

la MORTALIDAD en la NIÑEZ en CENTROAMERICA, PANAMA Y BELICE

HONDURAS 1970 - 1981



900034408 - BIBLIOTECA CEPAL

Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)
San José, Costa Rica
Julio de 1988

CELADE - SISTEMA DOCPAL
DOCUMENTACION
SOBRE POBLACION EN
AMERICA LATINA

CELADE
DOCUMENTO
MICROFILMADO
DOCPAL

PRESENTACION

Este informe fue preparado por el CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA (CELADE). Forma parte del Estudio de la Mortalidad en la Niñez, que se lleva a cabo por indicación de la III Conferencia de Ministros de Salud y Directores de Seguridad Social de Centroamérica, Panamá y Belice.

El trabajo fue realizado por Hugo Behm Rosas (Consultor CELADE) y Arodys Robles Soto (Centro de Investigaciones Históricas, Universidad de Costa Rica), con la colaboración de Domingo Primante Furlán (CELADE). El Coordinador del Proyecto fue Manuel Rincón Meza (CELADE) y el financiamiento fue aportado por la Organización Panamericana de la Salud y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

INDICE

	<u>Página</u>
INTRODUCCION	5
MATERIAL Y METODOS	7
La estimación de la población expuesta	7
Las estimaciones de la mortalidad de los menores de 5 años ...	8
MORTALIDAD EN LA NIÑEZ: NIVELES, TENDENCIAS, ESTRUCTURA POR EDAD .	13
LOS CONTRASTES GEOGRAFICOS DE LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ	18
Las diferencias entre la población urbana y rural	18
Las diferencias de la mortalidad entre departamentos	20
LAS CAUSAS DE MUERTE	24
LOS GRUPOS SOCIALES DE RIESGO	27
La inserción productiva del jefe del hogar	27
El acceso a la educación	27
Las condiciones de la vivienda	29
Un panorama epidemiológico de la mortalidad en la niñez	29
LA INFORMACION SOBRE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ	32
SINTESIS	35
ANEXO	37
BIBLIOGRAFIA	39

INDICE DE CUADROS

<u>Cuadro</u>		<u>Página</u>
1	Tasas de mortalidad infantil registradas y estimadas, 1980	8
2	Mortalidad estimada en el menor de cinco años en países de Centroamérica, Panamá, Belice y Estados Unidos. 1980-1985	13
3	Tasas estimadas de mortalidad infantil neonatal y postneonatal. 1960-1985	15
4	Mortalidad estimada en la niñez en población urbana y rural. 1960-1980	19
5	Tasas estimadas de mortalidad infantil de la población urbana y rural. 1960-1980	20
6	Mortalidad infantil por departamentos agrupados por nivel de riesgo. 1980	21
7	Tendencia de la mortalidad infantil, por grupos de departamentos según el nivel actual. 1970-1980	22
8	Mortalidad infantil estimada por regiones de planificación 1980	23
9	Las causas de muerte infantil. 1974 y 1980-1981	24
10	Las defunciones infantiles que pudieran evitarse. 1980-1981	25
11	Las causas de muerte en la edad 1-4 años. 1974 y 1980-1981	26
12	Los grupos sociales de riesgo. 1960-1980	28
13	Un panorama epidemiológico de la mortalidad en la niñez en 1979	31

INTRODUCCION

Con el propósito de discutir las estrategias que se requieren para mejorar la atención materno-infantil y la sobrevivencia del niño en los países de América Central, Panamá y Belice, la III Reunión de Ministros de Salud y Directores de Seguridad Social (Managua, Agosto 1987) acordó que se preparara un informe sobre el estado de la mortalidad en la niñez en la subregión y de sus condicionantes, con particular referencia a la organización y funcionamiento de los servicios de salud. El Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) fue encargado de preparar el módulo I del proyecto, cuyo propósito es proporcionar la mejor descripción posible de la mortalidad en el menor de cinco años en cada uno de estos países, con la colaboración de las autoridades nacionales y de organizaciones internacionales¹.

Los objetivos de este módulo son los siguientes:

1. Describir los niveles, tendencias, estructura por edad y causas de defunción en la mortalidad de los menores de cinco años, así como las diferencias que están asociadas con factores geográficos y socio-económicos.
2. Identificar los grupos de población en los cuales los niños de esta edad estén más expuestos al riesgo de morir y cuantificar su peso relativo al total nacional.
3. Identificar los vacíos existentes en la información sobre la mortalidad en la niñez que se requiere para los programas materno-infantiles.

El estudio es esencialmente una descripción analítica de las características de la mortalidad en la niñez, que se considera como antecedente para la discusión de cómo fortalecer medidas para mejorar la sobrevivencia infantil, de acuerdo a los factores condicionantes existentes en los países (en particular el propio sistema de salud), temas que se discutirán en otros módulos del proyecto. En consecuencia, el informe no contiene los antecedentes sobre el contexto económico, social y político que son necesarios para interpretar la situación de la mortalidad que se describe en cada país. Es evidente que esta parte del análisis podrá ser hecha con mucho más propiedad e información por las propias autoridades nacionales.

¹.Organización Panamericana de la Salud (OPS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) e Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP).

Debido a las variadas deficiencias de las fuentes de información disponibles para elaborar el informe y los supuestos que ha sido necesario hacer para elaborar las estimaciones, los resultados están afectados por diversas restricciones que es importante tener en cuenta; éstas se detallan en el capítulo Material y Métodos. Por lo tanto, las cifras que se comentan deben ser consideradas solo como una aproximación a la situación real. Las autoridades nacionales que dispongan de mayor información, sin duda pueden mejorar las estimaciones y obtener así un conocimiento más completo del problema que se discute.

MATERIAL Y METODOS

Las fuentes habituales para estudios de mortalidad en la niñez son los censos y encuestas demográficas, junto con el registro de nacimientos y defunciones, cuya disponibilidad y calidad se examinan a continuación. Debido a las limitaciones de las fuentes convencionales, el presente estudio se elabora principalmente con estimaciones de mortalidad derivadas de encuestas y del censo de población.

La estimación de la población expuesta

El último censo de población data de 1974 y ha sido evaluado por Camisa y Rincón (1981), quienes han estimado que la omisión en el empadronamiento de los menores de cinco años alcanza a 16.9%. En el texto se han utilizado las poblaciones corregidas para el total del país y áreas urbana y rural; en estas últimas se estima que la omisión es similar.

Para la actual década, en ausencia de censo, se dispone de las proyecciones de población hechas por los autores mencionados, que proporcionan estimaciones para el total del país, población urbana y rural, y 12 ciudades importantes. Por otra parte, la Encuesta Demográfica Nacional de 1983 (EDENH-II) proporciona estimaciones de población hasta el nivel de departamentos. Hay algunas disparidades entre estas dos fuentes de información. La proporción de la población de 0-4 años sobre la total es ligeramente más alta en las proyecciones que en la EDENH-II y el porcentaje urbano en la edad 0-4 años es, por el contrario, mayor en la EDENH-II. Una proyección más reciente hecha (Santos y Krotki, 1988), estima la población de 0-4 años en 661 933 para 1980, que es algo menor que la de Camisa y Rincón (709 481). Como estas cifras sólo se necesitan para describir la distribución de la población expuesta, se utilizan para estos fines los datos de la primera proyección (país, urbana, rural), cuyo total se desagrega por departamentos según la distribución de la población encuestada en la EDENH-II.

En cuanto al registro de nacimientos, no hay evidencia que tenga un subregistro importante. Las tasas de fecundidad por edad calculadas con nacimientos registrados y la población femenina estimada son bastante parecidas con las tasas obtenidas en la EDENH-II. De hecho la tasa global de fecundidad registrada (6.2) es mayor que la de la encuesta (6.03), y los nacimientos totales son 161 020 y 152 668, respectivamente. Para todas las poblaciones en que se dispone de información, los nacimientos registrados fueron utilizados como población expuesta. En el análisis de grupos de riesgos identificados por estimaciones

indirectas de la mortalidad, se ha usado la distribución de los hijos tenidos en años precedentes por las mujeres de 15-34 años, como una aproximación a la población expuesta.

Las estimaciones de la mortalidad de los menores de 5 años

La fuente convencional sobre mortalidad, que son los registros de defunciones, adolece de una importante omisión. Ortega y Rincón, basados en la Encuesta Demográfica Nacional de 1971-72 (EDENH-I), la estimaron en 68.8% en esa fecha. En el cuadro 1 se comparan las tasas de mortalidad infantil calculadas con nacimientos y defunciones registradas, con las estimaciones indirectas derivadas de la Encuesta Demográfica Nacional de 1983 (EDENH-II). Las diferencias -que se interpretan como omisión del registro- señalan una subestimación seria del orden de 72%, generalizada a todos los departamentos, aunque menor en el de Morazán, sede de la capital nacional.

Cuadro 1

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL REGISTRADAS Y ESTIMADAS
1980

Departamentos	Tasas mortalidad infantil		Presunta subestimación
	Registradas	Estimadas	
TOTAL PAIS	18.7	82	77
Atlántida	18.7	82	77
Colón			
Comayagua	22.7	76	70
Copán	20.9	110	81
Cortés	22.6	74	70
Choluteca	8.2	82	90
El Paraíso	17.7	90	80
Fco. Morazán	39.0	59	34
Gracias a Dios	8.2	101	92
Intibucá	33.9	102	67
I. de la Bahía	14.5	-	-
La Paz	44.9	100	55
Lempira	39.2	125	69
Ocotepeque	21.8	100	78
Dlancho	13.9	101	86
Sta. Bárbara	26.5	87	70
Valle	4.5	95	95
Yoro	14.8	91	84

Fuentes: Registradas: Anuarios Estadísticos. Estimadas: EDENH-II. Sobre procedimientos de estimación, véase capítulo Material y Métodos.

Considerando estas deficiencias, se han utilizado las estimaciones de la mortalidad infantil derivadas del Censo de Población de 1974 y la Encuesta Demográfica Nacional de 1983, que han sido analizadas en forma muy completa y reciente por Guzmán (1988). Las estimaciones indirectas se basan en la proporción de hijos fallecidos declarados por la mujer. Entre otras razones, pueden estar alteradas por las deficiencias en la declaración de hijos tenidos e hijos sobrevivientes. En las estimaciones de mortalidad por divisiones geográficas, las migraciones internas pueden ser también un factor de distorsión. Deben ser tomadas como aproximaciones, aunque la consistencia observada en múltiples comparaciones, hace pensar que reproducen aceptablemente los niveles y contrastes de mayor significación.

Guzmán estudió las estimaciones que se han derivado de la Encuesta Demográfica 1971-72 (EDENH-I), prospectiva y retrospectiva (RETROEDENH); el Censo de Población de 1974, la Encuesta Nacional de Prevalencia del Uso de Anticonceptivos de 1981 (ENPA), la Encuesta Demográfica Nacional de 1983 (EDENH-II) y la Encuesta Nacional de Salud Materno-infantil de 1984 (ENSMI).² El Gráfico 1, reproducido de este autor, muestra las disparidades que existen entre las distintas estimaciones, aunque todas ellas concuerdan en mostrar un descenso de la mortalidad. El análisis crítico de Guzmán concluye en que las estimaciones derivadas del censo y de la EDENH-II son las más coherentes y ellas son las que se utilizan en el presente análisis. Igual evaluación ha sido hecha con las estimaciones para la población urbana y rural, llegando a conclusiones semejantes.

En el momento que se escribe este informe se reciben resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, realizada en 1987 (ENESF-87) que encuestó 10 183 mujeres de 15-44 años. No se tiene mayor información sobre la muestra y el desarrollo de la encuesta.

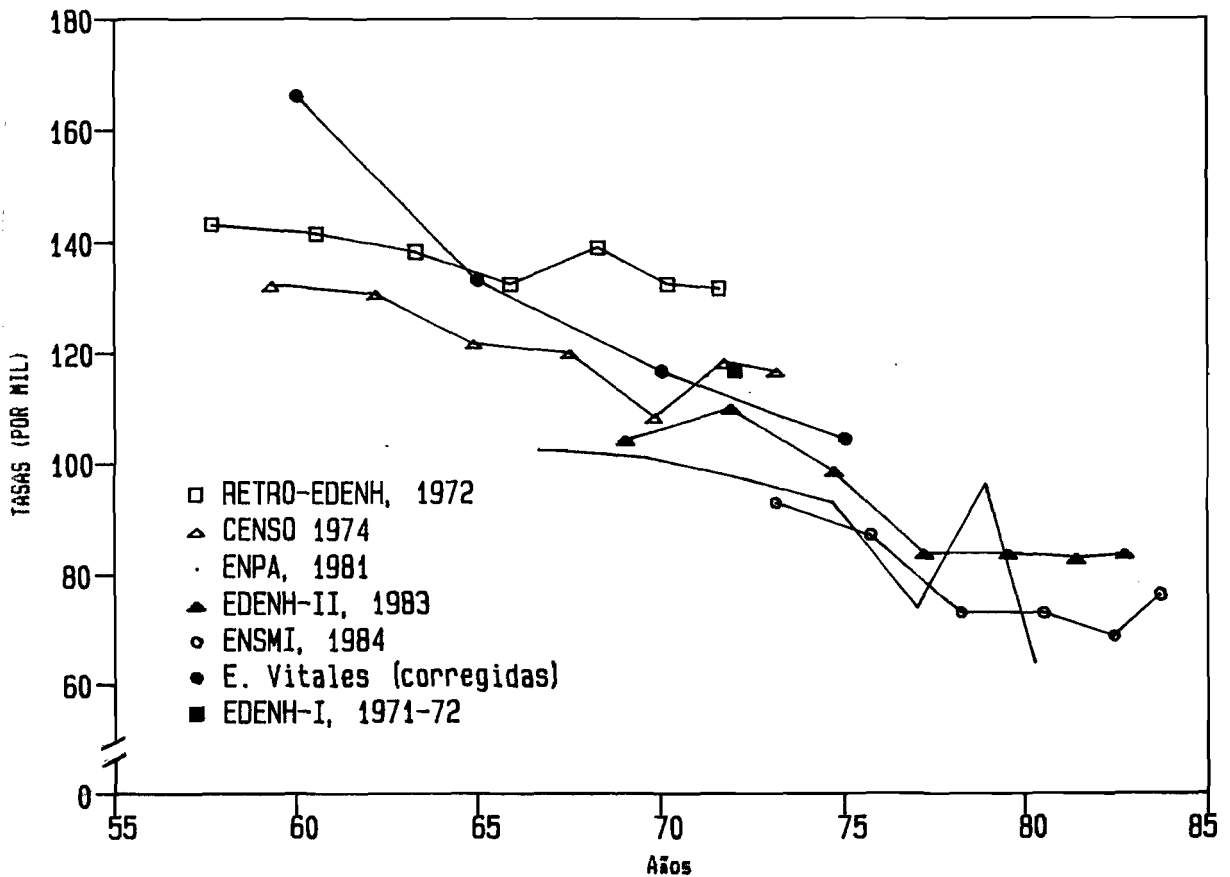
Las estimaciones de la mortalidad infantil, en comparación con EDENH-II y ENSMI-84, son las siguientes:

²No fue posible obtener la información obtenida en la Encuesta de los sitios Centinela.

Año	EDENH-II-83	ENSMI-84	ENESF-87
1977	83.5	-	-
1978	-	72.9	69.0
1979	84.0	-	66.7
1980	-	72.6	57.5
1981	82.6	-	73.7
1982	83.3	68.9	61.7
1983	-	76.4	50.5
1984	-	-	58.0
1985	-	-	52.3

Gráfico 1

ESTIMACIONES DE LA MORTALIDAD INFANTIL DE DIVERSAS FUENTES
1955-1983



Fuentes: Guzmán y Santos (1988).

Las estimaciones de EDENH-II y ENSMI-84 son indirectas; las de ENESF-87 son directas, que en principio son más confiables. Las estimaciones de ENSMI son menores que las de EDENH, aunque ambas muestran tendencia a tasas estables. Las de ENESF-87 son aún más bajas, y la tendencia es al descenso.

Estos hechos deben ser considerados en el análisis que está basado, como ya se ha dicho, en la serie de estimaciones indirectas del censo y de EDENH-II. Es posible que en años recientes estas cifras estén sobrestimando el nivel de la mortalidad en la infancia.

En cuanto a la mortalidad neonatal y postneonatal, las tasas se han estimado aplicando la distribución por edades de las defunciones registradas a la estimación de la tasa de mortalidad infantil. Esto equivale a suponer que la omisión es similar en estos dos componentes de la mortalidad infantil.

Los métodos indirectos estiman la probabilidad de morir en el primer año de vida a partir del nacimiento, lo que no es exactamente igual a la tasa de mortalidad infantil convencional, que relaciona las defunciones de menores de un año en un año calendario, con los nacimientos ocurridos en el mismo año. La diferencia no es importante en este análisis y los resultados, para facilitar su comprensión, se designan como "tasa" de mortalidad infantil.

Para la mortalidad en la edad 1-4 años las proyecciones no proporcionan un denominador a las tasas. La estimación para 1980 (que es de 9.5 por mil) se ha obtenido de la tabla modelo de mortalidad de Coale-Demeny, utilizando el mismo nivel que se empleó para derivar la mortalidad infantil. La tasa aceptada en la tabla de mortalidad para 1981-83 es algo menor: 7.4 por mil.

El estudio de la estructura de las causas de muerte es aún más incierto. En 1979-81 el 32% de las muertes bajo un año y el 34% de las de 1-4 años, se asignan a "causas mal definidas". La proporción es similar en 1974. No se ha obtenido información sobre el porcentaje de defunciones con certificación médica de la causa de defunción, pero una cita de OPS (1982) menciona que 12% de las certificaciones se llenaron en hospitales en 1978. Si a todo ello se suma la elevada omisión en el registro de defunciones, es evidente que se conoce la causa de la muerte con alguna certidumbre en una pequeña cantidad de las muertes que están ocurriendo.

Para obtener una gruesa aproximación a la estructura de las causas, en cada edad se redistribuyeron las muertes por "causas mal definidas" según la distribución de aquéllas con causas presumiblemente identificadas. Es lo más probable que las muertes no registradas, que son proporcionalmente mayores en las poblaciones de más alta mortalidad, tengan una diferente distribución

por causas, y que las estimaciones resultantes subestimen la proporción de causas evitables. Finalmente, para tener alguna idea del nivel de la mortalidad por grupos importantes de causas, se calculó cuáles podrían ser las tasas por causas si la omisión estimada fuera correcta, si se distribuyera por igual en todos los grupos y si la estructura de causas registradas tuviera similitud con la real. Por cierto, es sólo una burda aproximación que intenta identificar los grupos con mayores excesos.

De la descripción anterior resulta claro que las estimaciones de mortalidad que se han obtenido, así como las de población expuestas, están sometidas a variadas e importantes restricciones. Ellas deben ser tenidas muy en cuenta en el análisis, de tal modo que se conceda significación sólo a contrastes persistentes, coherentes y de magnitud importante. No obstante, considerando las características de alta mortalidad en el país y la magnitud de las diferencias que se analizan, se piensa que las conclusiones generales son correctas.

**MORTALIDAD EN LA NIÑEZ: NIVELES, TENDENCIAS,
ESTRUCTURA POR EDAD³**

Las estimaciones de la mortalidad en el menor de cinco años en 1980, por edades, se presentan en el cuadro 2, el cual permite compararlas con los restantes países incluidos en el estudio y con EEUU. Honduras se sitúa entre los países de alta mortalidad. La tasa de los menores de cinco años, estimada en 26 por mil para 1980, es más de 5 veces mayor que la de Costa Rica, que es el país que ha hecho más progresos en la región en reducir esta mortalidad.

Cuadro 2

**MORTALIDAD ESTIMADA EN EL MENOR DE CINCO AÑOS EN PAISES DE CENTROAMERICA,
PANAMA, BELICE Y ESTADOS UNIDOS
1980-1985**

Países	Tasas de mortalidad por 1 000 a/					Menores de 5 años	
	Menores de cinco años	Mortalidad infantil			1-4 años	% Muertes sobre total defunciones b/	Población estimada (miles)
		Total	Neonatal	Postneonatal			
El Salvador, 1982-83	23	75	31	44	8.2	37%	790.4
Guatemala, 1985	25	71	24	47	10.8	44%	1 433.5
Honduras, 1980	26	83	25	58	9.5	34%	662.0
Nicaragua, 1982-83	22	73	34	39	7.9	42%	575.9
Belice, 1985	8	28	13	15	2.3	22%	27.7
Panamá, 1985	8	26	16	10	3.0	19%	280.8
Costa Rica, 1986	4	18	11	7	0.7	16%	371.0
EEUU, 1984	2.6	11	7	4	0.5	-	-

a/ Por 1 000 nacidos vivos en la mortalidad infantil; por 1 000 habitantes en las edades restantes.

b/ Se refiere a defunciones registradas, excepto en El Salvador y Nicaragua.

Fuentes: Mortalidad en la niñez en Centroamérica, Panamá y Belice. CELADE, 1988. Sobre métodos de estimación, véase capítulo de Material y Métodos de informes nacionales.

³En este capítulo, como en los siguientes, se deben considerar en el análisis las limitaciones de las estimaciones de la mortalidad, que se mencionaron en el capítulo Material y Métodos.

Situación similar se observa respecto a la sobrevida en el primer año de vida, el más riesgoso en esta edad. La tasa de mortalidad infantil se estima en 83 por mil y es 4 veces mayor que la de Costa Rica. Los mayores excesos se observan en la mortalidad que ocurre entre 1 y 11 meses de vida, que alcanza a 58 por mil nacidos vivos. De este modo, estas muertes postneonatales constituyen casi el 70% del problema en la mortalidad infantil. Si el niño consigue sobrevivir el primer año, el riesgo continúa siendo excesivo y triplica el nivel alcanzado por algunos países centroamericanos.

A estos riesgos para la sobrevida en la infancia se estima que están expuestos 662 000 menores de cinco años y aproximadamente 156 000 nacimientos anuales.

A pesar de todo, las tendencias históricas estimadas de la mortalidad infantil muestran que se han hecho progresos, respecto a los altos niveles de riesgo que prevalecieron en 1960 (131 por mil). En estos 20 años la mortalidad ha bajado en más de un tercio, a un promedio aproximado de 2.5 puntos anuales. El carácter insatisfactorio de este avance lo muestran los elevados riesgos que aún persisten. Por otra parte, si la tendencia estimada para 1960-1980 se mantuviera en los decenios siguientes, la mortalidad infantil podría ser 25 por mil el año 2000, que es el nivel que ha alcanzado Panamá en 1985 y EEUU en 1961⁴.

Las estimaciones disponibles muestran tres períodos diferentes en el lapso 1960-1980. En el decenio 1960-1970 la baja de la mortalidad es moderada, de 131 a 113 por mil, con un promedio anual de aproximadamente 1.8 puntos. En los seis años siguientes (1971-1976) hay una notoria aceleración, con un descenso promedio de 4.5 puntos, alcanzando la tasa a 83 por mil.

Conviene recordar aquí la comparación que se hizo en el capítulo Material y Métodos, de las estimaciones derivadas de las encuestas EDENH-II, ENSMI-84 y ENESF-87, en el sentido de que las tasas que se están usando en la descripción pudieran significar, en años recientes, alguna sobreestimación sobre el nivel real de la mortalidad. También se recuerda que según las estimaciones de ENESF-87, las tasas estarían descendiendo en años recientes. Estos puntos debieran ser objeto de mayor estudio que el que el presente informe puede realizar.

Estas tendencias tienen correspondencia con las modalidades diferentes de cambio que muestran los dos componentes de la mortalidad infantil: neonatal y postneonatal (gráfico 2-B y cuadro

⁴.Las tendencias estimadas corresponden a estimaciones indirectas basadas en el Censo 1974 y EDENH-II. Como se mostró en el capítulo Material y Métodos (gráfico 1), las estimaciones de RETROEDENH para 1960-70 son mayores que las que se han seleccionado. A la inversa, las de ENSMI para 1975-80 son menores. Si estas alternativas fueran las reales, el descenso de la mortalidad habría sido mayor que el que ha sido estimado.

3). En el primer período la baja está asociada fundamentalmente con la reducción de la mortalidad neonatal, que desciende de 40 a 30 por mil. Por el contrario, el riesgo en la edad 1-11 meses se mantiene estabilizado a un alto nivel: 85 por mil. En el segundo período hay un cambio positivo: la mortalidad postneonatal tiene un marcado descenso de 85 a 57 por mil, que acelera la baja de la mortalidad infantil en el país, puesto que es su componente más importante.

Cuadro 3

TASAS ESTIMADAS DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL
1960-1985

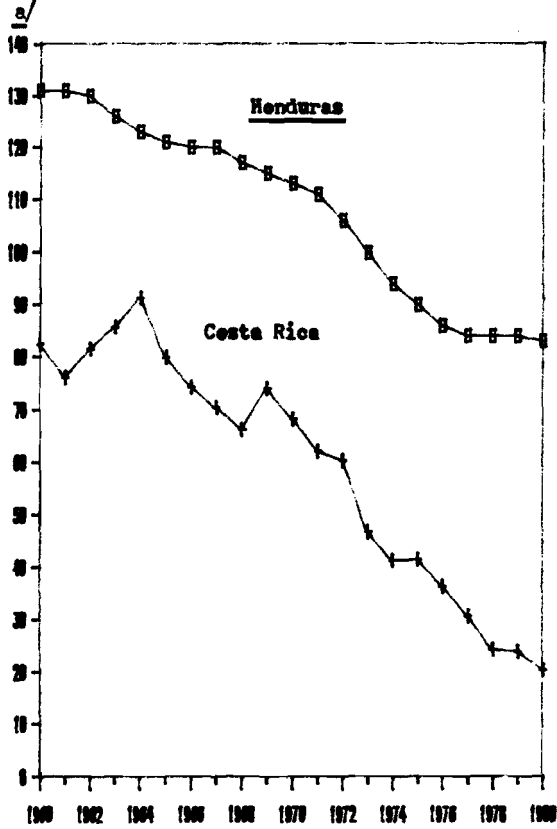
Años	Tasas de mortalidad (por 1 000 nacidos vivos)		
	Infantil	Neonatal	Postneonatal
1960	131	41	90
1961	131	43	88
1962	130	45	85
1963	126	41	85
1964	123	40	83
1965	121	37	84
1966	129	36	84
1967	120	34	86
1968	117	32	85
1969	115	31	84
1970	113	29	84
1971	111	29	82
1972	106	30	76
1973	100	31	69
1974	94	31	63
1975	90	29	61
1976	86	27	59
1977	84	27	57
1978	84	27	57
1979	84	27	57
1980	83	25	58

Fuentes: Anuarios Estadísticos. Estimaciones EDENH-II y Censo 1974. Sobre procedimientos de estimación, véase capítulo Material y Métodos.

Gráfico 2

TENDENCIAS ESTIMADAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL
1960-1980

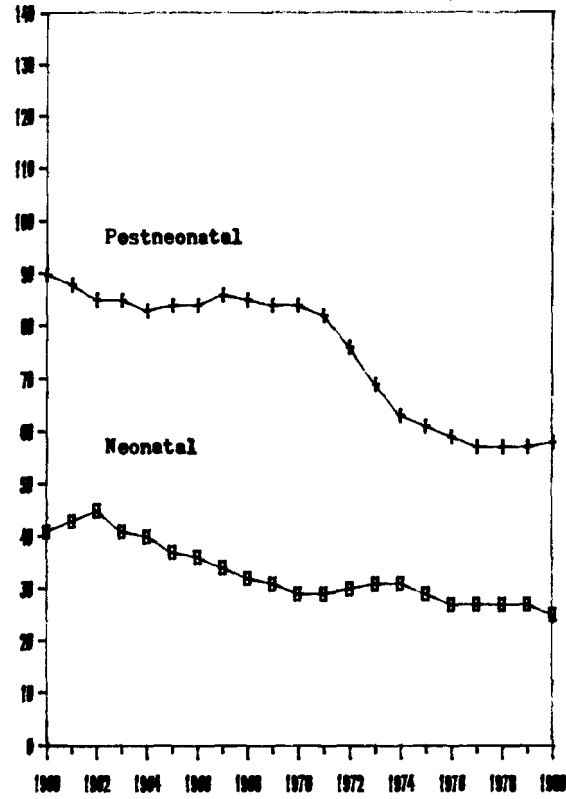
Tesis A. Mortalidad infantil



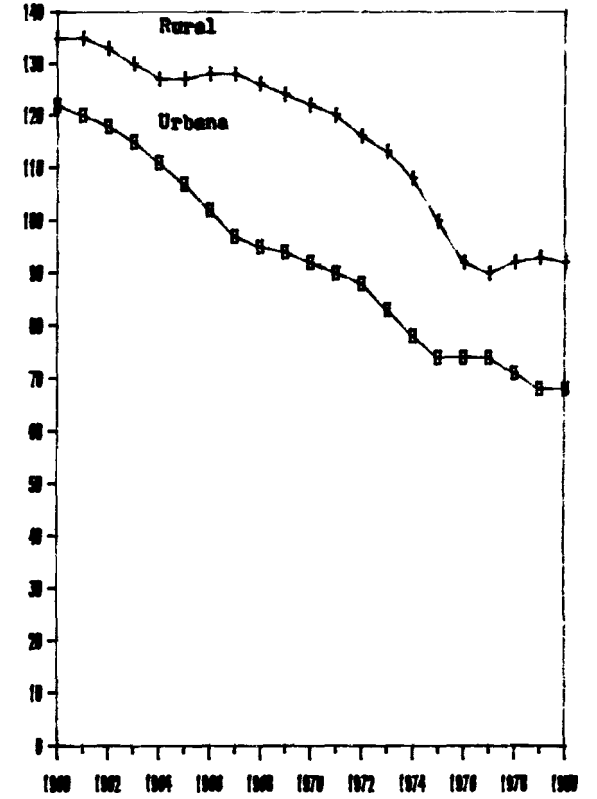
a/ Per 1 000 nacimientos

Fuente: Cuadros 3 y 4.

B. Mortalidad neonatal y postneonatal



C. Mortalidad infantil urbana y rural



Particularmente preocupante es el hecho que las estimaciones muestran una tendencia a la estabilización en los años más recientes de la serie (1977-1980). Esta se observa también en las estimaciones independientemente derivadas de la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil de 1984 (Gráfico 1). Sin embargo, las tasas registradas disponibles muestran un discreto pero mantenido descenso:

1977: 29.0	1979: 24.9	1981: 22.9
1978: 26.9	1980: 23.1	1982: 22.0

A menos que el subregistro de muertes se hubiera deteriorado, estas cifras son incompatibles con la tendencia anteriormente descrita. Por su importancia, este punto necesita de mayor estudio.

En el gráfico 2-A se muestra, con fines comparativos, el curso de la mortalidad infantil en Costa Rica. Este país tenía en 1962-63 una tasa de 83 por mil, que es la que Honduras alcanza en 1980. Pero Costa Rica ha logrado un continuado e intenso descenso de este riesgo en los 15 años siguientes, que ha llevado la tasa a 20 por mil. Esta evolución contrasta con las perspectivas del problema en Honduras, que se acaban de mencionar, en el caso que las tendencias pasadas continuaran en el futuro.

Parece evidente que los progresos registrados hasta 1980 en la reducción de la mortalidad en la niñez, son insuficientes y necesitan ser acelerados. El análisis que sigue trata de identificar los grupos de población que son los componentes del problema.

LOS CONTRASTES GEOGRAFICOS DE LA MORTALIDAD EN LA NINEZ

Las diferencias entre la población urbana y rural

Aún en condiciones de una alta mortalidad, las estimaciones reflejan los contrastes en la sobrevivencia infantil de estos dos contextos, que están determinados por las diferentes características económicas y sociales de estas poblaciones. El cuadro 4 señala que en 1980 hay una sobremortalidad rural en todas las edades, que es de 37% en la infantil y de 63% en la edad 1-4 años respecto al riesgo en la población urbana. La mortalidad infantil es menor en las dos principales ciudades del país (57 por mil), en tanto que el resto del sector urbano (77 por mil) tiene un riesgo intermedio entre estas ciudades y el área rural (92 por mil).

En el gráfico 2-C se ha reconstituido el probable curso de la mortalidad infantil en el ámbito urbano y rural, interpolando las estimaciones indirectas disponibles. Se ve que el progreso en reducir la mortalidad ha sido más precoz y continuado en el sector urbano. En los últimos años no se observa en éste una interrupción de tal tendencia, aunque sí una moderación en la intensidad del descenso.

En la población rural, expuesta a los más altos riesgos, se observan descensos de poca significación en el decenio 1960-70. Esto determina una característica similar del curso de esta mortalidad total del país, como ya se ha descrito. De acuerdo a las estimaciones, la aceleración en el descenso a nivel nacional se produjo en la primera mitad del decenio de 1970, cuando la mortalidad infantil intensificó claramente su descenso en el área rural, aproximadamente entre 1971 y 1976. Por último, y ésta es la comprobación más negativa del análisis, es en esta población rural donde es más evidente la estabilización de las tasas hacia 1980, en un nivel extraordinariamente alto: 90 por mil.

En cuanto a las estimaciones de la mortalidad en la edad 1-4 años, ellas han sido derivadas de las mismas tablas modelos de mortalidad utilizadas en la estimación indirecta de la mortalidad infantil, así es que reproducen similares contrastes.

Utilizando el número de hijos tenidos por las mujeres de 15-34 años, se ha estimado que hacia 1980, el 71% de los nacimientos ocurrieron en el área rural. Expuestos a una mortalidad infantil de 92 por mil (versus 67 por mil en la población urbana), se llega a la estimación de que aproximadamente el 77% de las muertes en esta edad ocurren en el área rural. Esta es precisamente la población donde se presume que tiende a interrumpirse el curso descendente de la mortalidad infantil que se observó en la década pasada.

Cuadro 4

MORTALIDAD ESTIMADA EN LA NIÑEZ EN POBLACION URBANA Y RURAL
1960-1980

Edad y área de residencia	Tasas por mil			Reducción porcentual	
	1960	1970	1980	1970-70	1970-80
<u>Menores de cinco años</u>					
Urbana	-	30	20	-	33
Rural	-	43	30	-	30
<u>Menores de un año</u>					
Urbana	122	92	67	25	27
Tegucigalpa y San Pedro Sula	108	81	57	25	30
Resto Urbano	126	99	77	21	22
Rural	135	119	92	11	23
<u>1-4 años</u>					
Urbana	17.1	11.1	6.8	35	39
Rural	20.0	16.4	11.1	18	32

Fuentes: Guzmán y Santos, 1988. Sobre procedimientos de estimación, véase Capítulo Material y Métodos.

Cuadro 5

TASAS ESTIMADAS DE MORTALIDAD INFANTIL DE LA POBLACION URBANA Y RURAL
1960-1980

Años	Tasas de mortalidad (por mil nacidos vivos)		
	Urbana	Rural	Rural/Urbana
1960	122	135	1.1
1961	120	135	1.1
1962	118	133	1.0
1963	115	130	1.1
1964	111	127	1.1
1965	107	127	1.2
1966	102	128	1.3
1967	97	128	1.3
1968	95	126	1.3
1969	94	124	1.3
1970	92	122	1.3
1971	90	120	1.3
1972	88	116	1.3
1973	83	113	1.4
1974	78	108	1.4
1975	74	100	1.4
1976	74	92	1.2
1977	74	90	1.2
1978	71	92	1.3
1979	68	93	1.4
1980	68	92	1.4

Fuentes: Estimaciones EDENH-II y Censo-74 (Guzmán y Santos, 1988).
Sobre procedimientos de estimación, véase capítulo Material y Métodos.

Las diferencias de la mortalidad entre departamentos

Como ya se ha advertido, las estimaciones indirectas de la mortalidad en la niñez, cuando se refieren a divisiones geográficas, están sometidas a variadas restricciones. No sólo la calidad de los datos es variable, sino que la residencia actual no corresponde necesariamente al sitio en que vivieron y murieron los hijos. En el cuadro 6 se presentan tales estimaciones, agrupando los departamentos en tres categorías según el nivel de la mortalidad en 1980.

Desde luego, hay una gama de variación en la sobrevivencia infantil que va de 59 por mil en Morazán hasta 125 en Lempira, la cual duplica el nivel de la capital.

Cuadro 6

MORTALIDAD INFANTIL POR DEPARTAMENTOS AGRUPADOS POR NIVEL DE RIESGO
1980

Departamentos	Tasas estimadas (por mil)	Exceso proporcional	Distribución de expuestos b/		Niveles probables en 1985
			Dentro del grupo	Total del grupo	
TOTAL DEL PAIS	83			100	
<u>Más alta mortalidad (100y+)</u>	<u>107</u>		<u>100</u>	<u>22</u>	88
Lempira	125	2.1	17		120
Copán	110	1.9	22		98
Intibucá	102	1.7	10		93
Gracias a Dios a/	101	1.7	-		87
Olancho	101	1.7	17		92
Colón	100	1.7	11		88
Ocotepeque	100	1.7	4		92
La Paz	100	1.7	9		85
<u>Mortalidad alta (80-100)</u>	<u>87</u>		<u>100</u>	<u>38</u>	77
Valle	95	1.6	8		85
Yoro	91	1.5	22		82
El Paraíso	90	1.5	16		80
Santa Bárbara	87	1.5	22		75
Choluteca	82	1.4	18		70
Atlántida	82	1.4	14		71
<u>Mortalidad menor (- de 80)</u>	<u>67</u>		<u>100</u>	<u>40</u>	57
Comayagua	76	1.3	14		64
Cortés	74	1.3	40		65
Francisco Morazán	59	1.0	46		48

a/ Estimación independiente, no se incluye en los totales.

b/ Hijos tenidos por las mujeres de 15-34 años.

Fuente: Guzmán y Santos, 1988.

El grupo de menor mortalidad está formado principalmente por los Departamentos de Cortés y Morazán, donde se encuentran los centros urbanos más desarrollados del país. La tasa promedio es 67 por mil y se estima que aquí residen el 40% de los expuestos.

La situación más adversa engloba, afortunadamente, sólo el 22% de los expuestos, pero el riesgo significa que uno de cada 10 recién nacidos está muerto antes de cumplir un año de edad. Esta

situación la comparten 8 departamentos, de los cuales los que concentran la mayoría de los nacimientos son Olancho, Copán y Lempira.

En el grupo siguiente los seis departamentos tienen la mortalidad infantil media del país, que es alta, y comprende una parte importante de la población expuesta (38%).

En la última columna del cuadro 6 se ha transcrito la estimación hecha por Guzmán y Santos (1988) de los niveles probables de la mortalidad infantil en los departamentos. Las tasas fueron calculadas suponiendo que el descenso experimentado en el decenio 1970-1980 se mantiene en el periodo 1980-1985.

El análisis del curso de la mortalidad infantil en estos tres contextos entre 1970 y 1980 se presenta en el cuadro 7. Es positivo comprobar que el proceso de baja de la mortalidad se ha extendido a todos los grupos, aún a aquéllos que están en la peor condición. Sin embargo, lo negativo de estas cifras es que, de nuevo, los progresos han sido mayores en los departamentos con menor mortalidad, tanto en términos absolutos como relativos. De este modo, las diferencias han aumentado y el exceso del grupo de más alta mortalidad respecto al de menor, es ahora 60% en vez de 31%.

Cuadro 7

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD INFANTIL POR GRUPOS DE DEPARTAMENTOS SEGUN EL NIVEL ACTUAL
1970-1980

Grupos de Departamentos	Tasas medias estimadas (por mil)				Reducción de las tasas	
	1970		1980		Absoluta	Porcentual
	Tasa	Exceso proporcional	Tasa	Exceso proporcional		
Mortalidad más alta	130	1.3	107	1.6	23	18
Mortalidad alta	116	1.2	87	1.3	29	25
Mortalidad menor	99	1.0	67	1.0	32	32

Fuente: Guzmán y Santos, 1988. Sobre procedimientos de estimación, véase capítulo Material y Métodos.

Finalmente, por su interés para la planificación en el sector salud en el cuadro 8, se muestran las estimaciones de la mortalidad infantil para cada una de las ocho regiones de planificación. Como las regiones son heterogéneas internamente, los contrastes entre ellas son menores que los descritos entre departamentos. Pero en todo caso, la región Centro-Sur, que incluye Tegucigalpa, aparece siempre como una de menor mortalidad relativa (63 por mil). La región Occidental alcanza la mayor mortalidad (102 por mil), ya que incluye varios de los departamentos (Copán, Intibucá, Lempira, Ocotepeque) anteriormente identificados con tasas de 100 o más por mil.

Cuadro 8

MORTALIDAD INFANTIL ESTIMADA POR REGIONES DE PLANIFICACION
1980

Regiones	Tasas estimadas	Exceso proporcional
Occidental	102	1.6
Centro	91	1.4
Nor Oriental	87	1.4
Sur	84	1.3
Norte	82	1.3
Sur Oriental	77	1.2
Oriental	75 †	1.2
Sur	63	1.0

† Tasa estimada independientemente.

Fuente: Guzmán y Santos, 1988.

LAS CAUSAS DE MUERTE

Como ya se ha advertido, el análisis de las causas de muerte en la infancia es inseguro por la extensa omisión y la imprecisión sobre la causa de la muerte. Las cifras de este capítulo deben entenderse como una gruesa aproximación a lo que puede ser la realidad. Cuando las "causas de muerte" son declaradas por personas que no son técnicas, traducen principalmente las expresiones culturales del proceso de enfermedad. Sin embargo, de modo general, la estructura de causas corresponde a las que han sido descritas en otros países, cuando tuvieron los niveles de mortalidad existentes hoy en Honduras.

El cuadro 9 muestra que la mortalidad en el primer año de vida está dominada por la infección. La mitad de todas las defunciones corresponde a enfermedades infecciosas, con gran predominio de las enfermedades diarreicas. Aún en 1980-81, una de cada 10 defunciones se debía a enfermedades previsibles por vacunación (principalmente tos ferina y sarampión). A ellas se agregan las infecciones respiratorias agudas, con lo cual el total de afecciones de etiología infecciosa sube a 69%. Por cierto, el rol importante de la desnutrición no se evidencia en la información disponible. En las muertes en la edad 1-11 meses los grupos que se acaban de describir cobran aún más importancia. En la mortalidad neonatal, las enfermedades perinatales aparecen como responsables del 62% de todas las defunciones.

Cuadro 9

LAS CAUSAS DE MUERTE INFANTIL.
1974 Y 1980-1981

Causas de muerte	Mortalidad infantil 1973-1975		1980-1981		Neonatal 1980-1981		Postneonatal 1980-1981	
	Defunciones	%	Defunciones	%	Defunciones	%	Defunciones	%
TODAS LAS CAUSAS	4 497	100	3 652	100	1 089	100	2 563	100
Enfermedades infecciosas	2 507	56	1 884	52	201	19	1 676	65
Infecciones intestinales	1 835	41	1 353	37	154	14	1 194	47
Previsibles por vacunación	398	9	360	10	16	2	341	13
Desnutrición	92	2	41	1	10	1	32	1
Infecciones respiratorias agudas	800	18	626	17	144	13	484	19
Perinatales	651	14	687	19	678	62	13	1
Muertes violentas	51	1	32	1	5	0	27	1
Restantes	395	9	383	10	51	5	332	13

Una característica negativa que muestra el cuadro es que de acuerdo a la información disponible esta estructura de causas no se ha modificado entre 1974 y 1981.

Con el fin de tener una idea, aunque sea muy general, del significado de estos hechos, en el cuadro 10 se comparan las tasas de mortalidad por grupos de causas de Costa Rica con las tasas estimadas para Honduras. Estas últimas se obtienen corrigiendo las defunciones por la supuesta omisión y aceptando la distribución registrada de las causas de muerte; en consecuencia, están sometidas a importantes restricciones. La comparación se hace con Costa Rica porque es un país centroamericano que logró reducir la mortalidad infantil de 68 por mil a 20 entre 1970 y 1980. En consecuencia, esta es una meta que podría considerarse a mediano plazo, aunque sea en forma parcial y en aproximaciones sucesivas.

La comparación muestra que, siendo mucho mayores las tasas en Honduras en todos los grupos, los excesos más considerables están en el total de enfermedades infecciosas, en especial en la mortalidad por diarreas y enfermedades prevenibles por vacunación. De las casi 10 000 muertes que hipotéticamente pudieran evitarse, dos tercios corresponden a enfermedades infecciosas y casi la mitad a enfermedades diarreicas.

Cuadro 10

LAS DEFUNCIONES INFANTILES QUE PUDIERAN EVITARSE
1980-1981

Grupos de causas	Tasas †		Defunciones en Honduras			
	Costa Rica 1980	Honduras 1980-81	Esperadas	Observadas ‡‡	Defunciones en exceso Número	%
TODAS LAS CAUSAS	203.3	833	3 223	13 200	9 977	100.0
Enfermedades infecciosas	23.6	430	374	6 812	6 438	64.5
Infecciones intestinales	15.7	308	249	4 889	4 640	46.5
Prevenibles por vacunación	1.6	82	25	1 303	1 278	12.8
Desnutrición	2.5	9	40	146	106	1.1
Infecciones respiratorias agudas	27.7	143	439	2 261	1 822	18.3
Perinatales	88.9	157	1 409	2 481	1 072	10.7
Muertes violentas	3.8	7	61	114	53	0.5
Restantes	56.8	87	900	1 386	486	4.9

† Por 10 000 nacidos vivos.

‡‡ Registradas corregidas por presunta omisión.

Fuente: Anuarios Estadísticos Nacionales.

En lo que se refiere a la mortalidad en la edad 1-4 años, el cuadro 11 indica una situación similar a la mortalidad infantil. Hay un enorme peso de la mortalidad infecciosa, en especial la intestinal, señalando además las reducciones importantes que se pudieran hacer mediante programas de inmunización. Los accidentes emergen como una causa que aporta el 5% de las muertes.

Cuadro 11

LAS CAUSAS DE MUERTE EN LA EDAD 1-4 AÑOS
1974 Y 1980-1981

Causas de muerte	Mortalidad 1-4 años				Costa Rica
	1973-1975		1980-1981		1980
	Defunciones	%	Defunciones	%	%
TODAS LAS CAUSAS	3 419	100	2 392	100	100
Enfermedades infecciosas	2 220	65	1 458	61	20
Infecciones intestinales	1 547	45	887	37	9
Previsibles por vacunación	404	12	370	16	4
Desnutrición	163	5	84	4	1
Infecciones respiratorias agudas	502	15	363	15	20
Perinatales	0	0	1	0	1
Muertes violentas	120	3	129	5	23
Restantes	414	12	357	15	35

Fuentes: Anuarios Estadísticos Nacionales.

La comparación con la distribución porcentual de las muertes registradas en Costa Rica en 1980, indica el enorme campo de posible reducción de la mortalidad en esta edad en forma similar al primer año de vida. En tanto que las enfermedades infecciosas aparecen como causantes del 61% de las muertes en Honduras, en Costa Rica este problema se ha reducido a 20% y son las muertes violentas las que emergen como las más significativas. Las infecciones diarreicas en el niño de 1-4 años son las presuntas causantes de más de un tercio de las muertes en esta edad, tal como en la mortalidad infantil.

LOS GRUPOS SOCIALES DE RIESGO

Las diferencias geográficas de la mortalidad que se han descrito están condicionadas por determinantes económicos y sociales. Las estimaciones indirectas, derivadas del Censo 1974 y de la EDENH II, permiten identificar grupos sociales que están expuestos a una distinta mortalidad en la infancia. El tema ha sido extensamente analizado por Guzmán y Santos (1988). Aquí se resumen los resultados de mayor significación, referidos a la mortalidad infantil.

La inserción productiva del jefe del hogar

Las tasas de mortalidad infantil en los estratos socio-económicos medio y alto muestran una baja importante y continuada en 1960-80; la mortalidad se estima en 44 por mil en 1980. Son un grupo minoritario (13% de los nacimientos), que reside en el área urbana en su mayor parte (cuadro 12-A); las más bajas tasas (28 por mil) se observan en los habitantes de Tegucigalpa y San Pedro Sula.

La población inserta en la agricultura (campesinos y asalariados agrícolas) tiene un riesgo considerablemente mayor, se incorpora más tardíamente al descenso (que es proporcionalmente menor) y aún en 1980 tienen tasas de 100 por mil. Son el núcleo problemático más importante, que comprende el 40% de todos los nacimientos, los cuales ocurren en su mayoría en el área rural.

Los niños que nacen en el estrato bajo no agrícola (asalariados manuales, comerciantes, artesanos, etc.) están en situación intermedia. El descenso de la mortalidad se ha acelerado en el último decenio, pero las tasas son aún considerables (74 por mil). El 25% de nacimientos que ocurre en el grupo es de predominio urbano, pero esta residencia no parece concederles una mayor sobrevida que en el área rural.

El acceso a la educación

Como se muestra en el cuadro 12-B, los hijos de madres que han tenido acceso a la educación secundaria, se singularizan por una mortalidad relativamente baja (39 por mil), que impacta poco en las cifras nacionales porque se estima que este grupo de mujeres genera menos del 10% de los nacimientos.

Cuadro 12

LOS GRUPOS SOCIALES DE RIESGO
1960-1980

A. LA INSERCIÓN PRODUCTIVA DEL JEFE DEL HOGAR

Grupos de ocupación paterna	Tasas mortalidad infantil			% descenso		% expuestos
	1960	1970	1980	1960-70	1970-80	1980
TOTAL						100*
Asalariado agrícola	146	130	105	11	19	13
Campesino	132	119	99	10	17	39
Bajo no agrícola	124	105	74	15	30	25
Medio y alto	90	65	44	30	30	13

B. LA EDUCACIÓN MATERNA

Educación de la madre	Tasas mortalidad infantil			% descenso		% expuestos
	1960	1970	1980	1960-70	1970-80	1980
TOTAL						100*
Sin instrucción	143	135	112	6	17	32
1 - 3 años	120	101	89	16	12	36
4 - 6 años	97	81	74	16	9	23
7 y más años	50	45	39	10	13	9

C. LAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA

Servicios de agua y sanitario	Tasas mortalidad infantil	% expuestos
	1980	a/ 1980
TOTAL		100*
Red pública agua en vivienda e inodoro privado	51	23
Red pública fuera viv.		
- letrina o inodoro colectivo	77	17
- Sin serv. sanitario	84	13
Sin servicio agua:		
- letrina o inodoro colectivo	83	9
- Sin serv. sanitario	100	27
Otras		11

a/ Número de hijos tenidos por las mujeres de 15-34 años.

Fuente: Guzmán (1988).

En agudo contraste, los hijos de mujeres analfabetas y semi-analfabetas, con tasas de 89-112 por mil en 1980, duplican los niveles que el grupo anterior alcanzó ya hace 20 años atrás (50 por mil). Y son parte fundamental del problema, puesto que afectan a dos tercios del total de nacimientos, que tienden a concentrarse en la población rural. Es positivo destacar que aún estos grupos, que están en las condiciones más adversas, muestran un descenso de la mortalidad, aunque en los últimos años no haya clara evidencia de que esta baja se mantenga. Guzmán hace notar que en estos grupos no se observa que la residencia urbana reduzca la alta mortalidad a que están expuestos. El grupo con educación primaria completa e incompleta afecta a un cuarto de los nacimientos totales y tiene de significativo que en los últimos años muestra una mortalidad aún alta (74 por mil) y sin tendencia a descender.

Las condiciones de la vivienda

La relación de las condiciones de la vivienda con la sobrevida infantil ha sido estudiada considerando el abastecimiento de agua y el servicio sanitario de la vivienda (cuadro 12-C). En aquellas viviendas que no disponen de ninguno de estos dos servicios, uno de cada 10 recién nacidos muere antes de cumplir un año de edad; se estima que el 27% de los nacimientos del país ocurren en viviendas que están en esta situación, las cuales tienden a concentrarse en la población rural.

En el otro extremo, en las viviendas provistas de agua de red pública en la casa e inodoro privado, la mortalidad infantil es 51 por mil; el 25% de los nacimientos goza de estas condiciones. El deterioro en la calidad de algunos de estos dos servicios está asociado a una mortalidad intermedia (77-84 por mil). El autor hace notar que el descenso de la mortalidad infantil se ha observado también en las familias que residen en viviendas en condiciones muy insatisfactorias, señalando el efecto favorable de otras políticas sociales aún en presencia de este ambiente adverso.

Un panorama epidemiológico de la mortalidad en la niñez

En otro estudio reciente, Guzmán (1988) utilizó la información relativa a sobrevida de los hijos de 3602 mujeres de 15-34 años, entrevistadas en la EDENH-II de 1983. Obtuvo una estimación individual de la mortalidad en la infancia y utilizó las variables ocupación paterna, educación materna y sitio de residencia, para identificar 31 subpoblaciones. Estas fueron reunidas finalmente en 5 grupos según el nivel de la mortalidad. El cuadro 13 presenta estos grupos, indicando el riesgo de muerte, su composición social y la proporción de expuestos. La mortalidad corresponde a la probabilidad de morir del menor de cinco

años a partir del nacimiento y se expresa por 1000 nacidos vivos, se refiere aproximadamente a 1979.

Los resultados muestran que es posible alcanzar en el país un nivel sustancialmente más bajo (35 por mil) que la tasa nacional (117 por mil). Pero éste es el privilegio de una minoría (6% de los expuestos), que está formada principalmente por sectores sociales medios y altos, además de trabajadores calificados, siempre que la madre haya alcanzado la educación secundaria. Son familias con residencia urbana, que viven de preferencia en Tegucigalpa y San Pedro Sula.

Lo fundamental del problema de alta mortalidad en la infancia está constituido por los dos grupos de mayor riesgo, que comprenden al 61% de todos los niños expuestos del país. Las tasas son 5-6 veces mayores (178 y 125 por mil) que las del grupo anterior. Están formados en su mayor parte por hijos de campesinos o jornaleros agrícolas. Sus precarias condiciones de vida se expresan en el hecho que sus madres son analfabetas o con una educación primaria incompleta. Y, naturalmente, residen en el área rural.

Aunque por contraste la situación del tercer grupo no parezca tan alarmante, sucede que su mortalidad es cercana a 100 por mil. Y es importante porque comprende un tercio de todos los expuestos. Está formado por familias de campesinos y trabajadores no calificados rurales, en las cuales la madre ha podido dar término a una educación primaria. Pero también incluye residentes urbanos que son trabajadores manuales, calificados y no calificados, además de pequeña burguesía. El hecho que la madre haya tenido acceso solamente a una educación primaria incompleta, califica el nivel socio-económico relativamente bajo de estos grupos.

A pesar de todo, la comparación de este panorama epidemiológico de la mortalidad en la infancia muestra algún progreso con respecto a 1970 (no se reproducen aquí los datos). Se estima que ha habido una disminución de las tasas, que en ese entonces alcanzaban hasta 222 por mil en el grupo en peores condiciones. Sin embargo, la proporción de hijos tenidos (sobre el total nacional) por las mujeres pertenecientes a los dos grupos de mayor riesgo para el niño, ha aumentado de 49% en 1970 a 61% en 1979.

Cuadro 13

UN PANDRAMA EPIDEMIOLOGICO DE LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ EN 1979

Grupos según nivel de mortalidad y composición socio-económica a/			Mortalidad menores 5 años b/	Riesgos relativos c/	Porcentaje expuestos d/
Residencia	Grupo ocupacional	Educación materna (años)			
TOTAL PAIS			117		100
MUY ALTA MORTALIDAD			<u>173</u>	<u>4.9</u>	<u>19</u>
Rural	Campesinos	0	170		
Rural	Jornaleros agrícolas	0	182		
ALTA MORTALIDAD			<u>126</u>	<u>3.6</u>	<u>42</u>
Rural	Campesinos	1-5	122		
Rural	Jornaleros agrícolas	1-5	140		
Rural	Trabajadores calificados y pequeña burguesía	0-6	123		
MEDIANA-ALTA MORTALIDAD			<u>99</u>	<u>2.8</u>	<u>18</u>
Rural	Trabajadores no calificados	0-6	100		
Rural	Campesinos	6	101		
Grand. ciud.	Trabajador no calificado	1-6	92		
Resto urb.	Trabajador no calificado y pequeña burguesía	1-5	100		
MEDIANA MORTALIDAD			<u>68</u>	<u>1.9</u>	<u>11</u>
Grand.ciud.	Clase media	1-6	49		
Grand.ciud.	Pequeña burguesía y trabajador calificado	1-6	74		
Resto urb.	Pequeña burguesía y trabajador calificado	6 y +	64		
MENOR MORTALIDAD			<u>35</u>	<u>1.0</u>	<u>6</u>
Grand.ciud.	Clase media	7 y +	34		
Grand.ciud.	Pequeña burguesía y trabajador calificado	7 y +	35		
Resto urb.	Clase media	7 y +	39		

a/ Sólo se indican principales subgrupos. b/ Por 1 000 nacidos vivos. c/ Relativos a grupo de menor mortalidad. d/ Hijos tenidos por las mujeres 15-34 años. Hay un 4% de expuestos en los grupos residuales no incluidos.

Fuente: Guzmán (1988).

LA INFORMACION SOBRE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ

La experiencia de utilizar esta información para elaborar el presente informe, pone de manifiesto sus variadas deficiencias. El hecho que el último censo de población se haya realizado sólo en mayo del presente año no permite utilizarlo en este informe. Las estimaciones de población se limitan por ahora al total nacional, urbano y rural, por sexo y edad. La conveniencia de hacer preparativos para la plena utilización del censo es obvia, incluyendo las preguntas que permitan hacer estimaciones indirectas de la mortalidad.

El registro de nacimientos tiene aparentemente una cobertura extensa. El principal problema está constituido por el registro de defunciones, que tiene serias omisiones. Además, de las defunciones que se registran, sólo una minoría tiene una certificación médica de sus causas.

Estas deficiencias explican que la mayor parte del conocimiento relativo a la mortalidad en la niñez se base en estimaciones derivadas de encuestas demográficas y del propio censo de población, a menudo con métodos indirectos.

Esta situación es relativamente frecuente en países con insuficiente desarrollo, condición que explica tanto la gravedad del problema de la mortalidad en la niñez, como las limitaciones del sistema de salud y de los sistemas de información. Necesariamente la mejoría de las condiciones de salud infantil, y del sistema de salud en particular, deberá emprenderse sin la totalidad de la información que sería deseable.

Junto con fortalecer las medidas que tiendan a mejorar el sistema de registro de nacimientos y defunciones, que es una tarea de largo alcance, el estudio muestra lo importante que es utilizar todas las fuentes alternativas de información sobre mortalidad.

Algunas de las actividades para mejorar el sistema de información actual sobre mortalidad en la niñez, que el informe pone de manifiesto, son las siguientes:

1. Impulsar el mejoramiento del sistema de registro de defunciones, que es una tarea de largo alcance pero que puede desarrollarse en etapas sucesivas.
2. Hacer planes para utilizar plenamente el censo de población reciente como fuente de información sobre la población que necesita ser protegida con más urgencia y la mortalidad a que está expuesta. El censo contiene información sobre

hijos tenidos y sobrevivientes, sobrevivencia del último hijo y fallecidos durante 1987. Con estos datos pueden hacerse análisis similares a los de Guzmán y Santos, cuya utilidad es evidente.

3. Utilizar en todas sus posibilidades la información de registro y todas las fuentes alternativas existentes sobre mortalidad en la infancia. El trabajo de Guzmán y Santos y el presente informe señalan que el análisis de la información disponible, aunque ella sea parcial y deficiente, puede permitir caracterizar el problema de la mortalidad en la infancia y su dinámica, y contribuir a tomar decisiones sobre cómo afrontarlo.

Por otra parte, el sistema de salud no es sólo un usuario de la información sobre nacimientos y defunciones, sino que puede contribuir a generarla. Los programas de salud local, para el mejor cuidado del proceso de salud-enfermedad del niño, se proponen siempre lograr la cobertura más amplia posible de embarazadas, partos, recién nacidos y lactantes. El cumplimiento de este objetivo debe redundar en el mejor registro de nacimientos y defunciones.

Igualmente la pesquisa de las muertes infantiles y la auditoría de cada una de ellas, proporciona información útil a la unidad local de salud para la prevención de nuevas defunciones. Desde luego porque la familia en que ha ocurrido una muerte infantil es una de mayor riesgo⁹. El estudio de la familia de los fallecidos permite además identificar condiciones de riesgo, explorar las creencias de la madre sobre el cuidado de la salud y enfermedades del hijo y conocer los factores que condicionan la utilización del sistema de salud. Por último, proporciona información para evaluar la capacidad del sistema para enfrentar estos casos serios.

Estos son algunos ejemplos de como la operación del programa de salud materno-infantil puede retroalimentar la información que éste requiere para su propia conducción y desarrollo.

Finalmente, es precisamente en Honduras donde, en 1983-84, se ensayó la aplicación de un nuevo método, creado por Brass y Macrae (1984), que deriva estimaciones de la mortalidad a partir de una pregunta relativa a la sobrevivencia del hijo previo (CELADE, 1985). La encuesta se hizo a 5 500 mujeres que se hospitalizaron debido a un parto en dos hospitales de Tegucigalpa y San Pedro Sula. Aunque se trata de una muestra seleccionada y la experiencia mostró que se necesita la interesada cooperación del personal hospitalario, el método proporcionó estimaciones satisfactorias

⁹Un estudio en Guatemala mostró que el total de las muertes infantiles en los hijos de mujeres de 15-34 años, ocurrieron en sólo el 19% de las madres.

de la mortalidad en los primeros años de vida. Es una experiencia que debiera considerarse para una más extensa aplicación por el propio sistema de salud, que podría generar así parte de la información que él mismo requiere.*

*Seminar on Collection and Processing of Demographic Data in Latin America. International Union for the Scientific Study of the Population and CELADE. Santiago, 23-27 May, 1988. Véase bibliografía.

SINTESIS

Con las reservas derivadas de la calidad de la información que se ha utilizado, se resumen a continuación las principales características de la mortalidad en la niñez en el país⁷.

En 1980 las tasas estimadas sitúan a Honduras en el grupo de alta mortalidad entre los países en estudio (0-4 años: 26; infantil 83; 1-4 años: 9.5), que son 4 veces mayores que los niveles que es posible alcanzar en Centroamérica (cuadro 2). Sin embargo, la mortalidad ha estado en descenso entre 1960 y 1980, y tiene la característica favorable que la baja se extiende aún a los grupos expuestos al mayor riesgo. Pero la intensidad del descenso es insuficiente y, hacia 1980, aparentemente tiende a moderarse. En el primer año de vida, el principal problema se encuentra en la mortalidad postneonatal (58 por mil).

Aunque la información sobre causas de muerte es muy parcial, todo indica que la mortalidad en el menor de cinco años está dominada por causas de etiología infecciosa (cerca de 70% de las defunciones). Hay considerable exceso en las enfermedades diarreicas y, en menor grado, en enfermedades previsibles por vacunación, en especial sarampión y tos ferina (cuadros 9-13). Y también en las defunciones atribuidas a infecciones respiratorias. De casi 10 000 muertes que se estima que pudieran evitarse en el primer año de vida, 83% corresponde a estos grupos de causas (cuadro 10).

Aún en este marco de alta mortalidad, hay diferencias importantes entre grupos geográficos y sociales. La población rural (cuadro 4) expuesta a mayor riesgo (37% de exceso), es mayoritaria (71% de nacimientos) y es en ella donde se observa una tendencia a la estabilización (gráfico 2). La mortalidad es menor y ha hecho bajas más intensas en los mayores centros urbanos del país. En contraste, se identifican 8 departamentos donde la mortalidad infantil excede 100 por mil en 1980 y el descenso es menor (cuadro 7).

Las estimaciones indirectas derivadas de la Encuesta Demográfica Nacional de 1983 ponen de relieve los determinantes sociales de estos contrastes geográficos de la mortalidad (cuadro 13). Muestran que es factible de alcanzar en el país una mortalidad infantil sustancialmente menor (35 por mil), aunque ello se observa sólo en una minoría (6% de los expuestos), formada por sectores sociales medios y altos y trabajadores calificados, siempre que la madre haya accedido a la educación media.

⁷Las estimaciones más recientes son de 1980. La tasa de mortalidad infantil es por 1000 nacidos vivos; las restantes, por 1000 habitantes de la edad indicada.

De acuerdo a estas estimaciones, el núcleo del problema de alta mortalidad en la infancia está formado por sectores socio-económicos que comprenden la mayoría (61% de los expuestos) y en los cuales el riesgo para la sobrevivencia del niño es extraordinariamente alto (126-178 por mil en promedio). Está formado por campesinos, jornaleros agrícolas y trabajadores no agrícolas que residen en el área rural, cuyas bajas condiciones de vida están indicadas por el hecho que las madres son analfabetas o sólo han podido alcanzar una educación primaria incompleta. A ellos se agrega un grupo cuya mortalidad infantil es aún de 100 por mil, incluye trabajadores no calificados del sector urbano, con similar déficit educacional de la madre. En este grupo se estima que radica casi un quinto de la población expuesta nacional.

EN SUMA, hasta 1980, en un generalizado proceso de baja de la mortalidad en la niñez, el análisis muestra que el progreso ha sido demasiado lento y que persiste un alto riesgo para la sobrevivencia del niño en sectores mayoritarios, principalmente rurales, caracterizados por bajos niveles de vida. Superar esta situación aparece como una urgente necesidad, en especial si se confirma que se ha moderado el descenso de la mortalidad en los años más recientes.

ANEXO

AGRUPACION DE CAUSAS DE MUERTE

Grupos de causas	Clasificación Internacional (lista 3 dígitos)	
	8a revisión	9a revisión
1. <u>Enfermedades infecciosas y parasitarias</u>	000-136	001-139
1a. Enf. infecciosas intestinales Incluye:	000-009	001-009
Cólera	000	001
Fiebre tifoidea	001-002	002
Otras salmonelosis	003	003
Shigelosis	004	004
Otras intox. alimentarias	005	005
Amebiasis	006	006
Otras inf.int. por protoz.	007	007
Otras infec.intestinales	008	008
Infec.intest. mal definidas	009	009
1b. Enf. infecciosas previsibles por vacunación. Incluye:		
Tuberculosis	010-019	010-018
Difteria	032	032
Tos ferina	033	033
Tétanos	037	037
Poliomielitis	040-043	045
Sarampión	055	055
2. <u>Desnutrición</u>	260-269	260-269
Incluye:		
Kwashiorkor	267	260
Marasmo nutricional	268	261
Otras desnut. proteíno- caló-ricas graves	269	262
Deficiencias vitamínicas	260-265	264-268
Otras defic. nutricionales	266	269

3. Infecciones respiratorias agudas

Incluye:

Infecciones respiratorias agudas de vías superiores, bronquitis y bronquiolitis agudas	460-466	460-466
Influenza	470-474	487
Neumonías	480-486	480-486
Bronquitis no calificada	490	490
Angina estrept. y escalatina	034	034
Otitis media, mastoiditis	381-383	381-383

4. Afecciones originadas en el período perinatal. Incluye:

760-779 760-779

Enf. maternas que afectan al recién nacido	760-763	760
Complicaciones obstétricas	764-771	761-763
Crecimiento lento, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso nacim.	777	764-765
Traumatismo del nacimiento	772	767
Hipoxia, asfixia, otras respiratorias del rec. nac.	776	768-770
Enfermedad hemolítica RN	774-775	773
Otras perinatales	778-779	776-771 772 774-779

5. Traumatismos y envenenamientos E.800-999 E.800-8996. Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos 780-796 780-7997. Causas restantes

NOTA: Debido a que a veces sólo se dispuso de listas abreviadas y de la lista de tres dígitos, algunas rúbricas fueron agregadas o suprimidas de la enumeración anterior. Por ejemplo, con frecuencia se usó el grupo 490-493, que incluye bronquitis crónica, enfisema y asma, además de bronquitis no calificada, que es un diagnóstico frecuente. Sin embargo, estas alteraciones son mínimas y no afectan en general a la interpretación y comparación de los grupos de causas.

BIBLIOGRAFIA

- Aguirre, A. y Hill, A. "Childhood Mortality estimates using the preceding birth technique: some applications and extensions". En: International Union for the Scientific Study of Population, CELADE. Seminar on Collection and Processing of Demographic Data in Latin America, May 23-27, 1988, Santiago.
- Behm, H. y Primante D. La mortalidad en los primeros años de vida en países de América Latina: Honduras 1969-1970. San José, Costa Rica: CELADE, Serie A No 1038, 1978. 57 p.
- Brass, W. y Macrae S. "Childhood Mortality estimated from Reports on previous Births given by Mothers at the time of a Maternity". En: Asian and Pacific Census Forum. East West Population Institute, November 1984, Vol. 11. No. 2.
- Camisa, Z. y Rincón, M. Honduras: proyecciones de población. Volumen 1. San José, Costa Rica: CELADE, abril 1981. 87 p.
- CELADE. Informe General (EDENH II 1983). Encuesta Demográfica Nacional de Honduras. San José, Costa Rica: CELADE, Serie A No. 1047II, setiembre 1985.
- CELADE. Tabulaciones básicas (EDENH II 1983). Encuesta Demográfica Nacional de Honduras. San José, Costa Rica: CELADE, Serie A No. 1047/I, abril 1985.
- Chackiel, J. y Merida A. Diferenciales geográficos y socioeconómicos de la ecundidad 1960-1983. EDENH II y otras fuentes. San José, Costa Rica: CELADE Serie A 1047/IV, diciembre 1986. 89 p.
- Guzmán, J.M. Diferencias socioeconómicas en las tendencias de la mortalidad en la niñez: Honduras 1974-1983. Santiago, Chile: CELADE, 1988.
- Guzmán, J.M. "El procedimiento del hijo previo: La experiencia latinoamericana". En: International Union for the Scientific Study of Population, CELADE. Seminar on collection and processing of demographic data in Latin America, May 23-27, 1988. Santiago.
- Guzmán, J.M. y Santos H. Mortalidad Infantil. Los riesgos de muerte infantil en diferentes contextos sociales y geográficos. 1955-1985. San José, Costa Rica: CELADE, Serie A 1047/V, enero 1988. 85 p.

- Irigoyen, M. y Mychaszula, S. "Estimación de la mortalidad infantil mediante el método del hijo previo. Aplicación en el hospital rural de Junin de Los Andes". En: International Union for the Scientific Study of Population, CELADE. Seminar on Collection and processing of Demographic Data in Latin America. May 23-27, 1988, Santiago.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y otros. Encuesta Nacional de Prevalencia del uso de anticonceptivos. Resultados Generales. Honduras: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, sf., 163 p.
- Ministerio de Salud Pública, Asociación Hondureña de Planificación Familiar. Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil, 1984. Honduras: Ministerio Salud Pública, 1986.
- Ortega, A. y Rincón M. "Mortalidad". En: Encuesta Demográfica Nacional de Honduras (EDENH). Fascículo IV. San José, C.R.: CELADE, Dirección General de Estadística y Censos de Honduras, Serie A No 129, 1975. 68 p.
- República de Honduras, Dirección General de Estadística y Censos. Anuario Estadístico 1973. Honduras: Dirección General de Estadística y Censos, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982.
- República de Honduras, Dirección General de Estadística y Censos. Censo de Población 1974. Honduras: Dirección General de Estadística y Censos, s.f.
- Rincón, M. La Mortalidad en la República de Honduras 1930-1974. Tablas abreviadas de mortalidad por sexo y grupos de edades. San José, Costa Rica: CELADE, 1982. 69 p.
- Secretaría Técnica del Consejo Superior de Planificación Económica. Monoografía de la población de Honduras. Honduras: Secretaría Técnica del Consejo Superior de Planificación Económica, 1985. 87 p.
- UNICEF, CELADE. La Mortalidad Infantil en Honduras. Santiago: CELADE; Serie DI No 39, 1985. 64 p.
- UNICEF, CELADE. Nuevo procedimiento para recolectar información sobre la mortalidad de la niñez. Investigación experimental en Bolivia y Honduras. Santiago: CELADE, Serie DI No 37, 1985. 55 p.

