



Escuela de Graduados
de la Facultad de
Ciencias Económicas



Universidad
Nacional de
Córdoba

DOCTORADO EN DEMOGRAFÍA

**La mortalidad de los niños, niñas y adolescentes de
Ecuador. Un análisis del comportamiento desde una
perspectiva de derechos.
Período 1990-2016**

Por Jaime M. Samaniego López

Tesis doctoral presentada para optar al grado de Doctor en Demografía

Directora: Dra. Eleonora S. Rojas Cabrera

Codirectora: Dra. Carola L. Bertone

Córdoba, Argentina, noviembre, 2020



La mortalidad de los niños, niñas y adolescentes de Ecuador. Un análisis del comportamiento desde una perspectiva de derechos. Período 1990-2016 por Jaime M. Samaniego López se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

A mi familia, por ser la razón de cada sonrisa y mis ganas de luchar.

A mis amigos, por hacer de este mundo un lugar mejor.

A mis profesores de la UNC, por enseñarme que la docencia esta revestida de cariño y generosidad.

A mis alumnos de la UCSG, por ser el motivo de seguir soñando con un mejor Ecuador.

AGRADECIMIENTOS

A los directivos de la UCSG, por brindarme todas las facilidades en esta etapa.

A la Dra. Dora Celton, por toda su ayuda y apoyo en todo momento.

A mis profesores: Dr. Andrés Peranovich, Dr. Bruno Ribotta, Dr. Enrique Peláez, Dra. Mónica Ghirardi, Dra. María Marta Santillán, Dr. Leandro González, Dr. Eduardo Torres, por tanta generosidad y alegría en el arte de enseñar.

A mi Cotutora, Dra. Carla Bertone, por todos los valiosos aportes a este trabajo.

A mi Tutora, Dra. Eleonora Rojas, ¡¡por ser una guía, una maestra y una amiga, gracias totales!!

ÍNDICE GENERAL

ABREVIATURAS	xiii
Resumen	xv
Introducción, fundamentos, hipótesis y objetivos	1
Capítulo 1	6
1.1 La mortalidad de niños y niñas en la Convención sobre los Derechos del Niño y posteriores conferencias internacionales. El Enfoque basado en Derechos Humanos	6
1.2 El concepto de muertes evitables: origen, antecedentes e implicancias	19
1.3 La lista de muertes evitables utilizada en Ecuador	24
Capítulo 2	28
2.1 La mortalidad en la niñez y adolescencia en América Latina y el mundo: antecedentes en investigación	28
2.2. La mortalidad en la niñez y adolescencia en Ecuador: antecedentes en investigación	34
Capítulo 3	39
3.1. Fuentes de información y metodología	39
3.1.1. Cálculo y análisis de tasas específicas de mortalidad:	39
3.1.1.1. Tasas de mortalidad por edad	40
3.1.1.2. Tasas de mortalidad por sexo	42
3.1.1.3. Tasas de mortalidad por provincia y zona	42
3.1.1.4. Tasas de mortalidad por causas y grupos de causas seleccionados	44
3.1.2 Cálculo e interpretación de indicadores susceptibles de cuantificar las diferencias intersectoriales	45
3.1.3 Confección de mapas temáticos	46
3.2. Limitaciones de estudio	47
3.2.1 Errores de cobertura	47
3.2.2 Errores de contenido	48
3.2.3 Consistencia	51

Capítulo 4	53
4.1. La mortalidad de niños y adolescentes en Ecuador por todas las causas. Panorama general	53
4.2. La mortalidad por todas las causas en los primeros años de vida. Situación del país frente el cumplimiento de objetivos y metas comprometidos internacionalmente para el período 2000-2015 y desafíos para 2030	60
4.3. La mortalidad por todas las causas a partir de los 5 años de edad	76
4.4. Conclusiones del capítulo	81
Capítulo 5	84
5.1. La mortalidad evitable en la niñez y adolescencia de Ecuador: situación general, por sexo y por grupos de edad	84
5.2. Análisis de la mortalidad evitable según diferencias en el territorio	88
5.3. La mortalidad evitable en la niñez y adolescencia de Ecuador según criterios de evitabilidad	99
5.4. Perspectivas en Ecuador frente al cumplimiento de las metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el Consenso de Montevideo	107
5.5. Conclusiones del capítulo	111
Conclusiones	113
Bibliografía	116
Anexo	133

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1.1 Metas establecidas en las conferencias internacionales relacionadas con la reducción de la mortalidad en la niñez y adolescencia y asociadas a los principios de progresividad y no regresividad e igualdad y no discriminación	13
Tabla 1.1.1 Metas establecidas en las conferencias internacionales relacionadas con la reducción de la mortalidad en la niñez y adolescencia y asociadas a los principios de progresividad y no regresividad e igualdad y no discriminación (continuación)	14
Tabla 1.1.1 Metas establecidas en las conferencias internacionales relacionadas con la reducción de la mortalidad en la niñez y adolescencia y asociadas a los principios de progresividad y no regresividad e igualdad y no discriminación (conclusión)	15
Tabla 1.1.2 Resumen adaptado para Ecuador de las metas establecidas en las conferencias internacionales relacionadas con la reducción de la mortalidad en la niñez y adolescencia y asociadas al principio de <i>progresividad y no regresividad</i>	17
Tabla 1.1.3 Resumen adaptado para Ecuador de las metas establecidas en las conferencias internacionales relacionadas con la reducción de la mortalidad en la niñez y adolescencia y asociadas al <i>principio de igualdad y no discriminación</i>	18
Tabla 1.2.1 Desarrollo de concepto de “mortalidad evitable”	20
Tabla 1.2.1 Desarrollo de concepto de “mortalidad evitable” (continuación)	21
Tabla 1.2.1 Desarrollo de concepto de “mortalidad evitable” (conclusión).....	22
Tabla 1.3.1 Grupos de causas de muerte evitable, causas de muerte incluidas en cada grupo y códigos asociados a la CIE 9 y CIE 10.....	25
Tabla 1.3.1 Grupos de causas de muerte evitable, causas de muerte incluidas en cada grupo y códigos asociados a la CIE 9 y CIE 10 (continuación)	26
Tabla 1.3.1 Grupos de causas de muerte evitable, causas de muerte incluidas en cada grupo y códigos asociados a la CIE 9 y CIE 10 (conclusión).....	27
Tabla 3.1.3.1 Zonas geográficas conformadas para el presente trabajo según provincias	44
Tabla 4.1.1 Ecuador. TM de niños y adolescentes según sexo. Por 1.000 hombres/mujeres. Brechas absoluta y relativa asociadas. Años seleccionados.....	55
Tabla 4.1.2. Ecuador. Brecha absoluta, brecha relativa y coeficiente de Gini asociados a la distribución de las muertes de niños y adolescentes según zonas de SENPLADES. Años seleccionados	56

Tabla 4.1.3 Ecuador. Brecha absoluta, brecha relativa y coeficiente de Gini asociados a la distribución de las muertes de niños y adolescentes según provincias. Años seleccionados.....	59
Tabla 4.2.1.1 Situación de Ecuador frente al cumplimiento de las metas internacionales relacionadas con la reducción de la mortalidad en los primeros años de vida (todas las causas), asumidas para 2015 y asociadas al principio de <i>progresividad y no regresividad</i>	63
Tabla 4.2.2.1 Ecuador. TMM5 por sexo y grupos de edad seleccionados (por 1.000 nacidos/as vivos/as). Brecha relativa entre hombres y mujeres. Años seleccionados.....	69
Tabla 4.2.2.2 Ecuador. Brecha absoluta, brecha relativa y coeficiente de Gini asociados a la distribución de las muertes de niños menores de 1 año según zonas de SENPLADES y provincias. Años seleccionados	74
Tabla 4.2.2.3 Ecuador. Brecha absoluta, brecha relativa y coeficiente de Gini asociados a la distribución de las muertes de niños menores de 5 años según zonas de SENPLADES y provincias. Años seleccionados	75
Tabla 4.2.2.4 Posibilidades de monitoreo en Ecuador de las metas establecidas en las conferencias internacionales relacionadas con la reducción de la mortalidad en los primeros años de vida y asociadas al <i>principio de igualdad y no discriminación</i>	76
Tabla 4.3.1. Ecuador. TM de la población de 5 a 19 años por sexo y grupos de edad (por 1.000 habitantes). Brecha relativa entre hombres y mujeres. Años seleccionados	79
Tabla 4.3.2 Ecuador. Brecha absoluta, brecha relativa y coeficiente de Gini asociados a la distribución de las muertes de la población de 5 a 19 años por grupos de edad según provincias. Años seleccionados	80
Tabla 5.1.1. Ecuador. TM de niños y adolescentes por causas evitables según sexo. Por 1.000 hombres/mujeres. Brechas absolutas relativa. Años seleccionados.....	88
Tabla 5.1.2 Ecuador. Participación de causas evitables en el total de muertes relevadas según sexo y grupo de edad. En porcentajes. Años seleccionados	88
Tabla 5.2.1.1. Ecuador. Brecha absoluta, brecha relativa y coeficiente de Gini asociados a la distribución de las muertes de niños y adolescentes por causas evitables según zonas de SENPLADES y provincias. Años seleccionados	90
Tabla 5.2.2.1. Ecuador. Brecha absoluta, brecha relativa y coeficiente de Gini asociados a la distribución de las muertes de niños menores de 5 años por causas evitables según zonas de SENPLADES y provincias. Años seleccionados	93

Tabla 5.2.3.1. Ecuador. Brecha absoluta, brecha relativa y coeficiente de Gini asociados a la distribución de las muertes de niños menores de 5 años por causas evitables según zonas de SENPLADES y provincias. Años seleccionados.....	97
Tabla 5.3.1. Ecuador. Distribución de las muertes de niños menores de 5 años por causas evitables según criterios de evitabilidad y grupo de edad (en porcentajes); y TM asociadas (por 1.000 nacidos vivos). Años seleccionados.....	102
Tabla 5.3.2 Ecuador. Ecuador. Distribución de las muertes de niños de la población de 5 a 19 años por causas evitables según criterios de evitabilidad y grupo de edad (en porcentajes); y TM asociadas (por 100.000 habitantes) * . Años seleccionados.....	104
Tabla 5.4.1. Posibilidades de monitoreo en Ecuador de las metas establecidas en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el Consenso de Montevideo relacionadas con la reducción de la mortalidad por causas evitables en la niñez y adolescencia y asociadas al principio de <i>progresividad y no regresividad</i> . Perspectivas del país frente a su cumplimiento.....	110

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1.1 Tendencia Mundial de la Tasa de Mortalidad Infantil (1960-2012). Por 1.000 nacidos vivos	29
Figura 3.1.1.3.1 Ecuador. División territorial por provincia .¡Error! Marcador no definido.	
Figura 3.1.1.3.2 Ecuador. División territorial por zonas de SENPLADES. Adaptadas al presente trabajo.....¡Error! Marcador no definido.	
Figura 4.1.1 Ecuador. TM de niños y adolescentes (población de 0 a 19 años). Por 1.000 habitantes. Período 1990-2016.....	54
Figura 4.1.2 Ecuador. TM de niños y adolescentes según zonas de SENPLADES. Por 1.000 habitantes. Años 1990, 2015 y 2016	56
Figura 4.1.3 Ecuador. TM de niños y adolescentes según provincias. Por 1.000 habitantes. Años 1990, 2015 y 2016.....	59
Figura 4.2.1.1 Ecuador. TMI y TMM5. Por 1.000 nacidos vivos. Período 1990-2016	62
Figura 4.2.1.2 Ecuador. TMI según componentes. Por 1.000 nacidos vivos. Período 1990-2016	65
Figura 4.2.2.1 Ecuador. TMM5 según zonas de SENPLADES. Por 1.000 nacidos vivos. Años 1990, 2015 y 2016.....	72
Figura 4.2.2.2 Ecuador. TMM5 según provincias. Por 1.000 nacidos vivos. Años 1990, 2015 y 2016.....	72
Figura 4.3.1 Ecuador. TM de la población de 5 a 19 años según grupos de edad. Por 1.000 habitantes. Período 1990-2016.....	78
Figura 5.1.1 Ecuador. TM de niños y adolescentes (población de 0 a 19 años) por todas las causas y causas evitables. Por 1.000 habitantes. Período 1990-2016	85
Figura 5.1.2 Ecuador. Participación de muertes de niños y adolescentes (población de 0 a 19 años) por causas evitables en el total de muertes relevadas. En porcentajes. Período 1990-2016	86
Figura 5.2.1.1 Ecuador. TM de niños y adolescentes por causas evitables según zonas de SENPLADES. Por 1.000 habitantes. Años seleccionados	89
Figura 5.2.2.1 Ecuador. TMM5 por causas evitables según zonas de SENPLADES. Por 1.000 nacidos vivos. Años seleccionados.....	92
Figura 5.2.3.1 Ecuador. TM 15-19 por causas evitables según provincias. Por 1.000 habitantes. Años seleccionados.....	98

ÍNDICE DE TABLAS DE ANEXOS

Tabla 1. Ecuador. Defunciones de la población de 0-19 años por grupo de edad. Período 1990-2016	134
Tabla 2. Ecuador. Nacidos vivos registrados y población de 0-19 años por grupo de edad. Período 1990-2016	135
Tabla 3. Ecuador. Tasa de mortalidad por grupos edad seleccionados. Por 1.000 nacidos vivos / habitantes. Período 1990-2016.....	136
Tabla 4. Ecuador. Tasa de mortalidad por grupos de edad seleccionados según zonas de SENPLADES. Por 1.000 nacidos vivos / habitantes. Años 1990, 2000, 2010, 2015 y 2016	137
Tabla 4A. Ecuador. Defunciones de la población de 0 a 19 años por grupos de edad seleccionados según zonas de SENPLADES. Años 1990, 2000, 2010, 2015 y 2016....	138
Tabla 4B. Ecuador. Nacidos vivos registrados y población de 0 a 19 años por grupos de edad seleccionados según zonas de SENPLADES. Años 1990, 2000, 2010, 2015 y 2016.....	139
Tabla 5. Ecuador. Tasa de mortalidad por grupos de edad seleccionados según provincias. Por 1.000 nacidos vivos / habitantes. Años 1990, 2000, 2010, 2015 y 2016.....	140
Tabla 5A. Ecuador. Defunciones de la población de 0 a 19 años por grupos de edad seleccionados según provincias. Años 1990, 2000, 2010, 2015 y 2016.....	145
Tabla 5B. Ecuador. Nacidos vivos registrados y población de 0 a 19 años por grupos de edad seleccionados según provincias. Años 1990, 2000, 2010, 2015 y 2016.....	150
Tabla 6. Ecuador. Defunciones de la población de 0-19 años por causas evitables según grupo de edad. Período 1990-2016	155
Tabla 7. Ecuador. Tasa de mortalidad de grupos de edad seleccionados por causas evitables según zonas de SENPLADES. Por 1.000 nacidos vivos / habitantes. Años 1990, 2015 y 2016.....	156
Tabla 7A. Ecuador. Defunciones de la población de 0 a 19 años por causas evitables y grupos de edad seleccionados según zonas de SENPLADES. Años 1990, 2015 y 2016.....	157
Tabla 8. Ecuador. Tasa de mortalidad de grupos de edad seleccionados por causas evitables según provincias. Por 1.000 nacidos vivos / habitantes. Años 1990, 2015 y 2016	158

Tabla 8A. Ecuador. Defunciones de la población de 0 a 19 años por causas evitables y grupos de edad seleccionados según provincias. Años 1990, 2015 y 2016.....	161
Tabla 9. Ecuador. Defunciones de la población de 0-19 años por grupo de edad según criterios de evitabilidad. Años 1990, 2015 y 2016	164

ÍNDICE DE FIGURAS DEL ANEXO

Figura 1. Ecuador. División Territorial según SENPLADES	133
---	-----

DECLARACIÓN

“Declaro que el material incluido en esta tesis es, a mi mejor saber y entender, original producto de mi propio trabajo, y que este material no lo he presentado, en forma parcial o total, como una tesis en esta u otra institución”.

Jaime M. Samaniego López

ABREVIATURAS

- CDN:** Convención sobre los Derechos del Niño
- CELADE:** Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
- CEPAL:** Comisión sobre países de América Latina y el Caribe
- CIE:** Clasificación Internacional de Enfermedades
- CIPD:** Conferencia Internacional de Población y Desarrollo
- CNII:** Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional
- CONADE:** Consejo Nacional de Desarrollo
- EBDH:** Enfoque Basado en Derechos Humanos
- ENDEMAIN:** Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil
- ENSANUT:** Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
- ICCS:** Clasificación Internacional de Crímenes para Propósitos Estadísticos
- IDN1:** Índice de Cumplimiento de los Derechos de la Niñez de los primeros años
- IDN3:** Índice de Cumplimiento de los Derechos de la Adolescencia
- IESS:** Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
- IGM:** Instituto Geográfico Militar
- INEC:** Instituto Nacional de Estadística y Censos
- MSP:** Ministerio de Salud Pública
- ODM:** Objetivos de Desarrollo del Milenio
- ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- ONU:** Organización de las Naciones Unidas
- OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- PA:** Plan de Acción
- RAE:** Real Academia Española
- SENPLADES:** Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo
- TM0-19:** Tasa de mortalidad del grupo de estudio que abarca de 0 a 19 años
- TM5-9:** Tasa de mortalidad de población de 5 a 9 años
- TM10-14:** Tasa de mortalidad de población de 10 a 14 años
- TM15-19:** Tasa de mortalidad de población de 15 a 19 años
- TMI:** Tasa de mortalidad infantil
- TMM5 :** Tasa de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años
- TMN:** Tasa de mortalidad neonatal
- TMNP:** Tasa de mortalidad neonatal precoz

TMNT: Tasa de mortalidad neonatal tardía

TMP: Tasa de mortalidad postneonatal

UNICEF: por sus siglas en inglés, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

UNODC: Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

Resumen

*La mortalidad de los niños, niñas y adolescentes de Ecuador.
Un análisis del comportamiento desde una perspectiva de derechos.
Período 1990-2016*

En este trabajo se analiza el comportamiento de la mortalidad de niños, niñas y adolescentes de Ecuador, entre 1990 y 2016, desde un enfoque de derechos, considerando las obligaciones asumidas por el Estado en el ámbito internacional al ratificar la Convención sobre los Derechos del Niño y, posteriormente, adoptar planes de acción derivados de conferencias basadas en los derechos humanos.

Mediante el cálculo de medidas específicas de mortalidad con base en información producida en el ámbito del Instituto Nacional de Estadística y Censos y con apoyo del Enfoque Basado en los Derechos Humanos (marco teórico, conceptual y metodológico que posibilita monitorear avances en el ejercicio de derechos humanos), los resultados muestran tanto avances como desafíos en relación al ejercicio de derechos: por una parte, los niveles de mortalidad se reducen, aunque esta reducción no es progresiva, tal y como se solicita desde el enfoque de derechos. Por otra parte, persisten diferencias entre sectores poblacionales (definidos en razón del sexo, la edad y el lugar de residencia). A su vez, y más allá de los esfuerzos realizados en el país, no se cumplen todos los compromisos internacionales asumidos para 2015 al tiempo que se evidencian desafíos para alcanzar metas comprometidas a futuro.

Otros retos se asocian a la disponibilidad y capacidad de desglose de la información oficial para dar cuenta acerca de la totalidad de la población. Estos guardan relación fundamentalmente con limitaciones para visibilizar sectores de la población más vulnerables a sufrir discriminación en el ejercicio de sus derechos (indígenas, afrodescendientes, personas en situación de pobreza).

Se concluyen entonces desafíos para lograr avances concretos en la realización universal de los derechos de niñas, niños y adolescentes desde las acciones que propicien la efectiva reducción de las muertes con igualdad de oportunidades (a nivel del sistema de salud y de otras dimensiones sociales, dado el carácter de interdependencia de los derechos humanos). Así también, desde el fortalecimiento de los sistemas de información para la toma de decisiones informadas y acertadas en beneficio de toda la población sin distinción.

Palabras clave: Niñez y adolescencia; Mortalidad; Enfoque Basado en Derechos Humanos

Abstract

*The mortality of children and adolescents in Ecuador.
An analysis of its behavior from a human rights perspective, 1990-2016*

This thesis analyzes the mortality behavior of children and adolescents in Ecuador, between 1990 and 2016, from a human rights perspective, considering the obligations assumed by the State in the international arena when ratifying the Convention on the Rights of the Child and, subsequently, adopt action plans derived from conferences based on human rights.

By calculating specific measures of mortality based on information produced within the scope of the National Institute of Statistics and Censuses and with the support of the Human Rights Based Approach (theoretical, conceptual and methodological framework that makes it possible to monitor progress in the exercise of human rights), the results show both progress and challenges in relation to the exercise of rights: on the one hand, mortality levels are reduced, although this reduction is not progressive, as requested from the rights perspective. On the other hand, differences persist between population sectors (defined by sex, age and place of residence). At the same time, and beyond the efforts made in the country, not all of the international commitments assumed for 2015 are being met, while challenges are evident in reaching future goals.

Other challenges are associated with the availability and ability to disaggregate official information to account for the entire population. These are fundamentally related to limitations to make visible sectors of the population most vulnerable to suffering discrimination in the exercise of their rights (indigenous people, afro-descendants, people living in poverty).

Challenges are then concluded to achieve concrete progress in the universal realization of the rights of children and adolescents from actions that promote the effective reduction of deaths with equal opportunities (at the level of the health system and other social dimensions, given the interdependent nature of human rights). Also, from the strengthening of information systems to make informed and correct decisions for the benefit of the entire population without distinction.

Keywords: Childhood and adolescence; Mortality; Rights-based approach.

Introducción, fundamentos, hipótesis y objetivos

Uno de los conspicuos logros de la humanidad es haber llegado a un ideal común, al establecer una norma universal con derechos esenciales para todas las personas denominados: "Derechos Humanos". Estos ideales son compendiados por primera vez en la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) de 1948, que es la base del derecho internacional del derecho humano, en el que, entre otros logros, se reconocen a los niños y niñas como titulares de derechos (Artículo 25).

El reconocimiento de la titularidad de derechos por parte de niños y niñas se reafirma, posteriormente y de manera específica, en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), aprobada ampliamente en 1989 en el ámbito de las Naciones Unidas. Además, en este documento se hacen explícitas cuestiones que atentan contra los derechos de este grupo poblacional; entre ellas, la mortalidad que tiene lugar en esta etapa de la vida y que torna a quienes la transitan un grupo de especial cuidado en razón de la edad (dada la falta de madurez física y mental); y como uno de los principales impedimentos para ejercer los derechos esenciales a la salud y a la vida (reconocidos en los artículos 24 y 6, respectivamente).

Es así que la CDN establece que los Estados Parte deben emprender todas las acciones necesarias para "reducir la mortalidad infantil y en la niñez¹" (Artículo 24, Inciso 2.a). Simultáneamente, se supone que esta reducción tiene que producirse en toda la población, en consonancia con el Artículo 2 de la CDN, que postula que los Estados deben garantizar el ejercicio de derechos sin distinción alguna e independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, el origen étnico y cualquier otro factor susceptible de discriminación.

Este objetivo es retomado posteriormente en planes de acción resultantes de conferencias internacionales como la Cumbre Mundial en favor de la infancia de 1990, la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) de 1994, Cumbre del Milenio del 2000 y la Sesión especial a favor de la infancia de 2002. En estos planes se proponen metas de reducción de la mortalidad infantil y en la niñez hasta el año 2015, a nivel general. Así también, en concordancia con el Artículo 2 de la CDN, algunos de ellos establecen metas de reducción de diferencias sociales, geográficas y culturales entre y al

¹ La distinción entre mortalidad infantil y mortalidad en la niñez se realiza en capítulo metodológico.

interior de los países, dada la existencia de sectores de la población con mayores niveles de mortalidad.

Una vez vencido el plazo de las conferencias mencionadas, y dada la persistencia de desafíos a nivel mundial y regional para reducir la mortalidad de niños y niñas, (Organización de las Naciones Unidas, ONU, 2013), se establecen nuevas metas para 2030, a través de otras conferencias internacionales como la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible de 2015 y el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo celebrado en 2013 en América Latina y el Caribe. Los planes de acción de estas conferencias hacen foco en el descenso de la mortalidad de niños y niñas, y refuerzan la idea de disminuir las diferencias con énfasis en los sectores más afectados de la población.

Tanto la CDN como las conferencias y sus respectivos planes de acción están regidos por un conjunto de principios comunes a los derechos humanos. Estos principios se sintetizan en el Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH) marco conceptual - metodológico creado en el seno de las Naciones Unidas para alcanzar el desarrollo humano conjuntamente con la protección de los derechos en sentido universal (ONU, 2006; Alza Barco, 2006).

Entre estos principios se encuentran el de “progresividad y no regresividad” y el de “igualdad y no discriminación”. En referencia a la mortalidad de niños y niñas, el primero de ellos supone su disminución sostenida sin el regreso a estados anteriores, es decir un constante decrecimiento; en tanto que el segundo refiere a que no deben existir diferencias entre grupos sociales, de género, geográficos ni brechas de cualquier otro tipo; por lo que se hace necesario llevar a cabo medidas para reducirlas.

Por lo tanto, bajo el EBDH, cobran particular relevancia las muertes atribuidas a causas evitables, por tratarse de muertes que comprometen efectivamente el ejercicio de los derechos humanos en la medida en que es posible emprender acciones concretas para lograr su reducción. El poder evitar una muerte y no hacerlo, es transgredir el derecho a la vida, reconocido incluso desde el Artículo 3 de la DUDH. Este derecho es universal y fundamental ya que se aplica a todas las personas y solo si se cumple el mismo, se conciben los demás derechos.

En base a lo descrito, la mortalidad puede ser explicada como una deficiencia en el ejercicio de derechos. De esta forma, una propuesta para su reducción se basará en identificar las muertes evitables (es decir, aquellas con posibilidad de ser contrarrestadas), indagar si existen desigualdades de tipo social o económico y además,

analizar la tendencia para determinar el potencial camino hacia la efectivización plena de los derechos.

Este camino implica la atención prioritaria a las diferentes representaciones sociales que se pueden configurar como discriminación, siendo una forma concreta de la misma, la pobreza, donde claramente se identifica a un grupo social que no posee condiciones de igualdad que otros.

Con respecto a esto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (CESCR): “A veces la pobreza surge cuando las personas no tienen acceso a los recursos existentes por ser quienes son, creer lo que creen o vivir donde viven. La discriminación puede ocasionar pobreza, del mismo modo que la pobreza puede ocasionar discriminación” (CESCR, 2001: Párrafo 11).

Este organismo manifiesta, para el caso de Ecuador, país que adhiere a la CDN y posteriores conferencias basadas en los derechos reconocidos en su texto, “una preocupación profunda por el nivel creciente y persistente de pobreza (...) que afecta principalmente a los niños”, entre otras poblaciones (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, 2006: p.79). De manera que considerar el enfoque de derechos para identificar a los más sectores más postergados al interior del país se torna una cuestión fundamental para avanzar en el ejercicio de los derechos con igualdad de oportunidades.

Con miras a cumplir con este propósito, el Observatorio Social y el Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional (CNII) lo tiene en cuenta explícitamente en la preparación de sus reportes. Es así como, en el informe denominado “La niñez y adolescencia en el Ecuador contemporáneo: avances y brechas en el ejercicio de derechos”, se exponen algunos resultados que dan cuenta de logros a nivel país en cuanto al goce de derechos por parte de niños y niñas. Estos logros se resumen en un índice de cumplimiento de derechos², indicador construido especialmente para el

² Este índice de cumplimiento de derechos (conocido como IDN), se desagrega en grupos etarios: de 0-5 años (IDN1), de 6-11 años (IDN2) y de 12-17 años (IDN 3). El IDN 1, que crece de 4,7/10 a 7,7/10 entre 2004 y 2012, indaga el cumplimiento del derecho a la vida (a través de la tasa de mortalidad de la niñez), el derecho a crecer sano y saludable (a través del porcentaje de desnutrición crónica) y, por último, el derecho al desarrollo (a partir del nivel educativo de la madre y la no asistencia a la escuela). El IDN2, que varía de 3.4 a 5.4 durante el período mencionado, aborda el cumplimiento del comportamiento de los padres y madres en relación con los niños y niñas, indaga el maltrato y completa la medición con la exclusión del sistema educativo (en las edades 11 a 12 años, considerada el momento crítico de abandono a la escuela para ir a trabajar). Por último, el IDN3, que aumenta de 3,6/10 a 5,3/10, estudia la situación de los y las adolescentes

seguimiento de los mismos de manera global.

Las conclusiones de ese informe son relevantes en sí mismas, pero no ofrecen información específica sobre la tendencia de la mortalidad de niños y niñas ecuatorianos con enfoque de derechos.

Debido a este vacío importante, tomando en cuenta que el Consenso de Montevideo destaca la importancia de: “Aplicar un enfoque de derechos humanos(...) en el tratamiento de los asuntos de población y desarrollo, e incrementar los esfuerzos tendientes a su reconocimiento, promoción y protección, con el fin de eliminar las desigualdades y fomentar la inclusión social” (Medida prioritaria 2) y al ser considerado Ecuador un país con marcadas diferencias sociales (CEPAL, 2011) surge el interés por investigar acerca de la mortalidad de niños, niñas y adolescentes³ del país desde un enfoque de derechos.

Este interés se refuerza al considerar que la niñez y adolescencia constituyen etapas claves en la vida y el desarrollo de las personas; y que el despliegue público con perspectiva de derechos humanos para atenderlas ha sido limitado hasta el momento (CEPAL, 2015). No menos importante resulta la intención de contribuir con la detección de quienes más desprotegidos se encuentran en este sentido, aportando evidencias en relación a la inversión social en niñez y generando, a su vez, un insumo para la toma de decisiones que tiendan a garantizar la salud de los niños, niñas y adolescentes en su totalidad.

Bajo esta motivación, se plantean las siguientes hipótesis de trabajo:

- En el Ecuador la mortalidad de niños, niñas y adolescentes ha evolucionado de manera similar a la región de América Latina, por lo que se espera que sea decreciente con diferencias sectoriales.
- Existe una relación entre la mortalidad de niños, niñas y adolescentes en el Ecuador con los sectores sociales a los que pertenecen.

(12-17 años) a partir de analizar el cumplimiento del derecho a la vida y a la no violencia (con el porcentaje de muertes evitables: suicidio, homicidio o accidente de tránsito), el derecho a crecer libres y saludables (con el número de parto en adolescentes), y el derecho a la educación (a través del porcentaje de adolescentes no escolarizados) CNII (2014).

³ La incorporación de los adolescentes se debe a que, para la CDN, niño/a es toda persona menor de 18 años (Artículo 1) abarcando, por lo tanto, la mayor parte de la adolescencia. Esta última es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años (OMS, 2018).

- Las muertes relacionadas con enfermedades que pueden atribuirse a la pobreza son en gran parte de ellas, evitables.

Adicionalmente, sobre la base de estas hipótesis, se establece como el objetivo principal: “Analizar el comportamiento de la mortalidad de los niños, niñas y adolescentes del país desde una perspectiva de derechos humanos, tomando como punto de partida 1990, año de ratificación de la CDN a nivel nacional⁴”. Con ello se intenta medir avances e identificar desafíos en materia de derechos, de acuerdo con los compromisos asumidos por el Estado ecuatoriano a nivel internacional.

El planteo de este objetivo se complementa con los siguientes objetivos específicos:

- Estudiar la evolución de la mortalidad de los niños, las niñas y adolescentes de Ecuador desde 1990.
- Investigar el comportamiento de las diferencias en la mortalidad al interior del país, con acuerdo de lo establecido en el Artículo 2 de la CDN y en las metas de las conferencias, y según las posibilidades de la información.
- Indagar la situación del país frente al cumplimiento de los compromisos internacionales vinculados con la reducción de la mortalidad en la niñez y adolescencia, asumidos para 2015.
- Identificar las muertes atribuidas a causas evitables y analizar su dinámica en términos del nivel y las diferencias intersectoriales.
- Derivar, a partir de lo anterior, los desafíos que se presentan actualmente para el alcance de los objetivos y metas establecidos para 2030.

Finalmente, y para dar alcance a los objetivos definidos, el trabajo se estructura de la siguiente manera: en el Capítulo 1 se aborda en detalle el lugar que ocupa la mortalidad en la niñez y adolescencia en la CDN, las conferencias internacionales y sus planes de acción; así como también a las implicancias del EBDH y de las muertes consideradas evitables en el marco de los derechos humanos. Seguidamente, el Capítulo 2 contextualiza las tendencias de la mortalidad referida a nivel mundial, regional y nacional, incorporando las conclusiones de los principales antecedentes relativos al tema. En el Capítulo 3 se hace referencia a las fuentes de información, los métodos utilizados y las limitaciones del estudio. Por su parte, los capítulos 4 y 5 corresponden a la exposición y análisis de los resultados. Por último, se presentan las conclusiones.

⁴ United Nations (s.f).

Capítulo 1

1.1 La mortalidad de niños y niñas en la Convención sobre los Derechos del Niño y posteriores conferencias internacionales. El Enfoque basado en Derechos Humanos

Como fuera anticipado, para la Convención Sobre los Derechos del Niño (CDN) de 1989, en la parte 1, Artículo 1, “se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”.

Esta definición abarca gran parte de la adolescencia, definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1990) como una etapa compleja de la vida por las varias transiciones debidas a cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales, comprendida entre los 10 y 19 años de edad⁵. Por consiguiente, se puede considerar esta etapa de vida como un período vulnerable⁶ para la aparición de conductas de riesgo, las cuales pueden encontrarse por sí solas o concurrir y traer consecuencias para la salud, económicas y sociales (Borrás, 2014).

En el caso de la CDN, instrumento jurídicamente vinculante⁷ que cuenta con la adhesión de la mayoría de los países⁸, la preocupación por el cuidado de los niños, las niñas y gran parte de los adolescentes (a partir de la definición presentada) se ve reflejada a partir del reconocimiento de numerosos derechos. Entre ellos, los derechos a la vida y a la salud.

⁵ Toda esta diversidad de aspectos hace que la definición de adolescencia sea difícil, tal como lo expresa el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés, 2011), debido a distintos factores relacionados con las experiencias individuales, la gran variación de las leyes en diferentes naciones y la falta de acuerdos respecto de lo establecido legalmente.

⁶ En relación al concepto de vulnerabilidad, Sánchez & Jimenéz (2011), citando a CEPAL (2001 y 2002), consideran que el más novedoso criterio en referencia a esto, es el que: “se entiende como un proceso al cual puede concurrir cualquier persona, grupo o comunidad que en un momento determinado se encuentre en una situación desfavorecida o de desventaja con respecto a otras personas, grupos o comunidades” (p.155). Agregado a lo anterior, Rodríguez (2001) define a la vulnerabilidad como: “un conjunto de características no idiosincráticas que generan debilidad, desventaja o problemas para el desempeño y la movilidad social de los actores (sean estos personas, hogares o comunidades) y que actúan como frenos u obstáculos para la adaptación de los actores a los cambiantes escenarios sociales” (p.18).

⁷ Un instrumento jurídicamente vinculante es una ley internacional obligatoria que implica “Convención” o un “Pacto”, que obliga a observar las disposiciones y asegurar su aplicación, a diferencia de declaraciones que son manifestaciones con una intención moral y ética; pero no son instrumentos jurídicamente vinculantes (Villar & Martín, 2001).

⁸ De los países miembros, Estados Unidos y Sudán del Sur son los únicos que no ratificaron la CDN (UNICEF, s.f.).

Es así como el derecho a la vida es reconocido en el Artículo 6, Inciso 1 en el que se expresa: “Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida”. Para lo relacionado con el derecho a la salud, en el Artículo 24, Inciso 1 se expresa: “Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”.

Para el aseguramiento de la plena realización del derecho a la salud y por consiguiente a la vida, la CDN establece que los Estados deben alcanzar distintos objetivos. Entre los que se destaca: “Reducir la mortalidad⁹ infantil y en la niñez” (Artículo 24, Inciso 2, parte a).

Y en referencia a la disminución de la mortalidad, esta reducción debe ser progresiva y, al mismo tiempo, en condiciones de igualdad y sin distinción de ningún tipo, de acuerdo al Artículo 2, Inciso 1, de la CDN que expresa: “Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.”

El objetivo de reducir la mortalidad en la niñez es reafirmado posteriormente en algunas conferencias celebradas en el ámbito internacional, basadas en los derechos reconocidos en la CDN. A diferencia de esta última, estas conferencias no son jurídicamente vinculantes, pero establecen en sus planes de acción metas concretas en este sentido y, en algunos casos, otras referidas a la reducción de las diferencias entre sectores geográficos, sociales y culturales. A saber:

- La **Cumbre Mundial en favor de la Infancia**: en 1990 en Nueva York, fue la primera ocasión que se efectuó una reunión a nivel de cumbre para abordar exclusivamente temas sobre la infancia, en la que se identificó a la mortalidad infantil como un problema atribuido a diferentes enfermedades, reconociendo a la CDN, como una oportunidad normativa en cumplimiento del respeto de derechos, además de ratificar lo planteado en esta, y recomendar la creación de programas

⁹ Según el diccionario de la lengua española de la Real Academia Española (RAE), se define mortalidad como “Tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada”.

para informar y fomentar la difusión de la información sobre derechos del niño. En consecuencia, se plantea el **Plan de acción para la aplicación de la Declaración Mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño en el decenio de 1990**, que propone: “Reducir, con respecto a 1990, la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años en una tercera parte o a un nivel de 70 por 1.000 nacidos vivos, si ello representa una mayor reducción” (Artículo 5, literal a).

- La **Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo**: en el año 1994 se celebra esta conferencia y se aprueba el **Programa de Acción de El Cairo** que busca promover en la máxima medida posible la salud, el bienestar y el potencial de todos los niños, adolescentes y jóvenes en su calidad de futuros recursos humanos del mundo, de conformidad con los compromisos contraídos al respecto en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990 y con arreglo a la CDN. Como complemento de los anteriores, este programa hace referencia a la disminución de disparidades, por lo que plantea: “Reducir durante los próximos 20 años sustancialmente la diferencia entre las tasas medias de mortalidad de lactantes y niños pequeños en las regiones desarrolladas y en desarrollo del mundo, y eliminar las disparidades dentro de los países y entre regiones geográficas, grupos étnicos o culturales y grupos socioeconómicos.” “Los países con poblaciones indígenas deberían lograr que los niveles de mortalidad de lactantes y de niños menores de 5 años de dichas poblaciones” (Medida 8.16, parte).

En 1996, a pedido de los países miembros, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) realiza una adaptación del programa a nivel regional, la cual se denomina: **Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo**, y propone como meta: “Disminuir en una tercera parte las tasas de mortalidad de niños menores de 1 año y las de menores de 5 años o hasta 50 y 70 defunciones por 1.000 nacidos vivos, respectivamente, si ello representa una tasa de mortalidad menor, tomando como referencia los valores observados en 1990” (Artículo 67, literal i). En relación a la reducción de diferencias, ese plantea la meta: “Reducir [para el año 2000] por lo menos en un 50% las diferencias en la mortalidad infantil (...) que se observan entre distintas zonas de residencia, áreas geográficas y grupos sociales” (Artículo 67, literal v).

- La **Cumbre del Milenio**: en el año 2000, se establece en el marco de la ONU una guía de ocho objetivos a alcanzarse para 2015, conocidos como Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). El cuarto objetivo sobre el desarrollo y la erradicación de la pobreza, plantea: “una reducción de la mortalidad de los niños menores de 5 años en dos terceras partes entre 1990 y 2015”.
- La **Sesión Especial en favor de la Infancia**: celebrada en el año 2002, tiene como resultado un plan de acción detallado en un documento llamado “**Un mundo apropiado para los niños**”, donde se describen objetivos para mejorar la vida de los niños para los siguientes 10 a 15 años, y entre los que se plantea: “Reducir al menos en un tercio la tasa de mortalidad infantil y de niños menores de 5 años, como un primer paso hacia la meta de reducirla en dos tercios para 2015” (Artículo 36, literal a).

En relación a la reducción de diferencias se plantea la meta: “Fomentar la salud y la supervivencia de los niños y reducir cuanto antes las disparidades entre los países desarrollados y los países en desarrollo, y dentro de los distintos países, prestando especial atención a la eliminación del exceso prevenible de mortalidad entre las lactantes y niñas pequeñas” (Artículo 37, literal 4).

Las conferencias descritas anteriormente tienen como plazo hasta el año 2015, por lo que una vez finalizado el mismo, los compromisos se reafirman en vista de la persistencia de diferencias injustas en el ejercicio de los derechos¹⁰. En relación al derecho a la salud, estas diferencias se traducen, por ejemplo, en un acceso desigual a servicios sanitarios necesarios para concretar mejoras en la salud de la población, cuestión que cobra aún mayor relevancia al interior de los países, ámbito en el cual las disparidades se acentúan (ONU, 2013).

Consecuentemente, se proponen nuevas metas que se enmarcan en la necesidad de avanzar en el cumplimiento de derechos, y que son incluidas las conferencias que se detallan a continuación:

- La **Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe**: en 2013 esta conferencia da lugar al **Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo** (en adelante, Consenso de Montevideo), en donde se toma en cuenta que, existiendo nuevos retos poblacionales, relacionados con la

¹⁰ Estas diferencias se relacionan con el concepto de inequidad. Según Hernández (2008), “la inequidad es un concepto ético e implica una valoración de la desigualdad, desde algún valor o sistema de valores”, la que “se puede constatar como una categoría descriptiva de cualquier sociedad o de la comparación entre grupos humanos” (p.1).

“aguda desigualdad que afecta a los pueblos y personas indígenas, derivada de las injusticias históricas y la discriminación estructural, lo cual se expresa en mayores niveles de pobreza material, exclusión y marginalidad” (Media prioritaria H), es importante prorrogar el Programa de Acción del Cairo y las medidas clave para seguir ejecutándolo después de 2014. Reafirmando el reconocimiento sobre pueblos indígenas, esta cumbre acuerda generar políticas para la reducción de la mortalidad infantil particularmente en las zonas rurales (Acuerdo 87). Además, propone, para 2030, reducir en un tercio las muertes por enfermedades no transmisibles y terminar con las muertes evitables de recién nacidos y niños y niñas menores de 5 años (Medida prioritaria 26); y reducir significativamente la mortalidad atribuible a causas violentas (Medida prioritaria 79).

- La **Cumbre de Desarrollo Sostenible**: En el año 2015, la ONU aprobó los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como una continuación de los ODM, en un modelo propuesto hasta el 2030. Se plantea como meta para ese año, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos de 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños. Esta meta se enmarca en el ODS 3, definido como "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades".

Además, se propone: “reducir significativamente todas las formas de violencia y las correspondientes tasas de mortalidad en todo el mundo” (ODS 16, parte).

Todas estas conferencias (es decir, aquellas con plazo hasta 2015 y las que superan dicho plazo) comparten principios comunes a los derechos humanos, sintetizados en el **Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH)**, herramienta teórica, conceptual y metodológica desarrollada en el seno de las Naciones Unidas para concretar avances en el ejercicio de los derechos humanos con igualdad de oportunidades en toda la población. Entre estos principios se encuentran: *los Estados son los principales titulares de obligaciones, la igualdad y no discriminación y la progresividad y no regresividad*¹¹.

¹¹ Otros principios fundamentales del EBDH son: los sujetos son titulares de derechos; la consideración prioritaria de los derechos humanos; el empoderamiento y la participación de los sujetos de derecho; la rendición de cuentas y transparencia. Para más información, consultar la bibliografía de referencia (Nyamu-Musembi; Cornwall, 2004; Naciones Unidas, 2003; Naciones Unidas, 2006).

El principio de que *los Estados son los principales titulares de obligaciones* se refiere en la adopción concreta de medidas mediante la creación de programas con el objetivo de efectivizar el cumplimiento de los derechos irrenunciables de todas las personas. Estas obligaciones para los Estados, según Gómez-Galan, Pavón & Sainz (2013) incluyen dos tipologías, tanto de hacer (obligaciones de proteger y de realizar, satisfacer o hacer efectivos) como de no hacer (obligación de respetar).

En lo referido a la *igualdad y no discriminación* como principio, el Estado debe estar comprometido con la garantía de los derechos, sin ningún tipo de distinción social, económica, cultural, étnica o religiosa. Es importante destacar que, según la ONU (2006), cuando que los programas de desarrollo no puedan llegar a todas las personas al mismo tiempo, debe darse prioridad a las más marginadas.

De igual manera Abramovich (2004) enfatiza que: “no sólo se requiere del Estado una obligación de no discriminar, sino también en algunos casos la adopción de acciones afirmativas para garantizar la inclusión de grupos o sectores de la población tradicionalmente discriminados” (p.24).

En lo concerniente al principio de *progresividad y no regresividad*¹², este es alusivo a que el ejercicio de los derechos debe ser progresivo sin regresar a estados anteriores. De esta forma: “los derechos deben jerarquizarse ya que los recursos para satisfacerlos son escasos. Los mínimos garantizables universalmente deben incrementarse gradualmente y en esto consiste la progresividad” (CEPAL et al., 2007: 26).

Para Cunill (2010) este principio tiene un estatus distinto, “refiriéndose más bien a la gradualidad en la exigibilidad de un derecho” (p.68); es decir debería existir una tendencia en los indicadores demográficos.

Además, según Fernández (2009) “el EBDH centra sus acciones en los grupos más vulnerables, es decir, en aquellos que son excluidos de la sociedad, que tienen más vulnerados sus derechos, sin ninguna garantía de poder ejercerlos, ya que no tienen la capacidad para poder exigirlos frente a los titulares de obligaciones” (p.83). De manera que lleva a orientar las estrategias de cooperación para apuntalar redes profesionales, políticas y académicas, que actúan en la esfera local y transnacional, como una infraestructura que favorece la movilización social y jurídica por la ampliación de derechos y de ciudadanía (Abramovich, 2010).

¹² También llamado principio de “avance y no retroceso”.

Ahora bien, haciendo alusión a los principios referidos, se presenta la siguiente tabla con las metas establecidas en las diferentes conferencias relacionadas con la reducción de la mortalidad en la niñez y adolescencia, asociadas a los principios de *progresividad y no regresividad e igualdad y no discriminación*, identificando en cada cual la Conferencia y Plan de Acción respectivo.

Debe tenerse en cuenta que los objetivos y metas establecidos por la comunidad internacional para 2015 hacen foco en la mortalidad de los niños comprendidos en los primeros años de vida, mientras que aquellas elaboradas para 2030 abarcan también al resto de las personas en etapas de niñez y adolescencia. Esto último denota una progresiva preocupación por aquellos que, habiendo transitado los primeros años de vida, continúan siendo un grupo de especial cuidado en relación a su salud.

Tabla 1.1.1 Metas establecidas en las conferencias internacionales relacionadas con la reducción de la mortalidad en la niñez y adolescencia y asociadas a los principios de *progresividad y no regresividad e igualdad y no discriminación*

Conferencia y Plan de Acción (PA)	Metas vinculadas al principio de <i>progresividad y no regresividad</i>	Metas vinculadas al principio de <i>igualdad y no discriminación</i>
Cumbre Mundial en favor de la infancia de 1990 PA: Plan de Acción para la aplicación de la Declaración mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño	“Reducir entre los años 1990 y 2000 la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años en una tercera parte o a un nivel de 70 por 1.000 nacidos vivos, si ello representase una mayor reducción.” (Apartado 5, Inciso a)	No se plantea
Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) de 1994 PA: Programa de Acción de la Conferencia	“Para el año 2000 (...) reducir sus tasas de mortalidad de lactantes y de niños menores de 5 años... en un tercio, o bien a 50 y 70 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente, si estas cifras son menores. Para el año 2005, los países con niveles intermedios de mortalidad deberían tratar de conseguir que la tasa de mortalidad de lactantes estuviese por debajo de 50 por 1.000 nacidos vivos y la de los niños menores de 5 años por debajo de 60 por 1.000 nacidos vivos. Para el año 2015, todos los países deberían tratar de conseguir que la tasa de mortalidad de lactantes estuviese por debajo de 35 por 1.000 nacidos vivos y la de los niños menores de 5 años por debajo de 45 por 1.000 nacidos vivos. Los países que consigan alcanzar antes esos niveles deberían seguir esforzándose por reducirlos” (Párrafo 8.16)	“Reducir durante los próximos 20 años sustancialmente la diferencia entre las tasas medias de mortalidad de lactantes y niños pequeños en las regiones desarrolladas y en desarrollo del mundo, y eliminar las disparidades dentro de los países y entre regiones geográficas, grupos étnicos o culturales y grupos socioeconómicos.” “Los países con poblaciones indígenas deberían lograr que los niveles de mortalidad de lactantes y de niños menores de 5 años de dichas poblaciones fueran iguales que en la población en general” (Párrafo 8.16)
CIPD de 1994 PA: Plan de Acción Regional para América Latina y El Caribe 1996	Para el año 2000, “Disminuir en una tercera parte las tasas de mortalidad de niños menores de 1 año y las de menores de 5 años –o hasta 50 y 70 defunciones por 1.000 nacidos vivos, respectivamente, si ello representa una tasa de mortalidad menor–, tomando como referencia los valores observados en 1990” (Párrafo 67.i)	“Reducir (para el año 2000) por lo menos en un 50% las diferencias en la mortalidad infantil (...) que se observan entre distintas zonas de residencia, áreas geográficas y grupos sociales” (Párrafo 67.5)
Cumbre del Milenio PA: Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)	“Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años” (Meta 4.A)	No se plantea

Tabla 1.1.2 Metas establecidas en las conferencias internacionales relacionadas con la reducción de la mortalidad en la niñez y adolescencia y asociadas a los principios de *progresividad* y *no regresividad e igualdad y no discriminación* (continuación)

Conferencia y Plan de Acción (PA)	Metas vinculadas al principio de <i>progresividad</i> y <i>no regresividad</i>	Metas vinculadas al principio de <i>igualdad</i> y <i>no discriminación</i>
Sesión especial a favor de la infancia de 2002 PA: Un mundo apropiado para los niños	"Reducir (en el transcurso del decenio 2000-2010) al menos en un tercio la tasa de mortalidad infantil y de niños menores de 5 años, como un primer paso hacia la meta de reducirla en dos tercios para 2015" (Apartado 36.a)	"Fomentar la salud y la supervivencia de los niños y reducir cuanto antes las disparidades entre los países desarrollados y los países en desarrollo, y dentro de los distintos países, prestando especial atención a la eliminación del exceso prevenible de mortalidad entre las lactantes y niñas pequeñas ** (Apartado 37.4)
Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013) PA: Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo	(**) "Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años." (Meta 2, Medida prioritaria 26 en relación con la Meta 3.2 de los ODS) "Reducir significativamente todas las formas de violencia y las tasas de mortalidad asociadas a estas" (Meta 6, Medida prioritaria 79, adaptada a la población de niños y adolescentes)	(***) "Para 2030, eliminar las muertes evitables de recién nacidos y de menores de 5 años de pueblos indígenas, y lograr que los niveles de mortalidad infantil y en la niñez de estos pueblos no superen a los del resto de niños y niñas." (Meta 3, Medida prioritaria 87 en relación con la Meta 3.2 de los ODS) "Al año 2030, eliminar las muertes evitables de niños y niñas afrodescendientes recién nacidos y menores de 5 años, y lograr que los niveles de mortalidad infantil y en la niñez de niños y niñas afrodescendientes no superen a los del resto de niños y niñas." (Meta 3, Medida prioritaria 95 en relación con la Meta 3.2 de los ODS)
Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (2015) PA: Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)	"Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos." (Objetivo 3, Meta 2).	(****) "Para 2030, reducir de forma significativa el número de muertes... por los desastres... haciendo especial hincapié en la protección de los pobres y las personas en situaciones de vulnerabilidad." (Objetivo11, Meta 5 adaptada a la población de niños y adolescentes)

Tabla 1.1.3 Metas establecidas en las conferencias internacionales relacionadas con la reducción de la mortalidad en la niñez y adolescencia y asociadas a los principios de *progresividad y no regresividad e igualdad y no discriminación* (conclusión)

Conferencia y Plan de Acción (PA)	Metas vinculadas al principio de <i>progresividad y no regresividad</i>	Metas vinculadas al principio de <i>igualdad y no discriminación</i>
Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (2015) PA: Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (conclusión)	(**) “Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes (...) causadas por accidentes de tráfico (...)” (Objetivo 3, Meta 6, adaptada a la población de niños y adolescentes) “Para 2030, reducir considerablemente el número de muertes...causadas por productos químicos peligrosos y por la polución y contaminación del aire, el agua y el suelo” (Objetivo 3, Meta 9, adaptada a la población de niños y adolescentes)	
Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (2015) PA: Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)	“Para 2030, reducir de forma significativa el número de muertes... por los desastres.” (Objetivo 11, Meta 5 adaptada a la población de niños y adolescentes) “Reducir considerablemente todas las formas de violencia y las tasas de mortalidad conexas en todo el mundo” (Objetivo 16, Meta 1)	(***) “Para 2030, reducir de forma significativa el número de muertes... por los desastres... haciendo especial hincapié en la protección de los pobres y las personas en situaciones de vulnerabilidad.” (Objetivo 11, Meta 5 adaptada a la población de niños y adolescentes)

(*) No es meta sino objetivo, ya que no especifica la magnitud de la reducción ni el plazo de tiempo previsto para su consecución. (**) En estos planes de acción también se propone como meta “Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles.” Sin embargo, no se contempla en este caso pues la propuesta de indicadores confeccionada a nivel internacional para su seguimiento sugiere que la misma sea considerada únicamente para la población comprendida entre 30 y 70 años de edad. (***) A partir de que el Consenso de Montevideo establece como medida prioritaria “Garantizar a niños, niñas, adolescentes y jóvenes, sin ningún tipo de discriminación, las oportunidades para tener una vida libre de pobreza y de violencia, la protección y el ejercicio de derechos humanos, la disponibilidad de opciones, y el acceso a la salud, la educación y la protección social” (Medida prioritaria 7); las metas detalladas podrían ser analizadas con acuerdo del principio de “igualdad y no discriminación” contenido en el EBDH. (****) Dada la forma en que están definidos los ODS referidos (ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades; ODS 11: Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles; ODS 16: Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles) puede considerarse que el cumplimiento de las metas detalladas están orientado a todos los sectores de la población, sin ningún tipo de discriminación. De manera que todas ellas podrían ser analizadas a la luz del principio de “igualdad y no discriminación”.

Fuente: Elaboración propia a partir de información contenida en: Fondo de Naciones unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés, 1990), Naciones Unidas (1995), CEPAL (1996), Naciones Unidas (2001), UNICEF (2002), CEPAL (2015), Naciones Unidas (2017), CEPAL (2018) y Naciones Unidas (2020).

El Estado ecuatoriano adhiere a la CDN en 1990¹³ y es suscriptor de las conferencias descritas anteriormente. Complementariamente, en el ámbito local, refuerza sus intenciones de garantizar los derechos a la salud y a la vida e, implícitamente, de ejecutar acciones para disminuir la mortalidad entre los niños y las niñas.

Es así como, en su última Constitución, aprobada mediante referéndum del 28 de septiembre del 2008 como Ley Suprema del Ecuador, establece que “El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción” (Artículo 45).

En el tercer artículo de la Constitución de 2008 se establece que uno de los deberes primordiales del Estado es la garantía sin discriminación del efectivo goce de derechos, la erradicación de la pobreza y la redistribución equitativa de recursos y riqueza. En la nueva carta magna se reconocen, además, acciones afirmativas que auspicien la igualdad real, a favor de las personas que se encuentren en situación de desigualdad. Se define la igualdad formal, la igualdad material y la no discriminación como derechos de libertad (Artículo 66) y, asimismo, se establecen como principios de la política pública la equidad y la solidaridad como mecanismo (re)distributivo para alcanzar la igualdad en los resultados (Artículo 85).

En específica relación a los niños, niñas y adolescentes, al ser un grupo poblacional vulnerable en razón de la edad, la garantía de la vida va ligada directamente a la reducción de la mortalidad. Lograr esta reducción supone ejecutar acciones de cuidado y protección especiales.

Las Tablas 1.1.2 y 1.1.3 presentan las metas detalladas en la Tabla 1.1.1 en una versión resumida, adaptadas al caso particular de Ecuador. Estas incluyen, además, el detalle del plan de acción asociado, de manera identificar, en cada caso, el compromiso internacional vinculado a su consecución.

13 De acuerdo a información contenida en Naciones Unidas (s.f.).

Tabla 1.1.4 Resumen adaptado para Ecuador de las metas establecidas en las conferencias internacionales relacionadas con la reducción de la mortalidad en la niñez y adolescencia y asociadas al principio de *progresividad y no regresividad*

Plan de Acción	Meta resumida
Plan de acción para aplicación de la Declaración sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño (1990)	Reducir, entre 1990 y 2000, en un tercio la mortalidad infantil y de niños menores de 5 años
Programa de Acción de la CIPD (1994)	
Plan de Acción Regional (1996)	
Un mundo apropiado para los niños (2002)	Reducir, entre 2000 y 2010, en un tercio la mortalidad infantil y de niños menores de 5 años
ODM (2000)	Reducir, entre 1990 y 2015, en dos tercios la mortalidad infantil y de niños menores de 5 años
Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013)	Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años
ODS (2015)	Para 2030, reducir la tasa de mortalidad por homicidios (adaptada a niños y adolescentes)
	Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes por accidentes de tráfico (adaptada a niños y adolescentes)
ODS (2015)	Para 2030, reducir el número de muertes causadas por productos químicos peligrosos y por la polución y contaminación del aire, el agua y el suelo (adaptada a niños y adolescentes)
	Para 2030, reducir el número de muertes causadas por desastres (adaptada a niños y adolescentes)

Fuente: Elaboración propia a partir de información contenida en: UNICEF (1990), Naciones Unidas (1995), CEPAL (1996), Naciones Unidas (2001), UNICEF (2002), CEPAL (2015), Naciones Unidas (2017).

Tabla 1.1.5 Resumen adaptado para Ecuador de las metas establecidas en las conferencias internacionales relacionadas con la reducción de la mortalidad en la niñez y adolescencia y asociadas al *principio de igualdad y no discriminación*

Plan de Acción	Meta resumida
Plan de Acción Regional (1996)	Reducir (entre 1990 y 2000) por lo menos en un 50% las diferencias en la mortalidad infantil entre distintas zonas de residencia, áreas geográficas y grupos sociales
Programa de Acción de la CIPD (1994)	<p>Eliminar (entre 1990 y 2015) las diferencias en la mortalidad infantil y de niños menores de 5 años entre regiones geográficas, grupos étnicos o culturales y grupos socioeconómicos</p> <p>Para 2015, lograr que los niveles de mortalidad infantil y de niños menores de 5 años de las poblaciones indígenas fueran iguales a los de la población en general</p>
Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013)	<p>Para 2030, eliminar las muertes evitables de recién nacidos y de menores de 5 años de pueblos indígenas, y lograr que los niveles de mortalidad infantil y en la niñez de estos pueblos no superen a los del resto de niños y niñas</p> <p>Al año 2030, eliminar las muertes evitables de niños y niñas afrodescendientes recién nacidos y menores de 5 años, y lograr que los niveles de mortalidad infantil y en la niñez de niños y niñas afrodescendientes no superen a los del resto de niños y niñas</p>
ODS (2015)	Para 2030, reducir de forma significativa el número de muertes causadas por desastres haciendo especial hincapié en la protección de los pobres y las personas en situaciones de vulnerabilidad (adaptada a niños y adolescentes)

Fuente: Elaboración propia a partir de información contenida en: UNICEF (1990), Naciones Unidas (1995), CEPAL (1996), Naciones Unidas (2001), UNICEF (2002), CEPAL (2015), Naciones Unidas (2017).

1.2 El concepto de muertes evitables: origen, antecedentes e implicancias

Entre los fundamentos del presente trabajo, mencionados en páginas anteriores, se describe la identificación de las causas de muertes como elemento esencial en el estudio de la mortalidad, ya que, en el análisis de esta, una arista importante para una potencial disminución es el conocimiento de cuáles son estas causas para poderlas evitar con éxito.

La idea de que el cuidado de la salud ayuda a evitar muertes (o su equivalente, que es salvar vidas) determinó que el concepto de mortalidad evitable se desarrolle a partir de varias fuentes de autores, manifestando variaciones en el tiempo de acuerdo a las condiciones, contribuciones y grupos de edad.

Según Nolte & McKee (2004), desde 1966 a la actualidad, se identifican en la literatura términos como "mortalidad susceptible", "mortalidad evitable", "causas susceptibles", "causas evitables", "muertes innecesarias", "muertes prematuras", "calidad de cuidado de la salud" y "cuidado de la salud y resultados de salud". Sin embargo, aunque estos términos son usados con ideas similares, la referencia utilizada directamente como "mortalidad evitable"¹⁴ se atribuye al grupo de trabajo dirigido por David Rustein acerca de enfermedades prevenibles y manejables, realizado en Estados Unidos en la década de los 70.

Rustein et al. (1976) utilizan la noción de muertes prematuras innecesarias, proponiendo una lista de condiciones denominadas "eventos de salud centinela", en las que se agrupan varios casos considerados prevenibles o tratables por atención médica. Cabe agregar que este trabajo inicia cuando la octava revisión de la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE)¹⁵ está vigente, tomando en cuenta la novena revisión, y siendo estas listas las bases para los estudios posteriores de mortalidad evitable (Nolte & McKee, 2004).

¹⁴ El termino original en idioma inglés es "avoidable".

¹⁵ La CIE (Clasificación internacional de enfermedades) puede definirse como un sistema de categorías a las cuales se asignan entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos. El propósito de la CIE es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas, y en diferentes épocas. La CIE se utiliza para convertir los términos diagnósticos y de otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información (OPS, 2003).

La siguiente tabla, basada en un estudio realizado por “The London School of Economics and Political Science”, sintetiza el desarrollo de este concepto.

Tabla 1.2.6 Desarrollo de concepto de “mortalidad evitable”

Autores	Definición de servicios de salud	Número de condiciones	Contribución	Límite de edad
Rustein (1976)	Incluye “la aplicación de todo conocimiento médico relevante, la investigación básica y aplicable para incrementar el conocimiento y hacerlo más preciso, el servicio de todo personal médico y aliado a la salud personal, de instituciones y laboratoristas, los recursos del gobierno, agencias voluntarias y sociales, y la responsabilidad cooperativa de los individuos mismos”	Más de 90 condiciones denominadas como “eventos centinelas”	Condiciones divididas en: 1) incluso una muerte justifica investigación (prevenibles/tratables); 2) no todos los casos son prevenibles o manejables, pero dónde hay cuidado apropiado debería estar asociado con menor incidencia de esta condición.	No se presenta
Charlton (1983)	Excluye condiciones donde se considera fuera del rango de cuidado médico (cuidado primario, cuidado hospital, programas de salud pública.)	Grupo de 14 enfermedades	Primero en aplicar el concepto empírico en un nivel poblacional para analizar la variación de mortalidad en Inglaterra y Gales (1974-78) Examina tendencias nacionales e internacionales entre 1956 y 1978	65 años para algunas condiciones y menos para otras
Poikolainen y Eskola (1986, 1988)	No incluye condiciones donde depende principalmente en esfuerzos fuera de los servicios de salud (ejemplo: Cáncer al pulmón)	Extendido por más de 70 condiciones susceptibles y 20 parcialmente susceptibles	Analiza tendencias en Finlandia entre 1969-1981; elabora una lista explícita de condiciones: “No susceptibles”	65 años para algunas condiciones y menos para otras

Tabla 1.2.7 Desarrollo de concepto de “mortalidad evitable” (continuación)

Autores	Definición de servicios de salud	Número de condiciones	Contribución	Límite de edad
Comunidad europea Atlas (Holland) (1988/91; 1993; 1997)	Servicios de cuidado de salud incluye, cuidado primario, cuidado hospitalario y servicios colectivos de salud tales como identificación de enfermedades y programas de salud pública, por ejemplo: inmunización. Inicialmente también incluye condiciones donde el control depende de la prevención primaria (salud) y las políticas con acción fuera del control directo de servicios de salud; estas fueron luego excluidas	Primera edición/primer volumen: grupo de 17 enfermedades Segundo volumen/ segunda edición: expandida por 8 condiciones donde los roles de servicios de salud en la reducción de la mortalidad eran menos certeros Tercera edición: combinación de causas de ediciones previas (16 en total)	Condiciones que “proveen señales de advertencia de posibles cortes potenciales en cuidado de salud” y condiciones donde por lo menos una porción de las muertes puede ser prevenidas. Estimula a un rango de países, estudios específicos. Aplica un grupo de causas de muerte.	En la última edición: 65 años para algunas condiciones y menos para otras
Mackenbach, (1980s)	Usó una definición más restringida de cuidado médico como: “la aplicación de conocimiento biomédico a través de un sistema de servicio personal”; excluye intervenciones para las cuales las intervenciones efectivas están fuera del control directo del sistema de cuidado médico, incluyendo muchas formas de prevención primaria	Basado en proyecto de la Comunidad Europea	Enlaza tendencias en mortalidad para innovaciones específicas en cuidado médico	No se puede identificar evidencia clara para límites de edad excepto para algunas condiciones
Westerling, (1992, 1993 y 1996)	Indicadores que reflejan el producto de cuidado médico y estos reflejan principalmente en los efectos de la política de salud nacional	Basado en Rustein y el proyecto de la comunidad europea	Primera comparación explícita de “condiciones prevenibles” versus “condiciones tratables” y aplicación empírica	65 años

Tabla 1.2.8 Desarrollo de concepto de “mortalidad evitable” (conclusión)

Autores	Definición de servicios de salud	Número de condiciones	Contribución	Límite de edad
Simonato (1998)	Prevención primaria, reducción de exposiciones (incluyendo medidas afuera del servicio de salud); prevención secundaria, detección temprana y tratamiento; y prevención terciaria, mejoramiento en el tratamiento y cuidado médico	Basado en Rustein, Charlton y el proyecto EC y nuevas causas adicionales	Presenta las siguientes diferencias: 1) susceptible a prevención primaria 2) susceptible a detección temprana y tratamiento 3) susceptible a tratamiento mejorado y cuidado médico	65 años
Tobías y Jackson (2001)	El concepto de evitabilidad se extendió para cubrir no solo causas de muerte susceptibles a intervenciones terapéuticas, pero también esas sensibles a individuos y a poblaciones basadas en intervenciones preventivas	56 condiciones, ampliando la lista de condiciones por revisar literatura de avances en el cuidado de la salud desde 1980	A partir de un consenso de expertos, se distinguen tres categorías: primaria, secundaria y terciaria. Amplía sustancialmente la lista de posibles “evitables” condiciones	75 años
Nolte y Mckee, (2004)	Los servicios de salud incluyen el cuidado primario, el cuidado hospitalario, y los servicios de salud colectivos, tales como la identificación de enfermedades y programas de salud pública dirigidos a la inmunización	34 condiciones basadas en Charlton, Tobías y Jackson, Mackenbach	Actualiza la lista basada en avances en conocimiento médico y tecnología Las condiciones seleccionadas son consideradas indicadores de un impacto en el cuidado de la salud	75 años

Fuente: Elaboración propia a partir de información proveniente de Kossarov et al. (2009), basada en Charlton et al. (1983), Poikolainen & Eskola (1988), Westerling (1993), Holland (1997), Simonato et al. (1998), Tobias & Jackson (2001) y Nolte & McKee (2004).

En España, Gispert, Arán Barés, & Puigdefàbre (2006) definen la mortalidad evitable como “los casos de muerte por enfermedades o causas externas que disponen de tratamiento o medidas de prevención y que podrían haberse evitado si el sistema sanitario hubiera actuado correctamente en todos sus pasos” (p.186).

Además, Gispert (2006) agrega que, aunque no existe un acuerdo unánime sobre el término “evitable”, las causas evitables pueden clasificarse entre otras como: “causas susceptibles a intervenciones de política sanitaria intersectorial” y “causas susceptibles a intervenciones de los servicios de asistencia sanitaria”.

Por su parte, en América Latina y el Caribe, la OPS (s.f.) elabora una clasificación propia a partir de propuestas aplicadas en algunos países¹⁶ y establece que existe la mortalidad evitable por atención de salud para referir al subgrupo de muertes prematuras que no debieran haber ocurrido existiendo alternativas de cuidado a la salud disponibles y oportunas. Complementariamente, define a la mortalidad por *Causas Prevenibles* como el subgrupo de muertes prematuras que tienen el potencial de ser evitadas mediante acciones preventivas en general de primer nivel; y a la mortalidad por *Causas Tratables*, como el subgrupo de muertes prematuras que no debieran haber ocurrido (evitables) existiendo alternativas de cuidado a la salud –tratamiento– disponibles y oportunas.

Esta clasificación está en consonancia con la definición de mortalidad evitable de Holland & Fitzsimons (1990), utilizada para designar a las defunciones causadas por una enfermedad o eventos determinados que podrían no haber sucedido con la intervención médica oportuna y apropiada, o con medidas de salud pública. En el mismo sentido, con una clasificación anterior elaborada por Taucher (1978), en Chile. A partir de considerar que la muerte es el resultado de múltiples condiciones, esta autora plantea agrupar las defunciones en evitables y no evitables, atendiendo a grupos de intervenciones que más pudieran contribuir a su reducción.

Se puede agregar que, en la actualidad, algunos autores utilizan el término prevenible en vez reducible. Spinelli et al. (2000), en un trabajo para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS, definen estas causas como: “las que podrían reducirse con acciones sencillas y de bajo costo”. El conjunto de las causas "reducibles" y "otras reducibles" conforman el total de causas reducibles. Las causas "difícilmente reducibles" son las que son difíciles o imposibles de reducir, por el momento, con

¹⁶ Estos países se corresponden con Inglaterra y Gales, México, Canadá, Nueva Zelanda y Brasil. Para más información, se sugiere consultar Tobias, M. & Jackson, G. (2001); Secretaría de Salud de México (2006); Tobias, M. & Yeh, L. (2009); Carvalho, M.D., Sardinha, L., Moura, L. et al (2010); Office for the National Health Statistics (2010 y 2011); y Health Canada (2012).

medidas sencillas. "Otras causas" es una categoría residual que incluye las defunciones cuyas causas no pueden ser asignadas a las categorías definidas.

No menos importancia reviste las muertes por causas violentas como un problema de salud social que podría ser potencialmente evitado, y entre las que se incluyen las defunciones por accidentes de tránsito, homicidios y suicidios.

Finalmente, merecen una mención especial los aportes de Vergara et al. (2009), quienes destacan la utilidad del concepto de muerte evitable como un indicador para evaluar la calidad de los servicios sanitarios. En este sentido, la comparación de la mortalidad evitable entre países o áreas geográficas de una determinada región proporciona una herramienta útil en la evaluación de la capacidad del sistema sanitario para la prevención de las muertes prematuras.

1.3 La lista de muertes evitables utilizada en Ecuador

En Ecuador, el Ministerio de Salud utiliza la propuesta por Taucher con ciertas modificaciones (CONADE, 1987) y atendiendo a los siguientes grupos de causas:

- A. Defunciones evitables por vacunación o tratamiento preventivo
- B. Defunciones evitables por diagnóstico o tratamiento médico precoz
- C. Defunciones evitables por saneamiento ambiental
- D. Defunciones evitables por medidas mixtas; infecciones de las vías respiratorias
- E. Defunciones evitables por medidas mixtas, enfermedades propias de la primera infancia
- F. Defunciones evitables por medidas mixtas, muertes violentas
- G. Resto de las defunciones evitables por aplicación de un conjunto de medidas mixtas
- H. Defunciones difícilmente evitables en la actualidad.
- I. Defunciones por causas mal definidas.
- J. Otras causas

La tabla a continuación sintetiza las causas incluidas en cada grupo mencionado, junto con los códigos asociados a la Clasificación Internacional de Enfermedades en sus novena y décima (conocidas, respectivamente, como CIE 9 y 10) y utilizadas en Ecuador entre el año 1985 y 1999, en el primer caso; y desde el año 2000, en el segundo caso.

Tabla 1.3.9 Grupos de causas de muerte evitable, causas de muerte incluidas en cada grupo y códigos asociados a la CIE 9 y CIE 10

Causas de muerte	Códigos CIE 9	Códigos CIE 10
A: DEFUNCIONES EVITABLES POR VACUNACION O TRATAMIENTO PREVENTIVO		
Tos ferina	033	A37
Tétanos	037	A33, A34, A35
Otras enfermedades bacteriales	020-032, 034, 035, 036, 038, 039, 040, 041	A20-A28, A30-A32, J02, A36, A38-A49
Hepatitis viral	070	B15-B19
Sarampión	055	B05
Enfermedades virales (poliomielitis, viruela, rubéola)	045, 050, 056	A80, B03, B04, B06
Enfermedades venéreas	090-099	A50-A64
Fiebre reumática	390-392	I00-I02
Enfermedades reumáticas crónicas del corazón	393-398	I05-I09
Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (en CIE 9: Trastornos de la inmunidad)	279	B20-B24
B: DEFUNCIONES EVITABLES POR DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO MEDICO PRECOZ		
Tumor maligno de la mama, útero y de la próstata	174, 180, 185	C50, C53, C61
Tumor maligno de otras partes del útero y de las no especificadas	179, 182	C55, C54
Tumor maligno del pulmón, bronquios, de la tráquea	162	C33, C34
Úlcera del estómago, del duodeno y gastritis y duodenitis	531-533	K25-K29
Diabetes	250	E10-E14
Apendicitis	540-543	K35-K38
Obstrucción intestinal y hernia	550-553, 560	K40-K46, K56
C: DEFUNCIONES EVITABLES POR MEDIDAS DE SANEAMIENTO AMBIENTAL		
Fiebre tifoidea	002	A01
Otras enfermedades infecciosas intestinales	001, 003, 004, 005, 006, 007, 008, 009	A00, A02-A09
Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	080, 083, 085, 088, 100-139	A65-A69, A70-A74, A75-A79, A81-A89, A90-A99, B00-B02, B07-B09, B25-B29, B35-B49, B55-B99
Paludismo	084	B50-B54
D: DEFUNCIONES EVITABLES POR MEDIDAS MIXTAS, INFECCIONES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS		
Infecciones respiratorias agudas y neumonías	460-466, 480-486	J00-J06, J20-J22, J12-J16, J18

Tabla 1.3.10 Grupos de causas de muerte evitable, causas de muerte incluidas en cada grupo y códigos asociados a la CIE 9 y CIE 10 (continuación)

Causas de muerte	Códigos CIE 9	Códigos CIE 10
E: DEFUNCIONES EVITABLES POR MEDIDAS MIXTAS, ENFERMEDADES PROPIAS DE LA PRIMERA INFANCIA		
Enfermedades originadas en el período perinatal	760-779	P00-P99
F: DEFUNCIONES EVITABLES POR MEDIDAS MIXTAS, MUERTES VIOLENTAS		
Accidentes, envenenamientos y violencia	E800-999	V01-V99, W00-X59, X60-X84, X85-Y09, Y10-Y34, Y35-Y36
G: RESTO DE LAS DEFUNCIONES EVITABLES POR APLICACIÓN DE UN CONJUNTO DE MEDIDAS MIXTAS		
Tuberculosis	010-018	A15-A19
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	630-676	O00-O99
Cirrosis hepática	571	K70-K75
H: DEFUNCIONES DIFÍCILMENTE EVITABLES EN LA ACTUALIDAD		
Tumores malignos y benignos y de evolución incierta	140-149, 150, 151, 153, 154, 155.0, 161, 162, 188, 190-199	C00-C26, C30-C32, C37-C49, C51, C52, C56, C57, C58, C60, C62-D48
Esclerosis múltiple y epilepsia	340, 345	G35, G40, G41
Enfermedades cerebrovasculares	430-438	I60-I69
Enfermedad arteriosclerótica y degenerativa del corazón y otras enfermedades del corazón	410-416, 420-429	I20-I25, I30, I31, I33-I38, I40, I42, I44- I51
Malformaciones congénitas	740, 742.0-742.2, 745-747	Q00-Q02, Q04, Q06-Q99
Leucemia	204-208	C91-C96
Linfosarcoma y otros tumores del sistema linfático y hematopoyético	200-203	C81-C90
Espina bífida y meningocele	741, 742.3	Q05, Q03
I: DEFUNCIONES POR CAUSAS MAL DEFINIDAS		
Síntomas, senilidad y estados morbosos mal definidos	780-799	R00-R99
J: OTRAS CAUSAS		
Todas las demás enfermedades y códigos no incluidos en los grupos anteriores	210-246, 251, 259, 260-269, 270-279, 280-289, 290-319, 320-326, 330-337, 344, 346-349, 350-359, 360-379, 380-389, 440-448, 451-459, 470-478, 487, 490-496, 500-508, 510-519, 520-529,	D50-D89, E00-E90, F00-F99, G00-G99, H00-H95, I00-I99, J00-J99, K00-K93, L00-L99, M00-M99, N00-N99

Tabla 1.3.11 Grupos de causas de muerte evitable, causas de muerte incluidas en cada grupo y códigos asociados a la CIE 9 y CIE 10 (conclusión)

Causas de muerte	Códigos CIE 9	Códigos CIE 10
	530-534, 537, 555-558, 562-569, 570-579, 580-590, 592-599, 600-608, 610-611, 614-616, 617-629, 680-709, 710-739	

Fuente: Elaboración propia con base en Sáenz Ozaetta (2007).

Capítulo 2

2.1 La mortalidad en la niñez y adolescencia en América Latina y el mundo: antecedentes en investigación

Existen numerosas investigaciones sobre la mortalidad en las que se estudian tendencias y causas para distintos países; y las diferencias entre países, al interior de los mismos y por grupos sociales.

Como muestra de lo anterior, cabe mencionar al estudio de Wang et al. (2014), a partir del cual se generan estimaciones actualizadas de mortalidad infantil con sus componentes¹⁷ y para niños y niñas menores de 5 años en 188 países desde 1970 hasta 2013. Los resultados revelan una reducción de 17,6 millones a 6,3 millones de defunciones entre 1970 y 2013; y cambios de las tasas de mortalidad anuales que varían entre -6,8% y 0,1% entre 1990 y 2013.

En este estudio también se determina una mayor reducción de la mortalidad en los primeros años de vida durante el período 2000-2013, comparado con el de 1990-2000. De igual manera se concluye que, en 30 países en desarrollo, las disminuciones desde el año 2000 han sido más rápidas de lo previsto, atribuibles únicamente al ingreso, la educación y el cambio social. Otros factores observados para disminuciones más expeditas de la mortalidad son la adhesión a la Declaración del Milenio y el aumento de la asistencia para el desarrollo para la salud. Se concluye también que, muchos países de África occidental y central seguirán teniendo altos niveles de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años en 2030.

En la misma línea, Sartorius & Sartorius (2014), en base a datos de 192 países en el período 1990-2011, observan una reducción significativa de la tasa de mortalidad infantil¹⁸ para todas las regiones de la OMS excepto para África Sub-Sahariana. En esta última región, debido al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), la tasa de mortalidad es de 75 defunciones infantiles por 1.000 nacidos vivos, cifra que contrasta con tasas de alrededor de 11 defunciones infantiles por cada 1.000 nacidos vivos en Europa. La

¹⁷ Los componentes de la mortalidad infantil son: 1. Mortalidad Neonatal, es decir la que se produce desde el nacimiento hasta cumplir los 27 días de vida; la cual se subdivide, a su vez, en "Mortalidad Neonatal Precoz" (desde el nacimiento hasta cumplir 6 días de vida) y "Mortalidad Neonatal Tardía" (desde los 7 a los 27 días de vida); y 2. Mortalidad Postneonatal, relacionada con la muerte de los niños desde los 28 a los 364 días (OMS, 2011).

¹⁸ Como se detalla en capítulo metodológico, la tasa de mortalidad infantil se corresponde con la tasa de mortalidad de niños y niñas menores de 1 año y se expresa por 1.000 nacidos/as vivos/as.

variación entre países es mayor entre estas regiones, con diferencia de 57 veces entre Sierra Leona y Suecia, con tasas de mortalidad infantil de 114 y 2 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, en ese orden.

Además, este estudio establece tendencias temporales por región y país para el período 1990-2011; al tiempo que hace una contribución al usar datos globales a nivel nacional para identificar cuestiones importantes en el monitoreo del progreso en los ODM.

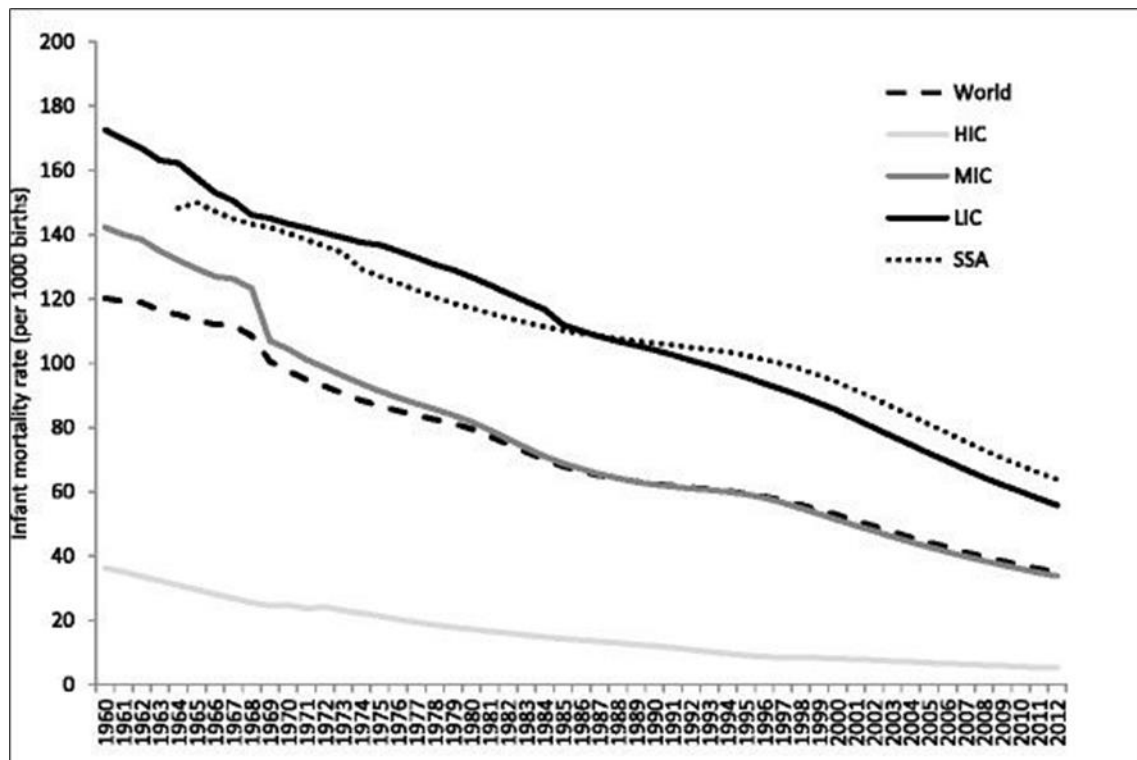


Figura 2.1.1 Tendencia Mundial de la Tasa de Mortalidad Infantil (1960-2012). Por 1.000 nacidos vivos

Referencias: HIC: Países con altos ingresos; MIC: Países con ingresos medios; LIC: Países con bajos ingresos; SSA: África Subsahariana.

Fuente: Sartorius & Sartorius (2014).

En relación a las tendencias de la mortalidad de los adolescentes a nivel global, es posible mencionar a estudios como el de Blum & Nelson (2004) y de Patton et al. (2009 y 2010). Estos trabajos señalan un cambio en el perfil de la mortalidad de este grupo poblacional en casi todo el mundo, en detrimento de las enfermedades infecciosas y parasitarias y como consecuencia del aumento del nivel y la participación de las muertes

por causas externas¹⁹. En este sentido, los estudios indican un aumento de las muertes por accidentes de tránsito en todas las regiones del mundo, así como de los homicidios y los suicidios, sobre todo en los países de medianos y bajos ingresos (donde los niveles son notablemente más elevados en comparación con los países de altos ingresos) y con más énfasis en varones. Como contrapartida, el VIH y otras enfermedades infecciosas, más asociadas a la pobreza, continúan liderando el ranking de las causas en África y algunos países asiáticos, dando cuenta de la disparidad en el ámbito mundial y apuntando serios desafíos para el cumplimiento de los compromisos asumidos frente a la comunidad internacional respecto del desarrollo de las poblaciones.

En América Latina, se destaca entre los estudios pioneros al realizado por Behm (1979), quien manifiesta la presencia de marcadas diferencias a nivel regional. De acuerdo a este autor, para el período de 1965-1966, en Argentina, la probabilidad de morir entre el nacimiento y los dos años es de 58 por 1.000 nacidos vivos. Para 1970 estos valores en Brasil, México, Panamá, Cuba y Uruguay son de 170, 85, 58,48 y 38 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente. En el año 1971, Haití alcanza un valor de 176 por 1.000 nacidos vivos; y en 1971 y 1972, en Bolivia, este valor es de 202 por 1.000 nacidos vivos.

Asimismo, en consonancia con las investigaciones efectuadas a nivel mundial, Behm (1979) sostiene que “cualquiera que sea el indicador que se utilice, los diferenciales que se detectan revelan que alrededor de 1970 existen en la región considerables contrastes socioeconómicos de la mortalidad, de tal modo que los grupos con más riesgo tienen tasas 4-5 veces mayores que los menos expuestos” (p.22).

Las heterogeneidades en el comportamiento de la mortalidad entre países de la región (y a su interior) se confirman nuevamente en un trabajo posterior de Guzmán (1984) que determina que, en 1975, las tasas de mortalidad infantil urbana y rural son de 80 y 150 por 1.000 nacidos vivos en Perú, de 50 y 56 por 1.000 nacidos vivos en Paraguay, y de 28 y 34 por 1.000 nacidos vivos en Panamá. Para 1976, en Guatemala, estas tasas corresponden a 77 y 101 por 1.000 nacidos vivos, en ese orden. Estos valores describen una diferencia marcada entre sectores socioeconómicos, tomados en

¹⁹ Esta variación en la composición de las muertes se asocia al concepto de “transición epidemiológica”. Según Frenk et al. (1991), “la transición epidemiológica implica un cambio en una dirección predominante: de las enfermedades infecciosas asociadas con carencias primarias (por ejemplo, de nutrición, suministro de agua, condiciones de vivienda), a las enfermedades crónicas y degenerativas, lesiones y padecimientos mentales, todos estos relacionados con factores genéticos y carencias secundarias (por ejemplo, de seguridad personal o ambiental, afecto u oportunidades para la plena realización de la potencialidad individual)”(p. 487).

cuenta geográficamente de acuerdo con la zona de residencia.

Por su parte, Chackiel (2004) analiza la evolución de los indicadores de mortalidad por el cumplimiento de los diez años de la CIPD de 1994 en El Cairo, observando un descenso importante de dichos indicadores, especialmente en niños y niñas menores de 1 y 5 años (equivalente a 74% entre los períodos 1950-1955 y 1995-2000). Sin embargo, quedan tareas pendientes tales como la eliminación de disparidades dentro de los países y entre grupos étnicos o culturales y grupos socioeconómicos.

Estos contrastes, para Bronfman y Tuirán (1994) en México, se deben a que la mortalidad es un fenómeno social, con diferencias acentuadas entre grupos sociales, proponiendo a la clase social como categoría central en la explicación de la mortalidad. En este sentido, los autores precisan que la probabilidad de muerte de niños y niñas menores de 1 año es de 0,33 en lo que denominan “nueva pequeña burguesía”²⁰ y 0,98 en pobres y grupos agrícolas. Estas disparidades resultan similares a otras encontradas en la región.

En Argentina, Grushka (2014) analiza la evolución de la mortalidad en general desde 1869 hasta 2010, mediante la tasa de mortalidad estandarizada por edad, encontrando una reducción del 46%.

La reducción en las tasas de mortalidad es también corroborada por la CEPAL (2011), organismo que afirma que, en la región, la tasa de mortalidad infantil y para niños y niñas menores de 5 años es de 81 y 115 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente, en 1970; de 38 y 50 por 1.000 nacidos vivos, en ese orden, en 1990; y de 22 y 28 por 1.000 nacidos vivos, en 2010²¹.

Esta tendencia al descenso en el valor de la tasa mencionada también se evidencia en distintos países de la región. Entre ellos, Honduras (Romero & Garay, 2015) y Argentina (Ceballos, 2005; Mazzeo, 2015). Sin embargo, algunos países arrojan valores comparativamente más elevados al promedio, como Haití y Bolivia, con tasas de mortalidad infantil de 87 y 80 defunciones por 1.000 nacidos vivos, en ese orden (Campa Cruz et al., 1993). Otros, por el contrario, muestran valores manifiestamente inferiores,

²⁰ Bronfman y Tuirán diseñan la Encuesta Nacional Demográfica de 1982 en México, en la cual proponen una tipología compuesta de 14 clases sociales; entre ellas la *nueva pequeña burguesía*. Esta categoría comprende la fuerza de trabajo libre no asalariada, al proletariado típico en pequeños establecimientos y al proletariado agrícola (Lerner & Szasz, 2008).

²¹ Según investigaciones realizadas por Zerquera Rodríguez et al. (2015), estos descensos han sido posibles merced del incremento del número de controles a la madre durante el embarazo, con énfasis en la supervisión del peso de los niños por nacer (dado que el bajo peso al nacimiento constituye un complejo problema de salud).

similares a los de los países desarrollados. Un ejemplo concreto constituye el caso de Cuba, con una tasa de mortalidad infantil de 9,4 por 1.000 nacidos vivos en 1994 (Campa Cruz et al., 1995).

Más allá de los progresos en la reducción de la mortalidad infantil que registran algunos países, algunos estudios corroboran la presencia de profundas diferencias al interior de los mismos, cuestión de especial importancia en el marco de los derechos humanos, sobre todo a partir de la adhesión a la CDN. Al respecto, una investigación comparativa entre Brasil y Argentina de Santillán et al. (2011) acusa que, mientras que en el primero de estos países la razón entre la tasa de mortalidad infantil de la región de mayor y menor mortalidad infantil se reduce de 2,61 a 2,2 entre 1990 y 2009, en el primero, aunque siempre inferior, aumenta de 1,59 a 1,74. Esto último revela no solo la persistencia de las diferencias sino también, en algunos casos, su tendencia al crecimiento.

En relación a la mortalidad de personas a otras edades, estudios desarrollados por Meza & Álvarez (2014) y Roselli (2014) registran una reducción de las tasas de mortalidad de los niños de 1-4 y de 2-5 años de Costa Rica y Colombia, respectivamente, en los períodos 1920-2009 y 1953-2011.

En Argentina, Rojas (2014) estudia la mortalidad para niños de 5-9, 10-14 y 15-19 años, presentando tasas de mortalidad por causas evitables. Esta tasa en el grupo de 5-9 años, tiene un valor de 0,19 para varones y 0,11 para mujeres por 1.000 habitantes, en el período 1997-1999, disminuyendo a 0,15 y 0,11 por 1.000 habitantes para el período 2008-2010. Además, para el grupo de 10-14 años en el período 1997-1999 la tasa es de 0,24 para varones y 0,15 para mujeres por 1.000 habitantes, pasando a 0,22 y 0,14 por 1.000 habitantes en el período 2008-2010 respectivamente. En el grupo de 15-19 años se registran los valores más altos, la tasa pasa de 0,84 por 1.000 habitantes en el período 1997-1999 a 0,89 para varones y en el caso de mujeres de 0,31 a 0,32 por 1.000 habitantes en los mismos períodos.

Cabe agregar que, en este país, la tasa de mortalidad por todas las causas en el grupo de 10-14 años, pasa de 0,33 por 1.000 habitantes en 1991 a 0,30 por 1.000 habitantes en el año 2000; y en el grupo de 15-19 años, de 0,71 a 0,73 por 1.000 habitantes durante el mismo período (Serfaty et al., 2003).

En ese mismo sentido para las edades de 10-19 años, la CEPAL (2007) presenta que en América Latina también hay una notable disminución de la mortalidad, aunque con diferencias de género, desfavorables para los hombres al estar expuestos a mayores

niveles de mortalidad por causas externas.

En particular, Rojas (2015) estudia la mortalidad en las ciudades de Córdoba (Argentina) y Porto Alegre (Brasil), obteniendo tasas específicas para causas violentas (es decir, accidentes de tránsito, homicidios, suicidios y otros accidentes) en los períodos 1990-1992 y 2008-2010, para grupos de edad de 10-14 y 15-19 años. En la primera de estas ciudades, mientras que la tasa de mortalidad por las causas referidas disminuye de 0,9 a 0,5 por 10.000 habitantes para el grupo de 10-14 años durante los períodos analizados, en la población de 15-19 aumenta de 1,8 a 2,4 por 10.000 habitantes. Por su parte, en Porto Alegre, estas tasas, asociadas a valores considerablemente más elevados, varían de 2 a 1,2 y de 7,9 a 9,9 por 10.000 habitantes, en ese orden. Otras diferencias detectadas entre ciudades se atribuyen la composición de las muertes: en tanto en Córdoba son más frecuentes las muertes por accidentes de transporte, en Porto Alegre predominan las muertes por homicidio.

Para este grupo de edad, en un estudio comparativo en las localidades de Córdoba (Argentina), Campinas (Brasil) y Medellín (Colombia), Cardona et al. (2008) agregan que, en las mujeres el máximo de mortalidad por suicidio acontece más tempranamente (15-19 años) que en los varones.

En particular, para los varones de 15-24 años, un reporte de la OPS (1998) indica que, en la mitad de los países de la región con más de un millón de habitantes, el homicidio constituye la segunda causa de muerte, después de los accidentes de tránsito.

Esto último es verificado por Waiselfisz & Athias (2005) para el caso de Brasil, donde el peso relativo de las defunciones por causas externas dentro del total de las defunciones registradas en el grupo de edad aumenta, entre 1980 y 1996, de 53% a 67%; y la mortalidad atribuida a homicidios y otras formas de violencia casi se duplica entre los jóvenes que residen en las capitales estatales y los que habitan las regiones metropolitanas respecto al promedio nacional.

Los indicios disponibles sugieren que las personas pobres están más expuestas a enfermar, a sufrir accidentes y a padecer situaciones violentas, por lo que sus índices de mortalidad son mayores. Aun así, las especificidades conductuales asociadas a las causas de muerte juvenil hacen que los jóvenes de clase alta y media estén expuestos a este riesgo, incluso bajo condiciones sanitarias y medicas óptimas (CEPAL, 2007).

En el caso de los homicidios, Ribeiro et al. (2015) realizan un diagnóstico de la calidad de los datos sobre homicidio en América Latina y el Caribe comparando distintas

bases de datos entre varios países. Algunos de sus resultados determinan que, entre 2000 y 2013, la mayoría de los países presenta un número mayor de homicidios en los registros criminales, en comparación con los certificados de defunción.

Esto último adquiere mayor relevancia al considerar una estimación para 2012 de la Oficina de las Naciones Unidas para las Drogas y el Crimen (UNODC por sus siglas en inglés, 2013), la cual indica que, en ese año, 437.000 personas fueron víctimas de homicidio en todo el mundo (0,062 víctimas cada 1.000 habitantes) y que más de un tercio de las mismas (36%) se corresponden con el continente americano²². Si bien esta cantidad es inferior 2010 (468.000 víctimas), América continúa exhibiendo las tasas de mortalidad más altas por esta causa, en correspondencia con su tendencia en el interior de países como Argentina, Brasil, Colombia y México (Alvarado et al., 2015).

En lo que atañe a las disparidades, Torrado (1995) confirma que en Argentina existe una elevada asociación entre las probabilidades de sobrevivencia de los niños y los niveles de pobreza de sus hogares. Estas diferencias se pueden generalizar entre los países de América Latina debido al comportamiento similar dentro de la región.

De manera complementaria a las investigaciones referidas y teniendo en cuenta la importancia atribuida a los derechos humanos en los últimos años, Santillán & Rojas (2013) analizan de manera explícita el comportamiento de la mortalidad infantil en los países del Cono Sur a la luz de los principios del EBDH, y en función de los compromisos contraídos por dichos países en el ámbito internacional.

Las autoras observan que las tasas de mortalidad infantil tienen una tendencia decreciente, situación que respeta el principio de “progresividad y no regresividad”. Sin embargo, esta disminución no alcanzaría para el cumplimiento de la totalidad de compromisos. En cuanto a las diferencias intersectoriales, en algunos casos, tienden a incrementarse, por lo que no se respeta ni el “principio de igualdad y no discriminación” ni el “principio de progresividad y no regresividad”.

2.2. La mortalidad en la niñez y adolescencia en Ecuador: antecedentes en investigación

En Ecuador, los primeros estudios de mortalidad, a cargo de Jervis, datan de 1967

²² En 2013, la UNODC avanza en el estudio de esta problemática al elaborar una Clasificación Internacional de Crímenes para Propósitos Estadísticos, la “International Classification of Crime for Statistical Purposes” (ICCS). En ella, la definición de “homicidio intencional” refiere a una “muerte ilegal infligida contra una persona con la intención de causar la muerte o lesión grave”.

y están basados en datos concernientes a la peste bubónica. Este autor determina que desde 1908 hasta 1965 se producen en el país 14.406 casos de peste, provocando 5.500 defunciones en 1.183 localidades de nueve provincias. De allí que preconice una serie de medidas específicas para eliminar este grave problema de salud pública del país.

Posteriormente, una investigación de Bhem & Rosero (1977), realizada a partir de los censos de 1950²³ y 1962, y las proyecciones del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) para el período 1960-2000, revela que la tasa de mortalidad infantil del país es igual a 142 muertes por 1.000 nacidos vivos en el quinquenio de 1940-1944, y luego desciende llegando a 96 y a 76 muertes por 1.000 nacidos vivos, en ese orden, en los períodos 1960-1964 y 1970-1974.

Resulta oportuno agregar que este estudio, considerando la desagregación geográfica en 1974, expone que la mortalidad presenta variaciones por regiones, concentrándose los mayores valores en las provincias de la región interandina (conformada por Cotopaxi, Imbabura y Chimborazo) con tasas mayores a 100 defunciones por 1.000 nacidos vivos; y seguidas de tasas de 98 defunciones por 1.000 nacidos vivos en provincias como Carchi y Tungurahua.

Dada las condiciones que anteceden, estas cifras contribuyen, según Pérez et al. (1988), a considerar a Ecuador, entre 1970 y 1981, como un país con mortalidad elevada en el contexto latinoamericano a pesar de reducirse la tasa de mortalidad infantil en un 30% en este período (p.274)

En la misma línea, un estudio de Gonzales et al. (1988) presenta resultados similares en relación a la trayectoria descendente de la mortalidad y corrobora las marcadas diferencias entre las provincias de Costa y Sierra, presentando esta última región los niveles de mortalidad más elevados y determinándose la influencia del nivel de alfabetización como variable clave en este sentido.²⁴

En lo relativo a defunciones de niños y niñas menores de 5 años, el estudio efectuado por Bhem & Rosero (1977) presenta que, en 1974, por lo menos la mitad de estas muertes se producen por enfermedades prevenibles o tratables. Entre ellas, las

²³ Este relevamiento se corresponde con el primer censo de población llevado a cabo en el país.

²⁴ Como complemento a esta lectura relativa al nivel de alfabetización, vale hacer mención de un estudio de Breilh et al. (1983) efectuado en Quito en relación al proceso de urbanización, durante la década del 70, asociada a una época de boom petrolero. Entre las principales conclusiones, se destaca que el proceso de salud-enfermedad se desarrolla de manera heterogénea en la población (en razón de diversos factores) incidiendo, de manera diferencial, en nivel de la mortalidad.

infecciosas y parasitarias, causantes del 40 % de las muertes de niños y niñas menores de un año y del 54 % de los y las de 1 a 4 años de edad.

El trabajo también determina que la probabilidad de morir antes de cumplir los dos años de edad en el Ecuador. La misma se estima en 127 por 1.000 nacidos vivos para el período 1969-1970, con base en el censo de 1974.

Estos resultados se complementan con una investigación de Yunes (1993), quien calcula tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y por causas violentas en Ecuador para 1986. Estas tasas equivalen a 11,09 y 0,71 muertes atribuidas a esas causas, en ese orden, por cada cien 1.000 niños y niñas menores de 1 año. En el grupo de 1-4 años, ascienden a 1,32 y 0,35 por 1.000 muertes, respectivamente; mientras que en el de 5-9 años, asumen valores de 0,15 y 0,24 por 1.000 habitantes, denotando una mayor participación relativa de las causas violentas y un descenso de las primeras.

Esta situación adquiere mayor énfasis en la población de 10-14 años, al interior de la cual la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas disminuye a 0,08 por 1.000 habitantes al tiempo que la tasa de mortalidad por causas violentas asciende a 0,21 por 1.000 habitantes. Finalmente, en el grupo de 15-19 años, estas tasas alcanzan valores de 0,11 y 0,46 muertes por cada 1.000 habitantes, respectivamente.

Más adelante, si bien se destaca un deterioro en la salud pública en Ecuador debido a políticas neoliberales de la década del 90 (Breilh & Tileira, 2009), las tasas de mortalidad continúan descendiendo (Villacis & Carrillo, 2012). Aun así, según reportes del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), las diferencias persisten, existiendo regiones como la amazónica en las que más de la mitad de las muertes son evitables, revelando un marcado contraste social al interior del país. Esto se evidencia incluso en el comportamiento la mortalidad infantil, notoriamente más alta en las zonas rurales que en las urbanas, con tasas de 38,6 y 22,2 por 1.000 nacidos vivos, en ese orden (INEC, 1990).

Por su parte, Sáenz Ozaetta (2007) realiza un estudio de muertes evitables a nivel nacional, usando clasificación de Taucher. Los resultados ofrecen indicios de un descenso de la mortalidad, principalmente en favor de la población joven. Esto se asociaría, entre otras cuestiones, a la ampliación de coberturas y acciones para la erradicación de la desnutrición infantil, las cuales impactan, mayormente, en la reducción de las tasas de mortalidad infantil y neonatal en el período 2007-2011 (Ministerio de Salud Pública, MSP, 2012).

Lucio et. al (2011) profundizan este análisis, al señalar que la primera causa de muerte en niños y niñas menores de un 1 año son los trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer. Esta lectura se asociaría a controles deficientes del embarazo, entre otros factores determinantes, más asociados a la pobreza. Continúan, en orden de relevancia, la neumonía, la sepsis bacteriana, la dificultad respiratoria y la neumonía congénita, todas causas incluidas en el grupo de las enfermedades infecciosas y parasitarias, también vinculadas a la presencia de condiciones de vida adversas.

Finalmente, el Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, el Plan Internacional, el UNICEF y el Observatorio Social (2014), en un trabajo de conjunto, afirman que, en Ecuador, en 2011, las muertes por causas mal definidas en niños y niñas menores de 5 años se corresponden con el 16% de las muertes registradas para el total país, siendo este porcentaje considerablemente más elevado en las áreas rurales (24% a diferencia de las urbanas, donde es igual a 6%). En adolescentes de 10-17 años, el peso relativo de las muertes por las mismas causas es del 9%, denotando igualmente la presencia de retos para mejorar el registro de las muertes, y así avanzar en su detección y posterior reducción.

Este estudio remarca, a su vez que, en ese mismo año, fallecen 2.359 adolescentes, atribuyendo la tercera parte de estas muertes a causas no provocadas por enfermedades, sino por causas atribuibles a ciertos comportamientos sociales y a situaciones de violencia. Al mismo tiempo, acusa que los accidentes de transporte se duplican y los homicidios se cuadruplican en los varones, aunque la muerte por suicidio en las mujeres duplica a la de los varones (Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, Plan Internacional, UNICEF & Observatorio Social del Ecuador, 2014).

En ese mismo sentido, el estudio confirma, que la primera causa de muerte en los adolescentes varones de 12-17 años son los accidentes de transporte; la segunda, el homicidio; y la tercera, el suicidio; mientras que en las mujeres de la misma edad, el orden de las causas se manifiesta de la siguiente manera: suicidio, accidentes de transporte, causas asociadas al embarazo y parto, y homicidios (en correspondencia, con lo que actualmente se conoce como "femicidios"). Estas causas agrupan, respectivamente, el 55% y 24% del total de muertes contabilizadas, dando cuenta así de la gravedad de la situación y de la necesidad de emprender acciones para revertirla (Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, Plan Internacional, UNICEF & Observatorio Social del Ecuador, 2014).

Este estudio también establece que el porcentaje más alto de muertes en este grupo de edad está en las provincias fronterizas del norte de Ecuador (con un registro de 61% para hombres y 89% para mujeres) y que se observan altos porcentajes de suicidio en adolescentes mujeres de las provincias con alta proporción de población indígena (Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, Plan Internacional, UNICEF & Observatorio Social del Ecuador, 2014). Ambas cuestiones sugieren prestar especial consideración a grupos específicos de población.

Capítulo 3

3.1. Fuentes de información y metodología

Para cumplir con los objetivos establecidos en el presente trabajo, se recurrirá a las siguientes fuentes de información:

- a) Las estadísticas vitales, es decir registros de nacimientos y defunciones, correspondientes al período 1990-2016.
- b) Las proyecciones poblacionales por edad, sexo y provincia relativas al mismo período.

Cabe aclarar que ambas fuentes provienen del INEC y constan de base de datos y anuarios estadísticos de libre uso.

Asimismo, en relación al período al cual refiere la información, debe mencionarse que el estudio parte de 1990, año en el cual Ecuador ratifica la CDN y abarca hasta el año 2016, año para el cual está disponible la información al momento de llevarse a cabo.

A partir de la información detallada, se propone una investigación de tipo exploratorio y descriptivo, centrada en el cálculo y análisis de tasas específicas de mortalidad; el cálculo y la interpretación de indicadores susceptibles de cuantificar las diferencias intersectoriales²⁵; y la confección de mapas temáticos para apoyar la lectura de los avances y desafíos en el ejercicio de los derechos, sobre todo desde la dinámica de las diferencias.

En los siguientes subapartados, se describen en detalle las actividades mencionadas y las consideraciones a tener en cuenta en relación a cada una de ellas.

3.1.1. Cálculo y análisis de tasas específicas de mortalidad:

En función de los objetivos establecidos, y a partir de las posibilidades de la información, se calculan tasas de mortalidad por edad, sexo, provincia, zona geográfica y causas seleccionadas. En los párrafos a continuación se realizan algunas aclaraciones en relación a cada una de estas desagregaciones.

²⁵ Cabe agregar que para la totalidad de los procesamientos estadísticos sobre las bases de nacimientos y defunciones se utiliza el software estadístico SPSS, versión 20.

3.1.1.1. Tasas de mortalidad por edad

Como se comentara, la CDN define a las personas menores de 18 años como niños, pero esta investigación también toma en cuenta a las personas de 18 y 19 años, a partir de considerar que la Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como el período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años OMS (2018). Consecuentemente, el universo de estudio está comprendido por la población de Ecuador de 0 a 19 años.

A partir de lo comentado, el cálculo de tasas de mortalidad por edad contempla grupos poblacionales conformados por los tramos etarios: 0-19 años, menores de 1 año, menores de 5 años, 5-9 años, 10-14 años y 15-19 años.

En particular, el monitoreo de los compromisos internacionales relacionados con la reducción de las muertes en la niñez considera por separado a los niños y niñas menores de 1 año debido a que en esta edad es mayor la probabilidad de ocurrencia de muerte²⁶. Es así que se calcula la **tasa de mortalidad infantil (TMI)** como el cociente entre las defunciones de niños²⁷ menores de 1 año (de 0 a 364 días de vida) acaecidas durante un año y lugar geográfico determinados, y el número de nacidos vivos registrados en el transcurso del mismo año y lugar, expresado por cada 1.000 nacidos vivos²⁸ (OPS, 2015: 10).

La TMI se desagrega, a su vez, según grupos de edad, teniendo en cuenta los componentes de la mortalidad infantil, definidos en función de las diferencias en las causas de muerte predominantes a medida que transcurre el primer año de vida y, por consiguiente, las acciones que se deberían implementar en cada caso para su descenso (OPS, 2015, p. 10). Concretamente:

- **Tasa de mortalidad neonatal (TMN):** se obtiene a partir del cociente entre el número de niños fallecidos en los primeros 27 días de vida durante un año dado,

²⁶ En efecto, según la OMS (2016) los fallecimientos de recién nacidos o neonatos constituyen el 46% de los fallecimientos de niños menores de cinco años. La mayoría de las muertes neonatales (75%) tienen lugar durante la primera semana de vida, y cerca de un millón de recién nacidos mueren en las primeras 24 horas.

²⁷ En adelante, se utiliza el término “niños” para referir a niños y niñas, salvo que se indique lo contrario.

²⁸ Aunque el numerador de esta tasa y otras tasas de mortalidad suele conformarse a partir del promedio simple de las defunciones contabilizadas en un período trienal o quinquenal (con la intención de suavizar fluctuaciones bruscas que pudiese tener el indicador en un momento determinado) (Welti, 1997), en este caso, se decide considerar al total de defunciones contabilizadas año a año, tal y como se plantea en los objetivos y metas derivados de los planes de acción referidos en el Capítulo 1.

y el número de nacidos vivos en el mismo año. Se expresa por cada 1.000 nacidos vivos.

- **Tasa de mortalidad neonatal precoz (TMNP):** resulta del cociente entre el número de muertes de niños en el transcurso de la primera semana de vida (es decir, entre los 0 y 6 días) durante un año dado y el número de nacidos vivos en el mismo período, expresado por cada 1.000 nacidos vivos.
- **Tasa de mortalidad neonatal tardía (TMNT):** se calcula como el cociente entre el número de las defunciones de niños de entre 7 y 27 días de vida durante un año dado y el número de nacidos vivos en el mismo año, expresado por cada 1.000 nacidos vivos.
- **Tasa de mortalidad postneonatal (TMP):** es el resultado del cociente entre el número de niños fallecidos entre 28 y 365 días de vida, durante un año dado, y el número de nacidos vivos en el mismo año, expresado por cada 1.000 nacidos vivos.

Complementariamente a los objetivos y metas cuyo seguimiento es posible a través de la TMI, los organismos internacionales establecen compromisos para reducir la mortalidad en años posteriores al primer año de vida, comprendidos en la primera infancia (0-5 años). Según un estudio de Houweling et al. (2006), hay una extraordinaria relación entre la situación socioeconómica de las familias y el índice de mortalidad de niños menores de 5 años en 43 países de bajos recursos. Otro aspecto de este estudio sugiere que, en esos mismos países, la desigualdad socioeconómica respecto de la mortalidad en los primeros años de vida va en aumento (la brecha se amplía) en tanto que sus economías crecen en términos generales. De allí la importancia de considerar su reducción desde una perspectiva de derechos, incluyéndose en esta investigación el cálculo de la **tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (TMM5)**, resultante del cociente entre el número de muertes de niños menores de 5 años de edad durante un determinado año, y el número de niños nacidos vivos del mismo año, expresado por cada 1.000 nacidos vivos. Este indicador se interpreta como la probabilidad de que un niño recién nacido muera antes de cumplir los 5 años.

A su vez, con el propósito de analizar el comportamiento de las muertes del resto de los tramos etarios asociados a la niñez y adolescencia, se calculan tasas específicas de mortalidad para los grupos de 5-9, 10-14 y 15-19 años; como así también la tasa de mortalidad para todo el universo bajo estudio (0-19 años). Estas tasas (para las cuales se utilizan respectivamente las siglas TM5-9, TM10-14, TM15-19 y TM0-19) se obtienen al dividir, para un año dado, el número de defunciones registradas en cada tramo de

edad referido por el total de población estimada de la misma edad. Se expresan por cada 1.000 habitantes del grupo de edad considerado, en cada caso (OPS, 2015).

En tanto el tramo de 10-14 años se corresponde con la “adolescencia temprana”, y el de 15-19 años se asocia a la “adolescencia tardía”, ambas etapas bien diferenciadas en la adolescencia²⁹ con diferentes patrones y niveles de mortalidad.

3.1.1.2. Tasas de mortalidad por sexo

Esta desagregación (asociada a las categorías hombres y mujeres) se toma en cuenta para indagar diferencias de género en el perfil y el comportamiento de la mortalidad en la población bajo estudio.

3.1.1.3. Tasas de mortalidad por provincia y zona

También se contemplan las desagregaciones geográficas “provincia” y “zona” (Figuras 3.1.1.3.1 y 3.1.1.3.2). La primera de ellas se corresponde con la división político-administrativa del país, destacándose las provincias de Orellana, Santo Domingo de los Tsáchilas y Santa Elena, cuya creación se produce con posterioridad a 1990. Para estos casos, la información se presenta a partir del año de creación.

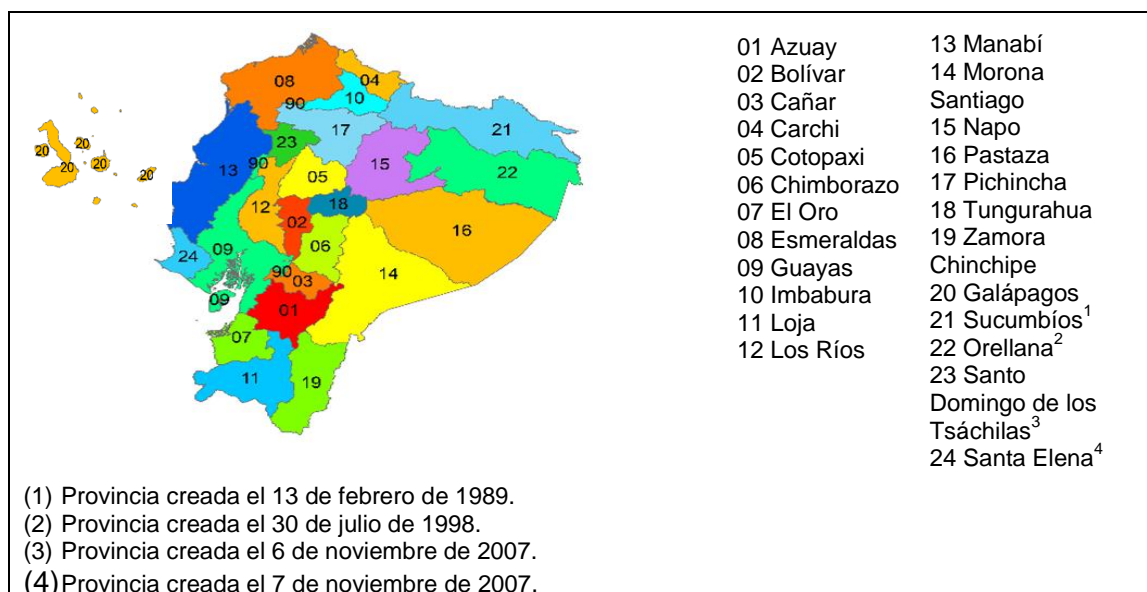


Figura 3.1.1.3.1 Ecuador. División territorial por provincia

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del Instituto Geográfico Militar (IGM) del Ecuador.

²⁹ Mientras que en la fase temprana de la adolescencia predominan los cambios físicos (sobre todo en términos de los órganos sexuales), en la fase tardía se afianza el desarrollo y la reorganización del cerebro, y aumenta notablemente la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo (INEC, 2016).

La segunda desagregación constituye el resultado de una adaptación de las zonas de planificación delimitadas por la Secretaría Técnica del Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa³⁰ (SENPLADES). Si bien este organismo establece para Ecuador 9 zonas de planificación (integradas por provincias y ciudades en relación a proximidad geográfica, cultural y económica), para este trabajo, a fin de garantizar la comparabilidad con la información proveniente del INEC, se consideran únicamente provincias enteras, fusionándose las ciudades de Guayaquil y Quito con las zonas 5 y 2, respectivamente. En consecuencia, quedan conformadas 7 zonas de planificación (Tabla 3.1.1.3.1).

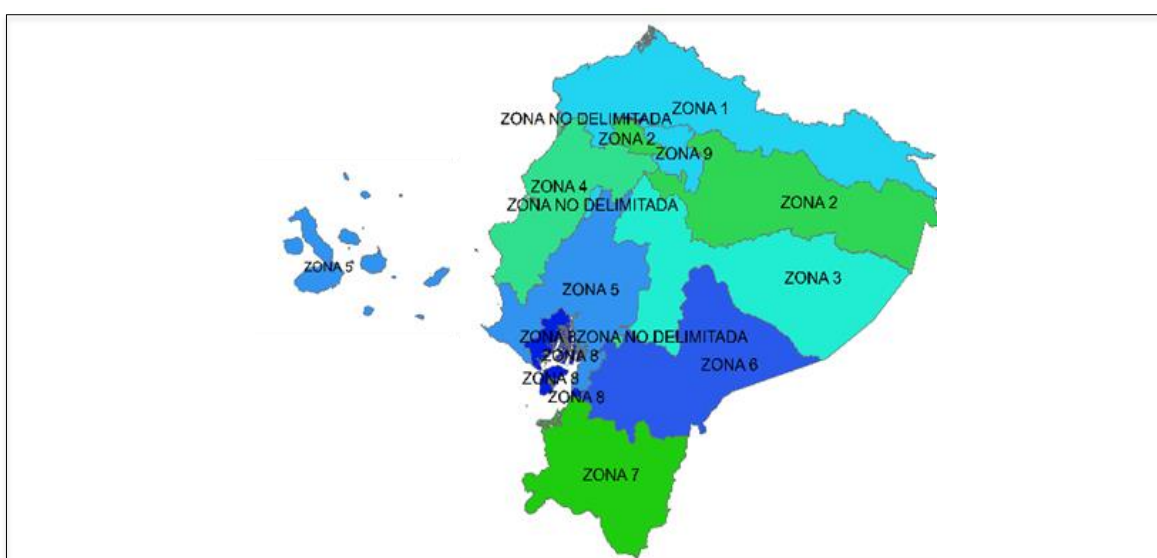


Figura 3.1.1.3.2 Ecuador. División territorial por zonas de SENPLADES adaptada al presente trabajo

Fuente: Elaboración propia con base en información provenientes del IGM a través de Geoportal Ecuador. Ver *Figura 1* del Anexo.

Cabe aclarar que si bien el INEC incluye dentro de sus publicaciones sobre mortalidad la delimitación regional (que contempla las regiones Sierra, Costa, Amazónica e Insular) para este trabajo se decide recurrir directamente a la establecida según zonas de SENPLADES en virtud de su mayor capacidad de desagregación y su consecuente potencial para identificar situaciones de vulnerabilidad en el ejercicio de derechos.

³⁰ Que, mediante Decreto Ejecutivo No. 357, publicado en el Registro Oficial No. 205 de 2 de junio del 2010, se reformó el Decreto Ejecutivo No. 878, publicado en el Registro Oficial No. 268 de 8 de febrero del 2008, estableciendo nueve zonas administrativas de planificación SENPLADES (2012).

Tabla 3.1.3.12 Zonas geográficas conformadas para el presente trabajo según provincias

Zona geográfica	Provincias
Zona 1	Esmeraldas, Imbabura, Carchi, Sucumbíos ¹
Zona 2	Pichincha, Napo, Orellana ²
Zona 3	Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo, Pastaza
Zona 4	Manabí, Santo Domingo ³
Zona 5	Guayas, Bolívar, Los Ríos, Galápagos, Santa Elena ⁴
Zona 6	Cañar, Azuay, Morona Santiago
Zona 7	El Oro, Loja, Zamora Chinchipe

(1) Provincia creada el 13 de febrero de 1989.

(2) Provincia creada el 30 de julio de 1998.

(3) Provincia creada el 6 de noviembre de 2007.

(4) Provincia creada el 7 de noviembre de 2007.

Fuente: Elaboración propia con base en información proveniente de la SENPLADES.

3.1.1.4. *Tasas de mortalidad por causas y grupos de causas seleccionados*

Con una lógica similar a la explicitada previamente, se calculan tasas de mortalidad por causas, atendiendo a las causas específicas y grupos de causas aludidos en los objetivos y metas comprometidos por Ecuador frente a la comunidad internacional. A tal fin, se tienen en cuenta las causas de muerte según los códigos establecidos en la CIE 9 (para años anteriores a 2000), la CIE 10 (a partir de 2000) y la lista de causas evitables asociada a la Tabla 1.3.1, elaborada con base en la clasificación propuesta por Taucher y adaptada por Sáenz Ozaetta posteriormente (Sáenz Ozaetta, 2007).

En general, las TM relativas a causas específicas o a grupos de causas se expresan por 1.000 habitantes (es decir, habitantes propiamente dichos, nacidos/as vivos/as, hombres, mujeres, según corresponda) a los efectos de mantener la comparabilidad de los resultados presentados a lo largo del todo el trabajo. Sin embargo, en algunos casos, se opta expresarlas cada 100.000 habitantes a fin de facilitar su lectura e interpretación, tomando como referencia la unidad de medida mayormente empleada en los estudios de mortalidad por causas (OPS - HA, 2015).

3.1.2 Cálculo e interpretación de indicadores susceptibles de cuantificar las diferencias intersectoriales

Para analizar las diferencias en el nivel de la mortalidad entre los distintos sectores geográficos (provincias, zonas), se calculan medidas tipo brecha, absolutas y relativas (CEPAL, 2006). La **brecha absoluta** se obtiene a partir de la diferencia absoluta entre los niveles de mortalidad de los sectores de mayor y menor mortalidad, según las distintas desagregaciones consideradas. Así se obtiene un indicador que expresa cuántos niños/adolescentes más mueren en el sector de mayor mortalidad con respecto al sector de menor mortalidad.

De forma análoga la **brecha relativa** se corresponde con la razón entre la mortalidad de los sectores de mayor y menor nivel de mortalidad de acuerdo a una determinada desagregación. El resultado de este cociente determina el número de veces que la mortalidad del primer sector contiene a la del segundo (CEPAL, 2006). Si, por ejemplo, la brecha relativa toma el valor de 1 significa que los sectores relacionados en su cálculo tienen el mismo nivel de mortalidad. Si, por el contrario, este valor es de 2,8, indica que un sector tiene una mortalidad equivalente a 2,8 veces la del otro sector relacionado en el cálculo; es decir que por cada 10 niños que mueren en el segundo sector, mueren 28 en el primero.

Otro indicador que se utiliza en este trabajo para el monitoreo de las diferencias intersectoriales es el **Coefficiente de Gini**. Este coeficiente fue inicialmente ideado para medir la diferencia en la distribución de ingresos en una población determinada, pero puede ser adaptado para medir diferencias en otras distribuciones. Entre ellas, para el seguimiento de las diferencias geográficas en la distribución de defunciones de niños y adolescentes (Consejo de Coordinación de Políticas Sociales - Presidencia de la Nación, 2007).

Para el cálculo del Coeficiente de Gini se suele utilizar, con frecuencia, la Fórmula de Brown:

$$G = \left| 1 - \sum_{k=0}^{k=n-1} (X_{k+1} - X_k)(Y_{k+1} + Y_k) \right|$$

Donde, con base en la adaptación que se propone:

G = Coeficiente de Gini

X = Proporción acumulada de la variable “nacidos vivos” o “población de determinada edad”, según el caso.

Y = Proporción acumulada de la variable “defunciones del grupo poblacional de interés”

k = Número de unidades de observación para las cuales se quiere estimar la desigualdad en la distribución de defunciones infantiles (las provincias o zonas, en este caso)

El Coeficiente de Gini toma valores entre 0 y 1, asociándose 0 a la máxima equidistribución y 1 al máximo nivel de desigualdad (Medina & Galván, 2008). En otras palabras, el valor de 0 representa la situación en que todas las zonas o provincias que tienen el mismo nivel de defunciones de niños/adolescentes, en tanto que el valor de 1 se corresponde con la concentración de las defunciones de niños/adolescentes en una sola zona o provincia.

Considerado el detalle de cálculo y la forma de interpretación de las tres medidas de desigualdad, cabe mencionar los motivos por los cuales se decide utilizarlas de conjunto para cuantificar desigualdades en el ejercicio de derechos. En primer lugar, se recurre a las dos primeras porque dan cuenta, respectivamente, de modo absoluto y relativo, de las variaciones que se producen en el nivel de muertes de una población teniendo en cuenta los extremos de la distribución relativa a las distintas desagregaciones empleadas. En segundo lugar, la tercera medida tiene en cuenta la variación en el total de la distribución, contemplando todos los niveles de mortalidad que se registran en cada desagregación, correspondan estos, o no, a los extremos de la distribución asociada. De manera que el empleo simultáneo de las tres medidas ofrece un panorama de la desigualdad global, correspondiendo una reducción simultánea de todas ellas a un avance concreto en materia de derechos.

3.1.3 Confección de mapas temáticos

Como complemento de los indicadores calculados, en algunos casos, se introducen mapas temáticos que los georreferencian, a fin de contribuir a la lectura y comprensión de las diferencias en el territorio. Estos mapas se confeccionan con apoyo de la herramienta ArcMap del software ArcGis, utilizando los *shapefile* (archivos en formato .shp) proporcionados por el Instituto Geográfico Militar (IGM) del Ecuador a través de su Geoportal del Sistema Nacional de Información.

3.2. Limitaciones de estudio

En el desarrollo de esta investigación, merecen especial mención algunas cuestiones referidas a la calidad de las estadísticas vitales en tanto constituyen una de las principales fuentes de información sobre las cuales se apoya el estudio.

Al respecto, la OPS (2017) recomienda tomar en cuenta tres elementos para analizar la calidad de las estadísticas en cuestión: **la situación en relación a la cobertura, los errores de contenido y la consistencia**. A continuación, se presenta una descripción detallada de lo que implica cada uno de ellos y a su situación en el caso específico de Ecuador.

3.2.1 Errores de cobertura

Los errores de cobertura refieren tanto a la falta de inclusión sistemática de los hechos vitales en el registro (omisión o subregistro) como a la duplicación o doble inscripción de los mismos (sobreregistro) (OPS, 2017). Es decir que “los errores de cobertura surgen cuando las personas o eventos no se registran, o bien se lo hace cuando no correspondía incluirlos, o se los registra más de una vez. Estas situaciones producen errores cuantitativos, generando subenumeración o sobreenumeración de las personas o eventos que se estén contabilizando” (ONU, 2014; p. 34).

Existen evidencias de mayor cobertura en las muertes de adultos que en la de niños, a la vez que hay una tendencia a inscribir como defunciones fetales a los niños que, aun habiendo nacido vivos, mueren inmediatamente. O sea que podría haber una subinscripción de nacidos vivos y también de las defunciones infantiles, aspecto que influye directamente en la medición y el análisis de la tasa de mortalidad infantil (OPS, 2017).

En Ecuador, un estudio del INEC revela que en el año 2005 la cobertura del registro de nacimientos es de 80%, mientras que en el de defunciones varía entre 70% y 79% (INEC, 2005). Estos valores, considerados satisfactorio y regulares, en ese orden, son, a su vez, consistentes con otros informados para el país en el marco del seguimiento del Plan de Acción Regional para el fortalecimiento de las Estadísticas Vitales y de Salud de la OPS, equivalentes a 85,8% y 89,3% en el período 2000-2005 y

el año 2013 para los nacimientos, respectivamente³¹; y a 81,1% y 78,3% para las defunciones, considerando los mismos períodos (Giusti, Ruiz, & Ribotta, 2017).

Esto último se corrobora incluso en las diferencias relativas entre el número de nacimientos y defunciones derivados de las estadísticas vitales y los estimados en las proyecciones de población, las cuales ascienden a 14,1% y 20,7% en el período 2005-2010 (CELADE, 2015). De manera que se hace especialmente necesario prestar atención a la cobertura de las estadísticas de vitales recopiladas oficialmente, sobre todo en lo concerniente a las defunciones y teniendo en cuenta que los errores de este tipo son mayores entre los más jóvenes.

Una prueba de lo anterior se desprende de un estudio realizado por la CEPAL (2014) a partir de las proyecciones de población para el período 1950-2005 elaboradas por Bay y Orellana (2007). Los resultados del mismo indican que, en Ecuador, la diferencia relativa entre las defunciones estimadas y las registradas asciende a 38 y 33,1, respectivamente, para hombres y mujeres de 0 a 14 años, en el período 1995-2000; mientras que para la población de 15 a 59 años se reduce a 16,7 y 18,9, en ese orden y en el mismo período (CEPAL, 2014).

3.2.2 Errores de contenido

Los errores de contenido se producen cuando la defunción es registrada pero no se responden algunos de los ítems del cuestionario de recolección de datos; o bien se consignan respuestas erróneas debido a diseños equivocados del instrumento, una insuficiente capacitación de quienes los completan, la falta de comprensión de los informantes o intenciones de ocultar la información por parte de estos últimos (OPS, 2017). En otras palabras, los errores de contenido “aluden a todos aquellos casos en que las personas o eventos se han contabilizado, pero sus características se han registrado incorrectamente” (ONU, 2014; p. 34). Se trata de errores cualitativos.

Según Villacis & Carrillo (2012), en Ecuador estos errores se presentan especialmente en el registro de la **edad**, encontrándose entre los más frecuentes la no respuesta a la consulta (hecho que deriva la presencia de casos de “edad ignorada”); la omisión diferenciada por edad que se presenta cuando por algún motivo no se ha

³¹ El índice de masculinidad al nacimiento podría ser utilizado como indicador complementario de esta lectura. A partir de considerar que este índice asume, generalmente, un valor cercano a 1,05 y siguiendo un estudio de Cruz (2018) para el caso ecuatoriano, podría inferirse un subregistro de nacimientos de varones en el año 2005 (cuando el índice arroja un valor igual a 1,02), y una mejora de la situación hacia 2014 (cuando el índice alcanza el valor de 1,06).

enumerado a una o más personas; y la mala declaración en función de una respuesta equivocada por el informante (voluntaria o no).

Para estimar este tipo de errores, el INEC calcula diferentes índices. Uno de ellos es el *Índice de Whipple*, el cual resume al agrupamiento de las edades que terminan en 0 o 5 y determina la variabilidad en la calidad de la declaración de la edad (Chackiel & Macció, 1978). En el caso de Ecuador, donde existe una preferencia para declarar edades múltiplos de 5 (Capa & Lara, 2004), este índice varía de 111,2 a 103,7 entre los años 2001 y 2010, posibilitando que la información relativa a la edad pase de ser catalogada desde “aproximada” a “muy precisa”³² (INEC, 2012).

Otro de los índices aplicados por el INEC es el *Índice de Myers*. Este índice, que permite cuantificar mide el nivel de atracción que tiene cada dígito (Chackiel & Macció, 1978), disminuye de 6 a 2,2 entre 2001 y 2010 (INEC, 2012), pasando de un nivel de atracción intermedio (por estar su valor comprendido en el rango de 5,1 a 15) a un nivel de atracción bajo (valor inferior a 5), con acuerdo de la interpretación propuesta por Stockwell & Wicks (1974).

De manera análoga, el INEC también calcula el *Índice de Naciones Unidas*, indicador compuesto que mide la mala declaración de la edad, la preferencia de dígitos y la omisión diferencial de los individuos en ciertas edades (Chackiel & Macció, 1978). En tanto en 2001 este índice asume un valor de 20,5 (calidad de información intermedia, por estar en el rango de 20 a 40), en 2010 consigue reducirse a 11,7 (calidad de información satisfactoria, al tratarse de un valor inferior a 20) (INEC, 2012).

Al margen de los errores de contenido relacionados con la edad, existen otras variables que adolecen igualmente de este tipo de errores. Una de ellas es el **nivel de instrucción**, el cual podría ser utilizado como indicador aproximado al sector social y económico de la población fallecida. En relación a la población de 10 a 19 años, en 1990 esta variable presenta un 68% de casos con respuesta ignorada, mientras que en 1999 ese porcentaje desciende a 56%. Asimismo, para la población de 5 años y más, el porcentaje de casos con esta respuesta varía de 40% a 18% entre 2010 y 2016. En consecuencia, por el momento, se considera que esta variable aún no está en condiciones de reflejar el nivel de instrucción de la población más allá de las mejoras progresivas que ha experimentado su registro.

³² En efecto, de acuerdo a las Naciones Unidas, los datos son aproximados cuando el Índice de Whipple se ubica entre 110 y 125; mientras que asumen la condición de “muy precisos” cuando dicho índice asume un valor menor a 105 (INEC, 2012).

De manera similar, la variable **etnia/autoidentificación**, cuyo registro entre las defunciones inicia en 2010, acumula para ese año el 40% y 37% de casos con respuesta ignorada, respectivamente, para niños menores de 1 y 5 años. Aunque en 2011 evidencia una leve mejoría, continúa presentando valores altos (de 34% y 31%, en ese orden), cuestión que también imposibilita su utilización por el momento.

En el mismo orden, cabe comentar los errores en relación al registro de la **causa de muerte**. En gran parte de los países (incluido Ecuador), la consignación de este dato dentro del formulario estadístico de defunción constituye un requisito obligatorio legal que tiene por objetivo identificar la causa básica que operó como desencadenante del proceso que condujo a la muerte (INEC, 2017). Tal es su importancia como insumo para la planificación de acciones tendientes a disminuir la morbimortalidad que su cobertura debería ser maximizada, con el mayor grado de detalle posible, evitando la sola información de síntomas como única causa de los decesos (Mazzeo, 2005; Jorge, Laurenti, & Gotlieb, 2007; Zacca et. Al, 2010).

A partir de considerar que la defunción puede ser certificada por un médico (tratante, no tratante o legista), un funcionario de salud o, en su defecto, el jefe de las oficinas del Registro Civil o el responsable de los registros de defunciones de esa oficina (INEC, 2017), los datos relativos a la causa pueden adolecer de problemas de calidad debidos a múltiples factores; entre ellos, la ausencia de información suficiente para completar toda la información solicitada, el hecho de que los profesionales eviten dar detalles sobre los motivos que dieron lugar a la muerte por temor a que estos puedan ser utilizados en procesos judiciales, una escasa capacitación en relación al código que debe asignarse de acuerdo a la CIE 10 y la información de la muerte fuera de los establecimientos de salud (Mazzeo, 2005; OMS, 2013; Ribotta, 2016; OPS, 2017).

Es así que la OPS propone dos para medir la incidencia de estos errores: el *Porcentaje de muertes por causas mal definidas* (asociado a los códigos R00-R99 de la CIE 10, bajo el título "Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte"); y el *Porcentaje de muertes por causas poco útiles* (vinculado a diagnósticos vagos o imprecisos que poco aportan a la comprensión del comportamiento de la mortalidad) (Murray y López, 1996; OPS, 2015 y 2017; OMS, 2017). A mayores valores en estos porcentajes, mayores problemas de calidad en relación al registro de la causa de muerte.

En Ecuador, el INEC, a través del Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), asocia estos indicadores al número de muertes catalogadas como "no especificadas en otra parte", "de etiología desconocidas" o "transitorias"³³, siendo sus motivos de aparición más frecuentes la falta de documento que norme la causa de defunción, los malos diagnósticos y el alto porcentaje de certificación de muertes por funcionarios del registro civil. En particular, en el año 2014, se registraron 9,1% de muertes por causas mal definidas a nivel nacional (valor ligado a 5.698 muertes), siendo Manabí (35,6%), Esmeraldas (12,5%) y Loja (8,2%) las provincias que más problemas acusaron en este sentido (INEC, 2017).

En la misma línea, cabe hacer mención de las muertes por causas violentas caratuladas como "de intención desconocida". Sin lugar a dudas, estas contribuyen a subestimar el número defunciones por accidentes, homicidio (especialmente, cuando el medio utilizado es un arma de fuego) y suicidio que tienen lugar periódicamente en el país al igual que en el resto de la región (Cano y Santos, 2001)

3.2.3 Consistencia

La consistencia refiere a la relación entre la edad, el sexo y la causa de muerte, con acuerdo del contexto considerado (ONU, 2014). Bajo esta consideración, un error de consistencia estaría dado, por ejemplo, cuando la causa de muerte de una persona fallecida a los pocos días de nacer se corresponde con una enfermedad asociada a la vejez; o bien cuando el deceso de un hombre se atribuye a cáncer de ovario, entre otros casos.

Con el propósito de minimizar este tipo de errores, el INEC (2017) establece criterios bien definidos para analizar posibles inconsistencias de los datos procedentes del Sistema Integrado de Estadísticas Vitales y de Salud (SIES) y el Sistema Nacional

³³ Las afecciones incluidas en estas categorías consisten en: a) casos en los que no se puede efectuar un diagnóstico más específico aún después de haber investigado todos los hechos; b) signos o síntomas existentes en el momento del primer contacto, que demostraron ser transitorios y cuyas causas no pudieron ser determinadas; c) diagnósticos provisionales en pacientes que no volvieron para recibir atención o investigación adicional; d) casos referidos a otra parte para su investigación o tratamiento, antes de que pudiera hacerse un diagnóstico; e) casos en los que no se dispuso de un diagnóstico más preciso, por cualquier razón; y f) información complementaria referida a ciertos síntomas que representan, por sí mismos, problemas en la atención médica (INEC, 2017).

de Registro de Datos Vitales (REVIT) mediante la Unidad de Gestión del Sistema de Registros Administrativos (GSRA). La aplicación de estos criterios para validar la información está a cargo de las Coordinaciones Zonales y Operaciones de Campo (DICA), conjuntamente con las oficinas del Registro Civil y los establecimientos de salud.

Capítulo 4

4.1. La mortalidad de niños y adolescentes en Ecuador por todas las causas.

Panorama general

En Ecuador, la tasa de mortalidad (TM) para el conjunto de niños y adolescentes (es decir, la población comprendida entre 0 y 19 años) varía de 3,01 a 0,95³⁴ defunciones por 1.000 habitantes, entre 1990 y 2016 (Figura 4.1.1). Este decrecimiento, cercano al 68%, estaría asociado fundamentalmente a la ampliación de la cobertura y al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, saneamiento y educación derivados de inversiones concretas en el sistema nacional de salud (Jacome et al., 2017). Tales inversiones se materializan, por ejemplo, en el aumento del número de establecimientos de salud a nivel nacional, de 514 a 665, entre 1997 y 2016 (INEC, 2017); y del porcentaje de ocupación de días cama disponibles³⁵, de 49,7% a 58,1%, entre 1997 y 2017; (INEC, 2018). Sin embargo, contrastan con la evolución de indicadores como la densidad de camas hospitalarias, decreciente de 1,6 a 1,4 unidades por 1.000 habitantes³⁶, entre 2001 y 2017 (INEC 2019).

Un análisis más detallado de la TM revela algunos incrementos de su valor: específicamente en 1997 y 2016, cuando esta equivale, respectivamente, a 2,10 y 0,95 defunciones por cada 1.000 habitantes del rango etario estudiado (Figura 4.1.1). Estos incrementos atentarían contra el cumplimiento del principio de **progresividad y no regresividad** en el período 1990-2015, a la vez que representarían un desafío para alcanzar los compromisos asumidos por el país para 2030. Aun así, podrían encontrar una explicación en mejoras experimentadas por el registro estadístico de defunciones en los años señalados. Estas mejoras se asociarían a la incorporación de la CIE 10 en el 1997 (aunada a nuevas capacitaciones al sector de estadísticas sobre salud); y a la creación de un aplicativo web en 2016 (el Sistema de Registro de Datos Vitales, REVIT) para certificar defunciones de forma inmediata desde los establecimientos médicos, facilitando su inscripción (INEC, 2018).

³⁴ En ocasiones, los indicadores se presentan con más de un decimal dado el interés por mostrar comportamientos específicos a lo largo del período investigado.

³⁵ Es la relación entre los días de estada y los días cama disponibles por 100. (INEC, 2018).

³⁶ Estos valores se encuentran, incluso, por debajo de las 2,2 camas por 1.000 habitantes que sugiere la OMS para los servicios de cobertura de salud (MSP, 2017)

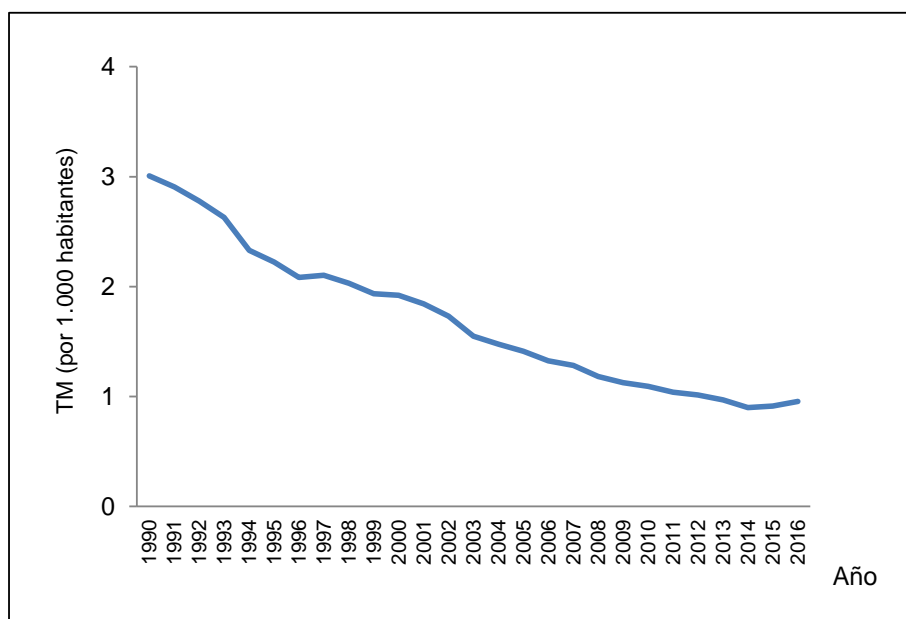


Figura 4.1.3 Ecuador. TM de niños y adolescentes (población de 0 a 19 años). Por 1.000 habitantes. Período 1990-2016

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC. Ver tablas 1, 2 y 3 del Anexo.

Al adicionar el sexo de los fallecidos, se observa que una mayor mortalidad en los hombres a lo largo de los años considerados. Ello se traduce en brechas relativas con valor mayor a 1 en todos los casos. Más allá de esta diferencia entre sexos, tanto la TM masculina como la femenina consiguen reducirse entre 1990 y 2015 (69,7% en el primer caso y 70,4% en el segundo), dando muestras de los esfuerzos realizados por Ecuador para concretar los compromisos asumidos para este último año (Tabla 4.1.1).

No podría concluirse lo mismo en relación a los objetivos y metas comprometidos para 2030, ya que, entre 2015 y 2016, la TM masculina aumenta mientras que la femenina se mantiene constante (Tabla 4.1.1).

Complementariamente, la dinámica de las brechas refleja un incremento de las diferencias entre 1990 y 2010. Esta tendencia se revierte en 2015, manteniéndose constante con posterioridad (Tabla 4.1.1).

Tabla 4.1.13 Ecuador. TM de niños y adolescentes según sexo. Por 1.000 hombres/mujeres. Brechas absoluta y relativa asociadas. Años seleccionados

Indicador	Año				
	1990	2000	2010	2015	2016
TM Hombres	3,3	2,1	1,3	1	1,1
TM Mujeres	2,7	1,7	0,9	0,8	0,8
Brecha relativa	1,2	1,3	1,4	1,3	1,3

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC.

La desagregación de las muertes por zonas de SENPLADES ofrece un primer panorama de la desigualdad geográfica al interior del territorio ecuatoriano. Esta desigualdad es más profunda al principio del período investigado, sobre todo en detrimento del norte, centro y este del país, donde son mayores los niveles de mortalidad (Figura 4.1.2).

En particular, se destaca la Zona 3 por registrar la mayor TM (5,5 por 1.000 habitantes de 0 a 19 años). Esta zona, que junto con las restantes zonas del este integran la región amazónica ecuatoriana, alberga una alta proporción de población rural, con mayor nivel de analfabetismo y menor nivel de escolaridad en comparación con sectores más urbanizados Arias-Gutiérrez et.al. (2017). La gravedad de esta situación radica en que las poblaciones rurales tienen, generalmente, menos acceso a servicios de salud³⁷ y concentran mayores niveles de pobreza y desnutrición crónica en la niñez³⁸, dos impedimentos severos para el ejercicio de derechos (INFOPLAN, 2001).

Hacia 2015, las TM se reducen en todas las zonas, sobre todo en las zonas 3 y 6 (Figura 4.1.2). Esta disminución, que implicaría inicialmente el cumplimiento del principio de **progresividad y no regresividad**, contrasta con la lectura de las diferencias en el período 1990-2015, ya que, si bien los valores del Coeficiente de Gini se reducen paulatinamente, la brecha absoluta se estanca entre 2010 y 2015. Peor aún, la brecha relativa asciende entre estos últimos años, atentando contra el cumplimiento del principio de **igualdad y no discriminación** (Tabla 4.1.2).

En 2016, las TM indican una desmejora de la situación. Con excepción de la Zona 7, estas aumentan en todas las zonas (mayormente, en las zonas 2 y 3) (Figura 4.1.2), impactando además en un incremento de las brechas absoluta y relativa (Tabla 4.1.2).

³⁷ Las cifras de distribución del personal de salud muestran una ventaja de ocho veces y media a favor de las zonas urbanas (INFOPLAN, 2001).

³⁸ En las poblaciones rurales de Ecuador, la desnutrición crónica afecta a 6 de cada 10 niños y niñas menores de 5 años de edad (INFOPLAN, 2001).

Este comportamiento, que podría atribuirse a la mejora en la calidad de los datos sobre defunciones referida anteriormente, determina también que el camino de cumplimiento de las metas asumidas para 2030 debe estar marcado por la revisión continua de las TM, procurando su reducción mediante políticas sociales y sanitarias integrales que abarquen a toda la población con independencia de la zona de residencia.

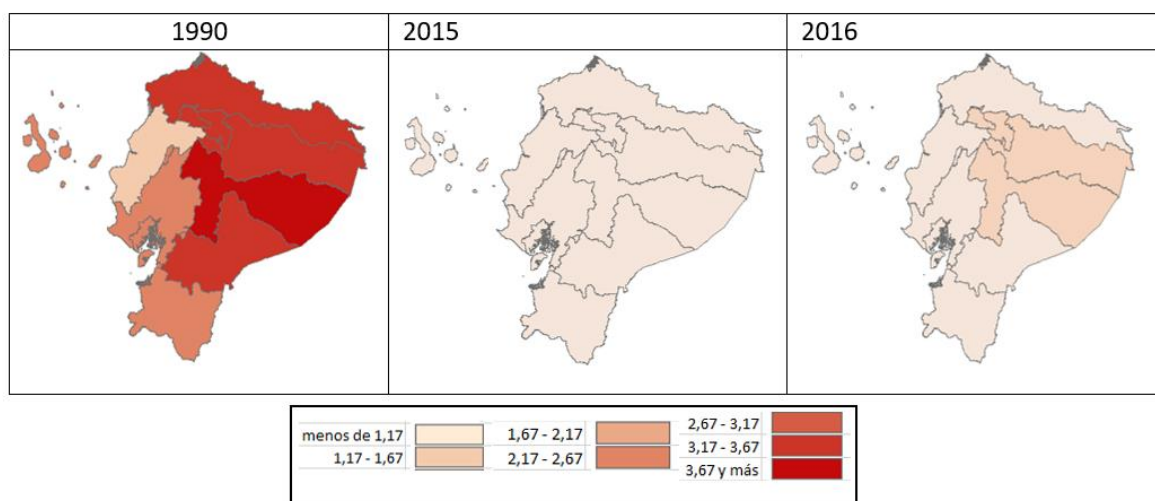


Figura 4.1.4 Ecuador. TM de niños y adolescentes según zonas de SENPLADES. Por 1.000 habitantes. Años 1990, 2015 y 2016

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC. Ver tablas 4, 4A y 4B del Anexo.

Tabla 4.1.14. Ecuador. Brecha absoluta, brecha relativa y coeficiente de Gini asociados a la distribución de las muertes de niños y adolescentes según zonas de SENPLADES. Años seleccionados

Indicador	Año				
	1990	2000	2010	2015	2016
Zona de mayor TM	Zona 3 (5,5)	Zona 3 (2,7)	Zona 3 (1,6)	Zona 3 (1,1)	Zona 2 (1,7)
Zona de menor TM	Zona 4 (1,7)	Zona 4 (1,1)	Zona 4 (0,9)	Zona 4 (0,7)	Zona 7 (0,7)
Brecha absoluta	3,8	1,6	0,7	0,7	1
Brecha relativa	3,2	2,5	1,8	2	2,5
Coeficiente de Gini	0,157	0,149	0,079	0,045	0,045

Aclaración: Dado que el coeficiente de Gini es un indicador que varía entre 0 y 1, se decide presentar sus valores con tres (3) decimales a fin de evidenciar con mayor precisión la evolución de las diferencias referidas.

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC. Ver tablas 4 y 5 del Anexo.

El desglose de la TM por provincias muestra, en 1990, una disparidad con similitudes y diferencias en comparación con el mapa zonal para ese mismo año. Es así que el norte, centro y este del país continúan presentándose como sectores geográficos

de mayor mortalidad, a la vez que se vislumbran otros territorios en condiciones similares al oeste del país (Figura 4.1.3).

En particular, Cotopaxi, Chimborazo y Napo presentan los mayores niveles de mortalidad, sucedidas de Imbabura, Tungurahua y Bolívar; mientras que Manabí y Morona Santiago registran las menores TM en la población estudiada (Figura 4.1.3). Estas diferencias se traducen en mayores índices de disparidad en comparación con los calculados a nivel de zonas, tal y como se observa en el valor de las brechas y el coeficiente de Gini obtenidos para ese mismo año (Tabla 4.1.3).

Hacia 2015, todos los indicadores manifiestan disminuciones, alcanzando mínimos en ese año y dando cuenta, una vez más, de los esfuerzos de Ecuador para cumplir con los compromisos asumidos en el marco de la adopción de la CDN y los principios que rigen los derechos allí reconocidos. Sin embargo, en 2016, aumentan (con excepción del coeficiente de Gini que se mantiene constante), tal y como se observa también a nivel de zonas. Ello plantea un nuevo escenario en la distribución geográfica de las muertes, donde Galápagos, Sucumbíos y Napo constituyen las provincias de mayores TM de niños y adolescentes en su conjunto, seguidas de Chimborazo, Pichincha y Cotopaxi (Tabla 4.1.3 y Figura 4.1.3).

Además de presentar altos porcentajes de población en áreas rurales, las provincias de mayor mortalidad concentran mayor proporción de población en situación de pobreza (Velasco et al, 2014). Asimismo, de población perteneciente a pueblos indígenas³⁹. Esta población, tradicionalmente marginada de cuestiones que atañen al desarrollo general del país, tiende a residir principalmente en áreas rurales⁴⁰, potenciándose de este modo las posibilidades de sufrir vulneración en el ejercicio de sus derechos (especialmente desde el acceso a los servicios de salud); y acusando serias dificultades en relación al cumplimiento del principio de **igualdad y no discriminación**.

Una mención especial merece el incremento de mortalidad en las provincias de Sucumbíos, Galápagos y Manabí en el período 2015-2016. Este incremento, que estaría

³⁹ Los pueblos indígenas son "colectividades originarias, conformadas por comunidades o centros con identidades culturales que les distinguen de otros sectores de la sociedad ecuatoriana, regidos por sistemas propios de organización social, económico, político y legal" (Tiban, 2001: 35). Según el Censo 2010, el 49,2% del total de la población indígena del país se encuentran en Chimborazo, Pichincha, Imbabura y Cotopaxi, junto con la provincia de Tungurahua.

⁴⁰ La provincia con mayor población indígena rural es Chimborazo con 161.190 habitantes en áreas rurales. Le siguen Imbabura y Cotopaxi con un promedio de 84.500 de acuerdo al Censo del 2010.

asociado al aumento de muertes violentas y al terremoto ocurrido en este último año al interior del territorio ecuatoriano OPS (2016), vislumbra nuevos desafíos para alcanzar las metas comprometidas para 2030, evidenciando la necesidad de emprender políticas de estado no solo aplicables a nivel macro sino tomando en cuenta características particulares de cada provincia y del contexto social vigente en ellas.

Un análisis más detallado del coeficiente de Gini muestra que la mayor reducción de la disparidad provincial se produce entre 2000 y 2010; es decir con antelación a los compromisos asumidos para 2030 (Tabla 4.1.3). Hasta este último año, la disparidad tiende a ser comparativamente inferior a nivel de zonas, para luego comenzar a ser superior en las mismas. Este cambio refleja que, al principio, las diferencias son mayores a nivel de provincias y, al final, pasan a serlo a nivel de región. De manera que las provincias de una misma región tienden a parecerse cada vez más mientras que las diferencias regionales no consiguen reducirse a la misma velocidad (tablas 4.1.2 y 4.1.3).

Esta lectura, que indica serios retos a superar para 2030, arroja la necesidad de considerar otros factores en el proceso de reducción de la mortalidad en la niñez y adolescencia, además de la pobreza, los diferenciales de acceso a las prestaciones de salud y las particularidades y necesidades especiales de las poblaciones rurales e indígenas. Entre ellos, las características propias de las zonas fronterizas con Colombia en el norte del país, que albergan a una considerable proporción de personas migrantes refugiadas en razón de conflictos internos de ese país debido a la guerrilla y el narcotráfico (Baranyi et al., 2011). Estas personas adolecen de serios problemas de desprotección social, hecho que da cuenta de una población de niños y adolescentes especialmente vulnerables entre aquellos y aquellas cuyos derechos son vulnerados (Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, ODNA, 2012; Velasco & Solís, 2012; Velasco et al., 2014). Esta realidad es aún más grave si se considera que, en 2016, el pueblo colombiano se expresa mediante referéndum en contra de la ratificación del acuerdo de paz entre el Gobierno y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) (González, 2017), y que la producción de drogas en ese país aumenta un 56% en el período 2013-2016 (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, UNODC, 2018).

Otro desafío que también se suma para el cumplimiento de los compromisos asumidos para 2030 abarca la necesidad de avanzar en la mejora de los registros de estadística oficial relativos a la población indígena. A partir de considerar que se trata de

una población especialmente afectada por las distintas causas de mortalidad, surge el imperativo de avanzar en la cobertura y calidad de la recolección de datos que a ella refieren.

Asimismo, la diferencia de brechas establece un desafío social para evaluar las distintas zonas geográficas en términos de sus particularidades y diferencias. De allí la necesidad de diseñar e implementar programas que tomen en cuenta no solo el contexto general del país sino también las características específicas de cada región.

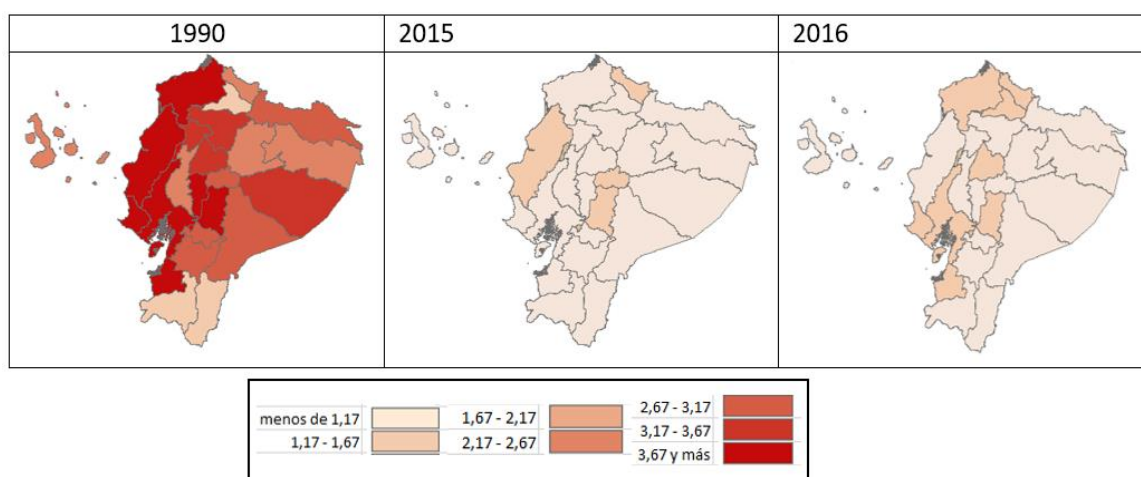


Figura 4.1.5 Ecuador. TM de niños y adolescentes según provincias. Por 1.000 habitantes. Años 1990, 2015 y 2016
 Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC. Ver tablas 5, 5A y 5B del Anexo.

Tabla 4.1.15 Ecuador. Brecha absoluta, brecha relativa y coeficiente de Gini asociados a la distribución de las muertes de niños y adolescentes según provincias. Años seleccionados

Indicador	Año				
	1990	2000	2010	2015	2016
Provincia de mayor TM	Cotopaxi (7,2)	Cotopaxi (3,3)	Chimborazo (1,7)	Bolívar (1,3)	Sucumbíos (2,3)
Provincia de menor TM	Manabí (1,7)	Manabí (1,1)	El Oro (0,8)	Manabí (0,7)	Los Ríos (0,6)
Brecha absoluta	5,5	2,2	0,9	0,7	1,7
Brecha relativa	4,2	3,1	2,3	2,2	5,1
Coeficiente de Gini	0,208	0,172	0,037	0,029	0,029

Aclaración: Dado que el coeficiente de Gini es un indicador que varía entre 0 y 1, se decide presentar sus valores con tres (3) decimales a fin de evidenciar con mayor precisión la evolución de las diferencias referidas.

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC. Ver tablas 4 y 5 del Anexo.

4.2. La mortalidad por todas las causas en los primeros años de vida. Situación del país frente el cumplimiento de objetivos y metas comprometidos internacionalmente para el período 2000-2015 y desafíos para 2030

4.2.1 En relación a los objetivos y metas asociados al principio de *progresividad y no regresividad*

Tal y como se señala en capítulos anteriores, Ecuador es suscriptor de compromisos relacionados específicamente con la disminución de la mortalidad en los primeros años de vida. Estos compromisos incluyen el alcance de metas concretas vinculadas a la reducción de la tasa de mortalidad infantil (TMI) y la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (TMM5).

La Figura 4.2.1.1 muestra el comportamiento de estos indicadores para el total del país en el período 1990-2016. En términos generales, se evidencia el decrecimiento ambas TM. Sin embargo, la TMM5 presenta más oscilaciones que la TMI, al registrar ligeros incrementos en 1997, 2001, 2013 y 2016. Por su parte, esta última aumenta levemente en 2009, 2013 y 2016.

Las diferencias entre las TM, igualmente documentadas en estudios previos⁴¹ (SIISE, 2003; Vos et al., 2006; SENPLADES, 2014), darían cuenta de una mayor preocupación por el Estado Ecuatoriano por reducir la mortalidad de los niños antes de cumplir el año de vida en comparación con quienes han alcanzado o superado esa edad. Asimismo, reflejan inconvenientes para cumplir con el principio de ***progresividad y no regresividad***. Estos podrían ser explicados, en parte, por una reducción de la inversión en salud⁴² a nivel nacional en 2000, equivalente al 66% (Cuenta et al., 2016).

No obstante, estas diferencias, cabe considerar algunos factores que podrían haber contribuido a la baja de las TM durante el período estudiado (equivalente a 58,9% en el caso de la TMI y a 62,5% en el de la TMM5), a pesar del bajo gasto público en salud, el funcionamiento limitado del sistema de salud y la prevalente malnutrición en la población ecuatoriana (Vos et al., 2006). Uno de ellos tiene que ver con la promulgación de la *Ley de Maternidad Gratuita* (LMG) en 1994. Con algunas reformas en 1998, esta

⁴¹ Cabe mencionar que las diferencias entre en los valores de las TM obtenidas en este trabajo y las presentadas en los estudios mencionados. Estas diferencias se deben a que, en algunos casos, el cálculo contempla los nacimientos tardíos (SEMPLADES, 2014) y en otros se utilizan resultados de la aplicación de un modelo estadístico-matemático (Vos et al., 2016).

⁴² La inversión social en salud se corresponde con el término “Gasto público en salud” utilizado frecuentemente en informes y documentos técnicos de la OMS (Cuenca et al., 2016).

ley garantiza la atención maternal gratuita en toda la población, abarcando además a la de niños recién nacidos y la de aquellos de 1 a 4 años de edad, como una acción de salud pública de responsabilidad del Estado (Lucio et al.; 2011).

Otro factor que habría posibilitado el descenso de las TM deriva de la implementación del *Programa del Bono de Desarrollo Humano* a partir de 1998⁴³. Este programa se corresponde con una transferencia monetaria a las familias con el objetivo de subsanar vulnerabilidades relacionadas con la situación económica, y está condicionada al cumplimiento de algunas corresponsabilidades por parte de las mismas (Ministerio de Inclusión Social, 2019). Entre estas últimas se encuentran la asistencia de los niños a las escuelas y la recepción de los servicios de salud por parte de estos y sus madres, incluido el cumplimiento del calendario de vacunación (Vos et al., 2016).

No menos importante resultan las acciones en favor de la lucha contra las enfermedades transmisibles y las complicaciones perinatales.⁴⁴ Esta lucha viene manifestándose desde los últimos decenios no solamente en el ámbito de Ecuador sino también en la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe (De Cosío et al., 2016).

Estos factores, aunados a mejoras continuas en los niveles de educación y urbanización de la población local, a las mejoras sucesivas en las condiciones sanitarias y al incremento de los conocimientos en materia de salud reproductiva, (que impactan en una reducción de la fecundidad, ejercerían sus efectos sobre las TM presentadas. De manera que las TM conseguirían descender, incluso más allá de la proporción del gasto público asignado a la salud de la población (Vos et. al, 2016).

⁴³ Entre 1998 y 2003, el programa recibe el nombre de Bono Solidario.

⁴⁴ Esta afirmación guarda relación con el concepto de “transición epidemiológica” referido en la Nota N° 19.

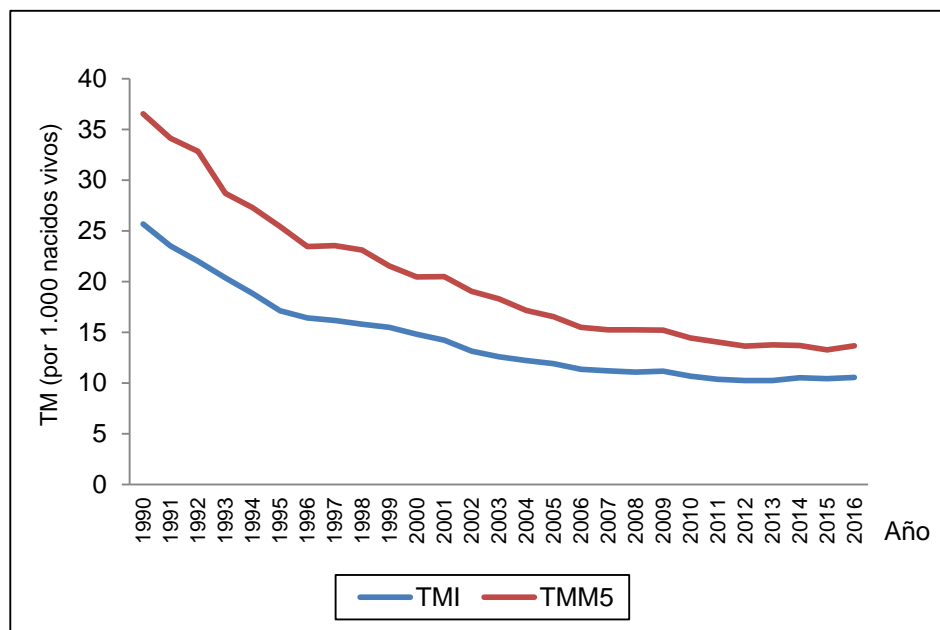


Figura 4.2.1.6 Ecuador. TMI y TMM5. Por 1.000 nacidos vivos. Período 1990-2016

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC. Ver tablas 1, 2 y 3 del Anexo.

A partir de los resultados presentados, es posible concluir que las metas asociadas a la reducción de la TMI y la TMM5, asumidas para el año 2000 y que guardan relación con el principio de **progresividad y no regresividad**, no solo se alcanzan, sino que son superadas. Efectivamente, las TM disminuyen sus valores en más de una tercera parte en relación a los calculados para 1990, lectura que coincide con estudios previos sobre el tema (Ponce, 2007). No puede afirmarse lo mismo respecto de las metas comprometidas para el decenio 2000-2010. Tampoco se alcanzan las metas comprometidas para 2015, dando cuenta de una mayor concentración de los esfuerzos al final del siglo XX (Tabla 4.2.1).

Esto último se contradice con pronósticos elaborados con anterioridad a 2015 tales como los de León et al. (2008) y Salazar (2007), quienes resaltan la potencialidad de Ecuador para cumplir las metas asumidas para ese año en virtud de las políticas públicas aplicadas en el país al momento de llevarse a cabo sus investigaciones. Así también, difiere de un informe de la OPS sobre la situación de las Américas respecto del cumplimiento de los ODM, el cual afirma el alcance de las metas a nivel regional (OPS, 2017), al igual que un estudio de De Cosío et al. desarrollado en 2016.

Como contrapartida, los resultados presentados coinciden parcialmente con un balance acerca del alcance de los ODM elaborado por la SENPLADES (2015). Hasta 2014, este informe determina la existencia de importantes avances en la reducción de la

TMI (aunque la meta no se cumpliría en el plazo estipulado); mientras que la meta vinculada a la TMM5⁴⁵ se habría alcanzado efectivamente en el 2011⁴⁶. Conclusiones similares son difundidas por la misma institución posteriormente (SENPLADES, 2017).

Cabe recordar que todas estas lecturas merecen ser realizadas a la luz de los potenciales errores de subregistro de los hechos vitales mencionados en el capítulo metodológico de este trabajo. Estos errores, también resaltados en estudios anteriores (Ponce, 2007), colaboran también con la comprensión de las diferencias entre las conclusiones de esta tesis y las provenientes de las investigaciones previas referidas.

En particular, la calidad de los datos sobre mortalidad infantil puede ser cuestionada debido a las omisiones en el registro de defunciones (es decir, cuando un niño o niña es enterrado sin el certificado de defunción) y las inscripciones tardías de los recién nacidos. En relación al primero de estos problemas, existen evidencias de que, en Ecuador, el subregistro de muertes es mayor cuando estas ocurren en el período neonatal; y que un número importante estas muertes es registrado incorrectamente, como si hubiesen tenido lugar posteriormente (SIISE, 2019). Con respecto al segundo, Tamargo (2007) determina que entre el 40% y 50% de los nacimientos del país son registrados cada año en forma tardía, observándose variaciones significativas según localización geográfica.

Tabla 4.2.1.16 Situación de Ecuador frente al cumplimiento de las metas internacionales relacionadas con la reducción de la mortalidad en los primeros años de vida (todas las causas), asumidas para 2015 y asociadas al principio de *progresividad y no regresividad*

Meta resumida	Indicador asociado	Valor de partida	Valor esperado	Valor alcanzado	Situación en relación a la meta
Reducir, entre 1990 y 2000, en un tercio la mortalidad infantil y de niños menores de 5 años	TMI	25,7	17,1	14,8	Cumple
	TMM5	36,5	24,3	20,5	Cumple
Reducir, entre 2000 y 2010, en un tercio la mortalidad infantil y de niños menores de 5 años	TMI	14,8	9,9	10,7	No cumple
	TMM5	20,5	13,7	14,4	No cumple
Reducir, entre 1990 y 2015, en dos tercios la mortalidad infantil y de niños menores de 5 años	TMI	25,7	8,6	10,4	No cumple
	TMM5	36,5	12,2	13,3	No cumple

Aclaración: Los valores de partida, esperados y alcanzados están expresados por 1.000 nacidos vivos en todos los casos.

Fuente: Elaboración propia con base en información consignada en la *Tabla 1.1.2* y datos provenientes del INEC. Ver tablas 1, 2 y 3 del Anexo.

⁴⁵ En este caso, el cálculo de la TMM5 contempla tanto nacimientos oportunos como tardíos en el denominador.

⁴⁶ Esta lectura difiere de un reporte de la ONU, confeccionado en 2015, que afirma, a nivel mundial, que “en relación a la TMM5 existe una impactante mejoría, pero las tendencias actuales no son suficientes para cumplir los ODM. Al ritmo del progreso actual tomará diez años cumplirlo” (p.33).

Una profunda comprensión de los logros y retos para la reducción de la mortalidad infantil desde un enfoque de derechos exige tener en cuenta los componentes de esta mortalidad, definidos con base en el momento en el cual se producen las defunciones asociadas. Como se detallara en el capítulo metodológico, estos componentes incluyen la desagregación de la TMI en: Tasa de mortalidad neonatal (TMN, que tiene lugar entre el momento del nacimiento y los 27 días de vida), la cual, a su vez, se subdivide en Tasa de mortalidad neonatal precoz (TMNP, 0 a 6 días de vida) y Tasa de mortalidad neonatal tardía (TMNT, 7 a 27 días de vida); y Tasa de mortalidad postneonatal (TMP, 28 a 365 días) (Walti, 1997; OPS, 2015).

Aunque con fluctuaciones que impiden que Ecuador cumpla con el principio de **progresividad y no regresividad** durante el período estudiado, todos los componentes de la TMI manifiestan una caída entre 1990 y 2016: la TMN se reduce el 40,6% (36,3% en el caso de la TMNP y 48,9% en el de la TMNT) y la TMP lo hace en un 71,4%. Esta disminución, que podría ser considerada un logro en términos generales, oculta algunas cuestiones que merecen ser comentadas a la luz de los compromisos asumidos a nivel internacional: en efecto, exceptuando la TMP, las TM mencionadas se reducen entre 1990 y 2015 pero posteriormente se incrementan, planteando nuevos retos a futuro (Figura 4.2.1.2).

Una segunda lectura de las TM muestra que, en 1990, la componente neonatal participa en mayor medida de la TMI que la postneonatal (fundamentalmente, en razón de la participación de las muertes ocurridas durante la primera semana de vida transcurrida desde el nacimiento) (Figura 4.2.1.2). En ese año, las muertes neonatales representan el 40,7% de las muertes en el primer año de vida, mientras que las postneonatales se asocian, complementariamente, al 59,3% de las muertes en cuestión.

A medida que transcurre el tiempo, la TMP experimenta un descenso más pronunciado que la TMN (Figura 4.2.1.2). Este comportamiento resulta en una mayor participación relativa de las muertes vinculadas a esta última en 2016 (58,7% en contraposición con el 41,3% restante de muertes infantiles, ocurridas en la etapa postneonatal).

La dinámica descrita encuentra una explicación en el hecho de que las muertes que tienen lugar en el período postneonatal se corresponden mayormente con causas exógenas, cuya reducción resulta posible gracias a campañas masivas de vacunación, medidas de saneamiento ambiental y medidas de relativo bajo costo (como, por ejemplo, la terapia de rehidratación oral para contrarrestar la diarrea). En cambio, las

muerres neonatales se asocian principalmente a causas endógenas, entre las que se encuentran las enfermedades o malformaciones difícilmente evitables y/o que requieren tratamientos de alto costo; de manera que reducir la mortalidad durante el primer mes de vida resulta bastante más difícil que una vez superada esa edad (Welti, 1997).

La reducción de la mortalidad en los primeros años de vida (esencialmente, en el primer año de edad) se asocia, a su vez, con el *proceso de transición demográfica* que experimentan los países⁴⁷. Este proceso, que conlleva a un descenso progresivo de los niveles de mortalidad a nivel general, inicia con un descenso de la TM vinculada a las primeras edades (Welti, 1997).

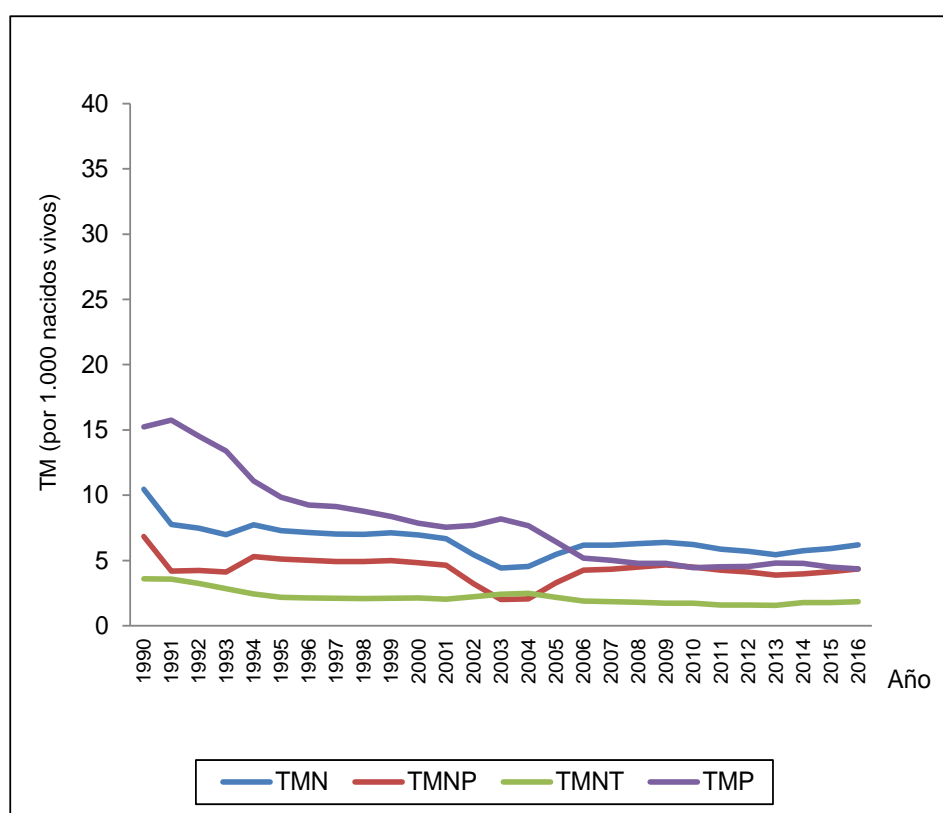


Figura 4.2.1.7 Ecuador. TMI según componentes. Por 1.000 nacidos vivos. Período 1990-2016

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC. Ver tablas 1, 2 y 3 del Anexo.

Al margen de las oscilaciones en las TM, cabe mencionar algunas medidas que se han llevado a cabo puntualmente desde el país para contrarrestar la mortalidad infantil en sus distintas etapas, como muestra de los esfuerzos para avanzar en la garantía del

⁴⁷ Actualmente, Ecuador se encuentra en una fase moderada de este proceso que, en términos generales, conlleva al envejecimiento de la población como consecuencia de la reducción de las tasas brutas de natalidad y mortalidad, y el consecuente incremento de la esperanza de vida al nacimiento. Para más información, se sugiere consultar Welti (1997) y Bárcena (2011).

ejercicio de derechos en toda la población. Estas medidas, realizadas en el marco de las acciones del MSP, incluyen la ejecución de un plan para la reducción de la mortalidad materna desde 2005, en el que se contempla la disminución de la mortalidad neonatal MSP (2008); algunos cambios estructurales en el sector salud a partir de 2007, considerando los lineamientos establecidos por la OMS en el marco del Análisis de la Situación de Salud⁴⁸; y la definición de una metodología concreta de trabajo e instrucciones de procedimientos enfocados a la atención primaria de salud, MSP(2013).

En la misma línea, se produce un aumento del número de establecimientos de salud y del porcentaje de ocupación de días/camas disponibles (ambos mencionados en el apartado 4.1), así como también de la cobertura del sistema de salud. Esta última pasa de 25,7% a 38,9% en el ámbito público y de 3,9% a 4% en el privado, entre 1999 y 2014 (Jiménez et al.; 2017).

No menos importante resulta el crecimiento de la Cobertura del Seguro Social Campesino⁴⁹ en un 68% durante el mismo período (con mayor presencia en las provincias de Pichincha, Guayas y Azuay). Teniendo en cuenta que la población rural es una de las más expuestas al riesgo de morir en las primeras fases de la vida, podría considerarse que este incremento ha colaborado notablemente con la reducción de la mortalidad en la primera infancia.

La reducción de la mortalidad infantil requiere, además, del despliegue de un conjunto de medidas especiales orientadas a la atención de los niños desde la concepción. Estas medidas comprenden la realización de controles médicos a las madres durante la gestación y al momento del parto, fundamentalmente para identificar potenciales factores de riesgo asociados a las mismas (MSP, 2015), y para prevenir y enfrentar problemas de mortalidad y morbilidad en neonatos prematuros (Guzmán et. al, 2011). De acuerdo a la OMS (2017), las mujeres que reciben atención continuada supervisada por parteras profesionales formadas y homologadas según normas internacionales tienen un 16% menos de probabilidades de perder a sus niños, y un

⁴⁸ Se denomina Análisis de la Situación de Salud (ASIS) a un conjunto de procesos analítico-sintéticos que permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población y sus determinantes, junto con la identificación de necesidades y prioridades en salud, intervenciones e impacto OPS (1999).

⁴⁹ El Seguro Social Campesino es un régimen especial del Seguro Social Ecuatoriano al que pueden acceder: las personas cuya residencia se encuentre ubicada en el área rural y que laboren en el campo; los trabajadores que se dedican a la pesca artesanal; y las personas que no reciben remuneraciones de un empleador público o privado ni contratan a otras para que realicen actividades económicas bajo su dependencia, León (2018).

24% menos de probabilidades de tener partos prematuros. En consecuencia, el cuidado de su salud en el embarazo y en el nacimiento contribuye ampliamente a evitar la ocurrencia de muertes infantiles, principalmente aquellas que tienen lugar en el período neonatal (UNICEF, 2014).

Según información publicada por la SENPLADES (2015), en Ecuador, el porcentaje de mujeres que recibe al menos un control prenatal crece de 84,2% a 95%, entre 2004 y 2012; mientras que el porcentaje de aquellas que reciben 5 o más controles aumenta de 57,4% a 79,5%, entre los mismos años. A su vez, el porcentaje de mujeres que reciben el primer control en el primer trimestre del embarazo aumenta de 64,6% a 79%, en este período. Aunado al considerable crecimiento de la proporción de partos con asistencia de personal médico calificado (es decir, médicos/as, obstetras y enfermeras), de 58,2% a 96,3% entre 1990 y 2014, según la misma fuente, estos indicadores dan cuenta de los esfuerzos del Estado Ecuatoriano para avanzar en la garantía del derecho a la salud de niños, mediante la atención adecuada de su salud antes, durante y después del nacimiento. Sin embargo, quedan desafíos por resolver a partir de considerar que el valor de estos indicadores no refleja, en ningún caso, la cobertura de salud universal (100%).

Otro desafío apunta a la necesidad de reforzar la cobertura de salud prenatal con enfoque de interculturalidad, género y generacional (MSP, 2015). Esto se visualiza, por ejemplo, en los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición⁵⁰ (ENSANUT) 2018, de acuerdo a los cuales se observan diferencias sustanciales en el porcentaje de niños menores de 5 años cuyas madres recibieron al menos 5 controles prenatales durante el embarazo al incorporar el desglose según identificación étnica (con variaciones de 86,7% en blancos y 63,4% en indígenas) y zona de residencia (87% en áreas urbanas y 75,7% en áreas rurales), entre otras desagregaciones (INEC, s.f.).

Al margen de la cobertura de los servicios de salud, cabe hacer mención de su calidad. En Ecuador, la cobertura de salud puede obtenerse a través de la afiliación al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS; seguro público) o mediante la contratación de un seguro privado. Este último, que supone el acceso a una mejor calidad de prestaciones de salud en comparación con la primera, Lucio (2011), resulta

⁵⁰ Conocida hasta 2012 como “Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN)”, este relevamiento se efectúa desde 1987, a fin de examinar niveles, tendencias y diferenciales de fecundidad, mortalidad infantil y en la niñez. Asimismo, aborda cuestiones sobre salud materna, acceso a programas de prevención y a servicios de salud, INEC (2019).

solo accesible para poblaciones con mayor poder adquisitivo⁵¹, implicando ello para el Estado otros retos a superar para alcanzar la igualdad en el ejercicio de derechos.

No obstante, las disparidades entre los servicios de salud públicos y privados, cabe agregar que, desde el año 2011, la cantidad de establecimientos que ofrecen estos últimos registra un descenso, a diferencia de los primeros, cuyo número aumenta desde 2013. Este nuevo mapa de prestaciones de salud, que constituye el resultado de mayor inversión pública y nuevas reglas para los permisos de funcionamiento de establecimientos privados, abre posibilidades para la universalización de los servicios sanitarios mediante la gratuidad en el acceso como factor importante para la disminución de mortalidad.

4.2.2 En relación a los objetivos y metas asociados al principio de igualdad y no discriminación

En el análisis de las desigualdades en el ejercicio de derechos, el sexo representa una de las desagregaciones más relevantes a tener en cuenta, en tanto ofrece un panorama de los diferenciales de género vigentes en un momento y una sociedad determinados. De allí la importancia de su consideración.

En Ecuador, la mortalidad de los niños menores de 5 años es superior a la de las niñas de ese rango de edad durante todo el período bajo estudio. En correlato con los indicadores expuestos para la población en su conjunto, entre 1990 y 2015, la TMI masculina se reduce un 57,3% mientras que la femenina lo hace un 58,1%. Este comportamiento decreciente se observa también en el caso de la TMM5 (que consigue reducirse, respectivamente, 61,5% y 62,1% entre los mismos años) y continúa, incluso, hacia 2016 (Tabla 4.2.2.1).

Una comparación más estricta entre hombres y mujeres evidencia una sobremortalidad en los primeros que se mantiene prácticamente constante en el tiempo, tanto respecto de la mortalidad infantil como de la de niños menores de 5 años. Aunque se trata de una sobremortalidad que guarda estrecha relación con cuestiones biológicas (Welti, 1997) y no puede ser vinculada específicamente con disparidades en el ejercicio de derechos, cabe destacar el leve incremento que la brecha experimenta, entre 1990 y 2015, en el caso de los niños menores de 5 años (Tabla 4.2.2.1). Este último sugiere la

⁵¹ De allí que, en Ecuador, la variable “tenencia de seguro privado” sea utilizada en diversos relevamientos y estudios como variable de estratificación socioeconómica INEC (2011).

necesidad de prestar especial atención al comportamiento del indicador en los próximos años, teniendo en cuenta los compromisos asumidos para 2030.

Tabla 4.2.2.17 Ecuador. TMM5 por sexo y grupos de edad seleccionados (por 1.000 nacidos/as vivos/as). Brecha relativa entre hombres y mujeres. Años seleccionados

Indicador	Niños menores de 1 año			Niños menores de 5 años		
	1990	2015	2016	1990	2015	2016
TM Hombres	27,9	11,9	11,1	39	15	14,4
TM Mujeres	23,4	9,8	9,4	34	12,9	12,2
Brecha relativa	1,2	1,2	1,2	1,1	1,2	1,2

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC.

Como se anticipará, si bien la información oficial disponible en Ecuador no permite el monitoreo de objetivos y metas asociados a la reducción de la mortalidad en poblaciones indígenas ni afrodescendientes, ni tampoco los referidos a sectores socioeconómicos, sí posibilita dar seguimiento a los compromisos relacionados con la reducción de las disparidades entre distintas áreas de residencia. Las figuras 4.2.2.1 y 4.2.2.2 presentan, respectivamente, la TMM5 para 1990, 2015 y 2016, por zonas de SENPLADES y provincias. Ambas figuras reflejan una distribución semejante a la de las muertes de niños menores de 1 año consideradas por separado, debido al peso relativo de estas últimas en el total de muertes ocurridas entre el nacimiento y los 4 años de edad (equivalente, a 70,3%, 74,7% y 79,2%, respectivamente, para los años mencionados).

Tanto a nivel de zonas de SENPLADES como a nivel de provincias, se observa una situación similar a la que se presenta en el apartado 4.1 para el total de niños y adolescentes del país. Es así que, en 1990, la Zona 3 representa el sector geográfico de mayor TMM5, principalmente en virtud de las tasas calculadas para Cotopaxi y Chimborazo, con valores superiores a los de las restantes provincias del país (Figuras 4.2.2.1 y 4.2.2.2).

La mayor mortalidad de la Zona 3 y de las provincias que la componen se asociaría, una vez más, a las características sociodemográficas de las poblaciones que albergan, concentradas mayormente en áreas rurales y con una alta proporción de población indígena. Esto último daría cuenta de desigualdades concretas en el ejercicio de derechos entre diferentes grupos étnicos, más allá de que los datos sobre mortalidad no habiliten a realizar comparaciones estrictas en este sentido; y podría ser validado con investigaciones previas realizadas con apoyo de otras fuentes de datos (tales como la ENSANUT 2012) que determinan, por ejemplo, mayores deficiencias de nutrición por

anemia en niños indígenas en relación a quienes no lo son (Freire et. al, 2013). Adicionalmente, coincide con los resultados de un estudio de la CEPAL (2010), en el cual se señala que la mortalidad de niños menores de 5 años en poblaciones indígenas es mayor en comparación con la de otros sectores de la sociedad, aun cuando los países de la región adolecen de limitaciones puntuales para desagregar los datos según condición étnica.

En 2015, aunque Zona 3 continúa siendo la más afectada por la mortalidad en los primeros años de vida, se destaca una reducción en el valor de su TMM5, incluso a nivel provincial (Figuras 4.2.2.1 y 4.2.2.2). Esta reducción también se observa en el resto de las zonas de SENPLADES y provincias del país, situación que corrobora una vez más la puesta en marcha de políticas y programas para cumplir con los compromisos asumidos en materia de derechos para ese año. Entre ellas, y como se comentara anteriormente, las acciones derivadas de la implementación de la *LMG* promulgada en 1994 (y reformulada en 1998) que contempla, entre otros beneficios, la atención de la salud gratuita para niños menores de 5 años; y el programa del *Bono de Desarrollo Humano*, cuya recepción está supeditada al cumplimiento de ciertas obligaciones por parte de las familias beneficiarias, entre las que se incluyen la realización de al menos dos consultas médicas anuales a los niños que forman parte de ellas (Dobronsky & Moncayo, 2007).

En esta línea se hace además mención del *Programa de Cobertura de Enfermedades Catastróficas*⁵² que, desde 2007, financia todos los costos relacionados con enfermedades de este tipo, especialmente los relativos a medicamentos MSP (2012).

La reducción de la TMM5 en las distintas zonas y provincias de Ecuador entre 1990 y 2015 representa, por un lado, un logro en materia de salud para la niñez y primera infancia. Por otro lado, está en consonancia con los enunciados de la CDN que abogan por mejoras sucesivas de los indicadores de mortalidad. Sin embargo, en 2016, aparecen algunos retrocesos en este sentido, cuestión que acusa la presencia de

⁵² Las enfermedades catastróficas “son aquellas patologías de curso crónico que suponen un alto riesgo para la vida de la persona, cuyo tratamiento es de alto costo económico e impacto social y que por ser de carácter prolongado o permanente pueda ser susceptible de programación. Generalmente cuentan con escasa o nula cobertura por parte de las aseguradoras” (Secretaría Técnica de la Circunscripción Territorial Especial Amazónica, 2019: 9). Constituyen ejemplos de estas enfermedades todo tipo de malformaciones congénitas de corazón y todo tipo de valvulopatías cardíacas, todo tipo de cáncer y las secuelas de quemaduras graves (Secretaría Técnica de la Circunscripción Territorial Especial Amazónica, 2019).

nuevos retos por superar de allí en más. En efecto, en ese año, si bien la mayor parte de las TMM5 a nivel de zonas continúa decreciendo, estas aumentan su valor en las zonas 2 y 5. Por su parte, la TMM5 relativa a la Zona 3 evidencia una leve mejoría en relación a 2015, aunque continúa asociada a una de las áreas geográficas de mayor mortalidad (Figura 4.2.2.1).

En particular, al interior de la Zona 2, se destaca el aumento de TMM5 en la provincia de Pichincha; mientras que en la Zona 5 se registra un crecimiento de las TMM5 de Galápagos y Guayas. Un comportamiento similar se observa en el caso de Chimborazo (provincia integrante de la Zona 3) en tanto que las TMM5 de las restantes provincias consiguen decrecer (Figura 4.2.2.2).

En relación con lo anterior, cabe mencionar algunas cuestiones sobre las TM de la provincia de Galápagos y las variaciones bruscas que estas registran en distintos años. Estas variaciones se vinculan al escaso número de defunciones de niños menores de 5 años y de nacimientos que tiene lugar allí anualmente⁵³ e imprimen, sin lugar a dudas, sus efectos en los valores de las TM calculadas.

Considerada esta aclaración, se destaca que los resultados son consistentes en gran medida con un informe publicado por el Observatorio Social del Ecuador (OSE, 2018), en el cual se afirma, además, que las mayores concentraciones pobreza se sitúan en las provincias de Bolívar (48%), Chimborazo (51%), Napo (58%), Morona Santiago (60%) y Pastaza (67%). Aunque la TMM5 ligada a la primera de estas provincias disminuye en los últimos años, se trata de la provincia con mayor nivel de mortalidad en los niños menores de 5 años. Así también, debe agregarse que el resto de las provincias mencionadas continúa presentando niveles comparativamente elevados de mortalidad en la primera infancia, hecho que obliga a redoblar los esfuerzos encaminados a garantizar el ejercicio de derechos a todos los niños por igual.

Complementariamente, se destaca que Pichincha y Guayas albergan a las ciudades más pobladas del país, Quito y Guayaquil, en ese orden, las cuales registran altos niveles de urbanización y migración, Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda del Gobierno de la República del Ecuador (MIDUVI). (2015), INEC. (2015). Esta particularidad también marca un reto afín con el monitoreo de programas relacionados con estos aspectos.

⁵³ A modo de ejemplo, en esta provincia, el número de defunciones de niños menores de 5 años asciende a 2 en 2015, y a 5 en 2016. A su vez, el número de nacidos vivos registrados es igual a 377 y 392, en ese orden, en los mismos años.

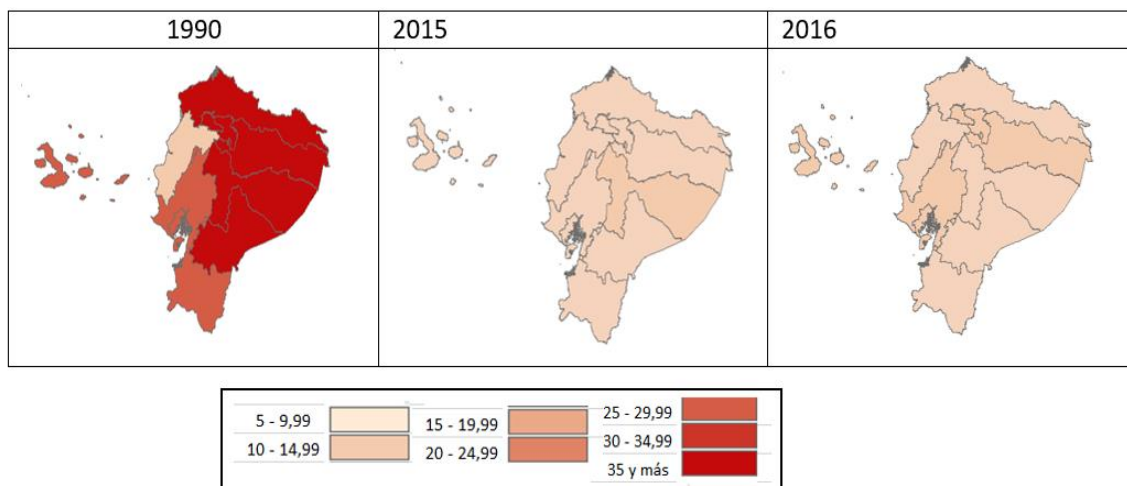


Figura 4.2.2.8 Ecuador. TMM5 según zonas de SENPLADES. Por 1.000 nacidos vivos. Años 1990, 2015 y 2016

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC. Ver tablas 4, 4A y 4B del Anexo.

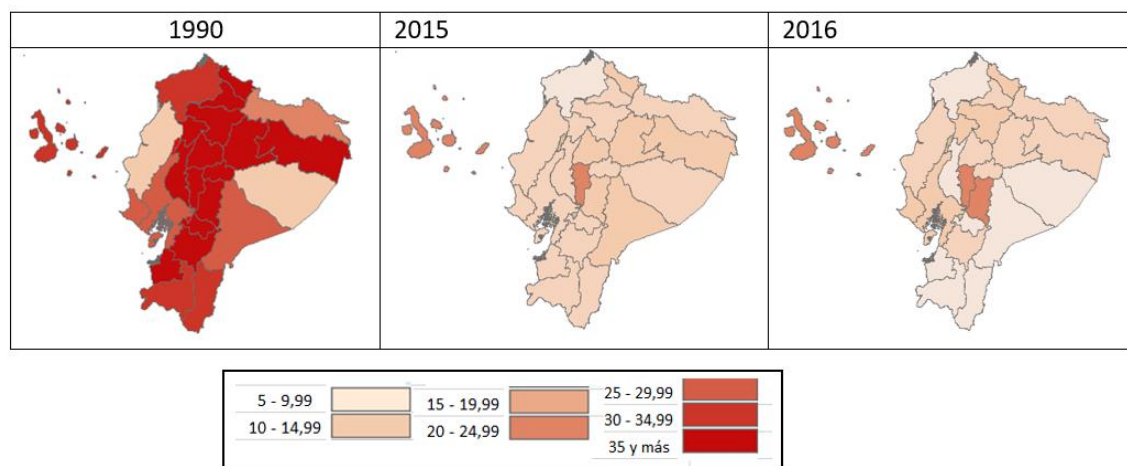


Figura 4.2.2.9 Ecuador. TMM5 según provincias. Por 1.000 nacidos vivos. Años 1990, 2015 y 2016

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC. Ver tablas 5, 5A y 5B del Anexo.

En este escenario donde coexisten avances según lo establecido desde el principio de **progresividad y no regresividad** (derivados del descenso progresivo de las TMM5 en algunas zonas y provincias) y desafíos por superar en el mismo sentido (en función de las oscilaciones de las TMM5 para otras zonas y provincias), cabe preguntarse si, independientemente de la trayectoria individual de la TMM5 calculada para cada desagregación geográfica, puede concluirse una reducción de las diferencias con acuerdo los compromisos frente a la comunidad internacional, asociados al principio de **igualdad y no discriminación**. Las tablas 4.2.2.2 y 4.2.2.3 aportan luz en este sentido, al incluir los valores de la brecha absoluta, la brecha relativa y el coeficiente de Gini para años seleccionados desde 1990, considerando la distribución de las muertes

de niños menores de 1 y 5 años según el sector geográfico. También contemplan el detalle de los sectores de mayor y menor nivel de mortalidad, según el caso.

En correlato con el análisis precedente, ambas tablas indican que los sectores de mayor mortalidad se localizan en el área de la Sierra Central, caracterizada por una alta proporción de población indígena y rural. Este panorama guardaría relación con el doble riesgo de morir que tienen los niños indígenas en relación a los que no lo son, dadas las condiciones de vida de los hogares que integran (CEPAL, 2010), y estaría en consonancia con resultados presentados en párrafos anteriores para las Zonas 2 y 3, donde es mayor la presencia de personas de nacionalidades indígenas amazónicas.

Respecto a la distribución de las muertes infantiles, la disparidad comienza siendo mayor a nivel de provincias y termina siéndolo entre las zonas (Tabla 4.2.2.2). Ello corroboraría lo comentado al analizar las brechas que involucran al total de la población de 0 a 19 años: las provincias de una misma zona tienden a parecerse cada vez más, pero son cada vez mayores las diferencias entre regiones.

Sin embargo, se registran algunas variaciones, puntualmente en 2015 (Tabla 4.2.2.2). Ellas podrían estar ligadas a la calidad de los datos como así también a la intervención de la provincia de Galápagos en el cálculo de las medidas tipo brecha. Como se comentará, esta jurisdicción presenta algunas particularidades en relación a sus estadísticas vitales, por lo que el valor de su TM podría ejercer fuerte influencia al cuantificar la desigualdad.

Independientemente de las características de los datos utilizados, la disparidad entre provincias desciende; pero no así entre las zonas (tablas 4.2.2.2 y 4.2.2.3). Ello se traduciría, por una parte, en una mayor concentración de esfuerzos al interior de cada zona; y, por otra parte, en la necesidad de avanzar en acciones integrales desde el ámbito nacional para asegurar la igualdad en el acceso a los derechos por parte de todas las regiones.

Por su parte, la distribución de las muertes de los niños menores de 5 años, plantea algunas cuestiones que merecen ser resaltadas: en primer lugar, la disparidad siempre es mayor a nivel de provincias, situación que se mantiene, incluso, hasta 2016. En segundo lugar, y aunque con algunas oscilaciones en las zonas (entre 1990 y 2000), las disparidades tienden a reducirse en todos los casos, presentando el coeficiente de Gini valores cercanos a 0 en 2015 (principalmente a nivel de zonas) y permaneciendo estos constantes en 2016. Finalmente, brecha relativa provincial aumenta entre 2015 y

2016, hecho que estaría igualmente vinculado a la calidad de los datos empleados para su cálculo (Tabla 4.2.2.3).

Una comparación más estricta del coeficiente de Gini asociado a las poblaciones referidas en 2016 indica que, entre las zonas, la disparidad es considerablemente mayor en el caso de las muertes de niños menores de 1 año (Tabla 4.2.2.2). En otras palabras, a nivel de zonas, el nivel de muertes de la población de 1 a 4 años es bastante más homogéneo que en relación a las muertes infantiles. Por el contrario, en el ámbito provincial, la distribución de las muertes infantiles es más parecida que la de la población de 1 a 4 años⁵⁴ (Tabla 4.2.2.3).

Aunado a lo anterior, estas lecturas supondrían, hasta ahora, una mayor focalización de esfuerzos para reducir las muertes infantiles al interior las provincias que componen cada zona (con miras a garantizar la igualdad dentro de cada zona) y una necesidad de intervenir con más énfasis de la misma manera para avanzar en la equidad entre las distintas zonas que conforman el país. Así también, estaría reflejando la necesidad de redoblar los esfuerzos a nivel de provincias para contrarrestar las muertes entre los niños que han superado el año de edad.

Tabla 4.2.2.18 Ecuador. Brecha absoluta, brecha relativa y coeficiente de Gini asociados a la distribución de las muertes de niños menores de 1 año según zonas de SENPLADES y provincias. Años seleccionados

Indicador	Año				
	1990	2000	2010	2015	2016
Según zonas de SENPLADES					
Zona de mayor TM	Zona 3 (42,9)	Zona 2 (23,4)	Zona 2 (13,7)	Zona 2 (11,7)	Zona 3 (12,4)
Zona de menor TM	Zona 4 (10,9)	Zona 4 (6,1)	Zona 7 (7,1)	Zona 7 (8,1)	Zona 7 (9,0)
Brecha absoluta	32,1	17,3	6,7	3,8	1
Brecha relativa	3,9	3,8	1,9	1,5	2,5
Coeficiente de Gini	0,158	0,161	0,071	0,020	0,045
Según provincias					
Provincia de mayor TM	Cotopaxi (52,8)	Cotopaxi (27,6)	Chimborazo (16,8)	Carchi (15,6)	Bolívar (16,8)
Provincia de menor TM	Pastaza (13,6)	Morona (5,92)	El Oro (6,6)	Galápagos (2,7)	Zamora (5,5)
Brecha absoluta	39,1	21,7	10,2	14,8	11,9
Brecha relativa	3,9	4,7	2,5	6,5	3,5
Coeficiente de Gini	0,204	0,232	0,046	0,092	0,006

Aclaración: Dado que el coeficiente de Gini es un indicador que varía entre 0 y 1, se decide presentar sus valores con tres (3) decimales a fin de evidenciar con mayor precisión la evolución de las diferencias referidas.

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC. Ver tablas 4 y 5 del Anexo.

⁵⁴ De acuerdo a información difundida por el ODS (2018), las disparidades en la mortalidad en la niñez en 2016 se deben fundamentalmente al nivel de muertes contabilizado para las provincias de Carchi, Napo, Pichincha, Bolívar y Chimborazo.

Tabla 4.2.2.19 Ecuador. Brecha absoluta, brecha relativa y coeficiente de Gini asociados a la distribución de las muertes de niños menores de 5 años según zonas de SENPLADES y provincias. Años seleccionados

Indicador	Año				
	1990	2000	2010	2015	2016
Según zonas de SENPLADES					
Zona de mayor TM	Zona 3 (69,9)	Zona 2 (32,9)	Zona 3 (21,4)	Zona3 (17,3)	Zona 2 (16,2)
Zona de menor TM	Zona 4 (16,1)	Zona 4 (8,5)	Zona 4 (10,6)	Zona 4 (10,4)	Zona 7 (8,5)
Brecha absoluta	53,7	27,4	10,7	6,9	7,8
Brecha relativa	4,3	4,2	2	1,7	1,9
Coeficiente de Gini	0,104	0,193	0,097	0,005	0,005
Según provincias					
Provincia de mayor TM	Cotopaxi (83,4)	Cotopaxi (44,3)	Galápagos (25,7)	Bolívar (24,1)	Chimborazo (21,2)
Provincia de menor TM	Pastaza (18,7)	Manabí (10,6)	Manabí (10,4)	Galápagos (5,6)	Zamora (4,4)
Brecha absoluta	64,8	33,7	15,4	18,5	16,7
Brecha relativa	4,5	4,2	2,5	4,3	4,8
Coeficiente de Gini	0,226	0,225	0,124	0,096	0,096

Aclaración: Dado que el coeficiente de Gini es un indicador que varía entre 0 y 1, se decide presentar sus valores con tres (3) decimales a fin de evidenciar con mayor precisión la evolución de las diferencias referidas.

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC. Ver tablas 4 y 5 del Anexo.

En estricta relación a la evaluación del cumplimiento de las metas asociadas al principio de **igualdad y no discriminación**, la Tabla 4.2.2.4 sintetiza, para Ecuador, las posibilidades de monitoreo de aquellas vinculadas a la reducción de la mortalidad considerando el conjunto de todas las causas. Anticipadas anteriormente, estas posibilidades están dadas en función de la información disponible sobre mortalidad a nivel oficial.

La información contenida en la tabla muestra que las posibilidades de monitoreo quedan restringidas a ciertas metas con plazo de vencimiento en 2015. Estas posibilidades son parciales, en la medida en que el seguimiento puede hacerse solo a nivel de sectores geográficos (zonas de SENPLADES y provincias).

Como contrapartida, no es posible hacer el seguimiento a metas que contemplan la “identificación étnica” en tanto variable que permite detectar a personas pertenecientes a pueblos indígenas y a personas afrodescendientes. Como se refiriera en el capítulo metodológico, si bien esta información es captada por los registros vitales, la calidad de los datos en términos de los niveles de omisión de respuesta, impide aún el cálculo de indicadores libres de errores.

Tabla 4.2.2.20 Posibilidades de monitoreo en Ecuador de las metas establecidas en las conferencias internacionales relacionadas con la reducción de la mortalidad en los primeros años de vida y asociadas al principio de igualdad y no discriminación

Plan de Acción	Meta resumida	Posibilidad de monitoreo
Plan de Acción Regional (1996)	Reducir (entre 1990 y 2000) por lo menos en un 50% las diferencias en la mortalidad infantil entre distintas zonas de residencia, áreas geográficas y grupos sociales	Parcial (zonas de SENPLADES, provincias)
Programa de Acción de la CIPD (1994)	Eliminar (entre 1990 y 2015) las diferencias en la mortalidad infantil y de niños menores de 5 años entre regiones geográficas, grupos étnicos o culturales y grupos socioeconómicos	Parcial (zonas de SENPLADES, provincias)
	Para 2015, lograr que los niveles de mortalidad infantil y de niños menores de 5 años de las poblaciones indígenas fueran iguales a los de la población en general	Nula
Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013)	Para 2030, (...) lograr que los niveles de mortalidad infantil y en la niñez de estos pueblos (pueblos indígenas) no superen a los del resto de niños y niñas.	Nula
	Al año 2030, (...) lograr que los niveles de mortalidad infantil y en la niñez de niños y niñas afrodescendientes no superen a los del resto de niños y niñas.	Nula

Fuente: Elaboración propia a partir de información consignada en *Tabla 1.1.3* y bases de datos sobre nacimientos y defunciones provenientes del INEC.

A partir de la información de la información vertida en las tablas 4.2.2.4, 4.2.2.3 y 4.2.2.2, es posible concluir que la meta “*Reducir (entre 1990 y 2000) por lo menos en un 50% las diferencias en la mortalidad infantil entre distintas (...) áreas geográficas*” no se cumple en ningún caso, independientemente de la medida de desigualdad que se utilice. Peor aún, entre estos años, las diferencias se incrementan, teniendo en cuenta el comportamiento de ciertas medidas de desigualdad a nivel de zonas y provincias.

A su vez, la meta “*Eliminar (entre 1990 y 2015) las diferencias en la mortalidad infantil y de niños menores de 5 años entre regiones geográficas (...)*” tampoco se alcanza en ninguna ocasión, más allá los esfuerzos realizados. En este sentido, los resultados son menos alentadores si se toma en cuenta el aumento de la brecha relativa entre provincias durante los años considerados.

4.3. La mortalidad por todas las causas a partir de los 5 años de edad

Los planes de acción con plazo de vencimiento hasta 2015 no incluyen metas concretas de reducción de mortalidad en niños y adolescentes mayores de 5 años de

edad. Aun así, esta población está contemplada en los enunciados de la CDN y en los objetivos establecidos en su texto. De manera que los estados que la ratifican también están obligados a emprender acciones para reducir el nivel de muertes asociado, con igualdad de oportunidades a fin de garantizar universalmente el ejercicio del derecho a la salud y por ende a la vida misma.

La Figura 4.3.1 muestra el comportamiento de la mortalidad de niños y adolescentes de 5 a 19 años en Ecuador, según edad quinquenal, entre 1990 y 2016. Una primera lectura revela que la mortalidad aumenta con la edad. En particular, se observan tendencias similares para los niños de 5 a 9 y de 10 a 14 años, presentando la relativa a este último grupo poblacional valores en general levemente superiores pero que no alcanzan 1 por 1.000 habitantes en ningún caso. Por el contrario, la mortalidad ligada a los adolescentes de 15 a 19 años supera, en ocasiones, a este valor al tiempo que expresa mayores diferencias en comparación con la de poblaciones más jóvenes.

Un análisis de las TM en los extremos del período estudiado muestra disminuciones en todos los tramos, aunque de menor intensidad conforme aumenta la edad. En efecto, entre 1990 y 2016, la TM 5-9 años decrece el 58,7% (cuando pasa de 0,77 a 0,32 por cada 1.000 niños de ese tramo de edad), la TM 10-14 años lo hace en un 57,6% (al variar de 0,73 a 0,31 por 1.000 habitantes del grupo etario en cuestión) y la TM 15-19 disminuye un 37,8% (al pasar de 1,17 a 0,73 por 1.000 adolescentes de este tramo de edad) (Figura 4.3.1).

Al tomar en cuenta el comportamiento de cada TM específica, se observa que la tendencia al descenso no es progresiva, sino que presenta oscilaciones. Por consiguiente, no puede inferirse el cumplimiento del principio de **progresividad y no regresividad** en ningún tramo etario. Esta cuestión adquiere mayor relevancia a partir de los compromisos asumidos en 2015 en relación a la salud de la población con independencia de la edad (ODS 3), suponiendo serios retos para su cumplimiento, sobre todo dado incremento de la TM de 5-9 años (Figura 4.3.1).

Al margen de la potencial influencia de la calidad de los datos en los resultados presentados, cabe mencionar que los mismos son consistentes con investigaciones previas, en las cuales se documenta que el riesgo de morir aumenta con la edad. Estas investigaciones comprenden las realizadas por Yunes & Zubarew (1999), Waiselfisz (2008); Gallego et. al (2018) y Gerstner & Lara (2019), cuyas conclusiones apuntan, además, a una mayor participación de las causas violentas (homicidios, suicidios,

accidentes de tránsito) en el total de muertes relevadas en los adolescentes de 15 a 19 años.

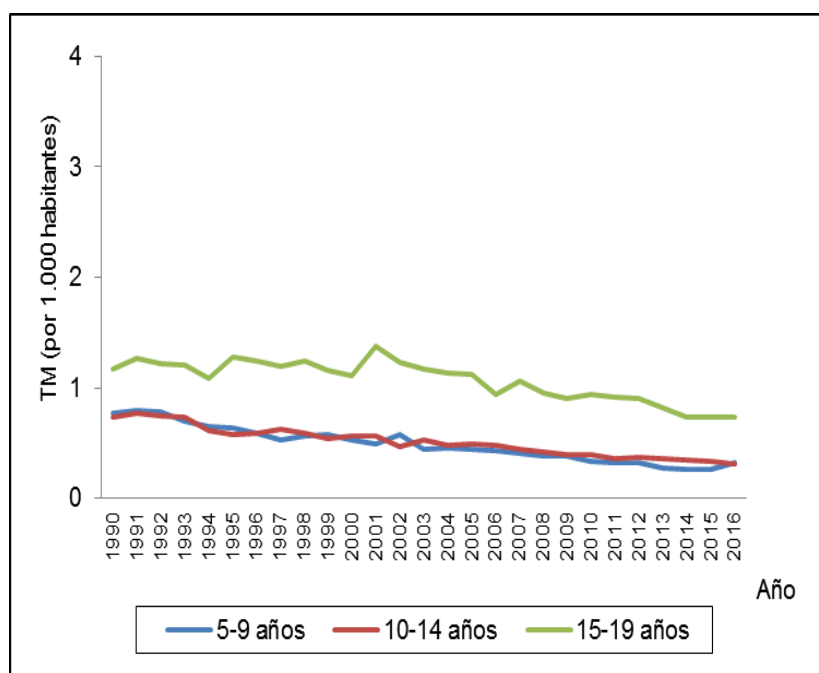


Figura 4.3.10 Ecuador. TM de la población de 5 a 19 años según grupos de edad. Por 1.000 habitantes. Período 1990-2016

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC. Ver tablas 1, 2 y 3 del Anexo.

La desagregación de las TM de acuerdo al sexo documenta la existencia de diferencias que merecen ser señaladas. En ese sentido, la Tabla 4.3.1 muestra que la brecha entre hombres y mujeres aumenta con la edad. Sin embargo, las disparidades entre sexos tienden a reducirse (junto al descenso de las respectivas TM asociadas), específicamente en los grupos comprendidos entre los 5 y 14 años.

No puede concluirse lo mismo respecto de la brecha en los adolescentes de 15 a 19 años donde, si bien se observa una reducción de las TM de hombres y mujeres, las diferencias tienden a agudizarse, planteando nuevos retos para el alcance de los objetivos comprometidos para 2030. Esto último se produce como consecuencia de una reducción de muertes más acelerada en las segundas (Tabla 4.1.3).

Las brechas en el nivel de muertes de hombres y mujeres que transitan la fase tardía de la adolescencia están en consonancia con información publicada en diversos reportes confeccionados por organismos internacionales (ONU, 2016) y otros estudios provenientes del mundo académico (Yunes & Zubarew, 1999).

Tabla 4.3.21. Ecuador. TM de la población de 5 a 19 años por sexo y grupos de edad (por 1.000 habitantes). Brecha relativa entre hombres y mujeres. Años seleccionados

Indicador	Grupos de edad								
	5-9 años			10-14 años			15-19 años		
	1990	2015	2016	1990	2015	2016	1990	2015	2016
TM Hombres	0,9	0,3	0,4	0,9	0,4	0,3	1,5	1	0,9
TM Mujeres	0,7	0,3	0,3	0,6	0,3	0,3	0,9	0,4	0,4
Brecha relativa	1,3	1	1	1,5	1,3	1,3	1,7	2,5	2,5

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC.

Al igual que las medidas de desigualdad por sexo, las que atañen a las diferencias geográficas a nivel de provincias corroboran también la necesidad de redoblar los esfuerzos para garantizar la realización de los derechos con acuerdo del principio de **igualdad y no discriminación**.

En general, la desigualdad tiende a incrementarse en las poblaciones de 5 a 9 y 15 a 19 años, con más énfasis a partir de 2015 y cuando se consideran los valores del coeficiente de Gini, medida que tiene en cuenta la totalidad de valores observados. Como contrapartida, en los adolescentes de 10 a 14 años, las diferencias decrecen, salvo cuando se considera la brecha relativa, cuyo comportamiento acusa un incremento de la desigualdad al comparar las provincias de mayor y menor nivel de mortalidad (Tabla 4.3.2).

Tabla 4.3.22 Ecuador. Brecha absoluta, brecha relativa y coeficiente de Gini asociados a la distribución de las muertes de la población de 5 a 19 años por grupos de edad según provincias. Años seleccionados

Indicador	Año		
	1990	2015	2016
5-9 años			
Provincia de mayor TM	Napo (1,8)	Galápagos (0,7)	Galápagos (1)
Provincia de menor TM	Guayas (0,5)	Azuay (0,2)	El Oro (0,2)
Brecha absoluta	1,3	0,5	0,8
Brecha relativa	3,4	4,8	5,4
Coeficiente de Gini	0,178	0,021	0,074
10-14 años			
Provincia de mayor TM	Napo (2,7)	Galápagos (0,7)	Galápagos (0,7)
Provincia de menor TM	Loja (0,4)	Orellana (0,2)	El Oro (0,2)
Brecha absoluta	2,2	0,5	0,5
Brecha relativa	6	4	4,4
Coeficiente de Gini	0,169	0,075	0,001
15-19 años			
Provincia de mayor TM	Cotopaxi (2,3)	Santo Domingo (1,4)	Orellana (1,6)
Provincia de menor TM	Carchi (0,9)	Pastaza (0,5)	Santa Elena (0,2)
Brecha absoluta	1,4	0,9	3,4
Brecha relativa	2,6	3	8,9
Coeficiente de Gini	0,111	0,034	0,174

Aclaración: Dado que el coeficiente de Gini es un indicador que varía entre 0 y 1, se decide presentar sus valores con tres (3) decimales a fin de evidenciar con mayor precisión la evolución de las diferencias referidas.

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC. Ver tablas 5, 5A y 5B del Anexo.

En relación a lo anterior y a otras lecturas sobre las diferencias realizadas a lo largo de este capítulo, cabe reflexionar acerca de la importancia de considerar distintas medidas de desigualdad para evaluar avances concretos en el ejercicio de derechos. Mientras que la utilización de solo una de ellas podría llegar a ocultar el incremento de las disparidades, la comparación entre distintas medidas habilita a indagar si el incremento de la disparidad se produce como consecuencia de la diferencia entre los valores de las TM de las jurisdicciones de mayor y menor mortalidad, o bien si se debe a diferencias más generales, atribuidas al conjunto de jurisdicciones contempladas en cada caso.

4.4. Conclusiones del capítulo

A continuación, se detallan las principales conclusiones que se desprenden de los resultados presentados en el capítulo:

- Teniendo en cuenta al conjunto de niños y adolescentes, en Ecuador, se observa una reducción de la mortalidad en términos generales, entre 1990 y 2016. Esta reducción, que podría asociarse a un avance en materia de derechos, no está en consonancia con el principio de **progresividad y no regresividad**, puesto que la TM no disminuye progresivamente, sino que se evidencian, para algunos años, situaciones de retroceso a partir de un comportamiento oscilante. Peor aún, en 2016, la TM aumenta, cuestión que podría estar ligada a mejoras sucesivas en la calidad de los datos sobre defunciones, pero que también podría estar acusando serios desafíos de cara al cumplimiento de los objetivos y metas comprometidos para 2030 frente a la comunidad internacional.
- Una situación similar se registra en los niños menores de 5 años, cuyos niveles de mortalidad, también consiguen descender, pero no progresivamente durante el período estudiado. Lo más grave de la situación es que los esfuerzos parecen concentrarse mayormente entre 1990 y 2000 (cuando las metas vinculadas al principio de **progresividad y no regresividad** se alcanzan) y perder intensidad posteriormente (cuando las metas no se cumplen). Esto último obliga a redoblar los esfuerzos hacia el futuro, sobre todo en lo concerniente a la reducción de la mortalidad acaecida en el período neonatal.
- A partir de los 5 años de edad, la mortalidad también evidencia un descenso, aunque nuevamente no progresivo. En este contexto, debe prestarse especial atención a los adolescentes de 15 a 19 años, cuyos TM son comparativamente más elevados en relación a los restantes tramos etarios, sobre todo en el caso de los hombres.
- Una comparación entre todos los grupos de edad contemplados en el capítulo a nivel nacional indica que los esfuerzos para reducir la mortalidad están enfocados en los primeros años de vida (mediante acciones tales como las derivadas de la aplicación de la *LMG* y el *Programa del Bono de Desarrollo Humano*, entre otras). En efecto, entre 1990 y 2016, la TMM5 se reduce 62,5%, mientras que la TM 5-9 lo hace en un 58,7%, la TM 10-14 disminuye el 57,6% y la TM 15-19 cae el 37,8%. Es decir, que, a medida que los niños crecen, las acciones en pos de reducir su mortalidad, o en otros términos, tendientes a garantizar su derecho a la salud y la vida declinan, o no logran visualizarse sus efectos en función de los compromisos asumidos.

- El análisis de las diferencias intersectoriales según zonas de SENPLADES y provincias revela inconvenientes aún más serios en vista al cumplimiento de las obligaciones que emanan del principio de **igualdad y no discriminación**. En algunos casos, las diferencias consiguen reducirse, pero no llegan a los niveles que suponen el cumplimiento de las metas. Y en otros, las diferencias se incrementan. Esto último adquiere especial relevancia a partir de 2015, tomando en cuenta los compromisos asumidos por Ecuador en el marco de la adopción del de los ODS, plan de acción que aboga por la salud de todas las personas con independencia de la edad.
- No menos importante resulta el hecho de que los indicadores reflejan que, si bien la desigualdad tiende a incrementarse a mayor nivel de desagregación, las provincias al interior de una zona tienden a parecerse cada vez más, al tiempo que son cada vez mayores las diferencias entre las zonas. Esto plantea la necesidad de emprender acciones de tipo integral con miras a avanzar en la garantía de los derechos de niños y adolescentes con igualdad de oportunidades, más allá de la zona de residencia.
- Finalmente, en los análisis precedentes deben tenerse en cuenta algunas particularidades en relación a los datos utilizados para el cálculo de los distintos indicadores involucrados:
 - a) Por un lado, debe considerarse las posibilidades de la información, con serias limitaciones en relación a la cobertura de ciertas variables esenciales para el estudio de las diferencias y la detección de los sectores más postergados de la sociedad en relación a la mortalidad. Aunque algunas cuestiones sobre estos últimos pueden ser inferidas al analizar distintas unidades territoriales (con alta población rural e indígena en los sectores de mayores TM), se hace necesario contar con sistemas de información que permitan identificar cabalmente el nivel y la composición de las muertes que tiene lugar en todos los sectores poblacionales (con específica atención a grupos indígenas y afrodescendientes en tanto poblaciones especialmente vulnerables a sufrir discriminación en el ejercicio de sus derechos).
 - b) Otro factor importante para el análisis estaría dado en algunas mejoras experimentadas por estos sistemas a lo largo del tiempo. Entre estas últimas se destacan las introducidas en los años 1997 (con la incorporación de la CIE 10 y sucesivas capacitaciones a los equipos estadísticos de salud) y el ingreso online de los registros estadísticos de defunciones (en 2016). Estas mejoras podrían reflejarse en el comportamiento inestable de las series de indicadores obtenidas

para años anteriores, explicando, en parte, las oscilaciones observadas en los resultados.

- c) Finalmente, deben considerarse algunas situaciones particulares en relación los datos como, por ejemplo, los relativos a la provincia de Galápagos. En esta provincia se registra una escasa cantidad de defunciones por año, hecho que influye indudablemente en el valor de los indicadores calculados.

Capítulo 5

5.1. La mortalidad evitable en la niñez y adolescencia de Ecuador: situación general, por sexo y por grupos de edad

Siguiendo los objetivos establecidos en la Introducción, este capítulo aborda el comportamiento de la mortalidad evitable en niños y adolescentes de Ecuador. Cabe recordar que el punto de partida del análisis coincide con el año en que el país ratifica la CDN (1990), instrumento a partir del cual se compromete a emprender acciones para su reducción, teniendo en cuenta la implicancia de estas muertes en el contexto de los derechos humanos, dadas las chances de prevenir su ocurrencia con mejoras sanitarias, sociales o legales.

Existen numerosas propuestas para identificar cuándo una muerte es evitable, o no. Estas propuestas se constituyen a partir del agrupamiento de causas con acuerdo de ciertos criterios, que varían en función de los recursos y las posibilidades disponibles en cada caso. Una de ellas es la de Erica Taucher, considerada de gran utilidad y relevancia para la toma de decisiones en salud pública en América Latina y el Caribe (OMS, 2018).

Tal es la importancia de la clasificación de Taucher, que la misma cuenta con gran aceptación a nivel oficial en los países de la región (Ecuador, entre ellos). Asimismo, en el ámbito de los estudios académicos de mortalidad (Molina & López, 1995; Rubio et al., 2007; Alvis-Guzmán & Alvis-Estrada, 2009; Gómez-Arias, 2009; y Peláez, 2016; entre otros), incluida esta investigación.

La aplicación de esta lista (detallada en la Tabla 1.3.1) para el conjunto de niños y adolescentes (es decir, la población de 0-19 años) a nivel nacional revela una tendencia decreciente de la TM por causas evitables (categorías A a G de la lista en cuestión) durante el período estudiado que, en términos generales, está en consonancia con el comportamiento de la TM cuando se consideran todas las causas (Figura 5.1.1). Esta tendencia impacta en una variación del 70% de la TM entre 1990 y 2016 (de 3,01 a 0,95 por 1.000 habitantes) y podría atribuirse a la mejora en los niveles de educación, el incremento de los niveles de urbanización y la efectividad de ciertos programas de salud gratuitos en sectores vulnerables, en contraste con la persistencia de problemas en el funcionamiento del sistema de salud, la incidencia de la malnutrición y otras cuestiones de tipo social que atentan contra los derechos de la población (Vos et al., 2006).

Ahora bien, aunque la variación referida de la TM podría interpretarse como una muestra del cumplimiento de los compromisos asumidos, un análisis más detallado de su valor año a año da cuenta de que este logro no se ha producido de acuerdo con los principios del EBDH. En efecto, en algunos años (2000, 2005 y 2016), la TM por causas evitables se incrementa con respecto al año anterior, acusando situaciones de retroceso, en disonancia con el principio de *progresividad y no regresividad* (Figura 5.1.1).

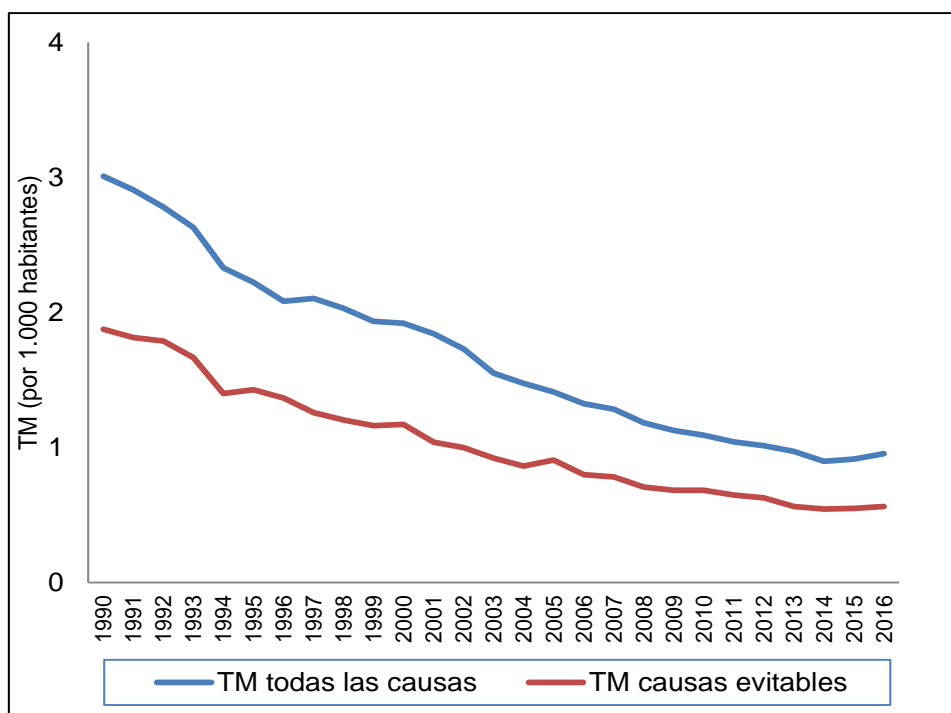


Figura 5.1.11 Ecuador. TM de niños y adolescentes (población de 0 a 19 años) por todas las causas y causas evitables. Por 1.000 habitantes. Período 1990-2016

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC e información contenida en Sáenz Ozaetta (2007). Ver tablas 1, 2, 3 y 6 del Anexo.

Las situaciones de retroceso se visualizan, incluso, al analizar la participación de las causas evitables en el total de muertes relevadas. Por un lado, el porcentaje de muertes por estas causas es superior al 55% del total de muertes con independencia del año. Por otro lado, y más grave aún, este porcentaje presenta oscilaciones en el tiempo, evidenciando así las dificultades que el país presenta para mantener progresos concretados en algunos años (Figura 5.1.2).

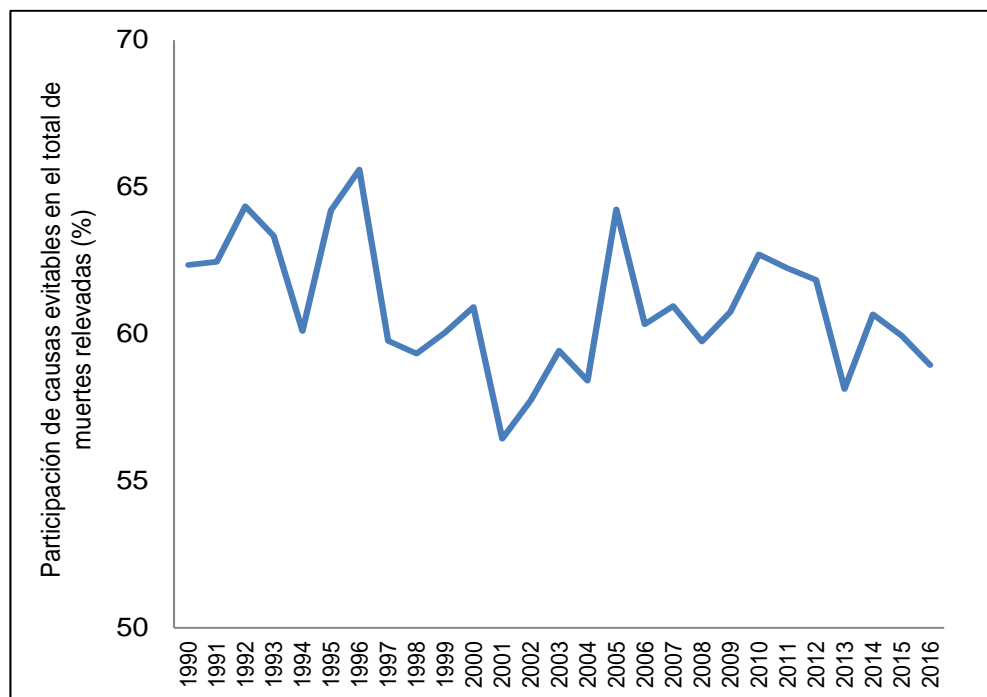


Figura 5.1.12 Ecuador. Participación de muertes de niños y adolescentes (población de 0 a 19 años) por causas evitables en el total de muertes relevadas. En porcentajes. Período 1990-2016

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC e información contenida en Sáenz Ozaetta (2007). Ver tablas 1 y 6 del Anexo.

Un análisis de la TM por causas evitables desglosada por sexo, indica una vez más que la mortalidad en hombres es superior a la de las mujeres, al inicio y al final del período investigado. Entre estos años, las diferencias se agudizan (aumenta la brecha relativa entre sexos), planteando nuevos desafíos en materia de derechos y de cara a los compromisos asumidos para 2030 (Figura 5.1.1). Efectivamente, aunque la TM decrece para ambos sexos, la femenina lo hace en mayor medida⁵⁵ (73% mientras que la masculina cae un 68% aproximadamente).

Este panorama se replica cuando se toma en cuenta la edad, no obstante, las TM son mayores en los primeros años de vida, alcanzan un mínimo en el grupo de 5-9 años y luego vuelven a crecer. La dinámica de la mortalidad según esta variable, similar al considerar todas las causas y con tendencia al descenso, da cuenta de esfuerzos diferenciales, sobre todo focalizados en la población más joven: cercano al 60% en niños/as menores de 1 año, al 80% en niños/as de 1-4 años, al 65% en niños/as de 5-9 años; y luego con diferencias según sexo: 66,4% en los adolescentes y 59,4% en las

⁵⁵ En esta lectura también debe contemplarse que el porcentaje de muertes por causas mal definidas (coincidente con la categoría J de la lista de causas seleccionada para el análisis) disminuye entre los años referidos: de 10,3% a 7,7% en hombres y de 11,8% a 7,8% en mujeres.

adolescentes, de 10-14 años, y 25,1% en los adolescentes de 15-19 años y 53,9% en las adolescentes del tramo etario.⁵⁶

La variación diferencial de la TM por causas evitables según la edad podría tener correspondencia con las intervenciones que el Estado de Ecuador realiza desde el Programa Ampliado de Inmunizaciones, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva y el Programa de Aseguramiento Universal (Naranjo 2008), y los impactos que estos programas tienen en la reducción de la mortalidad infantil y de niños menores de 5 años.

Más allá de esta concentración de esfuerzos en los primeros años de edad, también cabe hacer mención de que otras reducciones han resultado posibles a merced de las acciones por parte de instituciones como el Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA). Este organismo conjuga recursos públicos y privados para brindar soluciones a problemas concretos de niños, adolescentes y familias ecuatorianas.

El comportamiento diferencial de la TM según la edad también deriva en un incremento de la brecha por sexo en casi todos los tramos, (dada la reducción más rápida de la TM en mujeres), generalmente más intenso a medida que aumentan los años de vida cumplidos. Excepcionalmente, en el grupo de 10-14 años, la brecha se reduce⁵⁷ (Tabla 5.1.1).

Aunado a lo anterior, aumenta de la participación relativa de las muertes por causas evitables, sobre todo a mayor edad y con posterioridad al año de vida⁵⁸. La situación es más alarmante en los hombres que transitan la adolescencia tardía pues, en ellos, el valor del indicador no sólo es mayor en comparación con los demás grupos analizados, sino que, a diferencia de dichos grupos, aumenta, alcanzando un máximo en 2016. En ese año, de cada 100 muertes en hombres de esta población, 73 de ellas podrían haberse evitado (Tabla 5.2.2).

⁵⁶ Más allá de que den cuenta de acciones en favor del ejercicio de derechos (y, además, de esfuerzos diferenciales de acuerdo a la edad), las variaciones consignadas en este párrafo deben realizarse con cierta precaución, puesto que el porcentaje de muertes por causas mal definidas, entre 1990 y 2016, no se comporta de igual manera (ni tiene la misma magnitud) en todos los grupos etarios estudiados. Al respecto, este cae de 10% a 5,9% en el caso de niños menores de 1 año y aumenta de 12,3% a 14,8% en el de 1-4 años. Por el contrario, se reduce de 15,8% a 10,8% en el de 5-9 años, lo hace de 9,2% a 7,4% en el de 10-14 años y de 9,9% a 5,1% en el de 15-19 años.

⁵⁷ También aquí debe tenerse presente que el porcentaje de causas mal definidas en el período estudiado disminuye en prácticamente todos los tramos etarios y con independencia del sexo.

⁵⁸ En relación a los porcentajes exhibidos, cabe mencionar algunas diferencias con estudios realizados en otras latitudes. A modo de ejemplo, con la investigación de Arrieta-Arrieta et al. (2018) para la región caribeña de Colombia donde se determina que entre 80% y el 90% de las defunciones ocurridas en niños y niñas menores de 5 años podrían ser evitadas.

Tabla 5.1.23. Ecuador. TM de niños y adolescentes por causas evitables según sexo. Por 1.000 hombres/mujeres. Brechas absolutas relativa. Años seleccionados

Indicador	Total 0-19 años	Grupo de edad				
		Menores de 1 año	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años
1990						
TM Hombres	2,2	19	1,9	0,5	0,6	1
TM Mujeres	1,6	14,5	1,7	0,4	0,3	0,5
Brecha relativa	1,3	1,3	1,1	1,4	1,8	2
2016						
TM Hombres	0,7	7,5	0,4	0,2	0,2	0,8
TM Mujeres	0,4	5,7	0,3	0,1	0,1	0,2
Brecha relativa	1,6	1,3	1,2	1,5	1,5	3,3

Aclaración: En el caso de los niños menores de 1 año, las TM se expresan por cada 1.000 nacimientos.

Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC e información contenida en Sáenz Ozaetta (2007).

Tabla 5.1.24 Ecuador. Participación de causas evitables en el total de muertes relevadas según sexo y grupo de edad. En porcentajes. Años seleccionados

Participación relativa causas evitables	Total 0-19 años	Grupo de edad				
		Menores de 1 año	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años
1990						
Hombres	63,7	66,1	57,3	57,2	65,2	68,1
Mujeres	60,7	63,9	56,8	54,1	54,9	59,5
2016						
Hombres	61,1	62,2	48,9	50	53,5	73
Mujeres	55,9	63	44,9	41,3	50	55,7

Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC e información contenida en Sáenz Ozaetta (2007).

5.2. Análisis de la mortalidad evitable según diferencias en el territorio

5.2.1. Diferencias territoriales en la mortalidad evitable del conjunto de niños, niñas y adolescentes

El estudio de la mortalidad por causas evitables según división político-territorial revela la persistencia de algunas disparidades que también aparecen cuando se analiza la mortalidad por todas las causas, y más allá de los avances que algunos indicadores reflejan en términos del panorama promedio nacional. En ese sentido, la TM por causas evitables para el conjunto de la población de 0-19 años consigue reducirse en todas las

zonas de SENPLADES entre 1990 y 2015 (Figura 5.2.1.1 y Tabla 5.2.1.1), destacándose las zonas 5, 2 y 3 por exhibir los mayores valores al inicio del período investigado (esta última, caracterizada por concentrar al 42% de la población indígena del país; INEC, 2017). Sin embargo, el valor de la brecha relativa asociada se incrementa durante ese período (Tabla 5.2.1.1), dando así cuenta de un aumento de la disparidad, contrario a lo que se plantea desde el EBDH⁵⁹. En 2016, las brechas vuelven a sufrir un incremento que, aunque no resulta significativo (de hecho, solo se produce a nivel de las cifras decimales ligadas a las medidas de desigualdad), acusa la necesidad de continuar trabajando en favor de la reducción de la desigualdad (Tabla 5.2.1.1).

En el ámbito de las provincias, si bien las disparidades se reducen con independencia de la medida de desigualdad que se considere, el valor del coeficiente de Gini muestra una mayor disparidad en comparación con las zonas (Tabla 5.2.1.1). Esto implica que las acciones orientadas a revertir esta situación no sólo deben concentrarse en las zonas sino también en unidades geográficas de menor envergadura.

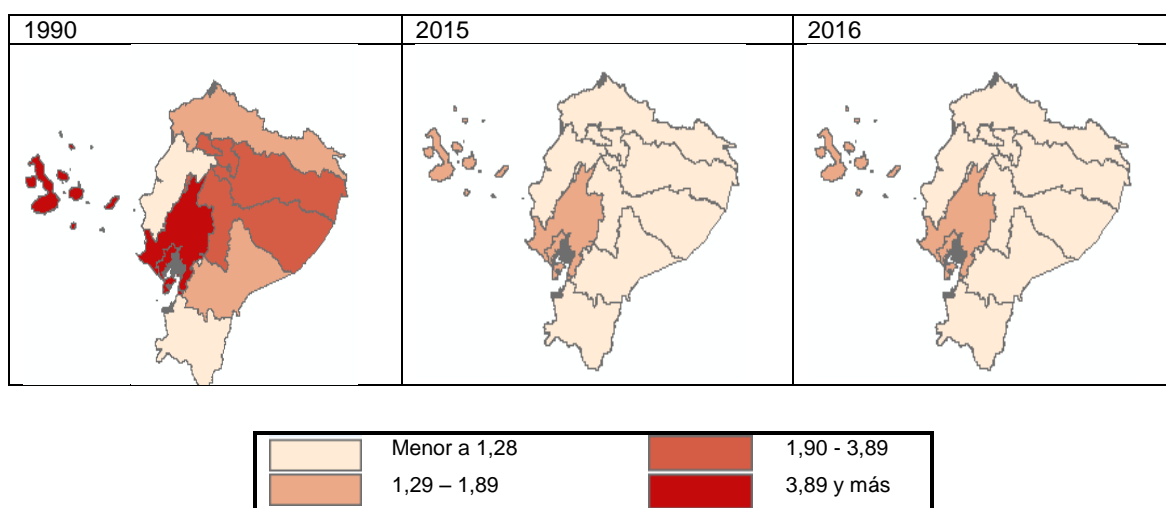


Figura 5.2.1.13 Ecuador. TM de niños y adolescentes por causas evitables según zonas de SENPLADES. Por 1.000 habitantes. Años seleccionados

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC e información contenida en Sáenz Ozaetta (2007). Ver tablas 7, 7A y 4B del Anexo.

⁵⁹ Al igual que el resto de las lecturas incluidas en este documento, las pertenecientes a este apartado deben realizarse considerando las limitaciones de la información detalladas en páginas precedentes.

Tabla 5.2.1.25 Ecuador. Brecha absoluta, brecha relativa y coeficiente de Gini asociados a la distribución de las muertes de niños y adolescentes por causas evitables según zonas de SENPLADES y provincias. Años seleccionados

Indicador	1990	2015	2016
Según zonas de SENPLADES			
Jurisdicción de mayor TM	6,1 (Zona 5)	2,1 (Zona 5)	2,1 (Zona 5)
Jurisdicción de menor TM	1,2 (Zona 4)	0,3 (Zona 7)	0,3 (Zona 7)
Brecha absoluta	4,9	1,7	1,8
Brecha relativa	5,0	6,6	6,8
Coeficiente de Gini	0,124	0,123	0,124
Según provincias			
Jurisdicción de mayor TM	6,7 (Galápagos)	0,9 (Pastaza)	0,9 (Pastaza)
Jurisdicción de menor TM	0,9 (Loja y Pastaza)	0,1 (Galápagos)	0,2 (Santa Elena)
Brecha absoluta	5,8	0,7	0,7
Brecha relativa	7,5	5,2	4,4
Coeficiente de Gini	0,191	0,131	0,131

Aclaraciones: 1. Dado que el coeficiente de Gini es un indicador que varía entre 0 y 1, se decide presentar sus valores con tres (3) decimales a fin de evidenciar con mayor precisión la evolución de las diferencias referidas. 2. En algunos casos, las variaciones en las medidas de desigualdad de un año a otro se producen como consecuencia de las diferencias en los valores decimales de las TM presentadas. Aunque estas últimas no logran percibirse del todo (a partir de registrar el valor de las TM con un solo decimal) se decide consignarlas igualmente dada la intención de mostrar avances y desafíos en el ejercicio de derechos, en correspondencia con lo establecido desde el principio de **igualdad y no discriminación**.

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC e información contenida en Sáenz Ozaetta (2007). Ver tablas 7 y 8 del Anexo.

La persistencia de las diferencias geográficas en el nivel de muertes estaría ligada a situaciones de pobreza, más evidentes en algunos territorios que en otros. Estas condiciones se materializan en indicadores tales como el porcentaje de analfabetismo digital⁶⁰ (Villacis & Carrillo, 2012) y ponen en mayor situación de vulnerabilidad a los hogares que menos recursos tienen. Efectivamente, quienes forman parte de estos últimos cuentan con menos posibilidades de acceder a condiciones materiales apropiadas para maximizar su estado de salud y para acceder a servicios sanitarios en favor de la prevención o el tratamiento de dolencias, una vez que estas se manifiestan.

Complementariamente, a nivel de provincias (entre las cuales Pastaza aparece como la más postergada), las mayores TM se observan en aquellas que presentan mayor porcentaje de población indígena y rural. Consecuentemente, en este cuadro diferencial en la distribución de las muertes estaría influyendo los diferenciales existentes al

⁶⁰ Este indicador se calcula dividiendo la cantidad de personas que utilizaron computadora, internet y celular en los últimos seis meses respecto a la totalidad de la población (Villacis & Carrillo, 2012).

interior de Ecuador en relación con el progreso social, que contribuye a mejorar el bienestar de las poblaciones y, por ende, a preservar y potenciar la salud de sus integrantes en sentido general (Pérez et al., 1988).

En la misma línea, un estudio de Arellano et al. (2016) sobre mortalidad en el país entre 1960 y 2013, confirma que existen grandes polos de desigualdades entre jurisdicciones capitales y el resto de cada provincia (donde es más frecuente la ruralidad). Estas desigualdades no solo atañen a la salud y el acceso sanitario adecuados para reducir el riesgo de muerte evitable, sino también al ejercicio de otros derechos vinculados como la educación y la cobertura de servicios básicos (tales como el agua potable y las prestaciones de saneamiento).

Otro factor que incidiría en la mayor o menor TM por causas evitables de niños y adolescentes estaría dado en virtud del menor o mayor acceso a la seguridad social. Ello se corrobora, por ejemplo, en las provincias de Cotopaxi y Chimborazo, las cuales figuran entre las jurisdicciones con mayor TM (*Tabla 8* del Anexo) y donde el acceso a seguridad social se encuentra por debajo del registrado en el país (15%), alcanzando valores iguales a 12,1% y 12,8%, respectivamente. Peor aún, en estas provincias, el 85% y 84,6% de la población, en ese orden, no cuenta con seguro de salud de ninguna índole, cuestión que impacta, sin lugar a dudas, en las chances de acceso a medios de prevención de muertes con posibilidad de ser evitadas (SENPLADES, 2015; INEC, 2017).

5.2.2. Diferencias territoriales en la mortalidad evitable niños menores de 5 años

La confección de un mapa temático alusivo a la distribución de las muertes de niños menores de 5 años corrobora lo señalado anteriormente al tiempo que apunta otras diferencias y necesidades que atañen exclusivamente a este grupo etario, en el cual el riesgo de morir es manifiestamente más elevado en comparación con el resto de la población en etapas de niñez y adolescencia. Una vez más, la TM disminuye en todas las zonas, aunque con una manifiesta necesidad de que las acciones para continuar con este descenso sean focalizadas en algunas de ellas en especial (Figura 5.2.2).

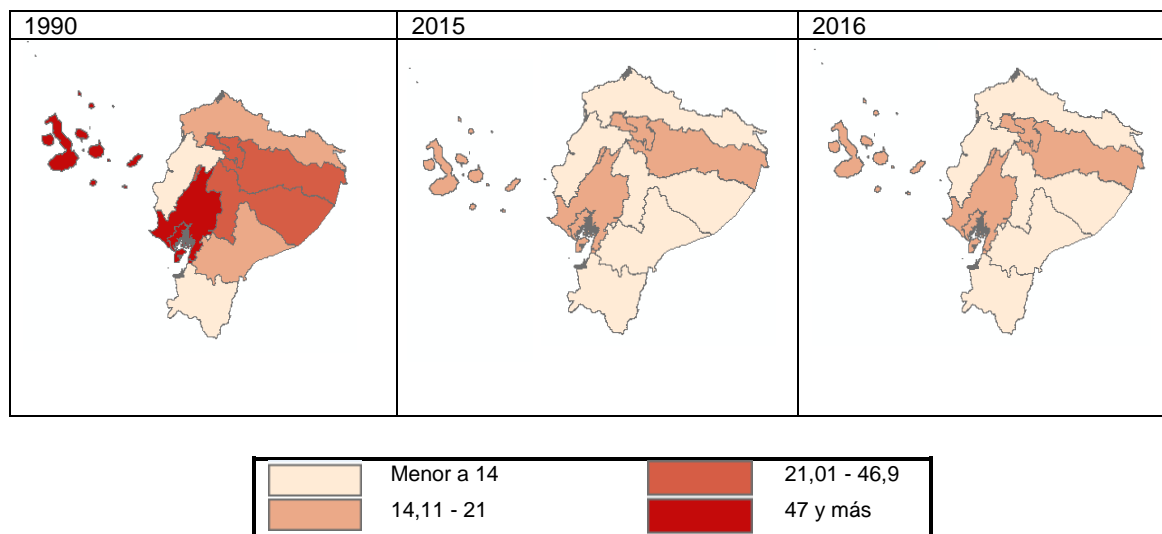


Figura 5.2.2.14 Ecuador. TMM5 por causas evitables según zonas de SENPLADES. Por 1.000 nacidos vivos. Años seleccionados

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC e información contenida en Sáenz Ozaetta (2007). Ver tablas 7, 7A y 4B del Anexo.

La cuantificación de la desigualdad plasmada en el Figura 5.2.2 a través del cálculo de las medidas estudiadas permite realizar otras afirmaciones que varían según el caso. Si se tiene en cuenta el comportamiento de la brecha absoluta, las diferencias comienzan siendo mayores a nivel de zonas, pero tienden a reducirse entre estas últimas y entre provincias, alcanzando valores similares en 2016 (Tabla 5.2.2.1).

A su vez, la brecha relativa, sufre un incremento en el período 1990-2015 (sobre todo a nivel de provincias, dando así cuenta de una mayor disparidad en este ámbito) y luego cae considerablemente en 2016. No ocurre lo mismo entre las zonas, donde la brecha, si bien aumenta entre 1990 y 2015, prácticamente mantiene su valor en 2016 (Tabla 5.2.2.1).

Por último, el coeficiente de Gini revela un crecimiento de las diferencias entre zonas en el período 1990-2015, y casi no varía en 2016. No sucede lo mismo a escala provincial, donde el indicador es comparativamente mayor en 1990 pero luego disminuye progresivamente hasta alcanzar un valor inferior en 2016 (Tabla 5.2.2.1).

En resumen, la disparidad en la distribución geográfica de las muertes que ocurren en los primeros años de vida comienza siendo generalmente más acentuada a nivel provincias y, posteriormente, tiende a serlo entre zonas. Esta lectura, que está en consonancia con otras realizadas en el Capítulo 4 (cuando se abordan todas las causas), indicaría, una vez más, que las provincias de una zona son cada vez más parecidas en relación al tema mientras que la heterogeneidad entre zonas tiende a

agudizarse. Por consiguiente, se requiere más de la ejecución de acciones que se ajusten a las necesidades específicas de cada zona en particular.

Tabla 5.2.2.26. Ecuador. Brecha absoluta, brecha relativa y coeficiente de Gini asociados a la distribución de las muertes de niños menores de 5 años por causas evitables según zonas de SENPLADES y provincias. Años seleccionados

Indicador	1990	2015	2016
Según zonas de SENPLADES			
Jurisdicción de mayor TM	70,2 (Zona 5)	34,5 (Zona 5)	30 (Zona 5)
Jurisdicción de menor TM	13,1 (Zona 4)	3,8 (Zona 7)	3,4 (Zona 7)
Brecha absoluta	57,1	30,6	26,5
Brecha relativa	5,3	8,8	8,7
Coeficiente de Gini	0,136	0,155	0,154
Según provincias			
Jurisdicción de mayor TM	48,8 (Cotopaxi)	12,2 (Guayas)	10,6 (Guayas)
Jurisdicción de menor TM	9,3 (Pastaza)	0,8 (Zamora Chinchipe)	1,8 (Zamora Chinchipe)
Brecha absoluta	39,5	11,4	8,9
Brecha relativa	5,2	12,9	6,1
Coeficiente de Gini	0,205	0,139	0,136

Aclaración: Dado que el coeficiente de Gini es un indicador que varía entre 0 y 1, se decide presentar sus valores con tres (3) decimales a fin de evidenciar con mayor precisión la evolución de las diferencias referidas.

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC e información contenida en Sáenz Ozaetta (2007). Ver tablas 7 y 8 del Anexo.

El hecho de que las zonas 2, 3 y 5 vuelvan a figurar entre las de mayor mortalidad con posibilidad de ser evitadas guardaría nuevamente relación con los niveles de pobreza imperantes en estos sectores geográficos, así como también con la mayor proporción de población indígena que albergan en algunos casos. A modo de ejemplo, en la Zona 3, la pobreza por ingresos⁶¹ en 2012 es igual a 41,7% (en contraste con el 27,3% del promedio nacional) (SENPLADES, 2015); en tanto que si se mide a partir del nivel de necesidades básicas insatisfechas⁶², asciende a 34,6% (SENPLADES, 2019). Asimismo, según el Censo 2010, en esta zona habita un 24,8% de la población autoidentificada indígena, integrado tanto por etnias amazónicas como indígenas.

Por su parte, en la Zona 2 imperan condiciones socioeconómicas similares: el índice de pobreza por ingresos aumenta de 25% a 30% entre 2013 y 2016; el de pobreza extrema lo hace de 11,3% a 16,4% durante el mismo período (INEC, 2016); y

⁶¹ De acuerdo a esta metodología, una persona es pobre cuando su ingreso per cápita familiar está por debajo de la línea de pobreza. Análogamente, es pobre extremo cuando su ingreso per cápita familiar está por debajo de la línea de indigencia (INEC, 2016).

⁶² La pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) es una medida de pobreza multidimensional desarrollada en los 80's por CEPAL. El método abarca cinco dimensiones y dentro de cada dimensión existe indicadores que miden privaciones (INEC (2019).

las provincias que la componen evidencian indicadores similares (Molina et. al, 2016). Así también, la zona concentra un alto grado de población indígena, al interior de la cual el 25% se autoidentifica parte de la etnia kiwcha, mayormente localizada en la Amazonia; aunque también se encuentran allí los pueblos Tagaeri y Taromenane, en situación de aislamiento voluntario; INEC, 2010).

Teniendo en cuenta que 7 de cada 10 indígenas son pobres (Amores & Pérez, 2017), no resulta difícil reconocer las razones por las cuales el nivel de muertes evitables en niños y adolescentes que habitan estas zonas es comparativamente mayor al de otras. Quedan así en evidencia serios desafíos para equiparar las oportunidades de sobrevivencia por parte de todos ellos, mediante acciones que impacten integralmente en la reducción de la pobreza y en consecuentes mejoras en sus condiciones de vida.

La reducción efectiva de la pobreza implica, entre otras cuestiones, que el Estado despliegue medidas para disminuir la prevalencia de la desnutrición crónica, en tanto niños que la presentan son más propensos a verse afectados con enfermedades con posibilidad de ser mitigadas. De acuerdo a resultados de la ENSANUT 2014, las zonas 2 y 3 registran los valores más altos del indicador, siendo, en el primer caso, igual a 24,1% en niños menores de 2 años y de 23,9% en aquellos menores de 5 años (SENPLADES, 2019). Estos valores, que tienden a agravarse cuando refieren la población indígena, están en consonancia con un informe de Freire et al. (2014) que plantea que, mientras que, en Ecuador en su conjunto, 1 de cada 4 niños menores de 5 años sufren de desnutrición crónica; en el caso de los indígenas padecen de esta dolencia 1 de cada 2 de ellos; y peor aún, 4 de cada 10 presentan anemia.

A estos problemas deben sumarse las limitaciones para ejercer los derechos humanos en contextos de ruralidad⁶³, cuestión que deriva en mayores TM con posibilidad de ser evitadas en comparación con las áreas urbanas, tal y como revelan algunos estudios sobre mortalidad infantil relativos a las provincias de Pichincha y Cotopaxi (Rodríguez, 2014). Estas diferencias encuentran fundamento en el menor acceso a servicios de salud, educación e infraestructura social y productiva en detrimento de quienes habitan en zona rural (Godoy, 2017), no sólo en términos cuantitativos sino también de calidad (Herrera et al., 2017).

⁶³ Según la Senplades, el 37,8% de la población de la Zona 3 se localiza en el área urbana, mientras que el 62,2% restante en áreas rurales; y en la Zona 2 el 57,5% reside en el área rural y el 42,5% en el área urbana. Senplades (2015)

Superar estos desafíos, progresivamente y con acuerdo del principio de **igualdad y no discriminación**, supone la ejecución de medidas orientadas tanto a los hogares de pertenencia de los niños como a su debida atención durante el período de gestación y al momento del nacimiento, así como en los primeros años de vida. Estas medidas abarcan la promoción de conductas perinatales, alimentarias y farmacológicas en favor de la prevención de enfermedades relacionadas con la desnutrición (Sociedad Argentina de Pediatría, 2017) y la anemia, para la cual la provisión de alimentos con hierro funciona como factor de prevención (Gutiérrez & Gómez, 2019). Otras líneas de acción tienen que ver con la prevención educativa (en tanto existe una relación entre el nivel de conocimientos de la madre y la administración de micronutrientes adecuados para el desarrollo saludable, fundamentalmente durante la primera infancia) (Rojas, 2017); y la puesta a disposición de tratamientos (por ejemplo, antiparasitarios) en los casos en que se estime adecuado (Velásquez-Hurtado, 2016).

De lo anterior se desprende que existen varias alternativas para avanzar en la reducción de la mortalidad por causas evitables. Otro tema no menor se asocia a la medida en que estas acciones pueden dar respuesta a los problemas de cada población según lugar de residencia, pues el éxito de las mismas depende, en gran parte, de su capacidad de adaptación a cada realidad en particular.

5.2.3. Diferencias territoriales en la mortalidad evitable a partir de los 5 años de edad

Los logros y retos ligados al cumplimiento del principio de **igualdad y no discriminación** experimentan cambios cuando refieren a personas de más de 4 años de edad. En el grupo de 5-9 años, se observan progresos hasta 2015 y retos hacia 2016, dado el aumento de la disparidad tanto entre zonas como entre provincias, y en mayor medida cuando refieren a estas últimas, para las cuales el coeficiente de Gini asume un valor manifiestamente mayor en comparación con los de la población más joven. Asimismo, en este último año aumenta la brecha relativa, confirmando que el incremento de la disparidad también se produce entre los valores extremos de la distribución, es decir entre las zonas/provincias de mayor y menor mortalidad (Tabla 5.2.3.1).

También se evidencia un incremento de la desigualdad en la distribución de muertes por causas evitables relativas a la población que transita la fase temprana de la adolescencia (desde el coeficiente de Gini a nivel de zonas; y desde este indicador sumado a la brecha relativa en el caso de las provincias, incluso con mayor intensidad)

(Tabla 5.2.3.1). Ello acusa que, aunque estos grupos no suelen ser expresamente considerados en los compromisos asumidos en materia de derechos (donde generalmente el foco está puesto en las primeras fases de la vida), deberían ser especialmente tenidos en cuenta a la hora de desplegar medidas en pos de la reducción de la desigualdad.

Finalmente, las medidas de desigualdad muestran situaciones disímiles cuando refieren a las y los adolescentes comprendidos entre 15 y 19 años. A nivel de zonas, en tanto la brecha relativa acusa un aumento sostenido de la desigualdad, el coeficiente de Gini lo hace solo hacia 2016. Distinto es el caso de las provincias, donde la brecha relativa aumenta recién en el bienio 2015-2016, mientras que el coeficiente de Gini lo hace con anticipación a los compromisos incluidos en la Agenda (1990-2015) y marca una reducción de la disparidad hacia el final del período analizado (Tabla 5.2.3.1).

Al margen de la medida de desigualdad que se utilice, es posible concluir una persistencia de las diferencias, que tiene que ser abordada de manera que la reducción de la disparidad se produzca sostenidamente en el tiempo, y sin retroceder a estados anteriores. Todo ello a la luz de los principios fundamentales que rigen los derechos humanos, los que sintetizan que su ejercicio debe ser progresivo y con igualdad de oportunidades independientemente de la edad.

Tabla 5.2.3.27. Ecuador. Brecha absoluta, brecha relativa y coeficiente de Gini asociados a la distribución de las muertes de niños menores de 5 años por causas evitables según zonas de SENPLADES y provincias. Años seleccionados

Indicador	Según zonas de SENPLADES			Según provincias		
	1990	2015	2016	1990	2015	2016
5-9 años						
Jurisdicción de mayor TM	1,4 (Zona 2)	0,3 (Zona 4)	0,3 (Zona 4)	1,6 (Napo)	0,5 (Napo)	0,5 (Napo)
Jurisdicción de menor TM	0,1 (Zona 7)	0,1 (Zonas 1,6,7)	0,1 (Zona 7)	0,1 (Loja)	0,0 (Santa Elena)	0,0 (Santa Elena)
Brecha absoluta	1,2	0,2	0,2	1,5	0,4	0,4
Brecha relativa	7,2	3,4	4	28,0	18,7	18,8
Coeficiente de Gini	0,267	0,176	0,186	0,304	0,299	0,316
10-14 años						
Jurisdicción de mayor TM	1,6 (Zona 5)	0,4 (Zona 1)	0,4 (Zona 1 y 5)	1,2 (Galápagos)	1,8 (Pastaza)	1,8 (Pastaza)
Jurisdicción de menor TM	0,3 (Zona 4)	0,1 (Zona 7)	0,1 (Zona 7)	0,1 (Carchi)	0,0 (Chimborazo)	0,0 (Guayas)
Brecha absoluta	1,3	0,2	0,2	1,1	1,8	1,7
Brecha relativa	4,8	2,5	2,5	10,2	46,8	46,2
Coeficiente de Gini	0,119	0,155	0,174	0,162	0,461	0,488
15-19 años						
Jurisdicción de mayor TM	2,9 (Zona 5)	1,6 (Zona 5)	1,6 (Zona 5)	1,9 (Sucumbíos)	0,2 (Sucumbíos)	1,0 (Orellana)
Jurisdicción de menor TM	0,6 (Zona 6)	0,3 (Zona 7)	0,3 (Zona 7)	0,4 (Pastaza)	0,1 (Santa Elena)	0,3 (Santa Elena)
Brecha absoluta	2,2	1,3	1,3	1,4	0,1	0,8
Brecha relativa	4,2	4,9	5,2	4,4	4,1	4,8
Coeficiente de Gini	0,103	0,082	0,089	0,115	0,141	0,138

Aclaraciones: 1. Dado que el coeficiente de Gini es un indicador que varía entre 0 y 1, se decide presentar sus valores con tres (3) decimales a fin de evidenciar con mayor precisión la evolución de las diferencias referidas. 2. El valor 0,0 se corresponde con indicadores inferiores a 0,1.

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC e información contenida en Sáenz Ozaetta (2007). Ver tablas 7 y 8 del Anexo.

De manera ilustrativa, el Figura 5.2.3.1 reconfirma la necesidad de que las acciones que se emprendan para avanzar hacia la efectiva realización de los derechos humanos – en este caso, de los derechos a la salud y a la vida mediante la reducción de la TM vinculada a las muertes susceptibles de ser contrarrestadas – deben estar en consonancia con los principios EBDH. Ello se desprende a partir de considerar que, en algunas provincias, el nivel de muertes de la población de 15 a 19 años consigue disminuir en el período 1990-2015 y luego asciende en 2016, marcando nuevos

desafíos a superar de cara al cumplimiento de los compromisos asumidos en el marco de la Agenda 2030 y el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo de 2013.

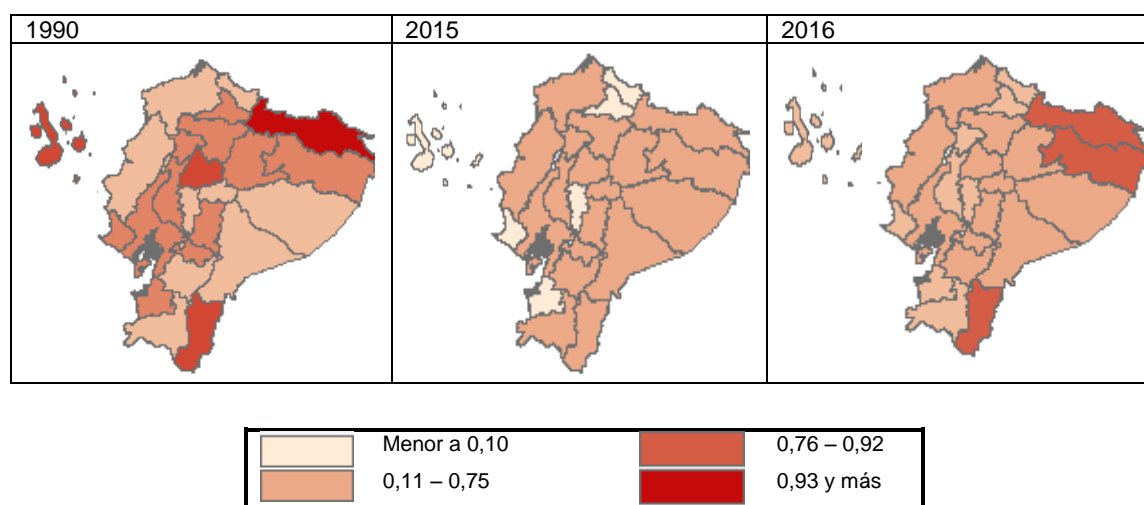


Figura 5.2.3.15 Ecuador. TM 15-19 por causas evitables según provincias. Por 1.000 habitantes. Años seleccionados

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC e información contenida en Sáenz Ozaetta (2007). Ver tablas 8, 8A y 5B del Anexo.

La reducción de la mortalidad por causas evitables más allá de los primeros años de vida exige tener en cuenta un conjunto de factores que implican un abordaje de la niñez y adolescencia más integral, y que trascienda la mera atención de la salud y la prevención de enfermedades específicas. Estos factores abarcan la educación, fundamentalmente a partir de la prevención de la deserción escolar (Aldea S.O.S., 2015); y, de manera más general, el descenso de pobreza en todas sus dimensiones. De acuerdo a Rodríguez (2012), en Ecuador, el 30,3% de hombres de 5-14 años presenta NBI y son pobres extremos el 31,6%; en las mujeres de esas edades, esos porcentajes equivalen a 30,3% y 31,4%, respectivamente. Si se considera exclusivamente a la población de 15 -18 años, los valores del indicador son, en el caso de los hombres, de 29,2% y 25,5%, en ese orden; y en el de las mujeres, de 29,4% y 25,8%, respectivamente. Todo ello indica que, aproximadamente, 3 de cada 10 personas comprendidas en estos tramos de edades presentan necesidades elementales no cubiertas y tienen mayor riesgo de morir por una causa que podría haberse evitado.

5.3. La mortalidad evitable en la niñez y adolescencia de Ecuador según criterios de evitabilidad

La desagregación de las muertes analizadas según criterios de evitabilidad, definidos de acuerdo al tipo de medidas que contribuyen a su reducción, permite comprender, en mayor medida, los avances concretados hasta el momento en Ecuador en relación con el ejercicio de derechos, y los desafíos por venir de cara al cumplimiento de los compromisos asumidos para 2030. Estos compromisos, a diferencia de los adoptados para 2015, hacen más énfasis en el monitoreo de las muertes atribuidas a determinados grupos de causas o causas específicas.

La Tabla 5.3.1 presenta la distribución de las muertes de acuerdo a estos criterios para niños menores de 5 años, así como las TM asociadas a cada uno de ellos. En aquellos que no han superado el año de vida, al inicio del período estudiado, predominan las muertes evitables por acciones ligadas al abordaje de patologías propias de la primera infancia (correspondientes con enfermedades del período perinatal), sucedidas de las defunciones evitables mediante acciones de saneamiento ambiental (agua potable, servicios de saneamiento, etc.) y las ligadas a patologías de las vías respiratorias.

Aunque con diferentes intensidades (que producen cambios en la distribución relativa de las muertes), las TM vinculadas a estos grupos de defunciones logran disminuir en todos los casos, así como también las relativas a otros grupos de causas evitables de menor incidencia en el total de muertes analizadas (Tabla 5.3.1). Entre estos últimos, se destacan especialmente el de las defunciones que podrían haberse evitado con medidas de prevención e inmunización, cuya TM varía en consonancia con las acciones llevadas a cabo por el Estado ecuatoriano detalladas anteriormente, dentro de las que se mencionan especialmente el Programa Ampliado de Inmunizaciones (con la erradicación del sarampión y la poliomielitis entre sus principales logros) y las derivadas de la Ley de vacunas financiadas directamente por el Estado⁶⁴. Estas medidas han sido complementadas incluso con el fortalecimiento de la planta de personal de salud dispuesto para provisión de tratamientos preventivos y la atención precoz de enfermedades, traducido en un incremento en la cantidad de médicos por

⁶⁴ En cumplimiento de compromisos de derechos asumidos por el Estado ecuatoriano, en el país, el 100% de los gastos en compra de vacunas son financiados por el gobierno. Así también, existe el plan multianual de inmunización exhaustivo y además se cuenta con el Sistema nacional para el monitoreo de eventos supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización (ESAVI) (OMS, 2017).

habitantes entre 2000 y 2016 (de 9 a 22 médicos por cada 10.000 habitantes entre esos años) (INEC, 2017).

Otra cuestión a resaltar se deriva del comportamiento de la TMI por enfermedades de la primera infancia, grupo de causas que, si bien manifiesta una caída cercana al 45% entre los extremos del período estudiado, incluye dgos de las principales causas de muerte entre los niños menores de 1 año, sobre las cuales es preciso redoblar los esfuerzos para continuar con la disminución del nivel de la mortalidad asociado. Concretamente: la dificultad respiratoria del recién nacido y la sepsis bacteriana, con participaciones equivalentes a 15.9% y 7,3%, respectivamente, en el total de muertes acaecidas en el grupo poblacional en 2016, de acuerdo a información difundida por el INEC (2017).

Al margen de este reto por superar, la reducción de las TM concretada hasta 2016 teniendo en cuenta gran parte de los criterios de evitabilidad ha sido posible merced de la ejecución de las acciones mencionadas y otras derivadas de programas como el de Micronutrientes desplegado a nivel nacional. Las acciones emprendidas desde este programa, orientado a mitigar deficiencias alimentarias que influyen directamente en la desnutrición y la prevención de ciertas enfermedades, han sido acompañadas con otras que se desprenden, por ejemplo, del programa “Mejor compra” (que busca establecer un equilibrio entre la economía del hogar y la calidad nutricional de consumo), la promoción de la lactancia materna y el acceso a la alimentación complementaria materno-infantil durante el embarazo y los primeros estadios de la infancia.

Como contrapartida a las reducciones de mortalidad señaladas (y los desafíos que se vislumbran para sostener e incrementar los avances en el tiempo), la Tabla 5.3.1 también muestra un incremento de la mortalidad debida a causas violentas. Este incremento resulta de suma gravedad pues trasciende la mera atención de la salud del niño y de la madre durante la gestación, al momento del parto y en los primeros días transcurridos desde el nacimiento, implicando el desarrollo de otras acciones de tipo más general. Entre ellas, la promoción de hábitos saludables, la prevención de conductas de riesgo, el despliegue de medidas específicas para evitar accidentes de diversa índole y de acciones en favor de la supresión de hechos de violencia de género e intrafamiliar⁶⁵.

⁶⁵ Las muertes violentas de mujeres embarazadas (ya sea por homicidio/femicidio o suicidio) suelen, con frecuencia, ser consideradas accidentes. Esto trae problemas en el registro de la

A partir del año de vida, la estructura de muertes evitables experimenta cambios, siendo un común denominador para todos los grupos etarios el hecho de que no se registren muertes por enfermedades propias de la primera infancia. Es así que, entre los 1 y 4 años de edad, en 1990, son más comunes, en orden de relevancia, las muertes evitables por medidas de saneamiento ambiental, las atribuidas a infecciones respiratorias y las que se producen como consecuencia de hechos de violencia (Tabla 5.3.1). Nuevamente, en este caso, las TM atribuidas a estos grupos logran reducirse, con excepción del de las muertes violentas (Tabla 5.3.1). Este panorama refuerza la necesidad de focalizar en medidas para evitarlas, fundamentalmente en razón de sus implicancias para el desarrollo de una vida plena y saludable con igualdad de oportunidades, tal y como postulan los principios que rigen los derechos humanos.

mortalidad, ocultando serias dificultades para el ejercicio de derechos a partir de la concepción (Campero, 2006).

Tabla 5.3.28. Ecuador. Distribución de las muertes de niños menores de 5 años por causas evitables según criterios de evitabilidad y grupo de edad (en porcentajes); y TM asociadas (por 1.000 nacidos vivos). Años seleccionados

Criterio de evitabilidad	Distribución de las muertes				TMI		TMM5	
	Menores de 1 año		1-4 años		1990	2016	1990	2016
	1990	2016	1990	2016				
Defunciones evitables por vacunación o tratamiento preventivo	2,7	1,3	6,5	1,4	0,5	0,1	0,9	0,1
Defunciones evitables por diagnóstico y tratamiento médico precoz	0,8	1,3	1,5	2,4	0,1	0,1	0,2	0,1
Defunciones evitables por medidas de saneamiento ambiental	23,7	2,6	45,7	7,1	4,0	0,2	6,8	0,3
Defunciones evitables por medidas mixtas, infecciones de las vías respiratorias	19,9	11,0	24,2	25,3	3,3	0,7	4,8	1,1
Defunciones evitables por medidas mixtas, enfermedades propias de la primera infancia	50,5	71,0	-	-	8,4	4,7	8,4	4,7
Defunciones evitables por medidas mixtas, muertes violentas	2,3	11,9	20,3	61,7	0,4	0,8	1,6	1,7
Resto de las defunciones evitables por aplicación de un conjunto de medidas mixtas	0,3	0,7	1,9	2,1	0,0	0,0	0,2	0,1
Todas las causas evitables	100,0	100,0	100,0	100,0	16,7	6,6	22,9	8,1

Aclaraciones: las celdas de valor (-) se corresponden con situaciones donde no se registran muertes por las causas referidas; las celdas de valor (0,0) se corresponden a TM inferiores a 0,1 por 1.000 nacidos vivos.

Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC e información contenida en Sáenz Ozaetta (2007). Ver tablas 2 y 9 del Anexo.

A medida que asciende la edad, la participación de las muertes atribuidas a causas violentas en el total de muertes evitables es cada vez mayor pero la TM vinculada logra reducirse en todos los casos, al igual que las TM asociadas a los demás grupos de causas evitables (Tabla 5.3.2). No obstante, esta reducción se produce con menor intensidad en relación a la de los restantes criterios, cuestión que deriva en un incremento del peso relativo del grupo de causas, con resultados menos que alentadores en relación al ejercicio de derechos, sobre todo para las y los adolescentes

de 15 a 19 años. En este grupo poblacional, 9 de cada 10 defunciones evitables se deben a hechos de violencia (Tabla 5.3.2).

La reducción de la mortalidad por causas violentas supone serios desafíos para avanzar en la efectiva garantía del ejercicio de los derechos, no solo en lo concerniente al derecho a la salud y más allá de la puesta a punto del sistema de atención de la salud en sus distintos niveles. Ello está dado en virtud de interdependencia de los derechos humanos, donde la falta de garantía para el ejercicio de algunos (educación, entorno familiar saludable, entre otros) repercute, inevitablemente, en el ejercicio de otros (en este caso, la salud y la vida).

Tabla 5.3.29 Ecuador. Ecuador. Distribución de las muertes de niños de la población de 5 a 19 años por causas evitables según criterios de evitabilidad y grupo de edad (en porcentajes); y TM asociadas (por 100.000 habitantes) ⁽¹⁾. Años seleccionados

Criterio de evitabilidad	Distribución de las muertes		TM	
	1990	2016	1990	2016
5-9 años				
Defunciones evitables por vacunación o tratamiento preventivo	8,0	4,2	3,4	0,6
Defunciones evitables por diagnóstico y tratamiento médico precoz	2,1	3,8	0,9	0,5
Defunciones evitables por medidas de saneamiento ambiental	20,1	5,9	8,6	0,9
Defunciones evitables por medidas mixtas, infecciones de las vías respiratorias	13,0	11,7	5,6	1,7
Defunciones evitables por medidas mixtas, muertes violentas	53,6	72,4	22,9	10,5
Resto de las defunciones evitables por aplicación de un conjunto de medidas mixtas	3,1	2,1	1,3	0,3
Todas las causas evitables	100,0	100,0	42,8	14,5
10-14 años				
Defunciones evitables por vacunación o tratamiento preventivo	4,9	3,1	2,2	0,5
Defunciones evitables por diagnóstico y tratamiento médico precoz	2,8	4,6	1,2	0,7
Defunciones evitables por medidas de saneamiento ambiental	12,8	3,1	5,7	0,5
Defunciones evitables por medidas mixtas, infecciones de las vías respiratorias	11,6	7,3	5,2	1,2
Defunciones evitables por medidas mixtas, muertes violentas	63,8	77,2	28,5	12,5
Resto de las defunciones evitables por aplicación de un conjunto de medidas mixtas	4,1	4,6	1,8	0,7
Todas las causas	100,0	100,0	44,7	16,2
15-19 años				
Defunciones evitables por vacunación o tratamiento preventivo	5,9	1,6	4,5	0,8
Defunciones evitables por diagnóstico y tratamiento médico precoz	3,5	1,5	2,7	0,7
Defunciones evitables por medidas de saneamiento ambiental	4,7	0,9	3,5	0,5
Defunciones evitables por medidas mixtas, infecciones de las vías respiratorias	3,7	3,6	2,8	1,8
Defunciones evitables por medidas mixtas, muertes violentas	71,2	87,9	54,2	43,6
Resto de las defunciones evitables por aplicación de un conjunto de medidas mixtas	11,1	4,5	8,4	2,2
Todas las causas	100,0	100,0	76,1	49,6

(¹) Las TM son expresadas por 100.000 habitantes a fin de facilitar su lectura e interpretación. Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC e información contenida en Sáenz Ozaetta (2007). Ver tablas 2 y 9 del Anexo.

En estricta relación los resultados presentados, un informe de la OPS, afirma que algunos factores generadores de violencia se presentan en la etapa de lactancia o la primera infancia, aumentando la probabilidad de que los niños se vean involucrados en actos de violencia en fases más avanzadas de su vida. Estos factores incluyen el déficit de atención con hiperactividad u otros trastornos de la conducta, el rendimiento escolar deficiente, el consumo de drogas y/o alcohol, el maltrato infantil, el desempleo, la intimidación, el acceso a armas de fuego, y la pobreza y desigualdad OPS-OMS (2016). Todos ellos potencian el desempeño de conductas de riesgo (personales, familiares y sociales), susceptibles de atentar contra su vida y la de sus pares.⁶⁶

En el caso específico de Ecuador, el problema de la violencia asume manifestaciones alarmantes. Esto se corrobora, por ejemplo, a partir de información difundida por el Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia (ODNA), que indica que 4 de cada 10 niños y adolescentes de 5 a 17 años del país sufren algún trato violento (ODNA, 2016). Lo más grave es que, considerando que la mayoría de los maltratos no se reportan a nivel oficial (UNICEF, 2015), es probable que esta cifra no refleje lo que ocurre en realidad, siendo, en la práctica, más elevada.

Por otra parte, y en asociación con situaciones de violencia interpersonal⁶⁷ que tienen mayormente lugar en la adolescencia y la juventud (que en numerosas ocasiones tienen como consecuencia la ocurrencia de fallecimientos por homicidio), deben considerarse la presencia de factores específicos, como el abuso en el consumo de alcohol (OMS, 2016). Tomando en cuenta este factor, un informe de la OMS (2016) determina que, a mayor consumo de alcohol, mayor probabilidad de cometer actos de intimidación, resultar herido en una pelea y de portar armas, todas cuestiones que podrían derivar en el deceso de una persona por causas violentas en el transcurso de la adolescencia. Así también, mayor probabilidad de suicidio o intento de suicidio, presentándose este último con mayor frecuencia en culturas donde se consume grandes cantidades de alcohol.

El abuso de alcohol como factor propiciador del suicidio y otros factores que favorecen el despliegue de conductas autodestructivas en la adolescencia (como por

⁶⁶ El concepto de evitabilidad y violencia es tratado por el investigador noruego Johan Galtung. Él define la violencia como aspectos que, siendo evitables, obstruyen el desarrollo de las capacidades de los seres humanos, como la satisfacción de necesidades básicas, que implica una limitación del ejercicio de los derechos humanos fundamentales (Galtung, 2016).

⁶⁷ “La violencia interpersonal es el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra otra persona, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (Krug et al., 2003, p.5).

ejemplo, el consumo de otras sustancias psicoactivas) deberían ser particularmente abordados en Ecuador, puesto que, al interior del país, la TM por esta causa en esta etapa de la vida manifiesta, desde 1990, una tendencia ascendente (Gerstner & Lara, 2019), y con algunos valores máximos entre 2006 y 2008 y 2011 y 2012 (Gerstner et al., 2018). Esta situación se registra principalmente en hombres de 15 a 19 años; de manera que urgen acciones focalizadas en esta población para contrarrestar las muertes referidas.

Sumadas a los homicidios y suicidios, las muertes por accidentes (incluidos los accidentes de transporte y los envenenamientos) completan el cuadro de muertes violentas⁶⁸. De acuerdo al INEC (2017), entre 1990 y 2016, las muertes violentas en Ecuador (considerando todas las edades) se incrementan en un 31% siendo, en el caso de la población menor de 20 años, más frecuentes entre los hombres (63% a diferencia del 37% asociado a mujeres), y mayormente vinculadas a causas externas de traumatismos accidentales (44%) y accidentes de transporte terrestre (28%). La TM asociada a estos últimos es superior entre los 15 y 19 años, a diferencia de poblaciones más jóvenes donde prevalecen más otros tipos de accidentes (por ejemplo, accidentes domésticos) (Gallegos et al., 2018).

Pese a la existencia de limitaciones en la calidad del registro de las defunciones mencionadas en capítulos y apartados previos, los resultados presentados en este trabajo, en la línea de estudios previos, reflejan una grave exposición de niños y adolescentes a la violencia, problema que puede ser prevenido socialmente con programas y planes adecuados. En Ecuador, son escasos los planes integrales exclusivos para la prevención de la violencia en la niñez y adolescencia en el período de tiempo bajo investigación (como, por ejemplo, de prevención del suicidio en la adolescencia; Gerstner & Lara, 2019). No obstante, cabe mencionar el Plan Nacional de Erradicación de la Violencia de Género de 2007 y las acciones que se desprenden más adelante (en 2018) del Plan Nacional de Prevención de la Violencia Contra la Niñez y Adolescencia y de Promoción de Parentalidades Positivas⁶⁹ en tanto esfuerzos realizados entre los años estudiados y posteriormente que podrían derivar en soluciones

⁶⁸ A su vez, la composición de las muertes violentas, y su magnitud y dinámica según las causas varía con acuerdo de la zona y provincia de residencia al interior del país (INEC, 2016).

⁶⁹ A propósito de los cuidados parentales, se hace especial referencia al caso de los niños afectados por procesos migratorios (ya sea por emigración de uno o ambos padres; o bien por inmigración junto con uno o ninguno de ellos). Las diferencias en relación a aquellos que no experimentan tales procesos en términos de la conformación familiar los hace comparativamente más propensos a no gozar del cuidado parental, colocándolos en mayor situación de riesgo frente a la ocurrencia de muertes con posibilidad de evitarse (INEC, 2006).

favorables para el ejercicio pleno de derechos a futuro, en consonancia con los compromisos asumidos para 2030.

5.4. Perspectivas en Ecuador frente al cumplimiento de las metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el Consenso de Montevideo

Como se anticipará, si bien los compromisos asumidos para 2015 en relación con el ejercicio del derecho a la salud de niños y adolescentes no refieren a causas de mortalidad específicas, sí lo hacen con relativo énfasis aquellos adoptados por los países con posterioridad a ese año, en este caso, a partir de metas incluidas en el plan de los ODS y la *Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*. Dado que estos últimos consideran como punto de partida 2015 (anteúltimo año contemplado en esta investigación) y tienen como plazo 2030, los indicadores abordados en este trabajo no posibilitan, inferir, con precisión, la situación del Estado ecuatoriano frente al cumplimiento de las metas referidas. Sin embargo, se propone aquí un ejercicio de aproximación a nivel nacional, teniendo en cuenta la adaptación de las metas al país (presentada en tablas 1.1.2 y 1.1.3), la magnitud de los indicadores que permiten su seguimiento y el sentido de la variación entre 2015 y 2016, de manera de indagar los desafíos que se vislumbran en el país para el alcance de las mismas.

La Tabla 5.4.1 sintetiza, en Ecuador, las posibilidades de monitoreo de las metas relacionadas con el principio de **progresividad y no regresividad** (tomando siempre como referencia a la población comprendida entre 0 y 19 años), así como también las perspectivas de su cumplimiento a futuro, teniendo en cuenta los valores que asumen los indicadores asociados al seguimiento de los compromisos en los años mencionados. De las cinco (5) metas allí presentadas, al momento, es factible hacer el seguimiento total de solo tres (3) de ellas. Al observar la dinámica de las TM que permitirían el monitoreo de la primera de estas metas (que implica eliminar la ocurrencia de las muertes evitables en niños de 0 a 4 años), es posible concluir que el país tiene un largo camino por recorrer para su cumplimiento, considerando sobre todo el ritmo al que se ha producido su descenso desde 1990.⁷⁰ A su vez, la TMM5 aumenta entre los años

⁷⁰ Aunque, en rigor, la Meta 2 del ODS 3 establece “Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos”, teniendo en cuenta que Ecuador parte de menores niveles de mortalidad detallados en su texto, es posible suponer que

analizados, lo que determina una contradicción con lo establecido desde el EBDH (pues efectivamente, bajo este enfoque, se corresponde con una situación de retroceso).

Aunque la segunda meta, alusiva a la reducción de la mortalidad por homicidios, no incorpora el detalle de la magnitud esperada en dicha reducción, a partir de la variación de las TM asociadas, puede suponerse también algunos retos para su alcance en Ecuador. Ello se desprende del sentido de la variación de las TM relativas a niños menores de 1 año y adolescentes de 10 a 14 años ya que para estos grupos, la TM se incrementa (en el primer caso), o bien, se mantiene constante (en el segundo caso) (Tabla 5.4.1).

Una situación similar a las anteriores se presenta al analizar la situación del país frente a la concreción de la tercera de las metas (relativa a la disminución del nivel de muertes por accidentes de tránsito), encontrándose grupos poblacionales en los cuales las TM no estarían evolucionando conforme al principio de **progresividad y no regresividad**. Concretamente: niños menores de 1 año y de 5 a 9 años (Tabla 5.4.1).

La Tabla 5.4.1 también da cuenta de las posibilidades de seguimiento en el país de la meta ODS relativa a la reducción de la mortalidad atribuida a la acción de productos químicos peligrosos, la polución y la contaminación de elementos esenciales para el desarrollo de la vida (aire, agua y suelo). Aunque, como se consigna en la misma, en esta ocasión estas posibilidades estarían dadas parcialmente y a partir de una aproximación, los resultados allí presentados revelan desafíos para alcanzar la meta, no solo en términos de los valores asociados sino, además, en lo concerniente al desarrollo de metodologías claves para su seguimiento, con base en los lineamientos establecidos a tales efectos por las Naciones Unidas (2020) y las posibilidades de los datos oficiales en Ecuador.

Adicionalmente, la Tabla 5.4.1 incorpora una quinta meta, cuyas chances de seguimiento exceden los objetivos planteados en este trabajo y las fuentes de datos empleadas para su consecución.

Al margen de las posibilidades de monitoreo de cada meta, los valores de las TM que permitirían (total o parcialmente) el seguimiento revela que Ecuador estaría parcialmente encaminado al cumplimiento de los compromisos derivados en cada caso (Tabla 5.4.1). Ello se desprende no solo de la magnitud de los indicadores en algunos tramos etarios (y de la distancia que media entre esas magnitudes y las esperadas en

la expresión “poner fin” alude a la supresión total de la proporción de muertes evitables en el total de muertes relevadas. De allí las conclusiones detalladas al respecto.

2030) sino también en virtud de incrementos que contradicen al principio de **progresividad y no regresividad**, fundamental para el ejercicio de los derechos humanos, con acuerdo de los tratados internacionales que los reconocen y los planes de acción basados en los enunciados vertidos en sus textos.

Tabla 5.4.30. Posibilidades de monitoreo en Ecuador de las metas establecidas en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el Consenso de Montevideo relacionadas con la reducción de la mortalidad por causas evitables en la niñez y adolescencia y asociadas al principio de *progresividad* y *no regresividad*. Perspectivas del país frente a su cumplimiento

Plan de Acción	Meta resumida	Posibilidad de monitoreo / Indicador(es) asociado(s)	Perspectiva frente al cumplimiento de la meta
Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013) ODS (2015)	Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años	Total / TMI = 6,7 y 6,6 por 1.000 nacidos vivos; TMM5 8 y 8,1 por 1.000 nacidos vivos	Encaminada parcialmente
	Para 2030, reducir la tasa de mortalidad por homicidios (adaptada a niños y adolescentes)	Total / TM 0-19 = 1,7 y 1,5 por 100.000 hab.; TMI = 0 y 0,0 por 1.000 nacidos vivos; TMM5 = 0,0 y 0,0 por 1.000 nacidos vivos; TM 5-9 = 0,7 y 0,5 por 100.000 hab.; TM 10-14 = 0,6 y 0,6 por 100.000 hab.; TM 15-19 = 5 y 4,4 por 100.000 hab.	Encaminada parcialmente
ODS (2015)	Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes por accidentes de tráfico (adaptada a niños y adolescentes)**	Total / TM 0-19 = 8,3 y 6,9 por 100.000 hab.; TMI = 0,1 y 0,1 por 1.000 nacidos vivos; TMM5 = 0,4 y 0,3 por 1.000 nacidos vivos; TM 5-9 = 4,5 y 4,7 por 100.000 hab.; TM 10-14 = 3,6 y 3,4 por 100.000 hab.; TM 15-19 = 18,3 y 13,9 por 100.000 hab.	Encaminada parcialmente
	Para 2030, reducir el número de muertes causadas por productos químicos peligrosos y por la polución y contaminación del aire, el agua y el suelo (adaptada a niños y adolescentes)	Parcial / TM 0-19 = 1,4 y 1,5 por 100.000 hab.; TMI = 0,3 y 0,1 por 1.000 nacidos vivos; TMM5 = 0,3 y 0,2 por 1.000 nacidos vivos; TM 5-9 = 0,4 y 0,3 por 100.000 hab.; TM 10-14 = 0,2 y 0,2 por 100.000 hab.; TM 15-19 = 0,3 y 0,1 por 100.000 hab.	Encaminada parcialmente
	Para 2030, reducir el número de muertes causadas por desastres (adaptada a niños y adolescentes)	****	-

Aclaraciones: a) algunas TM son expresadas por 100.000 habitantes a fin de facilitar su lectura e interpretación; b) el valor (0) se corresponde con 0 casos registrados y el valor 0,0 se asocia a TM de valor inferior a 0,1; c) en todos los casos, d) () el primer valor de cada indicador corresponde al año 2015 y el segundo, a 2016; e) () la metadato internacional propuesta para el monitoreo de la meta indica el cálculo de TM específicas (Naciones Unidas, 2020); f) () en esta investigación, se asume que el seguimiento de la meta es parcial en razón de que se decide aproximarlos a partir de la TM atribuida a defunciones evitables incluidas en la categoría "Defunciones evitables por medidas de saneamiento ambiental"; g) () para dar seguimiento a esta meta se requiere el número de personas fallecidas y reportadas como desaparecidas en ocasión de desastres (Naciones Unidas, 2020); este último excede las fuentes de datos utilizadas en este trabajo y los objetivos planteados en el marco de esta investigación

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC e información contenida en: UNICEF (1990), Naciones Unidas (1995), CEPAL (1996), Naciones Unidas (2001), UNICEF (2002), Sáenz Ozaetta (2007), CEPAL (2015), Naciones Unidas (2017) y Naciones Unidas (2020).

Finalmente, se evalúan las posibilidades que tendría actualmente Ecuador para hacer un seguimiento de las metas asumidas para 2030, relacionadas con el principio de **igualdad y no discriminación** (todas ellas detalladas en la Tabla 1.1.3 y relativas a la reducción de las diferencias en el nivel de la mortalidad evitable y por causas específicas de niños no indígenas e indígenas, no afrodescendientes y afrodescendientes, no pobres y pobres; personas en situación de vulnerabilidad y no en situación de vulnerabilidad). Si bien estas posibilidades podrían incluir alternativamente el desglose de la mortalidad por zona de residencia y/o provincia (tal y como se mostrara en capítulos y apartados previos), la calidad de los datos de defunciones relativa a las desagregaciones que se requieren puntualmente (etnia, raza, condición de pobreza) no permite dar seguimiento a las metas en la actualidad, planteándose así nuevos retos no solo para alcanzar las metas sino también para producir información que permita su efectivo monitoreo.

5.5. Conclusiones del capítulo

El contenido de los siguientes párrafos sintetiza los principales hallazgos de este capítulo:

- En consonancia con lo observado para la totalidad de causas, la TM de niños y adolescentes de Ecuador por causas evitables desciende entre 1990 y 2016. Sin embargo, este descenso no es paulatino, manifestándose, en algunos años, situaciones de retroceso, en disonancia con el principio de **progresividad y no regresividad** que rige los derechos humanos. Peor aún, en ocasiones, la participación relativa de estas causas en el total de muertes registradas aumenta, dando cuenta de dificultades concretas en el país para mantener los logros alcanzados en el tiempo.
- Al analizar la mortalidad por causas evitables de acuerdo al sexo, los hombres aparecen como los más afectados. Pese a ello, las TM asociadas consiguen reducirse con independencia del sexo y el grupo de edad, mayormente entre los 0 y 4 años. Esto último indicaría una concentración de los esfuerzos para reducir las muertes en las primeras etapas de la vida.
- Al igual que al considerar la totalidad de las muertes, la distribución geográfica de las muertes evitables revela retos para reducir las brechas, conforme al **principio de igualdad y no discriminación**. Una vez más, las provincias de una zona tienden a

ser homogéneas entre sí, pero es creciente la heterogeneidad entre las zonas. Frente a esta situación, los territorios donde se sitúa mayormente la población indígena aparecen como los más postergados.

- Atendiendo a las muertes según criterios de evitabilidad, se registran reducciones en las TM ligadas a acciones de prevención e inmunización, saneamiento ambiental y al abordaje de patologías propias de la primera infancia y del aparato respiratorio. Estos logros – consecuentes con mejoras en atención de la salud materno-infantil, la ampliación de la cobertura de vacunación y de la puesta en marcha de programas como el de micronutrientes, entre otros – contrastan con el incremento de la TM por causas violentas. Ello plantea la necesidad de redoblar los esfuerzos para abordar el tema integralmente, en todas sus dimensiones; especialmente en lo que atañe a la ejecución de programas para atender exclusivamente a niños y adolescentes en situaciones de violencia.
- Por último, aunque las perspectivas rumbo al alcance de las metas comprometidas para 2030 son esperanzadoras, se vislumbran desafíos que merecen ser destacados. Estos desafíos se desprenden de la necesidad de: a) introducir mejoras en la información oficial para el monitoreo de las metas propiamente dichas (dados los datos disponibles y la calidad que revisten, sobre en todo en términos de su capacidad de desglose); b) emprender acciones para acelerar la reducción de las TM vinculadas a las metas a fin de cumplirlas en el plazo indicado, considerando su ritmo de decrecimiento en los últimos decenios; y c) redoblar los esfuerzos para mantener en el tiempo logros que se van concretando, conforme a los principios contenidos en el EBDH.

Conclusiones

En este trabajo se analiza el comportamiento de la mortalidad de niños, niñas y adolescentes de Ecuador, entre 1990 y 2016, desde un enfoque de derechos. Para ello se tienen en cuenta las obligaciones asumidas por **el Estado como principal titular de obligaciones** frente a la comunidad internacional desde la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño y posteriores planes de acción derivados de conferencias basadas en los derechos reconocidos en su texto, que plantean metas al respecto.

Mediante el cálculo de medidas específicas de mortalidad con base en información oficial y con apoyo del Enfoque Basado en los Derechos Humanos (marco teórico, conceptual y metodológico que posibilita monitorear avances en el ejercicio de derechos humanos), los resultados evidencian, durante el período analizado y para la población estudiada en su conjunto, una reducción del nivel de muertes por todas las causas así como también por aquellas consideradas evitables, que son las que efectivamente comprometen el ejercicio de los derechos, en tanto cuentan con la posibilidad de ser contrarrestadas. Este avance (resultante de la adaptación de las obligaciones internacionales a la normativa local, la creación de instituciones en favor de los derechos de la infancia e inversiones concretas en el sistema de salud) no está desprovisto de desafíos pues, en ocasiones, la mortalidad manifiesta aumentos, en disonancia con el principio de **progresividad y no regresividad** contemplado en el enfoque de derechos.

Otros desafíos surgen al desagregar las muertes por sexo, edad y lugar de residencia, acusando serias dificultades para garantizar el ejercicio de los derechos universalmente y con igualdad de oportunidades, conforme lo establece el principio de **igualdad y no discriminación**. En relación al sexo, los hombres son los más afectados. Al tener en cuenta la edad, se percibe que los esfuerzos se han concentrado mayormente en los primeros años de vida (fundamentalmente, antes de cumplir el año de edad, en el período neonatal). Si se considera el lugar de residencia de las y los fallecidos, definido en función de provincias y zonas, el nivel de mortalidad en las primeras tienden a ser más homogéneos cuando pertenecen a una misma zona, sin embargo, la mortalidad a nivel zonal es cada vez más heterogénea, agudizándose las brechas regionales en el ejercicio de derechos, sobre todo en detrimento de las zonas que albergan mayor proporción de población indígena.

Un análisis de las muertes evitables en razón del criterio de evitabilidad (es decir, del tipo de medidas que hacen mayormente posible su reducción) aporta más elementos para comprender las diferencias en el nivel de la mortalidad según la edad. En este sentido, se observan importantes reducciones en las tasas de mortalidad atribuidas a enfermedades propias de la primera infancia (merced del despliegue de acciones en favor de la atención materno-infantil), a patologías evitables por tratamientos preventivos, precoces y/o vacunación, a aquellas evitables con medidas de saneamiento y a dolencias ligadas a enfermedades respiratorias. No puede concluirse lo mismo respecto de las muertes por causas violentas (accidentes, homicidio y suicidio), con niveles de mortalidad crecientes, sobre todo a mayor edad. Ello demanda la puesta en marcha de medidas más integrales, y que trascienden la organización y el fortalecimiento del sistema de salud.

En cuanto a la situación del país frente al cumplimiento de las metas comprometidas hasta 2015, los resultados apuntan situaciones disímiles: por una parte, se alcanzan las metas vinculadas al principio de *progresividad y no regresividad*, asumidas para el período 1990-2000; por otra parte, los esfuerzos resultan insuficientes para alcanzar las comprometidas para después de 2000, puesto que el ritmo de la reducción no permite alcanzar los valores esperados con anticipación al vencimiento de los plazos estipulados; finalmente, casi no resulta posible monitorear las metas asociadas al principio de ***igualdad y no discriminación***, a partir de las posibilidades de la información disponible, sobre todo en razón de sus limitaciones en cuanto a la capacidad de desglose (indígenas y no indígenas; afrodescendientes y no afrodescendientes, entre otras desagregaciones), a la vez que las brechas geográficas persisten. Un panorama similar se vislumbra cuando se analizan las perspectivas en el país para el cumplimiento de las metas internacionales comprometidas para 2030, encontrándose dificultades para mantener logros concretados y, a su vez, la persistencia de ciertas limitaciones en los datos para dar cuenta de avances y retrocesos respecto del cumplimiento de las metas, sobre todo en relación al monitoreo de las diferencias.

La falta de capacidad del Estado ecuatoriano para sostener avances en la reducción de la mortalidad, la permanencia de las brechas entre grupos etarios y sectores geográficos, y los problemas en la disponibilidad y calidad de datos que posibiliten el monitoreo cabal de los derechos relativizan los avances que muestran generalmente los indicadores promedio y que dejan invisibilizados a ciertos grupos poblacionales que pertenecen a otra etnia, raza o grupo social. Más allá del

reconocimiento de los esfuerzos para reducir la mortalidad, situaciones como estas constituyen un reflejo más de la desigualdad social.

En el país urge implementar políticas más inclusivas que vayan más allá de incrementar el presupuesto en salud o enunciar leyes que acompañen el reconocimiento de los derechos consagrados en el ámbito internacional. Otra cuestión a atender tiene que ver con la mejora y la calidad de los datos de los registros de defunciones y de salud en general, a fin de contar con información completa y confiable para la toma de decisiones acertadas, sobre todo en relación al comportamiento de las diferencias intersectoriales y atendiendo a las causas de muerte más comunes, cuyo análisis en profundidad merece ser tenido en cuenta en futuras investigaciones.

No menos importante es la administración de la salud y de los servicios y prestaciones incluidos al respecto. La universalización en el acceso a estos servicios debería tener lugar y ser de calidad, ya sea desde la gestión pública o privada.

La ocurrencia de una muerte evitable es responsabilidad no solo del Estado, sino también de todos los ciudadanos quienes tienen derecho (y por qué no, también la obligación) de exigir el respeto, la protección y la garantía de los derechos humanos sin distinción. Avanzar hacia la reducción de este tipo de muertes desde una perspectiva de derechos supone dar continuidad a las inversiones en calidad de vida llevadas a cabo hasta el momento, no solo en lo concerniente a la salud sino también en cuanto al ejercicio de otros derechos, dada la interdependencia de todos ellos.

Para llevar a la práctica el eslogan de la marca país de la nación “Ecuador ama la vida”, es preciso, entre otras cuestiones, trabajar mancomunadamente en favor de la supervivencia y la salud de las personas que más necesitan a partir de ciertas características que las tornan más vulnerables en comparación con el resto de la población (en este caso, niños, niñas y adolescentes dada su falta de madurez física y mental). Ello implica focalizar los esfuerzos en los subsectores más propensos a sufrir discriminación en el ejercicio de sus derechos (indígenas, pobres, entre otros grupos), promoviendo su reconocimiento y visibilización en los sistemas de información para la toma de decisiones que propicien su inclusión en la sociedad en tanto ciudadanos con los mismos derechos que el resto de la población.

Bibliografía

- Alza Barco, C. (2014). *El Enfoque Basado en Derechos*. En R. d. Superior, *Derechos Humanos y Políticas Públicas. Manual* (págs. 51-78). 978-84-617-0015-8.
- Abramovich, V. (2010). *El Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH) y la Cooperación. Una mirada crítica sobre sus fundamentos*.
- Aldeas SOS. (2015). *Estado de situación y análisis del ejercicio de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en Ecuador 2014 - 2015*. Quito
- Alvarado, A., Concha-Eastman, A., Spinelli, H., & Tourinho Peres, M. (2015). *Vidas truncadas: El exceso de homicidios en la juventud de América Latina, 1990-2010. Los casos de Argentina, Brasil, Colombia y México*. México Df: Colegio de México.
- Alvis-Guzmán, N., & Alvis-Estrada, L. (2009). *Costos económicos de la mortalidad evitable en Cartagena, Colombia, 2000-2005*. *Revista de Salud Pública*, 11, 970-978.
- Amores Leime, C. A., & Pérez Rodríguez, G. P. (2017). *La pertenencia étnica y el acceso a los servicios de salud: Caso de indígenas y afrodescendientes ecuatorianos en el periodo 2006-2015*. *Revista Publicando*, 4(11(1), 618-638. Recuperado a partir de: <https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/602>
- Arellano, N. L., Villota, I. V., & Castillo, L. C. L. (2016). *Impacto de las intervenciones de salud sobre la mortalidad infantil en Ecuador, período 1960-2013*. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 41(1), 57-70.
- Arrieta-Arrieta, A. M., Flórez-Tanús, Á. J., & Guzmán, N. A. (2018). *Impacto de la mortalidad evitable en los patrones de mortalidad de la Región Caribe, 1999-2014*. *Revista de Economía del Caribe*, (21), 27-56.
- Bay, G., & Orellana, H. (2007). *La calidad de las estadísticas vitales en la América Latina. Taller de expertos en el uso de estadísticas*. Santiago de Chile: CELADE.
- Behm, H. (1979). *Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina*. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*.
- Behm, H., & Rosero-Bixby, L. (1977). *La mortalidad en los primeros años de vida en los países de la América Latina: Ecuador 1969-1970*.
- Blum, R., & Nelson-Mmari, K. (2004). *The health of young people in a global context*. *Journal Of Adolescent Health*, 35(5), 402-418. doi: 10.1016/j.jadohealth.2003.10.007

- Borrás Santisteban, T. (2014). *Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad*. *Correo Científico Médico*, 05-07. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-438120140001.00002&lng=es&tlng=pt
- Breilh, J., & Tileira, Y. (2009). *Aceleración global y despojo en Ecuador: el retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal*. Quito: Universidad Andina Simon Bolívar.
- Breilh, J., Granda, E., Campaña, A., & Betancourt, O. F. (1983). *Ciudad y muerte infantil: "miserias" heredadas y modernas / The city and infant death: "inherited" and modern "poverties"*. (CEAS, Ed.) *Epidemiologia Científica: teoría e práctica*, 47-81.
- Bronfman, M., & Tuirán, R. (1994). *La desigualdad social ante la muerte: Clases sociales y mortalidad en la niñez / The social inequality in the attitude to health: Social classes and child mortality*. *Cuadernos médico sociales*, (9/30)53-75.
- Campa Cruz, M., Martínez Camejo, J., Russel Gonzalez, A., & Acosta Vidal, Z. (1995). *Algunos factores de riesgo de la mortalidad infantil, en un área de salud*. *Revista Cubana Medica Integral*, 11(2).
- Campero, L., Walker, D., Hernández, B., Espinoza, H., Reynoso, S., & Langer, A. (2006). *a contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México*. *Salud Pública de México*, (Supl. 2), s297-s306. Recuperado el 12 de 12 de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000800010
- Cano, I., & Santos, N. (2001). *Violência letal e desigualdade no Brasil*.
- Capa, H., & Lara, K. (2004). *Construcción de tablas de mortalidad de la población ecuatoriana con base en el censo 2001 y estadísticas vitales*. IX Encuentro de Matemáticas y sus aplicaciones. Quito.
- Cardona, D., Peláez, E., Tirza, A., Ribotta, B., & Alvarez, M. (2008). *Mortalidad por causas externas en tres ciudades latinoamericanas: Córdoba (Argentina), Campinas (Brasil) y Medellín (Colombia), 1980-2005*. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, 335-352.
- Ceballos, M. (2005). *Mortalidad Infantil según causas de muerte por regiones*. República Argentina 1997-2002. Asociación de Estudios de Población (AEPA) y Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. *tandil de la Argentina* 9.
- CELADE. (s.f.). *Taller sobre Principios y Recomendaciones para un Sistema de Estadísticas Vitales, Revisión 3, para países de América del Sur*. 2015.

- Celton, D., & Ribotta, B. (2004). *Las desigualdades regionales en la mortalidad infantil de Argentina. Niveles y tendencias durante el siglo XX. 1 Congreso de la asociación Latino-Americana de la Población.*
- CEPAL. (1996). Obtenido de:
https://www.cepal.org/celade/publicaciones/xml/2/36792/LC-G1920_esp.pdf
- CEPAL. (2006). *Compilación de observaciones finales del Comité sobre países de América Latina y el Caribe.*
- CEPAL. (2006). *Panorama Social de América Latina.*
- CEPAL. (2007). *La juventud en Iberoamérica Tendencias y Urgencias. Naciones Unidas, 40-44, 134-150.*
- CEPAL, N. (2010). *Mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: inequidades estructurales, patrones diversos y evidencia de derechos no cumplidos*
- CEPAL. (2011). "Mortalidad en la Niñez: Una base de datos de América Latina desde 1960". CEPAL. (2014). *Naciones Unidas. Los datos demográficos. Alcances, limitaciones y métodos de evaluación. Serie Manuales*
- CEPAL, Nro 82. *Santiago de Chile, Naciones Unidas, Los datos demográficos Alcances, limitaciones y métodos de evaluación. Santiago de Chile: Naciones Unidas.*
- CEPAL. (14 de 09 de 2015). Obtenido de
<http://repositorio.cepal.org/handle/11362/38935>
- Chackiel, J., & Maccio, G. (1978). *Evaluación y corrección de datos demográficos. Serie B. N.º 39. Santiago de Chile: División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CELADE). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Naciones Unidas*
- Chang Campos, Caroline J. (2017). *Evolución del sistema de salud de Ecuador: Buenas prácticas y desafíos en su construcción en la última década 2005-2014. Anales de la Facultad de Medicina, 78(4), 452-460.*
<https://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14270>
- Charlton, J., Holland, W., Lakhani, A., & Paul, E. (1987). *Variations in avoidable mortality and variations in health care. The Lancet(8537), 858.*
- Chisaguano, S. (2006). *La población indígena del Ecuador. Análisis de Estadísticas Socio-Demográficas. Quito: INEC.*
- Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional (CNII). (s.f.). *La niñez y adolescencia en el Ecuador contemporáneo: avances y brechas en el ejercicio de derechos, 102.*

- Coronado Padilla, F. H. (2016). *Objetivos de Desarrollo Sostenible. Revista Universidad de La Salle*, 7-11.
- Cuenca Herrera, W. P., Chamba Tandazo, J. J., & Luna Torres, R. M. (2017). *Incidencia de las variables socioeconómicas en la tasa de mortalidad infantil del Ecuador. Sur Academia: Revista Académica-Investigativa De La Facultad Jurídica, Social Y Administrativa*, 3(5). Recuperado a partir de <http://192.188.49.30/index.php/suracademia/article/view/253>
- Cunill Grau, N. (2010). *Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública. Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 41-72.
- David, A. (2011). *The state of the world's children 2011 - adolescence: an age of opportunity*. New York: UNICEF.
- De Cosio, F. G., Jiwani, S. S., Sanhueza, A., Soliz, P. N., Becerra Posada, F., & Espinal, M. A. (2016). *Late Maternal Deaths and Deaths from Sequelae of Obstetric Causes in the Americas from 1999 to 2013: A Trend Analysis*. (S. U. Gabriel Gebhardt, Ed.) *PLoS ONE* 11(9): e0160642. , 11
doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160642>
- de Figueiredo, P., Filho, W., Lunardi, V., & Pimpão, F. (2012). *Mortalidad infantil y prenatal: contribuciones de la clínica bajo la perspectiva de Canguilhem y Foucault. Latino-Am. Enfermagem*, 3.
- Epidemiológico, O. B. (2018). *De datos básicos a índices compuestos: una revisión del análisis de mortalidad*.
- Escobar, A., & Velasco, M. (2010). *Los niños y niñas del Ecuador a inicios del siglo XXI. Una aproximación a partir de la primera encuesta nacional de la niñez y adolescencia de la sociedad civil*.
- Faúndez Ledesma, H. (2004). *El Sistema Interamericano de Protección de los derechos humanos*. San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
- Fernández Aller, C. (2009). *Marco teórico para la aplicación del enfoque basado en derechos humanos en la cooperación para el desarrollo*. Madrid: Los libros de la Catarata.
- Freire WB., Ramírez-Luzuriaga MJ., Belmont P., Mendieta MJ., Silva-Jaramillo MK., Romero N., Sáenz K., Piñeiros P., Gómez LF., Monge R. (2014). *Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012*. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito-Ecuador. Obtenido de:

- https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
- Frenk, J., Frejka, T., Bobadilla, J., Stern, C., Lozano, R., Sepúlveda, J., & José, M. (1991). *LA Transición Epidemiológica en América Latina*. *Bol Of Sanit Panam*, 111(6).
- Galtung, J. (2016). *La violencia: cultural, estructural y directa*. En I. J. García Sánchez, J.
- Ferri Durá, R. Cotarelo, F. Fernández-Montesinos, F. Harto de Vera, & J. Galtun, Cuadernos de Estrategia 183. *Política y violencia: comprensión teórica y desarrollo en la acción colectiva* (págs. 147 - 168). Madrid: Ministerio de Defensa.
- Gallegos, A. D. P. P., Portalanza, A., Samaniego, C. E. E., Salazar, P. M., & García, A. R. G. (2018). *Mortalidad y Años de Vida Potencialmente Perdidos por Accidentes de Tránsito en Ecuador*. *CienciAmérica: Revista de divulgación científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica*, 7(1), 11-21.
- Gawryszewski, V. P., Sanhueza, A., Martínez-Piedra, R., Esca1.000la, J. A., & Souza, M. (2012). *Homicídios na região das Américas: magnitude, distribuição e tendências, 1999-2009* *Homicides in the Americas region: magnitude, distribution and trends, 1999-2009*. *Ciência & Saúde Coletiva* v17, 3171-82.
- Gerstner, R., & Lara Lara, F. (2019). *Análisis de tendencias temporales del suicidio en niños, adolescentes y adultos jóvenes en Ecuador entre 1990 y 2017*. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 42(1), 9-18.
doi:<http://dx.doi.org/10.23938/ASSN.0394>
- Gerstner, R. M. F., Soriano, I., Sanhueza, A., Caffè, S., & Kestel, D. (2018). *Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador*. *Revista Panamericana de salud pública*, 42, e100.
- Gispert, R., Arán Barés, M., & Puigdefàbre, A. (2006). *La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España*. *Gaceta Sanitaria*(20(3)), 184-193. Recuperado el 8 de noviembre de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000300004&lng=es&tlng=es
- Giusti, A., Ruiz, P., & Ribotta, B. (2017). *Plan de acción regional para el fortalecimiento de las Estadísticas Vitales y de Salud: informe final (Componente país)*. Managua, Nicaragua.
- Godoy, D. M. (2017). *Relaciones Y Tensiones Entre Lo Urbano Y Lo Rural*. ConGope,

- Consortio de Gobiernos Autónomos Provinciales del Ecuador.
- Gómez Arias, R. D. (2006). *La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria: Colombia 1985-2001*.
- Gómez-Arias, R. D., Nolasco Bonmatí, A., Pereyra-Zamora, P., Arias-Valencia, S., Rodríguez-Ospina, F. L., & Aguirre, D. C. (2009). *Diseño y análisis comparativo de un inventario de indicadores de mortalidad evitable adaptado a las condiciones sanitarias de Colombia*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26, 385-397.
- Gómez-Galan, M., Pavón, D., & Sainz, H. (2013). *El enfoque basado en derechos humanos en los programas y proyectos de desarrollo*. Madrid: CIDEAL.
- Gonzales, G., Galvez, A., & Jara1.000lo, M. (1988). *Socioeconomic factors and infant mortality in Ecuador, 1970-1981*. *Revista de Saúde Pública*, 273-280.
- Gonzalez Perez, G., Galvez Gonzalez, A. M., & Jara1.000lo Villarreal, M. (1988). *Factores Socioeconomicos y mortalidad infantil en el Ecuador 1970-1981*. *Saude Pub*.
- González, M. F. (2017). *La «posverdad» en el plebiscito por la paz en Colombia*. *Nueva sociedad*, (269). <https://biblat.unam.mx/hevila/Nuevasociedad/2017/no269/13.pdf>
- Grushka, C. (2014). *Casi un siglo y medio de mortalidad en la Argentina...* *Revista Latinoamericana de Población*, 8(15), 93-118.
- Gutierrez Peña, R. I., & Gómez Vásquez, G. M. (2019). *Efectividad de la fortificación de alimentos con hierro para la prevención de la anemia en niños de 6 meses a 5 años*
- Guzmán, J. M. (1984). *La Mortalidad en México; Niveles, tendencias y determinantes del 6 al 9 de noviembre de 1984*. *Mortalidad Infantil y diferenciación Socio-Geográfica en América Latina, 1960-1980*.
- Guzmán, A. B., Valarezo, D. P., Álvarez, P. C., & López, F. P. (2011). *Resultante perinatal asociada a parto pretérmino en la maternidad "Enrique C. Sotomayor", Guayaquil, Ecuador. Período junio-agosto 2009*. *Medicina*, 16(3), 203-208. <http://editorial.ucsg.edu.ec/ojs-medicina/index.php/ucsg-medicina/article/view/68>
- Hallo y Rodríguez, D. y. (2014). *Mortalidad infantil en el Ecuador*. Pontificia Universidad Católica Del Ecuador *Teoría y Política Fiscal*
- Hernández, M. (2008). *Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones*. *Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud*, 86-97
- Herrera, W. P. C., Tandazo, J. J. C., & Torres, R. M. L. (2017). *Incidencia de las*

- variables socioeconómicas en la tasa de mortalidad infantil del Ecuador. *Sur Academia: Revista Académica-Investigativa de la Facultad Jurídica, Social y Administrativa*, 5(1).
- Holland W, & Fitzsimons B. (1990). *La mortalidad evitable: su uso en los países en desarrollo*. *Bol Invest Serv Salud*, 5.
- Houweling, T., Kunst, A., Borsboom, G., & Mackenbach, J. (2006). *Mortality inequalities in times of economic growth: time trends in socioeconomic and regional inequalities in under 5 mortality in Indonesia, 1982–1997*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62-68.
- INEC. (s. f.). *Pobreza por Necesidades Insatisfechas*. Recuperado 22 de junio de 2020, de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/pobreza-por-necesidades-basicas-insatisfechas/>
- INEC. (s. f.). <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>. Acceso 9 de enero de 2020.
- INEC. (2016b, diciembre). *Reporte de Pobreza y Desigualdad*. Obtenido de: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2016/Diciembre_2016/Reporte%20pobreza%20y%20desigualdad-dic16.pdf
- INEC. (2017). *Registro Estadístico de Nacidos vivos y Defunciones 2016*. Obtenido de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/Presentacion_Nacimientos_y_Defunciones_2016.pdf
- INEC. (2017). *Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud - RAS 2016*. Recuperado el 1 de 11 de 2018, de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2016/Presentacion_RAS_2016.pdf
- INEC. (20 de 1 de 2018). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*. Obtenido de Ecuador en Cifras: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Cam_Egre_Hos_2016/Anuario_camasyegresos_hospitalarios_2016.xlsx
- Irwin, L., Siddiqi, A., & Hertzman, C. (2007). *Desarrollo de la Primera Infancia: Un Potente Ecuadorizador*. Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- Jiménez-Barbosa, W. G., Granda-Kuffo, M. L., Ávila-Guzmán, D. M., Cruz-Díaz, L. J., Flórez-Parra, J. C., Mejía, L. S., & Vargas-Suárez, D. C. (2017).

- Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano. Universidad y Salud*, 19(1), 126-139. doi:<http://dx.doi.org/10.22267/rus.171901>
- Jorge, M., Laurenti, R., & Gotlieb, S. (2007). "Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC.". *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 643-654.
- Kossarova, L., Holland, W., Nolte, E., & McKee, M. (2009). *Measuring avoidable mortality: methodological note*.
- Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, DC: OPS; 2003
- León, M., Rosero, J., & Vos, R. (2008). *El Reto de Alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Ecuador*. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/55458.pdf>
- Lerner, S., & Szasz, I. (2008). *Salud reproductiva y condiciones de vida en México. México D. F.: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad*.
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). *Sistema de salud de Ecuador. Salud Pública de México*, 53(Supl. 2), 177-187. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s177-s187/es>
- Maluk, N. (2005). *Flacso. Recuperado el 25 de abril de 2015, de Flacso: http://www.flacso.org.ec/docs/mm_acercariesgos.pdf*
- Marco Navarro, F. (s.f.). *El cuidado de la niñez en Bolivia y Ecuador: derecho de algunos, obligación de todas*.
- Mazzeo, V. (2005). *¿Qué debemos mejorar en el registro de las estadísticas vitales? Población de Buenos Aires*, 69-76. Recuperado el 11 de 11 de 2018, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74020209>
- Mazzeo, V. (2015). *La mortalidad infantil en Argentina. Análisis de sus cambios y de las diferencias regionales. Población y desarrollo- Argonautas y caminantes*, 10, 9-20.
- Medina H, F., & Galván, M. (2008). *Descomposición del coeficiente de Gini por fuentes de ingreso: Evidencia empírica para América Latina 1999-2005 . En CEPAL, Serie Estudios estadísticos y prospectivos. Santiago de Chile: CEPAL*.
- Meza, R. E., & Alvarez, D. B. (2014). *Mortalidad en niños de uno a cuatro años en Costa Rica desde 1920 al año 2009. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI(613)*, 827-838.
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *datos esenciales de salud 200-2010*. 28.

- Ministerio de Salud Pública. (2013) *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)* [Internet]. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2013 [citado 10 Oct 2015]. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Ministerio/sub_gobernanza_salud/manual_mais_2013.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Control Prenatal. Guía Práctica*. Recuperado el 20 de noviembre de 2018, de <http://salud.gob.ec>
- Molina, C. A. G., & López, M. V. L. (1995). *Mortalidad evitable: el caso de la frontera norte de México, 1980-1990*. *Cadernos de Saúde Pública*, 11, 395-407.
- Molina, A., Rosero, J., León, M., Castillo, R., Jácome, F., Rojas, D., ... & Cuevas, F. (2016). *Reporte de pobreza por consumo Ecuador 2006-2014*. Consultado el, 20(06), 2016.
- Morales Tobar, M. (2003). *Derechos humanos y Tratados que los contienen en el Derecho Constitucional y la Jurisprudencia de Ecuador*. *Ius et Praxis*, 91-115.
- Murray, J., & López, A. (1996). *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Ginebra: World Health Organization.
- Naciones Unidas. (1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*. Nueva York: ONU. Obtenido de <https://www.unfpa.org>
- Naciones Unidas. (2001). *Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales: La pobreza y el Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales*. Ginebra: COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES.
- Naciones Unidas. (2016). Obtenido de <http://www.un.org/es/1.000lenniumgoals/>
- Naciones Unidas. (2017). Obtenido de <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Nolte, E., & McKee, M. (2004). *Does health care save lives? Avoidable mortality revisited*. *The Nuffield Trust*, 139. Recuperado el 9 de noviembre de 2018, de <http://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/15535>
- Nyamu-Musembi, C., & Cornwall, A. (2004). *What is the "rights-based approach" all about? Perspectives from international development agencies*. Brighton: Institute of Development Studies.
- ODNA (2016) *Niñez y adolescencia desde la intergeneracionalidad Ecuador 2016*

- https://www.unicef.org/Ninez_Adolescencia_Intergeneracionalidad_Ecuador_2016_WEB2.pdf
- ONU. (2006). *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo*. Nueva York y Ginebra: Oficina del alto comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos.
- ONU. (2016). *Demographic Yearbook*. New York: United Nations.
- ONU. (2018). *World Drug Report 2018 (United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9). GLOBAL OVERVIEW OF DRUG DEMAND AND SUPPLY Latest trends, cross-cutting issues*
https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_2_GLOBAL.pdf
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2018). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Las condiciones de salud de las Américas*. Washington.
- Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Información y Análisis de Salud. (29 de 08 de 2015). *Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Glosario de Indicadores*. Washington DC.
Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/glosario-spa-2014.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Resúmenes Metodológicos en Epidemiología: Análisis de la situación de salud (ASIS)*. *Boletín Epidemiológico [Internet]*. 1999 Sep [citado 24 Sep 2015];20(3). Disponible en: http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/publicaciones/Epidemiologico/BE_v20n3.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Lineamientos Básicos para el análisis de la mortalidad*. Washington, DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Informe de País del PAI Ecuador 2017*.
Obtenido de:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=perfiles-paises-im-1809&alias=4801-ecuador-perfil-pais-801&Itemid=270&lang=en
- Organización Panamericana de la Salud. (octubre de 22 de 2018). *Hiss.paho.org*.
Obtenido de <https://hiss.paho.org/pahosys/ame.php>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Informe final sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en la Región de las Américas*,

Final Report on the Health Related Millennium Development Goals in the Americas

Organización Panamericana de la Salud OPS. (2019). datos de Mortalidad Obtenido de <https://hiss.paho.org/pahosys/ame.php>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Recuperado el 2018, de Desarrollo en la adolescencia: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organization, W. H. (2013). *Strengthening civil registration and vital statistics for births, deaths and causes of death: resource kit*. Luxembourg: HMN/WHO/The University of Queensland/Australian.

OPS/OMS (2007) *La equidad en la mira: la salud* , Disponible en:

https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=58-la-equidad-en-la-mira-la-salud-publica-del-ecuador-durante-las-ultimas-decadas&category_slug=publications&Itemid=599

OPS – HA (2015) *Glosario de Indicadores Básicos de la OP*, Disponible en:

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/glosario-spa-2014.pdf>
pública en Ecuador durante las últimas décadas (Quito: OPS/MSP/CONASA).

OPS - OMS (2016) *La prevención de la violencia juvenil: panorama general de la evidencia*.

Washington, DC: OPS, 2016 Recuperado 9 de junio de 2020, de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28248/9789275318959_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y&ua=1

OMS. (2016). *Violencia interpersonal y alcohol*. Recuperado 9 de junio de 2020, de

https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/pb_violencealcohol_es.pdf?ua=1

Patton, G., Coffey, C., Sawyer, S., Viner, R., Haller, D., Bose, K., Vos, T., Ferguson, J. and Mathers, C. (2009). *Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data*. In: *Lancet* 2009. pp.374: 881–92.

Peláez, E. (2016). *Análisis del nivel y cambio de la mortalidad joven y adulta en la Provincia de Córdoba entre 1980 y 1995*. *Anais*, 2147-2182.

<http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/anais/article/download/926/891>

Pineda Perez, S., & Alino Santiago, M. (s.f.)

http://www.sld.cu/galerias/pfd/sitios/prevemil/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf

- Ponce, J. (2007). *II Informe nacional de los objetivos de desarrollo del milenio [II Inform of the millennium development goals]*. Ecuador. United Nations.
<https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/55522.pdf>
- Poikolainen, K., & Eskola, J. (1998). Health services resources and their relation to mortality from causes amenable to health care intervention: a cross-national study. *International Journal of Epidemiology*, 17(1), 86-89.
- Publico, M. d. (2008). *Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal*. Sistema Nacional de Salud.
- Ribeiro, E., Borges, D., & Cano, I. (2015). *Calidad de los Datos de "Conferencia sobre la calidad de datos de homicidio en América Latina"*. Bogotá: Laboratorio de Análisis de la Violencia-Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Ribotta, B. (2016). Causas de defunción mal definidas en las provincias de Argentina, 2011-2013. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.*, 14(3), 86-95.
- Rodríguez Vignoli, J. (2001). *Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes*. Población y desarrollo.
- Rodríguez, W. F. A., & Proaño, F. T. (2016). *Violencia y Protección Internacional: relatos de niños y niñas en la frontera norte del Ecuador*. *Universitas: Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, (25), 97-119.
- Rodríguez, E. (2012). *Jóvenes ecuatorianos en cifras. Indicadores claves de la década 2001-2010 y proyecciones al 2050*.
<http://openbiblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/54762.pdf>
- Rojas Cabrera, E. S. (2012). *La reducción de la mortalidad infantil en Argentina, ¿avance en la garantía de los derechos del niño? Un análisis a partir de las tendencias en el período 1990-2009*. Córdoba.
- Rojas Cabrera, E. S. (2014). "Ellos también cuentan": la mortalidad de los niños y adolescentes de 5-19 años. (Argentina, 1997-2010). *Revista Chilena de Salud Pública*, 43-51. Obtenido de <http://revistas.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/30754/32500>
- Rojas Cabrera, E. S. (2015). *Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes de dos ciudades del Cono Sur: Córdoba (Argentina) y Porto Alegre (Brasil), 1990-2010*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29-37.
- Rojas, E. (2012). *La reducción de la mortalidad infantil en Argentina, ¿avance en la garantía de los derechos del niño? Un análisis a partir de las tendencias en el período 1990-2009*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Rojas Galarza, E. F. (2017). *Nivel de conocimiento sobre la prevención de la anemia*

- infantil en madres que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud sesquicentenario callao-2017.*
- Romero, M., & Garay, I. (2015). *Mortalidad infantil y el acceso al recurso humano de salud. Tres años de revisión; 2009-2011. Poblacion Y desarrollo- Argonautas y Caminantes*, 71-79.
- Romero-Sandoval, Natalia, Alcázar, Diego Del, Pastor, Jacob, & Martín, Miguel. (2019). *Mortalidad infantil en Ecuador asociada a factores socioeconómicos durante los últimos 30 años. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 19(2), 295-301. Epub July 22, 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000200003>
- Roselli, D., Tarazona, N., & Aroca, A. (2014). *La salud en Colombia 1953-2013: Un análisis de estadísticas vitales. Revista Medicina*(36), 120-135.
- Rutstein, D., Berenberg, W., Chalmers, T., Child, C., Fishman, A., & Perrin, E. (1976). *Measuring the quality of medical care. A clinical method. N Engl J Med*, 294(11), 582-588.
- Rubio, Ivonne, Santoro, Anabella, Alberti, Marta, Pizorno, Elina, Fernández, Alicia, Gutiérrez, Carmen, Montano, Alicia, Ferrari, Ana María, Silva, Beatriz, & Hackembruch, Cecilia. (2007). *Mortalidad evitable en pediatría: Un aporte a la planificación de la atención a la salud de los niños. Revista Médica del Uruguay*, 23(3), 145-152. Recuperado en 22 de mayo de 2020, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902007000300003&lng=es&tlng=es.
- Sáenz Ozaetta, R. (2007). *Muertes que pudieron evitarse en Ecuador. (UEES, Ed.) Podium 9 y 10*, 51-70.
- Salazar, P. (2007). *Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Ecuador. In Equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas (pp. 448-451). CONASA. <https://pdfs.semanticscholar.org/00f1/ba0285b591358ea14353587340bb33de087b.pdf>*
- Salud, R. I. (2009). *Indicadores Básicos de Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: Organización Panamericana de la Salud.*
- Sánchez González, D., & Egea Jiménez, C. (julio-diciembre de 2011). *Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales. Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. Papeles de Población*, 17(69), 151-185.

- Santillán Pizarro, M. M., Rojas Cabrera, E. S., Celton, D. E., & Ribotta, B. (2011). *Reduction in infant mortality from the rights perspective: a comparison between Argentina and Brazil*. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 321-336. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982011.000200005>
- Santillán Pizarro, M. M., & Rojas Cabrera, E. S. (2013). *La reducción de la mortalidad infantil en Argentina, Brasil y Uruguay. Entre intenciones, logros y desafíos*. *Poblacion y Salud en Mesoamerica*.
- SENPLADES. (2012). *Registro oficial* http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/05/REGISTRO-OFICIAL_DISTRITOS-Y-CIRCUITOS.pdf
- SENPLADES (2015) *Rendición De cuentas 2014* <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2015/01/Informe-rendici%C3%B3n-de-cuentas-Zona-3-.pdf>
- SENPLADES (2015) *Agenda Zonal, Zona 2, Centro Norte* <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/10/Agenda-zona-2.pdf>
- SENPLADES, INEC, & PNUD, S. (2015). *Objetivos del Milenio–Balance Ecuador 2014*. <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/11/Objetivos-del-Milenio-Balance-2014.pdf>
- SENPLADES. (2019). *Agendas Zonales Zona 2*. Recuperado 24 de junio de 2020, de <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/06/Agenda-Coordinaci%C3%B3n-Zonal-Z2-2017-2021.pdf>
- SENPLADES. (2019). *Agendas Zonales Zona 3*. Recuperado 24 de junio de 2020, de <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/06/Agenda-Coordinaci%C3%B3n-Zonal-Z3-2017-2021.pdf>
- Soria, C., Nieto, N., Villacís, J. E., Lainez, S., & Cartelle, M. (2016). *Brote por Serratia marcescens en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: Guayaquil-Ecuador*. *Revista chilena de infectología*, 33(6), 703-705. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0716-10182016000600016&script=sci_arttext
- SIISE.(2003) *Desarrollo social y pobreza en el Ecuador, 1990–2001*. Capítulo VII. http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/pubsii/pubsii_0033.pdf

- Serfaty, E., Foglia, L., Masaútis, A., & Negri, G. (2003). *Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes de 10-24 años, Argentina 1991-2000*. *Revista Argentina de psiquiatría*, 40-8.
- Simonato, L., Ballard, T., Bellini, P., & Winkelmann, R. (1998). *Avoidable mortality in Europe 1955-1994: a plea for prevention*. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 52(10), 624 - 630.
- Sociedad Argentina de Pediatría (2017). *Deficiencia de hierro y anemia ferropénica. Guía para su prevención, diagnóstico y tratamiento* https://sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_deficiencia-de-hierro-y-anemia-ferropenica-guia-para-su-prevencion-diagnostico-y-tratamiento--71.pdf
- Spinelli, H., Alazraqui, M., Calvelo, L., & Arakaki, J. (2000). *Mortalidad infantil Un indicador para la gestión local , Análisis de la mortalidad infantil de la Provincia de Buenos Aires en 1998*. Buenos Aires: OPS, OMS.
- Taucher, É. (1978). *Mortality in Chile, 1955 -1975: trends and causes*. *Notas de Población*, 113-142.
- Tamargo, M. D. C. (2007). *El subregistro de nacimientos: el análisis de las variables de género y etnia en Ecuador*. Inter-American Development Bank. <http://www.iin.oea.org/boletines/boletin6/publicaciones-recibidas-esp/BID-EI-subregistro-de-nacimientos.pdf>
- Tobias, M., & Jackson, G. (2001). *Avoidable mortality in New Zealand, 1981–97*. *Australian and New Zealand journal of public health.*, 25(1), 12 - 20.
- Tobias, M., & Yeh, L. (2009). *How much does health care contribute to health gain and to health inequality? Trends in amenable mortality in New Zealand 1981–2004*. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*(33), 70-78.
- Torrado, S. (1995). *Vivir apurado para morirse joven: reflexiones sobre la transferencia intergeneracional de la pobreza*. *Revista Sociedad*, 7.
- UN Millennium Project. (2005). *Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe*. United Nations Publications.
- UNICEF. (s.f.). Obtenido de https://www.unicef.org/spanish/crc/index_30229.html
- UNICEF. (1990). *Convención sobre los Derechos del Niño, Introducción*. Recuperado el 05 de 11 de 2017, de UNICEF: <https://www.unicef.org/spanish/crc/>
- UNICEF. (2002). Obtenido de: [https://www.unicef.org/lac/Un_mundo_apropiado_para_los_ninos_y_las_ninas\(2\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Un_mundo_apropiado_para_los_ninos_y_las_ninas(2).pdf)

- UNICEF. (s.f.). *CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO*. Obtenido de https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf
- UNICEF. (2015). *Ocultos a plena luz: un análisis estadístico de la violencia contra los niños. Resumen*. <https://www.unicef.org/ocultos-a-plena-luz.pdf>
- UNICEF. (2019). *UNICEF para cada niño*. Recuperado 24 de junio de 2020, de <https://www.unicef.org/ecuador/desnutrici%C3%B3n>
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). (2013). *global study on homicide: trends, contexts, data*.
- UNTC. (2019). Recuperado de https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-11&chapter=4&clang=_en
- Vásconez Rodríguez, A. (2006). *Jóvenes y mercado de trabajo en el Ecuador*. (L. Martínez Valle, Ed.) Quito: FLACSO, CEPAL.
- Velasco, Margarita, Solís, Paola. (2012). *Niñez, migración y frontera: una aproximación a la vida fronteriza de la infancia en el sur y norte del Ecuador*. Quito, Ecuador: Save the Children y Fundación Observatorio Social del Ecuador.
- Velasco, M., Álvarez, S., Carrera, G., & Vásconez, A. (2014). *La niñez y adolescencia en el Ecuador contemporáneo: avances y brechas en el ejercicio de derechos*. Quito, Ecuador: MIES, CNII, Plan Internacional, ODNA, UNICEF.
- Velásquez-Hurtado, J. E., Rodríguez, Y., Gonzáles, M., Astete-Robilliard, L., Loyola-Romaní, J., Vigo, W. E., & Rosas-Aguirre, Á. M. (2016). Factores asociados con la anemia en niños menores de tres años en Perú: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2007-2013. *Biomédica*, 36(2), 220-229.
- Vergara Duarte, M., Benach, J., Martínez, J., Buxó Pujolràs, M., & Yasui, Y. (2009). La mortalidad evitable y no evitable: distribución geográfica en áreas pequeñas de España (1990-2001). *Gaceta Sanitaria*, 23(1), 16-22. Recuperado el 08 de 11 de 2018, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213911120090001.00005&lng=es&tlng=es.
- Villacis, B., & Carrillo, D. (2012). *la nueva cara sociodemográfica del Ecuador*. *Analitika*, 14.
- Villar, C., & Martín, A. (2001). *La Convención sobre derechos del niño*. En UNICEF, *Educación para el desarrollo y cooperación internacional* (págs. 199- 201). Madrid: Complutense.
- Vos, R., Cuesta, J., León, M. et al. *Mortalidad Infantil, Equidad y Eficiencia: Un Análisis*

- Costo-Efectivo de Alcanzar la Meta del Milenio en Ecuador. *Eur J Dev Res* 18, 179–202 (2006). <https://doi.org/10.1080/09578810600708130>
- Waiselfisz, J. J. (2008). *Mapa da Violência. Os jovens da América Latina 2008*. São Paulo: Rede de Informação Tecnológica Latino-Americana, RITLA. Recuperado el 1 de 12 de 2018, de:
https://www.mapadaviolencia.org.br/publicacoes/Mapa_2008_al.pdf
- Waiselfisz, J., & Athias, G. (2005). *Mapa da violência de São Paulo*. UNESCO.
- Welti, C. (2007). *Demografía, Vol I. México, Programa Latinoamericano de Actividades en Población PROLAP-IISUNAM*.
- Westerling, R. (1993). Indicators of “avoidable” mortality in health administrative areas in Sweden 1974–1985. *Scandinavian journal of social medicine*, 21(3), 176 - 187.
- Yunes, J., & Zubarew, T. (1999). *Mortalidad por Causas Violentas en Adolescentes y Jóvenes: Un Desafío para la Región de las Américas*. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2, 102-171.
- Zacca Peña, E., Gran Álvarez, M., Martínez Morales, M., & Fernández Viera, M. (2010). *Calidad de las estadísticas de mortalidad en Cuba según cuantificación de causas de muertes imprecisas*. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36, 102-108.
- Zerquera Rodríguez, J., Cabada Martínez, Y., Zerquera Rodríguez, D., & Delgado Acosta, M. (2015). *Factores de riesgo relacionados con bajo peso al nacer en el municipio Cienfuegos*. Obtenido de Medisur:
<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2861/1720>

Anexo

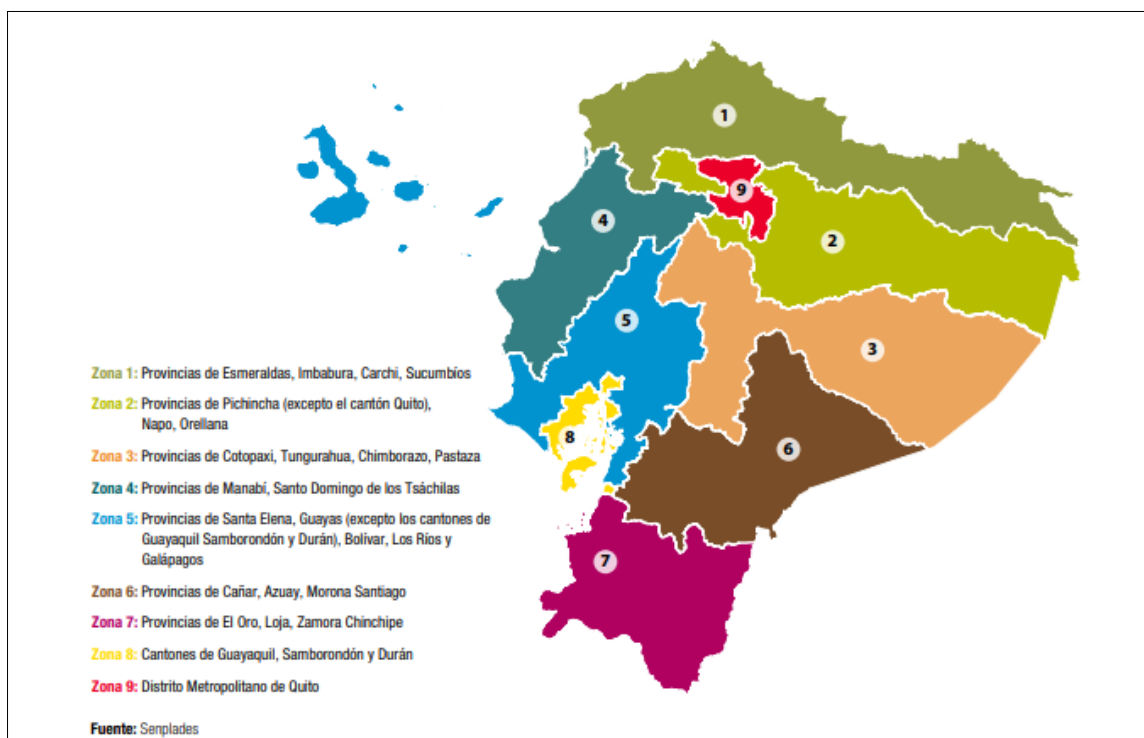


Figura 1 Ecuador. División Territorial según SENPLADES
 Fuente: IGM a través de Geoportal Ecuador.

Tabla 1. Ecuador. Defunciones de la población de 0-19 años por grupo de edad. Período 1990-2016

Año	Total 0-19 años	Menores de 1 año	0-27 días			28-365 días	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años
			Total	0-6 días	7-27 días					
1990	14.341	7.975	3.246	2.126	1.120	4.729	3.375	935	833	1.223
1991	14.016	7.452	2.461	1.329	1.132	4.991	3.357	985	885	1.337
1992	13.565	6.978	2.372	1.342	1.030	4.606	3.433	977	865	1.312
1993	12.981	7.044	2.414	1.428	987	4.630	2.879	883	862	1.313
1994	11.629	6.125	2.517	1.722	795	3.608	2.751	821	734	1.198
1995	11.222	5.563	2.367	1.657	710	3.196	2.692	820	710	1.437
1996	10.637	5.404	2.357	1.653	704	3.047	2.316	773	723	1.421
1997	10.858	5.493	2.392	1.672	720	3.101	2.505	689	791	1.380
1998	10.563	5.186	2.304	1.620	684	2.882	2.409	750	758	1.460
1999	10.350	5.372	2.465	1.732	733	2.907	2.094	781	707	1.396
2000	10.386	5.470	2.570	1.780	790	2.900	2.091	730	744	1.351
2001	10.061	4.800	2.254	1.567	688	2.546	2.110	690	759	1.702
2002	9.557	4.530	1.878	1.112	765	2.652	2.032	817	640	1.538
2003	8.625	3.985	1.398	636	762	2.587	1.800	638	726	1.476
2004	8.290	3.933	1.464	663	801	2.469	1.581	663	664	1.449
2005	7.980	3.740	1.718	1.035	683	2.022	1.457	652	688	1.443
2006	7.592	3.709	2.014	1.390	623	1.695	1.350	640	674	1.219
2007	7.437	3.522	1.945	1.366	579	1.577	1.275	609	636	1.395
2008	7.224	3.380	1.920	1.371	549	1.460	1.262	610	641	1.331
2009	6.971	3.279	1.876	1.371	505	1.403	1.187	623	598	1.284
2010	6.824	3.201	1.867	1.346	521	1.334	1.125	541	609	1.348
2011	6.550	3.044	1.721	1.253	468	1.323	1.077	538	559	1.332
2012	6.428	2.998	1.669	1.205	464	1.329	999	524	579	1.328
2013	6.185	2.928	1.553	1.108	445	1.375	1.001	464	581	1.211
2014	5.768	2.821	1.542	1.065	477	1.279	846	442	559	1.100
2015	5.897	2.978	1.693	1.182	511	1.285	815	449	541	1.114
2016	6.064	3.042	1.787	1.257	530	1.255	900	519	498	1.105

Fuente: INEC

Tabla 2. Ecuador. Nacidos vivos registrados y población de 0-19 años por grupo de edad. Período 1990-2016

Año	Nacidos vivos	Población				
		Total 0-19 años	0-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años
1990	310.674	4.767.038	1.366.075	1.221.030	1.136.566	1.043.367
1991	316.837	4.824.303	1.379.018	1.234.010	1.152.808	1.058.467
1992	317.182	4.881.536	1.391.108	1.247.224	1.169.349	1.073.855
1993	345.972	4.937.911	1.406.497	1.260.681	1.181.199	1.089.534
1994	325.279	4.992.704	1.409.438	1.274.369	1.203.384	1.105.513
1995	324.562	5.045.215	1.414.199	1.288.298	1.220.907	1.121.811
1996	329.311	5.106.558	1.426.878	1.302.482	1.238.757	1.138.441
1997	339.703	5.162.722	1.433.462	1.316.908	1.256.959	1.155.393
1998	328.436	5.205.243	1.425.447	1.331.613	1.275.512	1.172.671
1999	346.581	5.349.896	1.481.751	1.360.633	1.306.861	1.200.651
2000	369.345	5.408.719	1.486.291	1.376.480	1.326.824	1.219.124
2001	337.316	5.460.329	1.482.515	1.392.646	1.347.222	1.237.946
2002	344.749	5.526.631	1.497.233	1.412.857	1.362.738	1.253.803
2003	316.270	5.568.635	1.495.213	1.429.852	1.376.166	1.267.404
2004	321.586	5.618.705	1.500.625	1.447.093	1.389.775	1.281.212
2005	314.022	5.655.787	1.502.749	1.461.663	1.400.119	1.291.256
2006	326.496	5.734.843	1.536.150	1.479.725	1.413.921	1.305.047
2007	314.745	5.794.824	1.549.730	1.498.122	1.427.940	1.319.032
2008	304.779	6.113.790	1.606.386	1.594.053	1.514.437	1.398.914
2009	293.292	6.190.046	1.629.911	1.615.208	1.530.357	1.414.570
2010	299.719	6.255.405	1.641.581	1.636.786	1.546.558	1.430.480
2011	293.256	6.298.043	1.648.247	1.643.412	1.559.640	1.446.744
2012	292.773	6.348.157	1.645.941	1.655.743	1.578.008	1.468.465
2013	285.659	6.376.319	1.624.738	1.666.688	1.595.225	1.489.668
2014	267.901	6.419.230	1.622.349	1.675.456	1.611.188	1.510.237
2015	285.797	6.450.566	1.613.102	1.681.445	1.625.909	1.530.110
2016	288.068	6.353.130	1.593.961	1.642.830	1.601.477	1.514.862

Fuente: INEC

Tabla 3. Ecuador. Tasa de mortalidad por grupos edad seleccionados. Por 1.000 nacidos vivos / habitantes. Período 1990-2016

Año	TM0-19	TMI	TM Neonatal			TM Posteonatal	TMM5	TM5-9	TM10-14	TM15-19
			Total	Precoz	Tardía					
1990	3,01	25,67	10,54	6,94	3,60	15,22	36,53	0,77	0,73	1,17
1991	2,91	23,52	10,92	7,35	3,57	15,75	34,20	0,80	0,77	1,26
1992	2,78	22,00	10,37	7,12	3,25	14,52	32,25	0,78	0,74	1,22
1993	2,63	20,36	9,68	6,82	2,85	13,38	29,84	0,70	0,73	1,21
1994	2,33	18,83	8,63	6,19	2,45	11,09	26,92	0,64	0,61	1,08
1995	2,22	17,14	8,10	5,92	2,19	9,85	25,14	0,64	0,58	1,28
1996	2,08	16,41	7,92	5,78	2,14	9,25	23,04	0,59	0,58	1,25
1997	2,10	16,17	7,83	5,71	2,12	9,13	23,86	0,52	0,63	1,19
1998	2,03	15,79	7,84	5,76	2,08	8,77	23,70	0,56	0,59	1,25
1999	1,93	15,50	7,94	5,83	2,11	8,39	20,94	0,57	0,54	1,16
2000	1,92	14,81	7,75	5,61	2,14	7,85	21,39	0,53	0,56	1,11
2001	1,84	14,23	7,47	5,43	2,04	7,55	20,20	0,50	0,56	1,37
2002	1,73	13,14	7,96	5,74	2,22	7,69	19,24	0,58	0,47	1,23
2003	1,55	12,60	8,96	6,55	2,41	8,18	17,78	0,45	0,53	1,16
2004	1,48	12,23	9,13	6,64	2,49	7,68	17,38	0,46	0,48	1,13
2005	1,41	11,91	8,13	5,96	2,18	6,44	16,94	0,45	0,49	1,12
2006	1,32	11,36	6,92	5,01	1,91	5,19	15,46	0,43	0,48	0,93
2007	1,28	11,19	6,71	4,87	1,84	5,01	14,68	0,41	0,45	1,06
2008	1,18	11,09	6,55	4,75	1,80	4,79	16,05	0,38	0,42	0,95
2009	1,13	11,18	6,35	4,63	1,72	4,78	15,07	0,39	0,39	0,91
2010	1,09	10,68	5,52	3,78	1,74	4,45	14,88	0,33	0,39	0,94
2011	1,04	10,38	5,17	3,58	1,59	4,51	13,77	0,33	0,36	0,92
2012	1,01	10,24	4,99	3,40	1,59	4,54	13,52	0,32	0,37	0,90
2013	0,97	10,25	5,47	3,91	1,56	4,81	14,23	0,28	0,36	0,81
2014	0,90	10,53	5,89	4,11	1,78	4,77	13,24	0,26	0,35	0,73
2015	0,91	10,42	5,77	3,98	1,79	4,50	13,95	0,27	0,33	0,73
2016	1,16	10,56	5,86	4,02	1,84	4,36	13,34	0,32	0,31	0,73

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC.

Tabla 4. Ecuador. Tasa de mortalidad por grupos de edad seleccionados según zonas de SENPLADES. Por 1.000 nacidos vivos / habitantes. Años 1990, 2000, 2010, 2015 y 2016

Zona	TM0-19	TMI	TMM5	TM5-9	TM10-14	TM15-19
1990						
Zona 1	3,72	27,78	42,92	0,84	0,97	1,41
Zona 2	3,03	28,18	38,08	0,79	0,64	0,99
Zona 3	5,76	44,46	69,87	1,38	1,02	1,69
Zona 4	1,79	13,80	19,38	0,61	0,46	1,10
Zona 5	2,41	22,11	28,79	0,61	0,73	1,05
Zona 6	3,33	29,65	41,83	0,77	0,80	1,30
Zona 7	2,30	18,35	28,09	0,64	0,63	1,15
2000						
Zona 1	1,77	11,48	17,65	0,52	0,52	1,39
Zona 2	2,41	21,44	28,11	0,56	0,68	1,20
Zona 3	2,71	23,38	35,89	0,58	0,63	1,22
Zona 4	1,06	7,48	10,60	0,43	0,41	0,68
Zona 5	1,97	15,32	19,87	0,55	0,57	1,20
Zona 6	1,38	11,69	16,88	0,49	0,51	0,91
Zona 7	1,46	11,01	16,42	0,52	0,47	0,83
2010						
Zona 1	1,09	9,34	13,98	0,35	0,46	1,25
Zona 2	1,26	13,67	17,52	0,36	0,39	0,92
Zona 3	1,57	13,78	20,86	0,46	0,56	1,30
Zona 4	0,90	7,69	10,41	0,41	0,39	0,86
Zona 5	0,99	10,60	13,38	0,26	0,35	0,80
Zona 6	1,01	9,17	13,12	0,34	0,45	0,91
Zona 7	0,87	7,52	11,38	0,22	0,26	0,93
2015						
Zona 1	0,83	8,57	11,59	0,31	0,28	0,69
Zona 2	0,94	11,36	14,06	0,24	0,31	0,71
Zona 3	1,08	10,45	16,06	0,38	0,45	0,68
Zona 4	0,73	7,79	9,87	0,26	0,31	0,67
Zona 5	0,97	12,22	14,38	0,25	0,33	0,75
Zona 6	0,93	8,96	12,45	0,20	0,37	0,96
Zona 7	0,78	8,00	10,98	0,27	0,30	0,64
2016						
Zona 1	0,76	7,50	11,44	0,24	0,23	0,53
Zona 2	1,01	11,83	14,29	0,33	0,36	0,74
Zona 3	1,13	10,85	17,05	0,36	0,34	0,77
Zona 4	0,81	8,36	9,75	0,45	0,31	0,75
Zona 5	1,01	12,06	15,11	0,29	0,31	0,72
Zona 6	0,97	9,68	12,65	0,29	0,33	0,99
Zona 7	0,78	8,54	11,37	0,22	0,23	0,65

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC.

Tabla 4A. Ecuador. Defunciones de la población de 0 a 19 años por grupos de edad seleccionados según zonas de SENPLADES. Años 1990, 2000, 2010, 2015 y 2016

Zona	Total 0 a 19 años	Menores de 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años
1990						
Zona 1	1.655	860	469	99	101	126
Zona 2	2.618	1.571	552	171	129	195
Zona 3	3.014	1.601	915	190	126	182
Zona 4	988	505	204	86	62	131
Zona 5	3.716	2.182	659	234	272	369
Zona 6	1.337	759	312	82	76	108
Zona 7	1.013	497	264	73	67	112
2000						
Zona 1	945	421	226	74	70	154
Zona 2	2.463	1.417	441	145	169	291
Zona 3	1.651	847	453	93	97	161
Zona 4	615	288	120	63	58	86
Zona 5	3.346	1.857	551	231	232	475
Zona 6	648	302	134	58	60	94
Zona 7	718	338	166	66	58	90
2010						
Zona 1	652	244	121	56	68	163
Zona 2	1.440	762	215	108	109	246
Zona 3	1.009	430	221	76	89	193
Zona 4	704	288	102	85	77	152
Zona 5	2.084	1095	287	144	178	380
Zona 6	500	207	89	43	55	106
Zona 7	435	175	90	29	33	108
2015						
Zona 1	514	236	83	51	45	99
Zona 2	1.129	614	146	76	92	201
Zona 3	708	302	162	65	74	105
Zona 4	574	263	70	52	62	127
Zona 5	2.101	1183	209	142	182	385
Zona 6	474	203	79	27	47	118
Zona 7	397	177	66	36	39	79
2016						
Zona 1	467	208	109	38	36	76
Zona 2	1.199	648	135	102	106	208
Zona 3	728	315	180	60	55	118
Zona 4	621	283	47	89	62	140
Zona 5	2.172	1.177	298	164	169	364
Zona 6	488	221	68	38	41	120
Zona 7	389	190	63	28	29	79

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC.

Tabla 4B. Ecuador. Nacidos vivos registrados y población de 0 a 19 años por grupos de edad seleccionados según zonas de SENPLADES. Años 1990, 2000, 2010, 2015 y 2016

Zona	Nacidos vivos	Población				
		Total 0 a 19 años	0 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años
1990						
Zona 1	30.963	444.877	133.613	118.006	104.026	89.232
Zona 2	55.753	864.344	249.466	217.475	200.801	196.602
Zona 3	36.010	523.431	153.950	138.120	123.798	107.563
Zona 4	36.587	552.007	156.250	141.869	134.359	119.529
Zona 5	98.668	1.540.781	432.615	385.957	372.247	349.962
Zona 6	25.602	402.018	117.324	106.419	94.956	83.319
Zona 7	27.091	439.580	122.857	113.184	106.379	97.160
2000						
Zona 1	36.667	532.677	145.267	141.104	135.370	110.936
Zona 2	66.095	1.020.708	271.001	260.268	247.871	241.568
Zona 3	36.223	610.319	164.624	160.572	152.880	132.243
Zona 4	38.496	579.062	163.045	147.141	142.900	125.976
Zona 5	121.210	1.702.077	477.868	420.843	407.165	396.201
Zona 6	25.832	470.706	129.964	119.582	117.329	103.831
Zona 7	30.699	493.170	134.522	126.970	123.309	108.369
2010						
Zona 1	26.114	597.803	159.686	159.719	148.006	130.392
Zona 2	55.762	1.144.525	302.311	296.520	278.631	267.063
Zona 3	31.209	640.885	166.832	166.922	159.227	147.904
Zona 4	37.473	778.970	201.731	205.444	195.939	175.856
Zona 5	103.311	2.097.025	555.678	549.224	515.460	476.663
Zona 6	22.567	494.648	127.271	128.154	123.141	116.082
Zona 7	23.283	501.549	128.072	130.803	126.154	116.520
2015						
Zona 1	27.534	620.261	155.999	163.416	157.940	142.906
Zona 2	54.045	1.197.015	302.917	312.165	297.018	284.915
Zona 3	28.896	653.248	163.120	170.142	164.656	155.330
Zona 4	33.747	785.567	191.076	203.096	202.303	189.092
Zona 5	96.799	2.173.319	546.178	568.986	546.504	511.651
Zona 6	22.651	511.347	128.642	132.257	127.543	122.905
Zona 7	22.125	509.809	125.170	131.383	129.945	123.311
2016						
Zona 1	27.715	611.152	153.925	159.473	155.583	142.171
Zona 2	54.780	1.183.365	301.063	306.082	293.997	282.223
Zona 3	29.040	641.910	160.784	166.140	161.823	153.163
Zona 4	33.837	769.499	187.689	196.932	197.846	187.032
Zona 5	97.608	2.142.828	539.820	556.316	539.260	507.432
Zona 6	22.841	503.898	127.336	129.831	125.574	121.157
Zona 7	22.247	500.478	123.344	128.056	127.394	121.684

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC.

Tabla 5. Ecuador. Tasa de mortalidad por grupos de edad seleccionados según provincias. Por 1.000 nacidos vivos / habitantes. Años 1990, 2000, 2010, 2015 y 2016

Provincia	TM0-19	TMI	TMM5	TM5-9	TM10-14	TM15-19
1990						
Azuay	3,35	31,27	43,76	0,71	0,75	1,08
Bolívar	3,96	28,59	42,55	0,93	0,94	1,37
Cañar	3,45	31,43	46,79	0,81	0,85	1,85
Carchi	3,48	31,94	44,59	0,71	0,64	1,09
Cotopaxi	7,07	52,81	83,42	1,87	1,15	2,40
Chimborazo	6,23	45,83	74,28	1,35	1,21	1,72
El Oro	2,09	15,98	25,06	0,65	0,63	1,22
Esmeraldas	2,99	20,59	32,10	0,85	1,15	1,31
Guayas	2,13	20,21	25,66	0,51	0,68	0,93
Imbabura	5,37	41,37	65,32	0,94	0,91	1,64
Loja	2,40	20,31	30,27	0,58	0,47	1,14
Los Ríos	3,17	27,90	37,09	0,89	0,88	1,51
Manabí	1,79	13,80	19,38	0,61	0,46	1,10
Morona Santiago	2,97	20,84	27,46	1,00	0,94	1,29
Napo	3,56	24,04	36,74	1,20	1,78	0,63
Pastaza	2,22	13,68	18,66	1,54	1,00	1,25
Pichincha	2,99	28,53	38,19	0,75	0,56	1,01
Tungurahua	4,56	39,32	59,26	0,95	0,73	1,20
Zamora Chinchipe	3,05	19,65	31,37	0,94	1,60	0,80
Galápagos	2,32	20,73	36,27	0,97	1,19	2,25
Sucumbíos	2,43	13,76	23,03	0,71	0,88	1,73

Tabla 5. Ecuador. Tasa de mortalidad por grupos de edad seleccionados según provincias. Por 1.000 nacidos vivos / habitantes. Años 1990, 2000, 2010, 2015 y 2016 (continuación)

Provincia	TM0-19	TMI	TMM5	TM5-9	TM10-14	TM15-19
2000						
Azuay	1,48	13,65	18,77	0,46	0,49	0,91
Bolívar	1,99	11,80	23,04	0,83	0,45	1,11
Cañar	1,14	10,79	15,88	0,36	0,50	1,00
Carchi	1,80	20,38	26,49	0,26	0,43	1,70
Cotopaxi	3,28	27,63	44,26	0,58	0,71	1,49
Chimborazo	2,77	23,82	36,41	0,62	0,60	0,90
El Oro	1,34	10,03	14,15	0,48	0,54	0,70
Esmeraldas	1,50	8,22	12,36	0,48	0,50	1,46
Guayas	1,96	15,69	19,99	0,53	0,54	1,19
Imbabura	2,19	15,38	24,52	0,78	0,49	1,22
Loja	1,49	12,53	18,22	0,50	0,36	0,97
Los Ríos	1,91	13,83	17,87	0,53	0,74	1,26
Manabí	1,06	7,48	10,60	0,43	0,41	0,68
Morona Santiago	1,31	5,92	11,42	0,79	0,63	0,71
Napo	1,58	10,04	15,40	0,84	0,66	0,92
Pastaza	1,37	9,22	13,36	0,71	0,27	1,05
Pichincha	2,59	23,02	29,38	0,58	0,72	1,28
Tungurahua	2,35	21,63	31,76	0,51	0,66	1,32
Zamora Chinchipe	1,92	9,96	21,35	0,86	0,65	0,94
Galápagos	4,05	59,67	62,05	0,59	0,65	0,62
Sucumbíos	1,62	7,19	13,97	0,41	0,80	1,22
Orellana	0,90	3,03	16,65	0,26	0,31	0,25

Tabla 5. Ecuador. Tasa de mortalidad por grupos de edad seleccionados según provincias. Por 1.000 nacidos vivos / habitantes. Años 1990, 2000, 2010, 2015 y 2016 (continuación)

Provincia	TM0-19	TMI	TMM5	TM5-9	TM10-14	TM15-19
2010						
Azuay	0,99	9,21	12,58	0,28	0,46	0,88
Bolívar	1,39	8,21	16,42	0,69	0,56	1,35
Cañar	1,03	10,33	14,15	0,47	0,45	0,85
Carchi	1,29	11,81	17,21	0,38	0,45	1,48
Cotopaxi	1,74	14,34	22,70	0,54	0,53	1,67
Chimborazo	1,75	16,37	23,69	0,49	0,64	1,39
El Oro	0,76	6,43	10,20	0,20	0,19	0,84
Esmeraldas	0,90	7,57	12,46	0,33	0,40	1,07
Guayas	0,97	11,03	13,44	0,22	0,32	0,72
Imbabura	1,06	8,29	11,97	0,34	0,47	1,14
Loja	0,94	9,08	12,61	0,25	0,26	0,92
Los Ríos	1,06	10,48	13,72	0,33	0,42	1,08
Manabí	0,83	7,58	10,07	0,38	0,34	0,75
Morona Santiago	1,08	7,71	13,88	0,35	0,41	1,17
Napo	1,55	8,83	16,24	0,54	0,68	1,88
Pastaza	1,32	11,38	17,75	0,17	0,48	1,10
Pichincha	1,22	14,31	17,84	0,31	0,34	0,82
Tungurahua	1,30	11,24	17,05	0,40	0,51	0,95
Zamora Chinchipe	1,12	6,64	12,40	0,23	0,68	1,47
Galápagos	1,00	12,11	14,53	0,77	0,41	0,44
Sucumbíos	1,58	14,40	19,86	0,39	0,62	1,84
Orellana	1,61	8,86	14,22	1,03	0,92	1,86
Santa Elena	1,18	8,01	11,46	0,54	0,60	1,29
Orellana	0,78	7,62	10,11	0,27	0,27	0,60

Tabla 5. Ecuador. Tasa de mortalidad por grupos de edad seleccionados según provincias. Por 1.000 nacidos vivos / habitantes. Años 1990, 2000, 2010, 2015 y 2016 (continuación)

Provincia	TM0-19	TMI	TMM5	TM5-9	TM10-14	TM15-19
2015						
Azuay	0,86	9,37	12,23	0,14	0,33	0,82
Bolívar	1,30	12,85	17,73	0,45	0,67	1,11
Cañar	0,92	7,12	10,90	0,14	0,44	1,26
Carchi	0,99	14,32	16,76	0,28	0,22	0,65
Cotopaxi	1,14	10,18	16,27	0,36	0,43	0,84
Chimborazo	1,15	11,67	17,90	0,34	0,46	0,75
El Oro	0,86	10,09	12,36	0,32	0,29	0,72
Esmeraldas	0,60	5,27	7,31	0,24	0,27	0,62
Guayas	0,99	13,27	15,33	0,23	0,32	0,73
Imbabura	0,93	10,52	13,72	0,28	0,37	0,68
Loja	0,69	6,55	9,88	0,22	0,29	0,53
Los Ríos	0,86	9,47	11,60	0,23	0,33	0,84
Manabí	0,68	7,64	9,39	0,22	0,27	0,65
Morona Santiago	1,17	9,72	14,93	0,49	0,40	1,11
Napo	1,21	10,44	15,47	0,46	0,41	1,10
Pastaza	0,99	10,55	14,21	0,41	0,43	0,47
Pichincha	0,92	11,76	14,05	0,23	0,30	0,65
Tungurahua	0,98	9,49	14,46	0,44	0,47	0,50
Zamora Chinchipe	0,79	3,72	8,67	0,29	0,39	0,70
Galápagos	1,00	3,92	5,88	1,01	1,87	1,24
Sucumbíos	1,21	11,08	17,10	0,62	0,22	0,96
Orellana	1,09	6,72	13,15	0,28	0,40	1,41
Santa Elena	0,90	8,29	11,43	0,40	0,42	0,75
Orellana	0,77	8,84	10,61	0,37	0,19	0,54

Tabla 5. Ecuador. Tasa de mortalidad por grupos de edad seleccionados según provincias. Por 1.000 nacidos vivos / habitantes. Años 1990, 2000, 2010, 2015 y 2016 (conclusión)

Provincia	TM0-19	TMI	TMM5	TM5-9	TM10-14	TM15-19
2016						
Azuay	0,93	9,88	12,13	0,27	0,33	0,94
Bolívar	1,25	12,10	18,53	0,41	0,63	0,76
Cañar	0,91	7,26	12,23	0,25	0,37	0,89
Carchi	0,82	12,52	13,91	0,23	0,11	0,54
Cotopaxi	1,17	10,12	16,72	0,23	0,49	0,90
Chimborazo	1,19	13,84	18,26	0,46	0,27	0,84
El Oro	0,78	10,15	12,50	0,19	0,19	0,58
Esmeraldas	0,57	4,62	7,44	0,24	0,23	0,46
Guayas	1,08	12,80	16,20	0,31	0,33	0,76
Imbabura	0,84	10,06	13,62	0,20	0,26	0,46
Loja	0,71	7,77	9,82	0,22	0,22	0,66
Los Ríos	0,81	10,26	11,53	0,22	0,20	0,75
Manabí	0,77	8,46	9,00	0,48	0,33	0,72
Morona Santiago	1,17	11,76	14,81	0,42	0,27	1,31
Napo	1,47	13,42	15,90	1,00	0,68	1,17
Pastaza	1,08	7,64	14,38	0,59	0,34	0,66
Pichincha	0,97	12,06	14,13	0,28	0,34	0,67
Tungurahua	1,05	9,43	16,84	0,33	0,26	0,61
Zamora Chinchipe	0,99	4,08	11,82	0,36	0,47	0,97
Galápagos	1,36	7,69	19,23	0,67	0,75	0,41
Sucumbíos	1,17	8,06	17,79	0,29	0,26	0,91
Orellana	1,32	7,34	15,24	0,57	0,46	1,55
Santa Elena	0,92	8,06	12,16	0,34	0,27	0,85
Orellana	0,70	9,49	10,96	0,25	0,22	0,21

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC.

Tabla 5A. Ecuador. Defunciones de la población de 0 a 19 años por grupos de edad seleccionados según provincias. Años 1990, 2000, 2010, 2015 y 2016

Provincia	Total 0 a 19 años	Menores de 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años
1990						
Azuay	844	496	198	47	45	58
Bolívar	322	176	86	20	18	22
Cañar	346	178	87	22	21	38
Carchi	249	149	59	13	11	17
Cotopaxi	1083	566	328	71	50	68
Chimborazo	1.104	575	357	69	41	62
El Oro	420	190	108	33	31	58
Esmeraldas	599	288	161	46	54	50
Guayas	2.512	1.507	407	151	194	253
Imbabura	705	380	220	32	28	45
Loja	482	255	125	31	23	48
Los Ríos	871	495	163	62	59	92
Manabí	988	505	204	86	62	131
Morona Santiago	147	85	27	13	10	12
Napo	211	106	56	19	23	7
Pastaza	50	22	8	9	5	6
Pichincha	2.407	1.465	496	152	106	188
Tungurahua	777	438	222	41	30	46
Zamora Chinchipe	113	52	31	9	13	6
Galápagos	9	4	3	1	1	2
Sucumbíos	102	43	29	8	8	14

Tabla 5A. Ecuador. Defunciones de la población de 0 a 19 años por grupos de edad seleccionados según provincias. Años 1990, 2000, 2010, 2015 y 2016 (continuación)

Provincia	Total 0 a 19 años	Menores de 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años
2000						
Azuay	435	221	83	34	36	61
Bolívar	172	63	60	19	10	20
Cañar	126	53	25	10	14	24
Carchi	147	80	24	6	10	27
Cotopaxi	576	289	174	27	31	55
Chimborazo	563	301	159	34	31	38
El Oro	323	158	65	29	32	39
Esmeraldas	336	141	71	28	28	68
Guayas	2.550	1.451	397	169	165	368
Imbabura	359	165	98	33	20	43
Loja	310	152	69	27	19	43
Los Ríos	595	318	93	42	56	86
Manabí	615	288	120	63	58	86
Morona Santiago	87	28	26	14	10	9
Napo	71	30	16	10	7	8
Pastaza	44	20	9	6	2	7
Pichincha	2.320	1.377	380	128	155	279
Tungurahua	468	237	111	26	33	61
Zamora Chinchipe	85	28	32	10	7	8
Galápagos	28	25	1	1	1	1
Sucumbíos	103	35	33	7	12	16
Orellana	73	10	45	7	7	4

Tabla 5A. Ecuador. Defunciones de la población de 0 a 19 años por grupos de edad seleccionados según provincias. Años 1990, 2000, 2010, 2015 y 2016 (continuación)

Provincia	Total 0 a 19 años	Menores de 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años
2010						
Azuay	302	131	48	22	35	66
Bolívar	121	34	34	16	12	25
Cañar	109	46	17	13	12	21
Carchi	90	35	16	7	8	24
Cotopaxi	331	132	77	27	25	70
Chimborazo	358	161	72	26	33	66
El Oro	194	75	44	13	12	50
Esmeraldas	239	79	51	24	26	59
Guayas	1.466	829	181	85	119	252
Imbabura	187	72	32	16	21	46
Loja	187	85	33	13	13	43
Los Ríos	377	172	53	31	37	84
Manabí	503	216	71	61	52	103
Morona Santiago	89	30	24	8	8	19
Napo	84	25	21	8	9	21
Pastaza	56	25	14	2	5	10
Pichincha	1.243	704	174	81	85	199
Tungurahua	264	112	58	21	26	47
Zamora Chinchipe	54	15	13	3	8	15
Galápagos	10	5	1	2	1	1
Sucumbíos	136	58	22	9	13	34
Orellana	113	33	20	19	15	26
Santo Domingo	201	72	31	24	25	49
Santa Elena	110	55	18	10	9	18

Tabla 5A. Ecuador. Defunciones de la población de 0 a 19 años por grupos de edad seleccionados según provincias. Años 1990, 2000, 2010, 2015 y 2016 (continuación)

Provincia	Total 0 a 19 años	Menores de 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años
2015						
Azuay	268	128	39	11	26	64
Bolívar	117	50	19	11	15	22
Cañar	101	34	18	4	12	33
Carchi	68	41	7	5	4	11
Cotopaxi	225	92	55	19	21	38
Chimborazo	237	103	55	18	24	37
El Oro	221	111	25	21	19	45
Esmeraldas	168	67	26	18	19	38
Guayas	1.537	910	141	91	124	271
Imbabura	167	82	25	13	17	30
Loja	138	57	29	11	15	26
Los Ríos	315	156	35	22	31	71
Manabí	415	197	45	34	43	96
Morona Santiago	105	41	22	12	9	21
Napo	70	29	14	7	6	14
Pastaza	46	23	8	5	5	5
Pichincha	978	561	109	63	79	166
Tungurahua	200	84	44	23	24	25
Zamora Chinchipe	41	9	12	4	5	8
Galápagos	11	2	1	3	5	3
Sucumbíos	111	46	25	15	5	20
Orellana	81	24	23	6	7	21
Santo Domingo	159	66	25	18	19	31
Santa Elena	118	65	13	15	7	18

Tabla 5A. Ecuador. Defunciones de la población de 0 a 19 años por grupos de edad seleccionados según provincias. Años 1990, 2000, 2010, 2015 y 2016 (conclusión)

Provincia	Total 0 a 19 años	Menores de 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años
2016						
Azuay	285	136	31	21	25	72
Bolívar	111	47	25	10	14	15
Cañar	99	35	24	7	10	23
Carchi	55	36	4	4	2	9
Cotopaxi	228	92	60	12	24	40
Chimborazo	240	122	39	24	14	41
El Oro	198	112	26	12	12	36
Esmeraldas	157	59	36	18	16	28
Guayas	1.646	885	235	121	127	278
Imbabura	148	79	28	9	12	20
Loja	140	68	18	11	11	32
Los Ríos	293	170	21	21	18	63
Manabí	461	218	14	74	50	105
Morona Santiago	104	50	13	10	6	25
Napo	85	38	7	15	10	15
Pastaza	50	17	15	7	4	7
Pichincha	1.017	584	100	75	88	170
Tungurahua	210	84	66	17	13	30
Zamora Chinchipe	51	10	19	5	6	11
Galápagos	15	4	6	2	2	1
Sucumbíos	107	34	41	7	6	19
Orellana	97	26	28	12	8	23
Santo Domingo	160	65	33	15	12	35
Santa Elena	107	71	11	10	8	7

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC.

Tabla 5B. Ecuador. Nacidos vivos registrados y población de 0 a 19 años por grupos de edad seleccionados según provincias. Años 1990, 2000, 2010, 2015 y 2016

Provincia	Nacidos vivos	Población				
		Total 0 a 19 años	0 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años
1990						
Azuay	15.860	252.178	72.669	66.320	59.700	53.489
Bolívar	6.157	81.280	24.496	21.487	19.221	16.076
Cañar	5.664	100.349	28.172	27.055	24.594	20.528
Carchi	4.665	71.534	20.373	18.432	17.173	15.556
Cotopaxi	10.717	153.103	43.354	37.898	43.572	28.279
Chimborazo	12.547	177.243	56.183	50.994	33.977	36.089
El Oro	11.891	201.350	54.374	50.581	48.848	47.547
Esmeraldas	13.987	200.005	60.524	54.237	47.099	38.145
Guayas	74.578	1.180.800	329.883	293.764	284.914	272.239
Imbabura	9.185	131.286	39.061	34.092	30.711	27.422
Loja	12.554	201.235	56.671	53.066	49.411	42.087
Los Ríos	17.740	274.829	77.120	69.679	67.270	60.760
Manabí	36.587	552.007	156.250	141.869	134.359	119.529
Morona Santiago	4.078	49.491	16.483	13.044	10.662	9.302
Napo	4.409	59.300	19.403	15.883	12.923	11.091
Pastaza	1.608	22.531	6.858	5.860	5.013	4.800
Pichincha	51.344	805.044	230.063	201.592	187.878	185.511
Tungurahua	11.138	170.554	47.555	43.368	41.236	38.395
Zamora Chinchipe	2.646	36.995	11.812	9.537	8.120	7.526
Galápagos	193	3.872	1.116	1.027	842	887
Sucumbíos	3.126	42.052	13.655	11.245	9.043	8.109

Tabla 5B. Ecuador. Nacidos vivos registrados y población de 0 a 19 años por grupos de edad seleccionados según provincias. Años 1990, 2000, 2010, 2015 y 2016 (continuación)

Provincia	Nacidos vivos	Población				
		Total 0 a 19 años	0 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años
2000						
Azuay	16.192	293.960	79.823	73.816	73.214	67.107
Bolívar	5.339	86.547	23.599	22.896	22.010	18.042
Cañar	4.913	110.090	29.671	28.101	28.267	24.051
Carchi	3.926	81.762	19.256	23.206	23.445	15.855
Cotopaxi	10.461	175.487	48.061	46.766	43.786	36.874
Chimborazo	12.635	203.613	55.258	54.437	51.527	42.391
El Oro	15.760	240.688	64.716	60.926	59.494	55.552
Esmeraldas	17.148	223.406	62.196	58.490	56.005	46.715
Guayas	92.456	1.297.848	364.329	317.245	308.137	308.137
Imbabura	10.725	163.909	45.288	42.481	40.895	35.245
Loja	12.129	208.234	56.519	54.393	53.050	44.272
Los Ríos	22.996	310.767	87.872	79.007	75.477	68.411
Manabí	38.496	579.062	163.045	147.141	142.900	125.976
Morona Santiago	4.727	66.656	20.470	17.665	15.848	12.673
Napo	2.987	44.864	13.652	11.956	10.563	8.693
Pastaza	2.170	32.107	9.506	8.478	7.475	6.648
Pichincha	59.805	895.053	241.347	221.459	215.084	217.163
Tungurahua	10.957	199.112	51.799	50.891	50.092	46.330
Zamora Chinchipe	2.810	44.248	13.287	11.651	10.765	8.545
Galápagos	419	6.915	2.068	1.695	1.541	1.611
Sucumbíos	4.868	63.600	18.527	16.927	15.025	13.121
Orellana	3.303	80.791	16.002	26.853	22.224	15.712

Tabla 5B. Ecuador. Nacidos vivos registrados y población de 0 a 19 años por grupos de edad seleccionados según provincias. Años 1990, 2000, 2010, 2015 y 2016 (continuación)

Provincia	Nacidos vivos	Población				
		Total 0 a 19 años	0 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años
2010						
Azuay	14.225	305.979	76.292	77.864	76.794	75.029
Bolívar	4.141	86.862	23.548	23.329	21.481	18.504
Cañar	4.451	106.267	27.072	27.624	26.776	24.795
Carchi	2.964	69.505	17.152	18.231	17.895	16.227
Cotopaxi	9.207	190.552	51.547	50.254	46.729	42.022
Chimborazo	9.837	204.862	52.835	53.303	51.266	47.458
El Oro	11.666	254.062	64.861	65.966	63.644	59.591
Esmeraldas	10.432	266.286	74.497	71.890	64.535	55.364
Guayas	75.133	1.505.585	393.742	392.850	371.164	347.829
Imbabura	8.690	176.134	44.969	46.435	44.448	40.282
Loja	9.359	199.394	50.042	51.922	50.698	46.732
Los Ríos	16.405	354.021	95.388	93.688	87.128	77.817
Manabí	28.487	608.590	155.830	160.794	154.140	137.826
Morona Santiago	3.891	82.402	23.907	22.666	19.571	16.258
Napo	2.832	54.138	15.002	14.784	13.181	11.171
Pastaza	2.197	42.565	11.642	11.476	10.389	9.058
Pichincha	49.204	1.020.380	266.032	263.222	249.200	241.926
Tungurahua	9.968	202.906	50.808	51.889	50.843	49.366
Zamora Chinchipe	2.258	48.093	13.169	12.915	11.812	10.197
Galápagos	413	9.960	2.666	2.614	2.413	2.267
Sucumbíos	4.028	85.878	23.068	23.163	21.128	18.519
Orellana	3.726	70.007	21.277	18.514	16.250	13.966
Santo Domingo	8.986	170.380	45.901	44.650	41.799	38.030
Santa Elena	7.219	140.597	40.334	36.743	33.274	30.246

Tabla 5B. Ecuador. Nacidos vivos registrados y población de 0 a 19 años por grupos de edad seleccionados según provincias. Años 1990, 2000, 2010, 2015 y 2016 (continuación)

Provincia	Nacidos vivos	Población				
		Total 0 a 19 años	0 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años
2015						
Azuay	13.659	311.684	77.250	78.951	77.787	77.696
Bolívar	3.892	90.101	23.262	24.507	22.474	19.858
Cañar	4.772	110.038	27.531	28.768	27.448	26.291
Carchi	2.864	68.976	16.389	17.751	17.938	16.898
Cotopaxi	9.036	197.467	50.853	52.316	49.284	45.014
Chimborazo	8.827	205.339	50.237	53.539	52.098	49.465
El Oro	11.002	257.816	62.497	66.454	66.036	62.829
Esmeraldas	12.722	279.747	72.511	75.633	70.274	61.329
Guayas	68.575	1.553.507	386.380	404.322	391.663	371.142
Imbabura	7.797	179.699	43.621	45.762	46.500	43.816
Loja	8.701	200.098	48.819	51.059	51.136	49.084
Los Ríos	16.472	366.005	92.546	96.267	92.553	84.639
Manabí	25.784	609.499	147.166	157.711	157.124	147.498
Morona Santiago	4.220	89.625	23.861	24.538	22.308	18.918
Napo	2.779	58.036	15.235	15.316	14.732	12.753
Pastaza	2.181	46.463	12.075	12.112	11.683	10.593
Pichincha	47.693	1.064.583	266.950	275.582	264.799	257.252
Tungurahua	8.852	203.979	49.955	52.175	51.591	50.258
Zamora Chinchipe	2.422	51.895	13.854	13.870	12.773	11.398
Galápagos	510	11.015	2.953	2.962	2.680	2.420
Sucumbíos	4.151	91.839	23.478	24.270	23.228	20.863
Orellana	3.573	74.396	20.732	21.267	17.487	14.910
Santo Domingo	7.963	176.068	43.910	45.385	45.179	41.594
Santa Elena	7.350	152.691	41.037	40.928	37.134	33.592

Tabla 5B. Ecuador. Nacidos vivos registrados y población de 0 a 19 años por grupos de edad seleccionados según provincias. Años 1990, 2000, 2010, 2015 y 2016 (conclusión)

Provincia	Nacidos vivos	Población				
		Total 0 a 19 años	0 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años
2016						
Azuay	13.765	306.383	76.421	77.436	76.278	76.248
Bolívar	3.885	88.701	22.755	24.130	22.144	19.672
Cañar	4.823	108.483	27.303	28.302	27.008	25.870
Carchi	2.875	67.398	16.118	17.196	17.464	16.620
Cotopaxi	9.089	194.639	50.196	51.264	48.610	44.569
Chimborazo	8.818	200.893	49.183	52.042	51.054	48.614
El Oro	11.037	252.939	61.358	64.700	64.822	62.059
Esmeraldas	12.768	276.161	71.315	74.029	69.583	61.234
Guayas	69.155	1.530.490	381.928	394.744	386.121	367.697
Imbabura	7.855	176.486	43.102	44.401	45.543	43.440
Loja	8.757	195.987	48.209	49.600	49.917	48.261
Los Ríos	16.567	360.387	91.206	93.877	91.229	84.075
Manabí	25.775	595.762	144.047	152.797	153.294	145.624
Morona Santiago	4.253	89.032	23.612	24.093	22.288	19.039
Napo	2.831	57.636	15.245	14.985	14.606	12.800
Pastaza	2.225	46.273	12.088	11.930	11.601	10.654
Pichincha	48.405	1.052.174	265.677	269.979	261.896	254.622
Tungurahua	8.908	200.105	49.317	50.904	50.558	49.326
Zamora Chinchipe	2.453	51.552	13.777	13.756	12.655	11.364
Galápagos	520	11.027	2.963	2.975	2.674	2.415
Sucumbíos	4.217	91.107	23.390	23.847	22.993	20.877
Orellana	3.544	73.555	20.141	21.118	17.495	14.801
Santo Domingo	8.062	173.737	43.642	44.135	44.552	41.408
Santa Elena	7.481	152.223	40.968	40.590	37.092	33.573

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC.

Tabla 6. Ecuador. Defunciones de la población de 0-19 años por causas evitables según grupo de edad. Período 1990-2016

Año	Total 0-19 años	Menores de 1 año	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años
1990	8.942	5.191	1.927	522	508	794
1991	8.754	4.831	1.902	604	522	895
1992	8.728	4.795	1.960	565	512	896
1993	8.222	4.614	1.667	535	505	901
1994	6.989	3.974	1.413	450	407	745
1995	7.205	3.945	1.455	454	410	941
1996	6.977	3.938	1.249	439	410	941
1997	6.489	3.530	1.260	352	440	907
1998	6.267	3.346	1.136	391	421	973
1999	6.215	3.504	1.017	389	396	909
2000	6.327	3.535	1.019	375	435	963
2001	5.678	2.947	1.028	373	405	925
2002	5.518	2.896	968	395	396	863
2003	5.126	2.682	926	319	371	828
2004	4.842	2.347	918	349	383	845
2005	5.126	2.682	926	319	371	828
2006	4.580	2.526	730	357	369	598
2007	4.533	2.344	644	328	367	850
2008	4.316	2.158	622	325	324	887
2009	4.235	2.112	609	323	329	862
2010	4.279	2.128	581	290	345	935
2011	4.077	2.020	557	282	308	910
2012	3.975	1.958	512	273	312	920
2013	3.595	1.733	496	207	328	831
2014	3.499	1.805	425	224	280	765
2015	3.535	1.916	383	216	280	740
2016	3.574	1.902	423	239	259	751

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC e información contenida en Sáenz Ozaetta (2007).

Tabla 7. Ecuador. Tasa de mortalidad de grupos de edad seleccionados por causas evitables según zonas de SENPLADES. Por 1.000 nacidos vivos / habitantes. Años 1990, 2015 y 2016

Año	TM0-19	TMI	TMM5	TM5-9	TM10-14	TM15-19
1990						
Zona 1	1,9	13,1	21,2	0,5	0,5	0,8
Zona 2	3,9	31,2	42,8	1,4	0,8	1,8
Zona 3	3,9	30,2	47,6	0,7	0,7	1,1
Zona 4	1,2	10,3	13,1	0,2	0,3	0,8
Zona 5	6,1	57,9	70,2	1,0	1,6	2,9
Zona 6	1,8	15,2	20,9	0,4	0,5	0,7
Zona 7	1,3	9,8	14,1	0,2	0,4	0,8
2015						
Zona 1	0,5	3,9	5,1	0,1	0,4	0,5
Zona 2	1,1	14,8	17,5	0,2	0,2	0,9
Zona 3	0,6	6,1	8,4	0,2	0,2	0,6
Zona 4	0,6	5,0	7,6	0,3	0,2	0,6
Zona 5	2,1	31,2	34,5	0,3	0,4	1,6
Zona 6	0,5	5,0	6,5	0,1	0,2	0,6
Zona 7	0,3	3,5	3,9	0,1	0,2	0,3
2016						
Zona 1	0,5	3,3	4,4	0,1	0,4	0,5
Zona 2	1,1	12,4	14,9	0,3	0,2	1,0
Zona 3	0,7	5,3	7,4	0,2	0,2	0,7
Zona 4	0,6	4,3	6,6	0,4	0,2	0,6
Zona 5	2,1	26,7	30,0	0,3	0,4	1,6
Zona 6	0,5	4,3	5,8	0,1	0,2	0,5
Zona 7	0,3	3,0	3,4	0,1	0,1	0,3

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC e información contenida en Sáenz Ozaetta (2007).

Tabla 7A. Ecuador. Defunciones de la población de 0 a 19 años por causas evitables y grupos de edad seleccionados según zonas de SENPLADES. Años 1990, 2015 y 2016

Zona	Total 0 a 19 años	Menores de 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años
1990						
Zona 1	845	405	252	60	57	71
Zona 2	1.734	967	357	166	84	160
Zona 3	1.720	934	540	78	71	97
Zona 4	543	320	86	29	36	72
Zona 5	2.728	1.792	382	123	171	260
Zona 6	800	470	176	43	49	62
Zona 7	572	303	134	23	40	72
2015						
Zona 1	283	107	33	15	61	67
Zona 2	694	407	75	40	37	135
Zona 3	394	169	62	33	39	91
Zona 4	377	139	71	51	27	89
Zona 5	1.283	859	90	47	58	229
Zona 6	311	138	42	15	34	82
Zona 7	193	97	10	15	24	47
2016						
Zona 1	278	107	33	17	57	64
Zona 2	698	397	81	41	30	149
Zona 3	413	169	68	39	37	100
Zona 4	379	139	72	56	24	88
Zona 5	1.303	855	107	55	57	229
Zona 6	312	138	49	17	31	77
Zona 7	191	97	13	14	23	44

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC e información contenida en Sáenz Ozaetta (2007).

Tabla 8. Ecuador. Tasa de mortalidad de grupos de edad seleccionados por causas evitables según provincias. Por 1.000 nacidos vivos / habitantes. Años 1990, 2015 y 2016

Provincia	TM0-19	TMI	TMM5	TM5-9	TM10-14	TM15-19
1990						
Azuay	2,2	22,1	29,6	0,4	0,6	0,7
Bolívar	1,4	8,9	13,8	0,3	0,7	0,7
Cañar	1,5	12,4	20,0	0,3	0,3	0,9
Carchi	1,8	17,1	24,4	0,3	0,1	0,5
Cotopaxi	4,3	30,0	48,9	0,7	0,9	1,2
Chimborazo	2,8	19,4	35,2	0,5	0,5	0,9
El Oro	1,4	12,6	17,5	0,2	0,4	0,9
Esmeraldas	1,4	7,9	13,6	0,6	0,7	0,6
Guayas	1,7	18,8	24,0	0,3	0,5	0,8
Imbabura	2,6	18,0	31,4	0,5	0,5	0,9
Loja	0,9	7,4	11,8	0,1	0,2	0,5
Los Ríos	1,9	18,7	23,7	0,4	0,4	0,8
Manabí	1,0	8,7	11,1	0,2	0,3	0,6
Morona Santiago	1,7	12,3	15,4	0,8	0,5	0,8
Napo	2,0	15,2	34,2	1,6	0,6	0,9
Pastaza	0,9	6,2	9,3	0,5	0,2	0,4
Pichincha	2,0	20,5	28,1	0,9	0,5	0,9
Tungurahua	3,3	32,2	44,3	0,5	0,5	0,7
Zamora Chinchipe	2,9	22,7	30,6	0,9	1,0	1,5
Galápagos	6,7	25,9	10,4	1,0	1,2	1,1
Sucumbíos	2,3	16,0	20,8	0,7	0,8	1,8

Tabla 8. Ecuador. Tasa de mortalidad de grupos de edad seleccionados por causas evitables según provincias. Por 1.000 nacidos vivos / habitantes. Años 1990, 2015 y 2016 (continuación)

Provincia	TM0-19	TMI	TMM5	TM5-9	TM10-14	TM15-19
2015						
Azuay	0,6	7,6	9,5	0,1	0,2	0,2
Bolívar	0,5	4,6	6,7	0,2	0,3	0,1
Cañar	0,5	2,5	4,4	0,2	0,4	0,2
Carchi	0,7	8,4	10,1	0,1	0,8	0,1
Cotopaxi	0,7	5,9	8,6	0,2	0,2	0,2
Chimborazo	0,6	5,9	7,8	0,2	0,0	0,2
El Oro	0,4	5,1	5,7	0,1	0,1	0,1
Esmeraldas	0,4	1,7	2,7	0,1	0,5	0,1
Guayas	0,7	11,3	12,3	0,1	0,0	0,1
Imbabura	0,4	5,9	7,7	0,1	0,1	0,1
Loja	0,4	4,5	4,8	0,1	0,2	0,1
Los Ríos	0,4	2,7	3,5	0,1	0,3	0,1
Manabí	0,5	3,8	6,0	0,3	0,1	0,1
Morona Santiago	0,6	5,2	6,9	0,1	0,4	0,1
Napo	0,6	4,0	6,5	0,5	0,2	0,2
Pastaza	0,9	5,0	6,4	0,1	1,8	0,2
Pichincha	0,6	8,2	9,5	0,1	0,1	0,1
Tungurahua	0,5	6,0	7,9	0,2	0,1	0,1
Zamora Chinchipe	0,4	0,8	0,8	0,2	0,3	0,2
Galápagos	0,2	3,9	3,9	0,0	0,0	0,0
Sucumbíos	0,5	3,6	4,1	0,0	0,2	0,2
Orellana	0,5	1,7	2,5	0,4	0,4	0,2
Santo Domingo de los Tsáchilas	0,5	5,0	7,0	0,2	0,1	0,1
Santa Elena	0,2	2,2	2,9	0,0	0,1	0,1

Tabla 8. Ecuador. Tasa de mortalidad de grupos de edad seleccionados por causas evitables según provincias. Por 1.000 nacidos vivos / habitantes. Años 1990, 2015 y 2016 (conclusión)

Provincia	TM0-19	TMI	TMM5	TM5-9	TM10-14	TM15-19
2016						
Azuay	0,7	6,5	8,4	0,1	0,2	0,6
Bolívar	0,5	4,0	5,8	0,4	0,3	0,3
Cañar	0,5	2,2	4,3	0,2	0,3	0,7
Carchi	0,7	7,2	8,7	0,2	0,8	0,2
Cotopaxi	0,7	5,0	7,4	0,2	0,2	0,6
Chimborazo	0,6	5,1	7,4	0,3	0,0	0,7
El Oro	0,4	4,4	4,9	0,1	0,1	0,3
Esmeraldas	0,4	1,5	2,3	0,1	0,5	0,5
Guayas	0,7	9,7	10,7	0,1	0,0	0,5
Imbabura	0,4	5,1	6,6	0,1	0,1	0,2
Loja	0,4	3,8	4,1	0,1	0,2	0,4
Los Ríos	0,4	2,3	3,0	0,1	0,3	0,4
Manabí	0,5	3,3	5,2	0,3	0,1	0,5
Morona Santiago	0,6	4,5	6,1	0,1	0,4	0,6
Napo	0,6	3,4	5,5	0,5	0,2	0,7
Pastaza	1,0	4,3	5,4	0,2	1,8	0,8
Pichincha	0,6	6,8	8,0	0,1	0,1	0,5
Tungurahua	0,6	5,1	6,8	0,2	0,1	0,6
Zamora Chinchipe	0,4	0,7	1,8	0,1	0,3	0,9
Galápagos	0,6	3,3	6,6	0,3	0,4	0,4
Sucumbíos	0,4	3,1	3,5	0,0	0,1	0,9
Orellana	0,5	1,5	2,4	0,4	0,3	1,0
Santo Domingo de los Tsáchilas	0,5	4,3	6,1	0,1	0,1	0,4
Santa Elena	0,2	1,8	2,4	0,0	0,1	0,2

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC e información contenida en Sáenz Ozaetta (2007).

Tabla 8A. Ecuador. Defunciones de la población de 0 a 19 años por causas evitables y grupos de edad seleccionados según provincias. Años 1990, 2015 y 2016

Provincia	Total 0 a 19 años	Menores de 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años
1990						
Azuay	567	350	470	25	36	36
Bolívar	117	55	85	7	14	11
Cañar	148	70	113	8	8	19
Carchi	129	80	114	5	2	8
Cotopaxi	614	321	524	26	29	35
Chimborazo	523	244	442	26	22	33
El Oro	282	150	208	11	21	42
Esmeraldas	278	110	190	30	34	24
Guayas	2.059	1.400	1.663	89	126	198
Imbabura	343	165	288	17	14	24
Loja	181	93	148	3	11	19
Los Ríos	526	332	420	26	30	50
Manabí	543	320	406	29	36	72
Morona Santiago	85	50	63	10	5	7
Napo	108	60	81	16	5	6
Pastaza	21	10	15	3	1	2
Pichincha	1.615	900	1.236	150	79	150
Tungurahua	562	359	493	23	19	27
Zamora Chinchipe	109	60	81	9	8	11
Galápagos	26	5	2	1	1	1
Sucumbíos	95	50	65	8	7	15

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC e información contenida en Sáenz Ozaetta (2007).

Tabla 8A. Ecuador. Defunciones de la población de 0 a 19 años por causas evitables y grupos de edad seleccionados según provincias. Años 1990, 2015 y 2016 (continuación)

Provincia	Total 0 a 19 años	Menores de 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años
2015						
Azuay	202	104	130	7	15	50
Bolívar	45	18	26	6	7	6
Cañar	55	12	21	5	10	19
Carchi	50	24	29	2	14	5
Cotopaxi	129	53	78	9	12	30
Chimborazo	115	52	69	12	2	32
El Oro	96	56	63	6	9	18
Esmeraldas	113	22	34	9	38	32
Guayas	1.071	778	842	32	17	180
Imbabura	78	46	60	3	5	10
Loja	77	39	42	6	11	18
Los Ríos	130	45	58	8	29	35
Manabí	291	99	154	44	23	70
Morona Santiago	54	22	29	3	9	13
Napo	37	11	18	7	3	9
Pastaza	44	11	14	1	21	8
Pichincha	617	390	455	25	27	110
Tungurahua	106	53	70	11	4	21
Zamora Chinchipe	20	2	2	3	4	11
Galápagos	2	2	2	0	0	0
Sucumbíos	42	15	17	1	4	20
Orellana	40	6	9	8	7	16
Santo Domingo de los Tsáchilas	86	40	56	7	4	19
Santa Elena	35	16	21	1	5	8

Tabla 8A. Ecuador. Defunciones de la población de 0 a 19 años por causas evitables y grupos de edad seleccionados según provincias. Años 1990, 2015 y 2016 (conclusión)

Provincia	Total 0 a 19 años	Menores de 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años
2016						
Azuay	202	104	133	8	13	48
Bolívar	47	18	26	9	7	5
Cañar	57	12	24	6	9	18
Carchi	50	24	29	3	14	4
Cotopaxi	129	53	78	12	11	28
Chimborazo	124	52	75	14	2	33
El Oro	94	56	63	6	8	17
Esmeraldas	112	22	34	10	36	32
Guayas	1.084	774	853	35	16	180
Imbabura	78	46	60	3	5	10
Loja	76	39	42	6	11	17
Los Ríos	131	45	58	9	28	36
Manabí	295	99	154	50	21	70
Morona Santiago	53	22	30	3	9	11
Napo	37	11	18	7	3	9
Pastaza	45	11	14	2	21	8
Pichincha	623	380	450	26	22	125
Tungurahua	115	53	70	11	3	31
Zamora Chinchipe	21	2	5	2	4	10
Galápagos	7	2	4	1	1	1
Sucumbíos	38	15	17	1	2	18
Orellana	38	6	10	8	5	15
Santo Domingo de los Tsáchilas	84	40	57	6	3	18
Santa Elena	34	16	21	1	5	7

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC e información contenida en Sáenz Ozaetta (2007).

Tabla 9. Ecuador. Defunciones de la población de 0-19 años por grupo de edad según criterios de evitabilidad. Años 1990, 2015 y 2016

Criterio de evitabilidad	Total 0-19 años	Menores de 1 año	0-27 días			28-365 días	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años
			Total	0-6 días	7-27 días					
1990										
A. Defunciones evitables por vacunación o tratamiento preventivo	380	141	3	1	2	138	125	42	25	47
B. Defunciones evitables por diagnóstico y tratamiento médico precoz	120	39	4	1	3	35	28	11	14	28
C. Defunciones evitables por medidas de saneamiento ambiental	2.316	1.229	65	2	63	1.164	880	105	65	37
D. Defunciones evitables por medidas mixtas, infecciones de las vías respiratorias	1.654	1.031	115	18	97	916	467	68	59	29
E. Defunciones evitables por medidas mixtas, enfermedades propias de la primera infancia	2.620	2.620	2.488	1.800	688	132	0	0	0	0
F. Defunciones evitables por medidas mixtas, muertes violentas	1.677	117	15	7	8	102	391	280	324	565
G. Resto de las defunciones evitables por aplicación de un conjunto de medidas mixtas	175	14	0	0	0	14	36	16	21	88
H. Defunciones difícilmente evitables en la actualidad	1.264	647	307	214	93	340	200	110	126	181
I. Defunciones por causas mal definidas	1.560	799	164	64	100	635	415	148	77	121
J. Otras causas	2.575	1.338	85	19	66	1.253	833	155	122	127
Todas las causas	14.341	7.975	3.246	2.126	1.120	4.729	3.375	935	833	1.223

Tabla 9. Ecuador. Defunciones de la población de 0-19 años por grupo de edad según criterios de evitabilidad. Años 1990, 2015 y 2016 (continuación)

Criterio de evitabilidad	Total 0-19 años	Menores de 1 año	0-27 días		28-365 días	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	
			Total	7-27 días						
2015										
A. Defunciones evitables por vacunación o tratamiento preventivo	64	35	1	0	1	34	6	6	7	10
B. Defunciones evitables por diagnóstico y tratamiento médico precoz	54	23	0			23	7	6	10	8
C. Defunciones evitables por medidas de saneamiento ambiental	118	71	1	1	0	70	30	7	5	5
D. Defunciones evitables por medidas mixtas, infecciones de las vías respiratorias	382	209	2	1	1	207	98	24	23	28
E. Defunciones evitables por medidas mixtas, enfermedades propias de la primera infancia	1.331	1.331	1.230	895	335	101	0	0	0	0
F. Defunciones evitables por medidas mixtas, muertes violentas	1.499	216	31	13	18	185	237	169	223	654
G. Resto de las defunciones evitables por aplicación de un conjunto de medidas mixtas	87	31	1	0	1	30	5	4	12	35
H. Defunciones difícilmente evitables en la actualidad	1.313	732	376	254	122	356	168	126	117	170
I. Defunciones por causas mal definidas	468	206	39	15	24	167	121	47	37	57
J. Otras causas	581	124	12	3	9	112	143	60	107	147
Todas las causas	5.897	2.978	1.693	1.182	511	1.285	815	449	541	1.114

Tabla 9. Ecuador. Defunciones de la población de 0-19 años por grupo de edad según criterios de evitabilidad. Años 1990, 2015 y 2016 (conclusión)

Criterio de evitabilidad	Total 0-19 años	Menores de 1 año	0-27 días			28-365 días	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años
			Total	0-6 días	7-27 días					
2016										
A. Defunciones evitables por vacunación o tratamiento preventivo	61	25	1	0	1	24	6	10	8	12
B. Defunciones evitables por diagnóstico y tratamiento médico precoz	67	25	0	0	0	25	10	9	12	11
C. Defunciones evitables por medidas de saneamiento ambiental	109	50	1	1	0	49	30	14	8	7
D. Defunciones evitables por medidas mixtas, infecciones de las vías respiratorias	391	210	2	1	1	208	107	28	19	27
E. Defunciones evitables por medidas mixtas, enfermedades propias de la primera infancia	1.351	1.351	1.233	889	344	118	0	0	0	0
F. Defunciones evitables por medidas mixtas, muertes violentas	1.521	227	44	26	18	183	261	173	200	660
G. Resto de las defunciones evitables por aplicación de un conjunto de medidas mixtas	74	14	2	1	1	12	9	5	12	34
H. Defunciones difícilmente evitables en la actualidad	1.377	805	457	325	132	348	174	135	104	159
I. Defunciones por causas mal definidas	461	179	35	11	24	144	133	56	37	56
J. Otras causas	652	156	12	3	9	144	170	89	98	139
Todas las causas	6.064	3.042	1.787	1.257	530	1.255	900	519	498	1.105

Fuente: Elaboración propia con base en datos provenientes del INEC e información contenida en Sáenz Ozaetta (2007).