



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

TESIS PROYECTO DE GRADO:

"ANÁLISIS DE LA RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y LA MORTALIDAD INFANTIL (PRIMER AÑO DE VIDA) EN LA PARROQUIA URBANA - RURAL CALDERÓN DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO"

PREVIO AL TÍTULO DE:

MAGÍSTER EN GESTIÓN DEL DESARROLLO LOCAL COMUNITARIO

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE

AUTOR:

YESSENIA MARIBEL TOAPANTA MARTÍNEZ

DIRECTOR DE PROYECTO DE GRADO:

ECON. DIEGO ANDRADE IZURIETA

2016

QUITO - ECUADOR



II

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
Maestría de Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE

TEMA: Análisis de la relación que existe entre los factores socioeconómicos y la mortalidad infantil en la Parroquia Calderón D.M. Quito

Autora: Yessenia Toapanta Martínez

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, Yessenia Maribel Toapanta Martínez, declaro bajo juramento que la presente investigación es de total responsabilidad dela autora y que se ha respetado las diferentes fuentes de información

Yessenia Maribel Toapanta Martínez

C.I. 1719415570



III

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
Maestría de Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE

TEMA: Análisis de la relación que existe entre los factores socioeconómicos y la mortalidad infantil en la Parroquia Calderón D.M. Quito

Autora: Yessenia Toapanta Martínez

CERTIFICADO DE AUTORÍA

Se autoriza utilizar los contenidos de esta investigación como referencia bibliográfica para fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, citando como fuente de información a la autora de la misma.

Agosto, 2016

Nombre: Yessenia Maribel Toapanta Martínez

Dirección: Quito, Heleodoro Ayala E7-332 y Bennet

Email: yesmat23@gmail.com

Teléfono: 0998024169



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
Maestría de Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE

TEMA: Análisis de la relación que existe entre los factores socioeconómicos y la mortalidad infantil en la Parroquia Calderón D.M. Quito

Autora: Yessenia Toapanta Martínez

CERTIFICACIÓN

Econ. Diego Andrade Izurieta

DIRECTOR DEL PROYECTO DE GRADO

CERTIFICA:

Haber revisado el presente trabajo final de investigación, el mismo que se ajusta a las normas vigentes de la Escuela de Trabajo Social, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador; cumpliendo los requisitos establecidos por la Dirección General Académica; en consecuencia está apta para su presentación y sustentación.

Econ. Diego Andrade Izurieta

C.I. 0602610685



V

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
Maestría de Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE

TEMA: Análisis de la relación que existe entre los factores socioeconómicos y la mortalidad infantil en la Parroquia Calderón D.M. Quito

Autora: Yessenia Toapanta Martínez

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación a todas las personas que han aportado para que esta nueva meta sea alcanzada con trabajo, alegría y satisfacción, especialmente a mis padres quienes con su compañía diaria y sus palabras de aliento me motivan a seguir soñando y luchar por conseguir mis sueños.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
Maestría de Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE

TEMA: Análisis de la relación que existe entre los factores socioeconómicos y la mortalidad infantil en la Parroquia Calderón D.M. Quito

Autora: Yessenia Toapanta Martínez

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por cada día de vida, a través del cual, me brinda una oportunidad de ser feliz, de disfrutar de las alegrías y de aprender de las tristezas, de crecer y mejorar.

A mis padres, por la dedicación, el tiempo, el esfuerzo, el amor y la confianza en mí depositada, a mi familia, mis amigos, compañeros de clase, maestros, en realidad a todos mis seres amados. Y también a la institución que me abrió las puertas y permitió que este sueño más sea cumplido



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
Maestría de Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE

TEMA: Análisis de la relación que existe entre los factores socioeconómicos y la mortalidad infantil en la Parroquia Calderón D.M. Quito

Autora: Yessenia Toapanta Martínez

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN

El jurado examinador, aprueba el presente trabajo de investigación en nombre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador:

Profesor Calificante 1

Profesor Calificante 2



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
Maestría de Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE

TEMA: Análisis de la relación que existe entre los factores socioeconómicos y la mortalidad infantil en la Parroquia Calderón D.M. Quito

Autora: Yessenia Toapanta Martínez

CONTENIDO

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD	II
CERTIFICADO DE AUTORÍA	III
CERTIFICACIÓN	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
TRIBUNAL DE GRADUACIÓN	VII
RESUMEN.....	XII
ABSTRACT.....	XIII
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
Diagnóstico	2
Delimitación.....	3
Formulación	3
Sistematización	3
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	4
OBJETIVOS	4
Objetivo General	4
Objetivos Específicos.....	4
METODOLOGÍA	5
Tipo de Estudio	5
Fuentes	5
Métodos.....	5
CAPÍTULO 1 MARCO TEÓRICO	6
1.1 Desarrollo Humano Sostenible.....	6



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
Maestría de Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE

TEMA: Análisis de la relación que existe entre los factores socioeconómicos y la mortalidad infantil en la Parroquia Calderón D.M. Quito

Autora: Yessenia Toapanta Martínez

1.1.1 Descripción Histórica	6
1.1.2 El desarrollo como libertad	10
1.1.3 Teoría de las capacidades	18
1.1.4 Las necesidades humanas y el desarrollo	21
1.2 Determinantes en la Mortalidad Infantil	22
1.3 El enfoque de determinantes en las políticas públicas de salud	25
CAPÍTULO 2 TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Y PRINCIPALES CAUSAS	27
2.1 La Mortalidad Infantil en América Latina	27
2.2 La Mortalidad Infantil en Ecuador	30
2.2.1 Tasa de Mortalidad Infantil en Ecuador	31
2.2.2 Causas de Mortalidad Infantil en el Ecuador	33
2.2.3 Tasa de Mortalidad Infantil a nivel provincial	34
2.2.4 Tasa de Mortalidad Infantil en la Parroquia Calderón	35
2.2.5 Causas de Mortalidad Infantil en la Parroquia Calderón.....	37
CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	39
3.1 Metodología	39
3.1.1 Tipo de estudio	39
3.1.2 Diseño de la investigación.....	39
3.1.3 Método de la investigación	39
3.1.4 Población Objetivo	39
3.1.5 Determinación de la muestra.....	40
3.2 Descripción y Análisis de Resultados	41
CAPÍTULO 4 CORRELACIÓN DE VARIABLES Y REGRESIÓN LOGÍSTICA.....	70
4.1 Metodología	70



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
Maestría de Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE

TEMA: Análisis de la relación que existe entre los factores socioeconómicos y la mortalidad infantil en la Parroquia Calderón D.M. Quito

Autora: Yessenia Toapanta Martínez

4.2 Presentación de resultados	71
4.2.1 La prueba chi cuadrado	71
4.2.2 Correlación de variables	72
4.2.3 Modelo de regresión logística	74
CONCLUSIONES	77
RECOMENDACIONES	81
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS.....	86

Índice de Gráficos

Gráfico 1 Modelo de Dahlgren y Whitehead	24
Gráfico 2 Tasa de mortalidad infantil estimada por el quinquenio 2010 - 2015 por cada mil habitantes	30
Gráfico 3 Tasa de la mortalidad infantil a nivel nacional 2000 - 2014	32
Gráfico 4 Tasa de mortalidad infantil por provincia 2014	34
Gráfico 5 Mapa Político de la Ciudad de Quito - Administraciones Zonales	35
Gráfico 6 Causas de Mortalidad Infantil en la Parroquia Calderón	38
Gráfico 7 Mujeres encuestadas por grupos de edad (Porcentajes)	42
Gráfico 8 Mujeres que tienen hijos y número de hijos (Porcentajes).....	43
Gráfico 9 Mujeres que tienen un hijo fallecido antes del primer año de edad (Porcentajes)	43
Gráfico 10 Grupos de edad de las mujeres que registran tener un hijo fallecido (Porcentajes)	44
Gráfico 11 Número de embarazos y número de hijos de las mujeres que tienen hijos	45
Gráfico 12 Mujeres que han perdido o no un niño y número de embarazos (Porcentajes).....	46
Gráfico 13 Mujeres que tienen hijos menores de un año	46
Gráfico 14 Controles médicos durante el embarazo, y número de controles realizados	47
Gráfico 15 Mujeres que han perdido o no un niño y número de controles médicos (Porcentajes).....	48
Gráfico 16 Razones por las que no se realizó los controles prenatales en el embarazo	49
Gráfico 17 Personas que atendieron su parto (Porcentajes)	50
Gráfico 18 Mujeres que utilizan métodos de planificación familiar (Porcentajes)	50
Gráfico 19 Métodos de Planificación Familiar utilizados (Porcentajes).....	51



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
Maestría de Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE

TEMA: Análisis de la relación que existe entre los factores socioeconómicos y la mortalidad infantil en la Parroquia Calderón D.M. Quito

Autora: Yessenia Toapanta Martínez

Gráfico 20 Mujeres que acuden a un hospital público, privado, a la farmacia o a ninguno.....	51
Gráfico 21 Razones por las que no llevaron a sus hijos al médico o acudieron solo a la farmacia	52
Gráfico 22 Enfermedades reportadas de los niños	53
Gráfico 23 Niños que asisten a algún programa o centro infantil	53
Gráfico 24 Identificación según cultura y costumbres	54
Gráfico 25 Mujeres que han perdido o no un niño y etnia (Porcentajes)	55
Gráfico 26 Nivel de instrucción de las mujeres encuestadas	55
Gráfico 27 Mujeres que han perdido o no un niño y nivel de instrucción	56
Gráfico 28 Actividades que realizaron la semana anterior las mujeres encuestadas (Porcentajes)	56
Gráfico 29 Trabajo remunerado - mujeres encuestadas	57
Gráfico 30 Tipo de vivienda que ocupa	58
Gráfico 31 Número de personas que viven en casa de las mujeres encuestadas (Porcentajes).....	59
Gráfico 32 Número de cuartos para dormir.....	59
Gráfico 33 Índice de hacinamiento	60
Gráfico 34 Seguro de salud - mujeres encuestadas	60
Gráfico 35 Tipo de servicio higiénico que dispone su vivienda	61
Gráfico 36 Obtención de agua para el hogar.....	62
Gráfico 37 Tratamiento que le dan al agua antes de beberla.....	62
Gráfico 38 Eliminación de basura en su hogar.....	64
Gráfico 39 Tiene suficiente comida para alimentar a su familia.....	64
Gráfico 40 Como estima que vive con los ingresos del hogar	65
Gráfico 41 El ingreso medio mensual de los hogares de las mujeres encuestadas	66
Gráfico 42 Mujeres que han perdido o no un niño y nivel de ingresos.....	66

Índice de Tablas

Tabla 1 Enfoque de Nussbaum - Capacidades Centrales para el funcionamiento humano	19
Tabla 2 Asignación de tiempos para los equipos de salud	26
Tabla 3 Causas de Mortalidad Infantil en el Ecuador 2014	33
Tabla 4 Tasa de mortalidad infantil por parroquia rural y sub-urbana del Cantón Quito 2014	37
Tabla 5 Cálculo de la población objetivo.....	40
Tabla 6 Edad de las mujeres que registran tener un hijo fallecido y número de embarazos	45
Tabla 7 Edad de las mujeres que registran tener un hijo fallecido y número de controles médicos	48
Tabla 8 Mujeres que registran tener un hijo fallecido por etnia, instrucción, trabajo remunerado	57
Tabla 9 Número de hijos fallecidos reportados, trabajo remunerado y seguro de salud	61



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
Maestría de Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE

TEMA: Análisis de la relación que existe entre los factores socioeconómicos y la mortalidad infantil en la Parroquia Calderón D.M. Quito

Autora: Yessenia Toapanta Martínez

Tabla 10 Número de hijos fallecidos, etnia, acceso al agua y tratamiento antes de beberla	63
Tabla 11 Número de hijos fallecidos reportados y percepción de las madres sobre las condiciones de vida, ingreso mensual del hogar	67
Tabla 12 Factores socioeconómicos de las mujeres que registran tener un hijo que falleció antes de cumplir un año.....	69
Tabla 13 Prueba de chi cuadrado de independencia de las variables	72
Tabla 14 Correlación entre variables	73
Tabla 15 Correlación inversa y directa de variables	74
Tabla 16 Modelo de regresión logística	76

RESUMEN

En el marco de la línea de investigación del Desarrollo Humano Sostenible, se elabora el presente trabajo que contiene un análisis de la relación de los factores socioeconómicos y la mortalidad infantil en la Parroquia Calderón del Distrito Metropolitano de Quito. Se generó una investigación de tipo descriptivo transversal ya que se analiza un período determinado de tiempo, se utilizó el método empírico que incluyó la aplicación de encuestas para la obtención de información primaria, y el método teórico durante el proceso de análisis y síntesis de la información recopilada y el estudio deductivo de la misma. Se estableció como base teórica el Desarrollo Humano donde se concibe al desarrollo como la ampliación de oportunidades inherentes a las personas.

El documento se ha organizado en cuatro capítulos:

El capítulo 1 constituido por la fundamentación teórica de la evolución de la concepción sobre el desarrollo desde las teorías clásicas de enfoque economicista, hasta el nuevo paradigma de



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
Maestría de Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE

TEMA: Análisis de la relación que existe entre los factores socioeconómicos y la mortalidad infantil en la Parroquia Calderón D.M. Quito

Autora: Yessenia Toapanta Martínez

"La Teoría de Desarrollo Humano" de Amartya Sen en donde se coloca al ser humano en el centro del proceso productivo dejando de ser considerado únicamente un recurso, la cual fue definida como base teórica de la presente investigación. El capítulo 2 contiene la Tasa de Mortalidad Infantil a nivel nacional, provincial y una estimación realizada a nivel de las parroquias del Cantón Quito, así como también las principales causas de muerte de niños menores de un año en el Ecuador y en Calderón, donde se identifica que en el año 2014 se mantiene la relevancia de los problemas de salud, materno infantiles y la desnutrición en la mortalidad infantil al igual que en los años ochenta. El capítulo 3 presenta el análisis de los resultados obtenidos en las encuestas realizadas a mujeres en edad fértil residentes en la zona de análisis, donde se demuestran problemas en los factores socioeconómicos de cada mujer inciden negativamente en la mortalidad de los niños ya que afectan sus condiciones de vida y su salud se vuelve más vulnerable. Finalmente, el capítulo 4 evidencia la relación directa e inversa que tienen los factores socioeconómicos en la mortalidad infantil a través de la correlación de variables y del modelo de regresión logística.

ABSTRACT

As part of the research of sustainable human development, this paper contains an analysis of the relationship of socioeconomic factors and infant mortality in the Calderón Parish Metropolitan District of Quito is made. an investigation of cross descriptive generated since a certain time period analyzed, the empirical method that included conducting surveys to obtain primary information, and the theoretical method was used during the process of analysis and synthesis of information collected and deductive study of it. It was established as a theoretical basis human development where development is conceived as expanding opportunities inherent in people.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
Maestría de Gestión para el Desarrollo Local Comunitario

DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE

TEMA: Análisis de la relación que existe entre los factores socioeconómicos y la mortalidad infantil en la Parroquia Calderón D.M. Quito

Autora: Yessenia Toapanta Martínez

The document is organized into four chapters:

Chapter 1 consists of the theoretical basis of the evolution of the concept of development from the classical theories of economic approach, to the new paradigm of "The Theory of Human Development" Amartya Sen where it places the human being at the center the production process leaving only be considered a resource, which was defined as the theoretical basis of this research. Chapter 2 contains the infant mortality rate at the national, provincial and estimate the level of the parishes of the Canton Quito level, as well as the main causes of death of children under one year in Ecuador and Calderon, where It identifies that in 2014 the importance of maternal and child health problems and malnutrition in infant mortality remains as in the eighties. Chapter 3 presents the analysis of the results of the surveys of women of childbearing age residents in the area of analysis, which shows that problems in the socio-economic factors of each woman adversely affect the mortality of children as they affect their living conditions and their health becomes more vulnerable. Finally, Chapter 4 shows the direct and inverse relationship with socioeconomic factors in infant mortality through the correlation of variables and logistic regression model.

INTRODUCCIÓN

El número de niños que muere cada año en un país es un indicador que describe el resultado de procesos sociales realizados para alcanzar el bienestar de la infancia, el desarrollo humano y, en general, mejorar las condiciones de vida de la población (Lamelas, Aguayo y Cancelo, 2006: 131). La mortalidad infantil entendida como los decesos de menores entre los primeros doce meses de vida constituye un problema de salud de mucha relevancia, que requiere de un análisis del rol que desempeña el estado y los hogares, en el lamentable suceso (Hallo, Rodríguez, 2009).

Según Oxfam, en el 2014 el 1% más rico del planeta era dueño del 48% de la riqueza mundial, pero las tendencias tienden a agravarse: en el 2016 ese 1% tendrá más del 50% y en el 2019 más del 54% (El país, 2015). América Latina es una de las regiones más desiguales del planeta registra un coeficiente de Gini promedio de 0,51 en el 2012. Esta desigualdad heredada y generada por la implantación del patrón de desarrollo que perpetúa las brechas económicas basadas en el origen racial y étnico, el género y las clases sociales (Jiménez y López, 2011 p. 1).

La importancia de analizar la relación que existe entre los factores socioeconómicos y la mortalidad infantil radica en la generación de información relevante que permita crear líneas de trabajo enfocadas a mejorar el estado de salud de los niños y a disminuir el número de fallecimientos de los mismos. Las condiciones de salud de la madre, las atenciones durante el embarazo y parto, y la influencia del nivel de instrucción de la madre en las condiciones de vida de los niños, son aspectos adicionales que se pueden identificar a través de la investigación (UNICEF, 2014). El cálculo de la tasa de mortalidad infantil de la Parroquia Calderón constituye también un aporte importante del estudio.

Un gran número de fallecimientos en edades tempranas son provocados por causas prevenibles asociadas a características económicas, sociales y culturales, que al ser tratadas a tiempo, ayudarían a combatir los índices de mortalidad infantil y proporcionarían a los gobiernos e instituciones de protección infantil, herramientas confiables para la formulación de políticas

públicas enfocadas a combatir el origen de las afecciones de la población vulnerable (El País, 2012).

En Ecuador, la mortalidad infantil es un problema prioritario de salud pública que alarmado al actual gobierno nacional y que por mucho tiempo ha sido desatendido; Pichincha es una de las provincias que concentra mayor número de defunciones a nivel nacional, y dentro de ella la Parroquia urbana - rural Calderón registra un alto número de decesos infantiles, por esta razón es de vital importancia analizar las circunstancias en las que nacen, son atendidos, crecen, y se desarrollan los niños que habitan en este territorio (INEC, 2014).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Diagnóstico

La mortalidad infantil es un problema social que aqueja principalmente a los países en vías de desarrollo. En Ecuador la tasa de mortalidad infantil tiene tendencia decreciente que puede ser resultado de la mejora en el acceso a los servicios de salud y por las nuevas intervenciones en las políticas públicas sanitarias como: la gratuidad en los servicios de salud establecidos en la Constitución (MSP, 2012, p. 28). Se debe considerar que los resultados globales esconden desigualdades regionales y provinciales al igual que en las zonas urbanas y rurales (PNUD, s/f).

Según datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), los niños más pobres del mundo tienen 2,7 veces menos posibilidades que los ricos de contar con la asistencia de personal calificado al nacer. Un niño de Etiopía tiene 30 veces más probabilidades de morir antes de cumplir cinco años que un niño de Europa occidental. Realidades como las mencionadas determinan la importancia de analizar los determinantes sociales y económicos que inciden en la mortalidad infantil (UNICEF, 2014 p. 3).

La presente investigación busca determinar la relación que existe entre los factores socioeconómicos y la mortalidad infantil (primer año de vida) en la parroquia urbana - rural Calderón del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ), analizar las causas de muerte por etnia,

por grupos de edad de la madre, por ingresos familiares, servicios de salud, etc., además de analizar la política pública enfocada a la disminución de la mortalidad infantil y su relación con la realidad de la parroquia.

Delimitación

El área de análisis es la parroquia urbana - rural de Calderón, situada en el centro de la Provincia de Pichincha, al norte del Distrito Metropolitano de Quito; junto con Llano Chico, conforman la jurisdicción territorial de la Administración Zonal Calderón, posee un clima templado y seco, en el 2010 registró 152.242 habitantes según datos del Censo de Población y Vivienda (INEC, 2010).

Formulación

El presente trabajo de investigación pretende responder la siguiente pregunta: ¿Cómo inciden los factores socioeconómicos en la mortalidad infantil (primer año de vida) en la parroquia urbana - rural Calderón del Distrito Metropolitano de Quito?

Sistematización

Las interrogantes adicionales que contribuyen al desarrollo de la pregunta de investigación son:

1. ¿Cuáles son los factores socioeconómicos que inciden en la mortalidad infantil?
2. ¿Cuál es la tasa de mortalidad infantil en la Parroquia Calderón del Distrito Metropolitano de Quito?
3. ¿Cuáles son las causas de la mortalidad infantil en la Parroquia Calderón del Distrito Metropolitano de Quito?
4. ¿Cuáles son los factores socioeconómicos que inciden en la mortalidad infantil en la Parroquia Calderón del Distrito Metropolitano de Quito?

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

La línea de investigación del presente trabajo de estudio es: Desarrollo humano sostenible; y la Sub-línea es: Sostenibilidad institucional y redes sociales, ya que abarca competencias en la esfera de lo social y relaciones entre el estado y la comunidad.

OBJETIVOS

Objetivo General

El objetivo principal de la presente investigación es: Determinar la relación que existe entre los factores socioeconómicos y mortalidad infantil (primer año de vida) en la Parroquia urbana – rural Calderón del Distrito Metropolitano de Quito.

Objetivos Específicos

Los objetivos específicos de esta investigación son:

1. Conocer los factores socioeconómicos que inciden en la Mortalidad Infantil
2. Calcular la tasa de la mortalidad infantil en la Parroquia Calderón del Distrito Metropolitano de Quito
3. Conocer las causas de la mortalidad infantil en la Parroquia Calderón del Distrito Metropolitano de Quito
4. Conocer y Analizar los factores socioeconómicos que inciden en la Mortalidad Infantil de la Parroquia Calderón del Distrito Metropolitano de Quito

METODOLOGÍA

Tipo de Estudio

Para el desarrollo de la presente investigación se utilizará el tipo de estudio descriptivo transversal, ya que se busca identificar y analizar los factores socioeconómicos asociados a la mortalidad infantil en un período determinado de tiempo.

Fuentes

Se utilizarán fuentes primarias ya que la principal proveedora de información será la población de la parroquia Calderón del Distrito Metropolitano de Quito, y fuentes secundarias como los datos e información recopilada por la investigadora.

Métodos

Para el desarrollo de esta investigación se utilizará el método empírico a través de encuestas aplicadas en la zona de influencia, y el método teórico con el proceso de análisis y síntesis de la información recopilada y el estudio deductivo de la misma.

CAPÍTULO 1 MARCO TEÓRICO

1.1 Desarrollo Humano Sostenible

1.1.1 Descripción Histórica

En la década de los noventa surge la Teoría de Desarrollo Humano como resultado de la preocupación que despiertan las críticas a las teorías de desarrollo de enfoque economicista en las que se pone en el centro de análisis a la técnica y a la productividad de las comunidades; sin considerar los aspectos sociales de la población (Picazzo, Gutiérrez, Infante y Cantú, 2010: 257).

En los años cincuenta, tras la revolución industrial creció sustancialmente la actividad agrícola y la manufactura, por lo cual se pensaba con optimismo en el Capitalismo, tanto los economistas clásicos (Adam Smith, David Ricardo, etc.) como los marxistas (Karl Marx y Federico Engels), según la época en que generaron sus teorías, suponían que la tecnología traería consigo beneficios para todos los sectores, grupos sociales y países. Después de la segunda guerra mundial inició un largo período de expansión económica que dio como resultado la acumulación de medios de producción en manos de pocos y la desigual distribución de la riqueza, lo cual amplió la brecha entre ricos y pobres (Boni, 2005: 45).

En los años setenta la crisis financiera y los problemas en los precios del petróleo frenaron la bonanza económica europea, y se fortaleció la época liderada por Estados Unidos donde se producía casi la mitad del comercio del mundo. Las teorías ortodoxas del desarrollo económico empezaron a considerar una redistribución de los recursos con enfoque de las necesidades básicas. En los años ochenta la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas explica al desarrollo como un derecho inalienable de todo ser humano que le permite participar en un proceso global, económico, social, cultural y político en goce de sus derechos y libertades (Boni, 2005: 70).

En los años noventa la globalización, el auge del capitalismo genera varias críticas por la gran desigualdad e inequidad que conlleva el enfocar el desarrollo únicamente al mero crecimiento económico, dejando de lado las demás dimensiones del ser humano que intervienen en su

bienestar como la educación, la salud, etc. Tras años de capitalismo a nivel mundial se evidencia un gran número de países que no alcanzaron elevados niveles de industrialización, los llamados países subdesarrollados, en los cuales se registran mayores niveles de pobreza, mortalidad infantil, desnutrición infantil, subempleo, etc. (Boni, 2005: 49).

Instituciones como el Banco Mundial defienden las corrientes del capitalismo, mientras que otras como las Naciones Unidas buscan formas más justas para que los países distribuyan equitativamente los beneficios de la mundialización. Uno de los principales aportes de los años noventa fue el informe sobre Desarrollo Humano y la difusión realizada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) del concepto de desarrollo humano derivado del análisis teórico de Amartya Sen y Martha Nussbaum como el nuevo paradigma de desarrollo en el que se destacan dos aspectos relevantes: por un lado se ubica a las personas en el centro del proceso productivo dejando de ser consideradas únicamente un recurso, y por otro, se concibe al desarrollo como la ampliación de oportunidades inherente a las personas y no a los países, tal y como se defendía en la doctrina de desarrollo de Adam Smith (Boni, 2005: 96 - 97).

A continuación se realiza una breve reseña histórica de las conferencias auspiciadas por las Naciones Unidas para la difusión del Desarrollo Humano en las que se ajustó el concepto y se analizaron las consecuencias del proceso de globalización.

En la Conferencia de Río de Janeiro de 1992, sobre Medio Ambiente y Desarrollo fue difundida la dimensión de la *Sostenibilidad del Desarrollo* entendida como la satisfacción de las necesidades presentes, sin comprometer los recursos para satisfacer las necesidades de las futuras generaciones.

La Conferencia de Viena de 1993 sobre desarrollo y derechos humanos reafirma: “el derecho al desarrollo como derecho universal e inalienable”; y se lo vincula con la democracia como conceptos interdependientes que se apoyan entre sí, y bajo la premisa de que en los sistemas democráticos los procesos de desarrollo son más fáciles.

La Conferencia de Beijing de 1995 sobre la Perspectiva de Género, aborda retos de la participación de la mujer en procesos de desarrollo, en la Plataforma de Acción de las Mujeres surgió la discusión en la que se identificaron los obstáculos que han impedido el progreso de las mujeres, y son: la pobreza, la falta de acceso a la educación y a la salud, la participación en las estructuras políticas y económicas, etc.

La Conferencia de Copenhague de 1995 sobre Desarrollo Social y Equidad aborda el aspecto redistributivo del desarrollo en base a la equidad debido a los problemas de pobreza y marginación en los que vivía la mayoría de la población, llegaron a la conclusión de que no era posible lograr un Desarrollo Humano sin la inversión adecuada en servicios sociales, por lo tanto la propuesta que se planteó en la cumbre fue destinar el 20% del presupuesto de los países en desarrollo a servicios sociales básicos.

La Declaración del Milenio de 2000 nace de la preocupación de las naciones por la dificultad de alcanzar los objetivos de desarrollo, por lo tanto los países que participaron en la Asamblea General de las Naciones Unidas reiteraron su compromiso de preservar valores fundamentales de: la libertad, la igualdad, la solidaridad, la tolerancia, el respeto a la naturaleza y la responsabilidad común, y presentaron los 8 "Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)" con la finalidad de erradicar la pobreza en el mundo, reducir en dos terceras partes la mortalidad de niños menores de 5 años, mejorar la salud materna reduciendo en 75% la tasa de mortalidad, entre otros, por el período 1990 - 2015. A finales del año 2015, se conoce que la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años se redujo en más de la mitad, y que la tasa de mortalidad materna se redujo en un 45% a nivel mundial (ONU, 2015).

Es decir, no todos los ODM alcanzaron la meta establecida, por tal motivo, se construyen los "Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)", con carácter universal y a través de un Grupo Abierto de Trabajo (GTA) donde participaron representantes de diferentes instancias con la finalidad de recoger todos los insumos y propuestas durante el proceso (ITBA, 2015: 124).

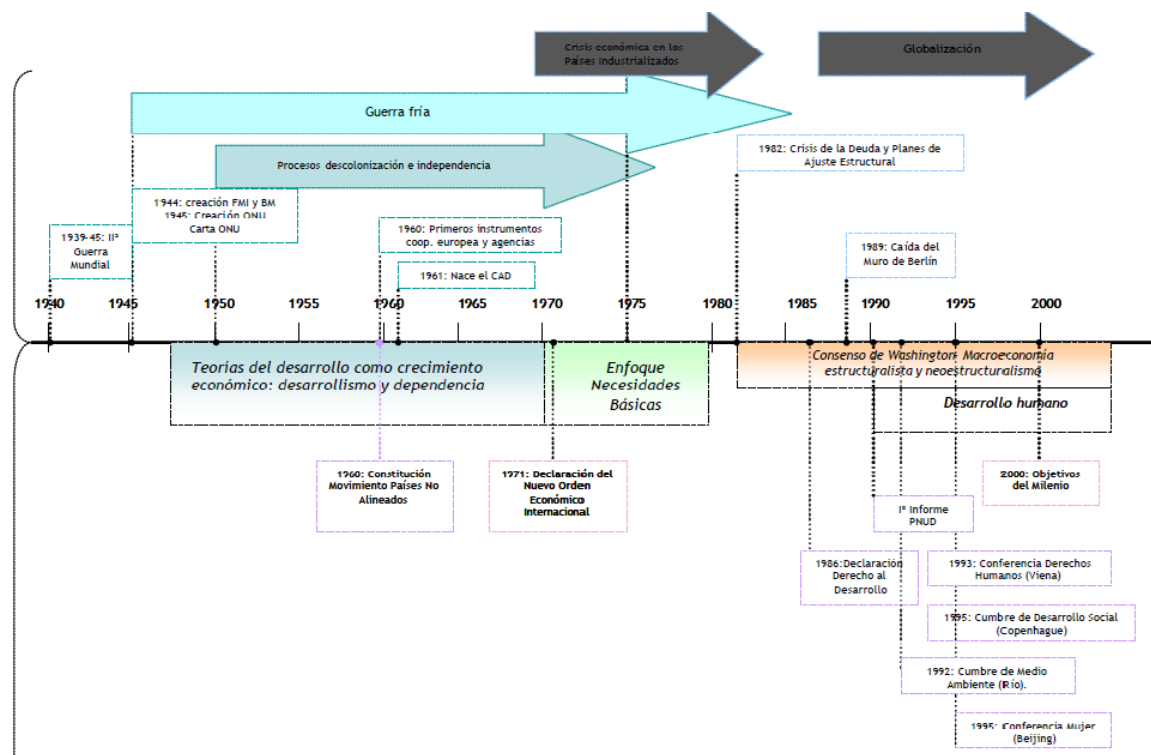
Finalmente, se establecen 17 ODS, entre los cuales los primeros cuatro objetivos desarrollan aspectos relevantes que se relacionan con la presente investigación, entre los cuales se encuentran: erradicar la pobreza, poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria, y la

mejora de la nutrición, así como garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos y de todas las edades, garantizar la educación inclusiva y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida. Abarcan tres dimensiones: económica, social y ambiental, por lo tanto cubren más aspectos que los ODM, y los gobiernos a nivel mundial deben velar por su cumplimiento y trabajar para alcanzar las metas establecidas (Adams y Tobín, 2014: 15).

Complementariamente, en Ecuador se propone el paradigma del “Sumak Kawsay” que en su sencilla traducción significa “Buen Vivir”, pero se debe entender el contexto que abarca ésta visión del mundo en la que se considera que el “desarrollo” es vivir en armonía con consigo mismo, con los otros y en general con todos los seres vivientes, no se cree en un desarrollo ilimitado de explotación industrial, ya que bajo la cosmovisión andina todo es cíclico y está interrelacionado, el ser humano se considera hijo y hermano de la naturaleza, no su dueño. Se comprende que los recursos naturales que han contribuido al crecimiento económico, son limitados, y que su uso indiscriminado puede traer consecuencias nefastas en el mundo. Por lo tanto se busca el desarrollo sostenible de todas las especies vivientes en la tierra (Secretaría del Buen Vivir, 2016).

A continuación se presenta el siguiente cuadro que resume los principales hitos de que conformaron el debate del desarrollo desde la Segunda Guerra Mundial.

Cuadro 1 Principales hitos de debate del desarrollo a partir de la Segunda Guerra Mundial



Fuente y Elaboración: Boni, Alejandra, Tesis Doctoral, La educación para el desarrollo en la enseñanza universitaria como una estrategia de la cooperación orientada al desarrollo humano, p. 109, 2005.

1.1.2 El desarrollo como libertad

El nuevo paradigma de desarrollo nace con el análisis crítico del Desarrollo Humano como libertad de Amartya Sen y se complementa con la teoría de las capacidades de Martha Nussbaum, pese a que en los años setenta con el enfoque de las necesidades surgió un antecedente de cambio en el enfoque economicista, considerando aspectos sociales, el crecimiento económico seguía siendo el eje fundamental del proceso productivo.

Sen concibe al desarrollo como un proceso de expansión de libertades reales de pleno disfrute de las personas tales como: el goce de una buena salud, una alimentación balanceada, el vestir dignamente, habitar una vivienda aceptable, tener acceso a agua limpia, servicios de

saneamiento, educación, vivir más tiempo, tener un empleo digno, etc., pero las libertades también dependen de factores externos como: instituciones sociales y económicas (servicios de salud y de educación), así como de los derechos políticos y humanos (libertad para participar en debates y escrutinios públicos), y de la industrialización. La tecnología y la modernización, también contribuyen a expandir las libertades del hombre y ayudan a que este pueda producir más y mejor, por lo tanto, si el progreso económico depende de las libertades del hombre, está es una razón suficiente para concentrar los esfuerzos en alcanzar la libertad de los hombres y no el mero crecimiento económico (Sen, 1999: 35-36).

Analiza la ampliación de capacidades y oportunidades, y destaca al estado de salud de la población, la asistencia sanitaria y la asignación global de recursos, como dimensiones complementarias que contribuyen a dilucidar los resultados finales en salud. Estudia también los factores determinantes en salud desde la equidad en salud que por su propio significado no es independiente de la equidad general, es decir igualdad de derechos políticos, igualdad de oportunidades, distribución igualitaria de recursos, etc., considerando las libertades humanas. Para Sen “el principio primordial para obtener equidad es la compensación de las desigualdades en las capacidades básicas”, entendiéndose como la efectiva oportunidad de los individuos de: estar bien nutrido, tener buena salud, ser feliz, etc. (Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 2002).

Además considera que: la pobreza, la tiranía, la falta de oportunidades económicas, y las privaciones sociales sistémicas como el abandono de los servicios públicos, la intolerancia o el exceso de intervención de Estados opresores, son las principales barreras para alcanzar la libertad. La pobreza económica priva a los individuos de satisfacer sus necesidades básicas como: el hambre, vestir dignamente, curar enfermedades tratables, disponer de agua limpia o servicios de saneamiento, en otras ocasiones la falta de libertad está relacionada con la carencia de servicios públicos y atención social como: la falta de programas epidemiológicos, y un desorganizado sistema de salud o de educación. En definitiva lo que el hombre con libertad económica puede lograr, depende también de las posibilidades que su salud, educación y fomento de iniciativas puedan contribuir (Sen, 1999: 37-38).

La libertad en la participación política y la oportunidad de recibir educación y asistencia sanitaria básica son elementos constitutivos del desarrollo, que no tienen por qué demostrarse con su aporte directo al crecimiento del Producto Nacional Bruto o de la Industrialización. Resulta muy difícil concebir el desarrollo sin considerar el mercado, pero esto no significa que se deba dejar de lado los aspectos sociales y políticos; es muy importante concebir al desarrollo como un proceso integrado de expansión de libertades que se relacionan entre sí, y que en cierto modo determinan el estilo de vida de las personas y condicionan los patrones de la sociedad, ya que influyen en aspectos como: los problemas demográficos, las tasas de fecundidad elevadas, el tamaño de la familia, el tratamiento del medio ambiente, etc. (Sen, 1999 : 25-27).

Sen cita al filósofo francés Nicolás Caritat, Marqués de Condorcet, quién en su obra "El esbozo del progreso del ser humano", señala que: el progreso humano se logra con el desarrollo de la razón, de tal manera que factores como: la educación, la salud, la seguridad, el conocimiento básico sobre economía doméstica, el desarrollo de facultades, el entendimiento los derechos humanos, etc., hacen individuos libres y dueños de sí mismos capaces de contribuir positivamente a la sociedad, ya que una educación igualitaria corregiría la desigualdad en las facultades, una precavida legislación disminuiría la desigualdad de riquezas, y el avance de las ciencias y de las artes multiplicaría profesionales y habilidades, generando crecimiento y bienestar para toda la comunidad (Clases de historia.com; 2015).

Sen explica también la perspectiva de libertad haciendo referencia a la conversación de los esposos Maitreyee y Yajnavalkya del texto sánscrito Brihadaranyaka Upanishad en la que discuten una cuestión más profunda que la de la forma de hacerse más ricos y era sobre: ¿Cuánto les ayudaría la riqueza a conseguir lo que quieren?. Maitreyee pregunta a su esposo, si lograría la inmortalidad con toda la riqueza de la tierra, Yajnavalkya responde que no, que su vida sería como la de los ricos pero que de ningún modo conseguiría ser inmortal por medio de la riqueza. Maitreyee responde: entonces ¿Para qué me sirve algo con lo que no voy a ser inmortal? (Sen, 1999: 29-31).

La pregunta retórica de Maitreyee ha sido citada varias veces, para ilustrar las limitaciones del mundo material y hacer un acercamiento con la economía y el desarrollo al relacionar: la renta y los logros, los bienes y las capacidades, y, la riqueza económica y la capacidad de vivir como nos gustaría. Maitreyee se refería a la capacidad de vivir bien mientras se esté vivo, sin pasar miseria o privación de la libertad. La diferencia entre la concentración de la riqueza económica y la concentración en el modo de vida que podemos llevar, es un asunto muy importante en la conceptualización del desarrollo. La utilidad de la riqueza depende de las cosas que nos permite hacer, es decir de las libertades fundamentales que nos ayuda a conseguir, pero no es la única que influye ya que existen otros factores que intervienen en la vida diaria. Por lo tanto, se debe reconocer el papel fundamental de la riqueza en la determinación de las condiciones vida, así como sus limitaciones y eventualidad de la relación (Sen, 1999: 31).

Los informes del Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, han tomado como marco conceptual la teoría de Sen reivindicando el enfoque economicista clásico que restringía el análisis al crecimiento de la renta, del Producto Nacional Bruto o a los avances tecnológicos, por el papel de la ética en la economía poniendo de relieve el bienestar y la calidad de vida de las personas, así como las ideas de igualdad y libertad que conllevan a un mayor bienestar social general (Boni, 2005: 96).

1.1.2.1 Libertades instrumentales

Desde la perspectiva instrumental, es decir los medios para conseguir los fines, existen cinco tipos de libertad:

a. Libertades políticas.-Corresponden a las oportunidades que tienen los ciudadanos de elegir a sus gobernantes, de ejercer veeduría y participar activamente, la libertad de expresión de prensa sin censura, la libertad de elegir entre partidos políticos, es decir es la capacidad de dialogar y discutir en terreno político la participación del poder legislativo y ejecutivo (Sen, 1999 : 57).

b. Servicios económicos.- Se refiere a la capacidad de los individuos de adquirir bienes y servicios, producir o realizar intercambios, las condiciones de los precios relativos y el funcionamiento de los mercados, dependen de los recursos que posee o tiene acceso una persona, en la medida que la renta de un país aumenta los derechos económicos de la población también aumentan (Sen, 1999: 58).

c. Oportunidades sociales.- Se refiere a los servicios públicos (sistemas de educación, sanidad, etc.) que proporcionan un mejor estilo de vida a la población y son importantes no solo para llevar una vida sana, evitar la morbilidad evitable y la muerte prematura, sino también para participar eficientemente en actividades económicas y políticas, ya que el analfabetismo o el mal estado de salud pueden ser barreras para ejercerlas (Sen, 1999: 58).

d. Garantías de transparencia.- Se refiere a la franqueza que requieren los individuos para interrelacionarse, el derecho de divulgación de información confiable y clara, estas garantías son de mucha utilidad en la prevención de la corrupción, irresponsabilidad financiera y de tratos poco limpios (Sen, 1999: 59).

e. Seguridad protectora.- Comprende mecanismos institucionales fijos como el seguro de desempleo, el bono de desarrollo o estrategias ad hoc como ayudas para aliviar las hambrunas y el proporcionar empleo de emergencia a los pobres, etc. Ya que a pesar de lo bien que pueden funcionar los sistemas financieros, existen personas muy vulnerables que pueden verse sumidas en grandes privaciones como resultado de las crisis (Sen, 1999: 59).

1.1.2.2 Principales tipos de privación de libertad

En todo el mundo hay miles de personas que sufren varias formas de privación de libertad entre ellas tenemos:

a. La pobreza.- Desde la perspectiva de las libertades individuales se considera a la pobreza como la privación de las capacidades básicas y no únicamente como la falta de ingresos, como habitualmente se la define. La pobreza basada en las capacidades no se desvincula totalmente

de los ingresos, ya que la falta de recursos puede ser una de las razones principales por las que una persona está privada de capacidades. Los puntos a favor de considerar el enfoque de capacidades en lugar del enfoque de la renta son: (Sen, 1999: 114).

- ✓ Al definir a la pobreza como la privación de libertades se están considerando aspectos principales, mientras que al identificarla como la falta de renta se tornan únicamente un medio.
- ✓ Existen otros factores que generan privación de libertades y no únicamente la renta.
- ✓ La relación instrumental entre la falta de renta y la falta de capacidades varía de unas comunidades a otras, incluso entre familias, por ejemplo: la preferencia por los hijos varones en la distribución de los recursos familiares, ésta discriminación sexual es uno de los factores importantes que afecta en muchos países de Asia y el Norte de África donde la privación de capacidades en las niñas se muestran con mayores índices de mortalidad, morbilidad, desnutrición, desatención médica, etc. La edad de la persona, el sexo y los papeles sociales, son factores determinantes de la relación renta - capacidades, por lo tanto uno de los principales generadores de pobreza es la desigualdad.

La perspectiva de las capacidades pretende contribuir a comprender mejor la naturaleza de la pobreza y la privación, trasladando la atención principal de los medios a los fines, lo cual se convierte en un elemento muy importante cuando se diseñan, examinan y evalúan las políticas públicas que buscan reducir la desigualdad y la pobreza (Sen, 1999 : 115).

Aunque es importante distinguir entre: el concepto de pobreza por falta de capacidades y el de pobreza por falta de renta, están inevitablemente relacionadas, ya que la renta es un medio muy importante para desarrollar capacidades, y una persona con mayores capacidades es más productiva por lo tanto percibe renta, por lo que sería ideal que un aumento de renta contribuya a mejorar las capacidades de los individuos (Sen, 1999: 117-118).

La mejora de los servicios públicos como la educación básica y de la asistencia sanitaria son factores que aumentan la calidad de vida de las personas y contribuyen a incrementar sus capacidades para que puedan liberarse a sí mismos de la pobreza por ingresos. Pero la

reducción de la pobreza por renta no se puede constituir en el objetivo principal de las políticas públicas, ya que se deben enfocar en la expansión de las capacidades humanas que puede ir acompañada de un aumento en la productividad y del poder para obtener ingresos y conseguir que las privaciones sean un fenómeno menos grave (Sen, 1999: 119-120).

b. Las hambrunas y otras crisis.- Actualmente un gran segmento de la población sufre crisis endémicas como las hambrunas que sumergen a los individuos en una descarga de privaciones extremas, por lo tanto es importante conocer sus causas, ya que no es el resultado de un desequilibrio entre la cantidad de alimentos y el número de personas únicamente, sino que se debe poner énfasis en la capacidad económica de las personas o familias para adquirir la suficiente calidad de alimentos (Sen, 1999 : 200).

El hambre está relacionada con la producción de alimentos, actividades agrícolas y también con el funcionamiento de la economía y las instituciones políticas y sociales; ya que los alimentos no son distribuidos en entidades benéficas, la capacidad de adquirir alimentos hay que ganársela, por lo tanto, no se debe enfocar en las existencias de alimentos, sino en el derecho económico que tiene cada persona para conseguir sus propios alimentos, ya sea por medio de:

- ✓ Dotación.- propiedad de recursos productivos o económicos
- ✓ Posibilidades de producción.- los conocimientos existentes y la tecnología
- ✓ Obtención de renta.- por medio del trabajo asalariado
- ✓ Condiciones de intercambio.- capacidad para vender y comprar bienes, ya que tan solo un cambio brusco de precios relativos puede provocar una hambruna.

Las hambrunas pueden provocarse por causas muy distintas a su naturaleza, como: inundaciones, sequías, desempleo, crisis económicas, etc., por lo tanto una adecuada planificación de políticas públicas podrían proporcionar excelentes resultados; gran parte de la mortalidad provocada por las hambrunas se debe a enfermedades causadas por el debilitamiento, el mal funcionamiento de los servicios sanitarios, los problemas demográficos y la propagación de las enfermedades contagiosas, puntos críticos que en los países ricos son

combatidos con programas de lucha contra la pobreza y el seguro de desempleo (Sen, 1999 : 211).

c. Privaciones sistémicas.- La creación de oportunidades sociales a través de la mejora de los servicios públicos como: la educación, el sistema de salud, y el desarrollo de una prensa libre y activa incrementan el crecimiento económico, y este a su vez eleva la renta privada y da a los estados mayor capacidad para financiar la seguridad social y de intervenir activamente en la expansión de los servicios sociales. La escolarización especialmente en las mujeres cambia la conducta relacionada con la fecundidad, se tienden a reducir las tasas de natalidad y a su vez la mortalidad (Sen, 1999: 60).

1.1.2.3 Democracia

La democracia entendida como la libertad política constituye parte de las capacidades básicas de expresarse y actuar libremente, debatir con argumentos, y exponer públicamente aquello que las personas valoran y exigen que se le preste atención. Cuando se analiza a la libertad política como instrumento se deben considerar los incentivos que tienen los gobernantes como el conseguir apoyo en las elecciones, por lo tanto es más asequible que escuchen a los ciudadanos. La historia indica que no han existido grandes hambrunas en países independientes con un sistema democrático, mientras que en países de gobiernos autoritarios, imperialistas, antiguos reinos, comunidades tribales primitivas las hambrunas han sido un gran problema (Sen, 1999: 193).

Sen considera que la democracia constituye una ventaja permisiva que depende de cómo se ejerza para conseguir un papel protector, tiene especial éxito en la prevención de desastres en los que la solidaridad puede ser inmediata, aunque resulta fácil politizar las dificultades económicas de las víctimas de las hambrunas, existen privaciones de otro tipo que requieren de un análisis más profundo y de mayor uso de la comunicación y la participación política. Además el logro de la democracia depende también de que los ciudadanos utilicen las oportunidades (Sen, 1999: 193-194).

1.1.2.4 Derechos Humanos

La declaración de los derechos humanos de 1948, nace con la ilustración del "Contrato Social" de Rousseau en la que analizaba "una forma de asociación en la cual cada uno uniéndose a todos, no obedezca sino a sí mismo y permanezca tan libre como antes" (Humanium, 2016). Tienen como base el reconocimiento de la dignidad humana y la igualdad de derechos de toda la población (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948).

Respecto a los derechos humanos, Sen considera que últimamente han ganado mucho terreno ya que constantemente se reúnen importantes comités para hablar de su cumplimiento en los diferentes países. La comunicación nacional e internacional refleja un cambio de prioridades y destaca la importancia que tienen los derechos humanos en términos de desarrollo. El reconocimiento de la diversidad dentro de las diferentes culturas es muy importante en el mundo moderno, las generalidades como: la "civilización occidental" los "valores asiáticos", tienden a quebrantar en algo el entendimiento de la diversidad (Sen, 1999: 299).

De acuerdo al enfoque de desarrollo de Amartya Sen se considera indispensable la participación de los ciudadanos y no solamente un discurso demagógico (Sen, 1999: 299).

1.1.3 Teoría de las capacidades

El enfoque de las capacidades de Martha Nussbaum tiene varios aspectos en común con el análisis de Sen, ya que ambos buscan desarrollar un argumento universal en favor de la emancipación humana. Nussbaum considera que las culturas reales están en constante evolución, y que para tomar decisiones las personas requieren al menos el derecho universal de tener la oportunidad de pensar y poder elegir por sí mismos. El objetivo de Nussbaum es: "Ofrecer las bases filosóficas para una explicación de los principios constitucionales básicos que deberían ser respetados e implementados por los gobiernos de todas las naciones, como mínimo indispensable para cumplir la exigencia de respeto hacia la dignidad humana" (Gough, 2007).

Nussbaum a diferencia de Sen define las capacidades en tres tipos: básicas, internas y combinadas.

a. Capacidades básicas.- son el equipamiento innato de los individuos como: el ver, oír, hablar, sentir, razonar, trabajar.

b. Capacidades internas.- son estados desarrollados por la misma persona como: la libertad religiosa, la libertad de expresión.

c. Capacidades de una función.- por ejemplo: en gobiernos represivos los ciudadanos tienen la capacidad interna de expresarse pero no la combinada para ejercer el discurso de acuerdo a su propia conciencia. Las capacidades combinadas son las diez siguientes:

Tabla 1 Enfoque de Nussbaum - Capacidades Centrales para el funcionamiento humano

1	Vida. Ser capaz de vivir hasta el final una vida humana de extensión normal; no morir prematuramente, o antes de que la propia vida se haya reducido de tal modo que ya no merezca la pena vivirse.
2	Salud corporal. Ser capaz de tener una buena salud, incluyendo la salud reproductiva; estar adecuadamente alimentado; tener un techo adecuado.
3	Integridad corporal. Ser capaz de moverse libremente de un lugar a otro; que los límites del propio cuerpo sean tratados como soberanos, es decir, capaces de seguridad ante asalto, incluido el asalto sexual, el abuso sexual de menores y la violencia doméstica; tener oportunidades para la satisfacción sexual y para la elección en materia de reproducción.
4	Sentidos, imaginación y pensamiento. Ser capaz de utilizar los sentidos, de imaginar, pensar y razonar [...] de utilizar la propia mente de manera protegida por las garantías de libertad de expresión con respeto tanto al discurso político como artístico, y libertad de práctica religiosa. Ser capaz de buscar el sentido último de la vida a la propia manera. Ser capaz de tener experiencias placenteras y de evitar el sufrimiento innecesario.
5	Emociones. Ser capaz de tener vinculaciones con cosas y personas fuera de uno mismo [...] de amar, de penar, de experimentar nostalgia, gratitud y temor justificado. Que el propio desarrollo emocional no esté arruinado por un temor o preocupación aplastante, o por sucesos traumáticos de abuso y descuido.
6	Razón práctica. Ser capaz de plasmar una concepción del bien y de comprometerse en una reflexión crítica acerca del planteamiento de la propia vida (esto implica protección de la libertad de conciencia).

7	<p>Afiliación.</p> <p>a) Ser capaz de vivir con y hacia otros, de reconocer y mostrar preocupación por otros seres humanos, de comprometerse en diferentes maneras de interacción social; ser capaz de imaginarse la situación de otros y de tener compasión de tal situación; ser capaz tanto de justicia como de amistad (Proteger esa capacidad significa proteger instituciones que constituyen y alimentan tales formas de afiliación, proteger asimismo la libertad de reunión y de discurso político).</p>
	<p>b) Poseer las bases sociales del respeto de sí mismo y de la no humillación; ser capaz de ser tratado como un ser dignificado cuyo valor es igual al de los demás. Esto implica, como mínimo, protección contra la discriminación basada en la raza, el sexo, la orientación sexual, la religión, la casta, la etnia o el origen nacional. En el trabajo, ser capaz de trabajar como un ser humano.</p>
8	<p>Otras especies. Ser capaz de vivir con cuidado por los animales, las plantas y el mundo de la naturaleza y en relación con todo ello.</p>
9	<p>Juego. Ser capaz de reír, jugar y disfrutar de actividades recreativas.</p>
10	<p>Control del propio entorno</p> <p>a) Político. Ser capaz de participar efectivamente en elecciones políticas que gobiernen la propia vida; tener el derecho de participación política, de protección de la libertad de expresión y de asociación.</p> <p>b) Material. Ser capaz de tener propiedad (tanto de la tierra como de los bienes muebles), no solamente de manera formal sino en términos de real oportunidad; y tener derechos de propiedad sobre una base de igualdad con otros; tener el derecho de buscar empleo sobre una base de igualdad; no estar sujeto a registro e incautación de forma injustificada.</p>

Fuente y Elaboración: Nussbaum, M. (2002), Las Mujeres y el Desarrollo Humano. El Enfoque de las Capacidades, Herder, Barcelona.

Tanto Amartya Sen como Martha Nussbaum concuerdan en que los gobiernos no pueden garantizar que las personas disfruten sus capacidades, pero si pueden compensar las diferencias de los puntos de partida, de manera que la base social necesaria para el uso de las capacidades esté garantizada.

1.1.4 Las necesidades humanas y el desarrollo

Históricamente se han vinculado las necesidades al desarrollo, en los años setenta el objetivo del enfoque era la redistribución del crecimiento económico, mientras que las recientes aportaciones conceptuales de Doyal y Gough sostienen que existen necesidades básicas universales para la existencia digna de las personas, y que sin el reconocimiento de ésta universalidad se estaría justificando como diferencias culturales, privaciones objetivas (Alemán y Fernández, 2004: 7).

En este sentido Doyal y Gough indican que las condiciones universalizables serían aquellas que permiten la participación social y la persecución de fines propios que son: la salud física, para emprender cualquier acción humana y la autonomía personal que es la capacidad de acción, este concepto encierra tres aspectos fundamentales: el grado de comprensión que una persona tiene sobre sí misma (aprendizaje), la capacidad cognitiva y emocional (salud mental), y las oportunidades objetivas de acciones nuevas y significativas (Alemán y Fernández, 2004: 8).

Respecto a las necesidades intermedias Doyal y Gough indican que son aquellas que una vez cubiertas mejoran las condiciones básicas, por lo tanto constituyen su columna vertebral, y aunque son específicas son también universales y transculturales. Son necesidades de supervivencia y autonomía como (Alemán y Fernández, 2004: 8-9):

1. La alimentación adecuada y agua potable
2. Vivienda que proporcione la seguridad adecuada
3. Un ambiente de trabajo sin riesgos.
4. La atención sanitaria adecuada.
5. La seguridad en la infancia.
6. Las relaciones primarias significativas.
7. La seguridad física.
8. La seguridad económica.
9. El control de nacimientos, embarazo y partos seguros.

10. La enseñanza básica.

1.2 Determinantes en la Mortalidad Infantil

Existen varios autores que han estudiado a los factores socioeconómicos como aspectos determinantes en la mortalidad infantil, es así que Hugo Behm, el pionero en analizar los determinantes de la mortalidad en América Latina en 1979, explica a partir de desigualdades sociales y económicas las diferencias de mortalidad existentes entre: países, al interior de los mismos, entre regiones, y entre el sector urbano-rural, así como por etnia, por grupos de edades y por clases sociales. Behm en su texto señala que la relación de la muerte con las condiciones socioeconómicas es bien conocida, pero el modo de acción y el peso relativo de los diversos factores intervinientes es un tema no bien descifrado aún.

Marc Lalonde ex Ministro de Salud Canadiense a través del análisis de las causas y factores básicos de la morbilidad y mortalidad en Canadá indica que el nivel de salud de la población está influenciado por cuatro grandes grupos de determinantes (OPS, 1996 p. 3-5):

1. El estilo de vida y conductas de salud como: representa las decisiones que toma cada persona respecto a su salud, sobre las que ejerce cierto control como: hábitos alimenticios, sedentarismo, etc.
2. Biología humana, que incluye aspectos genéticos, constitución orgánica del individuo, hechos relacionados con la salud tanto física como mental.
3. Medio ambiente incluye factores externos sobre los que el individuo ejerce poco o ningún control como: la contaminación física, química, sociocultural
4. Sistema de asistencia sanitaria que se refiere a aspectos como: calidad, cantidad, mal uso de los servicios de salud, recursos en la prestación etc.

Los 4 componentes mencionados anteriormente crean el **campo de la salud** y abarcan muchas de las dimensiones que dan origen a problemas de salud, por lo tanto constituyen un instrumento de análisis que puede ayudar a identificar las necesidades de salud de la población y los medios para satisfacerlas (OPS, 1996 p. 3-5).

Otro de los factores relevantes del análisis de Lalonde es la importancia de crear conciencia individual y colectiva en pacientes, médicos y gobierno, de la participación de estos elementos en el estado de salud de la comunidad, su interacción e implicancia en cualquier problema de salud, ya que permite diseñar un mapa que presenta las relaciones más directas entre las enfermedades y sus causas básicas (OPS, 1996 p. 3-5).

A partir del análisis de Lalonde, en el Ministerio de Salud de Canadá profundizaron y refinaron los factores inicialmente considerados como el campo de la salud, incluyeron otros factores socioeconómicos, ya que existe importante evidencia de que factores diferentes a la medicina y a la prestación de servicios de salud son trascendentales para tener una población sana, actualmente son doce: (Barragán, Moiso, Mestorino, y Ojea, 2007 p. 176)

1. El ingreso y el estatus social
2. Las redes de apoyo social
3. La educación
4. El empleo / las condiciones de trabajo
5. Los ambientes sociales
6. Los ambientes físicos
7. La práctica de salud personal y las habilidades para cubrirse
8. El desarrollo infantil saludable
9. La biología y la dotación genética
10. Los servicios de salud
11. El género
12. La cultura

Por otro lado el enfoque teórico de desigualdades en salud de Dalghren y Whitehead explica que: “... las desigualdades en salud como resultado de interacciones de diferentes niveles de condiciones causales desde el individuo a comunidades, y al nivel de políticas de salud nacionales ..”, es decir analizan al individuo en una capa central que ya posee una genética que indudablemente influencia en su salud, en el siguiente nivel le ubican a conductas personales y el estilo de vida, en la tercera capa se encuentran las redes comunitarias, a continuación se

encuentran las condiciones de vida y de trabajo y sobre todos los niveles se ubican las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales; ya que estos últimos factores ejercen presión en cada una de las otras capas (Barragán, Moiso, Mestorino, y Ojea, 2007 p. 181-182). A continuación se muestra gráficamente:

Gráfico 1 Modelo de Dahlgren y Whitehead



Fuente y elaboración: Dahlgren y Whitehead, 1992, Fundamentos de Salud Pública, 2007

La desigualdad en salud en cierta forma se determina por el impacto de factores sociales como: la riqueza, la educación, la ocupación, el grupo racial o étnico, la residencia urbana o rural y las condiciones de habitabilidad o el equipamiento del lugar en el que se vive o trabaja, cada individuo (Palomino, Grande y Linares, 2014 p. 77-78).

En el 2003 la OMS publica la segunda edición de los determinantes en salud considerando que la política de salud ha dejado de estar enfocada en la oferta y en el financiamiento de los servicios de salud, ya que los cuidados médicos pueden alargar la vida de los pacientes enfermos, pero tiene un mayor impacto en la salud de la población tratar las condiciones sociales y económicas que hacen que las personas se enfermen y requieran atención médica o incluso lleguen a la muerte, a continuación se muestra los factores publicados: (Barragán, Moiso, Mestorino, y Ojea, 2007 p. 177).

1. Gradiente social (ingreso y estatus social)

2. Estrés
3. Infancia Temprana (desarrollo infantil saludable)
4. Exclusión social
5. Condiciones de trabajo
6. Desempleo
7. Apoyo social
8. Adicciones
9. Alimentación saludable
10. Transporte

En estudios realizados en Chile se asocia a la mortalidad infantil con diversos factores de tipo biológico y económico - social. El peso del niño al nacer es un factor biológico crucial, ya que los niños de bajo peso tienen un riesgo de morir 16 veces mayor a los de peso normal. Dentro de los factores económico social se destaca la elevada paridad, la edad avanzada de la madre y el bajo nivel de educación (Kaempffer y Medina, 2000).

1.3 El enfoque de determinantes en las políticas públicas de salud

A partir del año 2007, se han implementado paulatinamente cambios estructurales en el sector salud, enfocados principalmente en el bienestar del ser humano, dentro de los principales se encuentra la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) orientado a la familia, a la comunidad y a la diversidad de culturas, busca resultados de impacto social y rige el Sistema Nacional de Salud del Ecuador (SNS).

El MAIS, constituye una alternativa al fragmentado y desarticulado modelo curativo de atención de salud, centrado en la enfermedad, que históricamente ha caracterizado el SNS del país. Representa un nuevo enfoque de atención en salud basado en la prevención a través del fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud, el primer nivel de atención, conformado por los puestos y centros de salud, donde se debe resolver el 80% de las necesidades de salud de la población a través del sistema de referencia y contra referencia, el cual garantiza el acceso a

unidades de mayor complejidad (hospitales, básicos, generales y de especialidades) hasta la resolución del problema (MSP, 2011: 85).

Los equipos de atención integral en salud (EAIS) constituyen el eje principal en la implementación del MAIS, está formado por un grupo de profesionales que tienen la responsabilidad de garantizar la atención integral de las familias y todos sus miembros, mediante la aplicación de la ficha familiar, identificación de riesgos y necesidades de salud, la implementación y seguimiento de planes de intervención y la continuidad de la atención a través de la referencia y contra referencia (MSP, 2011: 90).

Los EAIS se han definido bajo los siguientes estándares:

- A nivel urbano: Un médico/a, una enfermera/o y un Técnico de atención primaria en salud (TAPS) por cada 4000 habitantes
- A nivel rural: Un médico/a, una enfermera/o y un TAPS por cada 1500 a 2000 habitantes

Y desarrollan sus actividades en dos modalidades: Extramural o comunitaria (brigadas médicas, charlas) e Intramural o en el establecimiento (atenciones, prevención) (Ver tabla 2).

Tabla 2 Asignación de tiempos para los equipos de salud

Profesional	Unidades Urbanas		Unidades Rurales	
	Intramural	Extramural	Intramural	Extramural
Médico	70%	30%	50%	50%
Psicólogo	50%	50%	30%	70%
Enfermera	50%	50%	40%	60%
Odontólogo	80%	20%	30%	70%
Obstetriz	80%	20%	30%	70%
TAPS	10%	90%	30%	90%

Fuente y elaboración: MSP, Modelo de Atención Integral de Salud, 2011

CAPÍTULO 2 TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Y PRINCIPALES CAUSAS

2.1 La Mortalidad Infantil en América Latina

En estudios realizados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía CELADE, se ha analizado la influencia que tienen las crisis económicas sobre las variables socio demográficas en algunos países de la región. En los años setenta y ochenta el déficit del sector público, el incremento de la deuda externa, la inestabilidad política, el desempleo, etc., provocaron un desequilibrio interno y externo en Latinoamérica, conduciendo a los países a la aplicación de una serie de reformas estructurales como: La Reforma del Estado que incluye el control de gastos, incremento de impuestos, y la privatización. La liberalización y la desregulación como la eliminación de cuotas, bajos aranceles, etc., y el tipo de cambio alto (CELADE, 1994:53).

Pero la aplicación de las reformas estructurales produjo fuertes deterioros en dos variables importantes: la inversión y la equidad. La inversión debido a que fue la primera opción para recortar presupuesto en el sector público, y en el sector privado disminuyó como resultado de la recesión. La equidad, el otro gran perdedor ya que el poder adquisitivo del salario disminuyó, el desempleo incrementó significativamente, y la distribución primaria del ingreso cambió regresivamente, es decir que el porcentaje mínimo de la población con altos recursos económicos aumentó sus ingresos reales, mientras que el número de personas pobres aumentó en 40 puntos porcentuales. Por lo tanto, los cambios macroeconómicos recaen sobre individuos, familias, y comunidades generando modificaciones en su nivel de vida (CELADE, 1994:54-57).

En el estudio realizado por la CELADE al que se hace referencia anteriormente, se determinaron tres factores socioeconómicos sobre los cuales se reflejan los cambios económicos aplicados en los Países de las Américas en época de crisis, los cuales son: La mortalidad, derivada de la morbilidad, que puede aumentar como consecuencia del

empeoramiento de las condiciones de vida de la población, ya que cuentan con menos recursos para adquirir alimentos saludables que les permitan mantener los niveles nutricionales adecuados. La reducción de la inversión pública en obras sanitarias también afecta al grupo familiar ya que impacta negativamente la calidad y cantidad de la oferta de los servicios de salud (CELADE, 1994:54-57).

La fecundidad, que podría afectarse porque en tiempos de crisis se postergan las uniones de pareja y por consiguiente, el inicio de la reproducción marital, y la migración debido a la variación de la concentración de actividades económicas, especialmente relacionadas a la exportación, ya que si hubiera un aumento de exportaciones en el sector agrícola se aceleraría la urbanización e incluso podría afectar a mediano plazo la mortalidad y la fecundidad (CELADE, 1994:57-60).

Además identifican dos dificultades principales para medir las consecuencias demográficas de las reformas estructurales que adoptan los gobiernos en tiempos de crisis. La primera es la disponibilidad de la información que se requiere para analizar el efecto, y la segunda radica en que al asignar ciertos cambios demográficos a un grupo de políticas o cambios económicos, en realidad se está distinguiendo el comportamiento demográfico observado del que se habría dado en ausencia de tales reformas; ya que la comparación relevante se debe realizar respecto al valor esperado que se hubiera obtenido de no haberse dado la evolución económica registrada (CELADE, 1994 :60-61).

Pero existen varias formas para definir un escenario de referencia ya que, no existe algo predeterminado que se pueda denominar el impacto de la crisis o de las reformas, sino tantos impactos como posibles comparaciones se realicen con los efectos obtenidos. Algunos estudios han utilizado datos de encuestas en dos momentos para realizar un análisis comparativo de la situación anterior y posterior a la crisis o a las reformas. Por ejemplo, en un estudio realizado sobre el efecto de la recesión económica en México sobre el comportamiento laboral de las mujeres, se utilizaron varias estrategias para obtener resultados como la distinción por: estrato social, composición demográfica de los hogares, escolaridad, etc. (CELADE, 1994:60-62).

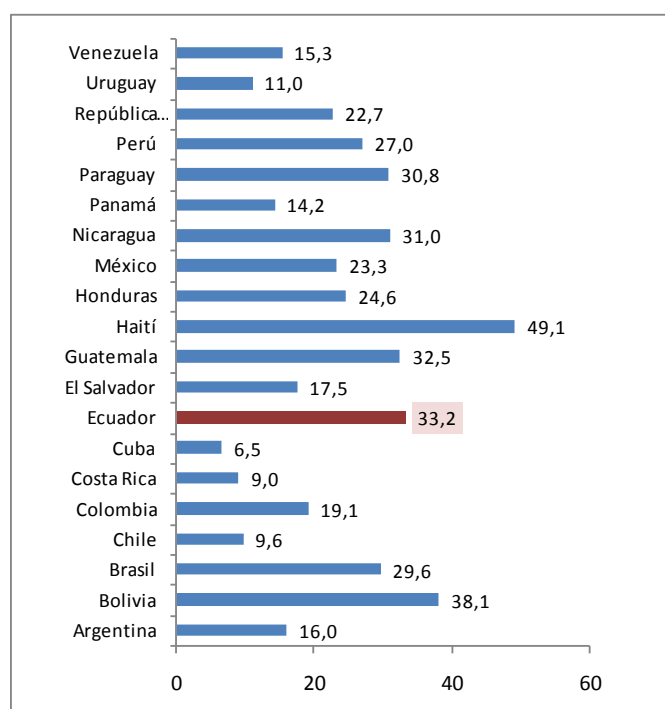
En el contexto del análisis comparativo en dos períodos de tiempo, se examinaron las tendencias de la mortalidad en Costa Rica, Chile y Guatemala, obteniendo como resultado que la mayoría de las causas de muerte estudiadas alcanzaron niveles más altos a los esperados, como las enfermedades infecciosas digestivas. Costa Rica fue el país más vulnerable a la crisis económica, a pesar de que ha logrado mejores niveles de salud y mortalidad que Chile, esto se puede explicar porque los gastos en salud per cápita y otros servicios sociales fueron ligeramente más protegidos en Chile y, porque algunas políticas enfocaron los recursos para salvaguardar a la población de alto riesgo. En el caso de Guatemala los niveles de mortalidad normalmente fueron de mayor magnitud que en los otros dos países, su gran población rural y la baja cobertura de salud, hacen que este país sea menos vulnerable a los cambios económicos o ajustes fiscales, pero más vulnerable a las epidemias o malas cosechas (CELADE, 1994:60-62).

Es decir, que para determinar la relación de los factores socioeconómicos y la Mortalidad Infantil se pueden analizar varios elementos que permitan identificar las desviaciones de las variables demográficas a corto, mediano y largo plazo, pero se debe aclarar que no todo lo que ocurre puede ser atribuido exclusivamente a la crisis o a las reformas económicas (CELADE, 1994:60-62).

En un estudio elaborado por el Centro de Demografía y Ecología de la Universidad de Wisconsin - Madison, determinan que en un país latinoamericano con una reducción en el PIB de 10 a 15% en promedio, se induce a la pérdida de casi un año de la esperanza de vida, la que es en gran medida atribuible a la respuesta de las muertes infantiles (Universidad de Wisconsin, 1992:18).

Según la Tasa de mortalidad infantil estimada por quinquenios de los países de América Latina por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Ecuador se encuentra entre los de mayores niveles de muertes de niños por cada mil habitantes, en el quinquenio 2010 - 2015, se encuentra en tercer lugar con una TMI de 33,2, sólo por debajo de Haití (49,1) y Bolivia (38,1), como se muestra en el gráfico a continuación:

Gráfico 2 Tasa de mortalidad infantil estimada por el quinquenio 2010 - 2015 por cada mil habitantes



Fuente: CEPAL, América latina: tasas de mortalidad infantil estimadas según quinquenios por países.

Elaboración: La Autora

2.2 La Mortalidad Infantil en Ecuador

En el contexto latinoamericano Ecuador históricamente ha sido uno de los países con menos control sobre la Mortalidad Infantil. A mediados de los años ochenta morían 58 menores de un año por cada mil nacidos vivos, en Guatemala la cifra redondeaba los 70 y Chile estaba por debajo de los 20. Pese a que los niveles de mortalidad infantil en varios países se reducían, en Ecuador el proceso de disminución avanzaba lentamente, ya que el 40% de las defunciones anuales todavía correspondían a menores de cuatro años a finales de los ochenta, lo que indicaba que el país sufría problemas en el ámbito de la salud materno infantil (FLACSO, 1992).

Dentro de las principales causas de mortalidad infantil en los ochenta se registraban las infecciones intestinales y respiratorias, y sobresalieron ya un grupo de afecciones del período perinatal, además aparece la desnutrición dentro de las cinco primeras causas de muerte en niños menores de un año (FLACSO, 1992).

Con la finalidad de erradicar la pobreza y el hambre, prevenir enfermedades mortales pero tratables, ampliar las oportunidades educacionales para todos los niños, proteger el medio ambiente, entre otros imperativos del desarrollo, la Organización de las Naciones Unidas ONU, junto con los países miembros determinan ocho objetivos concretos denominados "Objetivos de Desarrollo del Milenio" ODM, para trabajar en pro del desarrollo sostenible de las naciones y ayudar a los más pobres del mundo (OMS, 2005). En el cuarto ODM se establece reducir en dos terceras partes la mortalidad de niños menores de 5 años en todos los países, en el caso de Ecuador disminuir a 14,3 la mortalidad de la niñez y a 10,4 la mortalidad infantil en el período 1990 - 2015 (Hallo y Rodríguez, 2012).

En Ecuador a través del Plan Nacional del Buen Vivir se han priorizado los aspectos sociales y se han extremado las medidas que permitan cumplir con los ODM establecidos. La mejora en el acceso a los servicios de salud, las nuevas intervenciones en las políticas públicas sanitarias como: la gratuidad en los servicios de salud, la mejora de la calidad del Sistema de Salud y la atención integral, han permitido alcanzar importantes avances en temas de reducción de la mortalidad de la niñez e infantil (MSP, 2012, p. 28). Tal es así que en los años 2011 y 2012 se cumplieron las metas indicadas en el objetivo cuatro respecto a la mortalidad de la niñez e infantil respectivamente (Senplades, 2014).

2.2.1 Tasa de Mortalidad Infantil en Ecuador

La tasa de Mortalidad Infantil "representa el número de defunciones de niños y niñas con menos de un año de edad por cada 1.000 nacimientos en determinado espacio geográfico y en el año considerado" (INEC, 2014:1).

$$\text{Fórmula de cálculo: } TMI_e^t = (DI_{<1,e}^t / NAV_e^t) * K$$

Donde:

TMI_e^t = Tasa de mortalidad infantil en un determinado espacio geográfico y en un año o período determinado (t).

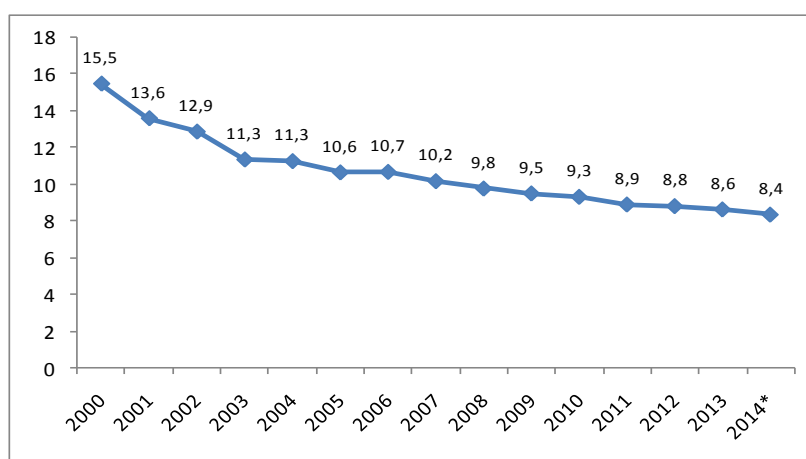
$DI_{<1,e}^t$ = Número de defunciones de menores de 1 año de edad en un año o período determinado (t).

NAV_e^t = Estimaciones de nacimientos en el mismo período (t).

$K = 1.000$

En Ecuador la tasa de mortalidad infantil TMI tiene tendencia decreciente, lo que puede ser resultado de políticas sanitarias como la gratuidad de los servicios de salud y la ampliación de su cobertura. Cabe señalar que los resultados globales pueden esconder desigualdades provinciales así como urbanas y rurales. El gráfico 3 presenta la evolución de la TMI a nivel nacional por el período 2000 - 2014, como se puede observar en los catorce años de análisis se ha reducido un 46%. Los años de mayor variación decreciente (12%) se presentan entre el 2000 - 2001 y entre el 2002 - 2003. En el año 2014 la TMI fue de 8,35, es decir que por cada 1.000 nacimientos murieron 8 niños menores de un año.

Gráfico 3 Tasa de la mortalidad infantil a nivel nacional 2000 - 2014



Nota: * Los datos corresponden a las defunciones ocurridas e inscritas en el año de investigación (oportunas)

Fuente: INEC, Nacimientos y Defunciones 2014, Tabulados

Elaboración: La Autora

2.2.2 Causas de Mortalidad Infantil en el Ecuador

A continuación se presentan las causas de mortalidad infantil en el Ecuador, como se puede observar más del 50% de defunciones se concentra entre las 10 primeras causas, siendo la más recurrente la "Dificultad respiratoria del recién nacido", seguida de "Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer", en general las principales causas de muerte de menores de un año a nivel nacional citadas en la tabla 3, indican la existencia de mayores problemas de salud, con los neonatos (menores de 28 días) y durante el período de gestación de la madre.

Tabla 3 Causas de Mortalidad Infantil en el Ecuador 2014

Cód CIE 10	Causas de mortalidad infantil	Total	% de participación
P22	Dificultad respiratoria del recién nacido	414	14,68%
P07	Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	183	6,49%
J18	Neumonía, organismo no especificado	176	6,24%
P36	Sepsis bacteriana del recién nacido	159	5,64%
Q24	Otras malformaciones congénitas del corazón	154	5,46%
P21	Asfixia del nacimiento	93	3,30%
Q89	Otras malformaciones congénitas, no clasificadas en otra parte	80	2,84%
P23	Neumonía congénita	69	2,45%
W84	Obstrucción no especificada de la respiración	51	1,81%
Q21	Malformaciones congénitas de los tabiques cardíacos	49	1,74%
P24	Síndromes de aspiración neonatal	47	1,67%
Q25	Malformaciones congénitas de las grandes arterias	43	1,52%
P77	Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	41	1,45%
Q79	Malformaciones congénitas del sistema osteomuscular, no clasificadas en otra parte	41	1,45%
P29	Trastornos cardiovasculares originados en el periodo perinatal	40	1,42%
P28	Otros problemas respiratorios del recién nacido, originados en el periodo perinatal	35	1,24%
Q20	Malformaciones congénitas de las cámaras cardíacas y sus conexiones	35	1,24%
Q04	Otras malformaciones congénitas del encéfalo	31	1,10%
P27	Enfermedad respiratoria crónica originada en el período perinatal	29	1,03%
P52	Hemorragia intracraneal no traumática del feto y del recién nacido	29	1,03%
P20	Hipoxia intrauterina	28	0,99%
E43	Desnutrición proteicoenergética severa no especificada	25	0,89%
W79	Inhalación e ingestión de alimento que causa obstrucción de las vías respiratorias	25	0,89%
A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	21	0,74%
A41	Otras septicemias	21	0,74%
J15	Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte	21	0,74%
R00 - R99	Causas mal definidas	181	6,42%
	Resto de causas	700	24,81%
Total de defunciones de menores de 1 año		2.821	100,00%

Fuente: INEC, Nacimientos y Defunciones 2014, Tabulados

Elaboración: La Autora

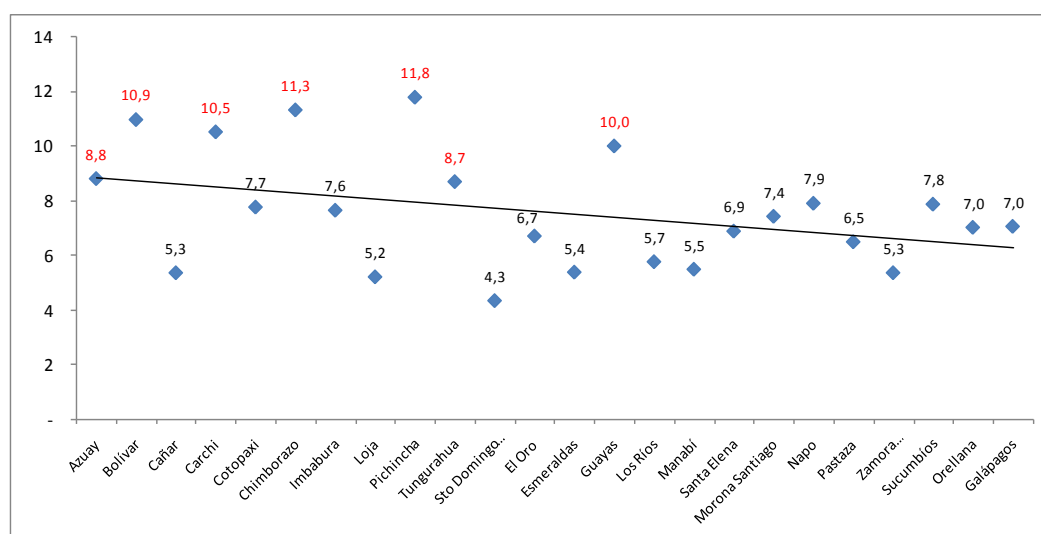
2.2.3 Tasa de Mortalidad Infantil a nivel provincial

La TMI a nivel provincial se calcula en base al número de defunciones de menores de un año según la provincia de la residencia habitual de la persona fallecida y el número de nacimientos estimados según el censo del año 2010 por provincia, de acuerdo a los datos tomados del Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC de los tabulados de los registros de nacimientos y defunciones 2014.

En el gráfico a continuación se puede observar que de las 24 provincias del país, 7 registran una TMI superior a la nacional, y 6 de ellas forman parte de la Región Sierra. Pichincha tiene el nivel más alto con una tasa de 11,8, seguida muy de cerca de Chimborazo (11,3), Bolívar (10,9) y Carchi (10,5). En la Región Amazónica la TMI promedio fue de 6,98 entre las seis provincias que la conforman. Con respecto a la Costa, la TMI promedio fue de 5,73, sin considerar a Guayas que tuvo TMI de 10, la más alta de la región y superior a la nacional.

Las provincias de menores niveles de mortalidad infantil son: Santo Domingo de los Tsáchilas (4,3) y Loja (5,2), se encuentran por debajo de la nacional con alrededor del 50%.

Gráfico 4 Tasa de mortalidad infantil por provincia 2014



Fuente: INEC, Nacimientos y Defunciones 2014, Tabulados

Elaboración: La Autora

2.2.4 Tasa de Mortalidad Infantil en la Parroquia Calderón

Calderón es una parroquia Urbana - Rural de la Ciudad de Quito (gráfico 5), posee una alta densidad poblacional (170.338 habitantes en el 2014), sus comunidades indígenas provienen de los asentamientos más antiguos. En 1897 fue declarada como parroquia "Calderón", en el gobierno del General Eloy Alfaro, y actualmente junto con la Parroquia Llano Chico conforman la jurisdicción territorial de la Administración Zonal Calderón (GAD Pichincha, 2012).

Gráfico 5 Mapa Político de la Ciudad de Quito - Administraciones Zonales



Fuente: Alcaldía de Quito, 2016

Elaboración: La Autora

Para calcular la tasa de mortalidad infantil de la Parroquia Calderón se tomó el número de defunciones de menores de un año por parroquias de residencia habitual de la persona fallecida, y debido a que no se encuentra disponible el número de nacimientos estimados por parroquia, se tomaron las proyecciones referenciales de población a nivel cantonal y parroquial del año 2014, del Sistema Nacional de Información SNI, con estos datos, se calculó la participación de la población de cada uno de los 8 cantones de Pichincha respecto a la población total de la provincia, posteriormente se obtuvo la participación poblacional de cada parroquia respecto a la población total del cantón al que pertenecen, con el porcentaje

obtenido se calcula el número de nacimientos estimados por parroquia, en base al número total de nacimientos estimados en Pichincha para el 2014 establecido por el INEC.

En la tabla 4 se presenta la TMI por parroquias rurales y sub-urbanas de la ciudad, "Quito" incluye todas las parroquias urbanas del Cantón. Como se puede observar entre las parroquias rurales y sub urbanas Calderón registra el mayor número de defunciones, sin embargo, de acuerdo a las estimaciones realizadas su TMI es baja llegando a 3,96 en el 2014 según las estimaciones realizadas, se debe considerar que también registra el mayor número de nacimientos estimados.

La mayor TMI tiene la Parroquia Rural Gualea, sin embargo registra una defunción de un menor de un año y 40 nacimientos estimados.

Por lo tanto, con la finalidad de obtener mayor información se analiza la Parroquia Sub-urbana Calderón considerando el mayor número de defunciones registradas.

Tabla 4 Tasa de mortalidad infantil por parroquia rural y sub-urbana del Cantón Quito 2014

Parroquias Rurales y Sub-urbanas	Proyecciones referenciales de población por parroquia	% participación poblacional	Estimación de nacimientos	Defunciones menores de un año	TMI parroquias de Quito
ALANGASI	27.134	1,08%	483	-	-
AMAGUANA	34.803	1,39%	619	6	9,69
ATAHUALPA	2.127	0,08%	38	-	-
CALACALI	4.358	0,17%	78	-	-
CALDERON	170.338	6,80%	3.031	12	3,96
CHAVEZPAMBA	896	0,04%	16	-	-
CHECA (CHILPA)	10.047	0,40%	179	2	11,19
CONOCOTO	91.827	3,67%	1.634	6	3,67
CUMBAYA	35.203	1,41%	626	7	11,17
EL QUINCHE	17.964	0,72%	320	3	9,38
GALEA	2.266	0,09%	40	1	24,80
GUANGOPOLO	3.423	0,14%	61	-	-
GUAYLLABAMBA	18.140	0,72%	323	4	12,39
LA MERCED	9.392	0,37%	167	-	-
LLANO CHICO	11.942	0,48%	213	-	-
LLOA	1.672	0,07%	30	-	-
NANEGAL	2.949	0,12%	52	-	-
NANEGALITO	3.386	0,14%	60	1	16,60
NAYON	17.493	0,70%	311	3	9,64
NONO	1.938	0,08%	34	-	-
PACTO	5.368	0,21%	96	-	-
PERUCHO	883	0,04%	16	-	-
PIFO	18.623	0,74%	331	1	3,02
PINTAG	20.061	0,80%	357	1	2,80
POMASQUI	32.346	1,29%	576	4	6,95
PUELLARO	6.140	0,25%	109	-	-
PUEMBO	15.209	0,61%	271	1	3,69
QUITO*	1.811.600	72,31%	32.240	488	15,14
SAN ANTONIO	36.203	1,45%	644	4	6,21
SAN JOSE DE MINAS	8.104	0,32%	144	-	-
TABABELA	3.159	0,13%	56	-	-
TUMBACO	55.880	2,23%	994	8	8,04
YARUQUI	19.976	0,80%	356	1	2,81
ZAMBIZA	4.494	0,18%	80	-	-
TOTAL CANTÓN QUITO	2.505.344	100,00%	44.586	553	12,40

Nota: * Incluye todas las parroquias urbanas de la ciudad

Fuente: INEC, Nacimientos y Defunciones 2014, Tabulados, SNI proyecciones poblacionales a nivel de cantón y parroquia 2014

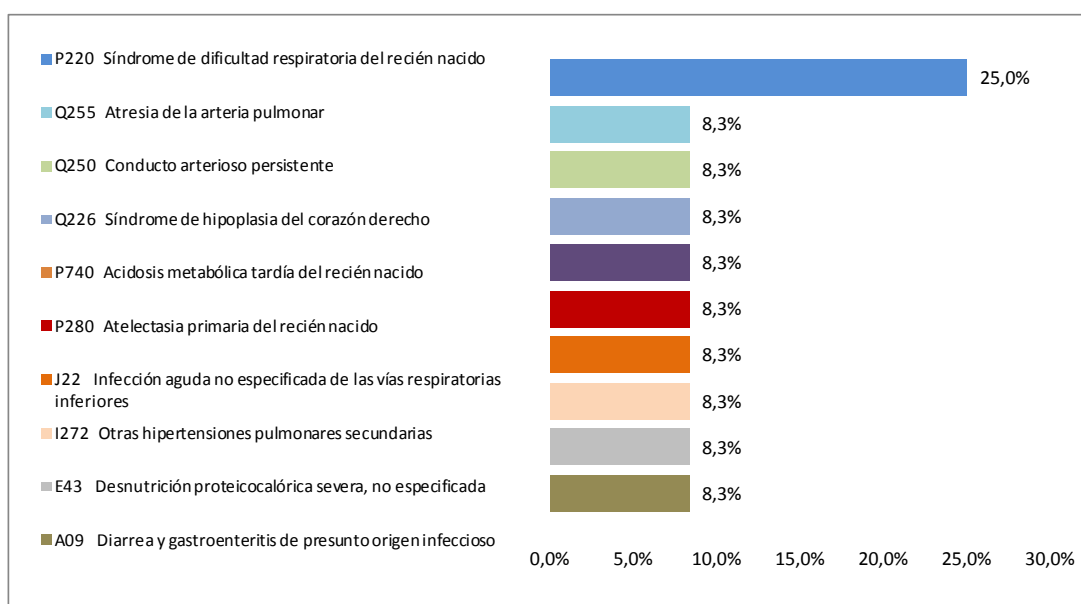
Elaboración: La Autora

2.2.5 Causas de Mortalidad Infantil en la Parroquia Calderón

Las causas de mortalidad infantil de la Parroquia Calderón se obtienen de las bases de datos de los registros de Nacimientos y Defunciones 2014, se filtra por menores de un año y se cruza con las causas de mortalidad infantil código de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE 10 a cuatro dígitos. Como se puede observar en el gráfico 6, de las doce muertes registradas en Calderón, tres fueron a

causa del "Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido", todas las demás causas indicadas provocaron un deceso, al igual que las causas de muerte infantil a nivel nacional, estas indican mayores problemas con neonatos y durante el período de gestación de la madre, pero es importante resaltar que también registran como causas de muerte la "Desnutrición proteico calórica severa" y la "Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso". Es decir que se registran causas de muerte que pudieron ser prevenidas con una mejora en las condiciones de vida, servicios sanitarios, demás factores socioeconómicos que de ser tratados adecuadamente ayudarían a combatir las muertes infantiles.

Gráfico 6 Causas de Mortalidad Infantil en la Parroquia Calderón



Fuente: INEC, Base de Nacimientos y Defunciones 2014

Elaboración: La Autora

CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1 Metodología

El presente trabajo es un estudio descriptivo en el que se realiza un análisis de la relación de los factores socioeconómicos y la Mortalidad Infantil en la Parroquia Calderón. Como herramienta de investigación se utilizó el método empírico a través de la aplicación de encuestas en la zona de influencia para obtener información primaria que permita la consecución de los objetivos de la investigación.

3.1.1 Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo transversal, ya que se recopiló información primaria para analizar la relación de los factores socioeconómicos y la mortalidad infantil de la Parroquia Calderón del Distrito Metropolitano de Quito en un determinado período de tiempo.

3.1.2 Diseño de la investigación

El diseño utilizado en la investigación es de carácter no experimental ya que se analizaron hechos ya ocurridos, además es cuali-cuantitativa porque el objeto de estudio fueron personas y datos estadísticos.

3.1.3 Método de la investigación

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó el método empírico a través de la aplicación de encuestas en la Parroquia Calderón del D.M. de Quito, y el método teórico con el proceso de análisis y síntesis de la información recopilada para el análisis deductivo de la misma.

3.1.4 Población Objetivo

Con el objetivo de obtener información focalizada sobre las características socioeconómicas y la mortalidad infantil de la población que reside en la Parroquia Urbana - Rural Calderón, la

encuesta se aplicó a mujeres en edad fértil de 12 a 49 años (MSP, 2016), que actualmente habitan en alguno de los nueve sectores que la conforman.

Para realizar el cálculo se consideraron las proyecciones referenciales de población de la Parroquia Calderón del año 2015 con 173.491 habitantes, posteriormente el porcentaje de mujeres 50,5% se obtuvo de las proyecciones del Censo de Población y Vivienda del mismo año, finalmente se obtuvo el porcentaje de mujeres en edad fértil MEF (12 a 49 años), en base al porcentaje de MEF de las proyecciones poblacionales nacionales por edad (INEC, 2015). Como se muestra en la tabla a continuación:

Tabla 5 Cálculo de la población objetivo

173.491	Población total
50,5%	% total de mujeres
87.564	Población de total mujeres
57,05%	% MEF de 12 a 49 años
49.958	Población Calderón MEF

Fuente: INEC, Proyecciones poblacionales 2015, SNI proyecciones poblacionales a nivel de cantón y parroquia 2015

Elaboración: La Autora

3.1.5 Determinación de la muestra

La determinación de la muestra se realizó a través del método de muestreo aleatorio simple, mediante el cual se seleccionó n unidades de una población finita N , donde cada una de las muestras tenía la misma probabilidad de ser elegida. Mediante la siguiente fórmula:

Ecuación 1 Fórmula de Muestreo Aleatorio Simple

Método: Muestreo Aleatorio Simple

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{(E^2 \cdot N) + (Z^2 \cdot p \cdot q)}$$

Fuente: Gómez, Edgar, Técnicas y métodos de investigación, 2011

Donde:

N = Universo (mujeres de 12 a 49 años de edad residentes en Calderón)

p = Probabilidad de ser seleccionado

q = Probabilidad de no ser seleccionado

z = Nivel de confianza (95%) (z equivale a 1,96)

E = Error (5%)

n = Muestra obtenida

Margen de reposición = 10%

n = Muestra requerida

$$\text{Obteniendo: } n = \frac{1,96^2 * 49.958 * 0,95 * 0,05}{((0,05^2 * 49.958) + (1,96^2 * 0,95 * 0,05)}$$

$n = 73$;

$73 * 10\%$ margen de reposición = 7; $73 + 7$

n = 80 encuestas

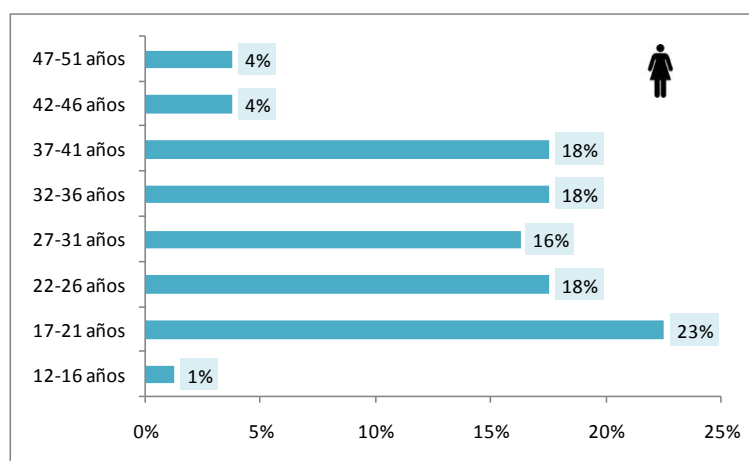
Como resultado se obtuvo una muestra de 80 encuestas que fueron distribuidas en los 9 sectores (Bellavista, San Juan, San José de Morán, Marianas - Zabala, Carapungo, Llano Grande, Comunas, Centro Parroquial y Centro Administrativo) de la Parroquia Calderón, es decir se aplicaron 9 encuestas en ocho sectores y, 8 encuestas en un sector (GAD de Pichincha, 2012).

3.2 Descripción y Análisis de Resultados

La encuesta fue desarrollada en los 9 sectores de la Parroquia Calderón con la finalidad de captar información de toda la zona de análisis. La población objetivo fueron las mujeres en edad fértil de 12 a 49 años (MSP, 2012).

En el gráfico 7 se presenta el porcentaje de mujeres encuestadas por grupos de edad. Como se puede observar el 23% se encuentra entre los 17 y 21 años, el 18% entre los 22 y 26 años y el 16% entre los 27 y 31 años, es decir más del 50% de la población encuestada no es mayor de 31 años, el 36% se encuentra entre los 36 y 41 años, y un 8% de mujeres encuestadas está entre los 42 y 49 años, edad límite de la mujer fértil.

Gráfico 7 Mujeres encuestadas por grupos de edad (Porcentajes)

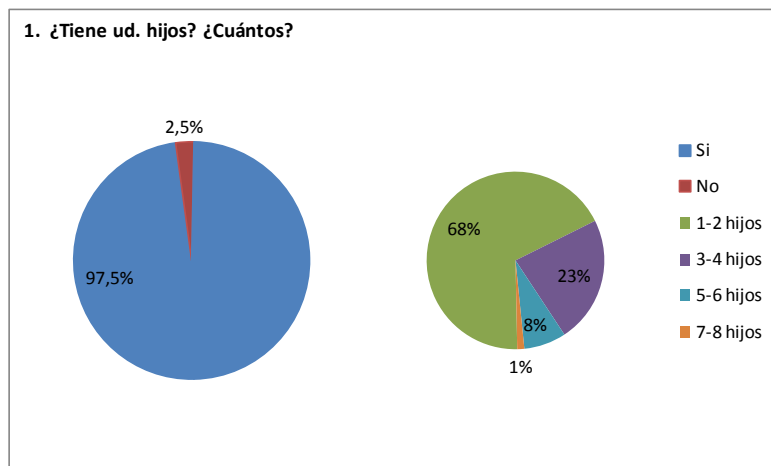


Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

Del total de mujeres encuestadas el 97,5% tiene al menos un hijo, y tan solo el 2,5% de la muestra no tienen hijos, ni han tenido embarazos. En el gráfico a continuación se muestra el número de hijos que tienen las mujeres que respondieron afirmativamente. Como se puede observar el 68% de mujeres encuestadas tiene entre uno y dos hijos, el 23% que tiene hasta cuatro hijos, el 8% registra tener hasta 6 hijos vivos, y solo el 1% tienen un máximo de 7 hijos. Es importante indicar que las mujeres que registraron tener un hijo que nació vivo y murió tienen la característica de ser multíparas, es decir que han tenido más de un parto (Enciclopedia del embarazo, 2016).

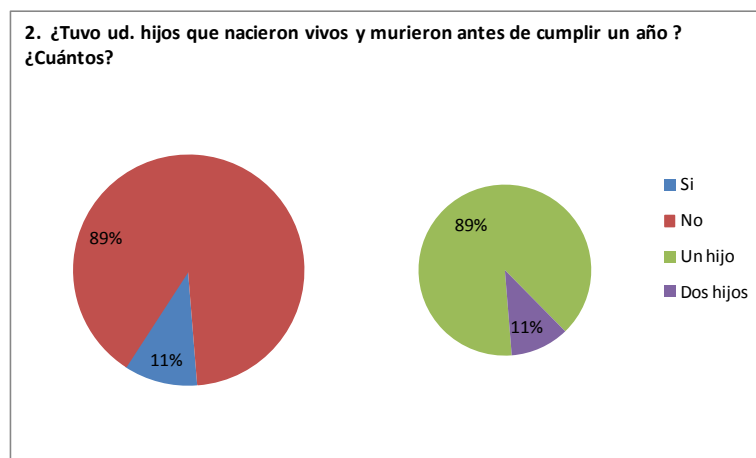
Gráfico 8 Mujeres que tienen hijos y número de hijos (Porcentajes)



Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016
Elaboración: La Autora

Respecto a la interrogante sobre hijos que han nacido vivos y murieron antes del primer año de edad, el 89% de las mujeres encuestas respondieron negativamente, pero el 11% de mujeres si tiene hijos que nacieron vivos y murieron antes de cumplir un año, de las cuales el 89% tienen un solo hijo muerto, mientras que el 11% tiene dos hijos fallecidos. Como se muestra en el gráfico 9.

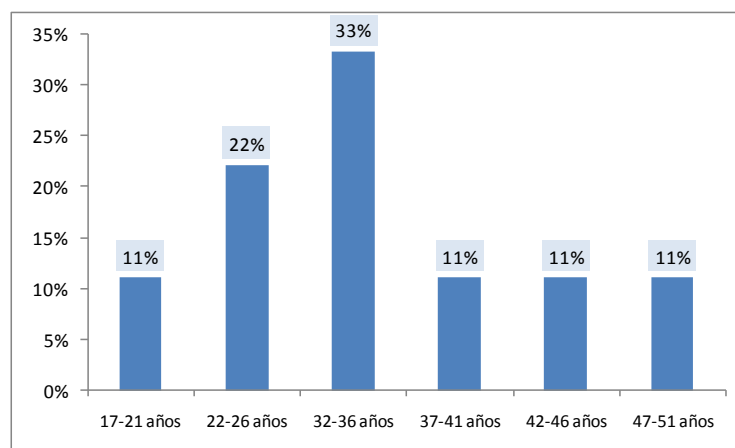
Gráfico 9 Mujeres que tienen un hijo fallecido antes del primer año de edad (Porcentajes)



Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016
Elaboración: La Autora

Se analiza por rangos de edad, el grupo de mujeres que registra tener un hijo que falleció antes de cumplir un año, para identificar las edades de las madres que podrían ser vulnerables a la pérdida infantil. En el gráfico 10 se muestra que, mujeres de entre 17 y 49 años han perdido a sus hijos, observándose mayores casos entre 32 y 36 años.

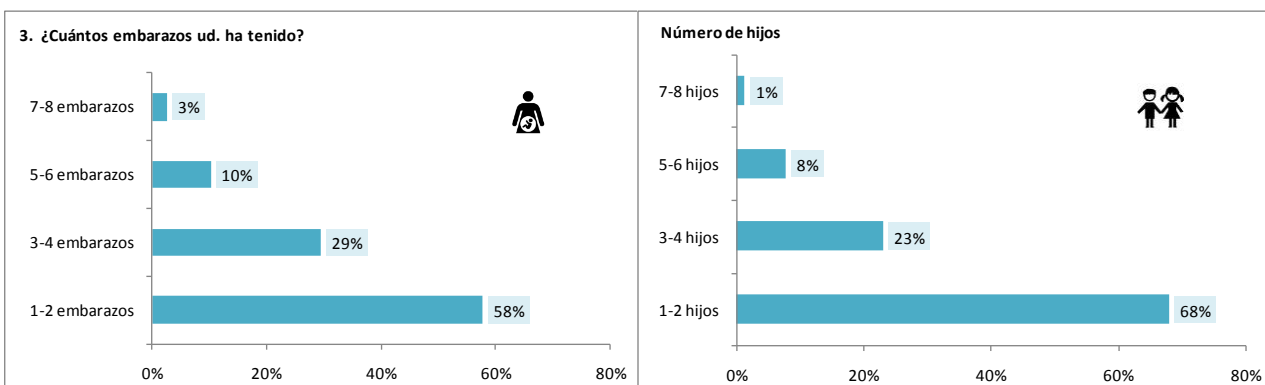
Gráfico 10 Grupos de edad de las mujeres que registran tener un hijo fallecido (Porcentajes)



Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016
Elaboración: La Autora

Respecto a la pregunta sobre el número de embarazos que han tenido las MEF, se obtuvo como resultado, que el 58% de las mujeres tuvieron entre 1 y 2 embarazos, sin embargo, el 68% de las mujeres tiene hasta dos hijos, el porcentaje que tienen los siguientes rangos de número de embarazos es mayor respecto al número de hijos, lo cual indica que aquellas mujeres que tienen hasta dos hijos, tuvieron más de dos embarazos. Según los datos de las encuestas se registraron 198 embarazos de los cuales el 87,9% se registran como hijos vivos, el 4,5% corresponde a hijos que nacieron vivos y murieron, por lo tanto hubo 7.6% de embarazos que no llegaron a término (ver gráfico 11).

Gráfico 11 Número de embarazos y número de hijos de las mujeres que tienen hijos



Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

Considerando únicamente las mujeres que registran tener un hijo fallecido, se realiza una tabla de contingencia que presenta la edad de la madre y el número de embarazos de la misma para identificar las particularidades de las mujeres que han tenido una pérdida infantil. En la tabla 6 se observa que mujeres mayores de 32 años y con más de tres embarazos son más vulnerables a pasar por la mortalidad infantil de uno de sus hijos.

Tabla 6 Edad de las mujeres que registran tener un hijo fallecido y número de embarazos

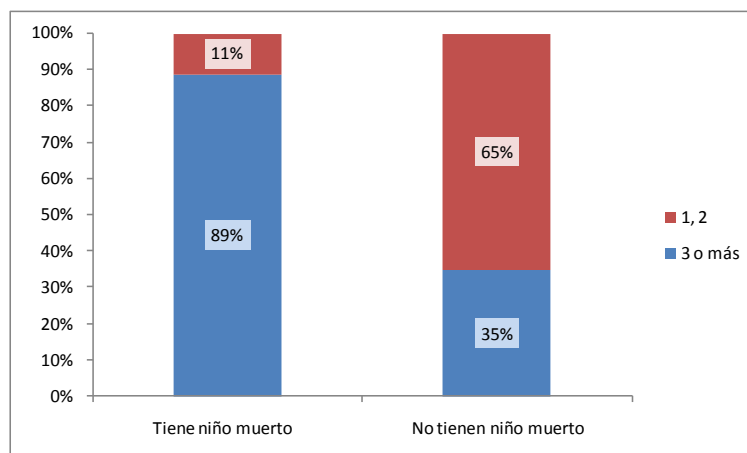
Número de hijos fallecidos	Edad de la Madre	Número de embarazos
1	17-21 años	1-2 embarazos
1	22-26 años	3-4 embarazos
2	32-36 años	5-6 embarazos
1	37-41 años	5-6 embarazos
1	42-46 años	7-8 embarazos
1	47-51 años	3-4 embarazos

Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

En el gráfico a continuación se observa que el 89% de mujeres que registra tener un hijo fallecido ha tenido tres o más embarazos, y respecto a las mujeres que no registran mortalidad infantil solo el 35% ha tenido tres o más embarazos. Por lo tanto, las mujeres con mayor número de embarazos tienen mayor riesgo de perder un niño durante el primer año de vida.

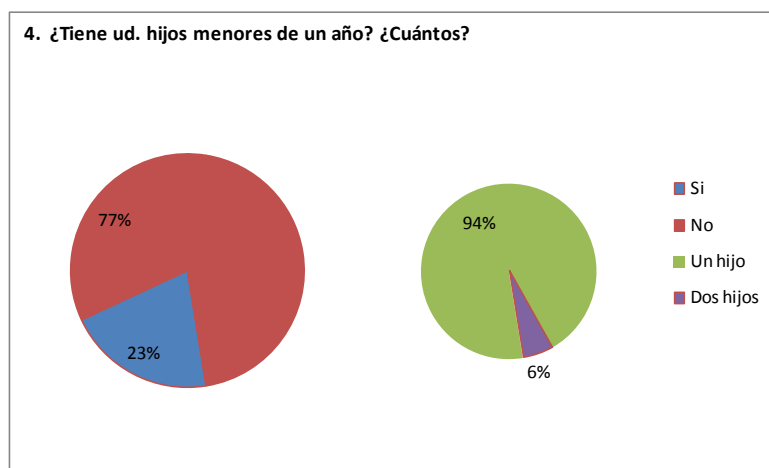
Gráfico 12 Mujeres que han perdido o no un niño y número de embarazos (Porcentajes)



Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016
Elaboración: La Autora

De las mujeres que tienen al menos un hijo, el 23% tiene hijos menores de un año (gráfico 13), es decir tienen niños con mayor riesgo de morir ya que son mayormente vulnerables a las condiciones socioeconómicas, adicionalmente se obtuvo que el 94% de ellas tiene un solo hijo menor de un año, pero el 6% tiene dos hijos menores de un año, lo cual indica la importancia de difundir sobre métodos de planificación familiar y su uso.

Gráfico 13 Mujeres que tienen hijos menores de un año

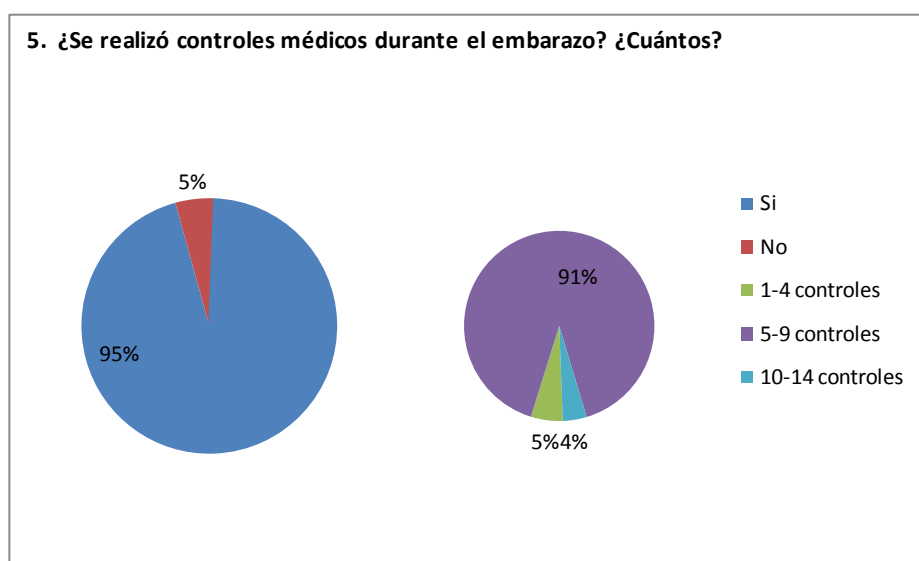


Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016
Elaboración: La Autora

También se investigó sobre los controles prenatales, ya que son muy importantes para el bienestar de la mujer embarazada y el niño, constituyen un mecanismo de prevención, mediante el cual el médico vigila la evolución del embarazo, puede tomar correctivos para mejorar la salud de la madre y el desarrollo del niño, en caso de requerirlo, y contribuyen a prevenir la muerte materna, la neonatal que se refiere a la muerte de niños menores de 28 días de nacidos, y por ende la infantil (OMS, 2009).

En el gráfico 14, se puede observar que el 95% de las mujeres encuestadas si se realizó controles médicos durante el embarazo, de las cuales más del 90% se hizo entre 5 y 9 controles médicos, cumpliendo con el nivel mínimo eficiente de 5 controles en embarazos de bajo riesgo, según lo establecido en las guías de práctica clínica de control prenatal. Y del 5% de mujeres que no cumplió con el mínimo de controles indicados, el 3,8% registra haber tenido un hijo que nació vivo y murió.

Gráfico 14 Controles médicos durante el embarazo, y número de controles realizados



Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

En la tabla 7 se presenta el rango del número de controles prenatales que se realizaron las mujeres que registran tener un hijo fallecido. Como se observa ninguna de las madres indica haberse realizado el número ideal de controles prenatales, que según las guías de práctica

clínica de control prenatal son 12 en un embarazo normal. Y este problema se identifica en todos los rangos de edad de las mujeres encuestadas que han perdido un niño.

Tabla 7 Edad de las mujeres que registran tener un hijo fallecido y número de controles médicos

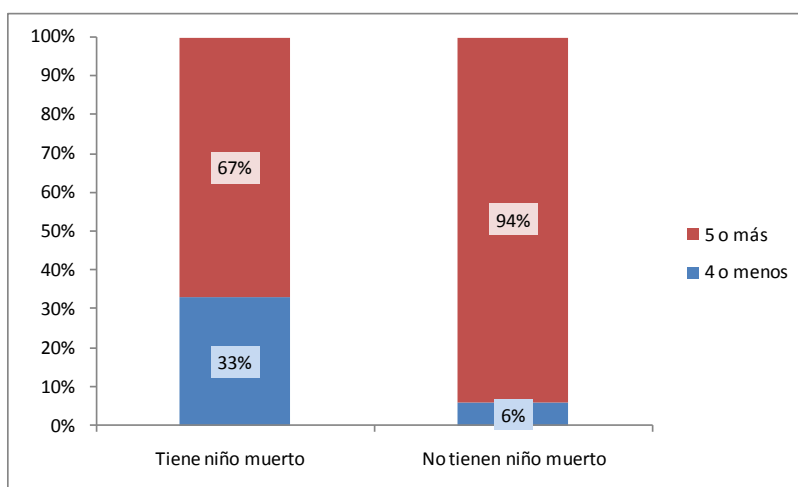
Edad de la Madre	N° de controles médicos
17-21 años	5-9 controles
22-26 años	1-4 controles
32-36 años	0-4 controles
37-41 años	5-9 controles
42-46 años	1-4 controles
47-51 años	5-9 controles

Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

Se realiza el cruce de variables entre el número de controles prenatales realizados y las mujeres que registran tener un niño muerto, versus las que no han tenido ninguna pérdida infantil. En el gráfico 15 se muestra que el 94% de las mujeres que no han perdido ningún niño se ha realizado el mínimo o más controles prenatales, y el 67% quienes sí han perdido un hijo, es decir el 27% menos.

Gráfico 15 Mujeres que han perdido o no un niño y número de controles médicos (Porcentajes)

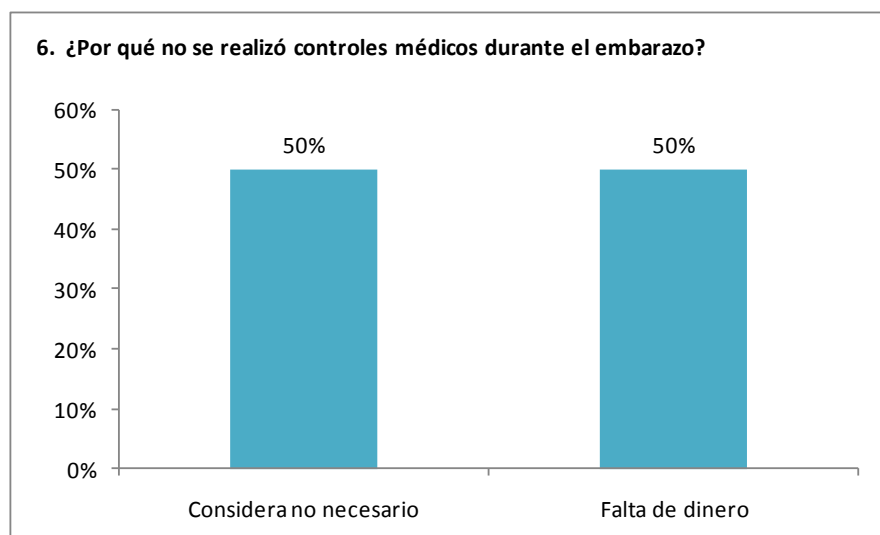


Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

Respecto al 5% de mujeres que no se realizó ningún control médico, el 50% indica no haberlo hecho porque consideran que no es necesario según sus costumbres, y el 50% restante indica que no lo hicieron por falta de dinero (gráfico 16). Es importante señalar que de las mujeres que no se realizaron controles prenatales por falta de dinero el 25% registra tener un hijo que nació vivo y murió.

Gráfico 16 Razones por las que no se realizó los controles prenatales en el embarazo

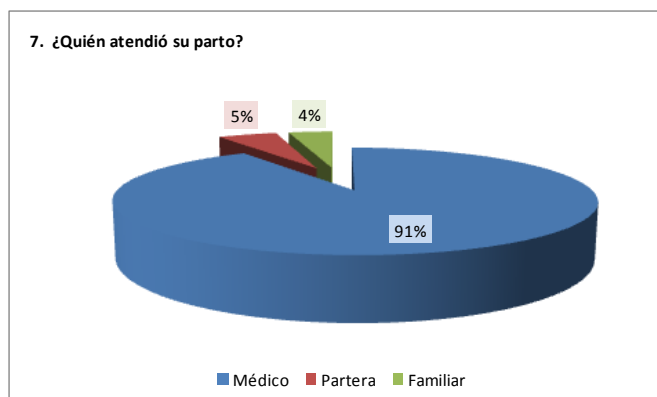


Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

Que las mujeres sean atendidas por un profesional de la salud al momento del parto reduce el riesgo de la mortalidad, tanto materna como infantil. El gráfico 17 muestra que el 91% de las mujeres encuestadas que tienen al menos un hijo fueron asistidas por un médico en el alumbramiento, pero a pesar de la mejora en los servicios de salud se registra todavía un 9% de mujeres que fueron atendidas por una partera o un familiar, de ellas el 11% registra tener un hijo que nació vivo y murió.

Gráfico 17 Personas que atendieron su parto (Porcentajes)



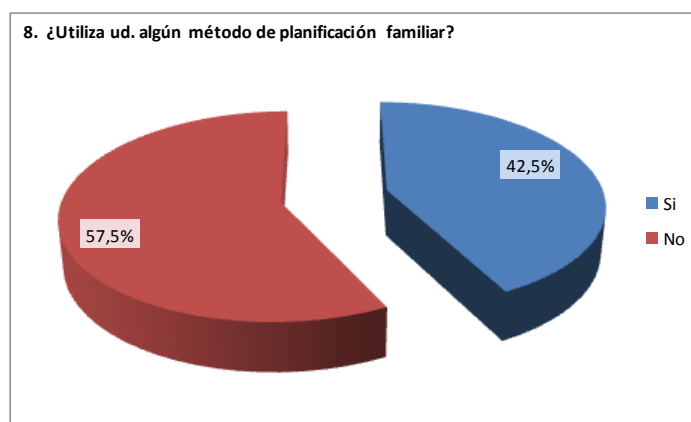
Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

Según datos de la OMS, 225 millones de mujeres de los países en desarrollo desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo. La planificación familiar y el uso de anticonceptivos previenen la muerte de madres e hijos, al evitar embarazos no deseados (OMS, 2015).

En el gráfico siguiente se observa que la mayoría de mujeres encuestadas no utiliza ningún método de planificación familiar (57,5%) y de ellas el 12% registra tener un hijo que nació vivo y murió. El restante 42,5% de mujeres utiliza diferentes métodos anticonceptivos como: implantes, inyecciones, píldoras, la T, preservativos y el calendario.

Gráfico 18 Mujeres que utilizan métodos de planificación familiar (Porcentajes)

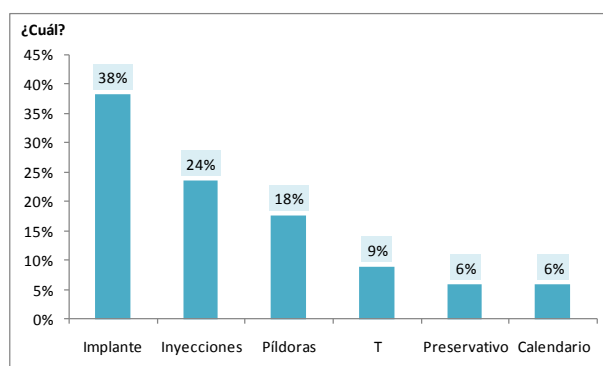


Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

En complemento a la pregunta anterior a continuación, se presentan los métodos de planificación familiar utilizados por la mujeres encuestadas residentes en la Parroquia Calderón. En el gráfico 19 se observa que del 42,5% de las mujeres que si utilizan métodos anticonceptivos el 62% usa entre el implante y las inyecciones, el 18% píldoras y el 12% entre el preservativo y el calendario.

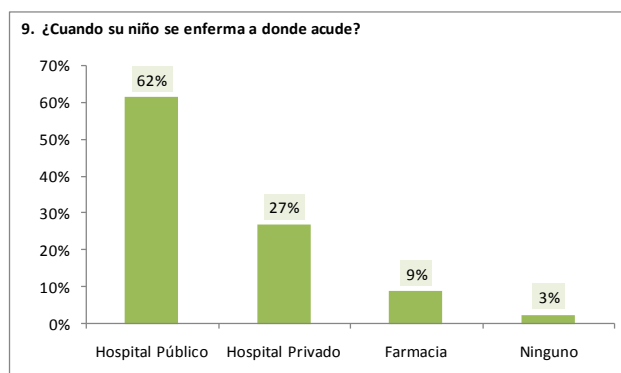
Gráfico 19 Métodos de Planificación Familiar utilizados (Porcentajes)



Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016
Elaboración: La Autora

Con la finalidad de conocer el comportamiento de las madres frente al malestar de sus hijos, se consultó a donde acuden cuando sus hijos enferman, de lo cual se obtuvo que el 62% de mujeres lleva a su hijo a un hospital público, el 27% a un hospital privado, el 9% solo acude a la farmacia y el 3% no lleva a su hijo a ningún centro médico. De las madres que tienen un hijo fallecido el 100% acude a un centro médico cuando sus hijos enferman (ver gráfico 20).

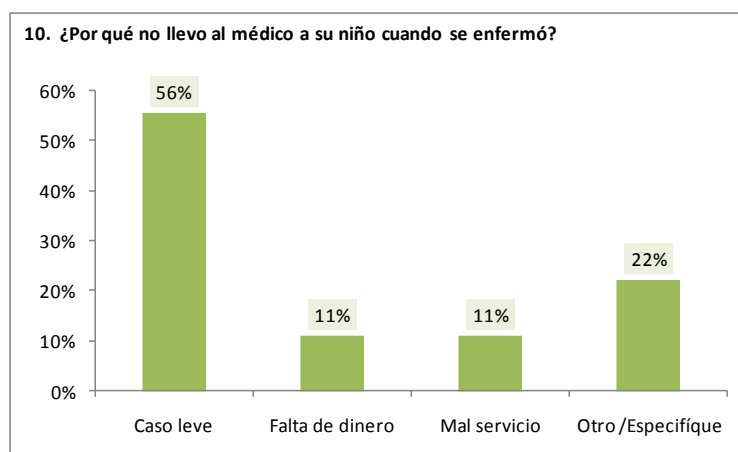
Gráfico 20 Mujeres que acuden a un hospital público, privado, a la farmacia o a ninguno



Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016
Elaboración: La Autora

Respecto a la pregunta anterior, se consulta la causa por la que las madres no llevaron al ningún profesional de la salud a sus hijos mientras estaban enfermos, o porque acudieron únicamente a la farmacia, de lo cual se obtuvo que el 56% lo llevo solo a la farmacia porque consideran que fue un caso leve, el 11% indica que no fue al médico por falta de dinero, el otro 11% por el mal servicio que brindan las unidades de salud públicas y privadas y el 22% de "otros", porque utilizan métodos curativos naturales según sus costumbres (gráfico 21).

Gráfico 21 Razones por las que no llevaron a sus hijos al médico o acudieron solo a la farmacia

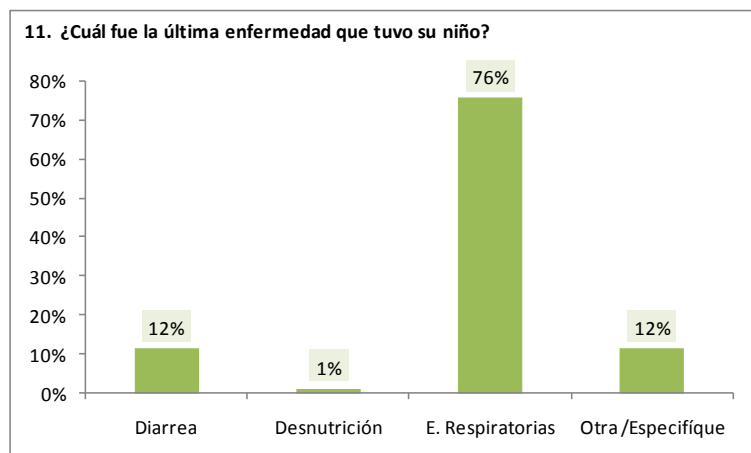


Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

Conocer la dolencia más frecuente entre los niños de la Parroquia Calderón permite dilucidar los aspectos que se deben fortalecer para disminuir la morbilidad por esta causa, por lo indicado se investigó la última enfermedad que tuvo el hijo menor de cada madre encuestada. En el gráfico a continuación se presenta que el 76% de niños tuvieron afecciones respiratorias, seguido del 12% que enfermaron de diarrea, el 1% tuvo desnutrición y es importante mencionar que este hace referencia a niños menores de un año (Ver gráfico 22).

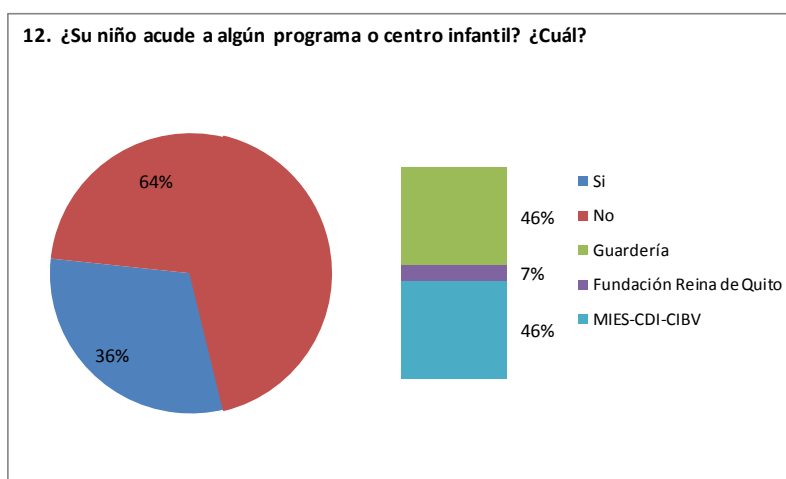
Gráfico 22 Enfermedades reportadas de los niños



Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016
Elaboración: La Autora

El 64% de las mujeres encuestadas indican que sus hijos asisten a un programa o centro infantil, de ellos el 46% acude a los Centros de Desarrollo Integral (CDI) o a los Centros de Infantiles del Buen Vivir (CIBV), del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), el otro 46% deja a sus hijos en la guardería y el 7% restante va a la Fundación Reina de Quito. Como se muestra en el gráfico siguiente.

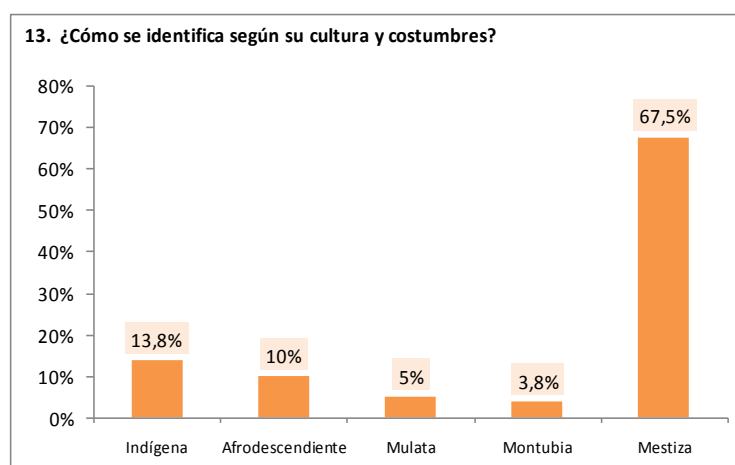
Gráfico 23 Niños que asisten a algún programa o centro infantil



Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016
Elaboración: La Autora

En referencia a la auto identificación étnica, se observó la diversidad de la población residente en la Parroquia Calderón, ya que el 68% de las mujeres encuestadas se considera mestiza, el 14% indígena, el 10% afro descendiente y el 8% restante son entre mulatas y montubias. Es importante resaltar que las mujeres que registran tener un hijo que nació vivo y murió son mestizas, indígenas y mulatas (gráfico 24). Además se indica que el peso poblacional por reconocimiento étnico en el Ecuador presenta que el 71,9% de la población se define como mestiza, el 7,4% como montubia, el 7,2% como afro ecuatoriano, el 7% indígena, como blanco 6,1%, según datos del Censo de Población y Vivienda del 2010.

Gráfico 24 Identificación según cultura y costumbres



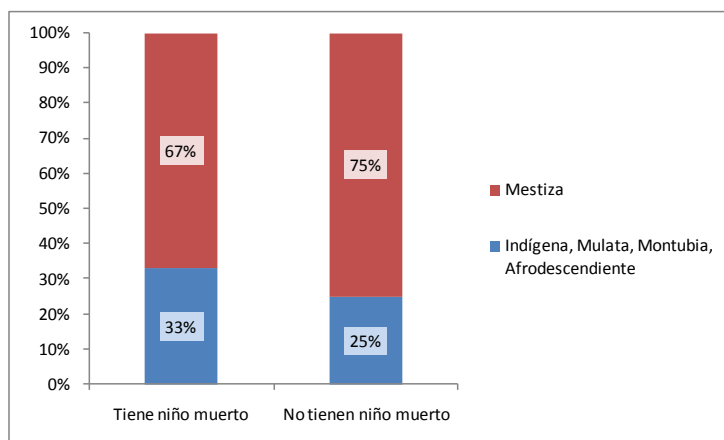
Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

En el gráfico 25 se presenta el porcentaje de participación de mujeres indígenas, mulatas, montubias y afro descendientes, y de mestizas, que han perdido un niño, respecto a las mujeres que no registran ninguna pérdida infantil. Como se puede observar las mujeres mestizas tienen la misma participación que en la población encuestada, es decir el 67% de quienes han vivido la muerte de un niño son mestizas, el grupo de mujeres con mayor vulnerabilidad (indígenas, mulatas, afro descendientes, y montubias), tiene mayor representación respecto a quienes no han pasado por mortalidad infantil, pero representan la misma proporción que en el total de mujeres encuestadas. Con lo que se puede concluir que el peso de la población por

reconocimiento étnico en cierta forma determina el porcentaje de mujeres mestizas, indígenas o mulatas, etc., que han pasado o no por una pérdida infantil.

Gráfico 25 Mujeres que han perdido o no un niño y etnia (Porcentajes)

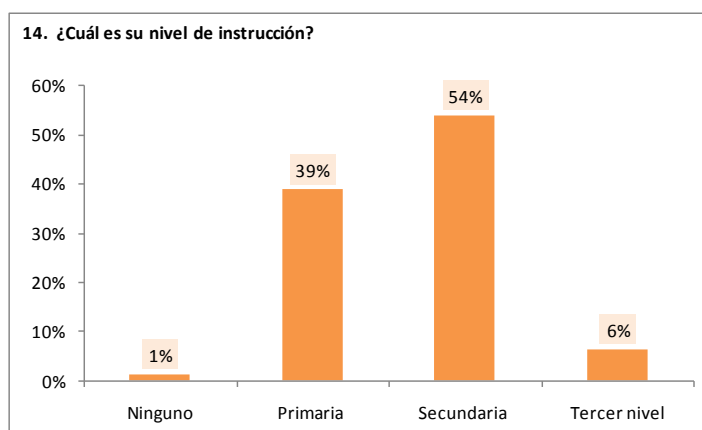


Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

En cuanto al nivel de instrucción de las mujeres encuestadas, en el gráfico 26, se puede observar que más del 50% llegó a la secundaria, el 39% registra estudios primarios y tan sólo el 6% registra estudios universitarios, el 1% no tiene ningún tipo de instrucción. El 78% de mujeres que registra tener un hijo que nació vivo y murió tiene estudios primarios y el 22% estudios secundarios.

Gráfico 26 Nivel de instrucción de las mujeres encuestadas

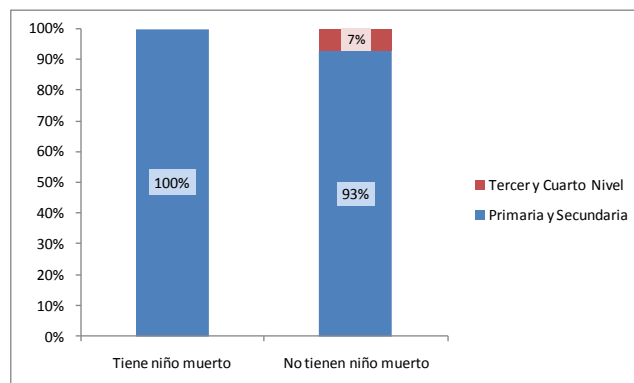


Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

Otro factor importante es el nivel de instrucción de la madre, en el gráfico 27 se puede apreciar que la característica general de las mujeres que han perdido un hijo, es que ninguna tiene estudios universitarios. Y que en general las mujeres residentes en la Parroquia Calderón solo llegan o terminan la secundaria.

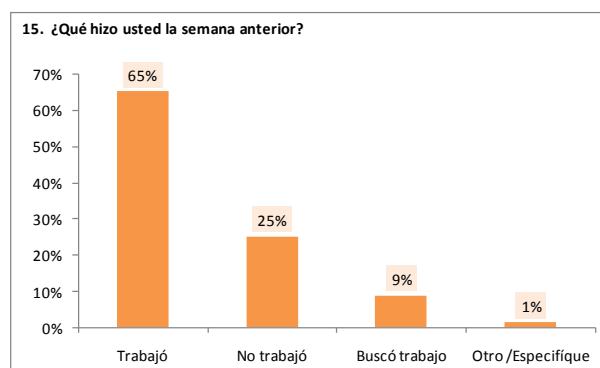
Gráfico 27 Mujeres que han perdido o no un niño y nivel de instrucción



Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016
Elaboración: La Autora

En referencia a la consulta sobre las actividades que realizaron la semana anterior a la fecha de la aplicación de la encuesta las mujeres de la Parroquia Calderón. En el gráfico a continuación muestra que el 65% de mujeres trabajó, el 25% no trabajó, el 9% buscó trabajo y el 1% estudió. Considerando a las madres que registran tener un hijo que nació vivo y murió el 22% no trabajó y el 78% restante si trabajó.

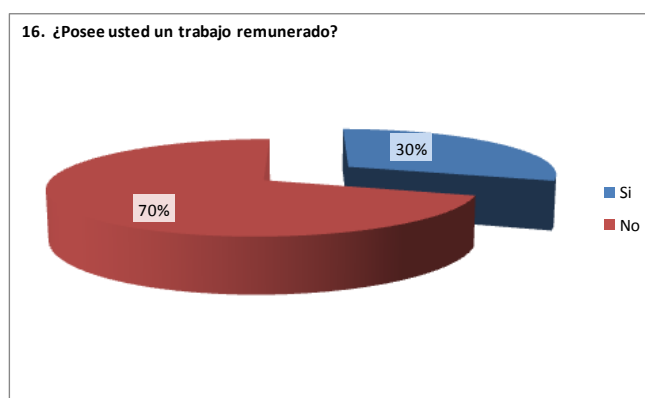
Gráfico 28 Actividades que realizaron la semana anterior las mujeres encuestadas (Porcentajes)



Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016
Elaboración: La Autora

Respecto a la actividad laboral de las mujeres encuestadas, el 70% de ellas no posee un trabajo remunerado, sino que en su mayoría se dedican al comercio informal. Del 30% de las mujeres que si posee trabajo remunerado la mayor parte destina sus labores a actividades de limpieza, servicio doméstico, call center, entre otros. Y del 11% de mujeres que registran tener un hijo fallecido el 56% no posee un trabajo remunerado (gráfico 29).

Gráfico 29 Trabajo remunerado - mujeres encuestadas



Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

Considerando a las mujeres que indican tener un hijo fallecido se presenta la siguiente tabla, que proporciona mayores detalles sobre el perfil vulnerable de las mujeres que pueden tener una pérdida infantil. Se puede observar que ninguna de las mujeres del grupo de análisis tiene instrucción superior y casi ninguna ha terminado la secundaria, de ellas el 56% no posee trabajo remunerado y el 67% son mestizas (tabla 8).

Tabla 8 Mujeres que registran tener un hijo fallecido por etnia, instrucción, trabajo remunerado

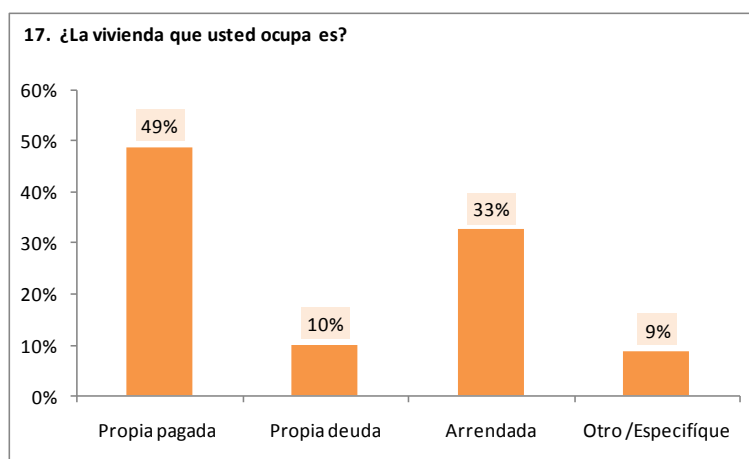
N° hijos fallecidos	Trabajo remunerado	Instrucción	Étnia
1	Si	Secundaria	Mestiza
1	No	Secundaria	indígena
1	Si	Secundaria	Mulata
2	No	Secundaria	Mestiza
1	No	Secundaria	Mestiza
1	No	Primaria	Mestiza
1	No	Secundaria	Mulata
1	Si	Primaria	Mestiza
1	Si	Secundaria	Mestiza

Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

Otro de los aspectos de las condiciones de vida, es la vivienda, según los resultados obtenidos en las encuestas, el 49% de las mujeres posee residencia propia, dentro de la que se considera la casa de los padres, el 33% tiene vivienda arrendada, el 10% casa propia que está pagando y el porcentaje restante vive en casa prestada o que cuida. El 33% de las mujeres que tiene un hijo fallecido reside en casa prestada o arrendada, según gráfico 30.

Gráfico 30 Tipo de vivienda que ocupa

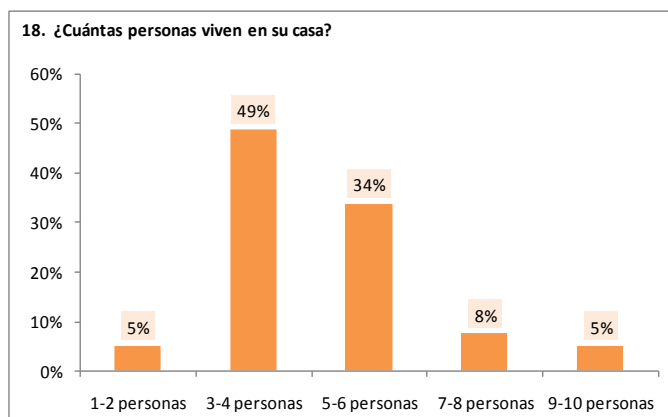


Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

Con la finalidad de identificar problemas de hacinamiento se consultó el número de personas que habitan la casa de las mujeres encuestadas, en el gráfico 31 se muestra que el 49% de mujeres respondió que viven entre 3 y 4 personas, el 34% entre 5 y 6 personas, y el 13% indica que viven 7 o más personas en la misma vivienda. Además, según los datos de las encuestas el 56% de las mujeres que tienen un hijo fallecido vive con 5 o más personas.

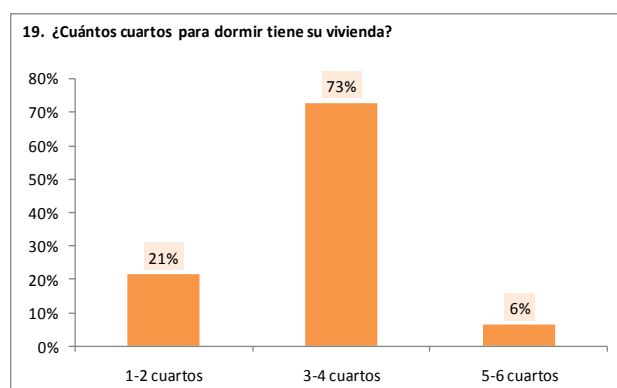
Gráfico 31 Número de personas que viven en casa de las mujeres encuestadas (Porcentajes)



Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016
Elaboración: La Autora

En complemento a la pregunta anterior, se consulta el número de cuartos exclusivos para dormir que tiene la vivienda en la que residen las mujeres encuestadas. En el gráfico 32 se indica que el 73% de mujeres encuestadas tiene entre 3 y 4 cuartos, el 21% tiene entre 1 y 2, y el 6% entre 5 y 6.

Gráfico 32 Número de cuartos para dormir



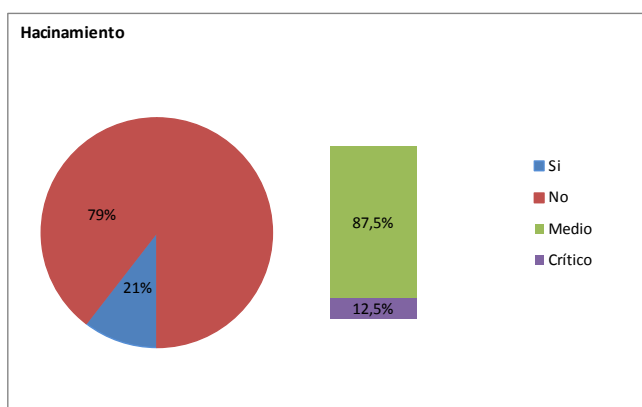
Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016
Elaboración: La Autora

Y al determinar el índice de hacinamiento¹ de la población encuestada se obtuvo como resultado que el 21% de las mujeres habita en condiciones de hacinamiento, de ellas el 87,5 en

¹Se entiende como índice de hacinamiento a la relación entre (personas habitando una vivienda) / (número de dormitorios en la vivienda) = hasta 2,4 sin hacinamiento, de 2,5 a 4,9 hacinamiento medio, y más de 5 hacinamiento crítico (INEC, 2016)

un hacinamiento medio y el 12,5% en un crítico. Además se debe indicar que, el 11% de las mujeres que tienen un hijo fallecido vive en condiciones de hacinamiento crítico y el 11% en hacinamiento medio (INEC, 2016) Ver gráfico 33.

Gráfico 33 Índice de hacinamiento

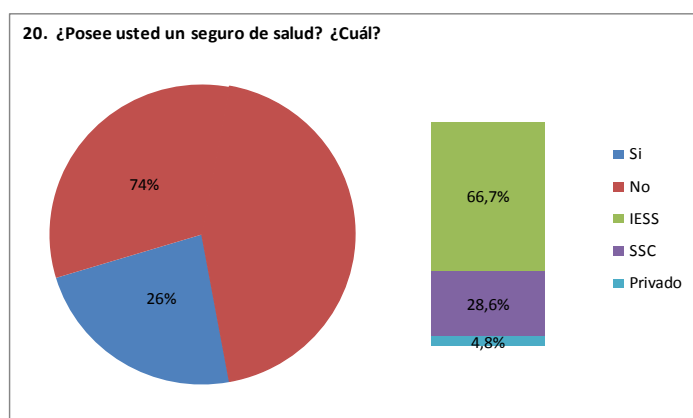


Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

Otro aspecto importante es conocer sobre la población asegurada. Se consultó si las mujeres encuestadas poseen un seguro de salud, de lo cual se obtuvo que el 74% no tienen seguro público ni privado. El 67% de las mujeres que posee seguro de salud es afiliada al IESS, el 28,6% al Seguro Social Campesino (SSC). Considerando a las mujeres que tienen un hijo fallecido el 78% no tiene ningún seguro de salud (ver gráfico 34).

Gráfico 34 Seguro de salud - mujeres encuestadas



Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

A continuación se presenta el número de hijos fallecidos que reportan las mujeres que registran haber tenido una pérdida infantil junto con las variables de si poseen o no trabajo remunerado y seguro de salud público o privado. Como se puede observar en la tabla 9 el 56% de madres no poseen trabajo remunerado, y el 78% no posee seguro de salud pese a tener trabajo remunerado, lo cual indica que existe empleadores que no cumplen con otorgar todos los beneficios de ley a los que tienen derecho los trabajadores.

Tabla 9 Número de hijos fallecidos reportados, trabajo remunerado y seguro de salud

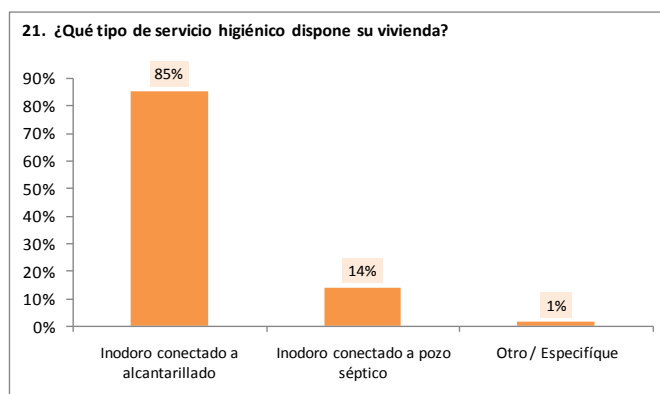
N° hijos fallecidos	Trabajo remunerado	Seguro de Salud
1	Si	No
1	No	No
1	Si	No
2	No	No
1	No	No
1	No	No
1	No	No
1	Si	Si
1	Si	Si

Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

Para conocer el acceso a servicios básicos, se pregunta sobre el tipo de servicio higiénico que posee la vivienda, el 85% de mujeres encuestadas indica que su vivienda tiene inodoro conectado a alcantarillado, el 14% tiene inodoro conectado a pozo séptico y el 1% utiliza un terreno baldío como inodoro. El 89% de las mujeres que tienen un hijo fallecido tiene inodoro conectado a alcantarillado y el 11% restante inodoro conectado a pozo séptico (gráfico 35).

Gráfico 35 Tipo de servicio higiénico que dispone su vivienda

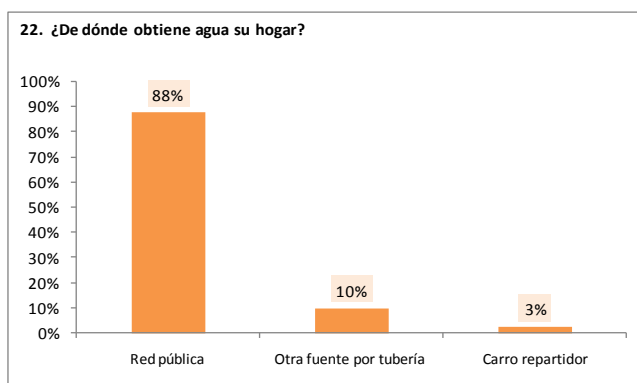


Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

Respecto a la obtención de agua, el 87,5% de las mujeres encuestadas dispone de agua de red pública para el consumo en sus viviendas, el 10% obtiene agua por tubería y el 2,5% adquiere agua a granel. Tomando en cuenta a las mujeres que tienen hijos fallecidos el 89% dispone de red pública y el 11% restante tiene que comprar agua a granel. Como se indica en el gráfico siguiente.

Gráfico 36 Obtención de agua para el hogar

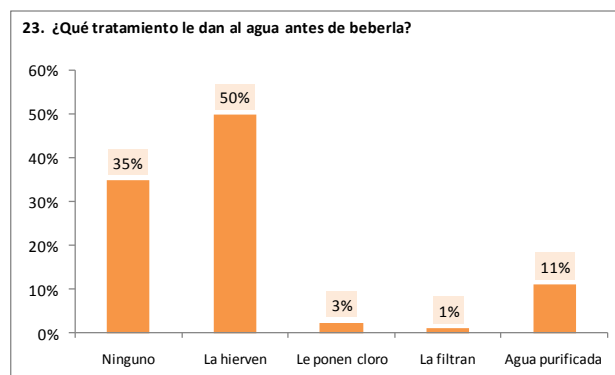


Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

Adicionalmente se consulta el tratamiento que las mujeres encuestadas le dan al agua antes de beberla, teniendo como resultado que el 50% la hierven, el 35% bebe el agua sin ningún proceso, el 11% compra agua purificada para tomar, y el restante le pone cloro o le filtran. De las mujeres que tienen un hijo muerto el 33% no le da ningún tratamiento para beberla (ver gráfico 37).

Gráfico 37 Tratamiento que le dan al agua antes de beberla



Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

En la tabla 10 se puede observar el cruce de distintas variables como: el número de hijos que han perdido las mujeres que registran alguna mortalidad infantil, la etnia, el medio de obtención de agua y el tratamiento que le dan al agua antes de beberla. Según los datos obtenidos en las encuestas el 67% de mujeres que tienen un hijo que falleció antes de cumplir un año son mestizas, el 89% tiene acceso a agua potable pero el 11% compra agua del botellón solo para beber y el 38% hierve el agua antes de beberla y, el 11% adquiere agua a granel y de ellas el 100% la filtra antes de ingerirla. Como se indica entre las mujeres que no le dan ningún tratamiento al agua antes de tomarla se encuentran mestizas, indígenas y mulatas, es decir la etnia no es un factor decisivo respecto al consumo de agua en los hogares de las mujeres encuestadas.

Tabla 10 Número de hijos fallecidos, etnia, acceso al agua y tratamiento antes de beberla

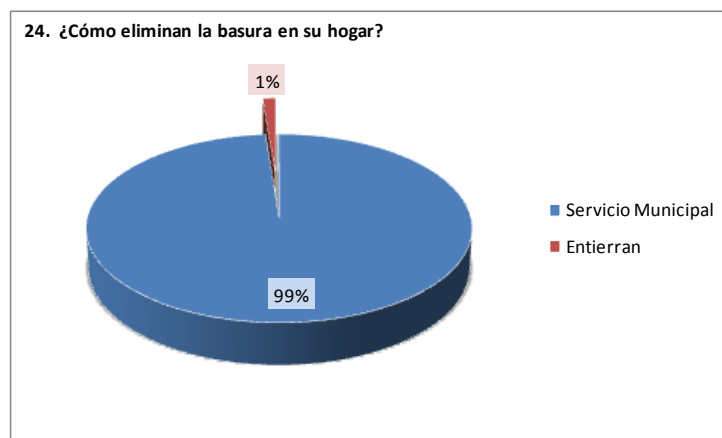
N° hijos fallecidos	Étnia	Obtención de agua	Tratamiento al agua antes de beberla
1	Mestiza	Red pública	Ninguno
1	indígena	Red pública	Hervir
1	Mulata	Red pública	Ninguno
2	Mestiza	Red pública	Ninguno
1	Mestiza	Red pública	Compran agua del botellón solo para beber
1	Mestiza	Red pública	Ninguno
1	Mulata	Red pública	Hervir
1	Mestiza	Red pública	Hervir
1	Mestiza	Granel	Filtran

Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

El servicio de recolección de basura es el de mayor cobertura, de acuerdo al resultado de las encuestas, el 99% de mujeres indica que eliminan la basura por servicio municipal, y el 1% restante la entierra. El 100% de las mujeres que tiene un hijo que falleció utiliza el servicio municipal para eliminar la basura (gráfico 38).

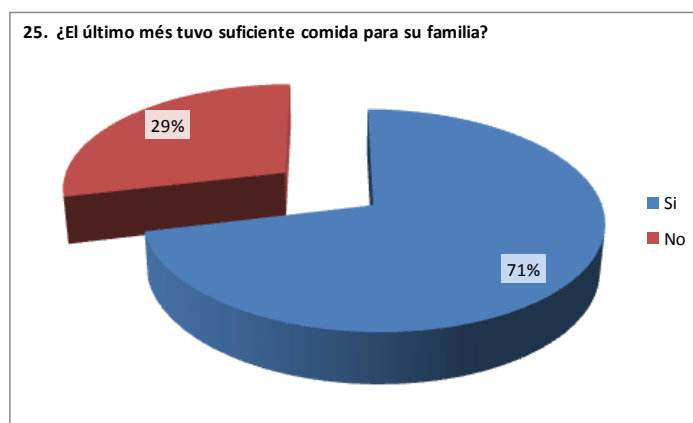
Gráfico 38 Eliminación de basura en su hogar



Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016
Elaboración: La Autora

Respecto a la disponibilidad de comida para la familia se consulta si tuvieron suficientes alimentos para todos los miembros del hogar durante el mes anterior a la aplicación de la encuesta. El 71% de las mujeres encuestadas indica que si tuvo suficiente comida para su familia, mientras que el 29% restante responde que no tuvo alimentos suficientes para los miembros del hogar, según muestra el gráfico a continuación.

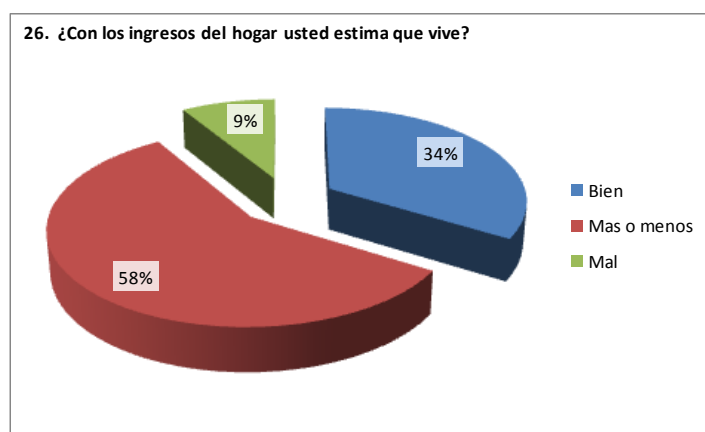
Gráfico 39 Tiene suficiente comida para alimentar a su familia



Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016
Elaboración: La Autora

Haciendo referencia a factores económicos se consulta a las mujeres encuestadas como estiman que viven con los ingresos del hogar. El 58% indica que vive más o menos, el 39% responde que vive bien, y el 9% restante dice que vive mal. El 56% de las mujeres que tienen un hijo que falleció considera que vive más o menos con los ingresos del hogar (gráfico 40).

Gráfico 40 Como estima que vive con los ingresos del hogar

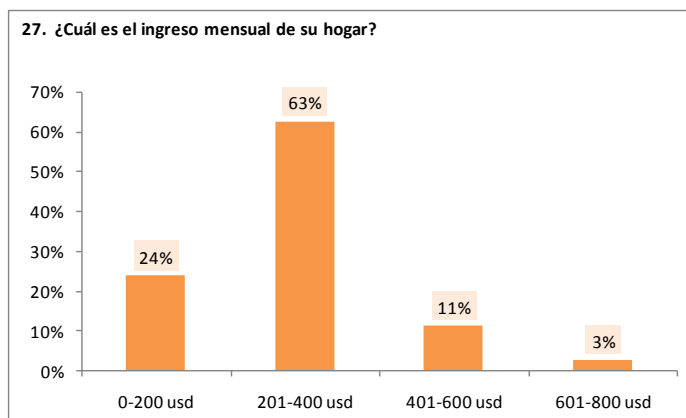


Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

Finalmente, se consulta sobre los ingresos del hogar, el 63% de las mujeres encuestadas indica que el ingreso del hogar se encuentra entre 201 y 400 USD, en su mayoría hacen referencia al salario básico, ya que solo uno de los miembros del hogar trabaja. El 24% tiene un ingreso menor a 200 USD, el 11% indica que el ingreso de su hogar está entre 401 y 600 USD, y sólo el 3% tiene un ingreso mayor a 600 USD y menor a 800 USD. De las mujeres que registran tener un hijo muerto el 44% tiene un ingreso mensual del hogar entre 201 y 400 USD, el 11% menor a 200 USD, y el restante entre 401 y 600 USD (ver gráfico 41).

Gráfico 41 El ingreso medio mensual de los hogares de las mujeres encuestadas

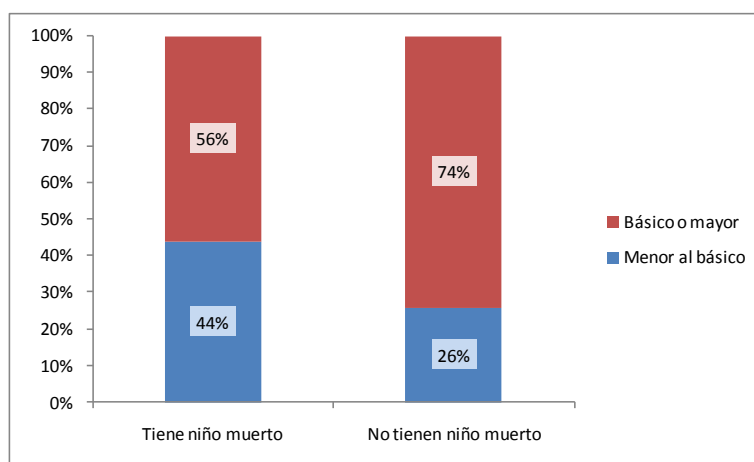


Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

Tomando como referencia el salario básico unificado, en el gráfico 42, se presenta el porcentaje de mujeres encuestadas cuyo ingreso mensual del hogar es menor y mayor, al salario básico, considerando aquellas que registran tener un niño muerto y quienes no tienen niños muertos. Como se puede observar el 44% de mujeres que han pasado una pérdida infantil tiene ingresos menores al salario básico, frente al 26% de quienes no tienen niños fallecidos. Lo cual indica que las personas cuyo ingreso mensual del hogar es bajo son más vulnerables a pasar por problemas de mortalidad infantil con sus hijos.

Gráfico 42 Mujeres que han perdido o no un niño y nivel de ingresos



Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

A continuación, se presenta el cruce de variables entre el número de hijos fallecidos que reportan las madres que registran tener un hijo que falleció antes de cumplir un año, el ingreso mensual del hogar y adicionalmente las preguntas de percepción que registran las madres

En la tabla 11 se presenta el cruce de algunas variables económicas y sociales con la mortalidad infantil detectada en la Parroquia Calderón a través de la aplicación de las encuestas. Como se puede observar aproximadamente el 78% de las mujeres que registran tener un niño muerto tiene un ingreso del hogar menor a la canasta básica que se encuentra en USD 688,21 a julio 2016 (INEC, 2016). Además se identifica que de acuerdo a la percepción de las madres el 56% estima que vive más o menos con los ingresos del hogar y son las mismas que tienen ingresos menores a la canasta básica, además de aquellas que indican que viven bien, el 75% vive con sus padres. También se observa que en los hogares de las mujeres mayores a 34 años el ingreso mensual es de USD 500 o menos.

Tabla 11 Número de hijos fallecidos reportados y percepción de las madres sobre las condiciones de vida, ingreso mensual del hogar

Edad madre	N° hijos fallecidos	Alimentos suficientes para la flia.	Estima que vive	Ingreso hogar
17	1	Si	Bien	1000
22	1	Si	Más o menos	150
23	1	Si	Bien	600
32	2	Si	Bien	800
34	1	Si	Bien	450
36	1	No	Más o menos	366
37	1	No	Más o menos	366
46	1	Si	Más o menos	500
48	1	Si	Más o menos	366

Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

A continuación se presenta la tabla 12 que resume características económicas y sociales que presentan las mujeres encuestadas que registran tener un hijo que nació vivo y murió antes de cumplir un año de edad. Como se puede observar el 56% de ellas tienen 34 años o más y el 11% llega a los 17 años; el 78% ha tenido 3 embarazos o más; el 44% no se hizo o se hizo menos controles prenatales del mínimo recomendado, el 44% no usa métodos de planificación

familiar y el 11% utiliza el calendario como método de planificación familiar, el cual es considerado de menor eficacia; el 100% no supera el nivel de instrucción de secundaria, el 56% no posee trabajo remunerado, el 44% registra ingresos del hogar por el salario básico o menores, el 78% no tiene seguro de salud ni público ni privado, el 44% no realiza ningún tratamiento al agua antes de beberla, y el 56% estima que vive más o menos con los ingresos del hogar. Por lo tanto, se puede deducir que los factores socioeconómicos de las mujeres habitantes en la Parroquia Calderón afectan el bienestar de los infantes e inciden en su deceso.

Tabla 12 Factores socioeconómicos de las mujeres que registran tener un hijo que falleció antes de cumplir un año

Edad madre	N° hijos fallecidos	N° embarazos	N° controles médicos	Planificación Familiar	Método	Étnia	Instrucción	Trabajo remunerado	Índice hacinamiento	Ingreso hogar	Seguro de Salud	Obtención de agua	Tratamiento al agua antes de beberla	Alimentos suficientes para la flia.	Estima que vive
17	1	1	7	si	Implante	Mestiza	Secundaria	Si	1,5	1000	No	Red pública	Ninguno	Si	Bien
22	1	3	3	si	Implante	indígena	Secundaria	No	1,5	150	No	Red pública	Hervir	Si	Más o menos
23	1	1	0	no	Ninguno	Mulata	Secundaria	Si	1,2	600	No	Red pública	Ninguno	Si	Bien
32	2	3	9	si	Píldoras	Mestiza	Secundaria	No	1	800	No	Red pública	Ninguno	Si	Bien
34	1	3	9	si	Calendario	Mestiza	Secundaria	No	1	450	No	Red pública	Botellón	Si	Bien
36	1	5	3	no	Ninguno	Mestiza	Primaria	No	2,3	366	No	Red pública	Ninguno	No	Más o menos
37	1	6	5	no	Ninguno	Mulata	Secundaria	No	2,5	366	No	Red pública	Hervir	No	Más o menos
46	1	8	3	no	Ninguno	Mestiza	Primaria	Si	2,7	500	Si	Red pública	Hervir	Si	Más o menos
48	1	4	9	si	Calendario	Mestiza	Secundaria	Si	1	366	Si	Granel	Filtran	Si	Más o menos

Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016

Elaboración: La Autora

CAPÍTULO 4 CORRELACIÓN DE VARIABLES Y REGRESIÓN LOGÍSTICA

4.1 Metodología

Una vez recolectada la información mediante encuestas, y posterior a la revisión y validación de los datos, se realizaron los siguientes pasos:

1. Se construyó una base de datos con las variables investigadas en las encuestas.
2. Se determinó como variable dependiente las defunciones de los niños menores de un año que han tenido las mujeres encuestadas.
3. Y, las variables independientes fueron: el nivel de instrucción, el trabajo remunerado, grupo étnico, el uso de métodos de planificación familiar, el poseer seguro de salud, el ingreso del hogar, la edad de la madre, el número de embarazos de la madre, el número de controles prenatales, y el hacinamiento.
4. Se convirtieron a todas las variables en dicotómicas, dicho de otra forma, las variables explicativas nominales con dos o más categorías fueron incluidas en el análisis al permitirles únicamente dos opciones de respuesta, donde 1 significaba mayor riesgo o vulnerabilidad y 0 menor riesgo o vulnerabilidad, quedando de la siguiente manera:

- **Variable dependiente:** Tiene un hijo que nació vivo y falleció antes de cumplir un año: Si = 1, No = 0

- **Variables independientes:**

Nivel de instrucción: ninguno, primaria y secundaria = 1, tercer y cuarto nivel = 0;

Posee trabajo remunerado: No = 1, Si = 0

Grupo étnico: Otros = 1, Mestizo = 0

Utiliza algún método de planificación familiar: No = 1, Si = 0

Posee seguro de salud: Si = 1, No = 0

Ingreso del hogar: Menor al salario básico = 1, Salario básico o más = 0

Edad de la madre: Menor a 19 y mayor 34 años = 1, Resto de edades = 0

Número de embarazos de la madre: 3 o más = 1, 1 y 2 = 0

Número de controles prenatales: 4 o menos = 1, 5 o más = 0

Hacinamiento: 2,5 o más = 1, 2,4 o menos = 0

5. Posteriormente se realiza el cálculo de la prueba chi cuadrado para conocer la relación de las variables independientes con la variable dependiente.
6. Después se hace una correlación entre cada una de las variables para identificar las más correlacionada entre sí y considerar solo a una.
7. Finalmente se realiza una regresión logística con la finalidad de valorar la contribución de las variables independientes en la ocurrencia de la variable dependiente.

4.2 Presentación de resultados

4.2.1 La prueba chi cuadrado

La prueba chi cuadrado de independencia consiste en comprobar si dos variables cualitativas se encuentran relacionadas, considerando un nivel de significación del 5%, si el resultado es mayor al nivel de significancia se concluye que no existe relación (Universidad Abierta de Cataluña, s.f.). A continuación se muestran los resultados obtenidos al aplicar la prueba para determinar la relación de cada variable independiente con la variable dependiente.

Como se puede observar en la tabla 11, el número de embarazos de la madre, y el número de controles prenatales se relacionan con la mortalidad de niños menores de un año en la Parroquia Calderón del D.M. de Quito, según los datos obtenidos en las encuestas realizadas a una muestra de mujeres en edad fértil residentes en la zona de análisis.

Tabla 13 Prueba de chi cuadrado de independencia de las variables

Variables Independientes	Chi cuadrado (pr)
Nivel de instrucción	0,404
Posee trabajo remunerado	0,788
Grupo étnico	0,133
Utiliza algún método de planificación familiar	0,825
Posee seguro de salud	0,672
Ingreso del hogar	0,250
Edad de la madre	0,288
Número de embarazos de la madre	0,002
Número de controles prenatales	0,007
Hacinamiento	0,893

Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016, Stata
Elaboración: La Autora

4.2.2 Correlación de variables

Posteriormente se realiza una correlación para identificar la relación o dependencia que existe entre las variables independientes que intervienen en el análisis. Si existen variables muy correlacionadas entre sí, se debe elegir solo una de ellas. El coeficiente de correlación lineal es un número real comprendido entre -1 y 1 , mientras los resultados sean más cercanos a -1 la correlación es fuerte e inversa, si los valores son más cercanos a 1 la correlación es fuerte y directa, y si los valores son cercanos a 0 la correlación es débil (Universidad Abierta de Cataluña, s.f.).

Como se observa en la tabla siguiente ninguna variable está muy correlacionada con otra, por lo tanto se incluyen todas las variables independientes inicialmente indicadas dentro del análisis, con la finalidad de analizar todos los factores sociales y económicos disponibles cubrir de acuerdo a lo que indica la literatura.

Tabla 15 Correlación inversa y directa de variables

Variables Independientes	Variable Dependiente
	Tiene un niño muerto
Nivel de instrucción	0,0945
Posee trabajo remunerado	-0,0305
Grupo étnico	0,1703
Utiliza algún método de planificación familiar	-0,0251
Posee seguro de salud	0,0480
Ingreso del hogar	0,1303
Edad de la madre	0,1204
Número de embarazos de la madre	0,3514
Número de controles prenatales	0,3078
Hacinamiento	0,0153

Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016, Stata

Elaboración: La Autora

4.2.3 Modelo de regresión logística

El modelo de regresión logística valora la contribución de una o más variables en la ocurrencia de otra variable, es una de las técnicas estadísticas más utilizadas en la producción científica contemporánea (Universidad Autónoma de Madrid, 2011). Su uso es imprescindible cuando se quiere relacionar una variable dependiente cualitativa con una o más variables independientes (Universidad de Granada, 1996).

La aplicación del modelo logístico requiere el uso de variables cuantitativas, resulta erróneo utilizar variables cualitativas nominales u ordinales, si se dispone de variables cualitativas se debe crear tantas variables dicotómicas como sea necesario (Universidad Autónoma de Madrid, 2011). Por tal motivo se convirtieron en dicotómicas las variables utilizadas en el desarrollo del modelo utilizado de la presente investigación.

Se utilizó el software estadístico STATA 12.0 para calcular el modelo de regresión logística, con un nivel de confianza del 95%, por lo que el modelo es significativo cuando la probabilidad resulta menor a 0,05.

Considerando los factores socioeconómicos a los que hace referencia la literatura se incluyeron todas las variables independientes, dando como resultado que, el número de embarazos de la madre, número de controles prenatales y el grupo étnico tienen mayor probabilidad de haber participado en la muerte de los niños menores de un año de las mujeres encuestadas residentes en la Parroquia Calderón. Es decir, son significativas estadísticamente.

En la tabla 14 se observa también que el coeficiente de determinación (R^2) del modelo, que mide la bondad de ajuste, es del 51% lo que indica cuanto se ajusta la regresión a los datos (Gujarati, 2009, pág. 73).

Respecto a los coeficientes, los resultados indican que las mujeres que se realizaron 4 o menos controles prenatales tienen una probabilidad del 5,26% mayor de tener un niño muerto menor de un año, quienes tuvieron tres o más embarazos tienen una probabilidad de 4,4% mayor de tener un hijo muerto, y finalmente las mujeres encuestadas que no sean mestizas tienen una probabilidad del 4,6% mayor de tener un niño que falleció antes de cumplir un año de edad.

Tabla 16 Modelo de regresión logística

```

. logit tieneunniomuerto niveldeinstruccin trabremuneradoyno grupotnico mtodoplanificacinfamiliar segura
> lud ingresodelhogar edadmadre nembarazosmadre ncontrolesprenatales hacinamiento

note: niveldeinstruccin != 1 predicts failure perfectly
      niveldeinstruccin dropped and 5 obs not used

Iteration 0:  log likelihood = -27.260001
Iteration 1:  log likelihood = -17.952952
Iteration 2:  log likelihood = -14.006176
Iteration 3:  log likelihood = -13.40474
Iteration 4:  log likelihood = -13.389747
Iteration 5:  log likelihood = -13.389707
Iteration 6:  log likelihood = -13.389707

Logistic regression                                Number of obs   =           73
                                                    LR chi2(9)      =           27.74
                                                    Prob > chi2     =           0.0011
Log likelihood = -13.389707                       Pseudo R2      =           0.5088

```

tieneunniomuerto	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
niveldeinstruccin	0	(omitted)				
trabremuneradoyno	4.136447	2.129399	1.94	0.052	-.037098	8.309992
grupotnico	4.615667	1.969054	2.34	0.019	.7563916	8.474942
mtodoplanificacinfamiliar	-1.386828	1.37722	-1.01	0.314	-4.08613	1.312474
segurosahud	2.627185	1.795067	1.46	0.143	-.8910821	6.145452
ingresodelhogar	-1.156815	1.862401	-0.62	0.535	-4.807054	2.493423
edadmadre	1.028989	1.271345	0.81	0.418	-1.462801	3.520779
nembarazosmadre	4.403987	1.777944	2.48	0.013	.9192818	7.888692
ncontrolesprenatales	5.262833	2.421393	2.17	0.030	.51699	10.00868
hacinamiento	-.1882139	1.53961	-0.12	0.903	-3.205794	2.829366
_cons	-12.09102	4.138319	-2.92	0.003	-20.20198	-3.980066

Fuente: Encuestas sobre factores socioeconómicos y Mortalidad Infantil, Parroquia Calderón, 2016, Stata

Elaboración: La Autora

CONCLUSIONES

1. Después de haber revisado la evolución teórica que se ha formado en relación al “desarrollo” a partir de los años cincuenta, tras la revolución industrial, donde se pensaba que el crecimiento económico significaría beneficios para todas las clases sociales, pero que finalmente resultó en la ampliación de las brechas entre ricos y pobres, y que tras la crisis financiera de los años setenta, se empezó a considerar la redistribución de los recursos con enfoque en las necesidades.

En los años ochenta la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo de las Naciones Unidas explica al desarrollo como un derecho inalienable de todo ser humano; en los años noventa, en pleno auge del capitalismo, surge un nuevo paradigma de desarrollo, tras el análisis teórico de Amartya Sen donde se coloca al ser humano en el centro del proceso productivo dejando de ser considerado únicamente un recurso y se concibe al desarrollo como la ampliación de oportunidades inherentes a las personas. Por lo tanto, el aporte teórico de Amartya Sen resulta la teoría más afín a la presente investigación y que incluye el desarrollo humano sostenible.

2. Los cambios económicos aplicados en los países de las Américas, en épocas de crisis, se reflejan principalmente en tres factores socioeconómicos: la mortalidad, derivada de la morbilidad, que puede aumentar como consecuencia del empeoramiento de las condiciones de vida de la población, ya que cuentan con menores recursos para satisfacer sus necesidades y mantener niveles nutricionales adecuados; la reducción de la inversión pública en obras sanitarias ya que afecta a la calidad y cantidad de los servicios de salud; y, la migración, ya que varía la oferta y demanda de las actividades económicas.
3. En el Sector Salud se han incorporado estrategias de enfoque social que permiten un mayor acercamiento a la población, a través del fortalecimiento de la atención primaria en salud se pretende fomentar en la población la cultura de acudir en primera instancia

al centro de salud para solventar sus problemas, con lo cual se descongestionan las unidades de mayor complejidad, se optimizan recursos, se reducen los tiempos de espera y se obtiene una mayor satisfacción del usuario.

4. Pese a que los niveles de mortalidad infantil en el Ecuador tienden a decrecer, el país todavía registra una elevada tasa de mortalidad infantil en relación a los demás países de América Latina, según las estimaciones por quinquenio realizadas por la CEPAL se encuentra en el tercer lugar con una TMI de 33,2 entre el 2010-2015. A finales de los años ochenta identificaron que el principal problema se encontraba en el ámbito materno infantil, y en el 2014, dentro de las principales causas de mortalidad infantil se encontraban las infecciones intestinales y respiratorias, afecciones del período perinatal, es decir se mantienen los problemas materno infantiles y la desnutrición. Hasta el año 2015 las políticas públicas referentes a la mortalidad infantil se encontraban enmarcadas a los Objetivos de Desarrollo del Milenio que buscaban disminuir la tasa de la mortalidad infantil en el caso de Ecuador específicamente a 10,4 en el período 1990-2015, meta que fue lograda en el tiempo previsto. Para el 2016, el Ecuador está adscrito a los Objetivos de Desarrollo Sostenible los cuales también incluyen metas relacionadas con la salud y el bienestar de la población y por ende la disminución de la mortalidad materno infantil, indicadores principales en el diagnóstico del estado de un país.
5. En el año 2014 las diez primeras causas de la mortalidad infantil en el Ecuador concentran a más del 50% de las defunciones a nivel nacional, siendo las más recurrentes aquellas que muestran mayores problemas con los neonatos y durante el período de gestación de la madre. Considerando las parroquias del Distrito Metropolitano de Quito, la Parroquia Calderón registra el mayor número de defunciones, sin embargo, de acuerdo a las estimaciones realizadas la Tasa de Mortalidad Infantil es baja ya que también registra el mayor número de nacimientos estimados, en el 2014 se estima una TMI de 3,96. Respecto a las principales causas de mortalidad en Calderón, al igual que a nivel nacional se presentan mayores problemas

con los neonatos y durante el período de gestación de las madres, adicionalmente se encuentran dentro de las diez primeras causas la "Desnutrición proteico calórica severa" y la "Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso".

6. De acuerdo a los resultados obtenidos a través de la aplicación de encuestas, se obtuvo información concerniente a varios aspectos de la población residente en la Parroquia Calderón, en lo referente a maternidad se indica que: del total de mujeres encuestadas el 97,5% tiene hijos, el 32% tiene tres o más hijos, el 11% si tiene hijos que nacieron vivos y murieron antes de cumplir un año de edad, el 42% tuvo más de 2 embarazos, el 95% de las mujeres encuestadas si se realizó controles médicos durante el embarazo y de ellas el 10% no cumplió con el número mínimo de controles prenatales indicado en las guías de práctica clínica, el 9% de mujeres fueron atendidas por una partera o un familiar al momento del parto, y el 57,5% no utiliza ningún método de planificación familiar.
7. Respecto a las características sociales se obtiene que: el 62% de mujeres lleva a su hijo a un hospital público cuando se enferma, el 76% de niños que enferman tuvieron afecciones respiratorias, el 64% de las mujeres encuestadas indican que sus hijos asisten a un programa o centro infantil (guarderías), el 68% de las mujeres encuestadas se considera mestiza, el 94% de ellas no tiene estudios universitarios, el 65% de mujeres trabajó durante la semana anterior a la aplicación de la encuesta (primera semana de abril de 2016), 49% de las mujeres posee residencia propia o vive con sus padres, el 21% habita en condiciones de hacinamiento, el 85% de mujeres encuestadas indica que su vivienda tiene inodoro conectado a alcantarillado, el 88% tiene acceso a agua de red pública y el 2,5% adquiere agua a granel, el 35% no le da ningún tratamiento al agua antes de beberla, y el 99% de mujeres indica que eliminan la basura por servicio municipal.
8. Y dentro de los aspectos económicos se observa que el 70% de mujeres encuestadas no posee un trabajo remunerado sino, que en su mayoría se dedican al comercio informal,

el 74% no tienen seguro de salud ni público ni privado, el 29% dice que no tuvo alimentos suficientes para los miembros del hogar durante el último mes (abril), el 67% considera que vive entre más o menos ó mal con los ingresos del hogar, finalmente el 63% de las mujeres encuestadas indica que el ingreso mensual del hogar se encuentra entre 201 y 400 USD.

9. Al comprobar la independencia de las variables se obtiene que el número de embarazos de la madre, y el número de controles prenatales se relacionan con la mortalidad de niños menores de un año en la Parroquia Calderón del D.M. de Quito, según los datos obtenidos en las encuestas realizadas a una muestra de mujeres en edad fértil residentes en la zona de análisis, respecto a la correlación de variables el número de embarazos de la madre, y el número de controles prenatales confirman la mayor correlación directa con tener o no un niño muerto, mientras que, el poseer o no un trabajo remunerado y el uso de algún método de planificación familiar presentan una débil relación inversa con la variable dependiente.
10. Finalmente el modelo de regresión lineal indica que las mujeres que se realizaron 4 o menos controles prenatales tienen una probabilidad del 5,26% mayor de tener un niño muerto menor de un año, quienes tuvieron tres o más embarazos tienen una probabilidad de 4,4% mayor de tener un hijo muerto, y las mujeres encuestadas que no sean mestizas tienen una probabilidad del 4,6% más de tener un niño que falleció antes de cumplir un año de edad.
11. Los factores socioeconómicos inciden en la mortalidad infantil ya que determinan sus condiciones de vida como se comprueba con los datos obtenidos en las encuestas aplicadas en la zona de análisis, de donde se obtuvo que: las mujeres encuestadas que registran tener un hijo que nació vivo y murió antes de cumplir un año de edad, poseen varias características socioeconómicas similares como: el 56% de ellas tienen 34 años o más y el 11% llega a los 17 años; el 78% ha tenido 3 embarazos o más; el 44% no se hizo o se hizo menos controles prenatales del mínimo recomendado, el 44% no usa

métodos de planificación familiar y el 11% utiliza el calendario como método de planificación familiar, el cual es considerado de menor eficacia; el 100% no supera el nivel de instrucción de secundaria, el 56% no posee trabajo remunerado, el 44% registra ingresos del hogar por el salario básico o menores, el 78% no tiene seguro de salud ni público ni privado, el 44% no realiza ningún tratamiento al agua antes de beberla, y el 56% estima que vive más o menos con los ingresos del hogar. Por lo tanto se puede deducir que los factores socioeconómicos de las mujeres habitantes en la Parroquia Calderón afectan el bienestar de los niños e inciden en su deceso.

RECOMENDACIONES

1. Como se ha podido identificar el mayor número de muertes de niños menores de un año se da por problemas de salud con los neonatos y durante el período de gestación de la madre, por lo tanto se debe fortalecer y complementar la política pública de salud en la promoción y prevención, con campañas educativas dirigidas a mujeres y a las familias en general, sobre la importancia de la planificación de un embarazo bajo el concepto de que actualmente los embarazos ya no son de 9 meses sino de 12 meses, ya que, en un escenario ideal las mujeres deben prepararse físicamente tres meses antes de quedar embarazadas (MSP, 2016), adicionalmente se deben promover la importancia de acudir a los controles prenatales inmediatamente después de que se conoce del estado de gestación, debido a que, constituyen un mecanismo de prevención, mediante el cual el médico vigila la evolución del embarazo y puede tomar correctivos para mejorar la salud de la madre y el desarrollo del niño.
2. De acuerdo a la información obtenida a través de la aplicación de encuestas se conoce que una gran parte de mujeres que reside en la Parroquia Calderón se dedica al comercio informal, por lo tanto, el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial se debe contemplar como línea estratégica la capacitación de los pequeños emprendedores en temas de servicio al cliente, manejo adecuado de alimentos, finanzas personales, economía popular y

solidaria, entre otros temas que permitan fortalecer su trabajo. Es decir, generar mecanismos focalizados de incentivos desde la institucionalidad pública, a fin de que se mejoren capacidades de generación de ingresos de las madres de sectores vulnerables como el analizado en este estudio.

3. Se debe realizar campañas de promoción sobre las modalidades de afiliación voluntaria (amas de casa) al seguro social y realizar la inscripción en territorio con la finalidad de que se pueda incluir a un mayor número de mujeres y niños, lo cual les permita tener mayor protección en salud, y demás beneficios sociales que a la larga puedan obtener como la jubilación. Así como deben realizar campañas informativas los beneficios a los que tienen derecho aquellas personas que trabajan en relación de dependencia, como el de ser afiliado desde el primer día de actividades.
4. Los equipos de atención integral de salud que se establecen en el nuevo modelo de atención integral que rige el sistema de salud del Ecuador, desarrollan su trabajo desde las atenciones en los centros de salud, hasta las visitas domiciliarias, para identificar las necesidades de la población y atenderlas, por lo tanto es fundamental que se mantenga el esquema de trabajo extramural para cubrir especialmente a la población en riesgo y dar seguimiento a cada paciente. Además se debe hacer una evaluación de los resultados obtenidos a partir del trabajo extramural realizado e identificar errores y corregirlos.
5. Es importante también que la política pública de educación se enfoque en tecnificar las habilidades de los habitantes de las diferentes zonas del país entre ellas la parroquia Calderón, ya que una de sus principales actividades es la industria textil, y la elaboración de figuras de mazapán, labores que las realizan en muchos de los casos, en base al conocimiento empírico, por lo cual, resulta elemental complementar su conocimiento con la técnica, para que desarrollen productos con valor agregado que les permitan crecer y fortalecer la industria colectiva. Adicionalmente se debe incentivar a la población a culminar el bachillerato y avanzar a con los estudios universitarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, Bárbara y Tobín, Kathryn (2014) *CONFRONTACIÓN DEL DESARROLLO Un análisis crítico de los objetivos de desarrollo sostenible de la ONU*, Rosa Luxemburg Stiftung, New York.
- Alemán, Carmen y Fernández, Tomás (2004) *Introducción a los servicios sociales*. Editorial Uned. Madrid, España.
- Barragán, Moiso, Mestorino, y Ojea, (2007) *Fundamentos de Salud Pública*, primera parte. La Plata, Argentina.
- Behm, Hugo (2001) *Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina*. Salud colectiva, vol.7, n.2, pp. 231-253. ISSN 1851-8265. Buenos Aires, Argentina.
- Boni, Alejandra (2005) *La educación para el desarrollo en la enseñanza universitaria como una estrategia de la cooperación orientada al desarrollo humano*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia. España.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía CELADE (1994) *Una visión sintética del ajuste económico y sus consecuencias demográficas en América Latina*.
- Centro de Estudios de Estado y Sociedad CEDES (2002) *Equidad en Salud*. Teoría y Praxis. Universidad Nacional de Lanús. Argentina.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL, (2016) *América Latina: Tasas De Mortalidad Infantil estimadas según quinquenios por países 1970-2050*, disponible en: <http://www.cepal.org/celade/publica/bol62/BD6206.html>
- Clases de historia.com (2015) *El antiguo régimen*. Revista Digital de Historia y Ciencias Sociales.
- Conferencia de Río de Janeiro (1992) *Medio Ambiente y Desarrollo*. Organización de las Naciones Unidas. Brasil.

- Conferencia de Viena (1993) *Desarrollo y Derechos Humanos*. Organización de las Naciones Unidas. Austria.
- Conferencia de Beijing (1995) *La Perspectiva de Género*. Organización de las Naciones Unidas. China.
- Conferencia de Copenhague (1995) *Desarrollo Social y Equidad*. Organización de las Naciones Unidas. Dinamarca.
- Cumbre Milenio (2000) Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. Sede Nueva York.
- Enciclopedia del embarazo (2016) *¿Qué es múltipara?* Doctissimo, disponible en: <http://bebe.doctissimo.es/enciclopedia-del-embarazo/multipara.html>.
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (1992) *Mortalidad y sus causas*, disponible en: <http://www.eurosur.org/FLACSO/mujeres/ecuador/salu-3.htm>.
- Gobierno Autónomo Descentralizado GAD de Pichincha (2012) *Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de la Parroquia Calderón*, Ecuador.
- Gómez, Edgar (2011) *Técnica básica del muestreo*, Técnicas y métodos de investigación, Guatemala
- Gough, Ian (2007) *El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum: un análisis comparado con nuestra teoría de las necesidades humanas*. Centro de Investigación para la paz. Publicado en: Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global, n° 100, CIP-Ecosocial/Icaria.
- Gujarati, D. (2009) *Econometría*. México DF.
- Hallo y Rodríguez (2012) *Mortalidad infantil en el Ecuador*, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Teoría y Política Fiscal, Quito.
- Humanium (2016) *Declaración Universal de Derechos Humanos 1948*. Organización no gubernamental internacional de apadrinamiento de niños.

- Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC (2010) *Censo de Población y Vivienda, Reconocimiento étnico*, Ecuador.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC (2014) *Tasa de Mortalidad Infantil*, Ficha Metodológica, Ecuador.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC (2014) *Proyecciones Poblacionales por Edad*, Ecuador.
- Instituto Tecnológico de Buenos Aires, (2015) *OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE: ¿Oportunidad o desencanto? Fortalezas y desafíos en su proceso de construcción global*, Di Paola María Eugenia, Directora Ejecutiva de FARN 2007-2013, Argentina.
- Kaempffer y Medina, (2000) *Análisis de la mortalidad infantil y factores condicionantes*. Chile 1998, Chile.
- Ministerio de Salud Pública, (2011) *Modelo de Atención Integral de Salud MAIS*, Quito - Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadística y Censos (2012) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)*.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2009) *Mortalidad neonatal, factores de riesgo y causas*, Washington.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2015) *Planificación Familiar*, Nota descriptiva N° 351 Washington.
- Organización de las Naciones Unidas ONU (1948) *Declaración Universal de Derechos Humanos*.
- Organización de las Naciones Unidas ONU (2015) *Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe 2015*, Nueva York – Estados Unidos.

- Organización Panamericana de la Salud OPS (1996) *Promoción de la salud: una antología*.
Publicación Científica N° 557, Washington – Estados Unidos
- Palomino, Grande y Linares, (2014) *La salud y sus determinantes sociales*, Desigualdades y
exclusión en la sociedad del siglo XXI, Revista Internacional de Sociología,
DOI:10.3989/ris.2013.02.16.
- Picazzo, Gutiérrez, Infante y Cantú (2010) *La teoría del desarrollo humano y sustentable:
hacia el reforzamiento de la salud como un derecho y libertad universal*. Instituto de
Investigaciones Sociales UANL. Monterrey, México.
- Sen, Amartya (1999) *Desarrollo y Libertad*. Publicado de acuerdo con Alfred A. Knopf, Inc.
2000 por la traducción Esther Rabasco y Luis Toharia. Editorial Planeta. Barcelona,
España.
- Secretaría del Buen Vivir, (2016) *¿Qué es el buen vivir o Sumak Kawsay?*, Ecuador
- Sistema Nacional de Información (2015) *Proyecciones poblacionales a nivel de cantón y
parroquia*, Ecuador.
- Universidad Abierta de Cataluña, (s.f.) *Estadística no paramétrica: prueba chi cuadrado x^2* ,
Autores: Juan Francisco Monge Ivarsy Ángel A. Juan Pérez, España.
- Universidad Autónoma de Madrid, (2011) *Regresión Logística*, Facultad de ciencias
económicas y empresariales, Santiago de la Fuente Fernández, Madrid - España.
- Universidad de Granada, (1996) *La regresión logística. Una aplicación a la demanda de
estudios universitarios*, Departamento de Economía Aplicada, Manuel Salas Velasco,
Granada - España.

ANEXOS

Anexo 1 Encuesta



Encuesta sobre factores socioeconómicos y mortalidad infantil en la Parroquia Calderón del D.M. Quito

Nota: Aplicada a las mujeres en edad fértil (MEF 12 a 49 años)

Edad:

Embarazos, Nacimientos y Salud Materna

1. ¿Tiene usted hijos?

Si	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>
Cuántos	<input type="text"/>		

2. ¿Tuvo usted hijos/as que nacieron vivos y murieron antes de cumplir un año?

Si	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>
Cuántos	<input type="text"/>		

3. ¿Cuántos embarazos usted ha tenido?

Nº embarazos

4. ¿Tiene usted hijos menores de un año?

Si	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>
Cuántos	<input type="text"/>		

5. ¿Se realizó controles médicos durante el embarazo?

Si	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>
Cuántos	<input type="text"/>		

6. ¿Por qué no se realizó controles médicos durante el embarazo?

No sabía	<input type="text"/>	Falta de dinero	<input type="text"/>
No es necesario	<input type="text"/>	Otro / Especifique	<input type="text"/>

7. ¿Quién atendió su parto?

Médico	<input type="text"/>	Familiar	<input type="text"/>
Partera	<input type="text"/>	Otro /Especifique	<input type="text"/>

8. ¿Utiliza usted algún método de planificación familiar?

Si	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>
Cuál	<input type="text"/>		

Salud Infantil y Servicios Sanitarios

9. ¿Cuándo su niño/a se enferman a donde acude?

Hospital Público	<input type="text"/>	Farmacia	<input type="text"/>
Hospital Privado	<input type="text"/>	Ninguno	<input type="text"/>

10. ¿Por qué no llevó al médico a su niño/a cuando se enfermó?

Caso leve	<input type="text"/>	Mal servicio	<input type="text"/>
Falta de dinero	<input type="text"/>	Otro /Especifique	<input type="text"/>

11. ¿Cuál fue la última enfermedad que tuvo su niño/a?

Diarrea	<input type="text"/>	E. Respiratorias	<input type="text"/>
Desnutrición	<input type="text"/>	Otra /Especifique	<input type="text"/>

12. ¿Su niño/a acude a algún programa o centro infantil público o privado?

Si	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>
Cuál /Especifique	<input type="text"/>		

Factores Socioeconómicos			
13. ¿Como se identifica según su cultura y costumbres?		14. ¿Cuál es su nivel de instrucción?	
Indígena	<input type="text"/>	Mestizo /a	<input type="text"/>
Afrodescendiente	<input type="text"/>	Blanco /a	<input type="text"/>
Mulato /a	<input type="text"/>	Otro /Especifique	<input type="text"/>
Montubio /a	<input type="text"/>		
15. ¿Qué hizo usted la semana anterior?		16. ¿Posee usted un trabajo remunerado?	
Trabajó	<input type="text"/>	Buscó trabajo	<input type="text"/>
No trabajó	<input type="text"/>	Otro /Especifique	<input type="text"/>
17. ¿La vivienda que usted ocupa es?		18. ¿Cuántas personas viven en su casa?	
Propia pagada	<input type="text"/>	Arrendada	<input type="text"/>
Propia deuda	<input type="text"/>	Otro /Especifique	<input type="text"/>
19. ¿Cuántos cuartos para dormir tiene su vivienda?		20. ¿Posee usted seguro de salud público o privado?	
N° cuartos	<input type="text"/>	Si	<input type="text"/>
		Cuál	<input type="text"/>
21. ¿Qué tipo de servicio higiénico dispone su vivienda?		22. ¿De donde obtiene agua su hogar?	
Inodoro conectado a alcantarillado	<input type="text"/>	Red pública	<input type="text"/>
Inodoro conectado a pozo séptico	<input type="text"/>	Otra fuente por tubería	<input type="text"/>
Letrina	<input type="text"/>	Carro repartidor/ agua al granel	<input type="text"/>
Otro / Especifique	<input type="text"/>	Río, vertiente, acequia	<input type="text"/>
		Otro / Especifique	<input type="text"/>
23. ¿Que tratamiento le dan al agua antes de beberla?		24. ¿Cómo eliminan la basura en su hogar?	
Ninguno	<input type="text"/>	La filtran	<input type="text"/>
La hierven	<input type="text"/>	Agua purificada	<input type="text"/>
Le ponen cloro	<input type="text"/>		
25. ¿El último mes tuvo suficiente comida para su familia?		26. ¿Con los ingresos del hogar usted estima que vive?	
Si	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>
27. ¿Cuál es el ingreso mensual de su hogar?		<input type="text"/>	
		USD	