

LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ

CENTROAMERICA, PANAMA, Y BELICE

HONDURAS: 1980-1985

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)

Setiembre de 1990
San José, Costa Rica

LC/DEM/CR/R.11
Serie OI No.1007

CELADE

La mortalidad en la Niñez en Centroamérica, Panamá y Belice / Hugo Behm Rosas y Jorge Barquero Barquero. -- San José, C.R. : Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF),1990.

7 v.: cuadros; grafs. -- (Serie OI ; n.1007)

1. MORTALIDAD INFANTIL. 2. CAUSAS DE MUERTE. 3. MEDICION DE LA MORTALIDAD. 4. TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD. 5. DETERMINANTES DE LA MORTALIDAD. 6. MORTALIDAD DIFERENCIAL. 7. SUPERVIVENCIA DEL HIJO. 8. EVALUACION DE PROGRAMA

Los datos y opiniones que figuran en este trabajo son de responsabilidad de los autores sin que el Centro Latinoamericano de Demografía sea necesariamente partícipe de ellos

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)
San José, Costa Rica, setiembre de 1990.

PRESENTACION

Este informe fue preparado por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), a petición de los Coordinadores del Plan de Supervivencia Infantil de los Ministerios de Salud de los países de Centroamérica, Panamá y Belice, con el fin de contribuir a la evaluación de este Plan.

El estudio fue realizado bajo la dirección del Dr. Hugo Behm Rosas, con la colaboración del Msc. Jorge Barquero Barquero.

Esta actividad fue financiada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP).

INTRODUCCION

En este informe se analiza el curso de la mortalidad del menor de cinco años en Honduras durante el actual decenio, información que ha sido solicitada por los Coordinadores del Plan de Supervivencia infantil, como parte de la información necesaria para la evaluación del Plan, la cual se ha programado para 1990. Este es un informe complementario al documento "La mortalidad en la niñez en Centroamérica, Panamá y Belice", que CELADE preparó para la III Conferencia de Ministros de Salud y Directores de Seguridad Social de estos países (CELADE, 1988).

De acuerdo a la información de la Secretaría de Salud Pública, se considera que "dentro del area Materno Infantil, Honduras ha logrado consolidar en el transcurso de los últimos 3 años años un Plan de Supervivencia Infantil, en apoyo al mejoramiento de las condiciones de salud de madres y niños menores" (Secretaría de Salud, 1990). Entre los objetivos operacionales, el que se refiere a la mortalidad se especifica como "contribuir a la reducción de las muertes por deshidratación y por enfermedades respiratorias agudas en menores de cinco años".

Para los fines mencionados, en el presente informe se describen las tendencias y la estructura de la mortalidad en el menor de cinco años a partir de 1980 y hasta el último año para el cual ha sido posible hacer estimaciones, como se indica más adelante.

En el análisis se consideran los siguientes aspectos de la mortalidad en esta edad:

- La mortalidad por grupos de edades que tienen significación para los programas de salud.
- Los diferencias de la mortalidad Infantil entre Regiones de Salud y sus tendencias.
- La estructura de la mortalidad por grupos de causas de defunción en el menor de cinco años.

En la utilización de los resultados del estudio es importante tomar en consideración las importantes restricciones que ellos tienen, debido a las deficiencias de la información básica y a la naturaleza de las estimaciones que se han utilizado.

Por otra parte, no ha sido posible hacer estimaciones confiables después de 1986, que es precisamente la fecha en que el Plan entró en operación. En todo caso, el informe permite conocer, hasta esa fecha, el nivel, las tendencias y los diferenciales de la mortalidad en el menor de cinco años, lo que permite definir algunas de las condiciones epidemiológicas existentes cuando el Plan fue iniciado.

INDICE

	Página
INTRODUCCION	1
LA MORTALIDAD POR EDADES EN MENORES DE CINCO AÑOS	2
La información básica	2
La mortalidad infantil	4
La mortalidad en la edad 1-4 años	7
LA MORTALIDAD INFANTIL POR AGRUPACIONES GEOGRAFICAS	8
La mortalidad infantil urbana y rural	8
La mortalidad infantil en las Regiones de Salud	8
La mortalidad infantil en la población urbana y rural de las Regiones de Salud	9
LAS DIFERENCIAS SOCIALES DE LA MORTALIDAD INFANTIL	11
LA MORTALIDAD INFANTIL SEGUN CAUSAS DE DEFUNCION	13
La información básica	13
Las causas de muerte infantil	
SINTESIS Y COMENTARIOS GENERALES	16
Las tendencias de la mortalidad infantil en el decenio 1975-1985	16
Situación de la mortalidad infantil en 1985	17
La evaluación del Plan de Supervivencia Infantil	18
NOTAS	20
ANEXOS	21
BIBLIOGRAFIA	25

INDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
1	Tasas de mortalidad en menores de cinco años, por edad. Honduras: 1975-1985. Tasa de mortalidad Infantil, Costa Rica: 1965-1981	5
2	Tasas de mortalidad Infantil urbana y rural. Honduras: 1975-1985	9
3	Tasas de mortalidad Infantil urbana y rural en las Regiones de Salud. Honduras: 1975-1985	10
4	Tasas de mortalidad infantil según el nivel de educación materna. Honduras: 1980-1985	11
5	Tasas de mortalidad Infantil por causas de defunción. Honduras: 1980-1983	14
6	Defunciones infantiles registradas por enfermedades infecciosas inmunoprevenibles. Honduras: 1980-1983	15
7	Tasas de mortalidad infantil por edades y causas. Honduras: 1982-1983 y Panamá: 1980-1981	17

INDICE DE GRAFICOS

1	Estimaciones de la tasa de mortalidad infantil según varias fuentes. Honduras: 1974-1986	3
2	Tasas de mortalidad Infantil. Honduras y Costa Rica: 1965-1985	6
3	Tasas de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal. Honduras: 1978-1983 y Costa Rica 1972-1978	6
4	Tasas de mortalidad Infantil por causas de defunción. Honduras: 1980-1983	14

LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ EN HONDURAS

EN 1980-1985

LA MORTALIDAD POR EDADES EN MENORES DE CINCO AÑOS

La información básica

De acuerdo a la información disponible, el registro de nacimientos no tiene omisiones importantes (CELADE, 1988), por lo cual se han utilizado las cifras registradas. La estimación de la población de 1-4 años se basa en el censo de población de 1988 y en las estimaciones de población elaboradas antes de este censo.

El problema principal reside en el registro de las defunciones, que tiene una severa omisión. Según las estimaciones presentadas en el informe anterior (CELADE, 1988), el 77% de las muertes bajo un año no estarían registradas, situación que es bastante generalizada en las Regiones de Salud.

El problema se agrava porque, desde 1984, se han suspendido las publicaciones oficiales de estadísticas vitales. De acuerdo con la información recibida, un cambio administrativo en el sistema ha originado un atraso en el procesamiento estadístico de las inscripciones registradas, el cual sólo se ha reiniciado en 1990. Una tabulación provisoria de las defunciones de 1987 tiene aparentemente una omisión mayor que en los años 1980-1983.

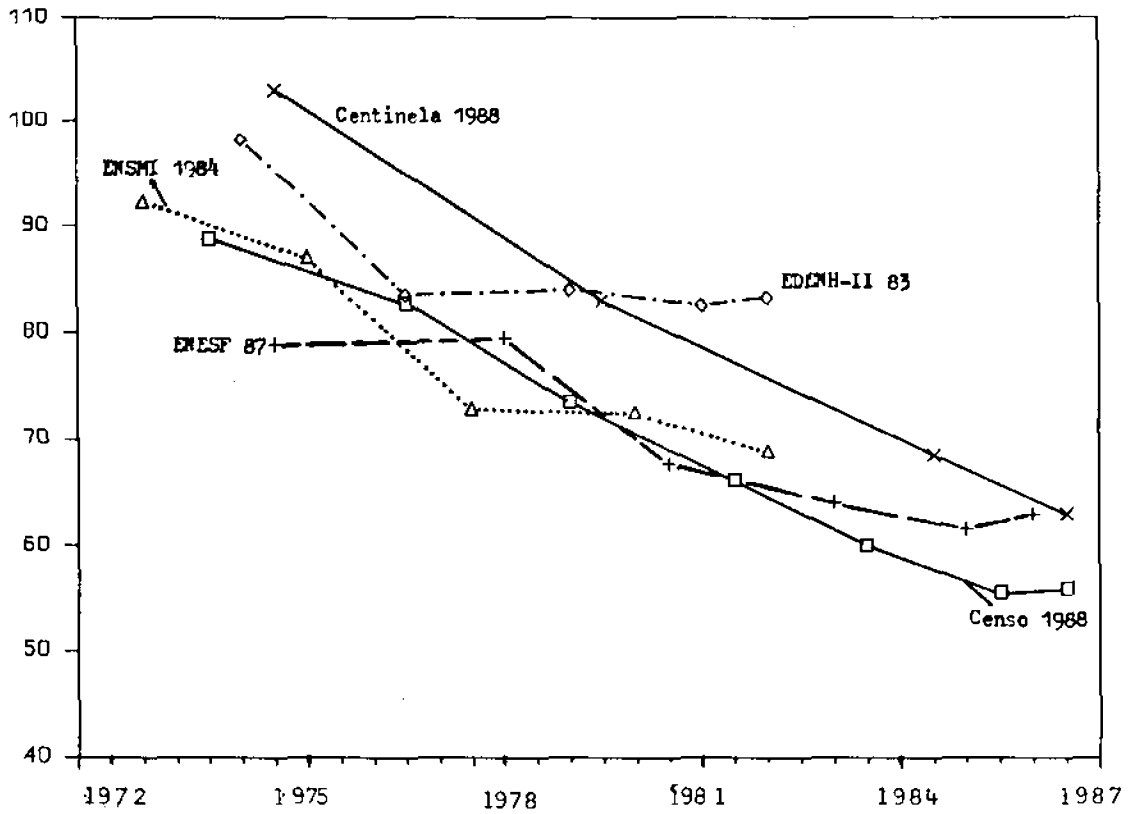
Dada esta situación, la base principal del presente estudio está formada por estimaciones indirectas de la mortalidad infantil derivadas de encuestas y del censo de población, que se han realizado en el actual decenio. Estas fuentes son las siguientes:

- La Encuesta Demográfica Nacional de Honduras (EDENH-II-1983), que cubrió 11 103 hogares y es una muestra probabilística nacional.
- La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI-1984), en la cual se entrevistaron 4 800 mujeres de 15-44 años en una muestra probabilística del total de la población.
- La Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF-1987), basada en una muestra probabilística de 10 441 hogares.
- La Encuesta de Sitios Centinela, realizada en diciembre de 1988, que cubrió 117 localidades y encuestó una población de 97 014 personas. No se tiene información sobre su representatividad respecto al total del país.
- El censo de población hecho en mayo de 1988, que tiene tres preguntas relativas a la mortalidad.¹

Las estimaciones se obtuvieron con el método indirecto de Brass (Naciones Unidas, 1983) y se basan en la proporción de hijos fallecidos declarados por las mujeres de 15-49 años. Se utilizó la tabla modelo Oeste de Coale-Demeny.² Los resultados para el período 1973-1987 se presentan en el Cuadro 1A del Anexo y el Gráfico 1.

Gráfico 1

ESTIMACIONES DE LAS TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL
SEGUN VARIAS FUENTES
HONDURAS: 1974-1986



Fuente: Cuadro 1-A, anexo.

Si se excluye la tasa de ENESF-1987 para 1975 (evidentemente subestimada) hay una aceptable coherencia entre las estimaciones derivadas de ENESF-1987, ENSMI-1984 y del censo de 1988 para el período 1974 a 1980. La concordancia se refiere al nivel y la tendencia, según la cual la tasa de mortalidad infantil desciende aproximadamente de 90 a 70 por mil. Después de 1980 las estimaciones censales muestran un descenso más marcado que las de ENESF-1987, de tal modo que las estimaciones para 1985 son 58 y 62 por mil, respectivamente. En el Cuadro 1A se incluyen las tasas de mortalidad infantil calculadas con datos de registro, que muestran un descenso similar (aunque algo mayor) que las estimaciones indirectas.

También se han comparado estas dos estimaciones por Regiones de Salud (no se incluyen). Las estimaciones censales aparecen más regulares, sin las variaciones muestrales de las estimaciones de la encuesta. Se confirma la impresión de Barahona et.al. de que las tasas de ENESF para 1975 son demasiado bajas. Las dos fuentes no llegan a grandes disparidades en años recientes, excepto en las Regiones 1 y 2, donde las de ENESF son mayores. En la encuesta hay una subestimación seria de la mortalidad en la Región 7.

Las estimaciones derivadas de EDENH-II-1983 parecen menos reales: tienen un mayor nivel y una tendencia estacionaria que se contradice con el descenso que muestran todas las restantes estimaciones. Las tasas de Sitios Centinela muestran una tendencia paralela a este descenso, pero son francamente más elevadas.

En suma, hasta 1980 las estimaciones censales parecen la mejor opción. No se tienen mayores elementos para decidir cuál de las dos estimaciones más recientes de la mortalidad infantil (ENESF-1987 o censo) es más verosímil. En general, la información de una encuesta está menos expuesta a error en la información básica que en un censo de población, pero el error de muestreo es mucho mayor. El censo no ha sido aún evaluado; la información que se usa para las estimaciones de mortalidad no muestra inconsistencias.³

Para el análisis se utilizan las estimaciones censales. Conviene aquí insistir que las estimaciones indirectas están sometidas a variadas restricciones. Desde luego dependen de la exactitud de la información sobre hijos tenidos y sobrevivientes. Pero además dependen del cumplimiento de varios supuestos implícitos en el método. Por tanto, las tasas estimadas deben interpretarse como una aproximación a una realidad sobre la cual no se tiene una información adecuada. También es necesario recordar que las estimaciones utilizadas pudieran subestimar la mortalidad en 1985-1986 y exagerar el descenso en años recientes.

La mortalidad infantil

El Cuadro 1 presenta las estimaciones para la tasa de mortalidad infantil entre 1975 y 1985, las cuales muestran un sostenido descenso que promedia aproximadamente 3 puntos anuales. El anterior informe se basó principalmente en la información de EDENH-II, que mostraba una mortalidad estacionaria en años recientes. De tal modo que el descenso sostenido de la mortalidad infantil, cuya evidencia deriva de la información de dos fuentes independientes, es una comprobación estimulante. Sin embargo, todo indica que estas ganancias debieran ser intensificadas.

Cuadro 1

TASAS DE MORTALIDAD EN MEJORES DE CINCO AÑOS, POR EDAD
 HONDURAS: 1975-1985 Y TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL,
 COSTA RICA: 1965-1981

Año	T A S A S P O R M I L				Costa Rica	
	Infantil	Neonatal	Postneonatal	1-4 años	Año	Tasa
1975	90	29	61	10	1965	80
1976	85	27	58	10	
1977	83	27	56	9	1972	60
1978	79	25	54	8	1973	47
1979	75	24	51	8	1974	41
1980	72	22	50	8	1975	42
1981	69	20	49	7	1976	36
1982	66	22	44	7	1977	31
1983	63	20	43	6	1978	24
1984	60	-	-	5	1979	24
1985	58	-	-	5	1980	19
					1981	18
Baja 1975-83	27	9	18	5		

Fuente: Celade (1988). Estimaciones censales para Honduras, 1980-85.

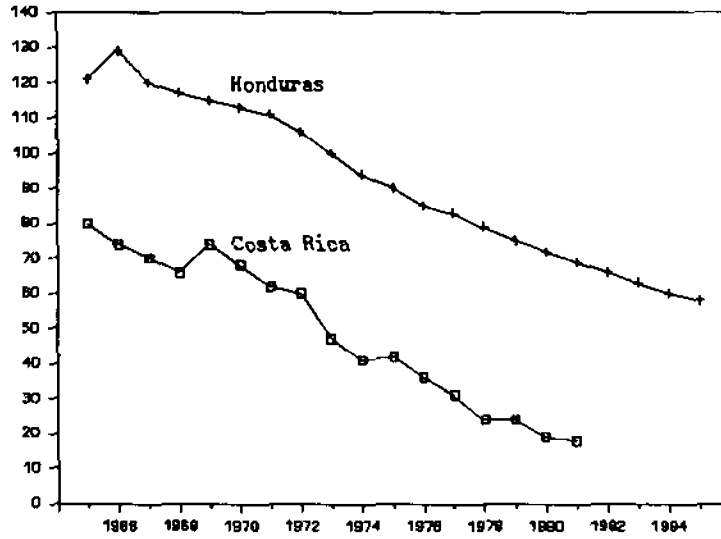
En el Gráfico 2 esta evolución se compara con la de Costa Rica en 1965-1981. La reducción de la mortalidad en Honduras de aproximadamente 80 a 60 por mil en los 7 años que median entre 1978 y 1985, es similar a la que hizo Costa Rica en igual lapso entre 1965 y 1972. No obstante, a partir de este último año, en Costa Rica se produjo una aceleración del descenso, de 3 a 5 puntos anuales. De este modo, en los 7 años siguientes la tasa se redujo de 60 a 24 por mil.

El curso comparado de la mortalidad neonatal y postneonatal ilustra la naturaleza de este proceso. Las estimaciones se obtuvieron aplicando a la tasa de mortalidad infantil estimada, la distribución observada de defunciones registradas neonatales y postneonatales. Las tasas correspondientes sólo se conocen hasta 1983 (Cuadro 1). Las estimaciones señalan que ha habido en el período 1975 a 1983 una similar reducción de 30% en ambas edades. La mortalidad de 1 a 11 meses representa el problema mayor en el primer año de vida, con casi el 70% de las muertes infantiles. Aunque la mortalidad postneonatal ha tenido un descenso de 61 a 43 por mil entre 1975 y 1983, continúa siendo el problema más importante.

En el Gráfico 3 se compara Honduras con Costa Rica, que muestra que en 1971, cuando este último país tenía la mortalidad infantil de Honduras en 1983, el componente postneonatal era ya menor (tasa 34 por mil). Y que fue la drástica disminución de esta mortalidad (que llegó a 10 por mil en 1979) la causa principal de la aceleración en el descenso de la mortalidad infantil. En suma, urge tomar medidas para acelerar el descenso del alto riesgo de muerte en la edad 1-11 meses, que es el factor más decisivo en el curso de la sobrevivencia infantil, hasta la última fecha en que este proceso puede ser estudiado.

Gráfico 2

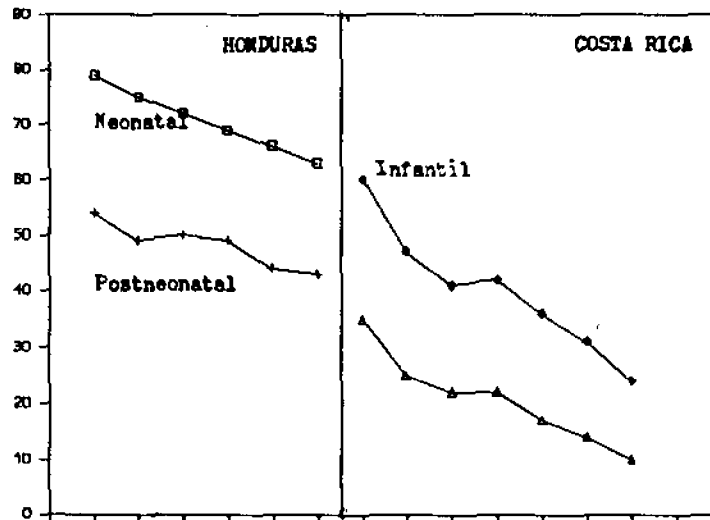
TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL
HONDURAS Y COSTA RICA: 1965-1985



Fuente: Cuadro 1.

Gráfico 3

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL
HONDURAS: 1978-1983 Y COSTA RICA: 1972-1978



Fuente: Cuadro 1.

La mortalidad en la edad 1-4 años

Estas estimaciones, que se presentan en el Cuadro 1, son también de naturaleza indirecta y se basan en el censo de población. Por tanto, sus tendencias son semejantes a las tasas de mortalidad infantil, que tienen el mismo origen.

Según esta información, la mortalidad en la edad 1-4 años ha disminuido de 10 a 5 por mil en el decenio 1975-1985. Habría que agregar que este avance, siendo bastante importante, indica que hasta ese año persistía un notable exceso del riesgo de morir en esta edad. Las tasas estimadas para 1985 son 3.0 por mil en Panamá y 0.7 por mil en Costa Rica (CELADE, 1988)

LA MORTALIDAD INFANTIL POR AGRUPACIONES GEOGRAFICAS

El análisis de las diferencias socio geográficas de la sobrevivencia infantil tiene particular interés para el sector salud, porque a menudo permite reconocer las diversas realidades epidemiológicas que coexisten en un mismo país y que requieren estrategias diferentes. Por otra parte, es así posible contribuir a identificar grupos de riesgo que implican prioridad en los programas de salud. En este capítulo se analiza la mortalidad infantil en la población urbana y rural y en las Regiones de Salud.

La mortalidad infantil urbana y rural

Las estimaciones indirectas⁴ que se presentan en el Cuadro 2 ponen en evidencia que la población infantil rural estuvo sometida a un mayor riesgo de muerte en todo el período en estudio, que en 1985 alcanza un exceso de 38% respecto al urbano. Las tasas son 62 y 45 por mil, respectivamente.

Esta sobremortalidad rural es de especial significación en un país en que la población rural es mayoritaria. Si se acepta que el 66% del total de menores de un año con residencia rural encontrado en el censo de 1988 es una gruesa aproximación a la proporción de nacimientos rurales, se estima que por lo menos el 70% de las muertes de menores de un año ocurrirían en la población rural.

De aquí que sea muy positivo encontrar que el descenso de la mortalidad infantil en el decenio 1975-1985 haya comprendido también la población rural, en la cual se estima que ha disminuido de 92 a 62 por mil. La baja, proporcionalmente, es algo mayor en el sector urbano.

En la ENFES-1987 se pudieron hacer estimaciones de la mortalidad infantil para el conjunto de los mayores centros urbanos del país (Tegucigalpa y San Pedro Sula), que mostraron que era en estas poblaciones donde la transición a una mayor sobrevivencia infantil había empezado antes y estaba más avanzada que en el resto urbano del país. Para 1985-1987, las estimaciones directas mostraron que la tasa estimada era 24% menor en estas dos ciudades principales que en la restante población urbana.

La mortalidad infantil en las Regiones de Salud

Las estimaciones para estas Regiones de Salud se presentan en el Cuadro 3 y los Departamentos que cada una de ellas comprenden se indican en el Anexo. Las regiones VII y VIII han sido agrupadas en una sola, que comprende los Departamentos de Olancho y Gracias a Dios.

Según esta información, no hay grandes diferencias entre las Regiones de Salud. La mayoría de ellas tienen tasas estimadas entre 50 y 60 por mil en 1985, haciendo excepción sólo la Región 5 (75 por mil). En todas ellas se observa un descenso similar de la mortalidad, desde tasas que en general eran de 80-90 por mil en 1973-74. La Región 5 (Departamentos de Copán, Lempira y Ocotepeque) se caracterizaba ya entonces por una mayor mortalidad, estimada en 111 por mil. El otro hecho importante que muestra el Cuadro 3 es que la tendencia al descenso de la mortalidad infantil es generalizado a todas las Regiones de Salud.

Cuadro 2

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL URBANA Y RURAL,
HONDURAS 1975-1985

Año	Tasas por mil	
	Urbana	Rural
1975	74	92
1976	72	90
1977	68	87
1978	65	84
1979	62	81
1980	59	78
1981	55	74
1982	53	72
1983	48	69
1984	45	67
1985	45	62

Fuente: Censo 1988.

Aunque las Regiones de Salud son unidades operacionales para el sector salud, se ve que ellas no distinguen, como lo hacen la variable urbano/rural, las poblaciones que tienen diferentes riesgos para la sobrevivencia infantil. Por ello se consideran a continuación las estimaciones de la mortalidad en agrupaciones geográficas definidas por ambas variables.

La mortalidad infantil en la población urbana y rural de las Regiones de Salud

En el mismo Cuadro 3 se presentan las estimaciones para estas poblaciones, referidas a los años 1975, 1980 y 1985. Como se preveía, el mayor contraste de la mortalidad infantil se establece entre los residentes urbanos y los rurales, en cada Región. Esta distribución está de acuerdo con algunos otros indicadores proporcionados por el último censo de población. Con excepción de los Departamentos de Morazán y de Cortés, en todas las Regiones la población rural comprende habitualmente 70-80% del total de la población. Por otra parte, el porcentaje de analfabetismo, que es 17% en el área urbana y 42% en la rural, señala las diferentes condiciones de vida en que estas poblaciones se encuentran. Este indicador es bastante homogéneo en el sector rural, cualquiera que sea la Región a que pertenezca.

En el contexto de una mortalidad infantil que es aún alta, es posible distinguir en 1985 algunas grandes agrupaciones que difieren en la magnitud de este riesgo.

Cuadro 3

**TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL URBANA RURAL
EN LAS REGIONES DE SALUD
HONDURAS 1975-1985**

Año	R E G I O N E S						
	1	2	3	4	5	6	7
TOTAL REGION							
1975	78	89	86	82	111	91	68
1980	64	75	73	72	92	73	61
1985	51	59	56	62	75	60	50
POBLACION URBANA							
1975	64	74	76	86	104	77	67
1980	51	59	62	75	93	60	58
1985	40	48	46	63	64	51	44
POBLACION RURAL							
1975	93	96	94	80	111	96	69
1980	78	80	79	70	90	77	61
1985	66	62	64	61	77	60	51

Fuente: Censo 1988.

El grupo de menor mortalidad (Cuadro 3) está formado por las poblaciones urbanas de todas las Regiones, con excepción de las Regiones 4 y 5. Las tasas estimadas son de 40-51 por mil y a ellas están expuestos el 31% de la población menor de un año. Debido a que la información disponible se refiere a Departamentos, no es posible identificar en este conjunto a la Región Metropolitana, formada por las ciudades de Tegucigalpa y San Pedro Sula, que otros estudios identificaron como de menor mortalidad. La aproximación que se ha podido hacer es estimar la tasa para la población urbana de los Departamentos de Morazán y Cortés, que resulta ser en 1985 de 40 por mil. Los menores de un año de estas poblaciones son un quinto del total nacional.

Un segundo grupo, cuya mortalidad infantil varía entre 60 y 64 por mil, comprende el sector urbano de estas Regiones 4 y 5, junto con la población rural de todo el país, con la sola excepción de la que pertenece a la Región 5. En este grupo, de acuerdo con el censo, reside el 62% de la población expuesta y constituye el núcleo central del problema de la sobrevivencia infantil.

Por último, el sector rural de la Región 5, es el de mayor mortalidad de acuerdo con las estimaciones indirectas, con una tasa de 77 por mil en 1985. Es también la población que tenía la más alta mortalidad diez años antes. Los Departamentos que la forman (Copán, Lempira y Ocotepeque) son casi totalmente rurales y en esta área la mitad de la población es analfabeta.

LAS DIFERENCIAS SOCIALES DE LA MORTALIDAD INFANTIL

Las diferencias geográficas de la mortalidad infantil que se han descrito, se originan en las disparidades que existen en el seno de la población respecto a las condiciones materiales de vida y al acceso y calidad de las atenciones que presta el sistema de salud.

Una de las ventajas de las estimaciones indirectas de la mortalidad infantil es que hacen posible estudiar la relación de esta mortalidad con diversos indicadores sociales y económicos existentes en la propia encuesta o censo. En el informe anterior (CELADE, 1988) se reprodujo un panorama epidemiológico de la mortalidad en el menor de cinco años referido a 1979 (Guzmán, 1988). Está basado en los diferenciales de esta mortalidad que están asociados al grupo socio-ocupacional del padre y a la educación materna. El análisis mostró una gran variedad de subpoblaciones con diferente riesgo para la sobrevivencia infantil, riesgo que tiene una enorme variación: de 35 a 173 por mil. El primer grupo está formado por los hijos de hogares de clase media o trabajadores manuales calificados, en los cuales la madre ha alcanzado la educación media o superior y que residen de preferencia en las grandes ciudades. El grupo de mayor riesgo está constituido por los hijos de campesinos o jornaleros agrícolas, cuya madre es analfabeta. La mitad de la población nacional de menores de cinco años está expuesta a una mortalidad de 126 por mil o más.

La Información que se ha obtenido en años más recientes pertenece a la Encuesta de Epidemiología y Salud Familiar realizada en 1987. Con estos datos, Barahona et.al. (1990) ha analizado la mortalidad infantil en distintos grupos definidos por el nivel de educación formal que la madre alcanzó.⁵ Los resultados se resumen en el Cuadro 4.

Cuadro 4

MORTALIDAD INFANTIL SEGUN EL NIVEL DE EDUCACION MATERNA HONDURAS, 1980-1985

Años de educación materna	Tasas por mil		Diferencia
	1980	1985	
Ninguno	94	82	-12
1 - 3	73	64	- 9
4 - 6	53	54	+ 1
7 y más	30	36	+ 6

Fuente: ENESF-1987.

Se ve que las diferencias sociales de la mortalidad infantil, asociadas por diversos mecanismos al nivel de educación de la madre, son mucho mayores que las geográficas. En los grupos que tienen una situación socioeconómica que le permitió a la mujer alcanzar una educación media o superior, el riesgo de muerte para el niño es de 30-36 por mil. Pero si el hijo nace en las condiciones adversas que señala el analfabetismo de la madre, el riesgo para el hijo es más del doble y alcanza a 82 por mil. Los autores del análisis de la encuesta tienen razones para pensar que en este último grupo hay una subestimación de la mortalidad.

No se tiene información para calcular la población expuesta en cada uno de estos grupos. El estudio de Guzmán demostró que en aquéllos de mayor riesgo estaba una parte sustancial del total nacional. Sólo se puede agregar que en el censo de 1988 se encontró que son analfabetas el 36% de las mujeres de 15-39 años (que son las que generan la gran mayoría de los nacimientos) y que ellas residen de preferencia en el área rural.

El Cuadro 4 muestra también el cambio que se ha producido en la mortalidad Infantil en estos grupos entre 1980 y 1985. La comparación señala un hecho favorable: la reducción de esta mortalidad se habría producido de preferencia en los grupos de menor educación materna y mayor mortalidad del hijo. De este modo, las diferencias sociales de la mortalidad, aún marcadas y con altas tasas, tiende a disminuir en el quinquenio en estudio.

LA MORTALIDAD INFANTIL SEGUN CAUSAS DE DEFUNCION

La estructura de la mortalidad infantil interesa al sector salud porque contribuye a definir las condiciones epidemiológicas existentes y, por tanto, las estrategias más convenientes para mejorarlas.

La información básica

A las deficiencias de registro que ya se han mencionado, se agregan las inexactitudes del conocimiento sobre las enfermedades que determinan la muerte. No se tiene información sobre la proporción de defunciones con certificación médica, que se presume que es baja, en especial en la población rural. Por otra parte, en 1980-1982, casi un tercio de las muertes se asignan a una causa mal definida.

Sólo se dispone de información sobre causas de muerte para los años 1980 a 1983. Las estimaciones se han hecho aceptando la estructura de causas en las muertes registradas, pero ajustando la tasa al nivel de la mortalidad infantil que se ha aceptado en el análisis anterior. Las muertes por causas mal definidas han sido redistribuidas de acuerdo a la estructura de las causas conocidas.

Por las razones mencionadas, los resultados de este breve análisis de la mortalidad por causas deben ser considerados con cautela.

Las causas de muerte infantil

Estas causas han sido agrupadas en categorías que tengan significación para los programas de salud (detalle en Anexo) en la forma siguiente:

- Enfermedades infecciosas
 - Enfermedades diarreicas
 - Enfermedades inmunoprevenibles
 - Otras enfermedades infecciosas
- Desnutrición
- Infecciones respiratorias agudas
- Causas perinatales
- Causas restantes

Las tasas se expresan por 10 000 nacimientos.

El Cuadro 5 y el Gráfico 4 muestran en 1980 la estructura por causas de muerte que se observa con frecuencia en países de alta mortalidad infantil. El 68% de las defunciones es atribuido a enfermedades de etiología infecciosa, entre las cuales el problema más serio son las enfermedades diarreicas, que serían responsables de más de un tercio del total de defunciones infantiles, con una tasa de 184 por 10 000 en 1983. De acuerdo con la información analizada, ha habido un descenso importante de este grupo de mortalidad en estos años.

Cuadro 5

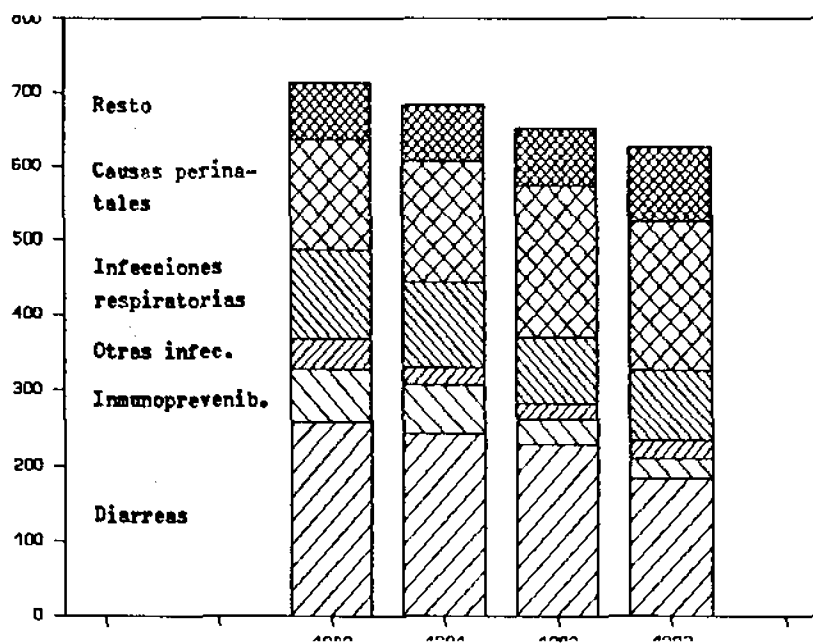
**TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL POR CAUSAS DE DEFUNCION
HONDURAS 1980-1983**

Grupo de Causa	1980	1981	Cambios 1980-83		Absoluto	Por ciento
			1982	1983		
Enfermedades infecciosas	369	330	284	235	-134	-36
Enfermedades diarreicas	259	242	229	184	-75	-29
Inmunoprevenibles	69	65	33	27	-42	-61
Otras infecciosas	41	23	21	24	-18	-43
Desnutrición	7	8	9	6	-2	-20
Infecciones respiratorias	118	114	87	93	-25	-22
Causas perinatales	151	164	203	199	48	32
Causas restantes	76	77	79	100	24	32
TOTAL	721	692	662	632	-89	-12

Fuente: Anuarios Estadísticos 1980 a 1983.

Gráfico 4

**TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL POR CAUSAS DE DEFUNCION
HONDURAS: 1980-1983**



Fuente: Cuadro 5.

La mortalidad atribuida a las enfermedades inmunoprevenibles es algo menor (tasa 27 por 10 000 en 1983), pero aún excesiva. Aquí la reducción ha sido aún mayor y alcanza a 61% entre 1980 y 1983. Las enfermedades que se registran como causas de muerte son principalmente la tos ferina y el sarampión (Cuadro 6).

Cuadro 6

DEFUNCIONES INFANTILES REGISTRADAS POR ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES
HONDURAS: 1980-1983

Causas	1980	1981	1982	1983
Tuberculosis	1	2	-	5
Tos ferina	162	117	71	35
Tétanos	2	2	3	1
Poliomielitis	15	8	12	7
Sarampión	52	108	40	14

Fuente: Anuario Estadístico 1980-1983.

El tercer componente de importancia son las infecciones respiratorias agudas, cuyas tasas estimadas desciende de 118 a 93 por mil entre 1980-1983. Aún así, este grupo aparece como responsable del 15% de las muertes en el primer año de vida en 1983.

En cuanto a la mortalidad por causas perinatales, parece dudoso que se haya producido el aumento que muestran las estimaciones. Por otra parte, se trata de un grupo de causas que dependen mucho de un diagnóstico que debiera ser hecho por un médico. En todo caso, ellas forman casi un tercio de la mortalidad infantil en esa última fecha.

El Cuadro 5 comprende sólo hasta 1983, fecha del último Anuario Estadístico. Se nos ha proporcionado una copia no publicada de la tabulación de 2 168 muertes de menores de un año correspondientes a 1987. Se sabe que es incompleto el envío desde el nivel local del nuevo formulario entonces implantado para comunicar esta información a la Dirección General de Estadística. Por ello, no se han calculado tasas. Pero la distribución porcentual de estas defunciones está de acuerdo con las tendencias que se han descrito anteriormente en los distintos grupos de causas. La información es la siguiente:

	Por ciento
Enfermedades infecciosas	35
Enfermedades diarreicas	29
Enf. Inmunoprevenibles	5
Otras Infecciosas	1
Infecciones respiratorias agudas	16
Causas perinatales	27
Causas restantes	23
Todas las causas	100

SINTESIS Y COMENTARIOS GENERALES

Conviene insistir en las reservas que se han hecho en el texto precedente sobre las limitaciones de las estimaciones de mortalidad que se usan en el análisis, las cuales se originan en las deficiencias de la Información básica y en los métodos utilizados para hacer las estimaciones.

Las tendencias de la mortalidad Infantil en el decenio 1975-1985

El hecho positivo que estas tendencias ponen en evidencia es el continuado descenso de la mortalidad infantil en el decenio, desde una alta tasa estimada en 90 por mil a niveles aproximados a 60 por mil (Cuadro 1). Estas tendencias han afectado tanto a la mortalidad neonatal como a la postneonatal. Esta última sigue constituyendo el núcleo del problema de la sobrevivencia en el primer año de vida, toda vez que se estima que comprende el 70% de las muertes infantiles.

La mortalidad en esta edad está dominada por las enfermedades de etiología infecciosa, que generan en 1983 la mitad del total de muertes infantiles (Cuadro 5). El principal problema reside en las enfermedades diarreicas, que alcanzan al 30% de las muertes infantiles. Todos estos grupos muestran descenso en el período 1980-1983, en especial las enfermedades infecciosas evitables por vacunación.

En el seno de una mortalidad alta y bastante generalizada en todo el país, existen contrastes geográficos importantes. El hecho más destacado es la sobremortalidad rural, que alcanza casi a 40% (Cuadro 2). En tanto que la mayor parte de la población urbana (en especial en las ciudades mayores) puede haber alcanzado tasas de 40-45 por mil, más del 60% de la población de menores de un año, que residen mayoritariamente en el área rural, está expuesto a riesgos de morir que promedian 60 por mil. En la Región, la más rural y con niveles de educación más bajos, la mortalidad infantil alcanzaría a 75 por mil en 1985 (Cuadro 3).

Los contrastes son aún mayores si se clasifica la población expuesta por indicadores sociales. Los hijos de mujeres analfabetas (que forman el 36% de la población rural) tienen riesgos de morir 2.3 mayores que los hijos de mujeres de educación media o superior. Aún en 1985, se estima que los hijos de madres analfabetas están expuestos a una mortalidad que supera 80 por mil (Cuadro 4).

A pesar de que persisten los condicionantes de una alta mortalidad infantil en el contexto socio-económico, lo importante es que los descensos de la mortalidad infantil ocurren aparentemente en todos estos grupos sociales y geográficos, aún en aquéllos que se encuentran en peores condiciones.

El hecho de que las tendencias de la mortalidad en la niñez sólo puedan documentarse hasta 1985, deja sin contestar la pregunta si los descensos descritos hasta esa fecha han continuado en años recientes a pesar de las condiciones de crisis en que el país ha estado viviendo.

Situación de la mortalidad infantil en 1985

A pesar de los progresos que se han resumido, la mortalidad infantil es claramente excesiva en 1985 y este exceso está originado en enfermedades que son evitables. La experiencia de Costa Rica, que en los años 1965-72 tenía una mortalidad infantil con niveles y tendencias similares a las de Honduras en 1978-1984, señala que en este país la disminución de la mortalidad se aceleró a partir de 1973. Y que esto se logró principalmente por la reducción de las defunciones de etiología infecciosa, en especial de las enfermedades diarreicas (Gráfico 3).

Con el fin de ilustrar la experiencia de otros países a partir de condiciones similares a la de Honduras en años recientes, en el cuadro 7 se compara la mortalidad infantil, por edades y algunos grupos de causas, de Honduras 1982-1983 con Panamá 1980-1981, un país que se encuentra más avanzado en su transición epidemiológica.

Cuadro 7

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL POR EDADES Y CAUSAS
EN HONDURAS 1982-1983 Y PANAMA 1980-1981

Edad y causas	Honduras	Panamá	Exceso
Mortalidad infantil (por mil)	64	28	+ 36
Mortalidad neonatal	21	16	+ 5
Mortalidad postneonatal	43	12	+ 31
Mortalidad en edad 1-4 años	6	3	+ 3
Mortalidad (por 10 000) debida a:			
Enfermedades infecciosas	260	37	+223
Enfermedades diarreicas	206	21	+185
Inmunoprevenibles	30	11	+ 19
Infecciones respiratorias	90	33	+ 57
Causas perinatales	201	137	+ 64
Causas restantes	91	73	+ 18
Todas las causas	642	280	+362

Fuentes: Costa Rica: CELADE, 1988. Honduras: Anuarios Estadísticos.

La comparación pone en evidencia considerables excesos en la mortalidad en todas las edades en menores de cinco años.

De los 362 puntos de exceso en la mortalidad infantil (por 10 000), que se muestran en la última columna, el 62% se vincula a las enfermedades infecciosas, y la mitad, a las enfermedades diarreicas. Estas constituyen, en consecuencia, el núcleo del problema. La mortalidad registrada por enfermedades infecciosas que son prevenibles por vacunación, ha descendido de modo importante, aunque requiere de continuados esfuerzos para ser erradicada. Y la mortalidad por infecciones respiratorias agudas, a pesar de que está en descenso, tiene también un notable exceso en esta comparación. Respecto a las causas de muerte perinatales, constituyen aún un problema de segundo orden en comparación con las anteriormente mencionadas, pero serán de creciente importancia en la medida que se reduzca la mortalidad de etiología infecciosa.

Los estudios hechos en otros países (con mayor información) muestran que, en las condiciones epidemiológicas que hoy prevalecen en Honduras, esta alta mortalidad infantil debida a causas que son técnicamente evitables, se concentra en los grupos sociales que están en peores condiciones de vida. Y que, por tanto, junto con combatir los condicionantes estructurales que originan estas disparidades en los niveles de vida, el sector salud debería dar real prioridad a tales poblaciones, que están expuestas a mayores riesgos.⁶

La evaluación del Plan de Supervivencia Infantil

La carencia de información en el momento de producir este informe ha impedido extender el análisis de la mortalidad hasta los años 1986-90, período para el cual se proyectó este Plan. Los resultados que han sido presentados definen las condiciones epidemiológicas de la mortalidad infantil en el período inmediatamente anterior y son, en consecuencia, referencia útil para una futura evaluación.

Conviene agregar que, según la información que se recibió al visitar Tegucigalpa, existen halagüeñas posibilidades de superar la crisis que ha tenido el sistema de información de estadísticas vitales. Aparentemente la Dirección General de Estadística y el Registro Nacional de Personas están laborando juntos para procesar estadísticamente la información de los libros de registro disponibles en esta última, desde 1984 en adelante. SECPLAN, a su vez, está haciendo una tabulación manual parcial de esta misma información (con el fin de evaluar el censo de población), que se presume que se terminará en los próximos meses.

Por otra parte, está en marcha un proyecto para impulsar la evaluación y el análisis del censo de población de 1988 (con participación de CELADE). En el breve tiempo dispuesto para elaborar el presente informe sólo ha sido posible utilizar parcialmente una de las tres preguntas que se refieren a la mortalidad. Un estudio más acabado puede considerar, junto a las variables geográficas, las variables socioeconómicas existentes en el censo, enriqueciendo el análisis. Si la información relativa a la supervivencia del hijo nacido el último año demuestra ser satisfactoria, será posible hacer estimaciones para 1987-1988 de la mortalidad infantil a nivel nacional, por Regiones de Salud y para la población urbana y rural.

Con estas dos fuentes de información puede ser factible hacer un estudio más amplio, más detallado y proyectado a años más recientes de la mortalidad en el menor de cinco años, que lo que ha sido posible hacer en el presente informe. Se ve el rol que puede jugar el Ministerio de Salud, como usuario más interesado, en impulsar el logro de este objetivo. Pero el estudio de la mortalidad infantil no es un fin para el sector salud, sino apenas una información útil para enfrentar el problema principal: cómo mejorar la supervivencia infantil en los años próximos, acelerando la reducción de la excesiva mortalidad actual, en especial en ciertos grupos sociales bien definidos. Este es precisamente la esencia de lo que el Plan de Supervivencia Infantil intenta conseguir.

NOTAS

1. Se agradece a la Lic. Bessy Vaquero, Jefe del Proyecto de Censos, Dirección General de Estadística, haber proporcionado las tabulaciones básicas que permitieron hacer las estimaciones en CELADE.
2. La ENESF-87 permitió también hacer estimaciones directas, basadas en la historia de nacimientos. Las tasas obtenidas son demasiado bajas (ver Barahona et.al., 1990) y no ha sido posible evaluarlas para utilizarlas en el presente análisis.
3. La proporción de mujeres sin información sobre sus hijos es baja (5%) y los niveles correspondientes en la tabla modelo aumentan regularmente con la menor edad de las mujeres.
4. El cotejo de las estimaciones censales y de ENEFS-87 para la población rural mostró general acuerdo. Es evidente la subestimación de la encuesta para los años 1974-75 y la sobrestimación, en la población urbana, para 1985 y 1986.
5. Se agradece al Dr. Fidel Barahona, Unidad de Ciencia y Tecnología, Ministerio de Salud Pública, haber facilitado los resultados de la encuesta, que aún no ha sido publicada.
6. Como una "opción global del Ministerio de Salud Pública en respuesta a los efectos del ajuste estructural de la economía hondureña", esta repartición ha elaborado algunos proyectos que intentan hacer realidad esta prioridad a las poblaciones expuestas a mayores riesgos. Los programas están dirigidos a una población identificada como de extrema y crónica pobreza, que reside en el área rural de diez Departamentos con menor desarrollo y que comprende 132 000 familias (Ministerio de Salud, 1990).

ANEXO

Cuadro 1A

TASAS ESTIMADAS DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN DIFERENTES FUENTES
HONDURAS 1974-1987

FECHA	CENSO 1988		ENESF 1987		ENPA 1981		EDENH-II 1983		ENSMI 1984		CENTINELA 1988		Regis- tro
	AÑO	TMI	AÑO	TMI	AÑO	TMI	AÑO	TMI	AÑO	TMI	AÑO	TMI	
1973									1973,1	92,4			-
1974	1974,0	88,8											-
1975			1975,6	78,9	1974,7	92,4	1974,7	98,3			1975	103,0	-
1976									1975,7	87,1			31
1977	1976,9	82,8			1977,0	73,9	1977,2	83,5					29
1978			1978,4	79,5					1978,2	72,9			27
1979	1979,4	73,6			1978,9	95,9	1979,5	84,0					25
1980					1980,3	64,2			1980,5	72,6	1980	82,5	23
1981			1980,9	67,7			1981,4	82,6					23
1982	1981,8	66,2							1982,4	68,9			22
1983			1983,3	64,1			1982,7	83,3					17
1984	1984,0	60,1							1983,7	76,4			-
1985			1985,3	61,6							1985	68,5	-
1986	1985,8	55,6											-
1987	1987,2	56,0	1986,7	63,0							1987	63,0	-

Fuentes: Censo 1988: estimaciones indirectas. Registro: Anuario 1983. Restantes: Guzmán y Santos, 1988.

REGIONALIZACION DE SALUD

Región	Departamentos
1	El Paraíso, Francisco Morazán.
2	Comayagua, Intibucá, La Paz.
3	Cortés, Santa Bárbara, Yoro.
4	Choluteca, Valle.
5	Copán, Lempira, Ocotepeque.
6	Islas Bahía, Atlántida, Colón.
7	Olancho.
8	Gracias a Dios.

AGRUPACION DE LAS CAUSAS DE MUERTE

Código de la Clasificación
Internacional de Enfermedades
(Revisión 1975)

Enfermedades infecciosas y parasitarias	001-139
Enfermedad diarreicas agudas	001-009
Enfermedades Infecciosas previsibles por vacunación:	
tuberculosis	010-018
difteria	032
tos ferina	033
tétanos	037
poliomielitis	045
sarampión	055
Desnutrición	260-269
infecciones respiratorias agudas	
Angina estreptocócica y escarlatina	034
Otitis media, mastoiditis	381-383
infecciones respiratorias agudas de las vías superiores. Bronquitis y bronquiolitis agudas.	460-466
Neumonías	480-486
Influenza	487
Bronquitis no calificada	490
Afecciones originadas en el periodo perinatal	760-779
Complicaciones obstétricas y traumatismos en el parto	761-763, 767
Bajo peso al nacimiento, prematuridad	764, 765
Trastornos respiratorios del recién nacido	768-770
Infecciones propias del periodo perinatal	771
Restantes causas perinatales	760, 766, 772-779
Anomalías congénitas	740-759
Traumatismos y envenenamientos	E-800-999
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	780-799
Causas restantes	

BIBLIOGRAFÍA

- Barahona, F. et.al. (1990). Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, Honduras 1987 (inédito).
- Centro Latinoamericano de Demografía, Fondo de Naciones Unidas para la infancia y Organización Panamericana de la Salud (1988). La Mortalidad en la niñez en Centroamérica, Panamá y Belice. CELADE, Serie OI, No 1003. San José.
- Centro Latinoamericano de Demografía (1990). América Latina: Proyecciones de población, 1950-2025. Año XXIII, No 45.
- Dirección General de Estadística y Censos. Anuario Estadístico 1980 a 1983. Tabulaciones no publicadas de mortalidad, 1987.
- Dirección General de Estadística (1990). Tabulaciones de la Información referente a mortalidad. Censo de población de 1988.
- Guzmán, J.M. y Santos, H. (1988). Los riesgos de muerte infantil en diferentes contextos sociales y geográficos. Encuesta Demográfica Nacional de Honduras (EDENH-II). CELADE, Serie A, No 1047/V. San José.
- Honduran Ministry of Public Health, Association for Family Planning in Honduras, Management Sciences for Health, Family Health International (1989). Epidemiology and Family Health Survey, Honduras, 1987.
- Ministerio de Salud Pública y Asociación Hondureña de Planificación Familiar (1986). Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de Honduras 1984. Tegucigalpa.
- Ministerio de Salud Pública y Asociación Hondureña de Planificación Familiar (1987). Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (1987). Cuestionario individual.
- Ministerio de Salud. Dirección de Planificación (1989). Informe resumen de la Encuesta de Mortalidad infantil de Sitios Centinela. Diciembre 1988.
- Ministerio de Salud (1990). Opción global del Ministerio de Salud Pública en respuesta a los efectos del ajuste estructural de la economía hondureña (doc. interno).
- Secretaría de Planificación, Coordinación y Presupuesto (SECPLAN). Anuarios Estadísticos 1985 a 1987.
- Secretaría de Planificación, Coordinación y Presupuesto (SECPLAN) (1989). Censo Nacional de Población, 1988. Tomo I.