

ALGUNOS ASPECTOS DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN EL ECUADOR*

LUIS G. CAMACHO, M.D., M.P.H.

Subdirector del Depto. Nacional Materno Infantil del Ecuador

JERJES VILDOSOLA, M.P.H.

Consultor de las Naciones Unidas para la Dirección General de Estadística y Censos del Ecuador

Antes de entrar en materia y analizar los datos estadísticos que constituyen la base de este trabajo, conviene recordar conceptos bien conocidos por todos los médicos sanitarios, y que, no obstante su importancia para comprender los diversos aspectos de la mortalidad infantil, no son lo suficientemente divulgados en el resto de la profesión médica, ni mucho menos entre otros grupos.

Creemos, como la mayoría, que la mortalidad infantil es uno de los índices más sensibles de las condiciones sanitarias y socio-económicas de los países.

Se ha querido restar importancia a la mortalidad infantil como índice del estado sanitario, alegando que está formada por dos grupos: de 0 a 1 mes y de 1 a 12 meses. Este último grupo es el afectado casi exclusivamente por los factores ambientales exteriores, mientras el primero comprende las defunciones cuyas causas se relacionan con factores inherentes al embarazo y especialmente al parto. Esto no obstante, debe recordarse que, en magnitud, los riesgos de uno a doce meses de edad, en los países de bajo nivel sanitario y cultural, son bastante mayores que durante el primer mes, pese al

mayor riesgo natural de los primeros días de la vida y a la, por lo general, mala atención del embarazo y del parto. Tan es así que, en dichos países, la mortalidad infantil está constituida por dos tercios de mortalidad tardía (1 a 12 meses) y un tercio de mortalidad precoz o neonatal (0 a 1 mes).

El conocimiento de esta distribución de la mortalidad infantil es fundamental para la aplicación de las medidas convenientes para resolver el problema en cada país o región.

En el Ecuador no existen datos fidedignos que indiquen la tendencia o el comportamiento de este índice a lo largo del tiempo. Los datos de nacimientos de años anteriores a 1954 se refieren a inscripciones de niños nacidos vivos, y no al número de nacimientos; la diferencia entre estas dos cifras puede ser muy importante, ya que la tendencia de las inscripciones puede ser muy diferente de la de los nacimientos, y si bien es creencia general que no pueden inscribirse más nacimientos que los de niños nacidos vivos, esto no es absolutamente cierto, ya que puede haber una proporción importante de nacidos vivos de años anteriores que, no habiendo sido inscritos en su oportunidad, lo hacen en cualquier momento y alteran la identidad

* Manuscrito recibido en enero de 1958.

que debiera existir entre nacimientos e inscripciones. No es tampoco muy de fiar el número de muertes de menores de un año que se inscriben en el Registro Civil, ya que, al estudiar las cifras correspondientes a 1954, se obtuvo la casi evidencia de que el registro de defunciones no es completo, y es sabido que, cuando ocurre tal fenómeno, la mayor proporción de las defunciones no inscritas corresponden especialmente a recién nacidos, por quienes existe naturalmente menos interés en hacer los trámites legales de inscripción.

La existencia de subregistro en la actualidad, indica que siempre ha habido defecto en la inscripción de defunciones, ya que todo hace suponer que las condiciones generales del país han ido mejorando y por lo tanto, la deficiencia debe tender a disminuir, y no aumentar.

Así y todo, y más que nada para tener una idea, aunque sea vaga, de lo que ocurrió con este importante índice demográfico, se presentan en el cuadro No. 1 los nacimientos inscritos, las defunciones inscritas de menores de un año y las tasas por 1.000 nacimientos correspondientes a los años desde 1933 a 1953. Un somero análisis de estos datos nos muestra un tendencia decreciente del índice, que iría desde unos 160 por 1.000 a unos 110. En esta tendencia se notan grandes oscilaciones entre un año y otro, que es posible interpretar, si consideramos los registros más o menos constantes, por continuos brotes epidémicos que afectan especialmente a este grupo de edad. El índice de 1954 no es comparable con los anteriores, ya que se basa en el número de nacidos vivos e inscritos en 1954, y en las defunciones correspondientes a 1954 únicamente y no todas las inscritas en ese año. Esto sube artificialmente la tasa.

En el cuadro No. 2 se compara la tasa de mortalidad infantil del Ecuador con la de otros países. Entre estos 26 países figuran 13 latinoamericanos. Se puede ver que sólo Chile tiene un índice de mortalidad infantil superior al del Ecuador, y es sabido ya que aquél presenta una de las tasas más altas

CUADRO No. 1.—*Defunciones de menores de un año y tasas por 1.000 nacidos vivos en el Ecuador, 1933-1953.**

Años	Defunciones menores de un año	Nacidos vivos	
		No	Tasa por 1.000
1933	16.777	103.199	162,6
1934	15.382	101.225	152,0
1935	14.361	104.477	137,5
1936	16.592	109.581	151,4
1937	17.569	109.324	160,7
1938	16.038	113.348	141,5
1939	18.400	117.726	156,3
1940	18.539	116.888	158,6
1941	16.203	116.506	139,1
1942	16.513	115.991	142,4
1943	16.717	121.832	137,2
1944	16.705	125.568	133,0
1945	18.963	129.101	146,9
1946	17.181	129.331	132,8
1947	15.605	137.226	113,7
1948	16.373	135.201	121,1
1949	16.218	140.842	115,2
1950	16.367	149.153	109,7
1951	16.756	152.999	109,5
1952	17.665	155.641	113,5
1953	18.445	163.809	112,6

* Datos suministrados por la Dirección General de Estadística y Censos.

conocidas, y no seguramente por ser esta la realidad, sino más bien porque en Chile la recolección de datos demográficos es mucho más completa que en muchos países, cuyas tasas de mortalidad son más bajas según las estadísticas.

Siguen al Ecuador entre los países latinoamericanos, Colombia y Costa Rica, cuyos índices son bastante más bajos. Sabemos, eso sí, que, al igual que en el Ecuador, las estadísticas utilizadas para calcular este índice, no siempre son tan completas como sería de desear.

Desde el punto de vista de la distribución geográfica, dentro del territorio nacional, las tasas de mortalidad infantil, por 1.000 nacidos vivos, correspondientes a las tres regiones del Ecuador son:

Región Interandina (sierra).....	132,9
Región Litoral (costa).....	95,0
Región Oriental (oriente).....	83,5

CUADRO No. 2.—Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos en varios países, 1954.*

País	Tasa por 1.000 nacidos vivos
Chile	123,8
Ecuador	115,8
Colombia	102,7
Yugoeslavia	101,8
Costa Rica	101,2
Guatemala	87,9
El Salvador	81,5
México	80,5
Nicaragua	74,5
República Dominicana	68,3
Venezuela	68,0
Argentina	61,9
Hungría	60,7
Honduras	60,0
Puerto Rico	57,3
España	54,2
Italia	52,8
Panamá	50,4
Bélgica	49,1
Austria	48,3
Checoslovaquia	37,0
Finlandia	30,7
Formosa	30,1
Estados Unidos	26,6
Inglaterra	25,5
Australia	22,5

* Estos datos se tomaron del Anuario Demográfico de las Naciones Unidas, 1955, excepto el correspondiente al Ecuador, que proviene de la Dirección General de Estadística y Censos de dicho país.

Para quien conoce las condiciones de vida de estas tres regiones la única conclusión lógica ante estas cifras es que tiene que existir un subregistro de las defunciones de menores de un año en todo el Ecuador; pero este subregistro es mucho más marcado en la costa y muchísimo más en el Oriente (región selvática). Esta aseveración adquiere mayor crédito al analizar la mortalidad infantil por provincias. Las de Pichincha y Guayas, cuyas capitales son las ciudades más pobladas del Ecuador y en las que existe la mejor atención médico-sanitaria y obstétrico-pediátrica del país, tienen una tasa ligeramente mayor que 130 por 1.000. Este índice no está influenciado por una concentración de defunciones de menores de un año en tales ciudades, a donde se acude

en busca de una mejor atención de los partos o de las enfermedades, porque las cifras analizadas se refieren al lugar de residencia de las madres, y en consecuencia se ha tratado de ubicar cada defunción en dicho lugar, y no en el de ocurrencia de la muerte. Por otra parte, por no constar la residencia en los certificados de nacimiento, éstos se clasificaron según el lugar de inscripción, y no según el de residencia de la madre, lo que, indudablemente, concentra en las ciudades que ofrecen mejores posibilidades de atención de partos un número de nacimientos mayor que el real, lo que, a su vez, hace bajar artificialmente la tasa de mortalidad infantil.

Junto a las cifras de Guayas y Pichincha se hallan las de las provincias de Manabí, Loja y Napo-Pastaza, que son de 64,6, 51,9 y 51,2 defunciones de menores de un año por 1.000 nacidos vivos. Los ecuatorianos sabemos que en las tres provincias mencionadas como ejemplo, las condiciones sanitarias, los servicios médicos preventivo-asistenciales y los demás factores de una mejor atención de la salud de madres y niños son muy inferiores a las condiciones de Pichincha y Guayas; sin embargo, las cifras obtenidas corresponden a las de países mucho más desarrollados que el Ecuador.

Considerando como nacimientos y defunciones urbanos los inscritos en las parroquias urbanas de la capital de las provincias, vemos con sorpresa que la tasa de mortalidad infantil es más alta en la zona urbana que en la rural, aun cuando las condiciones sanitarias y culturales mejores y las mayores posibilidades asistenciales de las áreas urbanas harían esperar lo contrario.

Al juzgar estos datos debemos tener en cuenta los siguientes puntos:

1. En estos cálculos, los nacimientos deben estar sobre-estimados porque en las ciudades ocurren muchos nacimientos de pobladores rurales (no residentes) que son atraídos por los mejores medios de atención médica.

2. Las defunciones deben estar mejor registradas que en las zonas rurales por haber un control más estricto y mayores exigencias en las ciudades.

3. El mayor registro de nacimientos baja artificialmente la tasa de mortalidad infantil, y el registro de defunciones más completo en las ciudades, la hace más real.

Todas estas consideraciones nos hacen pensar que los datos obtenidos sobre varias provincias y sobre la zona rural del Ecuador no reflejan la realidad, sino un subregistro marcado de defunciones, especialmente de las de niños de tierna edad. Este subregistro es fácilmente explicable por las siguientes causas:

1. Ignorancia y despreocupación del poblador rural acerca del registro de defunción.

2. Aislamiento del poblador rural de los lugares donde existen oficinas de registro civil. Este aislamiento, debido a la falta de vías de comunicación y de medios de transporte, es mucho más marcado en el litoral o costa durante la época lluviosa—de diciembre a mayo—en que los escasos caminos existentes se vuelven intransitables y las inclemencias del clima casi imposibilitan el ir a una oficina de registro civil y volver a inhumar un cadáver dentro de las 24 horas que prescribe el Código Sanitario. Además, el clima tropical, caluroso y húmedo, obliga a un entierro inmediato.

3. Como los nacimientos se pueden registrar tardíamente y el comprobante del registro civil se exige para el bautizo, se comprende fácilmente que el subregistro de defunciones sea mayor que el de nacimientos.

El cuadro No. 3 presenta la información sobre mortalidad de menores de un año de toda la República, por edad de los muertos. Como puede observarse, la mortalidad del primer día, que seguramente es la más incompleta de todas, especialmente por confundirse a veces los datos con los de los nacidos muertos y porque es la edad en que hay menos interés por inscribir a los muertos, es superior en la República al número de niños que murieron durante el undécimo y duodécimo meses de edad.

La mortalidad del primer día es 16 veces mayor que la del primer año de vida. Esto da una idea del aumento del riesgo de morir de los niños a medida que su edad decrece y se acerca al nacimiento o, en otras pala-

CUADRO No. 3.—Número de defunciones de menores de un año, por meses y días, en el Ecuador, 1954.

Edad	No. de defunciones
Total	18.144
Menores de 1 día	785
1 a 6 días	2.089
7 a 13 días	1.531
14 a 20 días	1.294
21 a 27 días	564
28 días al 2º mes	2.123
3º mes	1.547
4º "	1.336
5º "	952
6º "	840
7º "	1.050
8º "	833
9º "	1.003
10º "	814
11º "	714
12º "	669

bras, como el riesgo de morir disminuye a medida que aumenta su edad. Si este fenómeno se refleja en las cifras del Ecuador, es mucho más visible aún en las cifras de los países donde la lucha del ser con el ambiente no es tan desigual.

Se puede observar entre el sexto y octavo meses de edad un repunte de la mortalidad que refleja un fenómeno que se observa en las regiones principales del país. Por el momento no le encontramos una explicación racional, a no ser que se deba al cambio del régimen alimenticio del niño a esa edad, a consecuencia del destete y comienzo de la alimentación artificial o mixta.

La distribución por edad de las defunciones de menores de un año proyecta alguna claridad sobre el tipo de problemas con que se enfrenta el país en este aspecto.

Puede observarse que la mortalidad tardía (de 1 a 12 meses) es el doble, aproximadamente, de la neonatal (antes de los 28 días) o, lo que es lo mismo, la primera es los dos tercios de la mortalidad infantil, mientras la segunda es sólo un tercio.

Como se dijo al comienzo, la mortalidad tardía se debe especialmente a causas am-

bientales, o sea prevenibles o controlables mediante el mejoramiento de las condiciones sanitarias generales y del nivel cultural de los habitantes.

Las causas de muerte de los primeros 28 días son hasta ahora muy poco controlables pues dependen de factores que se hacen sentir durante el embarazo, el parto o ambos; muchos de estos factores están relacionados íntimamente con los problemas biológicos y fisiológicos de la madre, y con la clase de atención médica recibida durante el parto.

Esta preponderancia de la mortalidad tardía en la mortalidad infantil del Ecuador facilita la solución del problema que plantea, pues la mortalidad infantil podría reducirse con relativa facilidad suprimiendo los factores ambientales desfavorables, hasta llegar al punto en que depende en medida preponderante de la mortalidad neonatal, (primeros 28 días), que es lo ocurrido en los países económica y culturalmente más desarrollados.

Esto nos lleva al estudio de los datos sobre las causas de muerte, pero antes analizaremos el problema acerca de la certificación médica de la causa de muerte para ver el valor que podemos darle. Podemos ver en el cuadro No. 4, que sólo un 26% de las defunciones tienen una causa certificada por médico, lo que nos muestra que la atención médica es bastante deficiente en general y que este hecho es más notorio en las áreas rurales, en donde sólo un 7,6% de las defunciones aparecen con certificación médica. Debemos agregar a esto que en las áreas urbanas es obligación de los médicos sanitarios certificar las causas de las muertes cuando no ha habido atención profesional previa; este hecho hace que la certificación de un 85,6% de las muertes sea exagerada con respecto a la atención médica y que el valor de los diagnósticos dados sea más relativo de lo que se pudiera pensar, ya que en estos casos el profesional sanitario diagnóstica ante un cadáver y sin conocer, en muchas ocasiones, ni siquiera los síntomas precisos que sufriera el difunto.

Con estos antecedentes no debiera esperarse mucho del estudio de las causas de muerte; sin embargo, al agrupar las causas se puede colegir, aunque sea en grandes

CUADRO No. 4.—Porcentaje de defunciones de menores de un año con certificación médica en el Ecuador, 1954.

Población	Porcentaje
Total.	26,0
Urbana*.	85,6
Rural	7,6

* En el área urbana es obligación del médico sanitario certificar la causa de defunción de los casos que no tuvieron atención médica.

rubros, los principales problemas existentes, que indican a las autoridades gubernativas y sanitarias las medidas más efectivas para su solución o su control.

El cuadro No. 5 nos muestra los cinco grupos de causas de mortalidad infantil en el Ecuador. Con sólo un rápido análisis de este cuadro se puede ver que las condiciones ambientales en que se crían los niños menores de un año en el país son muy desfavorables, traduciéndose esto en que el primer grupo de causas de muerte de los menores de un año sean las enfermedades infecciosas y parasitarias. Merece mencionarse, aunque no constan estos datos en el cuadro, que las enfermedades infecciosas preponderantes son la tos ferina, que causa 2.531 defunciones, y el sarampión, que ocasiona 495.

El segundo grupo de causas de muerte son las mal definidas y desconocidas. Esto corrobora todo lo dicho anteriormente con respecto a la falta de certificación médica de la mortalidad infantil, y nos muestra que quizás el problema más importante del Ecuador sea la falta de atención médica, especialmente en las zonas rurales. Por lo mismo, la creación de centros de salud que provean atención médica preventiva y asistencial y realicen un programa de inmunizaciones, debe ser la respuesta a este problema que tan claramente plantean las cifras estadísticas.

CUADRO NO. 5.—Defunciones de menores de un año, por causas y con certificación médica, y tasas por 100.000 nacidos vivos, Ecuador, 1954.

Causas de muerte	Total	Tasa	Certificación médica
Todas las causas.	18.144	11.577,4	4.711
enfermedades infecciosas y parasitarias.	4.105	2.619,33	523
mal definidas y desconocidas.	4.074	2.599,55	205
enfermedades del aparato respiratorio.	3.844	2.452,79	1.062
ciertas enfermedades de la primera infancia.	2.635	1.681,35	1.193
enfermedades del aparato digestivo.	2.132	1.360,39	1.352
otras causas.	1.354	863,96	376

El cuarto grupo de causas de muerte está formado por las enfermedades propias de la primera infancia, entre las cuales la debilidad congénita y la prematuridad contribuyen en alta proporción.

Por fin, las enfermedades del aparato digestivo constituyen el quinto grupo de causas de defunción de menores de un año. Esto nos indica la necesidad de enseñar a las madres ecuatorianas los principios fundamentales de puericultura y alimentación infantil, y sobre todo de defender y patrocinar la lactancia materna entre las madres de las ciudades, en donde se está generalizando muy rápidamente la lactancia artificial.

Las obras de saneamiento ambiental, como el abastecimiento público de agua, alcantarillado, pasteurización de la leche—que en el Ecuador son funciones de los municipios—nos ayudarán inmensamente al control de este grupo de causas de muerte.

CONCLUSIONES

1. La mortalidad infantil en el Ecuador es en extremo elevada.

2. Del análisis de los datos y del conocimiento personal de la realidad geográfica, climática y socio-cultural del Ecuador se puede concluir con gran certeza: a) Que existe un subregistro de defunciones, que es mucho mayor en las zonas rurales del país y más especialmente en la costa y en la región oriental. b) Este subregistro de defunciones que aparentemente es mucho mayor que el

subregistro de nacimientos, resulta en una tasa de mortalidad infantil muy inferior a la real, que debe ser bastante más alta de 133 por 1.000 nacidos vivos (tasa de Pichincha y Guayas). c) En todo caso la mortalidad infantil va decreciendo paulatinamente con el correr del tiempo.

3. La mortalidad infantil del Ecuador está formada, en sus dos terceras partes, por la mortalidad tardía (1 a 12 meses de edad) y solamente un tercio por la mortalidad del primer mes de vida (neo-natal).

4. Esta característica hace que la mortalidad infantil del Ecuador sea fácilmente reducible mediante programas de saneamiento ambiental, inmunización en gran escala y educación sanitaria de las madres, cuyos resultados son perfectamente conocidos.

5. Solamente el 26% de la mortalidad infantil del país entero, y apenas un 7,6% en la zona rural, tiene certificación médica.

6. Los principales grupos de causas de mortalidad infantil son: 1) Enfermedades infecciosas y parasitarias; 2) Desconocidas y mal definidas; 3) Enfermedades del aparato respiratorio; 4) Enfermedades propias de la primera infancia; 5) Enfermedades del aparato digestivo.

7. El programa de higiene maternoinfantil que, desde 1953, realiza el Gobierno del Ecuador, con la colaboración de la OSP-OMS y UNICEF, debe ser fortalecido económicamente para que pueda ampliarse a todo el territorio del Ecuador y más especialmente a las zonas rurales.