

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**POSGRADO DE SALUD PÚBLICA**



**TESIS**

**DESIGUALDADES SOCIALES DE SALUD EN LA MORTALIDAD DE LOS  
NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN LOS DEPARTAMENTOS DE  
FRANCISCO MORAZÁN (27 MUNICIPIOS) Y YORO, AÑO 2014**

**PRESENTADO POR**

**EDITH GERALDINA GONZALEZ GONZALEZ**

**PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE  
MASTER EN SALUD PÚBLICA**

**ASESOR**

**MSC NORA CONCEPCION RODRIGUEZ**

**TEGUCIGALPA, M.D.C.**

**Febrero 2019 HONDURAS, C.A.**

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS  
UNAH**

---

**RECTOR  
DR. FRANCISCO JOSÉ HERRERA ALVARADO a.i.**

**VICE RECTORA ACADEMICA  
MSc. BELINDA FLORES**

**VICE RECTOR DE ORIENTACIÓN Y ASUNTOS ESTUDIANTILES  
Abg. AYAX IRIAS COELLO**

**VICE RECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES  
Dr. JULIO RAUDALES**

**SECRETARIA GENERAL  
Abg. ENMA VIRGINIA RIVERA**

**DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA  
Dr. SANTIAGO JAIME RUÍZ ALVAREZ**

**DIRECTOR DE POSGRADOS  
Dr. ARMANDO EUCEDA**

**DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
Dr. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO a.i.**

**SECRETARIO ACADÉMICO FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
Dra. BETTY YAMILETH ÁVILA ALVARADO**

**COORDINADOR GENERAL POSGRADOS FACULTAD CIENCIAS  
MÉDICAS  
Dr. ARNOLDO ZELAYA**

**COORDINADORA ACADÉMICA DEL POSGRADO DE SALUD PÚBLICA  
MSc. MARTA ISABEL FONSECA GODOY**

## **AGRADECIMIENTO**

A Jesús de la divina misericordia por haberme dado la oportunidad finalizar mi formación académica universitaria de postgrado; gracias padre por la bendición, y la perseverancia que emanaste en mis docentes, mis compañeros y en mi persona, hasta culminar con éxito la maestría de salud pública.

Al cuerpo de docentes del posgrado de Salud Pública de la UNAH, que con su sabiduría y enseñanzas me dieron un legado de conocimientos para trabajar y mejorar la salud pública de Honduras. Especialmente a la Dra. Nora Rodríguez por su dedicación y paciencia al diseño de mi tesis de maestría. A mi madre por ser mi compañera fiel y darme su apoyo incondicional en cada circunstancia de la vida.

## **Dedicatoria**

A mi padre Heliodoro González matamoros:

Papito querido, de lo más profundo de mi corazón agradezco todos tus cuidados desde que nací; gracias por todo lo que me distes, lo que hiciste por mi...Hoy que ya no estas quiero decirte que a tu lado quizás no note que ya había crecido y que a medida; tú también crecías en años, sabiduría, pero también en cansancio físico... Nunca imagine perderte papá. Te amo, te amo con mi corazón; me has dejado muy triste, pero a la vez seguiré tus consejos. Me hubiera encantado que disfrutaras el día de mi graduación junto a mí, pero sé que allá en el cielo, lo celebrarás y te sentirás muy orgullo de mí.

Tu hija que te ama con todo su ser, te recordare por siempre.

## INDICE

INTRODUCCION .....	1
<b>I. OBJETIVOS</b> .....	3
a. Objetivo General.....	3
b. Objetivos Específicos .....	3
<b>II. MARCO TEORICO</b> .....	4
<b>2.1 Desigualdad en la Salud: Desigualdad en la salud a nivel Mundial</b> .....	4
<b>2.1.1 Desigualdades en la educación universal</b> .....	6
<b>2.2 Mediciones de la desigualdad de la Salud</b> .....	8
<b>2.2.1 Definiciones de mediciones de la desigualdad de la Salud en la mortalidad de la niñez</b> .....	10
<b>2.3 Equidad y su relación con los determinantes sociales de la salud</b> ....	12
<b>2.3.1 Dimensión de la inequidad en salud</b> .....	13
2.3.2 Identificación de los determinantes sociales de la salud y su relación con la mortalidad en la niñez.....	15
2.3.3 Determinantes Sociales de la Salud estructurales .....	16
<b>2.4 Derecho a la Salud</b> .....	19
2.4.1 Derecho de la niñez a la salud.....	19
2.4.2 El derecho a la vida.....	22
<b>2.5 Mortalidad infantil</b> .....	23
2.5.1 Mortalidad de la niñez en Honduras.....	24
<b>2.6 Aspectos demográficos generales de Honduras y situación de salud.</b> .....	25
2.6.1 Situación nacional de la primera infancia en Honduras .....	28
2.6.2 Limitantes para la disminución de la mortalidad en la niñez en Honduras. ....	29
<b>2.7 Objetivos de Desarrollo Sostenible hacia el año 2030.</b> .....	31
<b>2.8 Visión de país 2010 – 2038, enfocado en los ODS.</b> .....	34
<b>III. METODOLOGIA</b> .....	38
<b>IV. RESULTADOS</b> .....	46
<b>V. ANALISIS DE RESULTADOS</b> .....	75

<b>VI. CONCLUSIONES</b> .....	86
<b>VII. RECOMENDACIONES</b> .....	88
<b>VIII. BIBLIOGRAFIA</b> .....	90
<b>IX. Anexos</b> .....	96

## **INTRODUCCION**

Las desigualdades en la salud se pueden discernir a través de indicadores tales como la mortalidad infantil, la mortalidad en menores de cinco años y mortalidad materna; que están altamente correlacionados con la situación socioeconómica y las condiciones de vida, con el acceso a los sistemas y la calidad de la atención de la salud. Uno de los retos principales para responder a las desigualdades en salud tiene que ver con la falta de información estratégica y evidencia disponible sobre la magnitud de las desigualdades en salud entre y dentro de los países.

En el año 2015 el Banco Mundial realizó un informe basado en datos con medición de desigualdad utilizando el índice de Gini, que básicamente mide el ingreso económico; y ubica a Honduras en el sexto lugar a nivel mundial y primero en América Latina con mayor índice de desigualdad. Honduras ha logrado importantes avances en la reducción de la mortalidad de niños y niñas menores de cinco años (mortalidad en la niñez) y en la mortalidad de niños y niñas menores de un año (mortalidad infantil).

Es de importancia analizar la mortalidad en la niñez desde el punto de vista de desigualdades para conocer las brechas en esta población ya que es un indicador relevante del nivel de desarrollo social del país. En esta investigación, se refleja la situación de las desigualdades sociales en salud de la mortalidad en los niños menores de cinco años por estratificador de equidad el alfabetismo y la población por municipio del año 2013 de los departamentos de Francisco Morazán y Yoro.

El diseño metodológico de esta investigación es tipo cuantitativo, observacional, analítico, de corte transversal; La medición de desigualdades de salud en la mortalidad de los menores de cinco años se realizó con las métricas: índice de Kuznets relativo y absoluto, índice de desigualdad de la pendiente, índice de concentración en salud. El universo son las muertes de todos los niños menores de cinco años en el año 2014 de los Departamentos de Francisco Morazán y Yoro. Las categorías o variables estudiadas son el sexo, la edad, el alfabetismo, el método son las métricas de desigualdades.

Por medio de los resultados obtenidos mediante la medición con métricas de desigualdades de la salud, Se observa la desigualdad en la mortalidad de los niños menores de cinco años, que persiste más desigualdad en Yoro que en Francisco Morazán, de acuerdo al estratificador de educación. Se deben tomar medidas y acciones en beneficio de la niñez de Francisco Morazán y de Yoro, para invertir estos resultados que tienen información de cada municipio, e incorpora información de acuerdo a la población nacida viva de 0 a 5 años, el alfabetismo de cada municipio.



## **I. OBJETIVOS**

### **a. Objetivo General**

Analizar la mortalidad de los niños (as) menores de 5 años a través de la medición de desigualdades sociales en los departamentos de Francisco Morazán y Yoro del año 2014.

### **b. Objetivos Específicos**

1. Describir la demografía de los niños (as) menores de cinco años que fallecieron en 27 municipios de los Departamentos de Francisco Morazán y los municipios del departamento de Yoro en el período de estudio.
2. Estimar las métricas de desigualdad en salud, con el estratificador social alfabetismo (índice de Kuznets, Relativo y Absoluto, índice de Desigualdad de la Pendiente, índice de Concentración en Salud), de la mortalidad en los niños (as) menores de cinco años hacia el año 2014 en los departamentos de Francisco Morazán y Yoro.
3. Describir la situación de las desigualdades sociales en salud de la mortalidad en los niños menores de cinco años por estratificador de equidad social (alfabetismo), en los departamentos de Francisco Morazán y Yoro en el periodo en estudio.

## **II. MARCO TEORICO**

### **2.1 Desigualdad en la Salud: Desigualdad en la salud a nivel Mundial**

Desigualdad en Salud es un término utilizado para referirse a cualquier diferencia en la salud de las poblaciones, es decir a la distribución de enfermedades, causas de muerte, factores de riesgo y otros aspectos relacionados con la salud. Las desigualdades sociales en salud se refieren a disparidades de salud, inter e intra países, que se consideran injustas, injustificadas, evitables e innecesarias (es decir, que no son inevitables ni irremediables) y que sistemáticamente recaen sobre poblaciones vulnerables. El cometido de la investigación de las desigualdades en salud es evidenciar y estudiar dichas diferencias injustificadas en la salud de la población con el fin de paliarlas y, en la medida de lo posible, evitarlas. (FISABIO, 2018, pág. 2)

La mortalidad infantil (menores de un año) y la mortalidad de menores de cinco años están descendiendo en el marco de lo que talvez pueda considerarse el mayor éxito del desarrollo en años recientes. No obstante, en 2010, aproximadamente un niño de cada nueve murió en África (promedio Subsahariano) antes de los cinco años y más de uno de cada seis en las zonas más desventajadas del mundo, como Angola, Chad y el Congo. En las partes más seguras del mundo rico (países nórdicos, Japón, Singapur), este destino aguarda hoy en día a tres niños de cada mil. (UNICEF, 2015)

La desigualdad mundial recibió muy poca atención en los foros internacionales durante décadas. En 2004, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) publicó su pionero informe sobre las dimensiones sociales de la globalización “A Fair Globalization”. Poco después, grandes instituciones relacionadas con el desarrollo comenzaron a centrar la atención de publicaciones oficiales en la desigualdad, como el Informe sobre la situación social del Mundo, de Naciones Unidas del 2005, *The Inequality Predicament*. El Informe sobre el Desarrollo Humano de 2005 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) *Aid, Trade and Security in an Unequal World*, (La Aid es la asociación Internacional de Desarrollo; que es una asociación de desarrollo autónomo financiado por países ricos y que sus préstamos libres de intereses van dirigidos a aquellas naciones con ingreso per cápita menor de 1025 dólares anuales). El Informe sobre el Desarrollo Mundial de 2006 del Banco Mundial, *Equity and Development*, y *Perspectivas de la Economía Mundial de 2007* del Fondo Monetario Internacional (FMI) *Globalization and Inequality*. (UNICEF, 2011), estos estudios evidencian principalmente la desigualdad en que son distribuidas las riquezas y como afecta en los aspectos sociales y la salud de las personas que reciben menos ingresos económicos sobre las que tienen mayores ingresos.

### 2.1.1 Desigualdades en la educación universal

En 2010, la Región de las Américas en su conjunto tenía una tasa elevada de acceso universal a la enseñanza primaria, aunque había diferencias de un país a otro; mientras que el acceso a la educación preescolar era universal en algunos países, en otros era bajo (alrededor de 30%) y desigual. Además, hay diferencias pronunciadas entre las zonas urbanas y rurales, y en los grupos indígenas. La tasa de alfabetización media en la Región de las Américas es de 93% y la media de la perseverancia en la escuela hasta el quinto grado. Las tasas netas de asistencia a la escuela primaria, secundaria y terciaria son 94%, 70% y 25%, respectivamente, lo que destaca la falta de continuidad en la escolaridad a medida que las personas alcanzan su edad productiva. (OPS, 2012)

La educación también determina las oportunidades de empleo, los ingresos familiares y la participación en los programas de protección social. Además, estos factores influyen mucho en la accesibilidad a los servicios de salud, de manera que no es sorprendente que las familias con menos educación tengan peores resultados de salud. En Bolivia, la tasa de mortalidad de los menores de 5 años fue 3,1 veces mayor entre los niños de mujeres sin educación que entre los niños de mujeres con al menos escolaridad secundaria (134,2 frente a 43,6 por 1.000 nacidos vivos) en el período de 1999 a 2008. (OPS, 2012)

El Observatorio de la Niñez de Honduras, en el año 2008 reportó que la población de 5 a 17 años (2, 649,688) el 21 % (563,985) no recibió educación; esta es población actualmente adulta. Los resultados de la ENDESA 2011-2012, indica que en Honduras Existen brechas educativas por tipo de residencia, en detrimento del sector rural. El porcentaje de personas sin educación en el área rural es casi el doble que en la urbana, tanto para mujeres (14 y 8 por ciento, respectivamente) como para hombres (13 y 8 por ciento, respectivamente) y la brecha se va ampliando de tal manera que apenas el 2 por ciento de las mujeres rurales han alcanzado educación superior comparado con el 10 por ciento de las mujeres urbanas. En el caso de los hombres los porcentajes son 1 en el área rural y 10 en la urbana. (INE, ENDESA, 2013, págs. 35 - 36)

La mediana de años promedio de educación en las mujeres de los departamentos de Francisco Morazán es de 8.6 y de Yoro 5.7. Para las mujeres la mediana de años de educación, a nivel nacional es de 5.8 años, la cual asciende a 8.3 años en el área urbana y a 5.3 en la rural. Para los hombres la mediana de años de educación es de 7.8 años (8.0 en el área urbana y 5.2 años en la rural). Prácticamente no hay diferencia en la mediana de años de educación entre hombres y mujeres por zona de residencia. El departamento con menor mediana de años de educación es Lempira con 4.4 años. (INE, ENDESA, 2013)

La prioridad nacional del Plan de Nación 2010-2022, es ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la educación, mediante la implementación integral y progresiva de la Ley Fundamental de Educación. A futuro se pretende un sistema educativo descentralizado con competencias para implementar el modelo de gestión descentralizada de la calidad educativa. Para ello, se dotará a los Consejos Municipales de Desarrollo Educativo y Centros Educativos de Desarrollo con capacidades para la participación en la gestión educativa a nivel local. (ONU, 2016)

## **2.2 Mediciones de la desigualdad de la Salud**

Mujica define la desigualdad como un concepto ambiguo y complejo que se puede medir y expresar usando una variedad de técnicas estadísticas. El propósito es proporcionar una estimación cuantitativa de la desigualdad en salud en una población. Las métricas de desigualdad se miden en simples y complejas. Las simples establecen comparaciones de la salud entre dos grupos, por ejemplo, el más rico y el más pobre. Por otro lado, las mediciones complejas hacen uso de los datos de todos los grupos para valorar la desigualdad. (OPS, 2016, pág. 29)

La desigualdad de la mortalidad de los menores de cinco años se mide con las siguientes medidas: la tasa de mortalidad, métrica de rango, métrica de regresión y desconcentración. (Szwarcwald & Bastos, 2002). Los estudios de medición de las desigualdades pueden clasificarse en función de dos factores:

el tiempo y el nivel de anclaje. En relación con el primero, pueden ser transversales o longitudinales, y en relación con el segundo, individual o ecológico. (Schneider M, 2002, pág. 399) Los indicadores para medir la situación de salud utilizan básicamente datos de morbilidad y mortalidad; muchos de los estudios publicados se realizaron utilizando datos secundarios de mortalidad o encuestas.

Un indicador para medir las desigualdades debe presentar las siguientes características:

- 1) Reflejar la dimensión socioeconómica de las desigualdades en el campo de la salud.
- 2) Incorporar la información correspondiente a todos los grupos de la población definidos por el indicador.
- 3) Ser sensible a los cambios en la distribución y al tamaño de la población a lo largo de la escala socioeconómica (Schneider M, 2002, pág. 399)

### 2.2.1 Definiciones de mediciones de la desigualdad de la Salud en la mortalidad de la niñez

**Tasas:** Número de casos o eventos ocurridos en un intervalo de tiempo multiplicado por una constante, dividido en el tiempo en que ocurre los eventos. La fórmula es la siguiente:

$$\frac{(X)\text{No. de muertos menores de 5 años en (t) periodo de tiempo}}{(Y) \text{ No. de Menores de 5 años nacidos vivos en el periodo de tiempo.}} \times (K) \text{ Mil}$$

(Y) No. de Menores de 5 años nacidos vivos en el periodo de tiempo.

X= Número de casos o eventos ocurridos en un intervalo de tiempo

Y= población susceptible de sufrir el evento en el mismo intervalo de tiempo

t= tiempo en que ocurren los eventos

K= constante (1.000, 10.000, 100.000)

- **Mediciones simples de la desigualdad**

**Desigualdad absoluta:** refleja la magnitud de la diferencia en salud entre dos grupos.

**Desigualdad relativa:** muestra las diferencias proporcionales en la salud entre grupos.

- **Mediciones complejas de desigualdad.**

Estas métricas producen un número único que es expresión de la cantidad de desigualdad existente entre todos los subgrupos de una población. Se pueden



calcular usando programas informáticos estadísticos, aunque por lo general se pueden calcular con programas informáticos básicos.

Existen dos tipos principales de mediciones complejas de desigualdad; las que miden la desigualdad en una serie de grupos con un ordenamiento natural y las que no miden ordenadamente. Las métricas que miden la desigualdad en una serie de grupos con un ordenamiento natural son:

**Índice de desigualdad de la pendiente:** (métrica de regresión) se usa para mostrar el gradiente de salud a través de múltiples grupos con ordenamiento natural (más comúnmente educación y riqueza). Representa la diferencia absoluta en los valores predichos de un indicador de salud entre aquellos con el nivel más bajo de educación o riqueza, tomando en cuenta la distribución integra de la educación o la riqueza usando un modelo de regresión apropiado. Se puede entender como un estimado de la diferencia en un indicador de salud dado entre los menos privilegiados y los más privilegiados de una población. (OPS, 2016, pág. 39)

**Índice de concentración:** (métrica de disproporcionalidad) es una métrica relativa de desigualdad que muestra el gradiente de salud a través de múltiples grupos con ordenamiento natural (más comúnmente educación o riqueza). Esta métrica indica el grado en que se concentra un indicador de

salud entre los más desaventajados o los más aventajados. Dado que la población se ordena de peor a mejor estado socioeconómico, el índice de concentración tiene un valor negativo cuando el indicador de salud se concentra en los más desaventajados, ya sea un indicador adverso como ser la mortalidad de los menores de cinco años. De no existir desigualdad, el índice de concentración es igual a cero. (OPS, 2016, pág. 41)

**Índice de Kuznets** (métrica de rango) es una representación gráfica en forma de u invertida de una hipótesis planteada por Simon Kuznets, consiste en que, los países pobres serían, en un principio igualitarios; sin embargo, a medida que se van desarrollando, el ingreso se concentra y la distribución del ingreso empeora. Luego, con el desarrollo posterior, vuelve a ser igualitario y dicha desigualdad se nivela:

- Métrica de brecha absoluta: diferencia de rango (Kuznets absoluto)
- Métrica de brecha relativa: razón de rango (Kuznets relativo) (Mujica O. , 2016)

### **2.3 Equidad y su relación con los determinantes sociales de la salud**

Para responder a cuestiones como cuáles son los determinantes y factores que influyen sobre la salud y la calidad de vida de las personas y las sociedades, cómo se explica la variabilidad social respecto de la salud o de la

esperanza de vida de las personas dentro de un país, entre países, entre regiones de un mismo país o dentro de una ciudad, o cómo superar la brecha de desigualdad entre unos subgrupos en mayor desventaja socioeconómica y/o vulnerabilidad y otros con menor desventaja, se debe disponer de marcos de análisis y reflexión que se han ido construyendo sobre el concepto de equidad en salud y sus determinantes sociales, desarrollados a lo largo de la historia.

Resulta particularmente importante entender la equidad en salud como una disciplina muy amplia que tiene que acomodarse a consideraciones muy diversas y dispares. La equidad en salud es inevitablemente multidimensional. La salud adquiere un carácter crítico, haciendo que la equidad en salud sea fundamental para entender la justicia social. (Revista Panamericana de Salud Publica, 2002)

### **2.3.1 Dimensión de la inequidad en salud**

La enfermedad y la muerte están mal repartidas, la salud no se distribuye en forma equitativa, los países pobres, los barrios marginados, los ciudadanos más desaventajados padecen una discriminación social múltiple. Los pobres, los explotados, los emigrantes, los trabajadores precarios, las etnias son ejemplos vivientes de las inequidades en salud. (Benach & Muntaner, 2005, pág. 13)

Se enumeran las siguientes dimensiones donde afecta la inequidad (OMS, consultado 2019):

- Estratos sociales: género, raza, religión, educación, ocupación.
- Estado de salud: riesgo, enfermedad, muerte, consecuencias sociales de la enfermedad.
- Servicios de salud: acceso, calidad y costos de los tratamientos
- Determinantes sociales: Servicios de salud; Asignación de recursos, pagos /financiamiento, calidad y pertinencia.
- Condiciones de vida y de trabajo
- Políticas públicas

La inequidad en salud en Honduras muestra las distintas caras de la desigualdad, ejemplo de ello es la dispersión demográfica que dificulta aún más la prestación de servicios públicos. Las personas que viven en lugares que están lejos de las principales ciudades no tienen suficientes fuentes de empleos, y lo que más empeora la situación es la falta de ejecución de políticas de desarrollo que aseguren los ingresos, educación y salud.

### **2.3.2 Identificación de los determinantes sociales de la salud y su relación con la mortalidad en la niñez.**

Los componentes básicos del marco conceptual de los determinantes sociales de la salud incluyen: la situación socioeconómica y política, los determinantes estructurales y los determinantes intermedios. Las relaciones e interacciones entre los principales tipos de determinantes y las vías que generan inequidades en salud indican que las intervenciones pueden orientarse a adoptar medidas en relación con las circunstancias de la vida diaria, incluida la exposición diferencial a los factores que influyen en el desarrollo de enfermedades en la etapa temprana de la vida, entornos físicos y sociales, trabajo asociado a la estratificación social y respuestas al sistema de atención sanitaria, a la promoción de la salud y a la prevención y tratamiento de las enfermedades. (OPS, 2012, págs. 16-20)

Es necesario considerar los mecanismos por los cuales las políticas redistributivas, o la falta de ellas, pueden configurar los propios determinantes sociales de la salud. Así, los mecanismos de estratificación social, junto con los elementos del contexto socioeconómico y político, constituyen lo que se denomina como determinantes sociales de las inequidades en salud. Los elementos básicos que deben considerarse -para llamarles inequidades- incluyen la gobernanza y sus procesos, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales, las políticas públicas, los valores culturales y sociales, y los perfiles epidemiológicos.

### **2.3.3 Determinantes Sociales de la Salud Estructurales**

El concepto de determinantes estructurales se refiere específicamente a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente.

#### **Posición social**

Se ha demostrado que las mejoras en los ingresos y la educación guardan una relación cada vez más favorable con la salud. La ocupación también es pertinente para la salud, no solo por la exposición a riesgos específicos en el lugar de trabajo, sino también porque sitúa a las personas en la jerarquía social. Los datos estadísticos de salud revelan la influencia de este tipo de variable en las desigualdades de salud en los distintos niveles de agrupación. (OPS, 2012)

#### **Género**

El género puede funcionar, junto con la posición social y el grupo étnico, como determinante estructural debido a la influencia fundamental que tiene en el establecimiento de jerarquías en la división del trabajo, la asignación de recursos y la distribución de beneficios. La división de las funciones según el sexo y el valor diferencial asignado a esas funciones se traducen en asimetrías sistemáticas en el acceso y control de recursos de protección social fundamentales como la educación, el empleo, los servicios de salud y la seguridad social. (OPS, 2012)

### **Raza y grupo étnico**

La discriminación y la exclusión racial y étnica afectan todas las esferas de oportunidades a lo largo de la vida, incluidas las relacionadas con la salud. Dado que no es fácil conseguir datos desglosados por raza o grupo étnico, las pruebas actualizadas y empíricas sobre las consecuencias de la discriminación racial o étnica son fragmentarias y limitadas. (OPS, 2012)

### **Acceso al empleo**

A medida que América Latina y el Caribe entran en un período caracterizado por una bonificación demográfica, la economía y el mercado de trabajo también cambian. El aumento de la población en edad de trabajar (personas de 15 a 64 años de edad) durante los últimos decenios y el aumento de la urbanización han repercutido sobre la economía y el mercado de trabajo de la región, al igual que lo han hecho la globalización y la crisis económica de 2008. (OPS, 2012)

### **La educación**

La educación es factor fundamental para el desarrollo de toda sociedad, es clave en el desarrollo individual y social, y por ende es un derecho irrenunciable. Definitivamente, los niveles de pobreza están estrechamente relacionados con bajos niveles educativos. La educación es considerada uno de los elementos indispensables para elevar las capacidades humanas y sociales, crear las condiciones para el ejercicio de la libertad, responsabilidad

ciudadana y de la democracia, así como para elevar el nivel de bienestar de la población. (OPS, 2012)

### **Tasa de alfabetización de adultos o Tasa de analfabetismo**

Se define como el número de personas alfabetizadas de quince años y más, expresado en porcentaje de la población total de personas de quince años y más. Se considera que una persona está alfabetizada cuando puede leer, escribir y comprender un texto sencillo y corto sobre su vida cotidiana. El analfabetismo de adultos se define como el Porcentaje de la población de quince años y más que no puede leer, escribir y comprender un texto sencillo y corto sobre su vida cotidiana.

La alfabetización ofrece un potencial para el perfeccionamiento intelectual y contribuye al desarrollo económico y sociocultural de la sociedad. Método de cálculo: Dividir el número de personas alfabetizadas de 15 años o más (LIT 15+) por la población correspondiente a este mismo grupo de edad (P 15+) y multiplicar el resultado por 100. La tasa de analfabetismo (ILL 15+) se puede derivar aplicando el mismo método utilizando esta vez el número de personas analfabetas, o bien, restando la tasa de alfabetismo del 100%. (UNESCO, 2009, pág. 3)



## **2.4 Derecho a la Salud**

### **¿Qué es el Derecho a la Salud?**

Se refiere a que la persona tiene como condición innata, el derecho a gozar de un medio ambiente adecuado para la preservación de su salud, el acceso a una atención integral de salud. El derecho a la salud es un derecho inclusivo, comprende un amplio conjunto de factores que pueden contribuir a una vida sana. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que es el órgano encargado de llevar a cabo un seguimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los denomina “factores determinantes básicos de la salud”, y son los siguientes: Agua potable y condiciones sanitarias adecuadas; alimentos aptos para el consumo; nutrición y vivienda adecuadas; condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres; educación (variable en estudio) e información sobre cuestiones relacionadas con la salud; e igualdad de género. (Nebay, 2016)

### **2.4.1 Derecho de la niñez a la salud.**

El artículo 12, párrafo 2, del Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales dice: Entre las medidas que deberán adoptar los estados partes en el pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; la prevención y

el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas y la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. (Organización Mundial de la Salud, recuperado 07 de febrero de 2019)

Los niños afrontan problemas de salud especiales de acuerdo con la etapa de su desarrollo físico y mental, lo cual los hace particularmente vulnerables a la malnutrición y a las enfermedades infecciosas y, cuando llegan a la adolescencia, a problemas sexuales y de salud reproductiva y mentales. La mayoría de las muertes durante la niñez pueden atribuirse a las causas principales por infecciones respiratorias agudas, diarrea, sarampión, paludismo y malnutrición o una combinación de ellas. A este respecto, tanto en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales como en la Convención sobre los Derechos del Niño se reconoce la obligación de los Estados de reducir la mortalidad infantil y en la niñez y de luchar contra las enfermedades y la malnutrición. (UNICEF, 2006)

El recién nacido cuya madre ha fallecido a causa del embarazo o de complicaciones durante el parto corre un riesgo mayor de morir en los primeros años de vida. La salud infantil está tan estrechamente relacionada con la salud reproductiva y sexual de la mujer que la Convención sobre los Derechos del Niño requiere que los estados garanticen el acceso del niño y

su familia a los servicios básicos de salud, incluida la atención prenatal y posnatal de las madres. (UNICEF, 2006)

En Honduras, la ENDESA 2011-2012 estimó un 19% de niños con enfermedad diarreica de los cuales el 71% recibió Tratamiento de Rehidratación Oral (TRO). Los menores de cinco años tuvieron signos de neumonía en el período inmediato anterior a la encuesta y de ellos solo el 64% buscaron atención; de los niños con signos con neumonía un 60% recibieron antibióticos. Los datos de la misma ENDESA 2011-2012, revelan un retardo en el crecimiento en un 23% del total de niños menores de cinco años. Y en los niños con desnutrición crónica (6%) ese retardo es severo. (Secretaria de Salud Honduras, 2014)

El artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, dice: (UNICEF, 2006)

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los estados partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.
  
2. Los estados partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez; b) Asegurar la prestación de la

asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud; c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos. (OMS, 2012)

#### **2.4.2 El derecho a la vida**

La salud de los niños y las niñas desde el primer mes de vida hasta los 5 años es ya independiente de la de su madre, sin embargo, factores como el nivel educativo y socioeconómico de esta adquieren un peso determinante en la prevención y tratamiento de las enfermedades que amenazan la supervivencia de las niñas y niños de esta franja etaria. Al igual que con la mortalidad neonatal, Honduras ha realizado notables progresos en la reducción de la mortalidad infantil (de 46/1000 del período 1994-2000 a 32/1000 en el período 2000-2006). (UNICEF, 2011)

Por área geográfica, la mortalidad infantil es mayor en el área rural (33/1000) que en el área urbana (24/1000), y lo mismo sucede con la tasa de mortalidad en la niñez (43/1000 en zona rural y 29/1000 en zona urbana). Del primer año de vida a los cinco años, las causas de fallecimiento son las mismas pero la relevancia se invierte: La diarrea se convierte en la causa de cerca de la mitad de las muertes (el 43.7%) mientras que las IRA son responsables de una

cuarta parte (24,6%). La prevalencia de IRA es mayor en el área rural (12,8%) que en área urbana (9%) y está relacionada con el uso de leña como combustible de cocina en los hogares (85,5%), así como con un menor acceso a cuidados médicos (48.8% contra un 68.8% en zona urbana) y a medicamentos antibióticos (49.4% contra un 61.6%). (UNICEF, 2011)

Con respecto a la diarrea, la prevalencia es mayor en área rural que en área urbana (17.2% contra un 13.3%). La ENDESA 2011 - 2012 revela que la prevalencia de diarrea está fuertemente relacionada con factores higiénicos en los que influye fuertemente el nivel educativo de la madre. (ENDESA , 2011 - 2012)

## **2.5 Mortalidad de la Niñez**

Se define como la muerte de un niño una vez ocurrido el nacimiento hasta los 4 años once meses y veintinueve días de edad. La tasa de mortalidad de niños menores de 5 años se ha reducido a nivel mundial descendió a un 96%, de 93 a 41 muertes por cada 1.000 niños nacidos vivos entre 1990 y 2016. (Banco Mundial, 2013). En todo el mundo, la tasa de reducción de la mortalidad de niños menores de 5 años fue tres veces mayor que la de principios de la década de 1990. Alrededor del 84% de los niños de todo el mundo recibió al menos una dosis de la vacuna contra el sarampión en 2013. Se estimó que para el 2015, cada día morirían 16.000 niños menores de 5 años, en su mayoría de causas prevenibles. (Lake, 2014)

### **2.5.1 Mortalidad de la niñez en Honduras**

El Fondo de Población de Naciones Unidas en Honduras, realizó un informe en el año 2009 que menciona que la mortalidad en los primeros cinco años de vida, tiene mayor incidencia en la zona rural (43 por mil nacidos vivos) que en la zona urbana (29 por mil nacidos vivos). (UNFPA, 2009, pág. 10). La incidencia en la mortalidad después del primer año tiene que ver con las condiciones socioeconómicas y ambientales, que se sabe son precarias en la zona rural. Igualmente, el nivel educativo alcanzado por la madre incide en la mortalidad infantil: los niños de madres sin educación tienen una probabilidad de morir durante el primer año de vida casi dos veces mayor que la de aquellos niños de madres con nivel de educación superior. (ODN,IHNFA,UNICEF, 2011)

La meta fijada en el cuarto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, hacia el año 2015 era 16 por 1.000 nacidos vivos. En 2006, la tasa de mortalidad en la niñez (menores de 5 años) fue de 30 por 1.000 nacidos vivos, y mostró una tendencia al descenso entre 1991 y 2006 debido a la reducción de las muertes por diarrea y deshidratación (de 21% a 13%) y por infecciones respiratorias agudas (de 24% a 17%). (ODN,IHNFA,UNICEF, 2011)

Las tasas de mortalidad infantil y en la niñez de los últimos diez años varían en forma notable según el departamento: la tasa de mortalidad durante el primer año de vida es más elevada en Islas de la Bahía (63 por mil) y Gracias

a Dios (51 por mil) mientras que es más baja en el Distrito Central y Olancho (17 por mil cada uno), y Santa Bárbara (18 por mil). Del total de defunciones de menores de 5 años, el 54 % ocurrieron en el área rural.

Para el total de muertes durante los primeros cinco años. Las causas principales de muertes de los niños menores de 5 años son: prematuro/bajo peso al nacer, trauma de nacimiento/asfixia, anomalías congénitas, infecciones respiratorias agudas, Diarrea/Deshidratación, y otras causas. (ENDESA , 2011 - 2012).

Diez años atrás, cuatro de cada diez niños o niñas de 1 a 4 años de edad, fallecieron debido a enfermedades como la neumonía, la diarrea, la malaria y el SIDA. Lo verdaderamente trágico es que se trata de enfermedades que pueden ser prevenidas y tratadas con acciones de bajo costo como suministrar antibióticos para infecciones respiratorias agudas, rehidratación oral, vacunaciones y uso de redes para mosquitos tratadas con insecticidas y administración de medicamentos para malaria. (UNICEF, 2010).

## **2.6 Aspectos demográficos generales de Honduras y situación de salud.**

La República de Honduras tiene una extensión territorial de 112,492 km<sup>2</sup>, se localiza en el centro de América Central. Limita al norte con el Mar Caribe; al este con Nicaragua; al oeste con Guatemala y al sur con el Golfo de Fonseca,

El Salvador y Nicaragua. Más del 65% del territorio hondureño es montañoso, con una altitud promedio de 1,000 metros sobre el nivel del mar. Su división política comprende 18 departamentos y 298 municipios, de los cuales 243 (el 81.5%), se caracterizan por ser dependientes de las transferencias del gobierno, bajos ingresos y limitado acceso a servicios públicos. (Varela Osorio, 2001)

De acuerdo al XVII Censo de Población y VI de Vivienda 2015, que realizó el Instituto Nacional de Estadística (INE), el índice de población de Honduras ya supera los 8.6 millones de habitantes de los cuales 51 por ciento son mujeres y 49 por ciento hombres y que la mayoría de la población ya no se ubica en el sector rural como hace una década, ya que 54 por ciento viven en la zona urbana. (Carbajal, 2015)

El Departamento de Francisco Morazán (área geográfica del estudio), está ubicado en la zona central del país, su extensión territorial es de 8,619 km<sup>2</sup> y su población, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) hasta el año 2012 era de 1.486,643 habitantes. Su cabecera departamental es la ciudad de Tegucigalpa, la que junto a Comayagüela forman el Municipio del Distrito Central (M.D.C.), y éste a su vez constituye la Capital de Honduras. Francisco Morazán, es uno de los departamentos de mayor desarrollo económico relativo del país, la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C. es sede del Gobierno de La República y de los 3 poderes del Estado: Ejecutivo, Legislativo y Judicial. (Varela Osorio, 2001)



El territorio del departamento de Francisco Morazán, está dividido en 28 municipios, 276 aldeas y 2,962 caseríos. (Varela Osorio, 2001).

La estimación de la población menor de cinco años para el año 2016, brindada por el INE fue de 40,900 menores. (INE, 2018)

El Departamento de Yoro, (área geográfica del estudio), fue uno de los primeros 7 departamentos que se fundaron en la primera división política de Honduras, en 1825; su economía está basada en actividades agrícolas, ganaderas e industriales desarrollados bajo la égida de la bifurcación de la economía de enclave promovida por las compañías fruteras de capital norteamericano. El cacao, la caña de azúcar, maíz, frijol, ganado vacuno, y el banano entre otros; Yoro es de importancia estratégica para el país, por ser la fuente de ríos de gran importancia económica: el Río Ulúa, Río Aguan, Río Humuya, Río Lean y Río Yaguala. Es así que el bienestar de los productores en el Valle del Aguan, depende de las buenas prácticas de conservación que se realicen en las montañas en donde nace el río Aguan. Dentro de su población hay mestizos, y en menor cantidad Pech y Tolupanes (Instituto Hondureño de Turismo, 2016)

Su población estimada es de 581, 366 habitantes al 2013, su extensión territorial es de 7781 km<sup>2</sup>. En el censo de población y vivienda 2013 recoge 3,308 casos de mortalidad en la niñez representando el 66.72% muertes de niñas y 33.28% de muertes de varones menores de cinco años (INE, 2016)

### **2.6.1 Situación nacional de la primera infancia en Honduras**

La Primera Infancia comprende el ciclo de vida de las niñas y niños desde el nacimiento hasta los cinco años de edad. Analizar esta etapa es fundamental dada su importancia en el desarrollo de las capacidades cognitivas, sensoriales, afectivas, motrices y sociales de las niñas y niños. La primera infancia es una etapa esencial para la construcción de ciudadanía en uso pleno de sus capacidades y potencialidades: Y ello dependerá de la calidad del cuidado y protección brindados por la familia, la sociedad y el Estado. En Honduras, la población infantil entre 0 y 5 años en 2009 fue de 988,512 personas, que representan el 28.3% de la población infantil total. Dentro de este ciclo de vida las niñas representan alrededor del 49% ( UNICEF Honduras, 2011)

La inversión pública destinada a los niños en Honduras no ha sufrido variaciones importantes. Persiste una brecha por cubrir en términos de financiamiento de programas destinados a los niños si se considera que el país gastó 199 dólares por niño en 2008, cifra que está por debajo del promedio regional. El Comité de los Derechos del Niño recomienda a Honduras el fortalecimiento de las instituciones públicas relacionadas con los niños, como el Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia. Se recomienda, igualmente, coordinar los sistemas de información relacionados con los derechos a la salud, educación, nutrición y protección de los niños para facilitar la adopción de decisiones. (UNICEF, 2011, págs. 4-5) Las

desigualdades en salud impiden completar este ciclo con la muerte prematura de la niñez.

En el año 2010 el BID (Banco Interamericano de Desarrollo) refirió que gran parte de los logros en la salud se han concentrado en las áreas urbanas y en las poblaciones de altos ingresos, no indígenas, en consecuencia, los problemas de salud se concentran fundamentalmente entre los individuos más pobres, en las áreas rurales y entre los indígenas. Por el otro lado la oferta, es común ver los centros de salud rurales cerrados o con ausencia de médicos, insumos y medicamentos necesarios, por el lado de la demanda su acceso se complica por las distancias, bajo nivel socioeconómico, educación y autonomía de las mujeres. Por lo que difícilmente se da cumplimiento de la estrategia focalizada de la referencia oportuna y tratamiento de emergencias obstétricas y complicaciones neonatales a nivel comunitario como parte de los acuerdos por un préstamo otorgado en el área de salud, dentro del marco de la Iniciativa de la Salud de Mesoamérica. (BID, 2011, pág. 3)

### **2.6.2 Limitantes para la disminución de la mortalidad en la niñez en Honduras.**

**Atención prenatal.** La mayoría de las muertes durante la etapa de la primera infancia se dan en el periodo neonatal. Las principales causas de mortalidad son: Trauma de nacimiento o asfixia (23.3%), Prematuros o bajo peso al nacer (12.6%) y anomalías congénitas (10.9%). El 72% de las causas de muertes

infantiles en Honduras son prevenibles. Si las mujeres embarazadas y el recién nacido tuviesen acceso a los servicios básicos de atención adecuada para la etapa post-parto y neonatal podría ser reducida de manera significativa. ( UNICEF Honduras, 2011)

**Educación.** Un estudio del Center for Economic and Policy Research (CPER) publicado en 2014, refleja que el gasto en educación disminuyó en los últimos años, pasando de un 7.8 % como porcentaje del PIB en 2009, a 6.3 % en 2012. Honduras vivió una profunda crisis política, económica y social durante el 2009. Considerando la polarización política acontecida en el país, esta situación afectó incluso al ámbito educativo. El calendario escolar fue recortado por las autoridades, y esto tuvo repercusiones en la deserción y la reprobación escolar ya para el 2010. Así mismo, se redujeron los fondos de cooperación externa (retiro de 40 millones de dólares americanos) que, en buena parte se destinaban al sector educación. (Espino, 2015, pág. 3). La CEPAL hace referencia que la educación parental es un determinante de la mortalidad de la niñez, en el Informe sobre la Mortalidad de la niñez, una base de datos de América Latina desde 1960. (Rosas, 2014)

**Pobreza infantil.** Tomando como referente el Primer Objetivo de Desarrollo del Milenio “Reducir a la mitad entre 1990 y 2015 el porcentaje de personas con ingresos menores a 1 dólar al día”, en Honduras los hogares en tal situación muestran una tendencia a la baja. Han pasado del 43,5% en el año 1990, al 18,2% en el año 2009. Sin embargo, los datos del INE sobre la

pobreza extrema de los hogares entre los años 2008 y 2009, revelan que se ha agudizado este fenómeno, en un rango de 36.2 - 42.3%; en tanto que la pobreza relativa no ha presentado cambios significativos al mantenerse en un rango de 22.9 - 22.1%. ( UNICEF Honduras, 2011)

En Honduras, sólo 87% de la población tiene acceso regular a agua potable, la segunda cobertura más baja de la región. Con respecto a la desnutrición crónica por departamentos, Copán, La Paz, Intibucá y Lempira son los que tienen los mayores porcentajes de desnutrición (entre 40.0% y 50.0%). (Bermudez Madriz, 2011)

Por otro lado, entre los departamentos con menores porcentajes de desnutrición se encuentran: Atlántida, Valle, Francisco Morazán y Cortés (entre 14.0% y 20.0%). La desnutrición crónica infantil entre los tres meses a cinco años sigue causando estragos. En 2006 afectó a 24.7% de esta población. (Bermudez Madriz, 2011)

## **2.7 Objetivos de Desarrollo Sostenible hacia el año 2030.**

El avance global de la supervivencia infantil continúa eludiendo a muchos de los niños y niñas en situaciones más vulnerables y la mayoría de ellos morirá de causas prevenibles como la neumonía, la diarrea y el paludismo. A pesar del enorme progreso, incluso en la actualidad, unos 16.000 niños mueren cada día antes de cumplir los 5 años, la mayoría por causas prevenibles a

nivel mundial. La tasa de mortalidad materna en las regiones en desarrollo es 14 veces mayor que en las regiones desarrolladas. Solo la mitad de las mujeres embarazadas en regiones en desarrollo recibe la atención prenatal mínima recomendada de cuatro visitas. (ONU, 2015).

Debido a que los objetivos de desarrollo del milenio con metas de cumplimiento para el año 2015 no se lograron cumplir; el 25 de septiembre de 2015 los países consideraron conformar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), también conocidos como Objetivos Mundiales, son un llamado universal a la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible que están implicados en esta investigación son: salud y bienestar, educación de calidad, reducción de desigualdades y justicia.

Los otros ODS son: Fin de la pobreza, cero hambre, igualdad de género, agua y saneamiento, energía asequible y no contaminante, trabajo decente y crecimiento económico, industria innovación e infraestructura, ciudades y comunidades sostenibles, producción y consumo responsables, acción por el clima, vida submarina, vida de ecosistemas terrestres, paz e instituciones alianzas para lograr estos objetivos. Los ODS se basan en los logros de los ODM e incluyen nuevas esferas como el cambio climático, la desigualdad económica, la innovación, el consumo sostenible, la paz y la justicia, entre otras prioridades. (ONU, 2015).

Se han logrado importantes avances en materia de reducción de la mortalidad infantil, el mejoramiento de la salud materna y la lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades. Desde 1990, las muertes infantiles factibles de prevenir disminuyeron en más del 50 por ciento a nivel mundial. La mortalidad materna cayó en un 45 por ciento en todo el mundo, mientras que las nuevas infecciones por causa del VIH/SIDA disminuyeron un 30 por ciento entre 2000 y 2013. Además, más de 6,2 millones de personas se salvaron de la malaria (PNUD, 2017)

A pesar de estos avances tan notables, todos los años mueren más de 6 millones de niños antes de cumplir cinco años y 16.000 menores fallecen a diario debido a enfermedades prevenibles, como el sarampión y la tuberculosis. Todos los días, cientos de mujeres mueren durante el embarazo o el parto y en zonas rurales solo el 56 por ciento de los nacimientos es asistido por profesionales capacitados. (PNUD, 2017)

Estas muertes se pueden evitar con prevención y tratamiento, educación, campañas de vacunación y salud reproductiva y sexual. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible representan un audaz compromiso para poner fin a las epidemias de SIDA, tuberculosis, malaria y otras enfermedades contagiosas para 2030. El objetivo es lograr una cobertura universal de salud y facilitar medicamentos y vacunas seguras y asequibles para todos. Una parte esencial

de este proceso es apoyar la investigación y el desarrollo de vacunas. (PNUD, 2017).

## **2.8 Visión de país 2010 – 2038, enfocado en los ODS.**

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), también conocidos como Objetivos Mundiales, son un llamado universal a la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad. (PNUD, 2017). Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, una intervención del Sistema de las Naciones Unidas, se propone en este marco, así como en plena articulación y coincidencia con las metas de los ODS establecidas a nivel global y ratificado por el país, las cuales han sido adoptadas a plenitud por el gobierno de Honduras.

La reducción de la pobreza es el objetivo principal e inspirador de la programación, bajo un enfoque de intervención integrada multidimensional y con multiplicidad de socios, tratándose de problemáticas multicausales. (Secretaría de Gobernación del Gobierno de Honduras, 2017)

Otro principio es el de llevar el trabajo de los ODS al nivel local para poder medir el impacto de la intervención sobre las personas en situación de mayor vulnerabilidad, las cuales son definidas específicamente para cada intervención propuesta en el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD). La incorporación de la perspectiva de pobreza



multidimensional en el contexto del MANUD es un enfoque estratégico para lograr los ODS, entre ellos poner fin a la pobreza en todas sus formas. (Secretaría de Gobernación del Gobierno de Honduras, 2017)

El MANUD constituye la herramienta de programación común del Sistema de Naciones Unidas (SNU) con el Gobierno de Honduras, que se establece para un período de cinco años, 2017-2021. Consecuentemente, el MANUD cuenta con tres Áreas Estratégicas de intervención, que coinciden con los Objetivos Nacionales expresados en el documento Visión de País 2010 - 2038, de los cuales derivan cinco Efectos, alineados a su vez con los ODS para el país:

**Área Estratégica 1. Una Honduras sin pobreza extrema, educada y sana, con sistemas consolidados de previsión social.**

**Efecto 1:** Niños, niñas y adolescentes más vulnerables de municipios priorizados, en los niveles pre-básico, básico y medio, acceden a una educación inclusiva y de calidad.

**Efecto 2:** Poblaciones excluidas de municipios priorizados tienen acceso a servicios de salud integrales y de calidad, desde un abordaje de determinantes de la salud hacia el avance del derecho a la salud. (OPS/ONU, 2016, pág. 3)

**Área Estratégica 2. Una Honduras que se desarrolla en democracia, con seguridad y sin violencia. Un Estado moderno, transparente, responsable, eficiente y competitivo.**

**Efecto 3:** La población hondureña más vulnerable en municipios focalizados, ha mejorado el ejercicio de sus derechos, con instituciones más eficaces, incluyentes y transparentes; con una amplia y efectiva participación ciudadana.

**Efecto 4:** La población hondureña, en particular la que se encuentra en situación de vulnerabilidad en los municipios con alta incidencia de violencia y criminalidad, mejora sus condiciones de convivencia, seguridad ciudadana y acceso a mecanismos de protección, con una amplia participación ciudadana.

**Área Estratégica 3. Una Honduras productiva, generadora de oportunidades y empleo digno, que aprovecha de manera sostenible sus recursos y reduce la vulnerabilidad ambiental.**

**Efecto 5:** La población pobre y vulnerable a la inseguridad alimentaria de las regiones priorizadas, ha incrementado su producción y productividad, acceso a empleo digno, ingreso y consumo sostenible, tomando en cuenta el cambio climático y la conservación de los ecosistemas. (OPS/ONU, 2016, pág. 5)

Los efectos uno, dos cuatro y cinco de este marco, son los efectos que más se enfocan en el interés para lograr la equidad e igualdad en las poblaciones excluidas de municipios priorizados. En un contexto de pobreza estructural, las condiciones de salud que afectan a la población pobre están asociadas a circunstancias sociales, culturales y económicas: falta de ingresos en los hogares; deficiente nivel educativo; limitadas oportunidades laborales; deficiente calidad y cobertura en los recursos humanos en salud; corrupción y malas prácticas; estilos de vida, alimentación, entre otros.

### III. METODOLOGIA

El enfoque de la investigación es de tipo cuantitativo, el tipo de estudio es observacional, analítico, de corte transversal. El Universo lo constituyó la población de niños menores de cinco años que fallecieron y que están registrados en la base de datos existente en la Secretaria de Salud de los departamentos de Francisco Morazán (en este estudio se excluyó el municipio del Distrito Central, debido a que forma parte de otra región de salud –Regio Metropolitana- y por lo tanto se asignó a otra persona su estudio) y Yoro en el año 2014. El área geográfica de estudio fueron los departamentos de Francisco Morazán y Yoro.

El estudio inicio con la revisión de literatura sobre desigualdades en salud, la mortalidad de los menores de cinco años, y tomando referencias puntuales de la relacionada con los departamentos de Francisco Morazán y Yoro. La recopilación de los datos bibliográficos básicamente fue de libros, sitios web, artículos científicos, y periódicos. Los documentos que más contribuyeron en el desarrollo del marco teórico de esta investigación se originan de estudios de referentes mundiales como la Organización Mundial de la Salud, UNICEF, Organización Panamericana de la Salud, Organización de las Naciones Unidas. También de estudios nacionales principalmente la ENDESA 2012, el Instituto Nacional de Estadísticas y otros; enfocados en el tema de interés.

Así mismo se tomaron referencias bibliográficas de marcos normativos existentes en el país (las normas de atención materna y neonatal, las normas de nutrición del menor de cinco años, el programa ampliado de inmunizaciones, la herramienta de atención integral de enfermedades prevenibles en la infancia, tanto del menor de dos meses como la del niño de dos meses a cinco años). Dando por resultado el marco teórico de esta investigación y referencias para el análisis de los resultados.

Los datos estadísticos se originan de una base de datos oficiales, proporcionada por la Secretaría de Salud Pública (SESAL), y del Hospital Escuela Universitario (HEU) del año 2014. Esta fuente de datos contiene información recopilada mediante el vaciado de información de las fichas de vigilancia de mortalidad de niños menores de cinco años (IVM -4); esta información es recolectada por el personal de salud (Médico, Enfermera profesional y/o Enfermera auxiliar previamente capacitados) y notificadas a las distintas regiones de salud, que mensualmente entregan esta información a la SESAL.

El sistema que se utiliza para codificar la muerte de los niños menores de cinco años es el Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE -10, que es un manual de instrucciones de la OPS, para la clasificación de enfermedades.

Las variables por las que está compuesta la base de datos son: número de ficha, nombre del niño, nombre de quien llena la ficha, unidad notificadora, región de salud, número de expediente, semana epidemiológica, fecha de notificación, identidad, sexo, edad, peso al nacer, edad en meses, fecha de nacimiento, nombre de madre, nombre padre, dirección, departamento, municipio, aldea, caserío, número de teléfono, dirección de barrio o colonia, dirección de otra referencia de la casa, especifique donde nació, fecha de la defunción, establecimiento donde nació, semana que ocurrió la muerte, unidad de salud donde acudía el niño, establecimiento donde ocurrió la muerte, nombre del lugar donde ocurrió muerte, clasificación la muerte según la edad.

Otras variables que componen la base de datos son: identificación de alguna malformación, tipo de malformación, antecedentes familiares de malformación, tipo de malformación antecedente, parentesco consanguíneo, edad de la madre, número de embarazos, partos cesárea, partos vaginal, partos abortos, nacidos muertos, nacidos vivos, causa de la muerte, atención prenatal del niño fallecido, nombre del sitio donde recibió atención prenatal, edad gestacional al nacer semanas, parto, sitio del parto, nacimiento al nacer el niño, existencia de estados patológicos, cuales estados patológicos, otros estados patológicos, causa básica de muerte, causa muerte b, causa muerte d, causa muerte c, edad, meses.

La base de datos brindada por la SESAL contiene información sobre la mortalidad de niños menores de cinco años a nivel nacional. Los registros de los fallecidos son individuales. No presenta información de los nombres e identificación de los padres de los menores fallecidos, ni del nombre de los niños; (casillas están vacías), pero tiene información relevante como dirección de los domicilios, sitio de la defunción, la unidad notificadora de la defunción, la región de salud al que pertenecía el menor fallecido, número de expedientes, semana epidemiológica del suceso, causa de muerte del menor, entre otros datos que facilitarían la identificación de los menores fallecidos si fuese necesario identificar su identidad. El sitio donde ocurrió la muerte del menor solo informa de Hospital público, hogar, clínica materno infantil, y “otros”. No hay datos de mortalidad del Instituto Hondureño del Seguro Social (IHSS) ni de instituciones privadas.

Se caracterizó demográficamente los niños menores de cinco años fallecidos, se utilizó el estratificador social educación, enfocado en el índice de alfabetismo del año 2013 de la población mayor de 15 años de cada municipio, de ambos departamentos; para analizar las tasas de la mortalidad obtenidos de la medición de las desigualdades en salud de la mortalidad de los menores de cinco años en ambos departamentos.

Las desigualdades en salud de la mortalidad de los menores de cinco años, se midieron a través de las métricas de desigualdades de la salud en estudio:

Índice de Kuznets relativo y absoluto, Índice de desigualdad de la pendiente, Índice de concentración en salud.

**Definiciones de las variables en estudio:**

**Mortalidad en niños menores de cinco años:** Niñas y niños fallecidos en los Departamentos de Francisco Morazán y Yoro en los años 2010-2014. La Tasa es por municipio, y se calculó de la siguiente manera: número de muertes de niños menores de cinco años del año 2014 (numerador), divididos entre los niños menores de cinco años de cada municipio (denominador), multiplicado por 1000 (factor k)

**Sexo:** Características biológicas que definen a los menores fallecidos de los Departamentos de Francisco Morazán y Yoro, en hombre o mujer.

**Procedencia:** Municipios de los Departamentos de Francisco Morazán y Yoro.

**Tasa de alfabetismo:** enfocado en la población mayor de 15 años de cada municipio, de los Departamentos de Francisco Morazán y Yoro, que sabe leer y escribir con facilidad según Instituto Nacional de Estadísticas.

**Desigualdades en salud:** Es la diferencia que existe de acuerdo al estratificador social educación en la mortalidad de las niños y niñas menores de cinco años fallecidos en los Departamentos de Francisco Morazán y Yoro.

**La Medición de desigualdades:** es el resultado de la aplicación de un método que nos indique las diferencias que existen en la mortalidad niñas y niños



menores de cinco años de ambos departamentos. Las métricas de medición utilizadas fueron el Índice de Kuznet absoluto y relativo, índice de desigualdad de la pendiente y el índice de concentración de la salud.

La unidad de observación fue la mortalidad de los menores de cinco años de los departamentos en estudio del año 2014. La unidad de Análisis correspondió a las desigualdades de salud en la mortalidad de las niñas y niños menores de cinco años en 27 municipios del departamento de Francisco Morazán y los municipios que corresponden al departamento de Yoro, que fallecieron en el periodo de estudio.

**Los criterios de inclusión** comprenden todos los niños y niñas fallecidos menores de cinco años, de ambos departamentos del año 2014, que se encuentran registrados en las bases de datos de estadísticas de la SESAL y del HEU.

Las consideraciones éticas se basaron en la confidencialidad. Se protegió la identidad de los menores fallecidos sujetos de la investigación en todo momento. En las bases de datos analizadas no se registra los nombres de los niños fallecidos ni de sus madres; y no se pretendió investigar este dato, mismos que se encuentran registrados en los expedientes clínicos y en IVM4.

El instrumento de esta investigación es una plantilla elaborada en Excel por la investigadora. La técnica de recolección de información fue la revisión documental: Proyecciones poblacionales del año 2014 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la base de datos sobre mortalidad de la niñez de la SESAL y HEU para calcular las tasas de mortalidad de los niños menores de cinco años por municipio.

Se realizó un pilotaje previo para validar la confiabilidad del instrumento.

El pilotaje del instrumento se realizó con la base de datos obtenida de la SESAL, y dio por resultado hallazgo de sesgo de información, datos incompletos en algunas variables como número de expediente, que no todos lo tienen registrado, no está registrada la edad del fallecido, direcciones de los lugares de residencia incompletos, no todos tienen identificados donde nacieron ni el sitio donde ocurrió la muerte también se identificó la confusión de nombres en los que se toman nombres de aldeas como municipios, y no aparece registrado el municipio de San Ignacio y la Libertad, correspondientes al Departamento de Francisco Morazán; por los que los datos de estos dos municipios fueron extraídos directamente de información brindada por la Región Departamental de Salud de Francisco Morazán (y en la cual no hay registros de defunciones para este grupo etario para ambos municipios en el año 2014).

Debido a que el país carece de información estadística sobre tasa de alfabetismo se restó del índice de analfabetismo por municipio del año 2013, publicado por el INE, para calcular la Tasa de alfabetismo por municipio. Se

realizó una segunda revisión de la información para verificar coincidencia de los datos y la calidad de la información. El procesamiento de los datos, se ejecutaron mediante el Programas Microsoft Excel.

Contemplando la metodología de cálculo de las métricas de medición de desigualdades se utilizaron, tres dimensiones requeridas para el análisis de desigualdad:

- Un Indicador de salud (mortalidad de los niños menores de cinco años).
- El estratificador de equidad (alfabetismo a nivel departamental).
- Variables demográficas denominadores de los indicadores de salud: la población nacida viva según sexo de ambos departamentos en el año 2014.

Se empleó la estadística descriptiva usando los percentiles quintiles y cuartiles. La información por municipio se ordenó de menor nivel de alfabetismo a mayor nivel de alfabetismo. Los resultados se presentaron por medio de tablas y gráficos de tendencias, barras y de dispersión. En el análisis se hace una discusión de los resultados de acuerdo a los objetivos en estudio, (verificando las desigualdades en salud, el alfabetismo y los cruces de variables mortalidad, sexo y procedencia).

#### IV. RESULTADOS

Tabla 1

**Población Menor de cinco años según sexo, de 27 municipios del departamento de Francisco Morazán. Año 2014**

Municipios	Mujer	Hombre	% Mujer	% Hombre
<b>Alubaren</b>	236	272	1%	2%
<b>Cedros</b>	1014	1099	6%	7%
<b>Curaren</b>	920	982	6%	6%
<b>Porvenir</b>	984	946	6%	6%
<b>Guimaca</b>	1320	1373	8%	9%
<b>La Libertad</b>	104	87	1%	1%
<b>La Venta</b>	225	248	1%	2%
<b>Lepaterique</b>	1560	1086	10%	7%
<b>Maraita</b>	256	277	2%	2%
<b>Marale</b>	465	491	3%	3%
<b>Nueva Armenia</b>	125	124	1%	1%
<b>Ojojona</b>	463	467	3%	3%
<b>Orica</b>	637	656	4%	4%
<b>Reitoca</b>	497	475	3%	3%
<b>Sabanagrande</b>	871	857	5%	5%
<b>San Antonio de Oriente</b>	566	646	3%	4%
<b>San Buenaventura</b>	112	95	1%	1%
<b>San Ignacio</b>	372	373	2%	2%
<b>San Juan de Flores</b>	200	784	1%	5%
<b>San Miguelito</b>	73	110	0%	1%
<b>Santa Ana</b>	659	697	4%	4%
<b>Santa Lucía</b>	515	458	3%	3%
<b>Talanga</b>	1607	1698	10%	11%
<b>Tatumbla</b>	294	306	2%	2%
<b>Valle de Ángeles</b>	727	723	4%	5%
<b>Vallecillo</b>	402	389	2%	2%
<b>Villa de San Francisco</b>	455	454	3%	3%
<b>Total</b>	16193	15,639	51%	49%
<b>Total</b>	31832			

Proyecciones de población por municipios. INE, 2014

Para el año 2014 nacieron 15,639 mujeres y 16,193 hombres; en total la población nacida viva menor de cinco años fue de 31,832. (Exceptuando el municipio del Distrito central, que no es analizado en este estudio).

**Tabla 2**

**Niños menores de cinco años fallecidos, según sexo y procedencia de 27 municipios del departamento de Francisco Morazán. Honduras, Año 2014**

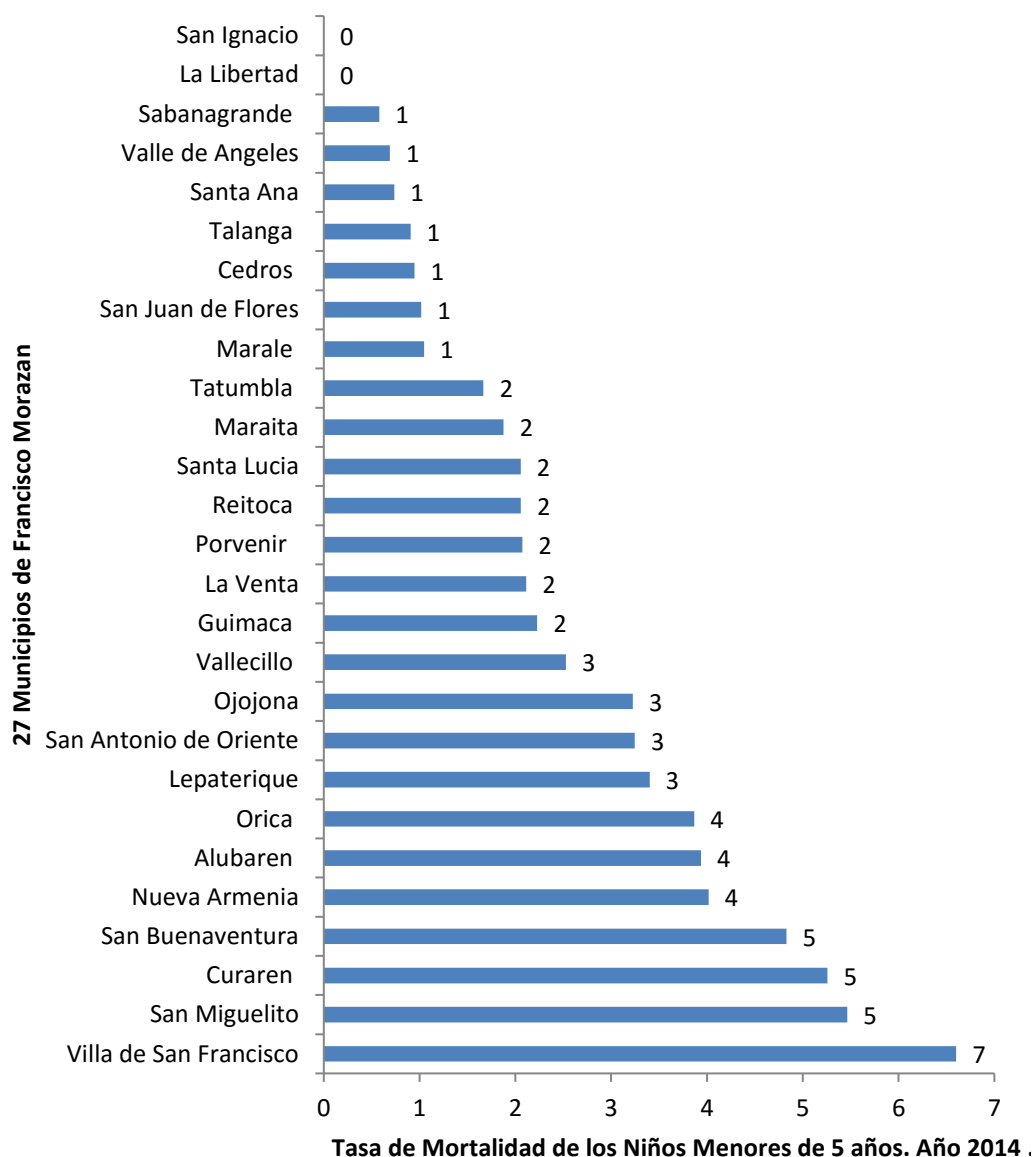
Municipios	Mujer	Hombre	Total
Curaren	4	6	10
Orica	2	3	5
Guaimaca	3	3	6
Porvenir	1	3	4
Alubaren	1	1	2
Talanga	0	3	3
Santa Lucia	0	2	2
San Antonio de oriente	1	3	4
Tatumbla	0	1	1
Marale	0	1	1
Lepaterique	3	6	9
La Libertad	0	0	0
San Miguelito	0	1	1
La Venta	1	0	1
San Juan de Flores	0	1	1
Maraita	1	0	1
Vallecillo	1	1	2
San Ignacio	0	0	0
Ojojona	1	2	3
Cedros	2	0	2
Nueva Armenia	1	0	1
Sabanagrande	1	0	1
Reitoca	1	1	2
Villa de San Francisco	4	2	6
San Buenaventura	1	0	1
Valle de Ángeles	0	1	1
Santa Ana	1	0	1
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>41</b>	<b>71</b>

Base de datos de mortalidad de niños menores de cinco años. SESAL y HEU

Según las bases de datos de la SESAL y del HEU, en los municipios del departamento de Francisco Morazán, se registraron 71 menores de cinco años fallecidos, en el año 2014. (Exceptuando el municipio del Distrito Central, que no es analizado en este estudio). De los cuales 30 eran del sexo femenino y 41 eran del sexo masculino. El mayor número de niños que fallecieron procedían del municipio de Curaren (6 niños y 4 niñas), seguido de Lepaterique (6 niños y 3 niñas), y de la Villa de San Francisco (2 niños y 4 niñas). Se exceptúa el M.D.C.

## Gráfico 1

Tasa de mortalidad x 1,000 NV, en niños(as) menores de cinco años según 27 municipios. Francisco Morazán. 2014

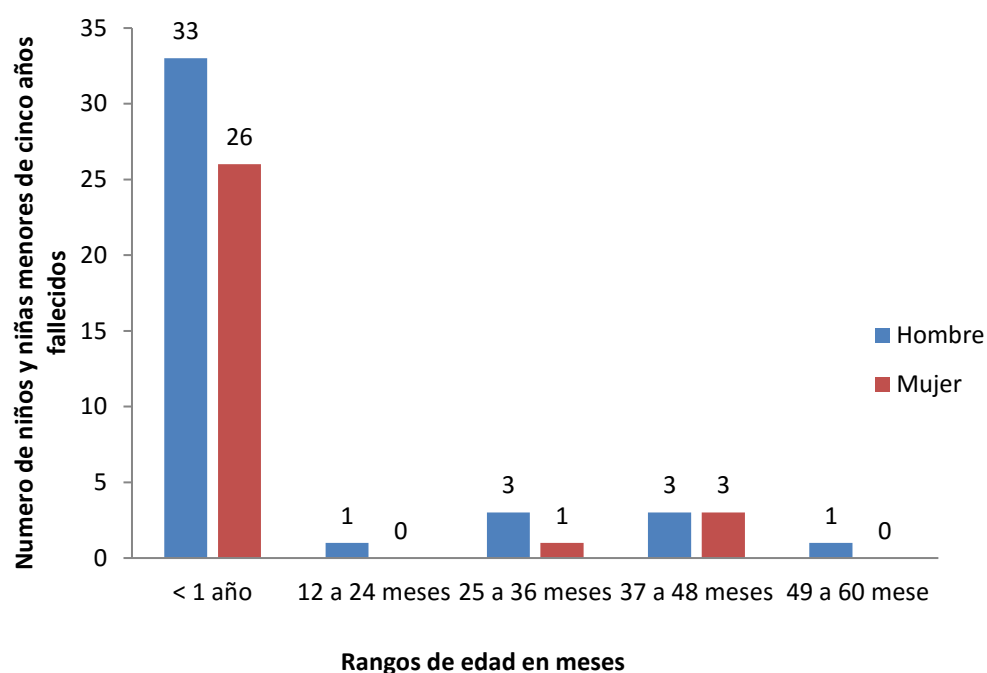


De acuerdo a los nacimientos y fallecidos de cada municipio del Departamento de Francisco Morazán; La Villa de San Francisco presenta la Tasa más alta de 7x1000 NV.



## Gráfico 2

**Mortalidad de los niños(as) menores de cinco años, según la edad y sexo, en 27 municipios de Francisco Morazán, 2014**



El grupo poblacional con mayor número de casos de mortalidad de menores de cinco años son los niños y niñas que tiene un rango de edad de 0 a 12 meses (fallecieron 33 niños y 26 niñas); seguido por los menores entre 37 a 48 meses: (3 niños y 3 niñas).

**Tabla 3****Tasa de Alfabetismo x 100% de hab. Mayores de 15 años, de 27 municipios de Francisco Morazán, año 2013 (Estratificador de equidad)**

Municipios	Tasa Alfabetismo
Santa Lucia	92.5
Santa Ana	91.2
Valle de Ángeles	90
San Antonio de Oriente	88
San Buenaventura	88
Tatumbla	86
Talanga	86
Sabanagrande	85
Villa San Francisco	85
Guaimaca	84
Nueva Armenia	84
Cedros	83
Ojojona	83
San Ignacio	82
Vallecillo	81
Maraita	80
San Juan De Flores	79
El Porvenir	78
La Venta	78
La Libertad	77
San Miguelito	77
Lepaterique	76
Orica	76
Curaren	69
Reitoca	67
Marale	64
Alubaren	63

Fuente: INE 2013

La Tasa de Alfabetismo más alta por municipio pertenece al municipio de Santa Lucia, seguido por Santa Ana y Valle de Ángeles. Las Tasas más bajas corresponden a los municipios de Cuaren Reitoca, Marale y Alubaren.

**Tabla 4**

**Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años X 1,000 NV, y Tasa de alfabetismo x 100% de hab. Mayores de 15 años, (Estratificador de equidad) de 27 municipios dpto. Francisco Morazán, 2014**

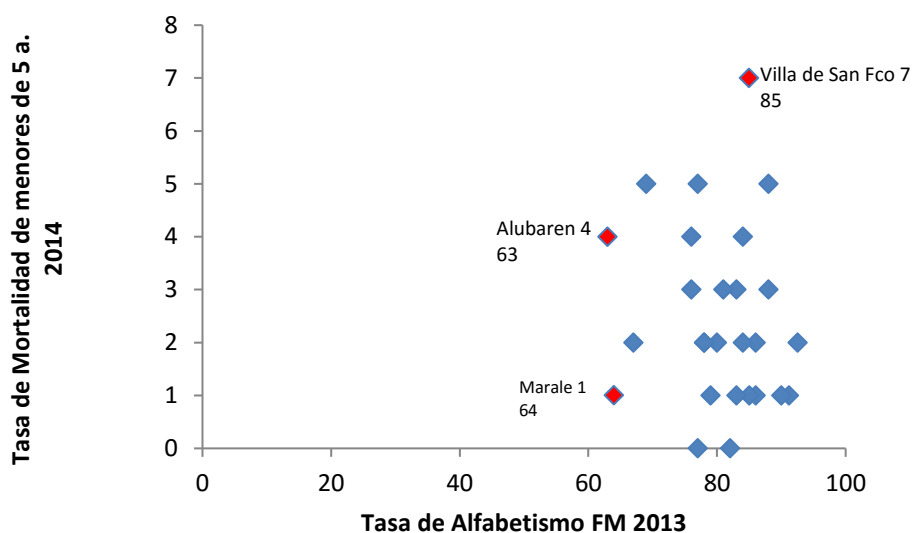
Municipios	Población menor de 5 años. 2014	Tasa de alfabetismo. 2013	Tasa de Mortalidad
Alubaren	508	63	4
Marale	956	64	1
Reitoca	972	67	2
Curaren	1902	69	5
Lepaterique	2646	76	3
Orica	1293	76	4
San Miguelito	183	77	5
La Libertad	191	77	0
La Venta	473	78	2
El Porvenir	1930	78	2
San Juan de Flores	984	79	1
Maraita	533	80	2
Vallecillo	791	81	3
San Ignacio	745	82	0
Ojojona	930	83	3
Cedros	2113	83	1
Nueva Armenia	249	84	4
Guaimaca	2693	84	2
Villa de San Francisco	909	85	7
Sabanagrande	1728	85	1
Talanga	3305	86	2
Tatumbla	600	86	5
San Buenaventura	207	88	3
San Antonio de Oriente	1212	88	1
Valle de Angeles	1450	90	1
Santa Ana	1356	91	2
Santa Lucia	973	93	2

La Villa de San Francisco presenta Tasa de alfabetismo de 85 x 100% de habitantes mayores de 15 años y Tasa de mortalidad de 7 x 1000 NV que es la más altas en Francisco Morazán. Alubaren tiene la Tasa más baja de

alfabetismo, 63 x 100% de habitantes mayores de 15 años, y una Tasa de mortalidad de los menores de cinco años de 4 x 1000 NV.

### Gráfico 3

**Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años X 1,000 NV, y Tasa de alfabetismo x 100% de hab. Mayores de 15 años, (Estratificador de equidad) de 27 municipios dpto. Francisco Morazán, 2014**



La Villa de San Francisco presenta Tasa de alfabetismo de 85 x 100 % de habitantes mayores de 15 años y Tasa de mortalidad de 7 x 1000 NV que es la más altas en Francisco Morazán. Alubaren tiene la Tasa más baja de alfabetismo, 63 x 100 % de habitantes mayores de 15 años, y una Tasa de mortalidad de los menores de cinco años de 4 x 1000 NV. Marale tiene una Tasa de alfabetismo de 64 x 100% de habitantes mayores de 15 años y la Tasa de mortalidad en menores de 5 años es de 1 x 1000 NV.

**Tabla 5**

**Niños menores de cinco años nacidos vivos por municipios del departamento de Yoro. Año 2014**

<b>Municipios</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>
<b>Arenal</b>	262	266	528
<b>El Negrito</b>	2207	2262	4,469
<b>El Progreso</b>	8361	8518	16,879
<b>Jocon</b>	492	494	986
<b>Morazán</b>	2006	2133	4,139
<b>Olanchito</b>	4998	5409	10,407
<b>Santa Rita</b>	931	925	1,856
<b>Sulaco</b>	811	881	1,692
<b>Victoria</b>	1752	1759	3,511
<b>Yorito</b>	1035	1025	2,060
<b>Yoro</b>	4439	4652	9,091
<b>Total</b>	<b>27294</b>	<b>28324</b>	<b>55,618</b>

Proyecciones de población por municipios. INE, 2014

Para el año 2014 nacieron 27,294 niñas y 28,324 niños; en total la población nacida viva menor de cinco años fue de 55,618.

**Tabla 6**

**Niños menores de cinco años fallecidos por sexo y procedencia de municipios y sexo del departamento de Yoro. Año 2014**

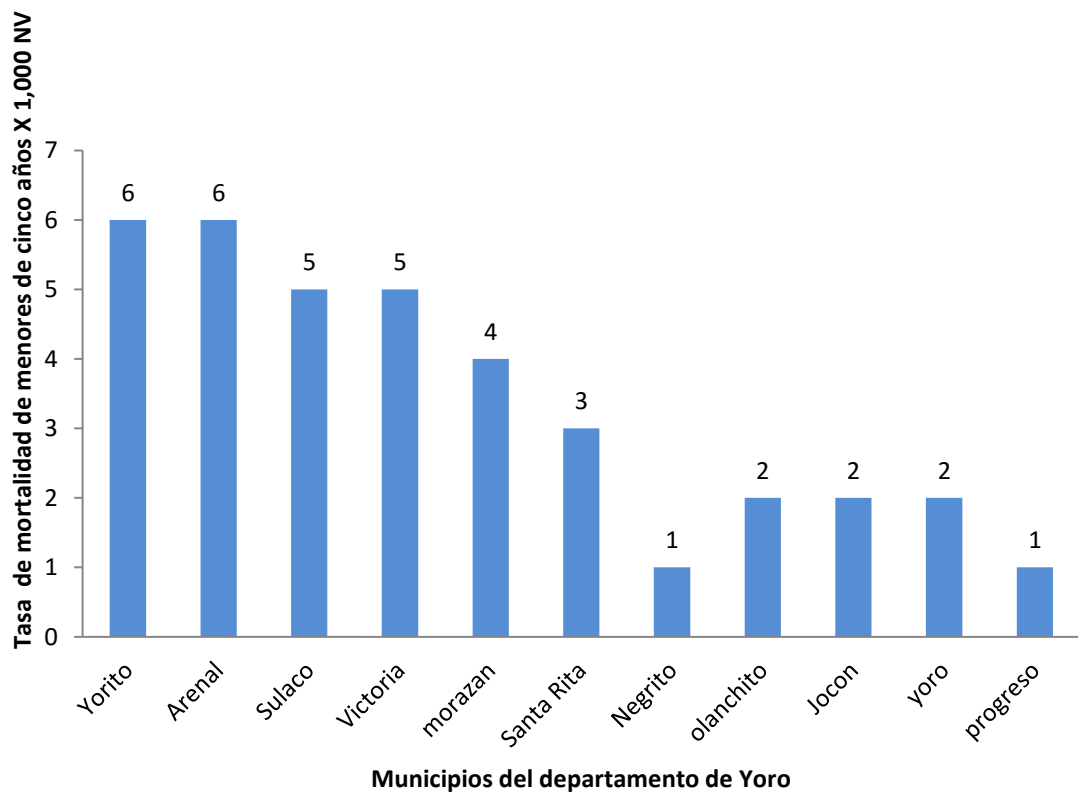
<b>Municipios</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>
<b>Olanchito</b>	12	13	25
<b>Yoro</b>	8	8	16
<b>El Progreso</b>	10	6	16
<b>Victoria</b>	10	6	16
<b>Morazán</b>	7	9	16
<b>Negrito</b>	5	6	11
<b>Yorito</b>	3	9	12
<b>Sulaco</b>	7	2	9
<b>Santa Rita</b>	4	1	5
<b>Arenal</b>	3	0	3
<b>Jocon</b>	2	0	2
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>60</b>	<b>131</b>

Base de datos de mortalidad de niños menores de cinco años. SESAL y HEU

Según las bases de datos de la Secretaria de Salud y del Hospital Escuela Universitario, en los municipios del departamento de Yoro, se registraron 131 menores de cinco años fallecidos, en el año 2014. El número más alto de los niños que fallecieron procedían del municipio de Olanchito con 13 niños y 12 niñas. El Progreso y Victoria con 10 niñas fallecidas respectivamente. Morazán y Yorito presentaron 9 niños fallecidos cada uno. En el año 2014 murieron más las niñas que los niños, (murieron 60 niños y 71 niñas).

#### Gráfico 4

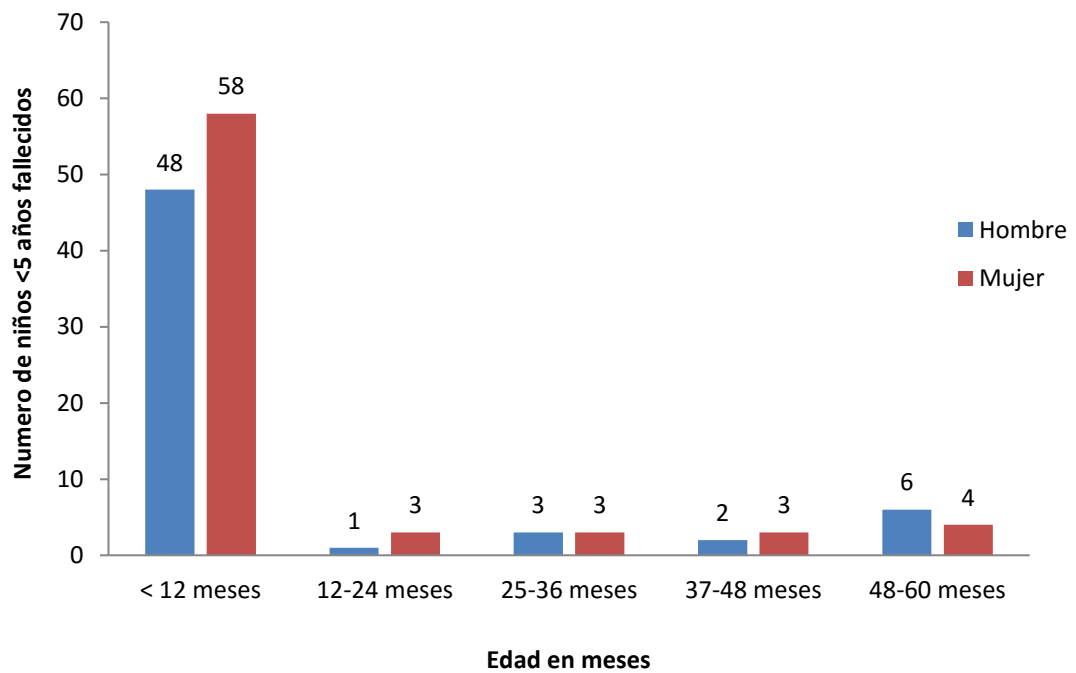
Tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años X 1,000 NV, por municipios. Dpto. Yoro, 2014.



De acuerdo a la población menor de cinco años nacidos vivos y fallecidos para el año 2014, la Tasa de mortalidad x 1000 NV, más alta corresponde al municipio de Yorito y Arenal, con Tasas de 6 respectivamente. Seguida por el municipio de Negrito y Progreso con Tasas de 1X1000 NV

### Gráfico 5

Mortalidad de los menores de cinco años. Según la edad y el sexo. Dpto. Yoro, 2014

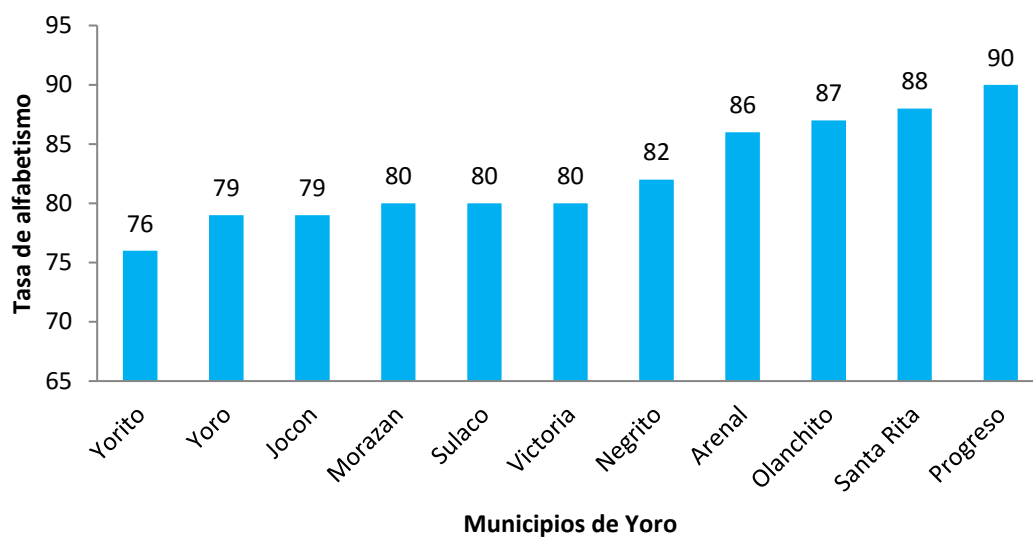


La edad más frecuente en que fallecieron los menores de cinco años es de menos 12 meses con 58 niñas y 48 niños.



## Gráfico 6

Tasa de alfabetismo x 100% de hab. Mayores de 15 años por municipio.  
Dpto. Yoro, 2013



Fuente: INE 2013

La tasa de alfabetismo más alta del departamento de Yoro es la del municipio de Progreso, seguido por Santa Rita. La tasa más baja es en el municipio de Yorito.

**Tabla 7**

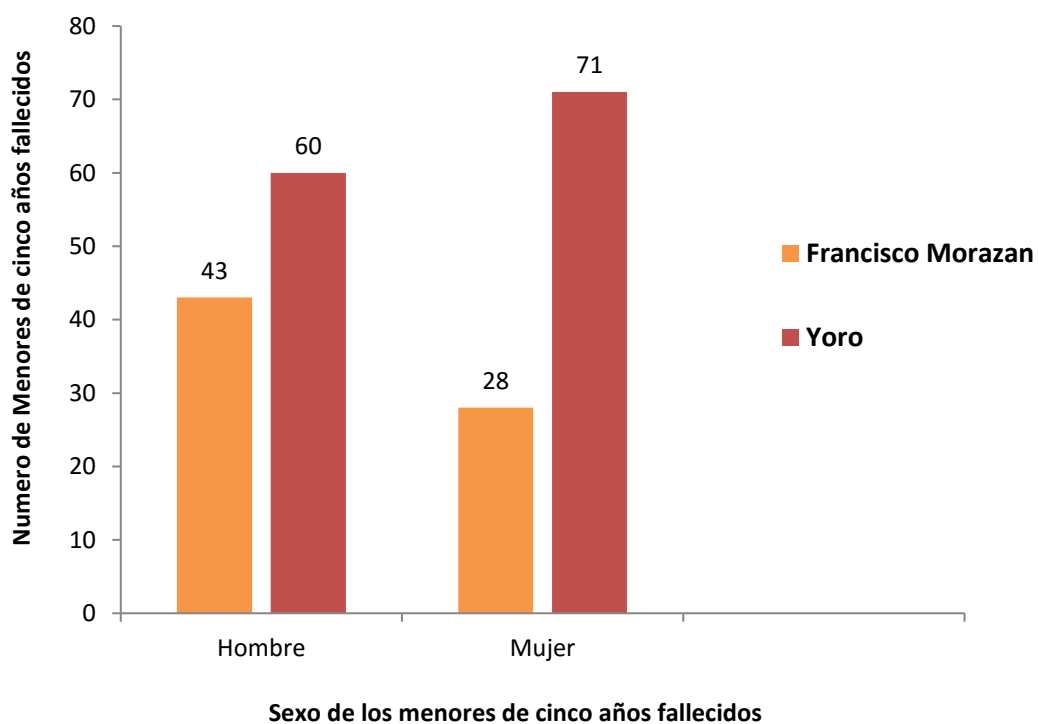
**Tasa de Niños menores de cinco años fallecidos, en comparación con la Tasa de alfabetismo. Dpto. Yoro, 2014**

<b>Municipios</b>	<b>Tasa de alfabetismo x 100% de hab. Mayores de 15 años</b>	<b>Tasa de niños menores de 5 años fallecidos x 1000 NV</b>
<b>Progreso</b>	90	1
<b>Santa Rita</b>	88	3
<b>Olanchito</b>	87	2
<b>Arenal</b>	86	2
<b>Negrilo</b>	82	2
<b>Victoria</b>	80	5
<b>Sulaco</b>	80	5
<b>Morazán</b>	80	4
<b>Jocon</b>	79	5
<b>Yoro</b>	79	2
<b>Yorito</b>	76	6

La Tasa de niños fallecidos menores de cinco años y la Tasa de alfabetismo, refleja que el municipio de El Progreso tiene la Tasa más alta de alfabetismo y una Tasa de mortalidad de 1 x 1,000 NV; y el municipio de Yorito tiene la Tasa más baja alfabetismo y una Tasa más alta mortalidad del menor de cinco años de 6 x cada 1,000 NV.

### Gráfico 7

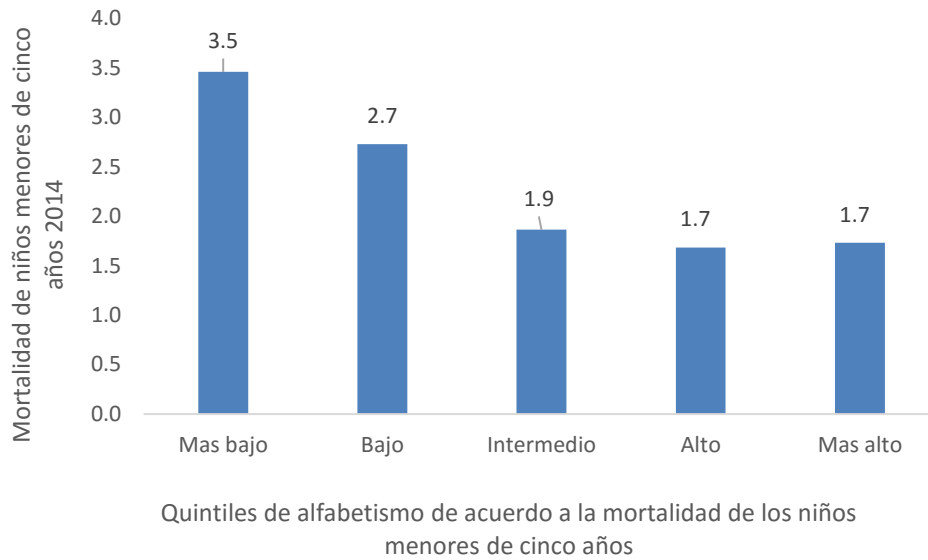
Niños menores de cinco años fallecidos según sexo. Departamento de Yoro y 27 Municipios de Francisco Morazán. Año 2014



Los menores de cinco años fallecidos según el sexo son procedentes de Yoro en número de 131, de los cuales 60 son niños y 71 son niñas. Francisco Morazán presento 43 niños fallecidos y 28 niñas fallecidas.

## Gráfico 8

**Brecha de desigualdad en la mortalidad de los niños menores de 5 años por quintiles, en el departamento de Francisco Morazán (27 municipios).**



La brecha de desigualdad más alta de la mortalidad en el menor de cinco años en el departamento de Francisco Morazán, está en el quintil más bajo de alfabetismo llegando a 3.5; y va disminuyendo hasta el quintil más alto de alfabetismo llegando a 1.7 (ver la tabla 8).

**Tabla 8**

**Brecha Absoluta y Relativa de desigualdad en la mortalidad de los niños menores de 5 años por quintiles con datos agrupados, en el departamento de Francisco Morazán (27 municipios).**

Municipios	Poblacion menor de 5 años Nacida viva 2014	Tasa de alfabetismo . 2013	niños menore s de 5 años fallecidos	Tasa de mortalidad menores de 5 años 2014	Peso pnv14
Alubaren	508	63	2	4	0.11710466
Marale	956	64	1	1	0.22037805
Reitoca	972	67	2	2	0.22406639
Curaren	1902	69	10	5	0.4384509
Lepaterique	2646	76	9	3	0.34363636
Orica	1293	76	5	4	0.16792208
San Miguelito	183	77	1	5	0.02376623
La Libertad	191	77	0	0	0.02480519
La Venta	473	78	1	2	0.06142857
El Porvenir	1930	78	4	2	0.25064935
San Juan de Flores	984	79	1	1	0.12779221
Maraita	533	80	1	2	0.0661783
Vallecillo	791	81	2	3	0.09821207
San Ignacio	745	82	0	0	0.09250062
Ojojona	930	83	3	3	0.11547057
Cedros	2113	83	2	1	0.26235411
Nueva Armenia	249	84	1	4	0.03091631
Guaimaca	2693	84	6	2	0.33436802
Villa de San Francisco	909	85	6	7	0.13894833
Sabanagrande	1728	85	1	1	0.26413941
Talanga	3305	86	3	1	0.50519719
Tatumbla	600	86	1	2	0.09171507
San Buenaventura	207	88	1	5	0.03982301
San Antonio de Oriente	1212	88	4	3	0.2331666
Valle de Angeles	1450	90	1	1	0.27895344
Santa Ana	1356	91	1	1	0.26086957
Santa Lucia	973	93	2	2	0.18718738
	Quintil de alfabetismo	pvn menor de 5a	Alf.2014	mortalidad menore de 5 años 2014	
	Mas bajo	4338	66.747349	3.5	
	Bajo	7700	77.0561039	2.7	
	Intermedio	8054	82.8778247	1.9	
	Alto	6542	85.5969123	1.7	
	Mas alto	5198	90.2764525	1.7	

Grupos por Municipios (Quintiles) Nivel de Alfabetismo	Promedio ponderado de Mortalidad de la niñez
Más bajo	3.5
Bajo	
Intermedio	
Alto	
Mas alto	1.7

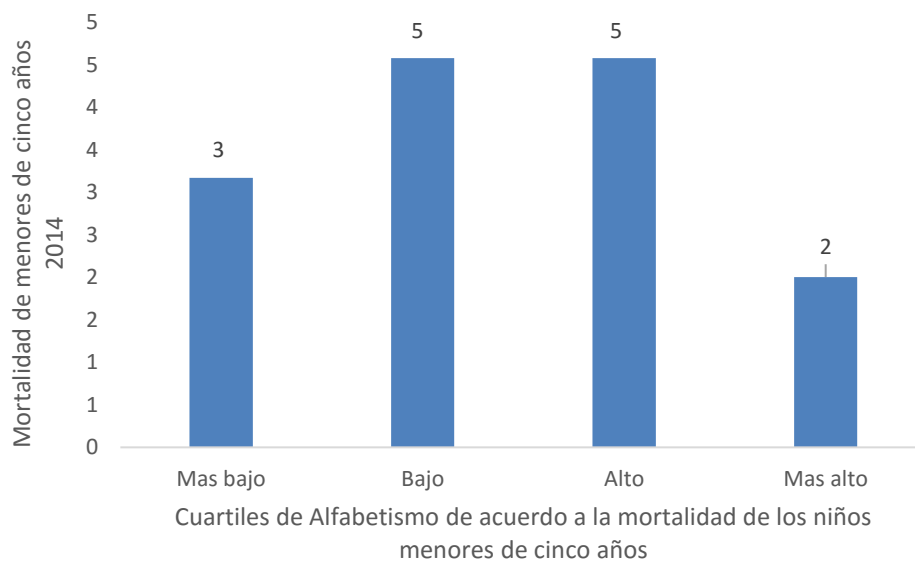
BRECHA ABSOLUTA = 1.7 (redondeado a 2)

BRECHA RELATIVO = 2

La diferencia absoluta entre la Mortalidad de niños menores de cinco años en el año 2014 es de 2 muertes x cada 1000 NV en el grupo más afectado (los municipios de menor condición de alfabetismo). Y la brecha relativa entre el grupo más bajo y más alto, expresa que la mortalidad de los niños menores de cinco años es 2 veces mayor en el grupo con menor Tasa de alfabetismo. Los municipios que se encuentran en el quintil más bajo y que tienen menor tasa de alfabetismo son Alubaren, Marale, Reitoca y Curaren. Los municipios que se encuentran en el quintil más altos son San Buenaventura, San Antonio de Oriente, Valle de Ángeles, Santa Ana y Santa Lucía.

### Gráfico 9

#### Brecha de desigualdad en la mortalidad de los niños menores de 5 años, de acuerdo a la Tasa de mortalidad, en el departamento de Yoro. Año 2014



La brecha de desigualdad más alta de la mortalidad en el menor de cinco años en el departamento de Yoro, está en los cuartiles intermedios. En el cuartil con alfabetismo más bajo es de 3 y en el cuartil con alfabetismo más alto de alfabetismo es de 2. (ver la tabla 9).

**Tabla 9**

**Cálculo de la brecha absoluta y relativa del departamento  
de Yoro, año 2014**

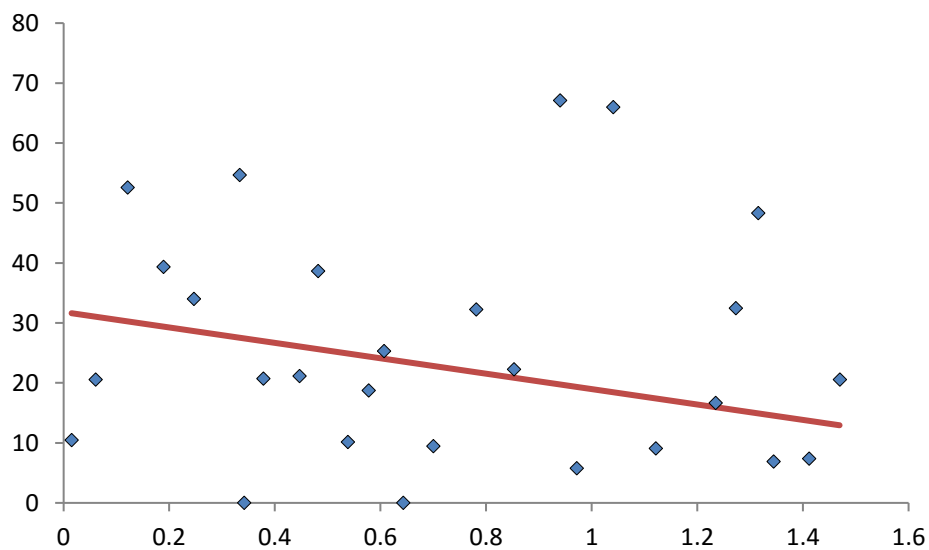
Municipios	poblacion nacida viva 2014	Tasa Alf. 2013	Niños menores de 5 años fallecidos. 2014	Tasa de Mortalidad de niños menores de 5 años 2014	Peso de pnv2014
Yorito	2060	76	12	6	0.32478632
Jocon	986	79	2	2	0.33760684
Yoro	9091	79	16	2	0.33760684
Morazán	4139	80	16	4	0.33333333
Sulaco	1692	80	9	5	0.33333333
Victoria	3511	80	16	5	0.33333333
El Negrito	4469	82	11	2	0.48809524
Arenal	528	86	3	6	0.51190476
Olanchito	10407	87	25	2	0.32830189
Santa Rita	1856	88	5	3	0.33207547
El Progreso	16879	90	16	1	0.33962264
		p1		79.5	
		p2		80	
		p3		86.5	
	Cuartil de Alfabetismo	pnv2014	Alf2013	Mortalidad de la niñez 2014	
	Mas bajo	234	78.02564103	3	
	Bajo	240	80	5	
	Alto	168	84.04761905	5	
	Mas alto	265	88.3509434	2	
			Brecha Absoluta	1	
			Brecha Relativa	2	

La diferencia absoluta entre la Mortalidad de niños menores de cinco años en el año 2014 es de 1 muerte x cada 1000 NV en el grupo más afectado (los municipios de menor condición de alfabetismo). Y la brecha relativa entre el grupo más bajo y más alto, expresa que la mortalidad de los niños menores de cinco años es 2 veces mayor en el grupo con menor Tasa de alfabetismo. Los municipios que se encuentran en el quintil más bajo y que tienen menor tasa de alfabetismo son Yorito, Jocon y Yoro. Los municipios que se encuentran en el quintil más altos son Olanchito, Santa Rita y El Progreso.



## Gráfico 10

Índice de desigualdad de la pendiente en la mortalidad de los niños menores de cinco años. Francisco Morazán (27 Municipios). Año 2014



El índice de desigualdad de la pendiente en la mortalidad de los niños menores de cinco años del Departamento de Francisco Morazán es  $12.94 - 31.04 = -18.1$  puntos porcentuales. En este caso, hay un exceso de 18 muertes de niños menores de cinco años por cada 1,000 nacidos vivos entre la población con menor Tasa de alfabetismo en comparación con la población con mayor Tasa de alfabetismo.

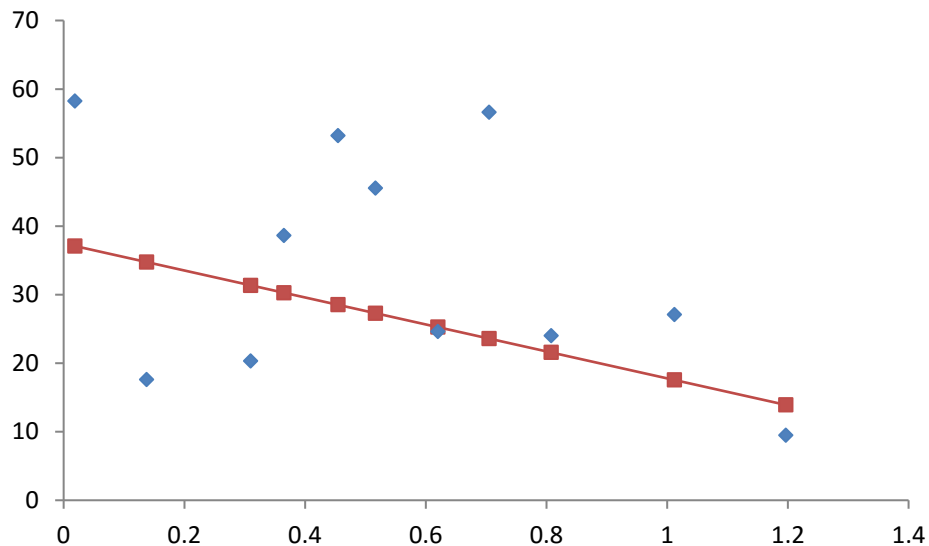
**Tabla 10**

**Cálculo del índice de desigualdad de la pendiente del departamento de Francisco Morazán, año 2014**

Municipios	<Sa. Fallecidos	Alfabetismo	Total de Población	Y	RMN<Sa.	frecuencia relativa	frecuencia acumulada pob	X	RIDIT	Ponderador	RIDIT X ponderador (x*w)	RMN<Sa. X ponderador (y*w)	RMN<Sa. P							
marale	1	64	958	1	0.03017038	0.03017038	0.03017038	0.01508519	30.9515751	0.46691035	32.3085335	31.6280679	Resumen							
reitoca	2	67	972	2	0.03061128	0.06078166	0.06078166	0.06056121	31.1769145	1.88811157	64.1500299	31.0438149								
curaren	10	69	1902	5	0.05989985	0.12068151	0.12112241	0.12112241	43.611925	5.28238162	229.295084	30.2657551	Estadísticas de la regresión							
alubaren	2	73	508	4	0.01599949	0.13668	0.189102151	0.13668	22.5388553	4.26032946	88.7356509	29.394217	Coefficiente	0.83981752						
Lepaterique	9	76	2646	3	0.08333071	0.22001071	0.24668535	0.24668535	51.4392846	12.6893181	174.963553	28.6525857	Coefficiente	0.70529946						
San miguelito	1	77	183	5	0.00576323	0.22577394	0.33289768	0.33289768	13.5277493	4.50335633	73.9221271	27.5449732	R <sup>2</sup> ajustad	0.6535052						
La Libertad	0	77	191	0	0.00601518	0.23178912	0.3416685	0.3416685	13.820275	4.72195267	0	27.4322901	Error típico	530.741528						
el povenir	4	78	1930	2	0.06078166	0.29257078	0.37807451	0.37807451	43.9317653	16.6094807	91.0502907	26.9645641	Observación	27						
la venta	1	78	473	2	0.01489623	0.30746701	0.44630429	0.44630429	21.7485632	9.70647696	45.980049	26.0879823								
orica	5	78	1293	4	0.04072056	0.34818757	0.4815608	0.4815608	35.9583092	17.316112	139.04992	25.6350244	ANÁLISIS DE VARIANZA							
San Juan de Flores	1	79	984	1	0.0309892	0.37917677	0.53777596	0.53777596	31.3687743	16.8693726	31.8788357	24.9128004	Grados de libertad de cuadrado de los cua	F	valor crítico de F					
maraita	1	80	533	2	0.01678582	0.39596259	0.57715806	0.57715806	23.0867928	13.3247286	43.3148082	24.406839	Regresión	2	16853349.6	8426674.8	29.9150748	3.032E-07		
vallecillo	2	81	791	3	0.02491103	0.42087362	0.6063994	0.6063994	28.1247222	17.0548145	71.118135	24.0311611	Residuos	25	7042164.23	281686.569				
San Ignacio	0	82	744	0	0.02343086	0.44430448	0.64302586	0.64302586	27.2763634	17.5394069	0	23.5606028	Total	27	23895513.8					
cedros	2	83	2113	1	0.06654489	0.51084937	0.69972916	0.69972916	45.9673797	32.164716	43.5091148	22.8321073								
bojona	3	83	930	3	0.02928857	0.54013794	0.78091834	0.78091834	30.4959014	23.8148086	98.3738754	21.7890297	Coefficientes	Error típico	Estadística t	Probabilidad Inferior 95%	Superior 95%	Inferior 95.0%	Superior 95.0%	
guaimaca	6	84	2693	2	0.08481088	0.62494882	0.85261235	0.85261235	51.894123	44.2455702	115.620029	20.8679412	Intercepción	0	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A
nuevo armenia	1	84	149	7	0.00469247	0.62964129	0.93976947	0.93976947	12.2065556	11.4713483	81.9231921	19.7481904	Variable X 1	31.8218748	5.8893251	5.40331434	1.3175E-05	19.6925827	43.9511669	19.6925827
sabanagrande	1	85	1728	1	0.05442005	0.68406135	0.97167197	0.97167197	41.5692194	40.3916452	24.0562612	19.3383232	Variable X 2	-12.8474958	6.89960858	-1.86206154	0.07438948	-27.0575057	1.36251406	-27.0575057
villa de san francisco	6	85	909	7	0.02862722	0.71268856	1.04040563	1.04040563	30.1496269	31.3678416	199.007438	18.4552678								
talanga	3	86	3305	1	0.10408465	0.81677322	1.12107517	1.12107517	57.4891294	64.4496358	52.1837786	17.4188662								
tatumbula	1	86	600	2	0.01889585	0.83566907	1.23460775	1.23460775	24.4948974	30.2415903	40.824829	15.9602568								
san antonio de oriente	4	88	1232	3	0.03879948	0.87446855	1.27290335	1.27290335	35.0998575	44.6787262	113.960576	15.4682543								
san buenaventura	1	88	207	5	0.00651907	0.88098762	1.31496237	1.31496237	14.3874946	18.9190139	69.5048047	14.9279013								
valle de angeles	1	90	1450	1	0.04566498	0.9266526	1.34431392	1.34431392	38.0786655	51.1899491	26.2612866	14.5508073								
santa ana	1	91	1356	1	0.04270463	0.96935723	1.41133121	1.41133121	36.8239053	51.9707269	27.1562723	13.6898029								
santa lucia	2	92	973	2	0.03064277	1.46895723	1.1929479	1.1929479	31.1929479	45.8335834	64.1170564	12.944314								
total	71		31753																	

### Gráfico No.11

#### Índice de desigualdad de la pendiente en la mortalidad de los niños menores de cinco años. Yoro, 2014

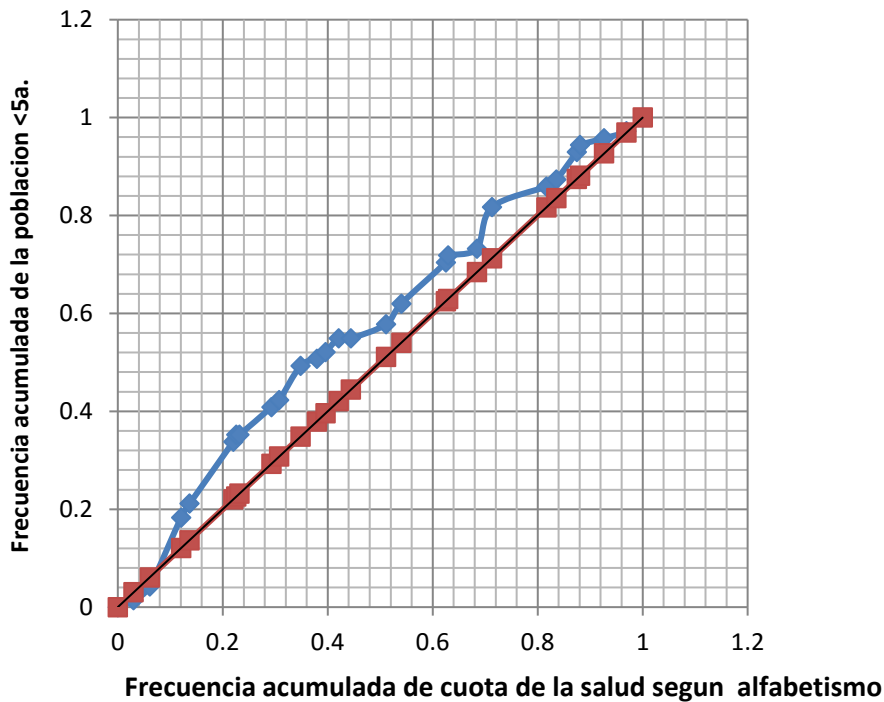


El índice de desigualdad de la pendiente en la mortalidad de los niños menores de cinco años del Departamento de Yoro, es  $13.91 - 37.09 = -23.18$ . Hay un exceso de 23 muertes de niños menores de cinco años por cada 1,000 nacidos vivos entre la población con menor Tasa de alfabetismo en comparación con la población con mayor Tasa de alfabetismo



## Gráfico 12

Índice de concentración de la salud en la mortalidad de los niños menores de cinco años. Francisco Morazán (27 municipios). Año 2014.



En el inicio de la curva se encuentra bajo la línea de equidad (concentrando la mortalidad en los mas alfabetizados). Luego la curva de concentración de la salud se mantiene sobre la línea de equidad, por lo que la mortalidad de los niños menores de cinco años se concentra en la población menos alfabetizadas.

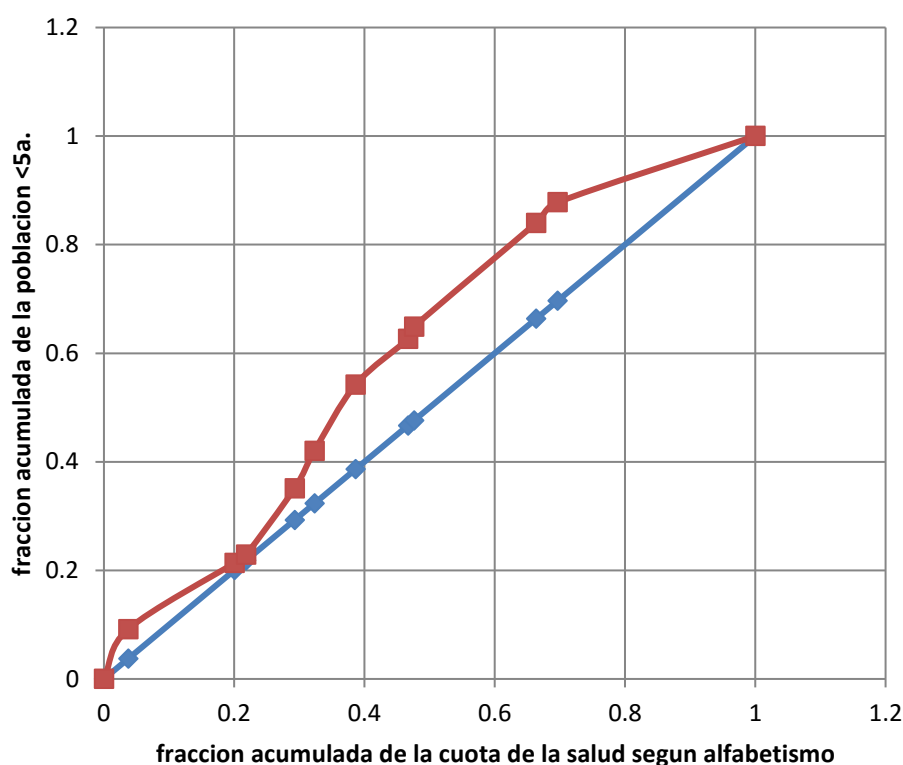
**Tabla 12**

**Cálculo del índice de concentración de la salud. Francisco Morazán,  
2014**

frecuencia relativa	frecuencia acumulada pob	Cuota de salud (Fsalud)	fracuencia relativa de la cuota de salud	frecuencia relativa acumulada de la cuota de salud	indice de concentracion de salud	frecuencia acumulada pob	frecuencia relativa acumulada de la cuota de salud	Linea de equidad
				0		0	0	0
0.03010929	0.03010929	1	0.01408451	0.01408451	0	0.03010929	0.01408451	0.03010929
0.03061321	0.0607225	2	0.02816901	0.04225352	0.00041698	0.0607225	0.04225352	0.0607225
0.05990363	0.12062612	10	0.14084507	0.18309859	0.00602133	0.12062612	0.18309859	0.12062612
0.0159995	0.13662562	2	0.02816901	0.21126761	0.00046843	0.13662562	0.21126761	0.13662562
0.08333596	0.21996158	9	0.12676056	0.33802817	-0.00028745	0.21996158	0.33802817	0.21996158
0.0057636	0.22572517	1	0.01408451	0.35211268	0.00114979	0.22572517	0.35211268	0.22572517
0.00601556	0.23174073	0	0	0.35211268	-0.00211815	0.23174073	0.35211268	0.23174073
0.06078549	0.29252622	4	0.05633803	0.4084507	-0.00834752	0.29252622	0.4084507	0.29252622
0.01489717	0.30742339	1	0.01408451	0.42253521	-0.00196467	0.30742339	0.42253521	0.30742339
0.04072313	0.34814652	5	0.07042254	0.49295775	0.00444258	0.34814652	0.49295775	0.34814652
0.03099115	0.37913766	1	0.01408451	0.50704225	-0.01037386	0.37913766	0.50704225	0.37913766
0.01678687	0.39592454	1	0.01408451	0.52112676	-0.00317169	0.39592454	0.52112676	0.39592454
0.0249126	0.42083714	2	0.02816901	0.54929577	-0.00182982	0.42083714	0.54929577	0.42083714
0.02343233	0.44426947	0	0	0.54929577	-0.01287128	0.44426947	0.54929577	0.44426947
0.06654909	0.51081856	2	0.02816901	0.57746479	-0.0240405	0.51081856	0.57746479	0.51081856
0.02929042	0.54010897	3	0.04225352	0.61971831	0.0046697	0.54010897	0.61971831	0.54010897
0.08481623	0.6249252	6	0.08450704	0.70422535	-0.00691916	0.6249252	0.70422535	0.6249252
0.00469277	0.62961796	1	0.01408451	0.71830986	0.005497	0.62961796	0.71830986	0.62961796
0.05442348	0.68404145	1	0.01408451	0.73239437	-0.03022507	0.68404145	0.73239437	0.68404145
0.02862902	0.71267047	6	0.08450704	0.81690141	0.03683859	0.71267047	0.81690141	0.71267047
0.10409121	0.81676168	3	0.04225352	0.85915493	-0.05491942	0.81676168	0.85915493	0.81676168
0.01889704	0.83565872	1	0.01408451	0.87323944	-0.0047318	0.83565872	0.87323944	0.83565872
0.03880193	0.87446065	4	0.05633803	0.92957746	0.01319599	0.87446065	0.92957746	0.87446065
0.00651948	0.88098013	1	0.01408451	0.94366197	0.00625599	0.88098013	0.94366197	0.88098013
0.04566785	0.92664798	1	0.01408451	0.95774648	-0.03068685	0.92664798	0.95774648	0.92664798
0.04270732	0.9693553	1	0.01408451	0.97183099	-0.0278514	0.9693553	0.97183099	0.9693553
0.0306447	1	2	0.02816901	1	-0.00247569	1	1	1
1		71			-0.14385795	ICS		

**Gráfico 13**

**Índice de concentración de la salud en la mortalidad de los niños menores de 5 años. Dpto. Yoro, 2014.**



La curva de concentración de la salud se mantiene sobre la línea de equidad, por lo que la mortalidad de los niños menores de cinco años se concentra en la población menos alfabetizada. La curva de concentración y la línea de equidad se alinean en el punto 0.2005, 0.2137 que corresponde al municipio de Yoro, esto quiere decir que no se marca una influencia del Alfabetismo y mortalidad; significa que hay equidad entre las dos variables ya que este municipio tiene de las Tasas de mortalidad y alfabetismo mas bajas (Yoro 79, 2)

**Tabla 13**

**Cálculo del índice de concentración de la salud. Yoro, 2014**

Municipios	Tasa Alf.13	Menores de 5ª. fallecidos	Tasa Mort. Menores de 5ª.	Poblacion menor de 5ª. 2014	Wpnv	wpnv	Falud	Fsalud	Wsalud	Fuller
Yorito	76	12	6	2060	0.037	0.03	12.3	0.091	0.092	0
						7	6	6		
Yoro	79	16	2	9091	0.163	0.20	18.1	0.122	0.214	-0.010
						0	8	1		
Jocon	79	2	2	986	0.017	0.21	1.97	0.015	0.229	-0.0007
						8		2		
Morazan	80	16	4	4139	0.074	0.29	16.5	0.122	0.351	0.0096
						3		1		
Sulaco	80	9	5	1692	0.030	0.32	8.46	0.068	0.420	0.0094
						3		7		
Victoria	80	16	5	3511	0.063	0.38	17.5	0.122	0.542	0.0129
						6	5	1		
Negrito	82	11	1	4469	0.080	0.46	4.46	0.083	0.626	-0.0111
						7		9		
Arenal	86	3	6	528	0.009	0.47	3.17	0.022	0.649	-0.0047
						6		9		
Olanchito	87	25	2	10407	0.187	0.66	20.8	0.190	0.840	-0.0305
						3		8		
Sta. Rita	88	5	3	1856	0.033	0.69	5.56	0.038	0.878	-0.0027
						7		1		
Progreso	90	16	1	16879	0.303	1	16.1	0.122	1	-0.1813
							8	1		
		131		55618				IDP=	-0.20018836	



## V. ANALISIS DE RESULTADOS

La salud y supervivencia de las niñas y niños hasta los cinco años de vida ya es independiente de la de su madre, sin embargo, factores como el nivel educativo de esta adquieren un peso determinante en la prevención y tratamiento de las enfermedades que amenazan con la mortalidad de los niños y niñas de esta franja etaria. (UNICEF, 2011, pág. 14) El nivel de educación de la madre es un determinante social de la mortalidad infantil, más condicionado por los altos niveles de pobreza y difícil acceso a los servicios de salud; esto indica una deficiente calidad de los servicios institucionales y una escasa instrucción de las madres en el adecuado cuidado de sus menores hijos.

Un reporte de las autoridades del servicio de pediatría del Hospital Escuela para diario el Herald, refirió que en el mes de abril del año 2014 ya habían fallecido 2,494 menores a nivel nacional. Y que en la semana epidemiológica número 45, perdieron la vida 58 niños y en la misma semana del año 2010, murieron 44 menores. El 60% de los niños que mueren son menores de 28 días de nacidos. El problema de la muerte neonatal fue la numero uno en rango de edades. (Acosta, 2014)

Muchas de estas muertes sus causas son prevenibles y evitables, dependiendo del nivel de conocimiento y entendimiento del adulto

responsable del menor, acerca de los factores de riesgo a los que se expone al niño antes de enfermar y morir. La base de datos que maneja la secretaria de salud no tiene dentro de sus variables la variable educación de la madre ni del padre del menor fallecido. De hecho, la Ficha de Vigilancia de menores de cinco años IVM -4 no solicita esta información; es muy importante conocer niveles de alfabetismo de los padres y/o encargado del menor de cinco años fallecido, ya que se mediría el empoderamiento de la población sobre su conocimiento sobre la promoción de la salud y prevención de riesgos y enfermedades.

La fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria Biomedica de la Comunidad Valenciana (FISABIO), indica dentro de sus líneas de actuación “Promover la inclusión de variables sociales en las fuentes de información de interés sanitario”.

La educación, como un elemento básico de formación y desarrollo de recursos humanos, supone la intervención de un conjunto de agentes educativos y de sistemas de enseñanza. En consecuencia, el nivel de educación de la población de un país es uno de los factores utilizados con más frecuencia en los análisis socioeconómicos por su influencia en los ingresos en el hogar; en el control de la fecundidad; el número de hijos; la disminución de la mortalidad materno-infantil; y la salud de los hijos y de la familia. Así mismo influye en las relaciones económicas y sociales. (INE, ENDESA 2011 - 2012, 2013, pág. 35)

Uno de los departamentos estudiados en esta investigación es el departamento de Francisco Morazán, que en el 2014 tuvo una población de menores de cinco años, de 31,832 niños (proyecciones INE, 2014); de los cuales 16,193 (51%) son niñas y 15,560 (49%) son niños; manteniendo un 2% más de nacimientos las niñas sobre los niños. Los municipios que más nacimientos registraron fueron Talanga, Lepaterique y Guaimaca, en cifras absolutas. El municipio de la Villa de San Francisco presenta la Tasa más alta de mortalidad en el menor de cinco años, dentro de los 27 municipios del dpto. Francisco Morazán.

El departamento de Yoro (otro departamento incluido en esta investigación), para el año 2014 presentó 55,618 nacidos vivos, cifras superiores al departamento de Francisco Morazán (31,832 nacidos vivos); de los cuales 27,294 eran niñas (49%) y 28,324 eran niños (51%); manteniendo un 2% más de nacimientos los niños sobre las niñas. Los municipios que más nacimientos registraron fueron Progreso, Yoro y Olanchito, en cifras absolutas. La Tasa más alta de mortalidad del menor de cinco años correspondió a los municipios de Yorito y Arenal.

La caracterización demográfica de los niños menores de cinco años de los departamentos de Francisco Morazán y Yoro está relacionada con la salud y la mortalidad. En ambos departamentos la edad en que fallecen los niños es entre 0 y 12 meses. En los 27 municipios de Francisco Morazán, los niños entre cero y doce meses fallecen con más frecuencia (fallecieron 33 niños y

26 niñas, cifras absolutas), seguido por los menores entre 37 a 48 meses (3 niños y 3 niñas). En el departamento de Yoro la edad más frecuente en que fallecieron los menores de cinco años fue entre 0 a 12 meses (58 niñas y 48 niños cifras absolutas). La edad es una característica básica para conocer el comportamiento de la salud en los dos grupos de población.

La información recolectada (la base de datos de la Secretaria de Salud y del Hospital Escuela Universitario), refiere que muchos de los niños registrados que murieron antes de cumplir el primer mes de vida ocurrieron por anomalías funcionales y/o estructurales del feto debidas a factores presentes antes del nacimiento, incluyendo defectos genéticos o desconocidos.

El 72% de las causas de muertes infantiles son prevenibles. Correspondiendo con los datos de la ENDESA sobre las causas principales de muertes de los niños menores de 5 años: prematuro/bajo peso al nacer, infecciones respiratorias agudas, Diarrea/Deshidratación, y otras causas. (ENDESA, 2011 - 2012). Las personas que tienen menos niveles de educación están más expuestos a empleos de riesgos, como el estar en contacto con contaminantes químicos; consumo de alimentos bajos en micronutrientes; desconocimientos de la importancia del control prenatal y malas prácticas de higiene; todos estos riesgos para la salud pueden ser evitables si la población tuviera el suficiente conocimiento sobre el daño al que están expuestos. Las personas que saben leer y escribir captan con más facilidad los mensajes promoción y prevención.

La mortalidad de los niños menores de cinco años de los departamentos de Francisco Morazan y de Yoro en el año 2014, se desplazo considerablemente hacia los grupos poblacionales con niveles educativos mas bajos. La variable social alfabetismo de la población es un objetivo importante en este estudio, a través de este estratificador de salud se realizó el análisis de las desigualdades sociales de la salud en la mortalidad de los niños menores de cinco años.

El quintil más alto de acuerdo al estratificador social educación en el departamento de Francisco Morazán pertenece al municipio de Santa Lucia, seguido por Santa Ana y Valle de Ángeles. Estos municipios también tienen las Tasas de mortalidad más bajas, se encuentran entre 1 y 2 x 1000 NV. El quintil más bajo de los municipios de acuerdo al estratificador educación corresponden a los municipios de Reitoca, Marale y Alubaren, aunque las Tasas de mortalidad se encuentran entre 1 y 2 x 1000 NV.

El cuartil más alto de acuerdo al estratificador social educación en el departamento de Yoro es la del municipio de Progreso, seguido por Santa Rita, y estos tienen Tasas de mortalidad entre 1 y 2 x 1000 NV. El quintil más bajo de los municipios de acuerdo al estratificador educación corresponden a los municipios de Yorito, Yoro y Jocon. El municipio de Yorito tiene la tasa una tasa más alta mortalidad del menor de cinco años, 6 x cada 1,000 NV. No así Jocón y Yoro que la Tasa de Mortalidad es de 2 x 1000 NV. En comparación entre los municipios de Yorito y El Progreso, deja evidente la influencia del

estratificador social en la mortalidad de menores de cinco años. Es importante mencionar que el municipio de Progreso se encuentra ubicado contiguo al departamento de Cortes. Por lo que posiblemente tiene oportunidades de acceso a los servicios de educación y de salud de Cortes, que es una zona de importante desarrollo económico e industrial del país.

Francisco Morazán es el departamento más importante del país, dentro se encuentran ubicado la capital del país y también las sedes de las principales instituciones públicas y privadas del sector salud y educación. Una investigación sobre desigualdades educativas en Honduras apunta que entre los departamentos hay desigualdades en los años de escolaridad; dicha desigualdad varía entre regiones, para el caso Francisco Morazán obtuvo un coeficiente Gini 0.282 y Yoro un coeficiente Gini de 0.308 en el año 2011, ubicando a Yoro en uno de los departamentos que más desigualdades presenta en años de escolaridad por Departamento. (Espino, 2015, pág. 15)

Aunque en esta investigación no se analizó la variable ingreso; se debe hacer énfasis en que la desigualdad educativa está correlacionada con la distribución de los ingresos. Un estudio del Center for Economic and Policy Research (CPER) publicado en 2014, menciona que el gasto en educación ha disminuido en los últimos años, pasando de un 7.8 % como porcentaje del PIB en 2009, a 6.3 % en 2012. (Espino, 2015, pág. 3)

La educación es un factor determinante en el desarrollo de un país, entonces, para seguir evitando las desigualdades y dar cumplimiento a los ODS las políticas públicas que son dirigidas al sector educativo se deben enfocar estrategias para llevar la educación a los municipios con menos nivel de desarrollo, mejorando la calidad de la educación. De acuerdo a los resultados, los municipios periféricos a Tegucigalpa tienen mayor tasa de alfabetismo y también menor tasa de mortalidad en la niñez (Santa Lucía, Valle de Ángeles, Santa Ana). Al mejorar los niveles de educación del país, se mejora la calidad de vida, específicamente en los cuidados de la salud y entre más alto es el nivel educativo de la población, la niñez tiene menos riesgo de morir antes de los cinco años; la educación trae consigo mejores oportunidades de empleo, mejor acceso a los alimentos, concientización de los peligros de las enfermedades y el acceso a los servicios de salud.

En los 27 municipios de Francisco Morazán, la diferencia absoluta entre la Tasa de Mortalidad de Niños Menores de cinco años del grupo con el quintil más bajo y el grupo con el quintil más alto es de 2 muerte por cada 1,000 niños menores de cinco años nacidos vivos. En términos relativos, la Tasa de Mortalidad de Niños Menores de cinco años en el grupo con el menor nivel de educación es 2 veces mayor que la Tasa de Mortalidad de Niños menores de cinco años en el grupo con el mayor nivel de educación.

En referencia al departamento de Yoro, la brecha más alta desigualdad se encuentra en el segundo y tercer cuartil. Respecto al cuartil más bajo de Alfabetismo corresponde a los municipios de Yorito, Yoro y Jocon. El cuartil más alto de alfabetismo corresponde a los municipios de Sulaco, Victoria y Yoro. La brecha absoluta y relativa de la mortalidad en relación al alfabetismo es de 1 respectivamente. Estos datos indican que las brechas entre los dos grupos son similares; más bien los municipios que están situados en el segundo y tercer cuartil tienen mayores brechas de desigualdad en la mortalidad de la niñez, que los municipios situados en el primer cuartil.

El índice de desigualdad de la pendiente en la mortalidad de los niños menores de cinco años del Dpto. de Francisco Morazán es de -12.85 (Redondeado es igual a 13). El signo negativo indica que conforme se avanza en la escala social, la mortalidad de los menores de cinco años disminuye. Indica el decremento promedio en la mortalidad de los menores de cinco años, a medida que uno se mueve desde la posición de alfabetismo más baja a la más alta. En este caso, hay un exceso de 13 muertes de niños menores de cinco años por cada 1,000 nacidos vivos entre la población con menor concentración de alfabetismo, considerando la información de todos los grupos y su peso poblacional.

El índice de desigualdad de la pendiente en la mortalidad de los niños menores de cinco años del Departamento de Yoro, -0.20. Significa que hay un exceso de 20 muertes de niños menores de cinco años entre la población



con mayor concentración de analfabetismo, considerando la información de todos los grupos y su peso poblacional.

Por medio de los resultados obtenidos en el índice de desigualdad de la pendiente, Se observa la desigualdad en la mortalidad de los niños menores de cinco años, que persiste más desigualdad en Yoro que en Francisco Morazán, de acuerdo al estratificador de educación. Se deben tomar medidas y acciones en beneficio de la niñez de Francisco Morazán y de Yoro, para evitar estos resultados. Suplir las necesidades educativas focalizándose en aquellos municipios que muestran las Tasas más bajas de alfabetismo es una opción para disminuir las Tasas de mortalidad en la niñez.

Los ejecutores de las políticas nacionales educativas deben focalizarse en los municipios priorizados, e identificar la población menor de cinco años que tienen riesgos de fallecer por causas prevenibles e identificar si sus padres o persona responsable del menor sabe leer y escribir y en caso no fuera así, realizar las acciones necesarias para alfabetizar al cuidador del menor.

En el departamento de Francisco Morazán el Índice de Concentración de la Salud es igual a -0.14, indica que hay un grado de desigualdad favoreciendo a los municipios más alfabetizados (indicado por el signo negativo). En el departamento de Yoro el Índice de Concentración de la Salud es igual a -0.2,

indicando que hay un grado de desigualdad favoreciendo a los municipios más alfabetizados (indicado por el signo negativo).

Aunque es mucho menos la concentración de la mortalidad en los municipios menos alfabetizados de Yoro en relación a los municipios menos alfabetizados de Francisco Morazán. El  $-0.2$  indica que en los municipios de Yoro indica que no es mucha la diferencia en la concentración de la mortalidad de la niñez, refleja inquietud para la población, tanto para la mas alfabetizada como la menos alfabetizada que busca asistencia en los servicios públicos de salud.

Para lograr los objetivos de desarrollo sostenible aplicado a Honduras específicamente el área estratégica de intervención número uno: Una Honduras sin pobreza extrema, educada y sana, con sistemas consolidados de previsión social, (OPS/ONU, 2016, pág. 4), urge de un monitoreo que incluya la medición de las desigualdades de salud para observar los avances en la salud de las poblaciones excluidas el acceso a servicios de salud integrales y de calidad, desde el abordaje de determinantes de la salud hacia el avance del derecho a la salud. Avanzar, de manera gradual y progresiva, hacia la prioridad nacional (Plan de Nación 2010-2022) de cobertura universal y gratuita de los servicios de salud, priorizando a la población más pobre y así evitar las desigualdades sociales de la salud

Hablar de salud y educación es estrechar dos variables que están realmente ligadas al desarrollo de un país. Para que en nuestro país se brinde el derecho a la salud a los niños menores de cinco años, se debe dar educación a sus pobladores en general de una manera igualitaria y equitativa. La ENDESA menciona la fecundidad y su determinante social educación y según el nivel educativo de las mujeres (4.1 hijos en las mujeres que no tienen formación alguna, frente a 1.7 hijos por mujer en aquellas que han alcanzado un nivel superior de educación). (ENDESA 2011-2012, pág. 4)

## **VI. CONCLUSIONES**

1. El departamento de Yoro tiene mayores cifras de población mayor de cinco años y mayor cifra de mortalidad en menores de cinco años que los 27 municipios de Francisco Morazán.
2. Según sexo de los fallecidos menores de cinco años de los 27 municipios de Francisco Morazán se registró más en los hombres, y en los municipios del departamento de Yoro las mujeres son las que frecuentemente fallecieron en el año 2014.
3. La brecha más alta de desigualdad de mortalidad en la niñez en 27 municipios de Francisco Morazán y el departamento de Yoro, está en los municipios que se encuentran en el quintil más bajo de educación, correspondiendo a los municipios de Marale, Reitoca, Curaren, Alubaren para Francisco Morazán. Y para el departamento de Yoro los municipios de Yorito, Sulaco y Victoria.
4. El índice de desigualdad de la pendiente, mostro la magnitud de la desigualdad absoluta por nivel educativo en la mortalidad de los menores de cinco años en ambos departamentos.

5. El Índice de Concentración de la Salud indicó que hay un grado de desigualdad favoreciendo a los municipios de mayor tasa de alfabetismo en los departamentos en estudio, para el año 2014.
  
6. Los resultados de las métricas de desigualdad que se aplicaron en este estudio, concluyen que, en los 27 municipios de Francisco Morazán y los municipios del departamento de Yoro, se observó que los municipios con Tasas más altas de alfabetismo tienen menos mortalidad de menores de cinco años, que los municipios con Tasa de alfabetismo bajo, que son los que tienen mayor mortalidad en menores de cinco años.

## VII. RECOMENDACIONES

1. A la Secretaria de Salud, que para lograr los objetivos de desarrollo sostenibles que están relacionados con la disminución de la mortalidad en de los niños menores de cinco años, debe realizar monitoreo que incluya la medición de desigualdades de salud aplicando los diferentes estratificadores sociales. para observar los avances en la salud de las poblaciones excluidas, el acceso a los servicios de salud integrales y de calidad.
2. A la Secretaria de Salud que debe capacitar y formar recursos humanos en el tema de desigualdades sociales en salud, con el fin de contribuir a mejorar el monitoreo de indicadores de salud, y disponer de evidencia para actuar sobre ella, con la orientación de políticas y programas que contribuyan a mejorar las prácticas de la salud pública y a la disminución de las desigualdades en salud entre los diferentes grupos de población.
3. A la Secretaria de Salud, revisar, innovar y mejorar el llenado de las fichas de mortalidad de los niños menores de cinco años, ya que no se están registrando datos que son fundamentales para la medición de las desigualdades sociales como ser la escolaridad y el ingreso de la madre o la familia.

4. A la secretaria de educación que debe focalizar los programas de alfabetización en los municipios que tienen menores Tasas de alfabetismo y mayores de Tasas de deserción escolar e invertir en infraestructura y recurso humano.
5. El Instituto Nacional de Estadísticas, cuenta con sistema de registros vitales, censos y encuestas de Hogares, pero debe detallar estos por municipios, para facilitar el cálculo de las métricas de medición de desigualdades.
6. Que la Organización Mundial para la Salud se vincule con las universidades públicas y privadas para la enseñanza a los estudiantes de la salud, sobre métricas de desigualdad en salud y mejorar el monitoreo y medición de indicadores de salud como la mortalidad de los niños menores de cinco años, que son dependientes de otras variables como es el estratificador ingreso, la educación, raza, religión, edad, entre otros.

## VIII. BIBLIOGRAFIA

1. UNICEF Honduras. (2011). *La Infancia en Honduras, Análisis de Situación 2010*. Tegucigalpa MDC: UNICEF Honduras.
2. Banco Mundial. (13 de Septiembre de 2013). *Mortalidad Infantil*. Recuperado el 8 de Enero de 2019, de Mortalidad Infantil: <https://blogs.worldbank.org>
3. BBC/Redaccion. (10 de Marzo de 2016). *El Heraldito.hn*. Obtenido de El Heraldito.hn: <https://www.elheraldito.hn/pais/938523-466/banco-mundial-honduras-el-pa%C3%ADs-con-mayor-desigualdad-de-latinoam%C3%A9rica>
4. Benach, J., & Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirar la Salud*. Maracay, Venezuela: Game vial, c. a. & Claret Acacio de Paredes.
5. Bermudez Madriz, J. L. (2011). Sistema de salud en Honduras. *Salud pública de Mexico*, 213.
6. BID. (2011). *Honduras. Evaluación Económica Ex Ante de Iniciativa de Salud Mesoamericana 2015*. Tegucigalpa: BID.
7. Carbajal, R. (04 de Septiembre de 2015). Población de Honduras sube a 8.6 millones de habitantes según el nuevo censo del INE. *El Tiempo*. Obtenido de Población de Honduras sube a 8.6 millones de habitantes según el nuevo censo del INE: <http://tiempo.hn/poblacion-de-honduras-suba-a-8-6-millones-de-habitantes-segun-el-nuevo-censo-del-ine/>
8. Dash, N. (2001). Inequidades en Salud: como estudiarlas. En H. & Restrepo, *PROMOCION DE LA SALUD: Cómo construir vida saludable* (págs. 3 - 4). Bogota: Editorial Medica Panamericana.
9. Deacon, B. (2010). From the Global Politics of Poverty Alleviation to the Global Politics of Welfare State. *Crop Poverty Brief*, 1-3.
10. ENDESA . (2011 - 2012). *Mortalidad infantil y en la niñez*. Tegucigalpa: INE.
11. Espino, I. (2015). *Desigualdad educativa en Honduras: un análisis comparativo por departamento y genero*. Buenos Aires: CLACSO.



12. FISABIO. (- de Enero de 2018). *Desigualdades en Salud - FISABIO*. Obtenido de Desigualdades en Salud - FISABIO: <http://fisabio.san.gva.es/documents/10157/bda01192-d6d6-4921-bc71-820a38b1465d>
13. INE. (2010). *Informe de ODM Honduras*. Tegucigalpa: INE.
14. INE. (2013). *ENDESA*. Tegucigalpa MDC: INE.
15. INE. (2013). *ENDESA 2011 - 2012*. Tegucigalpa: INE.
16. INE. (2016). *XVII Censo de Poblacion y VI de Vivienda 2013*. Tegucigalpa: REDATAM- INEHN. Obtenido de Censo de poblacion y vivienda 2013.
17. INE. (2018). *Indicadores de Poblacion 2018*. Recuperado el Julio de 2018, de Indicadores de Poblacion 2018: [www.ine.gob.hn/](http://www.ine.gob.hn/)
18. Instituto Hondureño de Turismo. (2016). *Municipio de Yoro*. Recuperado el 21 de julio de 2017, de Municipio de Yoro: [Cedturh.iht.hn/docs/YORO.pdf](http://Cedturh.iht.hn/docs/YORO.pdf)
19. Kessler, G. (2014). *Controversias sobre la Desigualdad: Argentina, 2003 - 2013*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Economica.
20. Lake, A. (2014). 25 años de la Convencion Sobre los Derechos del Niño. (págs. 11 - 17). New York: UNICEF.
21. Lopez de Neyra, A. (2014). Mortalidad Infantil en America Latina. *Revista de Salud Publica*, 18-28.
22. Mkandawire, T. (2007). Social development policies: New Challenges for Social Sciences. *UNESCO*, 395-404.
23. Mujica, O. (2015). Cuatro cuestiones axiologicas de la epidemiologia social para el monitoreo de las desigualdades. *Revista Panamericana de la salud*, 235.
24. Mujica, O. (11 de Junio de 2016). Taller de Medición, Análisis y Monitoreo de Desigualdades Sociales en Salud, FCM-UNAH. *Taller de Medición, Análisis y Monitoreo de Desigualdades Sociales en Salud, FCM-UNAH*. Tegucigalpa, M.D.C., Honduras: FCM-UNAH.
25. Mujica, O. J. (11 de Junio de 2016). Métricas Básicas de Desigualdad en Salud. *Taller de Métricas Básicas de Desigualdad en Salud*. Tegucigalpa, M.D.C., Honduras: OPS.

26. Nebay, M. (22 de mayo de 2016). *Derecho a la salud*. Recuperado el Julio de 2018, de Derecho a la salud: <http://nebaysalud.blogspot.com/2016/05/la-salud-es-tu-derecho.html>
27. ODN, IHNFA, UNICEF. (2011). *Cartilla de indicadores sociales de la niñez en Honduras*. Tegucigalpa MDC: UNICEF.
28. OMS. (2012). *Derechos de la Niñez Folleto 31*. New York: Organización Mundial de la Salud.
29. OMS. (31 de octubre de 2017). *Reduccion de la Moratalidad en la niñez*. Obtenido de Reduccion de la Moratalidad en la niñez: [www.who.int](http://www.who.int)
30. OMS. (02 de febrero de consultado 2019). *Comision sobre determinantes sociales de salud*. Obtenido de Comision sobre determinantes sociales de salud: Recuperado de [http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/key\\_concepts/es/](http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/)
31. OMS. (sf de sf de sf). *Comision sobre determinantes sociales de salud*. Obtenido de Comision sobre determinantes sociales de salud: [http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/key\\_concepts/es/](http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/)
32. ONU. (2015). *Objetivo de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015*. New York: ONU.
33. ONU. (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Washington D.C.: Organización de las Naciones Unidas.
34. ONU. (2016). *Sistema de Naciones Unidas. Marco de asistencia de las Naciones Unidas para el desarrollo. Honduras 2017-2021*. Tegucigalpa. MDC: ONU.
35. OPS. (2012). Determinantes e inequidades en Salud. En OPS, *Salud en las Americas* (págs. 10 - 11). Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
36. OPS. (2012). Determinantes e Inequidades en Salud. *Salud de las Americas*, 14 - 20.
37. OPS. (2016). *Manual para el Monitoreo de las Desigualdades*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

38. OPS/OMS. (2015). Principios fundamentales del sistema. En OPS/OMS, *Ley Marco de Proteccion Social* (pág. 6). Tegucigalpa: UPEG/SESAL.
39. OPS/ONU. (2016). *Marco de Asistencia de la Naciones Unidas para el desarrollo. Honduras 2017 - 2021*. Tegucigalpa: OPS/ONU.
40. OPS/ONU. (2016). *Marco de Asistencia de la Naciones Unidas para el desarrollo. Honduras 2017 - 2021*. Tegucigalpa: OPS/ONU.
41. Organizacion Mundial de la Salud. (recuperado 07 de febrero de 2019). *Salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente*. Obtenido de Salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente:  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/child/rights/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/rights/es/)
42. Palacios, J., & Castañeda, E. (2009). La Primera Infancia y su Futuro. *Organización de Estados Iberoamericanos*, 5 - 18.
43. PNUD. (2017). *Objetivos de Desarrollo Sostenibles/ Objetivo 3: Salud y Bienestar*. New York: PNUD.
44. Prenatal. (sf de sf de 2014). Formacion de Mediadores Prevencion Prenatal de Discapacidades. *Ecologia prenatal Enfermedades y deficiencias prenatales y sus causas*. New York, New York, Estados Unidos: Fundacion de Waal.
45. Revista Panamerica de Salud Publica. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamerica de Salud Publica*, 5-6, 302-309.
46. Rosas, H. B. (- de Julio de 2014). *Los determinantes de la mortalidad y las diferencias socioeconómicas de la mortalidad en la infancia* . Obtenido de Los determinantes de la mortalidad y las diferencias socioeconómicas de la mortalidad en la infancia :  
[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1659-02012014000100010](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-02012014000100010)
47. Schneider M, C. C.-S. (2002). Metodos de Medicion de las Desigualdades en Salud. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 399.
48. Secretaria de Gobernacion del Gobierno de Honduras. (2017). *Objetivos de Desarrollo Sostenible. Examen Nacional para Revision Voluntaria. Agenda 2030*. Tegucigalpa: Secretaria de Gobernacion General de Gobierno de Honduras.

49. Secretaria de Salud Honduras. (junio de 2014). Plan Nacional de Salud. *Situación de Salud*. Tegucigalpa, Francisco Morazan, Honduras: Secretaria de Salud.
50. SESAL. (2017). *Propuesta Nacional de Configuración y Delimitación de las Redes Integradas de los Servicios de Salud*. Tegucigalpa: Secretaría de Salud de Honduras.
51. SESAL Honduras. (2013). *Memoria Institucional*. Tegucigalpa: Hondugrafic.
52. Szwarcwald, C. L., & Bastos, F. I. (2002). Medidas de desigualdad en salud: la discusión de algunos aspectos metodológicos con una aplicación para la mortalidad neonatal en el Municipio de Rio de Janeiro, 2000. *Salud Publica de Rio de Janeiro*, 960 - 966.
53. UNESCO. (Noviembre de 2009). *Indicadores Educativos. Especificaciones Técnicas*. Recuperado el 2019, de Indicadores Educativos. Especificaciones Técnicas: <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/education-indicators-technical-guidelines-sp.pdf>
54. UNFPA. (2009). *Población y Salud. Análisis de Situación de Población en Honduras*. Tegucigalpa: UNFPA.
55. UNICEF. (2006). Convención sobre los Derechos del Niño. *Derechos del niño* (págs. 19 - 20). Junio: Nuevo Siglo.
56. UNICEF. (2010). *ODM 4*. Tegucigalpa: UNICEF Honduras. Obtenido de UNICEF.com.
57. UNICEF. (sf de sf de 2010). *ODM4.pdf*. Recuperado el 07 de agosto de 2017, de ODM4.pdf: <https://www.unicef.org/honduras/ODM4.pdf>
58. UNICEF. (2011). *Desigualdad Global*. New York: UNICEF.
59. UNICEF. (20 de Octubre de 2011). Documento del Programa del País 2012 - 2016. -, -, Honduras: UNICEF.
60. UNICEF. (2011). *La Infancia en Honduras*. Tegucigalpa: UNICEF.
61. UNICEF. (2011). *La Infancia en Honduras, Análisis de Situación 2010*. Tegucigalpa: Unicef Honduras.
62. UNICEF. (\* de septiembre de 2015). *El Compromiso con la Supervivencia Infantil: Una Promesa Renovada*. New York: Fondo de

las Naciones Unidas para la Infancia. Obtenido de Una Promesa Renovada:

[https://www.unicef.org/publications/files/APR\\_2015\\_Key\\_Findings\\_Spanish.pdf](https://www.unicef.org/publications/files/APR_2015_Key_Findings_Spanish.pdf)

63. UNICEF, C. . (2010). *Pobreza Infantil en America Latina y el Caribe*. \*: Alfabeta Artes Graficas Ltda.
64. Varela Osorio, G. (12 de Diciembre de 2001). *Historia de Honduras*. Tegucigalpa: copycentro Douglas. Obtenido de Google: <http://xplorhonduras.com/departamento-de-francisco-morazan/>.
65. Wilkinson , R., & Pickett, K. (2010). *Desigualdad: un analisis de la (in) felicidad*. Washington D.C.: Turner Publicaciones.

## IX. Anexos

**Título de la Investigación: Medición de Desigualdad en Salud de la Mortalidad Menor de cinco años en los Departamentos de Francisco Morazan y Yoro**

**Objetivo General: Analizar la mortalidad de los niños menores de 5 años a través de la medición de desigualdades socioeconómicas en los departamentos de Francisco Morazan y Yoro en el año 2014 para la comprensión de la situación de salud del país.**

Objetivo específico	Variable	Concepto	Definición operacional	Tipo de variable	Que datos responderán a la variable	de que Fuente deben obtenerse los datos de la variable	Técnica	Instrumento a construir	Indicadores	Items o preguntas
1. Analizar la mortalidad de los niños menores de 5 años a través de la medición de desigualdades socioeconómicas en los departamentos de Francisco Morazan y Yoro, del año 2014 para la comprensión de la situación de salud del país.	Mortalidad Menor de Cinco Años	Se define como la muerte de un niño una vez ocurrido el nacimiento hasta los 4 años once meses y veintinueve días de edad.	Niños y niñas fallecidos en los Departamentos de Francisco Morazan y Yoro en el año 2014.	Cuantitativa	El número fallecidos en los departamentos de Francisco Morazan, Yoro en el año 2014	Indicadores Básicos construidos por el INE Revisión de Literatura Datos estadísticos de la SESAL	Recopilación de Indicadores Básicos Visitas al INE, Solicitud y recopilación de Indicadores Básicos	Registro en base de datos los indicadores de tasa de alfabetismo por Municipio de los Departamentos de Francisco Morazan y Yoro	1. Tasa de mortalidad menor de cinco años por municipio de los departamentos de Francisco Morazan y Yoro Registradas.	1. ¿Cuántas muertes ocurrieron en el año 2014? 1.2. ¿cuantos niños y cuantas niñas fallecieron?
	Edad	Tiempo de existencia de una persona o cualquier otro ser animado o inanimado desde su creación hasta la actualidad	Edad en años de los Niños menores de cinco años de los Departamentos de Francisco Morazan y Yoro	Cuantitativa, nominal	Muertes menores de cinco años por Edad				2. Frecuencia de la mortalidad menor de cinco años según edad descrito	2. ¿De que edades son los niños fallecidos?
2. Describir la situación demográfica de la mortalidad en los niños menores de cinco años en los municipios de los Departamentos de Francisco Morazan y Yoro en el período de estudio.	Sexo	Características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer	Características biológicas que definen a los menores de cinco años de Francisco Morazan y Yoro como Hombres y Mujeres	Cualitativa, nominal	Muertes menores de cinco años por sexo	Base de datos de investigación de la caracterización en la mortalidad menor de cinco años elaborada por la Secretaría de Salud, en el año 2010 al 2014	Separación de información por Edad, sexo, y procedencia.	Registro en base de datos de las muertes en niños y niñas menores de cinco durante el año 2014 de los Departamentos de Francisco Morazan y Yoro	3.1. Frecuencia de la mortalidad menor de cinco años según sexo descrito 3.2 Tasa de mortalidad del menor de cinco años por sexo	3. ¿Cuántos menores de cinco años fallecidos son mujeres y cuantos son hombres?
	Procedencia	Lugar de origen o de residencia que ocupa un individuo.	Municipios de los Departamentos de Francisco Morazan y Yoro	Cualitativa, nominal	Muertes menores de cinco años por Procedencia.	Indicadores Básicos construidos por el INE		Registro en base de datos los indicadores de procedencia por Municipio de los Departamentos de Francisco Morazan y Yoro	4. Frecuencia de la mortalidad menor de cinco años según procedencia descrita	4. ¿De que municipio son los fallecidos?

3. Estimar las métricas de desigualdad en salud, (tasa de extremo, índice de Kuznets, relativo y absoluto, índice de desigualdad de la pendiente, índice de concentración en salud), de la mortalidad en los niños menores de cinco años del periodo 2010-2014 en los Departamentos de Francisco Morazan y Yoro.	Medición de desigualdades	Son métodos de medición y niveles de complejidad cuya elección depende del objetivo del estudio.	Es la diferencia que existe en materia de salud entre un grupo de población y otro, dentro el mismo departamento o en diferentes departamentos	Cuantitativa Ordinal	Tasas de Mortalidad menor de cinco años por municipio, índice de ingreso per cápita por Municipio de los Departamentos de Gracias a Dios, Islas de la Bahía y Lempira. Prevalencia de alfabetismo por municipio del Departamento de Francisco Morazan.	Base de datos de investigación de la caracterización en la mortalidad menor de cinco años del Departamento de Francisco Morazan. e indicadores básicos del INE	Aplicación de métricas (tasa de extremo, índice de Kuznets, relativo y absoluto, índice de desigualdad de la pendiente, índice de concentración en salud)	Formato en Excel por Municipio y Departamento con datos de población, tasas de mortalidad, y tasa de alfabetismo por municipio de los Departamentos de Francisco Morazan y Yoro.	5.1 Calculada la métrica de Rango. (frecuencia absoluta = tasa de mortalidad del cuartil mas bajo – tasa de mortalidad del cuartil mas alto, frecuencia relativa = tasa de mortalidad del cuartil mas bajo / tasa de mortalidad del cuartil mas alto ) 5.2 Calculada la métrica de Regresión. (PSR + tasa de mortalidad predicha) 5.3 Calculada la métrica de Disproporcionalidad. (frecuencia relativa acumulada/la constante 2)	5.1 ¿Que gradiente social es la tiene mayor desigualdad en salud? 5.2 ¿Existe o no desigualdad social en el Departamento de Francisco Morazan? 5.3 ¿Existe o no desigualdad social en el Departamento de Yoro?
4. Describir la situación de las desigualdades sociales en salud de la mortalidad en los niños menores de cinco años por estratificador de equidad en salud en los departamentos de Francisco Morazan y Yoro en el periodo en estudio.	Tasa de Alfabetismo	Proporción de la población adulta de 15 y más años de edad que es letrada, expresada como porcentaje de la correspondiente población, total o para un determinado sexo, en un determinado país, territorio o área geográfica, en un punto de tiempo específico.	Municipios de los Departamentos de Francisco Morazan y Yoro	cuantitativa ordinal	grado de escolaridad de la madre del menor de cinco años fallecido de los Deptos. De Francisco Morazan y Yoro	Indicadores Básicos construidos por el INE. Revision de Literatura. Datos estadísticos de la SE SAL	Recopilación de Indicadores Básicos. Visitas al INE, Solicitud y recopilación de Indicadores Básicos	Registro en base de datos los indicadores de tasa de alfabetismo por Municipio de los Departamentos de Francisco Morazan y Yoro	6. Tasa de alfabetismo de la población por municipio de los Departamentos de Francisco Morazan y Yoro.	6. ¿Cuál es la tasa de alfabetismo de la población por municipio de los Departamentos de Francisco Morazan y Yoro?
	Desigualdades en Salud	Son aquellas desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países, por estratificador de equidad en salud: riqueza, educación, procedencia, etc	Es el resultado de la aplicación de un método que nos indique las diferencias que existen en diferentes poblaciones dentro del País	Cuantitativa	Resultados de las métricas de desigualdad (tasa de extremo, índice de Kuznets, relativo y absoluto, índice de desigualdad de la pendiente, índice de concentración en salud)	Graficos derivados de la aplicación de las métricas	Análisis de resultados	Documento en Word (comunicación de las desigualdades y considerar su relevancia en el contexto del país).	7. Comparados los resultados de la métrica de Desigualdad (tasa de extremo, índice de Kuznets, relativo y absoluto, índice de desigualdad de la pendiente, índice de concentración en salud), entre los departamentos de Francisco Morazan y Yoro detallado.	7. ¿Esta investigación cuenta con información de interés para los tomadores de decisiones?



Instrumento de recolección de datos para la investigación desigualdades en salud de la mortalidad de los niños menores de cinco años. Francisco Morazán y Yoro, año 2014

Municipios	<5a. Fallecidos	pnv2014	<5a. Fallecidos	tasa m<5a.	Sexo		Tasa de mortalidad en niños	Tasa de mortalidad en niñas	Tasa de alfabetismo
Marale	1	958	0	1.043841336	1	0	2	0	64
Reitoca	2	972	0	2.057613169	0	0	0	0	67
Curaren	10	1902	0	5	0	0	0	0	69
Alubaren	2	508	1	4	0	1	0	1	73
Lepaterique	9	2646	0	3.401360544	1	1	1	1	76
orica	5	1293	1	4	0	0	0	0	76
La Libertad	0	191	0	0	0	1	0	2	77
San Miguelito	1	183	0	5.464480874	0	0	0	0	77
porvenir	4	1930	1	2	0	0	0	0	78
la venta	1	473	1	2	0	0	0	0	78
San Juan de Flores	1	984	0	1.016260163	0	0	0	0	79
Maraita	1	533	0	1.876172608	1	1	1	1	80
vallecillo	2	791	1	3	1	0	1	0	81
San Ignacio	0	744	0	0	0	0	0	0	82
ojojona	3	930	2	3	0	0	0	0	83
Cedros	2	2113	0	0.946521533	1	0	1	0	83
Nueva Armenia	1	149	0	6.711409396	0	0	0	0	84
guaimaca	6	2693	2	2	0	0	0	0	84
sabanagrande	1	1728	0	0.578703704	0	0	0	0	85
Villa de San Francisco	6	909	0	6.600660066	0	0	0	0	85
Talanga	3	3305	0	1	0	0	0	0	86
Tatumbla	1	600	0	1.666666667	1	0	0	0	86
san antonio de oriente	4	1232	1	3	0	0	0	0	88
san buenaventura	1	207	0	4.830917874	0	0	0	0	88
valle de angeles	1	1450	2	1	2	0	1	0	90
santa ana	1	1356	0	0.737463127	0	0	0	0	91
santa lucia	2	973	1	2	0	1	0	1	92
		31753							
	P1	0.2		76.2					
	p2	0.4		79.4					
	p3	0.6		84					
	p4	0.8		86					
quintiles de	pob <5a	alfabet.	tasa alfab	Rm<5					
Mas bajo	8279	18.71	18.71	1					
segundo	3761	9.26	9	0.2					
tercero	7953	20.75	20.75	0					
cuarto	6542	17.64	17.64	0.3					
Mas alto	5218	14.80	14.80	0					
		Brecha absol	0.63	1					
		Brecha relati	3	3					

