

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



**MEDICION DE DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD, DE LA
MORTALIDAD EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE LOS
DEPARTAMENTOS SANTA BÁRBARA Y CORTÉS.**

AÑOS 2010 Y 2014

PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE MASTER EN SALUD PÚBLICA

SANDRA LETICIA HERNÁNDEZ MÉNDEZ

ASESORA

DRA. MSc. NORA RODRÍGUEZ COREA

TEGUCIGALPA, M.D.C HONDURAS, C.A.

Octubre, 2019

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

COORDINADOR ACADÉMICA DEL POSGRADO DE SALUD PÚBLICA
Dra. ISNAYA NUILA ZAPATA

Dedicatoria

Dedico este trabajo principalmente a Dios por haberme dado la vida, inspirarme y darme fuerza para escalar un peldaño más en mi formación profesional.

A mi madre Delfia Méndez (QDDG) por haber sido el pilar más importante de mi vida, mi inspiración y a pesar de no estar físicamente juntas sé que hubiera sido un momento tan especial para ella como lo es para mí, a mi padre Perfecto Hernández y hermana Dilcia Marlene Hernández por su cariño y apoyo incondicional.

A mi amiga, Lidia Guadalupe Zelaya que me motivo a asumir este reto como profesional.

Agradecimiento

Primeramente a Dios por bendecirme, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a mis Padres: Delfia Méndez (QDDG) y Perfecto Hernández, por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

A mis docentes del Posgrado en Salud Pública de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de mi formación, de manera especial, a la Dra. MSc. Nora Rodríguez tutora de mi investigación quien ha guiado con su paciencia, y su rectitud como docente, y al Dr. Daniel Alfonso Urbina Cárdenas por su apoyo incondicional, concediendo permiso para cursar mis estudios de maestría.

INDICE

1. INTRODUCCION	1
2. OBJETIVOS.....	6
A. OBJETIVO GENERAL.....	6
B. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	6
3. MARCO TEÓRICO.....	7
3.1. Desigualdad Social	7
3.2. Antecedentes de desigualdad social.....	8
3.2.1 Evolución de las desigualdades sociales	9
3.3. Relación entre situación de salud y desigualdades sociales	10
3.4. Desigualdad en salud.....	12
3.4.1. Antecedentes históricos de la desigualdad en salud	13
3.5. Equidad en Salud	14
3.6. Determinantes de la salud	15
3.6.1 Determinantes e inequidades en salud.....	17
3.7 Mortalidad menor de cinco años	19
3.7.1 Mortalidad menor de cinco años a nivel Mundial, Latinoamérica y Honduras.....	19
3.7.2 Mortalidad menor de cinco años en los departamentos de Santa Bárbara y Cortés.....	22
3.8 Acceso a los servicios de salud y mortalidad.....	23
3.8.1 Determinantes sociales y su relación con la mortalidad	25
3.8.2 Desigualdades y su relación con la mortalidad.....	27
3.9 Medición de desigualdades.....	29
3.9.1 Antecedentes de desigualdades y nivel socioeconómico.....	29
3.9.1.1 Desigualdad social, causada por la desigualdad económica	29
3.9.1.2 Antecedentes de desigualdad y nivel de alfabetismo.....	31
3.10 . Medidas de desigualdad	32
3.11 Derecho a la Salud.....	38

3.11.1	Contexto general del derecho a la salud	40
4.	METODOLOGIA	42
5.	RESULTADOS	47
6.	ANALISIS DE RESULTADOS.....	69
7.	CONCLUSIONES	80
8.	RECOMENDACIONES	83
9.	BIBLIOGRAFÍA.....	84
10.	ANEXOS.....	88

1. INTRODUCCION

La OMS en el año 2006 define el concepto desigualdad como las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas; por lo tanto es un concepto que incluye una dimensión moral y ética, la desigualdad en salud menciona al impacto que tienen, sobre la distribución de la salud y la enfermedad en la población, los determinantes sociales como la riqueza, la educación, la ocupación, el grupo racial o étnico, la residencia urbana o rural y las condiciones de habitabilidad o equipamientos del lugar en el que se vive o trabaja.

La desigualdad en salud tiene su origen en las desigualdades sociales, políticas y económicas que existen en la sociedad. En la mayoría de países del mundo se ha puesto en evidencia la existencia de desigualdades sociales en salud siendo las personas de clases sociales menos favorecidas, las mujeres y los inmigrantes de países de renta baja los que presentan peor salud. Las desigualdades socioeconómicas en salud aumentan en la mayoría de países donde se han estudiado, porque la salud mejora más en las personas de clases sociales más aventajadas. Hoy en día, existe evidencia suficiente que demuestra que las desigualdades en salud son evitables ya que pueden reducirse mediante políticas públicas sanitarias y sociales.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto se refiere a las diferencias injustas y evitables observadas en y

entre los países respecto a la situación sanitaria. Los determinantes sociales de la salud son definidos como aquellas características específicas del contexto social que afectan la salud y las formas en que las condiciones sociales se traducen en impactos en la salud.

La medición de las desigualdades en el campo de la salud es una condición indispensable para avanzar en la mejoría de la situación de salud, este tipo de análisis es una herramienta fundamental para la acción en busca de una mayor equidad en salud. Existen diferentes métodos de medición y niveles de complejidad cuya elección depende del objetivo del estudio, medir las desigualdades en las condiciones de vida y salud constituye el primer paso hacia la identificación de inequidades en el campo de la salud.

La mortalidad después del primer año está más relacionada con las condiciones socioeconómicas y ambientales imperantes, que son deficitarias en la zona rural, el comportamiento de la mortalidad de los niños menores de 5 años es similar al de la mortalidad infantil, existe una fuerte relación entre las enfermedades y la pobreza, ya que son favorecidas por condiciones como el no acceso a servicios básicos, el bajo grado de escolaridad, los hábitos y costumbres no saludables y la existencia de factores ambientales que favorecen su aparición; para todos los indicadores de mortalidad, el nivel es mayor en el estrato más pobre; la

mortalidad en los hogares en el quintil inferior es el doble comparada con el estrato superior.

En la actualidad, 79 países tienen una tasa de mortalidad en menores de 5 años superior a 25 por 1000 nacidos vivos y, de mantenerse sus tendencias actuales, 47 de ellos no alcanzarán la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), consistente en llegar a las 25 muertes por 1000 nacidos vivos para 2030. De esos 47 países, 34 son del África subsahariana. La aceleración necesaria para alcanzar los objetivos en esos 47 países es considerable: 30 tendrán que duplicar su ritmo de reducción actual, y 11 de estos 30 tendrán que multiplicarlo por tres o más. Se han documentado grandes diferencias con respecto a la mortalidad en la niñez entre diferentes subgrupos de población y regiones de un mismo país, lo cual requiere que la reducción de dicha mortalidad se enfoque desde el punto de vista de la equidad.

En la Declaración Universal de Derechos Humanos, de 1948, se menciona la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado de las personas; por lo cual derecho a la salud se define como el grado máximo de salud que se pueda lograr y exige un conjunto de criterios sociales que favorezcan la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos.

Los análisis de las desigualdades sociales en salud de este estudio muestran que entre más alta es la tasa de alfabetismo menor es la tasa de mortalidad, en los departamentos de Santa Bárbara en el año 2014 y Cortés en el año 2010; a diferencia de Santa Bárbara (2010) y Cortés (2014) que se evidencia que la mortalidad está más marcada en los municipios con mayores tasas de alfabetismo.

Según el índice brecha relativa y absoluta para el año 2010 en los departamentos de estudio, Santa Bárbara registro 1 muerte por cada mil menores de cinco años en los municipios con mayores tasas de alfabetismo, a diferencia del año 2014 donde las muertes se presentaron en los municipios con menores tasas de alfabetismo. El departamento de Cortés en el año 2010 la mortalidad se está presentando en la población en los municipios con menores tasas de alfabetismo (10 veces más).

Según el análisis del índice de concentración en salud la carga de la mortalidad en el menor de cinco años se presentó en el departamento de Cortés en los municipios con mayores tasas de alfabetismo y la menor carga de la mortalidad la presento el departamento de Santa Bárbara en los municipios con menores tasas de alfabetismo.

La posición social relativa según la tasa de alfabetismo y la asociación con la mortalidad de niños menores de cinco años muestra que los municipios con mayores tasas de alfabetismo son los que presentan las tasas más altas de mortalidad, esto nos indica que entre más educada esta la población mayor es la tasa de mortalidad.

2. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Analizar la mortalidad de los niños menores de 5 años a través de la medición de desigualdades socioeconómicas en los departamentos de Santa Bárbara y Cortés en los años 2010 y 2014 para la comprensión de la situación de salud del país.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

2.1.1. Describir la situación demográfica de la mortalidad en los niños menores de cinco años en los municipios de los Departamentos de Santa Bárbara y Cortés en el período en estudio.

2.1.2. Estimar las métricas de desigualdad en salud, (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 de los Departamentos de Santa Bárbara y Cortés en el periodo en estudio.

2.1.3. 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 (tasa de alfabetismo) en los departamentos de Santa Bárbara y Cortés en el período en estudio.

3. MARCO TEÓRICO.

3.1. Desigualdad Social

América Latina ha sido históricamente, un continente marcado por profundas desigualdades sociales, económicas y políticas. La persistencia de estas desigualdades ha sido un rasgo característico de su devenir histórico, pese a los esfuerzos que se han emprendido, a través de políticas públicas de combate contra las formas más extremas de desigualdad, la situación no parece estar cambiando de manera positiva. Al mismo tiempo, el funcionamiento de los mercados, regidos por lógicas de autorregulación, flexibilización y precarización del empleo, sumado a las crecientes dificultades de los estados para asumir roles protagónicos y estratégicos en materia de fomento de políticas de bienestar social, han creado las condiciones para la emergencia de nuevas formas de desigualdad social. (Mora Salas, Perez Sainz, & Cortes, 2004)

Según el sociólogo Eduardo López Aranguren en el año 2005, la desigualdad social es el resultado de un problema social, y no puede observarse meramente como un fenómeno natural. Es también un fenómeno histórico y cultural que ha existido en todas las naciones, hasta convertirse en un problema social para cada una de ellas. La desigualdad social es la condición por la cual las personas tienen

un acceso desigual a los recursos de todo tipo, a los servicios y a las posiciones que valora la sociedad.

3.2. Antecedentes de desigualdad social

La desigualdad es una característica histórica y estructural de las sociedades latinoamericanas y caribeñas, que se ha mantenido y reproducido incluso en períodos de crecimiento y prosperidad económica. En el período reciente, la desigualdad se ha reducido en un contexto político en el cual los gobiernos de los países de la región dieron una alta prioridad a los objetivos de desarrollo social y promovieron políticas activas de carácter redistributivo e incluyente. A pesar de estos avances, persisten altos niveles de desigualdad, que conspiran contra el desarrollo y son una poderosa barrera para la erradicación de la pobreza, la ampliación de la ciudadanía y el ejercicio de los derechos, así como para la gobernabilidad democrática. (CEPAL, 2016)

Avanzar para reducirlos significativamente es un compromiso plasmado en la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible y asumido por todos los países de América Latina y el Caribe. Son varias las razones por las cuales reducir la desigualdad es clave para avanzar en el desarrollo sostenible, si bien el

crecimiento económico es un factor fundamental para la reducción de la pobreza, la desigualdad puede limitar significativamente ese proceso. Sin un cambio en la distribución del ingreso, incluso los altos niveles de crecimiento son insuficientes para reducir la pobreza en forma sostenible; existen evidencias de que el crecimiento es menos efectivo para lograr esa reducción en países con altos niveles de desigualdad y la velocidad de reducción tiende a ser mayor en países más igualitarios. (CEPAL, 2016)

3.2.1 Evolución de las desigualdades sociales

Los estudios asociados a la idea de desigualdad social en salud han desarrollado a lo largo de la historia distintos caminos de acuerdo a las visiones imperantes en cada época y sociedad. Así, el devenir del debate de las disparidades sociales en salud ha ocupado el interés de distintas perspectivas disciplinarias, teóricas, metodológicas y analíticas. El desarrollo desde las ciencias sociales y la sociología asociado a la desigualdad social en salud ha transitado por diversas esferas de discusión, en este sentido, la disciplina misma aproxima por una multiplicidad de formas de acercamiento al fenómeno. (Soto Valdivia, 2012)

Sin embargo, el trabajo aquí desarrollado busca develar una estructura subyacente por lo que se acerca más bien al primer tipo de enfoque, pero rescata como elemento transversal a todas estas perspectivas la existencia de la desigualdad como elemento central y como fenómeno inherente a la estructura social que clasifica, organiza y jerarquiza a las personas o grupos humanos en función de las categorías sociales a las que pertenecen. (Soto Valdivia, 2012)

3.3. Relación entre situación de salud y desigualdades sociales

Las profundas disparidades que azotan a nuestra región en cuanto a la salud son uno de los retos principales. Muchas personas en América Latina y el Caribe no tienen acceso a la atención básica de salud. Las desigualdades en cuanto a los resultados en materia de salud están presentes desde el comienzo de la vida y son resultado de la intersección de características como la situación socioeconómica, el sexo, la raza, la etnicidad y el lugar de residencia. Como ha afirmado la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en el año 2016, estas desigualdades en torno a la salud se acumulan a lo largo del curso de la vida e impiden el goce pleno de los derechos y la participación plena en todas las esferas de nuestra sociedad. (Organización Panamericana de la Salud, 2017)

La relación entre las condiciones de vida de las personas y su estado de salud se estableció desde las primeras décadas del siglo XIX, cuando se evidenció que las enfermedades estaban asociadas con las inadecuadas condiciones económicas, ambientales y de alimentación de los pobres que trabajaban en las grandes fábricas urbanas europeas. En este periodo surgieron la salud pública y la epidemiología, impulsadas por la necesidad de controlar las enfermedades infecciosas causantes de altas tasas de mortalidad entre la clase obrera. (Garriga, y otros, 2012)

La identificación, análisis, medición y finalmente la explicación acerca de las relaciones entre el estado de salud de las personas y sus condiciones sociales, no son acciones novedosas en la investigación sanitaria, aunque se revitalicen en el último cuarto del siglo XX. Los primeros intentos por asociar las condiciones de salud de las personas, con factores externos a la biología humana, surgieron a fines del siglo XV, al identificarse las enfermedades vinculadas con el empleo; a comienzos del siglo XX disminuyó el interés por relacionar los determinantes sociales y la situación de salud, al predominar las teorías individualistas de enfoque biológico, unicausal y unidireccional como determinantes biológicos de la enfermedad. (Santos Padrón, 2011)

3.4. Desigualdad en salud

El concepto de desigualdad en salud alude al impacto que tienen, sobre la distribución de la salud y la enfermedad en la población, los determinantes sociales como la riqueza, la educación, la ocupación, el grupo racial o étnico, la residencia urbana o rural y las condiciones de habitabilidad o equipamientos del lugar en el que se vive o trabaja. La OMS define el concepto desigualdad como las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas; por lo tanto, es un concepto que incluye una dimensión moral y ética. (Grande Gascon, Linares Abad, & Palomino Moral, 2014)

Desigualdad en la salud son las diferencias sistemáticas y potencialmente evitables en uno o más aspectos de la salud a lo largo de poblaciones o grupos poblacionales definidos sociales, económicos, demográfica o geográficamente. Para que una diferencia o desigualdad en salud sea considerada una desigualdad social en salud, tiene que darse dos condiciones: Que se la considere socialmente injusta y que sea potencialmente evitable. La expresión desigualdades sociales en salud, hace referencia a desigualdades que se manifiestan en indicadores relacionados con la salud (tasas de morbilidad, tasas de mortalidad, acceso y uso de servicios de salud, disponibilidad de recursos

sanitarios u otros del mismo tenor) entre grupos o clases sociales. (Arcaya, Arcaya L, & Subramanian, 2015)

3.4.1. Antecedentes históricos de la desigualdad en salud

La desigualdad en salud tiene su origen en las desigualdades políticas, económicas y sociales que existen en la sociedad. En la mayoría de países del mundo se ha puesto en evidencia la existencia de desigualdades sociales en salud siendo las personas de clases sociales menos favorecidas, las mujeres y los inmigrantes de países de renta baja los que presentan peor salud. Es necesario señalar que estas desigualdades son muy importantes ya que producen un exceso de enfermedad y muerte superior a la que causan la mayoría de factores de riesgo de enfermarse conocidos. (Asociación para la defensa de la Sanidad Pública de Andalucía, 2008).

Las desigualdades socioeconómicas en salud aumentan en la mayoría de países donde se han estudiado porque la salud mejora más en las personas de clases sociales más aventajadas. Existe evidencia suficiente que demuestra que las desigualdades en salud son evitables ya que pueden reducirse mediante políticas públicas. (Asociación para la defensa de la Sanidad Pública de Andalucía, 2008)

3.5. Equidad en Salud

La equidad en salud se define como la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud de individuos, poblaciones o grupos que tienen distintas características socioeconómicas y demográficas o geográficas. (Vega, Solar, & Irwin, 2005). La equidad consiste en dar a cada uno lo que le corresponde por sus méritos o condiciones y supone no favorecer en el trato a uno perjudicando a otro; la equidad representa, frente a la razón legal, el sentimiento de justicia que a veces se aparta de la ley para atender circunstancias que, de no ser consideradas, determinarían una legal injusticia. (López Pardo, 2007)

La equidad en salud, el estado de ausencia de desigualdades injustas en las oportunidades para la salud de las personas y colectivos humanos debidas a circunstancias histórica o socialmente determinadas es un valor social: una cualidad virtuosa aspiracional con protagonismo central en la toma de decisiones sociales, el conducto de la vida civilizada, la identidad de los pueblos y sus instituciones y la promoción de la salud poblacional ; y este valor social está adquiriendo alta visibilidad en las agendas políticas actuales, de lo local a lo global. De hecho, el compromiso de no dejar a nadie atrás que preside la agenda

2030 para el Desarrollo Sostenible es, en su esencia, una invocación a la equidad social que incluye, desde luego, la equidad en salud. (Mujica & Moreno, 2019)

En lo que concierne a la equidad en el acceso a la atención médica, Aday define la distribución equitativa de los servicios de atención de salud como: una en la cual la enfermedad es el principal determinante de la asignación de los recursos. Los puntos concluyentes señalan los autores, es que los recursos de salud son bienes especiales que no deben ser redistribuidos de acuerdo a las leyes del mercado porque su valor social es significativo. También es señalado, que el enfoque de la solución de los problemas de salud a través de los recursos y servicios de salud es insuficiente. (López Pardo, 2007)

3.6. Determinantes de la salud

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto se refiere a las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países respecto a la situación sanitaria. Los

determinantes sociales de la salud son definidos como aquellas características específicas del contexto social que afectan la salud y las formas en que las condiciones sociales se traducen en impactos en la salud. (Garriga, y otros, 2012).

Los determinantes de salud son propiedades basadas en el estilo de vida afectadas por amplias fuerzas sociales, económicas y políticas que influyen la calidad de la salud personal. Estos atributos incluyen, pero no se limitan a la enseñanza, empleo, nivel de ingresos y la distribución, de vivienda, el desarrollo infantil, la seguridad alimentaria y la nutrición, la raza, el género y el estrés. Se ha demostrado que dichos factores tienen asociaciones marcadas con los riesgos para diferentes enfermedades, la esperanza de vida y la morbilidad de por vida (OPS, 2016).

Los determinantes de la salud son un “conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones”. Comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud. Los cambios en estos estilos de vida y condiciones de

vida, que determinan el estado de salud, son considerados como resultados intermedios de salud. (Barragan, 2007).

3.6.1 Determinantes e inequidades en salud

El problema de la desigualdad social y su expresión en inequidades en salud no es nuevo, sus orígenes se remontan a la existencia de sociedades diferenciadas en estamentos y castas y es documentado en culturas tan antiguas como la egipcia; sin embargo, su comprensión ha variado históricamente y dependiendo de la perspectiva conceptual con que se le aborde, posibilita diversos horizontes de visibilidad científica. (Garriga, y otros, 2012).

Inequidad no es sinónimo de desigualdades en salud, un ejemplo son las brechas en expectativa de vida entre mujeres y hombres, que no son necesariamente injustas o evitables. Inequidad en cambio, lleva implícita la idea de desigualdad injusta, o sea de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles; se puede definir como, la ausencia de diferencias injustas e evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente. (Garriga, y otros, 2012).

Los factores determinantes pueden analizarse en los siguientes temas: comportamiento y estilo de vida individual, las condiciones de vida y de trabajo, el acceso a los servicios de salud y las condiciones generales de tipo socioeconómico, cultural y medioambiental. Hasta ahora no se ha hecho lo suficiente para corregir estas desigualdades. A medida que se buscan las políticas de salud que permitan confiadamente llevar un país hacia el futuro, resulta cada vez más evidente que la reducción de las desigualdades en el campo de la salud entre los grupos de ingresos altos y bajos constituye uno de los desafíos principales. (Garriga, y otros, 2012)

La Asamblea Mundial de la Salud abogó por la justicia social y adoptó el concepto de Salud para Todos, señalando que la base del concepto es la equidad. Puso de manifiesto, que entre los nuevos retos que resultaban más obvios desde Alma Ata, figuraba el hecho de que hay más personas que viven por debajo del umbral de pobreza y de que las brechas entre ricos y pobres estaban ampliándose en muchos países, comunidades y grupos. Los riesgos ambientales están amenazando la equidad intergeneracional y la prisa por la globalización está produciendo beneficios desiguales que contribuyen a aumentar las inequidades entre los países. (Secretaría de Salud, Honduras, 2005).

3.7 Mortalidad menor de cinco años

3.7.1 Mortalidad menor de cinco años a nivel Mundial, Latinoamérica y Honduras

Desde 1990 se han hecho progresos considerables en todo el mundo con respecto a la reducción de las muertes en niños menores de cinco años. La cifra mundial de muertes de menores de cinco años ha disminuido de 12,7 millones en 1990 a 5,9 millones en 2016; es decir, 16,000 muertes diarias, en comparación con 35,000 en 1990. Desde 1990 la Tasa mundial de mortalidad de los menores de cinco años ha disminuido en un 53%: de 9 muertes por 1000 nacidos vivos en 1990 a 41 en 2016. (OPS/OMS, 2019)

En su conjunto, el mundo ha acelerado los progresos en la reducción de la tasa de mortalidad de los menores de 5 años. Es un hecho prometedor que el África subsahariana, la región con la mayor tasa de mortalidad en menores de 5 años, también haya presentado una aceleración sustancial. El ritmo de reducción anual ha aumentado del 1,6% en los años noventa al 4,1% en el periodo 2000-2015. La notable reducción de la mortalidad de los menores de 5 años desde 2000 ha salvado la vida de 48 millones de niños de esa edad. (OPS/OMS, 2019)

Entre 1990 y 2016, 62 de los 195 países con estimaciones disponibles alcanzaron la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 4 consistente en lograr una reducción del 66% en la tasa de mortalidad de los menores de 5 años. Se han documentado grandes diferencias con respecto a la mortalidad en la niñez entre diferentes subgrupos de población y regiones de un mismo país, lo cual requiere que la reducción de dicha mortalidad se enfoque desde el punto de vista de la equidad. Los niños corren un mayor riesgo de morir antes de cumplir cinco años si nacen en zonas rurales u hogares pobres o si sus madres se vieron privadas de educación básica. (OMS, 2016).

En América Latina y el Caribe nacen anualmente casi 11 millones de niños. Pero de ellos, se calcula que 237.000 fallecen antes del primer año y unos 304.000 mueren antes de cumplir los 5 años de edad; La mortalidad en la niñez es un indicador importante del nivel de desarrollo social y de la disponibilidad, la utilización y el acceso a los sistemas de salud por parte de la población y especialmente de los niños, y también de su situación nutricional, evidencia el grado en que se ejerce en una sociedad el derecho humano más fundamental, como es el derecho a la vida y a la salud. (OMS, 2016)

En mayor o menor medida, todos los países de América Latina y el Caribe han reducido sustancialmente la mortalidad en la niñez como resultado de la

combinación de múltiples procesos, entre los que se cuentan: el avance de la atención primaria de alto impacto y bajo costo como los programas de vacunación masiva, la terapia de rehidratación oral o el control de la salud de los niños sanos, el aumento de la cobertura de los servicios básicos, especialmente de agua potable y saneamiento, el incremento de los niveles educativos de la población y el descenso de la fecundidad. (ONU, 2010).

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). Igualmente, importantes han sido los logros en la vacunación contra el sarampión de niños y niñas menores de un año. Entre los quinquenios de 1991-1996 y 2001- 2006, la mortalidad de la niñez se redujo en 18 puntos porcentuales (pp) a un promedio anual de 1.2 pp (INE, 2001 y 2006). Lo propio ha ocurrido con la tasa de mortalidad infantil, que experimentó durante el mismo período una reducción de 12 pp a un promedio anual de 0.8 pp. (UNICEF, 2010)

A pesar de que la reducción de la tasa de mortalidad en niños menores de cinco años, no haya sido tan acelerada como requiere el cumplimiento de la meta al 2015, es indudable que ha habido una reducción importante que requiere ser reevaluada. Este logro se debe, entre otras razones al avance de la atención

primaria de bajo costo como las campañas de vacunación masiva, la terapia de rehidratación oral y el control de salud de los niños y niñas. Mayores logros se han visto obstaculizados por la dimensión de las limitantes o desafíos que hay que enfrentar. Uno de ellos es el relativo a la desnutrición y a los problemas derivados de las enfermedades infecciosas intestinales y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias. (UNICEF, 2010)

3.7.2 Mortalidad menor de cinco años en los departamentos de Santa Bárbara y Cortés.

Según la ENDESA 2011-2012 la mortalidad en los primeros cinco años (mortalidad en la niñez) es similar en el área rural y la urbana (30 y 29 por mil respectivamente). La mortalidad más alta se encuentra en los hijos de madres con educación superior (38 por mil) y la más baja se encuentra en los hijos de madres sin ninguna educación (20 por mil). El índice de riqueza es determinante en la mortalidad: para todos los indicadores de mortalidad, el nivel es mayor en el estrato más pobre. La mortalidad infantil en los hogares del quintil inferior es más alta comparada con el estrato superior, 30 y 18 por mil respectivamente. La mortalidad en la niñez es la que presenta una brecha más amplia entre los quintiles extremos inferior y superior, 39 y 20 por mil respectivamente. Los

departamentos de Santa Bárbara y Cortés presentaron tasas de 24 y 27 muertes por mil nacidos vivos respectivamente.

La mortalidad en la niñez es mayor en los departamentos de Islas de la Bahía y Gracias a Dios con 68 y 64 muertes por mil, respectivamente y es menor en el departamento de Olancho (21 muertes por mil) y Francisco Morazán 24 muertes en los primeros cinco años por cada mil nacidos vivos. (INE, 2011-2012)

3.8 Acceso a los servicios de salud y mortalidad

Según estudio realizado en México entre los determinantes de la mortalidad infantil se han documentado las condiciones de la vivienda, desarrollo vial, acceso y calidad de los servicios de salud, así como algunas características de la madre (edades extremas, escolaridad baja, multiparidad y desnutrición). Entre los factores culturales se mencionan la posición subordinada de la mujer, la discriminación étnica y otros factores relacionados con la participación comunitaria, el ingreso, la fragilidad institucional y el desarrollo social y económico. (Duarte Gómez, Núñez Urquiza, Restrepo Restrepo, & Richardson López Collada, 2015)

La Organización Panamericana de la Salud ha identificado las inequidades entre lo urbano y lo rural; la desatención de grupos indígenas; la ausencia de modelos participativos, educativos y de prestación de servicios específicos para estos grupos vulnerables, la falta de acceso a servicios de calidad desde el primer nivel de atención, y la garantía de continuidad de la atención. (Duarte Gómez, Núñez Urquiza, Restrepo Restrepo, & Richardson López Collada, 2015)

En Honduras se estima que 60% de la población está cubierta por la red de la Secretaría de Salud, 18% por el IHSS y 5% por el sector privado. Pero un 17%, que son un millón de habitantes ubicados en zonas de difícil acceso y elevados niveles de pobreza, no tiene acceso a servicios de salud. (UNFPA, 2009)

Existe una fuerte relación entre fecundidad y mortalidad infantil. Si disminuye la fecundidad, disminuyen muchos de los factores de alto riesgo para la mortalidad infantil y en los menores de cinco años, la mortalidad en los primeros cinco años (mortalidad en la niñez) es mayor en la zona rural que en la urbana. La mortalidad después del primer año está más relacionada con las condiciones socioeconómicas y ambientales imperantes, que son deficitarias en la zona rural. El comportamiento de la mortalidad de los niños menores de 5 años es similar al de la mortalidad infantil. El descenso ha sido apreciable en el promedio general de la población, pero con grandes desigualdades en contra de los niños pobres

y los que viven en ciertos municipios con predominio de población indígena. (UNFPA, 2009)

3.8.1 Determinantes sociales y su relación con la mortalidad

Entre los determinantes de la mortalidad infantil se han documentado las condiciones de la vivienda, desarrollo vial, acceso y calidad de los servicios de salud, así como algunas características de la madre (edades extremas, escolaridad baja, multiparidad y desnutrición). Entre los factores culturales se mencionan la posición subordinada de la mujer, la discriminación étnica y otros factores relacionados con la participación comunitaria, el ingreso, la fragilidad institucional y el desarrollo social y económico. (Duarte Gómez, Núñez Urquiza, Restrepo Restrepo, & Richardson López Collada, 2015)

La mortalidad en una población es función de la frecuencia con que ocurre la enfermedad (incidencia) y de la probabilidad de morir del enfermo (letalidad). Salud y enfermedad son dos instantes de un mismo y dinámico proceso. La muerte, como fenómeno individual, tiene determinantes biológicos, cuyos mecanismos constituyen la etiopatogenia de la enfermedad. El enfoque multicausal de la epidemiología ha permitido describir la distribución y el curso de las enfermedades en la población: según esta concepción salud enfermedad es

un proceso que resulta del equilibrio entre el hombre, diversos factores patógenos externos y el ambiente físico, biológico y social. (Behm Rosas, 2017)

Numerosos estudios han mostrado la relación de la enfermedad y la muerte con variables tales como el ingreso económico, la alimentación, el saneamiento, la educación, la atención médica, etc. Se ha demostrado también que todos estos factores, a su vez, están estrechamente correlacionados entre sí. Pero, en realidad, la distribución no igualitaria en la población de todos estos componentes de vida, no son sino la expresión visible, el eslabón medible, de una cadena causal que se genera en la organización social, económica y política. (Behm Rosas, 2017)

Según la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud está determinada por las condiciones en las que la gente nace, crece, vive y trabaja, y agrupa los determinantes sociales de la salud (DSS) en estructurales (relacionados con el contexto socioeconómico y político, que a su vez determinan la posición socioeconómica del individuo según etnia, género y clase social) e intermedios (aquellos que afectan directamente el estado de salud, como las condiciones materiales de vida, las conductas o las creencias familiares y los servicios de

salud). (Duarte Gómez, Núñez Urquiza, Restrepo Restrepo, & Richardson López Collada, 2015)

3.8.2 Desigualdades y su relación con la mortalidad

Desde 1990 se han hecho progresos considerables en todo el mundo con respecto a la reducción de las muertes en la niñez. La cifra mundial de muertes de menores de 5 años ha disminuido de 12,6 millones en 1990 a 5,6 millones en 2016; es decir, 15 000 muertes diarias, en comparación con 35 000 en 1990. Desde 1990 la tasa mundial de mortalidad de los menores de 5 años ha disminuido en un 53%: de 9 muertes por 1000 nacidos vivos en 1990 a 41 en 2016. (Organización Mundial de la Salud, 2019)

Aunque los progresos mundiales para reducir la mortalidad de los menores de 5 años se han acelerado, siguen existiendo disparidades entre las regiones y los países. La zona con mayor mortalidad en menores de 5 años sigue siendo el África Subsahariana, donde 1 de cada 13 niños muere antes de cumplir 5 años. También hay inequidades geográficas y socioeconómicas dentro de los propios países. Las últimas estimaciones de la mortalidad por quintiles de riqueza muestran que en 99 países de ingresos bajos y medios, la mortalidad de los

menores de 5 años es por término medio dos veces mayor entre los niños de los hogares más pobres que entre los de los hogares más ricos. La eliminación de esta disparidad entre pobres y ricos hubiera salvado 2 millones de vidas en 2016. El fortalecimiento de los sistemas de salud para que todos los niños accedan a tales intervenciones salvará la vida de muchos niños pequeños. (Organización Mundial de la Salud, 2019)

En América Latina existen disparidades en el gasto total en salud, entre países y al interior de ellos. Las desigualdades que se observan en este rubro, están directamente relacionadas con la salud de la población, especialmente en la salud de los niños/as. A ello, debe agregarse el problema de la ineficiencia en el gasto total en salud. Al compararse, incluso respecto a las economías en desarrollo como España y Corea del Sur, las diferencias en cobertura, equidad y calidad de los servicios sanitarios hacen evidente la ineficiencia en el uso de los recursos en América Latina. (López Gonzales, Salvatierra Izaba, & Nazar Beutelspacher, 2010).

Por otro lado, la falta de inversión en salud junto con la burocratización propia de los países, ha producido importantes casos de falta de calidad de los servicios, lo que explica las desigualdades internas en salud sumado a ello, se tiene la precaria situación socioeconómica de la mayoría de las poblaciones y de las

inmensas desigualdades regionales que se traducen en indicadores diferenciales de enfermedad y muerte en los niños y niñas. (López Gonzales, Salvatierra Izaba, & Nazar Beutelspacher, 2010).

3.9 Medición de desigualdades

3.9.1 Antecedentes de desigualdades y nivel socioeconómico

3.9.1.1 Desigualdad social, causada por la desigualdad económica

En la sociedad, la satisfacción de las necesidades básicas depende del nivel de ingreso. Quienes poseen mayores recursos económicos pueden tener una adecuada alimentación, acceder a los servicios de salud, a todos los niveles educativos, al transporte, mientras que los habitantes que, con bajos ingresos, a veces no pueden completar la educación básica, quedan al margen de la asistencia sanitaria, lo viven en zonas muy alejadas, con graves problemas de transporte. Las diferencias en el nivel de ingreso generan entonces, desigualdades sociales. Así tanto, los países ricos como los países pobres presentan grandes diferencias sociales en su interior; sin embargo, en los países más pobres es donde estas diferencias son más acentuadas. (Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social, 2011)

Desigualdad socio-económica a escala mundial.

La globalización económica, financiera, comunicacional, cultural e ideológica ha extendido pautas de consumo tanto a países ricos como a países pobres. El papel predominante del mercado y la pérdida de capacidad de maniobra de los Estados nacionales han reorganizado la producción y el consumo en escala mundial, aumentando la concentración de la riqueza y agudizando las desigualdades socio-espaciales. Este fenómeno se manifiesta en diferentes ámbitos, y repercute en el espacio de diferentes maneras. (Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social, 2011)

Desigualdad en el ingreso

La desigualdad en el ingreso y la riqueza también se han incrementado en la mayoría de los países, al igual que las desigualdades en materia de género, etnicidad y región. En los países en desarrollo, los niños en los hogares más pobres y aquellos que residen en áreas rurales tienen una mayor probabilidad de tener bajo peso que los infantes en los hogares más ricos, o aquellos que residen en las ciudades y los pueblos (Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social, 2011)

Una dimensión de la desigualdad relacionada con el ingreso y la riqueza está estrechamente relacionada con la pobreza. Al nivel más básico, la distribución del ingreso dentro de un país tiene un impacto directo en el bienestar de su pueblo. Una distribución más equitativa del ingreso nacional significa que el bienestar agregado (donde el bienestar de cada individuo tiene un mismo peso) es mayor para un nivel dado de ingreso promedio per cápita y la pobreza es menor. (Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social, 2011)

3.9.1.2 Antecedentes de desigualdad y nivel de alfabetismo

Las desigualdades educativas son el resultado de una compleja interacción de factores internos y externos al sistema educativo y sus escuelas, por lo que es fundamental desarrollar políticas económicas y sociales orientadas a abordar las causas que generan desigualdad fuera de los sistemas educativos. Los ingresos económicos, el capital cultural de las familias, las expectativas y estereotipos sociales respecto de las diferencias sociales, culturales y de género, la localización geográfica de las escuelas, o el acceso a las tecnologías de la información y comunicación son algunos de los factores que generan desigualdad en América Latina. (Blanco & Cusato, 2004)

La región de América Latina tiene un importante grado de desigualdad, no sólo en cuanto a ingresos, sino que también en cuanto a oportunidades educativas. Se puede decir que el acceso a una educación de calidad y el logro de resultados de aprendizaje dependen del país en que crezca el niño o la niña, del lugar geográfico donde viva y del nivel socioeconómico y cultural del cual provenga. Los niños con discapacidad, los grupos de población que están en situación de pobreza, que viven en la zona rural, de pueblos originarios o afrodescendientes son los que sufren grados de mayor exclusión y discriminación en la educación. (Blanco & Cusato, 2004).

3.10 . Medidas de desigualdad

La desigualdad es un concepto complejo y ambiguo que se puede medir y expresar usando una variedad de técnicas estadísticas. Cuando se mide la desigualdad en salud el propósito es siempre el mismo: proporcionar una estimación cuantitativa de la desigualdad en salud en una población. Para este fin, es posible que se tenga que recurrir a una amplia gama de mediciones para explorar a fondo una situación de desigualdad en salud. (Organización Panamericana de La Salud/ Organización Mundial de la Salud, 2013)

Se colocaron estas definiciones del artículo Métodos de Medición de Desigualdades en Salud por considerarlo un artículo completo y de muchos aportes importantes en el tema. (Schneider, y otros, 2002)

La medición de las desigualdades en el campo de la salud es una condición indispensable para avanzar en la mejoría de la situación de salud de la Región, donde el análisis de los valores medios ha dejado de ser suficiente. Este tipo de análisis es una herramienta fundamental para la acción en busca de una mayor equidad en salud. Existen diferentes métodos de medición y niveles de complejidad cuya elección depende del objetivo del estudio. Este objetivo de la aplicación de los métodos de medición de desigualdades de familiarizar a los profesionales de la salud y a las instancias decisorias con los aspectos metodológicos de la medición y el análisis simple de las desigualdades en el campo de la salud, utilizando datos básicos registrados con regularidad y agregados por unidades geopolíticas. (Schneider, y otros, 2002)

El monitoreo de las desigualdades en la salud es fundamental para el logro progresivo y equitativo de la cobertura universal de salud. Para que tenga éxito, el monitoreo global de las desigualdades debe ser lo suficientemente intuitivo a fin de que pueda adoptarse ampliamente y debe mantener al mismo tiempo su credibilidad técnica. (Hosseinpoor, y otros, 2015).

Descripción de indicadores para medir desigualdad

Un indicador de salud es una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud (la ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud) o de un factor asociado con la salud (el estado de salud u otro factor de riesgo) en una población especificada. En términos generales, los indicadores de salud representan medidas resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud y que, vistos en conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilarla. (OPS/OMS, 2019)

Razón de las tasas y diferencia de las tasas.

Se comparan dos grupos en situaciones extremas, por ejemplo, clase social V (o V + IV) y clase social I (o I + II), o dos unidades geográficas con indicadores socioeconómicos extremos. Se recomienda que los grupos extremos no sean tan atípicos que las medidas resumen enmascaren la mayoría de las desigualdades existentes y que no sean tan amplios que las medidas sumarias cancelen la magnitud real de las inequidades en la población. La interpretación descansa en la razón o en la diferencia de las tasas de mortalidad o morbilidad del grupo socioeconómico más bajo con respecto al más alto: cuanto mayor el valor de la razón o de la diferencia, mayor la desigualdad. (Schneider, y otros, 2002)

Índice de desigualdad de la pendiente e índice relativo de desigualdad

Mediante el análisis de regresión se puede obtener otras medidas de impacto total en salud, entre ellas el IDP y el IRD. Estos índices se obtienen mediante un análisis de regresión de la variable de salud sobre un indicador de la posición relativa acumulada de cada grupo con respecto a una variable socioeconómica y toman en consideración tanto la situación socioeconómica de los grupos como el tamaño de la población. Los grupos se ordenan de forma decreciente según su estatus socioeconómico. Cada grupo se caracteriza por un valor (ridit) que corresponde a la frecuencia acumulada media de dicho grupo, ordenado en función de la variable socioeconómica. (Schneider, y otros, 2002)

Índice de efecto relativo basado en una regresión.

Contempla todos los grupos de la sociedad separadamente; permite analizar cómo varían la mortalidad y la morbilidad en función del estrato socioeconómico. Se calcula mediante una regresión en la cual la variable dependiente (y) es la tasa de morbilidad o mortalidad y la variable independiente (x) es el estrato socioeconómico. De la forma de la relación dependerá si es o no necesario llevar a cabo una transformación de la variable. (Schneider, y otros, 2002)

Riesgo atribuible poblacional (RAP) absoluto.

Multiplicando el RAP porcentual por la tasa se obtiene la reducción absoluta de la tasa general en el caso hipotético de que todos los grupos tuvieran la tasa del grupo socioeconómico más alto. (Schneider, y otros, 2002)

Índice de disimilitud, relativo.

Puede interpretarse como el porcentaje de casos que debería ser redistribuido para obtener la misma tasa de morbilidad o mortalidad en todos los grupos. El índice de disimilitud es grande si una parte relativamente grande de la población pertenece a los grupos socioeconómicos alto o bajo. Refleja en qué medida la distribución de la población se aproxima a una situación en la que todos tuvieran el mismo nivel socioeconómico. (Schneider, y otros, 2002)

Índice de disimilitud, absoluto.

Multiplicando el índice de disimilitud por la tasa general se obtiene el número absoluto de casos que deberían ser redistribuidos para obtener igualdad. No tiene sentido práctico ni ético aplicarlo a la morbilidad o mortalidad, pero se puede aplicar a los recursos. (Schneider, y otros, 2002)

Índice relativo de desigualdad.

Es una medida más sofisticada que tiene en cuenta el tamaño de la población y la posición socioeconómica relativa acumulada de los grupos. Se obtiene

mediante una regresión de la tasa de morbilidad o mortalidad de los grupos socioeconómicos sobre una medida específica de sus posiciones relativas: la proporción de la población que tiene una posición superior en la jerarquía social. Un índice alto implica diferencias grandes en la morbilidad o mortalidad entre las posiciones altas y bajas de la jerarquía definida por la variable socioeconómica. (Schneider, y otros, 2002)

Índice de desigualdad de la pendiente.

Es el equivalente absoluto del índice relativo de desigualdad. Expresa la desigualdad de salud, en términos de tasas, entre los estratos más altos y los más bajos en la jerarquía definida por el indicador socioeconómico elegido. Bajo este modelo, la pendiente (b) de la recta de regresión expresa la magnitud del cambio de la variable de salud por cada unidad de cambio de posición en la jerarquía socioeconómica de la población. (Schneider, y otros, 2002)

Coefficiente de Gini y curva de Lorenz.

El coeficiente de Gini está basado en la curva de Lorenz, la cual, siendo una curva de frecuencia acumulada, compara la distribución de una variable con la distribución en condiciones de uniformidad (igualdad). Esta distribución uniforme está representada por una línea diagonal cuya pendiente es 1 y cuyo intercepto es 0. Cuanto más se distancia la curva de Lorenz de esta línea, mayor es la desigualdad. El coeficiente de Gini, que mide el grado de desigualdad, es una

medida resumen que representa, cuánto se desvía la curva de Lorenz de la línea diagonal de igualdad. Las personas o grupos que conforman la población se ordenan, de peor a mejor, en términos de su situación de salud. El coeficiente de Gini va de 0 (igualdad perfecta) a 1 (desigualdad total). (Schneider, y otros, 2002)

Índice y curva de concentración

Utiliza el mismo procedimiento del coeficiente de Gini y la curva de Lorenz, pero las personas o grupos se ordenan según una variable socioeconómica y no una variable de salud. El índice de concentración va de -1 a $+1$. El valor negativo se obtiene cuando la curva se sitúa por encima de la diagonal, y el positivo cuando se sitúa por debajo. (Schneider, y otros, 2002)

3.11 Derecho a la Salud

En la Declaración Universal de Derechos Humanos, de 1948, también se menciona la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado. El derecho a la salud también fue reconocido como derecho humano en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1966. Desde entonces, se ha reconocido o se ha hecho referencia al derecho a la salud o a elementos del mismo, por ejemplo, el derecho a la atención médica, en otros tratados internacionales de derechos humanos. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia sanitaria y los servicios sociales necesarios”. La salud es un derecho humano fundamental que sigue sin ser reconocido en muchos países. La salud es mucho más que la ausencia de enfermedad. (AECID, 2014)

El derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, previsto en el derecho internacional relativo a los derechos humanos, entraña la reivindicación de que, mediante un conjunto de mecanismos sociales, normas, instituciones, leyes y un entorno propicio se pueda garantizar de la mejor manera el disfrute de ese derecho. La interpretación más autorizada del derecho a la salud es la que figura en el artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC), que ha sido ratificado por 145 países. En mayo de 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, encargado de supervisar la aplicación del pacto, adoptó una observación general sobre el derecho a la salud. Las cuales sirven para aclarar la naturaleza y el contenido de los derechos individuales y las obligaciones de los estados partes. (OMS, 2002)

Además, el Comité interpreta el derecho a la salud como un derecho inclusivo, que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. (OMS, 2002)

3.11.1 Contexto general del derecho a la salud

El derecho a la salud es parte fundamental de los derechos humanos y de lo que entendemos por una vida digna. El derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental, no es nuevo. En el plano internacional, se proclamó por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1946, en cuyo preámbulo se define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades. También se afirma que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (Organización Mundial de la Salud, 2008)

La afirmación de un derecho a la protección de la salud en las constituciones y los instrumentos internacionales de derechos humanos se produce en fechas relativamente tardías. En el modelo de protección de la salud del estado liberal europeo, el estado se desentendía de la protección de la salud de los individuos y únicamente se ocupaba globalmente de la salud pública; las personas accedían a las atenciones médicas según su capacidad para pagarlas, lo que suponía la virtual exclusión de la mayoría de la población de los cuidados médicos o de una atención mínima. Las únicas medidas de protección general pasaban por medidas de beneficencia, bien por parte del estado o privadas. (Lema Añon, 2010)

4. METODOLOGIA

El enfoque utilizado en el estudio es **cuantitativo** el cual utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías. (Sampieri, 2014), de tipo **analítico**, donde el investigador pretende relacionar causalmente algún factor de riesgo o agente causal con un determinado efecto, es decir, pretende establecer una relación causal entre dos fenómenos naturales, **observacional de corte transversal** porque pretende describir un fenómeno dentro de una población de estudio y conocer su distribución en la misma. (Veiga de Cabo, De la Fuente Diez, & Zimmermann Verdejo, 2018)

Tomando como objeto de estudio las muertes ocurridas en los niños menores de cinco años de los departamentos de Santa Bárbara y Cortés, durante los años 2010 y 2014. El universo fueron los niños y niñas menores de cinco años registrados en la base de datos nacional de mortalidad de la SESAL año 2010 y 2014 y la muestra fue la mortalidad de los niños y niñas menores de cinco años de los departamentos de Santa Bárbara y Cortés, el muestreo se realizó de manera intencional.

Los criterios de inclusión fueron todos los niños y niñas menores de cinco años pertenecientes a los departamentos de Santa Bárbara y Cortés registrados en la base de datos de mortalidad SESAL 2010 y 2014 y se excluyeron todos los niños y niñas menores de cinco años que no pertenecían a los departamentos en estudio. Para este estudio se tomó como unidad de análisis las desigualdades sociales en salud y como unidad de observación la mortalidad en menores de cinco años en los Departamentos de Santa Bárbara y Cortés durante los años 2010 y 2014.

La técnica que se utilizó para el estudio fue la revisión documental, desagregación de información de acuerdo con las variables contempladas en el estudio, el instrumento para la recolección de la información fue estructurado en Excel con datos de población de nacimientos vivos de los años 2010 y 2014, tasas de mortalidad, tasa de alfabetismo por municipio de los departamentos de Santa Bárbara y Cortés.

Las variables que se analizaron fueron las tasas de mortalidad del menor de cinco años, frecuencia de la mortalidad del menor de cinco años según sexo, frecuencia de la mortalidad del menor de cinco años según edad, tasa de alfabetismo por municipio, tasas de mortalidad menor de cinco años con el estratificador social

(tasa de alfabetismo), ordenados de menor a mayor de acuerdo al estratificador social.

Para realizar el cálculo de la métrica de rango, se calculó de Brecha absoluta = tasa de mortalidad del percentil más bajo – tasa de mortalidad del percentil más alto. Cálculo de Brecha relativa = tasa de mortalidad del percentil más bajo / tasa de mortalidad del percentil más alto.

Para calcular la métrica de regresión =tasas de mortalidad menor de cinco años, estratificador social (tasa de alfabetismo), se ordenó el dato de menor a mayor de acuerdo al estratificador social. Se calculó el peso poblacional por municipio, cálculo de frecuencia simple y frecuencia acumulada, ponderación del estratificador social (tasa de alfabetismo), se calculó posición Social Relativa + tasa de mortalidad predicha.

Para las métricas de disproporcionalidad se calculó las tasas de mortalidad menor de cinco años, estratificador social (tasa de alfabetismo), se ordenó de menor a mayor de acuerdo al estratificador social, se calcularon los percentiles, a la posición social relativa se le aplicó logaritmo, se calculó nuevamente el peso de la población absoluta y el peso poblacional relativo, se calcularon la diferencia de los productos cruzados para obtener el fuller.

El índice de concentración en salud (IDS) 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. ICS: el índice de concentración de salud se calcula usando la cuota acumulada poblacional y la cuota acumulada de salud de cada quintil. Usando la fórmula de fuller (suma de las diferencias de productos cruzados), el ICS del primer quintil será= (frecuencia acumulada poblacional del quintil 1 x frecuencia acumulada de la cuota de salud del quintil 2) – (frecuencia acumulada de la cuota de salud del quintil 1 x frecuencia acumulada poblacional del quintil 2). Finalmente, el ICS total será la suma de los ICS de los quintiles.

Para la realización de las métricas de desigualdad se utilizó el estratificador de equidad (tasa de alfabetismo) del año 2013 para los años 2010 y 2014 ya que los datos más recientes del INE son los de la ENDESA 2011-2012 , constituyendo una información relevante para el país, proporcionando información actualizada de los indicadores básicos de salud e información estadística que permiten visualizar los avances alcanzados en el periodo que comprende el estudio, su utilidad se extiende a todos los tomadores de decisiones tanto de las instituciones del estado, entidades privadas y organismos de cooperación. Es una muestra representativa a nivel nacional y es una continuación de la ENDESA 2005-2006

y de la encuesta nacional de epidemiología y salud familiar, realizada con cinco años de periodicidad entre 1981 y 2001.

Dado que la investigación fue una revisión de base de datos y no hubo contacto con sujetos humanos no fue necesario someterla al Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH.

5. RESULTADOS

Tabla 1. Mortalidad en niños menores de 5 años según población. Departamento Santa Bárbara, año 2010 y 2014.

Municipios	Población menor de 5 años 2010	N° de muertes menores de 5 años 2010	Población menor de 5 años 2014	N° de muertes menores de 5 años 2014
Naranjito	1299	0	1355	4
Protección	2102	0	2385	7
San Luis	3327	1	3043	5
Chinda	403	0	586	2
Nueva Frontera	1967	0	1739	7
Arada	1026	2	1078	1
Ceguaca	415	0	585	0
Concepción del Norte	903	0	1069	1
Gualala	392	1	557	3
San José de Colinas	1474	0	1912	0
Concepción del Sur	706	0	736	1
El Nispero	759	1	936	0
Ilama	819	0	978	4
Nuevo Celilac	713	0	970	1
Atima	1666	1	2432	7
Trinidad	1826	1	2053	3
Petoa	1081	0	1346	1
San Vicente Centenario	369	0	365	2
San Nicolás	1468	2	1778	3
Santa Rita	421	0	488	1
Macuelizo	3427	1	4017	5
San Marcos	1496	0	1845	2
Azacualpa	2029	1	2465	3
San Francisco de Ojuera	667	0	919	0
Quimistan	4005	1	6223	8
San Pedro de Zacapa	912	0	1182	1
Santa Bárbara	3494	4	4614	8
Las Vegas	2001	1	3026	0
Total	41167	17	50682	80

Fuente: base de datos de mortalidad de niños menores de cinco años de la SESAL 2010,2014
El departamento de Santa Bárbara para el año 2010 registro un total de 17

muerter y para el año 2014 las muertes ocurridas fueron 80.

Tabla 2. Mortalidad en niños menores de 5 años según población.

Departamento Cortés. Año 2010 y 2014.

Municipios	Población menor de 5 años 2010	N° de muertes menores de 5 años 2010	Población menor de 5 años 2014	N° de muertes menores de 5 años 2014
San Antonio de Cortés	2637	3	2653	1
Omoa	4766	4	5087	9
San Francisco de Yojoa	1787	7	2594	9
Santa Cruz de Yojoa	9892	18	9913	12
Potreros	3058	6	2773	2
Pimienta	3177	2	2458	1
Villanueva	16828	30	18520	19
San Manuel	5928	5	6007	1
Choloma	33444	44	29036	25
Puerto Cortés	12519	21	13063	10
San Pedro Sula	73194	4	74858	204
La Lima	5720	9	7354	6
Total	172950	153	174316	299

Fuente: base de datos de mortalidad de niños menores de cinco años de la SESAL 2010,2014

El departamento de Cortés en el año 2010 registro un total de 153 muertes de niños menores de cinco años y en el año 2014 las muertes ocurridas fueron 299.

Tabla 3. Mortalidad en niños menores de 5 años según sexo por municipio.

Departamento Santa Bárbara. Año 2010.

Municipios	N° de muertes en < de 5a	Hombre	Mujer
Naranjito	0	0	0
Protección	0	0	0
San Luis	1	1	0
Chinda	0	0	0
Nueva Frontera	0	0	0
Arada	2	1	1
Ceguaca	0	0	0
Concepción del Norte	0	0	0
Gualala	1	1	0
San José de Colinas	0	0	0
Concepción del Sur	0	0	0
El Níspero	1	0	1
Ilama	0	0	0
Nuevo Celilac	0	0	0
Atima	1	1	0
Trinidad	1	1	0
Petoa	0	0	0
San Vicente Centenario	0	0	0
San Nicolás	2	1	1
Santa Rita	0	0	0
Macuelizo	1	1	0
San Marcos	0	0	0
Azacualpa	1	0	1
San Francisco de Ojuera	0	0	0
Quimistan	1	1	0
San Pedro de Zacapa	0	0	0
Santa Bárbara	4	2	2
Las Vegas	1	1	0
Total	17	11	6

Fuente: base de datos de mortalidad de niños menores de cinco años de la SESAL 2010,2014

De las 17 muertes de niños menores de cinco años ocurridas en el departamento de Santa Bárbara el año 2010, 11 fueron del sexo hombre, y 6 del sexo mujer.

Tabla 4. Mortalidad en niños menores de 5 años según sexo por municipio. Departamento Santa Bárbara. Año 2014.

Municipios	N° de muertes en < de 5a	Hombre	Mujer
Naranjito	4	1	3
Protección	7	3	4
San Luis	5	3	2
Chinda	2	0	2
Nueva Frontera	7	3	4
Arada	1	1	0
Ceguaca	0	0	0
Concepción del Norte	1	1	0
Gualala	3	1	2
San José de Colinas	0	0	0
Concepción del Sur	1	1	0
El Níspero	0	0	0
Ilama	4	4	0
Nuevo Celilac	1	0	1
Atima	7	4	3
Trinidad	3	2	1
Petoa	1	0	1
San Vicente Centenario	2	2	0
San Nicolás	3	1	2
Santa Rita	1	1	0
Macuelizo	5	3	2
San Marcos	2	1	1
Azacualpa	3	0	3
San Francisco de Ojuera	0	0	0
Quimistan	8	3	5
San Pedro de Zacapa	1	0	1
Santa Bárbara	8	6	2
Las Vegas	0	0	0
Total	80	41	39

Fuente: base de datos de mortalidad de niños menores de cinco años de la SESAL 2010,2014

De las 80 muertes de niños menores de cinco años ocurridas en el departamento de Santa Bárbara el año 2014, 41 fueron del sexo hombre, y 39 del sexo mujer.

Tabla 5. Mortalidad en niños menores de 5 años según sexo por municipio. Departamento Cortés. Año 2010.

Municipios	N° de muertes en < de 5a	Hombre	Mujer
San Antonio de Cortés	3	2	1
Omoa	4	3	1
San Francisco de Yojoa	7	4	3
Santa Cruz de Yojoa	18	13	5
Potreros	6	4	2
Pimienta	2	1	1
Villanueva	30	20	10
San Manuel	5	2	3
Choloma	44	20	24
Puerto Cortés	21	7	14
San Pedro Sula	4	2	2
La Lima	9	6	3
Total	153	84	69

Fuente: base de datos de mortalidad de niños menores de cinco años de la SESAL 2010,2014

De las 153 muertes ocurridas en niños menores de cinco años en el departamento de Cortés en el año 2010, 84 fueron del sexo hombre y 69 del sexo mujer.

Tabla 6. Mortalidad en niños menores de 5 años según sexo por municipio. Departamento Cortés. Año 2014.

Municipios	N° de muertes en < de 5a	Hombre	Mujer
San Antonio de Cortés	1	1	0
Omoa	9	6	3
San Francisco de Yojoa	9	7	2
Santa Cruz de Yojoa	12	6	6
Potrerosillos	2	1	1
Pimienta	1	0	1
Villanueva	19	8	11
San Manuel	1	0	1
Choloma	25	17	8
Puerto Cortés	10	7	3
San Pedro Sula	204	109	95
La Lima	6	5	1
Total	299	167	132

Fuente: base de datos de mortalidad de niños menores de cinco años de la SESAL 2010,2014

De las 299 muertes de niños menores de cinco años ocurridas en el departamento de Cortés en el año 2014, 167 fueron del sexo hombre y 132 del sexo mujer.

Tabla 7. Tasa de Mortalidad en niños menores de 5 años según municipio.

Departamento Santa Bárbara. Año 2010 y 2014.

Municipios	Tasa de mortalidad X 1000 menores de 5 años 2010	Tasa de mortalidad X 1000 menores de 5 años 2014
Naranjito	0.0	3.0
Protección	0.0	2.9
San Luis	0.3	1.6
Chinda	0.0	3.4
Nueva Frontera	0.0	4.0
Arada	1.9	0.9
Ceguaca	0.0	0.0
Concepción del Norte	0.0	0.9
Gualala	2.6	5.4
San José de Colinas	0.0	0.0
Concepción del Sur	0.0	1.4
El Níspero	1.3	0.0
llama	0.0	4.1
Nuevo Celilac	0.0	1.0
Atima	0.6	2.9
Trinidad	0.5	1.5
Petoa	0.0	0.7
San Vicente Centenario	0.0	5.5
San Nicolás	1.4	1.7
Santa Rita	0.0	2.0
Macuelizo	0.3	1.2
San Marcos	0.0	1.1
Azacualpa	0.5	1.2
San Francisco de Ojuera	0.0	0.0
Quimistan	0.2	1.3
San Pedro de Zacapa	0.0	0.8
Santa Bárbara	1.1	1.7
Las Vegas	0.5	0.0
Total	0.4	1.5

Fuente: base de datos de mortalidad de niños menores de cinco años de la SESAL 2010,2014
El año 2010 los municipios que presentaron mayores tasas de mortalidad fueron:

Gualala (2.6), seguido la Arada (1.9) y San Nicolás (1.4)., para el año 2014 fueron los municipios de San Vicente Centenario (5.5), seguido de Gualala (5.4), e llama (4.1).

Tabla 8. Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años según municipio.

Departamento Cortés. Año 2010 y 2014

Municipios	Tasa de mortalidad X 1000 menores de 5 años 2010	Tasa de mortalidad X 1000 menores de 5 años 2014
San Antonio de Cortés	1.1	0.4
Omoa	0.8	1.8
San Francisco de Yojoa	3.9	3.5
Santa Cruz de Yojoa	1.8	1.2
Potrerosillos	2.0	0.7
Pimienta	0.6	0.4
Villanueva	1.8	1.0
San Manuel	0.8	0.2
Choloma	1.3	0.9
Puerto Cortés	1.7	0.8
San Pedro Sula	0.1	2.7
La Lima	1.6	0.8
Total	0.8	1.7

Fuente: base de datos de mortalidad de niños menores de cinco años de la SESAL 2010,2014

Para el año 2010 las tasas más altas de mortalidad de niños menores de cinco años las presentaron los municipios de San Francisco de Yojoa (2.9), seguido de Potrerillos (2.0) y Santa Cruz de Yojoa (1.8) y para el 2014 San Francisco de Yojoa (3.5), seguido de San Pedro Sula (2.7 y Omoa 1.8).

Tabla 9. Tasa de alfabetismo por municipio. Departamento Santa Bárbara.

Año 2013.

Municipios	Tasa de alfabetismo % año 2013
Naranjito	69
Protección	70
San Luis	71
Chinda	72
Nueva Frontera	72
Arada	74
Ceguaca	74
Concepción del Norte	74
Gualala	74
San José de Colinas	75
Concepción del Sur	75
El Níspero	75
Ilama	75
Nuevo Celilac	76
Atima	76
Trinidad	76
Petoa	77
San Vicente Centenario	77
San Nicolás	78
Santa Rita	78
Macuelizo	79
San Marcos	79
Azacualpa	80
San Francisco de Ojuera	81
Quimistan	82
San Pedro de Zacapa	83
Santa Bárbara	83
Las Vegas	84

Fuente: INE 2013

El año 2013 la tasa más alta de alfabetismo la tiene el municipio de Las Vegas (84) y la más baja el municipio de Naranjito (69).

Tabla 10. Tasa de alfabetismo por municipio. Departamento Cortés. Año 2013.

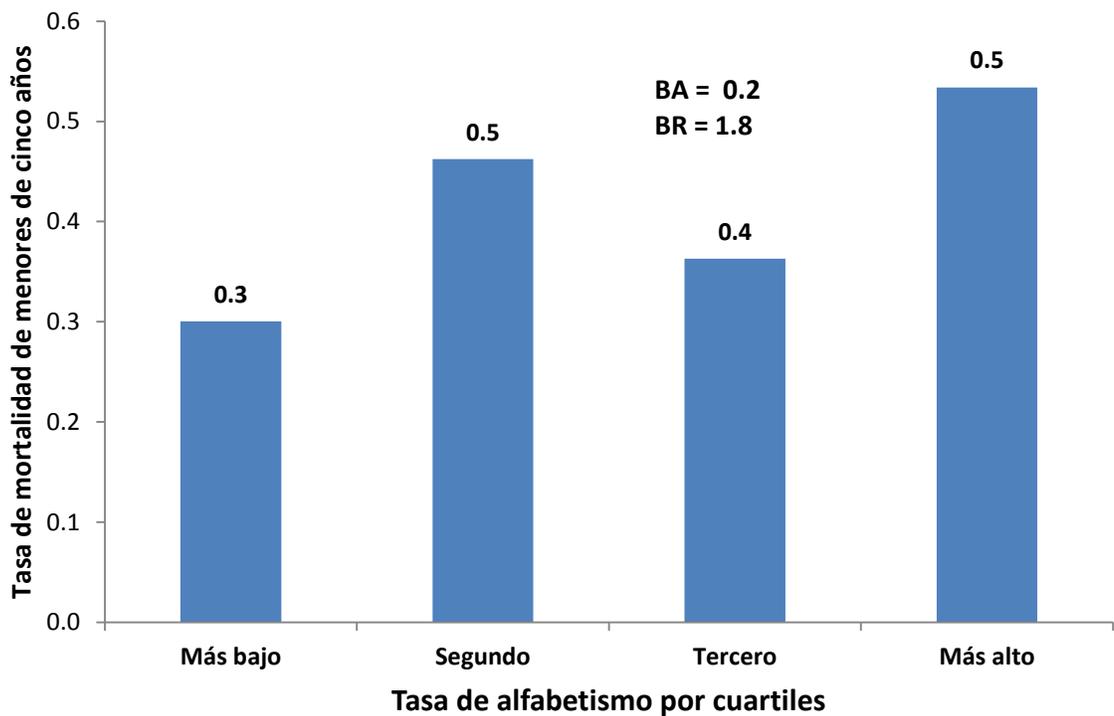
Municipios	Tasa de alfabetismo % año 2013
San Antonio de Cortés	80
Omoa	86
San Francisco de Yojoa	87
Santa Cruz de Yojoa	87
Potrerosillos	88
Pimienta	89
Villanueva	90
San Manuel	91
Choloma	92
Puerto Cortés	92
San Pedro Sula	93
La Lima	93

Fuente: INE 2013

La tasa más alta de alfabetismo la tiene los municipios de La Lima y San Pedro Sula (93) y la más baja el municipio de San Antonio de Cortés (80).

Grafico 1

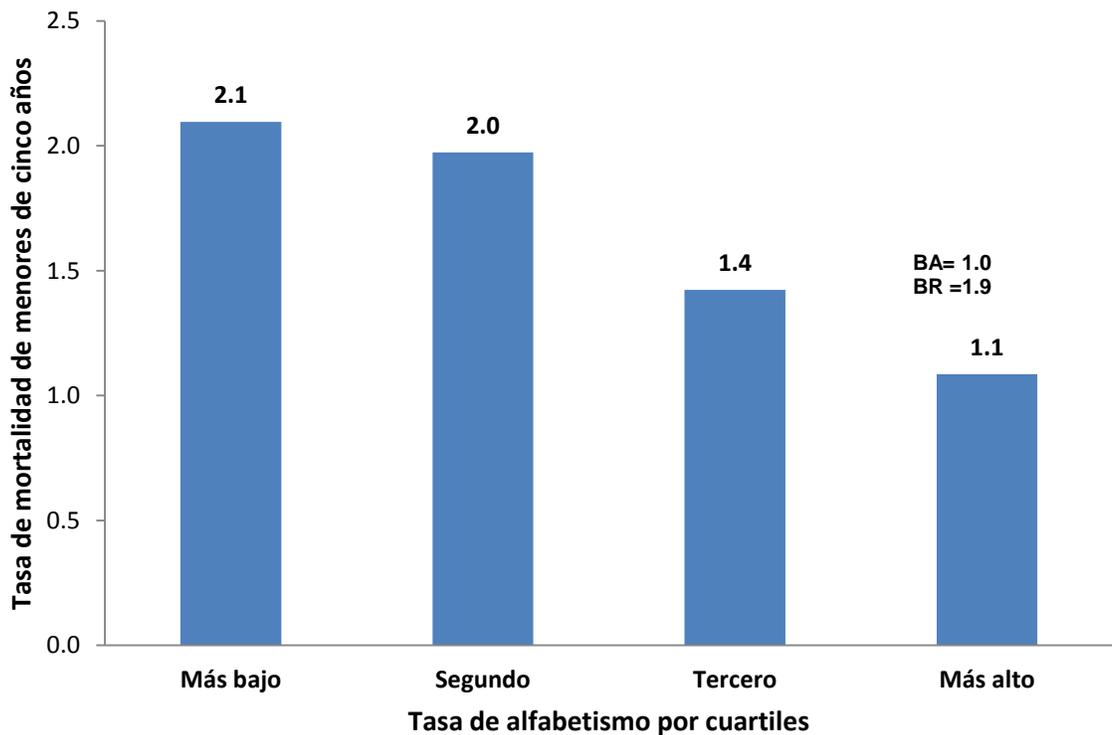
Desigualdad en la mortalidad de niños menores de cinco años según tasa de alfabetismo por cuartiles. Departamento Santa Bárbara, año 2010.



Para el año 2010, la diferencia absoluta de la mortalidad en niños menores de cinco años en el cuartil más bajo es de **0.2** muertes por cada mil menores de cinco años con relación al cuartil más alto y la diferencia relativa de la mortalidad es de **1.8** veces más en el cuartil con mayor tasa de alfabetismo.

Grafico 2.

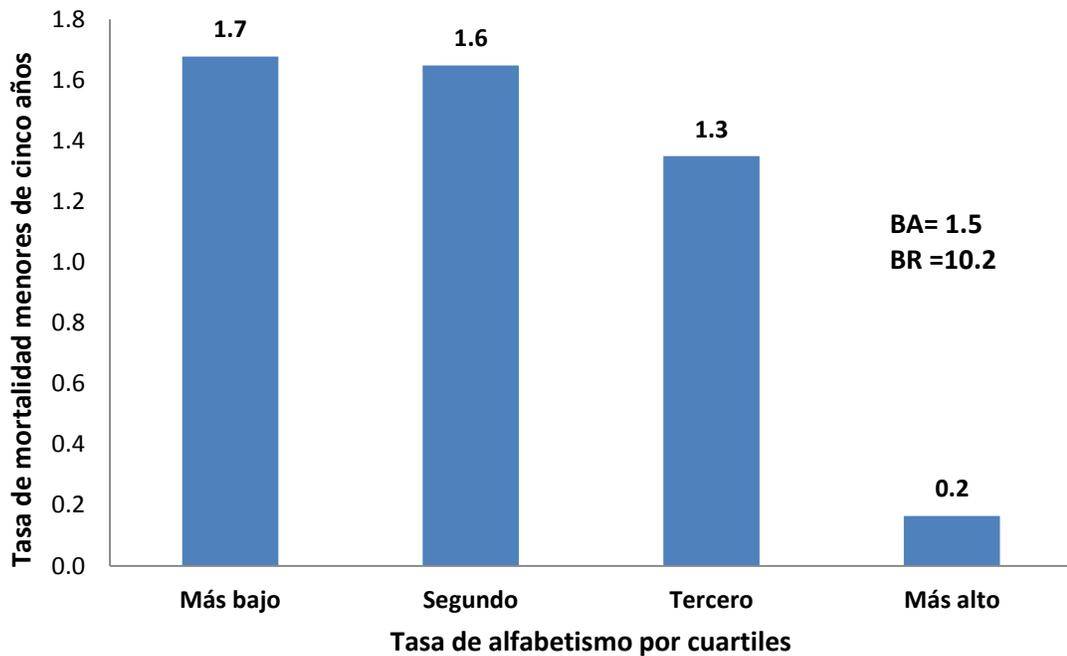
Desigualdad en la mortalidad de niños menores de cinco años según tasa de alfabetismo por cuartiles. Departamento Santa Bárbara. Año 2014.



Para el año 2014, la diferencia absoluta de la mortalidad en niños menores de cinco años en el cuartil más bajo es de **1** muerte por cada mil menores de cinco años con relación al cuartil más alto y la diferencia relativa es de **1.9** veces más en el cuartil con menor tasa de alfabetismo.

Grafico 3.

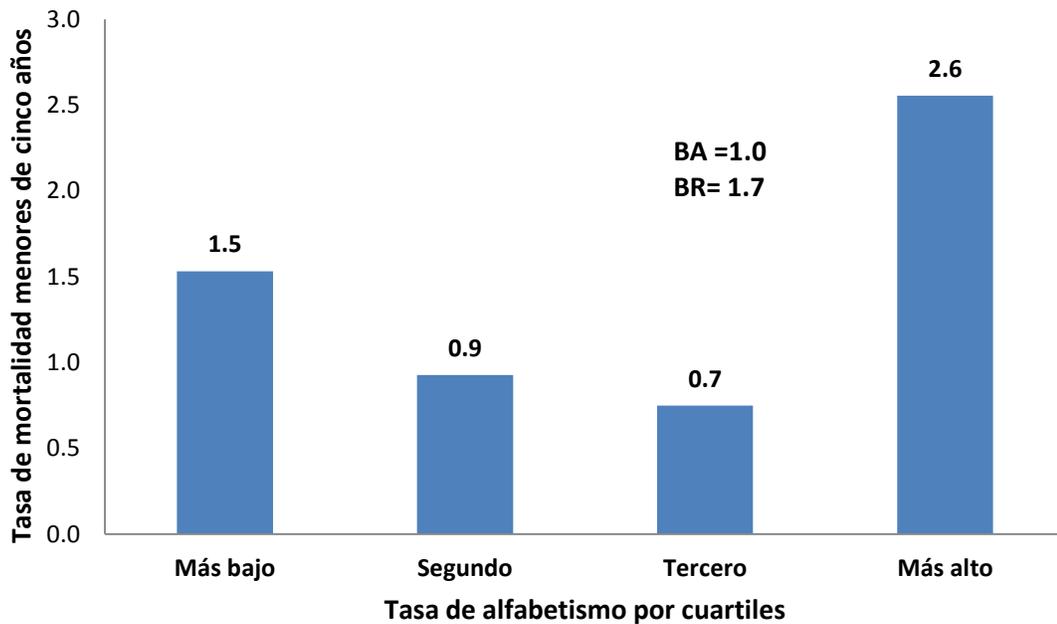
Desigualdad en la mortalidad de niños menores de cinco años según tasa de alfabetismo por cuartiles. Departamento Cortés. Año 2010.



Para el año 2010, la diferencia absoluta de la mortalidad en niños menores de cinco años en el cuartil más bajo es de **1.5** muertes por cada mil menores de cinco años con relación al cuartil más alto y la diferencia relativa es de **10.2** veces más en el cuartil con menor tasa de alfabetismo.

Grafico 4.

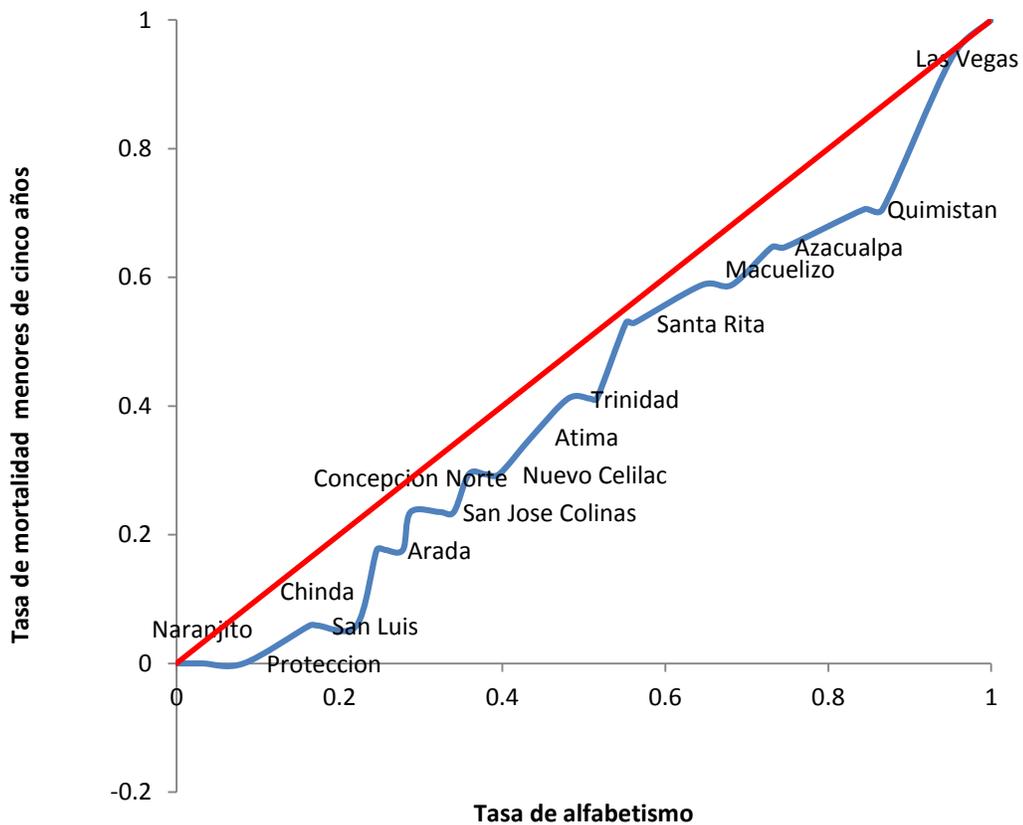
Desigualdad en la mortalidad de niños menores de cinco años según tasa de alfabetismo por cuartiles. Departamento Cortés. Año 2014.



Para el año 2014, la diferencia absoluta de la mortalidad en niños menores de cinco años en el cuartil más bajo es de **1.0** muertes por cada mil menores de cinco años con relación al cuartil más bajo y la diferencia relativa es de **1.7** veces más en el cuartil con mayor tasa de alfabetismo.

Grafico 5.

Índice de concentración en salud de la mortalidad de niños menores de cinco años según estratificador de equidad (alfabetismo) por municipio. Departamento Santa Bárbara. Año 2010.

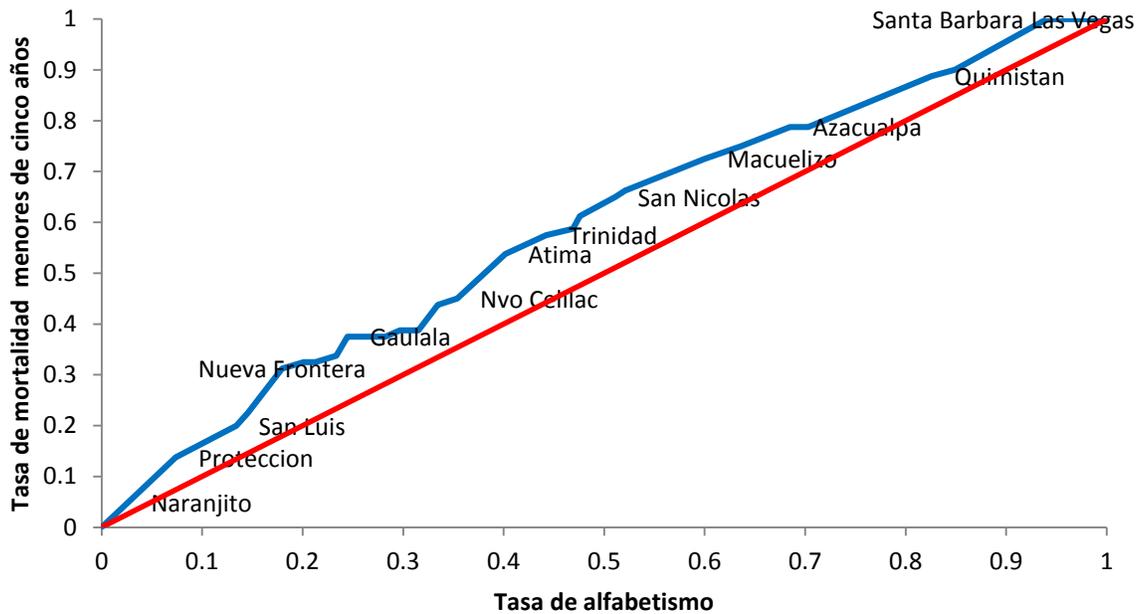


En el Departamento de Santa Bárbara el índice de concentración en salud para el año 2010 es de (0.1626) donde la desigualdad en relación a la mortalidad de niños menores de cinco años se sitúa en los municipios con mayor tasa de alfabetismo.

Grafico 6.

Índice de concentración en salud de la mortalidad de niños menores de cinco años según estratificador de equidad (alfabetismo) por municipio.

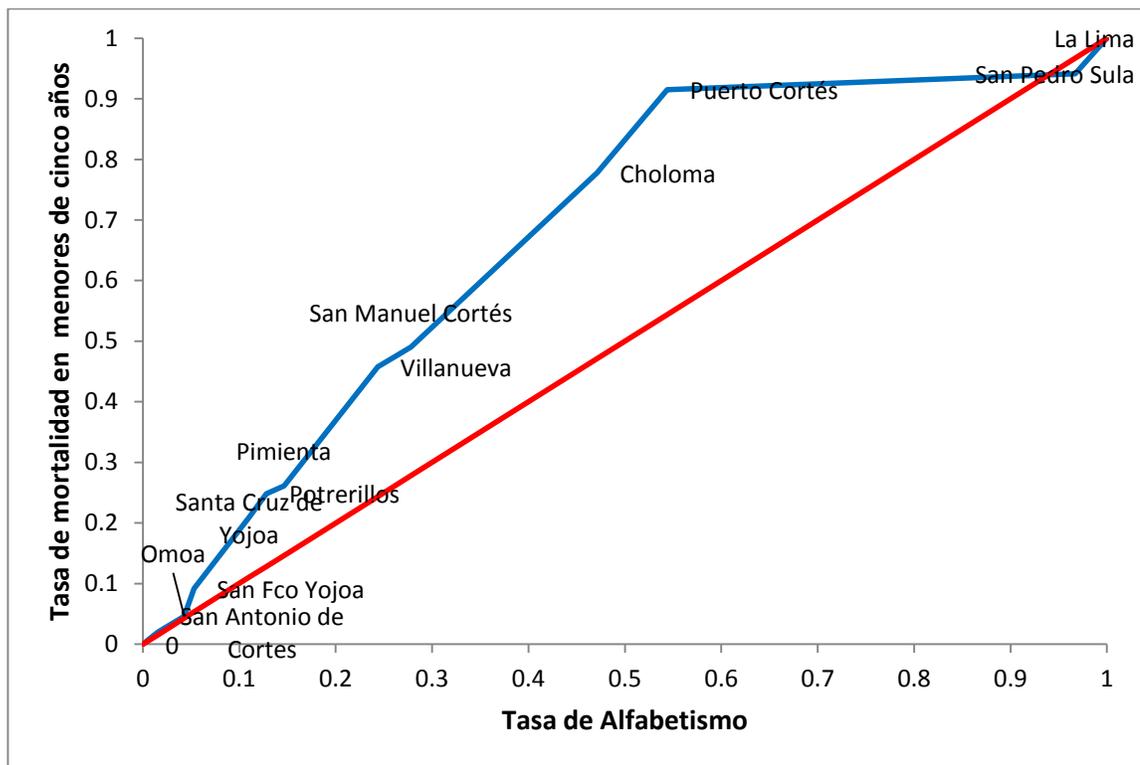
Departamento Santa Bárbara. Año 2014.



En el Departamento de Santa Bárbara el índice de concentración en salud (IDCS) para el año 2014 es de (-0.1788) donde la desigualdad en relación a la mortalidad de niños menores de cinco años se sitúa en los municipios con menor tasa de alfabetismo.

Grafico 7.

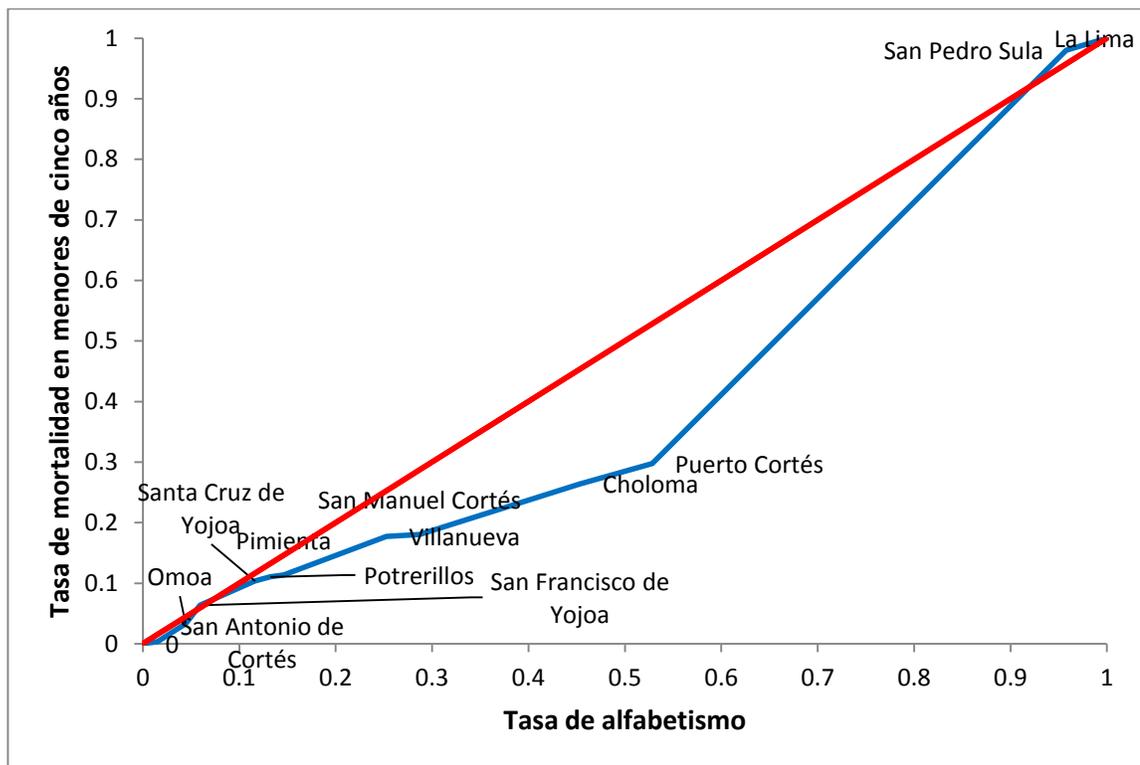
Índice de concentración en salud de la mortalidad de niños menores de cinco años según estratificador de equidad (alfabetismo) por municipio. Departamento Cortés. Año 2010.



En el departamento de Cortés el índice de concentración en salud (IDCS) para el año 2010 es de (-0.3581) donde la desigualdad en relación a la mortalidad de niños menores de cinco años se concentra en los con municipios con menor tasa de alfabetismo.

Grafico 8.

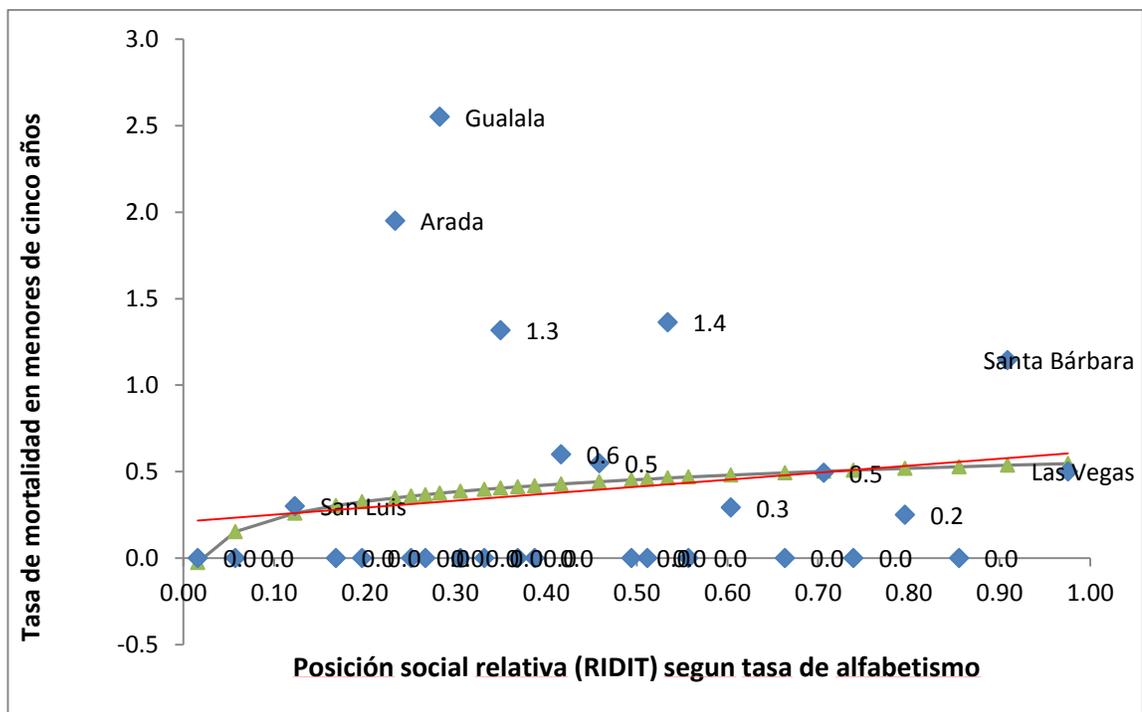
Índice de concentración en salud de la mortalidad de niños menores de cinco años según estratificador de equidad (alfabetismo) por municipio. Departamento Cortés. Año 2014.



En el departamento de Cortés el índice de concentración en salud (IDCS) para el año 2014 es de (0.1897) donde la desigualdad en relación a la mortalidad de niños menores de cinco años se concentra en los municipios con mayor tasa de alfabetismo.

Grafico 9.

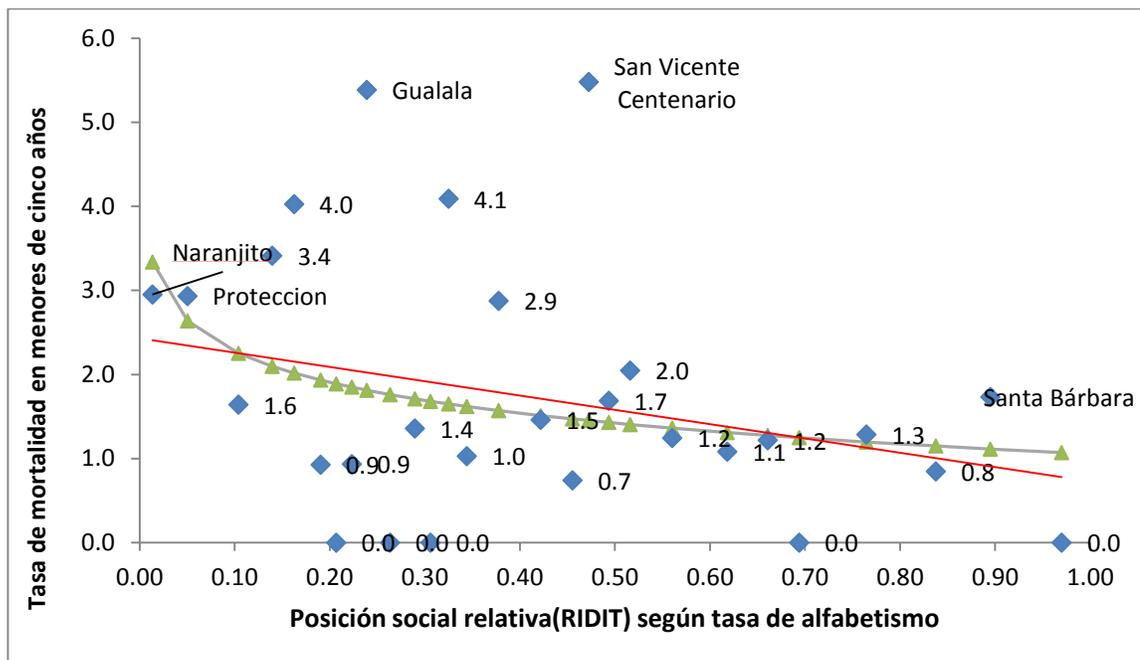
Índice de desigualdad de la pendiente de la mortalidad de niños menores de cinco años según la tasa de alfabetismo por municipios. Departamento de Santa Bárbara. Año 2010.



El gráfico representa la posición social según nivel de alfabetismo y su asociación con la tasa de mortalidad en menores de cinco años y el índice de desigualdad de la pendiente es de 0.3181 siendo los municipios con mayor tasa de alfabetismo los que presentan las tasas más altas de mortalidad.

Grafico 10.

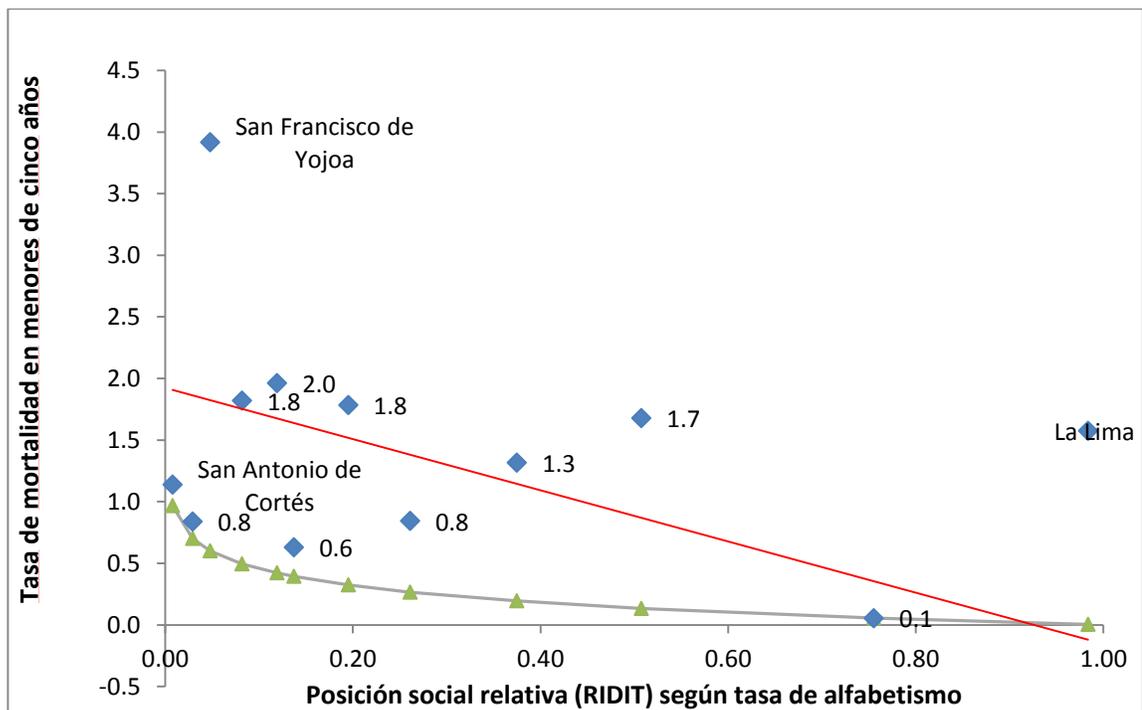
Índice de desigualdad de la pendiente de la mortalidad de niños menores de cinco años según la tasa de alfabetismo por municipios. Departamento de Santa Bárbara. Año 2014.



El gráfico representa la posición social según nivel de alfabetismo y su asociación con la tasa de mortalidad en menores de cinco años y el índice de desigualdad de la pendiente es de -1.2171 siendo los municipios con menor tasa de alfabetismo los que presentan las tasas más altas de mortalidad.

Grafico 11.

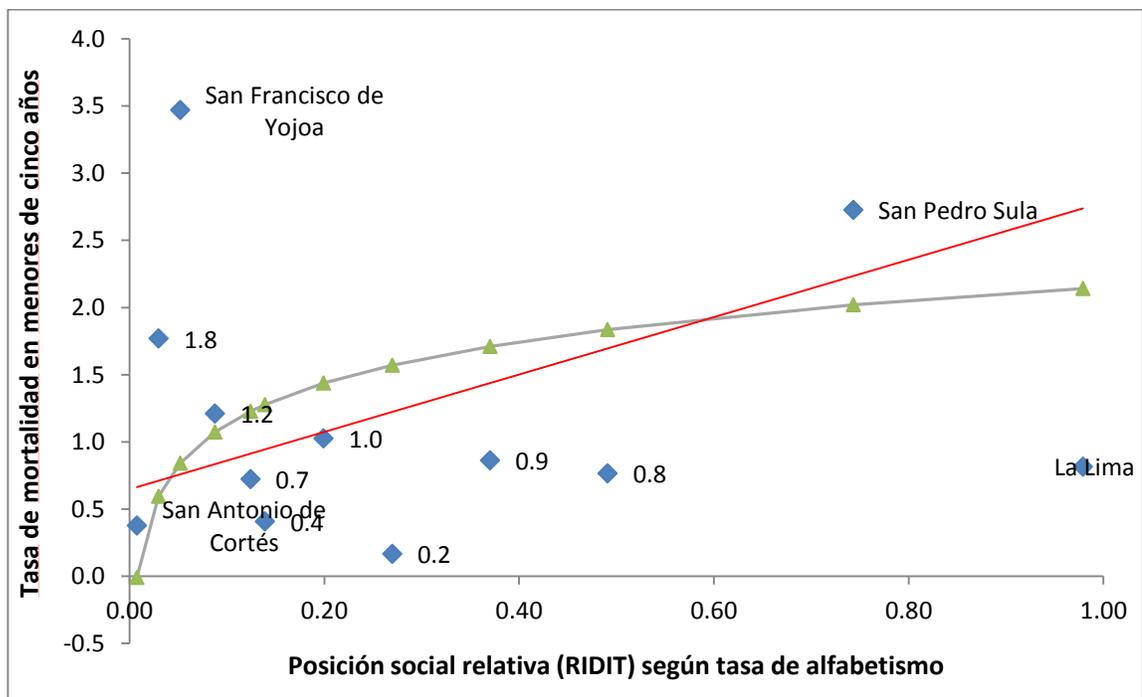
Índice de desigualdad de la pendiente de la mortalidad de niños menores de cinco años según la tasa de alfabetismo por municipios. Departamento Cortés. Año 2010.



El gráfico representa la posición social según nivel de alfabetismo y su asociación con la tasa de mortalidad en menores de cinco años y el Índice de desigualdad de la pendiente es de -1.0954 siendo los municipios con menor tasa de alfabetismo los que presentan las tasas más altas de mortalidad.

Grafico 12.

Índice de desigualdad de la pendiente de la mortalidad de niños menores de cinco años según la tasa de alfabetismo por municipios. Departamento Cortés. Año 2014.



El gráfico representa la posición social según nivel de alfabetismo y su asociación con la tasa de mortalidad en menores de cinco años, el índice de desigualdad de la pendiente fue de 1.0197 siendo los municipios con mayores tasas de alfabetismo los que presentan las tasas más altas de mortalidad.

6. ANALISIS DE RESULTADOS

Desigualdad en la salud son las diferencias sistemáticas y potencialmente evitables en uno o más aspectos de la salud a lo largo de poblaciones o grupos poblacionales definidos social, económico, demográfica o geográficamente. Para que una diferencia o desigualdad en salud sea considerada una desigualdad social en salud, tiene que darse dos condiciones: que se la considere socialmente injusta y que sea potencialmente evitable. La expresión desigualdades sociales en salud, hace referencia a desigualdades que se manifiestan en indicadores relacionados con la salud (tasas de morbilidad, tasas de mortalidad, acceso y uso de servicios de salud, disponibilidad de recursos sanitarios u otros del mismo tenor) entre grupos o clases sociales. (Arcaya, Arcaya L, & Subramanian, 2015)

En América Latina está fuertemente condicionada la desigualdad social por su matriz productiva, caracterizada por una alta heterogeneidad estructural. Así, el primer y más básico determinante de la desigualdad es la clase social. No obstante, las desigualdades de género, las étnico-raciales y las relacionadas con las diferentes etapas del ciclo de vida de las personas también constituyen ejes estructurantes de esa matriz. Resultan esenciales para explicar la magnitud y la reproducción de las brechas identificadas en algunos de los principales ámbitos del desarrollo social y del ejercicio de los derechos. (CEPAL, 2016).

En Honduras la población está distribuida en forma desigual a lo largo del territorio, hay departamentos que concentran grandes masas poblacionales mientras otros están escasamente habitados. El país se ha venido urbanizando aceleradamente en los últimos años, aunque a un ritmo menor al de otros países de América Latina; a pesar de ello, todavía está en construcción una política integral de desarrollo urbano. El acceso a los servicios básicos ha tendido a mejorar durante los últimos años, pero en las áreas urbanas la tendencia actual de la oferta de servicios es insuficiente para dar cobertura a una población altamente urbanizada y que crece rápidamente debido sobre todo a la corriente migratoria interna. En las áreas rurales aún persisten importantes brechas en materia de cobertura. (UNFPA, 2009)

Según el estudio realizado las muertes ocurridas para el año 2010 en el Departamento de Santa Bárbara fueron 17, de estas el 65% correspondió al sexo hombre y el 35% al sexo mujer, en relación con el año 2014 las muertes aumentaron más del 100%, haciendo un total de 80 fallecidos de los cuales el 51% perteneció al sexo hombre y el 49% al sexo mujer al igual que en el departamento de Cortés en el año 2010 ocurrieron 153 muertes de niños menores de cinco años de los cuales el 55% fueron del sexo hombre y el 35% del sexo mujer, reflejando similitud entre ambos departamentos.

En ambos departamentos en el año 2014, las muertes aumentaron más del 100% y de estas el 56% ocurrieron en el sexo hombre, contrastando el estudio con investigaciones anteriores se puede observar una estrecha relación ya que la el mortalidad en niños menores de cinco años del departamento de Santa Bárbara, 52% de los fallecidos fue del sexo hombre y el 44% en el sexo mujer. (Estrada, 2009) . En síntesis, se pudo verificar que, el mayor número de muertes de niños menores de cinco años ocurridas en los departamentos de Santa Bárbara y Cortés en ambos años se presentó en el sexo hombre.

Según la brecha Relativa y Absoluta para el año 2010 en los departamentos de estudio, Santa Bárbara registro 1 muerte por cada mil menores de cinco años en la población más aventajada alfabéticamente, a diferencia del año 2014 donde las muertes se presentaron en los municipios con menor tasa de alfabetismo. El departamento de Cortés en el año 2010 la mortalidad se está presentando en los municipios con menores tasas de alfabetismo (10 veces más) lo cual se asemeja a la literatura científica que indica que las desigualdades absolutas en mortalidad también han aumentado en varios países a pesar de la disminución de la mortalidad en la población. Y, como consecuencia, el patrón de variación entre los países en las desigualdades absolutas en la mortalidad es muy similar al patrón de variación en las desigualdades relativas en mortalidad. (Miqueleiz, y otros, 2015)

Este estudio demostró que el índice de concentración en salud (IDCS) del departamento de Santa Bárbara el año 2010, según estratificador de equidad (tasa de alfabetismo), los municipios que reportaron el índice de concentración con un valor negativo fueron, Chinda, Nueva Frontera, Ceguaca, Concepción Norte, San José de Colinas, Concepción Sur, Ilima, Nuevo Celilac, Petoa, San Vicente Centenario, Santa Rita, Macuelizo, San Marcos, San Francisco de Ojuera, Quimistan y San Pedro de Zacapa. Y los que presentaron un índice de concentración en salud con valor positivo fueron Naranjito, Protección, San Luis, Arada, Gualala, El Níspero, Atima, Trinidad, San Nicolás, Azacualpa, Santa Bárbara y Las Vegas.

El 57% de los municipios reportó que la carga de la mortalidad de menores de cinco años se concentró en los municipios con menores tasas de alfabetismo y que el otro 43% presentó índice de concentración positivos por lo que las tasas más altas de salud se presentaron en los municipios con mayor tasa de alfabetismo. Se pudo observar que, mientras menos educación tenga la madre, mayor es la mortalidad de niños menores de cinco años.

Sin embargo, el índice de concentración en salud (IDCS) del departamento de Santa Bárbara el año 2014, según estratificador de equidad (tasa de alfabetismo), los municipios que reportaron el índice de concentración con un valor negativo fueron, San Luis, Arada, Ceguaca, Concepción Norte, San José de Colinas,

Concepción Sur, El Níspero, Nuevo Celilac, Trinidad, Petoa, Macuelizo, San Marcos, Azacualpa, San Francisco de Ojuera, Quimistan, San Pedro Zacapa y Las Vegas. Y los que presentaron un índice de concentración en salud con valor positivo fueron Naranjito, Protección, Chinda, Nueva Frontera, Gualala, Ilima, Atima, San Vicente Centenario, San Nicolás, Santa Rita, Azacualpa y Santa Bárbara.

El 61% de los municipios reportó que la carga de la mortalidad de menores de cinco años se concentró en los municipios con menores tasas de alfabetismo y que el otro 39% presentó índice de concentración positivos por lo que las tasas más altas de salud de presentaron en los municipios con mayores tasas de alfabetismo. El estudio muestra que entre menos alfabetizada sea la madre, los niños tienen mayor riesgo de morir.

Este estudio demostró que el índice de concentración en salud (IDCS) del departamento de Cortés el año 2010, según estratificador de equidad (tasa de alfabetismo), los municipios que reportaron el índice de concentración con un valor negativo fueron: Omoa, Pimienta, San Manuel, Choloma, y San Pedro Sula lo que indica que el 42% de los municipios reportaron que la carga de la mortalidad de los niños menores de cinco años se concentró en los municipios con menor tasa de alfabetismo y que el otro 58% la carga de la mortalidad se concentró en los municipios con mayor tasa de alfabetismo, siendo estos los

municipios de San Antonio de Cortés, San Francisco de Yojoa, Villanueva, Puerto Cortés, y la Lima.

Sin embargo, para el año 2014 los municipios que reportaron índices de concentración en salud negativos fueron Santa Cruz de Yojoa, Potrerillos, Pimienta, Villanueva, San Manuel, Choloma, Puerto Cortés y la Lima siendo estos el 67% concentrando la carga de la mortalidad en los municipios con menor tasa de alfabetismo y el otro 23% concentro la mortalidad en los municipios con mayor tasa de alfabetismo.

Al contrastar la literatura científica con los resultados obtenidos en este estudio se encontró una estrecha relación, por lo que esta métrica indica el grado en que se concentra un indicador de salud entre los más desaventajados o los más aventajados. El índice de concentración en salud tiene un valor negativo cuando el indicador de salud sea un indicador favorable como las coberturas de vacunación contra el Sarampión o un indicador adverso como la mortalidad en menores de cinco años.

La curva de concentración se sitúa por debajo de la línea diagonal de 45° desde la esquina inferior izquierda hasta la esquina superior derecha, la llamada línea de igualdad si el indicador de salud se concentra entre los aventajados; la curva de concentración se sitúa por encima de la diagonal si el indicador de salud se

concentra en los desaventajados. De no existir desigualdad, la curva de concentración se sitúa sobre la línea de igualdad. (OPS, 2016)

El estudio demostró que según el índice de desigualdad de la pendiente en el departamento de Santa Bárbara para el año 2010 las tasas más altas de mortalidad de niños menores de cinco años se presentaron en un 14% de los 28 municipios, siendo estos Gualala 2.6%, Arada 1.9%, San Nicolás 1.4% El Nispero 1.3% y Santa Bárbara 1.1% y en el año 2014 la mortalidad se incrementó en más del 100%, las tasas más altas las presentaron los municipios de Gualala 5.4% Naranjito 3.0%, Protección 2.9%, San Luis 1.6%, Chinda 3.4%, Nueva Frontera 4.0%, Concepción del Sur 1.4%, Ilima 4.1%, Nuevo Celilac 1.0%, Atima 2.9%, Trinidad 1.5%, San Vicente Centenario 5.5%, San Nicolás 1.7%, Santa Rita 2.0%, Macuelizo 1.2%, San Marcos 1.1%, Azacualpa 1.2%, Quimistan 1.3%, Santa Bárbara 1.7%.

El índice de desigualdad de la pendiente en el depto. de Cortés para el año 2010 muestra que las tasas más altas de mortalidad de niños menores de cinco años se presentaron en el 66% de los 12 municipios, siendo estos San Antonio de Cortes, San Francisco de Yojoa, Santa Cruz de Yojoa, Potrerillos, Villanueva Choloma, Puerto Cortes, La Lima y en el año 2014 la mortalidad se incrementó

en más del 100% y las tasas más altas las presentaron los municipios de Omoa, San Francisco de Yojoa, Santa Cruz de Yojoa Villanueva y San Pedro Sula.

La posición social relativa según la tasa de alfabetismo y la asociación con la mortalidad de niños menores de cinco años muestra que los municipios con mayor tasa de alfabetismo son los que presentan las tasas más altas de mortalidad, esto indica que entre más educada esta la población mayor es la tasa de mortalidad; sin embargo, los resultados obtenidos en estos departamentos, Santa Bárbara 2010 y Cortes 2014 el índice de desigualdad de la pendiente difiere, ya que la mortalidad se está presentando en los municipios con mayor tasa de alfabetismo.

No ocurre así para el Departamento de Santa Bárbara (2014) y Cortés (2010) en donde la mortalidad se presentó más en los municipios con menor tasa de alfabetismo. Al contrastar con estudios anteriores estos muestran que, la educación de las mujeres es el artefacto poderoso de cambio demográfico que promueve la disminución en la mortalidad infantil y la fecundidad, mientras retarda, y equilibra, el crecimiento de la población, un rasgo importante del desarrollo económico moderno. Es la tendencia para que la educación de la mujer alcance los niveles logrados por los hombres lo que se relaciona, a su vez, con la disminución de la mortalidad infantil, así como la fecundidad a nivel familiar y nacional. En realidad, los estudios de Theodore Schultz han encontrado una

fuerte relación negativa entre la escolaridad de la madre y la mortalidad de los hijos. (Tafari, Roggeri, Chiesa, Nuri, & Caminati, 2010)

Una regresión simple le dio una asociación de un año extra de instrucción materna con 5-10% de reducción en la mortalidad de sus niños. Este comportamiento puede ser explicado, probablemente porque la madre maneja mejor el cuidado del niño y administra la alimentación infantil y los cuidados médicos en forma más eficiente. Según el Banco Mundial, (2012). Refiere que invertir en la educación de la mujer rinde algunos de los retornos más altos de todas las inversiones de desarrollo, pues reduce las tasas de fertilidad de las mujeres, baja la tasa de mortalidad infantil y reduce la propia tasa de mortalidad materna. (Tafari, Roggeri, Chiesa, Nuri, & Caminati, 2010).

En mayor o menor medida, todos los países de América Latina y el Caribe han reducido sustancialmente la mortalidad de los niños menores de cinco años como resultado de la combinación de múltiples procesos, entre los que se cuentan: el avance de la atención primaria de alto impacto y bajo costo como los programas de vacunación masiva, la terapia de rehidratación oral o el control de la salud de los niños sanos, el aumento de la cobertura de los servicios básicos, especialmente de agua potable y saneamiento, el incremento de los niveles educativos de la población y el descenso de la fecundidad. (ONU, 2010).

Uno de los hallazgos más importantes de los estudios comparativos internacionales sobre las desigualdades en la mortalidad es la variación en su magnitud de un lugar a otro. Entre las teorías propuestas para explicar esta variación está la teoría del artefacto matemático. Según esta teoría, el aumento de las desigualdades relativas en los resultados de salud es inevitable cuando la frecuencia del problema de salud disminuye. Esto es en general, cuanto más raro sea el problema de salud mayor es la desigualdad relativa y menor la desigualdad absoluta en su frecuencia. (Miqueleiz, y otros, 2015)

Entre la frecuencia de los problemas de salud y la magnitud de riesgo relativo de mortalidad y morbilidad según la posición socioeconómica se observa una asociación: los riesgos relativos de mortalidad y morbilidad tienden a ser mayores cuando la mortalidad y la morbilidad son más bajas. Un estudio encontró que los países con las tasas de mortalidad más bajas en los niños menores de 5 años tenían las desigualdades relativas más altas y las desigualdades absolutas más bajas en la mortalidad de ese grupo de población. (Miqueleiz, y otros, 2015)

Sin embargo, Mackenbach señala que el hecho de que las desigualdades en salud aumenten cuando la salud de la población mejora no obedece necesariamente a un artefacto matemático. Además, las desigualdades absolutas en mortalidad también han aumentado en varios países a pesar de la disminución de la mortalidad en la población, como consecuencia, el patrón de

variación entre los países en las desigualdades absolutas en la mortalidad es muy similar al patrón de variación en las desigualdades relativas en mortalidad. Por tanto, es difícil que un artefacto matemático explique la variación en la magnitud de las desigualdades en mortalidad. (Miqueleiz, y otros, 2015)

Tal vez la teoría del artefacto matemático tiene que ser reformulada sobre la base de nuevos hallazgos sobre las desigualdades en mortalidad. Por ejemplo, un estudio comparativo de varias poblaciones europeas muestra mayor variación en la duración de la vida entre los sujetos con el menor nivel estudios que en los que lo tienen mayor. Este hallazgo sugiere que es necesario comparar las tasas de mortalidad por grupo socioeconómico antes de tratar de comparar las desigualdades de mortalidad en diferentes poblaciones. (Miqueleiz, y otros, 2015)

7. CONCLUSIONES

1. Al hacer la representación gráfica en la población de acuerdo al sexo se pudo demostrar que el mayor número de muertes de niños menores de cinco años de los departamentos de Santa Bárbara y Cortés en los años 2010 y 2014 ocurrieron en el sexo hombre.
2. Al estimar las métricas de desigualdad (diferencia absoluta y relativa) se encontró que la diferencia absoluta de la mortalidad en niños menores de cinco años del departamento de Santa Bárbara para el año 2010 es de - 0.2 niños más en el cuartil más bajo en relación a la tasa de alfabetismo por cada mil menores de cinco años y 1.8 veces más se están presentando las muertes en el cuartil con mayor tasa de alfabetismo. Para el año 2014 se está presentando **1** muerte más por cada mil menores de cinco años en el cuartil más bajo con relación al cuartil más alto y se están muriendo **1.9** veces más los niños en el cuartil con menor nivel educativo.
3. La diferencia absoluta de la mortalidad en niños menores de cinco años para el año 2010 en el departamento de Cortés fue de 1.5 muertes en el cuartil más bajo por cada mil menores de cinco años, con relación al cuartil más alto y se están muriendo 10.2 veces más (desigualdad relativa) en el cuartil con menor tasa de alfabetismo. Para el año 2014 los resultados indicaron que la diferencia absoluta de la mortalidad en niños menores de

cinco años en el cuartil más bajo es de **1.0** muertes por cada mil menores de cinco años con relación al cuartil más alto y la diferencia relativa es de **1.7** veces más en el cuartil con mayor tasa de alfabetismo.

4. El índice de concentración en salud (IDCS) de los departamentos de Santa Bárbara en el año 2010 fue de (0.1626) lo que evidencia que la desigualdad en relación a la mortalidad de niños menores de 5 años se sitúa en los municipios con mayores tasas de alfabetismo, siendo estos los municipios de Santa Bárbara, Las Vegas, Quimistan y Azacualpa. Para el año 2014 el índice de concentración en salud de Santa Bárbara fue de (-0.1788) donde la desigualdad en relación a la mortalidad de niños menores de cinco años se sitúa en los municipios con menores tasas de alfabetismo; siendo estos los municipios de Gualala, Naranjito, Protección y Nueva Frontera.

5. En el Departamento de Cortés el índice de concentración en salud (IDCS) para el año 2010 fue de (-0.3581) concentrando la desigualdad en relación a la mortalidad de niños menores de cinco años en los municipios con menor tasa de alfabetismo; siendo estos los municipios de San Francisco, San Antonio de Cortés y Santa Cruz de Yojoa. En el año 2014 fue de (0.1897) donde la desigualdad en relación a la mortalidad de niños

menores de cinco años se concentra en los municipios con mayor tasa de alfabetismo; siendo estos los municipios de San Pedro Sula, La Lima, Puerto Cortés y Choloma.

6. El Índice de desigualdad de la pendiente del departamento de Santa Bárbara en el año 2010 fue de 0.3189 siendo los municipios con mayores tasas de alfabetismo los que presentan las tasas más altas de mortalidad, y para el año 2014 fue de -1.2171 siendo los municipios con menores tasas de alfabetismo aventajados los que presentan las tasas más altas de mortalidad.

7. El Índice de desigualdad de la pendiente del departamento de Cortés fue de -1.0954 siendo los municipios con menor tasa de alfabetismo los que presentan las tasas más altas de mortalidad, y para el año 2014 fue de 1.0197 siendo los municipios con mayor tasa de alfabetismo los que presentan las tasas más altas de mortalidad.

8. RECOMENDACIONES

1. A la secretaria de Salud de Honduras, que fortalezca el sistema de información, el cual permita realizar análisis periódicos con datos reales, para la toma de decisiones.
2. A la Secretaria de Salud que promueva estudios de análisis de desigualdades sociales, ya que en el país existe debilidad en esta temática.
3. A la Secretaria de Educación de Honduras que fortalezca la educación ofreciendo nuevas oportunidades educativas para hombres, mujeres, jóvenes y adultos.
4. Al Instituto Nacional de Estadística que en las próximas ENDESA (Encuesta de Demografía y Salud) incluya datos de estratificadores sociales por municipios.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. AECID. (2014). *Comprendiendo el derecho humano a la salud*. Madrid: Cruz Roja Española.
2. Arcaya, M. C., Arcaya L, A., & Subramanian, S. V. (2015). Desigualdades en salud: definiciones, conceptos y teorías. *Rev Panam Salud Publica*, 38(4), 261-271. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.27106>.
3. Asociación para la defensa de la Sanidad Pública de Andalucía. (2008). *Primer Informe sobre desigualdades y Salud en Andalucía*. Andalucía: Antonio Escolar Pujolar.
4. Barragan, H. L. (2007). Fundamentos de La Salud Publica. En H. L. Barragan, *Fundamentos de La Salud Publica* (pág. 172). La Plata, Argentina: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata.
5. Behm Rosas, H. (2017). Determinantes económicos y sociales de la mortalidad. *Revista Cubana de salud Publica*, 43(2), 287-312. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v43n2/spu13217.pdf>
6. Blanco, R., & Cusato, S. (2004). Desigualdades Educativas en America Latina. *Calidad de la educacion*, 243-262.
7. CEPAL. (2016). *La matriz de la desigualdad social en América Latina: un tema clave para el desarrollo sostenible*. Santiago de Chile: CEPAL.
8. Duarte Gómez, M. B., Núñez Urquiza, R. M., Restrepo Restrepo, J. A., & Richardson López Collada, V. L. (2015). Determinantes sociales de la mortalidad infantil en municipios de bajo índice de desarrollo humano en México. *Boletín Medico del Hospital Infantil de Mexico Federico Gomez*, 72(3), 181-189.
9. Estrada, L. C. (2009). *Caracterización de la mortalidad en menores de 5 años, departamento de Santa Bárbara*. Tegucigalpa: UNAH.
10. Garriga, Y., Navarro, J., Saumell, A., Serviat, T., Leon de la Hoz, J., & Garcia, S. (2012). *Infodir*. (Infomed, Ed.) Obtenido de Infodir: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/345/390>
11. Grande Gascon, M. L., Linares Abad, M., & Palomino Moral, P. A. (2014). La salud y sus determinantes sociales: Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(1), 71-91.

12. Hosseinpoor, A. R., Bergen, N., Koller, T., Prasad, A., Schlottheuber, A., Valentine, N., . . . Vega, J. (2015). El monitoreo orientado a la equidad en el contexto de la cobertura universal de salud. *Revista Panamericana de salud Publica*, 38(1), 17-27. Recuperado el 2019 de agosto de 2019, de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/10004/v38n1a4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. INE. (2011-2012). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Tegucigalpa: INE.
14. Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social. (2011). *UNRISD.ORG*. Obtenido de www.unrisd.org.
15. Lema Añón, C. (2010). *El Derecho a la salud: Concepto y Fundamento*. Proyecto Consolider-Ingenio 2010. Madrid: Universidad Carlos III de Madrid. Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas. Obtenido de <https://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/7742>
16. López Gonzales, O. L., Salvatierra Izaba, B., & Nazar Beutelspacher, A. (2010). *Mortalidad en la niñez y desigualdad socioeconómica en América Central y el Sur de México*. México: FLACSO.
17. López Pardo, C. M. (2007). Conceptualización y Valoración de la Equidad en Salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33, 1-7.
18. Miqueleiz, E., Cea, L., Santos, J. M., Albaladejo, R., Villanueva, R., & Regidor, E. (Noviembre-diciembre de 2015). Influencia de la mortalidad en personas con bajo nivel educativo en la variación de las desigualdades de mortalidad en las comunidades autónomas. *Revista Española de salud Publica*, 89(6), 1-11.
19. Mora Salas, M., Pérez Sainz, J. P., & Cortes, F. (2004). *Desigualdad Social en América Latina : viejos problemas, nuevos debates*. (FLACSO, Ed.) San José, Costa Rica.
20. Mujica, O. J., & Moreno, C. M. (2019). De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para “no dejar a nadie atrás”. *Revista Panamericana de Salud Publica*.
21. OMS. (2002). *Veinticinco preguntas y respuestas de Salud y Derechos Humanos*. Ginebra: OMS.
22. OMS. (Septiembre de 2016). Reducción de la Mortalidad en la Niñez. *Centro de Prensa*.

23. ONU. (23 de junio de 2010). El progreso de America Latina y el Caribe hacia el logro de los ODM. *Objetivos de desarrollo del milenio*. Santiago de Chile, Chile. Recuperado el 1 de agosto de 2017, de <http://repositorio.cepal.org>
24. OPS. (18 de agosto de 2016). *Determinantes de salud*. (OPS, Editor) Recuperado el 1 de agosto de 2017, de Determinantes de salud: <http://www.paho.org/>
- OPS. (s.d de enero de 2016). Reducción de la mortalidad en la niñez. *Centro de prensa de la OMS*, pág. Nota descriptiva N°178.
25. OPS/OMS. (19 de Septiembre de 2019). *Organizacion Mundial de la salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
26. Organización Mundial de la Salud. (2008). *El Derecho a la Salud*. Washington: OPS.
27. Organización Mundial de la Salud. (2008). *El Derecho a la Salud*. Washington: OPS.
28. Organización Mundial de la Salud. (19 de Septiembre de 2019). *Reducción de la mortalidad en la niñez*. OPS.
29. Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país*. Washington. D.C: OPS.
30. Organización Panamericana de La Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2013). *Medicion de Las Desigualdades en Salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos*.
31. Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la Investigación*.
32. Santos Padrón, H. (Abril-Junio de 2011). Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas como temas de investigación. *Revista Cubana de Salud Publica*, 37(2), 136-144. Recuperado el 1 de agosto de 2017
33. Schneider, M. C., Castillo-Salgado, C., Bacallao, J., Loyola, E., Mujica, O. J., Vidaurre, M., & Roca, A. (2002). Metodos de Medicion de Desigualdades en Salud. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 12(6), 398-414.
34. Secretaria de Salud, Honduras. (2005). *Plan Nacional de Salud 2021*. Tegucigalpa: SESAL.

35. Soto Valdivia, V. (2012). *Los estudios asociados a la idea de desigualdad social en salud a nivel intercomunal en Chile*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
36. Tafani, R., Roggeri, M., Chiesa, G., Nuri, G., & Caminati, R. (Abril de 2010). Factores asociados a la mortalidad infantil. Países miembros de la OMS. *Revista de Salud Publica*, 19-31.
37. UNFPA. (2009). *Análisis de Situación de Población en Honduras*. Tegucigalpa: ONU.
38. UNICEF. (2010). *ODM 4 Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años*. Tegucigalpa: OPS. Obtenido de <https://www.unicef.org/honduras/ODM4.pdf>
39. Vega, J., Solar, O., & Irwin, A. (2005). *Campus Virtual de Salud Publica, OPS*. Recuperado el 21 de Julio de 2017, de Campus Virtual de Salud Publica, OPS: https://cursos.campusvirtualesp.org/...php/.../equidad_DSS_conceptos_basicos
40. Veiga de Cabo, J., De la Fuente Diez, E., & Zimmermann Verdejo, M. (marzo de 2018). Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 54(210), 82, 84.

10. ANEXOS

Brecha absoluta y relativa, departamento de Santa Bárbara. Año 2010				
Municipio	Población menores de cinco años	Tasa de Mortalidad	Tasa de alfabetismo	WPM5
Naranjito	1299	0.0	69	0.097610
Protección	2102	0.0	70	0.157950
San Luis	3327	0.3	71	0.250000
Chinda	403	0.0	72	0.030283
Nueva Frontera	1967	0.0	72	0.147806
Arada	1026	1.9	74	0.077096
Ceguaca	415	0.0	74	0.031184
Concepción del Norte	903	0.0	74	0.067854
Gualala	392	2.6	74	0.029456
San José de Colinas	1474	0.0	74	0.110760
Concepción del Sur	706	0.0	75	0.10879951
El Nispero	759	1.3	75	0.11696718
Ilama	819	0.0	75	0.12621359
Nuevo Celilac	713	0.0	75	0.10987826
Atima	1666	0.6	76	0.25674218
Trinidad	1826	0.5	76	0.28139929
Petosa	1081	0.0	77	0.13083999
San Vicente Centenario	369	0.0	77	0.04466231
San Nicolás	1468	1.4	78	0.17768095
Santa Rita	421	0.0	78	0.05095618
Macuelizo	3427	0.3	79	0.41479061
San Marcos	1496	0.0	79	0.18106996
Azacualpa	2029	0.5	80	0.1547910
San Francisco de Ojuera	667	0.0	81	0.0508850
Quimistan	4005	0.2	82	0.3055386
San Pedro de Zacapa	912	0.0	83	0.0695758
Santa Bárbara	3494	1.1	83	0.2665548
Las Vegas	2001	0.5	84	0.1526549
TOTAL	41167	0.4		

Cuartil de alfabetismo	PM5-10	ALF13	TMN10
Más bajo	13,308	72	0.30
Segundo	6,489	76	0.46
Tercero	8,262	78	0.36
Más alto	13,108	82	0.53

Pc 1	74
Pc 2	76
Pc 3	79

BA	0.2
BR	1.8

Brecha absoluta y relativa, departamento de Santa Bárbara. Año 2014				
Municipios	Población menores de cinco años	Tasa de Mortalidad	Tasa de Alfabetismo	WPM5
Naranjito	1355	3.0	69	0.09469565
Protección	2385	2.9	70	0.16667831
San Luis	3043	1.6	71	0.21266336
Chinda	586	3.4	72	0.04095325
Nueva Frontera	1739	4.0	72	0.1215319
Arada	1078	0.9	74	0.0753372
Ceguaca	585	0.0	74	0.04088336
Concepción del Norte	1069	0.9	74	0.07470823
Gualala	557	5.4	74	0.03892655
San José de Colinas	1912	0.0	74	0.1336222
Concepción del Sur	736	1.4	75	0.09080814
El Nispero	936	0.0	75	0.11548427
llama	978	4.1	75	0.12066626
Nuevo Celilac	970	1.0	75	0.11967921
Atima	2432	2.9	76	0.30006169
Trinidad	2053	1.5	76	0.25330043
Petoa	1346	0.7	77	0.13680252
San Vicente Centenario	365	5.5	77	0.03709727
San Nicolás	1778	1.7	78	0.18070942
Santa Rita	488	2.0	78	0.04959854
Macuelizo	4017	1.2	79	0.4082732
San Marcos	1845	1.1	79	0.18751906
Azacualpa	2465	1.2	80	0.13375658
San Francisco de Ojuera	919	0.0	81	0.04986706
Quimistan	6223	1.3	82	0.33767432
San Pedro de Zacapa	1182	0.8	83	0.06413804
Santa Bárbara	4614	1.7	83	0.25036627
Las Vegas	3026	0.0	84	0.16419773
Total	50682	1.5		

Cuartil de alfabetismo	PM5-14	ALF13	TMN14
Más bajo	14,309	72	2.1
Segundo	8,105	76	2.0
Tercero	9,839	78	1.4
Más alto	18,429	82	1.1

Pc 1	74
Pc 2	76
Pc 3	79

BA	1.0
BR	1.9

Brecha absoluta y relativa, departamento de Cortés. Año 2010				
Municipio	Población menores de cinco años	Tasa de Mortalidad	Tasa de Alfabetismo	WPM5
San Antonio de Cortés	2637	1.1	80	0.13819306
Omoa	4766	0.8	86	0.24976418
San Francisco de Yojoa	1787	3.9	87	0.09364846
Santa Cruz de Yojoa	9892	1.8	87	0.5183943
Potreros	3058	2.0	88	0.13259333
Pimienta	3177	0.6	89	0.13775311
Villanueva	16828	1.8	90	0.72965356
San Manuel	5928	0.8	91	0.11423946
Choloma	33444	1.3	92	0.64450483
Puerto Cortes	12519	1.7	92	0.24125571
San Pedro Sula	73194	0.1	93	0.92751603
La Lima	5720	1.6	93	0.07248397
Total	172950	0.8		

Cuartil de Alfabetismo	PM5-10	ALF13	TMN10
Más bajo	19082	86	1.7
Segundo	23063	90	1.6
Tercero	51891	92	1.3
Más alto	78914	93	0.2

Pc 1	87
Pc 2	90
Pc 3	92

BA	1.5
BR	10.2

Brecha absoluta y relativa, departamento de Cortés. Año 2014				
Municipio	Población menores de cinco años	Tasa de Mortalidad	Tasa de Alfabetismo	WPM5
San Antonio de Cortes	2653	0.4	80	0.13103176
Omoa	5087	1.8	86	0.2512471
San Francisco de Yojoa	2594	3.5	87	0.12811775
Santa Cruz de Yojoa	9913	1.2	87	0.4896034
Potreros	2773	0.7	88	0.11675298
Pimienta	2458	0.4	89	0.10349038
Villanueva	18520	1.0	90	0.77975664
San Manuel	6007	0.2	91	0.12487008
Choloma	29036	0.9	92	0.60358375
Puerto Cortes	13063	0.8	92	0.27154617
San Pedro Sula	74858	2.7	93	0.91054834
La Lima	7354	0.8	93	0.08945166
Total	174316	1.7		

Cuartil de Alfabetismo	PM5-14	ALF13	TMN14
Más bajo	20247	86	1.5
Segundo	23751	90	0.9
Tercero	48106	92	0.7
Más alto	82212	93	2.6

Pc 1	87
Pc 2	90
Pc 3	92

BA	1.0
BR	1.7

Índice de concentración en Salud, Santa Bárbara 2010											
N°	Variables	Población menores de cinco años	Índice de Alfabetismo	Muertes menores de cinco años	Tasa de Mortalidad	wpm<5-10	Wpm<5-10	Fsalud	wsalud	Wsalud	Fuller
	Municipio										
							0			0	
1	Naranjito	1299	69	0	0.0	0.0315544	0.03	0	0.0000	0.00	0.0000
2	Protección	2102	70	0	0.0	0.05106032	0.08	0	0.0000	0.00	0.0000
3	San Luis	3327	71	1	0.3	0.08081716	0.16	1	0.0588	0.06	0.0049
4	Chinda	403	72	0	0.0	0.00978939	0.17	0	0.0000	0.06	-0.0006
5	Nueva Frontera	1967	72	0	0.0	0.04778099	0.22	0	0.0000	0.06	-0.0028
6	Arada	1026	74	2	1.9	0.02492288	0.25	2	0.1176	0.18	0.0245
7	Ceguaca	415	74	0	0.0	0.01008089	0.26	0	0.0000	0.18	-0.0018
8	Concepción del Norte	903	74	0	0.0	0.02193505	0.28	0	0.0000	0.18	-0.0039
9	Gualala	392	74	1	2.6	0.00952219	0.29	1	0.0588	0.24	0.0147
10	San José de Colinas	1474	74	0	0.0	0.03580538	0.32	0	0.0000	0.24	-0.0084
11	Concepción del Sur	706	75	0	0.0	0.01714966	0.34	0	0.0000	0.24	-0.0040
12	El Nispero	759	75	1	1.3	0.0184371	0.36	1	0.0588	0.29	0.0157
13	Ilama	819	75	0	0.0	0.01989458	0.38	0	0.0000	0.29	-0.0059
14	Nuevo Ceillac	713	75	0	0.0	0.0173197	0.40	0	0.0000	0.29	-0.0051
15	Atima	1666	76	1	0.6	0.04046931	0.44	1	0.0588	0.35	0.0114
16	Trinidad	1826	76	1	0.5	0.04435592	0.48	1	0.0588	0.41	0.0100
17	Petoa	1081	77	0	0.0	0.0262589	0.51	0	0.0000	0.41	-0.0108
18	San Vicente Centenario	369	77	0	0.0	0.00896349	0.52	0	0.0000	0.41	-0.0037
19	San Nicolás	1468	78	2	1.4	0.03565963	0.55	2	0.1176	0.53	0.0460
20	Santa Rita	421	78	0	0.0	0.01022664	0.56	0	0.0000	0.53	-0.0054
21	Macuelizo	3427	79	1	0.3	0.08324629	0.65	1	0.0588	0.59	-0.0110
22	San Marcos	1496	79	0	0.0	0.03633979	0.68	0	0.0000	0.59	-0.0214
23	Azacualpa	2029	80	1	0.5	0.04928705	0.73	1	0.0588	0.65	0.0111
24	San Francisco de Ojuera	667	81	0	0.0	0.0162023	0.75	0	0.0000	0.65	-0.0105
25	Quimistan	4005	82	1	0.2	0.09728666	0.84	1	0.0588	0.71	-0.0190
26	San Pedro de Zacapa	912	83	0	0.0	0.02215367	0.87	0	0.0000	0.71	-0.0156
27	Santa Bárbara	3494	83	4	1.1	0.08487381	0.95	4	0.2353	0.94	0.1440
28	Las Vegas	2001	84	1	0.5	0.04860689	1.00	1	0.0588	1.00	0.0102
	Total	41167						17		ICDS	0.1626

Índice de concentración en Salud, Santa Bárbara 2014											
N°	Variables	Población menores de cinco años	Índice de Alfabetismo	Muertes menores de cinco años	Tasa de Mortalidad	wpm<5-14	Wpm<5-14	Fsalud	wsalud	Wsalud	Fuller
	Municipio										
							0			0	
1	Naranjito	1355	69	4	3.0	0.02673533	0.03	4	0.050	0.05	0.0000
2	Protección	2385	70	7	2.9	0.04705813	0.07	7	0.088	0.14	0.0000
3	San Luis	3043	71	5	1.6	0.06004104	0.13	5	0.063	0.20	-0.0036
4	Chinda	586	72	2	3.4	0.01156229	0.15	2	0.025	0.23	0.0010
5	Nueva Frontera	1739	72	7	4.0	0.03431198	0.18	7	0.088	0.31	0.0050
6	Arada	1078	74	1	0.9	0.02126988	0.20	1	0.013	0.33	-0.0044
7	Ceguaca	585	74	0	0.0	0.01154256	0.21	0	0.000	0.33	-0.0038
8	Concepción del Norte	1069	74	1	0.9	0.0210923	0.23	1	0.013	0.34	-0.0042
9	Gualala	557	74	3	5.4	0.0109901	0.24	3	0.038	0.38	0.0051
10	San José de Colinas	1912	74	0	0.0	0.03772543	0.28	0	0.000	0.38	-0.0141
11	Concepción del Sur	736	75	1	1.4	0.01452192	0.30	1	0.013	0.39	-0.0019
12	El Nispero	936	75	0	0.0	0.0184681	0.32	0	0.000	0.39	-0.0072
13	Ilama	978	75	4	4.1	0.01929679	0.33	4	0.050	0.44	0.0083
14	Nuevo Celilac	970	75	1	1.0	0.01913894	0.35	1	0.013	0.45	-0.0042
15	Atima	2432	76	7	2.9	0.04798548	0.40	7	0.088	0.54	0.0094
16	Trinidad	2053	76	3	1.5	0.04050748	0.44	3	0.038	0.58	-0.0067
17	Petoa	1346	77	1	0.7	0.02655775	0.47	1	0.013	0.59	-0.0097
18	San Vicente Centenario	365	77	2	5.5	0.00720177	0.48	2	0.025	0.61	0.0075
19	San Nicolás	1778	78	3	1.7	0.03508149	0.51	3	0.038	0.65	-0.0036
20	Santa Rita	488	78	1	2.0	0.00962867	0.52	1	0.013	0.66	0.0001
21	Macuelizo	4017	79	5	1.2	0.07925891	0.60	5	0.063	0.73	-0.0200
22	San Marcos	1845	79	2	1.1	0.03640346	0.64	2	0.025	0.75	-0.0114
23	Azacualpa	2465	80	3	1.2	0.0486366	0.69	3	0.038	0.79	-0.0126
24	San Francisco de Ojera	919	81	0	0.0	0.01813267	0.70	0	0.000	0.79	-0.0143
25	Quimistan	6223	82	8	1.3	0.12278521	0.83	8	0.100	0.89	-0.0264
26	San Pedro de Zacapa	1182	83	1	0.8	0.02332189	0.85	1	0.013	0.90	-0.0104
27	Santa Bárbara	4614	83	8	1.7	0.09103824	0.94	8	0.100	1.00	0.0030
28	Las Vegas	3026	84	0	0.0	0.05970562	1.00	0	0.000	1.00	-0.0597
	Total	50682						80			-0.1789

Índice de concentración en Salud, Cortés 2010											
N°	Variables	Población menores de cinco años	Índice de Alfabetismo	Muertes menores de cinco años	Tasa de Mortalidad	wpm<5-10	Wpm<5-10	Fsalud	wsalud	Wsalud	Fuller
	Municipio										
							0			0	
1	San Antonio de Cortes	2637	80	3	1.1	0.01525	0.01525	3	0.01960784	0.019608	0.0000
2	Omoa	4766	86	4	0.8	0.02756	0.04280	4	0.02614379	0.045752	-0.0001
3	San Francisco de Yojoa	1787	87	7	3.9	0.01033	0.05314	7	0.04575163	0.091503	0.0015
4	Santa Cruz de Yojoa	9892	87	18	1.8	0.05720	0.11033	18	0.11764706	0.209150	0.0010
5	Potrerillos	3058	88	6	2.0	0.01768	0.12801	6	0.03921569	0.248366	0.0006
6	Pimienta	3177	89	2	0.6	0.01837	0.14638	2	0.0130719	0.261438	-0.0029
7	Villanueva	16828	90	30	1.8	0.09730	0.24368	30	0.19607843	0.457516	0.0033
8	San Manuel	5928	91	5	0.8	0.03428	0.27796	5	0.03267974	0.490196	-0.0077
9	Choloma	33444	92	44	1.3	0.19337	0.47133	44	0.2875817	0.777778	-0.0149
10	Puerto Cortes	12519	92	21	1.7	0.07239	0.54372	21	0.1372549	0.915033	0.0084
11	San Pedro Sula	73194	93	4	0.1	0.42321	0.96693	4	0.02614379	0.941176	-0.3730
12	La Lima	5720	93	9	1.6	0.03307	1.00000	9	0.05882353	1.000000	0.0258
	Total	172950						153			-0.3581

Índice de concentración en Salud, Cortés 2014											
N°	Variables	Población menores de cinco años	Índice de Alfabetismo	Muertes menores de cinco años	Tasa de Mortalidad	wpm<5-14	Wpm<5-14	Fsalud	wsalud	Wsalud	Fuller
	Municipio										
							0			0	
1	San Antonio de Cortes	2653	80	1	0.4	0.01521949	0.015219	1	0.00334448	0.003344	0.0000
2	Omoa	5087	86	9	1.8	0.02918263	0.044402	9	0.03010033	0.033445	0.0004
3	San Francisco de Yojoa	2594	87	9	3.5	0.01488102	0.059283	9	0.03010033	0.063545	0.0008
4	Santa Cruz de Yojoa	9913	87	12	1.2	0.05686799	0.116151	12	0.04013378	0.103679	-0.0012
5	Potrerillos	2773	88	2	0.7	0.01590789	0.132059	2	0.00668896	0.110368	-0.0009
6	Pimienta	2458	89	1	0.4	0.01410083	0.146160	1	0.00334448	0.113712	-0.0011
7	Villanueva	18520	90	19	1.0	0.10624383	0.252404	19	0.06354515	0.177258	-0.0028
8	San Manuel	6007	91	1	0.2	0.03446041	0.286864	1	0.00334448	0.180602	-0.0053
9	Choloma	29036	92	25	0.9	0.16657105	0.453435	25	0.08361204	0.264214	-0.0061
10	Puerto Cortes	13063	92	10	0.8	0.07493862	0.528374	10	0.03344482	0.297659	-0.0046
11	San Pedro Sula	74858	93	204	2.7	0.42943849	0.957812	204	0.68227425	0.979933	0.2327
12	La Lima	7354	93	6	0.8	0.04218775	1.000000	6	0.02006689	1.000000	-0.0221
	Total	174316						299			0.1897

Indice de desigualdad de la pendiente Santa Bárbara 2010

Resumen

Estadísticas de la regresión

Coefficiente de correlación múltiple	0.65393287
Coefficiente de determinación R ²	0.4276282
R ² ajustado	0.36715237
Error típico	19.9359425
Observaciones	28

ANÁLISIS DE VARIANZA

	Grados de libertad	cuadrado de los cua	F	valor crítico de F
Regresión	2	7720.31479	3860.15739	9.71250973
Residuos	26	10333.4869	397.441804	
Total	28	18053.8017		

	Coefficientes	Error típico	Estadístico t	Probabilidad Inferior 95%	Superior 95%	nferior 95.0%	superior 95.0%
Intercepción	0	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A
Alfa Variable X 1	0.54959444	0.14231447	3.86183112	0.00066964	0.25706286	0.84212601	0.84212601
Beta Variable X 2	0.31890015	0.24027166	1.32724828	0.19596433	-0.17498532	0.81278562	-0.17498532

Indice de desigualdad de la pendiente Santa Bárbara 2014

Resumen

Estadísticas de la regresión

Coefficiente de correlación múltiple	0.8493296
Coefficiente de determinación R ²	0.72136076
R ² ajustado	0.67218233
Error típico	45.4475458
Observaciones	28

ANÁLISIS DE VARIANZA

	Grados de libertad	cuadrado de los cua	F	valor crítico de F
Regresión	2	139028.7	69514.3498	33.6553098
Residuos	26	53702.465	2065.47942	
Total	28	192731.165		

	Coefficientes	Error típico	Estadístico t	Probabilidad Inferior 95%	Superior 95%	nferior 95.0%	superior 95.0%
Intercepción	0	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A
Alfa Variable X 1	1.05585538	0.29154026	3.62164516	0.00124373	0.45658579	1.65512497	0.45658579
Beta Variable X 2	-1.21719361	0.48988691	-2.48464203	0.01973057	-2.22417057	-0.21021664	-2.22417057

Indice de desigualdad de la pendiente Cortés 2010

Resumen

Estadísticas de la regresión

Coefficiente de correlación múltiple	0.83614207
Coefficiente de determinación R ²	0.69913355
R ² ajustado	0.56904691
Error típico	85.8854268
Observaciones	12

ANÁLISIS DE VARIANZA

	Grados de libertad	cuadrado de los cuadrados	F	valor crítico de F
Regresión	2	171405.734	85702.8671	11.6186694
Residuos	10	73763.0653	7376.30653	
Total	12	245168.8		

Coefficientes Error típico Estadístico t Probabilidad Inferior 95% Superior 95% inferior 95.0% superior 95.0%

	Coefficientes	Error típico	Estadístico t	Probabilidad Inferior 95%	Superior 95%	inferior 95.0%	superior 95.0%
Intercepción	0	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A
Alfa Variable X 1	0.41652285	0.29577642	1.40823549	0.18938323	-0.24250808	1.07555377	-0.24250808
Beta Variable X 2	-1.09546345	0.49549328	-2.21085429	0.05148613	-2.19949129	0.00856439	-2.19949129

Indice de desigualdad de la pendiente Cortés 2014

Resumen

Estadísticas de la regresión

Coefficiente de correlación múltiple	0.8989897
Coefficiente de determinación R ²	0.80818248
R ² ajustado	0.68900073
Error típico	113.667159
Observaciones	12

ANÁLISIS DE VARIANZA

	Grados de libertad	cuadrado de los cuadrados	F	valor crítico de F
Regresión	2	544366.231	272183.115	21.0664411
Residuos	10	129202.23	12920.223	
Total	12	673568.461		

Coefficientes Error típico Estadístico t Probabilidad Inferior 95% Superior 95% inferior 95.0% superior 95.0%

	Coefficientes	Error típico	Estadístico t	Probabilidad Inferior 95%	Superior 95%	inferior 95.0%	superior 95.0%
Intercepción	0	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A
Alfa Variable X 1	2.15108232	0.38990288	5.51696957	0.00025564	1.28232457	3.01984007	1.28232457
Beta Variable X 2	1.01977011	0.65311598	1.56139205	0.14949382	-0.43546299	2.47500321	-0.43546299