48	56	57	55	75	291	1,89
054 Síndrome de Down y otras anomalías cromosómicas.	48	25	41	55	61	230	1,49
030 Enfermedades del sistema circulatorio.	54	58	34	31	45	222	1,44
034 Resto de enfermedades del sistema respiratorio.	32	47	31	27	42	179	1,16
028 Resto de enfermedades del sistema nervioso.	54	25	30	30	32	171	1,11
050 Hidrocéfalo congénito y espina bífida.	31	22	36	40	33	162	1,05
067 Todas las demás causas externas.	40	26	28	30	28	152	0,98
035 Enfermedades del sistema digestivo.	21	29	39	27	34	150	0,97
033 Otras infecciones respiratorias agudas.	27	27	26	29	36	145	0,94
024 Desnutrición y otras deficiencias nutricionales.	21	40	27	23	29	140	0,91
002 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.	24	22	27	13	21	107	0,69
025 Resto de enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.	14	13	19	23	28	97	0,63
057 Síndrome de muerte súbita infantil.	5	15	23	24	17	84	0,54
061 Accidentes de transporte.	15	15	15	17	11	73	0,47
009 Septicemia.	13	22	12	13	12	72	0,47
027 Meningitis.	18	11	16	6	10	61	0,40
036 Enfermedades del sistema genitourinario.	11	7	5	8	7	38	0,25

022 Resto de enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan.	10	10	3	6	6	35	0,23
019 Resto de tumores.	7	6	9	6	5	33	0,21
021 Anemias.	8	1	5	8	6	28	0,18
018 Resto de tumores malignos.	5	1	10	3	7	26	0,17
003 Otras enfermedades infecciosas intestinales.	4	6	6	5	4	25	0,16
013 Otras enfermedades virales.	4	2	9	7	3	25	0,16
017 Leucemia.	3	5	6	5	4	23	0,15
015 Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.	5	3	4	4	2	18	0,12
040 Traumatismo del nacimiento.	4	2	4	3	3	16	0,10
012 Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana [VIH].	1	2	6	2	4	15	0,10
062 Ahogamiento y sumersión accidentales.	2	4	4	2	2	14	0,09
065 Envenenamiento accidental por exposición a sustancias nocivas.	4	3	1	1	3	12	0,08
046 Onfalitis del recién nacido con o sin hemorragia leve.	1	3	1	3	2	10	0,06
059 Todas las demás enfermedades.	2	2	2		4	10	0,06
064 Exposición al humo, fuego y llamas.	1	2	2	2	2	9	0,06
007 Tosferina.		1		1	4	6	0,04
066 Agresiones.		2		4		6	0,04
004 Tuberculosis respiratoria.		1			2	3	0,02
029 Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides.				2		2	0,01
005 Otras tuberculosis.					1	1	0,01
008 Infección meningocócica.				1		1	0,01
014 Rabia.	1					1	0,01
Total	2.928	2.920	3.099	3.132	3.354	15.433	100,00

Anexo II

Causas de muerte en menores de 5 años, por auto identificación étnica, Ecuador 2017.

Fuente: INEC. Bases de datos nacimientos y defunciones.

CAUSA 67B	Ind	Afro	Neg	Mul	Mont	Mest	Bla	Otra	S/inf	Total
002 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.	8				1	25			4	38
003 Otras enfermedades infecciosas intestinales.						5				5
004 Tuberculosis respiratoria.					1	4			1	6
005 Otras tuberculosis.						1				1
007 Tosferina.						2			2	4
008 Infección meningocócica.										
009 Septicemia.	1					13			1	15
010 Poliomielitis aguda.										
012 Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana [VIH].			1			2	1			4
013 Otras enfermedades virales.	1					3			2	6
014 Rabia.										
015 Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.	1					5				6
017 Leucemia.	3		1			20	1		2	27
018 Resto de tumores malignos.	1				1	35			4	41
019 Resto de tumores.	1					6	2			9
021 Anemias.	2	1				7			2	12

022 Resto de enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos.	1					6			2	9
024 Desnutrición y otras deficiencias nutricionales.	5		1			31			2	39
025 Resto de enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.	5	1				25			5	36
027 Meningitis.						13			3	16
028 Resto de enfermedades del sistema nervioso.	9	1	1			57	2		10	80
029 Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides.										
030 Enfermedades del sistema circulatorio.	5	2				52			16	75
032 Neumonía.	40	4	1	3	1	213	1		41	304
033 Otras infecciones respiratorias agudas.	10	2		1		25			8	46
034 Resto de enfermedades del sistema respiratorio.	6	1				47			4	58
035 Enfermedades del sistema digestivo.	6	1				33			11	51
036 Enfermedades del sistema genitourinario.	1					10			3	14
038 Feto y recién nacido afectado por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto.	1				1	64			61	127
039 Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal.	6	2			1	65	1		39	114

040 Traumatismo del nacimiento.						2			1	3
041 Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento.	4				1	60	2		36	103
042 Dificultad respiratoria del recién nacido.	12	5		1	2	276	1		200	497
043 Neumonía congénita.	5	1				44			23	73
044 Otras afecciones respiratorias del recién nacido.	5	1			1	99	1		37	144
045 Sepsis bacteriana del recién nacido.	10	1	1		1	135	3	1	119	271
046 Onfalitis del recién nacido con o sin hemorragia leve.	1					1				2
047 Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido.	4	3				67	1		29	104
048 Resto de afecciones perinatales.	3	1				127	3		81	215
050 Hidrocéfalo congénito y espina bífida.				1	1	27	1		9	39
051 Otras malformaciones congénitas del sistema nervioso.	2					41			41	84
052 Malformaciones congénitas del corazón.	13	3	1	2	3	224	1	2	96	345
053 Otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio.	2					66			41	109
054 Síndrome de Down y otras anomalías cromosómicas.	4	1				37			27	69
055 Otras malformaciones congénitas.	15		1		1	167		1	113	298

057 Síndrome de muerte súbita infantil.	2				2	11			2	17
058 Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.	108	1			4	93	2		28	236
059 Todas las demás enfermedades.	2				1	3			1	7
061 Accidentes de transporte.	11	1				65	1		6	84
062 Ahogamiento y sumersión accidentales.	4	3				29			4	40
063 Otros accidentes que obstruyen la respiración.	16	2	1	1		97			6	123
064 Exposición al humo, fuego y llamas.	5					5			1	11
065 Envenenamiento accidental por exposición a sustancias nocivas.						3				3
066 Agresiones.		1				9			1	11
067 Todas las demás causas externas.	15	1		1		51	2		7	77
Total defunciones	356	40	9	10	23	2.508	26	4	1.132	4.108
Total nacidos vivos	23.649	3.676	4.123	1.386	1.904	267.566	2.188	949	2.811	30.8252

Ind: Indígena; Afro: Afroecuatoriana/Afrodescendiente; Neg: Negra; Mul: Mulata; Mont: Montubia; Mest: Mestiza; Bla: Blanca

Anexo III

Mortalidad de menores de 5 años, mortalidad infantil y mortalidad neonatal en cantones del Ecuador, años 2013 y 2014.

Fuente: INEC. Bases de datos de nacimientos y defunciones.

Código provincia/cantón	TM <5años 2013-2014	TMI 2013-2014	TMNN 2013-2014	Núm. NV 2013+ 2014
0101 Azuay/Cuenca	12,5	10,7	6,5	22.836
0102 Azuay/Girón	9,7	5,8	1,9	515
0103 Azuay/Gualaceo	10,8	6,7	3,6	1.948
0104 Azuay/Nabón	14,0	8,0		501
0105 Azuay/Paute	7,0	6,0		993
0106 Azuay/Pucará	10,9			275
0107 Azuay/San Fernando	16,8	16,8	8,4	119
0108 Azuay/Santa Isabel	2,8	1,4		704
0109 Azuay/Sígsig	11,0	6,4	2,8	1.087
0110 Azuay/Oña	9,6			104
0111 Azuay/Chordeleg	4,3	2,2		464
0112 Azuay/El Pan	20,0	20,0	20,0	50
0113 Azuay/Sevilla De Oro	19,0	6,3	6,3	158
0114 Azuay/Guachapala				80
0115 Azuay/Camilo Ponce Enríquez	7,5	2,1		936
0201 Bolívar/Guaranda	29,0	19,9	7,2	4.029
0202 Bolívar/Chillanes	21,3	13,6	5,8	516
0203 Bolívar/Chimbo	35,7	23,0	5,1	392
0204 Bolívar/Echeandía	11,1	9,3	1,9	540
0205 Bolívar/San Miguel	16,0	10,3	2,3	874
0206 Bolívar/Caluma	17,1	5,7	3,8	526
0207 Bolívar/Las Naves	18,8	12,5		160
0301 Cañar/Azogues	12,5	10,2	6,3	3.029
0302 Cañar/Biblián	13,2	4,0	2,6	759
0303 Cañar/Cañar	10,6	7,4	1,9	2.162
0304 Cañar/La Troncal	9,0	7,2	4,0	2.783
0305 Cañar/El Tambo	11,8	9,5	4,7	423
0306 Cañar/Déleg	13,0	6,5	6,5	154
0307 Cañar/Suscal	20,9	15,7		191
0401 Carchi/Tulcán	16,0	12,9	8,6	3.490
0402 Carchi/Bolívar	11,6	5,8	2,9	344

0403 Carchi/Espejo	13,0	6,5	4,3	461
0404 Carchi/Mira	22,0	12,6	3,1	318
0405 Carchi/Montúfar	13,7	8,2	5,5	1.096
0406 Carchi/San Pedro de Huaca	13,6	10,2	6,8	294
0501 Cotopaxi/Latacunga	16,5	10,2	4,0	7.933
0502 Cotopaxi/La Mana	10,8	5,4	2,2	2.231
0503 Cotopaxi/Pangua	15,8	10,0	4,3	697
0504 Cotopaxi/Pujilí	17,4	11,2	3,7	2.939
0505 Cotopaxi/Salcedo	18,4	12,0	3,2	2.174
0506 Cotopaxi/Saquisilí	26,5	15,7	4,1	1.208
0507 Cotopaxi/Sigchos	26,3	16,1	2,9	685
0601 Chimborazo/Riobamba	14,5	10,7	5,0	9.721
0602 Chimborazo/Alausí	25,6	14,5	1,2	1.722
0603 Chimborazo/Colta	42,6	30,7	10,9	1.010
0604 Chimborazo/Chambo	10,0	10,0	2,5	399
0605 Chimborazo/Chunchi	3,6	1,8		558
0606 Chimborazo/Guamote	34,6	22,7	2,5	2.025
0607 Chimborazo/Guano	18,8	11,7	1,6	1.280
0608 Chimborazo/Pallatanga	20,1	14,1	4,0	497
0609 Chimborazo/Penipe	21,3	7,1		141
0610 Chimborazo/Cumandá	7,6	5,7		525
0701 El Oro/Machala	9,7	6,8	3,5	11.216
0702 El Oro/Arenillas	4,8	4,8	1,0	1.034
0703 El Oro/Atahualpa		12,1		165
0704 El Oro/Balsas	16,4		3,3	304
0705 El Oro/Chilla				61
0706 El Oro/El Guabo	7,2	6,3	2,3	2.215
0707 El Oro/Huaquillas	6,7	4,3	1,9	2.096
0708 El Oro/Marcabelí				194
0709 El Oro/Pasaje	8,7	5,0	3,1	3.210
0710 El Oro/Piñas	9,3	7,3	5,2	964
0711 El Oro/Portovelo	9,0	6,8		442
0712 El Oro/Santa Rosa	10,5	9,2	3,6	3.038
0713 El Oro/Zaruma	9,9	7,4	2,5	808
0714 El Oro/Las Lajas	9,9	9,9		101
0801 Esmeraldas/Esmeraldas	9,2	6,2	2,7	9.336
0802 Esmeraldas/Eloy Alfaro	5,3	3,2	0,5	1.879
0803 Esmeraldas/Muisne	6,2	2,7	1,8	1.128
0804 Esmeraldas/Quinindé	7,7	5,2	1,7	6.394
0805 Esmeraldas/San Lorenzo	7,9	4,8	3,5	2.278

0806 Esmeraldas/Atacames	5,2	4,3	1,7	2.305
0807 Esmeraldas/Rioverde	3,4	2,7	1,3	1.484
0901 Guayas/Guayaquil	13,1	11,2	7,3	118.370
0902 Guayas/Alfredo Baquerizo Moreno (Jujan)	9,0	9,0	5,6	889
0903 Guayas/Balao	8,8	5,9	2,9	679
0904 Guayas/Balzar	11,6	7,2	4,0	2.504
0905 Guayas/Colimes	18,2	13,0	7,8	770
0906 Guayas/Daule	10,8	7,3	4,4	4.526
0907 Guayas/Durán	7,6	5,5	3,4	9.042
0908 Guayas/El Empalme	7,9	5,4	2,8	3.902
0909 Guayas/El Triunfo	9,9	8,0	4,4	2.737
0910 Guayas/Milagro	8,4	6,2	4,5	8.203
0911 Guayas/Naranjal	7,3	4,8	2,8	3.577
0912 Guayas/Naranjito	13,7	11,5	7,7	1.829
0913 Guayas/Palestina	7,0	3,5	1,7	575
0914 Guayas/Pedro Carbo	9,8	6,9	3,5	1.735
0916 Guayas/Samborondón	4,8	3,3	1,9	2.103
0918 Guayas/Santa Lucía	15,3	12,4	8,0	1.374
0919 Guayas/Salitre (Urbina Jado)	10,9	8,8	6,2	1.935
0920 Guayas/San Jacinto de Yaguachi	15,7	10,7	6,5	2.159
0921 Guayas/Playas	6,3	4,2	2,1	2.398
0922 Guayas/Simón Bolívar	6,1	3,7	3,7	821
0923 Guayas/Coronel Marcelino Maridueña	18,6	18,6	11,2	269
0924 Guayas/Lomas de Sargentillo	13,5	10,8	5,4	740
0925 Guayas/Nobol	10,3	10,3	6,4	777
0927 Guayas/General Antonio Elizalde	4,4	2,2		456
0928 Guayas/Isidro Ayora	23,1	18,5	9,2	433
1001 Imbabura/Ibarra	11,2	8,8	5,1	7.964
1002 Imbabura/Antonio Ante	14,2	8,4	4,5	1.551
1003 Imbabura/Cotacachi	19,4	13,0	5,8	1.389
1004 Imbabura/Otavalo	9,4	6,8	1,9	4.700
1005 Imbabura/Pimampiro	17,2	14,7	2,5	407
1006 Imbabura/San Miguel de Urcuquí	12,2	7,3		409
1101 Loja/Loja	10,6	8,2	4,5	10.212
1102 Loja/Calvas	9,3	3,1	3,1	972
1103 Loja/Catamayo	14,2	11,4	6,6	1.054
1104 Loja/Celica	2,4			413
1105 Loja/Chaguarpamba	13,0	13,0		154

1106 Loja/Espíndola	15,7	11,2	9,0	446
1107 Loja/Gonzanamá	13,7	8,2	5,5	364
1108 Loja/Macará	5,3	1,3		756
1109 Loja/Paltas	9,2	7,9	3,9	762
1110 Loja/Puyango	5,9	3,9		510
1111 Loja/Saraguro	4,3	1,7		1.160
1112 Loja/Sozoranga	16,6	11,0	5,5	181
1113 Loja/Zapotillo	5,8	2,9		347
1114 Loja/Pindal				327
1115 Loja/Quilanga	9,8			102
1116 Loja/Olmedo	21,7			92
1201 Los Ríos/Babahoyo	11,2	8,2	5,0	6.607
1202 Los Ríos/Baba	7,5	3,4	2,1	1.459
1203 Los Ríos/Montalvo	10,8	7,2	4,8	831
1204 Los Ríos/Puebloviejo	13,6	8,6	4,3	1.397
1205 Los Ríos/Quevedo	7,0	5,2	2,2	9.595
1206 Los Ríos/Urdueta	8,4	5,9	4,2	1.196
1207 Los Ríos/Ventanas	10,3	7,1	2,8	2.819
1208 Los Ríos/Vinces	8,7	6,8	3,2	3.101
1209 Los Ríos/Palенque	13,6	6,8	1,7	587
1210 Los Ríos/Buena Fe	10,4	8,6	4,1	3.947
1211 Los Ríos/Valencia	8,1	3,8	2,2	1.850
1212 Los Ríos/Mocache	11,8	6,9	2,8	1.441
1213 Los Ríos/Quinsaloma	3,8	1,9		529
1301 Manabí/Portoviejo	9,5	7,6	4,2	10.897
1302 Manabí/Bolívar	4,9	2,5	0,6	1.618
1303 Manabí/Chone	7,2	5,3	3,5	4.878
1304 Manabí/El Carmen	5,9	3,8	1,5	4.741
1305 Manabí/Flavio Alfaro	8,4	6,3	4,2	954
1306 Manabí/Jipijapa	8,1	6,9	3,2	2.472
1307 Manabí/Junín	7,2	4,3	1,4	698
1308 Manabí/Manta	8,8	6,8	4,4	10.194
1309 Manabí/Montecristi	9,3	7,0	2,8	2.147
1310 Manabí/Paján	14,8	11,7	5,5	1.282
1311 Manabí/Pichincha	8,1	5,4	2,7	1.109
1312 Manabí/Rocafuerte	13,6	8,8	4,8	1.254
1313 Manabí/Santa Ana	11,9	10,5	7,7	1.424
1314 Manabí/Sucre	8,7	6,5	4,3	2.301
1315 Manabí/Tosagua	8,8	7,2	3,2	1.252
1316 Manabí/24 de Mayo	21,7	15,5	6,2	645

1317 Manabí/Pedernales	7,0	3,0	1,0	3.010
1318 Manabí/Olmedo	2,4	2,4		420
1319 Manabí/Puerto López	6,9	6,9	4,6	869
1320 Manabí/Jama	9,1	5,4	1,8	551
1321 Manabí/Jaramijó	8,0	4,0	1,3	750
1322 Manabí/San Vicente	6,2	3,7	2,5	803
1401 Morona Santiago/Morona	17,0	10,8	4,6	3.058
1402 Morona Santiago/Gualaquiza	10,4	3,8	2,8	1.055
1403 Morona Santiago/Limón-Indanza	9,9	9,9	5,0	605
1404 Morona Santiago/Palora	16,8	14,0	2,8	357
1405 Morona Santiago/Santiago	12,1	8,1	6,1	495
1406 Morona Santiago/Sucúa	6,3	3,2		1.268
1407 Morona Santiago/Huamboya	8,8		1,8	565
1408 Morona Santiago/San Juan Bosco	14,6	10,9	3,6	274
1409 Morona Santiago/Taisha	4,9	2,7	0,9	2.233
1410 Morona Santiago/Logroño	11,4	5,7		525
1411 Morona Santiago/Pablo Sexto	10,2			98
1412 Morona Santiago/Tiwintza	3,8	3,8	2,6	781
1501 Napo/Tena	14,9	9,8	2,3	3.882
1503 Napo/Archidona	18,1	10,7	2,0	1.493
1504 Napo/El Chaco	9,9	6,6	3,3	304
1507 Napo/Quijos	8,6	4,3	4,3	233
1509 Napo/Carlos Julio Arosemena Tola	26,5	21,2	5,3	189
1601 Pastaza/Puyo	10,1	6,8	2,4	4.143
1602 Pastaza/Mera	27,8	18,6	9,3	431
1603 Pastaza/Santa Clara	9,0	9,0		111
1604 Pastaza/Arajuno	5,2	2,6		388
1701 Pichincha/Quito	15,0	12,6	7,9	90.921
1702 Pichincha/Cayambe	15,2	9,9	2,3	3.943
1703 Pichincha/Mejía	10,0	7,1	2,3	3.097
1704 Pichincha/Pedro Moncayo	22,0	17,5	6,1	1.317
1705 Pichincha/Rumiñahui	6,5	4,5	1,8	3.362
1707 Pichincha/San Miguel de los Bancos	3,6	3,6	3,6	562
1708 Pichincha/Pedro Vicente Maldonado	4,6	3,1	1,5	654
1709 Pichincha/Puerto Quito	8,5	4,2	2,8	710
1801 Tungurahua/Ambato	13,4	9,3	3,8	13.832
1802 Tungurahua/Baños de Agua Santa	9,1	7,6	6,1	658
1803 Tungurahua/Cevallos	8,0	8,0	4,0	251
1804 Tungurahua/Mocha	10,2	5,1		197
1805 Tungurahua/Patate	18,2	15,9	11,4	439

1806 Tungurahua/Quero	17,4	12,7	4,8	631
1807 Tungurahua/San Pedro de Pelileo	11,3	6,1	2,4	2.119
1808 Tungurahua/Santiago de Píllaro	15,6	10,4	5,2	1.348
1809 Tungurahua/Tisaleo	24,5	14,0	3,5	286
1901 Zamora Chinchipe/Zamora	9,3	5,9	2,5	1.186
1902 Zamora Chinchipe/Chinchipe	14,7	2,9		339
1903 Zamora Chinchipe/Nangaritza	7,2	3,6		277
1904 Zamora Chinchipe/Yacuambi	35,0	21,0	14,0	286
1905 Zamora Chinchipe/Yantzaza (Yantzaza)	14,8	7,9	4,0	1.011
1906 Zamora Chinchipe/El Pangui	15,4	13,5	5,8	518
1907 Zamora Chinchipe/Centinela del Cóndor				241
1908 Zamora Chinchipe/Palanda	11,9			337
1909 Zamora Chinchipe/Paquisha	21,5	10,8		186
2001 Galápagos/San Cristóbal	15,3	5,1	5,1	196
2002 Galápagos/Isabela	18,2	72,7		55
2003 Galápagos/Santa Cruz	8,0	8,0	8,0	502
2101 Sucumbíos/Lago Agrio	10,0	6,0	3,2	6.295
2102 Sucumbíos/Gonzalo Pizarro	23,4	14,9	6,4	470
2103 Sucumbíos/Putumayo	11,9	6,6	1,3	756
2104 Sucumbíos/Shushufindi	10,6	6,2	2,6	2.266
2105 Sucumbíos/Sucumbíos	5,1	5,1	5,1	197
2106 Sucumbíos/Cascales	22,6	9,0	4,5	663
2107 Sucumbíos/Cuyabeno	8,5	8,5		351
2201 Orellana/Orellana	12,9	8,0	2,6	4.649
2202 Orellana/Aguarico	5,3	2,7		376
2203 Orellana/La Joya de los Sachas	13,2	9,1	0,5	1.971
2204 Orellana/Loreto	15,9	8,3	0,8	1.319
2301 Santo Domingo de los Tsáchilas/Santo Domingo	8,3	5,6	2,9	18.402
2302 Santo Domingo De Los Tsáchilas/La Concordia (código 0808 en 2013)	12,0	8,4	5,6	2.508
2401 Santa Elena/Santa Elena	14,3	10,4	4,8	6.847
2402 Santa Elena/La Libertad	11,1	8,4	4,5	4.423
2403 Santa Elena/Salinas	9,3	7,2	3,9	3.337

Anexo IV

Indicadores sobre la calidad de atención al niño/a menor de cinco años y a la embarazada en la consulta externa de establecimientos de salud. Ecuador, 2012

Fuente: MSP Ecuador, OPS/OMS, Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional, 2012.

No.	Indicador	Valor
1	Proporción de niños/as de 2 meses a 4 años , en los que se verificó la presencia de signos de peligro en general (si es capaz de beber o lactar, vomita todo, convulsiones, letargia o inconsistencia).	15.6
2	Proporción de niños/as de 2 meses a 4 años en los que se verificó la presencia de tos, diarrea, fiebre y problemas de oído.	56.9
3	Proporción de niños/as de 2 meses a 4 años en los que se evaluó el desarrollo psicomotor.	56.0
4	Proporción de niños/as de 2 meses a 4 años en los que se evaluó probable maltrato.	6.5
5	Proporción de niños/as de 2 meses a 4 años en los que se evaluó el estado nutricional.	22.6
6	Proporción de niños/as de 2 meses a 4 años en los que se evaluaron las prácticas de alimentación.	60.0
7	Proporción de niños/as de 2 meses a 4 años en los que se verificó el esquema de vacunación.	46.3
8	Índice de evaluación integrada al niño/a de 2 meses a 4 años de edad. Media aritmética de 12 tareas de evaluación realizadas para cada niño/a: tres signos de peligro, cuatro síntomas principales, desarrollo psicomotor, maltrato, estado nutricional, prácticas de alimentación y vacunas (Índice ideal: 1)	0.57
9	Proporción de niños/as de 2 meses a 4 años en los que se revisó la cavidad bucal para revisión de piezas dentarias y encías.	62.5
10	Proporción de niños/as menores de 2 meses en los que se evaluó la presencia de enfermedad grave (si es capaz de lactar, vomita, convulsiones, fiebre, dificultad para respirar, cianosis o palidez, pústulas en la piel, equimosis, secreción purulenta en los ojos, secreción purulenta en ombligo).	15.0
11	Proporción de niños/as menores de 2 meses en los que se evaluó la presencia de diarrea.	66.0
12	Proporción de niños/as menores de 2 meses en los que se evaluó la nutrición.	32.0
13	Proporción de niños/as menores de 2 meses en los que se evaluó el desarrollo psicomotor.	63.0
14	Índice de evaluación integrada al niño/a menor de 2 meses. Media aritmética de 13 tareas de evaluación (10 signos de enfermedad grave, diarrea, nutrición, desarrollo psicomotor).	0.66

15	Proporción de niños/as que necesitan un antibiótico y/o antimaláricos, a quienes se prescribió el/los medicamento(s) correctamente.	15.4
16	Proporción de niños/as que no requieren antibiótico u otros medicamentos para una o más clasificaciones de AIEPI, que abandonaron el establecimiento sin haberlo recibido.	84.4
17	Proporción de niños/as enfermos (con diarrea, IRA y/o fiebre) cuyos cuidadores recibieron orientación para dar más líquidos y continuar con la alimentación.	80.2
18	Proporción de niños/as con diarrea que recibieron o se les indicó suero oral.	72.7
19	Proporción de niños/as que necesitan vacunas (sobre la base del carné de vacunas o historia clínica) y que salen del establecimiento de salud con todas las vacunas necesarias de acuerdo con su edad.	61.9
20	Proporción de niños/as a quienes se prescribió SRO, y/o antibiótico oral, y/o antimalárico oral, cuyos cuidadores describen correctamente cómo administrar el tratamiento.	25.0
21	Proporción de niños/as que necesitan referencia y que son referidos por el personal de salud.	0(0/5)
22	Proporción de establecimientos de salud que ha recibido al menos una visita de supervisión de rutina, que incluyó la observación del manejo de casos, en los últimos 6 meses.	15.0
23	Proporción de establecimientos de salud que tienen el equipamiento y suministros necesarios para brindar servicios completos de vacunación el día de la encuesta.	44.4
24	Proporción de establecimientos de salud que cuenta, al menos, con una persona capacitada en los componentes:	
	Neonatal	35.5
	Clínico	48.1
	Normas de atención a la mujer	44.0
25	Proporción de mujeres embarazadas que recibe control prenatal de calidad.	25.3
26	Porcentaje de madres que conoce los Derechos del Niño/a.	44.0
27	Proporción de establecimientos de salud que promueven los Derechos de los Niños/as.	12.5
28	Proporción de niños/as que son llevados al establecimiento de salud por el padre.	3.8
29	Proporción de embarazadas que recibe "buen trato" (es recibida cordialmente, se comprueba que comprendió las recomendaciones del personal de salud, el personal de salud demostró interés, el personal empleó lenguaje corporal adecuado, empleo lenguaje sencillo, no la criticó, no la desvalorizó).	48.0
30	Proporción de madres o cuidadoras/es de niños/as menores de 5 años que recibió "buen trato".	20.0

Esta publicación fue financiada por el proyecto **Plataforma por el Derecho a la Salud**



Fundación
Donum
Solidaridad para la autogestión y el desarrollo



Bélgica
socio para el desarrollo