

## **Boletín No. 6**

### **Tasa de mortalidad infantil disminuye?**

#### **PARA SECCION CREDITOS**

Secretaría Técnica del Frente Social  
Unidad de Información y Análisis  
Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador- SIISE  
Santa María E 4-333 y Amazonas  
Edificio Tarqui, 5to piso  
Casilla Postal 1716158  
Quito, Ecuador  
Teléfonos: 223-1676/ 749, 290-2748/49  
Fax: 290- 9189  
Correo electrónico: [siise@frentesocial.gov.ec](mailto:siise@frentesocial.gov.ec)  
Portal: [www.siise.gov.ec](http://www.siise.gov.ec)

**ÍNDICE** es una Publicación de la Unidad de Información y Análisis - SIISE de la Secretaría Técnica del Frente Social.

Se autoriza la reproducción total o parcial de los indicadores contenidos en esta publicación, citando la fuente.

Editores: Santiago Izquierdo, Mauricio León, Ruth Lucio  
Indicadores: César Amores  
Diseño Gráfico e Impresión: Imagine Comunicación Gráfica  
Edición Fotográfica: Freddy Vásquez



#### **En este Índice**

El gasto público en salud del Ecuador está entre los más bajos de América Latina. Este alcanza apenas un 2% del PIB, ubicándonos solo encima de Haití. No obstante, se han realizado grandes avances en el mejoramiento de las condiciones de salud. Desde 1970, las tasas de mortalidad infantil se han reducido en un 70% hasta alcanzar en el año 2000, un nivel de 34 menores de un año fallecidos por 1000 nacidos vivos. Permanecen, sin embargo, importantes inequidades en el sistema de salud, mostrando tasas de mortalidad mucho más altas y acceso limitado a atención de salud para la población indígena, los pobres y aquellos que viven en áreas rurales. La provisión de salud ha cambiado hacia un mayor énfasis en la atención primaria de salud de los proveedores públicos y hacia atención hospitalaria con internación por parte de los proveedores privados. Las reformas de las políticas de salud han

incluido también incrementos en la tarifas de los servicios de salud, descentralización de los servicios públicos, programas especiales que proveen atención gratuita de salud para los pobres y subsidios a la demanda de salud a través de transferencias monetarias condicionadas (Bono de Desarrollo Humano). Las políticas no han sido consistentes sin embargo en la medida en que el marco de la política de salud ha cambiado varias veces en la década del noventa y no todas las reformas han sido totalmente completadas (como la descentralización). Las reformas fueron implementadas bajo fuertes restricciones presupuestarias, ya que el presupuesto de salud declinó durante la mayor parte de los años noventa (en términos reales per cápita).

La recuperación reciente del presupuesto se ha debido principalmente a los incrementos de los salarios de los trabajadores de la salud. Todo esto ha tenido un resultado mixto sobre la condiciones de salud en el Ecuador, pero principalmente las reformas de política, tal como se han implementado hasta ahora, han fracasado en resolver los problemas fundamentales en la distribución de servicios de salud, incluyendo los bajos niveles de acceso a servicios, las inequidades entre grupos sociales de la población y áreas geográficas, y la baja calidad de los servicios. Las desigualdades en el acceso a servicios de salud han incrementado, en parte debido a la introducción de tarifas y en parte debido a que los insumos de salud (particularmente la disponibilidad de medicinas) han caído muy atrás de los requerimientos. La continua expansión del programa de inmunización y la introducción del programa de maternidad gratuita han compensado parcialmente este efecto, al menos para los niños menores de cinco años y las mujeres embarazadas, lo cual es probablemente parte de la explicación de la caída continua de la mortalidad infantil durante la década de 1990.

En este número tratamos las tasas de mortalidad infantil y de la niñez, así como los determinantes que más impactan en éstas. **Índice**, además, preguntó a especialistas, quienes desde sus diversas perspectivas respondieron a las preguntas: ¿Cuáles son las principales políticas públicas que se podrían impulsar en el Ecuador para continuar reduciendo la tasa de mortalidad infantil?, ¿Cuáles son los sectores más afectados por las deficientes condiciones del sistema de salud?, y ¿Qué podemos hacer en un contexto de cambio en las condiciones de provisión de los servicios de salud?

### **¿Cumplimos o no las Metas del Milenio?**

A propósito de las reuniones de abril de este año del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial, las dos instituciones elaboraron un informe que da cuenta del nivel de acercamiento al cumplimiento de los Objetivos del Milenio por parte de los países en desarrollo. Este informe es pesimista en cuanto a los objetivos de salud, educación y ambiente. Se precisa que con la tendencia actual, los objetivos de reducir la mortalidad infantil y materna fracasarán en la mayoría de las regiones, y solo una pequeña proporción de países, entre un 15 y 20% parece estar bien encaminada.

Este informe finaliza indicando que los países desarrollados deberán dar el ejemplo, cumpliendo con las promesas hechas en Monterrey en el 2002,

cuando se comprometieron a aumentar el respaldo financiero si los países en desarrollo intensificaban sus reformas.

Las Metas de Desarrollo del Milenio relacionadas a la salud incluyen la reducción de la mortalidad de la niñez (menores de 5 años) en dos tercios entre 1990 y 2015. En el Ecuador, esta meta ya fue alcanzada en el año 2001 por las mujeres menores de cinco años y de mantenerse la tendencia lineal decreciente debería también alcanzarse en el caso de los hombres menores de cinco años. En el estudio Ecuador: Creando espacio fiscal para la reducción de la pobreza<sup>1</sup>, en el capítulo sobre salud se estima que la meta para la mortalidad infantil (menores de 1 año) podría ser alcanzada en el 2010 para los hombres y en el 2008 para las mujeres.

El estudio señala que el mejoramiento del acceso a atención materna e infantil (vacunación, controles pre-natales y partos asistidos profesionalmente) es crítico para reducir la mortalidad infantil al nivel de las Metas de Desarrollo del Milenio para todos los grupos de la población. Las implicaciones presupuestarias no deberían constituir ningún impedimento para alcanzar esta meta ya que se estiman en apenas 0.01% del PIB por año.

	Proyección de línea de base Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)		Meta para TMI 2015	Proyección línea de base para atención del parto		Impacto simulado		Costo presupuestario adicional (sobre la línea de base) (promedio anual 2004-2015)	
	2000	2015		2003	2015	TMI 2015	Acceso a atención médica 2015	US\$ millones	% of PIB
<b>Cobertura completa del programa de inmunización en 2015</b>								3.5	0.01%
<i>Población Total</i>	34.1	30.5	18.2	84%	82%	20.1	81%		
Pobres	42.0	37.4	21.9	78%	76%	24.9	74%		
No-Pobres	28.9	25.8	10.4	87%	86%	16.8	85%		
Indígenas	66.0	58.7	32.6	65%	63%	39.6	62%		
No-indígenas	30.2	27.0	15.2	86%	83%	17.6	83%		
<b>Cobertura total del Programa de Maternidad Gratuita en los pobres e indígenas en el 2015</b>								3.8	0.01%
<i>Población Total</i>	34.1	30.5	18.2	84%	81%	28.0	91%		
Pobres	42.0	37.4	21.9	78%	74%	31.1	100%		
No-Pobres	28.9	25.8	10.4	87%	85%	25.8	86%		
Indígenas	66.0	58.7	32.6	65%	62%	43.3	100%		
No-indígenas	30.2	27.0	15.2	86%	91%	26.1	91%		
<b>Combinación de expansión de inmunización y maternidad gratuita</b>								7.2	0.02%
<i>Población Total</i>	34.1	30.5	18.2	84%	81%	18.2	91%		
Pobres	42.0	37.4	21.9	78%	74%	20.6	100%		
No-Pobres	28.9	25.8	10.4	87%	85%	16.8	86%		
Indígenas	66.0	58.7	32.6	65%	62%	28.9	100%		
No-indígenas	30.2	27.0	15.2	86%	91%	17.0	91%		

Fuente: Encuesta del Sistema Integrado de Hogares, INEC

<sup>1</sup> Ecuador: Creando espacio fiscal para la reducción de la pobreza, Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo, 2004

Elaboración: STFS-SIISE

En efecto, según el estudio realizado en el 2003<sup>2</sup>, incluso no había una necesidad inmediata de incrementar el presupuesto de salud para alcanzar la meta de reducción de la mortalidad infantil, ya que existía capacidad subutilizada en el sistema público de salud y una estructura distorsionada de personal con una sobreoferta de doctores y escasez de enfermeras, tal que los ajustes correspondientes ahorrarían costos que podrían cubrir los gastos adicionales. En otras palabras, lo que se requería era una adecuada priorización en el presupuesto público de salud, que proteja el programa de inmunización para alcanzar la cobertura completa, realice una expansión focalizada del programa de Maternidad Gratuita y optimice el uso de los recursos disponibles de personal e infraestructura.

## **VOCES**

El servicio que nos da el dispensario médico es bueno y muy importante para quienes carecemos de recursos para ir a clínicas. Sería extraordinario que en San Antonio de Pichincha funcione aunque sea una pequeña clínica del Estado, ya que muchas veces es inevitable internarse. Y si alguien plantearía esta posibilidad, puedo asegurar que toda la gente del pueblo colaboraría, incluso con mingas. (Segundo Taipe, jefe de cocina de restaurante de San Antonio de Pichincha)

Enfermarse el sábado o domingo es grave porque no hay quien atienda y no tenemos plata para pagar a los médicos particulares. Entonces no tenemos más salida que acudir al curandero o al fregador, que también nos cobra pero poco. (Mario Andrango, trabajador de cantera)

“Soy indígena, vengo de Tigua... cuando nos enfermamos, nosotros nos curamos con plantas, pero cuando es una cosa seria, vamos a ver al doctor.”

“Nosotros nunca vamos a ver al médico. Cuando hace falta, compramos remedios en la farmacia.”

“Si nos enfermamos, tomamos té de cedrón. Nunca nos hacemos controlar los dientes.”

(Niños quechuas, 10 a 12 años, UNICEF, 2004)

Aquí tenemos médicos que curan a todos con hierbas y otras cosas. A mi ñaño chiquito que estaba casi muerto, le curaron de la barriga. (José Chipantaxi, 11 años, morador de Pululahua).

Mi mamá y mis tías cuando tienen guagua les llevan corriendo al dispensario a vacunarles para que no se enfermen, pero a veces no encuentran al doctor. (Pedro Tinaluisa, 13 años, Caspigazí)

---

<sup>2</sup> En el mes de noviembre del 2004 entro en vigencia un Decreto Ejecutivo mediante el cual se aprobó que algunas clasificaciones del personal médico trabajen 4 horas al día en lugar de 8, esto sin duda es un elemento que deberá valorarse en el futuro.

## Mortalidad infantil y de la niñez por grupos de población

### Tasas de Mortalidad infantil y de la niñez (Método Indirecto)

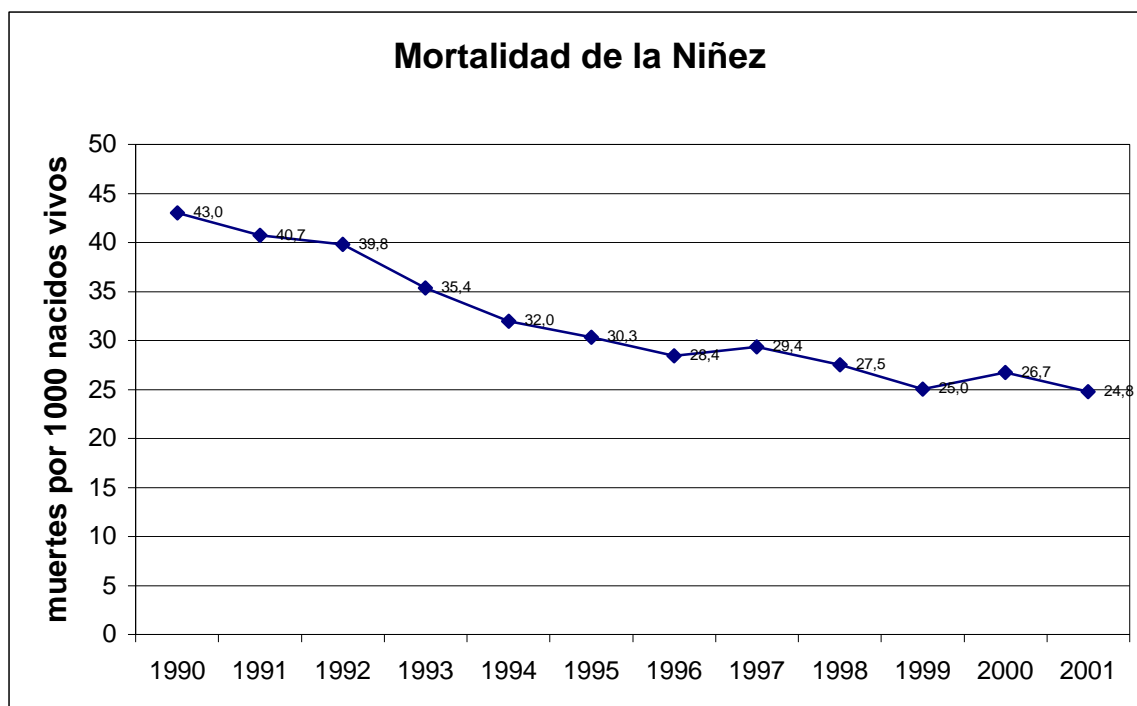
	1995-2000	
	Grupos de Edad	
	0 - 1	0-5
Etnicidad (lenguaje)		
No-indígenas	35.0	38.5
Indígenas	66.0	90.5
Etnicidad (auto-definición)		
Indígenas	66.0	89.8
Afroecuatoriano	38.0	48.3
Mestizo	31.0	37.8
Blanco	26.0	30.8
Otro	29.0	35.3
Area de residencia		
Urbano	27.0	32.3
Rural	44.0	56.0
Pobreza por NBI		
Extrema pobreza	42.0	53.5
Pobreza	38.0	47.5
No-pobre	25.0	29.3
Total	34.0	42.3

Fuente: Estimaciones basadas en INEC, Censos de Población de 1990 y 2001

Elaboración: STFS-SIISE

Considerando el método indirecto de medición de la mortalidad infantil:

- La tasa de mortalidad infantil se redujo 44.2 menores de un año fallecidos por 1.000 nacidos vivos en el quinquenio 1990-1995 a 33.3 en el quinquenio 1995-2000.
- Los niños indígenas tienen una tasa de mortalidad de la niñez muy superior a aquella de los no indígenas (90.5 frente a 38.5 por 1000 nacidos vivos).
- La mortalidad infantil y de la niñez también es significativamente más alta para la población afroecuatoriana (10 a 15% más alta que el promedio, aunque mucho menos que aquella de la población indígena).
- El riesgo de mortalidad de la niñez es significativamente más alto en el área rural, aunque la diferencia se ha estrechado ligeramente de 1.9 a 1.7 veces durante los 90.
- Los niños y niñas de las familias pobres tienen mayor riesgo de mortalidad que aquellos de las familias no pobres, pero aquí se observa también una reducción en la brecha en los 90 (de 2.1 a 1.6 veces en el caso de la mortalidad de la niñez y de 1.9 a 1.5 veces en el caso de la mortalidad infantil).
- Los niños tienen una probabilidad más alta de morir a una edad temprana que las niñas, probablemente debido a razones biológicas en la medida en que este patrón se encuentra en la mayoría de países del mundo (OMS, 2003).



Fuente: Estadísticas Vitales, INEC  
 Elaboración: STFS-SIISE

### La esperanza de vida aumenta y la mortalidad infantil disminuye

Las condiciones de salud de la población ecuatoriana han mejorado considerablemente durante los últimos cincuenta años. La esperanza de vida al nacer se incrementó de 48 a 70 años entre 1950 y 2000. Esta tendencia positiva durante la década de 1990, permitió ganar 5 años en el período. Patrones similares son encontrados en la reducción de las tasas de mortalidad general, infantil y de la niñez. La tasa de mortalidad general cayó de 13.8 en 1960 a 4.5 por 100.000 habitantes en 2001. La tasa de mortalidad infantil ha continuado decreciendo de una manera casi lineal, reduciéndose de 140 a 33 por 1000 nacidos vivos entre 1950 y el quinquenio 1995-2000, de acuerdo a las estimaciones indirectas basadas en los censos de población.

La reducción de la mortalidad infantil coincide con la disminución de largo plazo de las tasas de fertilidad. La fertilidad disminuyó de casi 7 hijos por mujer en edad fértil en las décadas de 1950 y 1960 a 2.8 en el quinquenio 2000-2004. Durante los 90, la fertilidad cayó más rápidamente en el área rural que en la urbana, pero la tasa continúa siendo 1.5 veces más alta para las mujeres rurales.

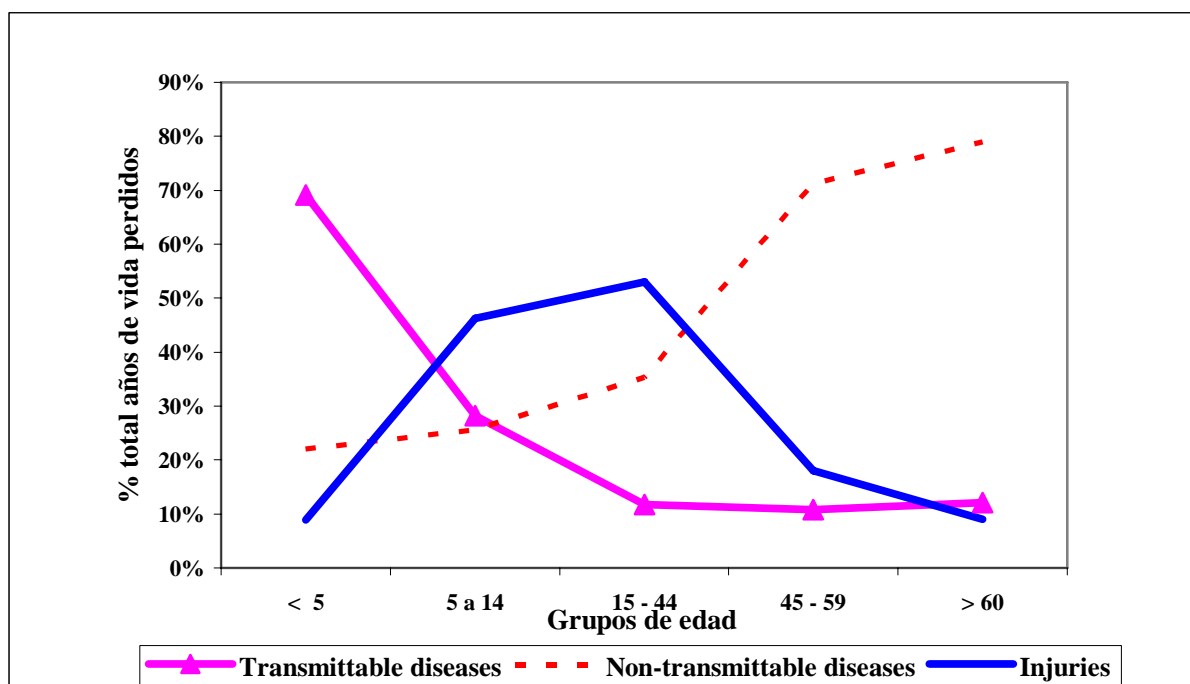
Las principales causas de mortalidad y morbilidad en la niñez temprana (0 a 5 años de edad) permanecen sin embargo relacionadas a enfermedades transmisibles y prevenibles (ver cuadro más abajo)

PRINCIPALES CAUSAS MORTALIDAD INFANTIL		
CAUSA	2002	
	Casos	%
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1881	41,5
Neumonía	418	9,2
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	382	8,4
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	186	4,1
Desnutrición	139	3,1
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	98	2,2
Otras enfermedades del corazón	77	1,7
Septicemia	104	2,3
Meningitis	48	1,1
Otras enfermedades infecciosas intestinales	46	1,0
Resto de causas	1151	25,4
<b>Total anual de muertes infantiles</b>	<b>4530</b>	<b>100</b>

Fuente: Estadísticas Vitales, INEC  
Elaboración: STFS-SIISE

El estudio del peso de la enfermedad de CEPAR/PHR (1999) para el año 1995 confirma esto, al mostrar que más del 70% de los años de vida perdidos a una edad temprana se debe a enfermedades respiratorias e infecciosas (más deficiencias nutricionales y condiciones maternas y perinatales), mientras en el grupo de 5 a 45 años las mayores causas de años de vida perdidos están asociadas con accidentes y enfermedades crónico-degenerativas y, en el grupo de 45 años o más, las de este último tipo predominan de lejos sobre el resto de causas.

### AÑOS DE VIDA SALUDABLES PERDIDOS SEGÚN GRUPOS DE EDAD



Fuente: Estadísticas Vitales, INEC  
Elaboración: STFS-SIISE

### Determinantes de la mortalidad infantil

*Desnutrición:* a pesar de las vicisitudes económicas, la prevalencia de desnutrición decreció en las décadas de 1980 y 1990 como sugieren varias estimaciones puntuales. La desnutrición crónica (baja talla para la edad) entre niños menores de 5 años disminuyó de 34 a 21% entre 1985 y 2004. La desnutrición global (bajo peso para la edad) declinó de 17 a 14 % en el mismo

período. La desnutrición afecta principalmente a los niños que residen en el área rural, en la región Sierra, en hogares pobres y, particularmente, de origen indígena.

*Agua y saneamiento:* el acceso a agua segura se incrementó de 70 a 81% entre 1990 y 2001, principalmente debido a una creciente cobertura en el área rural. Las desigualdades en el acceso corren en paralelo a las diferencias en las tasas de mortalidad infantil, siendo los hogares pobres, rurales e indígenas los que tienen mayores deficiencias en el acceso a agua y saneamiento. El acceso directo a agua entubada presenta menor cobertura y mayores desigualdades.

*Educación:* la educación de las madres es típicamente un determinante significativo de menores tasas de fertilidad y mortalidad infantil. El analfabetismo femenino cayó de 19.7 a 10.3% en las dos últimas décadas y los niveles promedio de escolaridad de las mujeres adultas se incrementó de 4.7 a 7.1 años. Sin embargo, el analfabetismo es mayor para las mujeres pobres, indígenas y rurales. Asimismo, el nivel de escolaridad es menor para estos grupos de población.

*Conocimiento de planificación familiar y enfermedades transmitidas sexualmente:* El conocimiento y uso de anticonceptivos se ha incrementado en los últimos años, principalmente en el caso de las mujeres rurales. Sin duda esto ha tenido un impacto positivo en la declinación de las tasas de mortalidad y fertilidad. Sin embargo, aquí también persisten diferencias en el uso de tales métodos que siguen los patrones explicados antes, siendo las mujeres indígenas, rurales y de las familias más pobres quienes menos conocen y usan métodos de planificación familiar. El VIH/SIDA no tiene una alta prevalencia en el Ecuador, pero ha estado creciendo, particularmente entre las mujeres. No obstante, cerca de un tercio de la población desconoce que esta enfermedad puede ser transmitida al hijo durante el parto y solo un poco más de la mitad dice que conoce como protegerse del VIH/SIDA durante las relaciones sexuales. Nuevamente, el grado de conocimiento varía entre los grupos de la población, siguiendo los patrones de mayores deficiencias entre las familias indígenas, rurales y pobres.

#### *Acceso a servicios de salud*

Los grupos de población que muestran mayores riesgos de enfermedad y mortalidad infantil también tienen mayor dificultad para buscar asistencia médica profesional. Por ejemplo, los casos de diarrea y enfermedades respiratorias tienen una incidencia similar entre los distintos grupos de población, pero es más probable que sea la población no pobre, no indígena y urbana la que busca atención médica durante la enfermedad. La asistencia médica calificada en el embarazo y el parto también sigue este patrón socio-demográfico. A pesar de la persistencia de estas desigualdades, la cobertura del parto profesionalmente asistido se ha incrementado en décadas recientes con sus efectos concomitantes en la reducción de la mortalidad infantil.

#### *Acceso a programas de asistencia social focalizados*



En años recientes una variedad de programas de salud han sido introducidos de manera focalizada en la protección de mujeres y niños menores a través de nutrición y cuidado de salud. El programa de Maternidad Gratuita, introducido por ley en 1998, es uno de los más importantes y tuvo una cobertura de alrededor del 30% de las mujeres embarazadas en el año 2003. Sin embargo, la cobertura de las mujeres pobres, rurales e indígenas es mucho menor. Otros programas importantes son los de alimentación y nutrición como el PANN 2000 y el Programa de Alimentación Escolar (PAE) y el de transferencias monetarias condicionadas, Bono de Desarrollo Humano (BDH). El componente Mi Papilla del PANN tuvo una cobertura de un tercio de los niños entre 6 y 24 meses. La cobertura es algo mayor para los grupos vulnerables: indígenas, rurales y pobres. Sin embargo, en general, la cobertura del programa es más bien baja ya que solo cerca del 39% de los niños pobres tienen acceso a Mi Papilla y el solo el 38% de las madres pobres embarazadas y en estado de lactancia se beneficia de Mi Bebida. El PAE cubre cerca del 45% de la población entre 5 y 14 años y el valor nutricional de su intervención es relativamente bajo. Se está implementando, al momento, un programa nutricional que cubra a los niños entre 2 y 5 años, denominado: Aliméntate Ecuador. Algún apoyo nutricional es provisto, también, a través de los programas de desarrollo infantil pero con una baja cobertura.

### Ficha Metodológica

#### Tasa de mortalidad infantil (métodos directo e indirecto) y de la niñez

##### Definición

##### Infantil

La tasa mortalidad infantil puede ser calculada por dos métodos: uno directo y otro indirecto.

1. La tasa de mortalidad infantil por el **método directo** es la probabilidad que tiene un niño/a de morir durante su primer año de vida. Se mide como el número de defunciones de niños/as menores de un año en un determinado año, expresado con relación a cada 1.000 nacidos vivos durante el mismo año. Los datos provienen de los registros anuales de nacimientos y defunciones.

##### Tasa de mortalidad infantil =

[número de defunciones de niños/as de menos de 12 meses en el año t  
x 1.000 / número de nacidos vivos en el año t ]

2. La tasa de mortalidad infantil por el **método indirecto** se basa en estimaciones de la fecundidad de las mujeres en edad fértil realizadas a partir de los censos de población y de modelos generales de comportamiento demográfico. Específicamente, usa el método de Brass, variante Coale-Demeny (v. Naciones Unidas, 1986; CELADE, 1988). Este método convierte la proporción de hijos fallecidos con relación al total de hijos nacidos vivos de mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad), clasificadas por grupos quinquenales de edad, en una estimación del riesgo de mortalidad a que han estado expuestos esos niños.

##### Niñez

Probabilidad que tiene un niño/a de morir antes de cumplir 5 años de vida. Se mide como el número de niños/as de 0 a 59 meses cumplidos fallecidos en un

determinado año, expresado con relación a cada 1.000 niños/as nacidos vivos durante ese año. Al igual que la tasa de mortalidad infantil, puede calcularse con los métodos directo e indirecto.

**Tasa de mortalidad de la niñez =**

[ número de niños/as de 0 a 59 meses fallecidos en el año t x 1.000 / número de nacidos vivos en el año t ]

**Fundamento**

Se trata de indicadores de resultado que reflejan situaciones de salud ligadas a varios factores como: salud materna, atención durante el embarazo, parto y puerperio, y pasado el primer año de vida a los riesgos de enfermar y morir asociados principalmente con las condiciones del cuidado infantil, complemento y refuerzo de los esquemas de vacunación, consumo de alimentos adecuados, prevención o tratamiento efectivo de las principales enfermedades del grupo de edad y accidentes dentro y fuera del hogar.

**Medida**

Tasas por 1.000 nacidos vivos

**Unidad de análisis**

Personas

**Fuentes de los datos primarios**

**Infantil**

1. Método directo

INEC, Estadísticas vitales, Nacimientos y defunciones

2. Método Indirecto

1. INEC, Censos de población y vivienda

2. CEPAR, Encuesta demográfica y de salud materna e infantil, ENDEMAIN

**Niñez**

**Método Directo**

1. INEC, Estadísticas vitales: nacimientos y defunciones

**Método Indirecto**

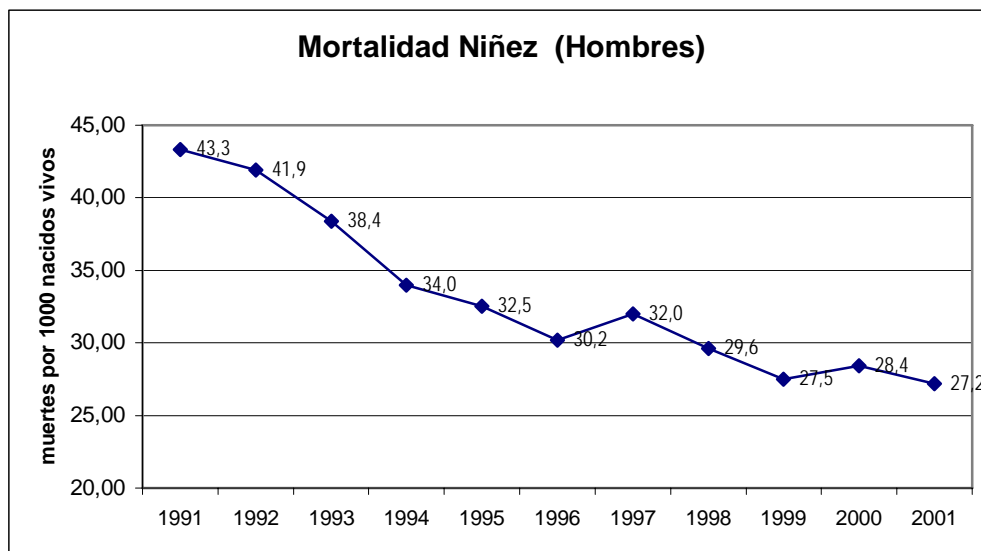
2. CEPAR, Encuesta demográfica y de salud materna e infantil, ENDEMAIN

**Observaciones**

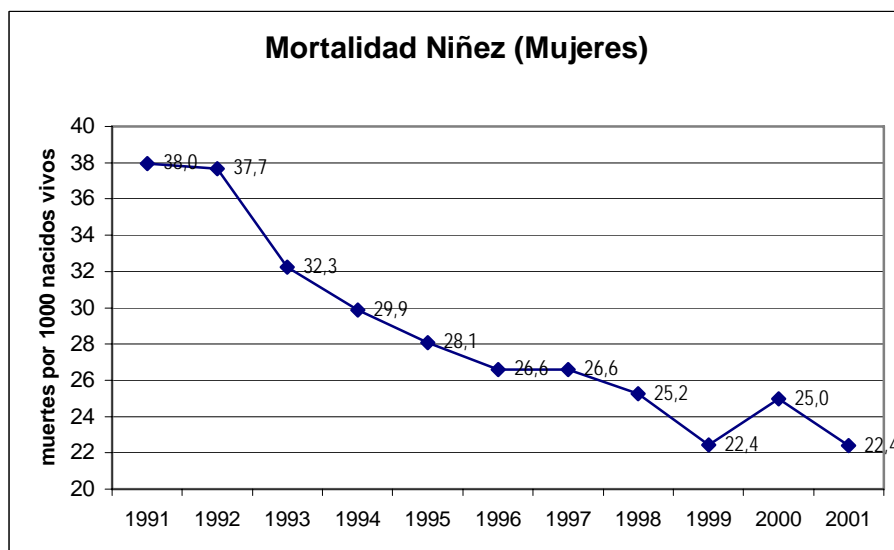
El indicador calculado por el **método directo** utiliza el registro anual del número de nacimientos y muertes de menores de un año de las Estadísticas Vitales. Esta fuente es compilada por el INEC a partir de las inscripciones de nacimientos y defunciones en el Registro Civil. Es preciso reconocer dos problemas en esta información primaria: (i) las omisiones en el registro de defunciones y (ii) las inscripciones tardías de los recién nacidos. Por esta razón, las estadísticas de nacimientos se corrigen anualmente incorporando los registros tardíos correspondientes al año anterior. Es recomendable, por tanto, que los indicadores de mortalidad esperen esta corrección.

Los distintos métodos utilizados, los períodos de referencia y las correcciones realizadas por las distintas fuentes dan lugar a estimaciones muy diversas de este indicador.

## METODO DIRECTO



Fuente: Estadísticas Vitales, INEC  
Elaboración: STFS-SIISE



Fuente: Estadísticas Vitales, INEC  
Elaboración: STFS-SIISE

En el **Método indirecto**, el indicador se calcula mediante el programa informático PANDEM desarrollado para el análisis demográfico por el CELADE. Es importante observar los siguientes supuestos del método indirecto para la estimación de la mortalidad infantil: (i) la fertilidad ha permanecido constante en el período de estudio; (ii) la mortalidad de la niñez tiene una evolución lineal a través del tiempo; (iii) las tendencias de la mortalidad y fecundidad del modelo de dinámica demográfica utilizado como referencia (en este caso, las tablas mundiales de Coale-Demeny) son aplicables a la población de estudio; (iv) no hay asociación entre la mortalidad de las madres y de los hijos; y (v), no existe relación entre la mortalidad infantil y la edad de la madre. A pesar de estos supuestos y de los problemas de recolección de información sobre fecundidad que con frecuencia encuentran los censos (omisiones en la declaración de hijos

vivos y muertos, por ejemplo), se ha demostrado que el método conduce a estimaciones razonablemente confiables.

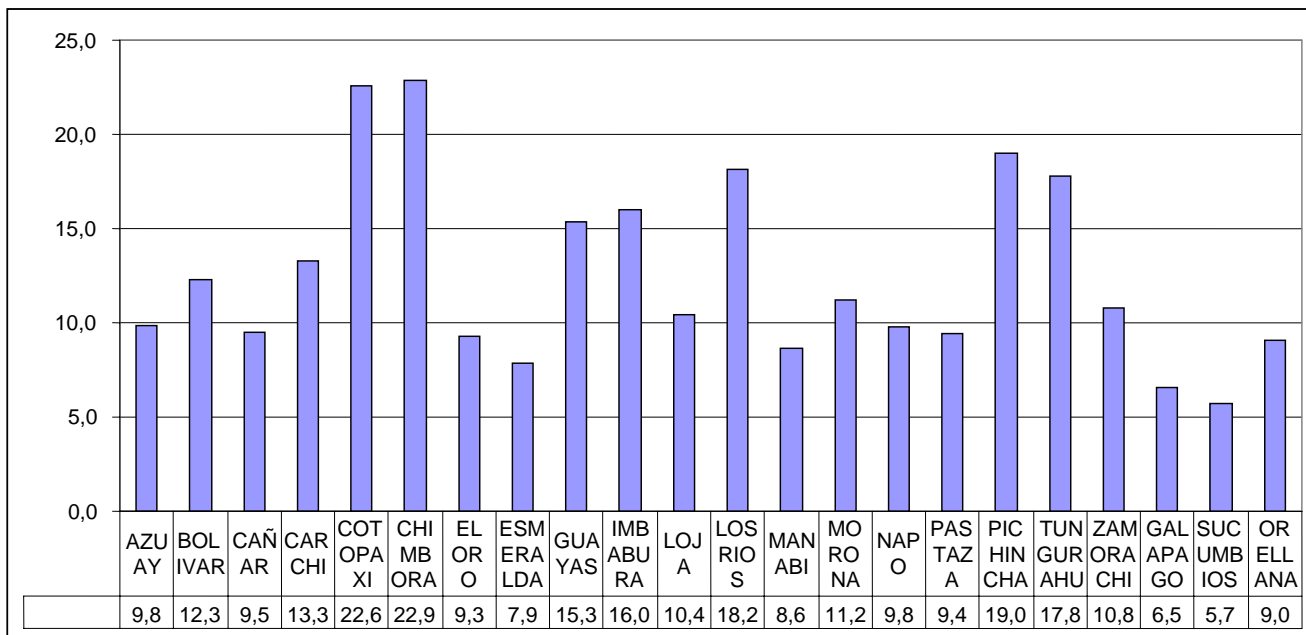
Una limitación importante del método indirecto radica en que no es aplicable a poblaciones pequeñas (por ejemplo, cantones); está concebido para estimar la mortalidad en poblaciones grandes: en el caso del Ecuador, el país en su totalidad. Por otro lado, debe advertirse que los resultados se ven afectados por los movimientos migratorios, tema que se ha potenciado en los últimos años en el país.

## TASAS DE MORTALIDAD

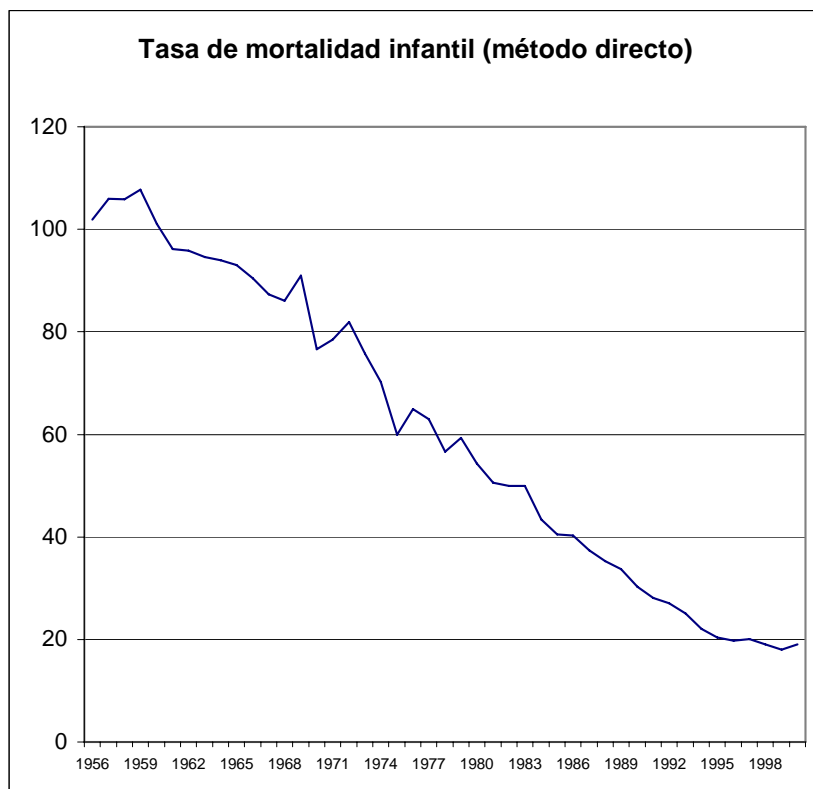
	<b>METODO DIRECTO</b>	
	<b>1990-1995</b>	<b>1995-2000</b>
Tasa de Mortalidad Infantil	26,5	19,4
Tasa de Mortalidad de la Niñez	38,2	27,9
Tasa de Mortalidad de la Niñez Hombres	38,0	29,5
Tasa de Mortalidad de la Niñez Mujeres	33,2	25,2
<b>Tasa de Mortalidad menores de un año</b>	<b>2001</b>	
AZUAY	9,8	
BOLIVAR	12,3	
CAÑAR	9,5	
CARCHI	13,3	
COTOPAXI	22,6	
CHIMBORAZO	22,9	
EL ORO	9,3	
ESMERALDAS	7,9	
GUAYAS	15,3	
IMBABURA	16,0	
LOJA	10,4	
LOS RIOS	18,2	
MANABI	8,6	
MORONA SANTIAGO	11,2	
NAPO	9,8	
PASTAZA	9,4	
PICHINCHA	19,0	
TUNGURAHUA	17,8	
ZAMORA CHINCHIPE	10,8	
GALAPAGOS	6,5	
SUCUMBIOS	5,7	
ORELLANA	9,0	
	<b>METODO INDIRECTO</b>	
	<b>1990-1995</b>	<b>1995-2000</b>
Tasa de Mortalidad Infantil	44,2	33,3

Fuente: Estadísticas Vitales, INEC; CEPAR, Encuesta demográfica y de salud materna e infantil, ENDEMAIN  
Elaboración: STFS-SIISE

## TASA DE MORTALIDAD MENORES DE UN AÑO POR PROVINCIAS



Fuente: Estadísticas Vitales, INEC  
Elaboración: STFS-SIISE



Fuente: Estadísticas Vitales, INEC  
Elaboración: STFS-SIISE

## **OPINION**

1. ¿Cuáles son las principales políticas públicas que se podrían impulsar en el Ecuador para continuar reduciendo la tasa de mortalidad infantil?
2. ¿A su criterio, cuales son los grupos de población, etarios y programáticos, más afectados por las deficientes condiciones del sistema de salud?
3. ¿Qué podemos hacer, en un contexto de cambio en las condiciones de provisión de los servicios de salud, que logre un impacto en el mejoramiento de la atención a los niños?

Dr. Juan Vásconez, Oficial de Salud y Nutrición, FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA, UNICEF

### **Respuesta 1**

Una política pública fundamental para reducir la mortalidad infantil tiene que orientarse a garantizar el financiamiento que permita el acceso universal de niños y niñas a programas prioritarios o servicios sociales básicos. Entre estos programas se incluyen los de educación básica, de nutrición y de salud sexual y reproductiva.

Una política pública referencial es la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia que garantiza entre otras prestaciones el acceso al control prenatal, la atención del parto y post-parto, la prevención de la transmisión del VIH/SIDA de la madre al niño y la atención de las enfermedades prevalentes de la infancia. Esta ley promueve además la cogestión entre el MSP, los municipios y otros actores y la participación y vigilancia ciudadana.

Otras políticas son las que impulsan prácticas saludables en el cuidado de los niños pequeños. Esto incluye la educación nutricional y la atención en los servicios de salud. El financiamiento público debe garantizar que los servicios de salud cuenten con personal profesional y comunitario capacitado y sensible a la atención a poblaciones de las diversas culturas que tiene el país. En resumen, la política nacional para reducir la mortalidad infantil debe orientarse a garantizar el financiamiento para el acceso universal a programas de educación básica, prevención, y protección integral en salud y nutrición a las madres y niños, y a las familias.

### **Respuesta 2**

Pese a las significativas mejoras en los indicadores de salud, la principal deficiencia del sistema de salud y de los sistemas de protección integral es la inequidad. Esta se traduce en la brecha de acceso a programas prioritarios, precisamente a las personas que tienen mayor riesgo de enfermedad y muerte por estar en situación de exclusión, marginalidad y pobreza. Estas personas viven en las áreas urbano-marginales y rurales, pertenecen en alto porcentaje a población indígena y afro-descendiente. Los más vulnerables son los niños más pequeños, las mujeres en edad fértil y las personas de la tercera edad. Se suma como factor de riesgo, la desnutrición.

Otras deficiencias del sistema de salud incluyen la limitada participación y vigilancia ciudadana en salud, las debilidades en la gestión y las debilidades en el trabajo interinstitucional e intersectorial que limitan el óptimo uso de los recursos y los impactos positivos de los esfuerzos en salud. Estas deficiencias pueden superarse progresivamente con la extensión de cobertura en salud, la promoción de acuerdos en salud, y el impulso a la difusión y aplicación de la Constitución, la Ley del Sistema Nacional de Salud y el Código de la Niñez y Adolescencia a nivel nacional y local.

### **Respuesta 3**

Un grupo muy vulnerable, que requiere atención prioritaria en el país es el de niñas y niños más pequeños, menores de un año y menores de seis años. El potencial de desarrollo físico e intelectual de una persona se define en sus primeros meses de vida. Las deficiencias que se adquieren en este período, afectan toda la vida. Los esfuerzos en edades posteriores no son suficientes para compensar las carencias adquiridas en la edad temprana. De allí que es tan importante impulsar y articular las estrategias y programas para el derecho a un buen comienzo de la vida.

La educación básica es fundamental. Mientras mayor es el nivel educativo de la población y en especial de la madre, mejores condiciones se crean para el nacimiento y cuidado de los niños pequeños.

Los programas de educación familiar también son esenciales para lograr que el padre, la madre, los niños y quienes forman parte del núcleo de la familia estén en capacidad de manejar pautas de crianza adecuadas para los niños pequeños. Estas incluyen: lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad para un buen desarrollo físico y afectivo, acceso a micro nutrientes como yodo, hierro y vitamina A y educación nutricional. Otras son cuidar la salud a través de la vacunación completa y oportuna, el control médico periódico y la atención de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI). La educación y apoyo para programas de agua y saneamiento y los programas sobre buen trato y protección a los niños son también parte de la atención integral. Hay un gran reto nacional y local para lograr este enfoque de atención y protección integral a niños pequeños, tanto en la política pública, y en el acceso universal a programas prioritarios, como en los procesos de participación y vigilancia ciudadana.

Dr. Miguel Hinojosa Sandoval, Modelo de Atención Integral de Salud, Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Salud

### **Respuesta 1**

Ecuador ocupa el lugar 101 entre 284 países del mundo según su tasa de mortalidad en menores de cinco años, la misma que es de 30 por 1.000 nacidos vivos para el 2002, con una tendencia constante al descenso.

Más del 50% de la mortalidad infantil (en menores de un año) se produce durante el nacimiento y el período neonatal (menores a 28 días de vida). Ocho de cada diez niñas y niños que mueren durante el primer año de vida, nacieron

de bajo peso (menor a 2.500 gramos). De 254.398 que nacieron en este año, 6.400 no cumplirán un año, un menor de un año muere cada hora en el país, la mayoría de ellas podría ser evitada con aplicación de políticas, planes, programas y proyectos sociales en salud de fácil manejo.

Los países con mayores niveles de ingresos e inversión en tecnología para la salud, han bajado al mínimo posible la mortalidad infantil, sus mayores problemas de mortalidad infantil están relacionados con malformaciones congénitas y accidentes, mientras que en los países en desarrollo como Ecuador, la mortalidad es todavía por infecciones, desnutrición y complicaciones del embarazo y del parto, mediados por malas prácticas de higiene, alimentación, inadecuado control del embarazo, inapropiada atención del recién nacido y limitaciones en la disponibilidad de tecnología y medicamentos. De cualquier manera, durante la última década, han mejorado las condiciones de higiene, de alimentación, de información y de disponibilidad de tecnología eficaz en aspectos de salud y enfermedad, lo que ha permitido una mayor supervivencia infantil, bajando de 51 por 1.000 nacidos vivos en 1992 a 30 en 2002.

Los lineamientos de políticas deben mantener la idea básica de invertir en salud, mejorar la información/educación, apoyar los programas de nutrición, promover el parto/nacimiento con atención calificada, orientar el proceso formativo de personal, mejorar la atención en salud neonatal y de la niñez, establecer planes de prevención y estándares de calidad para el sistema nacional de salud y gestionar la adquisición de tecnología apropiada.

## **Respuesta 2**

Más que nada, es importante reconocer lo inequitativo del acceso a la atención en salud, por la presencia de barreras geográficas o culturales, por limitaciones económicas, por desconocimiento de los servicios disponibles o por maltrato de los proveedores de salud. En tales circunstancias, los grupos minoritarios de ciudadanos negros, indios, pobres, niñas/niños, mujeres, y en general quienes pasivamente no reclaman su derecho constitucional a ser sujetos de la atención en salud por parte del estado. Nuestro velado estatus social discriminador y excluyente, configura las inequidades que se visibilizan en los más débiles frente a este malentendido estilo de vida.

Los condicionantes de eficiencia en salud dependen de las condiciones del entorno, la disponibilidad de servicios, la capacidad de acceder a los servicios, en algún grado la capacidad de respuesta de los servicios de salud en función de tecnología y recursos al alcance así como la calidad en la ejecución de acciones de promoción de la salud y tratamiento de la enfermedad.

## **Respuesta 3**

Básicamente se deben destinar suficientes recursos económicos para la atención a la salud y por ende a la niñez, como grupo humano prioritario.



Favorecer el acceso (geográfico, económico, cultural, institucional) a los servicios de atención en salud y de esta manera erradicar la exclusión, que es causa de deficiencia en la atención.

Promover la ciudadanía en salud a través de la participación y veeduría social, construyendo las instancias locales de salud, favoreciendo el desarrollo del sistema nacional de salud.

Comunicación/educación para cambio de conductas, orientadas a estimular las prácticas positivas de cuidado a la niñez en la familia y la comunidad.

Extensión de cobertura de los servicios de atención en salud, con enfoque de promoción de la salud y participación de la comunidad. Que incorpora la optimización de la calidad en provisión de los servicios, mediante el mejoramiento de la gestión de la organización de salud, readecuación de la infraestructura y equipamiento de los servicios de salud y la aplicación de un modelo de atención integral así como el mejoramiento de la capacidad de respuesta en los proveedores de salud a través de procesos formativos de capacitación y seguimiento de apoyo.

Promoción de la salud, que significa desarrollo de hábitos saludables en los que se cuentan la buena higiene, adecuada nutrición de madres, niñas y niños, creación de ambientes saludables. Considerar siempre que la salud del elemento humano es la base del desarrollo

Lcda. Fanny Zurita, Técnica Nacional de la Asociación Ecuatoriana de Municipalidades, Ame

### **Respuesta 1**

Estimo que la Protección Integral de la Salud a grupos vulnerables, que comprende acciones de promoción de la salud, prevención, vigilancia, tratamiento y control de enfermedades, es una de las políticas que ayudaría a reducir la mortalidad materna e infantil, ya que considera la atención específica a niños, niñas, adolescentes y mujeres. Justamente la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia creada en 1994 y reformada en el año 98, responde a este propósito al brindar un paquete de atención de salud a mujeres en etapa materna y a niños/as menores de cinco años, Ley que está financiada y que garantiza la gratuidad en la atención.

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, tiene dos enfoques importantes: la cogestión y la participación ciudadana, que se debe constituir en otra de las políticas que orienta en este caso la implementación de la Ley de manera más integrada y articulada al desarrollo local; en donde los servicios de salud no son los únicos responsables, los municipios han sido actores que históricamente han trabajado y aportado al tema de salud y es con la Ley que empieza a visibilizarse su participación directa, a través de los Comités de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud.

Estas políticas no pueden estar desvinculadas a la veeduría social, en donde la participación de la comunidad, de grupos organizados, de mujeres, entre otros son parte importante de la gestión y desarrollo de acciones de salud.

## **Respuesta 2**

El sistema de salud históricamente ha mantenido una estructura con programas verticales definidos a nivel nacional, que no responden necesariamente a las necesidades del nivel local. Este sistema no articula lo público con lo privado, no tiene definidas políticas públicas con equidad en la cobertura y acceso a los servicios de salud y la calidad de atención no es un principio que se efectiviza en la práctica.

El Ministerio de Salud Pública tiene una importante infraestructura instalada a nivel nacional, sin embargo, por las dificultades de recursos humanos, insumos y calidad de atención, la prestación de servicios de salud no es del todo adecuada y existe falta de credibilidad de la población. En tal virtud, no ha sido posible disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad infantil en los márgenes propuestos. En este contexto, los grupos más afectados son los de mayor vulnerabilidad.

## **Respuesta 3**

Este tema es complejo y si bien se han dado pasos importantes, aún hay muchas cosas por hacer. Es vital, por ejemplo, trabajar por el desarrollo local, donde el tema de salud está inmerso en el contexto social, cuyo enfoque es el desarrollo humano y el bienestar de la población.

Al respecto se ha avanzado sustantivamente, pues actualmente el tema de salud es tratado en los planes de desarrollo cantonal de manera articulada con los actores de salud, educación, ambiente, etc., que parten de la realidad y problemática local y focaliza acciones a grupos prioritarios y sobre todo, que su accionar tiene como eje el cumplimiento de los derechos de las y los ciudadanos.

Es por esto que impulsar la coordinación interinstitucional y la participación ciudadana, ha permitido que el sector salud entienda que este tema no puede ser tratado exclusivamente desde los servicios sino que tiene que abrirse hacia una visión más amplia de entorno, que permita fortalecer la construcción del gobierno local.

El reto es fortalecer las capacidades locales para crear condiciones políticas, de participación, coordinación y de liderazgo que permitan articular acciones de todos los sectores del ámbito social, entre ellos salud, que desarrolle una gestión concertada, estratégica y sostenible, que optimice esfuerzos organizacionales e institucionales e impulsen la definición y aplicación de políticas públicas locales para el desarrollo integral del cantón en busca del bienestar colectivo.

## **Contraportada**

Durante el período 2000-2004 se establecen nuevas prioridades en cuatro direcciones: (a) prioridad renovada para la expansión de la cobertura de la infraestructura básica y el equipamiento de los centros de salud; (b) reforma del aseguramiento de salud; (c) nuevo ímpetu al proceso de descentralización; y (d) introducción de nuevas formas de subsidios a la demanda.

Las asignaciones presupuestarias durante este período no fueron consistentes con la primera prioridad y la mayoría de los incrementos presupuestarios para salud en este período correspondieron a ajustes salariales del personal médico en los centros de salud públicos, particularmente en 2002 y 2003. En estos años han sido frecuentes las huelgas del personal médico, en parte debido al retraso en el pago de salarios y en parte también debido a los reclamos de la falta de transferencias de recursos para mantenimiento, equipamiento y medicinas. La escasez de medicinas en los centros de salud públicos ha forzado crecientemente a que la mayoría de pacientes (incluyendo los afiliados a la seguridad social) deban comprar ellos mismos las medicinas en farmacias privadas, incrementando los gastos de bolsillo y probablemente reduciendo el acceso a atención de salud de los pobres.

En el año 2001, el Congreso aprobó una nueva Ley de Seguridad Social que trata de resolver algunas de las debilidades fundamentales del sistema y permite varias reformas tendientes a resolver la crisis financiera que enfrenta. La Ley separa las funciones de provisión y financiamiento de salud, y establece una supervisión para mejorar la regulación y control del sistema. La supervisión del financiamiento y aseguramiento de salud se pone en manos de los reguladores del sistema bancario (Superintendencia de Bancos y Seguros). Siete artículos de la Ley, sin embargo, están impugnados en el Tribunal Constitucional. A pesar de ello, hay un inicio importante al separar las funciones de provisión y financiamiento, y un avance modesto hacia la ampliación de la cobertura de los miembros de la familia (cónyuges e hijos) de los afiliados a la Seguridad Social. Nada de esto, sin embargo, ha implicado una solución más cercana a la crisis financiera del sistema. El número de afiliados y sus contribuciones son simplemente muy bajos para cubrir las crecientes demandas de salud y los costos de la atención. La reforma del IESS debería volverse parte de la discusión sobre el sistema universal de aseguramiento de salud, pero desafortunadamente hasta la fecha estos son tratados como problemas separados.

En el 2003, fue establecida la comisión nacional de descentralización para vigilar la implementación del cambio de responsabilidades y recursos hacia los gobiernos locales, tal como fue establecido en la Ley de Descentralización y Participación Popular de 1997. Esto debería conducir a un mayor rol de los gobiernos municipales y provinciales en la distribución de los servicios de salud, así como también a una mayor autonomía de las instituciones de salud. Los principales actores del sector salud tienden a estar de acuerdo en que el sistema debería moverse en esta dirección, aunque hay todavía indefiniciones sobre las áreas precisas de competencia de los gobiernos municipales y provinciales. Adicionalmente, hay problemas de implementación de la transferencia de recursos a las municipalidades para el programa de

Maternidad Gratuita, problemas en la contratación de personal calificado por parte de los gobiernos locales, y la carencia de sistemas de monitoreo de salud que apoyen la administración de la salud a nivel local y el seguimiento de los logros de las metas establecidas nacional y centralmente.

El programa de transferencias monetarias condicionadas, Bono de Desarrollo Humano (BDH), fue introducido en 2003, en reemplazo gradual del sistema de transferencias monetarias antes existente, específicamente el programa Bono Solidario y la Beca Escolar. La condicionalidad consiste ya sea en que los hijos en edad escolar de las beneficiarias asistan regularmente a la escuela o que éstas y sus hijos menores de seis años se realicen controles periódicos de salud en los centros de salud públicos.<sup>3</sup> El BDH fue establecido a raíz de la discusión sobre el mejoramiento de la red de protección social en el Ecuador. La idea de introducir subsidios directos a la demanda de salud estuvo ya anteriormente bajo consideración como un programa separado, pero fue incorporado en el BDH como parte de un esfuerzo de mejor integración de las políticas sociales a través del Frente Social.

En la actualidad se necesita implementar mecanismos de control social para asegurar que los programas provean efectivamente cuidado materno e incidan sobre la mortalidad infantil y de la niñez, Meta del Milenio, factible para el Ecuador.

---

<sup>3</sup> Específicamente, las condiciones para el grupo focalizado son:

- en educación: la familia nuclear que tiene niños entre 6 y 15 años de edad, debe asegurar que estos estén matriculados y que asistan a clases al menos el 90%;
- en salud: la familia nuclear que tiene niños entre 0 y 6 años, debe asegurar que reciban controles bimensuales de salud en los centros de salud del MSP;
- para las familias con niños en ambos grupos de edad, prevalecen las condiciones de educación a fin de recibir la transferencia monetaria.