
SALUD REPRODUCTIVA, MATERNA E INFANTIL EN CENTROAMÉRICA

Tendencias y Retos Que Enfrentan Mujeres y Niños

El Salvador · Guatemala · Honduras · Nicaragua

**División de Salud Reproductiva
Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (DRH/CDC)
ATLANTA, GEORGIA EE.UU.**

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)

Agosto, 2005



Reconocimientos

Este informe comparativo, que resume los principales hallazgos de una serie de 15 encuestas realizadas en Centroamérica en el periodo 1987 – 2003, ha sido preparado por la División de Salud Reproductiva de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (DRH/CDC). Atlanta, GA. El apoyo financiero para este reporte fue brindado por la Oficina de Latinoamérica y Caribe y por la Oficina de Población y Salud Reproductiva de USAID y por las misiones de USAID en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua.

Mientras que la DRH/CDC brindó ayuda técnica para la mayoría de las encuestas incluidas en este reporte, nos gustaría reconocer las contribuciones de ORC Macro y Family Health International, que también brindaron ayuda técnica para algunas de las encuestas incluidas aquí. Sus contribuciones han hecho este reporte posible y más rico en contenido.

Un reconocimiento especial a las organizaciones que implementaron las encuestas en los países participantes de este estudio. El personal de estas organizaciones proporcionó guía dedicada y experta para las encuestas y fue instrumental en la producción de informes de encuestas individuales en los que este reporte se apoya. Estas organizaciones están reconocidas por nombre en la siguiente página.

Deseamos agradecer a los dedicados encuestadores, supervisores de área y personal de análisis de información en cada país por su compromiso y dedicación, así como a los miles de encuestados que voluntariamente compartieron información acerca de sus vidas para hacer estas encuestas posibles.

Un agradecimiento especial para Rose Pecoraro, por el diseño gráfico y composición de este informe y para Danielle Jackson por la detallada ayuda editorial en las últimas etapas de este proyecto.

También nos gustaría agradecer a las siguientes personas en USAID quienes han sido instrumentales tanto para iniciar este proyecto como en la revisión de los primeros borradores de este documento:

Kelly Saldana, LAC Bureau; Mary Ann Anderson, USAID/Guatemala; Connie Johnson, USAID/El Salvador; Herb Caudill, USAID/Honduras; Jay Anderson, USAID/Honduras y Alonzo Wind, USAID/Nicaragua

Paul W. Stupp
Coordinador del Proyecto

Informe preparado por:

Richard S. Monteith, División de Salud Reproductiva, CDC
Paul W. Stupp, División de Salud Reproductiva, CDC
Stephen D. McCracken, División de Salud Reproductiva, CDC

Organizaciones que implementaron las encuestas:

País	Año de la Encuesta	Organización
El Salvador:	1988	Asociación Demográfica Salvadoreña
	1993	Asociación Demográfica Salvadoreña
	1998	Asociación Demográfica Salvadoreña
	2002/03	Asociación Demográfica Salvadoreña
Guatemala:	1987	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
	1995	Instituto Nacional de Estadística
	1998	Instituto Nacional de Estadística
	2002	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Universidad del Valle
Honduras:	1987	Ministerio de Salud Pública y Asociación Hondureña de Planificación de Familia
	1991/92	Ministerio de Salud Pública
	1996	Secretaría de Salud y Asociación Hondureña de Planificación de Familia
	2001	Asociación Hondureña de Planificación de Familia y Secretaría de Salud
Nicaragua:	1992/93	Asociación Pro-Bienestar de la Familia Nicaragüense
	1997	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y Ministerio de Salud
	2001	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y Ministerio de Salud

Prólogo

Es nuestro placer y privilegio en nombre del Departamento de Latinoamérica y Caribe (LAC) y del Componente del Sector Social de Centroamérica y México (CAM) de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), escribir este prólogo a la más completa recopilación de información con respecto a la salud materna e infantil en la región Centroamericana. Con el reconocimiento de la riqueza de la información disponible del sector social de los programas de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS por sus siglas en inglés) y de las Encuestas de Salud Reproductiva (RHS por sus siglas en inglés), los directores de las oficinas de salud y educación en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, quisieron comparar y contrastar tendencias en salud materna e infantil para poder identificar las necesidades y las sinergias potenciales. El Programa de Salud de la Oficina de LAC se unió al esfuerzo para ayudar a asegurar que dicha información pueda ayudar al diseño y mejoramiento de los programas de salud y a identificar áreas donde estos países podrían trabajar de forma más estrecha.

Se han hecho grandes avances en mejorar la salud reproductiva e infantil en estos países durante los últimos 10 años. En todos estos países, USAID ha sido el mayor donante en el sector salud y puede estar orgullosa de ser copartícipe de estos logros. No obstante, existen disparidades entre las áreas rurales y urbanas en estos países y entre los niveles de ingreso de cada país. El lector verá frecuentemente las similitudes entre los logros en El Salvador y Nicaragua comparados con aquellos de Guatemala y Honduras. Aún hay mucho por hacer en cada país para alcanzar los logros en salud de su país vecino, Costa Rica, el cual tiene una cultura y una historia similar, pero mejores niveles económicos y sociales y mejores tasas de salud en general.

Las encuestas de los programas de la RHS y DHS han llegado a ser el patrón de oro para los que planean y toman decisiones en el sector salud en las Misiones de USAID, así como también para las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales del país anfitrión y de las agencias donadoras tales como UNFPA, PAHO, y UNICEF; el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo. Este informe provee información valiosa sobre comportamientos de salud, conocimiento de VIH/SIDA, mortalidad infantil y en la niñez y salud reproductiva. Información sobre tendencias en la región está disponible para aquellos que buscan un acercamiento a similares problemas complejos de salud, para aumentar al máximo el impacto de los escasos recursos de salud.

Queremos expresar nuestra gratitud a los países miembros y a LAC que tan generosamente ayudaron con los recursos y revisión de este reporte. Un agradecimiento especial para Dr. Mary Ann Anderson de USAID/Guatemala por su dirección en el inicio de este importante trabajo junto con Kelly Saldaña del equipo de salud de USAID/LAC. A lo largo del proceso, Dr. Paul Stupp, Dr. Steve McCracken y Sr. Richard Monteith de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades han sido, como colegas y profesionales, constantes en su compromiso para preparar un documento de referencia sólido y beneficioso para el desarrollo y mejoramiento de los programas de salud de mujeres y niños. A todos ustedes, agradecemos sus contribuciones.

Karen Welch
Directora del equipo de salud
Oficina de desarrollo regional sustentable
Oficina de Latinoamérica y Caribe
USAID/W

Connie J. Johnson
Coordinadora, Componente del sector social CAM
Oficina de salud
USAID/El Salvador

ÍNDICE DE CONTENIDO

RECONOCIMIENTOS	I
PRÓLOGO	III
ÍNDICE DE CUADROS	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XIII
ÍNDICE DE MAPAS	XVII
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
Antecedentes	2
Características de las Encuestas y de la Medición	2
CAPÍTULO 2: CARACTERÍSTICAS DE LAS VIVIENDAS y LAS MUJERES	5
Características de las Viviendas	5
Características de las Mujeres en Edad Reproductiva	12
Resumen de Hallazgos	16
CHAPTER 3: FECUNDIDAD	17
Niveles y Tendencias de Fecundidad	18
Edad Mediana a la Primera Relación Sexual, la Primera Unión y el Primer Nacimiento	26
Porcentaje Casado ó en Unión Consensual	28
Intervalos Entre los Nacimientos	28
Preferencias Reproductivas	31
Resumen de Hallazgos	35
CAPÍTULO 4: PLANIFICACIÓN FAMILIAR	37
Conocimiento de Métodos Anticonceptivo	37
Uso Actual de Anticonceptivos	38
Fuente de Obtención de Anticonceptivos	46
Deseo de Usar Métodos Anticonceptivos Entre las No Usuarias	48
Resumen de Hallazgos	50
CAPÍTULO 5: COMPORTAMIENTO SEXUAL y ANTICONCEPTIVO DE ADULTOS JÓVENES	51
Primera Experiencia Sexual	52
Edad a la Primera Relación Sexual	54
Uso de Anticonceptivos a la Primera Relación Sexual	57
Razones Para no Usar Anticonceptivos en la Primera Relación Sexual	58
Actividad Sexual Reciente	60
Primer Embarazo	62
Educación Sexual	68
Resumen de Hallazgos	69

CAPÍTULO 6: VIH/SIDA	71
Conocimiento de Gonorrea y Sífilis	72
Conocimiento de VIH/SIDA	74
Maneras Para Prevenir la Transmisión de VIH/SIDA	76
Conocimiento y Uso de la Prueba Para Detectar el VIH	80
Estigmas y Discriminación	82
Conocimiento y Uso de Condones	84
Número de Parejas Sexuales en los Últimos 12 Meses y el Uso de Condones	86
Resumen de Hallazgos	90
CAPÍTULO 7: SALUD MATERNA	91
Atención Prenatal	91
Atención del Parto	95
Partos por Cesárea	100
Atención Postparto	101
Cambios en el Uso de Servicios de Salud Materna	102
Citología Vaginal	102
Vacunación Antitetánica	103
Resumen de Hallazgos	104
CAPÍTULO 8: MORTALIDAD INFANTIL y EN LA NIÑEZ	105
Diferenciales de la Mortalidad	108
Mortalidad Perinatal	115
Resumen de Hallazgos	117
CAPÍTULO 9: SALUD DEL NIÑO	119
Peso al Nacer	120
Control de Recién Nacido	120
Inmunización del Niño	121
Prevalencia y Tratamiento de la Diarrea y de Infecciones Respiratorias Agudas	126
Resumen de Hallazgos	133
CAPÍTULO 10: LACTANCIA MATERNA y NUTRICIÓN MATERNO INFANTIL	135
Lactancia Materna	135
Estado Nutricional de los Niños	138
Anemia en los Niños	144
Anemia en las Madres	148
Resumen de Hallazgos	149
CAPÍTULO 11: SITUACIÓN ESCOLAR DE NIÑOS DE 7-14 AÑOS DE EDAD	151
Resumen de Hallazgos	158
REFERENCIAS	159
Informes Usados como Referencia en este Documento	159

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.1	Características de las Encuestas	3
Cuadro 2.1	Tendencias en la Disponibilidad de Servicios Básicos en la Vivienda que están Relacionados con la Salud	6
Cuadro 2.2	Disponibilidad de Servicios Básicos en la Vivienda que están Relacionados con la Salud, según Área de Residencia (Última Encuesta)	7
Cuadro 2.3	Tendencias en la Disponibilidad de Bienes y Servicios en la Vivienda	7
Cuadro 2.4	Disponibilidad de Bienes y Servicios en la Vivienda, según Área de Residencia.	8
Cuadro 2.5	Tendencias en el Nivel de Educación de las Entrevistadas: Mujeres de 15 a 49 Años de Edad.	12
Cuadro 2.6	Nivel de Educación de las Entrevistadas, según Área de Residencia: Mujeres de 15 a 49 Años de Edad.	14
Cuadro 2.7	Tendencias en la Religión que Profesan las Entrevistadas: Mujeres de 15 a 49 Años de Edad	16
Cuadro 3.1	Tendencias en la Tasa Global de Fecundidad, por Área de Residencia: Mujeres de 15 a 49 Años de Edad.	18
Cuadro 3.2	Tendencias en la Tasa Global de Fecundidad, según Nivel de Educación: Mujeres de 15 a 49 Años de Edad.	19
Cuadro 3.3	Tendencias en las Tasas Específicas de Fecundidad por Edad y Tasa Global de Fecundidad: Mujeres de 15 a 49 Años de Edad.	20
Cuadro 3.4	Tasas Específicas de Fecundidad por Edad y la Tasa Global de Fecundidad, según Área de Residencia: Mujeres de 15 a 49 Años de Edad (Última Encuesta).	22
Cuadro 3.5	Edad Mediana a la Primera Relación Sexual, la Primera Unión y el Primer Nacimiento, según el Sexo del Entrevistado: Mujeres de 15 a 49 Años y Hombres de 15 a 59 Años (Última Encuesta)	26
Cuadro 3.6	Porcentaje que Está en Unión, según Edad y Sexo del Entrevistado: Mujeres de 15 a 49 Años y Hombres de 15 a 59 Años (Última Encuesta)	28
Cuadro 3.7	Número de Meses Desde el Nacimiento Anterior, según Área de Residencia: Nacimientos No Primerizos en los Cinco Años Previos a la Encuesta (Última Encuesta).	29
Cuadro 3.8	Estimación de la Tasa Global de Fecundidad Deseada y No Deseada, según Área de Residencia: Mujeres de 15 a 49 Años de Edad (Última Encuesta)	32
Cuadro 3.9	Promedio del Número Ideal de Hijos, por Sexo del Entrevistado, según Área de Residencia (Última Encuesta)	34

Cuadro 4.1	Conocimiento de Métodos Anticonceptivos, según Método: Mujeres en Unión de Edad Fértil y Hombres en Unión de 15 a 59 Años de Edad (Última Encuesta)	38
Cuadro 4.2	Tendencias en el Uso de Métodos Anticonceptivos, por Área de Residencia: Mujeres en Unión de Edad Fértil.	39
Cuadro 4.3	Tendencias en el Uso de Métodos Anticonceptivos, por Método y Tipo de Método: Mujeres en Unión de Edad Fértil	40
Cuadro 4.4	Uso Actual de Métodos Anticonceptivos, según Área de Residencia: Mujeres en Unión de Edad Fértil (Última Encuesta).	41
Cuadro 4.5	Tendencias en el Uso de Anticonceptivos, por Edad: Mujeres en Unión de Edad Fértil	42
Cuadro 4.6	Tendencias en las Fuentes de Obtención de Métodos Anticonceptivos Modernos: Mujeres en Unión de Edad Fértil	46
Cuadro 4.7	Deseo de Usar Métodos Anticonceptivos Ahora o en el Futuro, por Área de Residencia: Mujeres en Unión de Edad Fértil, No Usuarias de Anticonceptivos (Última Encuesta)	48
Cuadro 4.8	Método Anticonceptivo Preferido: Mujeres en Unión de Edad Fértil, No Usuarias de Anticonceptivos, Quienes Desean Usar Anticonceptivos Ahora o en el Futuro (Última Encuesta).	49
Cuadro 5.1	Clasificación del la Primera Relación Sexual de Acuerdo a su Estado Civil a ese Momento, según Edad Actual: Mujeres y Hombres de 15 a 24 Años de Edad (Última Encuesta).	52
Cuadro 5.2	Clasificación del la Primera Relación Sexual de Acuerdo a su Estado Civil a ese Momento, según Área de Residencia: Mujeres y Hombres de 15 a 24 Años de Edad (Última Encuesta).	53
Cuadro 5.3	Edad a la Primera Relación Sexual, según Área de Residencia: Mujeres de 15 a 24 Años de Edad (Última Encuesta).	54
Cuadro 5.4	Edad a la Primera Relación Sexual, según Área de Residencia: Hombres de 15 a 24 Años de Edad (Última Encuesta).	55
Cuadro 5.5	Uso de Anticonceptivos en la Primera Relación Sexual, por Clasificación de Dicha Relación de Acuerdo a su Estado Civil a ese Momento, según Área de Residencia: Mujeres y Hombres de 15 a 24 Años de Edad (Última Encuesta)	57
Cuadro 5.6	Razones Principales por las Cuales No Usaron Anticonceptivos en la Primera Relación Sexual: Mujeres y Hombres de 15 a 24 Años de Edad (Última Encuesta).	59
Cuadro 5.7	Actividad Sexual y Uso de Anticonceptivos en los 30 Días Previos a la Entrevista, según Estado Civil: Mujeres de 15 a 24 Años con Experiencia Sexual (Última Encuesta)	60
Cuadro 5.8	Actividad Sexual y Uso de Anticonceptivos en los 30 Días Previos a la Entrevista, según Estado Civil: Hombres de 15 a 24 Años con Experiencia Sexual (Última Encuesta)	61

Cuadro 5.9	Porcentaje de Mujeres de 15 a 24 Años que Alguna Vez Ha Estado Embarazada, por Edad Actual, según Estado Civil al Momento que Supo que Estaba Embarazada (Última Encuesta)	62
Cuadro 5.10	Porcentaje de Embarazos que Ocurrió Cuando las Mujeres de 15 a 24 Años Pensaban que No Podían Salir Embarazadas, según Edad al Momento del Primer Embarazo (Última Encuesta)	64
Cuadro 5.11	Razones Principales por las Cuales las Mujeres Pensaban que No Podían Salir Embarazadas: Mujeres de 15 a 24 Años que Han Estado Embarazadas Alguna Vez (Última Encuesta)	65
Cuadro 5.12	Porcentaje de Mujeres de 15 a 24 Años que No Planeó su Primer Embarazo, según Edad al Primer Embarazo (Última Encuesta)	65
Cuadro 5.13	Porcentaje de Mujeres de 15 a 24 Años que Era Estudiantes Cuando Supieron que Estaban Embarazadas por Primera Vez, según Edad al Primer Embarazo (Última Encuesta)	66
Cuadro 5.14	Porcentaje de Mujeres de 15 a 24 Años que Volvió a Estudiar Después que Terminaron su Primer Embarazo, según Nivel de Instrucción al Momento de Interrumpir sus Estudios (Última Encuesta)	67
Cuadro 5.15	Recepción de Información Sobre Temas de Sexualidad y Salud Reproductiva: Mujeres y Hombres de 15 a 24 Años de Edad (Última Encuesta)	68
Cuadro 6.1	Conocimiento de Gonorrea y Sífilis, según Área de Residencia: Mujeres de Edad Fértil y Hombres de 15 a 59 Años de Edad (Última Encuesta)	72
Cuadro 6.2	Conocimiento de VIH/SIDA y Porcentaje que Sabe que Una Persona que Se Ve Sana Puede Transmitir el VIH, y que No Existe Curación Para el SIDA, según Área de Residencia: Mujeres de Edad Fértil y Hombres de 15 a 59 Años de Edad (Última Encuesta)	74
Cuadro 6.3	Número de Maneras Mencionado Espontáneamente Para Prevenir la Transmisión de VIH, según Área de Residencia: Mujeres de Edad Fértil y Hombres de 15 a 59 Años de Edad (Última Encuesta)	78
Cuadro 6.4	Porcentaje que Mencionó las Tres Formas de Prevención Primaria del la Transmisión Sexual del VIH, según Área de Residencia: Mujeres de Edad Fértil y Hombres de 15 a 59 Años de Edad (Última Encuesta)	79
Cuadro 6.5	Conocimiento de la Prueba del VIH, según Área de Residencia: Mujeres de Edad Fértil y Hombres de 15 a 59 Años de Edad (Última Encuesta)	80
Cuadro 6.6	Conocimiento de la Prueba del VIH y el Porcentaje que Alguna Vez Ha Usado la Prueba, según Nivel de Educación: Mujeres de Edad Fértil y Hombres de 15 a 59 Años de Edad (Última Encuesta)	81
Cuadro 6.7	Actitudes de Aceptación Frente a las Personas que Viven con el VIH, según Área de Residencia: Mujeres de Edad Fértil y Hombres de 15 a 59 Años de Edad (Última Encuesta)	83
Cuadro 6.8	Conocimiento y Uso de Condones, según Área de Residencia: Mujeres de 15 a 49 Años y Hombres de 15 a 59 Años (Última Encuesta)	84

Cuadro 6.9	Número de Parejas Sexuales Durante los 12 Meses Previos a la Entrevista, según Estado Civil Actual: Hombres de 15 a 59 Años con Experiencia Sexual Durante los 12 Meses Previos a la Entrevista (Última Encuesta)	86
Cuadro 6.10	Número de Parejas Sexuales con Quien Usó Condones en la Última Relación Sexual, según Número de Parejas Sexuales: Hombres de 15 a 59 Años con Experiencia Sexual Durante los 12 Meses Previos a la Entrevista (Última Encuesta).	87
Cuadro 6.11	Uso de Condones en la Última Relación Sexual, según Relación a la Pareja Sexual: Hombres de 15 a 59 Años de Edad (Última Encuesta).	88
Cuadro 6.12	Porcentaje de Hombres que Cree que los Condones Son Eficaces en Prevenir la Transmisión del VIH, según Nivel de Educación: Hombres de 15 a 59 Años de Edad (Última Encuesta)	89
Cuadro 7.1	Tendencias en el Uso de Control Prenatal: Nacidos Vivos Durante los Cinco Años Previos a la Encuesta	92
Cuadro 7.2	Uso de Control Prenatal, por Trimestre de la Primera Visita y Número de Controles, según Área de Residencia: Nacidos Vivos Durante los Cinco Años Previos a la Encuesta (Última Encuesta)	93
Cuadro 7.3	Tendencias en el Porcentaje de Partos Atendidos en un Establecimiento de Salud: Nacidos Vivos Durante los Cinco Años Previos a la Encuesta.	96
Cuadro 7.4	Tendencias en el Porcentaje de Partos por Tipo Cesárea: Nacidos Vivos Durante los Cinco Años Previos a la Encuesta	100
Cuadro 7.5	Tendencias en el Uso de Control Postparto: Nacidos Vivos Durante los Cinco Años Previos a la Encuesta.	101
Cuadro 7.6	Uso Alguna Vez de la Citología Cérvico Vaginal, por Área de Residencia: Mujeres de 15 a 49 Años de Edad con Experiencia Sexual (Última Encuesta).	103
Cuadro 7.7	Porcentaje de Mujeres de 15 a 49 Años que Ha Recibido 2 o Más Dosis de la Vacuna Contra el Tétano, por Área de Residencia (Última Encuesta)	103
Cuadro 8.1	Tendencias en las Tasas de Mortalidad Infantil y en la Niñez	107
Cuadro 8.2	Mortalidad Infantil y en la Niñez, según Área de Residencia (Última Encuesta)	108
Cuadro 8.3	Mortalidad Infantil y en la Niñez, según Nivel de Educación de la Madre (Última Encuesta).	109
Cuadro 8.4	Mortalidad Infantil y en la Niñez, según la Edad de la Madre al Nacimiento (Última Encuesta)	110
Cuadro 8.5	Mortalidad Infantil y en la Niñez, según Intervalo Desde el Nacimiento Anterior (Última Encuesta)	111

Cuadro 8.6	Mortalidad Infantil y en la Niñez, según Orden de Nacimiento (Última Encuesta)	113
Cuadro 8.7	Mortalidad Infantil, según Lugar de Nacimiento (Última Encuesta)	114
Cuadro 8.8	Tasas de Mortalidad Perinatal, según Área de Residencia (Última Encuesta)	116
Cuadro 9.1	Toma de Peso al Nacer o en los Primeros 7 Días, por Área de Residencia: Nacidos Vivos Durante los Cinco Años Previos a la Encuesta (Última Encuesta)	120
Cuadro 9.2	Tendencias en el Uso de Control del Recién Nacido: Nacidos Vivos Durante los Cinco Años Previos a la Encuesta	121
Cuadro 9.3	Inmunización Completa de Niños de 12 a 23 Meses de Edad, por Vacuna, según Área de Residencia (Última Encuesta)	122
Cuadro 9.4	Tendencias en el Porcentaje de Niños de 12 a 23 Meses con Inmunización Completa, por Vacuna	124
Cuadro 9.5	Prevalencia de Diarrea Durante las Dos Semanas Previas a la Entrevista, por Área de Residencia: Niños Menores de 5 Años (Última Encuesta)	126
Cuadro 9.6	Prevalencia de Diarrea Durante las Dos Semanas Previas a la Entrevista, por Edad del Niño (En Meses) (Última Encuesta)	127
Cuadro 9.7	Porcentaje de Niños con Diarrea Cuyas Madres Consultaron con Alguien Sobre su Reciente Episodio de Diarrea, por Área de Residencia: Niños Menores de 5 Años con Diarrea en las Últimas Dos Semanas (Última Encuesta)	128
Cuadro 9.8	Porcentaje de Niños con Diarrea Cuyas Madres les Trataron con Sales de Rehidratación (Suero Oral), por Área de Residencia: Niños Menores de 5 Años con Diarrea en las Últimas Dos Semanas (Última Encuesta)	128
Cuadro 9.9	Porcentaje de Niños con Diarrea Cuyas Madres Aumentaron la Cantidad de Líquidos que Recibieron, por Área de Residencia: Niños Menores de 5 Años con Diarrea en las Últimas Dos Semanas (Última Encuesta)	129
Cuadro 9.10	Prevalencia de Infecciones Respiratorias Durante las Dos Semanas Previas a la Entrevista, por Área de Residencia: Niños Menores de 5 Años (Última Encuesta)	130
Cuadro 9.11	Prevalencia de Infecciones Respiratorias Durante las Dos Semanas Previas a la Entrevista, por Edad de los Niños (En Meses): Niños Menores de 5 Años (Última Encuesta)	131
Cuadro 9.12	Porcentaje de Niños con Infecciones Respiratorias Cuyas Madres Consultaron con Alguien Sobre su Reciente Infección, por Área de Residencia: Niños Menores de 5 Años con IRA en las Últimas Dos Semanas (Última Encuesta)	132

Cuadro 9.13	Porcentaje de Niños con Infecciones Respiratorias que Fueron Tratados con Antibióticos, por Área de Residencia: Niños Menores de 5 Años con IRA (Última Encuesta)	132
Cuadro 10.1	Tendencias en la Iniciación de la Lactancia Materna: Nacidos Vivos Durante los 5 Años Previos a la Encuesta.	136
Cuadro 10.2	Tendencias en la Duración Promedio de la Lactancia (en Meses): Nacidos Vivos Durante los 5 Años Previos a la Encuesta	137
Cuadro 10.3	Porcentaje de Niños que Actualmente Estaba Recibiendo la Lactancia Materna Exclusiva al Momento de la Entrevista, según Edad del Niño (En Meses) (Última Encuesta).	138
Cuadro 10.4	Tipo de Lactancia Actual (Indicadores de la OMS), según Área de Residencia, por Edad del Niño: Niños de 0 a 23 Meses de Edad (Última Encuesta)	139
Cuadro 10.5	Niveles de Desnutrición Medidos por Tres Índices Antropométricos, según Área de Residencia: Niños de 3 a 59 Meses de Edad (Última Encuesta)	140
Cuadro 10.6	Tendencias en los Niveles de Desnutrición Medidos por Tres Índices Antropométricos: Niños de 3 a 59 Meses de Edad	141
Cuadro 10.7	Prevalencia de Anemia, según Características Seleccionadas: Niños de 12 a 59 Meses de Edad (Última Encuesta).	146
Cuadro 10.8	Prevalencia de Anemia, según Nivel de Educación de la Madre: Niños de 12 a 59 Meses de Edad (Última Encuesta).	147
Cuadro 10.9	Prevalencia de Anemia, según Características Seleccionadas: Mujeres de 15 a 49 Años, No Embarazadas, con Niños de 3 a 59 Meses de Edad (Última Encuesta)	148
Cuadro 10.10	Prevalencia de Anemia, según Nivel de Educación: Mujeres de 15 a 49 Años, No Embarazadas, con Niños de 3 a 59 Meses de Edad (Última Encuesta)	149
Cuadro 11.1	El Salvador, 2002/03: Asistencia Escolar Actual, según Características Seleccionadas: Niños de 7 a 14 Años de Edad	152
Cuadro 11.2	Guatemala, 2002: Asistencia Escolar Actual, según Características Seleccionadas: Niños de 7 a 14 Años de Edad	153
Cuadro 11.3	Honduras, 2001: Asistencia Escolar Actual, según Características Seleccionadas: Niños de 7 a 14 Años de Edad	154
Cuadro 11.4	Repetición de Grados, según Edad del Niño al Inicio del Año Escolar: Niños de 7 a 14 Años de Edad que Asistieron a la Escuela Durante el Año de la Encuesta (Última Encuesta)	157
Cuadro 11.5	Razones Principales Reportadas por las Madres del Abandono de la Escuela de sus Niños: Niños de 7 a 14 Años de Edad que Han Abandonado la Escuela (Última Encuesta).	158

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 2.1	Cambios entre los Inicios de los 1990 y los Inicios de los 2000 en el Porcentaje de Viviendas que Cuenta con Servicios Básicos que Está Relacionados con la Salud (Primeva y Terceva Encuesta)	9
Gráfico 2.2	Cambios entre los Inicios de los 1990 y los Inicios de los 2000 en el Porcentaje de Viviendas que Cuenta con Bienes Seleccionados (Primeva y Terceva Encuesta)	9
Gráfico 2.3	Nivel de Educación Aprobado: Mujeres de 15 a 49 Años de Edad (Última Encuesta)	13
Gráfico 2.4	Nivel de Educación Aprobado, por Área de Residencia: Mujeres de 15 a 49 Años de Edad (Última Encuesta)	14
Gráfico 2.5	Porcentaje de Mujeres de Edad Fértil que Vive en el Área Urbana y Porcentaje de Nacimientos Durante los Últimos 5 Años que Ocurrió a las Mujeres Urbanas (Última Encuesta)	15
Gráfico 3.1	Tendencias en la Tasa Global de Fecundidad (Últimas Cuatro Encuestas)	18
Gráfico 3.2	Tasas Específicas de Fecundidad por Edad (Última Encuesta)	21
Gráfico 3.3	Cambios entre los Inicios de los 1990 y los Inicios de los 2000 en las Tasas Específicas de Fecundidad por Edad	21
Gráfico 3.4	Tasa Global de Fecundidad, por Área de Residencia (Última Encuesta)	23
Gráfico 3.5	Porcentaje de Nacidos Vivos que Fue Planeado, Deseado Pero No Planeado y No Deseado (Última Encuesta)	31
Gráfico 3.6	Tasa Global de Fecundidad Deseada y No Deseada (Última Encuesta)	33
Gráfico 3.7	Tasa Global de Fecundidad Deseada y No Deseada, por Área de Residencia (Última Encuesta)	33
Gráfico 4.1	Tendencias en el Uso de Métodos Anticonceptivos: Mujeres en Unión de Edad Fértil (Últimas Cuatro Encuestas)	39
Gráfico 4.2	Cambios entre los Inicios de los 1990 y los Inicios de los 2000 en la Prevalencia de Uso de Anticonceptivos: Mujeres en Unión de Edad Fértil	41
Gráfico 4.3	Uso de Métodos Anticonceptivos, por Edad: Mujeres en Unión de Edad Fértil (Última Encuesta)	43
Gráfico 4.4	Cambios entre los Inicios de los 1990 y los Inicios de los 2000 en la Prevalencia de Uso de Anticonceptivos, según Edad: Mujeres en Unión de Edad Fértil	43

Gráfico 4.5	Fuente de Obtención de Métodos Anticonceptivos Modernos: Mujeres en Unión de Edad Fértil (Última Encuesta).	47
Gráfico 4.6	Método Anticonceptivo Preferido: Mujeres en Unión de Edad Fértil, No Usuarías de Anticonceptivos, Quienes Desean Usar Anticonceptivos Ahora o en el Futuro (Última Encuesta).	49
Gráfico 5.1	Porcentaje de Personas con Experiencia Sexual, según Edad y Sexo: Mujeres y Hombres de 15 a 24 Años de Edad (Última Encuesta).	53
Gráfico 5.2	Edad a la Primera Relación Sexual: Mujeres de 15 a 24 Años	55
Gráfico 5.3	Edad a la Primera Relación Sexual: Hombres de 15 a 24 Años	56
Gráfico 5.4	Uso de Métodos Anticonceptivos en la Primera Relación Sexual: Mujeres y Hombres de 15 a 24 Años de Edad con Experiencia Sexual (Última Encuesta)	58
Gráfico 5.5	Porcentaje de Mujeres de 15 a 24 Años que Alguna Vez Ha Estado Embarazada, por Edad Actual, según Estado Civil al Momento que Supo que Estaba Embarazada (Última Encuesta).	63
Gráfico 5.6	Porcentaje de Embarazos que Ocurrió Cuando las Mujeres de 15 a 24 Años Pensaban que No Podían Salir Embarazadas, por Edad al Momento del Primer Embarazo.	64
Gráfico 5.7	Porcentaje de Embarazos que Ocurrió Cuando las Mujeres de 15 a 24 Años Pensaban que No Podían Salir Embarazada, por Edad al Momento del Primer Embarazo.	66
Gráfico 6.1	Conocimiento de Gonorrea y Sífilis: Mujeres de Edad Fértil y Hombres de 15 a 59 Años de Edad (Última Encuesta)	73
Gráfico 6.2	Conocimiento que Una Persona que Se Ve Sana Puede Transmitir el VIH, según Área de Residencia: Mujeres de Edad Fértil (Última Encuesta)	76
Gráfico 6.3	Conocimiento que Una Persona que Se Ve Sana Puede Transmitir el VIH, según Área de Residencia: Hombres de 15 a 59 Años de Edad (Última Encuesta).	77
Gráfico 6.4	Conocimiento de la Prueba del VIH, según Área de Residencia y Sexo: Mujeres de Edad Fértil y Hombres de 15 a 59 Años de Edad (Última Encuesta).	80
Gráfico 6.5	Conocimiento y Uso de Condones: Mujeres de Edad Fértil y Hombres de 15 a 59 Años de Edad (Última Encuesta)	85
Gráfico 6.6	Porcentaje de Hombres con 2 o Más Parejas Sexuales Durante los 12 Meses Previos a la Entrevista, según Estado Civil: Hombres de 15 a 59 Años con Experiencia Sexual en los Últimos 12 Meses (Última Encuesta)	87
Gráfico 6.7	Uso de Condones en la Última Relación Sexual, según Relación a la Pareja Sexual; Hombres de 15 a 59 Años de Edad (Última Encuesta)	88

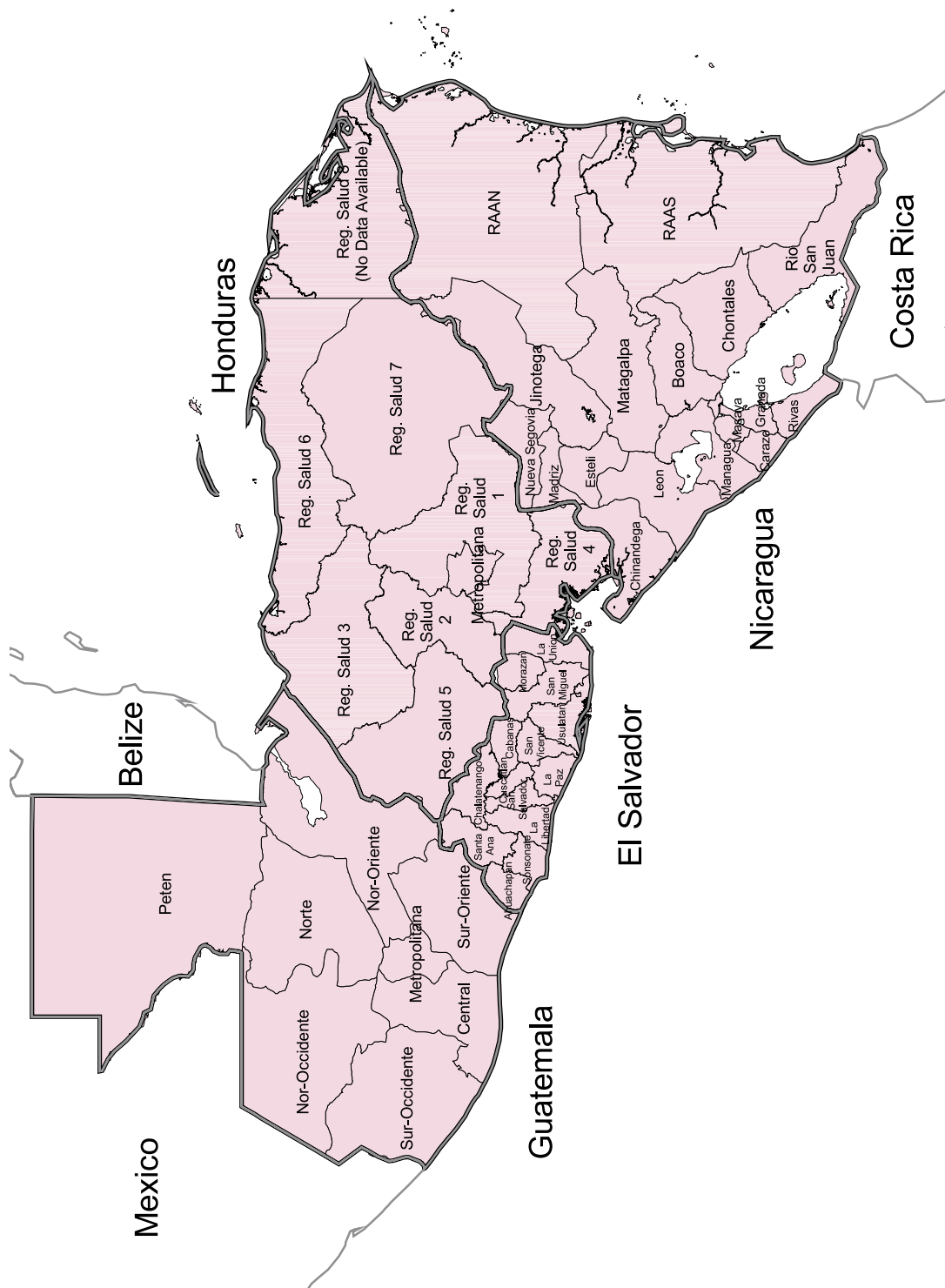
Gráfico 7.1	Uso de Control Prenatal, por Área de Residencia (Última Encuesta)	92
Gráfico 7.2	Porcentaje de Partos Atendido en Un Establecimiento de Salud, por Área de Residencia (Última Encuesta)	97
Gráfico 7.3	Porcentaje de Todos los Partos por Tipo Cesárea, por Área de Residencia (Última Encuesta)	100
Gráfico 7.4	Uso de Control Postparto, por Área de Residencia (Última Encuesta)	101
Gráfico 7.5	Cambio Porcentual en el Uso de Servicios de Salud Materna Desde los Inicios de los 1990s.	102
Gráfico 8.1	Tendencias en la Mortalidad Infantil y en la Niñez, según las Últimas 3 Encuestas	107
Gráfico 8.2	Mortalidad Infantil, por Intervalo Desde el Nacimiento Anterior (Última Encuesta)	112
Gráfico 8.3	Mortalidad Infantil, por Lugar del Parto	115
Gráfico 9.1	Toma de Peso al Nacer o en los Primeros 7 Días, según Área de Residencia: Nacidos Vivos Durante los Cinco Años Previos a la Encuesta (Última Encuesta).	120
Gráfico 9.2	Uso de Control del Recién Nacido, según Área de Residencia: Nacidos Vivos Durante los Cinco Años Previos a la Encuesta (Última Encuesta)	121
Gráfico 9.3	Inmunización Completa de Niños de 12 a 23 Meses de Edad, según Área de Residencia (Última Encuesta)	123
Gráfico 9.4	Porcentaje de Niños de 12 a 23 Meses con Inmunización Completa, por Vacuna (Última Encuesta).	123
Gráfico 9.5	Prevalencia de Diarrea Durante las Dos Semanas Previas a la Entrevista, según Área de Residencia: Niños Menores de 5 Años	126
Gráfico 9.6	Prevalencia de Diarrea Durante las Dos Semanas Previas a la Entrevista, por Edad del Niño (en Meses): Niños Menores de 5 Años	127
Gráfico 9.7	Porcentaje de Niños con Diarrea Cuyas Madres Les Trataron con Sales de Rehidratación (Suero Oral), según Área de Residencia: Niños Menores de 5 Años con Diarrea	128
Gráfico 9.8	Porcentaje de Niños con Diarrea Cuyas Madres Aumentaron la Cantidad de Líquidos que Recibieron, según Área de Residencia: Niños Menores de 5 Años con Diarrea	129
Gráfico 9.9	Prevalencia de Infecciones Respiratorias Durante las Dos Semanas Previas a la Entrevista, según Área de Residencia: Niños Menores de 5 Años	130
Gráfico 9.10	Prevalencia de Infecciones Respiratorias Durante las Dos Semanas Previas a la Entrevista, por Edad del Niño (En Meses): Niños Menores de 5 Años	131

Gráfico 10.1	Iniciación de la Lactancia Materna: Nacidos Vivos Durante los 5 Años Previos a la Encuesta (Última Encuesta)	136
Gráfico 10.2	Duración Promedio de la Lactancia (En Meses): Nacidos Vivos Durante los 5 Años Previos a la Encuesta (Última Encuesta)	137
Gráfico 10.3	Niveles de Desnutrición Medidos por Tres Índices Antropométricos: Niños de 3 a 59 Meses de Edad (Última Encuesta).	140
Gráfico 10.4	Tendencias en el Porcentaje de Niños Clasificado Desnutrido por Talla para Edad: Niños de 3 a 59 Meses de Edad (12 a 59 Meses para Honduras) (Últimas 4 Encuestas)	142
Gráfico 10.5	Tendencias en el Porcentaje de Niños Clasificado Desnutrido por Peso para Edad: Niños de 3 a 59 Meses de Edad (12 a 59 Meses para Honduras) (Últimas 4 Encuestas)	142
Gráfico 10.6	Porcentaje de Niños Clasificado Desnutrido por Talla para Edad, según Área de Residencia: Niños de 3 a 59 Meses de Edad	143
Gráfico 10.7	Porcentaje de Niños Clasificado Desnutrido por Peso para Edad, según Área de Residencia: Niños de 3 a 59 Meses de Edad	143
Gráfico 10.8	Prevalencia de Anemia, por Edad del Niño (en Meses): Niños de 12 a 59 Meses de Edad.	147
Gráfico 11.1	Porcentaje de Niños Asistiendo a la Escuela, por Edad del Niño al Inicio del Año Escolar: Niños de 7 a 14 Años de Edad (Última Encuesta).	155
Gráfico 11.2	Porcentaje de Estudiantes de 7 a 14 Años que Asiste al Grado Esperado o Mayor, por Edad del Niño al Inicio del Año Escolar (Última Encuesta).	155

ÍNDICE DE MAPAS

Mapa 2.1	Porcentaje de Viviendas con Electricidad, por Región/Departamento (Última Encuesta)	10
Mapa 2.2	Porcentaje de Viviendas que Reciben el Agua de Una Llave Dentro de la Vivienda o de Una Llave en la Propiedad, por Región/Departamento (Última Encuesta)	11
Mapa 2.3	Porcentaje de Viviendas con Una Refrigeradora, por Región/Departamento (Última Encuesta)	11
Mapa 3.1	Tasa Global de Fecundidad, por Región/Departamento (Penúltima Encuesta)	24
Mapa 3.2	Tasa Global de Fecundidad, por Región/Departamento (Última Encuesta)	25
Mapa 3.3	Edad Mediana a la Primera Relación Sexual, por Región/Departamento (Última Encuesta)	27
Mapa 3.4	Edad Mediana al Primer Nacimiento (Última Encuesta)	27
Mapa 3.5	Porcentaje de Nacimientos No Primerizos en los Cinco Años Previos a la Encuesta con Un Intervalo Entre los Nacimientos de Menos de 36 Meses (Última Encuesta)	30
Mapa 4.1	Uso Actual de Métodos Anticonceptivos, por Región/Departamento: Mujeres en Unión de Edad Fértil (Penúltima Encuesta)	44
Mapa 4.2	Uso Actual de Métodos Anticonceptivos, por Región/Departamento: Mujeres en Unión de Edad Fértil (Última Encuesta)	45
Mapa 6.1	Porcentaje de Mujeres de Edad Fértil que Ha Oído Hablar del VIH/SIDA (Última Encuesta)	75
Mapa 6.2	Porcentaje de Mujeres de Edad Fértil que Sabe que Una Persona que Se Ve Sana Puede Transmitir el VIH, por Región/Departamento (Última Encuesta)	77
Mapa 7.1	Uso de Control Prenatal Durante los 5 Años Previos a la Encuesta, por Región/Departamento (Penúltima Encuesta)	94
Mapa 7.2	Uso de Control Prenatal Durante los 5 Años Previos a la Encuesta, por Región/Departamento (Última Encuesta)	95
Mapa 7.3	Porcentaje de Partos Atendidos en Un Establecimiento de Salud, por Región/Departamento (Penúltima Encuesta)	98
Mapa 7.4	Porcentaje de Partos Atendidos en Un Establecimiento de Salud, por Región/Departamento (Última Encuesta)	99
Mapa 8.1	Tasa de Mortalidad Infantil Durante los 10 Años Previos a la Entrevista, por Región (Última Encuesta)	106
Mapa 9.1	Inmunización Completa de BCG, DPT/Penta, Polio y Sarampión; Niños de 12 a 59 Meses (18 a 29 Meses en Nicaragua) (Última Encuesta)	125
Mapa 10.1	Porcentaje de Niños Clasificado Desnutrido por Talla para Edad, por Región/Departamento: Niños de 3 a 59 Meses (Última Encuesta)	144
Mapa 10.2	Porcentaje de Niños Clasificado Desnutrido por Peso Para Edad, por Región/Departamento: Niños de 3 a 59 Meses de Edad (Última Encuesta)	145
Mapa 11.1	Porcentaje de Niños de 7 a 14 Años que ha abandonado la Escuela, por Región/Departamento (Última Encuesta)	156
Mapa 11.2	Porcentaje de Niños de 7 a 14 Años que No Asiste al Grado Esperado o Mayor, por Región/Departamento (Última Encuesta)	157

Nombres de los Departamentos y Regiones Utilizados en los Mapas del Informe



Capítulo **I**

Introducción

Desde los años 70, 22 encuestas a mujeres (algunas también incluían hombres) han sido llevadas a cabo en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. La mayoría de estas encuestas se han llevado a cabo como parte del programa de Encuestas de Salud Reproductiva (RHS) que se implementan con la ayuda técnica de la División de Salud Reproductiva, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) o como parte de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS) con la ayuda técnica proporcionada por ORC/Macro. Estas encuestas informan principalmente acerca de la fecundidad, uso de anticonceptivos, mortalidad infantil, uso de servicios de salud materna e infantil y del estado nutricional de los niños y sus madres. En años recientes, el contenido de las encuestas se ha ampliado al incluir módulos sobre VIH/SIDA, violencia y situación escolar de los niños; por mencionar algunos. En general, los hallazgos de las encuestas se usan para evaluar los programas de salud materna e infantil y de planificación familiar, para auxiliar en el diseño de nuevos programas y la reestructuración de programas en curso y para proveer una información base para guiar y evaluar nuevas iniciativas.

Este estudio comparativo describe las similitudes y diferencias entre El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua y, hasta cierto grado, destaca a los subgrupos con necesidades específicas para poder proveer información para la formulación de políticas a nivel regional y del país.

La información presentada en este estudio proviene principalmente de las últimas tres encuestas llevadas a cabo en cada país desde principios de los 90, aunque algunos cuadros contienen información de encuestas llevadas a cabo a finales de los 80. Aun cuando se entrevistó a hombres en algunas de las encuestas, este informe se enfoca principalmente en la información proporcionada por las mujeres encuestadas.

Hasta ahora, una comparación de los indicadores clave de salud no había sido recopilada para la región de Centroamérica. Se intenta que este análisis comparativo, aunque limitado a los países mencionados anteriormente, sirva como documento de referencia para los lectores interesados en los hallazgos más importantes en materia de salud en estos países, mientras que se puede encontrar información más detallada en informes individuales de cada país (ver referencias).

Antecedentes

Este informe presenta información de salud comparativa que fue recolectada en entrevistas “cara a cara” con mujeres en edad reproductiva que vivían en viviendas que fueron seleccionadas de muestras probabilísticas y aleatorias en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. Demográfica y socialmente, los países incluidos en este informe tienen mucho en común. Las mujeres tienden a casarse jóvenes, tienen su primer hijo poco tiempo después de que se casan y alcanzan el tamaño deseado de familia entre los 25 y 29 años de edad. Para muchas mujeres, la única “vía de carrera” que tienen es casarse, tener hijos y criarlos. Tradicionalmente, en estos países el nivel de educación de las mujeres ha sido bajo, sobretodo entre las mujeres del campo pero hay indicios en la información de las encuestas de que un mayor número de mujeres está logrando niveles más altos de educación. La relación entre la educación y el uso de los servicios de salud y la adopción de comportamientos apropiados de salud concuerda con las expectativas. Por ejemplo, el uso de servicios clave de salud materna e infantil incrementa en la medida que aumentan los niveles educativos en todos los países. Otros factores socioeconómicos también tienen influencia en cuanto a si una mujer usa

un servicio de salud en particular. Como se esperaba, las mujeres de la zona urbana tienen más probabilidades que las mujeres del campo a usar un servicio de salud en particular en cada país encuestado. De la misma manera, las mujeres clasificadas como procedentes de viviendas de nivel socioeconómico alto, tienden a usar servicios de salud en sus respectivos países en una tasa más alta que las mujeres de viviendas de nivel socioeconómico más bajo.

En todos los países el principal proveedor de servicios de salud es el Ministerio de Salud, seguido por el Instituto del Seguro Social, excepto en Nicaragua, donde el Instituto del Seguro Social es esencialmente una agencia de seguro de salud y de ahí que, no provee servicios directos de salud. El Instituto del Seguro Social en cada país está ubicado principalmente en zonas urbanas y provee la mayoría de sus servicios en la ciudad capital. Clínicas y hospitales privados tienen un papel menor en proveer servicios de salud. Durante los 80 y principios de los 90, la asociación privada de planificación familiar en cada país jugaba un papel importante en la provisión de servicios de planificación familiar, pero desde mitad de los 90 su relativa participación ha disminuido por consecuencia de sus políticas de venta de productos y servicios en la búsqueda de la recuperación de costos.

Características de las encuestas y de la medición

Los análisis en este informe se basan principalmente en la información recolectada en las últimas tres encuestas realizadas en cada país, aunque algunos cuadros incluyen información de encuestas de finales de los 80. Por la mayor parte, las preguntas realizadas en las encuestas de cada país son similares y, de ahí, comparables; pero algunas no lo son y esto se destaca en los pies de página de los cuadros. El denominador usado para analizar una variable en particular, algunas veces varía de país a país. Estas diferencias existen particularmente con respecto a la información de planificación familiar y están también destacadas en los pies de página de los cuadros.

Otra característica de la medición es que las preguntas realizadas en las encuestas RHS no

son necesariamente realizadas en las encuestas DHS y viceversa, de ahí que hacen falta datos en algunos cuadros para algunos países en este reporte y se indica con las letras “nd” (no disponible).

Se debe de enfatizar que los resultados presentados en los cuadros de este informe fueron ponderados para ajustarse al diseño de muestreo y a las diferenciales debido a la falta de respuesta, en caso necesario. Para poder facilitar la lectura de los cuadros, el número ponderado y no ponderado de las observaciones no se muestra. Un asterisco (*) se usa para indicar que hay menos de 25 casos en la celda.

El Cuadro 1.1 presenta las encuestas analizadas en este informe. Para cada encuesta, el cuadro muestra el año en el cual se llevó a cabo el trabajo de campo, cuáles organizaciones proporcionaron ayuda técnica a la encuesta, número actual de mujeres entrevistadas y el número de nacidos vivos durante los 5 años previos a la entrevista.

Todas las encuestas mostradas para El Salvador fueron llevadas a cabo con la ayuda técnica de la División de Salud Reproductiva, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Las encuestas de 1987, 1995 y 1998/99 en Guatemala fueron llevadas a cabo con la ayuda técnica de Macro Internacional, Inc., mientras

Cuadro 1.1 Características de las Encuestas

País	Año de Encuesta	Asistencia Técnica	Numero de mujeres, 15–49 Años de Edad	Número de Mujeres en Unión, 15–49 Años de Edad	Número de Nacidos Vivos
El Salvador	1988	CDC	3,579*	2,276*	1,486†
El Salvador	1993	CDC	6,207	3,956	4,286
El Salvador	1998	CDC	12,634	8,085	8,488
El Salvador	2002/03	CDC	10,689	6,777	5,868
Guatemala	1987	Macro	5,160*	3,377*	4,581
Guatemala	1995	Macro	12,403	7,984	9,150
Guatemala	1998/99	Macro	6,021	3,964	4,545
Guatemala	2002	CDC	9,155	6,636	7,915
Honduras	1987	FHI, MSH	10,143*	6,093*	5,624
Honduras	1991/92	FHI, MSH	7,521*	4,323*	3,946
Honduras	1996	CDC, MSH	7,505	4,693	6,328
Honduras	2001	CDC, MSH	8,362	5,742	6,624
Nicaragua	1992/93	CDC	7,150	4,875	5,469
Nicaragua	1998	Macro	13,634	8,045	7,992
Nicaragua	2001	Macro	13,060	7,424	6,526

* Mujeres, 15–44 años de edad.
† Últimos nacidos vivos.

que la encuesta del 2002 fue llevada a cabo con la ayuda técnica del CDC. Las encuestas hondureñas de 1987 y 1991/92 fueron llevadas a cabo con la ayuda técnica de Family Health International (FHI) y de Management Sciences for Health (MSH), mientras que las encuestas de 1996 y 2001 fueron llevadas

a cabo con la ayuda técnica del CDC y MSH. La encuesta de 1992/93 en Nicaragua fue llevada a cabo con la ayuda técnica del CDC y las encuestas de 1998 y 2001 fueron llevadas a cabo con la ayuda técnica de Macro Internacional, Inc.

CAPÍTULO 2



Características de las Viviendas y las Mujeres

La disponibilidad de servicios básicos tales como agua entubada, electricidad y medidas sanitarias son indicadores del estándar de vida de una familia y de su riesgo de contraer enfermedades. Esta sección del reporte examina algunos de los servicios disponibles a viviendas, de acuerdo con la última encuesta llevada a cabo en cada país, y las tendencias en el porcentaje de viviendas que posee estos servicios.

Los Cuadros 2.1 y 2.3 muestran tendencias en el porcentaje de viviendas en cada país que posee bienes y servicios selectos relacionados con la salud de la población, mientras que los Cuadros 2.2 y 2.4 muestran diferenciales rurales/urbanas para estos mismos bienes y servicios, de acuerdo con la más reciente encuesta en cada país. Enfocándose en la última encuesta llevada a cabo en cada país, casi 3 de cada 4 viviendas en Honduras tienen llave de agua dentro de la casa o en la propiedad, comparadas con 6 de cada 10 viviendas en El Salvador y Nicaragua y casi 5 de cada 10 viviendas en Guatemala. En El Salvador y Guatemala, aproximadamente el

90 por ciento de las viviendas tiene un inodoro o letrina, mientras que en Honduras y Nicaragua aproximadamente el 80 por ciento de las viviendas tiene estos servicios. El porcentaje de viviendas que elimina la basura adecuadamente varía de un punto bajo de 64.9 por ciento en Guatemala a un punto alto de 84.2% por ciento en El Salvador. Con respecto a la energía usada para cocinar alimentos, 2 de cada 3 viviendas en El Salvador usan gas propano o electricidad para cocinar, mientras que menos del 40 por ciento de las viviendas en Guatemala, Honduras y Nicaragua usa estas fuentes de energía.

Cuadro 2.1
Tendencias en la Disponibilidad de Servicios Básicos en la Vivienda que están Relacionados con la Salud

País	Año de Encuesta	Llave de Agua en Vivienda o Propiedad	Inodoro o Letrina	Disposición Adecuada de Basura*	Cocina con Gas o Electricidad	Piso de Tierra
El Salvador	1993	49.0	85.8	nd	48.1	35.6
El Salvador	1998	59.9	88.4	74.6	59.4	31.5
El Salvador	2002/03	63.4	90.5	84.2	66.6	26.8
Guatemala	1995	49.4	82.9	nd	nd	49.5
Guatemala	1998/99	54.7	79.9	nd	nd	38.3
Guatemala	2002	46.6	87.6	64.9	32.5	35.9
Honduras	1991/92	65.7	63.0	68.6	nd	46.9
Honduras	1996	69.2	73.8	68.0	20.4	40.6
Honduras	2001	74.3	78.0	74.8	31.1	32.1
Nicaragua	1992/93	58.8	79.6	nd	26.8	nd
Nicaragua	1998	64.1	83.2	nd	nd	44.3
Nicaragua	2001	63.1	79.1	80.0	39.9	43.4

* Incluye tren de eseo, se quema o se entierra basura.

nd: No disponible.

Todavía enfocándose en la última encuesta llevada a cabo en cada país, se puede observar que en los cuatro países la población rural tiene menos probabilidad que la población urbana a tener acceso a los servicios presentados en el Cuadro 2.2. Por ejemplo, en Nicaragua, mientras que el 87.1 por ciento de las viviendas urbanas tiene agua entubada, sólo el 27.6 por ciento de las viviendas rurales la tiene, siendo una diferencia de 60 puntos porcentuales. Las diferenciales urbanas/rurales varían por servicio: la diferencial urbana/rural más grande en relación al agua entubada se encuentra en

Nicaragua; la diferencial más grande en relación a inodoros y letrinas y la eliminación adecuada de la basura se encuentra en Honduras; y la diferencial más grande en relación a cocinar con gas propano o electricidad se encuentra en Nicaragua. Si se comparan las áreas rurales a través de los países, Honduras se destaca al tener el más alto porcentaje de viviendas rurales con agua entubada (60.5 por ciento) y El Salvador al tener el más alto porcentaje de viviendas rurales con una eliminación adecuada de la basura (73.8 por ciento).

Cuadro 2.2						
Disponibilidad de Servicios Básicos en la Vivienda que están Relacionados con la Salud, según Área de Residencia (Última Encuesta)						
País/Área	Año de Encuesta	Llave de Agua en Vivienda o Propiedad	Inodoro o Letrina	Disposición Adecuada de Basura*	Cocina con Gas o Electricidad	Piso de Tierra
El Salvador	2002/03					
Total		63.4	90.5	84.2	66.6	26.8
Urbana		83.0	97.6	92.1	89.4	10.7
Rural		37.8	81.2	73.8	36.8	47.9
Guatemala	2002					
Total		46.6	87.6	64.9	32.5	35.9
Urbana		49.8	95.7	81.6	55.4	17.0
Rural		44.2	81.3	52.0	14.7	50.5
Honduras	2001					
Total		74.3	78.0	74.8	31.1	32.1
Urbana		89.0	94.7	90.8	53.5	11.2
Rural		60.5	62.1	59.6	9.9	51.8
Nicaragua	2001					
Total		63.1	79.1	80.0	39.9	43.4
Urbana		87.1	87.5	88.7	61.8	27.8
Rural		27.6	66.8	67.1	7.7	66.5

* Incluye tren de aseo, se quema o se entierra basura.

Cuadro 2.3								
Tendencias en la Disponibilidad de Bienes y Servicios en la Vivienda								
País	Año de Encuesta	Luz Eléctrica	Radio	Televisión	Refrigeradora	Teléfono	Vehículo Propio	Computadora
El Salvador	1993	75.8	nd	64.5	39.8	11.5	12.4	nd
El Salvador	1998	80.3	nd	74.5	50.7	23.4	18.2	nd
El Salvador	2002/03	86.9	nd	80.9	54.9	46.0	17.4	nd
Guatemala	1995	60.8	78.6	50.4	26.8	11.2	14.6	nd
Guatemala	1998/99	70.9	79.5	55.6	30.6	15.6	16.7	nd
Guatemala	2002	81.6	85.7	63.9	37.5	34.0	21.1	8.1
Honduras	1991/92	47.0	65.2	36.3	23.5	nd	nd	nd
Honduras	1996	53.4	73.9	44.0	27.7	10.3	10.6	nd
Honduras	2001	60.6	85.2	53.4	35.4	16.6	14.5	3.1
Nicaragua	1992/93	66.4	76.6	52.4	22.6	6.1	9.2	nd
Nicaragua	1998	70.3	78.4	55.5	23.3	10.6	9.2	nd
Nicaragua	2001	72.6	81.0	59.4	25.7	12.4	10.0	3.1

nd: No disponible.

Cuadro 2.4
Disponibilidad de Bienes y Servicios en la Vivienda, según Área de Residencia

País/Área	Año de Encuesta	Luz			Vehículo			Computadora
		Eléctrica	Radio	Televisión	Refrigeradora	Teléfono	Propio	
El Salvador	2002/03							
Total		86.9	nd	80.9	54.9	46.0	17.4	nd
Urbana		96.3	nd	91.8	70.8	61.2	23.8	nd
Rural		74.6	nd	66.6	34.1	26.0	9.0	nd
Guatemala	2002							
Total		81.6	85.7	63.9	37.5	34.0	21.1	8.1
Urbana		94.6	91.6	83.6	57.8	53.8	32.1	14.6
Rural		71.5	81.2	48.6	21.8	18.6	12.6	3.1
Honduras	2001							
Total		60.6	85.2	53.4	35.4	16.6	14.5	3.1
Urbana		91.2	88.6	79.7	56.1	32.4	22.5	6.0
Rural		31.8	81.9	28.6	15.9	1.8	6.8	0.3
Nicaragua	2001							
Total		72.6	81.0	59.4	25.7	12.4	10.0	3.1
Urbana		94.5	85.4	80.2	37.8	20.2	14.4	5.0
Rural		40.1	74.4	28.6	7.6	1.0	3.5	0.3

nd: No disponible.

Con respecto a otras comodidades relacionadas a la salud y comunicación, la información en el Cuadro 2.3 indica que más del 80 por ciento de las viviendas en El Salvador y Guatemala tiene electricidad, comparado con el 72.6 y el 60.6 por ciento de las viviendas en Nicaragua y Honduras. En Guatemala, Honduras y Nicaragua, más del 80 por ciento de las viviendas tiene radio, mientras que el porcentaje de viviendas en los cuatro países que tiene televisión varía de un punto bajo de 53.4 por ciento en Honduras a un punto alto de 80.9 por ciento en El Salvador. La probabilidad de poseer una refrigeradora es más alta en El Salvador (54.9 por ciento) y más baja en Nicaragua (25.7 por ciento). En todos los países, la probabilidad de tener un teléfono

en la vivienda o de poseer un vehículo es relativamente baja. De igual manera, muy pocas viviendas tienen una computadora.

Los Gráficos 2.1 y 2.2 destacan las tendencias de posesión de bienes y servicios selectos entre principios de los 90 y la más reciente encuesta llevada a cabo desde el 2000. Con pocas excepciones, ha habido un incremento general en la disponibilidad de estos servicios en cada país. El incremento más notable es el del teléfono, probablemente debido al incremento en disponibilidad de servicios de teléfono celular. El Salvador fue testigo de un incremento del 35 por ciento entre 1993 y 2003.

Gráfico 2.1
Cambios entre los Inicios de los 1990 y los Inicios de los 2000 en el
Porcentaje de Viviendas que Cuenta con Servicios Básicos que
Está Relacionados con la Salud (Primera y Tercera Encuesta)

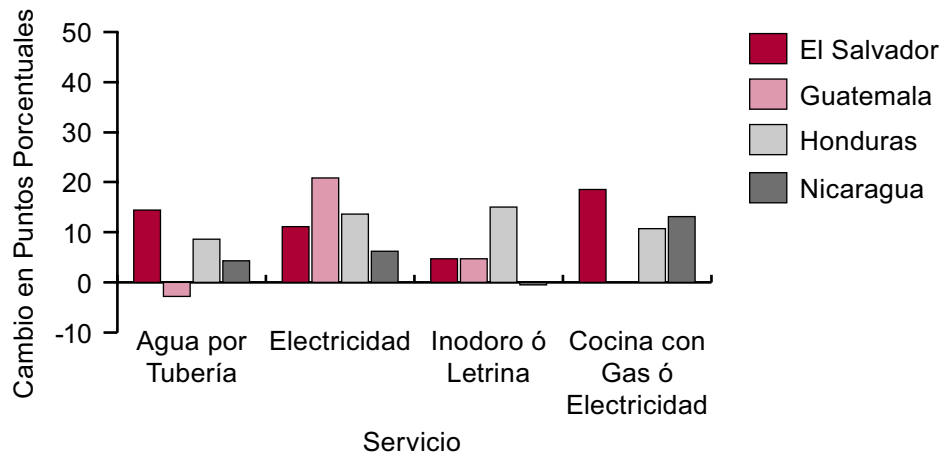
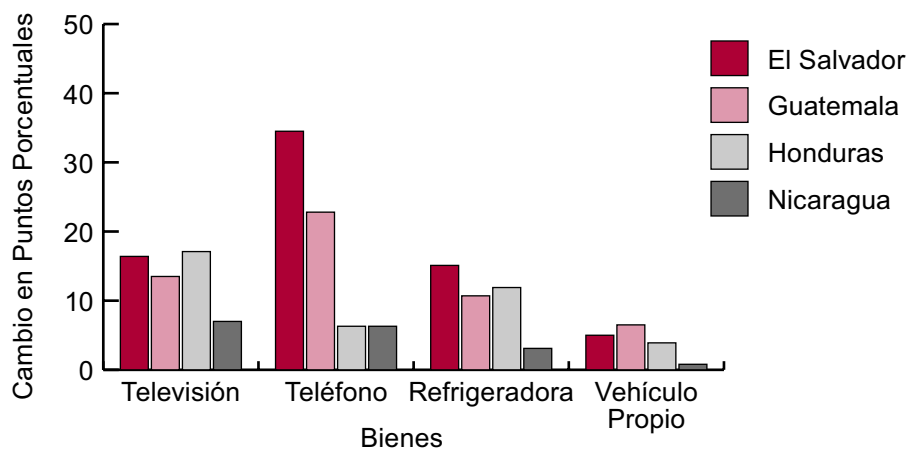
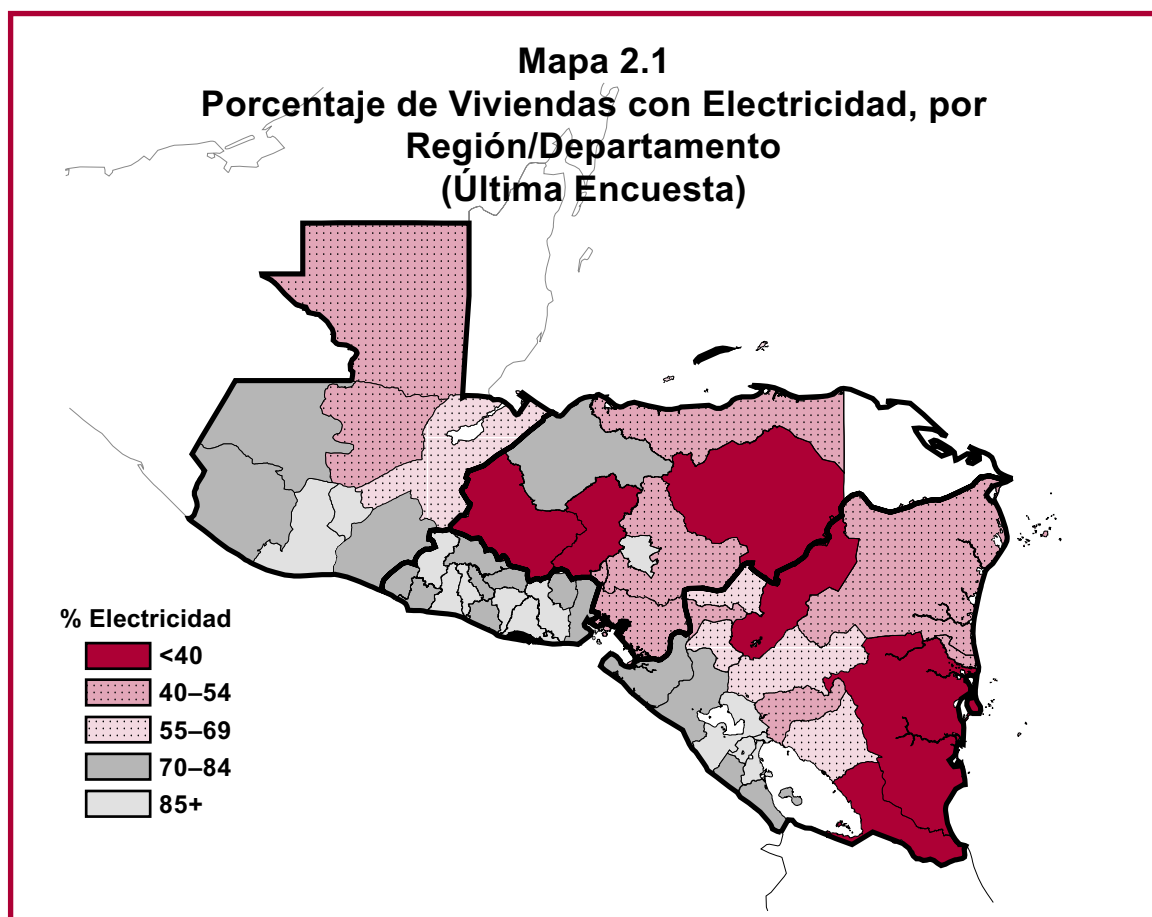


Gráfico 2.2
Cambios entre los Inicios de los 1990 y los Inicios de los 2000 en el
Porcentaje de Viviendas que Cuenta con Bienes Seleccionados
(Primera y Tercera Encuesta)

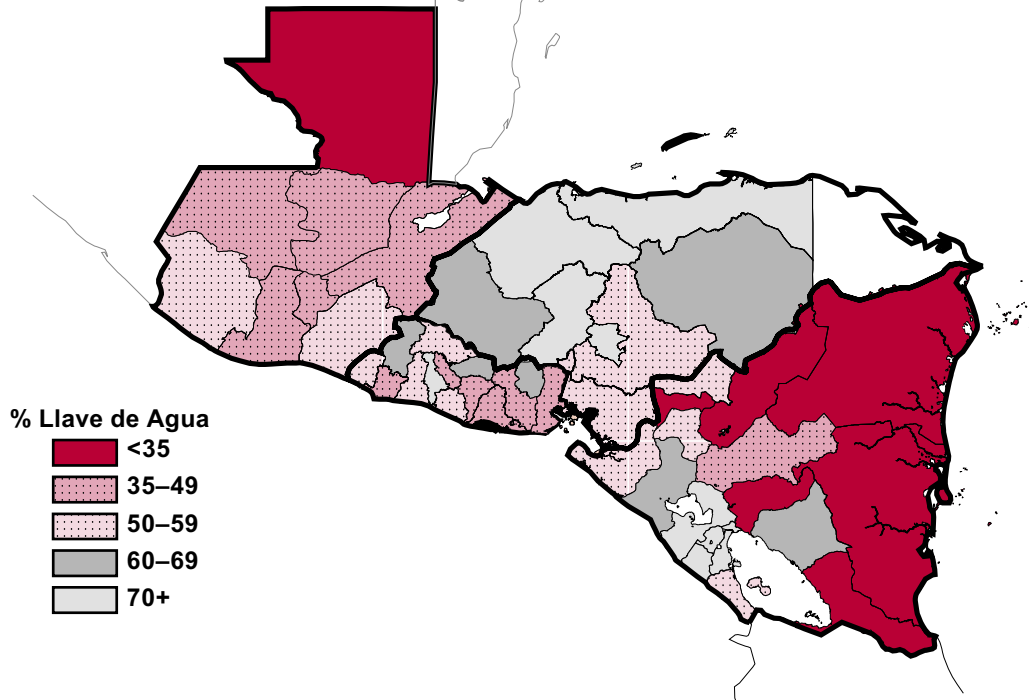


Nicaragua tiene el porcentaje más bajo de viviendas con TV (televisiones), teléfonos, refrigeradoras y automóviles. También tuvo el incremento en punto porcentual más pequeño en cuanto a la posesión de estos tres bienes entre la primera encuesta y la más reciente. Los Mapas 2.1, 2.2 y 2.3 ilustran las variaciones subnacionales en el porcentaje de viviendas con electricidad, agua entubada y una refrigeradora, de acuerdo con la más reciente encuesta en cada país. Es notable que la electrificación sea más avanzada (el 70 por ciento o más de las viviendas) a lo

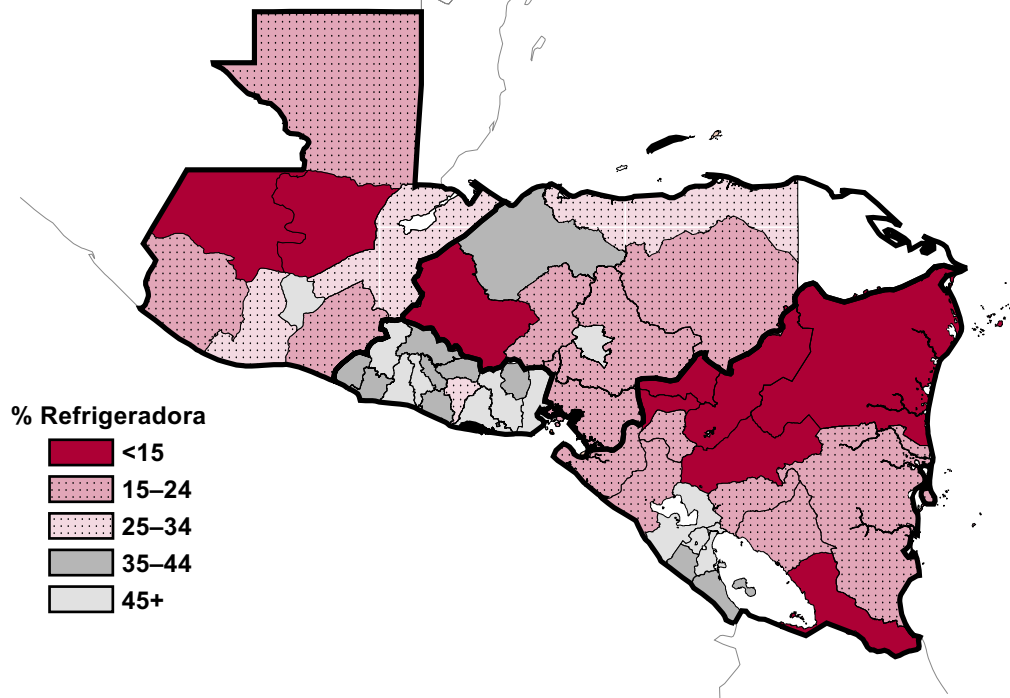
largo de las costas de Guatemala y Nicaragua en el Pacífico y en todos los departamentos de El Salvador. Honduras se destaca al tener el más amplio alcance de viviendas con agua entubada (más del 60 por ciento de viviendas en todas menos una de sus regiones de salud). La posesión de una refrigeradora está bastante extendida por todo El Salvador, pero en Guatemala, Honduras y Nicaragua es común sólo en las regiones (o departamentos) que abarcan Ciudad de Guatemala, San Pedro Sula, Tegucigalpa y Managua.



Mapa 2.2
Porcentaje de Viviendas que Reciben el Agua de Una Llave Dentro de la Vivienda o de Una Llave en la Propiedad, por Región/Departamento (Última Encuesta)



Mapa 2.3
Porcentaje de Viviendas con Una Refrigeradora, por Región/Departamento (Última Encuesta)



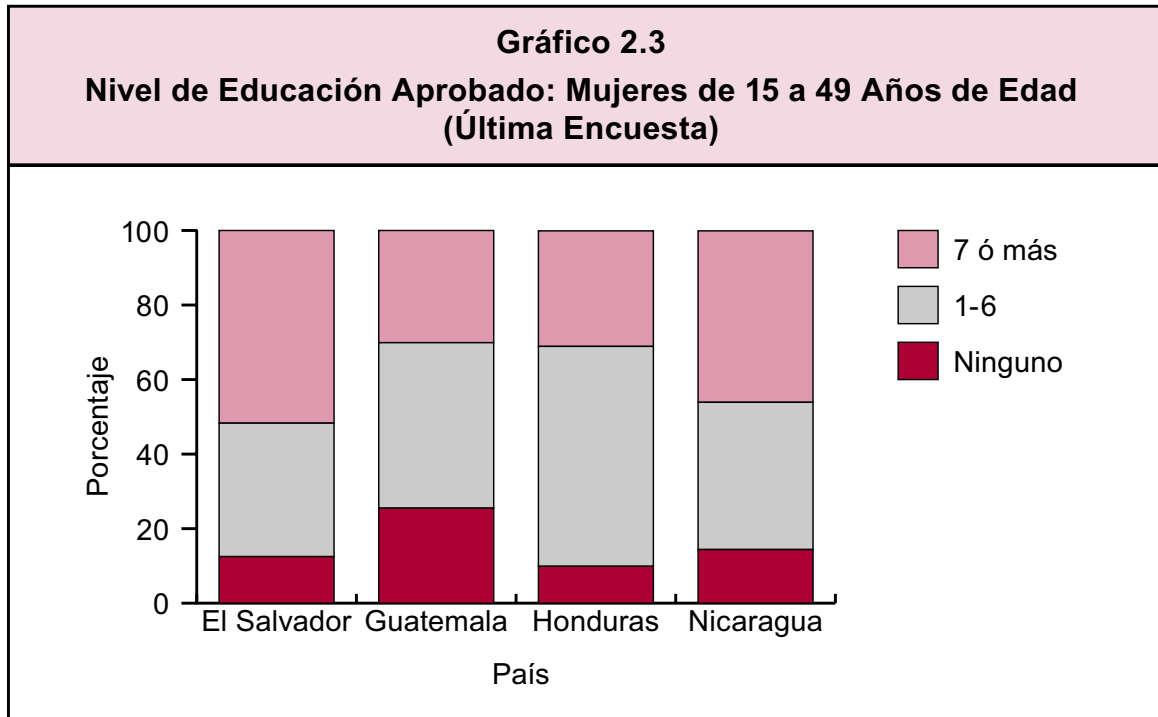
Características de las mujeres en edad reproductiva

Como resultado de numerosas reformas educativas en estos países, los niveles de educación tienen diferentes significados en diferentes épocas en cada país. Para simplificar la presentación, los años de escolaridad se calcularon y reagruparon en las siguientes tres categorías: ninguno o menos de 1 año; primaria incluyendo de 1 a 6 años de escolaridad y secundaria teniendo 7 años o más de

escolaridad. El Cuadro 2.5 presenta tendencias en la distribución del porcentaje de mujeres en edad reproductiva por nivel de educación en las últimas tres encuestas llevadas a cabo en cada país. El Cuadro 2.6 muestra diferenciales por área de residencia para la más reciente encuesta en cada país. Al enfocarnos en los niveles educativos más bajos y más altos presentados en el Cuadro 2.5, se puede generalizar que la proporción de las entrevistadas sin escolaridad ha disminuido desde principios de los 90,

Cuadro 2.5
Tendencias en el Nivel de Educación de las Entrevistadas:
Mujeres de 15 a 49 Años de Edad

País	Año de Encuesta	Ninguno	1–6	7 ó más
El Salvador	1993	18.5	43.0	38.6
El Salvador	1998	15.5	40.3	44.2
El Salvador	2002/03	12.5	35.8	51.7
Guatemala	1995	28.3	47.2	24.5
Guatemala	1998/99	25.3	49.3	25.4
Guatemala	2002	25.5	44.4	30.1
Honduras	1991/92	15.2	59.9	24.9
Honduras	1996	12.4	61.0	26.7
Honduras	2001	9.9	59.0	31.0
Nicaragua	1992/93	16.1	45.6	38.3
Nicaragua	1998	15.5	40.4	44.0
Nicaragua	2001	14.4	39.5	46.0



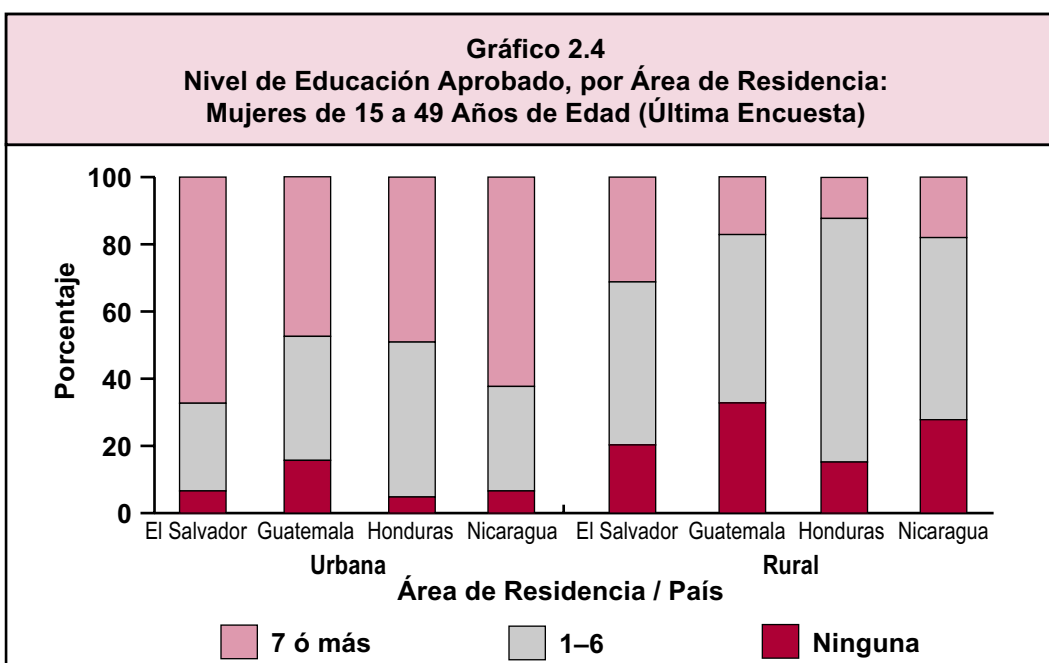
mientras que la proporción de las entrevistadas que tienen por lo menos alguna educación secundaria (grado 7 o más alto) ha incrementado gradualmente. Comparando los países (Gráfico 2.3), tanto en El Salvador como en Nicaragua casi la mitad de las mujeres tiene por lo menos 7 años de escolaridad. Tanto en Honduras como en Guatemala sólo cerca del 30 por ciento de

las mujeres tuvo educación secundaria y en Guatemala 25.5 por ciento de las mujeres reporta no tener educación formal. Dada la importancia de la educación para muchos indicadores de salud reproductiva, sería beneficioso tener en cuenta la diferencial de educación al comparar estos cuatro países.

El Cuadro 2.6 y el Gráfico 2.4 muestran diferenciales rurales/urbanas en educación para los cuatro países. Enfocándose en el porcentaje con por lo menos alguna educación secundaria, se puede ver que las áreas urbanas tienen una ventaja considerable sobre las áreas rurales en los cuatro países. Las diferenciales urbano/rural varían entre 30 puntos porcentuales en Guatemala y 45 puntos porcentuales en Nicaragua. Dentro de las áreas urbanas también hay diferencias

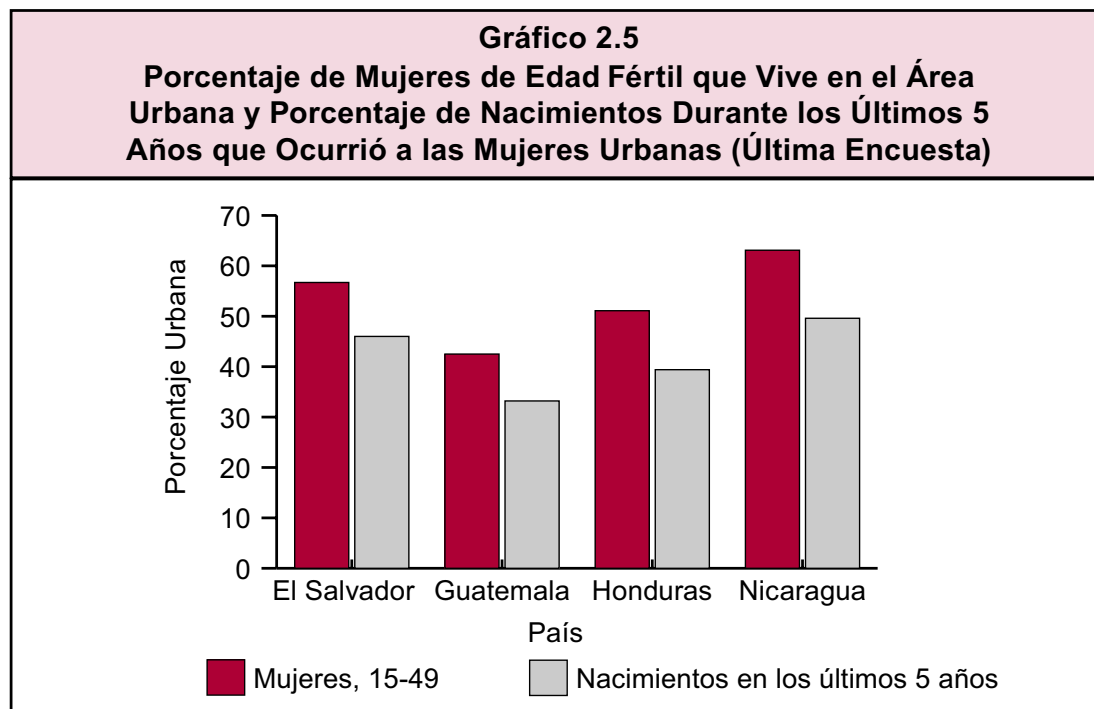
notables entre los cuatro países. Mientras que en El Salvador y Nicaragua, el 67.3 y el 62.3 por ciento de las mujeres urbanas tiene por lo menos alguna educación secundaria, en Guatemala y Honduras sólo el 47.5 y 49.1 por ciento de mujeres urbanas tiene alguna educación secundaria. Por lo tanto, la diferencial total entre países en nivel de educación no se explica por diferencias entre países en el nivel de urbanización.

Cuadro 2.6				
Nivel de Educación de las Entrevistadas, según Área de Residencia: Mujeres de 15 a 49 Años de Edad				
País/Área	Año de Encuesta	Ninguno	1-6	7 ó más
El Salvador	2002/03			
Total		12.5	35.8	51.7
Urbana		6.6	26.1	67.3
Rural		20.3	48.5	31.2
Guatemala	2002			
Total		25.5	44.4	30.1
Urbana		15.7	36.9	47.5
Rural		32.8	50.1	17.2
Honduras	2001			
Total		9.9	59.0	31.0
Urbana		4.8	46.1	49.1
Rural		15.2	72.5	12.2
Nicaragua	2001			
Total		14.4	39.5	46.0
Urbana		6.6	31.1	62.3
Rural		27.8	54.2	18.0



El Gráfico 2.5 describe, para la más reciente encuesta, el porcentaje de mujeres en edad reproductiva que vive en áreas urbanas y el porcentaje de nacidos vivos a mujeres urbanas en los cinco años previos a la encuesta. Hay un rango considerable de más de 20 puntos porcentuales en el “por ciento urbano” entre los cuatro países. Nicaragua tiene el más alto porcentaje urbano de los países con 63.1 por ciento de mujeres viviendo en áreas urbanas, seguido por El Salvador (56.7 por ciento), Honduras (51.1 por ciento) y Guatemala (42.5 por ciento). Para los cuatro países el porcentaje

de nacimientos ocurridos a mujeres urbanas es considerablemente menor que el porcentaje de mujeres que son urbanas. Esto refleja las diferencias en fertilidad entre áreas urbanas y rurales, y serán discutidas en el Capítulo 3. Algunos de los indicadores para la salud materna e infantil presentados en el reporte están basados en nacimientos en los cinco años previos a la encuesta, por lo que es importante tener en cuenta que estos indicadores pueden ser más fuertemente afectados por el área de residencia que los indicadores basados en mujeres.



Cuadro 2.7
Tendencias en la Religión que Profesan las Entrevistadas:
Mujeres de 15 a 49 Años de Edad

País	Año de Encuesta	Católica	Protestante	Otra	Ninguna
El Salvador	1993	nd	nd	nd	nd
El Salvador	1998	56.3	23.8	0.1	19.9
El Salvador	2002/03	50.2	31.1	0.3	18.4
Guatemala	1995*	60.7	25.9	2.2	11.2
Guatemala	1998/99	52.6	29.4	2.4	15.6
Guatemala	2002	51.2	35.8	1.5	11.5
Honduras	1991/92	65.3	21.3	0.4	13.0
Honduras	1996	56.8	26.0	0.1	17.1
Honduras	2001	53.0	34.1	0.4	12.5
Nicaragua	1992/93	nd	nd	nd	nd
Nicaragua	1998	nd	nd	nd	nd
Nicaragua	2001	nd	nd	nd	nd

* Mujeres 15-44 años de edad.
 nd: No disponible.

El Cuadro 2.7 muestra las tendencias en la religión profesada por las mujeres en edad reproductiva en El Salvador, Guatemala y Honduras. Para cada país hay un crecimiento notable en la proporción de mujeres que afirman ser protestantes. La última encuesta en cada país muestra que más de un tercio de mujeres en estas sociedades tradicionalmente católicas es protestante.

Resumen de hallazgos

- Desde principios de los 90 y en cada país, han habido mejoras en la proporción de viviendas con bienes y servicios que pueden afectar

las condiciones de salud. Sin embargo, en los cuatro países, la población rural tiene considerablemente menos probabilidades que la población urbana de tener acceso a estos bienes y servicios.

- Aun cuando han habido mejoras en los logros educativos de las mujeres para los cuatro países, también hay considerables diferenciales entre países. Tanto en El Salvador como en Nicaragua cerca de la mitad de las mujeres en edad reproductiva tiene por lo menos algún nivel de educación secundaria, mientras que en Honduras y Guatemala menos de la tercera parte de las mujeres lo tiene.

Capítulo

3



Fecundidad

Este capítulo presenta los niveles de fecundidad, diferenciales y tendencias para los cuatro países examinados en este informe. También se presenta información de los indicadores de exposición al riesgo de embarazo (por ejemplo, edad a la primera relación sexual), fecundidad deseada y no deseada, y número ideal de hijos.

La mayor parte del siguiente análisis está en términos de las tasas específicas de fecundidad por edad y de la tasa global de fecundidad (TGF). La TGF se interpreta como el número promedio de hijos vivos que tendrían las mujeres al final de su vida reproductiva, si las tasas específicas de fecundidad por edad actual se mantuvieran constantes.

Niveles y tendencias de fecundidad

El Cuadro 3.1 y el Gráfico 3.1 muestran las TGF basadas en los datos recolectados en las encuestas llevadas a cabo desde finales de los 80 (exceptuando Nicaragua). Enfocándose primero en la más reciente encuesta llevada a cabo en

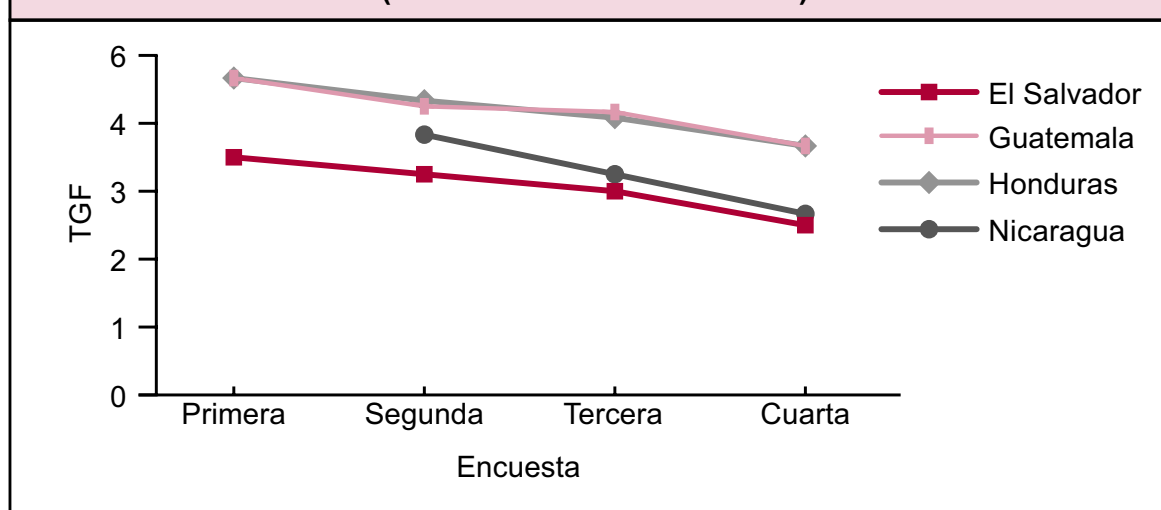
cada país, El Salvador y Nicaragua tienen las más bajas TGF (3.0 y 3.1 nacidos vivos por mujer, respectivamente). En Guatemala y Honduras se encontraron tasas más altas (4.4 nacidos vivos por mujer). Para poner estos niveles en perspectiva, la TGF estimada para Costa Rica en 2000 fue de 2.4 nacidos vivos por mujer, la más baja TGF en la región Centroamericana.

Cuadro 3.1
Tendencias en la Tasa Global de Fecundidad, por Área de Residencia:
Mujeres de 15 a 49 Años de Edad

País	Año de Encuesta	Período de Tiempo	Total	Urbana	Rural
El Salvador	1988*	1983–1988	4.2	nc	nc
El Salvador	1993	1988–1993	3.9	3.1	4.7
El Salvador	1998	1993–1998	3.6	2.8	4.6
El Salvador	2002/03	1997–2002	3.0	2.4	3.8
Guatemala	1987*	1983–1987	5.6	4.1	6.5
Guatemala	1995	1992–1995	5.1	3.8	6.2
Guatemala	1998/99	1995–1998	5.0	4.1	5.8
Guatemala	2002	1999–2002	4.4	3.4	5.2
Honduras	1987*	1986/87	5.6	3.9	6.9
Honduras	1991/92	1989–1991	5.2	3.9	6.5
Honduras	1996	1993–1995	4.9	3.5	6.3
Honduras	2001	1998–2000	4.4	3.3	5.6
Nicaragua	1992/93	1987–1992	4.6	3.4	6.4
Nicaragua	1998	1993–1998	3.9	3.1	5.4
Nicaragua	2001	1999–2001	3.2	2.6	4.4

* Mujeres 15-44 años de edad.
nc - No comparable (muestra en 1988 excluyó algunas áreas rurales por el conflicto).

Gráfico 3.1
Tendencias en la Tasa Global de Fecundidad
(Últimas Cuatro Encuestas)



En todos los países, la fecundidad ha ido en descenso desde finales de los 80 o principios de los 90. El ritmo del descenso en fecundidad desde la primera hasta la última encuesta mostrada para cada país en el cuadro, varía del 30.4 por ciento en Nicaragua al 28.5 por ciento en El Salvador y al 21.4 por ciento tanto en Guatemala como en Honduras.

Varios estudios han mostrado que los niveles de fecundidad son más bajos entre las mujeres con niveles de educación más altos. Esto es cierto para las poblaciones examinadas en este

informe, como se muestra en el Cuadro 3.2. El diferencial, al momento de la encuesta más reciente, entre mujeres con niveles educativos más altos y más bajos, varía de 2.8 nacimientos en El Salvador, a 3.5 nacimientos en Nicaragua, 3.8 nacimientos en Honduras y 4.3 nacimientos en Guatemala. En general, aquellas con por lo menos alguna educación secundaria tienen tasas menores a 3.0, tanto en las encuestas más recientes como en las anteriores. Los descensos recientes en la fecundidad se han concentrado entre mujeres que sólo tienen educación primaria.

Cuadro 3.2			
Tendencias en la Tasa Global de Fecundidad, según Nivel de Educación: Mujeres de 15 a 49 Años de Edad			
País/Educación	Año de Encuesta		
El Salvador	1993	1998	2002/03
Total	3.9	3.6	3.0
Ninguno	5.4	5.0	4.5
1-3	4.8	4.7	3.6
4-6	3.8	3.6	2.7
7-9	3.1	3.2	2.2
10+	2.3	2.4	1.7
Guatemala	1995	1998/99	2002
Total	5.1	5.0	4.4
Ninguno	7.1	6.8	6.4
Primaria	5.1	5.2	4.7
Secundaria +	2.6	2.9	2.1
Honduras	1991/92	1996	2001
Total	5.2	4.9	4.4
Ninguno	7.0	7.1	6.5
1-3	6.4	6.1	5.9
4-6	4.9	4.8	4.4
7+	3.1	2.9	2.7
Nicaragua	1992/93	1998	2001
Total	4.6	3.9	3.2
Ninguno	6.9	6.1	5.2
1-3	5.8	5.2	4.2
4-6	4.3	4.1	3.3
Secundaria	3.1	2.7	2.5
Superior	2.0	1.5	1.7

Las tasas específicas de fecundidad por edad se muestran en el Cuadro 3.3 y en el Gráfico 3.2. La tasa específica de fecundidad por edad se define como el número anual de nacimientos por 1,000 mujeres en edad fértil de cada grupo de edad. Enfocándose en la encuesta más reciente, los países presentan un patrón común de fecundidad por edad, lo cual se caracteriza por un inicio temprano de maternidad y una terminación de la misma a una edad relativamente tardía. La maternidad inicia en los últimos años de adolescencia y la fecundidad alcanza su punto máximo entre los 20 a 24 años de edad. El descenso en las tasas de fecundidad después de los 20-24 años es gradual hasta alcanzar los 30-34 años, cuando comienza un alto descenso. Las tasas específicas por edad para Guatemala y Honduras son similares así como lo son las tasas de El Salvador y de Nicaragua. Honduras es notable al tener la tasa más alta para mujeres

de 15-19 años de edad (136 nacimientos anuales por 1,000 mujeres).

El Gráfico 3.3 muestra los cambios en las tasas específicas de fecundidad por edad (TEFE) entre la antepenúltima encuesta llevada a cabo a principios de los 90 y la más reciente encuesta desde el 2000. Nicaragua es notable por tener los descensos más pronunciados para virtualmente cada grupo de edad, seguido por El Salvador. En Honduras los descensos de la TEFE se concentran entre mujeres mayores de 24 años y Guatemala tiene un patrón irregular con un descenso particularmente grande en el grupo de 30-34 años. Con una excepción, ha habido un descenso en fecundidad para cada grupo de edad en cada país desde principios de los 90. La excepción es Honduras en donde la tasa específica de fecundidad por edad para mujeres de 15-19 años de edad se ha mantenido prácticamente sin cambios.

Cuadro 3.3
Tendencias en las Tasas Específicas de Fecundidad por Edad y Tasa Global de Fecundidad: Mujeres de 15 a 49 Años de Edad

País	Año de Encuesta	Edad							TGF
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
El Salvador	1993	124	221	168	126	86	39	3	3.9
El Salvador	1998	116	211	167	118	68	29	8	3.6
El Salvador	2002/03	104	165	144	86	66	29	1	3.0
Guatemala	1995	126	262	235	200	136	54	13	5.1
Guatemala	1998/99	117	276	236	182	131	60	7	5.0
Guatemala	2002	114	233	218	150	119	38	4	4.4
Honduras	1991/92	132	264	232	191	134	74	16	5.2
Honduras	1996	136	243	210	169	142	78	12	4.9
Honduras	2001	137	229	202	161	94	56	9	4.4
Nicaragua	1992/93	158	251	198	148	103	41	13	4.6
Nicaragua	1998	139	203	173	132	82	35	9	3.9
Nicaragua	2001	119	178	145	108	64	26	6	3.2

Gráfico 3.2
Tasas Específicas de Fecundidad por Edad
(Última Encuesta)

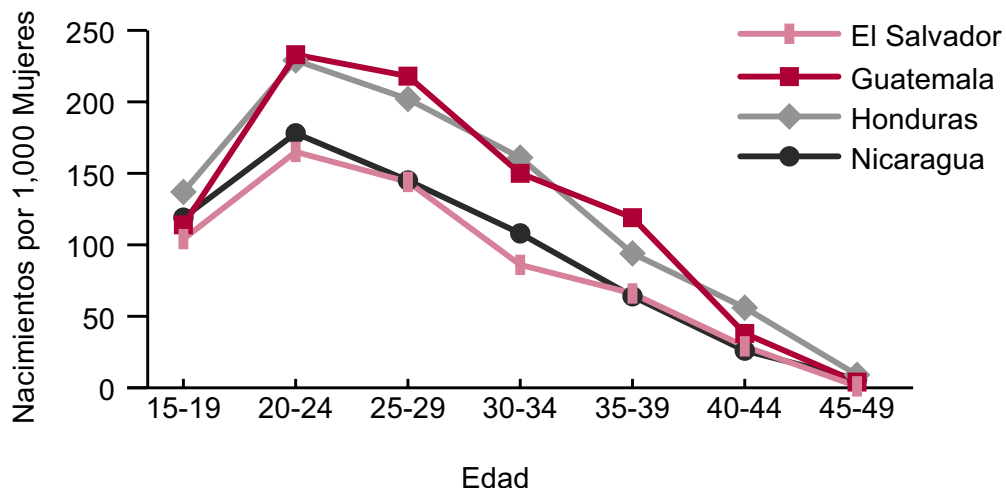
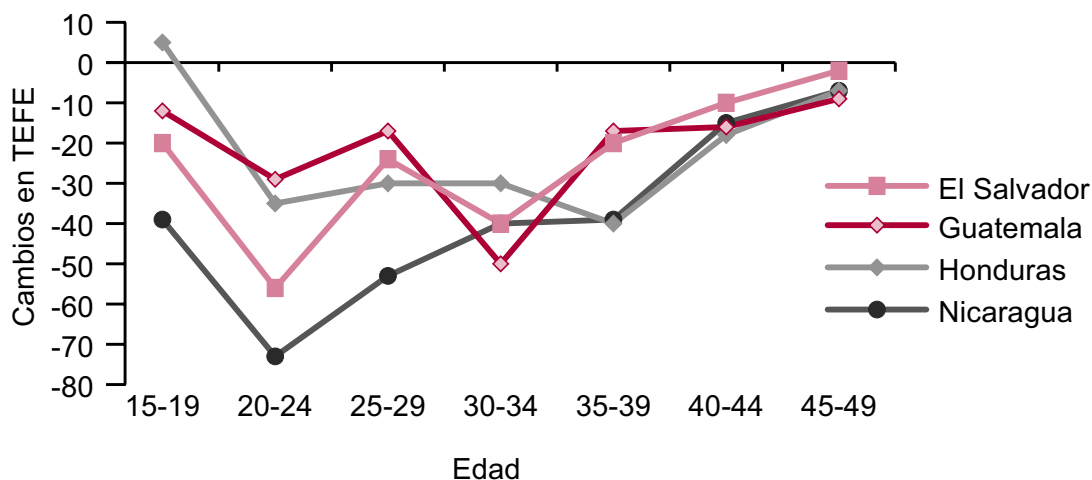


Gráfico 3.3
Cambios entre los Inicios de los 1990 y los Inicios de los 2000
en las Tasas Específicas de Fecundidad por Edad

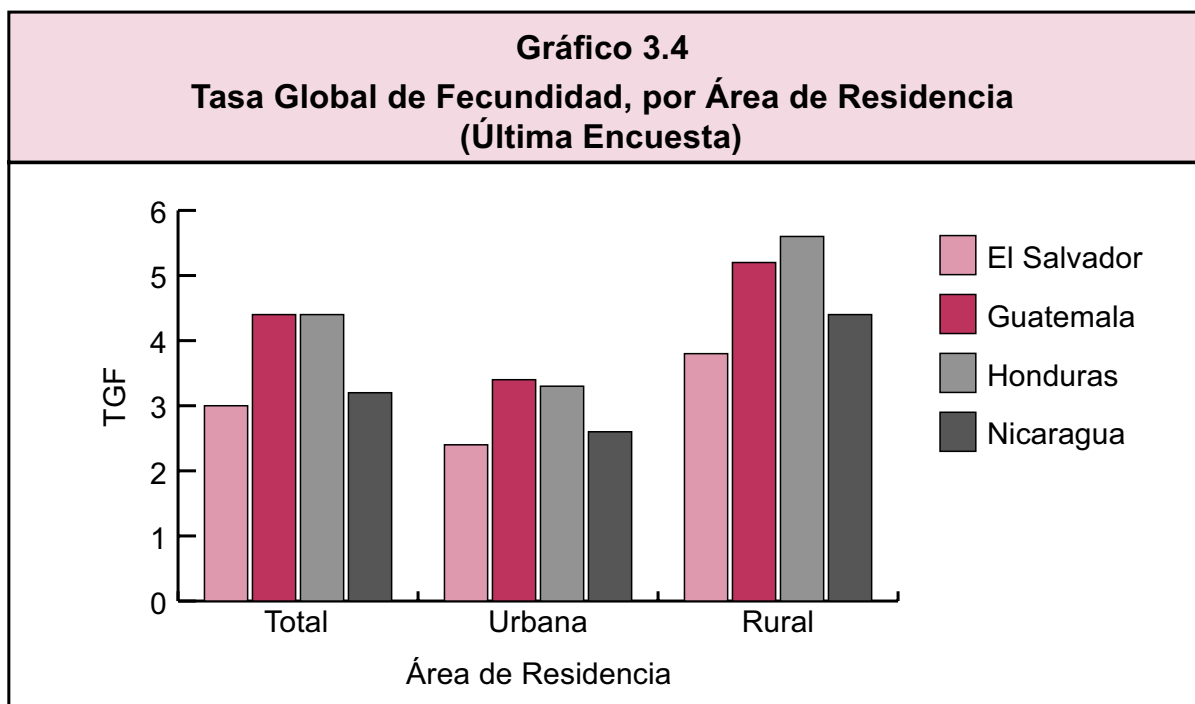


Cuadro 3.4
Tasas Específicas de Fecundidad por Edad y la Tasa Global de Fecundidad, según
Área de Residencia: Mujeres de 15 a 49 Años de Edad (Última Encuesta)

País/Área	Año de Encuesta	Edad							TGF
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
El Salvador	2002/03								
Total		104	165	144	86	66	29	1	3.0
Urbana		88	138	118	62	52	15	0	2.4
Rural		124	202	176	118	86	47	2	3.8
Guatemala	2002								
Total		114	233	218	150	119	38	4	4.4
Urbana		85	184	191	101	87	20	2	3.4
Rural		133	267	240	190	145	50	7	5.2
Honduras	2001								
Total		137	229	202	161	94	56	9	4.4
Urbana		114	183	160	120	55	28	1	3.3
Rural		162	277	249	202	131	84	20	5.6
Nicaragua	2001								
Total		119	178	145	108	64	26	6	3.2
Urbana		99	149	119	89	39	14	2	2.6
Rural		153	226	186	141	107	49	13	4.4

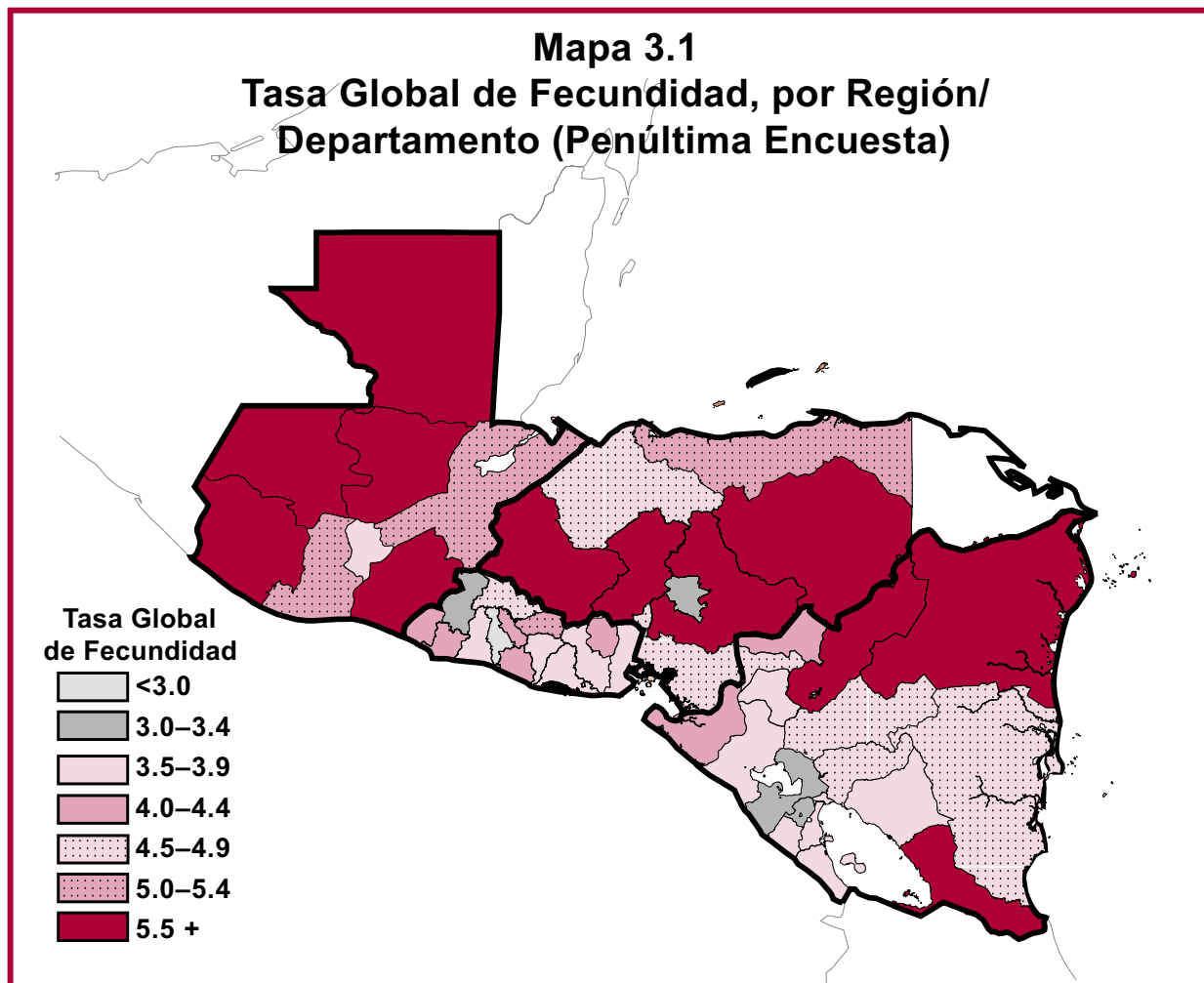
El Cuadro 3.4 muestra los diferenciales urbanos/rurales en las tasas de fecundidad, de acuerdo con la más reciente encuesta en cada país. En todos los países, se encuentra muy poca maternidad entre mujeres mayores de 44 años

de edad, aunque en Honduras mujeres rurales de 45-49 años continúan teniendo hijos en un ritmo de 20 por 1,000 mujeres. En los cuatro países la fecundidad se mantiene relativamente alta en el área rural comparada con la urbana.



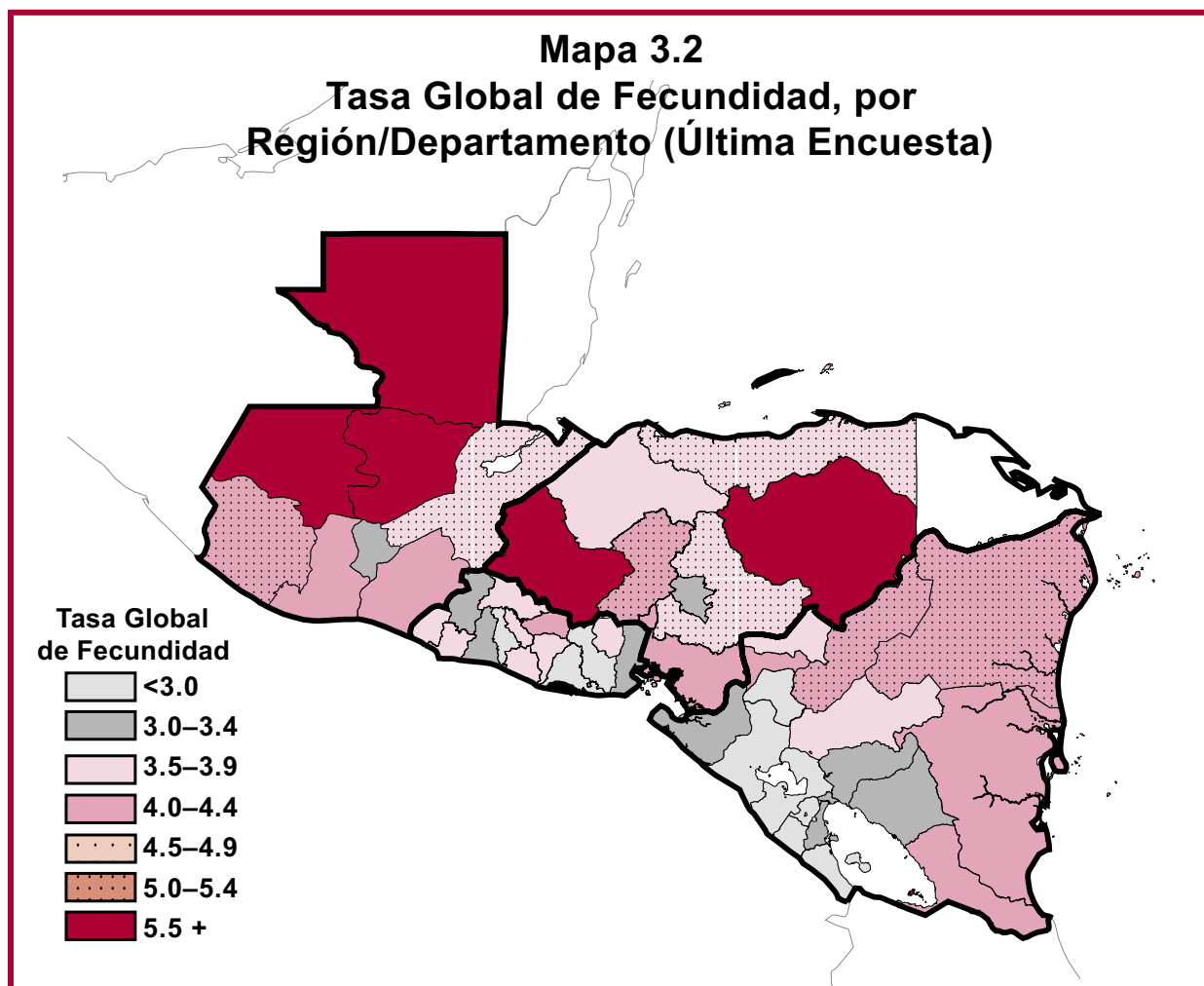
Por ejemplo, la TGF rural para Honduras fue de 5.6 nacimientos comparada con 3.3 nacimientos estimados para las áreas urbanas, por una diferencia de 2.3 nacidos vivos por mujer. En

Guatemala y Nicaragua la diferencia es de 1.8 nacimientos, mientras que en El Salvador es de 1.4 nacimientos.



Los Mapas 3.1 y 3.2 muestran las TGF para las regiones subnacionales, de acuerdo con la antepenúltima y última encuestas en cada uno de los cuatro países. Es notable que para ambos periodos, existen grandes áreas dentro

de Guatemala y Honduras con tasas mayores de 5 nacidos vivos por mujer. Dentro de estos dos países las únicas regiones con tasas menores de 4 son aquellas que comprenden la Ciudad de



Guatemala, Tegucigalpa y San Pedro Sula. Por otro lado, El Salvador y Nicaragua, muestran un descenso en fecundidad más generalizado con la mayoría de los departamentos con tasas

menores a 4. En las más recientes encuestas, El Salvador tiene tres departamentos con tasas menores a 3 y Nicaragua tiene 6, la mayoría ubicada en la costa del Pacífico del país.

Edad mediana a la primera relación sexual, la primera unión y el primer nacimiento

La fecundidad en edades menores es fuertemente afectada por las edades en las cuales las mujeres (y los hombres) se vuelven sexualmente activos, se casan y son padres por primera vez. El Cuadro 3.5 muestra que la edad mediana a la primera relación sexual, primera unión (ya sea en matrimonio legal o consensual) y primer nacimiento para mujeres de 15-49 años de edad y hombres de 15-59 años de edad. La edad mediana es la edad a la cual el 50 por ciento de mujeres (u hombres) ha experimentado el evento en cuestión. El Salvador, Guatemala y Honduras tienen edades medianas similares para los tres eventos, tanto para mujeres como para hombres. Las mujeres nicaragüenses se destacan al tener, en cierto modo, edades menores para los tres eventos que sus contrapartes en los otros tres países. No existe información comparable disponible en hombres nicaragüenses. La edad de la mujer a la primera unión exhibe el más grande diferencial, variando entre 19.8 años en El Salvador y 18.3 años en Nicaragua.

Los diferenciales hombre/mujer son grandes y similares para los tres países. Los hombres reportan edades menores a la primera relación sexual, pero considerablemente mayores a la primera unión y el primer nacimiento. Como consecuencia, la brecha entre la primera relación sexual y la primera unión es bastante amplia para hombres (entre 6.1 y 6.8 años) y bastante pequeña para mujeres (entre 0.7 y 1.4 años). La demora entre la primera unión y el primer nacimiento es similar para hombres y mujeres.

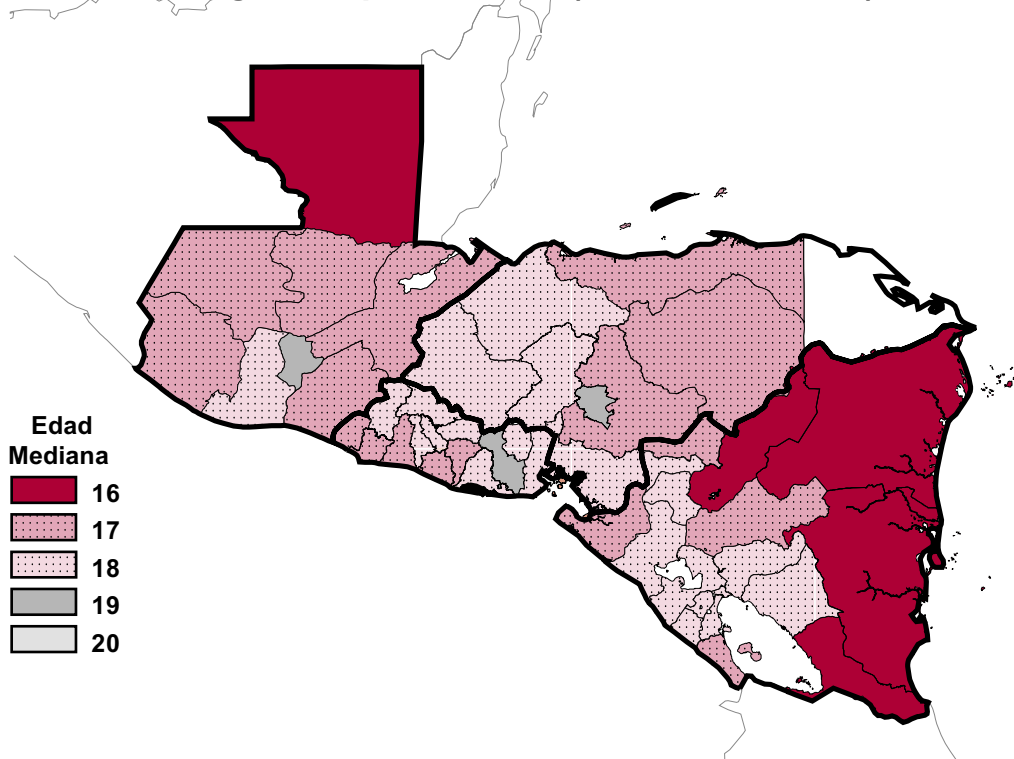
Los Mapas 3.3 y 3.4 muestran que hay variaciones regionales dentro de los países en la edad a la primera relación sexual y la edad al primer nacimiento para las mujeres de 15-49 años de edad. Estas variaciones son similares a aquellas para la TGF. Considerando la edad a la primera relación sexual, sólo en áreas aisladas alrededor de la Ciudad de Guatemala, San Miguel y Tegucigalpa se registra una edad mediana mayor a 18 años. Sin embargo, para la edad al primer nacimiento, hay regiones más grandes en las costas de Guatemala y Nicaragua en el Pacífico, el oeste de Honduras y la mayor parte de El Salvador, donde la edad mediana es de 20 años o más.

Cuadro 3.5
Edad Mediana a la Primera Relación Sexual, la Primera Unión y el Primer Nacimiento, según el Sexo del Entrevistado: Mujeres de 15 a 49 Años y Hombres de 15 a 59 Años (Última Encuesta)

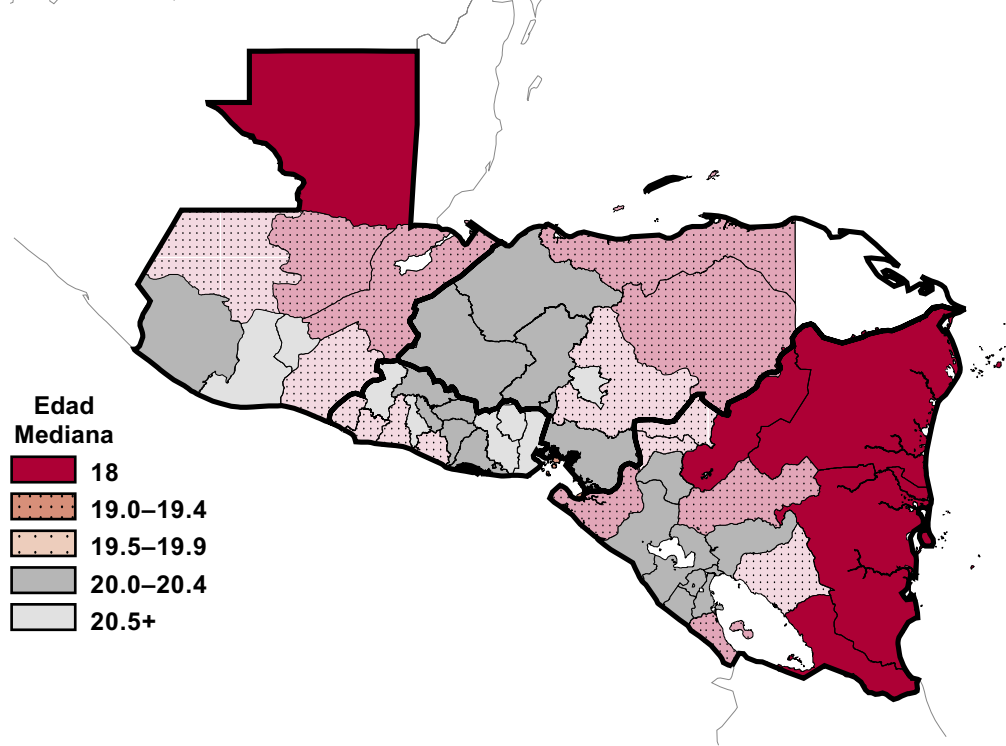
País/Sexo	Primera Relación Sexual	Primera Unión	Primer Nacimiento
El Salvador			
Mujeres	18.4	19.8	20.5
Hombres	16.0	22.5	24.2
Guatemala			
Mujeres	18.4	19.3	20.4
Hombres	16.9	23.0	24.3
Honduras			
Mujeres	18.3	19.0	20.2
Hombres	16.0	22.8	24.3
Nicaragua			
Mujeres	17.9	18.3	19.6*
Hombres	nd	nd	nd

nd: No disponible.
* Mujeres 25-49 años de edad.

Mapa 3.3
Edad Mediana a la Primera Relación Sexual, por
Región/Departamento (Última Encuesta)



Mapa 3.4
Edad Mediana al Primer Nacimiento
(Última Encuesta)



Porcentaje casado ó en unión consensual

Como se puede observar en el Cuadro 3.6, mientras que las mujeres entran a las uniones (legal o consensual) más jóvenes que los hombres, tienen menos probabilidad de estar en una unión a edades mayores. En El Salvador y Guatemala a edades menores a 35 años y en Honduras menores a 30 años, las mujeres tienen mayor probabilidad de estar en unión que los hombres, pero más allá de esa edad los hombres tienen mayor probabilidad de estar en una unión. Esto refleja que las mujeres tienen mayor probabilidad de estar separadas, viudas o divorciadas a estas edades. Parece ser que los hombres tienen mayor probabilidad que las mujeres de tener uniones subsecuentes después de separarse. El diferencial es particularmente pronunciado en mujeres de 40 años de edad o más en El Salvador y Honduras.

Intervalos entre los nacimientos

Un aspecto importante del comportamiento de fecundidad más allá del número absoluto de nacimientos que una mujer tiene es el intervalo entre nacimientos. Se ha demostrado que intervalos cortos entre los nacimientos están asociados con un elevado riesgo de mortalidad infantil. En general, un nacimiento a un intervalo de menos de 36 meses, está en un riesgo más alto y a intervalos menores de 24 meses está en un riesgo considerablemente alto. Conforme aumenta el uso de planificación familiar para espaciar los nacimientos, la proporción de nacimientos que ocurren después de intervalos cortos descende.

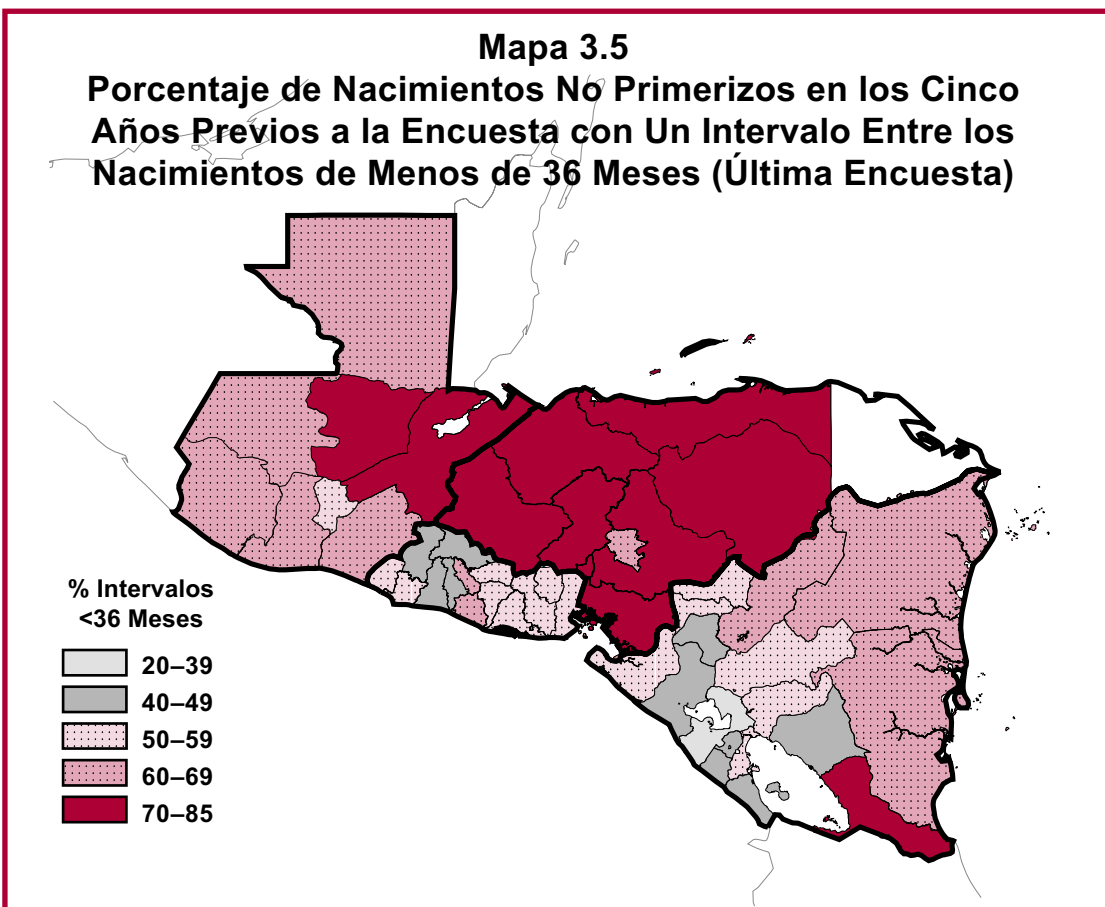
Cuadro 3.6						
Porcentaje que Está en Unión, según Edad y Sexo del Entrevistado: Mujeres de 15 a 49 Años y Hombres de 15 a 59 Años (Última Encuesta)						
Sexo	Edad	El Salvador 2002/03	Guatemala 2002	Honduras 2001	Nicaragua 2001	
Mujeres	15-19	19.2	18.2	26.0	22.3	
	20-24	51.5	56.9	57.7	55.5	
	25-29	67.8	77.3	71.2	69.7	
	30-34	78.2	81.3	78.1	76.1	
	35-34	74.7	80.4	77.1	74.7	
	40-44	71.5	84.4	73.9	71.0	
	45-49	66.0	73.9	70.2	64.8	
	15-49	56.4	60.4	59.7	56.8	
Hombres	15-19	1.7	5.7	5.0	nd	
	20-24	36.3	42.0	33.5	nd	
	25-29	65.3	74.2	67.0	nd	
	30-34	82.0	77.9	80.6	nd	
	35-34	85.2	90.5	84.2	nd	
	40-44	76.1	86.3	86.8	nd	
	45-49	85.3	89.0	83.8	nd	
	50-54	84.6	91.8	93.3	nd	
	55-59	90.0	90.7	88.7	nd	
	15-59	56.9	57.9	54.1	nd	

nd: No disponible.

El Cuadro 3.7 muestra la proporción de nacimientos (en los cinco años previos a la encuesta) que ocurrió dentro de diversas ventanas de tiempo después del nacimiento anterior. Se presentan datos de la más reciente encuesta en cada país y los primeros nacimientos están excluidos de los cálculos. Usando El Salvador como ejemplo, se puede observar que sólo el 9.5 por ciento de los nacimientos ocurre dentro de los 18 meses

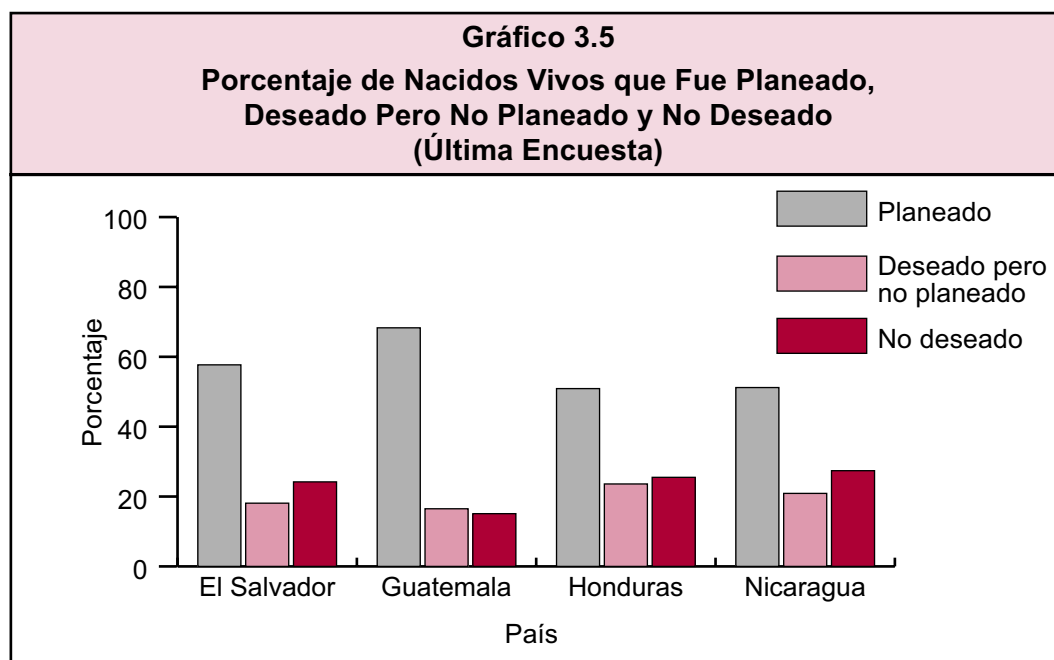
después del nacimiento anterior, pero que el 22.5 por ciento ocurre en un espacio de tres años. Enfocándose en la columna que presenta el porcentaje de nacimientos en un espacio de 3 años, en El Salvador y Nicaragua un poco más de la mitad de los nacimientos ocurre dentro de los tres años mientras que en Guatemala y Honduras casi dos tercios ocurren dentro de un lapso de tres años.

Cuadro 3.7							
Número de Meses Desde el Nacimiento Anterior, según Área de Residencia: Nacimientos No Primerizos en los Cinco Años Previos a la Encuesta (Última Encuesta)							
País/Área	Año de Encuesta	Meses Desde el Nacimiento Anterior					
		<18	<24	<30	<36	<48	<60
El Salvador	2002/03						
Total		9.5	22.5	39.3	51.5	66.8	78.1
Urbana		7.3	19.4	33.0	43.2	57.7	71.2
Rural		11.1	24.7	43.8	57.4	73.3	83.0
Guatemala	2002						
Total		11.0	29.9	52.4	66.3	82.5	89.5
Urbana		9.7	25.6	44.5	58.7	75.2	83.6
Rural		11.5	31.8	56.0	69.7	85.8	92.1
Honduras	2001						
Total		11.4	29.0	49.7	63.0	77.7	85.6
Urbana		12.4	28.2	44.7	56.1	69.8	78.1
Rural		10.9	29.6	52.5	66.8	82.1	89.8
Nicaragua	2001						
Total		11.6	26.3	41.5	52.8	68.2	78.6
Urbana		10.3	22.1	33.3	42.0	56.2	68.0
Rural		12.7	29.9	48.2	61.8	78.1	87.3



El Mapa 3.5 muestra el porcentaje de nacimientos con un intervalo previo de menos de tres años para las regiones subnacionales. Casi todas las regiones de Honduras y del noreste de Guatemala exhiben los más altos

porcentajes (70 por ciento o más). Sólo áreas aisladas de El Salvador y Nicaragua tienen menos del 40 por ciento de nacimientos con un intervalo corto.



Preferencias reproductivas

El Gráfico 3.5 muestra la distribución porcentual de nacimientos en los 5 años previos a la más reciente encuesta, de acuerdo con la planificación del nacimiento. Un nacimiento se clasifica como “planeado” si la encuestada lo planeó al momento que éste ocurrió. Un nacimiento se clasifica como “deseado pero no planeado” si la encuestada deseaba el nacimiento, pero no al momento que éste ocurrió. Y, un nacimiento se clasifica como “no deseado” si la encuestada no deseaba más hijos.

A pesar de tener un nivel de fecundidad alto, Guatemala es el país con el porcentaje más alto de nacimientos clasificados como “planeado” (68.3 por ciento) y el país el porcentaje más bajo de nacimientos clasificados como “deseado pero no planeado” (16.5 por ciento) y como “no deseado” (15.1 por ciento). Nicaragua tiene el más alto porcentaje de “no deseado” (27.4 por ciento), seguido de cerca por Honduras (25.5 por ciento) y El Salvador (24.2 por ciento).

El Cuadro 3.8 y el Gráfico 3.6 muestran las TGF de la más reciente encuesta en cada país desagregadas en componentes de deseada/no deseada. La TGF no deseada se computa igual que la TGF total observada excepto que sólo los nacimientos clasificados como “no deseados” están incluidos en los numeradores de las tasas. La TGF deseada puede ser interpretada como la TGF hipotética que podría ocurrir si todos los nacimientos no

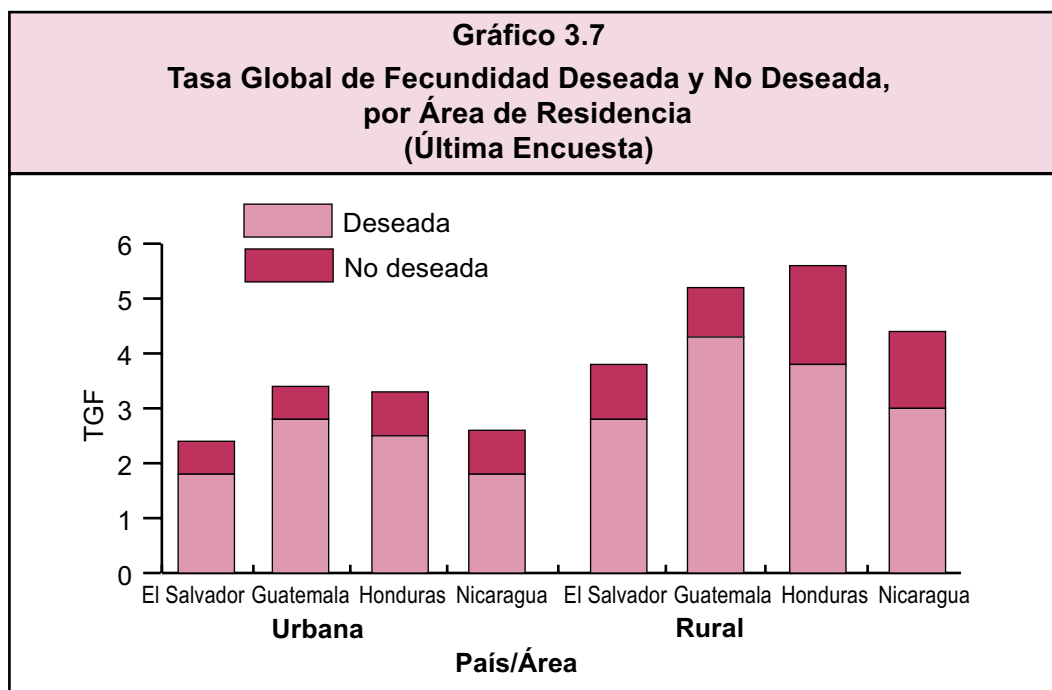
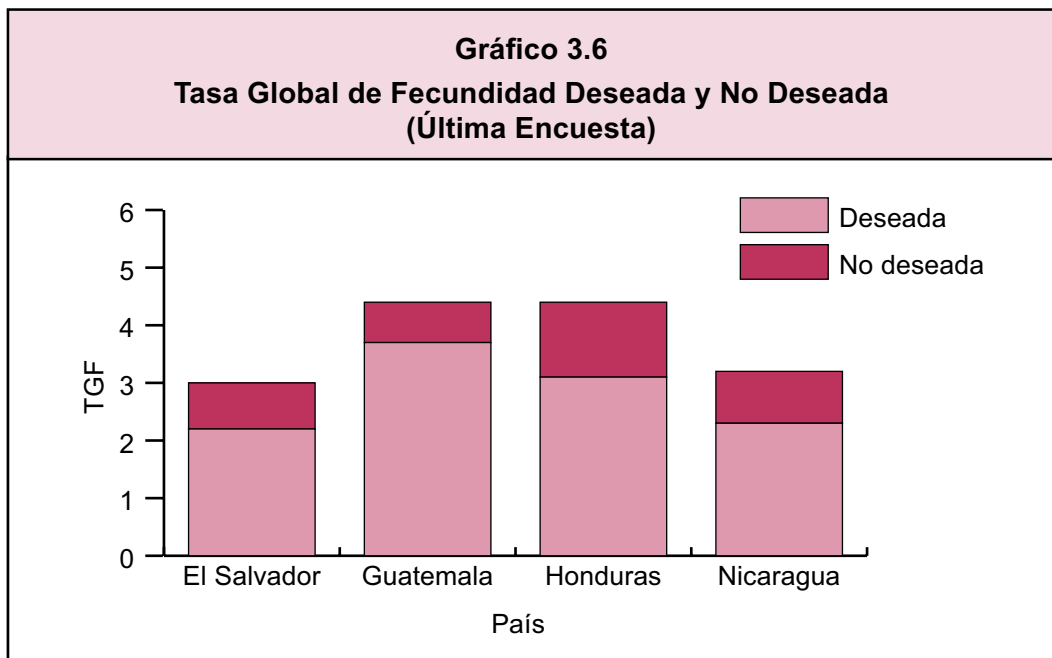
deseados hubieran sido evitados. La TGF no deseada es simplemente la diferencia entre la TGF observada y la TGF deseada. Entre estos cuatro países, El Salvador tiene tanto la más baja TGF deseada (2.2 nacimientos por mujer) como la más baja TGF no deseada (0.8 nacimientos por mujer). Guatemala tiene la TGF deseada más alta (3.7 nacimientos por mujer) y Honduras tiene la más alta TGF no deseada (1.3 nacimientos por mujer).

Cuadro 3.8
Estimación de la Tasa Global de Fecundidad Deseada y No Deseada, según
Área de Residencia: Mujeres de 15 a 49 Años de Edad (Última Encuesta)

País/Área	Año de Encuesta	Tasa Global de Fecundidad		
		Deseada	No Deseada	Observada
El Salvador	2002/03			
Total		2.2	0.8	3.0
Urbana		1.8	0.6	2.4
Rural		2.8	1.0	3.8
Guatemala	2002			
Total		3.7	0.7	4.4
Urbana		2.8	0.6	3.4
Rural		4.3	0.9	5.2
Honduras	2001			
Total		3.1	1.3	4.4
Urbana		2.5	0.8	3.3
Rural		3.8	1.8	5.6
Nicaragua	2001			
Total		2.3	0.9	3.2
Urbana		1.8	0.8	2.6
Rural		3.0	1.4	4.4

El Gráfico 3.7 muestra la misma información que el Gráfico 3.6, pero está desagregada por área de residencia. Los resultados son similares a las TGF nacionales. Honduras tiene la TGF no deseada más alta tanto en áreas urbanas como rurales (0.8 y 1.8 nacimientos por mujer, respectivamente) y Guatemala tiene la más alta TGF deseada en ambas áreas (2.8 y 4.3 nacimientos por mujer, respectivamente).

Mientras que la TGF deseada es más alta en áreas rurales que en áreas urbanas, la TGF deseada para las áreas rurales de El Salvador y Nicaragua es notablemente baja (2.8 y 3.0). Se debe señalar que la TGF deseada para las áreas urbanas tanto en El Salvador como en Nicaragua de 1.8 niños por mujer está por debajo del nivel de reemplazo.



El Cuadro 3.9 muestra el promedio del número ideal de hijos para mujeres y hombres, usando datos de la última encuesta. Enfocándose primero en las mujeres, el número ideal es alrededor de 3 hijos en El Salvador, Honduras y Nicaragua, mientras que en Guatemala es de 3.4 hijos. En general, el número ideal reportado de mujeres rurales excede aquél de las mujeres urbanas por cerca de medio hijo.

Se debe de tomar en cuenta que el número ideal de hijos a nivel nacional no ha cambiado en ninguno de los países entre la encuesta anterior y la última (datos no mostrados). El número ideal reportado por los hombres no excede sustancialmente al número reportado por las mujeres. La diferencia más grande se encuentra en El Salvador en donde los hombres reportan 3.8 hijos como su número ideal comparado con 3.1 hijos reportado por las mujeres.

Cuadro 3.9			
Promedio del Número Ideal de Hijos, por Sexo del Entrevistado, según Área de Residencia (Última Encuesta)			
País/Área	Año de Encuesta	Número Ideal de Hijos	
		Mujeres	Hombres
El Salvador	2002/03		
Total		3.1	3.8
Urbana		2.7	3.1
Rural		3.6	4.5
Guatemala	2002		
Total		3.4	3.5
Urbana		3.0	3.1
Rural		3.7	3.8
Honduras	2001		
Total		3.0	3.4
Urbana		2.7	3.1
Rural		3.3	3.6
Nicaragua	2001		
Total		2.9	nd
Urbana		2.5	nd
Rural		3.4	nd
nd: No disponible			

Resumen de hallazgos

- Los niveles de fecundidad han descendido en todos los países encuestados desde finales de los 80 o principios de los 90. El descenso ha sido más acelerado en Nicaragua y El Salvador que en Guatemala y Honduras. De acuerdo con la última encuesta llevada a cabo en cada país, El Salvador tiene la más baja TGF (3.0 nacimientos por mujer), seguido de cerca por Nicaragua (3.2), mientras que Guatemala y Honduras tienen las más altas TGF (4.4 nacimientos cada uno).
- El patrón de fecundidad por edad es similar en cada país y se caracteriza por una significativa maternidad entre mujeres de 15-19 años de edad, fecundidad máxima entre mujeres de 20-24 años de edad y un gradual descenso de ahí en adelante. En todos los países, una proporción alta de mujeres de 40 o más años de edad continúa teniendo hijos, especialmente en Honduras y Guatemala.
- Diferenciales sustanciales de fecundidad existen de acuerdo con el área de residencia y nivel de educación. Como se esperaba, la TGF de mujeres rurales y mujeres con menor educación formal excede aquella de las mujeres urbanas y con más educación. Los diferenciales son más pronunciados de acuerdo con el nivel de educación. Por ejemplo, la diferencia entre el nivel de educación más bajo y el más alto en Guatemala es de más de cuatro hijos.
- Las edades al inicio de la actividad sexual y la maternidad no han cambiado sustancialmente con el tiempo en cada uno de los países. Para las mujeres la edad a la primera relación sexual varía de 17.9 a 18.4 años, la edad a la primera unión varía de 18.3 a 19.8 años y la edad al primer nacimiento varía de 19.6 a 20.5 años. En resumen, en estos países la formación de la familia empieza a una edad temprana.
- Los intervalos cortos entre nacimientos son un problema crítico de salud en los cuatro países. Excluyendo los primeros nacimientos, un poco más de la mitad de los nacimientos en Nicaragua y El Salvador, y dos tercios de los nacimientos en Guatemala y Honduras suceden dentro de los 3 años después del nacimiento anterior.
- Los datos presentados sobre la diferencia entre las tasas globales de fecundidad observadas y las deseadas, y el estatus de planificación de nacimientos en los últimos 5 años, sugieren que muchas mujeres están muy lejos de alcanzar sus metas reproductivas y que todavía hay una considerable demanda insatisfecha para los servicios de planificación familiar.

Capítulo

4

Planificación Familiar

Este capítulo presenta información sobre el conocimiento, uso y fuente de métodos anticonceptivos en los cuatro países encuestados. También se examinan el deseo de usar métodos anticonceptivos entre las no usuarias y los métodos preferidos.

Conocimiento de métodos anticonceptivos

De acuerdo con la más reciente encuesta, casi todas las mujeres encuestadas en El Salvador, Honduras y Nicaragua han oído hablar de por lo menos algún método anticonceptivo (Cuadro 4.1). El conocimiento de por lo menos un método es menor entre las mujeres guatemaltecas en unión (93.3 por ciento). Un porcentaje relativamente alto de hombres en unión de 15-59 años de edad también tiene conocimiento de por lo menos un método anticonceptivo. El conocimiento varía del 95.3 por ciento en Guatemala al 99.9 por ciento en Honduras. El conocimiento del condón entre los hombres no fue investigado en El Salvador. No hay información disponible para hombres en Nicaragua.

En cada país, los condones, los anticonceptivos orales y la esterilización femenina son los métodos más conocidos, tanto entre mujeres como entre hombres (Cuadro 4.1). Con la excepción de Guatemala y Honduras, el conocimiento de estos métodos es mayor del 90 por ciento. Entre las mujeres, el conocimiento del DIU varía del 57.7 por ciento en Guatemala hasta el 95.7 por ciento en Honduras. El conocimiento del

ritmo varía del 46.8 por ciento en Guatemala al 58.5 por ciento en Honduras, mientras que el conocimiento del retiro varía del 26.7 por ciento en Guatemala al 53.9 por ciento en Nicaragua. Entre los hombres, el conocimiento de la esterilización masculina o vasectomía varía del 57.0 por ciento en Honduras al 85.1 por ciento en El Salvador.

Cuadro 4.1
Conocimiento de Métodos Anticonceptivos, según Método: Mujeres en Unión de Edad Fértil y Hombres en Unión de 15 a 59 Años de Edad (Última Encuesta)

Método	El Salvador 2002/03		Guatemala 2002		Honduras 2001		Nicaragua 2001	
	Mujeres*	Hombres	Mujeres†	Hombres	Mujeres*	Hombres	Mujeres†	Hombres
Al menos un método	98.9	99.3	93.3	95.3	99.9	99.9	99.2	
Condones	97.9	nd	68.4	85.1	98.8	99.3	94.7	nd
Orales	96.2	93.0	87.9	86.6	99.0	93.1	98.2	nd
Inyectables	97.4	92.4	86.9	83.2	98.3	87.3	96.9	nd
Est. femenina	94.6	96.7	82.9	83.8	98.5	94.2	90.5	nd
DIU	78.7	58.9	57.7	47.9	95.7	79.1	89.7	nd
Vasectomía	58.1	85.1	62.7	73.9	58.8	57.0	64.7	nd
Ritmo	56.8	63.0	46.8	55.2	58.5	59.5	55.4	nd
Métodos vaginales	41.0	51.2	37.8	39.9	45.7	43.3	38.1	nd
Retiro	29.0	48.5	26.7	28.9	53.3	69.8	53.9	nd
Norplant	21.7	13.6	16.8	11.7	5.7	6.0	7.5	nd
MELA	18.6	11.6	31.5	29.5	nd	nd	69.6	nd
Billings	14.4	10.4	inc	inc	17.9	10.2	inc	nd
PAE	11.8	22.7	nd	nd	3.3	13.5	19.4	nd

* Mujeres casadas/unidas de 15-44 años de edad.

† Mujeres casadas/unidas de 15-49 años de edad.

PAE: Píldoras anticonceptivas de emergencia.

nd: No disponible.

inc: Incluido con ritmo.

Uso actual de anticonceptivos

Esta sección se enfoca en mujeres en matrimonio legal o consensual, ya que ellas representan la mayoría de las mujeres sexualmente activas, tienen una mayor frecuencia de relaciones sexuales y tienen una fecundidad alta y un alto riesgo de embarazos no planeados. No se presenta información para hombres casados dado que su uso es muy similar al de las mujeres casadas.

De acuerdo con la más reciente encuesta, El Salvador, Honduras y Nicaragua exhiben cada uno una prevalencia relativamente alta de uso de anticonceptivos (más del 60 por ciento de las mujeres en unión en la actualidad), mientras que el uso en Guatemala es relativamente bajo (43.3 por ciento) (Cuadro 4.2). El uso de anticonceptivos es más alto en Nicaragua (68.6 por ciento), seguido de cerca por El Salvador (67.3 por ciento), mientras que el uso en Honduras es del 61.8 por ciento. Como se esperaba, las mujeres urbanas tienen mayor

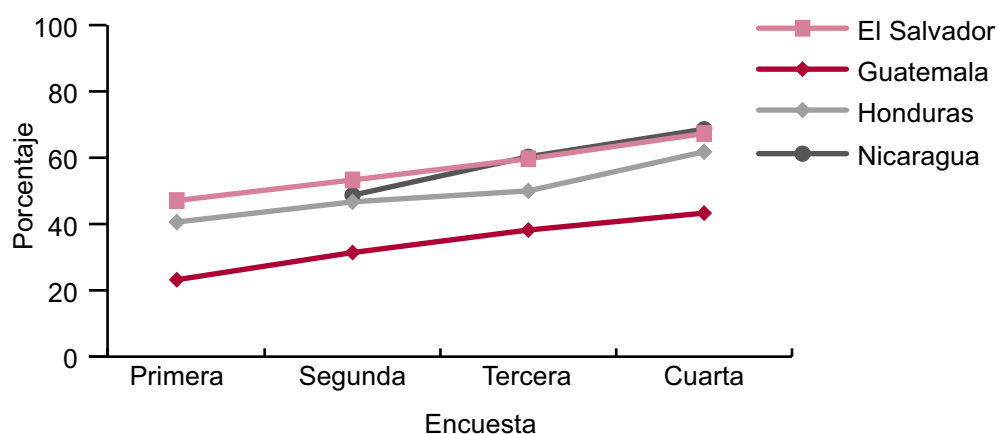
Cuadro 4.2
Tendencias en el Uso de Métodos Anticonceptivos, por Área de Residencia: Mujeres en Unión de Edad Fértil

País	Año de Encuesta	Total	Urbana	Rural
El Salvador	1988*	47.1	59.9	34.2
El Salvador	1993*	53.3	61.3	45.6
El Salvador	1998*	59.7	67.8	51.2
El Salvador	2002/03*	67.3	73.4	60.1
Guatemala	1987†	23.2	43.0	13.8
Guatemala	1995†	31.4	48.9	19.8
Guatemala	1998/99†	38.2	52.3	27.7
Guatemala	2002†	43.3	56.7	34.7
Honduras	1987*	40.6	59.3	29.9
Honduras	1991/92*	46.7	60.7	36.1
Honduras	1996*	50.0	61.7	40.4
Honduras	2001*	61.8	70.4	54.6
Nicaragua	1992/93†	48.7	61.2	33.2
Nicaragua	1998†	60.3	66.3	51.4
Nicaragua	2001†	68.6	73.3	62.3

* Mujeres casadas/unidas de 15-44 años de edad.

† Mujeres casadas/unidas de 15-49 años de edad.

Gráfico 4.1
Tendencias en el Uso de Métodos Anticonceptivos:
Mujeres en Unión de Edad Fértil
(Últimas Cuatro Encuestas)



probabilidad que sus contrapartes rurales de ser usuarias actuales de anticonceptivos en todos los países. La diferencia entre el uso urbano y rural es más grande en Guatemala (22 puntos porcentuales) y más pequeña en Nicaragua

(11 puntos porcentuales), indicando que las mujeres rurales en Nicaragua pueden tener un mayor acceso a los servicios y consejería de planificación familiar que las mujeres rurales que viven en Guatemala.

El uso de métodos anticonceptivos ha ido incrementando de manera continua durante la última década en cada uno de los países (Gráfico 4.1 y Cuadro 4.2). Desde principios de los 90, el uso se ha incrementado por casi 20 puntos porcentuales en Nicaragua, 15 puntos porcentuales en Honduras, 14 puntos porcentuales en El Salvador y por casi 12 puntos porcentuales en Guatemala. En todos los países, el incremento en el uso de anticonceptivos ha sido mayor en el área rural, en base a que el uso a principios de los 90 en las áreas rurales de cada país era relativamente bajo. El área rural de Nicaragua se destaca en que el uso se ha incrementado en forma espectacular --- por 29 puntos porcentuales desde 1992/93. En el área rural de Honduras, el uso se incrementó por casi 19 puntos porcentuales, mientras que en el área rural de El Salvador y de Guatemala el uso se incrementó por casi 15 puntos porcentuales. Se debe señalar que el uso urbano en El Salvador, Honduras y Nicaragua es por encima del 70 por ciento, de acuerdo con la última encuesta llevada a cabo en estos países. Sólo el 56.7 por ciento de las mujeres urbanas en Guatemala usaba un método anticonceptivo al momento de la última encuesta.

Todos los países perfilados en este informe usan los métodos anticonceptivos de alta eficacia, tales como la esterilización femenina, los orales y el DIU (Cuadro 4.3). En Nicaragua y El Salvador estos métodos constituyen el 88.3 por ciento y el 86.3 por ciento del uso total, respectivamente. En Honduras y Guatemala estos métodos constituyen el 77.0 por ciento y el 71.8 por ciento del uso total, respectivamente, dado que el uso del ritmo/Billings y retiro es más alto en estos países que en Nicaragua y El Salvador.

En todos los países, la esterilización femenina es el método anticonceptivo más usado, variando del 16.8 por ciento en Guatemala al 32.7 por ciento en El Salvador. Dado que los establecimientos para la esterilización se encuentran generalmente en áreas urbanas, el uso de este método es más alto en áreas urbanas que en áreas rurales (Cuadro 4.4). En El Salvador y Guatemala, los inyectables son el segundo método más usado, mientras que en Honduras y Nicaragua lo son los orales. Se debe señalar que en El Salvador, Honduras y Nicaragua, los inyectables son más usados en el área rural que en el área urbana. Con la excepción de Honduras,

Cuadro 4.3
Tendencias en el Uso de Métodos Anticonceptivos, por Método y Tipo de Método: Mujeres en Unión de Edad Fértil

País	Año de Encuesta	Total	Tipo de Método									
			Est. femenina	Inyectables	Orales	DIU	Condomes	Ritmo/ Billings	Retiro	Otro	Moderno [‡]	Tradicional [§]
El Salvador*	1993	53.3	31.5	3.6	8.7	2.1	2.1	3.0	2.0	0.4	48.0	5.4
	1998	59.7	32.4	8.9	8.1	1.5	2.5	3.1	2.6	0.7	53.4	6.4
	2002/03	67.3	32.7	18.3	5.8	1.3	2.9	2.9	2.6	0.9	61.0	6.4
Guatemala [†]	1995	31.4	14.3	2.5	3.8	2.6	2.2	3.6	0.9	1.5	26.9	4.5
	1998/99	38.2	16.7	3.9	5.0	2.2	2.3	5.7	1.5	0.8	30.9	7.3
	2002	43.3	16.8	9.0	3.4	1.9	2.3	6.3	2.3	1.4	34.6	8.7
Honduras*	1991/92	46.7	15.6	0.5	10.1	5.1	2.9	6.7	5.0	0.3	34.7	12.0
	1996	50.0	18.1	1.1	9.9	8.5	3.2	3.7	5.3	1.3	40.8	10.3
	2001	61.8	18.0	9.6	10.4	9.6	3.2	4.4	6.4	0.2	51.0	10.8
Nicaragua [†]	1992/93	48.7	18.5	1.2	12.9	9.3	2.6	2.6	1.1	0.4	44.9	3.8
	1998	60.3	26.1	5.2	13.9	9.1	2.6	1.6	1.0	0.5	57.4	2.9
	2001	68.6	25.3	14.3	14.6	6.4	3.3	1.5	1.0	2.3	64.4	4.2

* Mujeres casadas/unidas de 15-44 años de edad.

† Mujeres casadas/unidas de 15-49 años de edad.

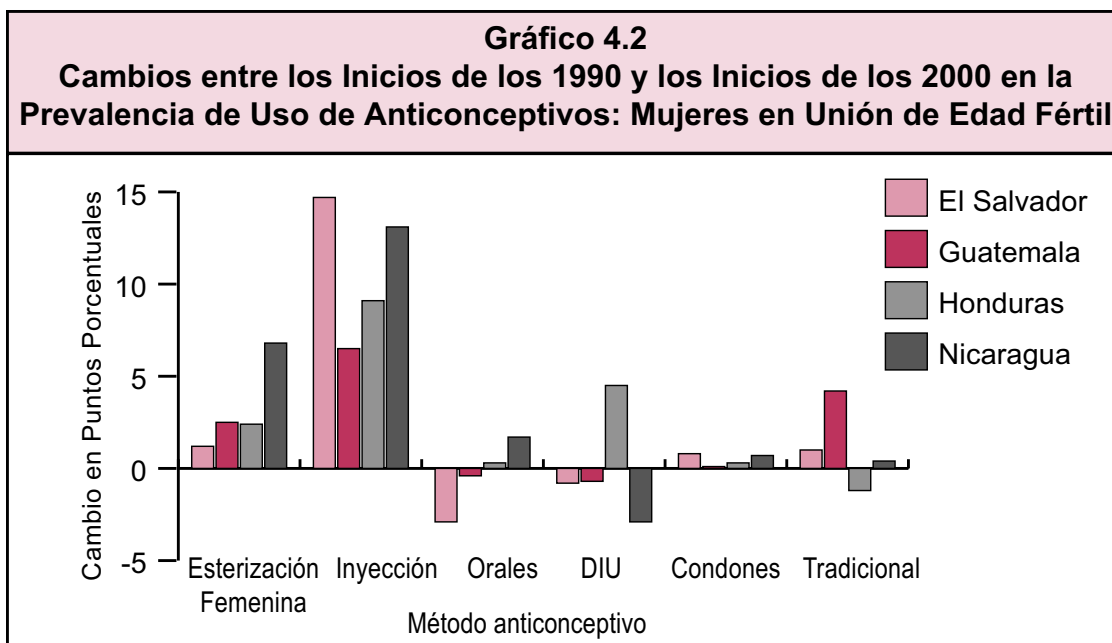
‡ Incluye esterilización femenina, vasectomía, inyectables, orales, DIU, condón, métodos vaginales y Norplant.

§ Incluye ritmo, Billings, retiro, MELA y métodos folklóricos.

el uso del DIU es relativamente bajo, y en todos los países, el uso del DIU es más alto en áreas urbanas que en áreas rurales. Como muestra el cuadro, el uso de condones como método de planificación familiar es relativamente bajo en cada uno de los países.

Como se mencionó anteriormente, el uso de métodos anticonceptivos ha ido incrementando

de manera continua durante la última década en cada uno de los países. El incremento en el uso es debido en la mayor parte a un incremento en el uso de métodos temporales, notablemente los inyectables (véase Gráfico 4.2 y Cuadro 4.3). Desde principios de los 90, el uso de la esterilización femenina no ha cambiado de manera sustancial en ninguno de los países.



Cuadro 4.4
Uso Actual de Métodos Anticonceptivos, según Área de Residencia: Mujeres en Unión de Edad Fértil (Última Encuesta)

País/Área	Año de Encuesta	Total	Orales	DIU	Condones	Inyectables	Est. femenina	Ritmo/ Billings	Retiro	Otro
El Salvador	2002/03*									
Total		67.3	5.8	1.3	2.9	18.3	32.7	2.9	2.6	0.9
Urbana		73.4	5.3	2.0	3.5	17.2	37.5	3.1	3.4	1.4
Rural		60.1	6.2	0.5	2.3	19.5	27.1	2.6	1.5	0.4
Guatemala	2002†									
Total		43.3	3.4	1.9	2.3	9.0	16.8	6.3	2.3	1.3
Urbana		56.7	4.3	3.4	3.6	10.7	23.1	6.6	2.6	2.4
Rural		34.7	2.8	0.9	1.5	7.9	12.8	6.2	2.1	0.4
Honduras	2001*									
Total		61.8	10.4	9.6	3.2	9.6	18.0	4.4	6.4	0.2
Urbana		70.4	11.5	14.7	4.1	8.8	20.3	5.3	5.6	0.1
Rural		54.6	9.4	5.3	2.5	10.3	16.0	3.7	7.1	0.2
Nicaragua	2001†									
Total		68.6	14.6	6.4	3.3	14.3	25.3	1.5	1.0	2.3
Urbana		73.3	15.6	8.8	4.3	11.4	28.7	1.5	1.1	1.9
Rural		62.3	13.3	3.1	2.0	18.1	20.7	1.4	0.8	2.7

* Mujeres casadas/unidas de 15-44 años de edad.
† Mujeres casadas/unidas de 15-49 años de edad.

El Cuadro 4.5 y el Gráfico 4.3 muestran el uso de anticonceptivos por edad de la mujer, ilustrando que en los cuatro países el uso asciende con la edad hasta finales de los 30 años o principios de los 40 años, etapa en la cual se nivela. El Gráfico 4.4 muestra un incremento en el uso por edad entre finales de los 90 y principios de los 2000. El Salvador exhibe un patrón distinto con el incremento en el uso siendo especialmente pronunciado en mujeres casadas/unidas de 15-24 y de 40-44 años de edad. En Nicaragua, el incremento en el uso fue alto entre mujeres casadas/unidas de 15-24 años de edad, moderadamente alto en las de 25-44 años de

edad y uniforme, en un nivel moderado, para los grupos restantes por edad. Tanto en Honduras como en Guatemala, el incremento fue bastante para cada grupo de edad, pero en Honduras el incremento es de 20 a 25 puntos porcentuales, mientras que en Guatemala el rango es de 10 a 15 puntos porcentuales.

La información en uso por edad es alentadora en cuanto a que demuestra que las mujeres están iniciando el uso de anticonceptivos a edades más tempranas, en vez de esperar hasta haber alcanzado o excedido el tamaño de familia deseado a sus 25-29 años de edad.

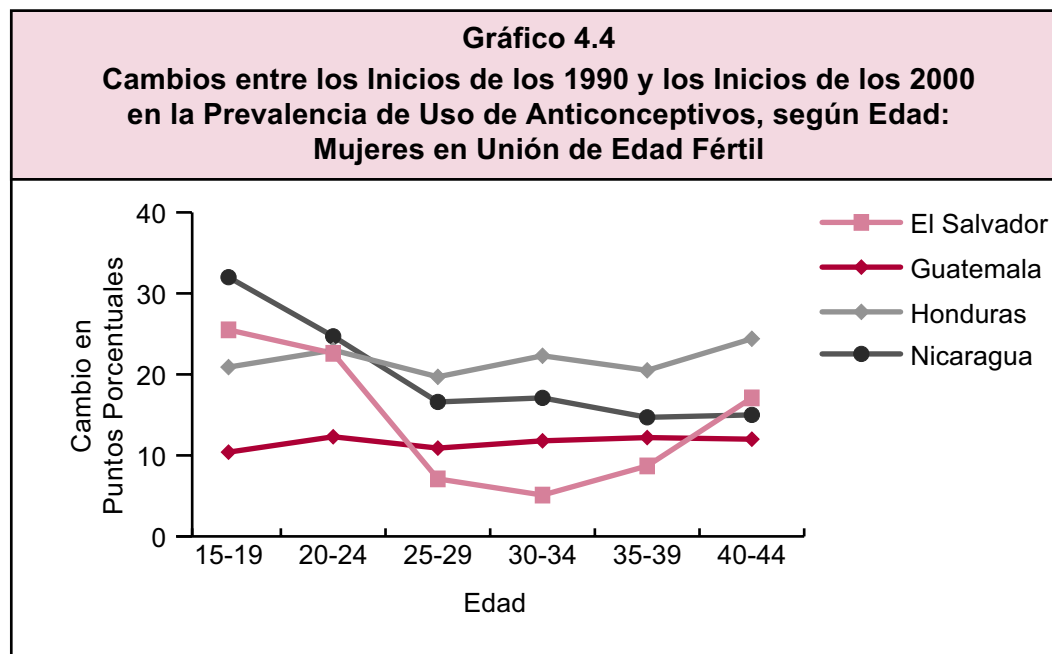
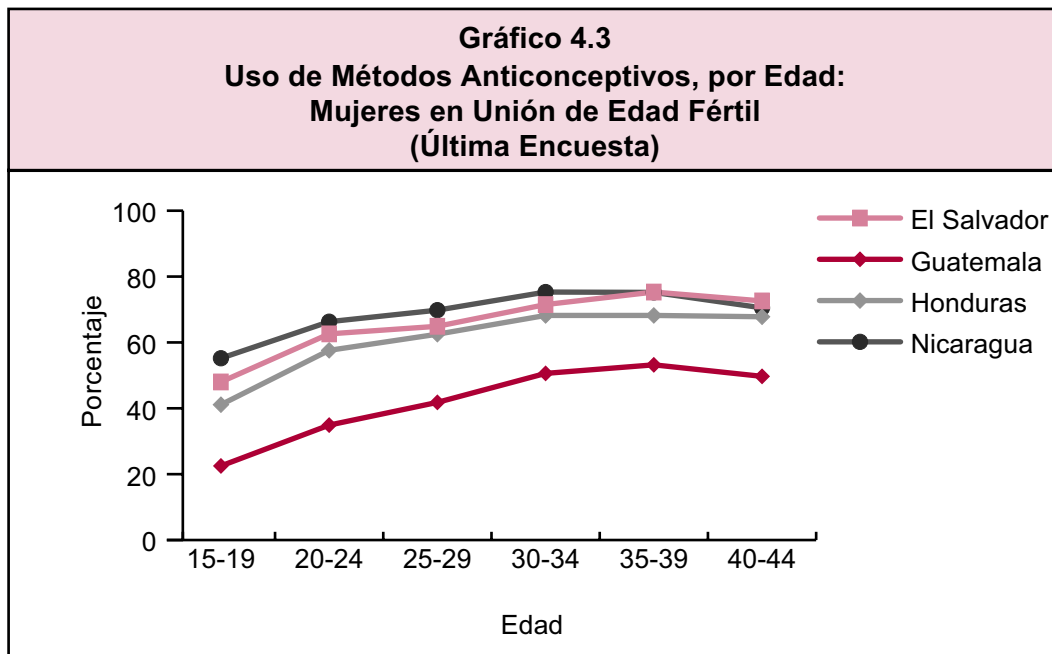
Cuadro 4.5
Tendencias en el Uso de Anticonceptivos, por Edad:
Mujeres en Unión de Edad Fértil

País	Año de Encuesta	Edad						
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
El Salvador*	1993	22.5	40.0	57.8	66.4	66.6	55.5	nd
	1998	33.4	48.4	58.7	68.5	70.5	69.6	nd
	2002/03	48.0	62.6	64.9	71.5	75.3	72.6	nd
Guatemala†	1995	12.1	22.6	30.9	38.8	41.0	37.7	25.8
	1998/99	14.6	25.7	39.2	50.5	51.0	44.1	31.2
	2002	22.5	34.9	41.8	50.6	53.2	49.7	40.0
Honduras*	1987	20.2	34.6	42.8	45.9	47.7	43.4	nd
	1996	27.6	39.4	54.2	57.8	58.0	55.5	nd
	2001	41.1	57.6	62.5	68.2	68.2	67.8	nd
Nicaragua†	1992/93	23.2	41.6	53.2	58.2	60.5	55.5	38.9
	1998	39.8	53.8	64.6	69.4	70.0	63.7	48.1
	2001	55.2	66.3	69.8	75.3	75.2	70.5	58.6

* Mujeres casadas/unidas de 15-44 años de edad.

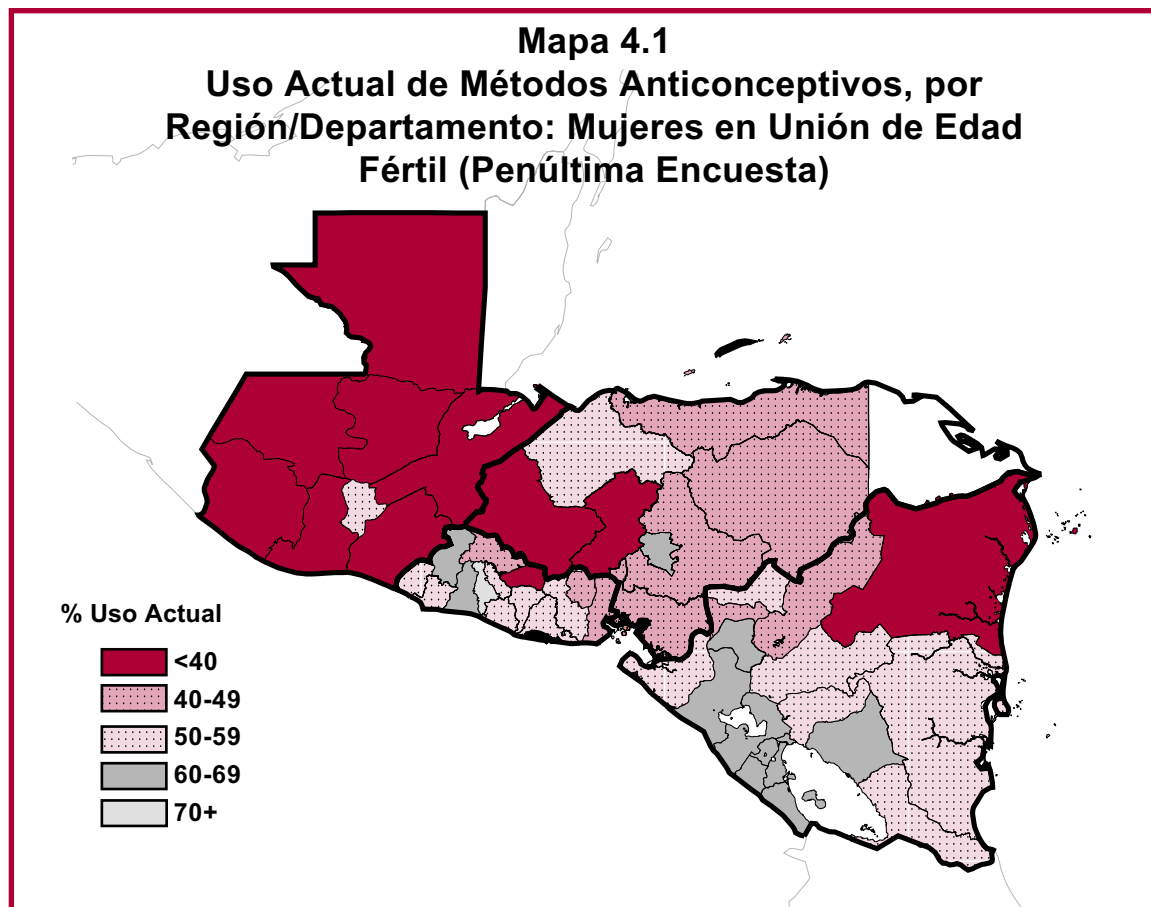
† Mujeres casadas/unidas de 15-49 años de edad.

nd: No disponible.

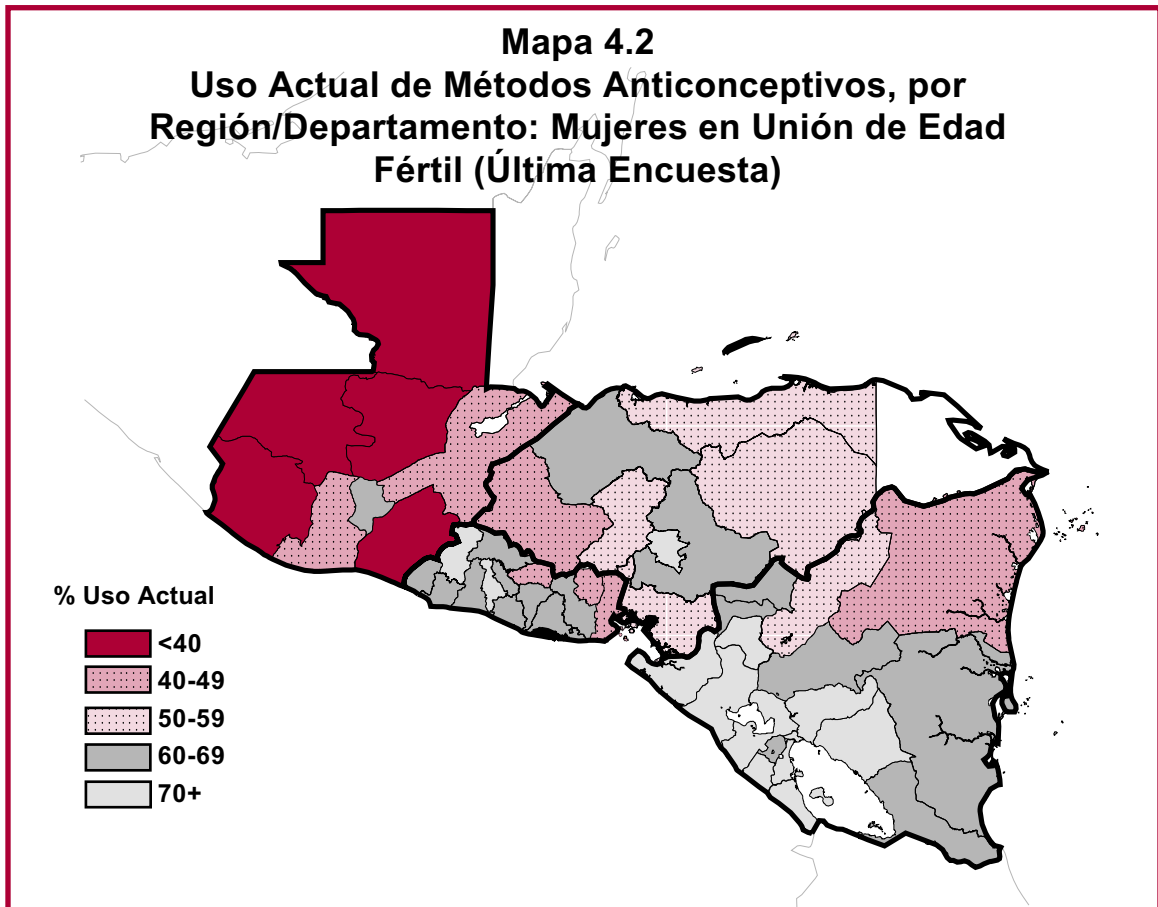


Los Mapas 4.1 y 4.2 muestran la prevalencia de anticonceptivos para las regiones subnacionales para la penúltima y última encuestas en cada uno de los cuatro países. Como se esperaba de la información sobre fecundidad, las áreas geográficas de menor uso de anticonceptivos están en Guatemala y Honduras. El incremento en la prevalencia entre las dos encuestas es muy extendido geográficamente tanto para

El Salvador como para Nicaragua. Con la excepción de tres departamentos en El Salvador y dos departamentos en Nicaragua, el sesenta por ciento o más de mujeres en unión usaba un método al momento de la más reciente encuesta. Sólo una región en Guatemala y tres en Honduras tenían una prevalencia por arriba del 60 por ciento en la última encuesta.



Mapa 4.2
Uso Actual de Métodos Anticonceptivos, por
Región/Departamento: Mujeres en Unión de Edad
Fértil (Última Encuesta)



Fuente de obtención de anticonceptivos

El Cuadro 4.6 y el Gráfico 4.5 presentan el porcentaje de usuarias de anticonceptivos modernos que obtuvo su método de cada tipo de fuente mostrado en el cuadro (la información para El Salvador incluye la fuente de métodos tanto modernos como tradicionales). Enfocándose en la última encuesta llevada a cabo en cada

país, la fuente de anticonceptivos varía de un país a otro. Sin embargo, todos los países tienen algo en común: El Ministerio de Salud es la principal fuente de obtención de métodos anticonceptivos en cada país, variando del 32.2 por ciento en Guatemala al 63.6 por ciento en Nicaragua. Como se muestra en el cuadro, la relativa participación del Ministerio de Salud ha ido incrementando en cada país durante la última década.

Cuadro 4.6
Tendencias en las Fuentes de Obtención de Métodos Anticonceptivos Modernos: Mujeres en Unión de Edad Fértil

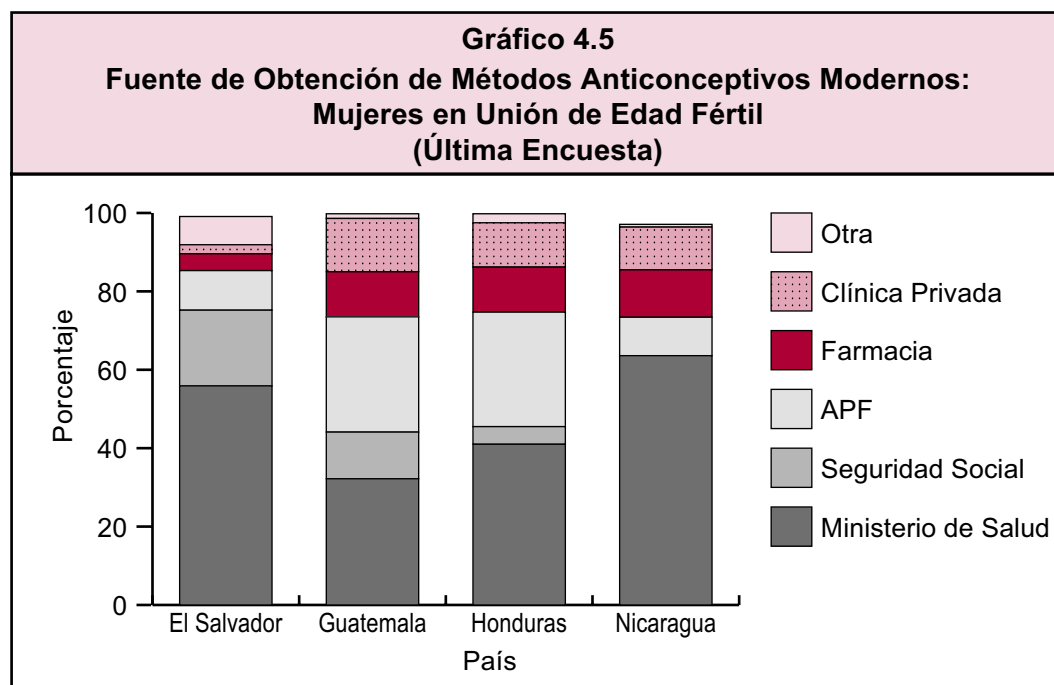
País	Año de Encuesta	Ministerio de Salud	Seguridad Social	APF [‡]	Farmacia	Clinica Privada	Otra
El Salvador*	1993	48.9	14.5	15.3	9.3	4.2	7.5
	1998	47.1	18.2	15.6	5.8	4.4	8.5
	2002/03	55.9	19.3	10.1	4.3	2.3	7.2
Guatemala [†]	1995	18.9	8.2	41.5	11.6	17.0	2.1
	1998/99	20.6	4.6	37.5	11.8	14.8	9.4
	2002	32.2	11.9	29.4	11.5	13.6	1.2
Honduras*	1991/92	30.8	7.9	24.2	14.2	20.7	2.2
	1996	27.0	7.8	37.0	13.0	11.8	2.6
	2001	41.0	4.5	29.2	11.5	11.3	2.3
Nicaragua [†]	1992/93	58.6	nd	6.0	18.0	11.8	3.6
	1998	62.0	nd	11.9	11.4	11.2	2.1
	2001	63.6	nd	9.8	12.1	10.9	0.7

* Mujeres casadas/unidas de 15-44 años de edad. Para El Salvador incluye métodos modernos y tradicionales.

† Mujeres casadas/unidas de 15-49 años de edad.

‡ Asociación de Planificación Familiar.

nd: No disponible.



La segunda fuente más importante de obtención de anticonceptivos en El Salvador es el Instituto del Seguro Social, mientras que la asociación de planificación familiar es la segunda fuente más importante de obtención en Guatemala y Honduras. En Nicaragua, las farmacias están en segundo lugar.

Mientras que la asociación de planificación familiar es la tercera fuente más importante de obtención de anticonceptivos en El Salvador, en Guatemala lo son las clínicas y médicos privados, y en Honduras y Nicaragua lo son las farmacias privadas.

En general, la relativa participación de la asociación de planificación familiar y de las clínicas privadas ha ido descendiendo durante la última década. Esto es probablemente debido al hecho de que los usuarios de los servicios de planificación familiar pueden obtener servicios y suministros a un costo más bajo (o a ningún costo) del sector público que del sector privado. El costo es particularmente importante para mujeres que han sido no usuarias de anticonceptivos por tradición, tales como mujeres rurales, pobres y menos educadas. Sin embargo, la pregunta es: ¿Por cuánto tiempo más puede el sector público proveer servicios de planificación familiar altamente subsidiados?

Deseo de usar métodos anticonceptivos entre las no usuarias

Se les preguntó a mujeres en unión y fértiles que no usaban ningún método anticonceptivo al momento de la última encuesta llevada a cabo en cada país, si planeaban usar algún método ahora o en el futuro. El deseo de uso en el futuro entre las no usuarias debe de ser tomado en cuenta cuando los proveedores de servicios de planificación familiar estiman las necesidades de anticonceptivos para sus programas. En general, entre el 43.0 por ciento (Guatemala) y el 72.5 por ciento (Honduras) deseaba usar un método anticonceptivo ahora o en el futuro (Cuadro 4.7). Se debe señalar que el porcentaje de mujeres que desea usar un método anticonceptivo no varía sustancialmente de acuerdo con el área de residencia.

De las mujeres en unión que desean usar un método anticonceptivo ahora o en el futuro, el método más preferido en todos los países es el inyectable, variando de un 31.9 por ciento en Honduras a un 43.4 por ciento en El Salvador (Cuadro 4.8 y Gráfico 4.6). En El Salvador, Guatemala y Honduras el segundo método más preferido es la esterilización femenina, mientras que en Nicaragua son los orales. Los orales están en el tercer lugar en El Salvador, Guatemala y Honduras, mientras que la esterilización femenina está en tercer lugar en Nicaragua. El porcentaje de mujeres que desea usar ritmo/Billings o retiro es relativamente pequeño en cada país. Estas preferencias contrastan con el uso actual real en el que la esterilización femenina es el método más usado en los cuatro países y los orales están en segundo lugar en Honduras y Nicaragua. Se debe señalar que un porcentaje significativo de no usuarias en El Salvador, Guatemala y Honduras está indeciso acerca del método que preferiría usar.

Cuadro 4.7				
Deseo de Usar Métodos Anticonceptivos Ahora o en el Futuro, por Área de Residencia: Mujeres en Unión de Edad Fértil, No Usuarias de Anticonceptivos (Última Encuesta)				
País	Año de Encuesta	Total	Urbana	Rural
El Salvador	2002/03*	52.1	55.5	49.4
Guatemala	2002†	43.0	46.1	40.9
Honduras	2001*	72.5	75.3	71.0
Nicaragua	2001†	61.7	62.7	60.8

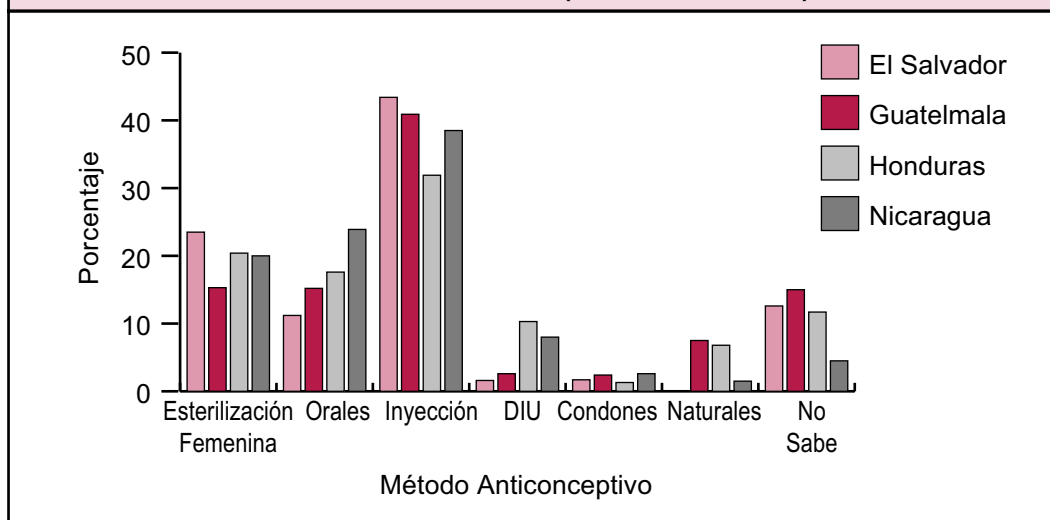
* Mujeres casadas/unidas de 15-44 años de edad.
 † Mujeres casadas/unidas de 15-44 años de edad.

Cuadro 4.8
Método Anticonceptivo Preferido: Mujeres en Unión de Edad Fértil, No Usuarias de Anticonceptivos, Quienes Desean Usar Anticonceptivos Ahora o en el Futuro (Última Encuesta)

Método Method	El Salvador 2002/03*	Guatemala 2002†	Honduras 2001*	Nicaragua 2001†
Inyectables	43.4	40.9	31.9	38.5
Est. femenina	23.5	15.3	20.4	20.0
Orales	11.2	15.2	17.6	23.9
DIU	1.6	2.6	10.3	8.0
Condomes	1.7	2.4	1.3	2.6
Ritmo/Billings	2.9	6.6	4.8	0.9
Retiro	0.3	0.9	2.0	0.6
Otro	2.7	0.6	0.1	1.0
No sabe	12.6	15.0	11.7	4.5

* Mujeres casadas/unidas de 15-44 años de edad.
 † Mujeres casadas/unidas de 15-49 años de edad.

Gráfico 4.6
Método Anticonceptivo Preferido: Mujeres en Unión de Edad Fértil, No Usuarias de Anticonceptivos, Quienes Desean Usar Anticonceptivos Ahora o en el Futuro (Última Encuesta)



Resumen de hallazgos

- El conocimiento de métodos anticonceptivos es alto; por lo menos el 91 por ciento de las mujeres y el 95 por ciento de los hombres en edad reproductiva en cada país indicó que había oído hablar de por lo menos un método. Los cuatro métodos más conocidos entre las mujeres en cada país incluyen condones, anticonceptivos orales, la inyección y la esterilización femenina.
- El uso actual de anticonceptivos es también relativamente alto en El Salvador, Honduras y Nicaragua dado que más del 61 por ciento de las mujeres en unión en edad reproductiva usaba un método al momento en que se llevó a cabo la última encuesta en cada país. En Guatemala se encontró que sólo el 43 por ciento de las mujeres en unión usaba anticonceptivos. Existen diferenciales importantes en el uso de anticonceptivos de acuerdo con el área de residencia y con la educación, con un uso más alto entre mujeres urbanas y más educadas. En todos los países hay una alta preferencia para los métodos anticonceptivos de alta eficacia, tales como la esterilización femenina, inyecciones, anticonceptivos orales y el DIU.
- El uso de métodos anticonceptivos se ha incrementado de manera continua durante la última década en cada uno de los países. En todos los países, el incremento en el uso de anticonceptivos ha sido mayor en el área rural que en el área urbana. El incremento en el uso es principalmente debido al incremento en el uso de métodos temporales, en especial la inyección.
- En todos los países, la principal fuente de obtención de anticonceptivos es el Ministerio de Salud, cuya relativa participación ha ido aumentando durante la última década. El papel de las asociaciones privadas de planificación familiar como fuente de obtención de anticonceptivos ha ido descendiendo desde finales de los 90. Las farmacias y otras fuentes son importantes proveedores en Guatemala, Honduras y Nicaragua.
- Una proporción sustancial (43 al 72 por ciento) de mujeres en unión y fértiles, que en la actualidad no usa un método anticonceptivo, desea hacerlo en algún momento en el futuro. Los tres métodos más preferidos por estas mujeres son la inyección, la esterilización femenina y los orales.

Capítulo 5

Comportamiento Sexual y Anticonceptivo de Adultos Jóvenes

Los conocimientos de salud reproductiva de los adultos jóvenes y su comportamiento sexual y anticonceptivo tienen implicaciones importantes para el futuro de la salud y bienestar de una población. Se ha estimado a nivel mundial, que casi la mitad de las infecciones nuevas de VIH y un tercio de todas las nuevas infecciones de transmisión sexual ocurre a personas menores de 25 años de edad. Además, un embarazo no planeado puede interrumpir la vida de una mujer joven al detener el avance de su educación y capacitación. Con frecuencia padres, maestros y profesionales de la salud no son capaces de comunicarse efectivamente con adultos jóvenes acerca de su vida sexual y reproductiva. En muchos países, pocas veces están preparados los jóvenes con la información, habilidad y recursos que se necesitan para hacer una transición saludable a ser adultos. Programas inadecuados y la falta de educación sexual pueden dejar a la juventud a merced de los medios masivos y de la información errónea de sus compañeros.

En la última encuesta llevada a cabo en El Salvador, Guatemala y Honduras, se incluyó un módulo de adultos jóvenes para mujeres y hombres de 15-24 años de edad. Los módulos de adultos jóvenes incluían preguntas relacionadas con la primera experiencia sexual y el comportamiento sexual actual, incluyendo el uso de anticonceptivos. Los cuestionarios femeninos también incluían preguntas del estatus educativo de la mujer al momento del primer embarazo y si su embarazo interrumpió sus estudios.

En cada una de las encuestas, la primera experiencia sexual es clasificada como premarital o marital. Si la primera pareja sexual

de la encuestada fue su esposo o compañero, la primera experiencia sexual se clasificó como marital. La experiencia sexual fue clasificada como premarital si la primera experiencia sexual ocurrió con alguien que no era su esposo o compañero o si ocurrió por lo menos un mes antes de la fecha de la primera unión.

Primera experiencia sexual

La experiencia sexual reportada de una mujer u hombre adulto joven se muestra en el Cuadro 5.1. Enfocándose primero en las mujeres, por lo menos la mitad de las mujeres de 15-24 años de edad en El Salvador y Honduras reportó experiencia sexual, comparada con el 43.0 por ciento en Guatemala. De aquellas con experiencia sexual en Guatemala y Honduras, el 27.2 y el 28.6 por ciento reportó experiencia marital, respectivamente, mientras que el 15.8 y el 27.2 por ciento reportó experiencia premarital. La situación en El Salvador es diferente ya que la mayoría de las mujeres reportó experiencia premarital (el 39.3 por ciento premarital vs. el

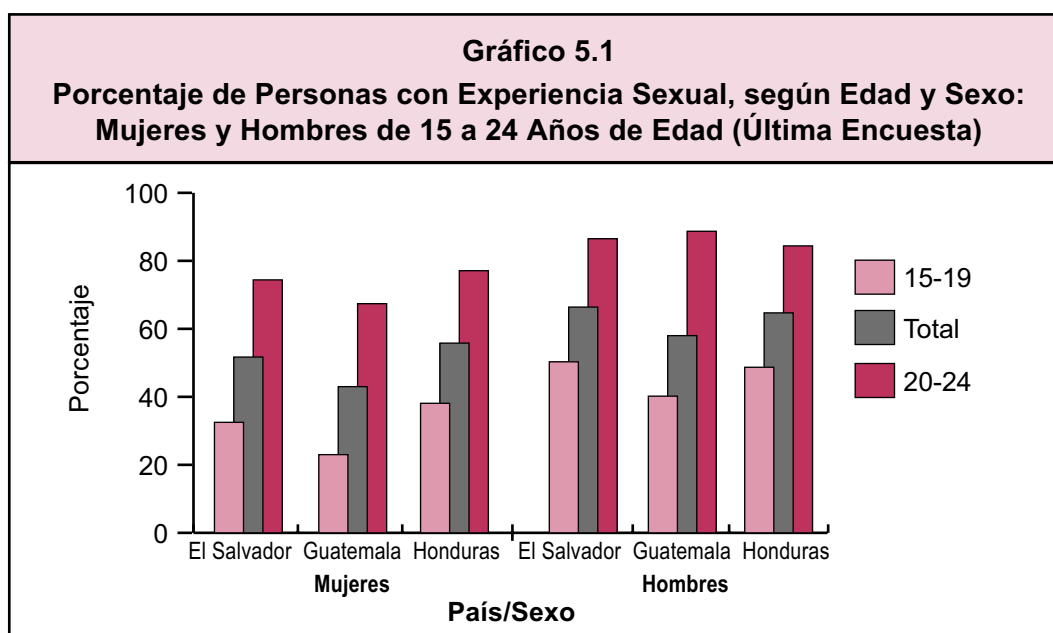
12.4 por ciento marital). Como es de esperarse, el porcentaje de adultas jóvenes con experiencia sexual aumenta en la medida que aumenta la edad, con marcadas diferencias entre adolescentes (15-19 años de edad) y jóvenes de 20-24 años de edad. (Gráfico 5.1).

Entre los hombres, del 58.0 por ciento (Guatemala) al 66.4 por ciento (El Salvador) reportó experiencia sexual. En todos los países, casi todos los hombres que reportaron experiencia sexual habían tenido relaciones sexuales premaritales. Como en las mujeres, la experiencia sexual incrementa conforme la edad incrementa, con marcadas diferencias entre adolescentes (15-19 años de edad) y jóvenes de 20-24 años de edad (Gráfico 5.1).

En Guatemala y Honduras, las mujeres rurales tenían mayor probabilidad de tener experiencia sexual que sus contrapartes urbanas, mientras que lo contrario fue el caso en El Salvador, aunque el diferencial urbano/rural es pequeño (Cuadro 5.2).

Cuadro 5.1
Clasificación de la Primera Relación Sexual de Acuerdo a su Estado Civil a ese Momento, según Edad Actual: Mujeres y Hombres de 15 a 24 Años de Edad (Última Encuesta)

País/Edad	Año de Encuesta	Mujeres				Hombres			
		Sin Experiencia Sexual	Marital	Premarital	Total	Sin Experiencia Sexual	Marital	Premarital	Total
El Salvador	2002/03								
Total		48.3	12.4	39.3	100.0	33.6	1.4	65.0	100.0
15-19		67.5	7.5	25.1	100.0	49.7	0.0	50.3	100.0
20-24		25.6	18.2	56.2	100.0	13.5	3.2	83.3	100.0
Guatemala	2002								
Total		57.0	27.2	15.8	100.0	42.0	5.4	52.6	100.0
15-19		77.0	14.2	8.8	100.0	59.8	2.4	37.8	100.0
20-24		32.6	43.1	24.4	100.0	11.3	10.6	78.2	100.0
Honduras	2001								
Total		44.2	28.6	27.2	100.0	35.3	2.2	62.5	100.0
15-19		61.9	19.9	18.2	100.0	51.3	0.6	48.1	100.0
20-24		22.9	39.0	38.1	100.0	15.6	4.1	80.3	100.0



En Guatemala y Honduras las mujeres rurales también tenían mayor probabilidad de estar en unión a la primera experiencia sexual, mientras que en El Salvador ellas tenían mayor probabilidad de estar solteras. En El Salvador y Honduras, las mujeres rurales tendían a reportar que su primera experiencia sexual fue premarital, mientras que en Guatemala un porcentaje casi igual de mujeres urbanas reportó

experiencias maritales y premaritales (cerca del 19 por ciento).

Con respecto a los hombres, en todos los países los hombres urbanos tenían mayor probabilidad a tener experiencia sexual que los hombres que viven en el área rural. Sin considerar el área de residencia, la gran mayoría de hombres con experiencia sexual reportó que su primera experiencia sexual fue premarital.

Cuadro 5.2
Clasificación de la Primera Relación Sexual de Acuerdo a su Estado Civil a ese Momento, según Área de Residencia: Mujeres y Hombres de 15 a 24 Años de Edad (Última Encuesta)

País/Área	Año de Encuesta	Mujeres				Hombres			
		Sin Experiencia Sexual		Total	Sin Experiencia Sexual		Total		
		Marital	Premarital		Marital	Premarital			
El Salvador	2002/03								
Total		48.3	12.4	39.3	100.0	33.5	1.1	65.4	100.0
Urbana		47.8	8.3	43.9	100.0	24.9	0.7	74.4	100.0
Rural		49.0	17.6	33.4	100.0	43.1	1.5	55.4	100.0
Guatemala	2002								
Total		57.0	27.2	15.8	100.0	42.0	5.4	52.6	100.0
Urbana		61.9	19.2	18.9	100.0	39.2	3.8	56.9	100.0
Rural		53.6	32.7	13.7	100.0	43.9	6.5	49.6	100.0
Honduras	2001								
Total		44.2	28.6	27.2	100.0	35.3	2.2	62.5	100.0
Urbana		49.0	19.6	31.5	100.0	29.5	1.3	69.2	100.0
Rural		39.3	37.9	22.9	100.0	40.3	3.0	56.7	100.0

Cuadro 5.3
Edad a la Primera Relación Sexual, según Área de Residencia: Mujeres de 15 a 24
Años de Edad (Última Encuesta)

País/Área	Año de Encuesta	Edad									No Recuerda	Edad Promedio
		<13	13	14	15	16	17	18	19	20–24		
El Salvador	2002/03											
Total		4.0	5.6	12.2	18.3	14.5	12.3	12.5	7.8	12.0	0.8	16.4
Urbana		2.8	4.7	10.6	18.6	13.6	12.9	13.8	8.7	13.8	0.5	16.7
Rural		5.5	6.7	14.2	18.0	15.7	11.6	10.7	6.7	9.8	1.3	16.1
Guatemala	2002											
Total		3.0	6.0	13.2	16.6	16.2	15.1	11.5	7.7	10.2	0.5	16.4
Urbana		2.3	6.6	11.5	16.0	13.8	13.8	13.0	9.2	13.7	0.2	16.6
Rural		3.4	5.6	14.1	17.0	17.5	15.9	10.7	6.9	8.2	0.6	16.2
Honduras	2001											
Total		3.9	6.0	14.2	17.1	17.2	13.7	12.3	7.0	8.4	0.3	16.2
Urbana		3.4	5.9	13.2	14.5	17.8	13.2	13.1	7.7	10.7	0.6	16.4
Rural		4.3	6.0	15.1	19.4	16.6	14.1	11.5	6.4	6.4	0.1	16.0

Edad a la primera relación sexual

Los Cuadros 5.3 y 5.4, presentan la edad a la primera experiencia sexual para mujeres y hombres, respectivamente. En la última columna de cada cuadro también se presenta la edad promedio a la primera relación sexual.

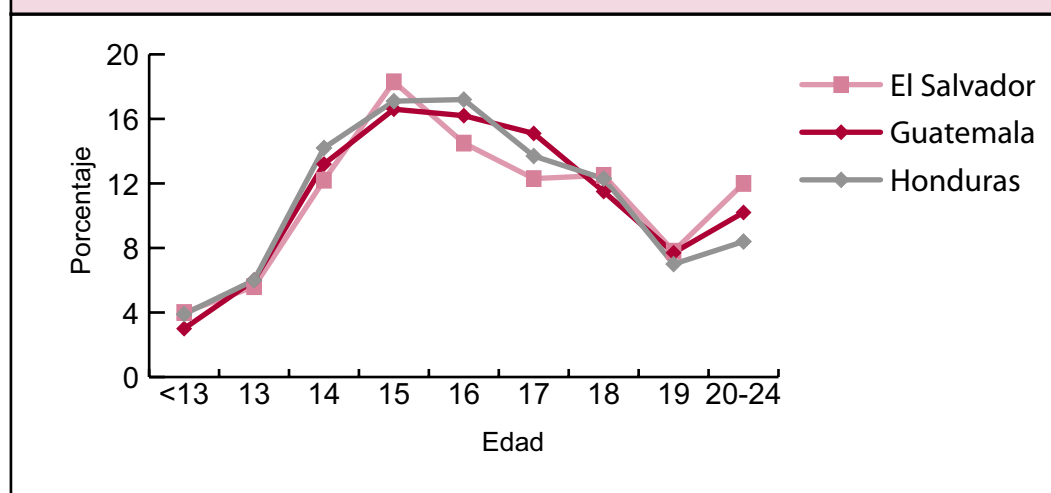
Como se muestra en el Cuadro 5.3 y el Gráfico 5.2, la edad modal a la primera experiencia sexual para mujeres es de 15-16 años de edad, ya que aproximadamente un tercio de las mujeres tiene su primera relación sexual en este intervalo de edad. Sin embargo, se debe señalar que del 22 al 24 por ciento de mujeres tiene experiencia

sexual antes de su 15° cumpleaños. Así que, para los 16 años de edad, el 54.6 por ciento (El Salvador) y el 58.4 por ciento (Honduras) de las mujeres ya ha tenido su primera experiencia sexual. La edad a la primera experiencia sexual varía de acuerdo con el área de residencia. En Honduras, por ejemplo, tres cuartas partes de las mujeres rurales tienen experiencia sexual antes de su decimoctavo cumpleaños comparadas con el 68.0 por ciento de mujeres urbanas. El diferencial es aun más grande en Guatemala— 73.6 por ciento vs. 63.9 por ciento. En resumen, en todos los países, las mujeres rurales inician la actividad sexual antes que las mujeres urbanas, como se indica la edad promedio a la primera relación sexual.

Cuadro 5.4
Edad a la Primera Relación Sexual, según Área de Residencia:
Hombres de 15 a 24 Años de Edad (Última Encuesta)

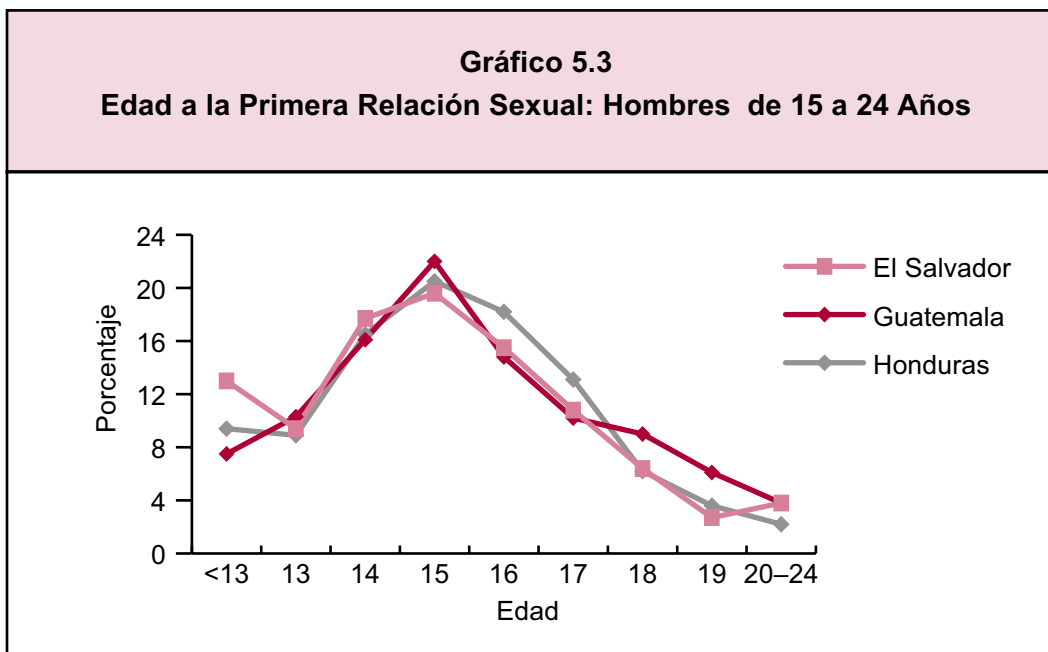
País/Área	Año de Encuesta	Edad									No Recuerda	Edad Promedio
		<13	13	14	15	16	17	18	19	20-24		
El Salvador	2002/03											
Total		13.0	9.4	17.7	19.6	15.5	10.8	6.4	2.7	3.8	1.0	15.0
Urbana		14.4	8.9	21.7	16.5	16.5	8.9	7.4	2.9	2.4	0.4	14.8
Rural		11.0	10.2	12.0	24.2	14.0	13.6	5.0	2.3	6.0	1.7	15.2
Guatemala	2002											
Total		7.5	10.3	16.1	22.0	14.8	10.2	9.0	6.1	3.8	0.2	15.5
Urbana		6.3	8.9	20.2	22.8	10.8	11.7	11.5	6.4	1.5	0.0	15.4
Rural		8.4	11.3	13.0	21.4	17.8	9.1	7.2	5.8	5.6	0.3	15.5
Honduras	2001											
Total		9.4	8.9	16.5	20.5	18.2	13.1	6.2	3.6	2.2	1.4	15.1
Urbana		11.3	10.5	15.8	19.9	18.2	12.8	6.5	2.2	1.2	1.5	15.0
Rural		7.5	7.2	17.2	21.1	18.2	13.4	5.8	5.0	3.2	1.3	15.3

Gráfico 5.2
Edad a la Primera Relación Sexual: Mujeres de 15 a 24 Años



La edad modal a la primera experiencia sexual en hombres es de 15 años (Cuadro 5.4 y Gráfico 5.3), pero surgen algunas variaciones interesantes cuando se desagregan por área de residencia. En El Salvador la edad modal en áreas urbanas es de 14 años y la edad a la primera relación sexual está altamente concentrada en las edades de 14-15 años en áreas urbanas de Guatemala. Mientras que del 21.8 por ciento al 24.0 por ciento de las mujeres tiene experiencia sexual antes de su quinceavo cumpleaños., aproximadamente un tercio de los hombres la tiene. De los hombres jóvenes con experiencia sexual, tres cuartas partes en El Salvador, 73.5 por ciento en Honduras y 70.7 por ciento en Guatemala ha tenido relaciones al cumplir los 16 años de edad. La edad promedio a la primera experiencia sexual no varía sustancialmente de acuerdo con el área de residencia. En todos los países, la primera relación sexual ocurre pronto después del quinceavo cumpleaños, un año menos que entre las mujeres.

Vale mencionar, aunque los datos de apoyo no se presenta en este informe, que la edad de la primera pareja sexual tanto para mujeres como para hombres adolescentes es más alta que su propia edad a la primera experiencia sexual. Por ejemplo, entre mujeres hondureñas que eran menores de 15 años de edad a su primera relación sexual, el 47.3 por ciento de sus primeras parejas masculinas tenía 20 años o más de edad. Los porcentajes correspondientes para El Salvador y Guatemala son 34.6 y 38.8 por ciento, respectivamente. Y, entre hombres hondureños que tenían 13-14 años de edad a la primera relación sexual, el 23.0 por ciento de sus primeras parejas femeninas tenía 18 o más años de edad. Estas diferencias en edad sugieren que la salud reproductiva de algunas mujeres y algunos hombres pudo haber estado en peligro en su primer encuentro sexual y que quizá tuvieron poco que decir en relación a iniciar o no la actividad sexual. Además, es razonable suponer que sus primeras parejas sexuales tenían experiencia sexual.



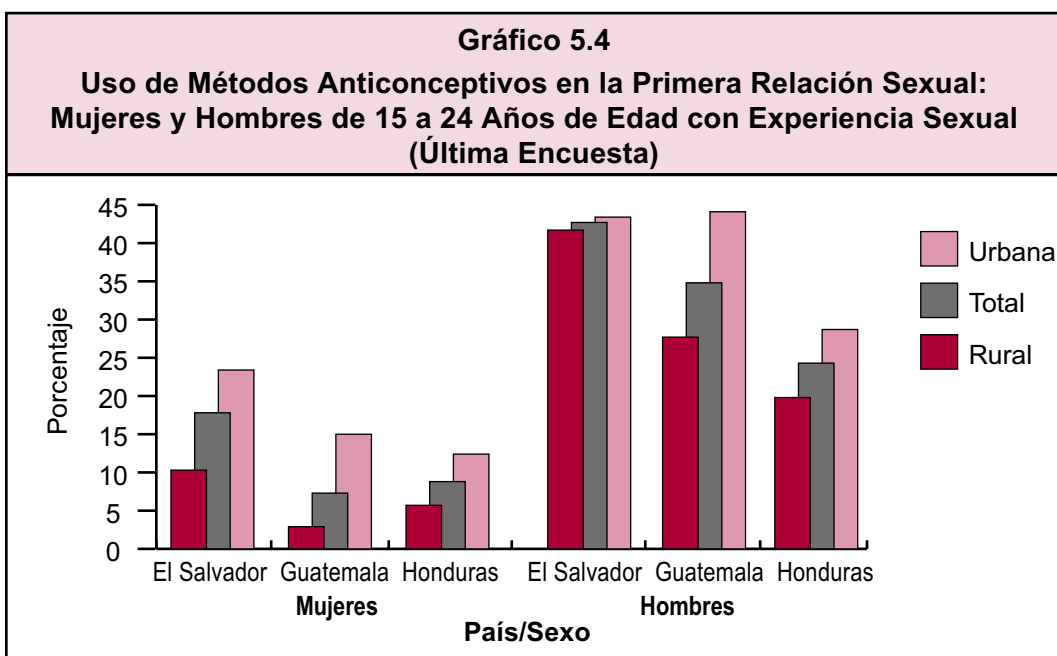
Uso de anticonceptivos a la primera relación sexual

Se les preguntó a los encuestados con experiencia sexual si ellos o sus parejas usaron algún método anticonceptivo durante su primer encuentro sexual. El Cuadro 5.5 muestra que la tasa más alta de uso de anticonceptivos en la primera relación sexual entre mujeres fue en El Salvador (17.8 por ciento). Se encontraron tasas más bajas en Honduras (8.8 por ciento) y Guatemala (7.3 por ciento). En los tres países, una mayor proporción de las mujeres que reportaron sexo premarital usó un método anticonceptivo que las mujeres que reportaron sexo marital, variando del 10.4 por ciento en Honduras al 19.6 por ciento en El Salvador. La probabilidad de uso de un método anticonceptivo en la primera relación sexual es mucho más alta en áreas urbanas que en áreas rurales en todos los países, sin considerar el estatus marital al primer encuentro sexual. Como se aprecia en el

cuadro, el uso de anticonceptivos es muy bajo en el área rural, particularmente en Guatemala y Honduras (véase Gráfico 5.4). En El Salvador y Guatemala el método más usado en la primera relación sexual fue el condón, mientras que en Honduras fue el retiro (datos no mostrados).

Dado que la gran mayoría de hombres reportó que su primer encuentro sexual fue premarital, sólo se muestra el uso total de anticonceptivos en el Cuadro 5.5. El uso en la primera relación sexual varió del 42.7 por ciento en El Salvador al 24.3 por ciento en Honduras. En Guatemala y Honduras, el uso en la primera relación sexual es sustancialmente más alto entre hombres que viven en el área urbana que entre hombres que viven en el área rural, sobretodo en Guatemala. El uso en El Salvador no varía significativamente de acuerdo con el área de residencia (véase Gráfico 5.4). Como se esperaba, el método anticonceptivo más usado por hombres en la primera relación sexual fue el condón (datos no mostrados).

Cuadro 5.5					
Uso de Anticonceptivos en la Primera Relación Sexual, por Clasificación de Dicha Relación de Acuerdo a su Estado Civil a ese Momento, según Área de Residencia: Mujeres y Hombres de 15 a 24 Años de Edad (Última Encuesta)					
País/Área	Año de Encuesta	Mujeres			Hombres Total
		Total	Marital	Premarital	
El Salvador	2002/03				
Total		17.8	12.1	19.6	42.7
Urbana		23.4	15.1	25.0	43.4
Rural		10.3	10.3	10.3	41.7
Guatemala	2002				
Total		7.3	3.8	13.2	34.8
Urbana		15.0	7.8	22.2	44.1
Rural		2.9	2.2	4.6	27.7
Honduras	2001				
Total		8.8	7.4	10.4	24.3
Urbana		12.4	12.2	12.6	28.7
Rural		5.7	4.8	7.2	19.8



Razones para no usar anticonceptivos en la primera relación sexual

El Cuadro 5.6 muestra las razones principales para no usar anticonceptivos entre encuestados con experiencia sexual que no usaron anticonceptivos en la primera relación sexual.

Una gran parte de mujeres en unión, no usó anticonceptivos porque “quería quedarse embarazada”. Esta respuesta clasificó en lo más alto en Guatemala (con 41.5 por ciento de encuestadas) y en El Salvador (con 37.7 por ciento), y en segundo lugar en Honduras (22.3 por ciento). En Honduras, la razón principal fue que “no conocía ningún método anticonceptivo” (27.5 por ciento) y fue la segunda más importante razón en Guatemala (35.9 por ciento) y en El Salvador (20.0 por ciento).

Las razones más frecuentes que dieron las mujeres no en unión para no haber usado anticonceptivos en la primera relación sexual fueron que “no esperaba tener relaciones sexuales en ese momento” y “no conocía ningún método anticonceptivo”. La primera fue la razón principal dada en El Salvador y Honduras con el 45.5 y el 31.4 por ciento de encuestadas dando esta razón, respectivamente

y clasificó en segundo lugar en Guatemala con el 22.7 por ciento. “No conocía ningún método anticonceptivo” fue la principal razón dada en Guatemala y clasificó en segundo lugar en Honduras y El Salvador. Vale señalar que el 15.8 por ciento de mujeres no en unión en Guatemala respondió que “quería quedarse embarazada” como la razón de no usar un método anticonceptivo. Esta razón fue también citada por el 7.2 y el 6.6 por ciento de mujeres que vive en Honduras y en El Salvador, respectivamente.

Entre los hombres salvadoreños y hondureños cuya primera relación sexual fue premarital, la razón más común de no usar anticonceptivos fue “no esperaba tener relaciones sexuales en ese momento”. Esta razón clasificó en segundo lugar en Guatemala. Semejante a las mujeres jóvenes no en unión, la razón más común dada por los hombres guatemaltecos fue “no conocía ningún método anticonceptivo” (46.9 por ciento). Esta razón clasificó en segundo lugar en El Salvador y en tercero en Honduras (29.8 y 25.6 por ciento, respectivamente). En Honduras, la segunda razón más mencionada fue que “era la primera vez que tenía relaciones sexuales”, indicando que el encuestado y/o su pareja creían que no era posible para una mujer quedar embarazada la primera vez que tuviera relaciones sexuales.

Cuadro 5.6
Razones Principales por las Cuales No Usaron Anticonceptivos en la
Primera Relación Sexual: Mujeres y Hombres de 15 a 24 Años
de Edad (Última Encuesta)

	El Salvador 2002/03	Guatemala 2002	Honduras 2001
Mujeres			
Razón—Marital			
Deseaba tener un hijo	37.7	41.5	22.3
No conocía ningún método	20.0	35.9	27.5
Oposición de la pareja	10.3	4.2	6.1
No le gusta usar anticonceptivos	6.0	7.4	11.9
Anticonceptivos peligrosos para la salud	5.8	0.6	nd
No esperaba tener relaciones en ese momento	5.3	0.3	4.1
Era la primera vez	nd	nd	11.1
Razón—Premarital			
No esperaba tener relaciones en ese momento	45.5	22.7	31.4
No conocía ningún método	18.7	33.7	23.5
Deseaba tener un hijo	6.6	15.8	7.2
Oposición de la pareja	6.3	2.7	4.5
No le gusta usar anticonceptivos	2.9	7.7	8.7
Era la primera vez	nd	nd	8.0
Hombres			
Razón—Premarital			
No esperaba tener relaciones en ese momento	37.7	23.1	32.4
No conocía ningún método	29.8	46.9	25.6
Tuve confianza en mi pareja	5.3	nd	1.1
No tuvo un método en ese momento	4.8	3.9	nd
No le gusta usar anticonceptivos	4.0	10.3	nd
Era la primera vez	nd	7.1	27.1
nd: No disponible.			

Actividad sexual reciente

Los Cuadros 5.7 y 5.8 muestran el porcentaje de encuestados con experiencia sexual de 15-24 años de edad que tuvo relaciones sexuales durante los 30 días previos a la encuesta, y el porcentaje que usó un método anticonceptivo. Enfocándose primero en las mujeres, del 61.6 por ciento (El Salvador) al 69.0 por ciento (Guatemala) tuvo relaciones sexuales durante los 30 días previos a la encuesta (Cuadro 5.7). Como se esperaba, la mayoría de las mujeres en unión en cada país reportó actividad sexual (más del 80 por ciento). De las mujeres previamente en unión (mujeres separadas, divorciadas o

viudas) del 12.2 por ciento (Guatemala) al 20.2 por ciento (Honduras) reportó actividad sexual actual. De aquellas mujeres solteras con experiencia sexual, del 20.1 por ciento (Guatemala) al 27.8 por ciento (El Salvador) reportó haber tenido relaciones sexuales por lo menos una vez en los 30 días previos a la encuesta.

El uso de anticonceptivos entre mujeres que tuvieron relaciones sexuales en el mes previo a la encuesta cambia de país a país, variando del 36.0 por ciento en Guatemala al 60.8 por ciento en El Salvador. Honduras no estaba lejos de

Cuadro 5.7			
Actividad Sexual y Uso de Anticonceptivos en los 30 Días Previos a la Entrevista, según Estado Civil: Mujeres de 15 a 24 Años con Experiencia Sexual (Última Encuesta)			
País/Estado Civil	Año de Encuesta	Tuvo Relaciones	Usó Anticonceptivos
El Salvador	2002/03		
Total		61.6	60.8
Casada/unida		80.9	63.9
Antes casada/unida		16.7	47.3
Soltera		27.8	50.4
Guatemala	2002		
Total		69.0	36.0
Casada/unida		80.2	35.4
Antes casada/unida		12.2	*
Soltera		20.1	*
Honduras	2001		
Total		66.5	58.4
Casada/unida		83.4	58.4
Antes casada/unida		20.2	62.4
Soltera		24.6	53.7
nd: No disponible.			
* Menos de 25 casos.			

Cuadro 5.8			
Actividad Sexual y Uso de Anticonceptivos en los 30 Días Previos a la Entrevista, según Estado Civil: Hombres de 15 a 24 Años con Experiencia Sexual (Última Encuesta)			
País/Estado Civil	Año de Encuesta	Tuvo Relaciones	Usó Anticonceptivos
El Salvador	2002/03		
Total		45.3	62.1
Alguna vez casado/unido		73.9	62.6
Soltero		33.8	61.7
Guatemala	2002		
Total		54.8	42.7
Alguna vez casado/unido		90.2	37.1
Soltero		36.0	53.5
Honduras	2001		
Total		42.3	61.9
Alguna vez casado/unido		76.9	54.5
Soltero		25.3	72.1

El Salvador con el 58.4 por ciento de las mujeres reportando uso de anticonceptivos. Se debe señalar que al menos el 50 por ciento de las mujeres solteras que vive en El Salvador y Honduras usó un método anticonceptivo, mientras que cerca del 50 por ciento en cada país no lo hizo. Al comparar el Cuadro 5.7 con el Cuadro 5.5 es obvio que un porcentaje mucho más alto de mujeres jóvenes adultas y sexualmente activas está usando un método anticonceptivo en la actualidad más que al momento de su primera experiencia sexual.

Entre los hombres, del 42.3 por ciento (Honduras) al 54.8 por ciento (Guatemala) reportó actividad

sexual durante los 30 días previos a la encuesta (Cuadro 5.8). En las tres poblaciones, hubo mucha más actividad sexual reportada entre los hombres alguna vez casados comparada con la de los solteros, que varió del 25.3 por ciento en Honduras al 36.0 por ciento en Guatemala. Un porcentaje casi igual de hombres (62 por ciento) que vive en El Salvador y Honduras usó un método anticonceptivo durante los 30 días previos a la encuesta, mientras que sólo el 42.7 por ciento de hombres guatemaltecos reportó uso. Entre hombres solteros, el uso de anticonceptivos varió del 53.5 por ciento en Guatemala al 72.1 por ciento en Honduras.

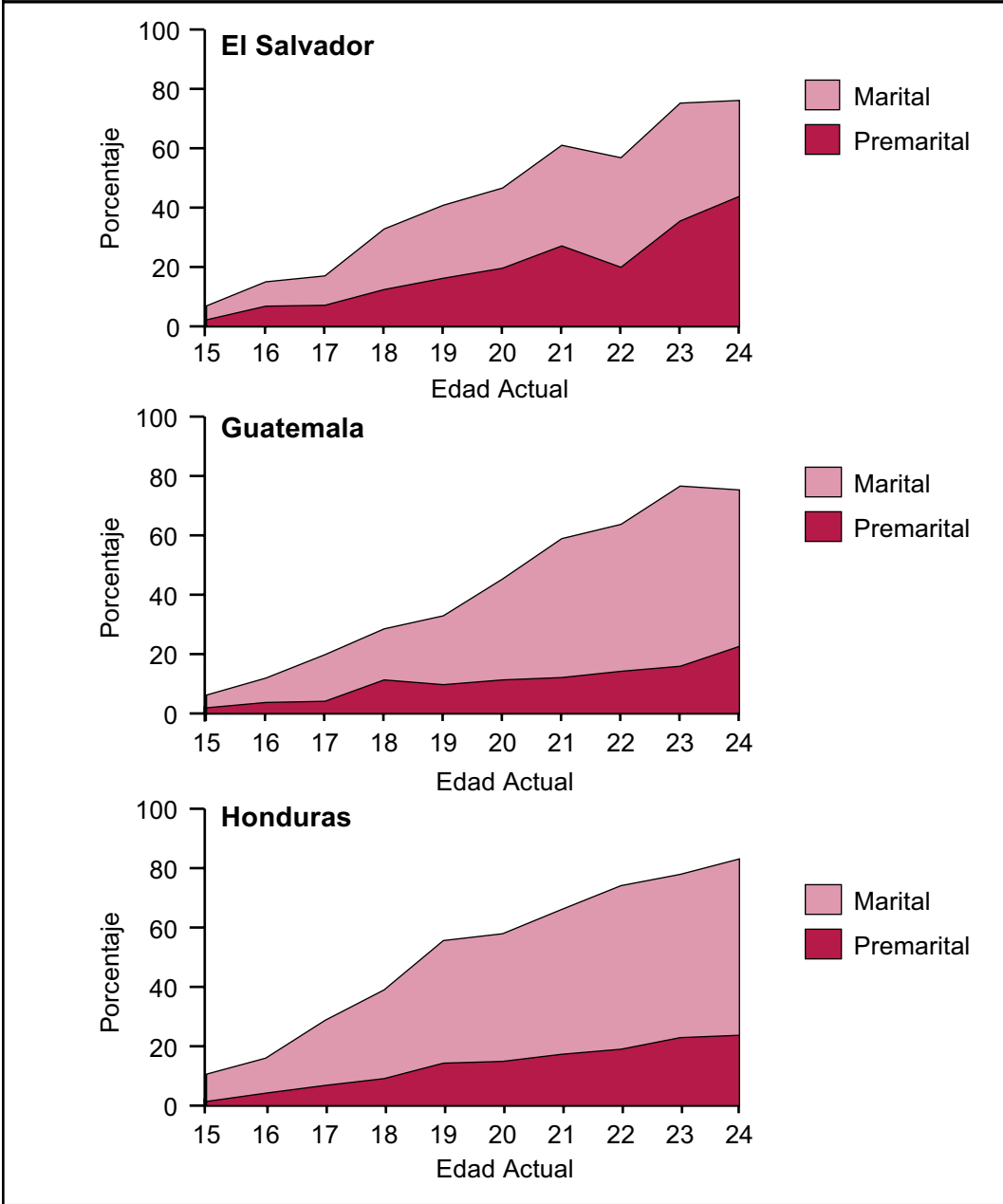
Primer embarazo

El Cuadro 5.9 y el Gráfico 5.5 muestran el porcentaje de todas las mujeres de 15-24 años de edad que ha estado embarazada alguna vez en su vida, por edad actual. En general, el 48.3 por ciento de las mujeres que vive en Honduras reportó haber estado embarazada alguna vez comparado con el 40.9 por ciento en El Salvador y el 38.5 por ciento en Guatemala. Como se esperaba, una mayor proporción de embarazos fue concebida después del matrimonio que antes del mismo. En Honduras, para cuando las mujeres tienen 17 años de edad, el 28.7 por ciento ha estado embarazada y para cuando

tienen 20 años de edad, el 57.8 por ciento. Los porcentajes correspondientes para El Salvador y Guatemala son el 17.0 y el 46.7 por ciento, y el 19.8 y el 45.3 por ciento, respectivamente. En todas las edades el porcentaje de embarazos concebido después del matrimonio es más alto que aquél concebido antes del matrimonio. Sin embargo, se debe señalar que del 11.3 por ciento (Guatemala) al 19.6 por ciento (El Salvador) de las mujeres de 20 años de edad reportó que su primer embarazo fue concebido antes del matrimonio. En general, el porcentaje de primeros embarazos que fue concebido antes del matrimonio se incrementa conforme la edad de la encuestada aumenta.

Cuadro 5.9 Porcentaje de Mujeres de 15 a 24 Años que Alguna Vez Ha Estado Embarazada, por Edad Actual, según Estado Civil al Momento que Supo que Estaba Embarazada (Última Encuesta)												
País/ Estado Civil	Año de Encuesta	Total	Edad Actual									
			15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
El Salvador	2002/03											
Total		40.9	6.9	14.9	17.0	32.7	40.8	46.7	61.1	56.8	75.3	76.1
Marital		22.8	4.7	8.2	9.9	20.4	24.6	27.0	33.9	36.9	39.7	32.3
Premarital		18.1	2.2	6.8	7.1	12.4	16.2	19.6	27.1	19.9	35.5	43.8
Guatemala	2002											
Total		38.5	6.2	11.9	19.8	28.5	32.9	45.3	58.9	63.7	76.6	75.3
Marital		28.7	4.3	8.2	15.7	17.2	23.2	34.0	46.8	49.5	60.7	52.7
Premarital		9.8	1.9	3.7	4.1	11.3	9.7	11.3	12.1	14.2	15.9	22.6
Honduras	2001											
Total		48.3	10.7	16.0	28.7	39.0	55.6	57.8	66.1	74.1	77.9	83.1
Marital		35.8	9.2	11.8	21.9	29.9	41.3	43.0	48.8	55.1	55.0	59.4
Premarital		12.6	1.4	4.2	6.8	9.1	14.3	14.9	17.3	19.0	22.9	23.7

Gráfico 5.5
Porcentaje de Mujeres de 15 a 24 Años que Alguna Vez Ha Estado Embarazada, por Edad Actual, según Estado Civil al Momento que Supo que Estaba Embarazada (Última Encuesta)



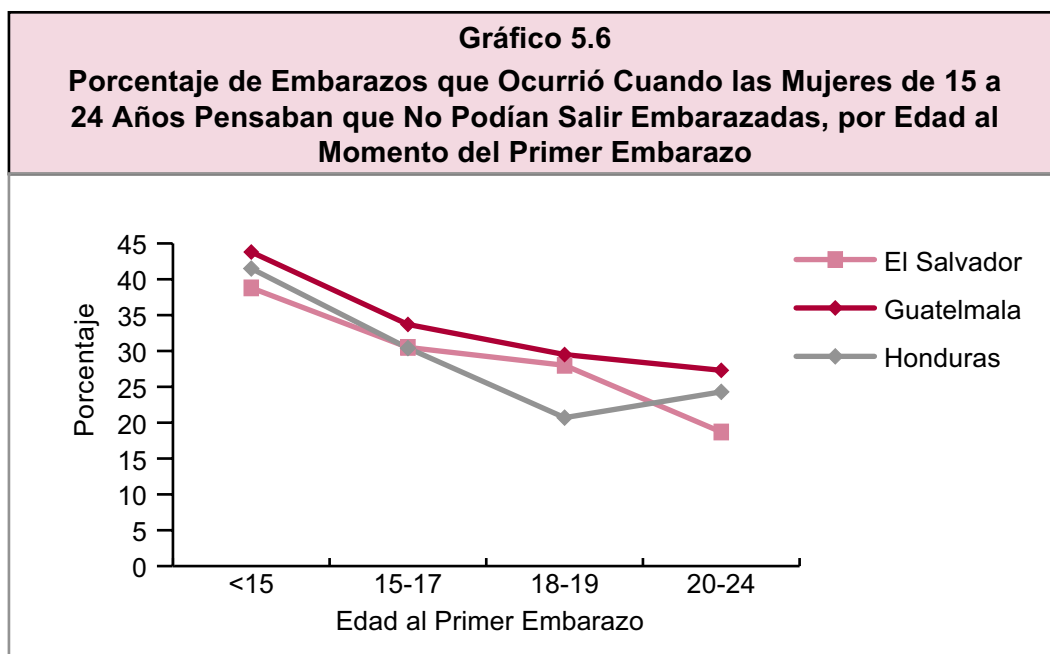
De las mujeres que alguna vez estuvieron embarazadas, una proporción sustancial no creía que podía quedarse embarazada en el momento que se quedó embarazada por primera vez, variando del 28.2 por ciento en Honduras al 32.6 por ciento en Guatemala (Cuadro 5.10). En los tres países, el porcentaje que creía que no se

podía quedar embarazada descende conforme la edad en el primer embarazo incrementa (Gráfico 5.6). No obstante, es interesante que del 18.7 al 27.3 por ciento de las mujeres de 20-24 años de edad en su primer embarazo no creía que podía quedarse embarazada cuando lo hizo.

Cuadro 5.10
Porcentaje de Embarazos que Ocurrió Cuando las Mujeres de 15 a 24 Años Pensaban que No Podían Salir Embarazadas, según Edad al Momento del Primer Embarazo (Última Encuesta)

Edad al Primer Embarazo	El Salvador 2002/03	Guatemala 2002	Honduras 2001
Total	28.5	32.6	28.2
< 15	38.8	43.8	41.5
15-17	30.5	33.7	30.4
18-19	28.0	29.5	20.7
20-24	18.7	27.3	24.3

Gráfico 5.6
Porcentaje de Embarazos que Ocurrió Cuando las Mujeres de 15 a 24 Años Pensaban que No Podían Salir Embarazadas, por Edad al Momento del Primer Embarazo



La razón mencionada con más frecuencia por mujeres salvadoreñas en relación a creer que no podían quedarse embarazadas la primera vez fue que “tuve relaciones sexuales no frecuentes”, mientras que las principales razones en Guatemala y Honduras fueron que “era la primera vez que tenía relaciones sexuales” y “no creí que tenía la edad suficiente para quedarme embarazada”, respectivamente (Cuadro 5.11). Del 7.4 por ciento (Honduras) al 19.3 por ciento (El Salvador) de mujeres reportó que su “pareja dijo que no me iba a quedar embarazada”.

También, el 13.8 y el 15.5 por ciento de mujeres en El Salvador y Honduras, respectivamente, reportó que “creí que no estaba en mi periodo fértil”, mientras que el 13.3 por ciento de mujeres guatemaltecas reportó que “no sabía cuando era mi periodo fértil”.

Del 27.3 por ciento (Guatemala) al 40.8 por ciento (El Salvador) de primeros embarazos no fue planeado (Cuadro 5.12). En general, la proporción de primeros embarazos que no fue planeado desciende conforme la edad en el primer embarazo incrementa.

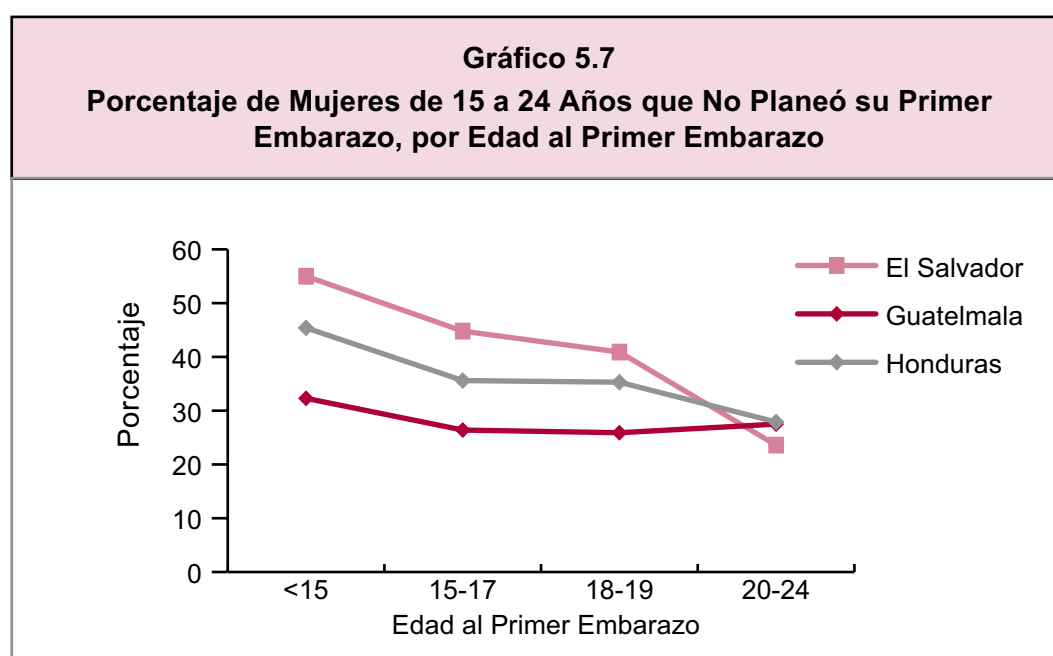
Cuadro 5.11			
Razones Principales por las Cuales las Mujeres Pensaban que No Podían Salir Embarazadas: Mujeres de 15 a 24 Años que Han Estado Embarazadas Alguna Vez (Última Encuesta)			
Razones	El Salvador 2002/03	Guatemala 2002	Honduras 2001
No tenía relaciones frecuentes	25.3	9.7	5.5
Pareja dijo que no quedaría embarazada	19.3	11.8	7.4
Era la primera vez que tuvo relaciones	18.2	30.8	16.1
Creía que no estaba en su período fértil	13.8	nd	15.5
Creía que no tenía la edad	10.3	16.4	32.2
Ya había tenido relaciones y no salí embarazada	nd	nd	7.8
No conocía su período fértil	nd	13.3	nd
nd: No disponible.			

Cuadro 5.12			
Porcentaje de Mujeres de 15 a 24 Años que No Planeó su Primer Embarazo, según Edad al Primer Embarazo (Última Encuesta)			
Edad al Primer Embarazo	El Salvador 2002/03	Guatemala 2002	Honduras 2001
Total	40.8	27.3	35.7
< 15	55.0	32.3	45.4
15–17	44.8	26.4	35.6
18–19	40.9	25.9	35.3
20–24	23.6	27.5	27.9

Esta relación es más fuerte en El Salvador, seguido por Honduras y es relativamente pequeña en Guatemala (gráfico 5.7). Es interesante notar que un sorprendente 45.0 a 67.7 por ciento de mujeres, que tenía menos de 15 años de edad al primer embarazo, en efecto planeó su primer embarazo. En otras palabras, estos embarazos fueron deseados por estas mujeres adolescentes.

En El Salvador, el 25.2 por ciento de las mujeres era estudiante al momento de quedarse embarazada por primera vez, mientras que sólo el 11.9 y el 12.8 por ciento de las mujeres que vive

en Guatemala y Honduras, respectivamente, era estudiante (Cuadro 5.13). Sólo el 9.8 por ciento de mujeres guatemaltecas que tenía menos de 15 años de edad a su primer embarazo era estudiante, proporción que se incrementa al 17.3 por ciento en Honduras y al 32.6 por ciento en El Salvador. De la misma manera, del 12.0 por ciento (Guatemala) al 30.2 por ciento (El Salvador) de mujeres de 15-17 años de edad estaba en la escuela al momento de su primer embarazo. Estos hallazgos sugieren que la única alternativa de carrera disponible para estas mujeres al momento de su primer embarazo era “la maternidad”.



Cuadro 5.13
Porcentaje de Mujeres de 15 a 24 Años que Era Estudiantes Cuando Supieron que Estaban Embarazadas por Primera Vez, según Edad al Primer Embarazo (Última Encuesta)

Edad al Primer Embarazo	El Salvador 2002/03	Guatemala 2002	Honduras 2001
Total	25.2	11.9	12.8
< 15	32.6	9.8	17.3
15-17	30.2	12.0	12.7
18-19	22.4	13.3	11.4
20-24	12.4	11.6	12.0

Aproximadamente del 37 al 39 por ciento de mujeres que era estudiante al momento de su primer embarazo continuó sus estudios después de que terminó su embarazo (Cuadro 5.14). En Guatemala, el 39.2 por ciento continuó sus estudios, mientras que el 38.5 y el 37.3 por ciento de las mujeres en Honduras y El Salvador, respectivamente, regresó al salón

de clases. Como se muestra en el cuadro, la probabilidad de regresar al salón de clases después de completar el primer embarazo se incrementa sustancialmente conforme se incrementa el nivel educativo al momento del primer embarazo. El porcentaje que regresa a la escuela es por debajo del 20 por ciento.

Cuadro 5.14		
Porcentaje de Mujeres de 15 a 24 Años que Volvió a Estudiar Después que Terminaron su Primer Embarazo, según Nivel de Instrucción al Momento de Interrumpir sus Estudios (Última Encuesta)		
País/Nivel al Embarazarse	Año de Encuesta	Porcentaje
El Salvador	2002/03	
Total		37.3
1-6		15.4
7+		41.0
Guatemala	2002	
Total		39.2
Primaria		9.5
Secundaria+		43.4
Honduras	2001	
Total		38.5
0-6		15.0
7+		44.9

Educación sexual

La amenaza de las crecientes tasas de infecciones de VIH/SIDA, crecientes tasas de relaciones sexuales premaritales y otros cambios relacionados con los comportamientos de salud reproductiva y sexual, y las crecientes imágenes sexuales en los medios, ha planteado preguntas acerca de la cobertura y calidad de la educación sexual en la región. En general, los esfuerzos para educar a los adultos jóvenes en sexualidad, embarazo y salud sexual no han sido estandarizados, les falta cobertura nacional y con frecuencia están limitados en el campo y marco de tiempo.

El Cuadro 5.15 muestra el porcentaje de todas las mujeres y los hombres de 15-24 años de edad que ha estado expuesto a charlas o cursos sobre

varios temas relacionados con la sexualidad y salud reproductiva. Por ejemplo, sólo el 28.5 por ciento de las mujeres en Guatemala ha recibido información acerca de la menstruación, comparado con el 42.4 por ciento de mujeres hondureñas y el 84.7 por ciento de mujeres salvadoreñas. De la misma manera, el porcentaje de mujeres que ha recibido información acerca de métodos anticonceptivos varía del 25.8 por ciento en Guatemala al 76.9 por ciento en El Salvador. En El Salvador la mayoría de las encuestadas indicó que la información acerca de la salud reproductiva y anticoncepción fue aprendida en la escuela (datos no mostrados). En general, la probabilidad de haber estado expuesta a los varios temas mostrados en el cuadro es la más baja en Guatemala y la más alta en El Salvador.

Cuadro 5.15			
Recepción de Información Sobre Temas de Sexualidad y Salud Reproductiva: Mujeres y Hombres de 15 a 24 Años de Edad (Última Encuesta)			
Sexo/Tema	El Salvador 2002/03	Guatemala 2002	Honduras 2001
<u>Mujeres</u>			
Menstruación	84.7	28.5	42.4
VIH/SIDA	76.4	28.0	42.1
Relaciones sexuales	75.3	28.0	38.2
Embarazo y parto	77.5	25.9	37.9
Aparato reproductor	68.4	26.8	37.8
Cambios físicos del cuerpo	68.5	25.6	36.9
Métodos anticonceptivos	76.9	25.8	34.2
<u>Hombres</u>			
Menstruación	68.9	28.7	19.0
VIH/SIDA	62.0	36.1	28.9
Relaciones sexuales	68.9	34.4	25.6
Embarazo y parto	67.9	27.3	20.4
Aparato reproductor	75.1	32.0	21.7
Cambios físicos del cuerpo	66.5	31.5	19.3
Métodos anticonceptivos	57.9	30.7	18.2

Con la excepción de los guatemaltecos, los hombres han estado menos expuestos a los temas individuales mostrados en el cuadro de lo que han estado las mujeres. Usando la menstruación como ejemplo otra vez, sólo el 19.0 por ciento de los hombres hondureños reportó haber recibido alguna vez información acerca de este tema, comparado con el 42.4 por ciento de mujeres hondureñas. Quizá esta es la razón por la que los hombres les dijeron a sus parejas sexuales que no se podían quedar embarazadas (véase Cuadro 5.11). En Honduras, más mujeres que hombres han estado expuestas a información sobre VIH/SIDA, lo que es un hallazgo interesante, dado el número de charlas que ha sido presentado a ambos sexos sobre este tema en ese país.

En los tres países, existen indicios de que una mayor proporción de mujeres y hombres de 15-19 años de edad ha estado expuesta a información sexual y de salud reproductiva que mujeres y hombres de 20-24 años de edad (datos no mostrados), lo que indica que la promoción de la salud en las escuelas ha incrementado en años recientes.

Resumen de hallazgos

- Por lo menos la mitad de mujeres adultas jóvenes en El Salvador y Honduras reportó experiencia sexual comparada con el 43.0 por ciento de mujeres en Guatemala. El porcentaje de hombres de 15-24 años de edad que tenía experiencia sexual asciende del 58.0 por ciento en Guatemala al 64.7 por ciento en Honduras y al 66.4 por ciento en El Salvador.
- Más mujeres adultas jóvenes que viven en Guatemala y Honduras que reportaron experiencia sexual han tenido relaciones sexuales maritales que relaciones sexuales premaritales, mientras que en El Salvador es el caso contrario. La gran mayoría de hombres adultos jóvenes en los tres países reportaron relaciones sexuales premaritales.
- La edad modal a la primera experiencia sexual tanto para mujeres como para hombres en los tres países es de alrededor de 15-16 años de

edad. Entre mujeres que tienen experiencia sexual, la edad promedio a la primera relación sexual varía de 16.2 a 16.4 años, mientras que entre los hombres varía de 15.0 a 15.5 años.

- En todos los países, una proporción más alta de mujeres con experiencia sexual premarital reportó que ellas o sus parejas usaron anticonceptivos al primer encuentro en comparación con las mujeres cuya primera experiencia sexual fue al momento del matrimonio. Tanto para las mujeres como para los hombres, el uso de un método anticonceptivo al momento de la primera relación sexual fue sustancialmente más alto en el área urbana.
- Las dos razones principales para no usar un método anticonceptivo entre mujeres cuya primera relación sexual fue premarital fueron “no esperaba tener relaciones sexuales en ese momento” y “no conocía ningún método anticonceptivo.” Estas son las mismas razones dadas por los hombres en El Salvador y Guatemala, mientras que en Honduras la segunda razón más mencionada fue “era la primera vez que tenía relaciones sexuales.”
- De las mujeres y los hombres que eran sexualmente activos durante los 30 días previos a la entrevista, una mayor proporción usó anticonceptivos que al momento de su primera relación sexual.
- En general, el 48.3 por ciento de mujeres de 15-24 años de edad que vive en Honduras reportó haber estado embarazada alguna vez comparado con el 40.9 por ciento en El Salvador y el 38.5 por ciento en Guatemala. En Honduras, para cuando las mujeres tienen 20 años, el 57.8 por ciento ha estado embarazada. Los porcentajes correspondientes para El Salvador y Guatemala son el 46.7 por ciento y el 45.3 por ciento, respectivamente. En todas las edades, el porcentaje de embarazos concebidos después del matrimonio es más alto que el de aquellos concebidos antes del matrimonio.

- De las mujeres que han estado embarazadas alguna vez, una proporción sustancial no creía que se pudiera quedar embarazada al momento que se embarazó por primera vez, variando de un 28 por ciento en Honduras y El Salvador a un 32.6 por ciento en Guatemala.
- Un sorprendente 45.0 a 67.7 por ciento de mujeres que tenía menos de 15 años de edad al primer embarazo en realidad lo deseaba.
- La probabilidad de adultos jóvenes que recibe información sobre varios temas relacionados con la sexualidad y la salud reproductiva de charlas y cursos sobre educación sexual es particularmente baja en Guatemala y Honduras. Parece que la fuente más importante de información sobre asuntos sexuales para muchas personas jóvenes es los amigos o compañeros.

Capítulo

6



VIH/SIDA

Los primeros casos de VIH/SIDA en El Salvador y Guatemala fueron registrados en 1984, mientras que los primeros casos en Honduras y Nicaragua fueron registrados en 1985 y 1987, respectivamente. Desde entonces, el número de personas infectadas con VIH ha incrementado a un ritmo acelerado, particularmente en Honduras, Guatemala y El Salvador. Para el año 2002, Honduras había reportado el mayor número de casos en forma oficial (17,199), seguido de Guatemala (4,923), El Salvador (4,278) y Nicaragua (997). En todos los países, la principal ruta de transmisión de VIH es por contacto sexual, en la mayor parte heterosexual. Asimismo, en todos los

países, los hombres cuentan con la mayoría de los casos, sin embargo, la razón hombre/mujer de casos reportados está acercando a uno rápidamente. Los hombres y mujeres más afectados por la epidemia tienen de 20-34 años de edad. En general, la epidemia se concentra en las áreas urbanas y comerciales de cada país. Los resultados de los estudios de vigilancia centinela llevados a cabo en cada país muestran que la infección del VIH es relativamente alta entre las trabajadoras del sexo y entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Este capítulo examina el conocimiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA, cómo se transmiten VIH/SIDA y qué se puede hacer para prevenirlo. Dado que muchos puntos del cuestionario eran diferentes para Nicaragua y similares para los otros tres países, la información y la discusión se enfocan en El Salvador, Guatemala y Honduras. Cuando la información nicaragüense es comparable se incluye en la presentación.

Conocimiento de gonorrea y sífilis

En las más recientes encuestas en El Salvador, Guatemala y Honduras, se les preguntó a los encuestados si habían oído hablar de un número específico de ITS y de VIH/SIDA. En Nicaragua, se les preguntó a los encuestados si habían oído hablar de alguna ITS que no fuera VIH/SIDA, sin especificar las diversas infecciones. Los resultados de la encuesta en Nicaragua muestran

que el 49.9 por ciento de mujeres de 15-49 años de edad había oído hablar de por lo menos una ITS y que el conocimiento es mayor en las áreas urbanas (60.8 por ciento) que en las áreas rurales (31.1 por ciento) (datos no mostrados).

El Cuadro 6.1 y el Gráfico 6.1 muestran el porcentaje de mujeres y hombres que viven en El Salvador, Guatemala y Honduras que ha oído hablar de la gonorrea y sífilis. Estas dos ITS clásicas son las más reconocidas ITS en cada uno de los países, indicando que el conocimiento de las otras ITS investigadas es relativamente bajo. El conocimiento de gonorrea entre mujeres varió de un 46.1 por ciento en Guatemala a cerca del 61 por ciento en El Salvador y Honduras. De igual manera, el conocimiento de sífilis varió del 33.0 por ciento en Guatemala al 55.5 por ciento en El Salvador. En los tres países, el conocimiento de ambas infecciones fue el más bajo entre mujeres que viven en el área rural.

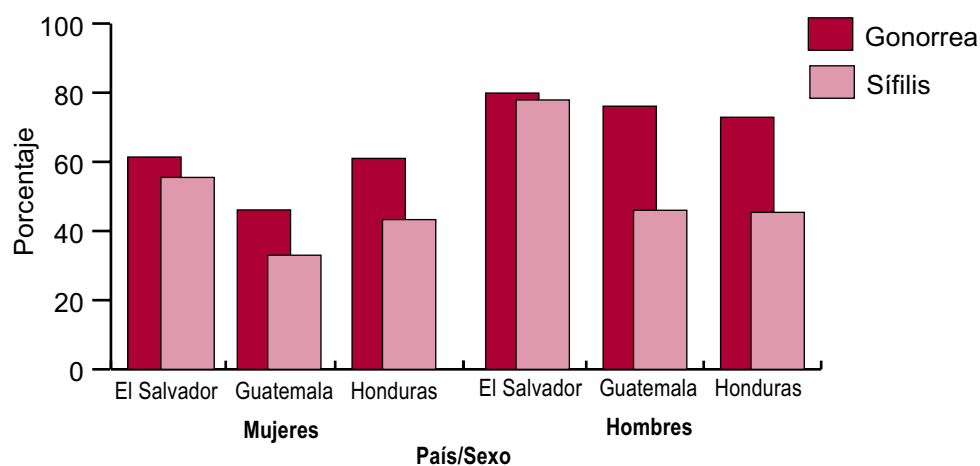
Como se muestra en el cuadro y en el gráfico, un porcentaje más alto de hombres ha oído hablar de gonorrea y sífilis comparado con las mujeres. El conocimiento de ambas infecciones es más alto y similar en El Salvador, mientras que el conocimiento de sífilis es sustancialmente más bajo que el de gonorrea en Honduras y Guatemala. Como fue el caso de las mujeres, el conocimiento de ambas infecciones es menor en el área rural.

Cuadro 6.1
Conocimiento de Gonorrea y Sífilis, según Área de Residencia:
Mujeres de Edad Fértil y Hombres de 15 a 59 Años de Edad
(Última Encuesta)

País/Área	Año de Encuesta	Mujeres		Hombres	
		Gonorrea	Sífilis	Gonorrea	Sífilis
El Salvador*	2002/03				
Total		61.4	55.5	79.9	77.9
Urbana		72.9	66.7	88.5	87.6
Rural		46.4	40.8	71.9	69.0
Guatemala*	2002				
Total		46.1	33.0	76.1	46.0
Urbana		61.2	47.1	85.9	61.2
Rural		35.0	22.7	68.9	34.9
Honduras†	2001				
Total		61.0	43.3	72.9	45.4
Urbana		74.0	57.3	84.8	60.4
Rural		47.6	28.9	62.9	32.9

* Mujeres de 15-49 años de edad.
† Mujeres de 15-44 años de edad.

Gráfico 6.1
Conocimiento de Gonorrea y Sífilis: Mujeres de Edad Fértil y
Hombres de 15 a 59 Años de Edad (Última Encuesta)



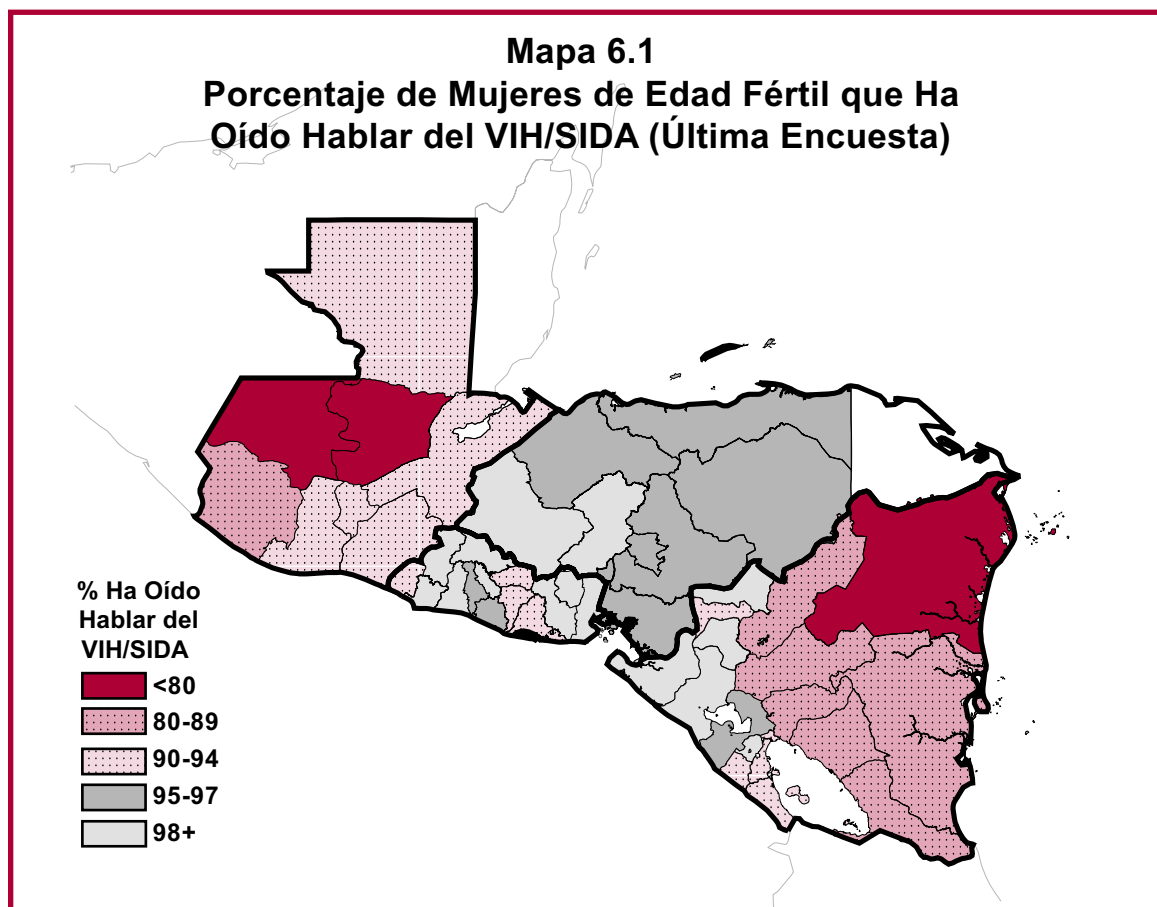
Conocimiento de VIH/SIDA

En Honduras, casi todas las mujeres han oído hablar del VIH/SIDA (Cuadro 6.2 y Mapa 6.1). El conocimiento de VIH/SIDA es más bajo en El Salvador (96.1 por ciento), Nicaragua (92.8 por ciento) y en Guatemala (85.6 por ciento). Mientras que el conocimiento es consistentemente alto en todas las regiones de

Honduras, los otros países muestran patrones regionales divergentes. Nicaragua es el más pronunciado con la región de la costa noroeste del Pacífico mostrando niveles altos de conocimiento, mientras que la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN) muestra el más bajo. En los cuatro países, el conocimiento de esta infección es mayor en áreas urbanas, lo que sugiere una necesidad de promover conciencia de VIH en las áreas rurales, especialmente en Guatemala y Nicaragua..

Cuadro 6.2 Conocimiento de VIH/SIDA y Porcentaje que Sabe que Una Persona que Se Ve Sana Puede Transmitir el VIH, y que No Existe Curación Para el SIDA, según Área de Residencia: Mujeres de Edad Fértil y Hombres de 15 a 59 Años de Edad (Última Encuesta)							
País/Área	Año de Encuesta	Mujeres			Hombres		
		Ha Oído Hablar de VIH/SIDA	Conoce que VIH Puede Ser Asintomática	Conoce que No Existe Curación para SIDA	Ha Oído Hablar de VIH/SIDA	Conoce que VIH Puede Ser Asintomática	Conoce que No Existe Curación para SIDA
El Salvador*	2002/03						
Total		96.1	74.4	87.1	98.0	83.7	86.7
Urbana		98.1	80.8	88.4	99.7	89.5	89.3
Rural		93.5	66.1	85.4	96.4	78.4	84.3
Guatemala*	2002						
Total		85.6	68.8	84.0	94.8	75.3	82.4
Urbana		93.7	75.8	86.5	97.6	80.2	83.4
Rural		79.7	62.7	81.8	92.8	71.6	81.6
Honduras†	2001						
Total		99.2	82.5	86.7	99.6	91.8	87.1
Urbana		99.8	87.6	88.8	99.5	95.3	90.0
Rural		98.6	77.3	84.5	99.6	88.8	84.8
Nicaragua*	2001						
Total		92.8	75.0	nd	nd	nd	nd
Urbana		97.4	84.5	nd	nd	nd	nd
Rural		84.7	58.8	nd	nd	nd	nd

* Mujeres de 15-49 años de edad.
† Mujeres de 15-44 años de edad.
nd: No disponible.



A las mujeres que han oído hablar de VIH/SIDA, se les preguntó si creían que una persona puede estar contagiada con el VIH y no presentar signos o síntomas de la enfermedad. El conocimiento de que el VIH/SIDA puede ser asintomático es un indicador del conocimiento de las mujeres de VIH/SIDA más que una

simple conciencia de la enfermedad. Como se muestra en la tercera columna del Cuadro 6.2, casi el 83 por ciento de las mujeres en Honduras sabe que una persona puede tener VIH y no presentar síntomas. En los otros países, entre el 68.8 por ciento (Guatemala) y el 75.0 por ciento (Nicaragua) sabía esto. En todos los

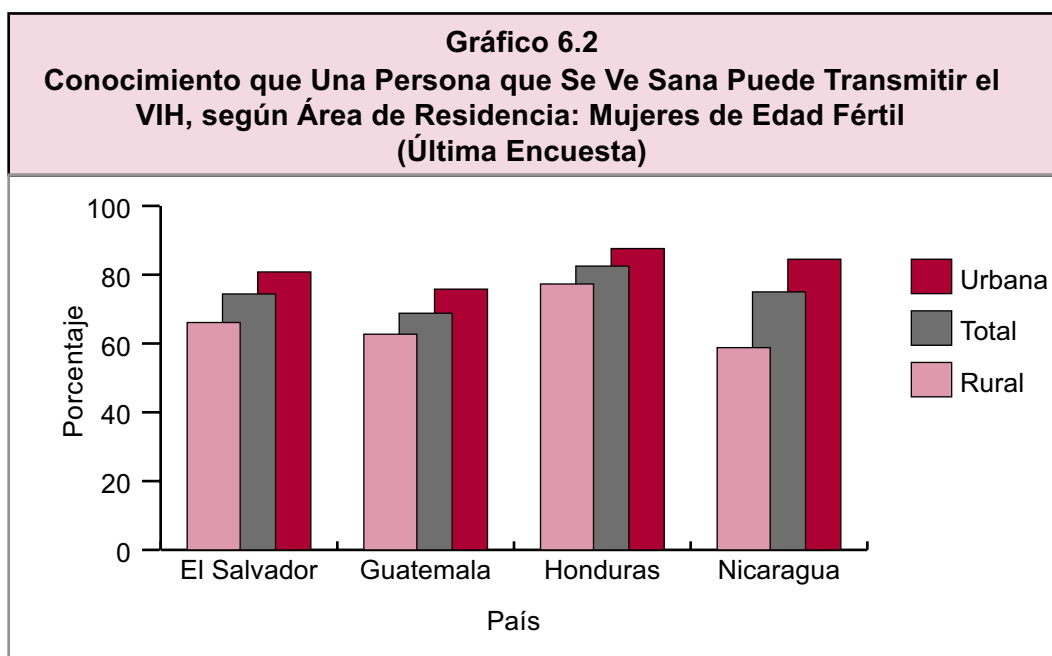
países, hay una amplia brecha entre las mujeres urbanas y rurales en relación al conocimiento de que el VIH es asintomático, particularmente en Nicaragua (Gráfico 6.2 y Mapa 6.2).

En El Salvador, Guatemala y Honduras, por lo menos el 84.0 por ciento de las mujeres sabe que no existe cura para el SIDA (cuarta columna del Cuadro 6.2). El conocimiento de este hecho es ligeramente más alto entre mujeres urbanas.

Los hombres también demostraron un alto conocimiento de VIH/SIDA, siendo este conocimiento casi universal entre hombres hondureños (Cuadro 6.2). Comparando hombres y mujeres, una mayor proporción de hombres guatemaltecos está consciente del VIH/SIDA que de mujeres guatemaltecas, con una diferencia de alrededor de 10 puntos porcentuales. Como se muestra en la sexta columna del Cuadro 6.2, casi el 92 por ciento de los hombres en Honduras sabe que una persona puede tener VIH y no presentar síntomas (Gráfico 6.3). En los otros países, entre el 75.3 por ciento (Guatemala) y el 83.7 por ciento (El Salvador) sabía esto. Al comparar la cuarta columna con la séptima columna en el Cuadro 6.2, se puede ver que un porcentaje casi igual de mujeres y hombres en cada país sabe que no existe cura para el SIDA.

Maneras para prevenir la transmisión de VIH/SIDA

Las encuestas en El Salvador, Guatemala y Honduras usaron una pregunta para averiguar el conocimiento de las mujeres y hombres acerca de la prevención de VIH/SIDA. Esencialmente, se les pidió a los encuestados que mencionaran espontáneamente las maneras de prevención que conocían. En El Salvador el diseño de cuestionario se adaptó para ajustarse a las necesidades del indicador de UNAIDS e incluía un sondeo específico sobre abstinencia, monogamia y el uso del condón en todas las relaciones sexuales. Como resultado en El Salvador, los indicadores en “espontaneidad” de respuestas puede ser bajo porque los entrevistadores quizá no les dieron suficiente tiempo a los entrevistados para responder. Para propósito de la siguiente comparación el enfoque es en el porcentaje de mujeres y hombres que pudo mencionar espontáneamente dos o más maneras de prevenir la transmisión de VIH/SIDA con alguna mención adicional de tasas de sondeo de respuestas para El Salvador.



Mapa 6.2
Porcentaje de Mujeres de Edad Fértil que Sabe que Una Persona que Se Ve Sana Puede Transmitir el VIH, por Región/Departamento (Última Encuesta)

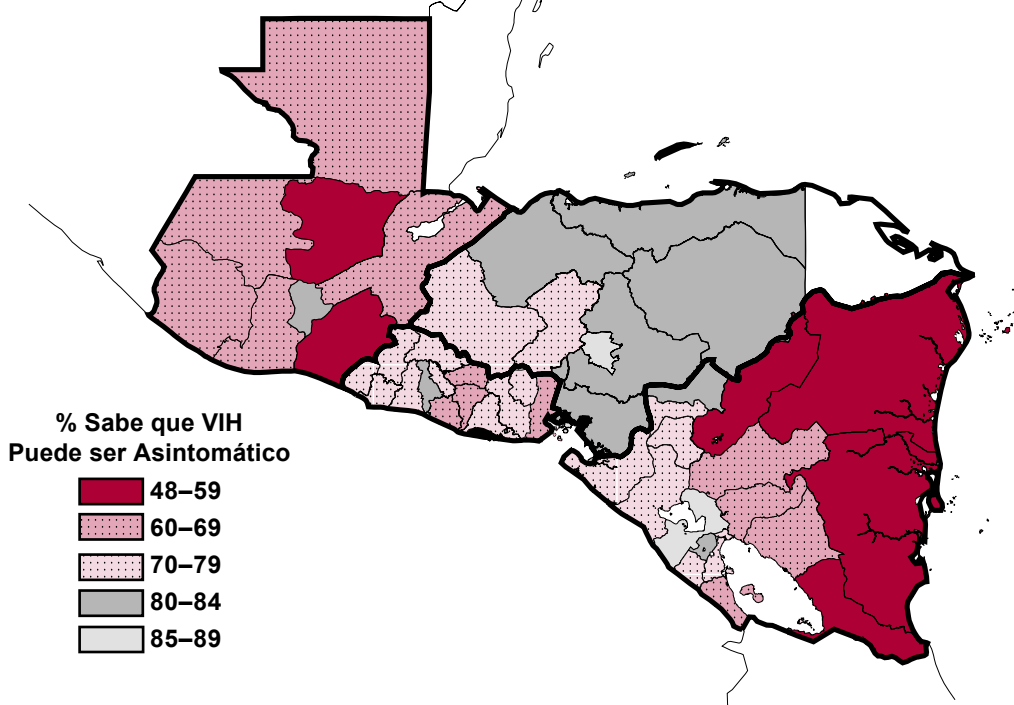
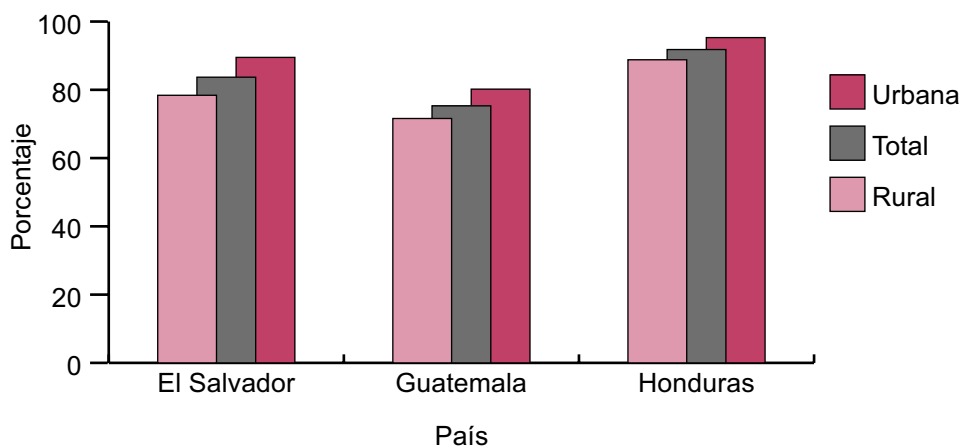


Gráfico 6.3
Conocimiento que Una Persona que Se Ve Sana Puede Transmitir el VIH, según Área de Residencia: Hombres de 15 a 59 Años de Edad (Última Encuesta)



Como se muestra en el Cuadro 6.3, el 44.8 y el 41.2 por ciento de las mujeres en Guatemala y Honduras, respectivamente, pudo mencionar dos o más formas de prevenir la transmisión de VIH/SIDA, comparado con sólo el 23.1 por ciento en El Salvador. Con el sondeo de formas específicas de prevención el porcentaje en El Salvador se eleva al 87.5 por ciento. El diferencial urbano/rural en El Salvador y Guatemala fue de 9 y 11 puntos porcentuales, respectivamente, a favor del área urbana, mientras que en Honduras fue de 19 puntos porcentuales. Vale señalar que proporciones sustanciales de mujeres no podían mencionar espontáneamente al menos una manera para prevenir la transmisión de VIH/SIDA. El más bajo porcentaje se encuentra en Guatemala (11.1 por ciento) seguido por Honduras con 18.1 por ciento. El cuarenta por ciento de las mujeres en El Salvador no mencionó espontáneamente ninguna forma de prevención, pero esto cae al 5.8 por ciento cuando se sondeó sobre maneras específicas.

En cada país, un porcentaje más alto de hombres que de mujeres mencionó dos o más formas de prevenir la transmisión de VIH/SIDA. El diferencial masculino/femenino más grande se encontró en Honduras – 20 puntos porcentuales. El porcentaje de hombres que mencionó dos o más formas para prevenir el VIH/SIDA fue más bajo en El Salvador (29.6 por ciento), seguido de Guatemala (47.2 por ciento) y el más alto en Honduras (61.2 por ciento). Con el sondeo, el porcentaje en El Salvador se eleva a cerca del 90 por ciento. Como se esperaba, los hombres urbanos tienen mayor probabilidad de mencionar dos o más formas de prevención que los hombres rurales. El porcentaje de hombres que no podía mencionar al menos una manera es bastante bajo, 6.1 y 4.0 por ciento en Guatemala y Honduras, respectivamente, pero alto (23.6 por ciento) en El Salvador. De nuevo, con el sondeo este porcentaje cae al 3.2 por ciento en El Salvador.

Cuadro 6.3							
Número de Maneras Mencionado Espontáneamente Para Prevenir la Transmisión de VIH, según Área de Residencia: Mujeres de Edad Fértil y Hombres de 15 a 59 Años de Edad (Última Encuesta)							
País/Área	Año de Encuesta	Mujeres			Hombres		
		Número de Maneras			Número de Maneras		
		0	1	2+	0	1	2+
El Salvador*	2002/03						
Total		40.3	36.6	23.1	23.6	46.8	29.6
Urbana		33.4	39.4	27.1	16.7	49.2	34.2
Rural		49.2	32.9	17.9	30.0	44.5	25.5
Guatemala*	2002						
Total		11.1	44.1	44.8	6.1	46.6	47.2
Urbana		7.3	42.0	50.7	3.5	45.5	51.0
Rural		14.4	46.0	39.7	8.8	47.5	44.3
Honduras†	2001						
Total		18.1	40.7	41.2	4.0	34.8	61.2
Urbana		9.0	40.4	50.6	2.1	30.4	67.5
Rural		27.5	40.9	31.6	5.5	38.6	55.9

* Mujeres de 15-49 años de edad.
† Mujeres de 15-44 años de edad.

El Cuadro 6.4 presenta el porcentaje de mujeres y hombres que mencionó las formas de prevención principales de transmisión sexual de VIH/SIDA – abstinencia, monogamia y el uso consistente y correcto de los condones. Como se muestra en el cuadro, el porcentaje de mujeres que mencionó la abstinencia es relativamente bajo en cada uno de los países, variando del 13.0 por ciento en El Salvador al 25.0 por ciento en Guatemala. Aproximadamente el doble de mujeres mencionó la monogamia en cada país, mientras que del 27.8 por ciento (El Salvador) al 54.3 por ciento (Guatemala) mencionó el uso de condones. Con la excepción del uso de los condones, el diferencial urbano/rural para las otras formas de prevención es relativamente bajo en Honduras y Guatemala. En El Salvador el diferencial urbano/rural es alto tanto para monogamia como para el uso de condones, favoreciéndole mayor conocimiento en áreas urbanas.

Un porcentaje muy pequeño de hombres en cada país mencionó espontáneamente la abstinencia

como una forma de prevenir la transmisión de VIH/SIDA. Un porcentaje más alto de hombres en Honduras mencionó monogamia (64.3 por ciento), que hombres en Guatemala (40.0 por ciento) y en El Salvador (24.0 por ciento). En Honduras y Guatemala más hombres que mujeres mencionaron el consistente y correcto uso del condón, pero el porcentaje de hombres que mencionó esta forma de prevención es sorprendentemente bajo en los tres países, variando del 8.4 en El Salvador al 59.3 en Honduras. Es interesante señalar que las mujeres, comparadas con los hombres, tienen mayor probabilidad de mencionar el uso del condón en El Salvador. Además, al hacer el sondeo, el 70.2 por ciento de las mujeres y el 62.0 por ciento de los hombres en El Salvador reconoció que el uso del condón como una forma de prevenir la transmisión sexual de VIH/SIDA (datos no mostrados). Como fue el caso de las mujeres, el diferencial urbano/rural para abstinencia y monogamia es relativamente pequeño en los tres países.

Cuadro 6.4							
Porcentaje que Mencionó las Tres Formas de Prevención Primaria de la Transmisión Sexual del VIH, según Área de Residencia: Mujeres de Edad Fértil y Hombres de 15 a 59 Años de Edad (Última Encuesta)							
País/Área	Año de Encuesta	Mujeres			Hombres		
		Abstinencia	Monogamia	Usar Condones	Abstinencia	Monogamia	Usar Condones
El Salvador*	2002/03						
Total		13.0	25.4	27.8	9.4	24.0	8.4
Urbana		14.1	29.6	33.7	12.6	29.8	11.1
Rural		11.4	19.9	19.9	6.5	18.6	5.9
Guatemala*	2002						
Total		25.0	42.2	34.7	5.0	40.0	42.2
Urbana		23.4	43.7	41.0	7.9	39.7	50.7
Rural		26.8	41.0	29.3	2.9	40.3	35.7
Honduras†	2001						
Total		22.6	43.6	54.3	6.3	64.3	59.3
Urbana		23.4	44.8	60.1	8.0	66.3	63.5
Rural		21.7	42.3	47.5	4.8	62.5	55.5

* Mujeres de 15-49 años de edad.

† Mujeres de 15-44 años de edad.

Conocimiento y uso de la prueba para detectar el VIH

Una proporción significativa de mujeres y hombres ha oído hablar de la prueba para detectar el VIH (Cuadro 6.5 y Gráfico 6.4). Entre las mujeres, el conocimiento de la prueba es más alto en El Salvador (72.1 por ciento) y más bajo en Guatemala (56.7 por ciento), mientras que entre los hombres, el conocimiento es más alto en Honduras (75.7 por ciento) y más bajo en Guatemala (61.3 por ciento). Se deben de señalar diferencias importantes entre encuestados urbanos y rurales tanto para mujeres como para hombres.

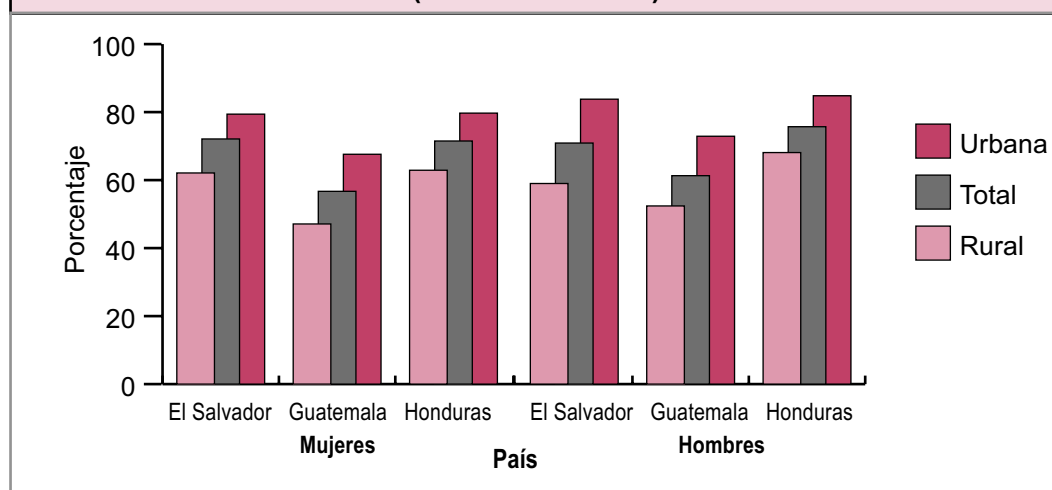
El Cuadro 6.6 muestra el porcentaje de mujeres y hombres que está consciente de la prueba del VIH, de acuerdo con el nivel de educación de los encuestados. Para los dos sexos en cada país, el conocimiento de la prueba aumenta conforme el nivel de educación de los encuestados aumenta. Usando a Guatemala como ejemplo, mientras que sólo el 30.1 por ciento de las mujeres sin educación formal está consciente de la prueba, el 95.1 por ciento de las mujeres que ha ido a la universidad tiene conocimiento de esta prueba. Se encontró un patrón similar de conocimiento entre hombres guatemaltecos.

Cuadro 6.5
Conocimiento de la Prueba del VIH, según Área de Residencia: Mujeres de Edad Fértil y Hombres de 15 a 59 Años de Edad (Última Encuesta)

País/Área	Año de Encuesta	Mujeres	Hombres
El Salvador*	2002/03		
Total		69.4	70.9
Urbana		77.9	83.8
Rural		58.3	59.0
Guatemala*	2002		
Total		56.7	61.3
Urbana		67.6	72.9
Rural		47.1	52.4
Honduras†	2001		
Total		71.5	75.7
Urbana		79.7	84.8
Rural		62.9	68.1

* Mujeres de 15-49 años de edad.
† Mujeres de 15-44 años de edad.

Gráfico 6.4
Conocimiento de la Prueba del VIH, según Área de Residencia y Sexo: Mujeres de Edad Fértil y Hombres de 15 a 59 Años de Edad (Última Encuesta)



En general, el porcentaje de mujeres y hombres que se ha hecho la prueba del VIH es relativamente bajo en los países para los que existe información (Cuadro 6.6, columnas 3 y 4). La probabilidad de haberse realizado la prueba alguna vez es similar entre mujeres en El Salvador y Honduras (11.9 por ciento), mientras que el 13.1 por ciento de hombres en El Salvador y el 17.0 por ciento en Honduras se ha realizado la prueba. El porcentaje de mujeres

en Nicaragua que ha realizado la prueba es del 6.6. En todos los países el porcentaje de mujeres y hombres que se ha hecho la prueba aumenta conforme el nivel educativo de mujeres y hombres aumenta. Este hallazgo sugiere que la percepción propia del riesgo de contraer VIH/SIDA puede ser más alta entre mujeres y hombres con más educación que entre mujeres y hombres con menor educación.

Cuadro 6.6
Conocimiento de la Prueba del VIH y el Porcentaje que Alguna Vez Ha Usado la Prueba, según Nivel de Educación: Mujeres de Edad Fértil y Hombres de 15 a 59 Años de Edad (Última Encuesta)

País/Educación	Año de Encuesta	Conoce la Prueba		Se Ha Hecho la Prueba	
		Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
El Salvador*	2002/03				
Total		69.4	70.9	11.9	13.1
Ninguna		50.4	49.0	6.1	4.5
0-3		55.8	56.8	6.5	4.1
4-6		62.6	71.6	7.7	8.9
7-9		73.4	73.9	11.0	12.4
10+		86.2	92.1	20.8	27.3
Guatemala*	2002				
Total		56.7	61.3	nd	nd
Ninguna		30.1	32.0	nd	nd
Primaria		48.9	51.0	nd	nd
Secundaria		79.3	82.0	nd	nd
Superior		95.1	90.2	nd	nd
Honduras†	2001				
Total		71.5	75.7	11.9	17.0
Ninguna		51.2	57.9	3.1	5.5
1-3		61.7	70.3	6.2	9.6
4-6		69.6	75.5	8.8	16.0
7+		85.1	89.5	21.6	30.6
Nicaragua	2001				
Total		nd	nd	6.6	nd
Ninguna		nd	nd	1.8	nd
1-3		nd	nd	1.9	nd
4-6		nd	nd	4.7	nd
Secundaria		nd	nd	8.7	nd
Superior		nd	nd	17.6	nd

* Mujeres de 15-49 años de edad.
† Mujeres de 15-44 años de edad.
nd: No disponible.

Estigmas y discriminación

Con la propagación de las infecciones de VIH por todo el mundo, también hubo una creciente ola de estigmas asociados con la propagación. Al inicio de la epidemia, hubo mucha información incorrecta acerca de VIH/SIDA, por consiguiente, hubo la vinculación con los estigmas. El estigma social que rodea al SIDA fue debido en parte a su posible etiología de bisexualidad u homosexualidad, relaciones extramaritales y uso de drogas. Sin embargo, en años recientes, se han hecho esfuerzos en varios países para disminuir los estigmas y la discriminación en contra de personas que viven con el virus.

En la encuesta más reciente llevada a cabo en los cuatro países y analizada en este informe, hubo una serie de preguntas diseñadas para medir los niveles de estigma y discriminación que enfrentan las personas que viven con VIH/SIDA. En este informe, no es posible presentar todos los hallazgos de cada encuesta, así que sólo se presentan algunos de los resultados en el Cuadro 6.7. Los lectores interesados en mayor información se remiten a los informes individuales de cada país.

Hubo una pregunta común para las cuatro encuestas: “¿Usted cuidaría de un miembro de la familia con VIH/SIDA en su propia casa?” Como se muestra en el Cuadro 6.7, por lo menos el 70 por ciento de las mujeres que vive en El Salvador, Honduras y Nicaragua cuidaría de un miembro de la familia en su casa, mientras que sólo el 62.0 por ciento de las mujeres

guatemaltecas dijo que haría esto. En todos los países, menos mujeres rurales que urbanas cuidarían de un miembro de la familia que vive con VIH/SIDA, encontrando los diferenciales urbanos/rurales más grandes en Nicaragua y Guatemala.

Entre las mujeres salvadoreñas, sólo el 39.8 por ciento compraría verduras de un vendedor que tuviera SIDA, y en Guatemala y Honduras, menos del 50 por ciento de las mujeres permitiría que una persona con VIH/SIDA continuara trabajando. En El Salvador y Nicaragua del 42.7 al 47.1 por ciento de las mujeres mantendría en secreto que un miembro de la familia tiene VIH/SIDA. Se deben de señalar importantes diferencias urbanas/rurales para estas situaciones.

En relación a los hombres, casi el mismo porcentaje de hombres que de mujeres en El Salvador, Guatemala y Honduras cuidarían de un miembro de la familia que vive con SIDA. Menos hombres que mujeres en El Salvador comprarían verduras de un vendedor que vive con SIDA y menos hombres que mujeres en Honduras permitirían que una persona con VIH/SIDA continuara trabajando. Sin embargo, menos hombres que mujeres en El Salvador mantendrían en secreto que un miembro de la familia tiene VIH/SIDA.

En base al análisis anterior, las mujeres y los hombres rurales tienen mayor probabilidad de ser discriminatorio con personas que viven con VIH/SIDA que mujeres y hombres urbanos, aunque no siempre hay un patrón claro.

Cuadro 6.7
Actitudes de Aceptación Frente a las Personas que Viven con el VIH, según Área de Residencia: Mujeres de Edad Fértil y Hombres de 15 a 59 Años de Edad (Última Encuesta)

País/Área	Año de Encuesta	Mujeres					Hombres						
		Cuidaría un Familiar en Su Casa*	Compraría Verduras de un Vendedor†	Permitiría Seguir Trabajando‡	Mantendría Como Secreto§	Cuidaría un Familiar en Su Casa*	Compraría Verduras de un Vendedor†	Permitiría Seguir Trabajando‡	Mantendría Como Secreto§				
El Salvador [¶]	2002/03												
Total		74.6	39.8	nd	42.7	72.8	34.8	nd	35.6				
Urbana		76.2	44.5	nd	49.1	78.3	44.3	nd	44.8				
Rural		72.4	33.4	nd	33.8	67.6	25.7	nd	26.9				
Guatemala	2002												
Total		62.0	nd	49.8	nd	63.4	nd	48.1	nd				
Urbana		70.7	nd	61.7	nd	73.3	nd	61.8	nd				
Rural		54.5	nd	39.4	nd	55.7	nd	37.5	nd				
Honduras	2001												
Total		74.1	nd	42.5	nd	75.1	nd	32.4	nd				
Urbana		78.8	nd	52.8	nd	81.6	nd	45.8	nd				
Rural		69.2	nd	31.6	nd	69.7	nd	21.1	nd				
Nicaragua	2001												
Total		70.5	nd	nd	47.1	nd	nd	nd	nd				
Urbana		76.6	nd	nd	52.7	nd	nd	nd	nd				
Rural		58.4	nd	nd	36.0	nd	nd	nd	nd				

nd: No disponible.

* Cuidaría un miembro de familia infectado con VIH/SIDA.

† Compraría verduras de un vendedor infectado con SIDA.

‡ Permitiría personas con VIH/SIDA seguir trabajando.

§ Mantendría como secreto que un miembro de familia tiene VIH/SIDA.

¶ Incluye solamente personas que ha oído hablar de VIH/SIDA.

Conocimiento y uso de condones

Entre el 93.5 por ciento y el 97.6 por ciento de las mujeres de 15-49 años de edad en El Salvador, Honduras y Nicaragua ha oído hablar de los condones al momento de la última encuesta (Cuadro 6.8 y Gráfico 6.5). Esto se compara con

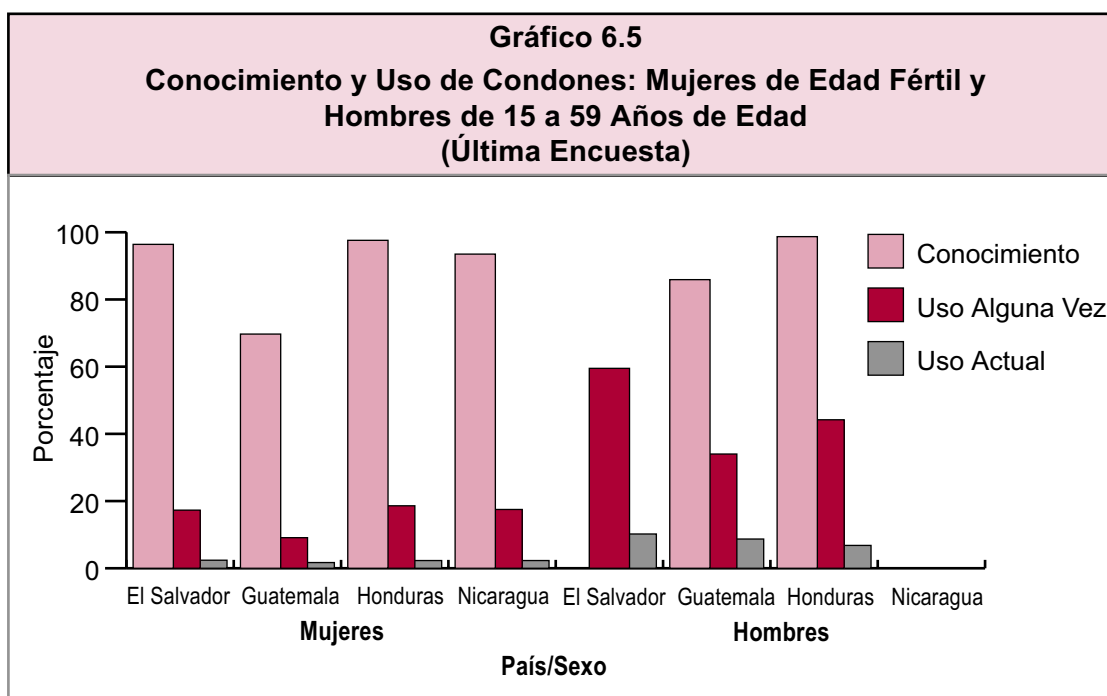
una consciencia de los condones en Guatemala de sólo el 69.7 por ciento, el cual varía de un 59.6 por ciento entre mujeres rurales a un 83.4 por ciento entre mujeres urbanas. Comparado con el conocimiento de condones, el uso regular de condones es bajo en cada país y el uso actual es extremadamente bajo, variando del 1.7 por ciento en Guatemala al 2.3 y 2.4 por ciento en los otros países.

Cuadro 6.8
Conocimiento y Uso de Condones, según Área de Residencia: Mujeres de 15 a 49 Años y Hombres de 15 a 59 Años (Última Encuesta)

País/Área	Año de Encuesta	Mujeres			Hombres		
		Conocimiento	Ha Usado	Usa Actualmente *	Conocimiento	Ha Usado	Usa Actualmente*
El Salvador	2002/03						
Total		96.4	17.3	2.4	nd	59.5	10.2
Urbana		98.6	21.2	2.9	nd	68.5	11.7
Rural		93.5	12.3	1.7	nd	51.2	8.8
Guatemala	2002						
Total		69.7	9.1	1.7	85.9	34.0	8.7
Urbana		83.4	13.3	2.5	93.6	47.2	13.6
Rural		59.6	5.9	1.1	80.4	24.3	5.1
Honduras	2001						
Total		97.6	18.6	2.3	98.7	44.2	6.8
Urbana		99.4	23.0	2.8	99.6	56.1	7.7
Rural		95.7	14.0	1.7	98.0	34.3	6.1
Nicaragua	2001						
Total		93.5	17.5	2.3	nd	nd	nd
Urbana		97.5	21.2	2.7	nd	nd	nd
Rural		86.6	11.1	1.5	nd	nd	nd

nd: No disponible.

* Durante los 30 días la entrevista.



Como se esperaba, el conocimiento y uso de los condones es más alto entre hombres comparado con las mujeres (Gráfico 6.5). El uso regular de condones es también mucho más común entre hombres, con más de un tercio de hombres en Guatemala a casi el 60 por ciento en El Salvador, habiendo usado condones con

regularidad. Sin embargo, el uso actual de los condones es relativamente bajo en los tres países con información masculina. Sólo el 6.8 por ciento de hombres en Guatemala, el 8.7 por ciento en Honduras y el 10.2 por ciento en El Salvador reportó el uso del condón durante los 30 días previos a la entrevista.

Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses y el uso de condones

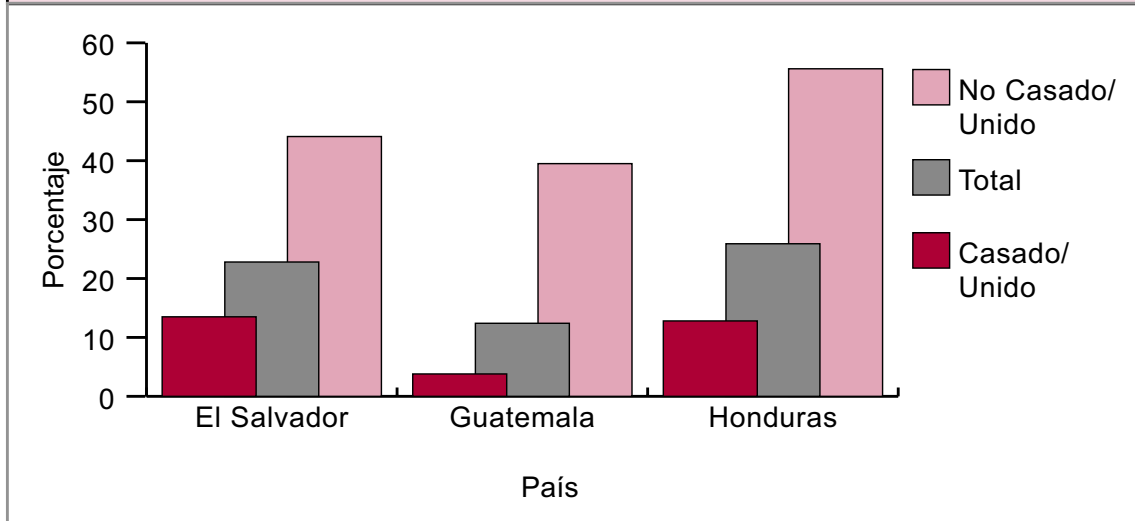
A los hombres en El Salvador, Guatemala y Honduras que eran sexualmente activos durante los 12 meses previos a la entrevista, se les preguntó el número de parejas sexuales que tuvieron durante ese periodo. Como se muestra en el Cuadro 6.9, la mayoría de los hombres en cada país tuvo sólo una pareja sexual. Los hombres en unión tenían mayor probabilidad que los no unidos de reportar sólo una pareja sexual, lo que varió de alrededor del 86 por ciento en El Salvador y Honduras al 96.2 por ciento en Guatemala. En cada país, un porcentaje mayor de hombres no unidos que de hombres en unión tuvo varias parejas sexuales durante el año (Gráfico 6.6). De los hombres con múltiples parejas, la mayoría tuvo dos parejas, aunque del 7.6 al 13.0 por ciento de hombres solteros tuvo cuatro o más parejas.

A los hombres también se les preguntó si usaron condones en la última relación sexual con sus varias parejas sexuales. En el Cuadro 6.10, se presentan los resultados de este análisis. Tomando a Honduras como ejemplo, de los hombres que tuvieron sólo una pareja sexual durante los 12 meses previos a la entrevista, el 88.9 por ciento no usó condones con esa pareja, mientras que el 11.1 por ciento sí lo hizo. De los hombres que tuvieron dos parejas sexuales, el 47.9 por ciento no usó condones con ninguna pareja, mientras que el 31.5 por ciento usó condones con una de las parejas y el 20.6 por ciento con ambas. Y así sucesivamente. Los patrones totales de uso de acuerdo con el número de parejas son generalmente similares en El Salvador y Guatemala. Aunque la probabilidad de usar un condón aumenta conforme el número de parejas sexuales aumenta, un mensaje crítico del Cuadro 6.10 es que el uso no es ni universal ni consistente.

Cuadro 6.9					
Número de Parejas Sexuales Durante los 12 Meses Previos a la Entrevista, según Estado Civil Actual: Hombres de 15 a 59 Años con Experiencia Sexual Durante los 12 Meses Previos a la Entrevista (Última Encuesta)					
País/Estado Marital	Año de Encuesta	Número de Parejas Sexuales en Último Año			
		1	2	3	4+
El Salvador	2002/03				
Total		77.2	13.3	5.6	3.9
Casado/unido		86.5	8.0	3.3	2.2
No casado/unido		55.9	25.6	10.9	7.6
Guatemala	2002				
Total		87.6	6.5	2.9	3.0
Casado/unido		96.2	1.9	1.2	0.7
No casado/unido		60.5	21.1	8.3	10.1
Honduras	2001				
Total		73.7	13.5	7.1	5.3
Casado/unido		86.8	7.0	3.8	2.0
No casado/unido		44.1	28.1	14.5	13.0

Gráfico 6.6

Porcentaje de Hombres con 2 o Más Parejas Sexuales Durante los 12 Meses Previos a la Entrevista, según Estado Civil: Hombres de 15 a 59 Años con Experiencia Sexual en los Últimos 12 Meses (Última Encuesta)

**Cuadro 6.10**

Número de Parejas Sexuales con Quien Usó Condones en la Última Relación Sexual, según Número de Parejas Sexuales: Hombres de 15 a 59 Años con Experiencia Sexual Durante los 12 Meses Previos a la Entrevista (Última Encuesta)

País/No. de Parejas	Año de Encuesta	Número con Quien Usó Condones				
		Ninguna	1	2	3	Total
El Salvador	2002/03					
No. de Parejas						
1		85.3	14.7	-	-	100.0
2		40.6	29.8	29.6	-	100.0
3+		18.9	15.6	29.1	36.4	100.0
Guatemala	2002					
No. de Parejas						
1		88.2	11.8	-	-	100.0
2		34.3	15.3	50.4	-	100.0
3+		29.1	8.0	24.5	38.5	100.0
Honduras	2001					
No. de Parejas						
1		88.9	11.1	-	-	100.0
2		47.9	31.5	20.6	-	100.0
3		39.6	12.2	19.3	28.9	100.0
4+		27.5	18.7	27.0	26.7	100.0

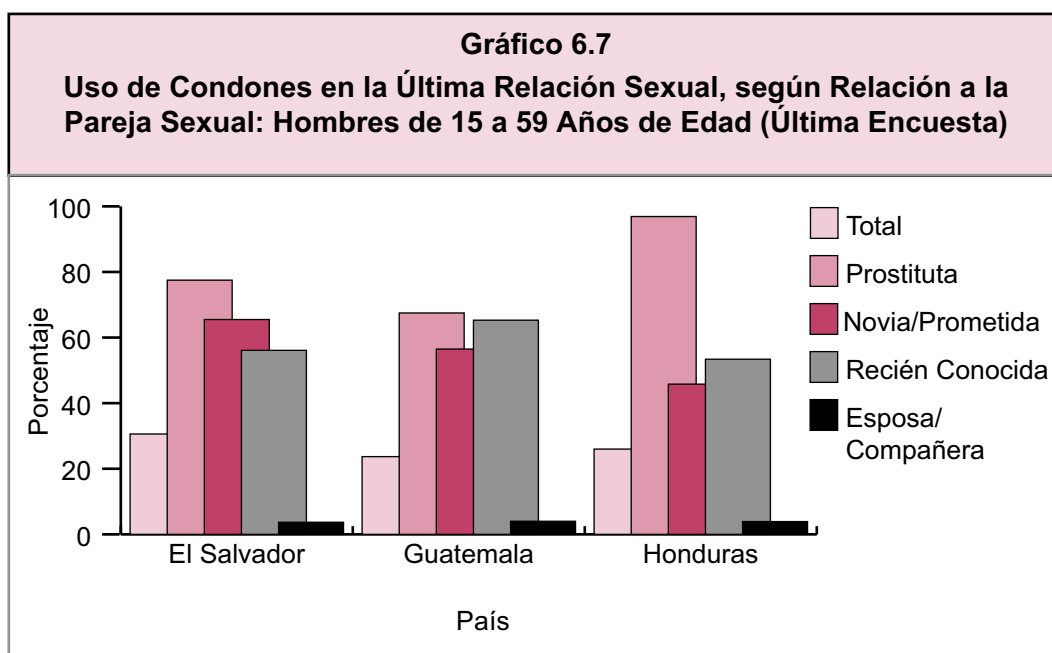
Tomando a Honduras como ejemplo una vez más, entre los hombres con tres parejas sexuales, casi el 40 por ciento de los hombres no usó condones con ninguna de sus parejas, mientras que sólo el 28.9 por ciento usó condones con las tres. La probabilidad de usar condones cuando están involucradas múltiples parejas sexuales parece ser más alta en Guatemala y más baja en Honduras.

El uso de condones durante la última relación sexual fue clasificado también de acuerdo con quién fue la pareja sexual. El Cuadro 6.11 y el Gráfico 6.7 muestran el diferencial de uso de condones por el tipo de relación con la pareja sexual. En los tres países con datos, el uso es más alto cuando la pareja sexual fue una prostituta, aunque del 22.5 al 32.5 por ciento de hombres

Cuadro 6.11
Uso de Condones en la Última Relación Sexual, según Relación a la Pareja Sexual: Hombres de 15 a 59 Años de Edad (Última Encuesta)

Relación de Pareja	El Salvador 2002/03	Guatemala 2002	Honduras 2001
Total	30.6	23.7	26.0
Esposa/compañera	3.7	4.0	3.9
Ex-esposa/compañera	nd	nd	18.6
Novia/prometida	65.5	56.5	45.8
Amiga	55.5	59.1	48.8
Amante	50.9	nd	43.3
Recién conocida	56.1	65.3	53.4
Prostituta	77.5	67.5	96.9
Otra	*	37.4	*

nd: No disponible.
* Menos de 25 casos.



en El Salvador y Guatemala no usó condones durante su último encuentro con una prostituta. El uso de condones es también relativamente alto cuando la pareja es una conocida reciente. En los tres países el uso de condones es más bajo cuando la pareja sexual es la esposa o compañera (menos del 5 por ciento).

El relativamente bajo uso de condones puede estar relacionado con la percepción que tienen los hombres de los condones en relación a la prevención de transmisión de las ITS y VIH. Como se muestra en el Cuadro 6.12, del 53.9 por ciento (Honduras) al 65.4 por ciento (Guatemala) de los hombres cree que los condones son efectivos en la prevención de la transmisión del VIH. Sólo en Guatemala se incrementa sistemáticamente esta creencia conforme el nivel educativo de los encuestados también se incrementa. Es sorprendente y alarmante que un porcentaje relativamente pequeño de hombres más educados cree que los condones son eficaces, en tanto que es este grupo de hombres el que provee liderazgo a aquellos que han tenido menos oportunidades de educación.

Cuadro 6.12
Porcentaje de Hombres que Cree que los Condones Son Eficaces en Prevenir la Transmisión del VIH, según Nivel de Educación: Hombres de 15 a 59 Años de Edad (Última Encuesta)

País/Educación	Año de Encuesta	Porcentaje
El Salvador	2002/03	
Total		58.3
0-3		59.7
4-6		63.6
7-9		57.1
10+		53.5
Guatemala*	2002	
Total		65.4
Ninguna		52.6
Primaria		65.0
Secundaria		68.3
Superior		73.7
Honduras*	2001	
Total		53.9
Ninguna		45.2
1-3		55.1
4-6		55.3
7+		54.8

* Incluye muy eficaz y eficaz.

Resumen de hallazgos

- El conocimiento de ITS que no sean VIH/SIDA es bajo entre mujeres y hombres en los países encuestados.
- En El Salvador, Honduras y Nicaragua, por lo menos el 92 por ciento de las mujeres está consciente de VIH/SIDA, mientras que sólo el 85.6 por ciento de mujeres en Guatemala está consciente de esta infección. Casi todos los hombres en El Salvador y en Honduras dicen que han oído de VIH/SIDA, comparado con el 94.8 por ciento de hombres guatemaltecos.
- Sólo del 58.8 al 66.1 por ciento de las mujeres rurales en Nicaragua, Guatemala y El Salvador sabe que el VIH/SIDA puede ser asintomático. El conocimiento de que una persona puede ser infectada con VIH y no tener síntomas es mayor entre los hombres, especialmente en Honduras. Un porcentaje casi igual (más del 80 por ciento) de mujeres y hombres en cada país sabe que no existe cura para el SIDA.
- Menos del 50 por ciento de las mujeres en cada país pudo mencionar espontáneamente dos o más formas de prevención de la transmisión del VIH. Entre los hombres, el porcentaje que pudo hacer esto varió del 29.6 por ciento en El Salvador al 61.2 por ciento en Honduras. De igual manera, el porcentaje de mujeres y hombres que mencionó espontáneamente las tres principales formas de prevención de transmisión sexual de VIH/SIDA es relativamente bajo en cada país con datos.
- Entre las mujeres, el conocimiento de la prueba para detectar el VIH es mayor en El Salvador (72.1 por ciento) y menor en Guatemala (56.7 por ciento), mientras que entre los hombres, el conocimiento es mayor en Honduras (75.7 por ciento) y menor en Guatemala (61.3 por ciento). Existen diferencias urbanas/rurales importantes tanto para mujeres como para hombres. En general, el porcentaje de mujeres y hombres que ha realizado la prueba del VIH es relativamente pequeña (menos del 12 por ciento entre las mujeres y 17 por ciento entre los hombres).
- En los cuatro países todavía existe un alto grado de estigmas y discriminación en contra de las personas que viven con VIH/SIDA. Las mujeres y los hombres rurales tienen una mayor probabilidad de discriminación que sus contrapartes urbanas. Por el contrario, las mujeres tienen una menor probabilidad que los hombres de ser discriminatorios.
- Mientras que el conocimiento de los condones es relativamente alto, el uso actual de los condones (durante los 30 días previos a la entrevista) tanto por hombres como por mujeres es muy bajo en cada país. Entre los hombres, la probabilidad de usar un condón aumenta conforme el número de parejas sexuales en el pasado año aumenta, pero el uso de condones no es ni universal ni consistente.
- El relativamente bajo uso de condones se puede relacionar con la percepción que los hombres tienen de los condones en la prevención de la transmisión del VIH. Menos de las dos terceras partes de los hombres en El Salvador, Guatemala y Honduras creen que los condones son efectivos en la prevención de la transmisión del VIH.

Capítulo

7



Salud Materna

Varios factores pueden tener un considerable impacto en la salud de la mujer, la salud de su bebé y el resultado de su embarazo, factores tales como el uso de servicios de salud relacionados con el embarazo, el lugar y el tipo de atención durante el parto y comportamientos en el posparto. El uso de servicios de salud preventiva tales como la citología vaginal o prueba de Papanicolaou y la recepción de vacunas de toxoide tetánico pueden también salvar las vidas tanto de las madres como de los niños. Estos temas se examinan en este capítulo.

Atención prenatal

La atención prenatal es importante para prevenir, identificar y tratar las condiciones que pueden afectar la salud de la mujer embarazada o la de su bebé. Para la óptima salud de la madre y el hijo, se recomienda que cada mujer embarazada empiece a consultar a un proveedor de salud para controles prenatales durante su primer trimestre de embarazo. El número de visitas prenatales que una mujer debería hacer durante su embarazo depende de la evolución del mismo. Los datos presentados en este capítulo reflejan la norma establecida por el Ministerio de Salud en El Salvador de 5 o más visitas prenatales. En Nicaragua el Ministerio de Salud recomienda un mínimo de 4 visitas.

El Cuadro 7.1 presenta las tendencias en el porcentaje de nacidos vivos en los cinco años previos a las encuestas en las cuales las encuestadas reportaron que habían recibido atención prenatal. Enfocándose en la más reciente encuesta, en todos los países, más del 82 por ciento de los embarazos recibieron por lo menos un control prenatal. Los países con la más alta cobertura prenatal fueron Nicaragua y El Salvador (alrededor del 86 por ciento), mientras que la cobertura más baja fue en Honduras (82.6 por ciento). Con una excepción, las diferencias entre las poblaciones urbanas y rurales tendieron a ser relativamente pequeñas. La excepción es Nicaragua, en donde el diferencial urbano/rural fue de casi 14 puntos porcentuales (Gráfico 7.1).

Desde principios de los 90, el porcentaje de embarazos que terminó en un nacido vivo y que recibió atención prenatal aumentó en dos de los países (El Salvador y Nicaragua) y disminuyó en los otros dos (Guatemala y Honduras). El aumento tanto en El Salvador como en Nicaragua se debe principalmente al incremento de cobertura en el área rural. La falta de mejoramiento en Guatemala se debe a la cobertura en las áreas rurales, mientras que la cobertura urbana se deterioró ligeramente en Honduras (datos no mostrados).

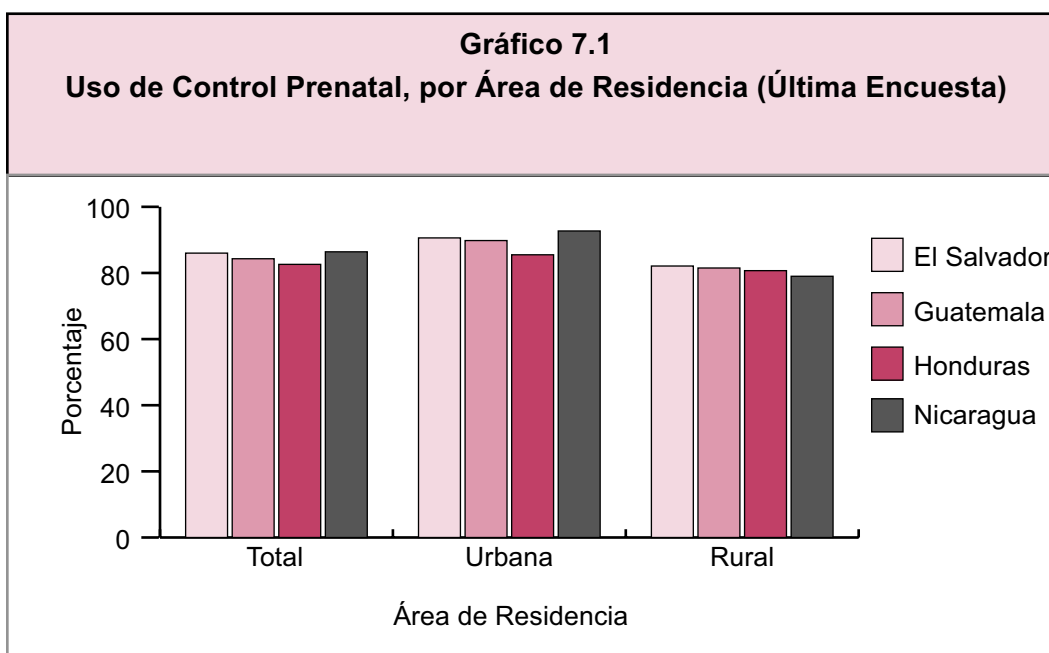
Cuadro 7.1
Tendencias en el Uso de Control Prenatal: Nacidos Vivos Durante los Cinco Años Previos a la Encuesta

País	Año de Encuesta	Porcentaje
El Salvador	1993*	68.7
El Salvador	1998*	76.0
El Salvador	2002/03*	86.0
Guatemala	1995*	86.7
Guatemala	1998/99*	86.8
Guatemala	2002*	84.3
Honduras	1991/92‡	87.7
Honduras	1996†	83.9
Honduras	2001*	82.6
Nicaragua	1992/93*	71.5
Nicaragua	1998*	83.6
Nicaragua	2001*	86.4

* Nacidos vivos en los 5 años antes de la encuesta a mujeres de 15-49 años de edad.

† Último nacido vivo en los 5 años antes de la encuesta a mujeres de 15-49 años de edad.

‡ Último nacido vivo en los 5 años antes de la encuesta a mujeres de 15-44 años de edad.



Cuadro 7.2			
Uso de Control Prenatal, por Trimestre de la Primera Visita y Número de Controles, según Área de Residencia: Nacidos Vivos Durante los Cinco Años Previos a la Encuesta (Última Encuesta)			
País/Área	Año de Encuesta	Primer Trimestre	5+ Controles
El Salvador	2002/03		
Total		66.0	71.2
Urbana		73.6	79.3
Rural		59.5	64.2
Guatemala	2002		
Total		51.1	56.6
Urbana		64.4	67.4
Rural		44.5	51.2
Honduras	2001		
Total		56.4	58.6
Urbana		64.1	67.2
Rural		51.3	53.1
Nicaragua	2001		
Total		61.0	71.6*
Urbana		69.7	82.1*
Rural		50.8	59.3*

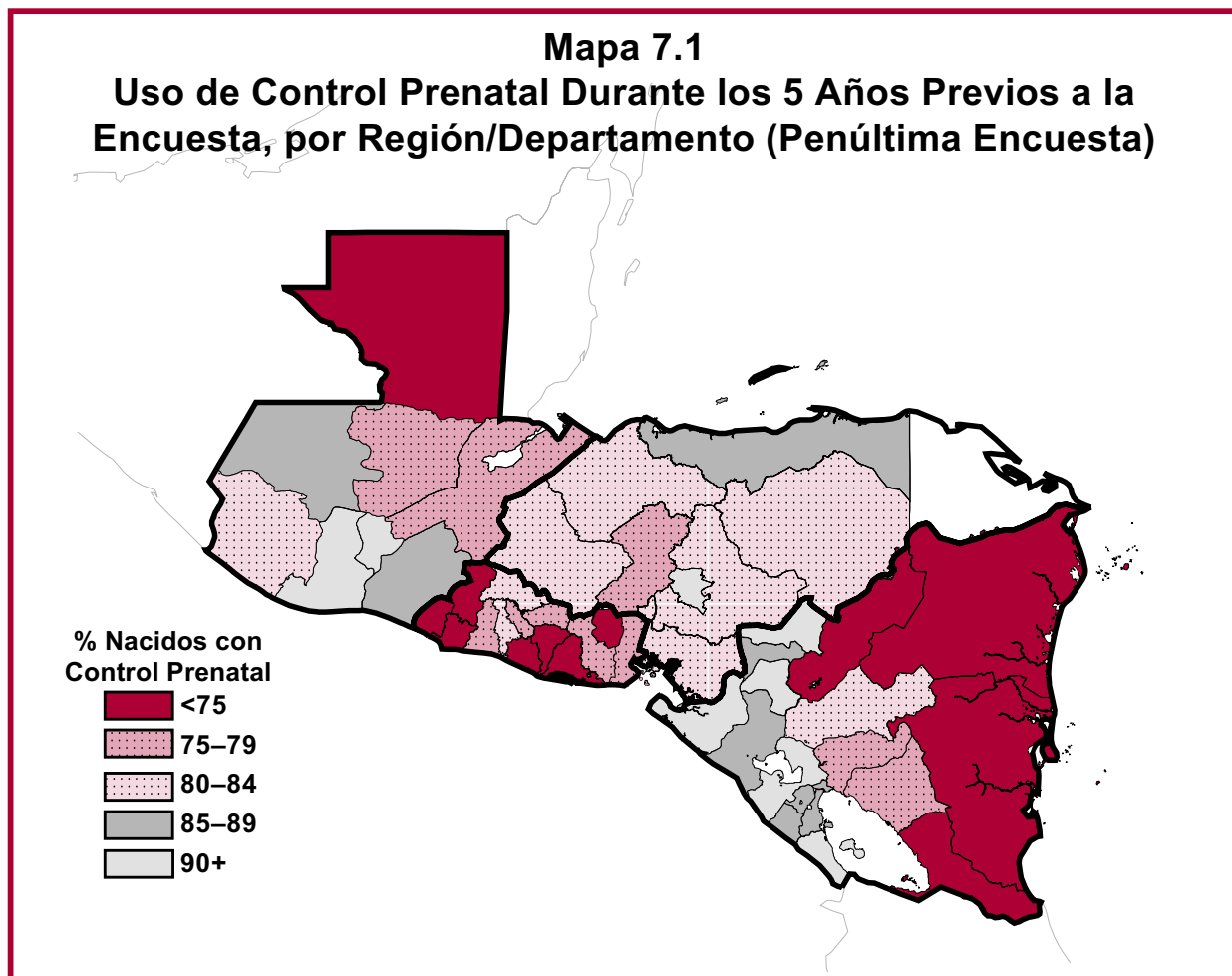
* Cuatro ó más controles.

De acuerdo con la última encuesta llevada a cabo en cada país, casi dos tercios de las mujeres en El Salvador empezaron a recibir atención prenatal durante su primer trimestre de embarazo, con Nicaragua de cerca con el 61.0 por ciento (Cuadro 7.2). La atención tendió a empezar tarde en Guatemala (51.1 por ciento), seguido por Honduras (56.4 por ciento). Sin embargo, en todos los países, hay una tendencia en recibir el primer control prenatal a edades tempranas de gestación (datos no mostrados).

También se muestra en el Cuadro 7.2, que el

porcentaje de embarazos que recibió cinco o más controles prenatales es más alto en Nicaragua (71.6 por ciento) y en El Salvador (71.2 por ciento) y más bajo en Honduras (58.6 por ciento) y en Guatemala (56.6 por ciento).

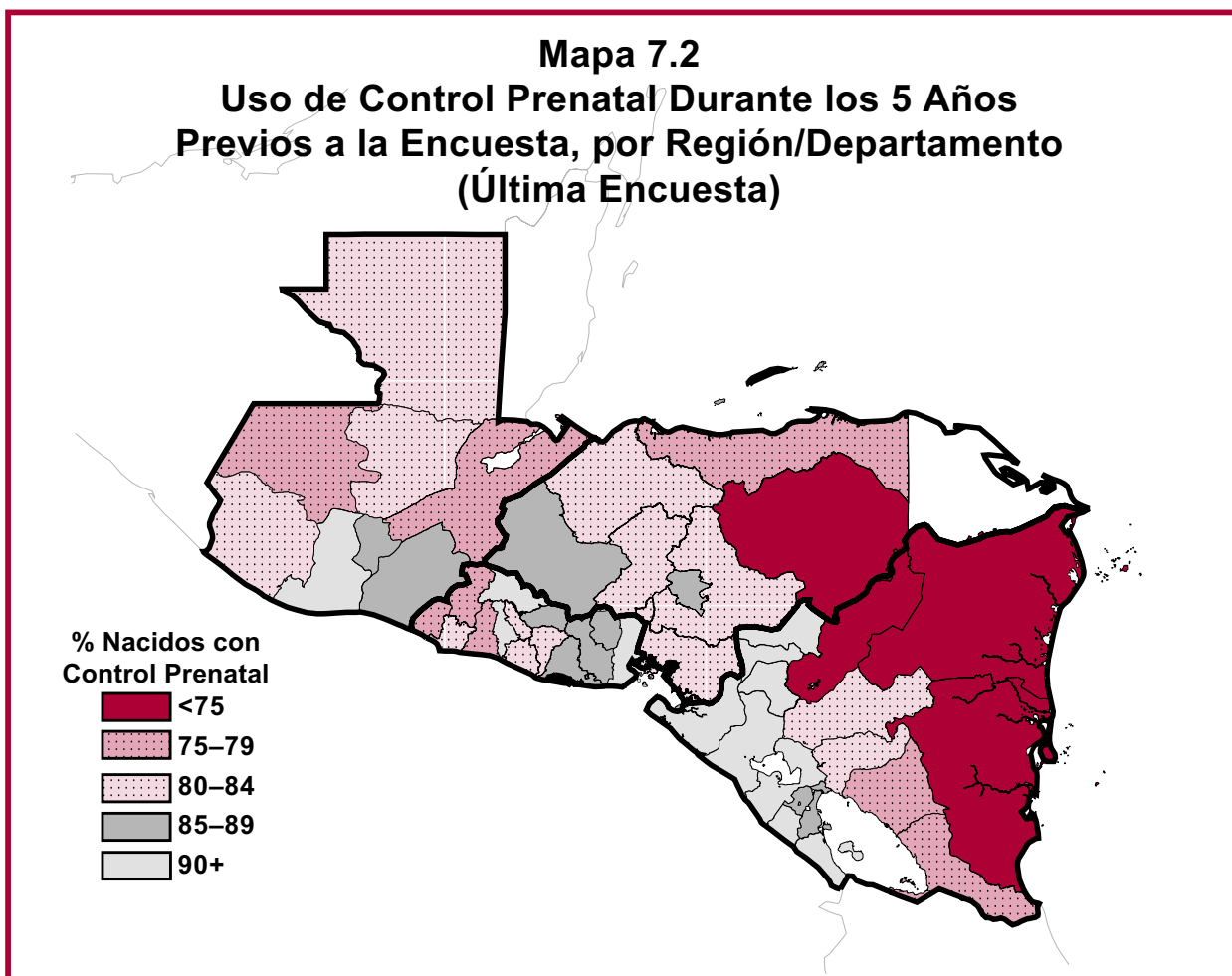
Las mujeres urbanas tienen mayor probabilidad que sus contrapartes de empezar la atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo y de recibir cinco o más controles. Enfocándose sólo en las mujeres rurales, las de El Salvador se clasifican en primer lugar en estas medidas, mientras que Guatemala se clasifica al último.



Los Mapas 7.1 y 7.2 muestran el uso de la atención prenatal para regiones subnacionales, de acuerdo con la penúltima y última encuestas llevadas a cabo en cada uno de los cuatro países. En Nicaragua, hubo muy poco o ningún cambio entre las encuestas en los departamentos que no son adyacentes al océano Pacífico. En Honduras, hay una mejora notable en la región de salud que limita el norte de El Salvador, mientras que la región de salud en la costa norte de Honduras perdió cobertura. Con respecto a El Salvador, cada departamento parece haber disfrutado de un incremento en atención prenatal, especialmente en aquellos departamentos al este del país.

Guatemala presenta una imagen mezclada en cuanto a que en algunas regiones de salud se incrementó la cobertura de atención prenatal entre las dos encuestas, mientras que en otras la cobertura descendió.

En los países para los cuales hay información (El Salvador, Guatemala y Honduras), el Ministerio de Salud es el principal proveedor de atención prenatal, de acuerdo con la última encuesta (datos no mostrados). El segundo más importante proveedor en El Salvador y Guatemala es su respectivo Instituto del Seguro Social (ISSS e IGSS), mientras que en Honduras lo son los médicos privados.



Atención del parto

La atención médica experta durante el parto, ya sea en casa o en un establecimiento de salud, puede salvar la vida de las mujeres. Las complicaciones del embarazo, del parto y del periodo posparto no tratadas o tratadas inadecuadamente constituyen la principal causa de muerte en mujeres en países en desarrollo. Para prevenir complicaciones maternas, se necesitan asistentes expertos para proveer ayuda al parto y monitorear el periodo posparto. Los asistentes expertos incluyen doctores, enfermeras y parteras capacitadas para manejar partos normales y que también puedan diagnosticar y referir o manejar complicaciones obstétricas.

Las encuestas miden la atención experta del parto de dos formas: por el porcentaje de mujeres que dan a luz en un establecimiento de salud en vez de en casa, y por la proporción de todos los nacidos vivos que son atendidos por personal experto, ya sea en casa o en un establecimiento de salud. Por lo general, los partos atendidos en casa están asociados con ayuda menos experta. Para los cuatro países, existe información del porcentaje de partos atendido en un establecimiento de salud, mientras que sólo Guatemala y Nicaragua tienen información sobre partos atendidos por personal experto.

Cuadro 7.3
Tendencias en el Porcentaje de Partos Atendidos en un
Establecimiento de Salud: Nacidos Vivos Durante los
Cinco Años Previos a la Encuesta

País	Año de Encuesta	Porcentaje
El Salvador	1993*	51.0
El Salvador	1998*	58.0
El Salvador	2002/03*	69.4
Guatemala	1995*	35.3
Guatemala	1998/99*	41.0
Guatemala	2002*	42.1
Honduras	1991/92‡	45.6
Honduras	1996†	53.8
Honduras	2001*	55.2
Nicaragua	1992/93*	59.2
Nicaragua	1998*	63.6
Nicaragua	2001*	66.3

* Nacidos vivos en los 5 años antes de la encuesta a mujeres de 15-49 años de edad.

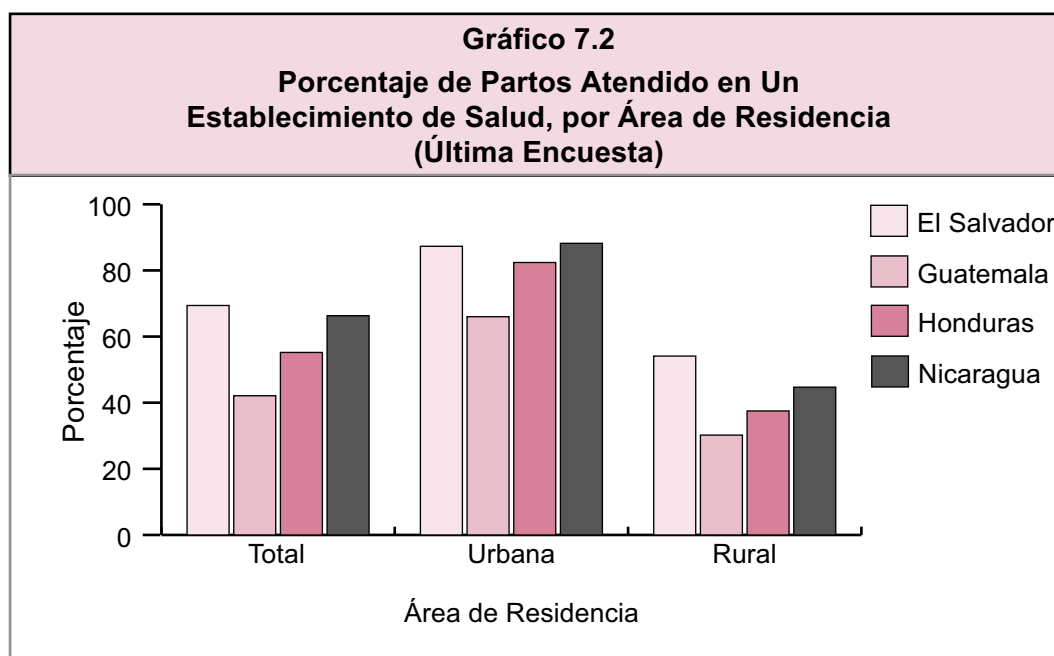
† Último nacido vivo en los 5 años antes de la encuesta a mujeres de 15-49 años de edad.

‡ Último nacido vivo en los 5 años antes de la encuesta a mujeres de 15-44 años de edad.

De acuerdo con los datos de la última encuesta llevada a cabo en cada país, más de la mitad de los partos en los últimos cinco años en El Salvador, Honduras y Nicaragua fueron atendidos en un establecimiento de salud, variando del 55.2 por ciento en Honduras al 69.4 por ciento en El Salvador (Cuadro 7.3). El nivel es más bajo en Guatemala, con un 42.1 por ciento. Sin embargo, vale señalar que los partos fuera de los establecimientos de salud son relativamente comunes en todos los países, variando del 30 por ciento en El Salvador al 58 por ciento en Guatemala. No es sorprendente que los partos fuera de los establecimientos de

salud sean mucho más frecuentes en las áreas rurales que en las áreas urbanas, ascendiendo del 46 por ciento en El Salvador al 70 por ciento en Guatemala (Gráfico 7.2).

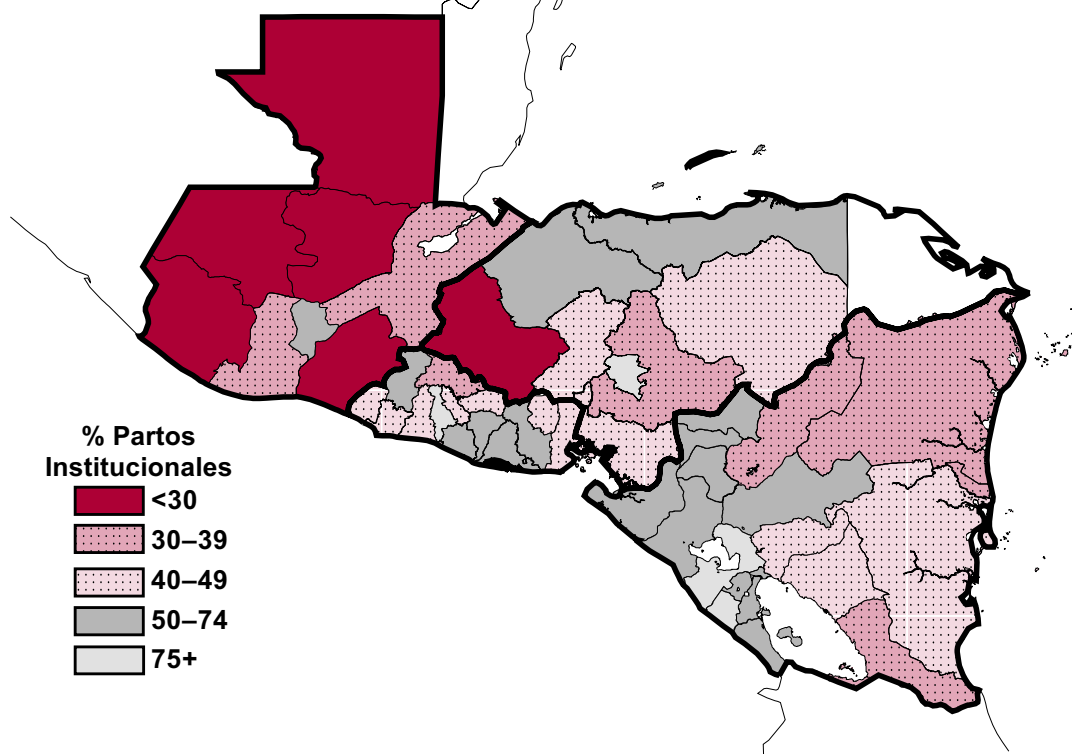
Desde principios de los 90, cada país ha disfrutado de un aumento en la proporción de partos atendidos en un establecimiento de salud (Cuadro 7.3). Llama la atención el aumento en El Salvador, donde el aumento entre 1993 y 2002/03 fue de 18 puntos porcentuales. El Salvador es seguido por Honduras (10 puntos porcentuales) y Nicaragua y Guatemala (7 puntos porcentuales).



Con respecto a quién atendió a los partos, existen datos para Guatemala y Nicaragua de la última encuesta llevada a cabo en esos países. En Guatemala, el 37.0 por ciento de los partos que ocurre en los cinco años previos a la entrevista fue atendido por un médico,

el 4.4 por ciento por una enfermera y el 47.5 por ciento por una partera. En Nicaragua, el 45.2 por ciento fue atendido por un médico, el 18.9 por ciento por un ginecólogo, el 2.8 por ciento por una enfermera y el 22.7 por ciento por una partera (datos no mostrados).

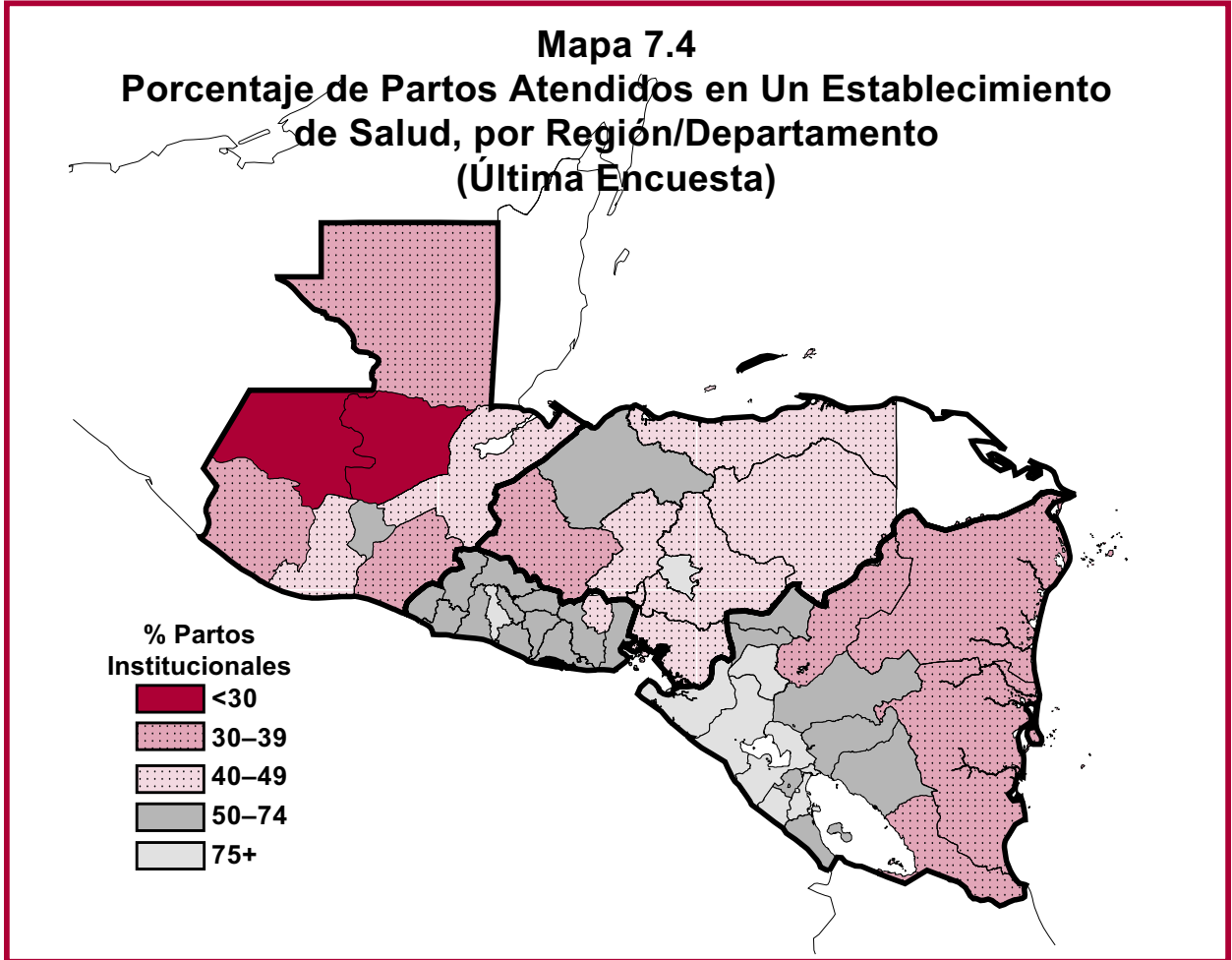
Mapa 7.3
Porcentaje de Partos Atendidos en Un
Establecimiento de Salud, por Región/Departamento
(Penúltima Encuesta)



Los Mapas 7.3 y 7.4 muestran el porcentaje de partos atendido en un establecimiento de salud, de acuerdo con la penúltima y última encuesta en cada país. Lo que resalta cuando los dos mapas se comparan es que en casi cada departamento en El Salvador más del 50 por ciento de los partos es atendido en un establecimiento de salud, de acuerdo con la más reciente encuesta. Excluyendo las Regiones Autónomas del Atlántico Norte y del Sur (RAAN y RAAS) en Nicaragua, por lo menos

el 50 por ciento de los partos es atendido en un establecimiento de salud en los departamentos restantes, con la mayoría de los departamentos que colindan con el océano Pacífico alcanzando el 75 por ciento. Se nota alguna mejoría en Honduras, pero la región de salud de la costa del norte sufrió un descenso entre las dos encuestas. La situación de Guatemala mejoró ligeramente, sobretudo en los departamentos que colindan con el océano Pacífico.

Mapa 7.4
Porcentaje de Partos Atendidos en Un Establecimiento
de Salud, por Región/Departamento
(Última Encuesta)



Partos por cesárea

La Organización Panamericana de Salud (OPS), indica en su plan para reducir la mortalidad materna, que el porcentaje de todos los partos por cesárea en un país debe de variar del 5 al 15 por ciento. Si el porcentaje cae por debajo del 5 por ciento, esto indica falta de acceso al procedimiento, mientras que si es mayor del 15 por ciento, indica abuso en el uso de este procedimiento. En el Cuadro 7.4 se muestran las tendencias en el porcentaje de todos los partos por cesárea. Enfocándose en la más reciente encuesta, El Salvador tiene la tasa más alta de cesáreas (22.0 por ciento), mientras que Honduras tiene la tasa más baja (7.9 por ciento). Como se muestra en el Gráfico 7.3, la tasa más baja de cesáreas se encuentra entre mujeres hondureñas que viven en áreas rurales (4.7 por ciento) y la más alta entre mujeres urbanas salvadoreñas (29.5 por ciento). Existen importantes diferenciales urbanos/rurales. Por ejemplo, en Nicaragua y Honduras, aproximadamente tres veces más mujeres que viven en áreas urbanas se sometieron a una cesárea que las mujeres que viven en áreas rurales. Los datos indican que, por lo menos para Nicaragua y Guatemala, la tendencia en partos por cesárea está empezando a nivelarse, mientras que en El Salvador parece haber una tendencia hacia arriba.

Cuadro 7.4
Tendencias en el Porcentaje de Partos por Tipo Cesárea: Nacidos Vivos Durante los Cinco Años Previos a la Encuesta

País	Año de Encuesta	Porcentaje
El Salvador	1993*	nd
El Salvador	1998*	15.7
El Salvador	2002/03*	22.0
Guatemala	1995*	8.2
Guatemala	1998/99*	10.8
Guatemala	2002*	11.4
Honduras	1991/92†	6.5
Honduras	1996†	6.3
Honduras	2001*	7.9
Nicaragua	1992/93*	8.0
Nicaragua	1998*	15.4
Nicaragua	2001*	14.7

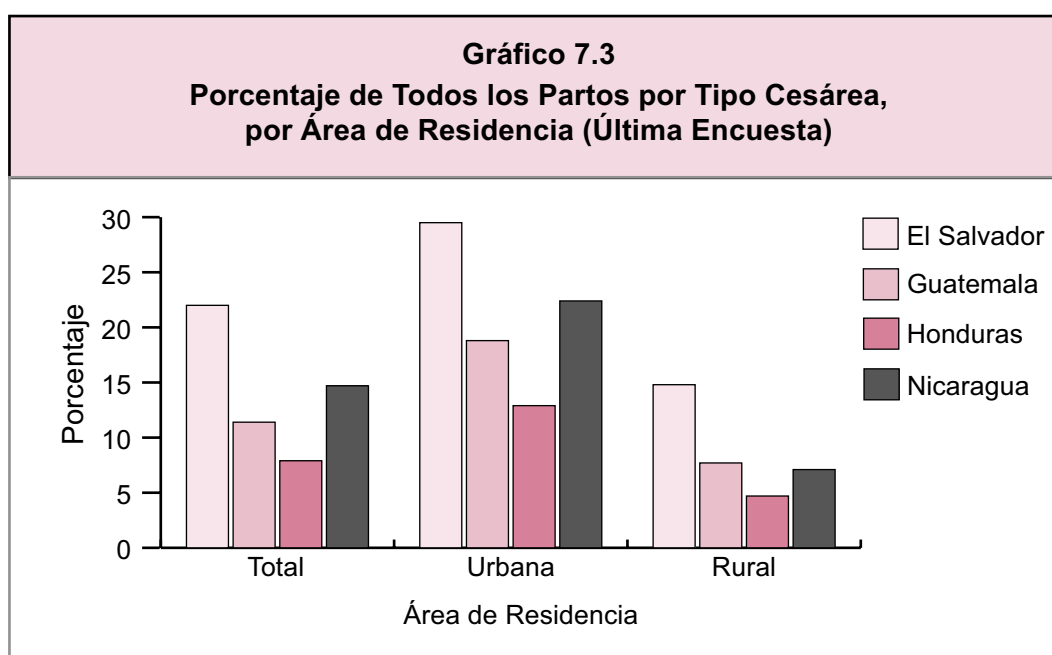
* Nacidos vivos en los 5 años antes de la encuesta a mujeres de 15-49 años de edad.

† Último nacido vivo en los 5 años antes de la encuesta a mujeres de 15-49 años de edad.

‡ Último nacido vivo en los 5 años antes de la encuesta a mujeres de 15-44 años de edad.

nd: No disponible.

Gráfico 7.3
Porcentaje de Todos los Partos por Tipo Cesárea, por Área de Residencia (Última Encuesta)



Atención postparto

Comúnmente cuando una mujer da a luz a un bebé deseado es un evento alegre. A pesar del dolor y la molestia, el parto es una culminación largamente esperada del embarazo y el inicio de una nueva vida. Sin embargo, el parto también es un momento crítico para la salud de la madre y de su bebé. Pueden surgir problemas que, si no se tratan con rapidez y eficacia, pueden llevar a mala salud e incluso a la muerte de ambos.

No obstante, el periodo de posparto es descuidado con frecuencia por la atención materna. La falta de atención posparto ignora el hecho de que la mayoría de las muertes maternas y las discapacidades ocurren durante el periodo posparto y que la mortalidad neonatal es alta. La atención posparto debe incluir: La prevención y detección temprana y el tratamiento de complicaciones y enfermedades, y la provisión de consejos y servicios sobre lactancia, espaciamiento de partos, vacunación y nutrición materna.

De acuerdo con la última encuesta llevada a cabo en cada país, hubo una gran variación en la proporción de mujeres que recibió atención posparto, variando del 20.3 por ciento en Guatemala al 54.2 por ciento en El Salvador (Cuadro 7.5). Como se muestra en el Gráfico 7.4, la cobertura de la atención posparto fue más alta en áreas urbanas que en áreas rurales en

cada país, pero el porcentaje de mujeres urbanas que recibe atención posparto palidece cuando se compara con el porcentaje de mujeres que recibe atención prenatal (véase Cuadro 7.1).

Cuadro 7.5
Tendencias en el Uso de Control Postparto: Nacidos Vivos Durante los Cinco Años Previos a la Encuesta

País	Año de Encuesta	Porcentaje
El Salvador	1993*	30.3
El Salvador	1998*	43.3
El Salvador	2002/03*	54.2
Guatemala	1995*	nd
Guatemala	1998/99*	nd
Guatemala	2002*	20.3
Honduras	1991/92‡	33.6
Honduras	1996†	34.3
Honduras	2001*	34.0
Nicaragua	1992/93*	30.5
Nicaragua	1998*	nd
Nicaragua	2001*	28.4

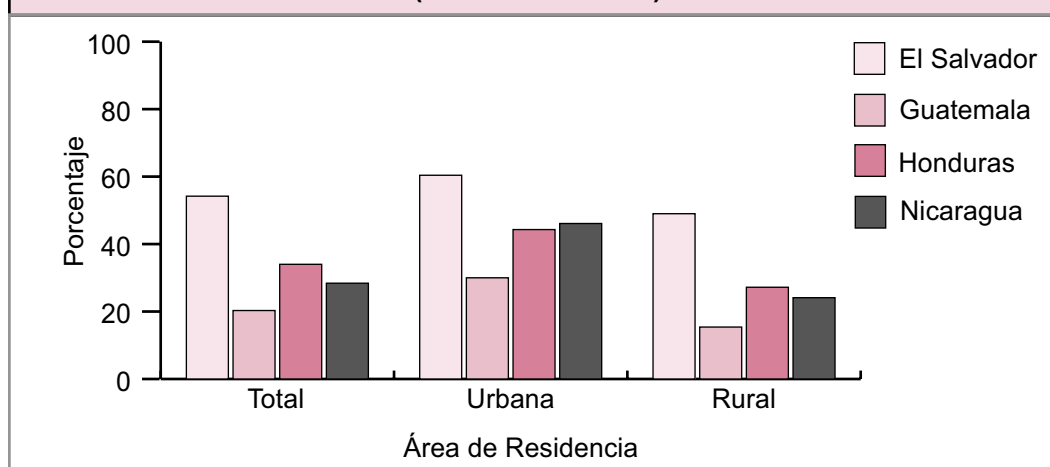
* Nacidos vivos en los 5 años antes de la encuesta a mujeres de 15-49 años de edad.

† Último nacido vivo en los 5 años antes de la encuesta a mujeres de 15-49 años de edad.

‡ Último nacido vivo en los 5 años antes de la encuesta a mujeres de 15-44 años de edad.

nd: No disponible.

Gráfico 7.4
Uso de Control Postparto, por Área de Residencia (Última Encuesta)

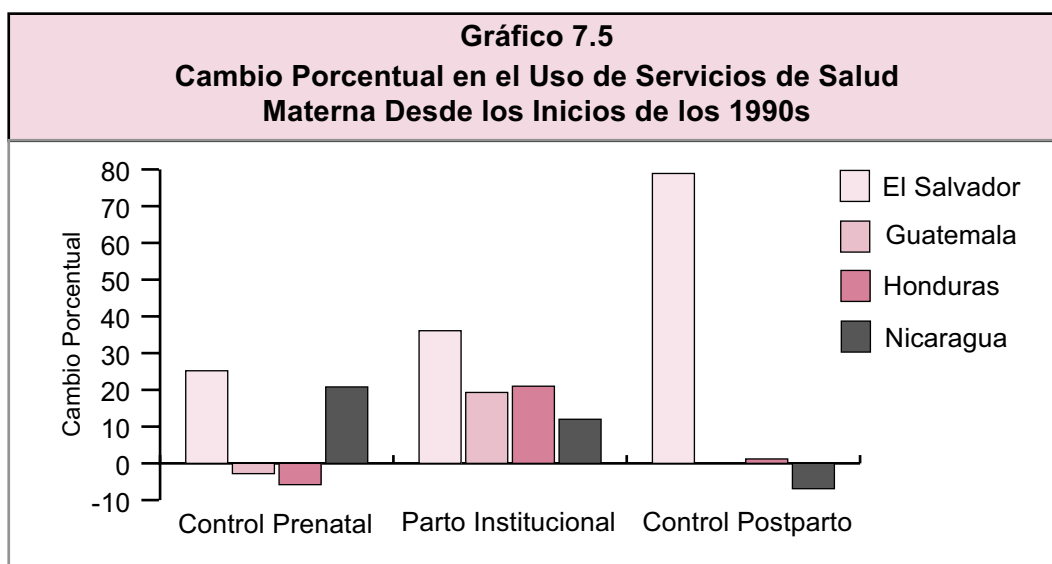


En general, se puede decir que la atención posparto es el servicio de salud materna e infantil menos usado de los que se ofrecen en los cuatro países. Sólo en El Salvador se puede ver un incremento sistemático en el uso de la atención posparto desde principios de los 90.

Cambios en el uso de servicios de salud materna

El Gráfico 7.5 muestra cambios en el uso de servicios clave de salud materna entre la antepenúltima encuesta llevada a cabo a

principios de los 90 y la más reciente encuesta desde el 2000. El Salvador es notable al tener los incrementos más pronunciados para cada servicio de salud mostrado. Guatemala registró un descenso en atención prenatal y un incremento de casi 20 por ciento en partos atendidos en un establecimiento de salud. Honduras también registró un descenso en atención prenatal, un incremento del 21 por ciento en partos médicos y un muy pequeño incremento en atención posparto. En relación a Nicaragua, este país disfrutó tanto de un incremento en atención prenatal como en partos médicos, pero un descenso en atención posparto.



Citología vaginal

WEn todo el mundo, el cáncer cervical es el segundo cáncer más común en mujeres y es el cáncer más frecuente en mujeres en países en desarrollo. En los países en donde un descenso en la mortalidad debido a que el cáncer cervical ha sido registrado, se ha atribuido al uso generalizado de la prueba de Papanicolaou o citología vaginal, lo que resulta en una detección temprana y de ahí en una etapa más curable con el tratamiento de lesiones premalignas. Los expertos recomiendan que las mujeres que son sexualmente activas, o tienen al menos de 18 años de edad, deben de realizarse una prueba de Papanicolaou anualmente o por lo menos cada tres años. Aunque la validez de las tasas de uso de la prueba reportadas personalmente no puede ser establecida sin

examinar los registros médicos, se usan con frecuencia los resultados de encuestas para estimar la cobertura de la citología vaginal en la población general. Las últimas encuestas llevadas a cabo en El Salvador, Guatemala y Honduras incluyeron una serie de preguntas en relación a la prueba del Papanicolaou entre las mujeres encuestadas.

Como se muestra en el Cuadro 7.6, el porcentaje de mujeres con experiencia sexual de 15-49 años de edad que reportó haberse realizado una prueba de Papanicolaou varió del 36.2 por ciento en Guatemala al 84.7 por ciento en El Salvador. En los tres países, la prevalencia de la prueba de Papanicolaou fue mayor en áreas urbanas que en áreas rurales, con el diferencial urbano/rural más pequeño en El Salvador (3.6 por ciento) y los más grandes en Honduras (17 por ciento) y Guatemala (20 por ciento).

La proporción de mujeres con experiencia sexual que reportó por lo menos una prueba de citología vaginal aumentó dramáticamente en El Salvador y Honduras en la última década. En El Salvador el uso alguna vez de la prueba aumentó en 17 puntos porcentuales entre 1993 y 2002/03, mientras que en Honduras aumentó en 10 puntos porcentuales entre 1996 y 2001 (datos no mostrados). En ambos países, el mayor aumento ocurrió en el área rural.

Cuadro 7.6 Uso Alguna Vez de la Citología Cérvico Vaginal, por Área de Residencia: Mujeres de 15 a 49 Años de Edad con Experiencia Sexual (Última Encuesta)				
País	Año de Encuesta	Total	Urbana	Rural
El Salvador	2002/03	84.7	86.3	82.7
Guatemala	2002	36.2	48.0	27.7
Honduras	2001	60.9	69.5	52.6
Nicaragua	2001	nd	nd	nd

nd: No disponible.

Vacunación antitetánica

El tétano es la única enfermedad evitable con una vacuna, que no es contagiosa pero se adquiere por exposición ambiental a las esporas del *Clostridium tetani*. El tétano neonatal (recién nacido) es la forma más común de tétano en los países en desarrollo. La enfermedad es causada por la contaminación del muñón umbilical con esporas después del parto al cortar el cordón con un instrumento no esterilizado o al aplicar excremento de animal al cordón cortado.

Para proteger al recién nacido con inmunidad pasiva, las mujeres deben de recibir por lo menos dos dosis de la vacuna de toxoide tetánico (TT) durante el embarazo. También, se deben

atender los partos bajo condiciones higiénicas adecuadas y cuidar bien el cordón umbilical del niño. El programa óptimo para proteger a los recién nacidos contra tétano neonatal por medio de la vacunación de sus madres depende del historial de vacunación entre mujeres. Cuando la mayoría de las mujeres en edad fértil no ha sido vacunada con anterioridad con TT en su infancia o adolescencia, la implementación de un programa de cinco dosis de TT para mujeres en edad fértil es de extrema importancia. Los niveles de anticuerpos protectores se logran en el 80-90 por ciento de las mujeres después de la segunda dosis y en el 95-98 por ciento después de la tercera dosis. Este paso básico provee protección para al menos 5 años. La cuarta y la quinta dosis de TT dadas después prolongarán la duración de la inmunidad para 10 y 20 años, respectivamente.

El Cuadro 7.7 muestra el porcentaje de mujeres que vive en El Salvador y en Honduras que ha recibido dos o más dosis de TT durante su vida. En El Salvador y en Honduras más de las tres cuartas partes de las mujeres han recibido dos o más dosis. Vale notar que las diferencias entre mujeres urbanas y rurales son pequeñas.

Cuadro 7.7 Porcentaje de Mujeres de 15 a 49 Años que Ha Recibido 2 o Más Dosis de la Vacuna Contra el Tétano, por Área de Residencia (Última Encuesta)				
País	Año de Encuesta	Total	Urbana	Rural
El Salvador	2002/03	76.9	78.2	75.3
Guatemala	2002	nd	nd	nd
Honduras	2001	77.7	77.4	78.1
Nicaragua	2001	nd	nd	nd

nd: No disponible.

Resumen de hallazgos

- El porcentaje de embarazos que termina en un nacido vivo para el cual se reportó atención prenatal es relativamente alto en cada país – más del 80 por ciento. Las diferencias entre las poblaciones urbanas y rurales tendieron a ser relativamente pequeñas excepto en Nicaragua.
- Desde principios de los 90, el porcentaje de embarazos que recibió atención prenatal ha aumentado en El Salvador y Nicaragua, pero se ha estancado o deteriorado en Guatemala y Honduras.
- En todos los países, parece haber una tendencia en hacer la primera visita prenatal a una edad gestacional menor y en recibir cinco o más controles.
- En El Salvador y Nicaragua, por lo menos dos de cada tres nacidos vivos son atendidos en un establecimiento de salud. En Honduras y Guatemala, el 55 y 42 por ciento, respectivamente, es atendido en un establecimiento de salud. Existen diferenciales urbanos/rurales importantes, con sustancialmente más mujeres urbanas que rurales dando a luz en un establecimiento de salud.
- Desde principios de los 90, el porcentaje de nacidos vivos atendido en un establecimiento de salud ha ido incrementando en cada país.
- De acuerdo con la más reciente encuesta, El Salvador tiene la tasa de partos por cesáreas más alta (22.0 por ciento), mientras que Honduras tiene la más baja (7.9 por ciento), lo que indica que hay un mayor abuso de este servicio en el primero y que algunas mujeres del segundo pueden no tener acceso a este servicio.
- En todos los países, menos del 55 por ciento de las mujeres reportó que había recibido un examen posparto después del parto. Sólo El Salvador parece estar mejorando la cobertura de este servicio. Se debe de poner más atención en el acceso a la atención posparto.
- El porcentaje de mujeres con experiencia sexual que reportó que alguna vez se había hecho el examen para la detección del cáncer en la matriz varía del 36.2 por ciento en Guatemala al 84.7 por ciento en El Salvador. Los datos sugieren que menos de la mitad de las mujeres se realiza un examen anualmente.
- En El Salvador y Honduras, más del 75 por ciento de las mujeres de 15-49 años de edad ha recibido dos o más dosis de toxoide tetánico en su vida.

Capítulo 8



Mortalidad Infantil y en la Niñez

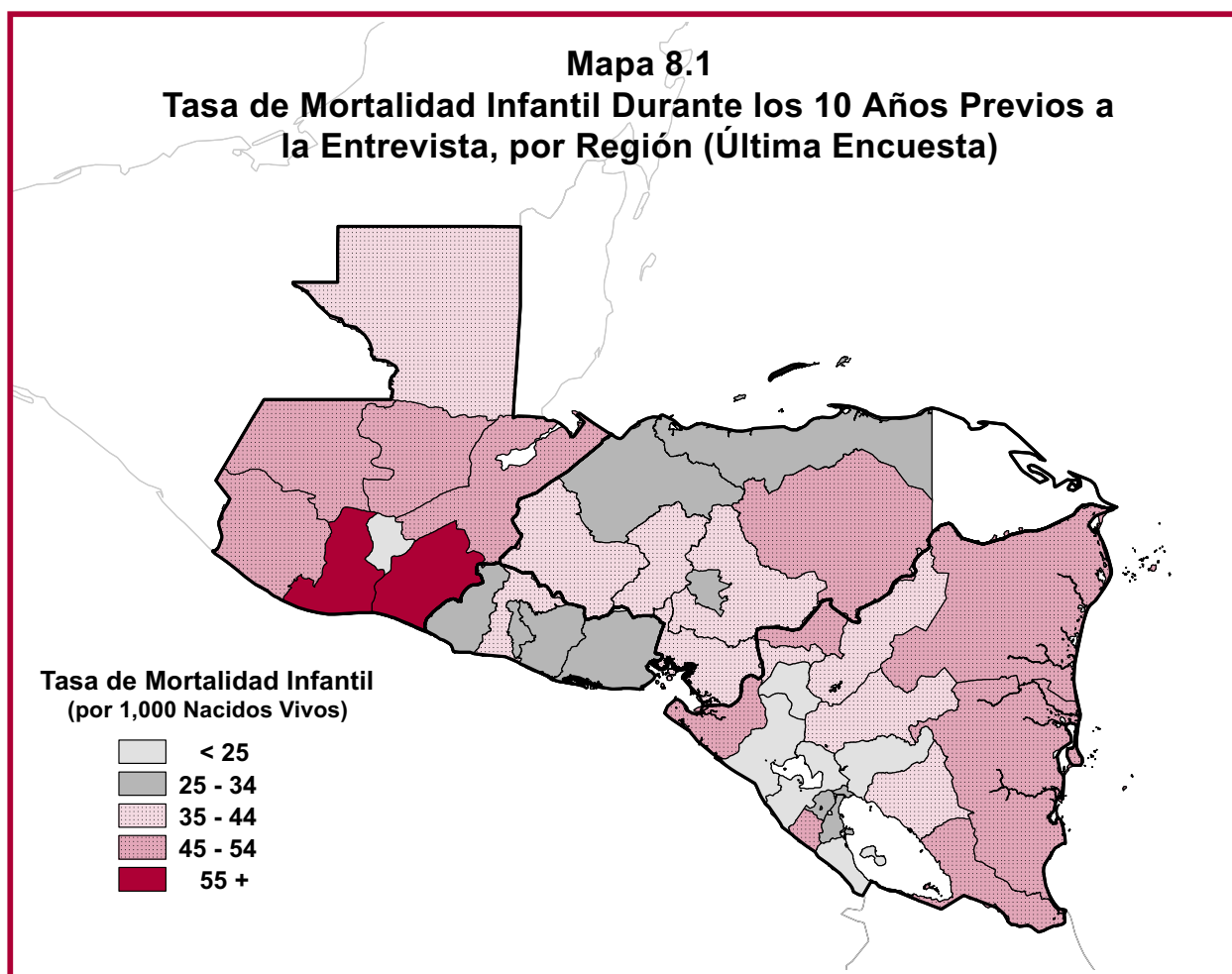
La tasa de mortalidad infantil (la probabilidad de morir entre el nacimiento y el primer cumpleaños expresado por 1,000 nacidos vivos), es un indicador principal del nivel de desarrollo económico y social alcanzado por un país. Aunque la esperanza de vida al nacer ha aumentado mucho en los últimos 50 años, alrededor de 40 mil niños menores de 5 años mueren cada año en los cuatro países considerados en este informe, muchos de ellos por causas prevenibles por medio de buena atención, buena nutrición y buen tratamiento médico.

El Mapa 8.1 muestra el patrón regional de mortalidad infantil durante el periodo de 10 años previo a la última encuesta en cada país. La mortalidad infantil es baja en el área metropolitana de las ciudades capitales en cada país. Los diferenciales más grandes se pueden ver en Guatemala y de alguna forma en Nicaragua con más de una gradiente espacial de la costa norte de Honduras en el Caribe, a la par con la región de salud de Tegucigalpa.

El Cuadro 8.1 y el Gráfico 8.1 muestran las estimaciones de mortalidad para los periodos de 5 años previos a las últimas 3 encuestas en cada país. De acuerdo con la más reciente encuesta, los niveles de mortalidad infantil son mayores en Guatemala (39 muertes infantiles por 1,000 nacidos vivos) y menores en El Salvador (25 muertes por 1,000). Vale notar que las tasas de mortalidad infantil en Honduras y Nicaragua son mayores de 30 muertes por 1,000.

En cada uno de los países, la tasa de mortalidad neonatal (la probabilidad de morir dentro de los primeros 27 días de vida) es más alta que la tasa de mortalidad posneonatal (la probabilidad de morir entre el 28° día de vida y el primer cumpleaños). Esto no es inesperado ya que, conforme la mortalidad infantil descende, la proporción de esa mortalidad que ocurre en los primeros 27 días de vida (mortalidad neonatal) aumenta.

La tasa de mortalidad en la niñez (la probabilidad de morir entre 1 año cumplido y 5 años cumplidos), varía de 6 por 1,000 niños sobreviviendo hasta 1 año de edad en El Salvador a 15 en Guatemala. Asimismo, la tasa de mortalidad de menores de 5 años (la probabilidad de morir entre el nacimiento y 5 años de edad) varía de 31 en El Salvador a 53 en Guatemala.

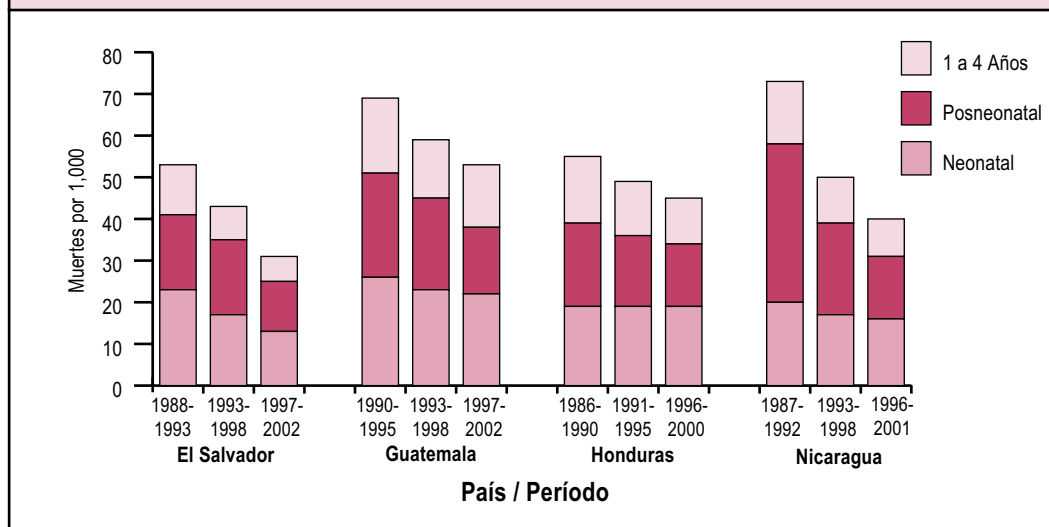


Cuadro 8.1
Tendencias en las Tasas de Mortalidad Infantil y en la Niñez

País	Año de Encuesta	Período de Tiempo	Tasas de Mortalidad, por 1,000*				
			Neonatal	Posneonatal	Infantil	1-4 Años	<5 Años
El Salvador	1993	1988–1993	23	18	41	12	52
El Salvador	1998	1993–1998	17	18	35	8	43
El Salvador	2002/03	1997–2002	13	12	25	6	31
Guatemala	1995	1990–1995	26	25	51	18	68
Guatemala	1998/99	1993–1998	23	22	45	14	59
Guatemala	2002	1997–2002	22	16	39	15	53
Honduras	1991/92	1986–1990	19	20	39	16	55
Honduras	1996	1991–1995	19	17	36	13	48
Honduras	2001	1996–2000	19	15	34	11	45
Nicaragua	1992/93	1987–1992	20	38	58	15	72
Nicaragua	1998	1993–1998	17	22	39	11	50
Nicaragua	2001	1996–2001	16	15	31	7	38

* Tasas de mortalidad neonatal, posneonatal, infantil y <5 años son por 1,000 nacidos vivos. Tasas para mortalidad de 1-4 años son por 1,000 sobrevivientes al primer año.

Gráfico 8.1
Tendencias en la Mortalidad Infantil y en la Niñez, según las Últimas 3 Encuestas



Todos los países examinados en este informe muestran un descenso sistemático en los niveles de mortalidad infantil en la última década. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil de Nicaragua descendió por 27 muertes infantiles por 1,000 nacidos vivos entre los periodos de 1987-1992 y 1996-2001, con el descenso más marcado ocurriendo entre 1987-1992 y 1993-1998. El mayor descenso en la tasa de mortalidad infantil de El Salvador ocurrió entre 1993-1998 y 1997-2002, mientras que el descenso de Guatemala ha sido constante. El descenso de Honduras ha sido menos acelerado que el de los otros países.

Con la excepción de El Salvador, la mayor parte del descenso en mortalidad infantil ha sido debido al descenso en mortalidad posneonatal. Vale notar que en Honduras no ha habido descenso en la tasa de mortalidad neonatal desde el periodo de 1986-1990. En Nicaragua, mientras que la mortalidad posneonatal descendió por 23 muertes

por 1,000 nacidos vivos entre el primer y último periodo mostrado en el cuadro, la mortalidad neonatal descendió sólo por cuatro muertes. Las cifras correspondientes para Guatemala son nueve y cuatro muertes, respectivamente. El Salvador surge como el único país con un descenso sustancial en mortalidad neonatal, de 23 muertes infantiles por 1,000 nacidos vivos en 1988-1993 a 13 muertes por 1,000 en 1997-2002.

Diferenciales de la mortalidad

El Cuadro 8.2 muestra las tasas de mortalidad por área de residencia, de acuerdo con la última encuesta llevada a cabo en cada país. El Salvador es el único país en donde las tasas urbanas y rurales de mortalidad infantil no difieren. En los otros países, las tasas rurales exceden las tasas urbanas, variando de 9 muertes por 1,000

Cuadro 8.2
Mortalidad Infantil y en la Niñez, según Área de Residencia
(Última Encuesta)

País/Área	Año de Encuesta	Período de Tiempo	Tasas de Mortalidad, por 1,000*				
			Neonatal	Posneonatal	Infantil	1-4 Años	<5 Años
El Salvador	2002/03	1997-2002					
Total			13	12	25	6	31
Urbana			14	11	24	6	31
Rural			13	11	24	6	30
Guatemala	2002	1997-2002					
Total			22	16	39	15	53
Urbana			20	9	29	12	40
Rural			24	20	44	16	59
Honduras	2001	1996-2000					
Total			19	15	34	11	45
Urbana			15	14	29	8	36
Rural			22	16	38	13	51
Nicaragua	2001	1996-2001					
Total			16	15	31	7	38
Urbana			14	10	24	3	27
Rural			18	20	38	12	49

* Tasas de mortalidad neonatal, posneonatal, infantil y <5 años son por 1,000 nacidos vivos. Tasas para mortalidad de 1-4 años son por 1,000 sobrevivientes al primer año.

Cuadro 8.3
Mortalidad Infantil y en la Niñez, según Nivel de Educación de la Madre
(Última Encuesta)

País/ Education	Año de Encuesta	Período de Tiempo	Tasas de Mortalidad, por 1,000*				
			Neonatal	Posneonatal	Infantil	1-4 Años	<5 Años
El Salvador	2002/03	1997-2002					
Total			13	12	25	6	31
Ninguno			26	11	36	5	41
1-3			14	16	30	5	34
4-6			10	5	16	8	23
7-9			13	6	20	10	30
10+			6	17	23	3	26
Guatemala	2002	1997-2002					
Total			22	16	39	15	53
Ninguno			32	23	55	22	76
Primaria			20	15	34	11	45
Secundaria+			9	4	12	5	17
Honduras	2001	1996-2000					
Total			19	15	34	11	45
Ninguno			30	34	63	23	85
1-3			21	19	40	12	51
4-6			18	10	28	9	37
7+			12	6	18	4	22
Nicaragua	2001	1996-2001					
Total			16	15	31	7	38
Ninguno			23	30	53	14	66
1-3			15	19	34	9	42
4-6			14	11	26	7	32
7-9			8	7	16	2	17
10+			20	1	22	2	23

* Tasas de mortalidad neonatal, posneonatal, infantil y <5 años son por 1,000 nacidos vivos. Tasas para mortalidad de 1-4 años son por 1,000 sobrevivientes al primer año.

nacidos vivos en Honduras a 15 muertes por 1,000 en Guatemala, con Nicaragua no lejos con un diferencial de 14 muertes por 1,000. Con la excepción de El Salvador, las tasas de mortalidad infantil son también más altas en el área rural comparadas con las del área urbana. La falta de una diferencia rural/urbana en El Salvador parece estar relacionada con las mejoras generales en educación,

El Cuadro 8.3 muestra las tasas de mortalidad de acuerdo a la educación de la madre.

En todos los países, la mortalidad infantil generalmente desciende conforme la educación de la madre asciende. Los diferenciales pueden ser sustanciales. Por ejemplo, en Honduras, el diferencial entre el nivel educativo más bajo y el más alto es de 45 muertes infantiles por 1,000 nacidos vivos, mientras que en Guatemala es de 43 muertes infantiles. En Nicaragua, Honduras y Guatemala, las tasas de mortalidad posneonatal también muestran una muy pronunciada relación inversa con la educación de la madre. Por ejemplo, tanto en

Nicaragua como en Honduras, la diferencia entre las menos y las más educadas mujeres es de 28-29 muertes por 1,000. Los diferenciales de mortalidad neonatal son menos pronunciados, con un alto diferencial de 23 muertes por 1,000 en Guatemala, seguido por diferenciales mucho más pequeños en El Salvador, Honduras y Nicaragua, respectivamente.

El Cuadro 8.4 muestra tasas de mortalidad, de acuerdo con la edad de la madre al momento del parto. La mortalidad infantil es menor entre niños con madres de 20-29 años de edad, la mejor edad para la maternidad. En todos los países, hay un exceso de mortalidad para niños nacidos a mujeres menores de 20 años y a mujeres de 30 años o mayores, sobretodo a mujeres de 40-49 años de edad.

Cuadro 8.4
Mortalidad Infantil y en la Niñez, según la Edad de la Madre al Nacimiento
(Última Encuesta)

País/Edad	Año de Encuesta	Período de Tiempo	Tasas de Mortalidad, por 1,000*				
			Neonatal	Posneonatal	Infantil	1-4 Años	<5 Años
El Salvador	2002/03	1997-2002					
Total			13	12	25	6	31
<20			17	9	26	14	40
20-29			10	12	22	5	27
30-39			12	8	20	2	21
40-49			56	24	80	0	80
Guatemala	2002	1997-2002					
Total			22	16	39	15	53
<20			27	18	45	12	56
20-29			20	13	33	15	48
30-39			19	19	38	14	52
40-49			62	29	91	31	119
Honduras	2001	1996-2000					
Total			19	15	34	11	45
<20			20	23	43	8	51
20-29			15	10	25	10	34
30-39			22	17	39	17	55
40-49			50	37	87	11	97
Nicaragua	2001	1996-2001					
Total			16	15	31	7	38
<20			22	12	33	7	41
20-29			13	12	25	6	31
30-39			15	23	38	9	47
40-49			14	29	42	21	63

* Tasas de mortalidad neonatal, posneonatal, infantil y <5 años son por 1,000 nacidos vivos. Tasas para mortalidad de 1-4 años son por 1,000 sobrevivientes al primer año.

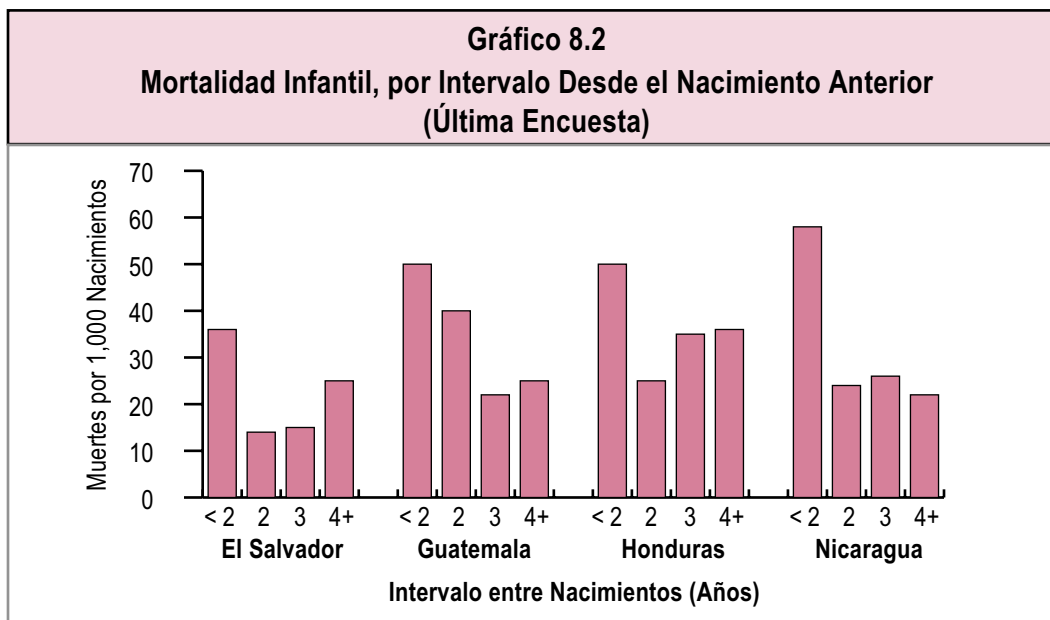
Cuadro 8.5
Mortalidad Infantil y en la Niñez, según Intervalo Desde el Nacimiento Anterior
(Última Encuesta)

País/Intervalo	Año de Encuesta	Período de Tiempo	Tasas de Mortalidad, por 1,000*				
			Neonatal	Posneonatal	Infantil	1-4 Años	<5 Años
El Salvador	2002/03	1997–2002					
Total			13	12	25	6	31
< 2 años			21	15	36	10	45
2–2.9 años			7	8	14	8	22
3–3.9 años			6	10	15	6	21
4+ años			11	14	25	3	28
Guatemala	2002	1997–2002					
Total			22	16	39	15	53
< 2 años			25	25	50	16	66
2–2.9 años			21	19	40	15	55
3–3.9 años			16	7	22	12	35
4+ años			15	10	25	14	39
Honduras	2001	1996–2000					
Total			19	15	34	11	45
< 2 años			26	24	50	16	66
2–2.9 años			11	14	25	10	34
3–3.9 años			16	18	35	9	43
4+ años			27	10	36	13	48
Nicaragua	2001	1996–2001					
Total			16	15	31	7	38
< 2 años			25	33	58	14	71
2–2.9 años			11	13	24	10	34
3–3.9 años			7	19	26	5	31
4+ años			15	7	22	5	27

* Tasas de mortalidad neonatal, posneonatal, infantil y <5 años son por 1,000 nacidos vivos. Tasas para mortalidad de 1-4 años son por 1,000 sobrevivientes al primer año.

Estudios en muchos países han encontrado que el intervalo de tiempo desde el nacimiento previo está fuertemente asociado con los riesgos de mortalidad infantil y que el intervalo de tres a cinco años es óptimo. Los nacimientos ocurridos después de un intervalo corto, es decir, menos de 24 meses, tienen una sustancialmente mayor

mortalidad que los nacimientos ocurridos después de un intervalo más largo. Como se muestra en el Cuadro 8.5 y el Gráfico 8.3, los resultados de las más recientes encuestas llevadas a cabo en cada país son consistentes con estos estudios. En Nicaragua, la tasa de mortalidad infantil en niños con un intervalo de



nacimiento de menos de 24 meses es de 58, mientras que en Honduras y Guatemala es de 50 muertes por 1,000 nacidos vivos. Es interesante notar que, la tasa en El Salvador es de sólo 36 muertes por 1,000, pero permanece sustancialmente más alta que la de los niños nacidos con intervalo previo de nacimiento de 2 a 3 años.

Como se muestra en el Cuadro 8.6, la mortalidad infantil generalmente aumenta conforme el orden de nacimiento del niño aumenta. Los niños con un mayor riesgo de morir son aquellos del orden de nacimiento arriba de seis.

Finalmente, se podría esperar que la mortalidad infantil, y la mortalidad neonatal en particular, sería menor para niños nacidos en un establecimiento de salud comparada con la de

Cuadro 8.6
Mortalidad Infantil y en la Niñez, según Orden de Nacimiento
(Última Encuesta)

País/Orden	Año de Encuesta	Período de Tiempo	Tasas de Mortalidad, por 1,000*				
			Neonatal	Posneonatal	Infantil	1-4 Años	<5 Años
El Salvador	2002/03	1997–2002					
Total			13	12	25	6	31
1			12	10	22	6	27
2–3			12	11	23	9	31
4–6			9	13	23	4	26
7+			33	10	43	4	46
Guatemala	2002	1997–2002					
Total			22	16	39	15	53
1			29	14	43	13	55
2–3			17	13	30	11	41
4–6			23	20	43	18	61
7+			24	21	46	19	63
Honduras	2001	1996–2000					
Total			19	15	34	11	45
1			16	11	28	6	33
2–3			21	17	38	11	48
4–6			18	11	29	10	39
7+			21	29	50	25	74
Nicaragua	2001	1996–2001					
Total			16	15	31	7	38
1			17	8	25	3	29
2–3			16	12	28	6	34
4–6			11	16	26	7	33
7+			22	37	59	18	76

* Tasas de mortalidad neonatal, posneonatal, infantil y <5 años son por 1,000 nacidos vivos. Tasas para mortalidad de 1-4 años son por 1,000 sobrevivientes al primer año..

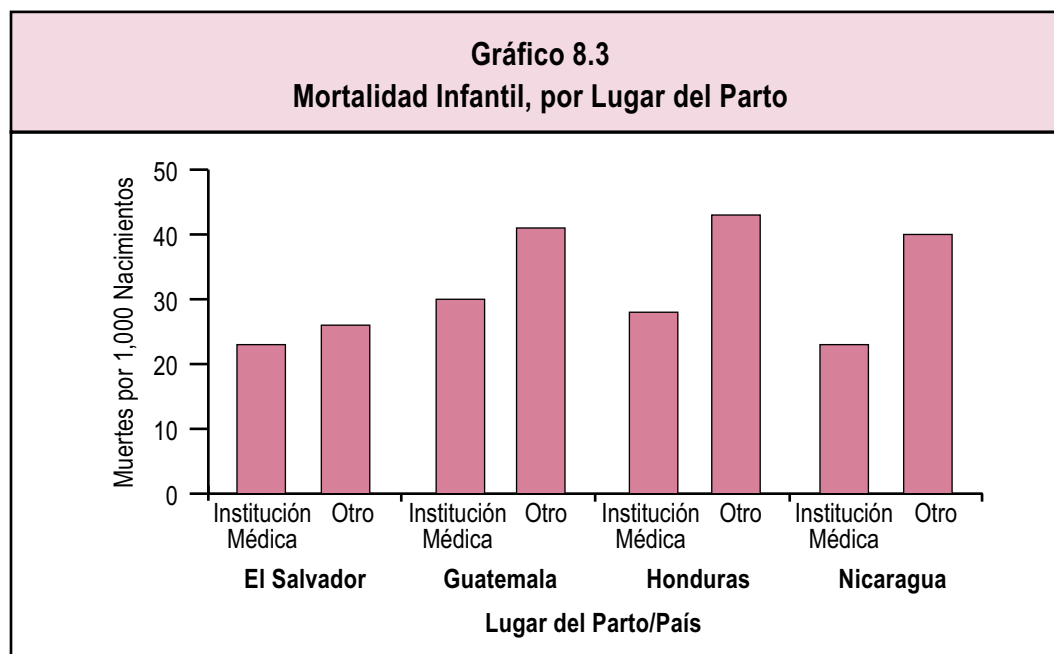
Cuadro 8.7
Mortalidad Infantil, según Lugar de Nacimiento
(Última Encuesta)

País/Lugar de Nacimiento	Año de Encuesta	Período de Tiempo	Tasas de Mortalidad, por 1,000*		
			Neonatal	Posneonatal	Infantil
El Salvador	2002/03	1997–2002			
Total			13	12	25
Institución médica			13	11	23
Otro			13	13	26
Guatemala	2002	1997–2002			
Total			22	16	39
Institución médica			22	9	30
Otro			21	20	41
Honduras	2001	1996–2000			
Total			19	15	34
Institución médica			16	13	28
Otro			23	20	43
Nicaragua	2001	1996–2001			
Total			16	15	31
Institución médica			14	9	23
Otro			18	21	40

* Tasas de mortalidad neonatal, posneonatal e infantil son por 1,000 nacidos vivos.

los niños nacidos fuera de él. De acuerdo con los datos mostrados en el Cuadro 8.7 y el Gráfico 8.3, esto no es necesariamente el caso en dos de los países. En El Salvador y Guatemala, no hay diferencia en la tasa de mortalidad neonatal entre nacimientos ocurridos en un establecimiento de salud y aquellos ocurridos fuera de él, mientras que en Nicaragua la diferencia (a favor de los partos en hospital) es sólo de cuatro muertes por 1,000 nacidos vivos, e incrementa a siete en Honduras. Vale notar las ventajas acumuladas

durante el periodo posneonatal para los niños nacidos en establecimientos de salud en los cuatro países. Con la excepción de El Salvador, las ventajas de partos institucionales para mortalidad posneonatal son sustanciales. En Guatemala, Honduras y Nicaragua las tasas de mortalidad infantil de niños nacidos fuera del establecimiento de salud son de 11, 15 y 17 muertes por 1,000 nacidos vivos más altas, respectivamente, que sus contrapartes nacidos en los establecimientos de salud.



Mortalidad perinatal

La tasa de mortalidad perinatal mide el número de muertes perinatales por 1,000 nacimientos. El periodo perinatal empieza a la semana 28 de gestación y termina al final del séptimo día después del parto. Las muertes perinatales son la suma de partos de un niño muerto y las muertes neonatales tempranas. Las tasas de mortalidad perinatal han sido usadas como un indicador del estándar de atención materna y del recién nacido. La incidencia de muertes perinatales es generalmente mayor entre bebés de madres que

no reciben atención prenatal, entre bebés de sexo masculino, y entre primeros partos y el quinto o mayor embarazo. La edad materna es otro factor importante asociado con la mortalidad perinatal. Los grupos de alto riesgo incluyen las madres mayores de 40 años de edad y madres adolescentes. Las tasas pueden ser tan bajas como 6 por 1,000 nacimientos en algunos países desarrollados, pero son considerablemente más altas en los países en desarrollo.

Cuadro 8.8
Tasas de Mortalidad Perinatal, según Área de Residencia
(Última Encuesta)

País/Área	Año de Encuesta	Período de Tiempo	Tasas de Mortalidad Perinatal*		
			Mortinato	Muerte 0-7 Días	Total
El Salvador	2002/03	1997–2002			
Total			12	11	23
Urbana			6	12	18
Rural			18	9	27
Guatemala	2002	1997–2002			
Total			18	17	35
Urbana			16	17	33
Rural			19	18	36
Honduras	2001	1996–2000			
Total			16	14	30
Urbana			13	12	25
Rural			18	14	32
Nicaragua	2001	1996–2001			
Total			10	11	21
Urbana			9	11	20
Rural			10	12	22

* El número de muertes neonatales tempranas y nacidos muertos (definido como pérdidas de embarazo después del sexto mes del embarazo) por 1,000 embarazos viables durante el período de referencia.

De acuerdo con la última encuesta llevada a cabo en cada país, la mortalidad perinatal varió de 23 muertes por 1,000 nacimientos en El Salvador a 35 muertes en Guatemala (Cuadro 8.8). En general, hay más mortinatos que muertes

infantiles durante los primeros siete días de vida. En cada país, la tasa rural de mortalidad perinatal es mayor que la tasa urbana, aunque el diferencial urbano/rural en Guatemala es relativamente pequeño.

Resumen de hallazgos

- Las estimaciones de mortalidad fueron calculadas para el periodo de 5 años previo a la última encuesta llevada a cabo en cada país. Las estimaciones de mortalidad infantil fueron más bajas para El Salvador y Nicaragua (25 y 31 muertes por 1,000 nacidos vivos) y más altas para Honduras y Guatemala (34 y 39 muertes por 1,000).
- Todos los países experimentaron un descenso sistemático en los niveles de mortalidad infantil en los últimos quince años, con el mayor descenso ocurriendo en Nicaragua y el menor en Honduras.
- Con la excepción de El Salvador, el mayor descenso en mortalidad infantil ha sido debido al descenso de la mortalidad posneonatal. En la actualidad, la tasa de mortalidad neonatal en cada país es más alta que la tasa de mortalidad posneonatal.
- Los diferenciales en mortalidad infantil más significativos fueron asociados con la educación de la madre, seguida por el intervalo de nacimiento previo y área de residencia. En todos los países, la mortalidad infantil generalmente desciende conforme la educación asciende y conforme el intervalo de nacimiento previo aumenta. La información sugiere que el mejor momento para tener un bebé es entre los 20 y 29 años de edad.
- La mortalidad perinatal es relativamente alta en los cuatro países, variando de 23 muertes por 1,000 nacimientos en El Salvador a 35 muertes por 1,000 en Guatemala.

Capítulo

9



Salud del Niño

Desde principios de los 90, ha habido mejoras en la supervivencia del niño en los cuatro países examinados en este informe. A pesar de estas mejoras, hay mucho trabajo por hacer en reducir los niveles de mortalidad y morbilidad infantil y de menores de cinco años.

Este capítulo cubre un número de temas relacionado con la salud del niño, tales como la toma de peso al nacer, el uso de servicios de control de recién nacido, vacunas, la prevalencia de diarrea e infecciones respiratorias agudas durante los 15 días previos a la entrevista, el uso de sales para la rehidratación oral para tratar un episodio reciente de diarrea, y el uso de antibióticos para tratar infecciones respiratorias agudas.

Peso al nacer

Un peso sano al nacer es muy importante para un buen inicio de vida. Los bebés con bajo peso al nacer tienen mayor riesgo de sufrir problemas de salud y desarrollo, y tienen mayor probabilidad de enfermarse o morir en su primer año de vida que los bebés con peso normal. Dado que el peso al nacer es un gran pronosticador de morbilidad y mortalidad infantil, se debe de monitorear de cerca.

La proporción de nacidos vivos durante los cinco años previos a la entrevista que fue pesada al nacer o durante los 7 días siguientes al parto varió del 64.5 por ciento en Honduras al 86.8

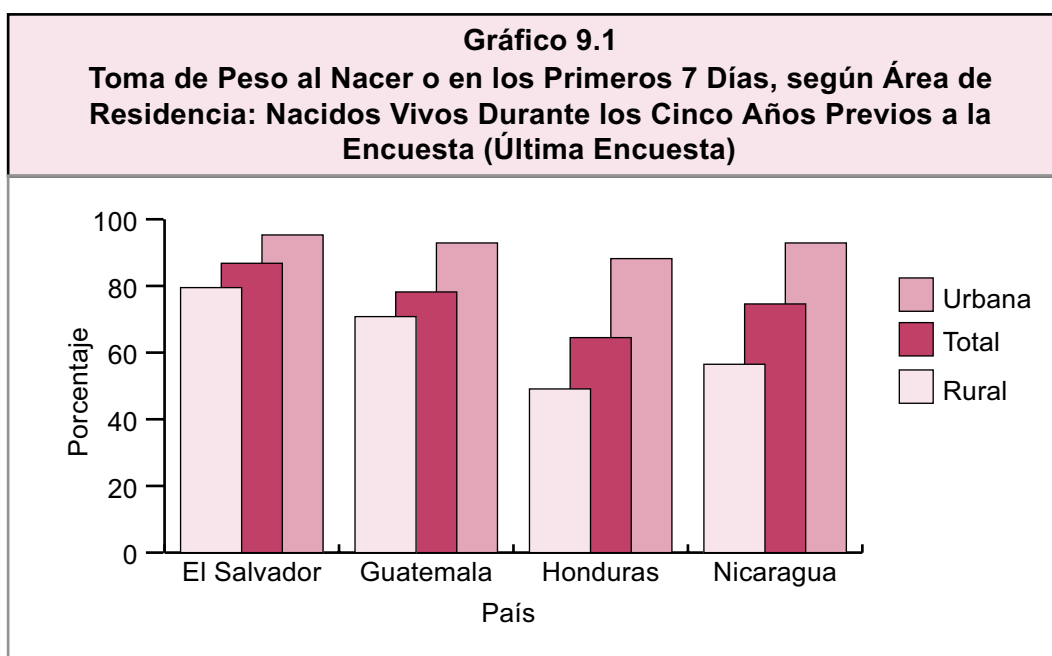
por ciento en El Salvador (Cuadro 9.1 y Gráfico 9.1). En todos los países, la probabilidad de que un recién nacido sea pesado es sustancialmente mayor entre recién nacidos cuyas madres viven en áreas urbanas que entre aquellos cuyas madres viven en áreas rurales. Esto es debido al hecho de que muchos partos en las áreas rurales de estos países todavía ocurren fuera de un establecimiento de salud.

Control de recién nacido

La atención médica del recién nacido consiste en varias visitas a un establecimiento de salud durante los primeros años para monitorear si el crecimiento y el desarrollo tienen un proceso normal, para reconocer problemas a tiempo y proveer intervención apropiada, proveer vacunas, proveer información acerca de la lactancia, dieta y atención general y otros consejos e información importantes para los padres. Dado que la salud del niño en los primeros años coloca la base para la niñez posterior, las visitas hechas durante el primer año son muy importantes.

En las encuestas llevadas a cabo en los cuatro países perfilados en este informe, las preguntas hechas acerca del uso de los servicios de recién nacido se refieren a la primera visita a un establecimiento de salud después del nacimiento. En general, el Ministerio de Salud de cada país recomienda que la primera visita sea realizada dentro de los 30 días del nacimiento del niño.

País	Año de Encuesta	Total	Urbana	Rural
El Salvador	2002/03	86.8	95.3	79.5
Guatemala	2002	78.2	92.9	70.8
Honduras	2001	64.5	88.2	49.1
Nicaragua	2001	74.6	92.9	56.5



De acuerdo con la última encuesta llevada a cabo en cada país, el porcentaje de nacidos vivos que reciben un control de recién nacido es muy alto en El Salvador y en Honduras, en donde más del 90 por ciento de los recién nacidos recibe esta atención (Cuadro 9.2 y Gráfico 9.2). El uso de control de recién nacido es relativamente bajo en Guatemala, dado que sólo el 43.2 por ciento de los recién nacidos fueron atendidos en un establecimiento de salud. Como se señala en el gráfico, el diferencial urbano/rural es muy pequeño en El Salvador, pero ligeramente mayor en Honduras, mientras que el diferencial en Guatemala es de casi 17 puntos porcentuales. Desde principios de los 90, el uso de servicios de control de recién nacido ha aumentado en El Salvador y en Honduras, con el mayor incremento ocurriendo en El Salvador (alrededor de 14 puntos porcentuales) y el menor incremento ocurriendo en Honduras (6 puntos porcentuales).

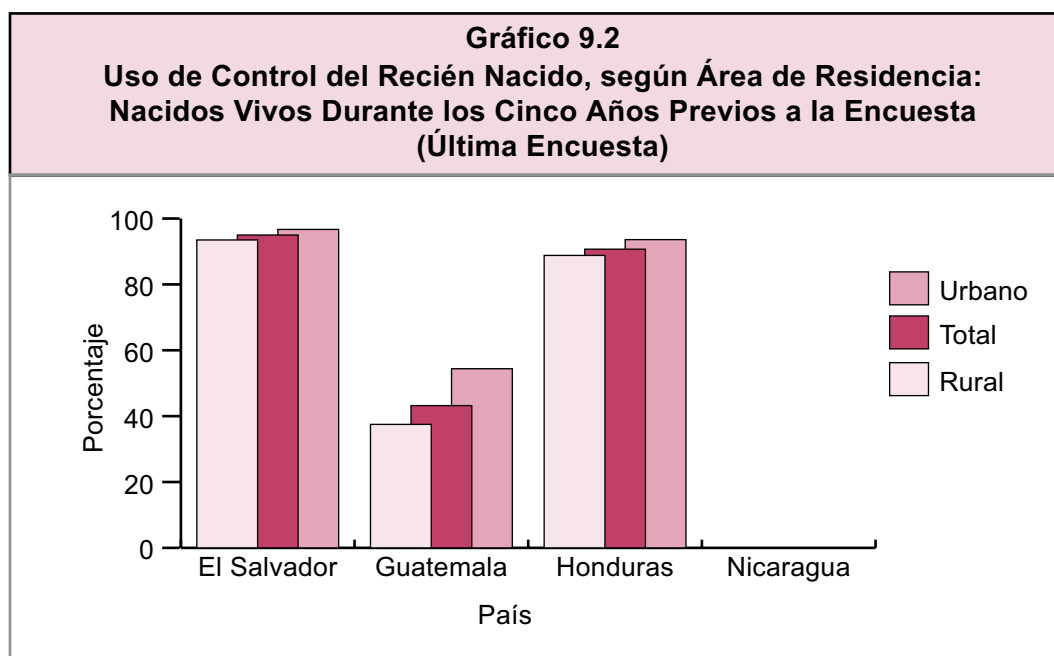
Inmunización del niño

El Programa de Inmunización de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se enfoca en seis enfermedades infantiles comunes que pueden ser prevenidas por inmunización: Difteria, pertusis (tos ferina) y tétanos (DPT), sarampión, polio y tuberculosis (BCG). La inmunización completa incluye tres dosis de la vacuna DPT,

tres dosis de la vacuna oral de polio, una vacuna del sarampión y una vacuna de BCG. En esta sección, se examinan los niveles de inmunización completa de niños de 12-23 meses de edad (en Nicaragua se usó el rango de edad de 18-29 meses en el informe para la más reciente encuesta y esta es la información presentada aquí).

País	Año de Encuesta	Porcentaje
El Salvador	1993*	80.8
El Salvador	1998*	89.9
El Salvador	2002/03*	95.0
Guatemala	1995a	nd
Guatemala	1998/99*	nd
Guatemala	2002*	43.2
Honduras	1991/92†	84.6
Honduras	1996*	77.7
Honduras	2001*	90.7
Nicaragua	1992/93*	82.9
Nicaragua	1998*	nd
Nicaragua	2001*	nd

* Nacidos vivos en los últimos 5 años a mujeres 15-49 años de edad.
† Último nacido vivo en los últimos 5 años a mujeres 15-44 años de edad.
nd: No disponible.



Entre los cuatro países encuestados, la inmunización completa varía del 62.5 por ciento de niños de 12-23 meses de edad en Guatemala al 77.7 por ciento en Honduras, de acuerdo con la más reciente encuesta (última columna del Cuadro 9.3 y del Gráfico 9.3). En cada país el diferencial urbano/rural es pequeño.

Comparando la cobertura según vacuna, la cobertura de BCG es mayor en cada país, mientras que la vacuna del sarampión, que también requiere una dosis para inferir protección, tiene la cobertura más deficiente (Gráfico 9.4). Los datos sugieren que la falta de la tercera dosis de polio y DPT y una dosis de la vacuna del sarampión en conjunto es la razón de que los niveles de inmunización completa sean relativamente bajos en cada país. La vacunación incompleta puede

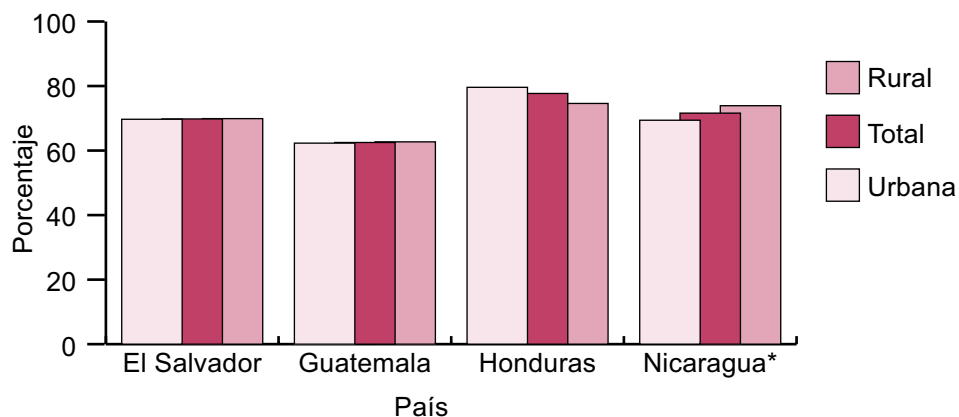
reflejar problemas en el préstamo de servicios de salud y con los sistemas logísticos, como también una falta de servicios de salud en sitios remotos.

El Gráfico 9.4 también muestra que la cobertura de BCG y DPT es alta y similar en El Salvador y en Honduras. Honduras está en primer lugar en relación a la polio (91 por ciento) mientras que los otros países presentan un rango del 78 por ciento en Guatemala al 85 por ciento en Nicaragua. La cobertura del sarampión es mayor en Nicaragua (86 por ciento), seguido por Honduras (83 por ciento), El Salvador (80 por ciento) y Guatemala (75 por ciento). Para cada una de las vacunas mostradas en el Gráfico 9.4, Guatemala tiene la menor cobertura.

Cuadro 9.3						
Inmunización Completa de Niños de 12 a 23 Meses de Edad, por Vacuna, según Área de Residencia (Última Encuesta)						
País/Área	Año de Encuesta	BCG	Polio	DPT	Sarampión	Todos
El Salvador	2002/03					
Total		98.3	83.3	89.2	79.9	69.8
Urbana		98.3	84.9	90.3	76.9	69.9
Rural		98.2	81.8	88.2	82.9	69.7
Guatemala	2002					
Total		91.9	78.1	76.7	74.7	62.5
Urbana		91.9	74.0	74.3	75.9	62.7
Rural		91.9	80.2	77.9	74.1	62.3
Honduras	2001					
Total		98.2	91.1	90.6	83.1	77.7
Urbana		98.2	92.3	90.5	81.3	74.6
Rural		98.1	90.4	90.7	84.2	79.6
Nicaragua*	2001					
Total		95.5	84.7	82.7	86.4	71.6
Urbana		98.7	86.9	84.7	89.8	73.9
Rural		92.5	82.7	80.7	83.1	69.4

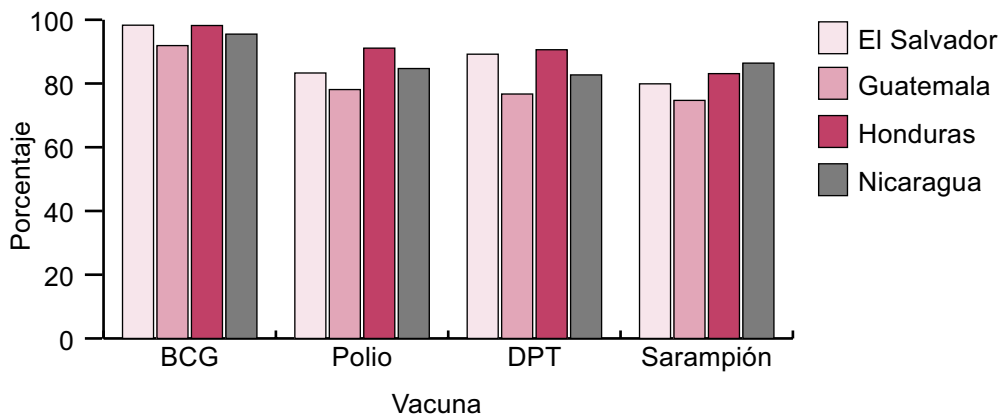
* Basado en edades 18-29 meses.

Gráfico 9.3
Inmunización Completa de Niños de 12 a 23 Meses de Edad, según Área de Residencia (Última Encuesta)



*18-29 meses

Gráfico 9.4
Porcentaje de Niños de 12 a 23 Meses con Inmunización Completa, por Vacuna (Última Encuesta)



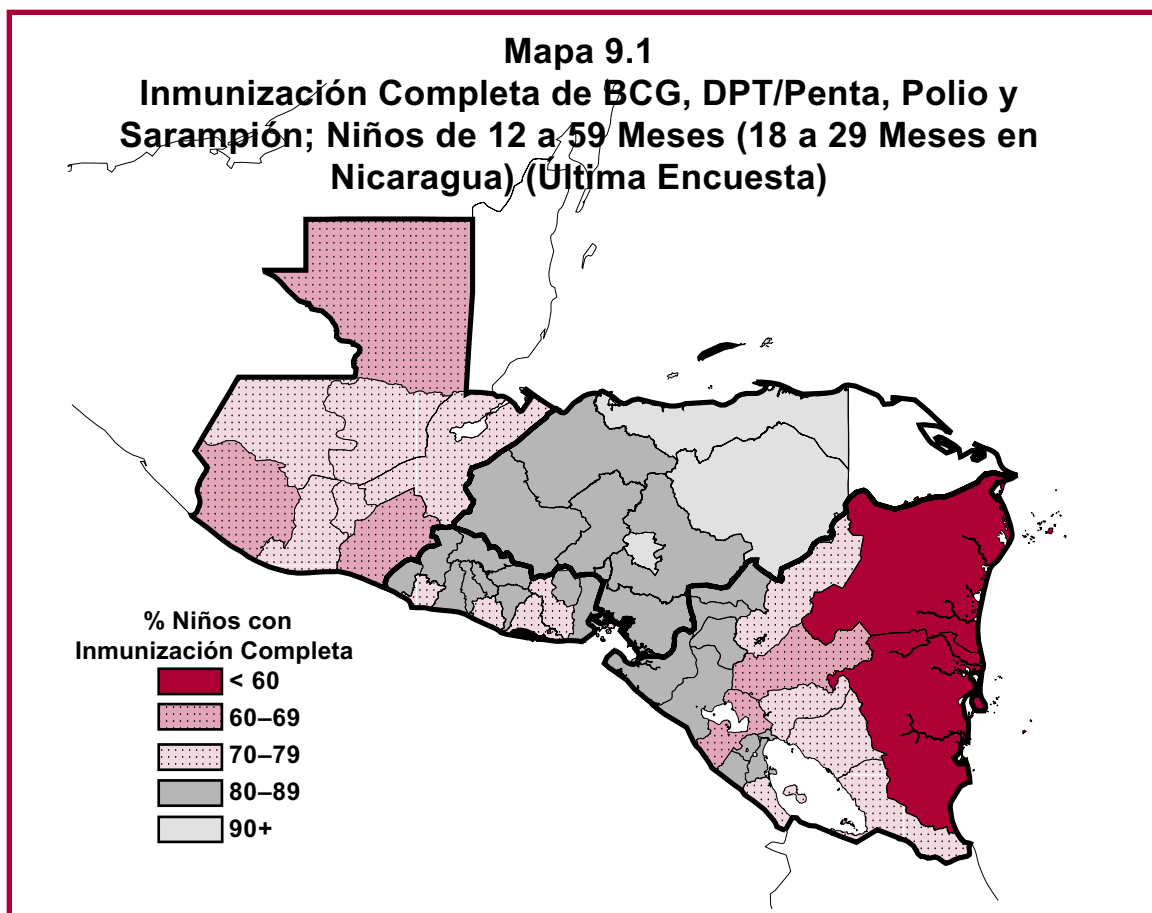
Cuadro 9.4
Tendencias en el Porcentaje de Niños de 12 a 23 Meses con
Inmunización Completa, por Vacuna

País	Año de Encuesta	BCG	Polio	DPT	Sarampión	Todos
El Salvador	1993*	87.0	78.1	78.0	82.1	70.6
El Salvador	1998*	96.3	85.7	85.9	85.6	77.0
El Salvador	2002/03*	98.3	83.3	89.2	79.9	69.8
Guatemala	1995*	78.2	55.9	59.4	75.1	42.6
Guatemala	1998/99*	90.3	66.7	70.4	80.6	59.5
Guatemala	2002*	91.9	78.1	76.7	74.7	62.5
Honduras	1991/92†	94.0	94.2	93.4	80.3	nd
Honduras	1996*	96.4	85.6	85.5	88.0	81.6
Honduras	2001*	98.2	91.1	90.6	83.1	77.7
Nicaragua	1992/93*	91.2	84.0	80.8	83.4	nd
Nicaragua	1998*	95.0	83.0	79.7	85.7	72.6
Nicaragua	2001*‡	95.5	84.7	82.7	86.4	71.6

* Basado en tarjeta de vacunación e información de la madre.
† Basado en tarjeta de vacunación y los reportado a nunca haber sido vacunado.
‡ Basado en edades 18-29 meses.

Como se muestra en el Cuadro 9.4, entre la penúltima y la última encuesta, avances en niveles de inmunización completa parecen estar disminuyendo e inclusive descendiendo. Entre principios y finales de los 90, tanto El Salvador como Guatemala hicieron significativos avances

en la cobertura de inmunización. Pero desde finales de los 90 un retraso, o inclusive un descenso, en cobertura relacionada a la vacuna del sarampión ha afectado la cobertura general de inmunización, mientras que la cobertura de las otras vacunas ha ido aumentando.



El Mapa 9.1 ilustra la cobertura regional del programa de vacunación dentro de los países. Muestra el porcentaje de niños, de 12-59 meses de edad, que ha recibido las dosis recomendadas de BCG, DPT, las vacunas de polio y sarampión, de acuerdo con la más reciente encuesta. Para Nicaragua, los datos se presentan para niños de 18-29 meses de edad. Es notable que en Honduras se ha alcanzado una cobertura del 80 por ciento o más en todas las regiones de salud, con tres regiones logrando más del 90 por

ciento de los niños. En Guatemala, ninguna de las regiones ha excedido el 80 por ciento, y tres regiones tuvieron menos del 70 por ciento de cobertura. En El Salvador todas menos 4 regiones excedieron el 80 por ciento, pero ninguna ha alcanzado el 90 por ciento, y Nicaragua exhibe un amplio rango en cobertura con las regiones autónomas del norte y del sur en la costa del Atlántico (regiones RAAN y RAAS) teniendo menos del 60 por ciento de cobertura.

Prevalencia y tratamiento de la diarrea y de infecciones respiratorias agudas

En los cuatro países perfilados en este informe, las causas principales de la morbilidad y mortalidad infantil y en la niñez son las infecciones respiratorias y la diarrea. Como resultado, las encuestas DHS y RHS llevadas a cabo en estos países han incluido módulos que investigan la prevalencia de estas enfermedades, su gravedad y qué se hizo para tratar a los niños con un episodio reciente de diarrea o infección respiratoria aguda.

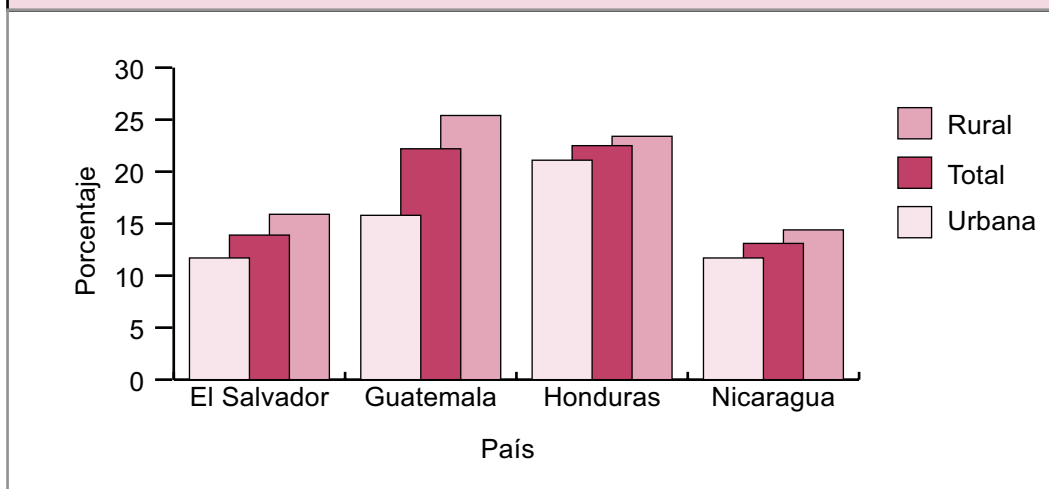
Enfocándose primero en la diarrea, de acuerdo con los resultados de la última encuesta llevada a cabo en cada país, del 13.1 por ciento (Nicaragua) al 22.5 por ciento (Honduras) de niños menores de 5 años fueron reportados de haber tenido diarrea durante las dos semanas

previas a la entrevista (Cuadro 9.5 y Gráfico 9.5). La diferencia en prevalencia puede ser debido a cuándo se llevó a cabo el trabajo de campo en cada país, o a las condiciones de vida en cada país, o a ambas. Es difícil distinguir cuál es más importante aquí. En todos los países, las tasas de prevalencia rural exceden las tasas urbanas, con Guatemala presentando un diferencial urbano/rural de casi 10 puntos porcentuales.

Cuadro 9.5
Prevalencia de Diarrea Durante las Dos Semanas Previas a la Entrevista, por Área de Residencia: Niños Menores de 5 Años (Última Encuesta)

País	Año de Encuesta	Total	Urbana	Rural
El Salvador	2002/03	13.9	11.7	15.9
Guatemala	2002	22.2	15.8	25.4
Honduras	2001	22.5	21.1	23.4
Nicaragua	2001	13.1	11.7	14.4

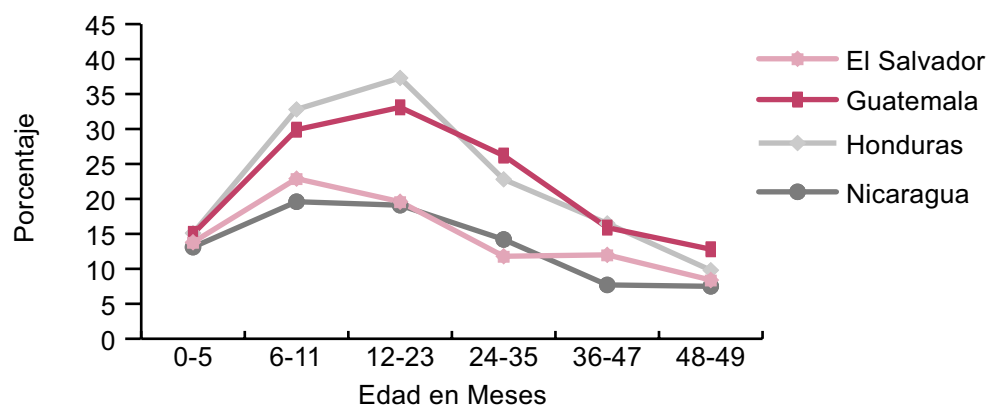
Gráfico 9.5
Prevalencia de Diarrea Durante las Dos Semanas Previas a la Entrevista, según Área de Residencia: Niños Menores de 5 Años



Cuadro 9.6
Prevalencia de Diarrea Durante las Dos Semanas Previas a la Entrevista, por Edad del Niño (En Meses) (Última Encuesta)

País	Año de Encuesta	Total	Edad del Niño					
			0-5	6-11	12-23	24-35	36-47	48-59
El Salvador	2002/03	13.8	13.8	22.9	19.6	11.8	12.0	8.4
Guatemala	2002	22.2	15.0	29.9	33.1	26.2	15.9	12.8
Honduras	2001	22.5	15.1	32.8	37.3	22.8	16.5	9.8
Nicaragua	2001	13.1	13.1	19.6	19.1	14.2	7.7	7.5

Gráfico 9.6
Prevalencia de Diarrea Durante las Dos Semanas Previas a la Entrevista, por Edad del Niño (en Meses): Niños Menores de 5 Años



En general, las tasas de prevalencia son menores entre niños de 0-5 meses de edad y mayores entre niños de 12-23 meses de edad (Cuadro 9.6 y Gráfico 9.6), posiblemente reflejando un efecto benéfico de lactancia materna entre el grupo de menor edad. Como

los niños de 6-11 meses de edad pasan por la práctica del destete y están expuestos a otros alimentos y se vuelven más activos en ambientes contaminados, la prevalencia de la diarrea empieza a aumentar.

Del 41 al 50 por ciento de las madres con un niño con un episodio reciente de diarrea consultó con alguien acerca de la enfermedad (Cuadro 9.7). El diferencial urbano/rural en cada país fue pequeño, pero las madres urbanas tenían una mayor probabilidad que las madres rurales de consultar con alguien. En El Salvador y en Honduras, la probabilidad de consultar con alguien aumentó conforme la duración y gravedad de la diarrea aumentaban (datos no mostrados).

Como se muestra en el Cuadro 9.8 y el Gráfico 9.7, el porcentaje de niños con diarrea que fue tratado con sales de rehidratación oral (SRO) (suero oral) fue alto en El Salvador (51.4 por ciento) y en Nicaragua (50.0 por ciento) y bajo en Guatemala (33.8 por ciento) y en Honduras (29.6 por ciento). En Guatemala y en Honduras, el uso de SRO fue mayor en el área rural que en la urbana. Entre las dos últimas encuestas, el uso de SRO aumentó ligeramente en El Salvador y en Guatemala, se mantuvo casi igual en Honduras y descendió ligeramente en Nicaragua (datos no mostrados).

Cuadro 9.7
Porcentaje de Niños con Diarrea Cuyas Madres Consultaron con Alguien Sobre su Reciente Episodio de Diarrea, por Área de Residencia: Niños Menores de 5 Años con Diarrea en las Últimas Dos Semanas (Última Encuesta)

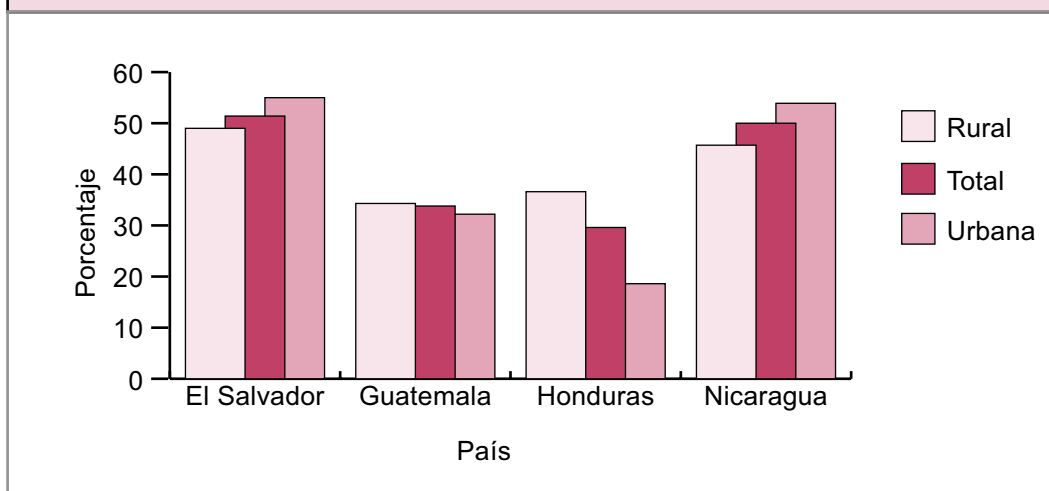
País	Año de Encuesta			
	Total	Urbana	Rural	
El Salvador	2002/03	50.4	57.0	46.2
Guatemala*	2002	41.6	46.6	40.1
Honduras	2001	48.8	51.4	47.1
Nicaragua*	2001	44.1	45.4	43.1

* Sólo incluye proveedores de servicios de salud.

Cuadro 9.8
Porcentaje de Niños con Diarrea Cuyas Madres les Trataron con Sales de Rehidratación (Suero Oral), por Área de Residencia: Niños Menores de 5 Años con Diarrea en las Últimas Dos Semanas (Última Encuesta)

País	Año de Encuesta			
	Total	Urbana	Rural	
El Salvador	2002/03	51.4	55.0	49.0
Guatemala	2002	33.8	32.2	34.3
Honduras	2001	29.6	18.6	36.6
Nicaragua	2001	50.0	53.9	45.7

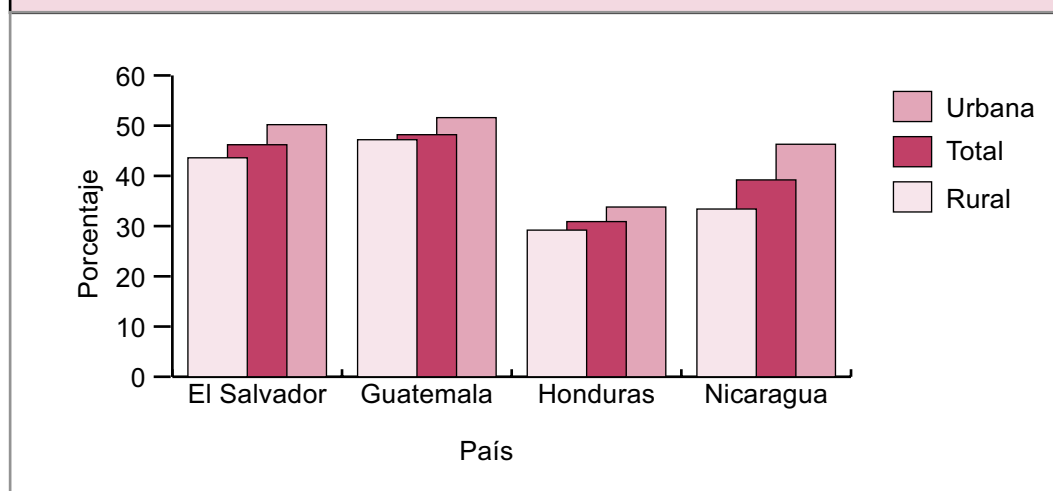
Gráfico 9.7
Porcentaje de Niños con Diarrea Cuyas Madres Les Trataron con Sales de Rehidratación (Suero Oral), según Área de Residencia: Niños Menores de 5 Años con Diarrea



Cuadro 9.9
Porcentaje de Niños con Diarrea Cuyas Madres Aumentaron la Cantidad de Líquidos que Recibieron, por Área de Residencia: Niños Menores de 5 Años con Diarrea en las Últimas Dos Semanas (Última Encuesta)

País	Año de Encuesta	Total	Urbana	Rural
El Salvador	2002/03	46.2	50.2	43.6
Guatemala	2002	48.2	51.6	47.2
Honduras	2001	30.9	33.8	29.2
Nicaragua	2001	39.2	46.3	33.4

Gráfico 9.8
Porcentaje de Niños con Diarrea Cuyas Madres Aumentaron la Cantidad de Líquidos que Recibieron, según Área de Residencia: Niños Menores de 5 Años con Diarrea



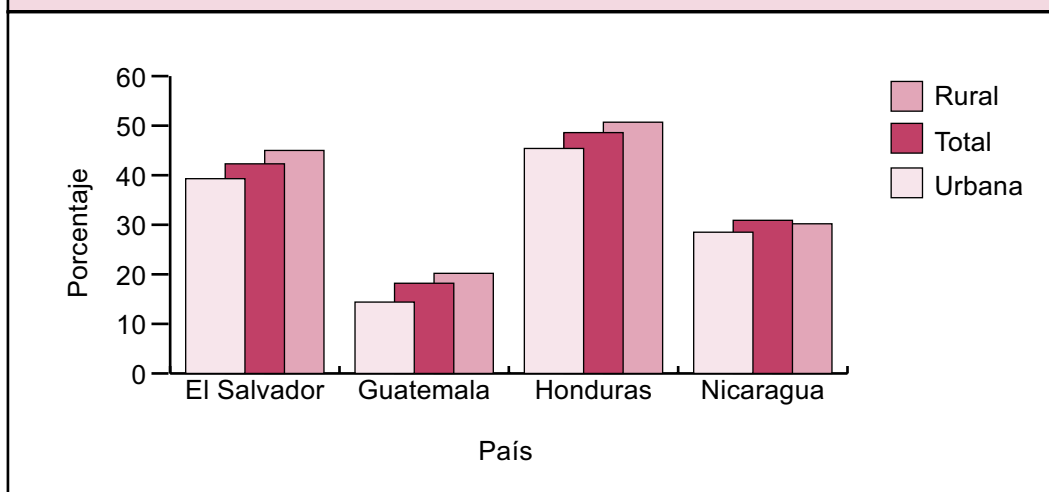
En todos los países, menos del 50 por ciento de las madres aumentó la cantidad de líquidos que le dieron a sus hijos con diarrea (Cuadro 9.9 y Gráfico 9.8). La probabilidad de aumentar los líquidos fue mayor en Guatemala (48.2 por

ciento) y menor en Honduras (30.9 por ciento). Como se muestra en el gráfico, un porcentaje más alto de mujeres urbanas que de mujeres rurales aumentó la cantidad de líquidos dados a sus hijos.

Cuadro 9.10
Prevalencia de Infecciones Respiratorias Durante las Dos Semanas Previas a la Entrevista, por Área de Residencia: Niños Menores de 5 Años (Última Encuesta)

País	Año de Encuesta	Total	Urbana	Rural
El Salvador	2002/03	42.3	39.3	45.0
Guatemala	2002	18.2	14.4	20.2
Honduras	2001	48.6	45.4	50.7
Nicaragua	2001	30.9	28.5	30.2

Gráfico 9.9
Prevalencia de Infecciones Respiratorias Durante las Dos Semanas Previas a la Entrevista, según Área de Residencia: Niños Menores de 5 Años

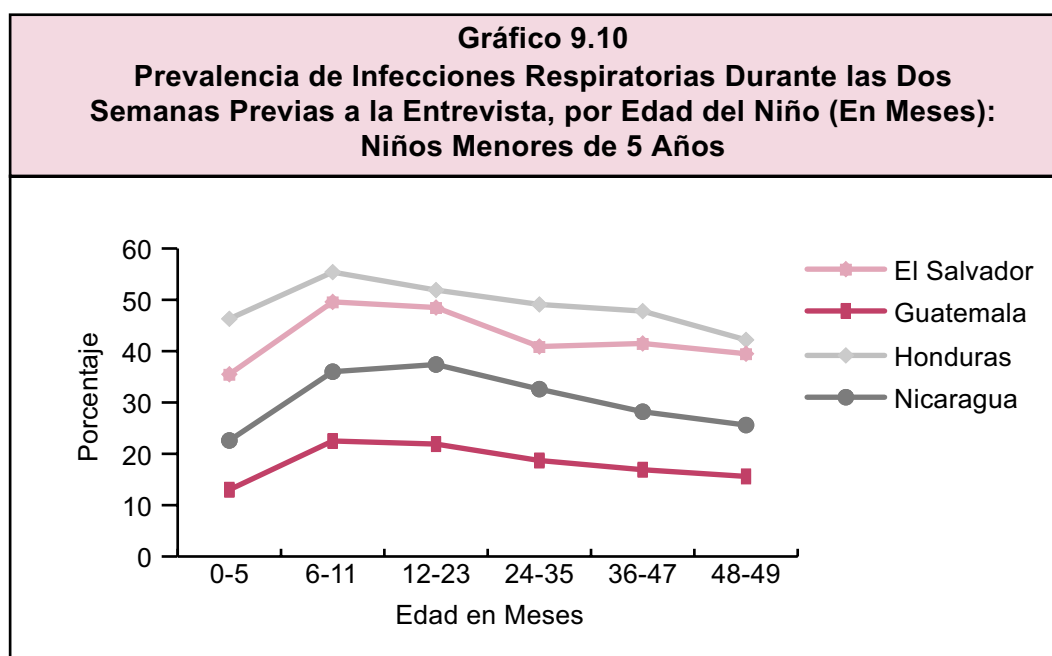


Dirigiéndose a las infecciones respiratorias agudas (IRA), la prevalencia de IRA varió considerablemente en los cuatro países (Cuadro 9.10 y Gráfico 9.9). La diferencia se puede deber a cuándo se llevó a cabo la última encuesta en cada país. Mientras que Guatemala reportó la

más baja prevalencia de IRA (18.2 por ciento), Honduras reportó la más alta (48.6 por ciento). Como se esperaba, la prevalencia de IRA fue más alta en las áreas rurales de cada país, pero las diferencias urbanas/rurales son pequeñas.

Cuadro 9.11
Prevalencia de Infecciones Respiratorias Durante las Dos Semanas Previas a la Entrevista, por Edad de los Niños (En Meses): Niños Menores de 5 Años (Última Encuesta)

País	Año de Encuesta	Total	Edad del Niño					
			0-5	6-11	12-23	24-35	36-47	48-59
El Salvador	2002/03	42.3	35.5	49.6	48.5	40.9	41.5	39.5
Guatemala	2002	18.2	13.0	22.5	21.9	18.7	16.9	15.6
Honduras	2001	48.6	46.3	55.4	51.9	49.1	47.8	42.2
Nicaragua	2001	30.9	22.6	36.0	37.4	32.6	28.2	25.6



Como fue el caso con la diarrea, la prevalencia de IRA fue menor entre niños de 0-5 meses de edad, una vez más reflejando el efecto protector de la lactancia materna (Cuadro 9.11 y Gráfico

9.10). En general, la prevalencia más alta fue registrada para niños de 6-11 meses de edad, seguida de cerca por niños de 12-23 meses de edad.

Cuadro 9.12
Porcentaje de Niños con Infecciones Respiratorias Cuyas Madres Consultaron con Alguien Sobre su Reciente Infección, por Área de Residencia: Niños Menores de 5 Años con IRA en las Últimas Dos Semanas (Última Encuesta)

País	Año de Encuesta	Total	Urbana	Rural
El Salvador	2002/03	61.6	74.3	52.0
Guatemala*	2002	64.3	78.9	59.0
Honduras	2001	52.0	57.0	48.5
Nicaragua*	2001	57.4	64.4	51.0

* Sólo incluye proveedores de servicios de salud.

Cuadro 9.13
Porcentaje de Niños con Infecciones Respiratorias que Fueron Tratados con Antibióticos, por Área de Residencia: Niños Menores de 5 Años con IRA (Última Encuesta)

País	Año de Encuesta	Total	Urbana	Rural
El Salvador	2002/03	52.9	61.4	46.4
Guatemala	2002	nd	nd	nd
Honduras	2001	25.5	34.3	19.3
Nicaragua	2001	nd	nd	nd

nd: No disponible.

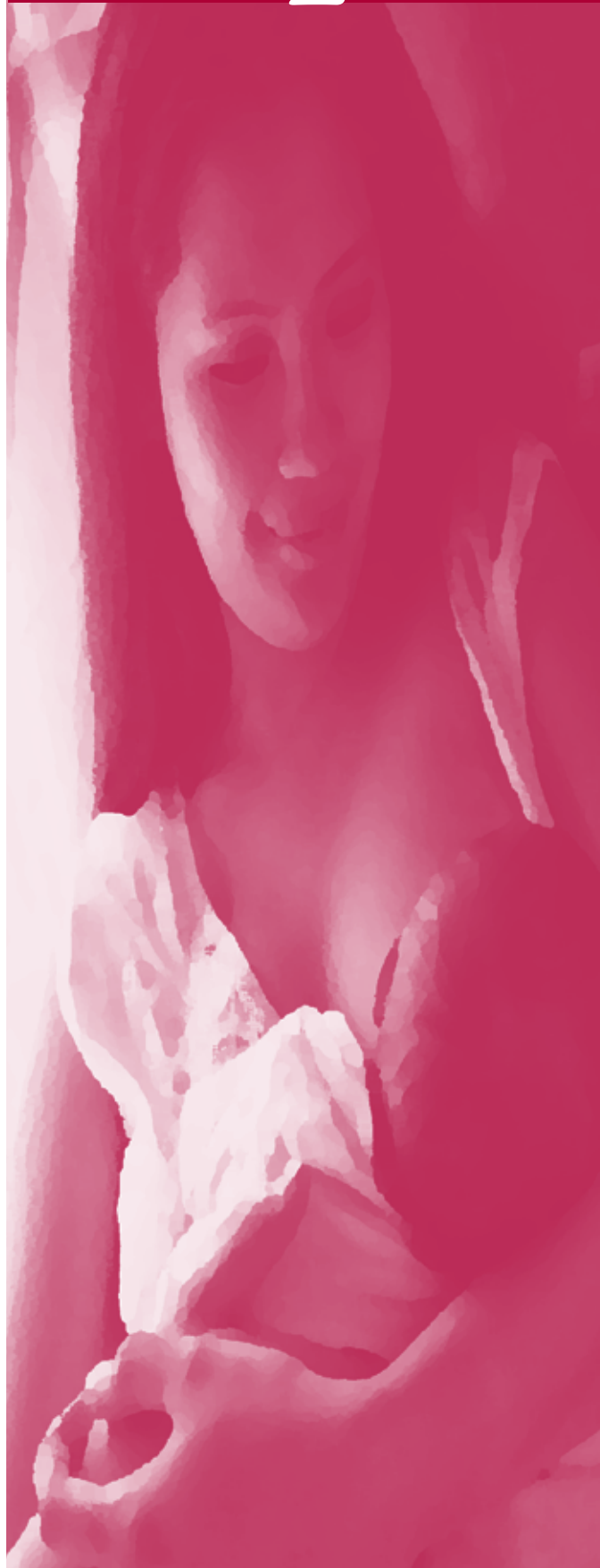
Del 52.0 por ciento al 64.3 por ciento de las madres con un hijo con un episodio reciente de IRA consultó con alguien acerca de la enfermedad (Cuadro 9.12). A diferencia de la diarrea, el diferencial urbano/rural en cada país fue relativamente grande, alcanzando casi 20 puntos porcentuales en Guatemala. En El Salvador, la probabilidad de consultar con alguien aumentó conforme la duración y gravedad de IRA aumentó, pero en Honduras, más madres de niños con un episodio moderado de IRA consultaron con alguien que aquellas con niños sufriendo un caso severo de IRA (datos no mostrados).

Como se muestra en el Cuadro 9.13, el uso de antibióticos para tratar las IRA fue relativamente alto en El Salvador (52.9 por ciento) y relativamente bajo en Honduras (25.5 por ciento). En El Salvador, casi al 40 por ciento de los niños que fue clasificado con padecer sólo un resfriado se les dio antibióticos, mientras que en Honduras, el 20 por ciento de los niños con un caso ligero de IRA fue tratado con antibióticos (datos no mostrados). Por otro lado, una considerable proporción de niños en ambos países con una IRA severa no fue tratada con antibióticos. Parece ser que hay un uso inapropiado de antibióticos en ambos países.

Resumen de hallazgos

- Menos del 87 por ciento de nacidos vivos es pesado al nacer o durante los 7 días después del parto. Esta proporción desciende a menos del 80 por ciento entre nacidos vivos a mujeres rurales.
- Más del 90 por ciento de nacidos vivos en El Salvador y en Honduras recibió un control de recién nacido, comparado con el 43.2 por ciento de nacidos vivos en Guatemala. Los diferenciales urbanos/rurales son pequeños en El Salvador y en Honduras, pero de cerca de 17 puntos porcentuales en Guatemala.
- La inmunización completa de niños de 12-23 meses de edad varía del 62.5 por ciento en Guatemala al 77.7 por ciento en Honduras. La falta de la tercera dosis en la serie de vacunas de la polio y DPT y el sarampión en conjunto es probablemente la razón por las que los niveles de inmunización completa son relativamente bajos en los cuatro países. El hecho de que la cobertura urbana y rural de inmunización dentro de cada país sea relativamente similar, es un buen ejemplo del aumento en la equidad en el acceso a este servicio.
- La prevalencia de la diarrea y de las infecciones respiratorias agudas (IRA) varía de país a país, y puede ser debido a la época del año en que se llevó a cabo la última encuesta en cada país. Como se esperaba, la prevalencia de ambas enfermedades fue más alta en el área rural que en la urbana. Parece ser que la lactancia materna provee alguna protección contra ambas enfermedades en niños de 0-5 meses de edad.
- La probabilidad de que una madre consultara con alguien si el niño estuviera enfermo es mayor si el niño estuviera sufriendo de una IRA que de un episodio de diarrea.
- El uso de sales de rehidratación oral (suero oral) es bajo en los países examinados, así como también lo es el aumento de líquidos dados a niños con diarrea. Las dos cuestiones se tienen que discutir en futuras campañas de educación pública, particularmente en Guatemala y en Honduras.
- Los datos sugieren que puede haber un uso inapropiado de antibióticos para tratar las IRA en algunos de los países.

Capítulo 10



Lactancia Materna y Nutrición Materno Infantil

Este capítulo comprende tres temas: Lactancia materna, estado nutricional de niños menores de 5 años y anemia en niños y madres.

Lactancia materna

Las prácticas de la lactancia materna tienen influencia en la salud tanto del niño como de la madre. La lactancia es una determinante principal del estado nutricional del niño y de su susceptibilidad a la morbilidad. El inicio temprano de la lactancia materna permite al recién nacido beneficiarse inmediatamente del calostro, que es muy nutritivo y contiene los anticuerpos necesarios para proteger a los bebés de una infección antes de que su sistema inmunológico esté completamente maduro. La salud de una mujer se afecta también por la lactancia, porque retrasa el regreso de la ovulación y provee un periodo en el cual ella no es susceptible al riesgo de otro embarazo.

El Cuadro 10.1 y el Gráfico 10.1 muestran que el 94 por ciento o más de niños fue amamantado, de acuerdo con la última encuesta. En todos los países, el porcentaje de niños que fue amamantado ha excedido el 90 por ciento desde principios de los 90. En Nicaragua, el 76.3 por ciento de los niños fue amamantado en la primera hora, seguido por Guatemala

con el 60.1 por ciento. El porcentaje de niños amamantado en la primera hora después del parto es relativamente bajo en Honduras (48.9 por ciento) y en El Salvador (31.8 por ciento). En Nicaragua, Honduras y Guatemala, más del 80 por ciento de los niños es amamantado en el primer día, mientras que en El Salvador sólo el 60.2 por ciento de los niños lo es.

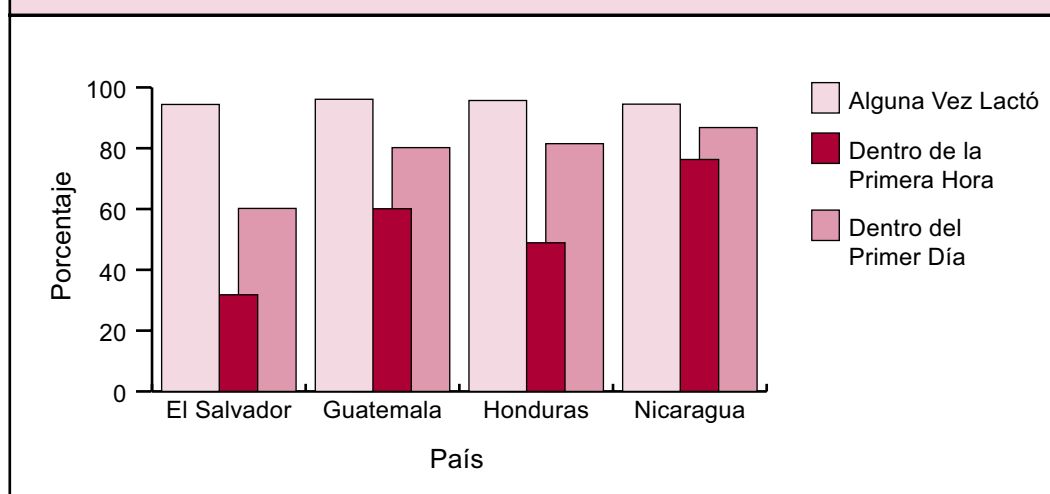
Cuadro 10.1
Tendencias en la Iniciación de la Lactancia Materna: Nacidos Vivos Durante los 5 Años Previos a la Encuesta

País	Año de Encuesta	Lactancia Materna Alguna Vez	Dentro de Primera Hora	Dentro del Primer Día*
El Salvador	1993	91.2	13.6	37.9
El Salvador	1998	94.0	26.3	56.1
El Salvador	2002/03	94.4	31.8	60.2
Guatemala	1995	95.6	54.6	76.5
Guatemala	1998/99	96.5	48.5	77.0
Guatemala	2002	96.1	60.1	80.2
Honduras	1991/92	nd	38.0	88.6
Honduras	1996	96.0	43.4	76.9
Honduras	2001	95.7	48.9	81.5
Nicaragua	1992/93	91.9	40.5	66.2
Nicaragua	1998	92.4	79.5	87.0
Nicaragua	2001	94.5	76.3	86.8

*Incluye hijos recibiendo lactancia materna en primera hora.

nd: No disponible.

Gráfico 10.1
Iniciación de la Lactancia Materna: Nacidos Vivos Durante los 5 Años Previos a la Encuesta (Última Encuesta)

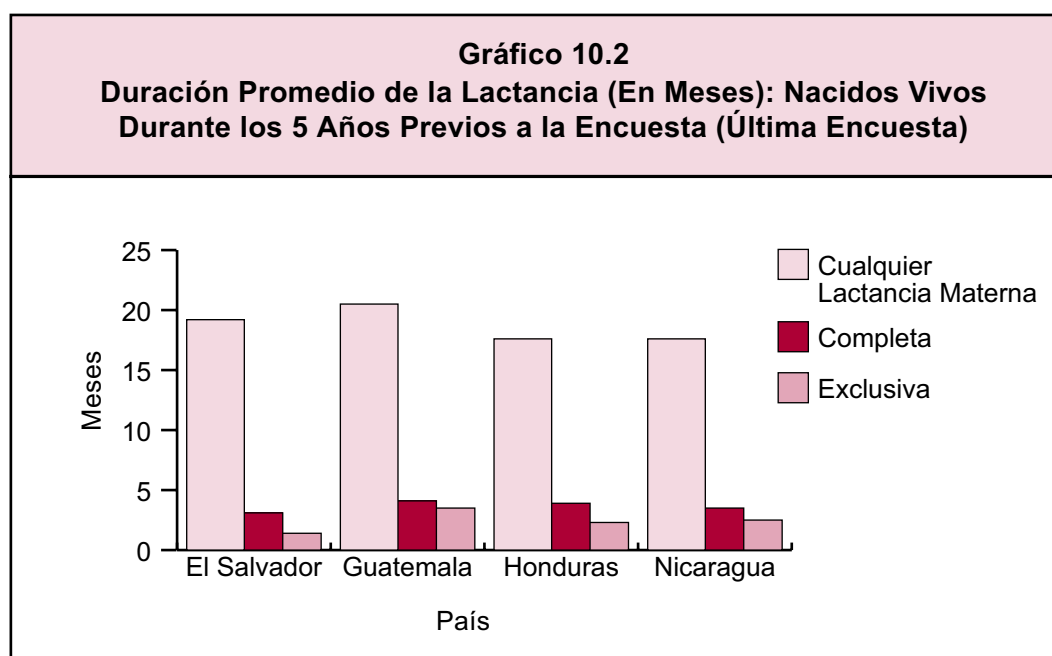


El Cuadro 10.2 y el Gráfico 10.2 muestran la duración promedio de la lactancia materna. La duración de la lactancia total, de acuerdo con la última encuesta, es mayor en Guatemala (20.5 meses) y menor en Honduras y Nicaragua (17.6 meses). La duración de la lactancia

materna completa (ya sea lactancia exclusiva o lactancia con agua u otros líquidos que no sean leche) fue de entre 3.1 meses en El Salvador y 4.1 meses en Guatemala. La duración de lactancia exclusiva varía entre 1.4 y 3.5 meses.

Cuadro 10.2				
Tendencias en la Duración Promedio de la Lactancia (en Meses): Nacidos Vivos Durante los 5 Años Previos a la Encuesta				
País	Año de Encuesta	Cualquier Lactancia	Lactancia Completa*	Lactancia Exclusiva†
El Salvador	1993	15.5	2.8	0.8
El Salvador	1998	17.7	2.7	0.9
El Salvador	2002/03	19.2	3.1	1.4
Guatemala	1995	19.8	4.4	3.9
Guatemala	1998/99	19.9	3.7	3.4
Guatemala	2002	20.5	4.1	3.5
Honduras	1991/92	17.2	nd	nd
Honduras	1996	17.3	3.4	2.3
Honduras	2001	17.6	3.9	2.3
Nicaragua	1992/93	12.3	2.0	0.6
Nicaragua	1998	15.0	2.6	2.1
Nicaragua	2001	17.6	3.5	2.5

* Sólo leche materna, o leche materna con agua, pero no incluye otros tipos de leche.
† Sólo leche materna.
nd: No disponible.



Cuadro 10.3
Porcentaje de Niños que
Actualmente Estaba Recibiendo
la Lactancia Materna Exclusiva al
Momento de la Entrevista, según
Edad del Niño (En Meses)
(Última Encuesta)

País/Edad	Año de Encuesta	Porcentaje
El Salvador	2002/03	
0-1		36.8
2-3		22.1
4-5		8.1
6-7		2.7
Guatemala	2002	
0-2		61.2
3-5		40.6
6-8		12.3
Honduras	2001	
0-2		47.2
3-5		21.6
6-8		6.1
Nicaragua	2001	
0-1		46.9
2-3		33.6
4-5		12.0
6-7		3.2

Se clasificó a los niños en una de las varias categorías de alimentación basándose en las prácticas actuales de alimentación, como reportaron sus madres, de acuerdo con la agrupación por edad que corresponde a los indicadores de alimentación infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las categorías se muestran en el Cuadro 10.4, en donde se clasifica a los niños conforme si no han sido amamantados, si son exclusivamente amamantados, predominantemente amamantados, si se les da alimentos complementarios (leche materna y comida sólida o semisólida), y si los niños siguen siendo amamantados a los 12-15 meses y 20-23 meses de edad.

Como se muestra en el Cuadro 10.4, en Guatemala, casi todos los niños de 0-5 meses de edad son amamantados (94.5 por ciento), mientras que en Honduras menos del 90 por ciento es amamantado a esa edad. Las tasas de

lactancia exclusiva entre niños de 0-5 meses de edad varían del 24.0 por ciento en El Salvador al 50.6 por ciento en Guatemala, tasas muy lejos de lo ideal. La lactancia predominante varía del 14.9 por ciento en Nicaragua al 22.1 por ciento en El Salvador. Enfocándose en niños de 6-9 meses de edad, a más del 60 por ciento de niños en este grupo de edad se le da comida complementaria además de leche materna, como se recomienda de la edad de 6 meses en adelante. Para los niños de 12-15 meses de edad, el indicador de interés principal es la proporción de niños aún amamantados, conocido también como la lactancia continuada. Guatemala tiene la más alta tasa de lactancia continuada (81.1 por ciento) comparado con los otros países. El porcentaje de niños de 20-23 meses de edad que todavía son amamantados varía del 33.5 por ciento en Honduras al 47.4 por ciento en Guatemala.

Como se esperaba, el porcentaje de niños de 0-5 meses de edad que está siendo amamantado y exclusivamente amamantado es más alto en el área rural que en la urbana. Esto refleja, en parte, la mayor necesidad de las madres urbanas que de las rurales de regresar a su lugar de trabajo y, por lo tanto, empiezan a dejar de amamantar antes. Entre los niños de 6-9 meses de edad, un mayor porcentaje de niños rurales que de niños urbanos recibe comida complementaria. Esto refleja la alta probabilidad de que los lactantes urbanos dejen de ser amamantados más temprano que los lactantes rurales. Asimismo, las tasas de lactancia continuada son más altas en el área rural que en la urbana, así como lo es el porcentaje de niños que continúa siendo amamantado a la edad de 20-23 meses, reflejando otra vez el hecho de que los niños urbanos dejan de ser amamantados antes.

Estado nutricional de los niños

A fin de evaluar objetivamente el estado nutricional de los niños, la talla y el peso de los niños fueron medidos en las encuestas. Estas medidas, en conjunto con la edad del niño, permitieron el cálculo de tres medidas estándar de crecimiento físico: talla para edad, peso para talla y peso para edad.

Cuadro 10.4										
Tipo de Lactancia Actual (Indicadores de la OMS), según Área de Residencia, por Edad del Niño: Niños de 0 a 23 Meses de Edad (Última Encuesta)										
País/Área	Año de Encuesta	No Lactando		Lactancia Exclusiva		Lactancia Predominante		Lactancia Complementaria	Lactancia Continuada	
		0-3	0-5	0-3	0-5	0-3	0-5	6-9	12-15	20-23
El Salvador	2002/03									
Total		5.6	8.0	29.5	24.0	23.9	22.1	75.9	67.4	43.2
Urbana		7.6	11.2	24.5	18.7	26.4	23.9	75.0	57.1	36.5
Rural		3.6	4.4	34.4	29.8	21.5	20.1	76.8	75.5	50.6
Guatemala	2002									
Total		4.6	5.5	56.3	50.6	18.8	19.2	67.3	81.1	47.4
Urbana		9.1	11.0	35.3	34.7	30.5	25.7	61.8	76.8	40.3
Rural		2.5	2.7	65.8	58.5	13.5	15.9	70.3	83.4	51.3
Honduras	2001									
Total		7.7	10.5	43.3	34.9	15.5	16.4	60.6	75.8	33.5
Urbana		12.9	18.0	32.0	22.7	12.4	13.6	55.1	67.2	27.0
Rural		4.3	5.5	50.7	43.2	17.5	18.3	64.7	80.7	38.1
Nicaragua	2001									
Total		5.4	7.4	39.1	30.7	15.3	14.9	67.4	63.8	39.6
Urbana		8.2	10.5	28.8	21.6	13.7	13.5	62.6	54.3	36.3
Rural		2.8	4.2	48.9	40.3	16.8	16.3	73.3	74.1	42.5

El estado nutricional de los niños como se midió por estos índices puede ser evaluado al comparar su distribución en un índice específico a aquél de una bien alimentada, saludable población de niños. La población de referencia usada es la desarrollada por el U.S. National Center for Health Statistics (NCHS) y aceptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La talla para edad es una medida de crecimiento físico durante la vida del niño. Un niño cuya talla es mayor que 2 desviaciones estándar por debajo del promedio de la población de referencia del NCHS es considerado retardo en crecimiento (desnutrición crónica) o muy pequeño para su edad. Retardo en crecimiento es una condición a consecuencia de una mala dieta prolongada o de recurrentes infecciones.

El peso para talla indica lo adecuado del peso del niño dada su talla. Un niño cuyo peso es

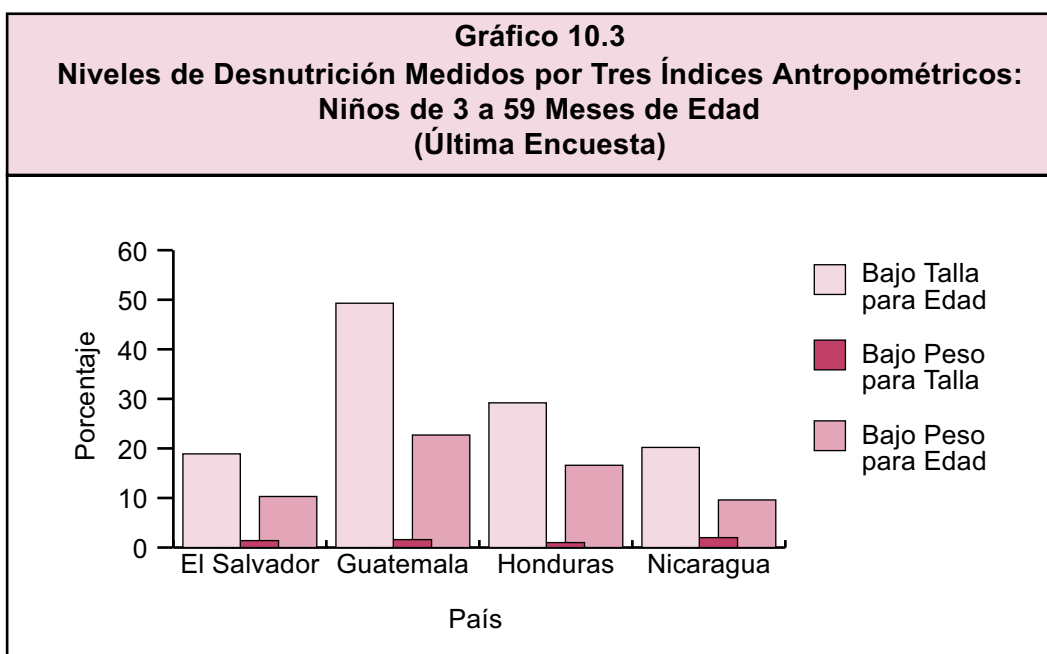
mayor que 2 desviaciones estándar por debajo del promedio de la población de referencia del NCHS se le refiere como emaciación (desnutrición aguda) o muy delgado. Esta condición puede reflejar una pérdida reciente de peso, generalmente como consecuencia de hambruna y/o enfermedad severa.

El peso para edad es un indicador general del estado nutricional del niño. Un niño que cae más de 2 desviaciones estándar por debajo de la población de referencia promedio del NCHS en este índice se le refiere como bajo de peso (desnutrición global). El niño puede haber sufrido de desnutrición crónica (retardo en crecimiento) o de desnutrición aguda (emaciación), pero el índice no se distingue entre estas dos condiciones.

Cuadro 10.5				
Niveles de Desnutrición Medidos por Tres Índices Antropométricos, según Área de Residencia: Niños de 3 a 59 Meses de Edad (Última Encuesta)				
País/Área	Año de Encuesta	Bajo Talla para Edad	Bajo Peso para Talla	Bajo Peso para Edad
El Salvador	2002/03			
Total		18.9	1.4	10.3
Urbana		11.0	1.3	6.9
Rural		25.6	1.4	13.2
Guatemala	2002			
Total		49.3	1.6	22.7
Urbana		36.5	1.2	16.2
Rural		55.5	1.8	25.9
Honduras	2001			
Total		29.2	1.0	16.6
Urbana		17.6	0.6	9.1
Rural		36.4	1.2	21.3
Nicaragua†	2001			
Total		20.2	2.0	9.6
Urbana		12.0	1.3	6.1
Rural		28.8	2.7	13.2

* Porcentajes son para los hijos con valores menores de -2 desviaciones estándares abajo de la mediana de la población de referencia (NCHS/CDC/OMS).

† 0 a 59 meses



El Cuadro 10.5 y el Gráfico 10.3 muestran los tres índices del estado nutricional de niños de 3-59 meses de edad, de acuerdo con la última encuesta. La estadística mostrada para cada

índice es el porcentaje de niños que estuvieron más de 2 desviaciones estándar por debajo del valor promedio de la población de referencia del NCHS.

En El Salvador y Nicaragua, el 18.9 y el 20.2 por ciento de los niños fue clasificado como retardo en crecimiento mientras que el 29.2 y el 49.3 por ciento fue retardo en crecimiento en Honduras y Guatemala, respectivamente. El porcentaje de niños que sufre emaciación varió del 1.0 por ciento en Honduras al 2.0 por ciento en Nicaragua, mientras que el porcentaje de niños que se encontró con bajo peso varió de un 9.6 por ciento en Nicaragua a un 22.7 por ciento en Guatemala. En general, es bastante claro que

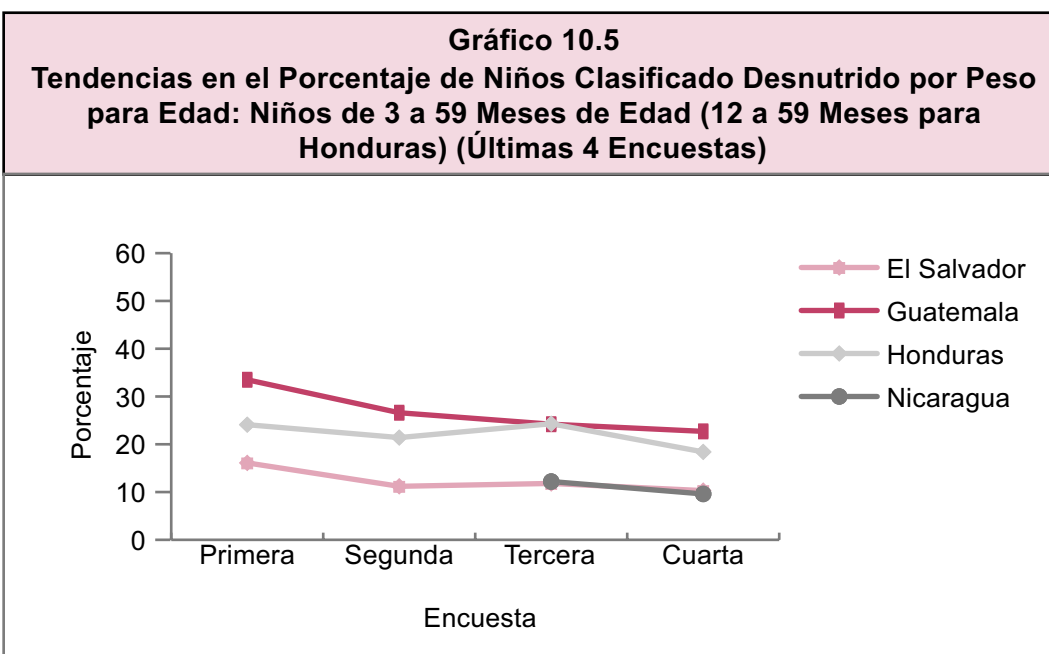
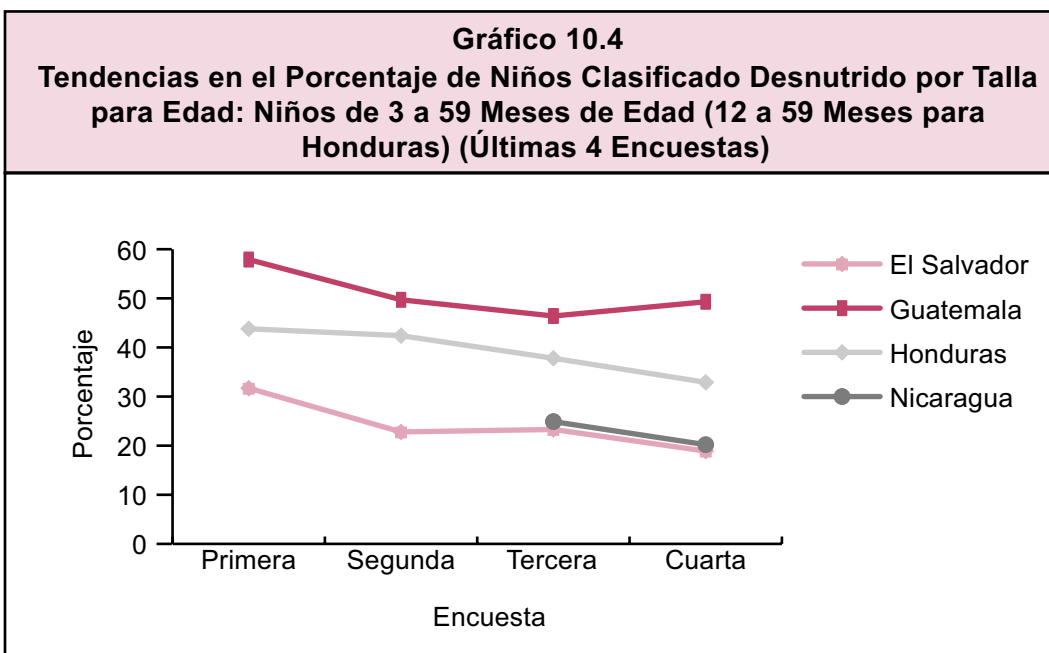
sustancialmente más niños fueron clasificados como desnutridos en Guatemala que en los otros países.

En general, el estado nutricional de los niños ha mejorado en cada uno de los países desde finales de los 80 (Cuadro 10.6 y Gráficos 10.4 y 10.5). Por ejemplo, el porcentaje de niños clasificado como retardo en crecimiento en El Salvador descendió por casi 13 puntos porcentuales entre 1988 y 2002/03. En Honduras, el descenso fue

Cuadro 10.6
Tendencias en los Niveles de Desnutrición Medidos por Tres
Índices Antropométricos: Niños de 3 a 59 Meses de Edad

País	Año de Encuesta	Bajo Talla para Edad	Bajo Peso para Talla	Bajo Peso para Edad
El Salvador	1988	31.7	2.1	16.1
El Salvador	1993	22.8	1.3	11.2
El Salvador	1998	23.3	1.1	11.8
El Salvador	2002/03	18.9	1.4	10.3
Guatemala	1987	57.9	nd	33.5
Guatemala	1995	49.7	3.3	26.6
Guatemala	1998/99	46.4	2.5	24.2
Guatemala	2002	49.3	1.6	22.7
Honduras	1987†	43.8	1.9	24.1
Honduras	1991/92†	42.4	1.8	21.4
Honduras	1996†	37.8	1.4	24.3
Honduras	2001†	32.9	1.0	18.4
Nicaragua	1998‡	24.9	2.2	12.2
Nicaragua	2001‡	20.2	2.0	9.6

* Porcentajes son para los hijos con valores menores de -2 desviaciones estándares abajo de la mediana de la población de referencia (NCHS/CDC/OMS).
† Niños de 12-59 meses.
‡ 0 a 59 meses.
nd: No disponible.



de casi 11 puntos porcentuales entre 1987 y 2001. En Guatemala, el porcentaje de niños que se encontró bajo de peso descendió por casi 11 puntos porcentuales desde 1987, pero parece que ha habido dificultades desde 1995 en la reducción del porcentaje de niños que tiene bajo talla para su edad.

En términos del índice de retardo en crecimiento o baja talla para edad, niveles mayores de desnutrición son evidentes entre niños en áreas rurales contrario a las urbanas (Gráfico 10.6). Los niveles de peso bajo también tienden a ser mayores entre niños que residen en áreas rurales (Gráfico 10.7).

Gráfico 10.6
Porcentaje de Niños Clasificado Desnutrido por Talla para Edad, según Área de Residencia: Niños de 3 a 59 Meses de Edad

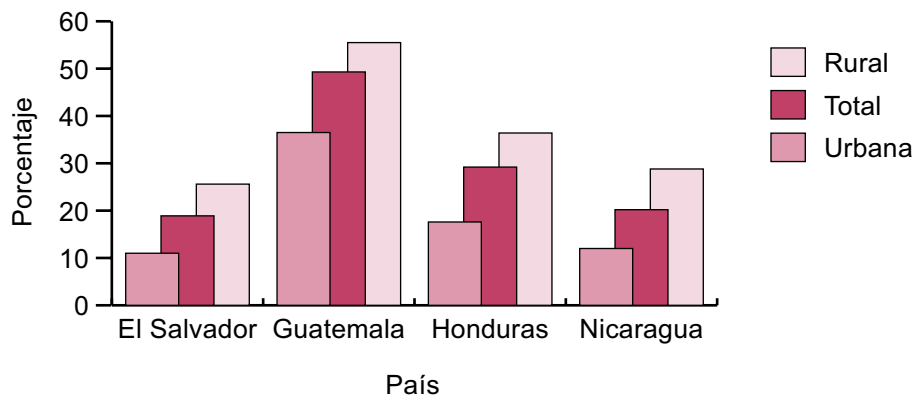
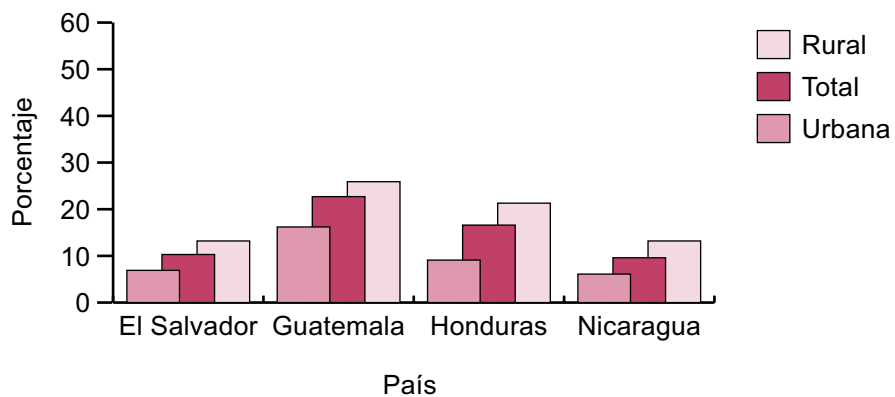


Gráfico 10.7
Porcentaje de Niños Clasificado Desnutrido por Peso para Edad, según Área de Residencia: Niños de 3 a 59 Meses de Edad



Los Mapas 10.1 y 10.2 muestran las variaciones regionales dentro de los países en el porcentaje de niños clasificado como baja talla para edad (retardo en crecimiento) y bajo peso para edad (emaciación). Usando cualquier indicador, la mayoría de las áreas de Guatemala experimentan niveles altos de desnutrición. El oeste de Honduras parece estar en peor situación que el resto del país y Nicaragua experimenta los más severos problemas en la parte noreste del país. El Salvador está mejor en general, así como la costa del Pacífico en Nicaragua.

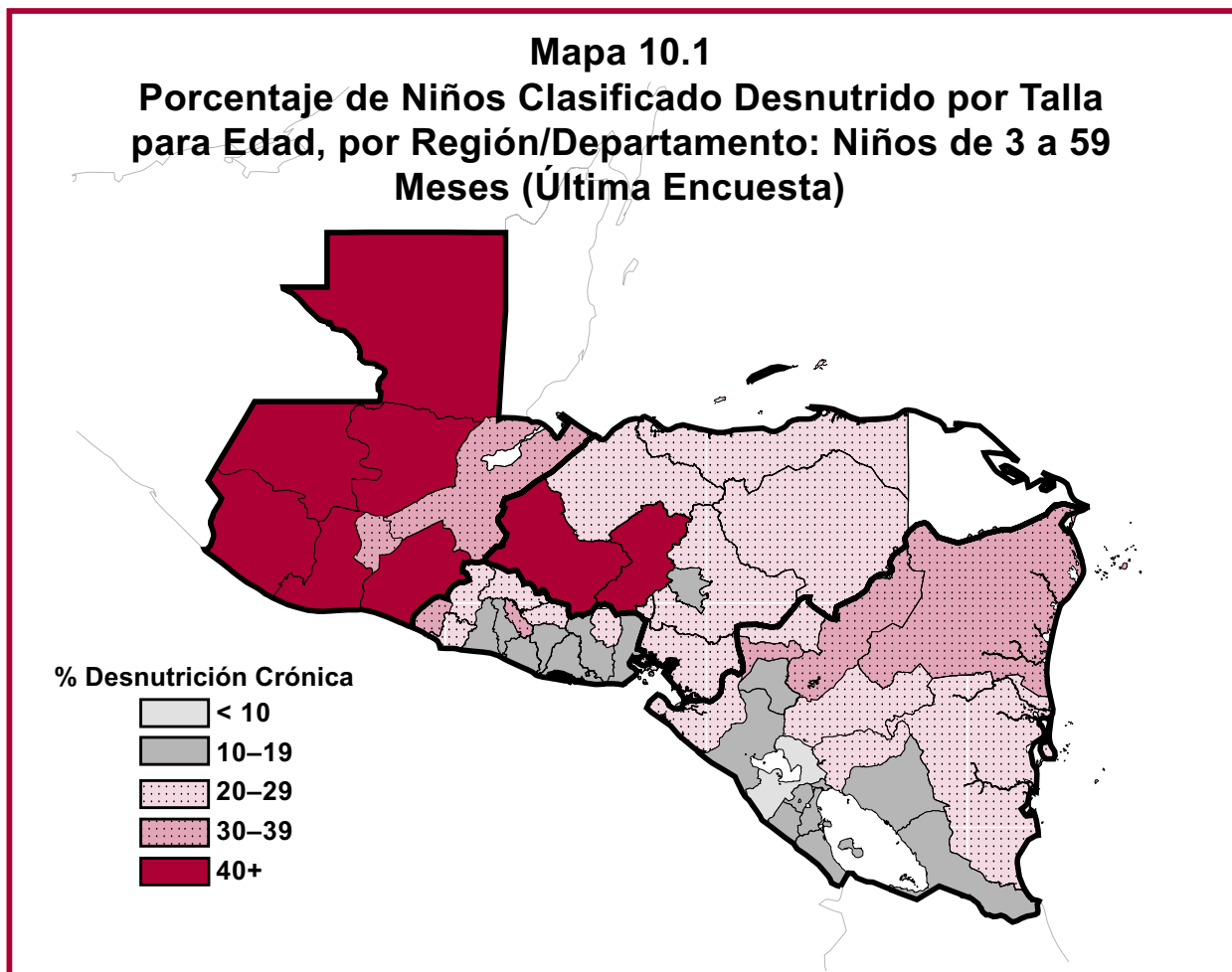
Anemia en los niños

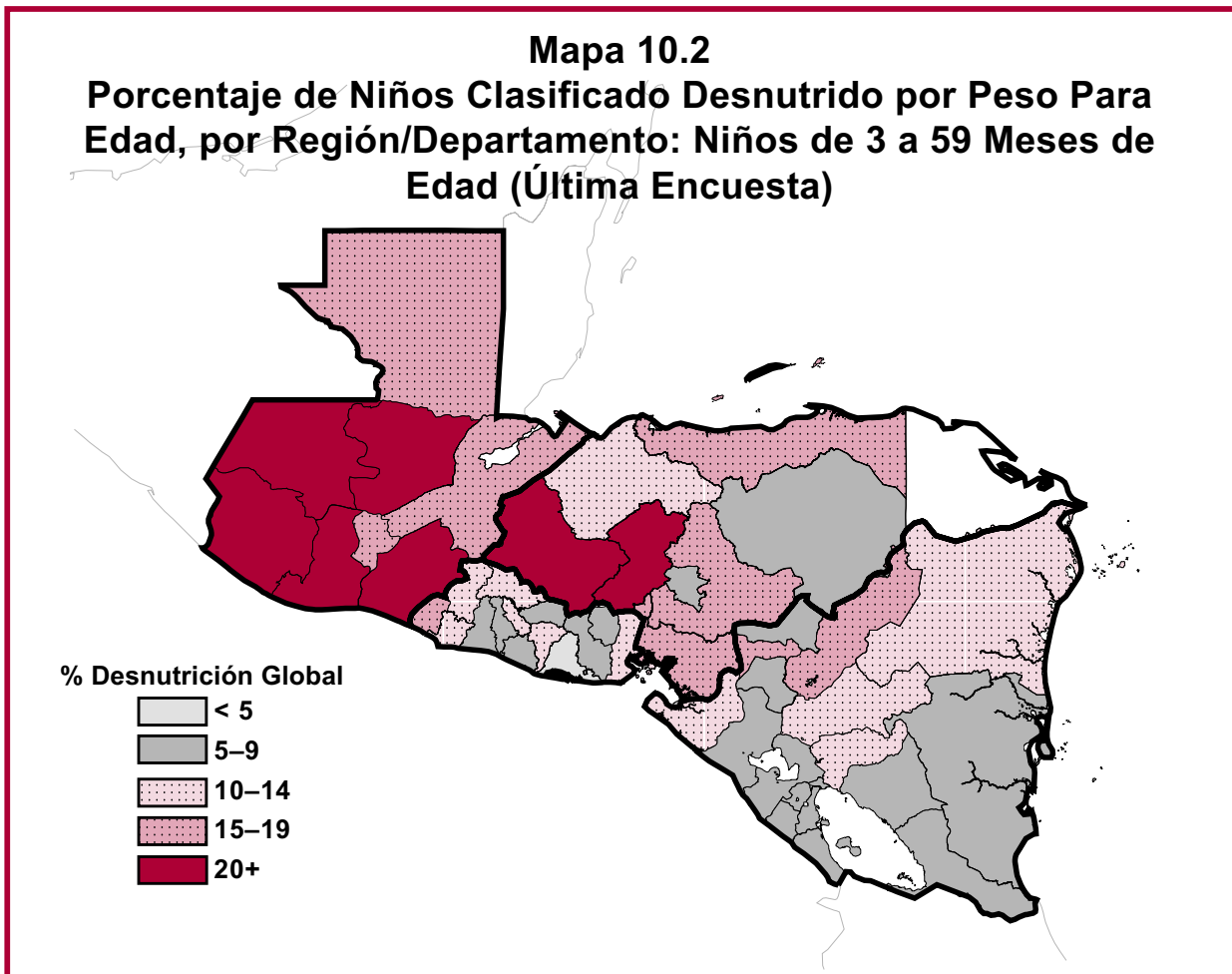
La anemia es una condición caracterizada por un volumen inadecuado de glóbulos rojos y una baja concentración de hemoglobina en la sangre. Aunque se han identificado muchas causas de la anemia, la deficiencia nutricional, debida principalmente a la falta de hierro en

la dieta, da razón de la mayoría de los casos. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el 43 por ciento de niños pequeños en el mundo está afectado por la anemia.

La anemia por deficiencia de hierro en niños está asociada con el desempeño cognoscitivo deteriorado, desarrollo motriz, coordinación, desarrollo del lenguaje y logros escolares. La anemia aumenta la morbilidad de las enfermedades infecciosas porque afecta adversamente a varios mecanismos de inmunidad.

Existen varias formas de mejorar el estatus del hierro en los niños. Un objetivo a largo plazo es el mejoramiento nutricional general por medio de la selección de alimentos ricos en hierro. La fortificación de alimentos básicos con hierro permite un mayor consumo de hierro con la dieta normal, o se les puede dar a los niños suplementos líquidos o tabletas.



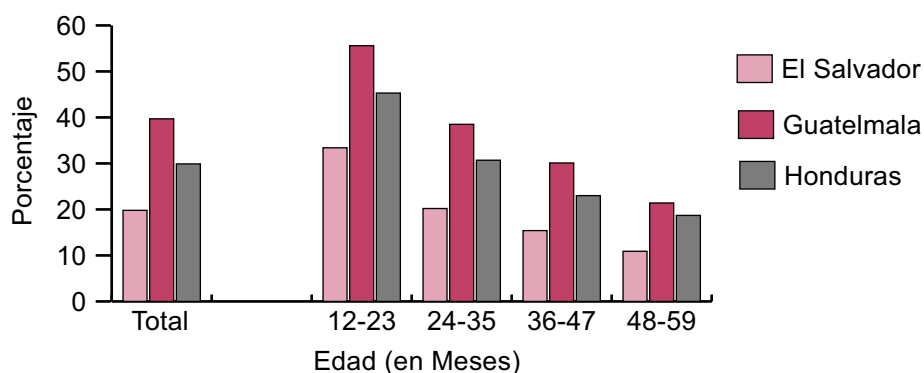


Cuadro 10.7				
Prevalencia de Anemia, según Características Seleccionadas: Niños de 12 a 59 Meses de Edad (Última Encuesta)				
Selected Characteristics	El Salvador 2002/03	Guatemala* 2002	Honduras 2001	Nicaragua 2001
Total	19.8	39.7	29.9	nd
Área de Residencia				
Urbana	15.8	35.2	29.4	nd
Rural	23.1	41.8	30.2	nd
Sexo del Niño				
Hombre	21.1	41.2	30.5	nd
Mujer	18.2	38.1	29.3	nd
Edad del Niño				
12-23	33.4	55.6	45.3	nd
24-35	20.2	38.5	30.7	nd
36-47	15.4	30.1	23.0	nd
48-59	10.9	21.4	18.7	nd
Orden de Nacimiento				
1	19.1	37.4	27.3	nd
2-3	17.9	39.5	31.4	nd
4-6	23.2	39.3	29.9	nd
7+	22.9	42.4	30.8	nd
nd: No disponible.				
* Niños 6-59 meses.				

El Cuadro 10.7 presenta las tasas de anemia para niños de 12-59 meses de edad en El Salvador, Guatemala y Honduras, de acuerdo con la última encuesta llevada a cabo en cada país. La tasa más alta de anemia se observó en Guatemala (39.7 por ciento) y la más baja en El Salvador (19.8 por ciento).

Las tasas de anemia en cada país varían de acuerdo con el área de residencia, sexo del niño y edad del niño. La prevalencia de la anemia entre niños que viven en áreas rurales fue mayor que entre niños que viven en áreas urbanas.

Gráfico 10.8
Prevalencia de Anemia, por Edad del Niño (en Meses): Niños de 12 a 59 Meses de Edad



También, los niños tenían una mayor probabilidad que las niñas de estar anémicos, pero las diferencias son pequeñas. En todos los países, conforme la edad de los niños aumenta, el porcentaje con anemia disminuye (Gráfico 10.8). No hay diferencias significativas en las tasas de anemia entre niños por su orden de nacimiento.

Como se muestra en el Cuadro 10.8, las tasas de anemia tienden a ser más bajas entre niños cuyas madres tienen 7 o más años de educación formal y más altas entre niños cuyas madres no tienen educación formal.

Cuadro 10.8
Prevalencia de Anemia, según Nivel de Educación de la Madre: Niños de 12 a 59 Meses de Edad (Última Encuesta)

País/Educación	Año de Encuesta	Porcentaje
El Salvador	2002/03	
Total		19.8
Ninguno		23.2
1-3		24.4
4-6		22.1
7-9		16.8
10+		12.9
Guatemala*	2002	
Total		39.7
Ninguno		41.4
Primaria		41.3
Secundaria+		28.9
Honduras	2001	
Total		29.9
Ninguno		33.1
1-3		30.0
4-6		31.8
7+		23.2
Nicaragua	2001	
Total		nd
Ninguno		nd
1-3		nd
4-6		nd
Secundaria		nd
Superior		nd

nd: No disponible.

* Niños 6-59 meses.

Anemia en las madres

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el 35 por ciento de las mujeres en el mundo es afectado por la anemia. La causa más común de anemia por deficiencia de hierro en mujeres es la pérdida de sangre menstrual. El embarazo y la lactancia materna también vacían las reservas de hierro, y el consumo bajo de alimentos (o mala absorción de hierro) también tiene relación. La mayoría de las mujeres no está consciente de los síntomas de la anemia—falta de aliento, fatiga, debilidad, dolores de cabeza y lapsos de concentración—y tiende a atribuir tales ligeros síntomas con el estrés de la vida moderna. Aun así, si la anemia permanece sin diagnóstico, puede llevar a la infertilidad en mujeres en edad fértil y a parto prematuro en mujeres embarazadas.

Los Cuadros 10.9 y 10.10 muestran el porcentaje de mujeres no embarazadas de 15-49 años de edad en El Salvador, Guatemala y Honduras que

está anémico. La metodología del muestreo de las encuestas fue tal que sólo las mujeres con por lo menos un hijo de 3-59 meses de edad fueron examinadas para anemia. La tasa más alta de anemia se encontró en Guatemala (20.2 por ciento) y la más baja en El Salvador (8.5 por ciento). En los tres países, las madres que residen en áreas rurales tuvieron mayor probabilidad de estar anémicas que las madres que viven en áreas urbanas. Como se muestra en el Cuadro 10.9, las tasas de anemia varían de acuerdo a la edad. Las tasas son relativamente altas entre adolescentes, luego descienden entre mujeres de 20-29 años de edad, sólo para ascender entre mujeres de 30-44 años de edad. En general, las mujeres de 45-49 años presentan las tasas más bajas en cada país. Finalmente, como se esperaba, el porcentaje de mujeres que están anémicas desciende conforme el nivel educativo de las mujeres asciende (Cuadro 10.10). En Guatemala, la diferencia entre mujeres sin educación formal y mujeres con por lo menos alguna educación secundaria es de 13 puntos porcentuales.

Cuadro 10.9				
Prevalencia de Anemia, según Características Seleccionadas: Mujeres de 15 a 49 Años, No Embarazadas, con Niños de 3 a 59 Meses de Edad (Última Encuesta)				
Características Seleccionadas	El Salvador 2002/03	Guatemala 2002	Honduras 2001	Nicaragua 2001
Total	8.5	20.2	14.7	nd
Área de Residencia				
Urbana	8.2	16.5	13.9	nd
Rural	8.8	22.3	15.2	nd
Edad				
15-19	8.8	28.1	14.3	nd
20-24	7.7	18.2	13.8	nd
25-29	6.9	17.1	12.7	nd
30-34	9.8	23.7	17.0	nd
35-39	9.4	20.0	18.0	nd
40-44	13.6	20.9	15.7	nd
45-49	8.7	16.2	10.1	nd
nd: No disponible.				

Cuadro 10.10
Prevalencia de Anemia, según Nivel
de Educación: Mujeres de 15 a 49
Años, No Embarazadas, con Niños
de 3 a 59 Meses de Edad
(Última Encuesta)

País/Educación	Año de Encuesta	Porcentaje
El Salvador	2002/03	
Total		8.5
Ninguno		7.7
1-3		9.3
4-6		10.0
7-9		9.8
10+		5.6
Guatemala	2002	
Total		20.2
Ninguno		24.7
Primaria		20.5
Secundaria+		11.2
Honduras	2001	
Total		14.7
Ninguno		18.7
1-3		15.3
4-6		14.2
7+		12.8
Nicaragua	2001	
Total		nd
Ninguno		nd
1-3		nd
4-6		nd
Secundaria		nd
Superior		nd
nd: No disponible.		

Resumen de hallazgos

- En todos los países, más del 94 por ciento de los niños fue amamantado. El porcentaje de niños que fue amamantado en la primera hora después del parto varió del 31.8 por ciento en El Salvador al 76.3 por ciento en Nicaragua. Asimismo, el porcentaje de niños que fue amamantado en el primer día varió del 60.2 por ciento en El Salvador al 86.8 por ciento en Nicaragua.
- Las tasas de lactancia exclusiva indican que la práctica está lejos de ser ideal. El hecho que las tasas de lactancia predominante son bajas indica que muchos niños están recibiendo alimentos complementarios antes del tiempo recomendado por la OMS.
- Los índices antropométricos de crecimiento físico fueron presentados para evaluar el estado nutricional de los niños. Se encontraron diferencias significativas entre Guatemala y los otros tres países. Retardo en crecimiento varió del 18.9 por ciento en El Salvador al 49.3 por ciento en Guatemala, mientras que los niveles de niños de bajo peso por edad variaron del 9.6 por ciento en Nicaragua al 22.7 por ciento en Guatemala.
- Aunque el estado nutricional de los niños ha mejorado en cada uno de los países desde finales de los 80, todavía existen diferenciales urbanos/rurales importantes a favor del área urbana.
- El porcentaje de niños de 12-59 meses de edad con anemia en El Salvador, Guatemala y Honduras es del 19.8, 39.7 y 29.9 por ciento, respectivamente, mientras que el porcentaje de mujeres de 15-49 años de edad con anemia es del 8.5, 20.2 y 14.7 por ciento, respectivamente. Para ambos grupos, la prevalencia de anemia es mayor en el área rural que en la urbana.

Capítulo **11**



Situación Escolar de Niños de 7-14 Años de Edad

La educación es uno de los principales determinantes del desarrollo económico y social de un país. Las últimas encuestas llevadas a cabo en El Salvador, Guatemala y Honduras presentaron una oportunidad de brindar información básica sobre el sistema educativo de estos países desde una perspectiva basada en la población. Con este objetivo, el cuestionario individual incluyó un módulo de preguntas en relación a la asistencia a la escuela por los hijos de 7-14 años de edad de las encuestadas. Para cada niño en este rango de edad, se le preguntó a la madre si el niño había asistido alguna vez a la escuela, la edad a la cual él/ella comenzó el primer grado, el grado más alto aprobado y si el niño estaba asistiendo en el año escolar actual. Para aquellos niños que no estaban en la escuela, se le preguntó a la madre la edad del niño cuando asistió por última vez y cuál era la razón para haber dejado la escuela.

Los Cuadros 11.1 al 11.3 dan un perfil de asistencia escolar durante el actual año escolar para El Salvador, Guatemala y Honduras, respectivamente. Los niños fueron clasificados en las siguientes cuatro categorías: Aquellos que nunca han asistido a la escuela; aquellos

que han abandonado el sistema escolar; aquellos que asistían actualmente a un grado inferior al esperado para su edad; y aquellos que asistían a un grado equivalente o más alto que el esperado por su edad.

Cuadro 11.1					
El Salvador, 2002/03: Asistencia Escolar Actual, según Características Seleccionadas: Niños de 7 a 14 Años de Edad					
Características Seleccionadas	Nunca Asistió	Abandonó la Escuela	Asiste a Grado Menor al Esperado	Asiste a Grado Esperado o Mayor	Total
Total	5.6	6.0	26.7	61.7	100.0
Área de Residencia					
Urbana	4.1	3.9	19.9	72.1	100.0
Rural	7.1	7.9	33.0	51.9	100.0
Sexo del Niño					
Hombre	5.8	5.3	29.0	59.9	100.0
Mujer	5.5	6.7	24.1	63.7	100.0
Edad					
7	14.6	0.7	0.0	84.7	100.0
8	7.0	1.2	19.4	72.4	100.0
9	3.8	1.8	27.7	66.7	100.0
10	4.3	2.6	34.9	58.2	100.0
11	3.2	4.3	34.9	57.6	100.0
12	3.6	8.5	35.8	52.1	100.0
13	3.0	13.1	35.8	48.2	100.0
14	3.6	20.4	32.0	44.1	100.0
Educación de la Madre					
Ninguna	11.6	10.8	39.9	37.7	100.0
1-3	6.2	8.2	33.5	52.1	100.0
4-6	3.9	5.0	26.9	64.2	100.0
7-9	2.4	2.7	15.7	79.2	100.0
10+	2.4	0.7	8.7	88.1	100.0
No. de Hermanos(as)					
0-1	2.8	2.6	14.3	80.3	100.0
2-3	4.9	4.5	22.7	67.9	100.0
4-6	6.5	7.8	36.4	49.3	100.0
7+	11.6	13.8	42.9	31.6	100.0

Cuadro 11.2
Guatemala, 2002: Asistencia Escolar Actual, según Características
Seleccionadas: Niños de 7 a 14 Años de Edad

Características Seleccionadas	Nunca Asistió	Abandonó la Escuela	Asiste a Grado Menor al Esperado	Asiste a Grado Esperado o Mayor	Total
Total	7.8	9.8	27.8	54.5	100.0
Área de Residencia					
Urbana	5.0	6.5	20.8	67.8	100.0
Rural	9.5	11.7	31.8	47.0	100.0
Sexo del Niño					
Hombre	6.2	8.7	30.4	54.7	100.0
Mujer	9.7	11.0	24.9	54.4	100.0
Edad					
7	12.1	0.9	0.0	87.0	100.0
8	9.8	1.9	20.8	67.5	100.0
9	7.1	2.5	31.9	58.6	100.0
10	6.5	4.5	38.5	50.5	100.0
11	7.1	7.2	38.7	47.0	100.0
12	5.2	18.0	35.5	41.4	100.0
13	7.5	25.1	32.4	35.0	100.0
14	5.5	35.7	30.2	28.6	100.0
Educación de la Madre					
Ninguna	14.1	13.5	38.2	34.2	100.0
Primaria	3.9	8.6	24.3	63.3	100.0
Secundaria+	0.2	1.8	5.7	92.3	100.0
No. de Hermanos(as)					
0-1	2.9	2.8	12.4	81.9	100.0
2-3	4.5	5.7	18.0	71.8	100.0
4-6	9.2	12.6	34.2	44.1	100.0
7+	12.8	14.4	38.6	34.2	100.0

Cuadro 11.3
Honduras, 2001: Asistencia Escolar Actual, según Características
Seleccionadas: Niños de 7 a 14 Años de Edad

Características Seleccionadas	Nunca Asistió	Abandonó la Escuela	Asiste a Grado Menor al Esperado	Asiste a Grado Esperado o Mayor	Total
Total	3.9	10.7	26.1	59.3	100.0
Área de Residencia					
Urbana	2.6	5.5	19.8	72.1	100.0
Rural	4.8	14.3	30.5	50.5	100.0
Sexo del Niño					
Hombre	3.8	11.4	27.9	56.9	100.0
Mujer	3.9	9.9	24.3	61.9	100.0
Edad					
7	10.1	1.6	0.0	88.3	100.0
8	4.7	2.0	19.9	73.4	100.0
9	2.3	3.3	29.2	65.3	100.0
10	2.3	2.7	36.3	58.6	100.0
11	1.6	6.4	34.9	57.1	100.0
12	2.6	13.9	38.7	44.8	100.0
13	2.5	32.9	27.8	36.7	100.0
14	3.5	43.5	28.2	24.8	100.0
Educación de la Madre					
Ninguna	10.1	16.6	39.4	34.0	100.0
1-3	4.8	14.6	34.0	46.6	100.0
4-6	1.6	8.8	21.7	67.9	100.0
7+	0.4	1.9	8.0	89.8	100.0
No. de Hermanos(as)					
0-1	1.9	2.2	11.7	84.1	100.0
2-3	2.1	6.6	19.2	72.0	100.0
4-6	4.5	13.8	31.9	49.8	100.0
7+	7.7	18.8	38.7	34.8	100.0

Los Gráficos 11.1 y 11.2 también proveen información sobre la asistencia escolar durante el año escolar más reciente (2001 en Honduras y 2002 en El Salvador y Guatemala). Como se ve en el Gráfico 11.1 la asistencia escolar para niños de 7-11 años de edad es muy similar en El Salvador y Honduras, pero al empezar los 12 años los niños en Honduras tienen mayor probabilidad de abandonar la escuela de forma tal que para los de 13 años una proporción menor de niños hondureños que guatemaltecos está en la escuela.

En general, el 61.7 por ciento de los niños de 7-

14 años de edad en El Salvador, el 54.5 por ciento de niños en Guatemala, y el 59.3 por ciento de niños en Honduras asistía al grado esperado o uno superior, y el 38.3, 45.5 y 40.7 por ciento, respectivamente, había experimentado al menos una de las tres barreras para su desarrollo normal dentro del sistema educativo —entran tarde al sistema, lo abandonan, o no progresan de grado a grado como se espera (Cuadros 11.1, 11.2 y 11.3). La relativa importancia de estos tres factores se aprecia mejor al considerar la distribución de la población escolar a través de estas categorías a diferentes edades.

Gráfico 11.1
Porcentaje de Niños Asistiendo a la Escuela, por Edad del Niño
al Inicio del Año Escolar: Niños de 7 a 14 Años de Edad
(Última Encuesta)

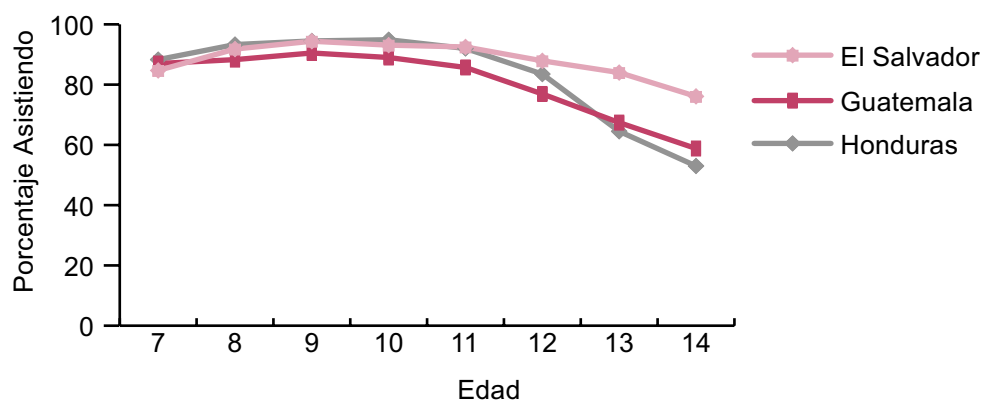
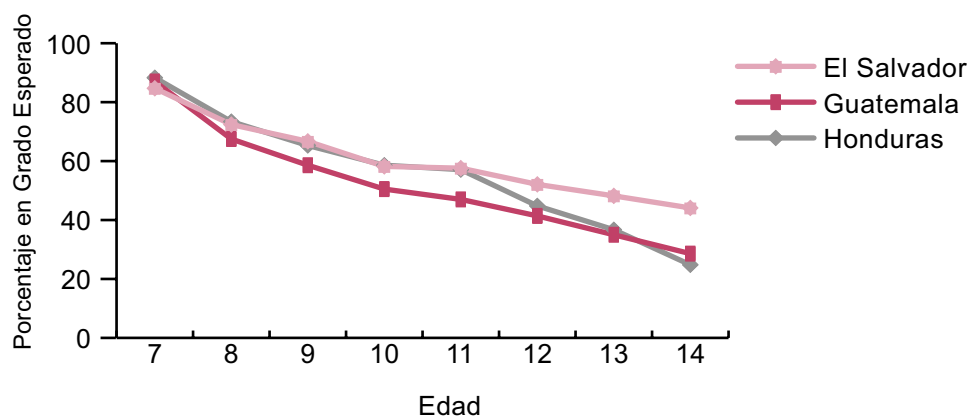


Gráfico 11.2
Porcentaje de Estudiantes de 7 a 14 Años que Asiste al Grado
Esperado o Mayor, por Edad del Niño al Inicio del Año Escolar
(Última Encuesta)

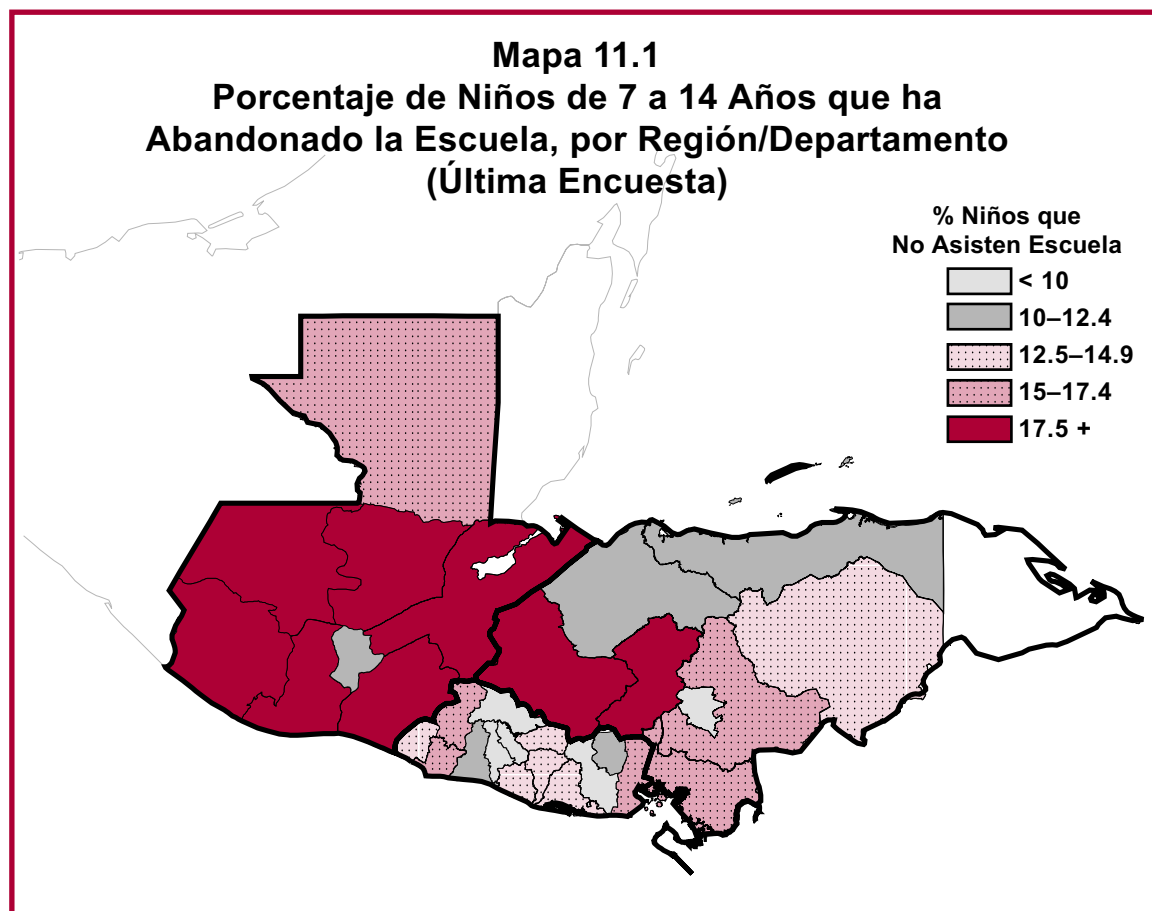


Usando El Salvador como ejemplo (Cuadro 11.1), entre niños de 7 años de edad, el 84.7 por ciento asistía al grado esperado o uno superior, pero esto descende considerablemente a sólo el 44.1 por ciento de niños de 14 años de edad. Las estadísticas correspondientes para Guatemala y Honduras son de 87.0 y 28.6 por ciento (Cuadro 11.2), y 88.3 y 24.8 (Cuadro 11.3) por ciento, respectivamente.

En El Salvador, el abandono escolar se vuelve importante después de los 11 años de edad, mientras que en Guatemala y Honduras se vuelve importante después de los 10 años. Usando a Honduras como ejemplo (Cuadro 11.3), el

abandono escolar aumenta rápidamente del 6.4 por ciento de niños de 11 años al 43.5 por ciento de niños de 14 años de edad.

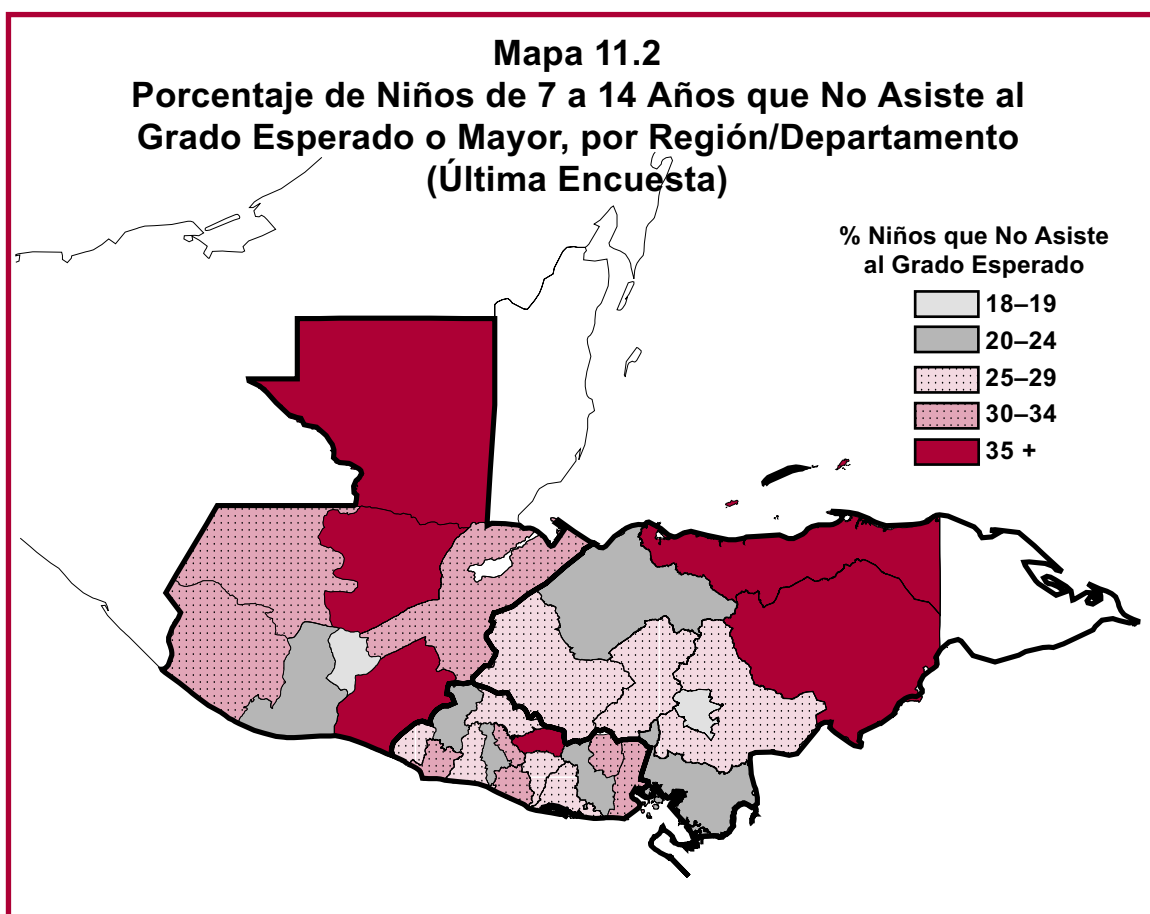
En los tres países, los niños rurales tienen peores resultados que los niños urbanos en las cuatro categorías. Con respecto al género, en El Salvador y Honduras, las niñas parecen tener mejores resultados que los niños, mientras que en Guatemala el caso parece ser al contrario. Vale notar que los niños de madres con mayor educación y con pocos hermanos tienen mayor probabilidad de haber asistido a la escuela, de mantenerse en el sistema educativo y haber asistido al grado esperado o uno superior.



El Mapa 11.1 provee las estimaciones subnacionales del porcentaje de niños de 7-14 años de edad que no asisten a la escuela y el Mapa 11.2 provee estimaciones del porcentaje atrasado en grado. El problema de que los niños no estén en la escuela (ya sea porque nunca ingresaron o por abandonar el sistema educativo) es más pronunciado por todo Guatemala y en el oeste de Honduras. Los niños atrasados en grado (ya sea porque ingresaron tarde o porque tuvieron que repetir uno o más grados) es un problema más generalizado en los tres países. La mayoría

de los departamentos (o regiones) tiene por lo menos un 25 por ciento de niños de 7-14 años que asiste a un grado inferior al esperado para su edad.

Un factor importante asociado con la asistencia a un grado inferior al esperado para la edad y el abandono escolar es la repetición de grados. Como se muestra en el Cuadro 11.4, el porcentaje de niños que repite grado durante el año escolar actual varió del 13.6 por ciento en El Salvador al 22.9 por ciento en Guatemala.



Cuadro 11.4
Repetición de Grados, según Edad del Niño al Inicio del Año Escolar: Niños de 7 a 14 Años de Edad que Asistieron a la Escuela Durante el Año de la Encuesta (Última Encuesta)

Edad	El Salvador	Guatemala	Honduras
	2002	2002	2001
Total	13.6	22.9	20.5
7	8.9	23.5	19.5
8	15.0	27.3	23.5
9	15.7	25.0	22.6
10	17.5	25.2	22.9
11	15.4	24.4	19.8
12	13.2	19.4	19.0
13	10.7	15.1	15.0
14	10.3	12.4	14.0

El Cuadro 11.5 presenta las razones dadas por las madres para que los niños de 7-14 años de edad que alguna vez asistieron a la escuela la abandonaran. Las tres razones más importantes en cada país fueron: “Ya no quiere estudiar”, “problemas económicos”, y “malas notas”. El orden de estas razones varió de país a país. Razones mencionadas menos frecuentemente en cada país incluyeron “tenía que trabajar” y “problemas en la escuela”.

Cuadro 11.5		
Razones Principales Reportadas por las Madres del Abandono de la Escuela de sus Niños: Niños de 7 a 14 Años de Edad que Han Abandonado la Escuela (Última Encuesta)		
País/Razón	Año de Encuesta	Porcentaje
El Salvador	2002/03	
Ya no quiso estudiar		32.2
Problemas económicos		19.7
Por bajo rendimiento		11.1
Problemas familiares		9.2
Problemas en la escuela		6.2
Tenía que trabajar		5.3
Guatemala	2002	
Problemas económicos		29.0
Ya no quiso estudiar		25.7
Por bajo rendimiento		12.3
Tenía que trabajar		7.2
Problemas en la escuela		4.7
Honduras	2001	
Problemas económicos		27.0
Por bajo rendimiento		15.9
Ya no quiso estudiar		15.0
Ya no había grado		8.4
Problemas en la escuela		6.6
Tenía que trabajar		5.1

Resumen de hallazgos

- Más del 82 por ciento de los niños de 7-14 años de edad en cada país asistía a la escuela durante el año escolar actual, pero sólo del 55 al 62 por ciento asistían a un grado igual o uno superior al esperado para su edad. Las proporciones restantes habían experimentado al menos una de las tres barreras para su desarrollo normal dentro del sistema educativo —entran tarde al sistema, lo abandonan o no progresan de grado a grado como se espera. El porcentaje de niños que no estaba en la escuela (que nunca había asistido o había abandonado) aumenta en El Salvador del 6.9 por ciento entre niños de 10 años de edad al 24.0 por ciento entre niños de 14 años de edad, del 11.0 al 41.2 por ciento en Guatemala y del 5.0 al 47.0 por ciento en Honduras.
- En general, el abandono escolar se vuelve importante alrededor de los 10 a 11 años de edad.
- La repetición de grados parece ser un factor importante asociado con la deserción escolar.
- Los niños con madres con mayor educación y con menos hermanos tienen mayor probabilidad de haber asistido a la escuela, haber permanecido en ella y de haber asistido al grado esperado o uno superior.
- Las tres razones más importantes en cada país para el abandono escolar incluyeron “ya no quiere estudiar”, “problemas económicos” y “malas notas”.

Referencias

Informes usados como referencia en este documento:

El Salvador:

Asociación Demográfica Salvadoreña y Centers for Disease Control and Prevention, Division of Reproductive Health. El Salvador: Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL-88), Informe Final, 1989.

Asociación Demográfica Salvadoreña y Centers for Disease Control and Prevention, Division of Reproductive Health. El Salvador: Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL-93), Informe Final, 1994.

Asociación Demográfica Salvadoreña y Centers for Disease Control and Prevention, Division of Reproductive Health. El Salvador: Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL-98), Informe Final, 2000.

Asociación Demográfica Salvadoreña y Centers for Disease Control and Prevention, Division of Reproductive Health. El Salvador: Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL-2002/03), Informe Final, 2004.

Honduras:

Honduras Ministry of Public Health, Association for Family Planning in Honduras, Management Sciences for Health and Family Health International. Epidemiology and Family Health Survey, Honduras, 1987, Final Report, 1989.

Ministerio de Salud Pública. Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, Honduras 1991/92, (ENESF-91/92) Borrador del Informe Final, 1992.

Ministerio de Salud, Asociación Hondureña de Planificación de Familia y Centers for Disease Control and Prevention, Division of Reproductive Health. Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF-96), Honduras 1996, Informe Final, 1997.

Ministerio de Salud, Asociación Hondureña de Planificación de Familia y Centers for Disease Control and Prevention, Division of Reproductive Health. Encuesta Nacional de Salud Masculina (ENSM-96), Honduras 1996, Informe Final, 1998.

Secretaría de Salud, Asociación Hondureña de Planificación de Familia y Centers for Disease Control and Prevention, Division of Reproductive Health. Honduras: Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF-2001) y Encuesta Nacional de Salud Masculina (ENSM-2001), Informe Final, 2002.

Guatemala:

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá y Institute for Resource Development, DHS. Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1987 (ENSMI-87), Informe Final, 1989.

Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Macro International Inc., DHS. Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1995 (ENSMI-95), Informe Final, 1996.

Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Macro International Inc., Measure/DHS+. Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1998-1999 (ENSMI-98/99), Informe Final, 1999.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Universidad del Valle y Centers for Disease Control and Prevention, Division of Reproductive Health. Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 2002 (ENSMI-2002), Volumen I: Mujeres, 2003.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Universidad del Valle y Centers for Disease Control and Prevention, Division of Reproductive Health. Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 2002 (ENSMI-2002), Volumen II: Hombres, 2003.

Nicaragua:

Asociación Pro-Bienestar de la Familia Nicaragüense y Centers for Disease Control and Prevention, Division of Reproductive Health. Encuesta sobre Salud Familiar, Nicaragua 1992-93, Informe Final, 1993.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Ministerio de Salud y Macro International, Inc., DHS. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 1998 (ENDESA-98), Informe Final, 1999.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Ministerio de Salud y Macro International, Inc., DHS+. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001 (ENDESA-2001), Informe Final, 2002.

General:

World Health Organization (WHO). WHO Global Data Bank on Breastfeeding – Breastfeeding: The best start in life, 1996.

