

## 11. Mortalidad Infantil y en la Niñez

Las tasas de mortalidad infantil y mortalidad en la niñez se ubican entre los principales indicadores del nivel de desarrollo económico y social alcanzado por un país. Esta afirmación obedece a que el descenso de estas tasas está condicionado por el aumento en los niveles de educación de las madres, el nivel de urbanización, el acceso a los bienes y servicios, así como a los servicios de salud, incluyendo la calidad de los mismos.

Al igual que en las encuestas anteriores, en la ENDEMAIN-2004 se obtuvo la historia de todos los nacimientos de cada una de las mujeres entrevistadas. Para cada nacimiento se obtuvo: la fecha de nacimiento, el sexo del niño, si está vivo o muerto, y si había muerto la edad al morir. Esta información permite estimar tasas de mortalidad para grupos de edad y períodos exactos.

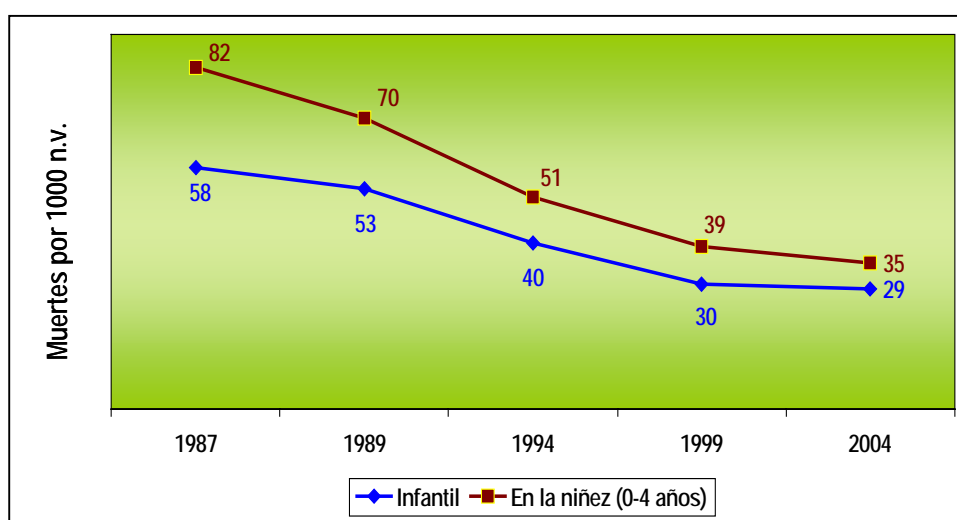
Para el presente análisis la mortalidad infantil (defunciones antes de un año cumplido), se divide en dos rangos de edad: la neonatal (0 a 28 días) y la postneonatal (de 29 días a 11 meses cumplidos). Las defunciones ocurridas de los 12 a los 59 meses cumplidos se clasifica como mortalidad en la niñez y las defunciones de menores de 5 años (0 a 59 meses) como mortalidad en menores de 5 años.

### 11.1 Niveles y tendencias de la mortalidad

La tasa de mortalidad infantil estimada para el período de 5 años entre julio de 1999 y junio de 2004 es de 29 muertes por mil nacidos vivos, casi igual a la tasa estimada para los 5 años previos a la ENDEMAIN-1999 (Cuadro 11.1). La mortalidad neonatal y postneonatal también se mantuvieron casi a los mismos niveles registrados por la encuesta anterior. La estabilidad en el nivel de mortalidad en los últimos 5 años interrumpe la tendencia de las últimas 4 encuestas entre 1987 y 1999 cuando la mortalidad infantil descendió de 58 a 30 muertes infantiles por 1.000 nacidos vivos (Gráfico 11.1).

Entre las dos últimas encuestas la mortalidad en la niñez se redujo de 9 a 5 muertes por cada 1.000 niños(as) que sobrevivieron su primer año de vida, continuando la tendencia entre 1987 y 1999 cuando esta tasa bajó de 25 a 9 muertes por 1.000 nacidos vivos.

Gráfico 11.1  
Tendencia de la tasa de mortalidad infantil y en la niñez  
(ENDESA-1987 y ENDEMAIN-1989 a 2004)



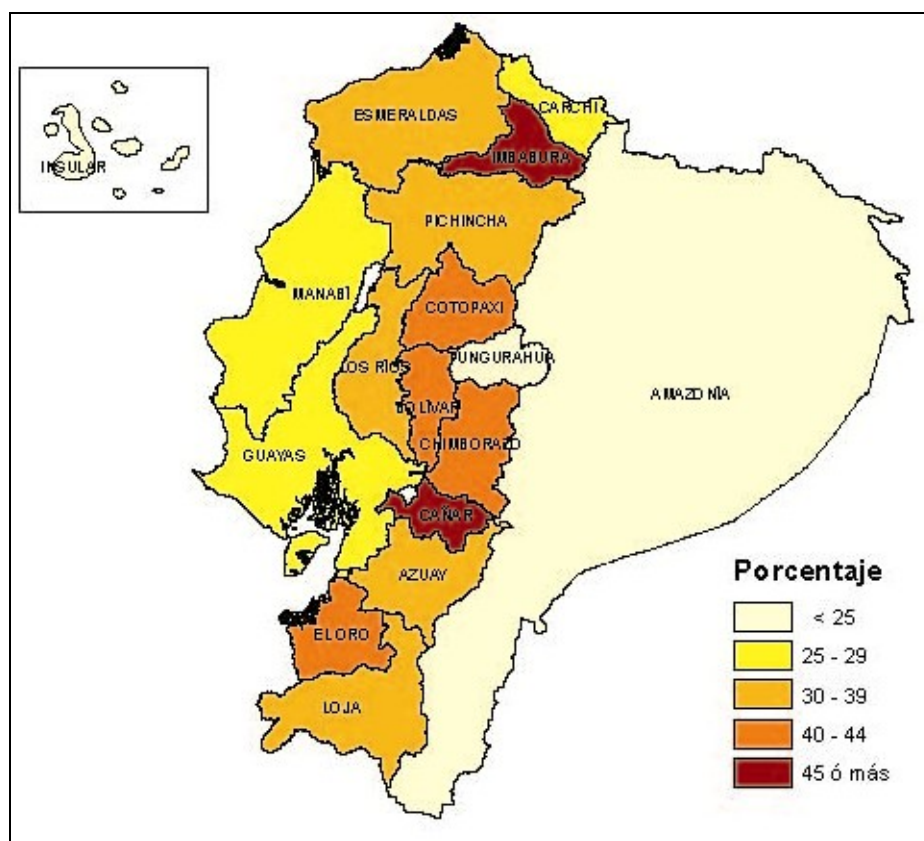
El Cuadro 11.2 muestra la tendencia de las últimas 3 encuestas con respecto a mortalidad infantil, según área de residencia, región y nivel de instrucción de la madre. La mortalidad en las áreas rurales mantiene su reducción de 52 entre 1989-1994 a 40 entre 1994-1999 y 32 entre 1999-2004, pero no hay un cambio en la mortalidad para áreas urbanas y posiblemente ha subido en los últimos 5 años de 22 a

28, no siendo esta diferencia significativa. Las regiones Sierra y Costa mantienen sus tasas a casi el mismo nivel en las encuestas de 1999 y 2004 (de 26 a 27 en la Costa y de 34 a 35 en la Sierra). De igual manera las tasas según nivel de instrucción de la madre son muy semejantes en estas dos encuestas.

## 11.2 Diferenciales de la mortalidad

Los Cuadros 11.3 a 11.6, Gráficos 11.2 y 11.3 presentan diferenciales en la mortalidad según varias características. La mortalidad en todas las edades menores de 5 años es mayor para hijos(as) de madres indígenas que para hijos(as) de mestizas y lo es también para hijos(as) de madres sin instrucción. Casi no se observa una diferencia en mortalidad infantil según el quintil económico de los hogares, y la diferencia no es muy pronunciada para mortalidad en la niñez (Cuadro 11.3). Los valores en la mortalidad postneonatal son notables también en hijos(as) de madres indígenas y de sin instrucción.

Gráfico 11.2  
Tasa de mortalidad infantil, por provincia  
(Período 1994- 2004)

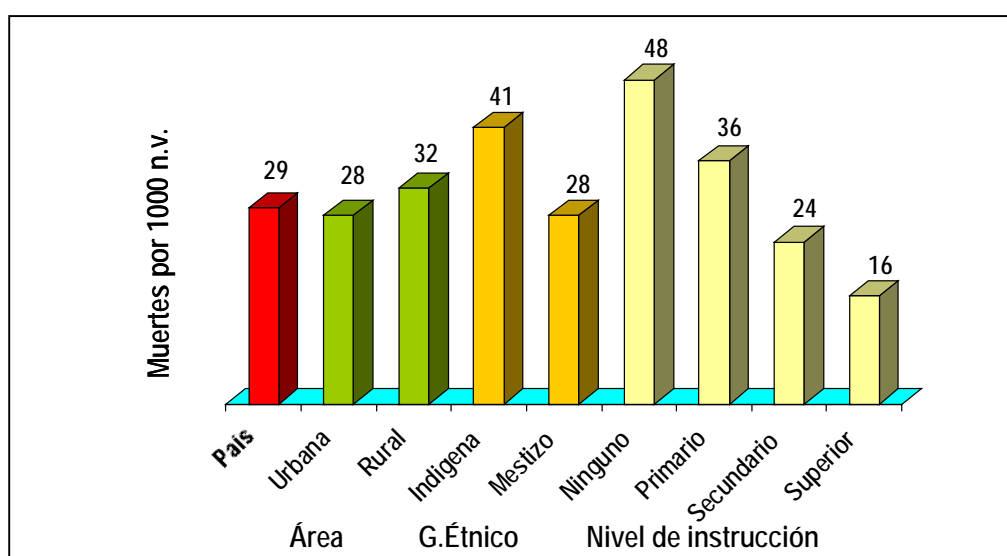


El Cuadro 11.4 presenta diferencias para los últimos 5 años, según sexo del hijo(a), edad de la madre cuando nació, orden de nacimiento del hijo(a) y intervalo desde el nacimiento previo. Generalmente, se observa las diferencias esperadas basadas en la experiencia con otras encuestas en Ecuador y otros países. Lo más sorprendente es la diferencia en mortalidad infantil para hombres y mujeres (34 contra 25). Como es de esperar, la mortalidad es mayor para hijos(as) de madres de menor y mayor edad (36 si tiene menos de 20 años y 74 si tiene 40 o más años) y para niños(as) cuyos orden de nacimiento es mayor (49 si es orden 7 o más). Las diferencias según intervalo entre nacimientos no son muy pronunciadas. Estas diferencias indican que una reducción de los nacimientos en edad temprana o muy avanzada, la disminución de la paridad y un aumento de los intervalos intergenésicos, son factores que pueden contribuir al descenso de la mortalidad infantil. Como se ha visto en el capítulo 6 sobre

fecundidad, no se evidencian cambios en fecundidad en los últimos 5 años, por lo que no deben esperarse reducciones en mortalidad infantil basados en estos factores.

En el Cuadro 11.5 se presentan los diferenciales de la mortalidad infantil, neonatal y postneonatal, según algunas características del embarazo y del parto. Para estas características sólo se incluyen los nacidos vivos que ocurrieron entre julio de 1999 a junio de 2004. Se observan mayores niveles de mortalidad infantil para nacidos vivos de mujeres que no tuvieron atención prenatal y entre aquellos cuyo nacimiento fue atendido en casa. Se evidencia que los nacidos vivos cuyo peso al nacer no fue reportado y los que pesaron menos de 5.5 libras, tienen mucho más riesgo de morir antes de cumplir el primer año de edad que los que pesaron 5.5 libras o más (49 y 46 comparados con 18). Los nacimientos prematuros están asociados con mucho mayor riesgo de una muerte neonatal (109 por 1.000 comparado con 12 por 1.000 para nacimientos a tiempo), igual que la mortalidad infantil que sube drásticamente a 124 por 1.000 n.v. si el parto fue prematuro. Considerando la calificación dada por la madre sobre el tamaño del niño(a) cuando nació, también hay mayor riesgo para niños pequeños o muy pequeños.

**Gráfico 11.3**  
Mortalidad infantil, según características seleccionadas



Finalmente, el Cuadro 11.6 presenta estimaciones de mortalidad infantil y en la niñez para las provincias y regiones. Para este Cuadro se utiliza un período de 10 años (julio de 1994 a junio de 2004). Usando un período de 10 años en vez de 5 años aumenta la confianza en las tasas. La tasa de mortalidad infantil estimada para el período de 10 años es de 32 muertes infantiles por mil nacidos vivos. Las provincias que registran los mayores niveles de mortalidad son Imbabura (49), Cotopaxi (41), Bolívar (40), Chimborazo (40), El Oro (42) y Cañar (46). La mortalidad de menores de 5 años, que para el período es de 37, es notoriamente elevada en Imbabura (63), Cotopaxi, Bolívar, Cañar y El Oro (entre 51 y 52).

### 11.3 Mortalidad perinatal

En esta sección se incluye el análisis de la mortalidad, cuya estimación resulta al combinar la mortalidad neonatal temprana (muertes en los primeros 7 días de vida) con datos sobre los hijos que nacieron muertos después de completar el sexto mes del embarazo (mortinatos). El denominador para el cálculo de las tasas de la mortalidad perinatal lo constituyen los partos de embarazos viables (nacidos vivos o nacidos muertos) que ocurrieron en el período de julio de 1999 a junio de 2004.

Los datos del Cuadro 11.7 indican que la tasa de mortalidad perinatal del Ecuador es de 28 por mil partos y que los nacidos muertos representan el 53.6 por ciento de dicha estimación. La tasa de

mortalidad neonatal temprana de 13 (0 a 7 días) representa el 76.5 por ciento de la tasa de mortalidad neonatal (17 por mil), lo que indica la importancia de la mortalidad neonatal temprana como componente de la mortalidad infantil.

Las diferencias en la mortalidad perinatal según área de residencia y nivel de instrucción son menos marcadas que las diferencias según la edad de la madre al momento del parto. Según la edad de la madre al momento del parto, el menor riesgo de muerte perinatal se observa en madres menores de 30 años y el mayor riesgo en las de 30 años o más, y especialmente en mujeres mayores de 40 años.

#### 11.4 Registro de las muertes

Para las muertes que ocurrieron en los cinco años antes de la entrevista se le preguntó a la madre si había declarado el fallecimiento en el Registro Civil. El Cuadro 11.8 presenta el porcentaje de muertes de niños(as) menores de cinco años de edad, en el período julio de 1999 a junio de 2004, que las madres reportaron como registrados. En total, las madres reportaron que el 68.0 por ciento de las muertes fue registrado. Esta cifra desciende al 57.4 por ciento si el niño murió durante los primeros 7 días de vida. Estos hallazgos indican que las estadísticas vitales probablemente subestiman el número de muertes en niños menores de cinco años en el país, con un sub-registro especialmente alto para las muertes neonatales.

El Cuadro 11.9 presenta el porcentaje de nacimientos que la madre declaró haber inscrito en el Registro Civil, según la sobrevivencia del hijo. Sólo el 84.9 por ciento de los nacimientos fueron inscritos y esto desciende al 39.9 por ciento si el niño murió.

Se ha demostrado que la mortalidad infantil continúa siendo relativamente alta en el Ecuador, particularmente en niños(as) de madres que viven en el área rural, en los de madres indígenas y en los niños(as) de madres con menor nivel de instrucción. También se evidencia que los niños(as) de madres de edades muy jóvenes o avanzadas, de alta paridad y con intervalos intergenésicos cortos, tienen mayor riesgo de muerte. Esto indica que el evitar los nacimientos en edades avanzadas y muy jóvenes y la disminución de la paridad alta, así como la ampliación de los intervalos intergenésicos puede bajar las tasas de mortalidad en los niños(as) de forma significativa. En este sentido, la planificación familiar ofrece beneficios importantes para la salud de la madre y mayor sobrevivencia en los niños.

Debido a la reducción pasada en la mortalidad postneonatal, la mortalidad neonatal ahora es responsable por más de la mitad de la mortalidad infantil, y la mortalidad neonatal temprana es un componente importante de la mortalidad neonatal. La mortalidad neonatal está más asociada a lo que pasa en el embarazo y parto, que a las condiciones de la vivienda. Aun cuando hay segmentos de la población en los cuales todavía se puede disminuir la mortalidad neonatal mediante la mejoría en las condiciones de vida, es necesario hacer notar que no se puede esperar continuar la disminución de esta mortalidad sólo por estos mecanismos. Es necesario el desarrollo y aplicación de estrategias de salud pública a los componentes de mortalidad neonatal, tales como solucionar y prevenir la sepsis neonatal, traumatismo al nacer, anomalías congénitas, y bajo peso y prematurez. Algunas de estas causas de muerte podrían evitarse con el incremento del espaciamiento de nacimientos y la educación dietética, así como también con el fomento del uso oportuno de servicios prenatales de calidad y el control de recién nacido, además de la atención del parto a nivel institucional, y el aumento técnico del acceso a cesáreas de emergencia.

Sin embargo, la prevención de la mayoría de causas de mortalidad neonatal requeriría intervenciones más costosas a largo plazo, tales como inversión en instalaciones físicas y equipos para hospitales pediátricos y obstétricos a nivel terciario a nivel regional y provincial.