

PN-ACQ-675



# HONDURAS

Encuesta Nacional de  
Epidemiología y Salud Familiar  
ENESF-2001

Encuesta Nacional de Salud  
Masculina ENSM-2001

## INFORME RESUMIDO



7

# ÍNDICE DE CONTENIDO

---

<b>Presentación</b> .....	1
<b>Antecedentes</b> .....	3
<b>Características generales</b> .....	5
<b>Fecundidad</b> .....	8
Niveles y tendencias de la fecundidad .....	8
Determinantes de la fecundidad .....	9
Preferencias reproductivas .....	9
<b>Salud materna</b> .....	12
Atención prenatal .....	12
Atención del parto .....	12
Atención puerperal .....	13
Micronutrientes en el embarazo y puerperio .....	14
Citología vaginal .....	14
Examen de mamas .....	15
Toxoide tetánico .....	15
Anemia .....	16
<b>Planificación familiar</b> .....	18
Conocimiento de métodos anticonceptivos .....	18
Uso actual de anticonceptivos .....	18
Fuente de obtención del método anticonceptivo moderno .....	19
Uso de anticonceptivos en el posparto .....	20
Población que no usa anticonceptivos .....	20
Uso de anticonceptivos en América Central .....	21
<b>Mortalidad infantil y en la niñez</b> .....	26
Tendencias en la mortalidad .....	26
Diferenciales en la mortalidad .....	26
Causas de muerte .....	28

<b>Salud del niño</b> .....	31
Crecimiento y desarrollo .....	31
Lactancia materna .....	32
Estado nutricional .....	32
Anemia .....	33
Vacunación .....	34
Diarrea y uso de Litrosol .....	34
Infecciones respiratorias agudas .....	35
<b>Adultos jóvenes</b> .....	40
Edad a la primera relación sexual .....	40
Tipo de primera relación sexual .....	40
Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual .....	40
Historia de embarazos .....	41
Educación sexual .....	42
<b>ITS y VIH/SIDA</b> .....	45
Conocimiento .....	45
Comportamiento sexual de riesgo .....	46
<b>Perfil de salud de los hombres</b> .....	51
Bebidas alcohólicas .....	51
Tabaquismo .....	51
Uso de drogas ilegales .....	51
Examen de la próstata .....	52
<b>Situación escolar</b> .....	54
<b>Datos básicos</b> .....	56

# ÍNDICE DE CUADROS

---

<b>Cuadro 1:</b> Características de las Viviendas Relacionadas con la Salud, según Residencia y Región de Salud, 2001 .....	6
<b>Cuadro 2:</b> Características Seleccionadas de las Entrevistadas y los Entrevistados: Mujeres de 15 a 49 y Hombres de 15 a 59 Años, 2001 .....	7
<b>Cuadro 3:</b> Tasa Global de Fecundidad, según Características Seleccionadas: Mujeres de 15 a 49 Años, Período 1998-2000 .....	10
<b>Cuadro 4:</b> Mujeres que Tuvieron su Primera Relación Sexual, Primera Unión y Primer Nacimiento Antes de los 18 Años, según Características Seleccionadas: Mujeres de 18 a 29 Años de Edad, 2001 .....	11
<b>Cuadro 5:</b> Uso de Servicios y Prácticas de Salud Materna, según Características Seleccionadas, 2001 .....	17
<b>Cuadro 6:</b> Uso Actual de Métodos Anticonceptivos y Método que Usa, según Características Seleccionadas: Mujeres Casadas/Unidas de 15 a 44 Años de Edad, 2001 .....	22
<b>Cuadro 7:</b> Fuente de Obtención de Métodos Anticonceptivos Modernos, según Características Seleccionadas: Mujeres Casadas/Unidas de 15 a 44 Años de Edad que Usan Anticonceptivos, 2001 .....	24
<b>Cuadro 8:</b> Fuente de Obtención de Métodos Anticonceptivos Modernos: Mujeres Casadas/Unidas de 15 a 44 Años de Edad que Usan Anticonceptivos, 2001 .....	25
<b>Cuadro 9:</b> Mortalidad Infantil y en la Niñez, según Características Seleccionadas, Período 1996-2000 .....	29
<b>Cuadro 10:</b> Distribución Porcentual de Muertes de Menores de 5 Años de Edad, según Causa Primaria de Muerte: Niños que Murieron a Partir de Enero de 1996 .....	30

---

<b>Cuadro 11:</b> Prácticas Relacionadas con la Salud del Niño, según Características Seleccionadas, 2001 .....	37
<b>Cuadro 12:</b> Vacunación Completa por Tipo de Biológico, según Características Seleccionadas: Niños de 12 a 59 Meses de Edad, 2001 .....	38
<b>Cuadro 13:</b> Indicadores Antropométricos por Debajo de la -2 Desviación Estándar, según Características Seleccionadas: Niños de 3 a 59 Meses de Edad, 2001 .....	39
<b>Cuadro 14:</b> Experiencia Sexual y Clasificación de la Primera Relación Sexual, según Características Seleccionadas: Mujeres y Hombres de 15 a 24 Años de Edad, 2001 .....	43
<b>Cuadro 15:</b> Uso de Anticonceptivos en la Primera Relación Sexual, según Características Seleccionadas, por Clasificación de la Primera Relación: Mujeres y Hombres de 15 a 24 Años de Edad, 2001 .....	44
<b>Cuadro 16:</b> Conocimiento de Infecciones de Transmisión Sexual, según Características Seleccionadas: Mujeres de 15 a 44 Años y Hombres de 15 a 59 Años, 2001 .....	48
<b>Cuadro 17:</b> Conocimiento de Dos o Más Maneras para Evitar el SIDA, según Características Seleccionadas: Mujeres de 15 a 44 Años y Hombres de 15 a 59 Años que Conocen el SIDA, 2001 .....	49
<b>Cuadro 18:</b> Indicadores del Conocimiento del SIDA y Realización del Examen Detector para el VIH, según Características Seleccionadas: Mujeres de 15 a 44 y Hombres de 15 a 59 Años de Edad que Conocen del SIDA, 2001 .....	50
<b>Cuadro 19:</b> Conocimiento y Uso Alguna Vez del Examen Detector del Cáncer de la Próstata, según Características Seleccionadas: Hombres de 40 a 59 Años de Edad, 2001 .....	53

# PRESENTACIÓN

---

La Secretaría de Salud (SS), la Asociación Hondureña de Planificación de Familia (ASHONPLAFA) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), ponen a disposición de las diferentes instituciones públicas y privadas el presente Informe Resumido de los principales resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF) y de la Encuesta Nacional de Salud Masculina (ENSM) de 2001. Las dos encuestas fueron conducidas bajo la responsabilidad de ASHONPLAFA, con la asistencia técnica de la División de Salud Reproductiva y la División de Nutrición y Actividad Física de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta, Georgia, EEUU y de Management Sciences for Health (MSH), con la colaboración del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y el Proyecto Censo Nacional de Población y Vivienda 2001 del Ministerio de la Presidencia. USAID brindó el apoyo financiero para la ejecución de las encuestas.

Este informe resumido de la ENESF-01 y la ENSM-01, tiene como propósito principal, satisfacer las necesidades de información de las instituciones y personas dedicadas a desarrollar estrategias, diseñar e implementar políticas, programas y proyectos que contribuyan a mejorar la calidad de vida de todos los hondureños.

En este informe se presentan los resultados más importantes que muestran la situación de salud en el país. Este es el primero de una serie de informes que incluirá un análisis más profundo de la situación de salud en las diferentes regiones de salud, y que concluirá con un informe final detallado.

## ANTECEDENTES

---

La ENESF-01 es la séptima de una serie de encuestas que desde 1981, han sido realizadas en Honduras para determinar los diferenciales y las tendencias de la mortalidad y fecundidad, así como otros temas relacionados con la salud materno infantil. El propósito es mantener una evaluación periódica de la evolución de las condiciones de salud y del proceso de adopción de los servicios, especialmente los referidos a la salud de los niños y la salud reproductiva. En esta encuesta, han sido incluidos nuevos módulos como nutrición, anemia en niños y sus madres, y la escolaridad de los niños de 5 a 14 años de edad. La ENSM-01 es la segunda encuesta nacional de hombres de edad reproductiva, siendo la primera realizada en 1996, con el propósito de determinar sus actitudes y comportamientos con respecto a la salud en general, y la salud sexual y reproductiva, en particular. Los resultados de las encuestas sirven para ayudar en el diseño de nuevas políticas y programas, reestructurar los actuales, y proporcionar datos de línea base para dar seguimiento a los procesos y nuevas iniciativas y evaluar su impacto.

El tamaño de la muestra de la ENESF-01 es de 12,000 viviendas, distribuidas en 400 segmentos censales, mientras que el tamaño de la muestra de la ENSM-01 es de 6,000 viviendas, distribuidas en 200 segmentos censales. La muestra para la ENESF-01 está autoponderada sin estratificación, mientras que la ENSM-01 tiene cuatro estratos muestreados independientemente: Tegucigalpa, San Pedro Sula, otro urbano y rural. Por razones relacionadas con el acceso geográfico, costo y menor población, no se realizaron entrevistas en los departamentos de Islas de la Bahía y Gracias a Dios.

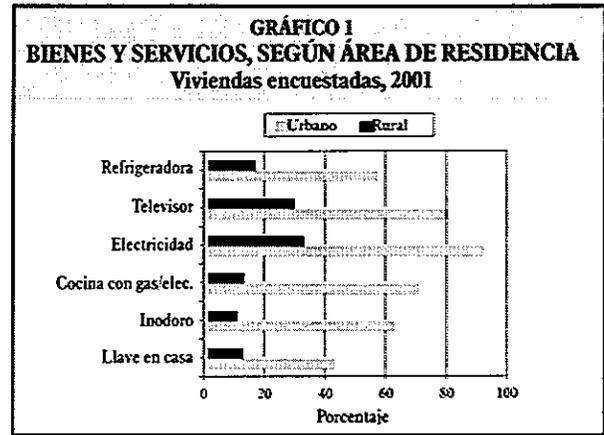
El trabajo de campo de la ENESF-01 fue realizado entre el 12 de febrero y el 19 de agosto de 2001. Para la ENSM-01, el trabajo de campo se realizó entre el 20 de marzo y el 1 de agosto de 2001. En la ENESF-01 se identificó un total de 8,578 viviendas con mujeres en edad fértil, de 15 a 49 años de edad, elegibles para entrevista, y se entrevistaron 8,362, logrando obtener una tasa de entrevistas completas de 95.6 por ciento. Las cifras correspondientes a la ENSM-01 son 4,012 viviendas con hombres en edad fértil de 15 a 59 años de edad, de los cuales se entrevistaron a 3,247, resultando en una tasa de entrevistas completas de 79.9 por ciento.

# CARACTERÍSTICAS GENERALES

Honduras, con una extensión territorial de 112,492 kms<sup>2</sup>, contaba en el año 2001 con una población de 7.2 millones de habitantes. Para este mismo año se estimó que casi la mitad de la población residía en áreas urbanas, y que aproximadamente el 45 por ciento de la población es menor de 15 años de edad, y el 4 por ciento mayor de 65. Esto implica que hay una persona dependiente por cada persona económicamente activa.

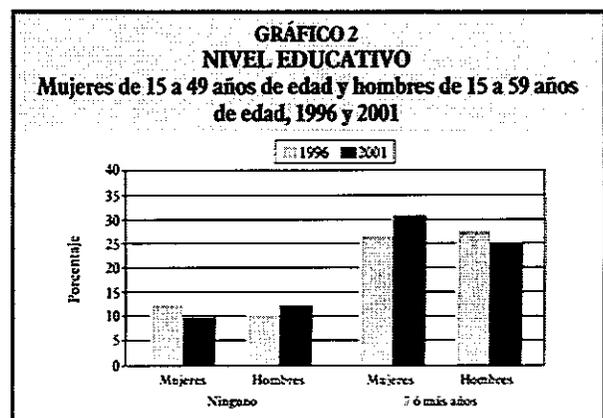
La dinámica de la población hondureña se ha caracterizado por mantener tasas relativamente altas de fecundidad y mortalidad, llegando en el año 2001 a estimarse una tasa de crecimiento poblacional del 2.69 por ciento (INE, Honduras, 2001), lo que implica que, de mantenerse este ritmo de crecimiento, la población hondureña se duplicará en 26 años.

La disponibilidad y acceso a servicios básicos adecuados, tales como agua, electricidad y servicios para la eliminación de excretas y la basura, se encuentra asociada con mejores condiciones de supervivencia de la población en general y de los niños, en particular. A pesar del huracán Mitch, los resultados de la ENESF-01 y la ENSM-01 muestran progreso en las condiciones de vida de las familias hondureñas; sin embargo, los servicios básicos aún no están disponibles para toda la población, sobre todo en las áreas rurales (Gráfico 1).



El nivel de escolaridad de las mujeres y los hombres influye de manera importante en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con su salud y la de sus hijos, y de manera especial sobre el comportamiento reproductivo.

En los últimos cinco años, los niveles de escolaridad, mejoraron ligeramente en las mujeres, observándose lo contrario en los hombres. El porcentaje de mujeres sin educación descendió, mientras que en los hombres se incrementó. El fenómeno inverso se observa en el grupo con 7 ó más años de escolaridad (Gráfico 2).



**Cuadro 1**  
**Características de las Viviendas Relacionadas con la Salud,**  
**según Residencia y Región de Salud, 2001**

Residencia /Región de Salud	Llave Dentro Vivienda/ Propiedad	Luz Eléctrica	Inodoro /Letrina	Piso de Tierra	Cocina con Leña	Refrige- radora	Radio	Disposición Adecuada de Basura <sup>1</sup>
<b>Total</b>	<b>74.3</b>	<b>60.6</b>	<b>78.0</b>	<b>32.1</b>	<b>55.9</b>	<b>35.4</b>	<b>85.2</b>	<b>74.8</b>
<b>Área de Residencia</b>								
Urbana	89.0	91.2	94.7	11.2	25.4	56.1	88.6	90.8
Rural	60.5	31.8	62.1	51.8	84.7	15.9	81.9	59.6
<b>Residencia</b>								
Tegucigalpa	83.3	95.2	97.7	10.6	10.1	59.8	91.0	96.1
San Pedro Sula	94.6	97.5	98.3	2.9	5.8	66.8	90.9	93.6
Otra urbana	90.0	87.0	91.9	14.4	40.1	50.5	86.6	87.1
Rural	60.5	31.8	62.1	51.8	84.7	15.9	81.9	59.6
<b>Región de Salud</b>								
Metropolitana	80.5	91.4	96.0	13.2	15.5	56.8	90.6	93.8
1	59.7	50.2	74.1	47.9	80.4	23.4	85.9	60.7
2	70.3	36.9	63.0	54.5	82.6	23.1	84.2	53.1
3	85.4	79.7	87.1	15.3	35.6	47.1	86.7	83.8
4	53.5	47.0	67.4	45.6	82.8	23.5	84.1	69.9
5	67.8	27.6	56.1	56.5	86.2	14.1	79.0	47.5
6	76.9	53.1	78.0	30.4	59.6	32.4	81.9	83.4
7	69.1	29.7	67.5	48.5	82.7	19.5	82.5	73.3

<sup>1</sup> El empleo del tren de aseo municipal y el quemar/enterrar la basura son considerados como métodos adecuados para la disposición de la basura.

**Cuadro 2**  
**Características Seleccionadas de las Entrevistadas y los Entrevistados**  
**Mujeres de 15 a 49 y Hombres de 15 a 59 Años, 2001**

<b>Características Seleccionadas</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>Estado Civil</b>		
Casada (o)	25.2	23.6
Unida (o)	34.5	30.4
Divorciada (o)	0.6	0.3
Separada (o)	11.5	6.0
Viuda (o)	1.6	0.6
Soltera (o)	26.5	39.0
<b>Años de Educación</b>		
Ninguno	9.9	12.5
1-3	20.1	22.8
4-6	38.9	39.2
7 ó más	31.1	25.5
<b>No. de Hijos Vivos</b>		
0	28.5	43.4
1	16.0	11.3
2	15.4	9.8
3	12.9	9.5
4	9.7	6.3
5	5.9	5.2
6 ó más	11.6	14.4
<b>Religión</b>		
Católica	53.0	51.1
Protestante	34.1	24.8
No tiene/otra	12.9	24.1
<b>Situación de Empleo</b>		
Trabaja	36.8	87.3
No trabaja	63.2	12.7
<b>Índice de Bienes y Servicios <sup>1</sup></b>		
Bajo	33.4	42.1
Medio	38.0	37.2
Alto	28.6	20.7

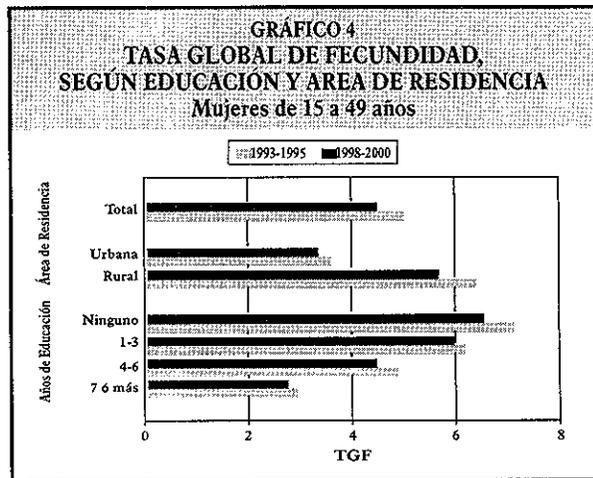
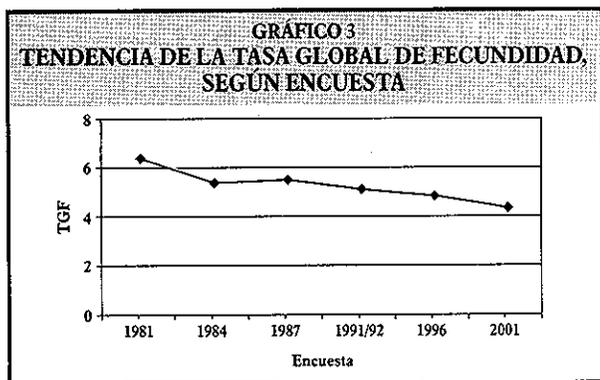
<sup>1</sup> Índice de Bienes y Servicios (IBS) resulta de la agregación de los bienes y servicios existentes en la vivienda de un total de nueve: 0-2 es Bajo, 3-6 es Medio, y 7-9 es Alto.

# FECUNDIDAD

## Niveles y tendencias de la fecundidad

Honduras ha experimentado un lento pero sostenido descenso en los niveles de fecundidad desde 1981, año cuando se realizó la primera encuesta de este tipo (Gráfico 3). Entre la ENESF-96 y la ENESF-01, la TGF bajó de 4.9 a 4.4 hijos, descenso que fue más notorio en el área rural y entre las mujeres que no cuentan con educación formal. A pesar de este descenso en la fecundidad, la TGF de Honduras está ubicada en el segundo lugar después de Guatemala, que tiene la TGF más alta de Centro América.

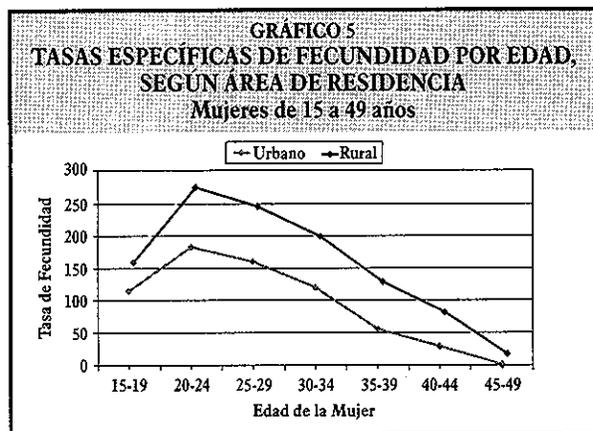
tener sus hijos a edades más jóvenes y con espacios entre nacimientos más cortos.



Como se puede apreciar en el Gráfico 4, las mujeres que viven en el área rural tienen en promedio 5.6 hijos y las mujeres que viven en el área urbana tienen 3.3 hijos; es importante notar, entonces, que las mujeres del área rural tienen, en promedio, 2.3 hijos más que las mujeres del área urbana.

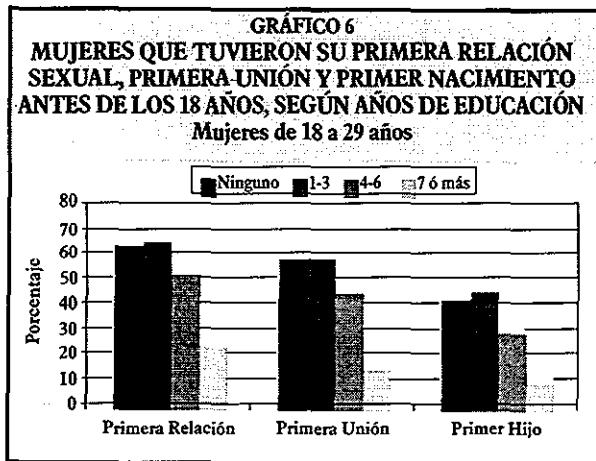
Las mujeres sin educación tienen en promedio 6.5 hijos y las que cuentan con 7 ó más años de educación tienen 2.7 hijos. Las mujeres con menor escolaridad tienden a

La diferencia en fecundidad entre áreas urbanas y rurales es mayor entre las mujeres de 20 a 34 años de edad (Gráfico 5). Por tanto, la disminución futura de la fecundidad dependerá del aumento de los servicios de salud reproductiva a nivel rural y en mujeres con ninguna o baja escolaridad.



### Determinantes de la fecundidad

Un factor determinante de la fecundidad es la edad a la cual las mujeres tienen el primer hijo, lo que, a su vez, se relaciona con la edad de la primera relación sexual. El 46.7 por ciento de las mujeres comprendidas entre las edades de 18 a 29 años, tuvo su primera relación sexual antes de cumplir los 18 años. Asimismo, el 27.9 por ciento de este mismo grupo etáreo, tuvo su primer hijo antes de cumplir los 18 años. En el Gráfico 6 se presentan las diferencias según años de educación de la mujer, en relación a su primera relación sexual, su primera unión y su primer nacimiento. Es evidente que el nivel educativo de la mujer influye en forma determinante en la edad de realización de estos eventos, en el sentido que son más tardíos en las mujeres más educadas.



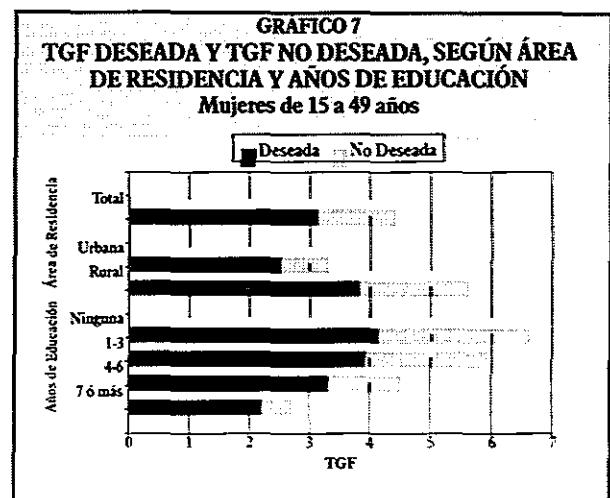
### Preferencias reproductivas

El 50.9 por ciento de los nacimientos en los últimos tres años fue planeado, el 23.6 por ciento fue deseado pero no planeado y un 25.5 por ciento no fue deseado. Los mayores porcentajes de hijos no deseados se encuentran en los siguientes grupos de mujeres: Las

mujeres separadas o divorciadas (28.2 por ciento), mujeres en quienes el orden de nacimiento era el sexto o más nacido vivo (55.7 por ciento), mujeres que tenían de 40 a 49 años de edad al momento del nacimiento (56.6 por ciento) y las mujeres que no tienen educación formal (39.0 por ciento).

Estos hallazgos son consistentes con los que se encuentran al desglosar la fecundidad observada en deseada y no deseada. La TGF deseada para los últimos tres años es de 3.1 hijos por mujer, un 29.5 por ciento menor que la TGF observada (4.4 hijos por mujer). Entonces, si las mujeres hondureñas pudieran evitar los hijos no deseados, la TGF se reduciría en 1.3 hijos.

En el área rural, la TGF no deseada es el doble de la observada en el área urbana (Gráfico 7). Por otro lado, la TGF no deseada entre las mujeres sin educación formal es cinco veces la estimada para las mujeres con 7 ó más años de educación. Es importante mencionar que la TGF deseada para éstas últimas, es similar a la TGF necesaria para reemplazar la población (2.1 hijos por mujer).



También, es importante considerar que, al momento de la entrevista, el 57.1 por ciento de las mujeres casadas/unidas de 15 a 49 años de edad no deseaba más hijos. El porcentaje de mujeres que ya no desea tener más hijos aumenta con la edad, pasando del 11.7 por ciento en el grupo de 15 a 19 años al 92.9 por ciento en el grupo de 45 a 49.

Finalmente, el número promedio ideal de hijos para las mujeres de 15 a 49 años de edad es de 3.0 hijos y para hombres de 15 a 59 años de edad es de 3.4 hijos. Estos hallazgos muestran la brecha entre las preferencias y comportamiento reproductivo entre las mujeres y hombres hondureños.

**Cuadro 3**  
**Tasa Global de Fecundidad, según Características Seleccionadas,**  
**Mujeres de 15 a 49 Años, Período 1998-2000**

Características Seleccionadas	Tasa Global de Fecundidad	Tasa Global de Fecundidad Deseada	Tasa Global de Fecundidad No Deseada
<b>Total</b>	<b>4.4</b>	<b>3.1</b>	<b>1.3</b>
<b>Área de Residencia</b>			
Urbana	3.3	2.5	0.8
Rural	5.6	3.8	1.8
<b>Residencia</b>			
Tegucigalpa	3.0	2.3	0.7
San Pedro Sula	3.2	2.5	0.7
Otra urbana	3.6	2.6	0.9
Rural	5.6	3.8	1.8
<b>Región de Salud</b>			
Metropolitana	3.2	2.5	0.8
1	4.6	3.2	1.4
2	5.3	4.0	1.4
3	4.0	2.8	1.2
4	4.5	3.1	1.4
5	5.7	4.1	1.6
6	4.8	3.2	1.6
7	6.0	3.9	2.1
<b>Años de Educación</b>			
Ninguno	6.5	4.1	2.5
1-3	5.9	3.9	2.0
4-6	4.4	3.3	1.2
7 ó más	2.7	2.2	0.5

**Cuadro 4**  
**Mujeres que Tuvieron su Primera Relación Sexual, Primera Unión y**  
**Primer Nacimiento Antes de los 18 Años, según Características Seleccionadas,**  
**Mujeres de 18 a 29 Años de Edad, 2001**

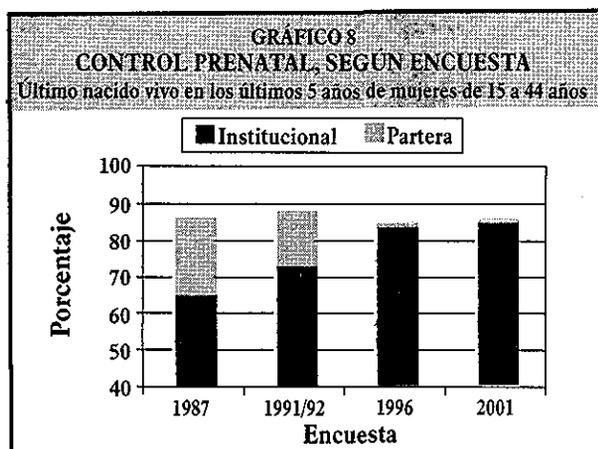
<b>Características Seleccionadas</b>	<b>Primera Relación</b>	<b>Primera Unión</b>	<b>Primer Nacimiento</b>
<b>Total</b>	46.7	39.1	27.5
<b>Área de Residencia</b>			
Urbana	38.6	28.9	21.3
Rural	55.3	49.9	34.1
<b>Residencia</b>			
Tegucigalpa	34.6	24.1	18.1
San Pedro Sula	41.2	29.9	21.3
Otra urbana	40.0	31.4	23.3
Rural	55.3	49.9	34.1
<b>Región de Salud</b>			
Metropolitana	35.5	24.9	18.4
1	50.5	46.0	30.9
2	44.2	39.0	30.2
3	45.7	37.2	25.7
4	41.2	37.3	26.5
5	45.9	39.6	26.5
6	66.2	55.3	37.2
7	60.2	55.5	42.1
<b>Años de Educación</b>			
Ninguno	65.3	59.8	43.7
1-3	66.9	60.0	46.9
4-6	53.4	46.5	31.0
7 ó más	24.9	15.7	10.7

## SALUD MATERNA

En la ENESF-01, como en las anteriores, se hace el análisis de la tendencia de la salud de la madre usando como denominador el último niño nacido vivo en los últimos cinco años en mujeres de 15 a 44 años. Sin embargo, el análisis detallado del comportamiento de las variables, se hace por primera vez utilizando todos los niños nacidos vivos en el período 1996-2000 de las mujeres entre 15 a 49 años. Con este último procedimiento se evita un sesgo de selección que se da en el primer caso, lo cual hace que las cifras sean menores que las obtenidas usando como denominador el último nacido vivo. Es importante tener en cuenta esta diferencia para evitar confusiones en el uso de los datos.

### Atención prenatal

El control prenatal del último nacido vivo tiene una cobertura de aproximadamente 85 por ciento y no ha variado en los últimos catorce años (Gráfico 8). Sin embargo, hay cambios importantes en la fuente del servicio, ya que ahora casi la totalidad de los controles prenatales son institucionales, lo que mejora la oportunidad de poder detectar problemas que amenacen la vida de la madre y del niño.



Según los datos de la ENESF-01, para los nacimientos durante el período 1996-2000, el 82.6 por ciento de las mujeres tuvo al menos un control prenatal. Las mujeres sin educación formal y aquellas de mayor edad al momento de su embarazo, presentan las tasas más bajas de asistencia a este tipo de control.

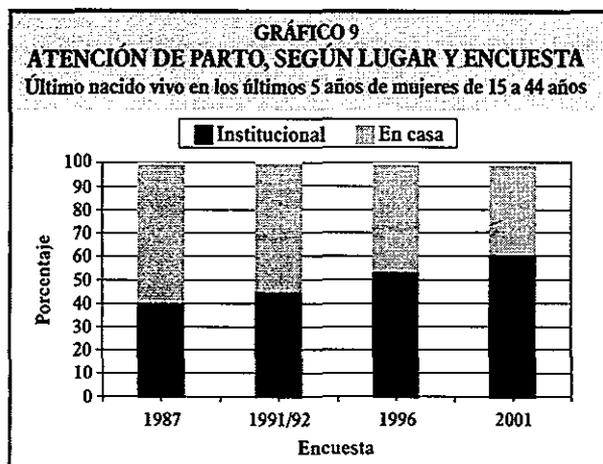
Para la mayoría de esos embarazos, las mujeres tuvieron por lo menos cinco controles (58.6 por ciento), y el 56.4 por ciento lo tuvo en el primer trimestre, lo cual resulta acorde con las normas de la Secretaría de Salud (SS). Otro resultado positivo es el hecho de que la diferencia urbano-rural en este servicio no es grande, indicando un proceso definido de fortalecimiento del acceso.

Los principales proveedores del control prenatal lo constituyen las unidades primarias de atención pertenecientes a la SS, CESAR y CESAMO, en las cuales se realizó el 56.1 por ciento de los controles.

### Atención del parto

El aumento de cobertura del parto institucional es una estrategia clave para la prevención de la mortalidad materna y perinatal asociada al parto. Entre las encuestas de 1987 y 2001, el parto institucional del último nacido vivo aumentó de 40.5 por ciento a 61.7 por ciento, observándose un sistemático incremento de 1.5 puntos porcentuales cada año (Gráfico 9). Vale mencionar que el incremento del parto institucional ha sido principalmente a través de los servicios de la SS. A este ritmo, se necesitarán 24 años para alcanzar la cobertura total, tomando en cuenta que este proceso estará afectado por la alta tasa de fecundidad

prevalente en el país, por la capacidad institucional de atender la demanda, y por limitantes de acceso de ciertas poblaciones.



Tomando en cuenta todos los nacimientos de mujeres de 15 a 49 años de edad durante el período 1996-2000, el 55.2 por ciento fue atendido en un servicio de salud. Los mayores proveedores de atención de partos institucionales durante el período, son los hospitales de la SS (39.0 puntos porcentuales del total) y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (7.1 puntos porcentuales).

Los partos del área urbana duplican a los del área rural en el acceso a este servicio, mientras que los partos de mujeres con 7 ó más años de educación triplican a los partos de mujeres sin educación formal.

Llama la atención que el 26.8 por ciento de las mujeres con educación superior y el 40.1 por ciento de las que han completado la secundaria, atienden sus partos en los hospitales de la SS. Por otro lado, sólo lo hace el 23.6 por ciento de las mujeres sin educación formal, siendo para éste último grupo casi su única fuente de atención de parto institucional. Significa que estos servicios de la SS están siendo usados por mujeres con

mayor capacidad económica y en mejores condiciones sociales, y que, aun cuando son subsidiados, no están al acceso de las mujeres con la más alta mortalidad materna y perinatal. Esta situación es una limitante importante en las intenciones de aumentar el acceso al parto institucional de las mujeres menos privilegiadas, y se relaciona con la capacidad real de extender los servicios, procurar el financiamiento necesario, y con las políticas de recuperación de costos, equidad y asignación de recursos.

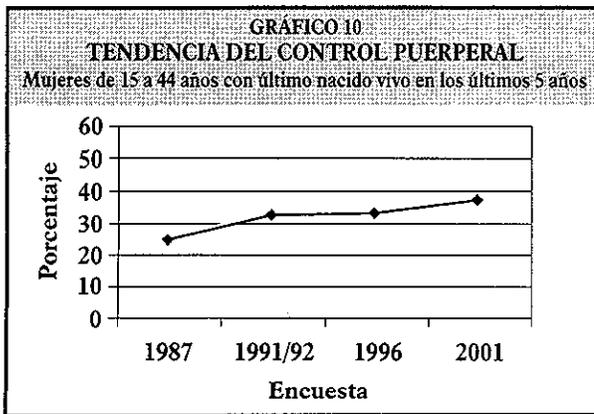
El 7.9 por ciento de todos los partos en el período 1996-2000 fueron atendidos por cesárea y, de éstas, el 64.5 por ciento fueron de emergencia. Las mujeres más educadas son sometidas a más cesáreas, lo cual sucede probablemente por razones diferentes al riesgo, ya que la mayoría son cesáreas programadas. La proporción de partos por cesárea es mayor en los hospitales del IHSS y los hospitales privados.

### Atención puerperal

El control puerperal ha mostrado un lento pero sistemático incremento en los últimos catorce años, y entre 1996 y 2001, aumentó en casi 4 puntos porcentuales (Gráfico 10). No obstante, este servicio continúa siendo uno de los menos usados en el país, inferior al 40.0 por ciento, por ejemplo, entre las mujeres de 15 a 49 años que dieron a luz en el período de 1996-2000, solamente el 34.0 por ciento asistió a control puerperal.

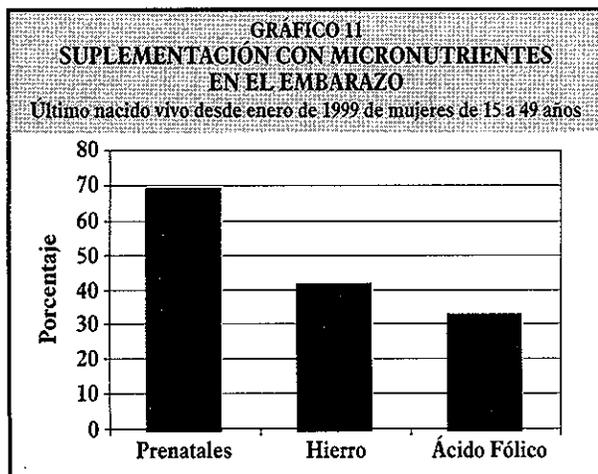
La atención integral al recién nacido y a su madre, en el mismo contacto con el sistema de salud, podría ser la estrategia para mejorar esta situación, habida cuenta del notable incremento observado en la atención del

recién nacido (ver Salud del Niño). Además, el estudio sobre la mortalidad materna de 1997, muestra que un alto porcentaje de muertes ocurren durante la primera semana posparto, lo que destaca la necesidad de asegurar la vigilancia en este período.



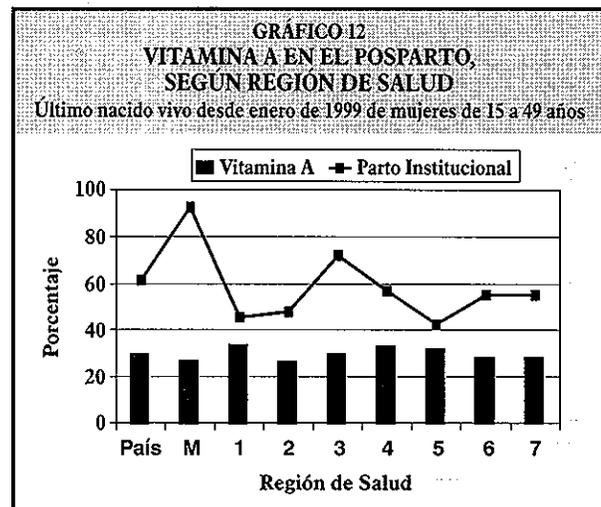
### Micronutrientes en el embarazo y puerperio

La suplementación de ácido fólico, hierro y vitamínicos prenatales, es menor que la tasa observada de control prenatal del último nacido vivo, que corresponde al 85.3 por ciento. Esto significa que se está perdiendo la oportunidad para la suplementación de estos micronutrientes (Gráfico 11).



Mientras las mujeres con educación superior presentan alto uso de estos micronutrientes (alrededor de 83 por ciento), las mujeres sin educación formal muestran un bajo uso de los tres (entre 11.0 y 52.0 por ciento). Esto denota que quienes más los necesitan los reciben en menor proporción.

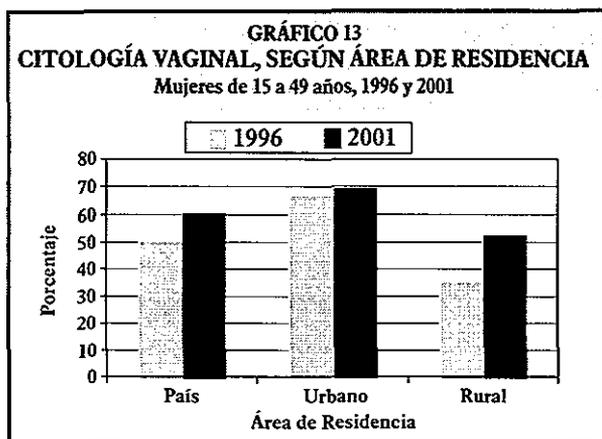
La vitamina A fue recibida por un poco menos de un tercio de las madres dentro del primer mes después del parto. En el Gráfico 12 se hace una comparación entre las proporciones de parto institucional y la suplementación de vitamina A, según región de salud. No se observa relación alguna, indicando en apariencia, que este evento no es aprovechado para cumplir con esta estrategia de salud materna, y constituye por lo tanto una oportunidad perdida de atención.



### Citología vaginal

En el año 2001, casi el 61 por ciento de las mujeres con experiencia sexual informó haberse practicado el examen para la detección de cáncer de cérvix, 11 puntos arriba de 1996. El acceso de la mujer rural a la citología vaginal ha mejorado, como se observa en el

Gráfico 13. A partir de los 30 años de edad, aproximadamente el 75 por ciento de las mujeres se la ha realizado alguna vez.



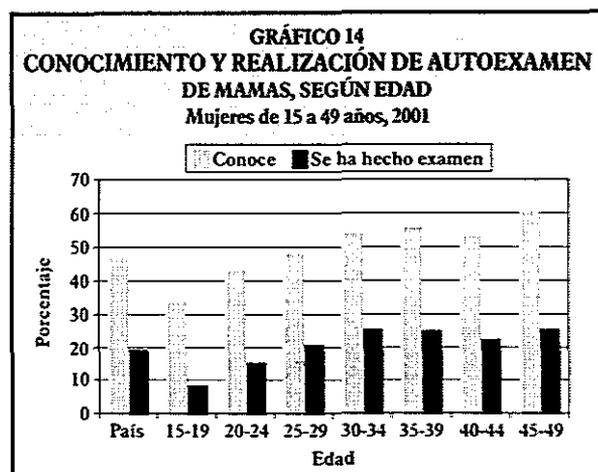
El mayor proveedor de citologías es la SS (alrededor de 42 por ciento), especialmente entre las mujeres jóvenes de 15 a 19 años de edad, y entre aquellas sin educación formal (alrededor de 70 por ciento).

El 81.4 por ciento de las mujeres supo del resultado de la última citología, siendo las mujeres que se lo realizaron en la SS las que observan el porcentaje más bajo (dos tercios). La Secretaría de Salud también hace entrega más tardía de los resultados, con un porcentaje de 28.6 por ciento entregado después de 31 ó más días. La capacidad de la SS para procesar pruebas de citologías y dar los resultados oportunamente ha sido limitada, especialmente en las zonas rurales.

### Examen de mamas

El autoexamen de las mamas es una práctica recomendable para la detección precoz del cáncer mamario. En 2001, se encontró que poco menos de la mitad de las mujeres conoce el autoexamen de las mamas (46.9 por ciento), y sólo el 18.7 por ciento se lo

ha practicado. El conocimiento y la práctica se incrementan con la edad (Gráfico 14). Los responsables del programa de prevención de cáncer de mama de la SS, han llamado la atención sobre el incremento porcentual de la mortalidad femenina atribuida a esta enfermedad, denotando que el conocimiento y uso de esta técnica es de mayor importancia e interés para contribuir a asegurar el bienestar de la mujer hondureña.



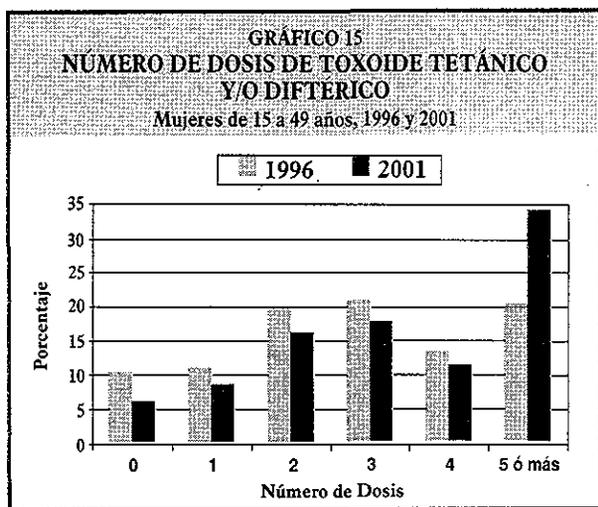
El 44.2 por ciento de las mujeres conoce de la mamografía, otro examen para identificar el cáncer de la mama, aunque sólo el 3.1 por ciento se la ha practicado alguna vez. La norma señala que las mujeres mayores de 30 años deben tener una mamografía anual.

### Toxoide tetánico

Actualmente, la SS administra junto con el toxoide tetánico el toxoide diftérico por lo que en los últimos años las mujeres han recibido ambos biológicos. La proporción de mujeres con cinco o más dosis de TT es de 33.5 por ciento, lo que representa un incremento importante con relación a lo encontrado en 1996 (13.5 por ciento). Además, se observa en el Gráfico 15 una

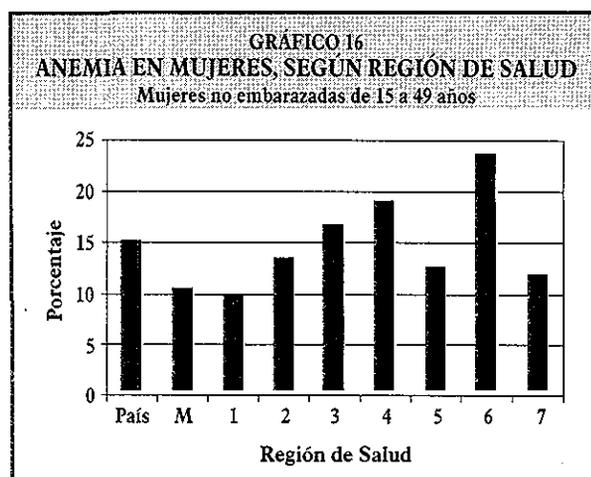
disminución del porcentaje de mujeres con cero dosis (5.9 por ciento para 2001). La gran mayoría de mujeres (poco más del 85 por ciento) tiene al menos dos dosis.

Este proceso ha conducido a que los casos de tétanos neonatal hayan desaparecido como causa de muerte infantil (ver Mortalidad Infantil y en la Niñez). Esto constituye una nueva frontera alcanzada en la inmunoprevención, y un éxito en Honduras.



## Anemia

Poco menos del 15 por ciento de mujeres no embarazadas presenta anemia (Gráfico 16). Las regiones de salud 4 y 6 presentan los porcentajes más altos. No se observa mayores variaciones por área de residencia (13.9 por ciento para la urbana contra 15.2 por ciento para la rural), indicando que es un problema generalizado.



**Cuadro 5**  
**Uso de Servicios y Prácticas de Salud Materna, según Características Seleccionadas, 2001**

Características Seleccionadas	Control Prenatal <sup>1</sup>		Atención del Parto <sup>1</sup>		Control Posparto <sup>1</sup>		Papanicolaou <sup>3</sup>		Toxoide Tetánico <sup>4</sup>		Se Ha Realizado Autoexamen de Mamas <sup>4</sup>
	Recibió	Primer Trimestre	Institucional	Cesárea <sup>2</sup>	Recibió	<41 Días	Alguna Vez	Últimos Dos Años	Alguna Vez	5 ó más Dosis	
<b>Total</b>	<b>82.6</b>	<b>56.4</b>	<b>55.2</b>	<b>7.9</b>	<b>34.0</b>	<b>30.0</b>	<b>60.9</b>	<b>72.4</b>	<b>94.1</b>	<b>33.4</b>	<b>18.7</b>
<b>Área de Residencia</b>											
Urbana	85.5	64.1	82.4	12.9	44.3	40.3	69.5	74.6	93.8	30.9	27.2
Rural	80.7	51.3	37.5	4.7	27.2	23.2	52.6	69.6	94.5	36.1	9.9
<b>Residencia</b>											
Tegucigalpa	88.7	68.6	92.8	16.9	45.5	43.4	86.3	80.9	97.4	41.9	34.6
San Pedro Sula	87.7	69.0	88.2	14.1	42.4	36.0	65.1	72.9	89.1	18.8	29.6
Otra urbana	83.2	60.3	75.2	10.5	44.4	40.1	61.7	70.4	93.3	28.7	22.1
Rural	80.7	51.3	37.5	4.7	27.2	23.2	52.6	69.6	94.5	36.1	9.9
<b>Años de Educación</b>											
Ninguno	66.7	40.5	26.7	2.1	21.4	17.9	44.0	65.9	91.1	31.3	7.6
1-3	78.3	47.9	36.6	4.7	26.3	23.2	56.5	64.9	93.3	34.4	9.6
4-6	85.9	58.4	59.5	7.1	33.5	29.3	59.6	72.7	95.4	35.3	12.7
7 ó más	93.1	75.2	92.5	18.2	54.7	49.5	74.5	79.0	94.1	31.1	35.7
<b>Región de Salud</b>											
Metropolitana	87.5	67.8	89.6	16.3	44.3	41.2	85.5	80.7	97.3	42.7	32.8
1	84.2	54.7	40.9	4.3	34.0	33.2	64.7	71.7	95.3	41.7	16.9
2	82.7	46.1	40.9	6.8	31.7	28.5	51.7	72.3	92.2	31.6	12.3
3	81.7	58.6	66.2	9.6	33.9	28.7	59.6	69.6	92.1	22.8	20.1
4	84.0	56.4	49.9	6.6	34.0	29.0	60.4	71.0	97.5	39.2	11.8
5	86.3	60.5	35.0	2.3	28.0	24.6	40.7	69.5	93.3	34.5	12.1
6	78.8	53.9	47.0	6.0	36.4	31.2	54.6	68.2	92.4	32.2	16.5
7	74.6	45.4	48.2	7.1	26.3	21.8	57.4	69.6	96.4	43.8	11.2

<sup>1</sup> Nacidos vivos en el período 1996-2000.

<sup>2</sup> Todos los partos.

<sup>3</sup> Mujeres de 15 a 49 años de edad con experiencia sexual.

<sup>4</sup> Mujeres de 15 a 49 años de edad.

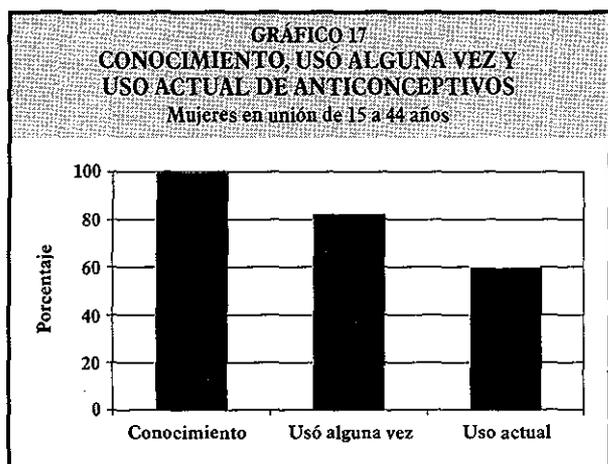
# PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## Conocimiento de métodos anticonceptivos

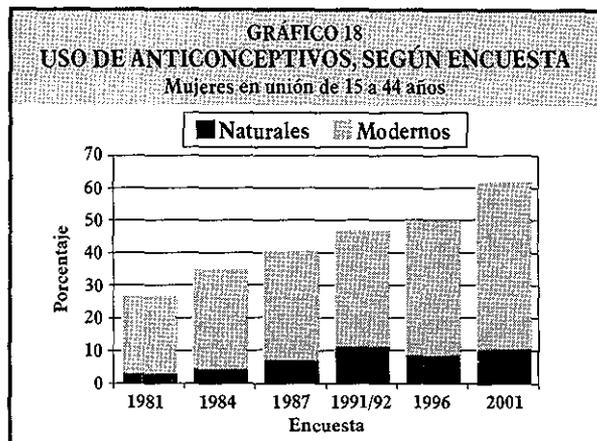
En Honduras, casi la totalidad de las mujeres en Unión de 15 a 44 años, ha oído hablar de al menos un método anticonceptivo (Gráfico 17). Esto indica que las mujeres están conscientes de que existen los medios para la regulación de la fecundidad. Los métodos más conocidos por las mujeres son los orales, los condones y la esterilización femenina. Los métodos menos conocidos son el Norplant, Billings y los métodos vaginales.

## Uso actual de anticonceptivos

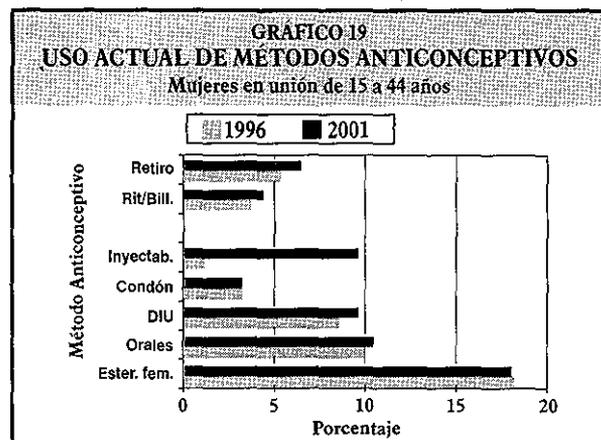
En 2001, el 61.8 por ciento de las mujeres en unión de 15 a 44 años, estaba usando un método anticonceptivo al momento de la encuesta (Gráfico 17).



Entre 1996 y 2001, el uso de anticonceptivos aumentó en casi 12 puntos porcentuales, el mayor incremento observado desde la primera encuesta realizada en 1981 (Gráfico 18).



El aumento en el uso se debe al incremento de los métodos temporales, sobre todo los inyectables, principalmente Depoprovera (Gráfico 19). De las usuarias de inyectables, el 35.8 por ciento no estaba usando métodos anticonceptivos antes de iniciar el uso, y el 13.6 por ciento usaba métodos naturales. Para continuar con esta tendencia positiva en el uso de métodos de planificación, se requerirá para el futuro apoyar de la misma forma los programas de planificación familiar.

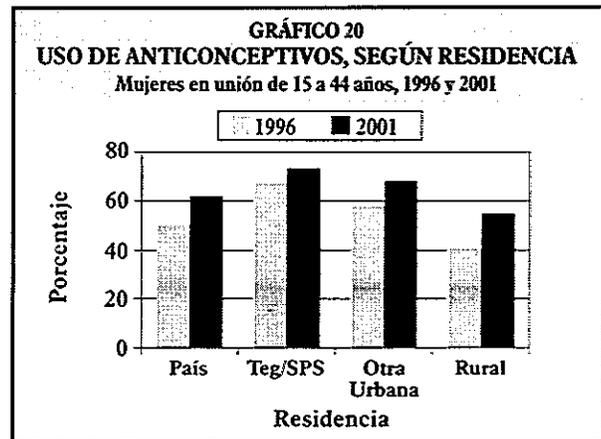


Los métodos modernos son los más utilizados, siendo los de mayor uso en orden de importancia, la esterilización femenina, los orales, el DIU y los inyectables (Gráfico 19). De los 3,247 hombres entrevistados, sólo cuatro informaron haberse practicado la vasectomía. Entre los no usuarios de la vasectomía, la principal razón para no usar este método es que la pareja ya está esterilizada.

La esterilización femenina es el método anticonceptivo de mayor prevalencia (18.0 por ciento). El uso de la esterilización femenina es mayor en las áreas urbanas, y entre las mujeres con alto Índice de Bienes y Servicios (IBS)<sup>1</sup>. No obstante que las nuevas normas de salud, aprobadas en el año 1998, modificaron los requisitos para facilitar que una mujer pueda esterilizarse, en esta encuesta aún no se observa una disminución sustancial en el número de hijos y la edad a la que las mujeres se están esterilizando. Esto implica que estos servicios siguen siendo restringidos.

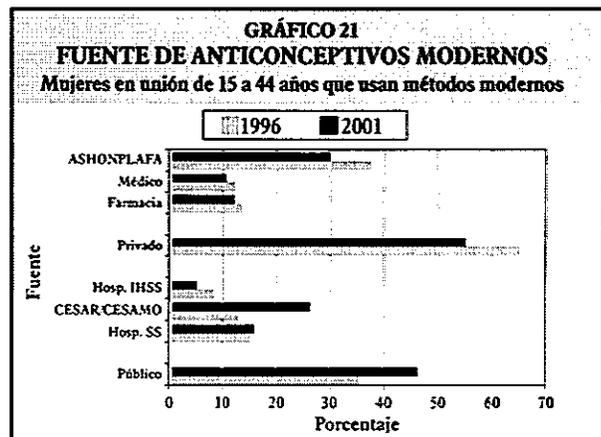
El uso de anticonceptivos continúa siendo mayor en las áreas urbanas (Gráfico 20). Sin embargo, en los últimos cinco años se destaca un incremento sustancial en el área rural, del 40.4 por ciento en 1996 al 54.6 por ciento en 2001, debido, básicamente, al uso de la Depoprovera. La versatilidad y eficacia de este método lo ha convertido en la mejor opción a nivel rural, que es donde la demanda insatisfecha para servicios de planificación familiar es mayor. A nivel rural, las mujeres en unión que no están usando anticonceptivos y desean hacerlo, mostraron preferencia por este método.

<sup>1</sup> Índice de Bienes y Servicios (IBS) resulta de la agregación de los bienes y servicios existentes en la vivienda de un total de nueve: 0-2 es Bajo, 3-6 es Medio, y 7-9 es Alto.



### Fuente de obtención del método anticonceptivo moderno

Al igual que en 1996, en 2001, el sector privado continúa siendo el mayor proveedor de métodos anticonceptivos modernos (Gráfico 21). Sin embargo, su participación relativa disminuyó en el período, de 64.4 a 54.3 por ciento, debido al incremento en la cobertura del sector público mediante el suministro del inyectable, Depoprovera. El incremento de servicios de la Secretaría de Salud (SS) es el factor más importante en el aumento de uso de anticonceptivos en el país, y representa una respuesta positiva en función de la demanda insatisfecha, sobre todo a nivel rural, donde el sector público tiene una mayor participación en planificación familiar.



En 2001, la SS cubría al 41.0 por ciento de las usuarias, mientras que ASHONPLAFA, segundo gran proveedor, cubría el 29.2 por ciento.

### Uso de anticonceptivos en el posparto

En el período 1996-2000, seis de cada diez mujeres de 15 a 49 años de edad no usaron un método anticonceptivo en el año posparto. Esta proporción sube a casi siete de cada diez mujeres cuyo orden de nacimiento correspondía al sexto o más nacido vivo, y entre las mujeres que tenían de 40 a 49 años de edad al momento del parto. Los datos reflejan que las mujeres que más necesitan los servicios de planificación familiar, principalmente por sus condiciones de riesgo reproductivo, parecen ser las menos dispuestas o tener menor oportunidad de obtener un método después del parto.

De las mujeres que asistieron a control puerperal, sólo a dos tercios les fue ofrecido un método anticonceptivo. Esta cifra desciende al 51.0 por ciento entre las mujeres que tenían entre 35 a 39 años de edad al momento del parto. Con respecto al orden de nacimiento, alrededor del 60 por ciento de las mujeres cuyo orden de nacimiento fue el quinto o más nacido vivo, le fue ofrecido un método durante su control puerperal.

El control del recién nacido es el servicio materno infantil más usado en Honduras (ver Salud del Niño); sin embargo, solamente al 42.6 por ciento de las madres que llevó su niño a este control, le fue ofrecido un método anticonceptivo. Esta cifra desciende al 35.2 por ciento y al 37.2 por ciento entre las mujeres que tenían de 35 a 39 y de 40 a 49 años de edad al momento del parto, respectivamente.

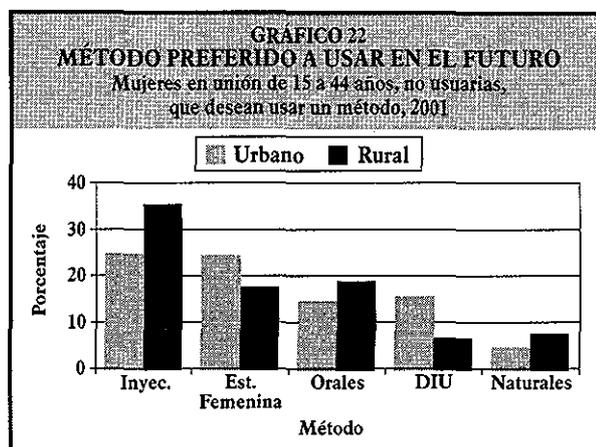
Lo anterior evidencia la brecha que existe entre los procesos de atención materno infantil y su integración con las actividades de planificación familiar, dando lugar a oportunidades perdidas.

### Población que no usa anticonceptivos

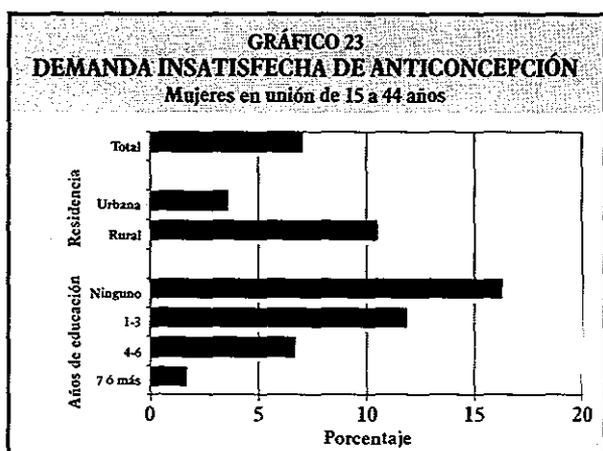
Cuatro de cada diez mujeres en unión de 15 a 44 años de edad, no estaba usando un método anticonceptivo en los 30 días previos a la entrevista. Esta proporción está constituida por el 20.3 por ciento que había usado anteriormente, y por el 17.9 por ciento que nunca ha usado un método.

El 53.4 por ciento de las mujeres que no usa anticonceptivos expuso, como razones para no usarlos, estar embarazada o en el período posparto, o desear un embarazo.

Del total de mujeres en unión que no usa actualmente, el 72.5 por ciento manifestó su deseo de usar un método en la actualidad o en el futuro. La mayoría piensa usar un método moderno, sobresaliendo el inyectable, cuya demanda potencial es mayor entre las mujeres del área rural (Gráfico 22). Las mujeres del área urbana, en términos porcentuales, mostraron igual preferencia por la esterilización femenina y el inyectable.

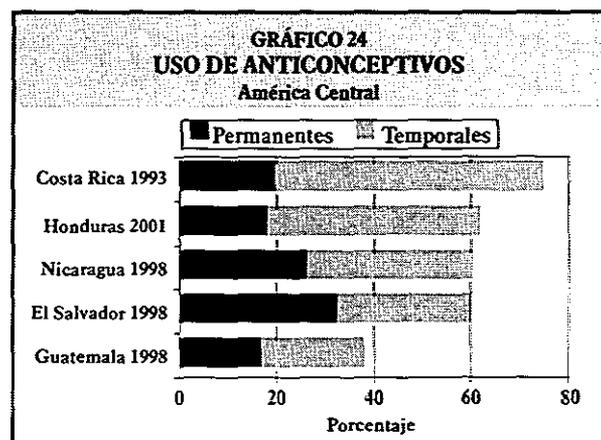


De acuerdo a las características de las mujeres de 15 a 44 años de edad, se estima que el 7.0 por ciento necesita los servicios de planificación familiar, ya que no están embarazadas, no desean un embarazo actualmente, son fértiles, están activas sexualmente y, por tanto, están expuestas a un embarazo no deseado (Gráfico 23). La proporción es más alta entre las mujeres que viven en las áreas rurales, las mujeres casadas o unidas, las que tienen bajo nivel educativo y las que tienen cinco o más hijos.



## Uso de anticonceptivos en América Central

Bajo el entendido de que los datos de Honduras son los más recientes, se puede apreciar en el Gráfico 24 que en este momento, Honduras ocupa el segundo lugar en la región en el uso de anticonceptivos.



El Salvador tiene la tasa más alta de uso de métodos permanentes (básicamente esterilización femenina), lo que parece explicar que sea el país con la menor fecundidad después de Costa Rica. Nicaragua ocupa el segundo lugar en el uso de métodos permanentes y, quizás por esta misma razón, presenta una fecundidad menor que la de Honduras. Las altas tasas de uso de métodos permanentes en ambos países (El Salvador y Nicaragua), reflejan el impacto de las estrategias que han facilitado el acceso a la esterilización femenina. Honduras ocupa el primer lugar en la región con respecto al uso de métodos naturales que, como es conocido, no son tan eficaces como los métodos modernos.

**Cuadro 6**  
**Uso Actual de Métodos Anticonceptivos y Método que Usa, según Características Seleccionadas**  
**Mujeres Casadas/Unidas de 15 a 44 Años de Edad, 2001**

Características Seleccionadas	Usa Actualmente	Esterilización Femenina	Orales	Inyectables	DIU	Retiro	Ritmo/Billings	Condomes	Otro	No Usa Actualmente	Total
<b>Total</b>	<b>61.8</b>	<b>18.0</b>	<b>10.4</b>	<b>9.6</b>	<b>9.6</b>	<b>6.4</b>	<b>4.4</b>	<b>3.2</b>	<b>0.2</b>	<b>38.2</b>	<b>100.0</b>
<b>Área de Residencia</b>											
Urbana	70.4	20.3	11.5	8.8	14.7	5.6	5.3	4.1	0.1	29.6	100.0
Rural	54.6	16.0	9.4	10.3	5.3	7.1	3.7	2.5	0.2	45.4	100.0
<b>Residencia</b>											
Tegucigalpa	76.1	20.0	8.5	7.0	23.1	5.8	6.1	5.3	0.2	23.9	100.0
San Pedro Sula	68.8	19.1	11.1	6.9	16.3	6.4	6.0	3.1	0.0	31.2	100.0
Otra urbana	67.9	20.8	13.3	10.5	9.7	5.2	4.6	3.8	0.1	32.1	100.0
Rural	54.6	16.0	9.4	10.3	5.3	7.1	3.7	2.5	0.2	45.4	100.0
<b>Región de Salud</b>											
Metropolitana	75.9	20.3	9.2	7.0	22.2	5.8	5.6	5.6	0.2	24.1	100.0
1	61.0	17.0	13.6	12.2	5.7	4.4	3.8	4.0	0.3	39.0	100.0
2	51.1	11.1	5.0	8.1	8.3	9.5	6.0	3.0	0.2	48.9	100.0
3	66.6	20.0	12.9	9.7	10.5	6.7	3.8	2.9	0.2	33.4	100.0
4	58.7	23.6	11.1	7.9	4.9	4.4	3.9	2.9	0.0	41.3	100.0
5	47.2	10.9	7.7	7.7	3.1	8.9	7.2	1.6	0.0	52.8	100.0
6	59.8	20.3	8.7	12.7	7.5	5.3	1.9	3.2	0.3	40.2	100.0
7	58.2	15.2	11.8	14.3	6.5	5.3	3.9	1.2	0.0	41.8	100.0

**Cuadro 6 (continuación)**  
**Uso Actual de Métodos Anticonceptivos y Método que Usa, según Características Seleccionadas**  
**Mujeres Casadas/Unidas de 15 a 44 Años de Edad, 2001**

<b>Características Seleccionadas</b>	<b>Usa Actualmente</b>	<b>Esterilización Femenina</b>	<b>Orales</b>	<b>Inyectables</b>	<b>DIU</b>	<b>Retiro</b>	<b>Ritmo/Billings</b>	<b>Condomes</b>	<b>Otro</b>	<b>No Usa Actualmente</b>	<b>Total</b>
<b>Años de Educación</b>											
Ninguno	48.8	17.3	8.9	7.4	3.0	7.2	3.1	2.0	0.0	51.2	100.0
1-3	55.3	18.3	10.0	8.4	5.3	7.8	3.0	2.3	0.2	44.7	100.0
4-6	61.8	16.9	11.6	11.0	9.9	6.0	3.5	2.7	0.1	38.2	100.0
7 ó más	73.8	19.7	9.3	9.6	16.2	5.3	7.9	5.4	0.3	26.2	100.0
<b>No. de Hijos Vivos</b>											
0	16.5	0.2	4.5	2.9	0.6	4.3	3.3	0.8	0.0	83.5	100.0
1	58.9	0.7	14.8	12.6	14.8	7.4	5.2	3.2	0.2	41.1	100.0
2	66.8	8.4	13.7	13.9	15.2	6.1	4.9	4.6	0.1	33.2	100.0
3	70.5	30.0	10.3	8.1	9.5	5.6	2.9	3.8	0.3	29.5	100.0
4	73.2	35.7	7.2	8.3	7.4	6.2	5.1	2.8	0.4	26.8	100.0
5	66.9	33.5	8.1	7.2	4.4	6.6	4.4	2.7	0.0	33.1	100.0
6 ó más	57.9	24.7	6.9	7.5	4.1	7.8	4.7	2.2	0.0	42.1	100.0

Cuadro 7

Fuente de Obtención de Métodos Anticonceptivos Modernos, según Características Seleccionadas  
Mujeres Casadas/Unidas de 15 a 44 Años de Edad que Usan Anticonceptivos, 2001

Características Seleccionadas	Secretaría de Salud	ASHONPLAFA	Farmacia	Clínica/Médico Privado	IHSS	ONG	Otra <sup>1</sup>	No Sabe	Total
<b>Total</b>	<b>41.0</b>	<b>29.2</b>	<b>11.5</b>	<b>10.0</b>	<b>4.5</b>	<b>1.3</b>	<b>2.3</b>	<b>0.2</b>	<b>100.0</b>
<b>Área de Residencia</b>									
Urbana	33.7	27.9	16.0	11.3	7.4	1.3	2.2	0.2	100.0
Rural	49.2	30.7	6.4	8.5	1.1	1.3	2.5	0.3	100.0
<b>Residencia</b>									
Tegucigalpa	40.4	23.0	12.7	8.5	13.1	0.7	1.7	0.0	100.0
San Pedro Sula	19.0	30.2	19.9	14.5	12.2	0.6	3.5	0.0	100.0
Otra urbana	34.7	29.9	16.7	11.9	2.5	1.8	2.1	0.3	100.0
Rural	49.2	30.7	6.4	8.5	1.1	1.3	2.5	0.3	100.0
<b>Región de Salud</b>									
Metropolitana	42.1	22.6	12.7	7.9	12.2	0.7	1.8	0.0	100.0
1	45.0	34.2	8.4	6.0	1.2	1.5	3.0	0.6	100.0
2	54.9	11.4	10.1	17.7	0.0	4.2	0.8	0.8	100.0
3	28.4	34.5	13.8	11.7	6.5	1.2	3.6	0.2	100.0
4	43.8	41.5	6.4	6.4	0.7	0.3	0.7	0.3	100.0
5	55.9	18.8	15.5	7.5	0.0	0.5	1.9	0.0	100.0
6	46.2	27.2	10.2	11.9	0.3	1.5	2.5	0.3	100.0
7	50.7	30.0	8.4	8.9	0.0	1.5	0.5	0.0	100.0
<b>Años de Educación</b>									
Ninguno	52.6	29.0	7.0	7.7	1.8	1.1	0.7	0.0	100.0
1-3	49.1	30.8	7.5	7.3	1.3	0.9	2.7	0.4	100.0
4-6	44.4	30.5	10.5	7.4	3.5	1.3	2.3	0.1	100.0
7 ó más	26.8	26.2	17.1	16.3	9.0	1.7	2.6	0.3	100.0

<sup>1</sup> Otra incluye partera, pulpería, supermercado, puesto de venta de medicinas y fuentes fuera del país.

**Cuadro 8**  
**Fuente de Obtención de Métodos Anticonceptivos Modernos**  
**Mujeres Casadas/Unidas de 15 a 44 Años de Edad que Usan Anticonceptivos, 2001**

Fuente	Método				
	Esterilización Femenina	Orales	DIU	Inyectables	Condomes
Secretaría de Salud	30.8	30.1	44.4	71.5	32.8
ASHONPLAFA	48.6	29.9	22.7	7.0	3.3
Farmacia	0.0	28.7	0.0	12.0	53.3
Clínica privada	13.5	3.4	17.8	5.7	1.0
IHSS	4.3	0.9	13.8	0.8	0.0
ONG	1.6	1.0	1.3	1.4	0.0
Otra	1.1	6.0	0.0	1.4	6.7
No sabe	0.0	0.0	0.0	0.3	2.9
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

# MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

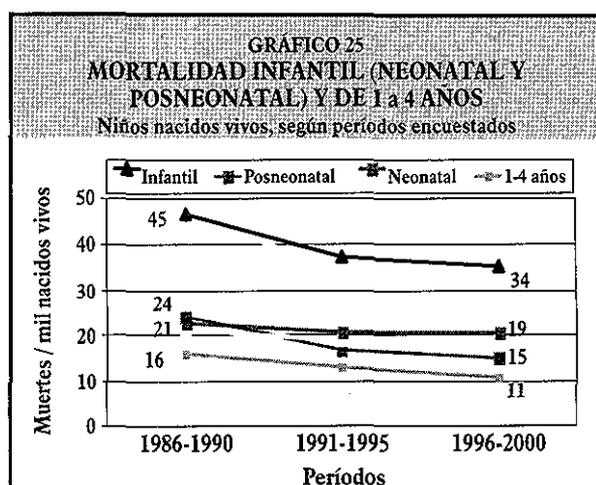
## Tendencias en la mortalidad

La tasa de mortalidad infantil estimada para el período de 1996-2000 es de 34 y para el período 1991-1995 se estimó en 36 muertes por mil nacidos vivos, lo que significa un descenso de sólo dos muertes entre estos dos períodos (Gráfico 25). En cambio, entre los períodos 1986-1990 y 1991-1995, el descenso de la mortalidad infantil fue de 9 muertes por mil nacidos vivos, observándose una clara desaceleración en el último período, lo cual debe conducir a un profundo análisis de las estrategias de intervención orientadas a su prevención.

La mortalidad neonatal (0-28 días) se ha mantenido sin cambio durante los últimos 5 años. En cambio, en los períodos 1986-1990 y 1991-1995, se redujo en un 9.5 por ciento (21 a 19 muertes por mil nacidos vivos). A la mortalidad neonatal le corresponde en la actualidad más de la mitad de la mortalidad infantil en el país, situación que no ocurría hace 15 años. La no reducción de la mortalidad neonatal indica un serio problema en la prevención, detección, calidad e intensidad del manejo de la morbilidad grave en este período de la vida del neonato.

El leve descenso observado en la mortalidad infantil obedece a la disminución en la mortalidad posneonatal (29 días a 11 meses), la cual bajó de 17 a 15 muertes por mil nacidos vivos entre los períodos de 1991-1995 y 1996-2000. En cambio, entre los períodos de 1986-1990

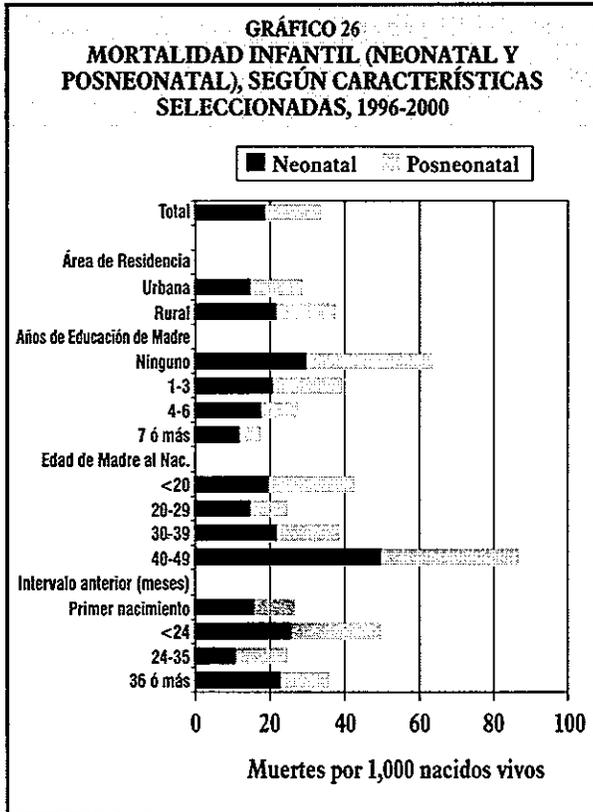
y 1991-1995 la disminución fue de 7 muertes por mil, señalando, nuevamente, la desaceleración ya mencionada en la disminución de la mortalidad infantil (Gráfico 25).



La tasa de mortalidad en la niñez (1 a 4 años de edad) ha pasado de 16 a 11 por mil, lo cual corresponde a un descenso de 31.3 por ciento.

## Diferenciales en la mortalidad

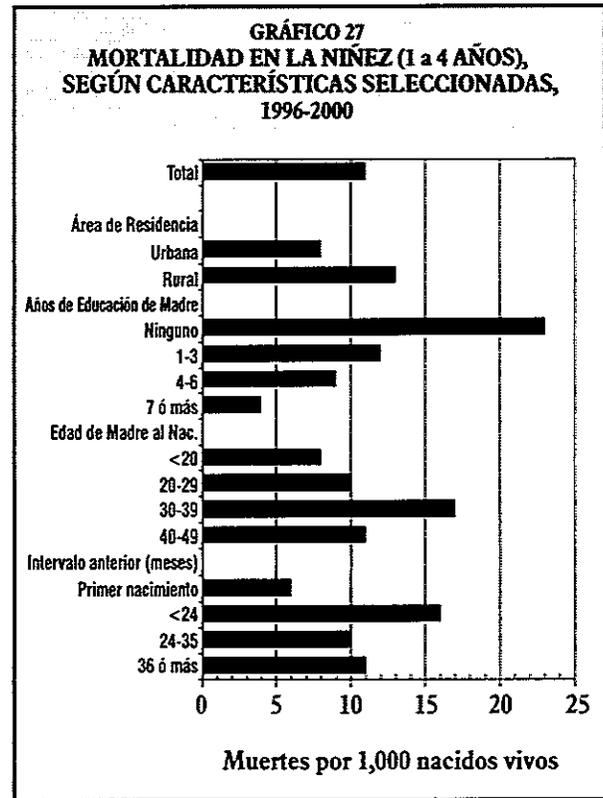
Las tasas de mortalidad infantil y de 1 a 4 años de edad están fuertemente relacionadas con el área de residencia y el nivel de educación de la madre (Gráficos 26 y 27). La mortalidad infantil en el área rural es de 38 por mil nacidos vivos, mientras que en el área urbana es de 29 por mil nacidos vivos. El mismo comportamiento se observa en la mortalidad de uno a cuatro años, siendo de 13 a nivel rural y de 8 a nivel urbano (Gráfico 27).



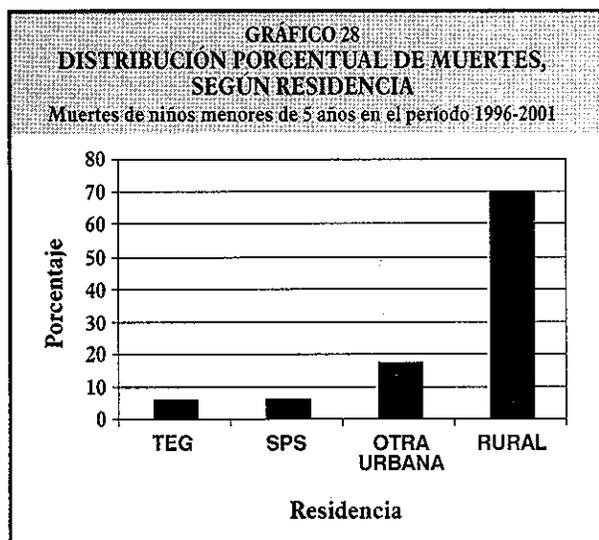
En la medida que aumenta la educación de la madre, todas las categorías de mortalidad, clasificadas por edades al morir, disminuyen. La mortalidad infantil de niños de madres sin educación formal es 57.5 por ciento mayor que la de niños cuyas madres tienen 1 a 3 años de educación (63 vs 40 muertes por mil nacidos vivos), y 250.0 por ciento mayor que la de niños cuyas madres tienen 7 ó más años de educación (63 vs 18 muertes por mil nacidos vivos). Las diferencias para la mortalidad en la niñez muestran el mismo patrón.

Por otra parte, la mortalidad en los menores de cinco años también está relacionada con las características reproductivas de la madre. Se observan las más altas tasas de mortalidad para los niños nacidos de madres de mayor edad y para los nacidos después de un espacio intergenésico anterior corto. Las tasas menores

en mortalidad infantil ocurren en los niños nacidos de madres que tenían de 20 a 29 años de edad al momento del nacimiento, y para los nacidos entre 24 y 35 meses después del hermano inmediato mayor.



Los factores relacionados con la mortalidad infantil alta ocurren más en el área rural que en la urbana. En el área rural las madres tienden a tener menor educación, embarazos en edades mayores y son más propensas a tener espacios más cortos entre embarazos. Como consecuencia, las muertes de niños menores de cinco años están concentradas en el área rural, donde ocurrió el 69.8 por ciento de las mismas para el período 1996 a 2000 (Gráfico 28). Esto indica que los futuros esfuerzos para reanudar el descenso de la mortalidad infantil y en la niñez debe enfocarse sobre la población rural.

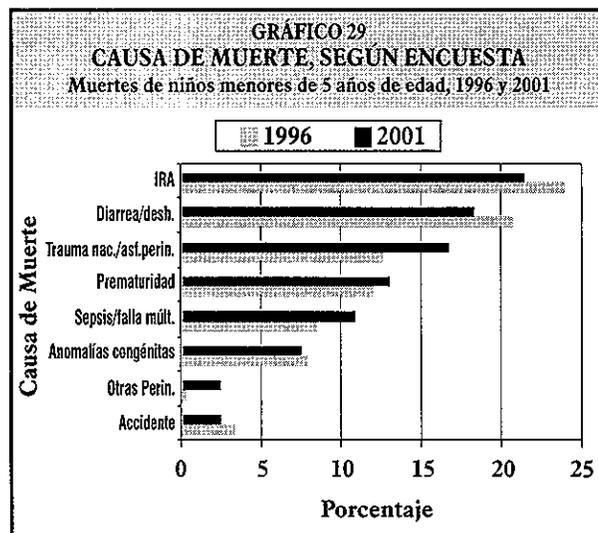


## Causas de muerte

Durante el período 1996-2001, las principales causas de muertes neonatales fueron: Trauma del nacimiento/asfíxia perinatal (38.2 por ciento) y la prematuridad (27.9 por ciento). En el caso de las muertes posneonatales las principales causas fueron: Las IRA (35.7 por ciento) y la diarrea (26.2 por ciento). En la niñez (1 a 4 años) las causas más importantes de muerte fueron: La diarrea (39.3 por ciento) y las IRA (22.5 por ciento).

El Gráfico 29 presenta los porcentajes de muertes de niños menores de 5 años, atribuidos a las causas principales, según las encuestas ENESF-96 y ENESF-01.

Se observa que las proporciones de muertes atribuidas a las infecciones respiratorias y la diarrea han disminuido, mientras las muertes identificadas como consecuencia de trauma de nacimiento/asfíxia perinatal, prematuridad y otras causas perinatales han incrementado su aporte al total. Esto refleja el creciente papel de la mortalidad neonatal como un componente de la mortalidad infantil. También, demuestra la necesidad de ampliar y mejorar la atención del embarazo y parto, como una estrategia para la continua reducción de la mortalidad infantil. De igual manera, los datos muestran que la diarrea y la neumonía continúan siendo las causas individuales más importantes de muerte en menores de cinco años, y que las acciones para prevenirlas deben intensificarse.



**Cuadro 9**  
**Mortalidad Infantil y en la Niñez, según Características Seleccionadas,**  
**Período 1996-2000**

<b>Características Seleccionadas</b>	<b>Mortalidad Infantil (0 a 11 Meses)</b>	<b>Mortalidad Neonatal (0 a 28 Días)</b>	<b>Mortalidad Posneonatal (1 a 11 Meses)</b>	<b>Mortalidad en la Niñez (1 a 4 Años)</b>	<b>Mortalidad en Menores de 5 Años</b>
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>19</b>	<b>15</b>	<b>11</b>	<b>45</b>
<b>Área de Residencia</b>					
Urbana	29	15	14	8	36
Rural	38	22	16	13	51
<b>Residencia</b>					
Tegucigalpa	31	17	14	4	34
San Pedro Sula	29	11	18	10	39
Otra urbana	28	15	13	9	37
Rural	38	22	16	13	51
<b>Región de Salud</b>					
Metropolitana	34	20	14	3	37
1	46	33	13	13	58
2	31	14	17	15	46
3	24	12	12	12	35
4	38	14	24	7	45
5	41	24	17	19	59
6	33	21	12	5	37
7	52	30	22	14	66
<b>Años de Educación</b>					
Ninguno	63	30	34	23	85
1-3	40	21	19	12	51
4-6	28	18	10	9	37
7 ó más	18	12	6	4	22

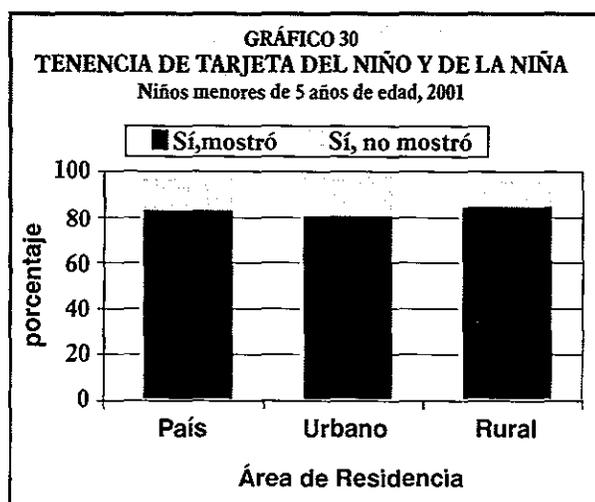
**Cuadro 10**  
**Distribución Porcentual de Muertes de Menores de 5 Años de Edad,**  
**según Causa Primaria de Muerte**  
**Niños que Murieron a Partir de Enero de 1996**

Causa Primaria de Muerte	Total	Edad al Morir		
		0 a 28 Días	1 a 11 Meses	12 a 59 Meses
Infección respiratoria aguda	21.3	9.7	35.7	22.5
Diarrea/deshidratación	18.2	0.6	26.2	39.3
Trauma del nacimiento/asfixia	16.6	38.2	0.0	0.0
Prematuro	12.9	27.9	2.4	0.0
Sepsis/falla de órganos múltiples	10.8	13.3	11.1	5.6
Anomalías congénitas	7.4	5.5	13.5	2.2
Otras complicaciones perinatales	2.4	4.8	0.8	0.0
Accidente	2.4	0.0	1.6	7.9
Desnutrición	1.6	0.0	0.0	6.7
Otras causas	3.9	0.0	7.2	6.7
No especificado	2.6	0.0	1.6	9.0
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

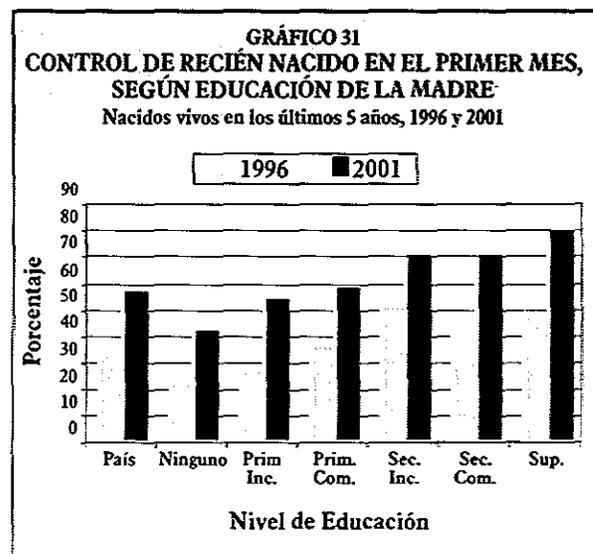
## SALUD DEL NIÑO

### Crecimiento y desarrollo

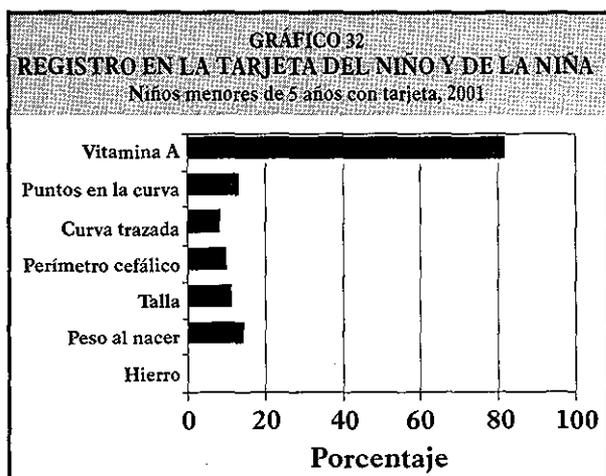
La Tarjeta del Niño y de la Niña ha sido definida por la Secretaría de Salud (SS) como un instrumento de registro de la vigilancia de la salud del niño y de los eventos claves de su crecimiento y desarrollo. Casi la totalidad de las madres hondureñas están en posesión de la tarjeta de sus niños, indistintamente del área de residencia (Gráfico 30).



A las madres se les preguntó si habían llevado a su hijo a un control de recién nacido, observándose un incremento del 78.1 en 1996 al 90.7 por ciento en 2001. Durante el primer mes de vida el control aumentó en forma sustancial del 31.6 al 56.5 por ciento. La oportunidad de recibir el control durante el primer mes, es mayor entre los niños de las mujeres que residen en áreas urbanas y entre aquellas más educadas (Gráfico 31).

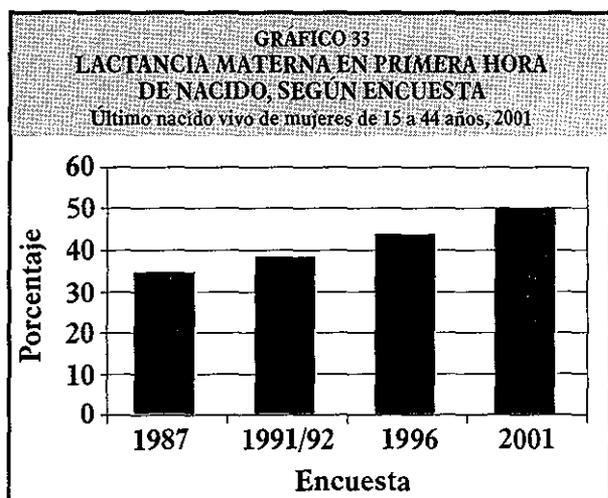


A pesar del aparente incremento en la vigilancia del crecimiento y desarrollo de la niñez, la Tarjeta del Niño y de la Niña aún no está siendo usada a plenitud. En el Gráfico 32 se puede observar que la suplementación de vitamina A está registrada en poco más del 80 por ciento de los casos, pero otros aspectos de la vigilancia aparecen registrados en menos del 20 por ciento de las tarjetas y, posiblemente, tampoco están siendo realizados. Por ejemplo, hay un bajo registro del proceso de crecimiento –punteo del peso/edad y construcción de la curva de crecimiento – elemento clave en los esfuerzos de monitoreo del crecimiento y prevención de la desnutrición y de las actividades de vigilancia del niño en la comunidad.



### Lactancia materna

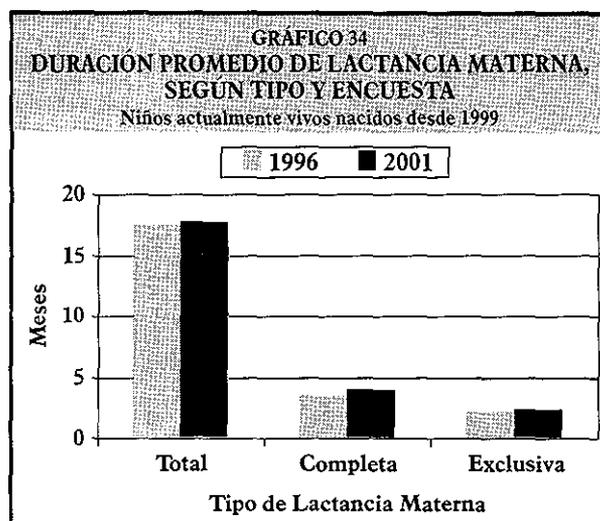
En general, el 95.8 por ciento de las madres informaron haber dado pecho a su último nacido vivo. Se observa un aumento sistemático en el inicio de la lactancia en la primera hora de nacido, lo cual ocurre actualmente en la mitad de los recién nacidos (Gráfico 33).



Las mujeres sin educación formal inician la lactancia más temprano, observándose que el 25.9 por ciento de estas madres da pecho a sus hijos dentro de los primeros 10 minutos, mientras que de las mujeres con mayor educación sólo el 15.8 por ciento lo hizo

durante este período de tiempo. Esto puede deberse al uso de servicios hospitalarios donde no se estimula el contacto temprano con el recién nacido.

En el Gráfico 34 se observa un leve aumento en el número de meses promedio, tanto de la lactancia materna total (con o sin otros alimentos o leches), como de la lactancia completa (que incluye el uso de otros alimentos pero no otras leches) y la exclusiva (sólo leche materna). La práctica de introducir otros alimentos muy temprano parece aún persistir.



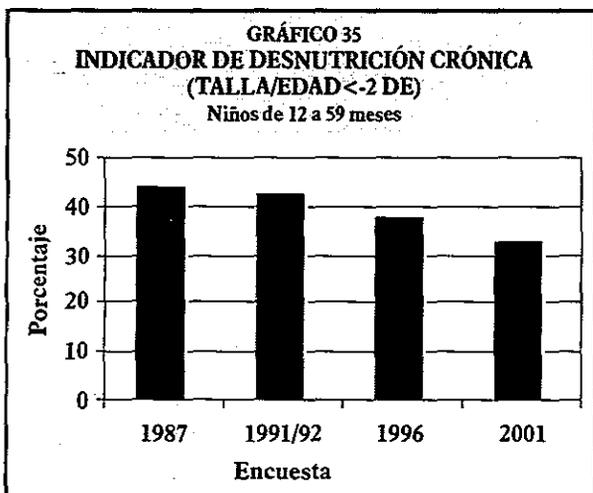
### Estado nutricional

Entre los niños de 12 a 59 meses se puede observar que este indicador ha mejorado sistemáticamente durante los últimos 14 años, pero es aún muy alto, indicando un daño persistente en gran parte de la niñez (Gráfico 35).

En una distribución de frecuencias de talla/edad de niños menores de cinco años con crecimiento normal, se espera que por debajo de la -2 desviación estándar (DE) se encuentre el 2.3 por ciento de las observaciones,

o sea, niños pequeños normales. Un valor mayor se acepta como indicador de desnutrición crónica. Sin embargo, éste no es un porcentaje real de niños desnutridos crónicos. El indicador sólo señala parte del problema; muchos niños, especialmente cuando el indicador es muy alto, estarán desnutridos, aun cuando no formen parte del grupo que constituye el numerador del indicador.

Se observa una enorme brecha entre el estado nutricional de los niños de mujeres sin educación formal y aquellos de madres con 7 ó más años de educación. La mitad de los primeros se encuentra por debajo de la - 2 desviación estándar, mientras que sólo el 7.6 por ciento de los hijos de madres con 7 ó más años de educación se clasifican en este intervalo, muy cerca del valor esperado normalmente.



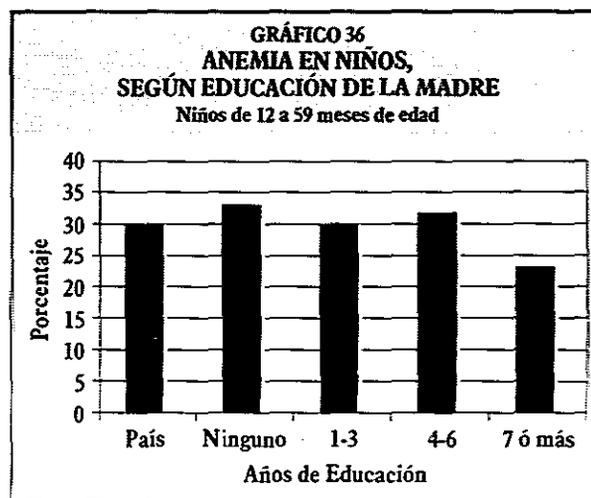
Otros dos indicadores de desnutrición incluyen el porcentaje de niños con bajo peso para la edad (peso/edad), y el porcentaje con bajo peso para su talla (peso/talla). El primero de estos indicadores se ha estimado en 16.6 por ciento para los niños de 3 a 59 meses. El indicador de bajo peso para la talla se ha estimado en 1.0 por ciento, y denota que no parece

haber un estado de hambruna o carencia aguda de alimentos en el país. Hace pensar que el origen de la desnutrición en Honduras, puede radicar más en la calidad del cuidado del niño, que incluye las prácticas de alimentación y la prevención y manejo de la morbilidad como la diarrea y las IRA, relacionado más con la falta de educación de la madre, que con la no disponibilidad o la calidad de los alimentos en el hogar.

### Anemia

Poco menos de un tercio de los niños mostraron valores bajos de hemoglobina (Gráfico 36). No se observan diferencias sustanciales según escolaridad de la madre, indicando que es un problema generalizado que está probablemente asociado con la calidad de la dieta.

Aparentemente, y especialmente en los niños de madres más educadas, la dieta es capaz de proporcionar las calorías y proteínas necesarias para el crecimiento corporal, pero no la calidad, combinación y preparación apropiada para aportar los micronutrientes necesarios, como el hierro.



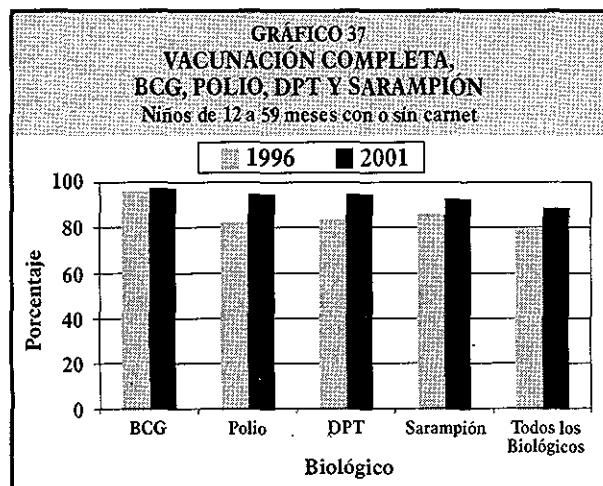
También se percibe la necesidad de suplementar con micronutrientes a los niños en forma directa y sistemática, y de fortificar los alimentos comunes como el azúcar y las harinas.

Desde luego, esta situación está asociada a la prevención y manejo apropiado de las enfermedades como la diarrea, IRA y las parasitarias intestinales, que afectan la absorción de los micronutrientes y/o aumentan las pérdidas.

## Vacunación

La vacunación en Honduras ha llevado al control de las enfermedades inmuno prevenibles, lo que ha conducido a su desaparición como causas de muerte en niños menores de cinco años (ver Mortalidad Infantil y en la Niñez).

El 89.2 por ciento de niños de 12 a 59 meses, con o sin carnet, está completamente vacunado con los cuatro biológicos, lo cual significa un incremento de casi 10 puntos porcentuales con relación a 1996 (Gráfico 37). Individualmente, la cobertura de cada biológico está en alrededor del 95 por ciento, un éxito notable para el país. Las coberturas de los cuatro biológicos no varían sustancialmente por residencia y educación de la madre, señalando igual acceso a este proceso.



## Diarrea y uso de Litrosol

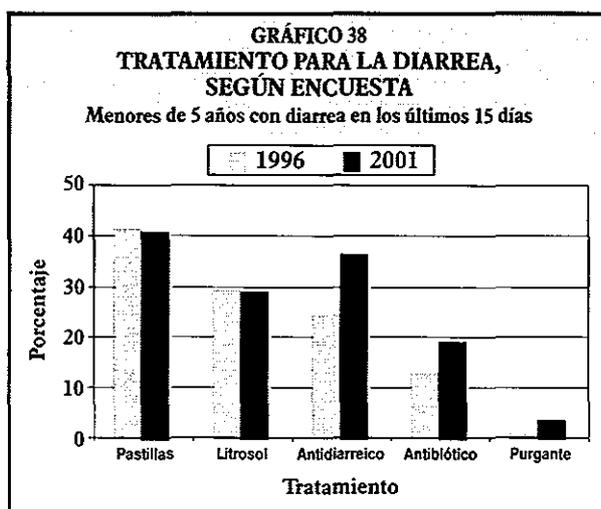
Aun cuando la diarrea muestra descenso como causa de muerte entre 1996 y 2001, es todavía la segunda causa más importante entre los menores de cinco años, por lo que su análisis es prioridad para el sistema de salud (ver Mortalidad Infantil y en la Niñez).

Luego de un descenso en la prevalencia de la diarrea observado entre 1987 y 1996 (30.3 a 19.2 por ciento), en esta encuesta se observa una tendencia al incremento (22.5 por ciento): Las tasas más altas se observan en el grupo de 6 a 23 meses de edad, precisamente cuando el proceso de desnutrición se inicia e instala. La prevalencia no muestra grandes diferencias según la educación de la madre, variando del 22.7 por ciento para niños de madres sin educación formal al 17.2 por ciento para los de madres con 7 ó más años de estudios.

Un 3.9 por ciento de los casos informados tenían una duración de 14 ó más días, clasificándose como casos de diarrea persistente. Este tipo de diarrea es conocida por su alta letalidad, y en 1996 su prevalencia era de 4.3 por ciento. Los niños en viviendas con un bajo Índice de Bienes y Servicios (IBS), muestran el doble de episodios de diarrea persistente que aquellos de alto índice (5.2 vs 2.6 por ciento).

Durante el episodio de diarrea, sólo el 30.9 por ciento de los niños recibió más líquidos, e incluso en el 12.2 por ciento éstos fueron disminuidos. En el 50.3 por ciento se disminuyó la cantidad de comida. En resumen, estos datos parecen indicar la persistencia de prácticas inapropiadas en el manejo del cuadro diarreico en la casa, que debe orientarse a prevenir dos de sus más graves consecuencias: La deshidratación y la desnutrición.

El uso de Litrosol, tratamiento por excelencia para prevenir la deshidratación secundaria a la diarrea, prácticamente no se ha modificado entre 1996 y 2001 (Gráfico 38). Mientras tanto, el uso de tratamientos no recomendados como antidiarreicos y purgantes ha aumentado. Casi el 70 por ciento de los niños con diarrea no recibe el Litrosol. La razón principal de la madre para no usarlo es porque no lo tenía (alrededor de 60 por ciento), porcentaje que es similar al encontrado en la ENESF-96.



Sin embargo, en la medida que aumenta el número de síntomas de deshidratación aumenta el uso de Litrosol, pasando del 21.2 por ciento entre los que presentan cero síntomas, al 44.8 por ciento entre los que presentan tres o más. En presencia de un síntoma grave de deshidratación, como "mollera hundida", el Litrosol fue usado sólo en el 42.9 por ciento de los casos.

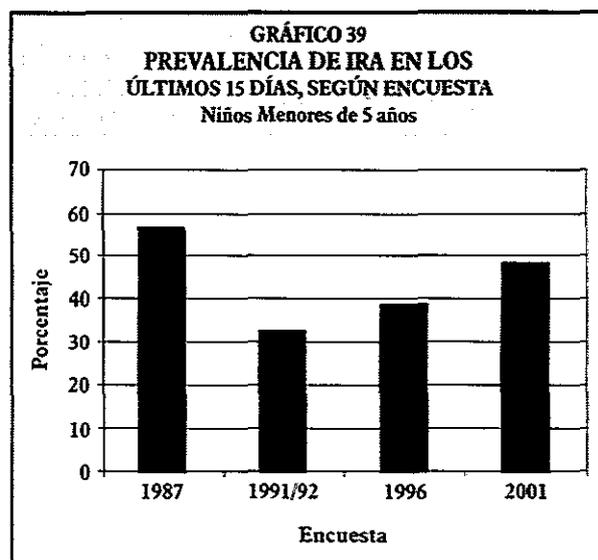
En el 42.3 por ciento de los casos, la madre consultó con alguien referente a la diarrea del niño, siendo más alto en presencia de 3 ó más síntomas (54.9 por ciento). Para los niños de madres sin educación formal, sólo en el 32.9 por ciento de los casos, sus madres consultaron.

Esto parece evidenciar la falta de acceso o de motivación para buscar los servicios de salud en los episodios de diarrea en menores de cinco años.

### Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas han mostrado un descenso como causa de muerte entre 1996 y 2001 (ver Mortalidad Infantil y en la Niñez). Sin embargo, continúa siendo la primera causa de morbilidad, mortalidad y demanda de servicios de salud en la niñez.

Después de un descenso en la prevalencia de las IRA entre 1987 y 1991/92, se puede ver ahora un repunte pasando de 33.3 por ciento en 1991/92 a 48.6 por ciento en 2001 (Gráfico 39).



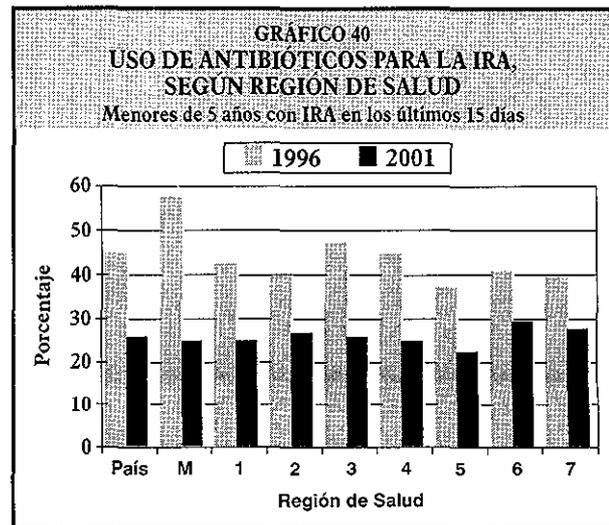
La prevalencia de las IRA, por residencia, no es muy diferente, observándose un 45.4 por ciento en áreas urbanas y un 50.7 por ciento en áreas rurales. Tampoco hay mayores diferencias por educación de la madre.

Las IRA son ya un evento frecuente en los primeros meses de vida del niño: El 46.3 por ciento de niños entre 0 y 5 meses de edad presentaba un problema respiratorio, fenómeno que persiste en los grupos de edad mayores.

Cerca de la mitad de los niños que fueron informados con alguna IRA, parece tener una IRA severa, siendo por tanto, la más frecuente. Es posible que las madres hayan exagerado la sintomatología severa, u omitido los casos leves. Aun así, la IRA severa aparece de forma sustancialmente más alta en los niños de mujeres sin educación formal, que en las mujeres más educadas. Esto podría indicar que, aunque las enfermedades respiratorias son comunes y con prevalencias similares en todos los niños, no así su gravedad.

En el 83.6 por ciento de los niños con IRA, la madre buscó tratamiento, casi el doble que en el caso de la diarrea. Esta práctica es mayor cuando la IRA es moderada, 90.3 por ciento. El uso de antibióticos en el tratamiento de las IRA, parece haber descendido en forma sustancial, pasando del 44.6 por ciento en 1996 al 25.5 por ciento en el año 2001, alcanzando el nivel recomendado por la SS en el manejo estandarizado

del caso. Este descenso es muy similar en todas las regiones de salud, como se observa en el Gráfico 40. Los niños de mujeres con IBS alto casi duplican el uso de antibióticos con relación a aquellos de madres con IBS bajo (32.1 vs 18.9 por ciento).



El 19.9 por ciento de los niños afectados con IRA leve recibió antibióticos, el cual, según la norma, no debería recibirlos. Por el contrario, sólo el 29.1 por ciento de aquellos que padecieron IRA moderada y el 26.8 por ciento de los que enfermaron con IRA severa los recibieron. La norma dice que éstos últimos debieron haberlos recibido, aunque, como se mencionó antes, estas IRA podrían estar sobre informadas.

**Cuadro 11**  
**Prácticas Relacionadas con la Salud del Niño, según Características Seleccionadas, 2001**

Características Seleccionadas	Pesó el Niño al Nacer <sup>1</sup>	Lactancia <sup>2</sup>			Control del Recién Nacido <sup>1</sup>		Diarrea <sup>3</sup>		IRA <sup>3</sup>	
		Recibió Pecho	Primera Hora	Exclusiva 0-3 Meses	Recibió	Primer Mes	Prevalencia	Tratado con Litrosol	Prevalencia	Tratado con Antibióticos
<b>Total</b>	<b>64.5</b>	<b>95.8</b>	<b>49.6</b>	<b>43.3</b>	<b>90.7</b>	<b>56.5</b>	<b>22.5</b>	<b>29.6</b>	<b>48.6</b>	<b>25.5</b>
<b>Área de Residencia</b>										
Urbana	88.2	94.2	45.4	32.0	93.6	65.3	21.1	18.6	45.4	34.3
Rural	49.1	96.9	52.8	50.7	88.8	50.8	23.4	36.6	50.7	19.3
<b>Residencia</b>										
Tegucigalpa	95.6	92.9	31.3	37.5	90.5	69.6	18.2	16.7	43.9	26.3
San Pedro Sula	91.4	94.1	56.2	26.3	94.7	59.5	17.4	6.0	38.0	34.9
Otra urbana	83.4	94.8	48.9	31.5	94.8	65.0	23.8	22.3	48.4	38.2
Rural	49.1	96.9	52.8	50.7	88.8	50.8	23.4	36.6	50.7	19.3
<b>Región de Salud</b>										
Metropolitana	92.9	93.5	31.6	36.5	89.8	67.0	17.3	19.8	44.1	24.6
1	53.9	95.6	46.3	53.7	81.8	49.1	20.6	32.9	55.5	24.7
2	52.3	98.6	54.2	64.6	93.3	53.0	22.8	62.0	53.0	26.5
3	73.8	94.6	53.8	36.1	94.9	58.4	23.8	16.5	42.7	25.6
4	58.7	95.9	46.5	25.6	93.1	56.0	20.2	34.9	51.3	24.6
5	50.9	98.4	58.7	57.1	88.6	57.2	21.4	41.0	51.9	22.2
6	57.8	96.2	50.0	32.3	93.0	56.2	25.7	20.0	41.8	29.1
7	54.0	95.1	52.5	42.9	81.0	47.6	26.9	29.6	63.2	27.4
<b>Años de Educación de la Madre</b>										
Ninguno	37.5	95.1	46.3	43.5	83.9	41.6	22.7	37.4	48.5	17.6
1-3	50.6	97.2	54.7	55.6	89.0	50.2	25.2	39.7	51.3	20.9
4-6	67.8	95.5	51.8	39.3	92.0	58.9	23.2	26.1	49.4	25.2
7 ó más	96.2	94.9	41.9	33.3	95.1	71.1	17.2	18.1	43.6	34.4

<sup>1</sup> Nacidos vivos en el período 1996-2000.

<sup>2</sup> Último nacido vivo a partir de 1999.

<sup>3</sup> Menores de 5 años.

**Cuadro 12**  
**Vacunación Completa por Tipo de Biológico, según Características Seleccionadas**  
**Niños de 12 a 59 Meses de Edad, 2001**

Características Seleccionadas	Tipo de Biológico				
	BCG	Polio	DPT	Sarampión	Todos los Biológicos
<b>Total</b>	<b>98.3</b>	<b>95.5</b>	<b>95.5</b>	<b>93.4</b>	<b>89.2</b>
<b>Área de Residencia</b>					
Urbana	98.5	96.3	95.8	92.9	88.9
Rural	98.2	95.1	95.3	93.7	89.4
<b>Residencia</b>					
Tegucigalpa	99.0	98.7	96.6	97.0	92.5
San Pedro Sula	99.5	92.4	93.2	88.9	84.6
Otra urbana	97.9	96.2	96.1	92.1	88.4
Rural	98.2	95.1	95.3	93.7	89.4
<b>Región de Salud</b>					
Metropolitana	99.1	98.8	96.9	96.9	92.8
1	97.7	94.3	94.1	90.6	86.9
2	98.6	96.7	96.6	92.4	89.8
3	97.4	94.0	94.4	91.2	86.6
4	99.8	95.6	95.8	93.3	89.4
5	97.9	95.6	96.1	94.7	89.1
6	98.7	95.1	95.1	94.7	90.8
7	99.2	95.7	96.3	96.9	91.5
<b>Años de Educación de la Madre</b>					
Ninguno	98.4	92.3	93.8	93.0	87.1
1-3	97.8	93.7	93.3	92.4	87.9
4-6	98.6	96.9	97.0	93.0	89.9
7 ó más	98.6	97.5	96.5	96.0	91.0
<b>Edad del Niño (Meses)</b>					
12-23	98.2	91.1	90.6	83.1	77.7
24-35	98.9	96.6	96.1	96.1	92.6
36-47	98.0	97.7	98.6	97.4	93.6
48-59	98.2	96.6	96.6	97.4	93.0

**Cuadro 13**  
**Indicadores Antropométricos por Debajo de la -2 Desviación Estándar,**  
**según Características Seleccionadas**  
**Niños de 3 a 59 Meses de Edad, 2001**

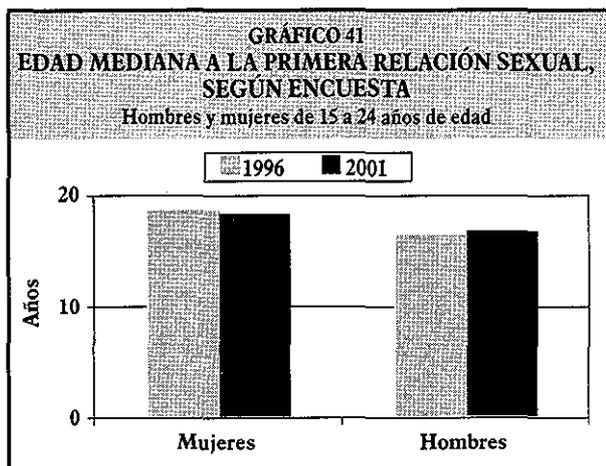
Características Seleccionadas	Indicador Antropométrico		
	Talla por Edad	Peso por Edad	Peso por Talla
<b>Total</b>	<b>29.2</b>	<b>16.6</b>	<b>1.0</b>
<b>Área de Residencia</b>			
Urbana	17.6	9.1	0.6
Rural	36.4	21.3	1.2
<b>Región de Salud</b>			
Metropolitana	16.0	7.9	0.7
1	29.8	15.0	0.6
2	47.6	26.2	0.8
3	21.9	12.3	0.7
4	27.6	18.9	1.3
5	48.0	28.8	1.6
6	27.7	18.7	1.8
7	23.0	9.0	0.7
<b>Años de Educación de la Madre</b>			
Ninguno	49.9	30.0	1.6
1-3	41.1	23.8	1.2
4-6	24.8	13.4	1.0
7 ó más	7.6	4.2	0.3

## ADULTOS JÓVENES

Los adultos jóvenes (15 a 24 años de edad), constituyen un segmento poblacional de considerable interés, tanto por su relación con la fecundidad como en el control de la epidemia de VIH/SIDA. Los resultados de la ENESF-01 y ENSM-01, indican que el 55.8 por ciento de las mujeres y el 64.7 por ciento de los hombres entre 15 y 24 años, manifestaron tener experiencia sexual. Una mayor proporción de mujeres en áreas rurales en comparación con las de áreas urbanas, ha tenido relaciones sexuales (60.7 y 51.0 por ciento, respectivamente). Entre los hombres se observa lo contrario (59.7 y 70.5 por ciento, respectivamente).

### Edad a la primera relación sexual

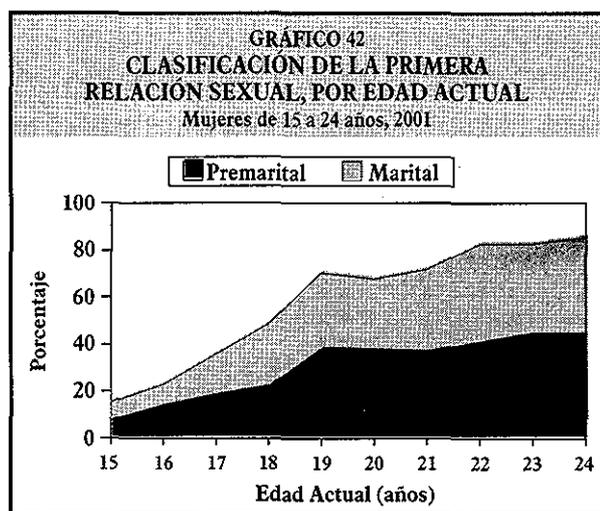
La edad mediana a la primera relación sexual es de 18.3 y de 16.7 años para mujeres y hombres, respectivamente. No se observan cambios sustanciales entre 1996 y 2001 (Gráfico 41). Un 23.7 por ciento de los hombres manifestó haber tenido relaciones sexuales antes de cumplir 15 años de edad, mientras que en las mujeres esta cifra es del 13.4 por ciento.



### Tipo de primera relación sexual

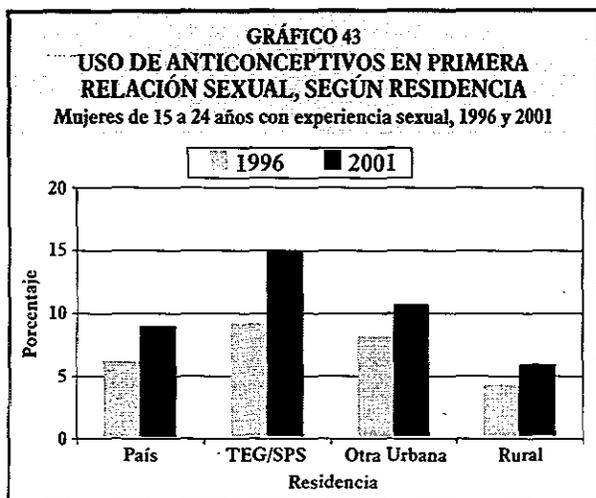
De las mujeres de 15 a 24 años de edad, el 27.2 por ciento ha tenido relaciones sexuales premaritales, cifra que aumenta a 62.5 por ciento en los hombres de la misma edad.

De las mujeres jóvenes con experiencia sexual, aproximadamente la mitad informó de relaciones sexuales premaritales, comportamiento que no parece modificarse sustancialmente con la edad (Gráfico 42).



### Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual

El uso de anticonceptivos en la primera relación sexual fue, en términos generales, bastante bajo, aunque se incrementó ligeramente con relación a los resultados obtenidos en 1996 (Gráfico 43). En el caso de los varones, sólo el 24.3 por ciento usó un método en su primera relación sexual.

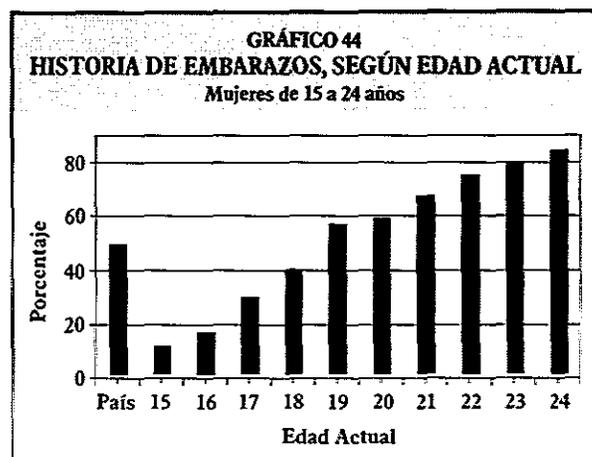


En el caso de las mujeres cuya primera relación fue marital, el 7.4 por ciento aseguró haber usado un método anticonceptivo, mientras que el 10.4 por ciento de las mujeres cuya primera relación fue premarital informó haber usado. Estos resultados discrepan con el argumento de que la disponibilidad de métodos anticonceptivos, en general, incentivan el inicio precoz de la actividad sexual.

Desde el punto de vista geográfico, tanto para hombres como para mujeres, el uso de anticonceptivos en la primera relación en las zonas urbanas fue mayor que en las zonas rurales. El bajo uso de anticonceptivos puede estar asociado con falta de educación sexual y reproductiva. Entre los jóvenes que no usaron métodos anticonceptivos en la primera relación, la principal razón para no usarlos en ese momento, resultó ser el desconocimiento de los métodos (25.7 y 25.4 por ciento para mujeres y hombres, respectivamente). Asimismo, el 9.7 por ciento de las mujeres y el 26.9 por ciento de los hombres no usó anticonceptivos porque, "era la primera vez" que tenía relaciones sexuales, asumiendo que, en la primera vez, no es posible un embarazo.

## Historia de embarazos

De todas las mujeres adultas jóvenes (de 15 a 24 años), el 48.3 por ciento ha estado embarazada alguna vez. La proporción de mujeres jóvenes con historia de embarazos disminuye del 68.1 por ciento entre las mujeres sin ningún grado escolar, al 17.7 por ciento entre las mujeres que contaban con algún grado de educación superior. Con respecto a la edad, la relación es directa, como se ve en el Gráfico 44. Más de la mitad de las mujeres de 19 años tienen historia de embarazos.



Llama la atención que entre las mujeres menores de 18 años con experiencia sexual, el 73.3 por ciento ha estado embarazada alguna vez. Por otra parte, del total de mujeres solteras con experiencia sexual, más de la mitad asegura haber tenido un embarazo (54.5 por ciento).

De las jóvenes que han estado embarazadas alguna vez en su vida, el 59.7 por ciento aseveró que su primer embarazo ocurrió antes de los 17 años de edad. Entre las jóvenes que han estado embarazadas, el 28.2 por ciento no pensaba que podía embarazarse cuando ocurrió por primera vez, y dio como razón principal el hecho de creer que "no tenía la edad" para

embarazarse. Otro 16.1 por ciento informó que "era la primera vez" que tenía relaciones sexuales.

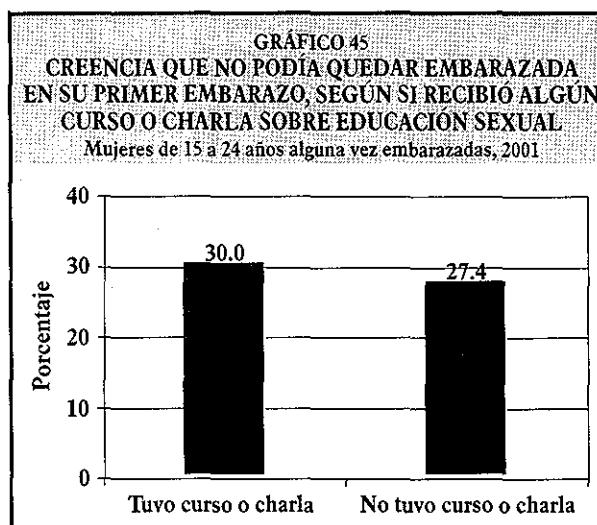
Se observa que el 63.7 por ciento de los primeros embarazos fue deseado en ese momento. Entre las mujeres cuyo embarazo ocurrió antes de los 15 años, el 52.5 por ciento lo deseaba y entre aquellas cuyo embarazo ocurrió entre los 15 y 17 esta cifra alcanza el 63.8 por ciento. Aparentemente, muchas mujeres jóvenes hondureñas tienen pocas expectativas en la vida, excepto ser madres cuando aún son casi niñas.

La mayoría de estas mujeres jóvenes (85.5 por ciento), ya no estaban estudiando al momento del primer embarazo, y de aquellas que estudiaban, el 61.3 por ciento se vio obligada a abandonar los estudios.

### Educación sexual

Sólo el 46.1 por ciento de las mujeres y el 32.6 por ciento de los hombres han asistido a charlas o cursos sobre educación sexual. Entre las mujeres del área urbana, el 59.6 por ciento dijo haber asistido a estas charlas, y sólo el 32.1 por ciento de las mujeres en el área rural.

Sin embargo, como se puede ver en el Gráfico 45, no hay mayor diferencia entre las mujeres que recibieron o no charlas sobre educación sexual, por ejemplo, en creer si podían salir embarazada cuando ocurrió su primer embarazo.



Como se comentó anteriormente, el bajo porcentaje de adultos jóvenes que ha tenido acceso a charlas o cursos sobre educación sexual, quizás puede explicar el bajo uso de anti-conceptivos en la primera relación sexual, así como el relativamente alto porcentaje de jóvenes que cree que una mujer no puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales. También es posible que la falta de educación sexual esté relacionada con el desconocimiento de las ITS más comunes y del período durante el ciclo menstrual en el que hay más probabilidad para que una mujer quede embarazada. Probablemente el comportamiento de los adultos jóvenes sería menos riesgoso si la educación en salud sexual y reproductiva fuera generalizada y de buena calidad.

**Cuadro 14**  
**Experiencia Sexual y Clasificación de la Primera Relación Sexual, según Características Seleccionadas**  
**Mujeres y Hombres de 15 a 24 Años de Edad, 2001**

Características Seleccionadas	Mujeres					Hombres				
	Sin Experiencia Sexual	Con Experiencia Sexual			Total	Sin Experiencia Sexual	Con Experiencia Sexual			Total
		Premarital	Marital	Total con Experiencia Sexual			Premarital	Marital	Total con Experiencia Sexual	
<b>Total</b>	<b>44.2</b>	<b>27.2</b>	<b>28.6</b>	<b>55.8</b>	<b>100.0</b>	<b>35.3</b>	<b>62.5</b>	<b>2.2</b>	<b>64.7</b>	<b>100.0</b>
<b>Edad Actual</b>										
15-19	61.9	18.2	19.9	38.1	100.0	51.3	48.1	0.6	48.7	100.0
20-24	22.9	38.1	39.0	77.1	100.0	15.6	80.3	4.1	84.4	100.0
<b>Área de Residencia</b>										
Urbana	49.0	31.5	19.6	51.0	100.0	29.5	69.2	1.3	70.5	100.0
Rural	39.3	22.9	37.9	60.7	100.0	40.3	56.7	3.0	59.7	100.0
<b>Residencia</b>										
Tegucigalpa	53.2	38.1	8.8	46.8	100.0	36.9	62.5	0.6	63.1	100.0
San Pedro Sula	48.1	30.5	21.4	51.9	100.0	26.0	71.7	2.3	74.0	100.0
Otra urbana	47.0	28.3	24.7	53.0	100.0	27.2	71.5	1.3	72.8	100.0
Rural	39.3	22.9	37.9	60.7	100.0	40.3	56.7	3.0	59.7	100.0
<b>Región de Salud</b>										
Metropolitana	52.8	37.9	9.3	47.2	100.0	39.3	60.2	0.5	60.7	100.0
1	41.4	27.9	30.7	58.6	100.0	33.2	65.6	1.2	66.8	100.0
2	47.6	19.8	32.6	52.4	100.0	46.1	48.8	5.2	54.0	100.0
3	43.9	28.5	27.6	56.1	100.0	27.5	70.2	2.3	72.5	100.0
4	50.5	15.8	33.7	49.5	100.0	34.4	62.2	3.4	65.6	100.0
5	42.1	21.9	36.0	57.9	100.0	47.6	50.6	1.7	52.3	100.0
6	34.2	27.5	38.4	65.9	100.0	30.2	68.4	1.4	69.8	100.0
7	31.9	30.5	37.6	68.1	100.0	42.0	56.6	1.4	58.0	100.0
<b>Años de Educación</b>										
Ninguno	24.4	30.7	44.8	75.6	100.0	18.9	69.7	11.4	81.1	100.0
1-3	27.0	29.8	43.4	73.0	100.0	43.8	52.2	3.9	56.2	100.0
4-6	38.2	26.1	35.7	61.8	100.0	33.4	65.4	1.2	66.6	100.0
7 ó más	61.7	27.1	11.3	38.3	100.0	36.9	62.7	0.5	63.1	100.0

**Cuadro 15**  
**Uso de Anticonceptivos en la Primera Relación Sexual,**  
**según Características Seleccionadas, por Clasificación de la Primera Relación**  
**Mujeres y Hombres de 15 a 24 Años de Edad, 2001**

Características Seleccionadas	Mujeres			Hombres		
	Total	Tipo de Relación		Total	Tipo de Relación	
		Premarital	Marital		Premarital	Marital
<b>Total</b>	<b>8.8</b>	<b>10.4</b>	<b>7.4</b>	<b>24.3</b>	<b>25.1</b>	<b>1.7</b>
<b>Edad Actual</b>						
<15	3.5	4.0	3.1	16.4	16.4	*
15-17	8.5	9.7	7.5	28.3	29.0	*
18-24	13.8	17.1	10.6	29.6	35.2	*
<b>Área de Residencia</b>						
Urbana	12.5	12.7	12.3	28.7	29.1	*
Rural	5.7	7.2	4.8	19.8	20.8	*
<b>Residencia</b>						
Tegucigalpa	16.6	18.0	10.8	28.8	29.1	*
San Pedro Sula	12.3	11.6	13.2	26.1	26.9	*
Otra urbana	10.6	9.1	12.2	29.4	29.7	*
Rural	5.7	7.2	4.8	19.8	20.8	*
<b>Región de Salud</b>						
Metropolitana	15.6	17.2	9.3	30.8	31.1	*
1	7.6	6.7	8.3	17.7	18.0	*
2	6.0	14.1	1.7	33.2	36.7	*
3	8.4	7.7	9.1	24.0	24.7	*
4	6.6	10.1	5.1	19.1	20.2	*
5	5.9	7.5	5.0	11.9	12.3	*
6	11.3	11.8	10.9	32.1	32.8	*
7	6.1	3.6	8.0	21.5	22.1	*
<b>Años de Educación</b>						
Ninguno	4.7	8.5	2.5	19.9	23.2	*
1-3	3.8	2.7	4.6	14.4	15.5	*
4-6	7.4	9.2	6.2	21.6	21.9	*
7 ó más	16.8	15.7	19.3	35.1	35.3	*

\* Menos de 25 casos.

## ITS Y VIH/SIDA

### Conocimiento

En Honduras, alrededor del 99 por ciento de los hombres y las mujeres han oído hablar del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). No sucede lo mismo con el resto de las infecciones de transmisión sexual (ITS), de las cuales las más conocidas son la gonorrea, el chancro blando y la hepatitis B. Otras ITS como la sífilis, el herpes genital y la clamidia son menos conocidas.

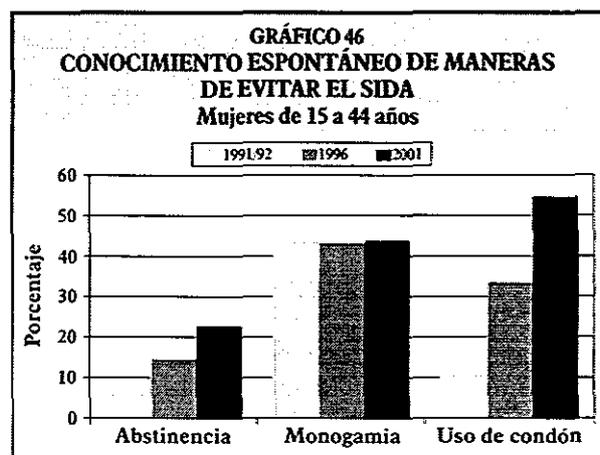
El 82.5 por ciento de las mujeres y el 91.8 por ciento de los hombres creen que una persona puede estar infectada con el VIH y no presentar síntomas de la enfermedad. Asimismo, el 86.7 por ciento de las mujeres y el 87.1 por ciento de los hombres saben que el SIDA es una enfermedad incurable.

Menos de la mitad de las mujeres y más de la mitad de los hombres pudieron mencionar espontáneamente dos o más maneras para evitar la infección con el VIH (46.9 por ciento y 59.4 por ciento, respectivamente), y al comparar estos resultados con los encontrados en las encuestas de 1996, no se evidencia una mejoría sustancial.

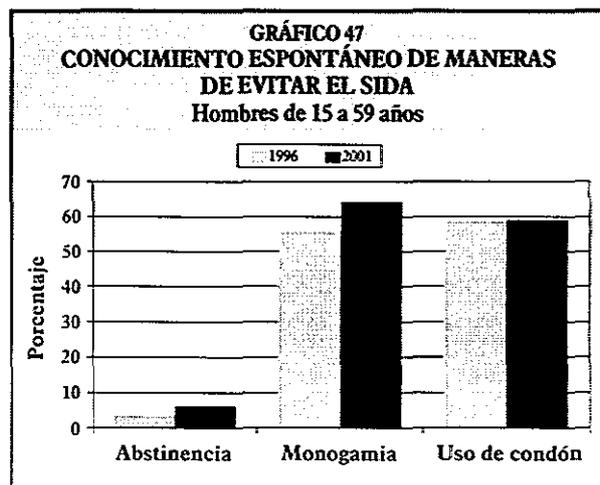
En las áreas urbanas el conocimiento de dos o más formas de prevención es del 57.0 y del 66.7 por ciento para mujeres y hombres, mientras que en las áreas rurales estas cifras descienden al 36.3 y al 53.3 por ciento, respectivamente. El 24.8 por ciento de las mujeres sin educación formal conocen dos o más formas de prevención, mientras que en aquellas con nivel educativo superior, el conocimiento de dos o más formas alcanza el 78.6 por ciento. Este mismo comportamiento se refleja en los resultados de la encuesta masculina, donde los

porcentajes varían desde el 45.1 por ciento para los que no tienen ningún nivel educativo, hasta el 76.3 por ciento para los que tienen nivel educativo superior.

El mecanismo de prevención más mencionado por las mujeres es el uso del condón en las relaciones sexuales, situación que no sucedía según los resultados de encuestas anteriores (Gráfico 46).



En los hombres, mientras tanto, el mecanismo de prevención mayormente mencionado es la monogamia, seguido muy de cerca por el uso del condón (Gráfico 47).



Según la ENESF-01, el 43.9 por ciento de las mujeres conoce personalmente a alguien que tiene o murió por causa del VIH/SIDA. Entre los varones, se encontró que este conocimiento es del 51.4 por ciento, alcanzando valores por arriba del 60 por ciento en los niveles educativos secundario y superior, y entre los de más alto IBS.

El conocimiento de la prueba que se realiza para saber si una persona está infectada con el VIH es de 71.5 por ciento entre las mujeres y del 75.7 por ciento entre los hombres. También se observa una actitud favorable hacia la realización de la misma, aunque en la práctica los porcentajes de realización son bajos (11.9 y 17.0 por ciento de todas las mujeres y de todos los hombres, respectivamente).

### Comportamiento sexual de riesgo

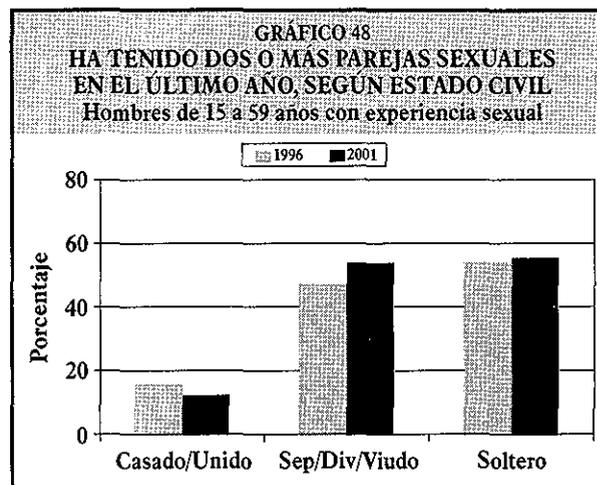
Más de la mitad de los hombres mayores de 29 años asegura que su comportamiento sexual ha cambiado por el conocimiento que ahora tiene del SIDA (55.2 por ciento). Por otra parte, una proporción similar de los menores de 30 años cree que su comportamiento sexual sería diferente si la enfermedad no existiera: Dos tercios espontáneamente aseguran que tendrían más de una pareja, y una proporción menor no usaría condones (26.7 por ciento).

El 29.9 por ciento de las mujeres percibe que tiene algún riesgo de contraer el SIDA, no obstante, entre aquellas que tienen experiencia sexual, solamente el 3.0 por ciento ha usado condones alguna vez con el objeto de prevenir la enfermedad. Esta cifra es mucho mayor en el caso de los varones, pero sigue siendo baja en términos generales (30.0 por ciento).

En los hombres la percepción del riesgo de adquirir el SIDA es de 16.9 por ciento, porcentaje menor que el observado entre las mujeres, pero tienen una mejor actitud que la población femenina en cuanto al uso del condón. En efecto, 80.9 por ciento de los hombres, no usuarios de condones, estaría dispuesto a usar el condón si su pareja sexual se lo pidiera, mientras que entre las mujeres con experiencia sexual y que conocen el condón, sólo el 58.0 por ciento lo estaría.

Es probable que el uso del condón esté condicionado por la percepción de la eficacia del mismo para prevenir las ITS y el SIDA. El 53.9 por ciento de los hombres cree que el condón es eficaz o muy eficaz para prevenir estas enfermedades, mientras que entre las mujeres este porcentaje es del 39.5 por ciento. Es de suponer que mientras las mujeres continúen percibiéndolo así, lo usarán poco.

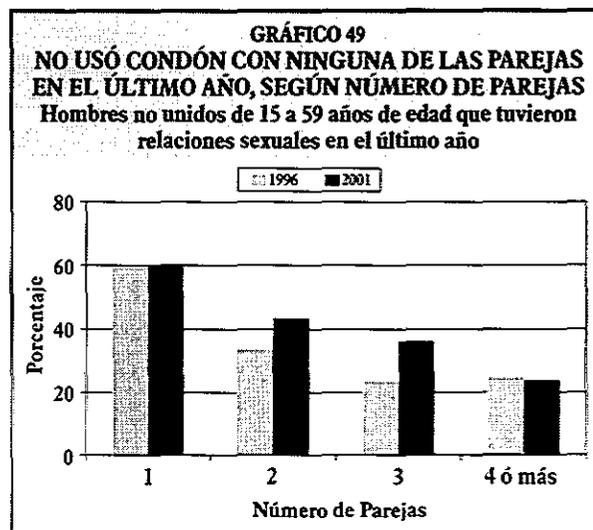
Los resultados de la encuesta masculina indican que el 25.5 por ciento de los hombres que tuvo relaciones durante el último año, ha tenido dos o más parejas sexuales. Esta cifra es superior al 50 por ciento entre los hombres no unidos, proporción que ha aumentado con respecto a 1996 (Gráfico 48).



Ante la existencia de relaciones sexuales con múltiples parejas, el uso del condón como forma de prevención del VIH es fundamental.

No obstante, más de la mitad de los hombres casados o unidos, con dos o más parejas en el último año, no usó el condón con ninguna de sus compañeras. Entre los hombres no unidos con actividad sexual en el último año, el porcentaje de no uso del condón con ninguna de sus compañeras es mayor que el observado en 1996, especialmente para aquellos que informaron de dos o tres pareja (Gráfico 49).

Por orden de mayor frecuencia, las tres principales razones para no usar condones son: La confianza de que la mujer estaba sana, el uso de otros métodos (de planificación familiar), y el hecho de que no esperaba tener relaciones en ese momento.



**Cuadro 16**  
**Conocimiento de Infecciones de Transmisión Sexual, según Características Seleccionadas**  
**Mujeres de 15 a 44 Años y Hombres de 15 a 59 Años, 2001**

Características Seleccionadas	Gonorrea		Sífilis		Hepatitis B	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
<b>Total</b>	<b>61.0</b>	<b>72.9</b>	<b>43.3</b>	<b>45.4</b>	<b>48.3</b>	<b>50.6</b>
<b>Área de Residencia</b>						
Urbana	74.0	84.8	57.3	60.4	60.9	63.3
Rural	47.6	62.9	28.9	32.9	35.3	40.0
<b>Residencia</b>						
Tegucigalpa	78.5	89.6	67.0	71.0	71.8	70.6
San Pedro Sula	76.1	88.7	60.1	66.3	69.3	69.8
Otra urbana	70.8	81.4	50.7	53.7	51.8	58.0
Rural	47.6	62.9	28.9	32.9	35.3	40.0
<b>Región de Salud</b>						
Metropolitana	76.4	88.3	65.2	67.8	69.5	69.1
1	57.4	64.9	37.6	40.5	43.9	48.9
2	51.3	66.4	35.5	39.6	47.7	47.0
3	68.5	83.3	49.3	50.6	55.4	58.3
4	44.7	52.2	28.4	28.8	42.2	33.1
5	42.0	49.5	27.9	30.8	34.2	32.1
6	67.1	80.7	37.2	46.4	24.0	49.0
7	47.0	70.0	32.0	38.4	36.0	43.0
<b>Años de Educación</b>						
Ninguno	37.7	63.8	23.4	32.0	28.4	45.1
1-3	47.0	65.6	25.6	31.3	34.8	41.6
4-6	53.3	67.3	30.9	37.5	40.0	43.2
7 ó más	85.6	92.4	75.0	76.9	72.4	72.8

**Cuadro 17**  
**Conocimiento de Dos o Más Maneras para Evitar el SIDA,**  
**según Características Seleccionadas**  
**Mujeres de 15 a 44 Años y Hombres de 15 a 59 Años que Conocen el SIDA, 2001**

<b>Características Seleccionadas</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
<b>Total</b>	<b>46.9</b>	<b>59.4</b>
<b>Área de Residencia</b>		
Urbana	57.0	66.7
Rural	36.3	53.3
<b>Residencia</b>		
Tegucigalpa	66.8	74.3
San Pedro Sula	56.5	67.1
Otra urbana	51.7	63.0
Rural	36.3	53.3
<b>Región de Salud</b>		
Metropolitana	64.3	73.6
1	47.7	56.8
2	37.9	54.3
3	48.0	61.7
4	38.8	57.6
5	30.4	49.5
6	49.8	54.0
7	39.6	58.9
<b>Años de Educación</b>		
Ninguno	24.8	45.1
1-3	32.0	52.4
4-6	41.4	59.3
7 ó más	68.5	72.9

**Nota:** Conocimiento fue medido por el número de maneras que los entrevistados (as) pudieron mencionar espontáneamente.

**Cuadro 18**  
**Indicadores del Conocimiento del SIDA y Realización del Examen Detector para el VIH,**  
**según Características Seleccionadas**  
**Mujeres de 15 a 44 Años y Hombres de 15 a 59 Años de Edad que Conocen del SIDA, 2001**

Características Seleccionadas	Una Persona Puede Estar Contagiada sin Presentar Síntomas		No Existe Curación para el SIDA		Conoce el Examen Detector del VIH		Se Ha Realizado el Examen <sup>1</sup>	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
<b>Total</b>	<b>82.5</b>	<b>91.8</b>	<b>86.7</b>	<b>87.1</b>	<b>71.5</b>	<b>75.7</b>	<b>11.9</b>	<b>17.0</b>
<b>Área de Residencia</b>								
Urbana	87.6	95.3	88.8	90.0	79.7	84.8	17.8	25.6
Rural	77.3	88.8	84.5	84.8	62.9	68.1	5.8	9.8
<b>Residencia</b>								
Tegucigalpa	89.8	95.0	90.8	89.2	82.3	87.9	18.7	28.6
San Pedro Sula	84.8	95.8	90.6	91.4	83.5	91.0	23.4	34.5
Otra urbana	87.3	95.3	87.0	89.9	76.9	81.5	15.4	21.6
Rural	77.3	88.8	84.5	84.8	62.9	68.1	5.8	9.8
<b>Región de Salud</b>								
Metropolitana	89.5	94.1	90.8	89.0	81.4	88.9	18.1	27.4
1	81.2	93.3	83.2	84.6	68.2	67.9	6.9	7.0
2	79.2	91.9	86.4	86.5	58.4	70.4	6.8	11.3
3	84.1	94.8	88.9	89.1	79.2	83.4	16.7	23.2
4	80.7	89.4	88.3	88.3	71.9	73.3	4.9	9.7
5	75.3	81.9	77.6	80.9	50.4	49.0	4.0	7.1
6	81.8	92.7	85.5	88.9	73.7	77.7	14.3	22.7
7	77.7	87.2	84.3	84.2	59.9	74.4	5.6	7.7
<b>Años de Educación</b>								
Ninguno	67.3	86.3	77.5	79.0	51.2	57.9	3.1	5.5
1-3	75.0	89.6	81.2	85.1	61.7	70.3	6.2	9.6
4-6	82.0	91.9	87.3	88.5	69.6	75.5	8.8	16.0
7 ó más	91.7	96.1	91.7	90.9	85.1	89.5	21.6	30.6

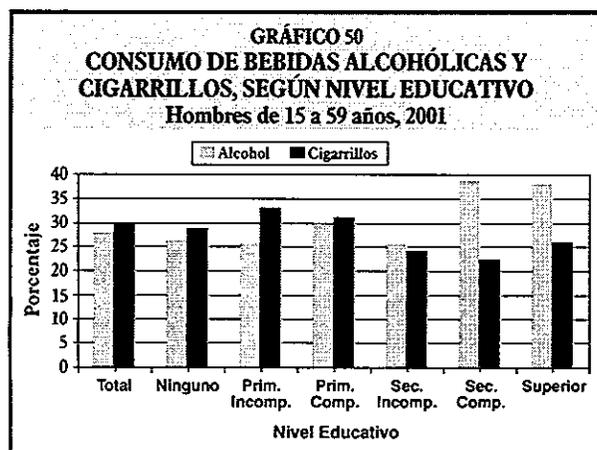
<sup>1</sup> Los denominadores incluyen mujeres y hombres que no conocen el examen.

## PERFIL DE SALUD DE LOS HOMBRES

La ENSM-01 incluyó varios temas con el propósito de obtener un perfil general de salud de los hombres de 15 a 59 años de edad tales como: Ingesta de bebidas alcohólicas, tabaquismo, uso de drogas ilegales y el uso del examen detector del cáncer de la próstata.

### Bebidas alcohólicas

De todos los hombres de 15 a 59 años de edad, el 28.0 por ciento afirmó que actualmente toma bebidas alcohólicas, una cifra que es seis puntos porcentuales menor que la obtenida en la ENSM-96 (Gráfico 50).



La experiencia actual con alcohol es mayor entre los hombres que viven en áreas urbanas, entre los de mayor nivel educativo e IBS y, entre los hombres que alguna vez estuvieron en unión. El 16.5 por ciento de los hombres de 15 a 19 años de edad toma alcohol actualmente. Por otro lado, entre los hombres que toman actualmente, el 97.3 por ciento informó que llega tomado al hogar algunas veces al año.

### Tabaquismo

Fumar es un hábito que ha sido identificado como uno de los principales factores de riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares y/o cáncer. No obstante, el 65.2 por ciento de los hombres ha fumado cigarrillos alguna vez y el 29.8 por ciento fuma actualmente, cifra que es muy similar a la obtenida en la ENSM-96. La prevalencia de tabaquismo es mayor entre hombres que viven en áreas urbanas, entre los de menor nivel educativo e IBS, y entre los que alguna vez estuvieron en unión. Un cuarto de los hombres jóvenes entre 15 y 19 años de edad fuma actualmente, hallazgo que, junto con los anteriores, indican que los esfuerzos en Honduras para reducir el consumo de tabaco no han tenido mucho éxito.

### Uso de drogas ilegales

El 13.3 por ciento de los hombres de 15 a 59 años de edad afirmó que ha usado drogas ilegales alguna vez en su vida. Las drogas más usadas, en orden descendente son: Marihuana (88.6 por ciento), cocaína (31.3 por ciento), resistol (7.2 por ciento), y crack (5.9 por ciento).

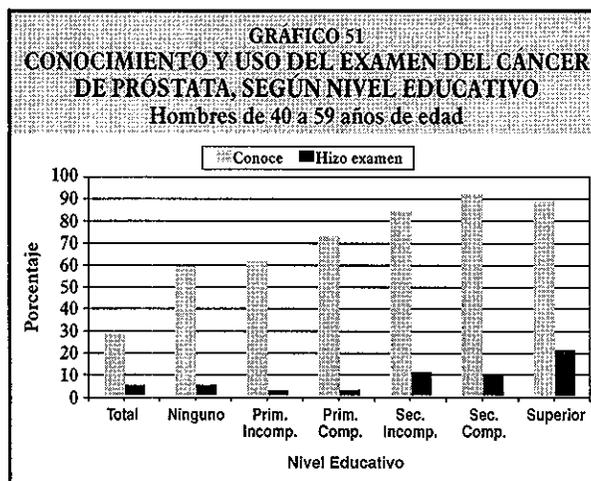
El 1.1 por ciento de los hombres indicó que las había usado en los 30 días previos a la entrevista. Este uso actual de drogas parece ser más común en áreas urbanas, entre hombres que no cuentan con educación formal o entre aquellos que han alcanzado algún grado de educación superior, entre los hombres que no trabajan y entre aquellos que alguna vez estuvieron en unión.

### Examen de la próstata

Todos los hombres tienen riesgo de adquirir cáncer de la próstata, riesgo que se incrementa entre aquellos de mayor edad. En general, el 80.0 por ciento de los casos de cáncer de la próstata ocurren en hombres que tienen 65 ó más años. Sin embargo, hombres que tienen o tuvieron hermanos o padres con cáncer de la próstata tienen mayor riesgo de adquirir esta enfermedad antes de cumplir los 50 años. La detección temprana, por tanto, puede salvar vidas.

Los hallazgos de la ENSM-01 indican que los hombres de 40 a 59 años de edad no se practican el examen detector del cáncer de la próstata. De éstos, dos tercios

ha oído hablar de este examen, pero sólo el 4.7 por ciento se lo ha realizado alguna vez (Gráfico 51). El uso del examen es mayor entre los hombres de más alto nivel educativo e IBS.



**Cuadro 19**  
**Conocimiento y Uso Alguna Vez del Examen Detector del**  
**Cáncer de la Próstata, según Características Seleccionadas**  
**Hombres de 40 a 59 Años de Edad, 2001**

<b>Características Seleccionadas</b>	<b>Conoce el Examen</b>	<b>Se Ha Hecho Alguna Vez el Examen<sup>1</sup></b>
<b>Total</b>	66.7	4.7
<b>Área de Residencia</b>		
Urbana	75.0	6.9
Rural	60.2	3.1
<b>Residencia</b>		
Tegucigalpa	77.7	6.9
San Pedro Sula	80.3	14.5
Otra urbana	72.4	4.7
Rural	60.2	3.1
<b>Región de Salud</b>		
Metropolitana	76.0	6.1
1	58.4	0.0
2	70.0	1.3
3	71.7	10.4
4	56.4	2.2
5	34.8	0.0
6	76.0	1.3
7	74.7	6.6
<b>Años de Educación</b>		
Ninguno	59.1	4.6
1-3	60.7	2.5
4-6	68.4	2.2
7 ó más	86.9	13.8

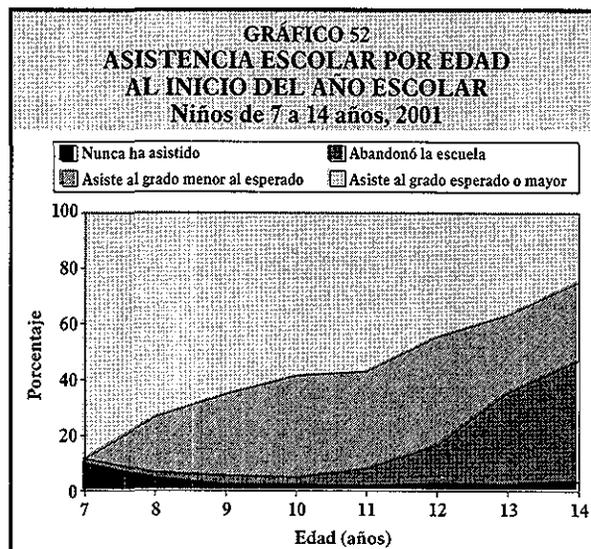
<sup>1</sup> El denominador incluye hombres que no conocen el examen.

## SITUACIÓN ESCOLAR

El nivel educativo de la población es uno de los determinantes centrales del desarrollo económico y social de un país. Como se ha visto en todo este informe, la educación es una de las variables más importantes que determina la búsqueda y el uso de los servicios de salud en general, y reproductiva en particular. La ENESF-01 constituye una excelente oportunidad para ofrecer al sistema educativo nuevos elementos de juicio que le permitan evaluar el estado actual de la educación básica en Honduras.

De acuerdo a los resultados de la ENESF-01, del total de niños de 7 a 14 años de edad, el 85.5 por ciento estaba estudiando durante el año escolar de 2001 y el 59.3 por ciento asistía al grado esperado o a uno superior. Los datos también indican que el 40.7 por ciento ha experimentado al menos una de las tres barreras para su desarrollo normal dentro del sistema educativo: Ingresan a edad tardía, abandonan el sistema, o no progresan de grado a grado como se espera. El porcentaje que no estaba estudiando (ya sea que nunca asistió o que había abandonado los estudios), asciende de un 5.0 por ciento entre los niños con 10 años de edad a un 47.0 por ciento entre los de 14 años (Gráfico 52).

Considerando la distribución de la población en edad escolar en cada edad específica, se observa que el porcentaje que nunca ha asistido a la escuela o colegio baja del 10.1 por ciento entre los niños de 7 años, al 4.7 por ciento entre los de 8 años y varía del 2.3 al 3.5 por ciento entre los de 9 a 14 años.



El abandono escolar es más crítico a partir de los 11 años de edad, subiendo rápidamente de 6.4 por ciento entre los de 11 años a 43.5 por ciento entre los de 14 años.

El ingreso al primer grado a una edad muy temprana es muy común en Honduras, ya que, según lo informado por las madres, prácticamente 4 de cada 10 niños comenzaron la primaria antes de los 7 años cumplidos.

Acumulando esta proporción con la que ingresó a los 7 años cumplidos, se puede mencionar que el 84.5 por ciento ingresó al primer grado con 7 ó menos años de edad.

La proporción que ingresó al primer grado con 8 ó más años cumplidos o que aún no lo había comenzado (15.5 por ciento) asciende del 1.5 por ciento para los niños cuyas madres tienen 7 años o más de escolaridad, al 35.1 por ciento para los niños cuyas madres no tienen educación formal.

De los niños que entran al sistema educativo, el 85.4 por ciento logra completar el sexto grado, cifra que corresponde a un 94.2 por ciento entre aquellos que residen en el área urbana, y a sólo el 77.5 por ciento entre los del área rural. Una mayor proporción de niñas que de niños completan el sexto grado (87.9 contra 82.9 por ciento, respectivamente). La proporción que completa el sexto grado desciende del 98.6 por ciento para los niños cuyos padres tienen 7 años o más de escolaridad, al 66.6 por ciento para aquellos cuyas madres no tienen educación formal.

Finalmente, las razones principales mencionadas para el abandono del sistema educativo son: Problemas

económicos y laborales (32.1 por ciento), bajo rendimiento (15.9 por ciento), al niño no le gustaba la escuela/no quería estudiar o asistir (15.0 por ciento), ya no había grado (8.4 por ciento) y problemas en la escuela (6.6 por ciento).

Los datos presentados sobre la situación escolar de los niños de 7 a 14 años de edad no necesariamente corresponden a las estadísticas de la Secretaría de Educación (SE). Los denominadores usados por la SE vienen de proyecciones de la población mientras los denominadores para la encuesta provienen de la muestra. La encuesta presenta una perspectiva alterna de la dinámica de la población escolar.

## DATOS BÁSICOS

	1996	2001
<b>Características de las Viviendas</b>		
Energía eléctrica	53.4	60.6
Radio	73.9	85.2
Televisión	44.0	53.4
Inodoro/letrina	73.8	78.0
Llave dentro de la vivienda/dentro de la propiedad	69.2	74.3
Piso de tierra	40.6	32.1
Cocina con leña	62.1	55.9
Dispone adecuadamente la basura	68.0	74.8
Jefe de hogar es mujer	--	21.1
<b>Características de las Entrevistadas</b>		
Edad promedio	28.0	28.2
Estudios a nivel secundario/superior	26.7	31.0
Protestante	26.0	34.1
Índice de bienes y servicios bajo <sup>1</sup>	41.9	33.4
Trabaja actualmente	34.3	36.8
Afiliada o beneficiaria del IHSS	--	13.1
Tiene plan de seguro privado de salud	--	3.8
<b>Salud Materna</b>		
Uso de control prenatal <sup>2</sup>	84.2	85.7
• Sólo institución	68.0	82.7
• En el primer trimestre	65.7	67.7
• Número promedio de controles	5.8	6.0
Atención institucional del parto <sup>2</sup>	54.2	61.7
Partos en hospital por cesárea <sup>2</sup>	11.9	15.8
Uso de control posparto <sup>2</sup>	34.2	38.1
Se ha hecho alguna vez la citología <sup>3</sup>	50.5	60.9
Número promedio de dosis de Toxide Tetánico <sup>4</sup>	2.9	3.4

<sup>1</sup> El hogar tiene 0 a 2 bienes y servicios de un total de nueve.

<sup>2</sup> Último nacido vivo en mujeres de 15 a 44 años de edad.

<sup>3</sup> Mujeres de 15 a 49 años de edad.

<sup>4</sup> Mujeres de 15 a 49 años de edad. El denominador incluye mujeres no vacunadas.

	1996	2001
<b>Planificación Familiar <sup>1</sup></b>		
Usa actualmente	50.0	61.8
Ha usado pero no usa actualmente	20.7	20.3
Nunca ha usado	29.3	17.9
Tipo de método que usa:		
Temporales	31.9	43.8
• Inyectables	1.1	9.6
• Naturales	9.0	10.8
Esterilización femenina	18.1	18.0
Fuente de métodos modernos es el sector público	34.8	45.3
Necesitan servicios de planificación familiar	11.0	7.0
Desean usar anticonceptivos	72.8	78.4
<b>Salud Sexual de Mujeres de 15 a 24 Años</b>		
Ha asistido a alguna charla o curso sobre educación sexual	--	46.1
Con experiencia sexual	52.0	55.8
Con experiencia sexual premarital	32.0	27.2
Edad mediana a la primera relación sexual	18.6	18.3
Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual	6.0	8.8
<b>ETS/SIDA <sup>2</sup></b>		
Conoce sífilis	58.4	43.3
Conoce gonorrea	61.9	61.0
Conoce SIDA	98.4	99.2
Cree que existe curación para el SIDA	19.6	13.3
Conoce el menos 2 formas de prevenirlo	41.3	46.9
• Usar condones	33.6	54.3
• Tener un solo compañero	43.4	43.6
<b>Fecundidad y sus Determinantes</b>		
Tasa global de fecundidad observada	4.9	4.4
Tasa global de fecundidad deseada	--	3.1
Tasa global de fecundidad no deseada	--	1.3
Mujeres casadas/unidas de 15 a 49 años de edad	58.1	59.7
Edad mediana a la primera relación sexual	18.3	18.3
Edad mediana a la primera unión	18.9	19.0
Edad mediana al primer nacimiento	20.0	20.2
Duración mediana del período no susceptible al embarazo (meses)	9.3	9.1

<sup>1</sup> Mujeres casadas/unidas de 15 a 44 años de edad.

<sup>2</sup> Mujeres de 15 a 44 años de edad.

	1996	2001
<b>Preferencias Reproductivas</b>		
Porcentaje que no desea más hijos <sup>1</sup>	58.8	57.1
Promedio del número ideal de hijos	3.0	3.0
<b>Mortalidad Infantil y en la Niñez <sup>2</sup></b>		
Tasa de mortalidad perinatal (por 1,000 partos)	25	29
Tasa de mortalidad neonatal (por 1,000 n. v.)	19	19
Tasa de mortalidad posneonatal (por 1,000 n. v.)	17	15
Tasa de mortalidad infantil (por 1,000 n. v.)	36	34
Tasa de mortalidad en la niñez (por 1,000 n.v.)	13	11
Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por 1,000 n. v.)	48	45
<b>Lactancia Materna y Nutrición Materno Infantil</b>		
Nacidos vivos en los 5 años previos a la encuesta:		
Amamantados en alguna oportunidad	96.0	95.8
Niños de 0 a 3 meses con lactancia exclusiva	42.4	43.3
Porcentaje de niños de 12 a 59 meses con <sup>3</sup> :		
• Desnutrición crónica	37.8	32.9
• Desnutrición aguda	1.4	1.0
• Desnutrición global	24.3	18.4
Prevalencia de anemia en niños de 12 a 59 meses	32.6	29.9
Prevalencia de anemia en mujeres de 15 a 49 años, no embarazadas	22.2	14.7
<b>Salud del Niño</b>		
Uso de control de recién nacido	78.1	90.7
Inmunización completa con BCG, DPT, polio y sarampión:		
• En niños de 12 a 23 meses	81.6	77.7
• En niños de 12 a 59 meses	79.5	89.2
Prevalencia de diarrea en menores de 5 años		
• Uso de sales de rehidratación oral (Litrosol)	29.9	29.6
Prevalencia de infecciones respiratorias en menores de 5 años		
• Uso de antibióticos	44.6	25.5
<b>Asistencia Escolar de la Población de 7 a 14 Años de Edad</b>		
Asiste actualmente	--	85.5
Asiste al grado esperado o mayor	--	59.3

<sup>1</sup> Mujeres casadas/unidas de 15 a 49 años de edad.

<sup>2</sup> Estimada por el método directo.

<sup>3</sup> Los datos de 1996 son resultados de la Encuesta Nacional de Micronutrientes, Honduras 1996, Secretaría de Salud, Tegucigalpa, Honduras, Mayo 1997.