



GUTTMACHER
INSTITUTE

Asegurar un mañana más saludable en Centroamérica

**PROTEGER LA SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA DE LA
JUVENTUD DE HOY**



Asegurar un mañana más saludable en Centroamérica: proteger la salud sexual y reproductiva de la juventud de hoy

Lisa Remez

Elena Prada

Susheela Singh

Luis Rosero Bixby

Akinrinola Bankole



Agradecimientos

Asegurar un mañana más saludable en Centroamérica: proteger la salud sexual y reproductiva de la juventud de hoy fue escrito por Lisa Remez y Elena Prada, consultoras independientes; Susheela Singh y Akinrinola Bankole, ambos del Guttmacher Institute; y Luis Rosero Bixby, Centro Centroamericano de Población. El informe fue editado por Haley Ball, Guttmacher Institute, y traducido por Xavier González-Alonso. Matilde Rosero, consultora independiente, fue responsable de la composición gráfica e impresión, bajo la dirección de Kathleen Randall, del Guttmacher Institute.

Los autores agradecen a las siguientes colegas del Guttmacher Institute: Suzette Audam, por su invaluable ayuda en el procesamiento de datos; Alison Gemmill por su apoyo en investigación y administración a lo largo del proyecto; Fatima Juárez por su ayuda en la concepción e implementación del componente de políticas; y Melanie Croce-Galis, Leila Darabi y Patricia Donovan por su asistencia en el desarrollo del informe. Los autores también reconocen con agradecimiento la contribución de Beth Fredrick, Jennifer Nadeau y Joanna Drescher, anteriores colegas en el Guttmacher Institute.

Los borradores iniciales del informe se enriquecieron con los comentarios y sugerencias proporcionados por los siguientes colegas: Amy Bank, Puntos de Encuentro; Nanette Ecker, Sexuality Information and Education Council of the United States; Ewa Nunes Sörensson y Matilde Maddaleno, Organización Panamericana de la Salud; Axel Mundigo, Miembro Sénior, Guttmacher Institute; Suzanne Petroni, Summit Foundation; Eva

Roca y Ricardo Vernon, Population Council; y Paul Stupp, Centers for Disease Control and Prevention de los Estados Unidos. Los autores también agradecen las contribuciones de los siguientes asociados de investigación: Guatemala, Werner Figueroa y Felipe Antonio López; Honduras, Kenia Bautista-Sabonge; y Nicaragua, Luis Blandón y Luis Carballo-Palma. Los autores agradecen igualmente a los asociados de políticas que condujeron las entrevistas cualitativas en sus respectivos países: Guatemala, Telma Duarte de Morales; Honduras, Karla Zepeda; y Nicaragua, Luis Carballo-Palma.

La elaboración de este informe fue posible gracias a la financiación de la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

Índice

Resumen ejecutivo	4
Capítulo 1: Introducción	6
Capítulo 2: El contexto de vida de la gente joven	9
Capítulo 3: Relaciones sexuales y uniones	12
Capítulo 4: Embarazo y maternidad tempranos	18
Capítulo 5: Prevención del embarazo no planeado	24
Capítulo 6: La juventud centroamericana y las ITS, incluido el VIH	28
Capítulo 7: Políticas y programas para la juventud	32
Capítulo 8: Conclusiones y recomendaciones	35
Referencias	39
Cuadros del apéndice	43

Resumen ejecutivo

Es urgente proteger la salud sexual y reproductiva de la juventud centroamericana de hoy. Las tasas de maternidad adolescente en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua son, por mucho, las tasas más altas de toda América Latina. Además, la actual prevalencia del VIH ha sobrepasado el umbral de 1% para convertirse en una epidemia generalizada en Honduras; y se está acercando a ese nivel en El Salvador y Guatemala. Preservar la salud de los jóvenes no es sólo importante para la juventud misma; también es una prioridad vital para el desarrollo. Este informe, basado en encuestas nacionales recientes, presenta patrones y tendencias clave en la conducta sexual y reproductiva de jóvenes de 15–24 años en esos cuatro países, e identifica brechas y necesidades importantes.

Las normas tradicionales de género socavan la salud de ambos sexos

En un clima cultural en donde la actividad sexual es mal vista para las mujeres solteras pero permitida o incluso alentada para los hombres solteros, los niveles reportados de actividad sexual de la gente joven difieren ampliamente según el sexo.

- Altas proporciones de personas de 20–24 años (58–67% de mujeres y 79–92% de hombres) inician la actividad sexual antes de cumplir los 20 años. Para las mujeres jóvenes, la mayor parte de la actividad sexual actual ocurre dentro de una unión (formal o consensual); pero tiene lugar fuera de ella para los hombres jóvenes.
- En general, los hombres se involucran en conductas sexuales más riesgosas que las mujeres. De un cuarto a dos quintos de los hombres jóvenes han tenido al menos dos parejas sexuales en el último año, en comparación con proporciones insignificantes en el caso de las mujeres.

Han bajado las proporciones que se unen durante la adolescencia

Las uniones tempranas siguen siendo comunes para las mujeres en la subregión, pero los datos muestran que en cada uno de los cuatro países, las jóvenes han comenzado a posponer sus primeras uniones. En contraste, no ha surgido una tendencia uniforme similar en el retraso de la primera relación sexual.

- Actualmente, 45–60% de las mujeres de 20–24 años establecen una unión durante la adolescencia; y esta proporción es consistentemente más alta entre las mujeres con menor educación, mayor pobreza y de residencia rural.
- Una importante mayoría (aproximadamente tres cuartas partes) de las uniones en tres de los cuatro países son uniones consensuales en lugar de matrimonios legales. Guatemala es la excepción, donde menos de la mitad (47%) de las uniones son consensuales.

Apenas ha cambiado el momento del primer embarazo

Aunque las tasas de fecundidad adolescente han disminuido recientemente en los cuatro países, los niveles actuales todavía son iguales o mayores que el promedio para África; y, con mucho, exceden las tasas de América Latina en su conjunto. Las disminuciones ocurridas reflejan que en lugar de posponer un primer embarazo hasta los 20 años o más, las mujeres están teniendo menos segundos embarazos durante la adolescencia. Las posibles razones por las cuales el momento de los primeros nacimientos no ha cambiado apreciablemente, incluyen la falta de oportunidades económicas para las mujeres que

alcancen mayor escolaridad y las normas tradicionales que continúan respaldando la maternidad temprana.

- De dos quintos a la mitad de las mujeres tienen su primer hijo en la adolescencia; estas proporciones son mucho más altas entre las mujeres del área rural, las más pobres y las de menor escolaridad.
- Importantes proporciones de nacimientos de adolescentes son no planeados (desde un tercio en Guatemala a casi la mitad en Honduras); y esas proporciones representan aumentos de apenas hace unos pocos años en los cuatro países, habiendo ocurrido el mayor aumento en Nicaragua.
- La mayoría de las mujeres solteras sexualmente activas desean evitar el embarazo. Adicionalmente, muchas mujeres jóvenes que viven en unión desean posponer el embarazo, especialmente una vez que ya se han convertido en madres (i.e., 83–92% de las mujeres unidas que ya han tenido un hijo vs. 32–68% de las que no lo han tenido).

La necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos es muy alta

Las altas proporciones de nacimientos que son no planeados demuestran que el uso que hacen las mujeres jóvenes de anticonceptivos efectivos, no corresponde con su deseo de posponer su primer embarazo o de espaciar embarazos posteriores.

- La proporción de mujeres sexualmente activas que actualmente usa un método moderno es más alta en Nicaragua (55%) y más baja en Guatemala (25%). Las inyecciones y la píldora son los métodos modernos que predominan en estos países. El uso de cada uno de ellos es aproximadamente igual en Nicaragua y Honduras, pero el uso de inyecciones es tres a cinco veces más alto que el de la píldora en El Salvador y Guatemala.
- Sin embargo, de un tercio a la mitad de las mujeres jóvenes sexualmente activas tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna, nivel que es apreciablemente mayor entre las mujeres solteras que entre las unidas; y usualmente mayor entre las adolescentes, comparadas con las mujeres de 20–24 años.

La juventud necesita más información para protegerse de las infecciones

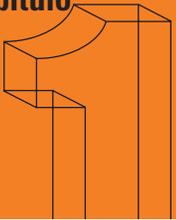
- Honduras tiene la más alta prevalencia de la infección por VIH en personas de 15–24 años en esos países (1.8%) y Nicaragua, la más baja (0.2%). Sin embargo, la percepción de estar en riesgo fue exactamente la opuesta, por lo menos en los hombres (i.e., más baja en Honduras en 16%, y más alta en Nicaragua en 56%). Aproximadamente una cuarta parte de las mujeres en cada país creía estar en riesgo.
- En los cuatro países, fueron bajas las proporciones de jóvenes que espontáneamente mencionaron la abstinencia

como medio para evitar la infección (4–22%); y algo más altas fueron las proporciones que citaron el limitar el número de parejas sexuales (17–54%). Alrededor de 49–68% de todos los hombres citaron usar condón, pero menos de un tercio de las mujeres en El Salvador y Guatemala dieron esta respuesta.

- Fueron relativamente bajas las proporciones que usaron condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales—solamente 11–26% de las mujeres jóvenes sexualmente activas y 43–66% de los hombres similares. Considerando el alto riesgo de infección vinculado con las múltiples parejas sexuales, el hallazgo de que solamente 40–55% de los hombres con dos o más parejas sexuales en el año anterior usaron condón, indica que estos jóvenes están inadecuadamente protegidos.

La evidencia sugiere varios pasos para salvaguardar el futuro

- *Hacer más accesibles los servicios de salud reproductiva, especialmente para la juventud que más los necesita.* Fortalecer los servicios en general, a través de esfuerzos amplios para aumentar recursos, expandir infraestructura y promover una mayor aceptación entre la gente adulta de las necesidades de información y servicios que tiene la gente joven. Los servicios amigables y ofrecidos a un precio accesible pueden llegar mejor a la gente joven que no busca los servicios, ya sea porque no pueden pagarlos o porque temen ser juzgados. Integrar los servicios de infecciones de transmisión sexual y planificación familiar para optimizar el uso de recursos limitados. Proveer consejería en planificación familiar y aumentar el acceso a una amplia variedad de métodos, especialmente condones, para ayudar a que la gente joven tenga éxito en prevenir el embarazo no planeado y la infección.
- *Implementar la educación sexual integral y promover la equidad de género.* Tanto las mujeres como los hombres jóvenes necesitan informarse y desarrollar las habilidades para poder retrasar el debut sexual, resistir la presión por tener relaciones sexuales y practicar el sexo seguro. Apoyar la capacitación de profesores, dirigir acciones tempranas a las y los adolescentes, y ayudar a la gente joven a permanecer en la escuela el mayor tiempo posible. Desarrollar estrategias alternativas para proporcionar educación sexual a la gente joven que ya no asiste a la escuela.
- *Dar prioridad a las necesidades de la juventud y armonizar las disposiciones contradictorias entre las políticas.* Proporcionar recursos y ejercer apoyo político para asegurar la aplicación de leyes, normas y políticas nuevas y existentes, que permitan que la gente joven proteja su salud. Coordinar la administración de programas y servicios para evitar la duplicación ineficiente de esfuerzos entre los ministerios y departamentos responsables.



Introducción

La juventud centroamericana, como la juventud de todas partes, enfrenta una multitud de retos para su salud sexual y reproductiva al comenzar su actividad sexual, establecer uniones e iniciar sus familias. Las respuestas de las personas jóvenes a los riesgos que corren pueden tener repercusiones de por vida para ellas, sus familias y, eventualmente, para el bienestar de las sociedades en las que viven.¹

Los riesgos y resultados negativos en materia de salud sexual y reproductiva—específicamente el embarazo no planeado y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH—pueden, en general, ser evitados si la gente joven tiene información precisa, y si puede actuar con base en ella y obtener los servicios que necesita. Ayudar a la gente joven a preservar su salud sexual y reproductiva requiere de sólidos compromisos sociales y gubernamentales con la acción preventiva. Ciertos factores de riesgo, como la desigualdad de género y la violencia sexual generalizadas, demandan intervenciones claramente dirigidas.

Responder a las necesidades de información y servicios de salud para la gente joven sexualmente activa es una tarea formidable, dada la presencia generalizada de tabúes culturales en torno a la sexualidad y la resultante resistencia a abordar esas necesidades. La tarea es aún más difícil dado el gran número de personas involucradas: aunque la proporción de la población centroamericana* conformada

por el grupo de 15–24 años[†] ha sido relativamente estable durante la pasada década (aproximadamente un quinto), la alta fecundidad en el pasado reciente ha hecho que el número de jóvenes crezca en 2.2 millones (de 5.7 a 7.9 millones) entre 1990 y 2005.²

Con base en datos nacionales comparables, los capítulos siguientes presentan un perfil y un análisis actualizado de la conducta sexual y reproductiva de las personas de 15–24 años en cuatro países centroamericanos—El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. La gente joven en estos países nació principalmente en la problemática década de los ochenta, cuando una gran parte de la región estaba en guerra; como tales, ellos personifican un legado especial de esperanza por una sociedad menos conflictiva. Esta generación de jóvenes es también una de las primeras en nacer cuando la fecundidad general está disminuyendo y, por ello, tendrá que tratar con una población de mayor edad relativamente más numerosa que aquella que trataron generaciones previas.

Este es un momento especialmente oportuno para la acción, puesto que los gobiernos y otras partes interesadas están reconociendo de manera creciente la importancia de ayudar a la gente joven a lograr una mayor educación, adquirir las habilidades necesarias para el trabajo y proteger su salud sexual y reproductiva. La gente joven de los cuatro países, que está entre los más pobres de América Latina, enfrenta las tensiones típicas inherentes al manejo de su transición a la edad adulta, tales como la presión relacionada con dejar la escuela y buscar trabajo. Sin embargo, los recursos con frecuencia son inadecuados para apoyar plenamente sus necesidades de amplio alcance. Este informe examina la conducta sexual y reproductiva de la gente joven y las necesidades derivadas de esta conducta, muchas de las cuales distan de ser satisfechas.

*La región centroamericana comprende los siguientes siete países: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

†Las definiciones del rango de edad de adolescentes y gente joven varían entre organizaciones y estudios. En este informe nos referimos a las personas en edades de 15–24 como gente joven o juventud; y, al subgrupo de 15–19 años, como adolescentes.

La gente joven enfrenta dos tipos distintos de riesgo

El nivel de riesgo para la salud de la gente joven relacionado con su conducta sexual, depende de muchos factores, incluyendo cuándo inician su actividad sexual, si ésta tiene lugar dentro de una unión socialmente reconocida,* si la relación sexual es deseada, si son monógamos o tienen parejas múltiples, y si usan alguna protección para prevenir resultados no planeados. Estos factores ponen a los hombres y mujeres jóvenes en riesgo de convertirse en padres antes de estar preparados para ello y de contraer ITS, incluyendo el VIH.

Centroamérica tiene las tasas más altas de maternidad adolescente en América Latina; y gran parte de la carga de esos embarazos recae sólo en las jóvenes. Para la mayoría de las mujeres centroamericanas, el embarazarse cuando todavía están en la escuela, significa poner fin a su educación.

Una considerable proporción de primeros embarazos entre adolescentes en esta región son no planeados.³ El aborto está severamente restringido por las leyes y altamente estigmatizado en estos países; pero, aún así, algunas mujeres jóvenes se arriesgarán a un severo castigo social y legal para resolver un embarazo no planeado a través del aborto clandestino. Al hacerlo, también ponen en riesgo su salud física, dadas las altas tasas de complicaciones asociadas al aborto clandestino.⁴

Para 2005, los países de Centroamérica tenían las tasas más altas de infección por VIH en toda América Latina.⁵ En Honduras, el VIH se ha convertido en una epidemia generalizada (definida así al infectar al menos 1% de la población), en donde la prevalencia en adultos es de 1.5%; y se está aproximando a ese umbral en Guatemala y El Salvador (0.9% en cada caso).⁶ Hay datos muy escasos sobre la prevalencia de otras ITS en la juventud centroamericana de hoy, no porque tales infecciones no estén ocurriendo, sino porque se carece de buenos sistemas de medición.

La nueva evidencia puede orientar los esfuerzos

Las cuatro naciones contiguas incluidas en este informe (Gráfico 1.1), representan poco más de 80% de la población centroamericana;⁷ y la población de interés compuesta por personas de 15–24 años llega a aproximadamente unos 6.6 millones. (Belice, Costa Rica y Panamá se omiten del informe debido a la falta de datos). Para ayudar a guiar las decisiones sobre dónde puede ser más efectiva la inversión de recursos para abordar las necesidades de la gente joven, este informe presenta evidencia sobre el estado actual de su salud sexual y reproductiva, junto con datos sobre la dirección y ritmo de cambios recientes

*En este informe, “unión” y “matrimonio” se usan indistintamente para referirse tanto a la unión consensual (i.e., cohabitar) como al matrimonio formal. Ver recuadro, página 17, para un análisis más completo sobre el matrimonio entre gente joven en la región.

en las medidas clave. La evidencia derivada de encuestas recientes de salud reproductiva a nivel nacional, tanto de hombres como mujeres, permite hacer comparaciones a través de los cuatro países y por género. (Para mayor información sobre las fuentes de datos, ver el recuadro en la página 8). Existen importantes diferencias dentro de los países en función del lugar de residencia, nivel de educación, origen étnico, tipo de unión y estatus económico de la juventud; pero dadas las limitaciones de espacio y datos, sólo abordamos tales variaciones clave en los casos en que son más relevantes y es factible hacerlo.

Guía para este informe

Los siguientes capítulos proporcionan una imagen de la transición de la gente joven a la vida adulta en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. El Capítulo 2 describe el contexto general de vida de la gente joven en los cuatro países del estudio; el Capítulo 3 esboza una imagen de la actividad sexual y las uniones de la gente joven; y el Capítulo 4 examina cómo inician sus familias. Las preferencias de fecundidad de la gente joven y el uso que hacen de los anticonceptivos para lograrlas, se analizan en el Capítulo 5; mientras que el Capítulo 6 evalúa la exposición de la gente joven al riesgo de contraer el VIH y su comprensión acerca del contagio por este virus. El Capítulo 7 se concentra en el clima de políticas que determina el acceso de la gente joven a la información y servicios de salud sexual y reproductiva. El capítulo final analiza las implicaciones de los hallazgos generales y ofrece recomendaciones para ayudar a quienes formulan las políticas, gerentes de programas y otras partes interesadas en mejorar la salud sexual y reproductiva de la juventud centroamericana.

GRÁFICO 1.1



Fuentes de datos

ENCUESTAS NACIONALES

Los principales datos analizados en este informe provienen de encuestas representativas a nivel nacional. Los datos de Nicaragua y Honduras (2005–2006), fueron recolectados como parte del programa de Encuestas Demográficas y de Salud (asistencia técnica de Macro International); mientras que las encuestas en El Salvador, Guatemala y Honduras en 2001 fueron realizadas como parte del programa de Encuestas de Salud Reproductiva (asistencia técnica de los Centers for Disease Control and Prevention de los EE.UU.). Ambos programas de encuestas recolectan información similar sobre conductas sexuales y reproductivas; y, en términos generales, la información es comparable entre países y tipos de encuesta. El informe analiza datos de las siguientes encuestas.

- El Salvador: Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) 2002–2003.¹
- Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2002² y la Encuesta Nacional de Salud Masculina (ENSM) 2002.³
- Honduras: Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF) 2001 y la Encuesta Nacional de Salud Masculina (ENSM) 2001.⁴ Aunque una encuesta más reciente, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA)⁵ fue realizada en 2005–2006, la base de datos de mujeres no estuvo disponible sino hasta al final de la preparación de este informe; y, a la fecha, los datos de los hombres todavía están pendientes para uso público. Por lo tanto, presentamos datos actualizados en los casos en que los indicadores aplican solamente a las mujeres, y comentamos en el informe sobre los cambios importantes que ocurrieron entre las dos encuestas. Sin embargo, para indicadores que comparan directamente hombres y mujeres, usamos la encuesta del 2001 (mismo año y cuestionario) para asegurar su comparabilidad.
- Nicaragua: Los datos sobre mujeres provienen de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2001,⁶ y dado que no se entrevistaron a hombres en 2001, los datos masculinos provienen de la siguiente más reciente encuesta nacional, la ENDESA 1998.⁷ Además, debido a que las encuestas usaron diferentes enfoques para recolectar datos sobre el conocimiento espontáneo de la prevención del VIH, dependemos de una sola encuesta para esta medida, la realizada en 1998 con mujeres y hombres, para asegurar que las comparaciones de género fueran válidas.

Las muestras de personas de 15–24 años variaron de 3,753 a 8,352 para mujeres y de 414 a 1,179 para hombres; y fueron lo suficiente grandes en todas las encuestas para permitir comparaciones por área de residencia, logros educativos, condición socioeconómica y, en el caso de Guatemala, grupo étnico. Todos los datos presentados en el informe son ponderados; las cifras no ponderadas de personas entrevistadas se presentan en el Cuadro 2 del Apéndice.

Las personas entrevistadas podían ser solteras, casadas formalmente o en unión consensual. Dado que las mujeres en uniones legales y consensuales tienen preferencias de fecundidad y niveles de exposición al embarazo similares, se analizan en conjunto.

ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD

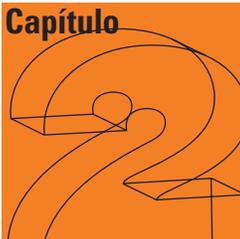
Además de los datos de las encuestas, este informe aprovecha la información cualitativa sobre políticas de juventud en tres de los cuatro países en estudio (Guatemala, Honduras y Nicaragua). Los asociados de investigación en cada país condujeron entrevistas individuales a profundidad y reuniones con representantes de los ministerios de gobierno, organizaciones no gubernamentales y agencias de cooperación internacional. Un total de 33 entrevistas individuales y tres reuniones grupales se llevaron a cabo entre mayo y julio de 2006.

LIMITACIONES

Las diferencias en los cuestionarios de las nueve encuestas individuales para hombres o mujeres, en cuanto a la redacción de preguntas específicas, indicaciones y salto de preguntas, o inclusión de preguntas especiales, restringen la comparabilidad entre países y géneros. Estos casos se mencionan en el texto o en las notas de los cuadros cuando es aplicable. Además, ya que este informe aprovecha un proyecto previo de investigación, algunos de los desgloses de datos no están disponibles para El Salvador, único país que no fue parte del proyecto inicial.

Aún más, debido a restricciones de espacio y tamaño de muestras, tuvimos que colapsar los datos de adolescentes y gente joven en un solo grupo de edad de 15–24 años; sin embargo, en lo posible, presentamos diferencias relevantes entre las personas de 20–24 años y los adolescentes. Para examinar tendencias en el tiempo, comparamos conductas de personas que actualmente tienen de 20–24 años con las de 40–44; y una limitación de este enfoque es que los auto-informes, especialmente los proporcionados por personas con mayor edad, pueden estar sujetos a sesgos de memoria. Tampoco sabemos qué tanto puede haber cambiado en el tiempo el sesgo de conveniencia social en los auto-informes de datos sensibles sobre actividad sexual—que los hombres tienden a exagerar y las mujeres a ocultar.

Adicionalmente, debido a que las muestras de las encuestas masculinas fueron mucho más pequeñas que las de mujeres en los cuatro países, algunos indicadores para los hombres se basan en números relativamente pequeños de casos, lo cual pueden afectar la precisión de las estimaciones. Recomendamos que los resultados que se basan en 26–49 personas entrevistadas (cifras no ponderadas; situación indicada en los cuadros del apéndice) sean interpretados con precaución; cuando el número de observaciones es de 25 o menos, no se presenta dato alguno.



El contexto de vida de la gente joven

El contexto cultural, social y económico en el que vive la juventud determina cada faceta de su desarrollo, incluyendo su conducta sexual y reproductiva. A pesar de la notable diversidad entre El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Honduras, en términos de tamaño de la población y composición étnica,* esos países comparten rasgos socioeconómicos similares. Cada uno de los cuatro países se caracteriza por una endeble economía, una muy inequitativa distribución de la riqueza, y todos, menos Honduras, por un reciente y prolongado período de tensiones sociales y violencia política. También comparten un legado de enorme influencia ejercida por la Iglesia Católica sobre temas de salud sexual y reproductiva, especialmente entre las élites políticas y económicas (aunque los Protestantes Evangélicos están creciendo en número y poder político en Guatemala, especialmente entre la gente muy pobre).

Los cuatro países son extremadamente pobres

La pobreza, que afecta cada aspecto de la salud de la gente joven y su acceso a los servicios, es endémica en estos cuatro países: los porcentajes de la población general que vive en la pobreza—la que no puede comprar alimentos, bienes y servicios básicos—varían de 46% en El Salvador y Nicaragua hasta 56% en Guatemala y 72% en Honduras (ver el Cuadro 1 del Apéndice, página 43).⁸ Estos datos incluyen las proporciones que viven en pobreza extrema, que se define como carecer de ingresos suficientes para

comprar la canasta básica de alimentos; el nivel de pobreza extrema llega a 53% en Honduras y varía de 15% a 20% en los otros tres países.⁹ (Cuadro 2.2) Estos niveles nacionales ocultan las tasas de pobreza mucho mayores de las áreas rurales en comparación con las urbanas.⁹ En el contexto altamente urbanizado de América Latina y el Caribe, en donde sólo 23% de la población vive en áreas rurales,² estos países centroamericanos se destacan por tener proporciones mucho más altas de personas que todavía viven en áreas rurales (53–54% en Guatemala y Honduras y 40–42% en Nicaragua y El Salvador).⁸

En los cuatro países del estudio, las tasas de desempleo son al menos dos veces más altas entre las personas de 15–24 años que entre las adultas de 25 años o más.¹⁰ (Cuadro 1) En gran parte, las severas dificultades económicas han fomentado el fenómeno de la migración, tanto dentro (i.e., de las áreas rurales a las urbanas) como fuera de los países. Típicamente, los migrantes son hombres y mujeres jóvenes (e.g., 42% de los hombres migrantes nicaragüenses tienen de 15–24 años¹¹), con predominancia de mujeres jóvenes en la migración del campo a la ciudad. La migración puede facilitar la propagación del VIH, ya que la movilidad de la población tiende a fomentar el aislamiento social, lo que puede conducir a relaciones sexuales de alto riesgo con trabajadoras sexuales; cuando los hombres migrantes regresan a casa, ya sea temporal o permanentemente, algunos sirven como puente para que el virus se propague entre la población en general.¹²

Aparte del trabajo doméstico y de los empleos de maquila, hay pocas oportunidades de empleo disponibles para las mujeres jóvenes. Esto probablemente se debe a la combinación de economías débiles con las expectativas culturales generalizadas a favor del matrimonio y maternidad tempranos para las mujeres jóvenes, a costa de su mayor

*La población de Guatemala es aproximadamente el doble de la de cada uno de los otros tres países y es el único país con una importante minoría indígena (predominantemente maya), la que representa 41% de la población total (fuentes: referencia 7 e Instituto Nacional de Estadística [INE], *XI Censo Nacional de Población y VI de Habitación 2002*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: INE, 2003).

... la ruta más clara para mejorar la preparación de las mujeres jóvenes en el mundo moderno—la educación—está mostrando un innegable progreso.

formación educativa y profesional. El reciente crecimiento explosivo del turismo en la región ha aumentado la susceptibilidad de las mujeres jóvenes pobres a la explotación sexual comercial.¹³ Además, aunque proporciones casi iguales de hombres y mujeres de 15–24 años estudian, y proporciones más altas de hombres que de mujeres trabajan, la proporción que no estudia ni trabaja en estos cuatro países es de 3–5 veces más alta en las mujeres que en los hombres.⁸ Estas mujeres (33–51% del total de mujeres en los cuatro países, proporciones que exceden el promedio regional de 30%) probablemente incluyen a aquellas que no asisten a la escuela ni participan en la fuerza de trabajo porque ya están casadas y son madres de familia.

Los niveles educativos han comenzado a mejorar

En todo el mundo en desarrollo, los niveles altos de educación están asociados consistentemente con una fecundidad más baja, el retraso en el establecimiento de uniones y un nivel socioeconómico más alto. La buena noticia es que la ruta más clara para mejorar la preparación de las mujeres jóvenes en el mundo moderno—la educación—está mostrando un innegable progreso: con excepción de El Salvador, en donde ambos sexos experimentaron mejoras aproximadamente iguales en educación, los niveles educativos de las mujeres aumentaron más que los de los hombres en las pasadas dos décadas (Gráfico 2.1).⁸ Como resultado, las mujeres jóvenes de 20–24 años en Guatemala y El Salvador ahora tienen un nivel de educación casi tan alto como el de los hombres jóvenes; en Honduras y Nicaragua, tienen incluso mayor escolaridad que los hombres jóvenes. Por ejemplo, la proporción de mujeres de 20–24 años que ha

tenido alguna educación secundaria ahora varía de 39%, en Guatemala, a 64% en El Salvador, lo cual representa considerables mejoras en comparación con los niveles de las que asistieron a la escuela apenas una generación antes (22–33% entre las que actualmente tienen de 40–44 años).⁸ Las mejoras en la educación de las mujeres a través del tiempo fueron mayores en El Salvador (31 puntos porcentuales) y menores en Honduras (15 puntos porcentuales).

Sin embargo, a pesar de estos avances, los niveles generales de educación son todavía preocupantemente bajos: con excepción de El Salvador (en donde dos tercios de los hombres y mujeres de 20–24 años han tenido alguna educación secundaria), la proporción de quienes han logrado alguna educación secundaria varía desde una cuarta parte de los hombres jóvenes en Honduras hasta la mitad de las mujeres jóvenes en Nicaragua. Y mientras que el importantísimo logro educativo de la gente joven está mejorando en conjunto, los promedios nacionales ocultan el mucho menor progreso entre los subgrupos en desventaja.

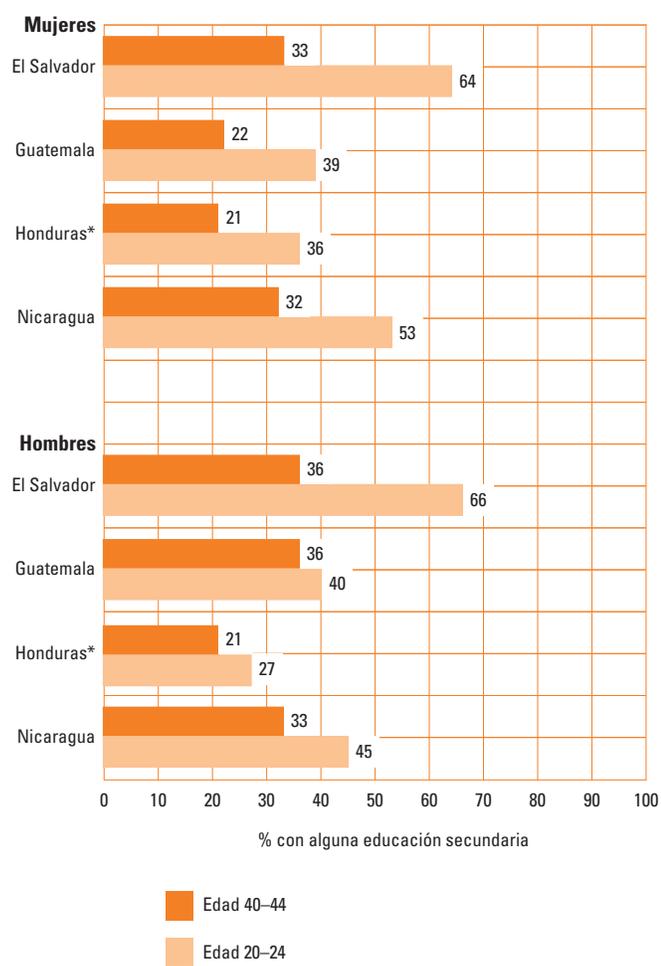
La juventud de áreas rurales y de origen indígena está en mayor desventaja que sus contrapartes urbanas y no indígenas. Para estas personas jóvenes, una multitud de barreras culturales, socioeconómicas y estructurales les impiden recibir la educación que necesitan. Por ejemplo, a pesar de las garantías *de jure* de una educación primaria gratuita en los cuatro países, la realidad es que una o más de una serie de cuotas y gastos—por concepto de costos de matrícula y mensualidad, transporte, uniformes, libros de texto y artículos escolares, comidas escolares y construcción de escuelas¹⁴—han resultado en una “exclusión *de facto* de la escuela, debido a la pobreza”.¹⁵



Además, la escasez de escuelas y maestros en las áreas rurales, la falta de infraestructura para el transporte, las altas tasas de repetición escolar (que conducen a altas tasas de deserción), la enseñanza de baja calidad y la necesidad que tienen los estudiantes de incorporarse a la fuerza de trabajo o de ayudar en casa, todo contribuye a impedir que estos países alcancen el Objetivo de Desarrollo del Milenio de una educación primaria universal. Es más, del total de 18 países latinoamericanos examinados en un estudio realizado en 2005, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua tienen las más bajas tasas proyectadas de escuela primaria completa para 2015; como resultado, se estima que para ese año, desde un quinto hasta un tercio de adolescentes de 15–19 años probablemente no completará la escuela primaria.¹⁶

GRÁFICO 2.1

Las mujeres han alcanzado mayores ganancias en educación que los hombres en Guatemala, Honduras y Nicaragua.



Nota *Los datos provienen de la encuesta de 2001.
Fuente Referencia 8.



Relaciones sexuales y uniones

El momento de la iniciación sexual y de la primera unión ayuda a determinar las necesidades de información y servicios que tiene la gente joven, por lo que los datos al respecto son un componente integral para el diseño efectivo de programas y políticas. Por ejemplo, la edad de la primera relación sexual afecta directamente el tiempo de exposición de la gente joven al riesgo del embarazo no planeado y las ITS, incluyendo el VIH. Además, para las mujeres jóvenes, el lapso entre el momento en que se vuelven sexualmente activas y su matrimonio se relaciona directamente con el riesgo del embarazo no planeado y todas las consecuencias potenciales, en lo social y para su salud, incluyendo la posibilidad de un aborto inseguro.

El estigma y los tabúes sociales tienen un importante rol en la determinación del nivel de riesgo. Dadas las expectativas y normas predominantes que prohíben la actividad sexual fuera de la unión, especialmente en las mujeres, y que los servicios de salud reproductiva en gran parte no están disponibles o son poco amigables para las personas jóvenes solteras, es importante el hecho de si la actividad sexual temprana ocurre dentro o fuera de una unión. Además, las normas de género predominantes, que promueven conductas muy diferentes para los hombres y las mujeres, significan que los riesgos específicos que enfrentan también difieren. Los centroamericanos no son la excepción a la tendencia generalizada por toda Latinoamérica a aceptar—e incluso alentar—la actividad sexual temprana fuera del matrimonio para los hombres, y al mismo tiempo condenar tal actividad para las mujeres.¹⁷

De hecho, muchos hombres jóvenes son presionados o alentados por sus pares y parientes masculinos a tener relaciones sexuales a una edad temprana para demostrar

su masculinidad y heterosexualidad.^{18,19} Otras conductas de riesgo, como tener múltiples parejas, también son vistas como prueba de masculinidad.^{18,20,21} Por otra parte, se alienta a las mujeres jóvenes a casarse a una edad temprana y mantenerse castas hasta entonces, aun cuando con frecuencia sus parejas las presionan para tener relaciones sexuales. Estas presiones contradictorias pueden conducir a que las mujeres jóvenes no practiquen la anti-concepción cuando tienen relaciones sexuales, con el fin de evitar tener que admitir—tanto ante sí mismas como ante otras personas—que son sexualmente activas.

Muchos inician las relaciones sexuales a temprana edad

La iniciación de la actividad sexual, una parte intrínseca del desarrollo humano, comienza en la adolescencia para la mayoría de las personas y es casi universal a principios de sus años veinte. En toda Centroamérica, los hombres son mucho más jóvenes que las mujeres cuando inician su actividad sexual, según los informes de la propia gente joven. En los cuatro países del estudio, la edad mediana en el momento de la primera relación sexual en los hombres, varía de 15.8 años en Nicaragua a 16.9 años en Guatemala (para todos los datos de las encuestas presentados en este capítulo, ver el Cuadro 2 del Apéndice, páginas 44–45).²² Las mujeres tienden a iniciar las relaciones sexuales unos dos o tres años más tarde: su edad mediana en el momento de la primera relación sexual oscila entre los 18.1 años en Nicaragua y los 19.0 años en Guatemala.

Entre las personas de 20–24 años, la proporción de quienes tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años es de 11–14% en las mujeres y de 27–35% en

los hombres.²² Aproximadamente el mismo diferencial de género caracteriza la primera relación sexual antes de los 18 años (41–49% de mujeres vs. 63–80% de hombres) y antes de los 20 años (58–67% vs. 79–92%). Los jóvenes nicaragüenses de ambos sexos—en especial los hombres—generalmente inician su actividad sexual más pronto que los jóvenes en los otros tres países, y el mayor diferencial de género en la edad de la primera relación sexual se da también en ese país.

Interesantes diferencias de género emergen en relación con el momento de la iniciación sexual dentro de los subgrupos. Debido a que las mujeres de residencia rural se casan a una edad más temprana que las mujeres de residencia urbana, en todos los países excepto El Salvador, las proporciones de mujeres rurales que han iniciado la actividad sexual siendo adolescentes son mucho más altas que las de mujeres urbanas (un diferencial de 13–19 puntos porcentuales).^{23–26} Lo opuesto ocurre usualmente entre los hombres jóvenes: aquellos que viven en áreas rurales tienden a iniciar la actividad sexual más tarde que los que viven en áreas urbanas (un diferencial de 10–14 puntos porcentuales). La excepción es Nicaragua; en donde, de manera uniforme, los hombres comienzan temprano su actividad sexual sin importar el lugar en donde viven.²⁶ Además, en Guatemala, las esperadas diferencias de género en las relaciones sexuales tempranas desaparecen en la juventud indígena—i.e., se contrarrestan—debido a que, en comparación con sus contrapartes no indígenas, los hombres indígenas tienen menor, y las mujeres indígenas mayor, probabilidad, de iniciar su actividad sexual a una edad temprana.²⁴

Debe mencionarse que es probable que el clima cultural predominante de machismo y marianismo (ideales de castidad femenina) refuerce el sesgo esperado en los informes, dado que los hombres tienden a exagerar y las mujeres a ocultar su experiencia sexual.²⁷ Además, el grado en el que este sesgo puede variar entre los países, o a través del tiempo para las tendencias que aquí se examinan, es desconocido.

Contrariamente a la opinión generalizada de que la gente joven está siendo sexualmente activa más temprano que en el pasado, en la mayoría de los países en estudio, una proporción ligeramente menor de los jóvenes de hoy que de los que actualmente tienen 40–44 años tuvo relaciones sexuales cuando eran adolescentes (Gráfico 3.1).²² Este patrón es más consistente en El Salvador, en donde las disminuciones de al menos cinco puntos porcentuales en las proporciones de hombres y mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de cada edad (15, 18 y 20), sugieren que una tendencia hacia un debut sexual más tardío podría estarse afianzando en ese país. Aunque

*La necesidad de información y servicios es igualmente grave en los adolescentes más jóvenes sexualmente activos, pero las encuestas utilizaron una edad mínima de elegibilidad de 15 años, por lo que no pudimos presentar información sobre la actividad sexual actual en personas de 14 años y menores.

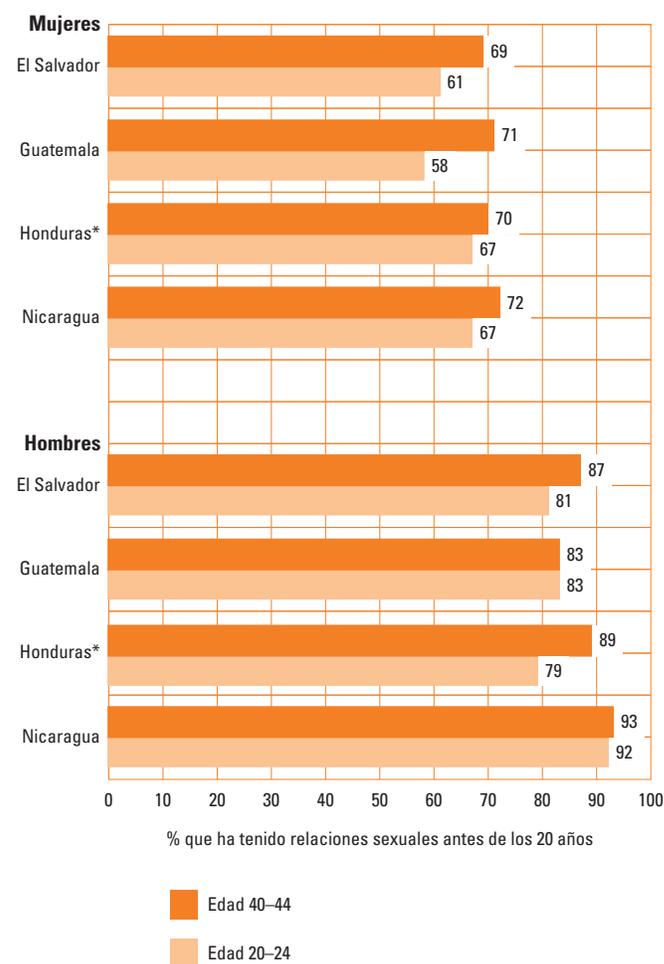
no podemos afirmarlo con seguridad, estas disminuciones probablemente están relacionadas con los particularmente grandes avances en educación en ese país.

No todas las relaciones tempranas ocurren dentro de una unión

La gente joven que es sexualmente activa en la actualidad (quienes viven en unión más aquellos que son solteros y han tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses) constituyen la población que más claramente necesita de información y servicios.* Entre los hombres, la proporción sexualmente activa es consistentemente más alta en Nicaragua que en los otros tres países—44% vs. 23–30% entre personas de 15–19 años y 86% vs. 64–70% entre personas de 20–24.²² En Honduras y El Salvador, no hay dife-

GRÁFICO 3.1

Una mayoría ha tenido relaciones sexuales durante la adolescencia, los hombres más que las mujeres, pero estas proporciones han empezado a bajar.



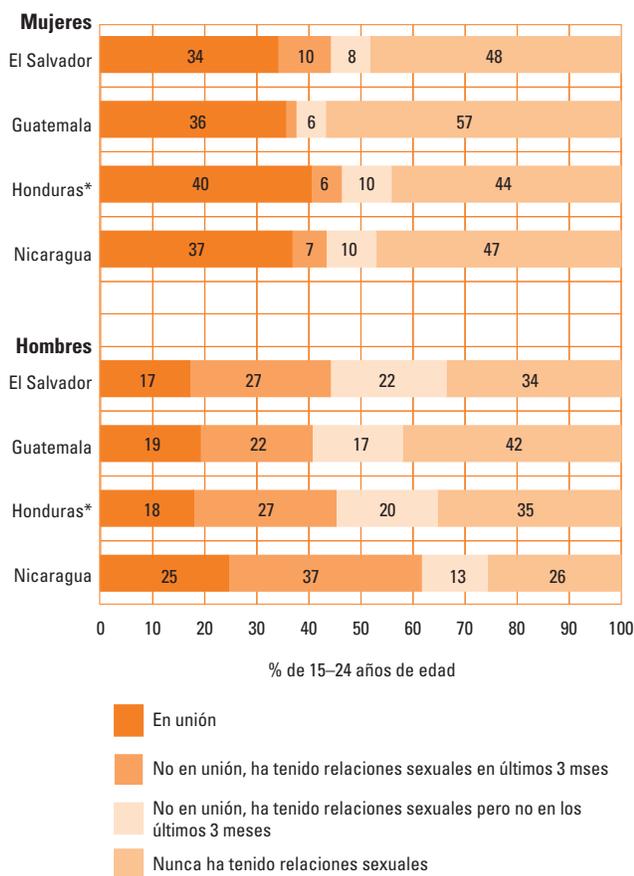
Nota Fuente *Los datos provienen de la encuesta de 2001. Referencia 22.

rencias de género en las proporciones de jóvenes que son sexualmente activos; pero, en Nicaragua, la proporción de adolescentes y adultos jóvenes que son sexualmente activos es mayor entre los hombres que entre las mujeres.

En los cuatro países, entre las personas de 15–24 años, una mayor proporción de mujeres que de hombres actualmente vive en unión (34–40% vs. 17–25%, Gráfico 3.2).²² El patrón opuesto aplica para las personas sexualmente activas y solteras: proporciones mucho mayores de hombres (22–37%) que de mujeres (2–10%) son solteros y habían tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses. Por lo tanto, en las mujeres, la mayor parte de la actividad sexual actual ocurre dentro de las uniones, pero lo opuesto aplica a los hombres (Gráfico 3.3). Tomando a Guatemala como ejemplo, aunque proporciones similares del total de hombres y mujeres (aproximadamente dos quintos) son sexualmente activos en la actualidad, entre las mujeres sexualmente activas, la gran mayoría—95%— vive en unión y solamente 5% son solteras; mientras que entre los hombres sexualmente activos, solamente 46% viven en unión y 54% son solteros.

GRÁFICO 3.2

Proporciones mucho más grandes de mujeres jóvenes que de hombres jóvenes están actualmente en unión.



Nota *Los datos provienen de la encuesta de 2001.
Fuente Referencia 22.

Las relaciones sexuales premaritales durante la adolescencia son mucho más comunes en los hombres que en las mujeres; y llegan a su nivel más alto en los hombres nicaragüenses (83% de los nicaragüenses de 20–24 años habían tenido relaciones sexuales antes del matrimonio y antes de cumplir los 20 vs. 74–76% de hombres en los otros países) y en las mujeres salvadoreñas (30% vs. 18–21%).²² Al comparar las experiencias durante la adolescencia de los jóvenes de hoy con los adultos de mayor edad (actualmente de 40–44 años), se muestra algún cambio, aunque en direcciones opuestas según el género: parecen haber ocurrido disminuciones moderadas en la actividad sexual premarital en hombres jóvenes en tres de los cuatro países de estudio (El Salvador, Honduras y Nicaragua). Sin embargo, en las mujeres jóvenes de cada país ocurrieron pequeños aumentos a través del tiempo en la proporción que había tenido relaciones sexuales premaritales en la adolescencia (de 13–25% a 18–30%). Las mujeres jóvenes de hoy podrían estar más dispuestas que aquellas que fueron adolescentes algunas décadas atrás a reportar este comportamiento, y la tendencia hacia un matrimonio más tardío en mujeres (ver página 16), podría también haber influido al alargar el período de exposición a la posibilidad de tener relaciones sexuales premaritales.

Conforme a las normas imperantes que esperan que las mujeres, pero no los hombres, lleguen castas al matrimonio, unas proporciones mucho mayores de mujeres con experiencia sexual (de 27% en El Salvador a 64% en Guatemala) que de hombres en circunstancias similares (2–9%) tuvieron su primera relación sexual con su cónyuge.²² En cambio, los hombres tienen más probabilidad de reportar que su primera pareja sexual fue la novia (52–54% en Guatemala y Honduras) o una amiga o conocida (48% en El Salvador; no se recolectó datos comparables en Nicaragua). Muy pocos hombres jóvenes centroamericanos (1–9%) dijeron que su primera experiencia sexual había sido con una trabajadora sexual.

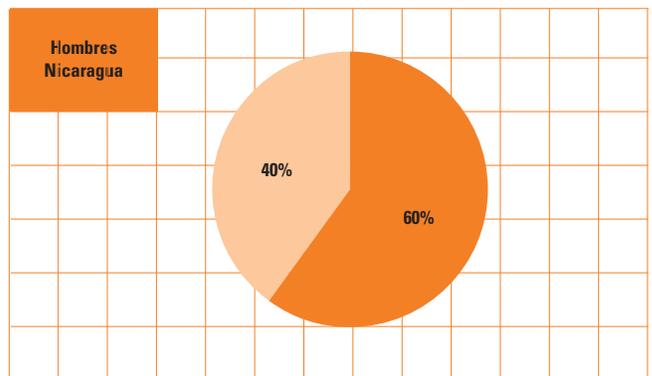
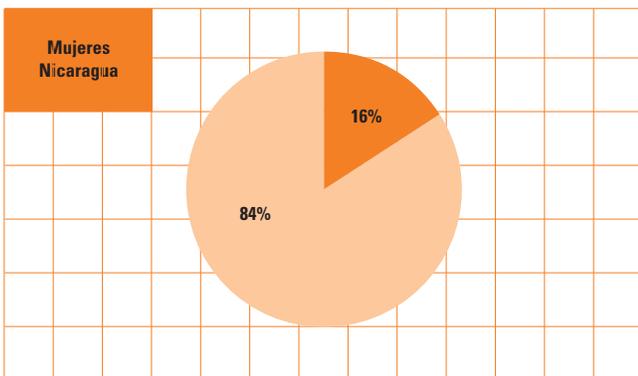
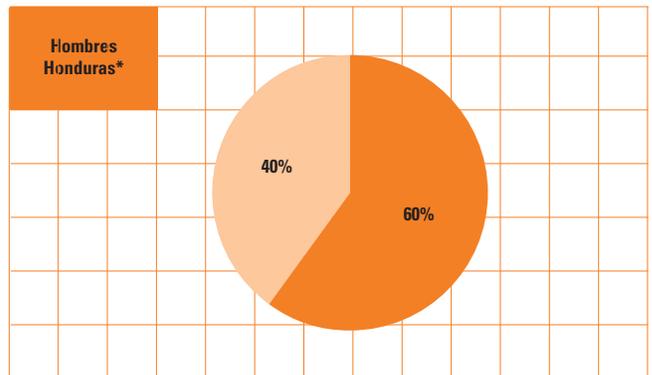
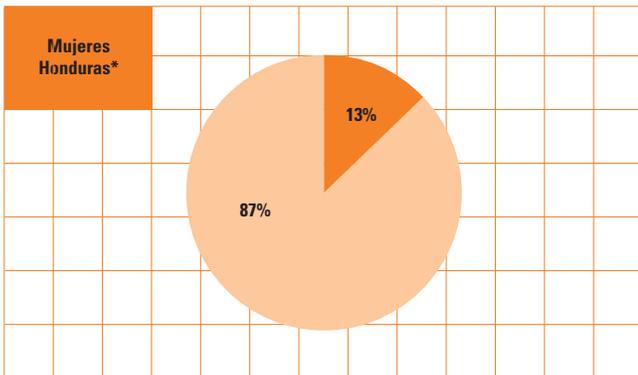
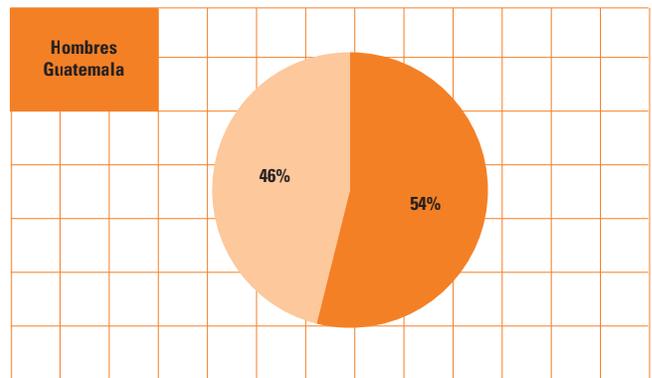
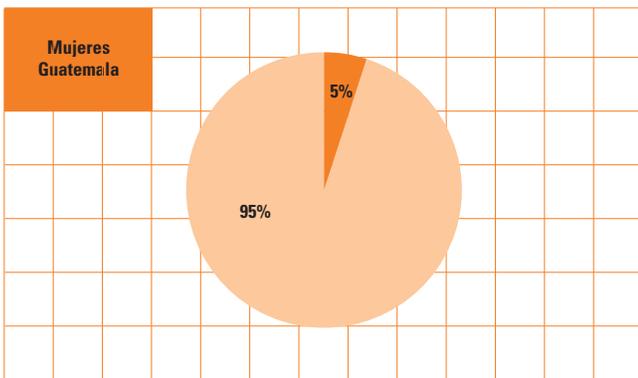
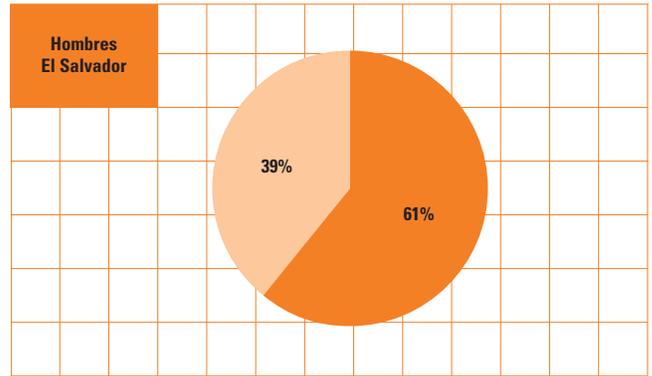
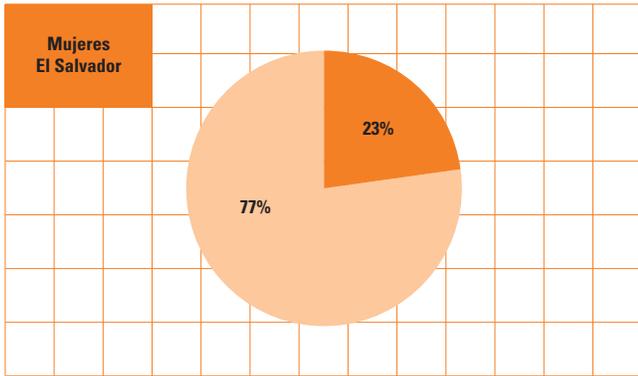
Las inequidades de género plantean retos para la salud y bienestar

Para una alta proporción de mujeres jóvenes—entre una tercera parte en Guatemala y la mitad en Honduras—su primera pareja sexual fue al menos cinco años mayor que ellas.²² Tales discrepancias en edad con frecuencia refuerzan los desequilibrios de poder relacionados con el género, los cuales impiden la capacidad de la mujer para rechazar las relaciones sexuales no deseadas y de negociar el uso del condón o de anticonceptivos. De hecho, un estudio de la Organización Mundial de la Salud que incluyó dos países latinoamericanos, encontró que en Brasil y Perú, mientras más joven era una mujer en la primera relación sexual, era más probable que su primera experiencia hubiese sido forzada.²⁸ La situación es probablemente similar en la subregión centroamericana.

Aunque carecemos de datos sobre el grado en que las primeras experiencias sexuales de las mujeres jóvenes fueron

GRÁFICO 3.3

Una inmensa mayoría de mujeres jóvenes sexualmente activas está en unión mientras que la mayoría de hombres sexualmente activos son solteros.

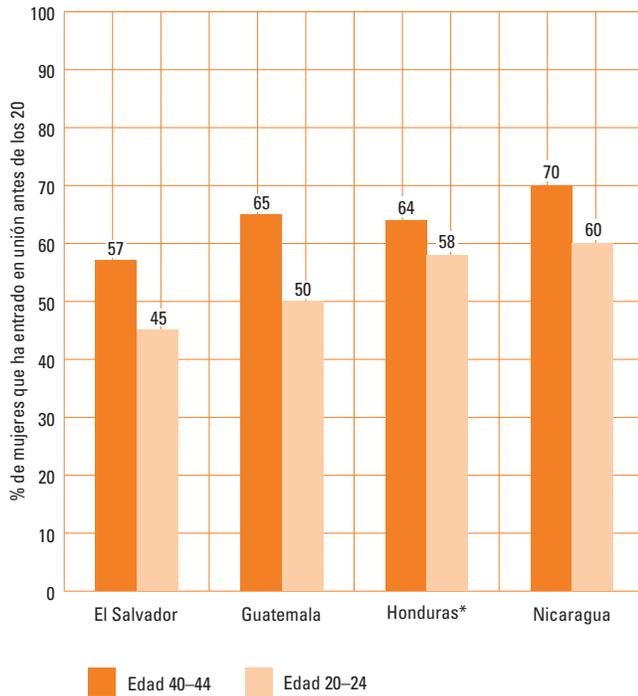


■ Solteros ■ En Unión

Nota *Los datos provienen de la encuesta de 2001.
Fuente Referencia 22.

GRÁFICO 3.4

Establecer una unión durante la adolescencia ha disminuido entre las mujeres de los cuatro países, aunque comparativamente menos en Honduras.



Nota *Los datos provienen de la encuesta de 2001.
Fuente Referencia 22.

forzadas y por quién, de 6% a 13% del total de mujeres de 15–24 años, en los tres países con datos, reportaron haber sido alguna vez víctimas de abuso sexual.²² Es muy probable que los datos subestimen la ocurrencia real de los actos no consensuados, debido a la vergüenza y el temor asociados al abuso sexual y que las entrevistas cara a cara de las encuestas generales y no específicamente diseñadas para abordar estos tópicos, son vehículos inadecuados para recolectar ese tipo de información sensible.

Casi la mitad de las mujeres establecen una unión siendo adolescentes

A nivel mundial, el inicio temprano del matrimonio está estrechamente asociado con roles de género desiguales, y con bajos niveles educativos y socioeconómicos de las mujeres.^{29–33} Además, las mujeres que contraen matrimonio tempranamente (definido en el estudio aquí citado como el que ocurre antes de los 18 años) tienen gran probabilidad de ser mucho más jóvenes que sus maridos; y se sabe que esas grandes diferencias de edad limitan severamente la autonomía de las esposas.³¹ En cambio, las mujeres de mayor escolaridad y de residencia urbana tienden a casarse más tardíamente; también tienen familias más pequeñas. La situación en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua no es diferente.

La proporción de mujeres que establecen una unión antes de cumplir los 20 años, varía entre 45% en El Salvador y 60% en Nicaragua (Gráfico 3.4;²² para una discusión de cada tipo de unión y sus implicaciones, ver el recuadro en la página 17). La proporción en Nicaragua es especialmente alta para un país latinoamericano. Es más, el país tiene la más alta proporción de mujeres jóvenes viviendo en unión antes de los 18 años en toda América Latina (i.e., 43%; para ubicar esto en contexto, la tasa más alta en el mundo, 77%, la tiene Níger).³⁴

Sin embargo, dichas proporciones nacionales de mujeres en unión antes de los 20 años ocultan variaciones especialmente amplias según el nivel educativo y lugar de residencia rural o urbana. En los cuatro países, las proporciones son consistentemente mayores entre las personas con menos de siete años de escolaridad comparadas con las que tienen al menos alguna educación secundaria (65–79% vs. 26–43%); y entre quienes viven en áreas rurales comparadas con las urbanas (51–73% vs. 40–53%).²² Los hombres establecen uniones durante la adolescencia a una tasa que sólo asciende a la mitad de la tasa de las mujeres (i.e., 21–39% vivían en unión antes de los 20 años). Aún así, las uniones adolescentes de hombres son más comunes en Centroamérica que en otras partes de América Latina y África.²⁹

Es alentador ver que, de manera consistente, menores proporciones de las jóvenes de hoy establecieron uniones durante su adolescencia que lo hicieron las que ahora tienen de 40–44 años; este hallazgo prometedor probablemente refleja las más altas tasas de asistencia a la escuela secundaria de hoy en día. La mayor disminución del matrimonio temprano a través del tiempo ocurrió en Guatemala (15 puntos porcentuales) y la menor en Honduras (seis puntos porcentuales).²²

Sin embargo, entre los hombres no se observa un patrón consistente en el tiempo; solamente en El Salvador hubo una disminución (de 27% a 21%). No hubo cambios en los hombres guatemaltecos ni hondureños; y la tasa de uniones en adolescentes hombres en Nicaragua, que es la más alta de los cuatro países, aumentó inesperadamente (de 29% a 39%).

En teoría, la tendencia alentadora hacia un matrimonio más tardío en las mujeres, debería estar asociada con el hecho de lograr una mayor escolaridad y estar mejor preparadas cuando contraen matrimonio, todo lo cual debe equiparlas mejor para realizar sus aspiraciones reproductivas.²⁹ No obstante, si los servicios que necesitan las personas jóvenes solteras continúan no estando disponibles o siendo inaccesibles, cualquier prolongación del período entre la primera relación sexual y la primera unión podría en realidad aumentar la probabilidad de que las adolescentes tengan relaciones sexuales sin protección, aumentando con ello su riesgo de ITS, embarazo no planeado y aborto inseguro. Aunque toda la gente joven sexualmente activa, hombres y mujeres, en unión o solteros, necesita proteger su salud sexual y reproductiva,

los servicios organizados de salud reproductiva están principalmente dirigidos a mujeres adultas y casadas. Además, el temor y vergüenza que muchos adolescentes sienten pueden impedir que obtengan la atención necesaria (y muchos aun no saben a dónde acudir para recibirla). Muchas personas jóvenes tienden a percibir las instituciones de salud como irrelevantes para sus necesidades³⁵ y pueden necesitar orientación antes de que consideren a esas instituciones como fuentes de apoyo, consejería y cuidados preventivos.

Los jóvenes se involucran en conductas más riesgosas que las jóvenes

En Centroamérica, mucha gente joven es sexualmente activa durante varios años antes de establecer una unión. Para las mujeres, el tiempo transcurrido entre la primera relación sexual y la primera unión es bastante corto, por lo que están en riesgo de un embarazo fuera del matrimonio por un período de seis meses en Nicaragua a dos años en El Salvador.²² Para los hombres, la historia es bastante diferente: los hombres no solamente se vuelven sexualmente activos siendo más jóvenes que las mujeres, sino que también establecen uniones a una mayor edad. Para ellos, el período entre la primera experiencia sexual y el establecimiento de una unión se alarga de cinco años (en Nicaragua) a siete años (en El Salvador).

Los hombres también tienen mayor probabilidad que las mujeres de tener múltiples parejas, conducta que puede aumentar aún más el riesgo para su salud sexual. Para los tres países con datos disponibles (estos datos no fueron recolectados en Nicaragua), un cuarto de los hombres jóvenes sexualmente activos en Guatemala, un tercio en

El Salvador y dos quintos en Honduras habían tenido dos o más parejas sexuales en los últimos 12 meses. En el caso de las mujeres, en los dos países que disponían de datos, Nicaragua y Honduras, estas proporciones son apenas de 1%. Aunque es probable que en estos datos auto-informados influya el sesgo de conveniencia social (exageración de actividad sexual en los hombres y ocultamiento, en las mujeres),²⁷ el tamaño y similitud de la brecha de género entre los países sugieren que hay diferencias reales de género, aun si éstas son menos amplias que lo reportado.

Las uniones consensuales predominan en gran parte de la región

Entre la gente joven en unión, en tres de los cuatro países que aquí se examinan, importantes mayorías viven en uniones consensuales (69–79%), en vez de matrimonios formales (22–31%).¹ La excepción es Guatemala, en donde una ligera mayoría de hombres y mujeres de 15–24 años están formalmente casados. Debido a que las uniones consensuales carecen de puntos de referencia formales de inicio en términos de ceremonias o contratos legales, los datos de encuestas relacionados con la fecha de la primera unión deben ser interpretados con precaución.

Aunque no hay grandes diferencias entre los dos tipos de unión en cuanto a si la relación y los hijos tenidos son reconocidos como legítimos o no, hay sin embargo otras diferencias importantes. Se ha documentado que las uniones consensuales tienden a conllevar menos prestigio que los matrimonios formales, y son más comunes entre mujeres menos educadas y más pobres.²³ Esas uniones se caracterizan comúnmente por una menor responsabilidad masculina en el mantenimiento de los niños y la familia; y las uniones informales con frecuencia están asociadas con bajos niveles de autonomía femenina.

De hecho, se reconoce que las uniones consensuales son menos estables que las uniones formales y, por lo tanto, tienen mayor probabilidad de conducir a hogares pobres y encabezados por mujeres. Por otra parte, dadas las altas tasas de migración masculina, las uniones consensuales pueden significar que las mujeres tengan la libertad de formar nuevas uniones consensuales cuando sus parejas masculinas están ausentes por largos períodos.

La mayor inestabilidad de las uniones consensuales, al menos en Nicaragua y Honduras, es aparente en las encuestas representativas a nivel nacional usadas en este informe: en esos dos países, incluso a una edad relativamente temprana (15–24), la proporción que actualmente vive en unión es aproximadamente una quinta parte menor que la que alguna vez ha vivido en unión.¹ En contraste, parece que hay un número menor de disoluciones de uniones en Guatemala, en donde predominan los matrimonios formales sobre los informales (la proporción que actualmente vive en unión es solamente 8% menor que la proporción que alguna vez ha vivido en unión).



Embarazo y maternidad tempranos

La maternidad temprana puede estar acompañada de una variedad de consecuencias potenciales adversas. En Guatemala, por ejemplo, tener un parto durante la adolescencia se asocia de manera significativa con una prolongada y arraigada pobreza en las mujeres que de antemano son pobres y con una fecundidad final más alta.³⁶ Dar a luz durante la adolescencia también está vinculado con un menor logro educativo; pues, frecuentemente, las mujeres jóvenes no pueden terminar sus estudios una vez que se embarazan o tienen un hijo. Además, las consecuencias de un parto para la salud pueden ser sustanciales para las adolescentes más jóvenes, cuyos cuerpos todavía no han madurado físicamente.³⁷

A pesar de estas consecuencias, tener un hijo poco después del matrimonio y durante la adolescencia, es una norma social en los cuatro países del estudio. Para muchas mujeres, especialmente las más pobres, la decisión de tener un bebé durante la adolescencia surge después de que ya han abandonado la escuela y resulta parcialmente de las expectativas y presiones culturales junto con la ausencia de oportunidades educativas y de empleo. Muchas adolescentes no conocen otra opción y anhelan tener un hijo para complacer a su pareja, mejorar su condición al llenar el rol de la maternidad, o escapar de una situación insostenible en el hogar de sus padres.³⁸

No obstante, a pesar de la aceptación general y apoyo para la maternidad temprana, muchas mujeres jóvenes quedan embarazadas antes de lo que desean. Para las mujeres adolescentes casadas, usualmente es el segundo embarazo el que se reporta como no planeado (i.e., ya sea imprevisto o no deseado). Para las mujeres adolescentes solteras, el embarazo no planeado es especialmente problemático, dada la incertidumbre del apoyo del padre del hijo, y de las limitadas oportunidades que tienen las muje-

res jóvenes de continuar la escuela y encontrar un trabajo una vez que se convierten en madres.

Centroamérica tiene la fecundidad adolescente más alta de Latinoamérica

Aquí nos enfocamos en el embarazo sólo en adolescentes menores de 20 años, debido a que las repercusiones de la maternidad temprana se concentran en este grupo más joven.³² Sin embargo, es notable que, en estos cuatro países, 59–64% del total de mujeres de 20–24 años haya tenido un hijo.^{39–42} Los nacimientos de jóvenes de 15–19 años representan un quinto de todos los nacimientos en Guatemala y Honduras, y aproximadamente un cuarto en Nicaragua y El Salvador (para todos los datos de las encuestas presentados en este capítulo, ver el Cuadro 3 del Apéndice, página 46).⁴³ Según datos nacionales, cada año hay 102–119 nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15–19 años en estos cuatro países (Cuadro 4.1).^{39–42} Estas tasas de fecundidad adolescente exceden por mucho el promedio regional latinoamericano de 76 por 1,000, y corresponden o superan el promedio para África (103 por 1,000).³⁰

Una importante tendencia positiva es que las tasas de fecundidad adolescente han estado disminuyendo a lo largo de los últimos 15 años. Las disminuciones anuales, que alcanzan, en promedio, de 1.0% a 1.5%, comenzaron a fines de los años ochenta y continuaron medio camino dentro de la primera década de los años dos mil (Cuadro 4.1). Sin embargo, debido a la alta fecundidad en el pasado reciente, ahora simplemente hay más mujeres adolescentes en la población, por lo que las cifras de nacimientos anuales en adolescentes o no han cambiado (e.g., un nivel constante de 34,000–35,000 en Nicaragua⁴⁴) o incluso han aumentado (de 57,000 a 72,000 en Guatemala⁴⁵).

No obstante, a pesar de las disminuciones en la fecundidad global de adolescentes, el momento de los primeros nacimientos—i.e., la proporción de mujeres que tienen su primer nacimiento durante la adolescencia—no ha cambiado mucho a través de las últimas décadas. Por ejemplo, en El Salvador, Guatemala y Honduras, comparando las mujeres que ahora tienen de 20–24 años con las que tienen de 40–44, la proporción de las que tuvieron su primer hijo antes de cumplir los 18 años es aproximadamente la misma (un cuarto); y también hubo poco cambio en El Salvador y Honduras, en la proporción de las que lo tuvieron antes de los 20 años (cerca de la mitad en ambas cohortes; Gráfico 4.1, página 20).^{23,46–48} El momento de los primeros embarazos cambió un poco más en Nicaragua (en donde la proporción que dio a luz durante la adolescencia disminuyó en ocho puntos porcentuales a lo largo de las pasadas dos décadas) y en Guatemala (caída de cinco puntos porcentuales).

El hecho de que la fecundidad adolescente haya disminuido mientras que la proporción de mujeres que tienen su primer embarazo durante la adolescencia se haya estancado, se explica en gran parte por la disminución en la proporción de mujeres que tienen segundos embarazos durante sus años adolescentes. Comparando los datos de la distribución de las jóvenes de 15–19 años por el número de hijos, esto muestra cómo la proporción con dos hijos ha disminuido a través del tiempo. En el caso de El Salvador, por ejemplo, en 1985 mientras 21% de las casadas de 15–19 años habían tenido dos hijos,⁴⁹ la proporción comparable en 2002–2003 fue de 12%.⁴⁰ De manera similar, en Honduras, 17% de las casadas de 15–19 años entrevistadas en 1996 habían tenido dos hijos,⁵⁰ comparadas con 9% de las entrevistadas en 2005–2006.⁴² (Aunque sería mejor citar datos de una encuesta aún más temprana, no se cuenta con datos comparables de Honduras para mediados de la década de los ochenta).

¿Por qué los primeros embarazos tempranos todavía son tan frecuentes en Centroamérica, especialmente si se consideran las importantes tendencias hacia una urbanización mayor y niveles educativos más altos? Parte de la respuesta está en la persistente, e incluso cada vez más grave pobreza, y en las normas tradicionales que todavía avalan fuertemente las uniones tempranas y la expectativa de que la maternidad seguirá poco tiempo después. Las jóvenes pueden estar casándose un poco más tarde, pero están teniendo su primer hijo casi inmediatamente después. Respuestas adicionales podrían incluir la falta de oportunidades disponibles para las jóvenes diferentes a la maternidad, y a que nuestra medida de educación capta un nivel educativo aún relativamente bajo (solamente algún grado de secundaria). Las tendencias en la entrada a la maternidad es un tema que definitivamente debe investigarse más.

La proporción de mujeres que son madres adolescentes es invariablemente mayor en las áreas rurales que en las urbanas, pues predominan en las primeras los arraiga-

CUADRO 4.1

Número de nacidos vivos por año por 1,000 mujeres de 15–19 años, y porcentaje anual de disminución por país, de acuerdo con el período de referencia

	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua
Finales de los 80	125	139	132	149
Mediados de los 90	124	126	136	158
Finales de los 90	116	117	137	130
Comienzos de la década de 2000	104	114	102	119
Promedio anual de disminución porcentual, finales de los 80s y comienzos de la década de 2000	1.12	1.20	1.52	1.34
Promedio anual de disminución porcentual, mediados de los 90s y comienzos de la década de 2000	1.70	1.36	2.63	2.90

Fuentes El Salvador—FESAL 2002–2003 (Tabla 4.1); Guatemala—ENSMI 1987, ENSMI 1995, ENSMI 1998/99 y ENSMI 2002; Honduras—ENESF 1991/92, ENESF 1996, ENESF 2001 y ENDESA 2005–2006; y Nicaragua—ESF 1992/93, ENDESA 1998 y ENDESA 2001.

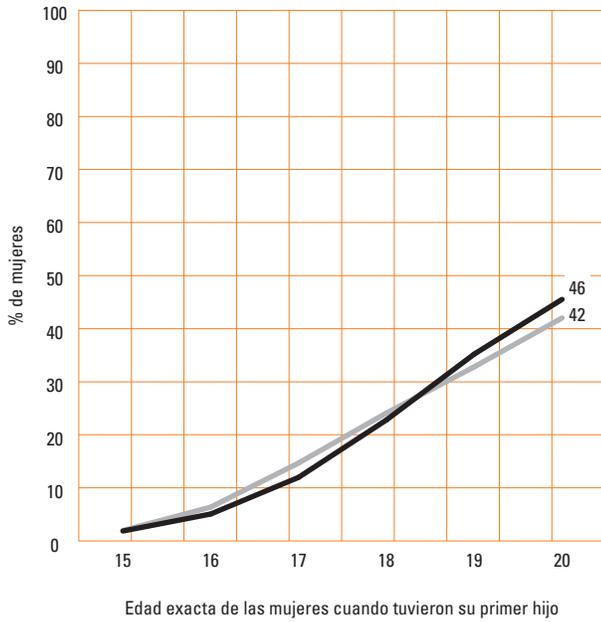
dos roles tradicionales de género que reducen los costos de oportunidad de ser una madre adolescente. Mientras que, en estos cuatro países, 49–62% de las mujeres rurales dan a luz antes de cumplir 20 años, las proporciones comparables en las mujeres urbanas son de 35–40%.⁴³ De manera similar, la proporción de las que dan a luz siendo adolescentes se reduce conforme se eleva el nivel socioeconómico de la joven (i.e., 60–68% de las mujeres jóvenes en los más bajos niveles socioeconómicos dan a luz antes de los 20 años, comparado con 25–32% en el grupo más alto; Gráfico 4.2, página 21).

El logro educativo crea una brecha igual en las proporciones de mujeres que dan a luz siendo adolescentes: en las jóvenes que han tenido alguna educación secundaria, solamente 22–29% tuvo su primer nacimiento antes de los 20 años, comparado con 58–70% de quienes tenían menos estudios.⁴³ Como se ha demostrado en otras partes del mundo en desarrollo,²⁹ conforme las mujeres avancen aún más en su nivel de estudios y crezca el número de mujeres con educación en la población en general, estos países centroamericanos probablemente también verán, a nivel nacional, aumentos en la proporción de mujeres que retrasan tanto el matrimonio como el embarazo. Es sorprendente, sin embargo, que las mejoras recientes en la educación parecen haber tenido tan poco impacto a nivel

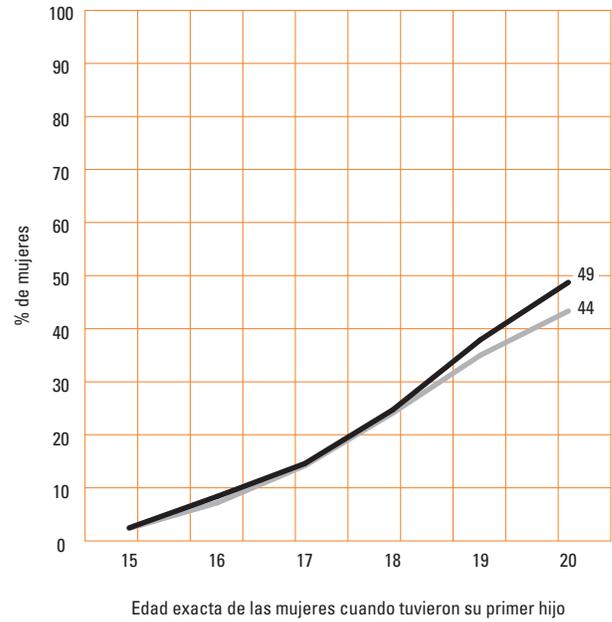
GRÁFICO 4.1

En tres de los cuatro países, la proporción de mujeres que son madres a cada edad de la adolescencia, casi no ha cambiado en las pocas décadas pasadas.

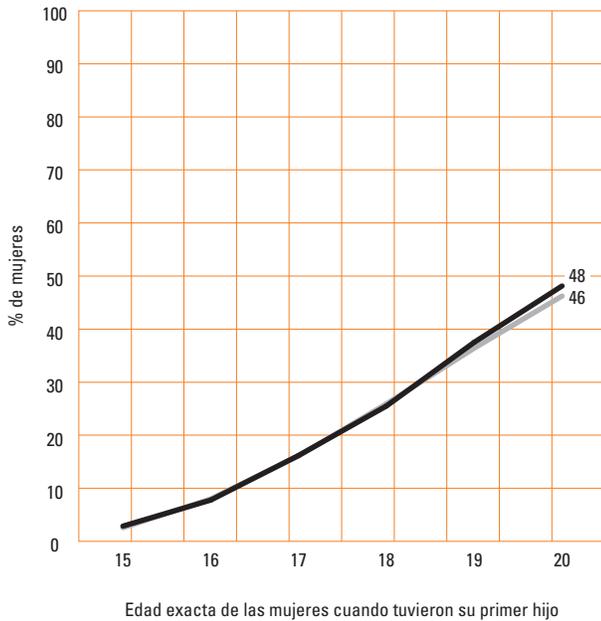
EL SALVADOR



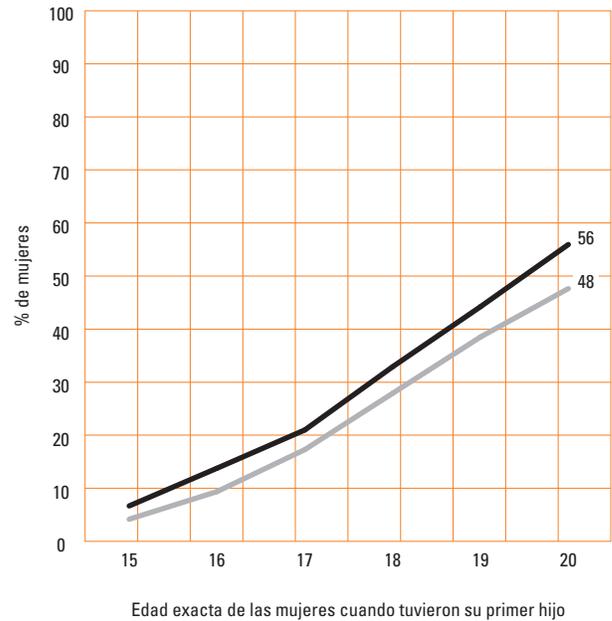
GUATEMALA



HONDURAS*



NICARAGUA



— 40-44
— 20-24

— 40-44
— 20-24

Nota *Los datos provienen de la encuesta 2005-2006.
Fuentes Referencias 23, 46-48.

nacional en el momento de los primeros embarazos. En Guatemala y El Salvador, por ejemplo, las proporciones de mujeres de mayor educación (aquellas con al menos siete años de escolaridad) que dan a luz antes de los 20 años son casi idénticas hoy a las que había hace dos décadas (i.e., 28–29% de las mujeres de mayor escolaridad en edades de 20–24 y 40–44 en El Salvador tuvieron su primer embarazo siendo adolescentes,²³ tal y como sucedió con 22–23% de las mujeres similares en Guatemala⁴⁶).

El uso de los servicios de salud materna e infantil es desigual

Cualquiera que sea la edad de la madre, un espaciamiento adecuado entre los embarazos y la atención prenatal son cruciales para la salud de madre e hijo. Actualmente, el intervalo que en promedio separa el primero y segundo embarazo en cada uno de los países en estudio es mayor que el recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que las mujeres esperen al menos 24 meses antes de intentar otro embarazo (lo que se traduce en intervalos de aproximadamente 36 meses entre nacimientos vivos).⁵¹ Los segundos nacimientos siguen a los primeros en intervalos que varían desde promedios nacionales de 26 meses en Guatemala a 31 meses en Honduras y El Salvador,⁴³ y es probable que sean aún más cortos en mujeres que están en desventaja debido a su origen étnico o nivel educativo o socioeconómico.

Aunque en el pasado reciente la cobertura de atención prenatal y del parto ha mejorado indudablemente como resultado de los esfuerzos para abordar las altísimas razones de mortalidad materna, la mortalidad tanto materna como infantil es todavía persistentemente elevada, en particular en los subgrupos de mujeres en desventaja, quienes viven lejos de los servicios o cuyos valores culturales las hace más propensas a desear dar a luz en casa con la ayuda de comadronas tradicionales. Por ejemplo, en Guatemala, la razón de mortalidad materna es tres veces más alta en mujeres indígenas que en las no indígenas.⁵²

En los cuatro países de estudio, 68–87% de mujeres de 15–24 años habían recibido algún tipo de atención prenatal profesional en su último embarazo.⁴³ (Carecemos de una medida más apropiada para saber si estas mujeres llevaron a cabo el número recomendado de visitas *profesionales* de atención prenatal, que usualmente es un mínimo de cuatro o cinco, según lo especifiquen los ministerios de salud en esos países³). Sin embargo, la cobertura de la atención prenatal es preocupantemente baja en algunos subgrupos de mujeres jóvenes, como las mujeres indígenas en Guatemala (54%).⁴⁵ Además, las jóvenes guatemaltecas tienen aún menor probabilidad de recibir atención profesional durante el parto que atención prenatal: sólo 52% del total de madres guatemaltecas jóvenes dan a luz con asistencia profesional, aunque 71% reciben alguna atención prenatal profesional. La tasa de partos atendidos profesionalmente llega a las tres cuartas partes en los restantes tres países.⁴³

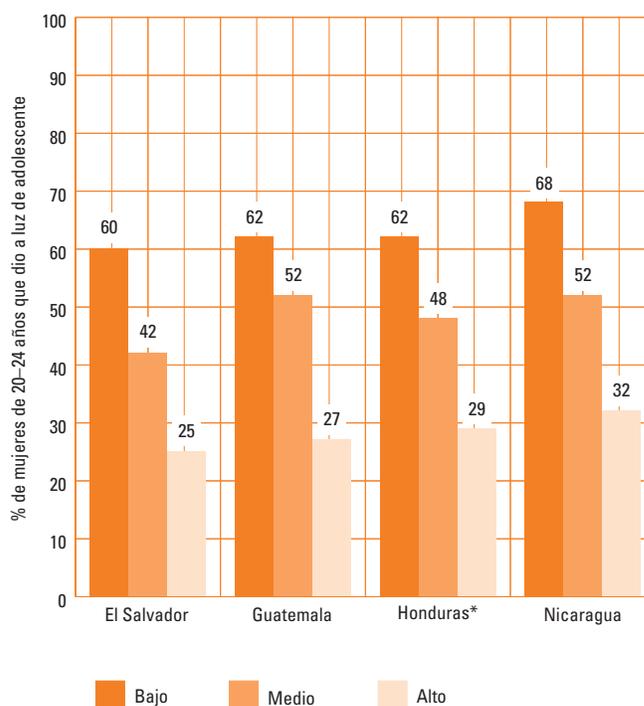
Muchos de los nacimientos tempranos son no planeados

De la tercera parte (Guatemala) a la mitad (Honduras) de los nacimientos en adolescentes en los últimos cinco años fueron caracterizados por las madres como no planeados, ya sea inesperados (lo que significa que eran deseados pero llegaron demasiado pronto) o no deseados.⁴³ Las tasas de nacimientos no planeados fueron solamente un poco menores en mujeres jóvenes dentro del grupo de edad de 15–24 años.

La proporción de nacimientos tempranos que son no planeados parece haber aumentado marcadamente en los últimos años, especialmente en Nicaragua. Por ejemplo, apenas en 1998, 26% de los nacimientos vivos de adolescentes en ese país en los cinco años anteriores a la encuesta, fueron no planeados;⁴⁴ para 2001, esa propor-

GRÁFICO 4.2

Las mujeres de bajo nivel socioeconómico* tienen mucho más probabilidad que sus contrapartes de alto nivel, de dar a luz antes de los 20 años.



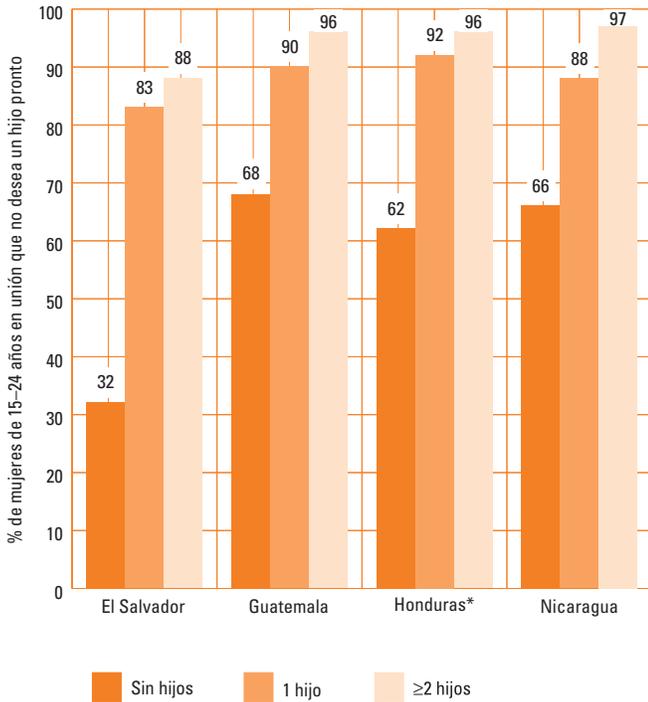
Notas *El nivel socioeconómico está basado en un índice de bienes y servicios y en las características de los hogares.

†Los datos provienen de la encuesta de 2005–2006.

Fuente Referencia 43.

GRÁFICO 4.3

Al menos 80% de las mujeres jóvenes en unión desean aplazar su próximo nacimiento una vez que han tenido un hijo.



Nota *Los datos provienen de la encuesta de 2005–2006.
Fuente Referencia 43.

ción llegó a 45%.⁴³ Incrementos más pequeños ocurrieron en El Salvador (aumento de un cuarto, de 34% en 1998⁵³ a 43% en 2003⁴³); en Guatemala (aumento de un quinto, de 24% en 1995 a 29% en 2002⁴⁵); y en Honduras (aumento de un quinto, de 40% en 2001 a 47% en 2005–2006⁴³).

Otra forma de mirar la situación es examinando la tasa de nacimientos no planeados por cada 1,000 mujeres de 15–19 años, una medida que relaciona la proporción de nacimientos recientes no planeados con las tasas de fecundidad por edad específica. La tasa de nacimientos no planeados tuvo su mayor incremento en Nicaragua (de 34 por 1,000 mujeres de 15–19 años en 1998⁵⁴ a 54 en 2001⁴⁷); aumentó moderadamente en El Salvador^{23,55} y Guatemala;^{46,56} y en efecto disminuyó un poco en Honduras (porque el descenso en la tasa de fecundidad total adolescente sobrepasó el descenso en la proporción de nacimientos no planeados en adolescentes en ese país).^{48,57} En resumen, las tasas actuales significan que los números de nacimientos no planeados que tienen las adolescentes cada año en estos países—de 33 por 1,000 en Guatemala a 54 en Nicaragua—continúan inaceptablemente altos.

Las altas proporciones y tasas de nacimientos no planeados sugieren que las jóvenes no están teniendo éxito en

aplazar un primer nacimiento o posponer un segundo. Es más, cuando se pregunta a las jóvenes de 15–24 años, tanto en unión como solteras, sobre sus deseos actuales de tener un hijo, son sustanciales las mayorías (78–89%) en cada país que afirman que no quieren tener un hijo en por lo menos dos años.⁴³ Congruentemente con un clima de machismo—en el cual los hombres son alentados a probar su virilidad procreando los hijos y las mujeres deben sufrir la carga de los costos de oportunidad de la maternidad—la proporción de hombres que desean posponer los nacimientos es mucho menor (i.e., 50% en Honduras y 69–83% en los otros tres países).

Como lo sugiere el hallazgo general de que los segundos nacimientos de mujeres jóvenes han comenzado a declinar mas no cambió el momento de los primeros nacimientos (excepto en Nicaragua), el deseo de posponer un segundo hijo es generalmente más fuerte que el deseo de aplazar un primer hijo.⁴³ Esto es especialmente cierto en El Salvador, en donde solamente 32% de las mujeres salvadoreñas en unión sin hijos desean posponer un primer nacimiento, pero 83% de las que ya han tenido un hijo no desean tener otro pronto; en los otros tres países, 62–68% desean posponer el primer nacimiento y 88–92% desean posponer el segundo (Gráfico 4.3). Estos hallazgos son consistentes con los patrones culturales generales de las uniones tempranas y presión social para concebir poco después de establecerlas.

Relativamente pocas adolescentes tienen hijos fuera de una unión

Aunque el hecho de dar a luz siendo adolescente fuera de una unión continúa siendo raro en la región, en al menos un país—El Salvador—cerca de una décima parte de las jóvenes de 20–24 años tuvieron un nacimiento fuera del matrimonio o unión libre siendo adolescentes. En los restantes tres países, solamente 4–5% de las mujeres de 20–24 años lo han hecho.⁴³ La evidencia sugiere que las concepciones premaritales precipitan algunas uniones: aproximadamente una décima parte de los primeros nacimientos de mujeres de 15–24 años, en los cuatro países, ocurren antes de los siete meses después de haber establecido la unión.

Sin embargo, cuando el matrimonio no es una opción, la ocurrencia de tales embarazos no planeados puede ser problemático, dado el clima legal de restricciones severas, si no totales, que gravitan sobre el aborto en esos países. La ley en Honduras, Nicaragua y El Salvador prohíbe todo tipo de abortos inducidos, aun los necesarios para salvar la vida de una mujer embarazada;⁵⁸ en teoría, el código penal de Guatemala permite los abortos terapéuticos cuando la vida de la mujer está en peligro;⁵⁹ pero, en la práctica, muy pocos abortos legales se realizan en ese país.

Aunque carecemos de datos específicos para la región sobre la frecuencia y seguridad de los abortos de mujeres jóvenes, sabemos que, en general, las mujeres jóvenes tie-

nen mayor probabilidad que las de mayor edad de someterse a procedimientos que resultan en complicaciones;⁶⁰ debido tanto a que las mujeres jóvenes tienen menor capacidad para pagar a un proveedor capacitado, como a que tienden a retrasar el procedimiento hasta una etapa más tardía del embarazo.^{37,61,62} Además, el temor a revelar su embarazo lleva a mayores proporciones de mujeres jóvenes que adultas a no buscar tratamiento para atender las complicaciones, lo cual aumenta aún más el peligro para su salud.⁶³

A pesar de los peligros, es probable que muchas mujeres jóvenes solteras obtengan un aborto inseguro como último recurso. (En este contexto legal, las mujeres casadas también recurren a los abortos clandestinos, aunque a tasas mucho menores⁶⁰). Las estimaciones de la OMS para la región de América Latina y el Caribe en conjunto, sugieren que 43% de todos los abortos en la región ocurre en mujeres de 15–24 años.⁶⁴ La tasa estimada en mujeres de 20–24 años, de 43 abortos por 1,000 mujeres, es más alta que la tasa de todos los otros grupos de edad, incluyendo el de las adolescentes (20 por 1,000). Estas tasas son bastante más altas que las de muchos países que han legalizado el procedimiento;⁶⁵ y apuntan a la necesidad de una atención postaborto de alta calidad para limitar el daño en las mujeres jóvenes causado por los abortos clandestinos inseguros.

Según un estudio reciente que empleó técnicas de estimación indirecta para evaluar la incidencia del aborto en Guatemala, los abortos parecen ser especialmente inseguros en ese país: se estima que cerca de tres quintos (59%) de los 65,000 abortos inducidos en 2003 condujeron a complicaciones lo suficientemente serias para justificar la hospitalización.⁶⁶ La tasa de aborto de Guatemala para 2003, que fue estimada parcialmente sobre la base de esa tasa de complicaciones, fue de 24 procedimientos por 1,000 mujeres en edad reproductiva (de 15–49 años).⁶⁷

Las jóvenes hondureñas han logrado importantes avances

En el corto período entre las dos más recientes encuestas de salud reproductiva conducidas en Honduras—la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar 2001¹ y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005–2006²—ocurrieron algunos cambios positivos importantes, especialmente en la actividad sexual, conducta anticonceptiva y maternidad de las adolescentes. Debido a la preocupación, aún no resuelta, sobre la calidad de los últimos datos sobre fecundidad, no podemos decir si todo el cambio en fecundidad es real, pero los cambios en otras medidas son probablemente confiables. Aquí comentamos algunos cambios importantes—cambios que son relativamente grandes para el corto período transcurrido entre las encuestas y es improbable que sean resultados de diferencias en los cuestionarios o en la calidad de los datos proporcionados por las encuestadas.

Primero, de 2001 a 2005–2006, la proporción de mujeres de 15–19 años que había tenido alguna vez relaciones sexuales, disminuyó cerca de siete puntos porcentuales. Además, debido a que la proporción de adolescentes solteras sexualmente activas no cambió, la disminución en la proporción de todas las jóvenes sexualmente activas se debió a la disminución en la proporción de las que viven en unión legal o consensual.

El uso de métodos modernos aumentó en cerca de un tercio entre las mujeres solteras sexualmente activas de 15–24 años (de 30% a 39%). El aumento en el uso entre las mujeres unidas y entre todas las mujeres

sexualmente activas fue un tanto menor en magnitud (aproximadamente seis puntos porcentuales para cada grupo, un aumento de 16% en el período entre las encuestas).

La mayor parte de esa prometedora respuesta en el uso de métodos modernos se debe a una creciente confianza en las inyecciones. Por ejemplo, el uso de inyecciones casi se duplicó en mujeres unidas de 15–19 años de edad, pasando de 13% a 22%; y también aumentó entre las unidas de 20–24 años, pasando de 17% a 22%. Este aumento en el uso de métodos altamente efectivos parece haber tenido efectos tangibles en la maternidad adolescente: la proporción de mujeres de 15–19 años que había tenido alguna vez un hijo, bajó seis puntos porcentuales en los pocos años entre las encuestas; y la proporción con dos o más hijos también bajó.

Sin embargo, se necesita hacer más para ayudar a las adolescentes a evitar los embarazos que no desean tener. Aunque la necesidad insatisfecha de métodos modernos disminuyó entre todas las mujeres adolescentes y especialmente entre aquellas en unión, la necesidad apenas disminuyó entre las mujeres adolescentes solteras. Este estancamiento sugiere que los deseos de las adolescentes solteras para prevenir el embarazo están superando su capacidad de obtener métodos modernos, y demanda esfuerzos más intensos con el fin de ayudar a las adolescentes solteras a superar las enormes barreras sociales y logísticas para tener acceso a los servicios.



Prevención del embarazo no planeado

Tomando en cuenta que tantas personas jóvenes afirman que desean posponer el tener un hijo, ¿cuántas actúan conforme a esas preferencias practicando la anticoncepción? Si no lo hacen, ¿cuáles son sus principales razones para exponerse a los riesgos de un embarazo no planeado? ¿Es la educación un factor que motive a prevenir un embarazo y un factor mediador al acceso a los anticonceptivos y su uso? ¿Qué tan limitante es la falta de disponibilidad y accesibilidad de servicios anticonceptivos y suministros en áreas rurales? y ¿qué tan importantes son otros factores?

Altos niveles de conocimiento no significan altos niveles de uso

Resulta alentador que los niveles de conocimiento de los métodos anticonceptivos modernos sean extremadamente altos en los adolescentes (el grupo de edad para el cual son más factibles las intervenciones educativas, dado que es probable que todavía asistan a la escuela). Casi todos los hombres y mujeres adolescentes en Nicaragua y Honduras, y las mujeres adolescentes en El Salvador,* conocen al menos un método anticonceptivo moderno† (para todos los datos de las encuestas presentados en este capítulo, ver el Cuadro 4 del Apéndice, página 47).⁶⁸ En Guatemala, la proporción de quienes están familiarizados con un método moderno, si bien todavía alta, es algo más baja (90% de hombres y 85% de mujeres, respectivamente).

El haber oído de un método moderno, sin embargo, no significa necesariamente que la gente joven comprenda plenamente cómo funcionan los métodos o la forma en que la actividad sexual puede conducir al embarazo. De hecho, casi un tercio de las mujeres de 15–24 años en El Salvador (29%), Guatemala (33%) y Honduras (28%) que alguna

vez estuvieron embarazadas, no creían que podían quedar embarazadas la primera vez que lo estuvieron.³

La situación del uso de anticonceptivos es bastante diferente del conocimiento. Entre los jóvenes que viven en unión, hay poca diferencia en el uso de métodos modernos por género, lo cual sugiere que tanto hombres como mujeres reportan con precisión su conducta a nivel de pareja. A excepción de Guatemala, el nivel de uso de métodos modernos por las personas jóvenes casadas, generalmente varía de 36–41% en Honduras a 55–58% en Nicaragua.⁶⁸ En Guatemala, sin embargo, menos de una cuarta parte de los jóvenes que viven en unión usan un método moderno. Este hallazgo se explica parcialmente por la excepcionalmente baja prevalencia en la enorme población indígena del país (apenas 8–10% de los indígenas casados de 15–24 años usan un método).²⁴

El uso anticonceptivo varía ampliamente con la paridad, dado que las mujeres jóvenes en estos cuatro países tienen más probabilidad de usar un método para aplazar un

*Aunque es probable que el nivel de conocimiento de métodos modernos de los hombres salvadoreños se aproxime o aun exceda el de las mujeres salvadoreñas, la pregunta que evalúa este conocimiento en el cuestionario masculino es tan diferente que produjo datos no comparables con los del cuestionario femenino.

†Los métodos modernos se refieren a la píldora, DIU, inyecciones, implantes, esterilización masculina y femenina, métodos vaginales (diafragma y espermicidas en la forma de tabletas vaginales, espuma o jaleas), el condón masculino y, en algunas encuestas, el condón femenino y las píldoras de anticoncepción de emergencia. Algunas encuestas primero preguntaron por el conocimiento espontáneo y luego apuntaron al conocimiento inducido de las personas entrevistadas; otras solamente preguntaron sobre el conocimiento inducido. No todos los métodos fueron mencionados específicamente en cada encuesta. Por ejemplo, de los nueve cuestionarios individuales, sólo tres mencionaron el condón femenino (en Nicaragua, la ENDESA 2001 realizada con mujeres y, en Guatemala, la ENSMI 2002 con mujeres y la ENSM 2002 con hombres).

segundo embarazo (43–68%) que para prevenir un primero (9–33%).⁶⁸ En los cuatro países, el uso de anticonceptivos en las jóvenes casadas que todavía no han tenido un hijo es actualmente más alto en Nicaragua, un hecho que es consistente con la distinción de ese país por ser el único en el que la maternidad antes de los 20 años ha estado disminuyendo con el tiempo.⁴³

Posiblemente como reflejo de las barreras sociales que enfrentan las mujeres solteras y sexualmente activas para obtener servicios de planificación familiar especializados, el uso de métodos efectivos en ellas es considerablemente menor que el de las mujeres casadas (i.e., 30–38% vs. 41–58%, excluyendo Guatemala, que carece de una muestra lo suficientemente grande para permitir el análisis). La situación para los hombres es bastante diferente y varía entre los países.

Aunque los hombres jóvenes sexualmente activos tienen más probabilidad de ser solteros que las mujeres similares, casi las mismas proporciones de solteros que de solteras usan un método moderno. Sólo en El Salvador, los solteros tienen mucha más probabilidad que las solteras de estar practicando la anticoncepción (50% vs. 32%).⁶⁸ Sin embargo, el uso específico del condón representa una situación diferente, pues los hombres solteros tienen más probabilidad que las mujeres solteras de haber usado ese método la última vez que tuvieron relaciones sexuales. (Ver página 29 para consultar datos detallados sobre el uso del condón en la última relación sexual entre quienes fueron sexualmente activos el año anterior, una medida diferente que el uso actual). Estos promedios nacionales entre jóvenes tanto casados como solteros, ocultan las amplias variaciones en la prevalencia por subgrupo, dado que los niveles de uso de métodos modernos son marcadamente más bajos en mujeres que están en desventaja debido a su menor nivel socioeconómico, menor logro educativo, origen étnico indígena y residencia en las áreas rurales menos desarrolladas e insuficientemente atendidas. En Guatemala, por ejemplo, la prevalencia de métodos modernos en mujeres jóvenes casadas es de 38% en áreas urbanas, pero sólo de 19% en áreas rurales,²⁴ mientras que en Honduras, las tasas correspondientes en 2001 fueron de 50% y 35%, respectivamente.²⁵ En Nicaragua, país con la mayor prevalencia de uso en general, el diferencial rural-urbano es menor (sólo siete puntos porcentuales).²⁶

Pocos métodos componen la mezcla de métodos disponibles

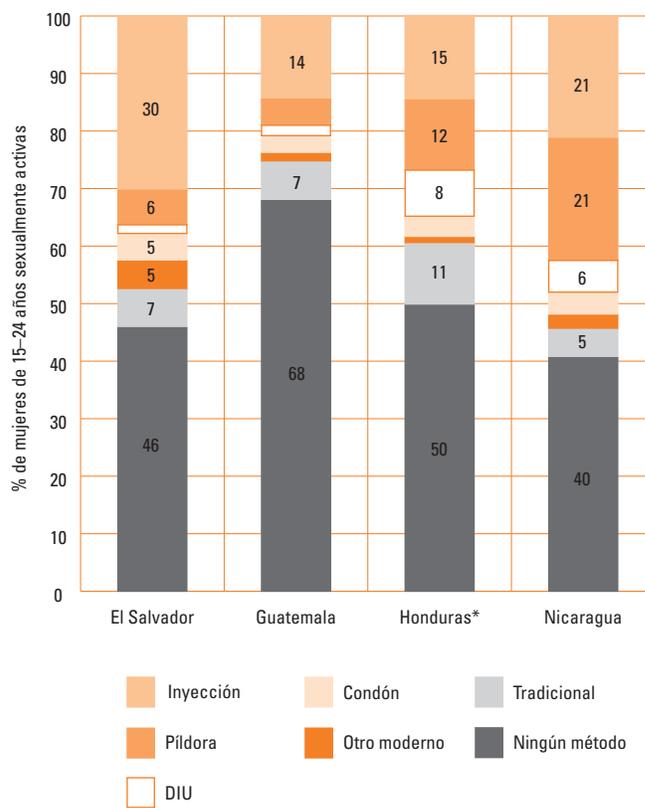
La mezcla de métodos modernos usados por la gente joven, la cual tiene implicaciones para la continuidad y eficacia del uso de anticonceptivos, varía según el país. El uso en mayor o menor grado de uno u otro método anticonceptivo, refleja una variedad de aspectos, entre ellos la disponibilidad de los métodos específicos en el programa nacional, patrones de suministro, especificaciones del financiamiento, preferencias de los proveedores, creen-

cias culturales prevalecientes (e.g., una tradición de confianza en las medicinas inyectables) y las calidades de los métodos específicos, tales como la facilidad de ocultarlos, lo que puede ser importante en un ambiente social que relaciona el uso de anticonceptivos con la infidelidad o con conductas consideradas indecorosas.

Las inyecciones predominan en Guatemala, en donde la prevalencia general de métodos modernos es más baja que en los otros países (Gráfico 5.1).^{23,46,47,57} Los métodos menos efectivos (tradicionales), principalmente el ritmo y el retiro, son también comúnmente usados en ese país. En El Salvador, las mujeres jóvenes también dependen de manera exagerada en las inyecciones, aunque al doble de la tasa en Guatemala (30% vs. 14%). En contraste, la mezcla de métodos en Nicaragua y Honduras es más variada: unas proporciones sustanciales y casi iguales usan las inyecciones y la píldora, y una notable minoría usa el DIU. En Honduras, el uso de las inyecciones aumentó considerablemente entre 2001 y 2005–2006 (de 15%⁵⁷ a 20%;⁴⁸ ver recuadro sobre cambios recientes en el uso anticonceptivo en Honduras, página 23).

GRÁFICO 5.1

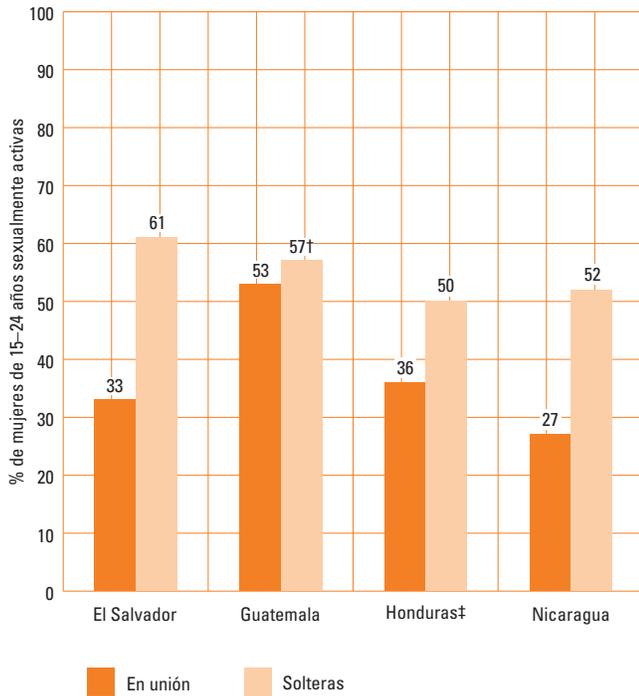
De una cuarta parte hasta la mitad de las mujeres de 15–24 años sexualmente activas usan métodos anticonceptivos modernos.



Nota *Los datos provienen de la encuesta de 2001.
Fuentes Referencias 23, 46, 47 y 57.

GRÁFICO 5.2

Las solteras y sexualmente activas tienen más probabilidad que las en unión de tener una necesidad insatisfecha* de anticoncepción moderna.



Notas * Las mujeres tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna si son sexualmente activas, son fértiles y no desean un hijo pronto o no desean más y no están usando un método moderno.
 † El N no ponderado es de 46, por lo tanto los resultados deben ser interpretados con precaución.
 ‡ Los datos provienen de la encuesta de 2005–2006.
Fuente Referencia 68.

Los métodos que usa la gente joven también están inexorablemente vinculados a la facilidad con la que pueden obtenerlos. En estos países, en donde la píldora y las inyecciones están disponibles sin receta médica y en donde las personas jóvenes prefieren la conveniencia y anonimato de las farmacias,⁶⁹ una notable proporción obtiene sus métodos en farmacias o droguerías. La proporción de personas jóvenes que obtienen métodos en estas fuentes varía de una consistente quinta parte de las mujeres que usan métodos modernos a 35–62% en hombres similares.*⁶⁸

La necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna es alta

Dados los relativamente altos niveles de nacimientos no planeados en la subregión—de 27% de nacimientos en mujeres de 15–24 años en Guatemala, a 49% en Honduras⁴³—es claro que la actual práctica anticonceptiva no está suficientemente generalizada como para dar lugar a que las mujeres eviten los embarazos que no desean tener. El concepto de necesidad insatisfecha⁴ es

una herramienta útil para estimar la necesidad de servicios anticonceptivos que tiene la gente joven para lograr sus metas reproductivas. Como podría esperarse en países en donde se desalienta el uso de servicios anticonceptivos por las mujeres no casadas,⁷⁰ entre las de 15–24 años la necesidad insatisfecha es invariablemente más alta en las mujeres solteras que en las casadas (Gráfico 5.2).⁶⁸ En general, en el total de mujeres jóvenes sexualmente activas, la mayor necesidad insatisfecha se da en Guatemala (53%) y la más baja en Nicaragua (31%).

La necesidad insatisfecha de un método moderno es usualmente más alta en adolescentes que en personas de 20–24 años y es especialmente elevada en mujeres *adolescentes solteras* en los tres países con información disponible (55% en Honduras y 64–66% en Nicaragua y El Salvador).⁶⁸ Aunque la necesidad insatisfecha es menor en las adolescentes casadas (de 30–41% en esos tres países y 50% en Guatemala), es todavía relativamente alta, lo que sugiere que muchas adolescentes casadas están en riesgo de embarazarse aun cuando no lo desean.

Además, la mayor necesidad se da usualmente en mujeres cuyo bajo nivel socioeconómico hace que el acceso y obtención de servicios sean especialmente difíciles. En Guatemala, por ejemplo, la necesidad insatisfecha de métodos modernos en personas casadas de 15–24 años, llega hasta 64% en personas del más bajo nivel socioeconómico en comparación con 37% en el grupo de mayor nivel. En los otros tres países, el diferencial por nivel socioeconómico no es tan grande.

Las mujeres enfrentan una multitud de obstáculos para el uso anticonceptivo

Numerosas barreras culturales y personales impiden que las mujeres jóvenes practiquen la anticoncepción. En los tres países con datos comparables, aproximadamente tres cuartas partes (67–83%) de las mujeres jóvenes sexualmente activas que no consiguen usar la anticoncepción, aducen razones que sugieren la necesidad de mejor información y más fácil acceso (Gráfico 5.3).^{23,46,57} Éstas incluyen las razones asociadas a un bajo riesgo percibido de embarazo (i.e., debido a que tienen relaciones sexuales poco frecuentes o porque están amamantando aun cuando el amamantamiento exclusivo, que es el que confiere la protección anticonceptiva, rara vez se practica); y razones relacionadas con los métodos, las cuales son susceptibles de intervención (i.e., falta de conocimiento sobre los métodos, falta de disponibilidad, alto costo, servicio inadecuado, preocupaciones por efectos colaterales y

*Las preguntas usadas en las encuestas de hombres no son estrictamente comparables, pues los cuestionarios utilizados en Nicaragua y El Salvador preguntaron en dónde obtuvieron los hombres un solo método—el condón—, mientras que los utilizados en Guatemala y Honduras preguntaban la fuente de cualquier método moderno.

†La necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna se define aquí como la proporción de mujeres sexualmente activas y fértiles que no desean un hijo durante al menos dos años, pero que no están usando un método moderno de anticoncepción.

molestias al usarlos). En términos de razones individuales (no mostradas en el gráfico), la más comúnmente citada en dos de los tres países (la excepción es Guatemala⁴⁶), es porque tienen relaciones sexuales poco frecuentes como para estar en riesgo (aducida por 32–42% de las mujeres de 15–24 años que habían tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses^{23,57}).* Este hallazgo no sorprende, dado el rechazo de las mujeres jóvenes a reconocer su actividad sexual y la creencia equivocada en la gente joven que la actividad sexual esporádica tiene poco o ningún riesgo de embarazo.⁷¹

La frecuencia con la que las mujeres adujeron razones erradas en términos de su verdadero riesgo de embarazo no planeado, apunta a la necesidad de una mejor educación sexual para informar a las mujeres jóvenes sobre el riesgo que supone cada relación sexual desprotegida y sobre la limitada protección que confiere el amamantamiento no exclusivo. El hecho de que tantas mujeres dijeran que no usaban métodos porque sus relaciones sexuales eran poco frecuentes, también sugiere que la anticoncepción de emergencia, la cual es raramente usada en la región,^{72,73} podría reducir el embarazo no planeado en jóvenes en estos países. De hecho, un estudio sobre actitudes hacia la anticoncepción de emergencia realizado en Honduras, encontró que la corta edad (15–19) estaba asociada significativamente con estar dispuesta a usar el método.⁷²

Aproximadamente una quinta parte de las personas no usuarias de métodos en los tres países citaron como su principal razón para privarse de la protección, la preocupación de que un método dañaría su salud.^{†23,46,57} Es esencial proporcionar a las mujeres jóvenes una gama de métodos tan amplia como sea posible, junto con información basada en hechos y actualizada sobre los efectos colaterales potenciales de cada método, así como consejería y servicios de seguimiento para que puedan tomar decisiones informadas sobre cómo proteger su salud.

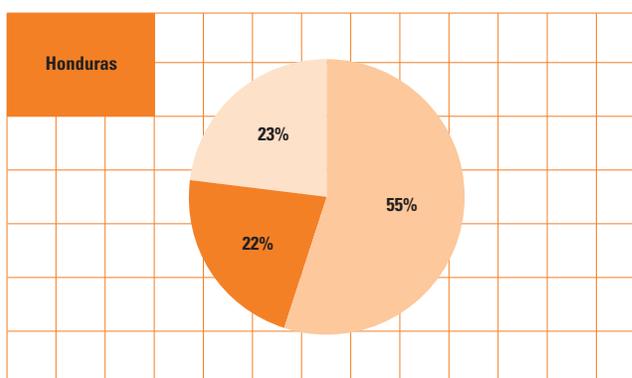
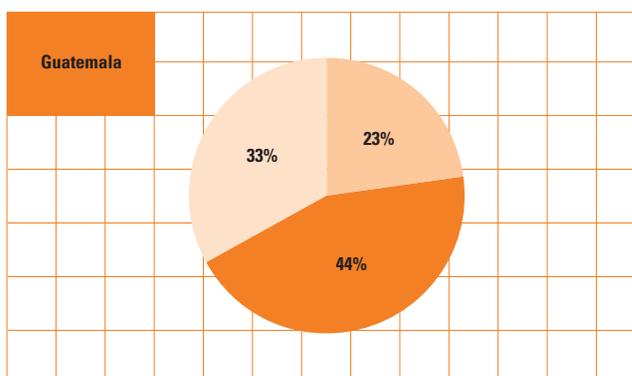
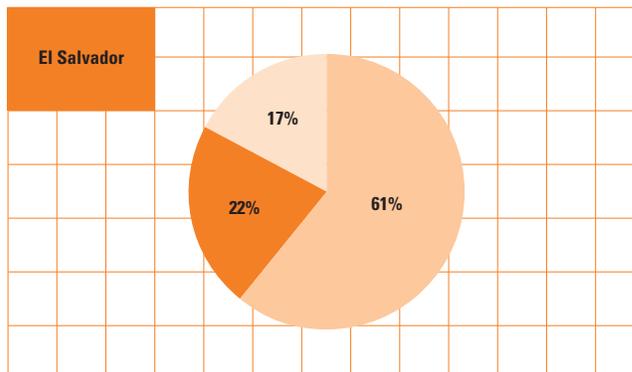
Solamente en Guatemala, el desconocimiento de la anticoncepción fue una razón importante (una quinta parte dijo esto como razón principal).⁴⁶ Esto sugiere que una campaña de comunicación básica para informar a las jóvenes guatemaltecas sobre la variedad de métodos disponibles, podría reducir sustancialmente la necesidad insatisfecha en ese país, especialmente ahora que Guatemala ha adoptado una ley histórica que garantiza el acceso universal y asequible a la planificación familiar.⁷⁴

*Aquí presentamos solamente los datos de las tres Encuestas en Salud Reproductiva (ESR) cuyos cuestionarios evaluaron la principal razón por la cual las mujeres no usaban métodos (en lugar de todas las razones que permitía la múltiple respuesta), con el fin de mostrar la distribución porcentual de mujeres por su principal razón declarada. A pesar de que los datos de las dos Encuestas Demográficas y de Salud (EDS, i.e., encuestas de Nicaragua y Honduras 2001) no son comparables, las EDS confirman los resultados similares de las ESR, en que las mujeres igualmente citaron con mayor frecuencia el tener relaciones sexuales poco frecuentes como una razón principal.

†Aunque esta categoría también incluye la razón relacionada con los métodos de “inconveniente para usar”, solamente unas cuantas mujeres en cada país la citaron como su principal razón.

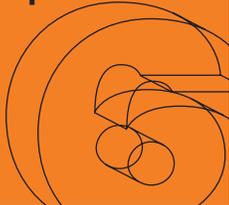
GRÁFICO 5.3

Muchas de las razones del no uso anticonceptivo que aducen las mujeres sugieren una necesidad de mejor información y más fácil acceso a los servicios.



- Bajo riesgo percibido: incluye tener relaciones sexuales infrecuentes y creer que la lactancia le provee protección (aunque sólo la lactancia exclusiva la provee, y las mujeres rara vez dan pecho exclusivamente).
- Relacionadas con el método: incluye el desconocimiento de métodos; barreras de acceso tales como la falta de servicios, costo y servicio deficiente; temor a los efectos secundarios; e inconveniente para usar.
- Oposición: incluye oposición religiosa, personal y del compañero; y otras razones.

Fuentes Referencias 23, 46 y 57.



La juventud centroamericana y las ITS, incluido el VIH

La Organización Mundial de la Salud estima que a nivel mundial, aproximadamente la mitad de las personas que viven con una ITS tienen de 15–24 años de edad.⁷⁵ De las nuevas infecciones anuales, 60% ocurre en este grupo de edad, teniendo las personas de 20–24 años la tasa más alta de nuevas ITS recién diagnosticadas, y las de 15–19 años la segunda tasa más alta. Aunque muchos métodos protegen a la gente joven sexualmente activa del embarazo no planeado, solamente uno—el condón—puede prevenir de manera efectiva las ITS, incluyendo el VIH.

Carecemos de datos confiables sobre la prevalencia de ITS en la juventud en los cuatro países de estudio, pero la prevalencia de todas las ITS combinadas—muchas de las cuales son con frecuencia asintomáticas en las mujeres⁷⁶—sin duda excede por mucho la del VIH, que es la única ITS para la que sí tenemos datos. Según las estimaciones de 2004, la mayor prevalencia de la infección por VIH en personas de 15–24 años se encuentra en Honduras (1.8%), seguida por Guatemala y El Salvador (1.1% y 0.7%, respectivamente); siendo todavía muy baja en Nicaragua (0.2%).¹⁶

Con base en los datos de prevalencia citados arriba y las estimaciones de población de las Naciones Unidas, se estima que unos 65,000 individuos de 15–24 años de edad estaban viviendo con el VIH en estos cuatro países en 2004.⁷⁷ Aun cuando la población de Honduras es sólo la mitad de la de Guatemala,⁷ los dos países tienen aproximadamente el mismo número de personas infectadas debido a la mucho más alta prevalencia de la infección en Honduras. La prevalencia más alta refleja, en parte, la infección generalizada en la población garífuna del norte de Honduras, cuya prevalencia de VIH es más de seis veces el promedio nacional (i.e., 8.4% en 1998⁷⁸).

En los cuatro países del estudio, la epidemia del VIH se ha feminizado de manera creciente, y se transmite predominan-

temente a través de las relaciones sexuales heterosexuales. La razón hombre-mujer en infecciones por HIV ha ido disminuyendo con el tiempo, conforme la epidemia se expande de ser menos concentrada en pequeñas poblaciones específicas (como entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y trabajadoras sexuales) y ha comenzado a propagarse en toda la población.¹⁷ Por ejemplo, en Honduras, el país actualmente más afectado por el VIH en Centroamérica Hispana (la tasa en Belice angloparlante es aún mayor⁵), la razón hombre-mujer está en uno a uno y la transmisión en su mayoría—60%—ocurre por medio de relaciones heterosexuales.⁷⁹

La edad real en la que la infección ocurre es difícil de determinar, dadas la duración y variabilidad del periodo entre la infección y el desarrollo del síndrome. En Guatemala, al menos, una ligera mayoría de casos de SIDA ocurre en personas de 20–34 años,⁸⁰ por lo que es probable que un gran número de infecciones esté ocurriendo tempranamente en la vida sexual de las personas.

Dado que seguramente la infección ocurre en la gente joven, es imperativo que los jóvenes tengan acceso a servicios relacionados con el VIH y otras ITS. A partir de entrevistas cualitativas con informantes clave en Guatemala, Honduras y Nicaragua, sabemos que hay pocos lugares para obtener diagnóstico y tratamiento de ITS que sean confidenciales y amigables para la juventud. Según los profesionales entrevistados, en lugar de enfrentar al personal de las clínicas de ITS, muchos jóvenes con síntomas prefieren auto-medicarse, buscar ayuda de un farmacéutico o amigos, o evitar completamente el tratamiento.⁸¹

La gente joven está consciente del SIDA, pero sus conocimientos son limitados

El primer paso para detener la propagación del virus es educar a la gente sobre cómo prevenir la infección. Importantes mayorías de gente joven, que varían de 84% a 99%, han oído

sobre el VIH (para todos los datos de las encuestas presentados en este capítulo, ver el Cuadro 5 del Apéndice, página 48).⁸² Sin embargo, proporciones mucho menores de jóvenes en estos países han oído sobre alguna otra ITS—43–78% en Guatemala, Honduras y Nicaragua, y 83–93% en El Salvador. Dada la importancia de reconocer los síntomas para un diagnóstico y tratamiento tempranos, y dado que tener una ITS aumenta tanto la susceptibilidad a la infección por VIH como la infectabilidad de quienes son VIH-positivos,⁸³ es claro que la juventud centroamericana necesita estar mejor informada sobre todas las ITS.

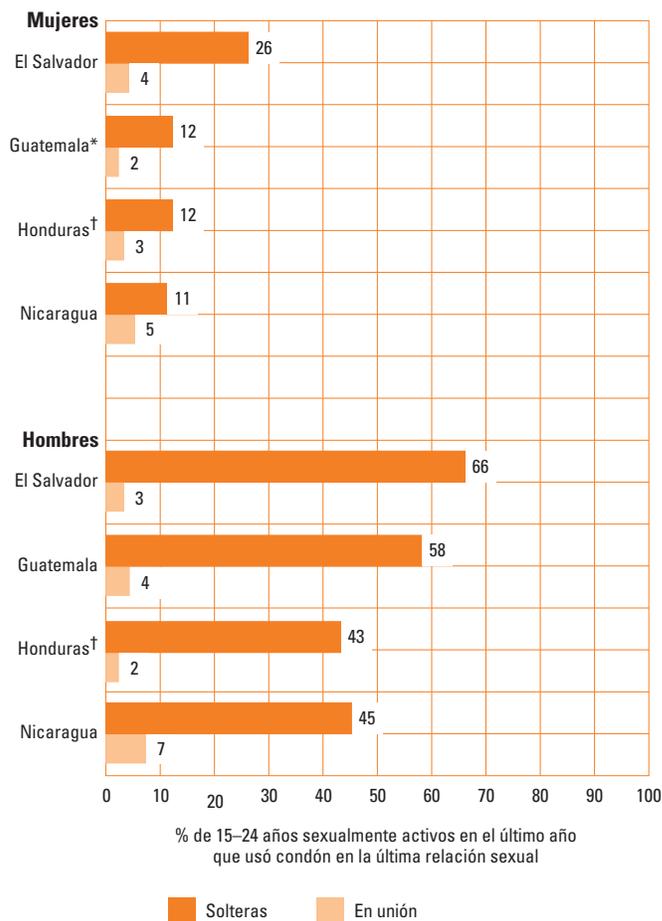
Las proporciones que saben que una persona VIH-positiva puede estar aparentemente saludable, son siempre más bajas en mujeres jóvenes (59–81%) que en hombres jóvenes (70–90%).⁸² Adicionalmente, las actitudes de la gente joven parecen confirmar que el estigma contra el VIH está todavía generalizado: solamente la tercera parte de los hombres hondureños y cerca de la mitad de otros jóvenes encuestados consideran que debe permitirse a las personas VIH-positivas trabajar o que debe continuar enseñando un maestro infectado.

La juventud centroamericana no está tan bien informada como es necesario sobre qué hacer para evitar la infección. La proporción de personas familiarizadas con el virus que pueden citar espontáneamente cada uno de los tres medios de prevención, es bastante baja (Cuadro 6.1).⁸² El conocimiento de los métodos de prevención varía inconsistentemente según el género; por ejemplo, en donde hay una diferencia por género en el conocimiento sobre la abstinencia, los hombres tienen mucha menos probabilidad que las mujeres de citar espontáneamente la abstinencia como medio para evitar el VIH (4–7% de hombres y 22% de mujeres, respectivamente, en Guatemala y Honduras).

En comparación, aproximadamente dos tercios de los hombres que han oído del VIH y SIDA en todos los países excepto Guatemala (en donde la proporción fue de la mitad), mencionaron espontáneamente el uso del condón como medio de

GRÁFICO 6.1

El uso del condón en la última relación sexual es mucho más bajo entre las personas jóvenes en unión que entre las solteras sexualmente activas.



Notas *Para las solteras, N=25–49.
†Los datos provienen de la encuesta de 2001.

Fuente Referencia 82.

CUADRO 6.1

Entre jóvenes de 15–24 años que han oído hablar sobre VIH, porcentaje que espontáneamente mencionaron cada uno de los tres métodos para evitar el VIH, por país

	Usar condón		Practicar la monogamia/limitar el número de compañeros sexuales		Abstinencia sexual	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
EL SALVADOR	29.8	64.3	24.4	18.5	14.5	14.2
GUATEMALA	32.2	49.4	36.8	54.2	22.0	4.4
HONDURAS*	52.0	66.0	39.5	53.9	22.0	7.2
NICARAGUA†	51.6	68.3	20.2	17.4	7.9	8.2

Notas *Los datos provienen de la encuesta de 2001. †Todos los datos, mujeres y hombres, provienen de la encuesta de 1998.
Fuente Referencia 82.

... en los países en donde la norma es el matrimonio temprano, las jóvenes esposas están, con frecuencia, en mayor riesgo del VIH y otras ITS que las solteras sexualmente activas.

prevención. Las mujeres tuvieron menos probabilidad que los hombres de estar informadas sobre el condón.* Sabemos que los mensajes educativos sobre el uso del condón para evitar el VIH están dirigidos principalmente a estudiantes hombres,⁸¹ dadas las expectativas de que las mujeres jóvenes permanecerán castas hasta el matrimonio. Esta situación deja a las mujeres insuficientemente informadas; y, por lo tanto, necesitando una mayor atención.

El diferencial de género en el conocimiento de una tercera forma de evitar el VIH, limitar el número de parejas sexuales, también es sustancial en Guatemala y Honduras; y, como en el caso de los condones, el conocimiento es mayor en los hombres que en las mujeres.⁸² Sin embargo, en Nicaragua y El Salvador hay mucha menor diferencia por género en el conocimiento sobre la necesidad de limitar el número de parejas.

El no uso del condón y las conductas de riesgo continúan siendo comunes

¿Cuál es, entonces, el nivel real de uso del condón de la gente joven? En parte debido a las imperantes normas culturales que asocian los condones con la prostitución y la infidelidad,^{19,84} en los jóvenes en unión, son muy bajas las proporciones que reportan haber usado un condón en su última relación sexual (2–7% de hombres casados y 2–5% de mujeres casadas; Gráfico 6.1, página 29).⁸² La situación es muy diferente para la gente joven soltera: en los solteros, la proporción que usó condón en la última relación sexual varía de 43% en Honduras a 66% en El Salvador. Las propor-

ciones correspondientes reportadas por las jóvenes solteras son más bajas, variando de 11–12% en Guatemala, Honduras y Nicaragua a 26% en El Salvador.

Si las personas jóvenes no consiguen usar los condones correcta y consistentemente con varias parejas sexuales—o, aún peor, con parejas que tengan simultáneamente—los jóvenes corren un elevado riesgo de contraer ITS, incluyendo el VIH. Los datos disponibles, tanto para hombres solteros como casados en tres países, indican que poco más de la mitad de los hombres jóvenes guatemaltecos y salvadoreños con múltiples parejas, usaron condón en la última relación sexual; la proporción entre los hombres hondureños fue incluso más baja (40%).⁸²

Cabe destacarse que las relaciones sexuales con múltiples parejas son usuales, al menos entre los hombres no casados: la mitad de los solteros sexualmente activos en Honduras (50%), dos quintos en El Salvador (41%) y un tercio en Guatemala (32%) habían tenido dos o más parejas el año anterior.⁸² En mujeres de similares características de los dos países que cuentan con datos, Honduras y Nicaragua, cerca de 3% dijo que habían tenido múltiples parejas el año anterior. Aunque es probable que haya una subdeclaración de tales conductas de riesgo, es de esperarse una mucho más baja prevalencia entre las mujeres en un clima cultural que es especialmente punitivo en los casos de desviaciones de los ideales de castidad femenina.^{17,19–21}

Como es de esperarse, la situación es bastante diferente en los casados: la proporción de hombres casados que habían tenido relaciones sexuales con múltiples parejas en los últimos 12 meses varía de casi una décima parte en Guatemala a una cuarta parte en El Salvador; las proporciones en las mujeres casadas fueron mínimas.⁸² (No hay datos disponibles para los hombres nicaragüenses). Estos niveles de múltiples parejas sexuales en hombres casados tienen claras

*Debido a las variaciones en la redacción y secuencia de las preguntas que evalúan el conocimiento espontáneo sobre las formas de prevenir el VIH en las encuestas nicaragüenses de 1998 (hombres) y 2001 (mujeres), todos los datos citados aquí provienen de la misma fuente—la encuesta de 1998—para poder asegurar la comparabilidad directa.

repercusiones para sus esposas. Contrario a la creencia popular de que el matrimonio protege a las mujeres jóvenes del VIH, en los países en donde la norma es el matrimonio temprano, las esposas jóvenes están, con frecuencia, en mayor riesgo del VIH y otras ITS que las solteras sexualmente activas. Las esposas jóvenes no pueden depender de dos de los tres métodos de prevención del VIH, puesto que muchas veces no están en posición de recurrir a la abstinencia o de insistir que sus esposos usen condones.³¹

Poca gente joven piensa que está en riesgo de contraer el VIH

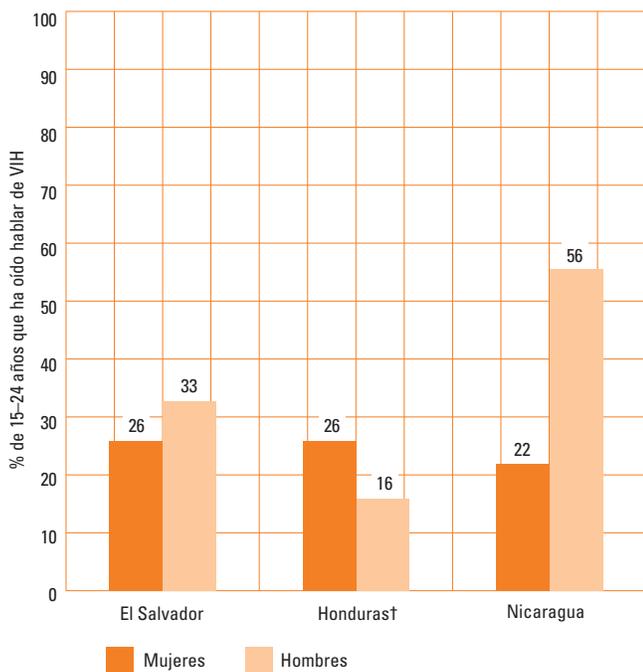
Aunque la juventud hondureña tiene las tasas más altas de VIH de los cuatro países, ese hecho no quiere decir que también tienen mayor probabilidad de considerarse en riesgo de infección en comparación con la juventud de los otros países (Gráfico 6.2).⁸² (No hay datos disponibles para Guatemala). Dado el usual sentido de invulnerabilidad de la gente joven,⁸⁵ el relativamente alto nivel de riesgo auto-percibido en los hombres nicaragüenses, es algo inesperado. En general, la situación de los hombres hondureños es especialmente preocupante: ellos viven en el país con la más alta prevalencia de VIH en la subregión, pero tienen la más baja probabilidad de percibirse

a sí mismos en riesgo de contraer el VIH.⁸² Además, entre los jóvenes de los cuatro países, los hombres hondureños solteros tienen el más alto nivel de parejas múltiples en el año anterior y el más bajo nivel de uso del condón en la última relación sexual.

Los pocos datos disponibles muestran que cerca de dos tercios de los jóvenes que están familiarizados con el VIH han oído de la prueba para detectar el virus.⁸² Aunque no contamos con información sobre el grado en el que la prueba de VIH está disponible, para los tres países con datos disponibles, la demanda parece ser moderadamente alta solamente en El Salvador; desafortunadamente, menor demanda se presenta en Honduras (Gráfico 6.3), en donde probablemente es más alta la necesidad de la prueba. Finalmente, es evidente que la juventud necesita estar mejor informada sobre dónde acudir para hacerse la prueba, puesto que 35–45% de quienes desean la prueba no saben dónde obtenerla.

GRÁFICO 6.2

Relativamente poca gente joven cree que está en riesgo* de infección de VIH.

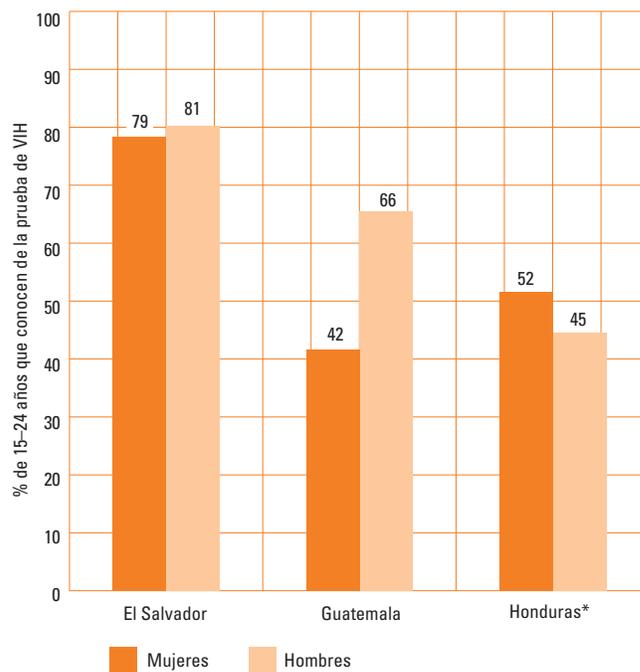


Notas *Para Nicaragua y Honduras: en riesgo si respondieron riesgo bajo, moderado o alto de infectarse; para El Salvador: en riesgo si respondieron Sí cuando se les preguntó si ellos tenían algún riesgo de infectarse.
†Los datos provienen de la encuesta de 2001.

Fuente Referencia 82.

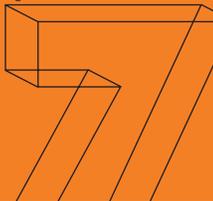
GRÁFICO 6.3

Entre los jóvenes que conocen acerca de la prueba de VIH, las proporciones que desean hacerse la prueba son las más altas en El Salvador.



Nota *Los datos provienen de la encuesta de 2001.

Fuente Referencia 82.



Políticas y programas para la juventud

Los datos presentados en capítulos previos revelan las muchas y variadas necesidades de información y servicios de salud sexual y reproductiva que tiene la gente joven, lo que plantea la pregunta de cómo sus gobiernos están respondiendo a esas necesidades. ¿Hasta qué grado cada país ha establecido e implementado un marco legal y de programas que ayude a la gente joven a lograr el más alto estándar posible de salud sexual y reproductiva? ¿Cuáles son específicamente, los compromisos fiscales y políticos que estos países han hecho con el fin de proporcionar a las personas jóvenes tanto el conocimiento para protegerse como los medios para hacerlo? Para responder a estas preguntas, realizamos entrevistas con informantes clave en tres de los cuatro países de estudio—Guatemala, Honduras y Nicaragua—, y recolectamos datos cualitativos sobre el actual ambiente de políticas y programas. Este capítulo aprovecha el contenido de esas entrevistas y revisiones generales del ambiente político, provistas por los asociados de políticas del estudio.

Políticas prometedoras están decretadas pero aún no están implementadas

Como consecuencia de los llamados a satisfacer las “necesidades especiales de los adolescentes y jóvenes” hechos en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, el período de finales de los noventa a mediados de la primera década de los años dos mil, presencié una oleada de desarrollos de políticas enfocadas a jóvenes. Desafortunadamente, los cuatro países centroamericanos cubiertos en este informe expresaron reservas al Programa de Acción de la Conferencia.⁸⁶ Aún así, el avance en los pasados cinco años es alentador: de los tres países donde se realizaron las entrevistas, Guatemala ha hecho el esfuerzo más organizado para adoptar políticas y aprobar leyes, ya sean

específicas para la gente joven o que incluyen disposiciones sobre educación y servicios de salud reproductiva para jóvenes. Honduras también ha tenido algún avance en esta área, aunque pocas de sus políticas son específicas para la gente joven. Nicaragua tiene mucho por hacer en la creación de un ambiente de políticas organizado para impulsar la salud reproductiva de la juventud.

Desde un punto de vista práctico, las tres áreas más relevantes cubiertas en las nacientes políticas nacionales de juventud son el diseño e implementación de programas de educación sexual que abarcan el VIH y la prevención del embarazo; la prestación de servicios amigables de planificación familiar e ITS para la juventud; así como la entrega de servicios de salud materno-infantil, incluyendo la atención prenatal y del parto por profesionales capacitados.

Las políticas en esta última área, servicios de maternidad segura, son las que han encontrado los menores obstáculos para su implementación; y los tres países han declarado, al menos, su intento de disminuir la mortalidad materna mediante un mayor acceso a servicios de salud materno-infantil para todas las mujeres, incluidas las adolescentes. En Nicaragua, por ejemplo, el gobierno ha demostrado su preocupación por el tema al recolectar y analizar las muertes maternas de adolescentes (edades 10–19) en su sistema de vigilancia de la mortalidad materna.⁸⁷ Además, en años recientes, ha habido avances claros, especialmente en Honduras, en donde la razón de mortalidad materna a nivel nacional cayó abruptamente en poco tiempo (de 182 muertes maternas por 100,000 nacimientos vivos en 1990 a 108 en 1997).⁸⁸ Sin embargo, en todos estos países, la cobertura de atención prenatal y de parto en mujeres marginadas por su nivel socioeconómico u origen étnico, está todavía bastante por debajo del promedio nacional.

Hasta mediados de 2007, el gran número de nuevas leyes y políticas decretadas en estos tres países ha tenido el meritorio efecto de aumentar el conocimiento sobre los temas de salud en jóvenes que llevaron a la aprobación de estas políticas en primera instancia. La mera adopción de leyes y políticas, sin embargo, no conduce inmediatamente a su cumplimiento e implementación, y casi todos los entrevistados reconocieron que pocas de estas políticas han sido implementadas a plenitud. Los resultados de los esfuerzos de activistas y gobiernos para producir los cambios sociales fundamentales pueden tomar bastante tiempo para extenderse a toda la población, especialmente a subgrupos tradicionalmente desatendidos.

La escasez de financiamiento es un obstáculo formidable

No sorprende que los informantes clave citaran el problema del financiamiento inadecuado y recursos insuficientes como uno de los obstáculos más importantes para una mejor implementación de las políticas para la juventud.⁸¹ Con mucha frecuencia, las leyes son promulgadas sin considerar el financiamiento para su aplicación o monitoreo y los programas son establecidos sin mecanismos de financiamiento sostenible. De nuevo, la excepción es Guatemala, que recientemente aprobó una ley para ampliar la cobertura de los servicios de planificación familiar del sector público, con una línea presupuestaria consignada en la ley.⁸⁹ Por lo general, sin embargo, la ausencia de financiamiento y de voluntad política para garantizarlo ha resultado en un número muy limitado de programas en marcha; y la falta de programas es aún más evidente en las localidades que más los necesitan—en las áreas rurales, en donde la necesidad insatisfecha de educación sexual y servicios anticonceptivos es especialmente alta.

El déficit financiero muchas veces se ve agravado por el desperdicio causado por una duplicación de esfuerzos, el cual se debe a la colaboración insuficiente entre las agencias y departamentos gubernamentales responsables. Por ejemplo, muchos Ministerios de Salud, Educación, y de Juventud y Familia ejecutan programas que se superponen o compiten entre sí. Adicionalmente, aunque en esos países muchas organizaciones no gubernamentales (ONG) están altamente comprometidas con mejorar la disponibilidad y accesibilidad de la información y servicios para la gente joven, las ONG muchas veces carecen de fondos y dependen de un apoyo internacional variable, el cual limita el impacto de su incidencia política y la cobertura de sus programas.⁸¹

La oposición religiosa y cultural impide la plena implementación

Una fuerte oposición conservadora religiosa, tanto de la iglesia Católica romana como de la Protestante Evangélica, cataliza las objeciones de políticos y padres de familia en

torno a las políticas que establecen los programas de educación sexual y los servicios amigables para la juventud. Por lo tanto, aun cuando se pueda asegurar un financiamiento adecuado, resulta escaso el compromiso político para llevar adelante las políticas. En 2003, por ejemplo, una fuerte presión de funcionarios religiosos motivó al secretario de educación hondureño y al presidente nicaragüense a retirar de circulación los manuales para maestros de los cursos de educación sexual en sus respectivos países.⁹⁰

Según las entrevistas con informantes clave, la oposición usa el argumento de que enseñar a los niños sobre sexo y prevención del VIH en las escuelas significa negarles a los padres su derecho de hacerlo. La oposición también argumenta que enseñar a la gente joven sobre sexo los llevará a ser sexualmente activos, lo cual ha sido refutado sistemáticamente por investigaciones que muestran que los programas de educación sexual bien diseñados, cuando se inician tempranamente ayudan a aplazar la edad del debut sexual y disminuyen conductas sexuales de riesgo entre quienes ya son sexualmente activos.⁹¹

Debe mencionarse que al menos en Guatemala, los currícula existentes de educación sexual a nivel nacional no ofrecen información específica sobre anticonceptivos modernos. En los tres países, los limitados currícula actuales se enfocan en la educación sobre la vida familiar y la prevención del VIH, pero no incluyen información específica sobre la prevención del embarazo. Es más, varias personas entrevistadas afirmaron que actualmente hay un énfasis desproporcionado en la prevención del VIH que tiende a excluir de los programas de educación sexual la prevención del embarazo.

Las barreras adicionales para implementar las políticas de educación sexual incluyen la falta de una perspectiva de equidad de género; la incomodidad de los maestros al impartir información sobre sexualidad, o la falta de voluntad para hacerlo; y materiales de instrucción y currícula inadecuados. La capacitación de maestros en esta área necesita atención especial, dada la naturaleza sensible y altamente personal de estos tópicos.

Todavía falta armonizar las disposiciones contradictorias

Dos importantes barreras para la implementación efectiva de políticas centradas en la juventud en el área de servicios de planificación familiar, son las contradicciones entre leyes y las onerosas disposiciones que deterioran la utilidad de las políticas para beneficiar a la juventud. Las pautas contradictorias pueden crear vacíos jurídicos y confusión legal en su aplicación. Tómese, por ejemplo, el Programa Nacional de Salud Integral de la Adolescencia de Honduras, un programa que se supone provee servicios de planificación familiar para adolescentes de 15–19 años, sin importar su estado civil. Sin embargo, el Código de la Niñez y la Adolescencia de ese país, requiere que los

usuarios menores de 21 años sean acompañados de uno de sus padres para recibir los servicios de salud; los adolescentes en unión se consideran adultos legales y, por lo mismo, no se ven afectados por esta ley. Sin embargo, los adolescentes solteros todavía necesitan ser acompañados por uno de sus padres cuando buscan servicios de planificación familiar a través del programa de atención integral, lo cual reduce la probabilidad de que lo hagan.

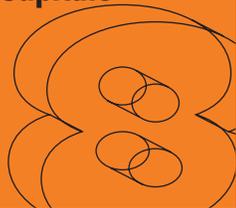
Los lineamientos que rigen las pruebas de VIH de Guatemala, son otro ejemplo de cómo las normas pueden ser tan onerosas que llegan a frustrar las políticas diseñadas para ayudar a la gente joven. En ese país, las normas establecen que los menores de edad (de 17 años o menos) requieren la autorización de sus padres para poder hacerse la prueba de VIH. Este requisito desalienta a que muchas personas jóvenes se hagan la prueba por temor a que sus padres se enteren de que son sexualmente activas.⁸² De manera similar, en Honduras, la garantía de confidencialidad en la prueba de VIH, que está decretada en la Ley Especial sobre VIH/SIDA de ese país, entra en conflicto con el requerimiento del Código de la Niñez y la Adolescencia que exige el consentimiento de los padres antes de que los menores de edad solteros reciban tales servicios.

El derecho a la educación se ve amenazado por la expulsión debido al embarazo

Finalmente, aunque ahora hay leyes decretadas en Honduras y Guatemala que garantizan el derecho de las mujeres a la educación prohibiendo la expulsión de la escuela debido al embarazo,* los vacíos jurídicos de la burocracia o la intervención de los padres pueden anular efectivamente esa garantía. En Honduras, por ejemplo, los funcionarios escolares sortean la ley reasignando a las estudiantes embarazadas a la escuela nocturna, lo cual puede crearles problemas de seguridad personal e impedir efectivamente que las jóvenes continúen su educación.⁸¹ La misma práctica es común en Nicaragua, en donde la expulsión no está estrictamente prohibida por la ley. Las adolescentes embarazadas necesitan opciones viables para completar su educación. Debe señalarse que en Guatemala, muchas veces son los padres quienes insisten en sacar a sus hijas embarazadas de la escuela.⁸¹

Cabe mencionarse que sólo una minoría—aproximadamente 41–45%—de las mujeres jóvenes en Guatemala y Honduras que abandonan la escuela secundaria debido a un embarazo, regresan y la terminan; y 10–15% de quienes abandonan la escuela primaria por esa razón, retoman sus estudios.³ Sin duda, el garantizar que las adolescentes que desean posponer la maternidad puedan evitar el embarazo, les ayudará a continuar su educación.

*La no expulsión de la escuela debido al embarazo se garantiza por las disposiciones contenidas en la Ley de Desarrollo Social, Decreto 42–2001 en Guatemala, y en el Artículo 35 de la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer en Honduras.



Conclusiones y recomendaciones

En la actualidad, muchos aspectos de la vida de los jóvenes centroamericanos está experimentando cambios vertiginosos conforme sus países afrontan la multitud de costos y beneficios de una mayor globalización, modernización y urbanización.²⁹ La juventud en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua recientemente ha vivido numerosos cambios positivos, pero continúa encontrando importantes, y en algunos casos crecientes, retos para su salud sexual y reproductiva.

Los considerables avances que la gente joven, y las mujeres en particular, han logrado en educación es una tendencia positiva especialmente notable. No puede enfatizarse lo suficiente que las inversiones continuas en la extensión de la escolaridad eventualmente producirán efectos a largo plazo en el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de la gente joven. Los beneficios en cada faceta de la vida reproductiva de la gente joven—incluyendo menores tasas de uniones tempranas, menores tasas de embarazos tempranos y un mayor uso de anticonceptivos—se extenderán más uniformemente a toda la población, conforme continúa creciendo el número de mujeres y hombres con mejor educación.

Otra tendencia benéfica para las mujeres es la disminución, a lo largo de las pasadas dos décadas, del matrimonio a edad temprana: la proporción de mujeres que establecieron una unión antes de los 20 años disminuyó sustancialmente en cada país del estudio (aunque menos en Honduras que en los otros tres países). Sin embargo, estas disminuciones en el matrimonio temprano no se han traducido necesariamente en disminuciones subsiguientes de los primeros nacimientos tempranos. En tres de estos países, la proporción de mujeres que se convirtieron en madres durante la adolescencia, continúa siendo persistentemente alta. El comparativamente pequeño cambio en

el momento de los primeros nacimientos puede ser resultado de la presión de tener un hijo poco después de un matrimonio más tardío, de un aumento en los embarazos y nacimientos premaritales, o de ambos factores.

En general, las tasas de fecundidad adolescente en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua persisten como las más altas de América Latina. Desafortunadamente, una proporción creciente de esa fecundidad parece no haber sido parte de los planes de las mujeres jóvenes: la proporción de nacimientos descritos por la madre como no planeados—inesperados o no deseados—ha aumentado en cada uno de los cuatro países durante un período de tiempo muy corto.

En la actualidad, los niveles de necesidad insatisfecha que tienen las mujeres jóvenes por una anticoncepción efectiva son inaceptablemente altos, situación que explica, en parte, las elevadas proporciones de nacimientos no planeados. Los altos niveles de necesidad insatisfecha también implican que la adopción de prácticas anticonceptivas no está avanzando al mismo ritmo que los deseos de posponer la maternidad. El asunto es especialmente agudo en estos países, en donde el problema del embarazo no planeado es frecuentemente resuelto mediante el aborto clandestino inseguro.

Los actuales patrones de uso anticonceptivo sugieren que las mujeres jóvenes están teniendo más éxito en posponer un segundo embarazo, que en aplazar la importantísima transición a la maternidad. Proporciones mucho menores usan un método para prevenir un primer embarazo que para posponer un segundo. El evitar el primer embarazo no planeado será de gran utilidad para permitir que las mujeres jóvenes terminen sus estudios y que estén mejor preparadas para el futuro. El hecho de que

41% de los primeros embarazos en mujeres de 15–24 años en El Salvador, 36% en Honduras y 27% en Guatemala hayan sido no planeados³ (no hay datos disponibles para Nicaragua) destaca la importancia de ayudar a la gente joven a aplazar sus primeros embarazos tempranos.

La decisión de convertirse en madre siendo adolescente es muchas veces consistente con las limitadas perspectivas de las mujeres jóvenes en cuanto a otras opciones en la vida y con la amplia división de género en roles “apropiados” para los hombres y mujeres. El doble estándar en socialización que estigmatiza duramente la experiencia sexual en las mujeres, pero que la tolera e incluso alienta en los hombres, amenaza la salud de la juventud de ambos sexos. El fomentar la igualdad de género en los jóvenes de hoy, les empoderará como adultos y les permitirá ejercer un mayor control sobre su reproducción y futuro.

En este momento crucial, los gobiernos en toda la región están cada vez más conscientes de las amenazas contra la salud sexual y reproductiva de la gente joven. Mucho más puede hacerse para neutralizar esas amenazas y proteger mejor a la juventud. Las siguientes son unas cuantas recomendaciones como puntos de partida para hacer que esto suceda.

Mejorar los conocimientos y comprensión de la gente joven

- Es necesario introducir y expandir la educación sexual apropiada desde el punto de vista cultural y del desarrollo del estudiante, y las políticas que ordenen esa educación deben ser implementadas de manera más completa. Es importante disipar mitos sobre la educación sexual y llegar a las partes interesadas que tienen influencia en ella—adolescentes, padres de familia, maestros, medios masivos, políticos y funcionarios eclesiásticos—para que todas hagan su parte en el fomento de una discusión abierta y honesta. Los maestros deben estar capacitados y sentirse cómodos al impartir información sensible.
- Debe recordarse a los padres de familia su rol esencial en educar a sus hijos, en supervisar sus actividades, y en asegurarse que sus hijos tengan la información, habilidades y atención médica que necesitan. Los padres tienen también el potencial de cambiar patrones dañinos de socialización de género, pero necesitan recibir los conocimientos y herramientas para hacerlo.
- Debido a que muchos de los jóvenes que carecen de un conocimiento detallado sobre la prevención del VIH y del embarazo no asisten a la escuela, son esenciales los programas basados en fuentes informales alternativas, como los medios de comunicación. Los medios, especialmente el internet—cuyo alcance se está expandiendo a través de accesibles y asequibles cibercafés⁹²—, tienen un invaluable papel que jugar.

Enfrentar las barreras que tiene la gente joven para los servicios que necesita

- Muchos de los obstáculos para satisfacer las necesidades de servicios que tiene la gente joven pueden supe-

rarse reorientando programas existentes o modificando políticas obsoletas. La creación de servicios amigables para la juventud es esencial. La aplicación, por parte de proveedores de servicios, de requerimientos que no estén contemplados en los reglamentos o políticas—tales como requisitos de edad, casamiento o consentimiento de los padres—puede remediarse educando a los proveedores acerca de lo que es obligatorio, después de que se hayan armonizado las disposiciones contradictorias en esas políticas y reglamentos.

- Es necesario que los proveedores de servicios hagan sentir cómodas a las personas jóvenes, especialmente a las solteras, y evitar prejuizarlas para no desanimarlas a dar los pasos necesarios para evitar un embarazo no planeado o prevenir las ITS. Dado que grandes proporciones de jóvenes, especialmente hombres, prefieren obtener los anticonceptivos en farmacias, los farmacéuticos y otro personal en esos expendios deben estar sensibilizados de las necesidades especiales de la gente joven. Los servicios deben fortalecerse en donde sean más necesarios—por ejemplo, en las áreas rurales insuficientemente atendidas.
- Las jóvenes necesitan tener la oportunidad de usar anticonceptivos para espaciar sus embarazos a intervalos saludables, recibir atención prenatal adecuada y dar a luz en entornos médicos seguros. Los grandes avances en la reducción de la mortalidad materna en general en estos países deben extenderse a reducir la mortalidad en donde continúa siendo más arraigada—en las áreas rurales y periurbanas pobres, así como en comunidades indígenas.
- Los abortos son especialmente peligrosos en contextos en donde el procedimiento está severamente restringido por la ley.⁴ Reducir el riesgo de un embarazo no planeado disminuye la probabilidad de que las mujeres jóvenes necesiten recurrir al aborto inseguro; y dar acceso a servicios postaborto de alta calidad, que incluyan consejería y servicios anticonceptivos, ayudaría a reducir el daño.

Ampliar las opciones anticonceptivas para la gente joven

- Para dar a la gente joven una más amplia gama de métodos anticonceptivos, los proveedores deben aprender más acerca de los efectos colaterales de cada método, y sobre cómo ofrecer a la gente joven consejería sobre los métodos, libre de prejuicios. Dado que los cuatro países del estudio están en la última fase del retiro gradual de suministros anticonceptivos donados por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), pueden aprender de las estrategias exitosas de aprovisionamiento que se han aplicado en otros países latinoamericanos, en donde ha terminado el apoyo extranjero para estos programas.⁹³
- La anticoncepción de emergencia debe estar más disponible para la gente joven, especialmente dada la naturaleza no planeada y esporádica de su actividad sexual, el

Un cuidadoso análisis del complejo panorama . . . revela la situación de una población que en gran parte está insuficientemente atendida.

bajo nivel de uso de anticonceptivos en el momento de su primera relación sexual y la probabilidad de una alta incidencia de violencia sexual. Aunque el método está incluido en las normas de planificación familiar de cada uno de estos países,⁹⁴ la disponibilidad de los productos de anticoncepción de emergencia es muy reciente. Es llamativo el caso de Guatemala, donde un producto registrado se puso a disposición del público recién en septiembre de 2007.⁹⁵

Mejorar la recolección y calidad de los datos

■ La falta de datos confiables sobre una amplia variedad de tópicos de salud sexual y reproductiva es un problema constante. Se necesita esa información para identificar problemas, detectar cambios recientes, y monitorear el impacto de programas e intervenciones. Afortunadamente, los cuatro países tenían encuestas representativas a nivel nacional, pero esas encuestas son de las pocas fuentes de datos recolectados sistemáticamente en estos temas; y su existencia depende de los subsidios extranjeros. Las futuras encuestas son esenciales y continúan necesitando de subvenciones externas; se necesita ayuda permanente para fortalecer la capacidad local y los sistemas para hacer que la recolección y monitoreo de datos esenciales sean menos vulnerables a las fluctuaciones del financiamiento extranjero.

Optimizar el uso de los recursos disponibles para satisfacer las necesidades de la juventud

■ Para evitar la duplicación innecesaria de esfuerzos, se requiere mayor coordinación entre los diferentes ministerios y departamentos que administran los programas y servicios juveniles. Para abordar el incierto financiamiento de las ONG internacionales, el cual está sujeto

a condiciones impuestas por los principales donantes como la USAID,⁹⁶ el compromiso político con los programas dirigidos a la juventud necesita estar respaldado por la asignación de suficientes recursos económicos. Las políticas y programas juveniles deben ser institucionalizados como política nacional y deben tener una alta prioridad en los planes generales para el desarrollo nacional.

■ Para aprovechar al máximo los recursos escasos y disminuir el estigma asociado con los servicios exclusivos de VIH, los servicios anticonceptivos amigables para la juventud deben integrarse con los servicios de consejería y pruebas voluntarias de VIH. Son especialmente importantes las mejoras en el contenido y alcance de la educación sobre VIH y SIDA en Honduras, el país de mayor prevalencia. Dado el mejor costo-efectividad de la prevención respecto al tratamiento, los presupuestos de salud de estos países no pueden permitirse el riesgo de tener que soportar la carga de programas de tratamiento a gran escala.

Un cuidadoso análisis del complejo panorama de las conductas de la gente joven y de sus necesidades, revela la situación de una población que en gran parte está insuficientemente atendida. La más alta proporción de mujeres jóvenes en riesgo de embarazarse antes de que lo deseen—aquellas con una necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna—se da en el grupo de mujeres jóvenes que son más estigmatizadas, es decir, las jóvenes solteras y sexualmente activas, especialmente las adolescentes.

Y, aunque no existen datos para medir el grado en que tanto hombres como mujeres tienen una necesidad insatisfecha de protegerse de las ITS, las relativamente altas proporciones de hombres jóvenes que tienen parejas múltiples y el bajo uso del condón en la región en gene-

ral, implican que los jóvenes centroamericanos necesitan hacer más para prevenir las ITS y evitar que aumenten los niveles de VIH. Los hombres jóvenes hondureños parecen estar en particular desventaja, pues tienen mayor probabilidad de involucrarse en conductas de alto riesgo, a la vez que tienen la menor probabilidad de percibir que ellos mismos están en riesgo de infección y de querer someterse a la prueba.

Si bien ha habido avances recientes que son alentadores—tales como los progresos en la educación y las disminuciones en el matrimonio temprano y en los segundos nacimientos durante la adolescencia—todavía hay mucho por hacer. Toda la gente joven merece tener opciones para proteger su salud sexual y reproductiva, y estas opciones deben estar garantizadas a través de los sistemas de seguridad social y de salud del país. Nosotros, los adultos, debemos asegurarles a los jóvenes la oportunidad de tomar las decisiones positivas y fundamentales que dan dirección al curso de sus vidas, como decidir aplazar el matrimonio; practicar la abstinencia si son solteros; reducir el número de parejas; usar condones y anticonceptivos; buscar atención profesional prenatal y durante el parto; hacerse pruebas de VIH e ITS; y obtener el tratamiento adecuado. El hacer mayores esfuerzos sostenidos e informados para ayudarles a ejercer el mayor número de opciones posibles, producirá incalculables beneficios a largo plazo.

Se espera que El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua consideren de manera abierta los temas tratados aquí, y que aprovechen la información ahora disponible para diseñar programas que aborden de manera efectiva las necesidades de su gente joven; asegurando, con ello, un mejor futuro para todos.

Referencias

1. Banco Mundial, *World Development Report 2007: Development and the Next Generation*, Washington, DC: Banco Mundial, 2006.
2. División de Población de las Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2006 Revision Population Database*, <<http://esa.un.org/unpp/>>, consultado el 2 de abril de 2007.
3. Monteith RS, Stupp PW y McCracken SD, *Reproductive, Maternal, and Child Health in Central America: Trends and Challenges Facing Women and Children*, Atlanta, GA, EEUU: Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Division of Reproductive Health y U.S. Agency for International Development (USAID), 2005.
4. Singh S, Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries, *Lancet*, 2006, 368(9550):1887-1892.
5. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *AIDS Epidemic Update: December 06*, <http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_en.pdf>, consultado el 10 de diciembre de 2007.
6. ONUSIDA, *Annex 2: HIV and AIDS Estimates and Data, 2005 and 2003, 2006 Report on the Global AIDS Epidemic*, 2006, <http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR_ANN2_en.pdf>, consultado el 20 de diciembre de 2006.
7. Centro Centroamericano de Población, Calendario Poblacional, <<http://ccp.ucr.ac.cr/>>, consultado el 20 de febrero de 2006.
8. Cuadro 1 del Apéndice.
9. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Segundo Informe sobre Desarrollo Humano en Centroamérica y Panamá, 2003*, San José, Costa Rica: PNUD, 2003.
10. Organización Internacional del Trabajo (OIT), *Trabajo decente y juventud, Anexo estadístico del informe regional*, 2007, <http://www.oit.org.pe/t dj/anexos/pdfs/anexo_estadistico_reg.pdf>, consultado el 5 de diciembre de 2007.
11. Bureau for Latin America and the Caribbean, Office of Regional Sustainable Development, USAID, *Central America and Mexico Gang Assessment*, 2006, <http://pdf.dec.org/pdf_docs/Pnadg834.pdf>, consultado el 8 de febrero de 2008.
12. Couch M et al., *Looking for More: A Review of Social and Contextual Factors Affecting Young People's Sexual Health*, Melbourne: Australian Research Centre in Sex, Health and Society, La Trobe University, 2006, <http://www.latrobe.edu.au/arcs/hs/assets/downloads/reports/looking_for_more.pdf>, consultado el 10 de diciembre de 2007.
13. OIT, International Programme on the Elimination of Child Labour (IPEC), *Explotación sexual comercial de personas menores de edad en Centroamérica, Panamá y República Dominicana, síntesis regional*, 2003, <<http://www.ipec.oit.or.cr/ipec/region/areas/esc/honduras.shtml>>, consultado el 5 de diciembre de 2007.
14. Benaouett R, *Background paper prepared for the Education for All Global Monitoring Report, 2006: School Fees*, 2007, <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001459/145944e.pdf>>, consultado el 10 de marzo de 2007.
15. Tomasevski K, *The State of the Right to Education Worldwide, Free or Fee: 2006 Global Report*, 2006, <http://www.katarinatomasevski.com/images/Global_Report.pdf>, consultado el 10 de marzo de 2007.
16. Machinea JL, Bárcena A y León A, *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una Mirada desde América Latina y el Caribe*, 2005, Anexo Estadístico Cuadro 2, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Naciones Unidas, <<http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/21541/lcg2331e.pdf>>, consultado el 13 de diciembre de 2007.
17. Marcovici K, *El UNGASS, género y la vulnerabilidad de la mujer a VIH/SIDA en América Latina y el Caribe*, Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2002, <<http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/GenderandHIVSpanish.pdf>>, consultado el 16 de febrero de 2007.
18. Rani M, Figueroa ME y Ainsle R, The psychosocial context of young adult sexual behavior in Nicaragua: looking through the gender lens, *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29(4):174-181.
19. Aguirre R y Güell P, *Hacerse hombres: la construcción de la masculinidad en los adolescentes y sus riesgos*, Washington, DC: OPS, 2002.
20. Zelaya E et al., Gender and social differences in adolescent sexuality and reproduction in Nicaragua, *Journal of Adolescent Health*, 1997, 21(1):39-46.
21. Berglund S et al., The background of adolescent pregnancies in Nicaragua: a qualitative approach, *Social Science & Medicine*, 1997, 44(1):1-12.
22. Cuadro 2 del Apéndice.

23. Tabulaciones especiales de datos de la Encuesta Nacional de Salud Familiar, El Salvador, FESAL 2002/03.
24. Remez L et al., Proteger la salud sexual y reproductiva de la juventud guatemalteca, *En Resumen*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2007, No. 1.
25. Audam SA et al., Proteger la salud sexual y reproductiva de la juventud hondureña, *En Resumen*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2007, No. 3.
26. Wulf D et al., Proteger la salud sexual y reproductiva de la juventud nicaragüense, *En Resumen*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2007, No. 2.
27. Fenton KA et al., Measuring sexual behaviour: methodological challenges in survey research, *Sexually Transmitted Infections*, 2001, 77(2):84–92.
28. García-Moreno C et al., *World Health Organization Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2005.
29. Lloyd CB, ed., *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*, Washington, DC: National Academies Press, 2005.
30. Rodríguez J y Hopenhayn M, Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe: tendencias, problemas y desafíos, *Desafíos*, 2007, No. 4, pp. 4–9.
31. Clark S, Bruce J y Dude A, Proteger las mujeres adolescentes contra la infección del VIH/SIDA: el caso contra el matrimonio a temprana edad, *International Family Planning Perspectives*, 2006, <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3207906S.pdf>>, consultado el 11 de febrero de 2008.
32. Flórez CE y Núñez J, Teenage childbearing in Latin American countries, en: Duryea S, Cox Edwards A y Ureta M, eds., *Critical Decisions at a Critical Age: Adolescents and Young Adults in Latin America*, Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2003.
33. Hallman K y Quisumbing AR, Marriage in transition: evidence on age, education, and assets from six developing countries, en: Lloyd CB, ed., *The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries, Selected Studies*, Washington, DC: National Academies Press, 2005.
34. United Nations Children's Fund (UNICEF), *Early Marriage: A Harmful Traditional Practice*, Nueva York: UNICEF, 2005.
35. McIntyre Peal, *Adolescent Friendly Health Services—An Agenda for Change*, OMS, 2002, <http://www.who.int/reproductive-health/publications/cah_docs/cah_02_14.pdf>, consultado el 20 de diciembre de 2007.
36. Buvinic M, The costs of adolescent childbearing: evidence from Chile, Barbados, Guatemala and Mexico, *Studies in Family Planning*, 1998, 29(2):201–209.
37. Singh S, Adolescent childbearing in developing countries: a global review, *Studies in Family Planning*, 2007, 29(2):117–136.
38. *¿Qué más podía hacer, sino tener un hijo? Bases socio-culturales del embarazo de las adolescentes en Nicaragua*, Managua, Nicaragua: UNFPA e Instituto Nicaragüense de la Mujer, 1999.
39. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y Ministerio de Salud, *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 2001*, Managua, Nicaragua: INEC; y Calverton, MD, EEUU: ORC Macro, 2002.
40. Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS), *Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL 2002/03*, San Salvador, El Salvador: ADS; y Atlanta, GA, EEUU: CDC, 2004.
41. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) et al., *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 2002*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2003.
42. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Estadística (INE) y Macro International, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDESA 2005–2006*, Tegucigalpa, Honduras: Secretaría de Salud e INE; y Calverton, MD, EEUU: Macro International, 2006.
43. Cuadro 3 del Apéndice.
44. Blandón L et al., Maternidad temprana en Nicaragua: un desafío constante, *En Resumen*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2006, No. 3.
45. Figueroa W et al., Maternidad temprana en Guatemala: un desafío constante, *En Resumen*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2006, No. 5.
46. Tabulaciones especiales de datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 2002, Guatemala.
47. Tabulaciones especiales de datos de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 2001.
48. Tabulaciones especiales de datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDESA 2005–2006, Honduras.
49. ADS, *Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL–85*, San Salvador, El Salvador: ADS; y Columbia, MD, EEUU: Institute for Resource Development/Westinghouse, 1987.
50. Secretaría de Salud y Asociación Hondureña de Planificación de Familia (ASHONPLAFA), *Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, 1996*, Tegucigalpa, Honduras: Secretaría de Salud y ASHONPLAFA; y Atlanta, GA, EEUU: CDC, 1997.
51. OMS, Report of a WHO technical consultation on birth spacing, Geneva, Switzerland, 13–15 June 2005, Ginebra: OMS, 2006.
52. MSPAS, *Línea Basal de Mortalidad Materna para el Año 2000*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2003.
53. ADS, *Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL–98*, San Salvador, El Salvador: ADS; y Atlanta, GA, EEUU: CDC, 2000.

54. Tabulaciones especiales de datos de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 1998.
55. Tabulaciones especiales de datos de la Encuesta Nacional de Salud Familiar, El Salvador, FESAL-1998.
56. Tabulaciones especiales de datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1995, Guatemala.
57. Tabulaciones especiales de datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, Honduras, 2001.
58. Center for Reproductive Rights, Hoja informativa: leyes sobre aborto en el mundo, 2007, <http://www.reproductiverights.org/pdf/pub_fac_abortionlaws_spanish.pdf>, consultado el 20 de julio de 2007.
59. Código Penal de Guatemala, Decreto No. 17-73 (1973), Artículo 137, <http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/gtm/sp_gtm-int-text-cp.pdf>, consultado el 24 de mayo de 2006.
60. Grajeda R et al., Organización Mundial de Salud—Estudio multicentro sobre el aborto: país Guatemala, 1995, Biblioteca INCAP, Publicación DCE/020.
61. Guzmán JM, Contreras JM y Hakkert R, La situación actual del embarazo adolescente y aborto, en Guzmán JM et al., eds., *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe*, Ciudad de México, México: UNFPA, 2001.
62. Singh S y Wulf D, The likelihood of induced abortion among women hospitalized for abortion complications in four Latin American countries, *International Family Planning Perspectives*, 1993, 19(4):134-141.
63. Cambacho Hubner AV, Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe: revisión bibliográfica, 1988-1998, Washington, DC: OPS, 2000, Serie OPS/FNUAP, No. 1.
64. Shah I y Ahman E, Age patterns of unsafe abortion in developing country regions, *Reproductive Health Matters*, 2007, 12(24 Suppl):9-17.
65. Sedgh G et al., Induced abortion: estimated rates and trends worldwide, *Lancet*, 2007, 370(9595):1338-1345.
66. Prada E et al., *Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala: causas y consecuencias*, Guttmacher Institute, 2006, <<http://www.guttmacher.org/pubs/GuatemalaUIA.pdf>>, consultado el 11 de febrero de 2008.
67. Singh S, Prada E y Kestler E, Aborto inducido y embarazo no planeado en Guatemala, *International Family Planning Perspectives*, 2006, <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3213606S.pdf>>, consultado el 11 de febrero de 2008.
68. Cuadro 4 del Apéndice.
69. Parker C, *Creating youth-friendly pharmacies*, *YouthLens on Reproductive Health and HIV/AIDS*, 2005, No. 17.
70. Centeno Monge HL y Cáceres Rodas R, La salud sexual y reproductiva de las jóvenes de 15 a 24 años en El Salvador, un reto para las políticas de salud, *Población y Salud en Mesoamérica*, 2005, Vol. 2, No. 2.
71. McCauley AP y Salter C, Meeting the needs of young adults, *Population Reports*, 1995, Series J, No. 41.
72. Garcia SG et al., Emergency contraception in Honduras: knowledge, attitudes, and practice among urban family planning clients, *Studies in Family Planning*, 2006, 37(3):187-196.
73. Martin A, La anticoncepción de emergencia en América Latina y el Caribe, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2004, 16(6):424-431.
74. Paredes J y Castellanos A, Planificación familiar y salud sexual serán universales, *Prensa Libre*, 17 de noviembre de 2005, página 5, <<http://www.prensalibre.com/pl/2005/noviembre/17/128046.html>>, consultado el 3 de noviembre de 2006.
75. Dehne KL y Reidner G, *Sexually Transmitted Infections among Adolescents*, Ginebra: OMS; y Eschborn, Alemania: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), 2005.
76. Department of Reproductive Health and Research, OMS, *Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections: A Guide to Essential Practice*, Ginebra: OMS, 2005.
77. Tabulaciones especiales de las estimaciones de población de las Naciones Unidas para 2004 y las estimaciones de ONUSIDA de la prevalencia de VIH para 2004.
78. Soveida Padilla I y Soto RJ, Estudio multicéntrico centroamericano de prevalencia de VIH/ITS y comportamientos en hombres que tienen sexo con otros hombres en Honduras, Tegucigalpa, Honduras: Secretaría de Salud, Departamento de ITS/VIH/SIDA, 2003.
79. ONUSIDA y OMS, *Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections, Honduras, 2004 Update*, 2004, <http://www.who.int/GlobalAtlas/predefinedReports/EFS2004/EFS_PDFs/EFS2004_HN.pdf>, consultado el 27 de noviembre de 2006.
80. Hirschmann A, *Informe sobre los avances en la declaración de UNGASS, informe de país: Guatemala*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, 2005, <http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_guatemala_es.pdf>, consultado el 18 de diciembre de 2006.
81. Guttmacher Institute, Encuesta de 2006 de informantes clave sobre políticas y programas para la juventud, Guatemala, Honduras y Nicaragua, sin publicar.
82. Cuadro 5 del Apéndice.
83. Rottingen JA, Cameron DW y Garnett GP, *A system-*

atic review of the epidemiologic interactions between classic sexually transmitted infections and HIV: how much really is known? *Sexually Transmitted Diseases*, 2001, 28(10):579–597.

84. The Alan Guttmacher Institute (AGI), *In Their Own Right: Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide*, Nueva York: AGI, 2003.

85. Kiragu K, Youth and HIV/AIDS: can we avoid catastrophe? *Population Reports*, 2001, Series L, No. 12.

86. UNFPA, Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Declaraciones y Reservas del Programa de Acción, 1994, <http://www.unfpa.org/spanish/icpd/icpd_poa.htm>, consultado el 24 de julio de 2007.

87. *Mortalidad Materna en Adolescentes y Mortalidad en Hijos de Madres Adolescentes en Nicaragua*, Managua, Nicaragua: OPS, 2007.

88. Meléndez JH, Ochoa Vasquez JC y Villanueva Y, *Investigación Sobre Mortalidad Materna y de Mujeres en Edad Reproductiva en Honduras: Informe Final Correspondiente al Año 1997*, Tegucigalpa, Honduras: Secretaría de Salud de Honduras, 1999.

89. Congreso de la República de Guatemala, Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva, Decreto Número 87–2005, 2006.

90. Clulow M, *Sexual and Reproductive Rights in Central America: Towards an Agenda for Action*, Londres: One World Action, 2005, <http://www.oneworldaction.org/_uploads/documents/Sexual&Repr_CentralAmer_English.pdf>, consultado el 20 de diciembre de 2007.

91. Kirby D, Larib B y Roller L, Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world, *Journal of Adolescent Health*, 2007, 40(3):206–217.

92. Bank A, Puntos de Encuentro, Managua, Nicaragua, comunicación personal, 13 de septiembre de 2007.

93. Sarley D et al., *Options for Contraceptive Procurement: Lessons Learned from Latin America and the Caribbean*, Arlington, VA, EEUU: DELIVER; y Washington, DC: Health Policy Initiative for USAID, 2006.

94. Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia, EC status and availability, 2007, <<http://www.cecinfo.org/database/pill/viewAllCountry.php>>, consultado el 25 de julio de 2007.

95. Puig Borràs C, Family Care International, Nueva York, comunicación personal, 4 de diciembre de 2007.

96. Global Gag Rule Impact Project, The global gag rule and contraceptive supplies, sin fecha, <http://www.globalgagrule.org/pdfs/issue_factsheets/GGR_fact_contraceptive.pdf>, consultado el 6 de febrero de 2007.

Fuentes de datos, página 8

1. ADS, *Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL 2002/03*, San Salvador, El Salvador: ADS; y Atlanta, GA, EEUU: CDC, 2004.
2. MSPAS et al., *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 2002*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2003.
3. MSPAS et al., *Encuesta Nacional de Salud Masculina, 2002*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: MSPAS, 2003.
4. Secretaría de Salud y ASHONPLAFA, *Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, ENESF 2001; Encuesta Nacional de Salud Masculina, ENSM 2001*, Tegucigalpa, Honduras: ASHONPLAFA; y Atlanta, GA, EEUU: CDC, 2002.
5. Secretaría de Salud, INE y Macro International, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDESA 2005–2006*, Tegucigalpa, Honduras: Secretaría de Salud e INE; y Calverton, MD, EEUU: Macro International, 2006.
6. INEC y Ministerio de Salud, *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 2001*, Managua, Nicaragua: INEC; y Calverton, MD, EEUU: ORC Macro, 2002.
7. INEC y Ministerio de Salud, *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 1998*, Managua, Nicaragua: INEC; y Calverton, MD, EEUU: Macro International, 1999.

Las uniones consensuales predominan en gran parte de la región, página 17

1. Cuadro 2 del Apéndice.
2. Parrado EA y Tienda M, Women's roles and family formation in Venezuela: new forms of consensual unions? *Social Biology*, 1997, 44(1–2):1–24.
3. Castro Martín T, Matrimonios sin papeles en Centroamérica: persistencia de un sistema dual de nupcialidad, 2007, <<http://www.ccp.ucr.ac.cr/~icamacho/problemas/castro.doc>>, consultado el 4 de diciembre de 2007.

Las jóvenes hondureñas han logrado importantes avances, página 23

1. Secretaría de Salud y ASHONPLAFA, *Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, ENESF 2001; Encuesta Nacional de Salud Masculina, ENSM 2001*, Tegucigalpa, Honduras: ASHONPLAFA; y Atlanta, GA, EEUU: CDC, 2002.
2. Secretaría de Salud, INE y Macro International, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDESA 2005–2006*, Tegucigalpa, Honduras: Secretaría de Salud e INE; y Calverton, MD, EEUU: Macro International, 2006.

APÉNDICE: CUADRO 1
Contexto en el que vive la gente joven de El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua

Indicador	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua				
(1) Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas (2006)	0.729	0.673	0.683	0.698				
(2) Ingreso Nacional Bruto (INB, 2005)*	\$5,120	\$4,410	\$2,900	\$3,650				
(3) % que vive en pobreza†	45.5	56.2	71.6	45.8				
% que vive en áreas rurales								
(4) 1980	55.9	62.6	65.1	49.7				
(5) 2005	39.9	52.8	53.6	41.9				
(6) Razón de matrícula secundaria (niñas por niños, 2005)‡	1.01	0.90	1.24	1.15				
(7) Prevalencia de VIH entre los de 15–24 años (2004)	0.7	1.1	1.8	0.2				
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
(8) % 15–24 cuyos hogares tienen electricidad	87.5	87.2	83.0	82.7	65.2	58.9	74.9	nd
(9) % 15–19 actualmente en la escuela	50.8	54.1	39.9	55.3	32.9	31.7	nd	51.5
(10) % 40–44 que asistió a escuela secundaria	33.1	35.7	21.6	36.1	20.5	20.8	31.5	33.3
(11) % 20–24 que asistió a escuela secundaria	63.7	66.1	39.4	39.6	35.8	27.4	53.4	44.9
(12) % 15–24 que escucha radio diaria o casi diariamente	nd	nd	79.0	84.0	nd	nd	76.3	88.7
(13) % 15–24 que ve TV semanalmente§	nd	nd	69.2	80.7	nd	nd	71.4	77.4
(14) % 15–24 que lee periódico semanalmente§	nd	nd	61.5	81.5	nd	nd	46.2	59.0
(15) Razón de mortalidad materna**	150	na	240	na	110	na	230	na
Distribución porcentual de los de 15–24 años según situación de trabajo y estudios, 2005††								
(16) Estudia, no trabaja	33	32	19	17	24	21	36	28
(17) No estudia, trabaja	22	45	26	59	20	59	22	49
(18) Estudia y trabaja	5	9	6	14	5	7	9	12
(19) No estudia y no trabaja	39	14	48	10	51	13	33	11

*El INB se ha convertido a dólares internacionales utilizando la paridad de poder adquisitivo (PPA) en la que un dólar internacional tiene el mismo poder adquisitivo sobre el INB como lo tiene el dólar americano en los Estados Unidos. El Banco Mundial prefiere esta medida pues lo considera una medición más precisa de pobreza y riqueza; en efecto, sustituye los precios globales por los precios de medición local, reflejando así con mayor precisión el valor real del bien o servicio en cuestión. Esto es más exacto para servicios con pago (el corte de pelo por ejemplo), los cuales se asumen que producen el mismo nivel de confort de un país a otro, pero varía ampliamente en el precio de medición local. †Las líneas de pobreza nacionales per cápita son las siguientes: para El Salvador (2000), 5,286 colones o \$1,290 dólares internacionales ajustados por la PPA; para Guatemala (2000), 4,318 quetzales o \$1,278 dólares internacionales de PPA; para Honduras (2002), 13,176 lempiras o \$2,128 dólares internacionales de PPA; y para Nicaragua (2001), 5,158 córdobas o \$1,904 dólares internacionales de PPA. ‡La razón entre niñas-niños matriculados en secundaria (índice de paridad de género para secundaria) es la proporción bruta de la matrícula de sexo femenino en educación secundaria respecto a la matrícula de sexo masculino. Una razón de 1.0 indica paridad entre los sexos; una razón menor que 1.0, indica que existen menos niñas matriculadas que niños. §Incluye casi todos los días y al menos una vez a la semana. **Muertes maternas por 100,000 nacidos vivos. ††Los datos para Guatemala son de 2004.

Notas Cuando las estimaciones no están disponibles por sexo, presentamos el total para ambos sexos. nd=no disponible. na=no aplicable.

Fuentes **Fila 1**—Watkins K, *Beyond Scarcity: Power, Poverty and the Global Water Crisis, Human Development Report*, Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2006, <<http://hdr.undp.org/hdr2006/pdfs/report/HDR06-com>>, consultado el 3 de diciembre de 2007. **Fila 2**—Banco Mundial, Base de datos de indicadores mundiales de desarrollo, 2006, <<http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GNIPC.pdf>>, consultado el 9 de enero de 2007. **Fila 3**—Proyecto Estado de la Región, *Segundo Informe sobre Desarrollo Humano en Centroamérica y Panamá*, 2003, San José, Costa Rica: PNUD, 2003. **Filas 4 y 5**—División de Población de Naciones Unidas, *UN Population Prospects: 2006 Revision Population Database*, 2006, <<http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=1>>, consultado el 9 de enero de 2007. **Fila 6**—Grupo del Banco Mundial, Global Country Data, 2002, <<http://devdata.worldbank.org/edstats/cd5.asp>>, consultado el 9 de enero de 2007. **Fila 7**—Machinea JL, Bárcena A y León A, *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una Mirada desde América Latina y el Caribe*, 2005, Anexo Estadístico Cuadro 2, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Naciones Unidas, <<http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/21541/lcg2331e.pdf>>, consultado el 11 de abril de 2007. **Filas 8–14**—Tabulaciones especiales de datos de las siguientes encuestas: El Salvador—FESAL 2002/03; Guatemala—ENSMI 2002 y ENSM 2002; Honduras—ENESF 2001; y Nicaragua—ENDESA 1998 (hombres) y ENDESA 2001 (mujeres). **Fila 15**—Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Maternal Mortality in 2000*, 2004, <http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2000/mme.pdf>, consultado el 3 de diciembre de 2007. **Filas 16–19**—Organización Internacional de Trabajo (OIT), *Trabajo decente y juventud*, Anexo estadístico con datos desagregados por sexo, rango de edad y ámbito, OIT, 2007, Cuadro 2.1, <http://white.oit.org.pe/tij/anexos/pdfs/anexo_estadistico_desagregado.pdf>, consultado el 3 de diciembre de 2007.

APÉNDICE: CUADRO 2
Relaciones sexuales y uniones en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua

Indicador	El Salvador		Guatemala		Honduras			Nicaragua	
	Mujeres 2002-2003	Hombres 2002-2003	Mujeres 2002	Hombres 2002	Mujeres 2001	Mujeres 2005-2006	Hombres 2001	Mujeres 2001	Hombres 1998
ACTIVIDAD SEXUAL									
% 15-19 con experiencia sexual	32.5	50.3	23.5	40.2	38.1	31.5	48.7	34.8	58.4
% 20-24 con experiencia sexual	74.4	86.5	67.4	88.7	77.1	75.2	84.3	76.5	95.9
% 15-24 con experiencia sexual	51.7	66.4	43.2	58.0	55.8	51.3	64.7	52.9	74.3
% 40-44 que tuvo relaciones antes de cumplir 15 años	15.6	46.2	11.5	24.5	13.0	12.8	35.0	18.3	40.1
% 20-24 que tuvo relaciones antes de cumplir 15 años	10.9	30.1	12.2	27.9	14.0	12.3	26.5	14.3	34.6
% 40-44 que tuvo relaciones antes de cumplir 18 años	49.2	75.0	49.1	65.3	47.0	46.5	75.4	54.0	84.2
% 20-24 que tuvo relaciones antes de cumplir 18 años	40.9	68.6	41.7	62.6	47.3	45.4	66.8	48.7	79.8
% 40-44 que tuvo relaciones antes de cumplir 20 años	69.0	87.0	71.0	83.0	70.2	67.5	89.1	72.4	92.8
% 20-24 que tuvo relaciones antes de cumplir 20 años	60.6	80.5	57.6	82.5	66.7	64.0	79.3	66.7	91.6
% 40-44 con experiencia sexual premarital adolescente	25.2	80.8	12.5	69.6	13.4	20.8	85.5	17.1	91.8
% 20-24 con experiencia sexual premarital adolescente	29.9	74.8	17.7	73.9	20.6	21.0	76.0	19.2	83.2
% 15-19 sexualmente activo*	27.4	26.2	19.4	23.3	30.7	25.0	29.9	27.8	44.2
% 20-24 sexualmente activo	63.9	66.3	59.8	70.1	64.8	62.1	64.0	63.5	85.3
% 15-24 sexualmente activo	44.1	44.1	37.5	40.6	46.2	41.8	45.2	43.3	61.6
Edad mediana de primera relación sexual (20-24 años)	18.8	16.2	19.0	16.9	18.2	18.4	16.7	18.1	15.8
% de mujeres que sufrió abuso sexual† (15-24 años)	9.9	na	5.6	na	12.6	11.0	na	nd	na
% de mujeres cuyo primera pareja sexual era 5 años mayor (15-24 años)	41.5	na	35.9	na	50.5	48.0	na	nd	na
Distribución porcentual por primera pareja sexual (15-24 años)									
Cónyuge/compañero(a)	27.3	2.2	64.0	9.3	51.2	nd	3.4	nd	nd
Novio(a)/prometido(a)/amante	67.0	44.1	33.9	54.3	43.8	nd	52.4	nd	nd
Amigo(a)/conocido(a)/otro	5.3	47.6	1.8	26.8	4.8	nd	42.9	nd	nd
Trabajadora sexual	nd	5.3	0.0	9.4	nd	nd	1.0	nd	nd
Distribución porcentual de sexualmente activos en último año por pareja más reciente (15-24 años)									
Cónyuge/compañero(a)	nd	29.2	nd	36.7	nd	76.3	32.7	79.9	nd
Novio(a)/prometido(a)/amante	nd	43.6	nd	35.7	nd	12.4	37.1	9.9	nd
Amigo(a)/conocido(a)/otro	nd	21.0	nd	14.7	nd	1.7	22.6	2.4	nd
Trabajadora sexual	nd	3.5	nd	5.1	nd	nd	0.0	0.0	nd
% 15-24 sexualmente activo en el último año con ≥ 2 compañeros sexuales	nd	36.1	nd	23.5	1.1	2.1	41.2	1.4	nd

*A menos que se especifique algo distinto, sexualmente activas son las personas que están en unión y las que no lo están y que han tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses. †Abuso sexual se define como haber sido tocada sexualmente por una persona mayor o forzada a hacer un acto sexual que no quería antes de los 12 años, o haber sido forzada físicamente a tener relaciones sexuales o a hacer un acto sexual que no quería después de los 12 años.

Notas nd=no disponible. na = no aplicable

Fuentes Tabulaciones especiales de las siguientes encuestas: El Salvador—FESAL 2002/03. Guatemala—ENSMI 2002 y ENSM 2002. Honduras—ENESF 2001 y ENDESA 2005-2006. Nicaragua—ENDESA 1998 (hombres) y ENDESA 2001 (mujeres).

APÉNDICE: CUADRO 2
Relaciones sexuales y uniones en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua (continuación)

Indicador	El Salvador		Guatemala		Honduras			Nicaragua	
	Mujeres 2002-2003	Hombres 2002-2003	Mujeres 2002	Hombres 2002	Mujeres 2001	Mujeres 2005-2006	Hombres 2001	Mujeres 2001	Hombres 1998
FORMACIÓN DE UNIONES‡									
% 15-19 actualmente en unión	19.2	1.7	18.1	5.7	26.0	20.3	5.0	22.3	7.5
% 20-24 actualmente en unión	51.5	36.3	56.9	42.0	57.7	54.4	33.5	55.5	47.6
% 15-24 actualmente en unión	34.0	17.1	35.5	19.1	40.4	35.7	17.8	36.7	24.5
% 15-19 no en unión y sexualmente activo	8.2	24.5	1.3	17.6	4.7	4.7	24.9	5.5	36.7
% 20-24 no en unión y sexualmente activo	12.4	30.0	2.9	28.1	7.1	7.7	30.5	8.0	37.7
% 15-24 no en unión y sexualmente activo	10.1	27.0	2.0	21.5	5.8	6.1	27.4	6.6	37.1
% 15-19 alguna vez en unión	21.8	2.0	19.9	6.1	32.1	24.8	6.4	30.4	10.0
% 20-24 alguna vez en unión	59.5	40.8	61.6	44.2	70.0	65.8	38.7	69.3	56.3
% 15-24 alguna vez en unión	39.1	19.3	38.6	20.1	49.3	43.4	20.9	47.3	29.5
Distribución porcentual de los en unión por tipo de unión									
% 15-19, legal	14.4	§	40.7	52.4**	12.3	10.0	11.8	23.1	5.0
% 15-19, consensual	85.6	§	59.3	47.6**	87.7	90.0	88.2	76.9	95.0
% 20-24, legal	31.5	22.8	58.2	53.2	30.4	24.3	23.4	35.6	30.6
% 20-24, consensual	68.5	77.2	41.8	46.8	69.6	75.7	76.6	64.4	69.4
% 15-24, legal	26.3	21.5	53.3	53.1	24.1	19.8	21.6	31.3	26.1
% 15-24, consensual	73.7	78.5	46.7	46.9	75.9	80.2	78.4	68.7	73.9
Edad mediana a la primera unión (mujeres de 20-24, hombres de 25-29)									
	20.8	23.6	20.0	23.1	19.0	19.4	22.8	18.7	21.2
% que se unió durante adolescencia									
Todos de 40-44 años	56.9	27.1	65.3	26.0	63.6	59.9	20.1	70.4	29.1
Todos de 20-24 años	44.6	20.9	50.3	27.9	57.6	54.4	21.3	60.1	38.7
De 40-44 con <7 años de escuela	69.1	27.3	73.2	28.6	71.0	69.8	22.2	79.7	37.4
De 20-24 con <7 años de escuela	64.8	37.1	66.0	33.5	71.2	68.6	24.8	79.2	46.4
De 40-44 con ≥7 años de escuela	32.1	26.5	36.7	21.3	34.8	30.6	11.1	50.1	12.6
De 20-24 con ≥7 años de escuela	33.0	12.2	26.3	19.5	33.3	33.3	11.9	43.4	29.3
De 40-44 de área rural	66.6	26.2**	72.9	32.8	67.9	68.6	15.2	80.0	31.3
De 20-24 de área rural	50.7	24.2	56.8	31.4	70.1	62.2	24.4	73.1	43.5
De 40-44 de área urbana	50.3	27.8	55.6	15.1	59.0	52.7	25.7	65.6	27.8
De 20-24 de área urbana	40.2	18.1	40.8	23.4	46.3	47.4	17.6	52.5	35.3
Ns no ponderados									
Total 15-19 años	1,839	204	1,601	461	1,512	4,566	570	3,146	679
Total 20-24 años	1,914	210	1,757	344	1,627	3,786	551	2,402	500
Total 15-24 años	3,753	414	3,358	805	3,139	8,352	1,121	5,548	1,179
Con experiencia sexual (15-24 años)	2,155	307	1,946	506	2,061	4,318	802	2,992	871
Sexualmente activos (15-24 años)	1,856	219	1,764	395	1,799	3,513	610	2,447	726
En unión (15-24 años)	1,591	90	1,718	239	1,645	3,039	331	2,151	288
No en unión y sexualmente activos (15-24 años)	265	129	46	156	154	474	279	296	438

‡Todas las medidas relacionadas con la unión o estado marital incluyen uniones formales y consensuales. §N<25. **N=25-49.

Notas nd=no disponible. na = no aplicable

Fuentes Tabulaciones especiales de las siguientes encuestas: **El Salvador**—FESAL 2002/03. **Guatemala**—ENSMI 2002 y ENSM 2002. **Honduras**—ENESF 2001 y ENDESA 2005-2006. **Nicaragua**—ENDESA 1998 (hombres) y ENDESA 2001 (mujeres).

APÉNDICE: CUADRO 3 **Maternidad temprana en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua**

Indicador	El Salvador		Guatemala		Honduras			Nicaragua	
	Mujeres 2002–2003	Hombres 2002–2003	Mujeres 2002	Hombres 2002	Mujeres 2001	Mujeres 2005–2006	Hombres 2001	Mujeres 2001	Hombres 1998
FECUNDIDAD									
% 15–19 que ha tenido por lo menos un hijo	18.7	0.7	16.0	3.7	23.2	17.2	4.2	20.6	3.9
% 20–24 que ha tenido por lo menos un hijo	59.6	38.0	59.2	37.1	66.8	62.9	31.5	63.7	45.9
% 15–24 que ha tenido por lo menos un hijo	37.4	22.7	35.4	16.0	43.0	37.9	16.5	39.3	21.6
% de todos los nacimientos en los últimos 5 años que son de mujeres de 15–19 años	22.7	na	19.8	na	22.2	21.3	na	25.4	na
% de mujeres de 20–24 años que tuvo ≥1 hijo antes de 20 años									
Con <7 años de escuela	65.9	na	57.7	na	60.3	60.1	na	69.5	na
Con ≥7 años de escuela	28.9	na	21.7	na	29.4	26.0	na	29.0	na
De área rural	49.3	na	49.2	na	59.7	54.4	na	62.3	na
De área urbana	37.4	na	35.0	na	39.8	39.2	na	39.5	na
De nivel socioeconómico bajo	60.0	na	62.4	na	63.6	61.6	na	67.5	na
De nivel socioeconómico medio	41.8	na	52.2	na	50.5	48.1	na	52.4	na
De nivel socioeconómico alto	24.5	na	27.1	na	32.3	28.7	na	32.0	na
% de mujeres que tuvo el primer hijo antes de cada edad									
De 40–44, antes de cumplir 15 años	2.0	na	2.7	na	3.4	3.1	na	6.9	na
De 20–24, antes de cumplir 15 años	2.2	na	2.6	na	3.3	2.8	na	4.4	na
De 40–44, antes de cumplir 18 años	22.9	na	24.9	na	26.2	25.7	na	33.2	na
De 20–24, antes de cumplir 18 años	24.4	na	24.4	na	28.1	26.1	na	28.1	na
De 40–44, antes de cumplir 20 años	45.6	na	48.9	na	50.0	48.3	na	56.2	na
De 20–24, antes de cumplir 20 años	42.4	na	43.5	na	49.3	46.4	na	47.9	na
Edad mediana al primer nacimiento	21.2	nd	20.9	nd	20.1	20.5	nd	20.3	nd
% 15–19 con ≥ 2 hijos	3.1	0.0	4.3	1.1	5.6	2.3	0.8	4.0	1.0
% 20–24 con ≥ 2 hijos	29.8	13.0	36.7	16.7	39.4	31.1	12.8	32.7	21.0
% 20–24 que tuvo un hijo antes de la unión y antes de los 20 años	9.4	nd	3.9	nd	5.5	4.9	nd	3.7	nd
% de madres de 15–24 años cuyo primer nacimiento ocurrió <7 meses después de la unión	13.4	na	11.1	na	8.5	5.6	na	8.2	na
Meses promedio entre los dos primeros nacimientos de madres de 15–24 años	30.7	na	26.3	na	27.5	30.5	na	28.9	na
PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD									
% de nacimientos no planeados* en mujeres adolescentes	42.6	na	29.3	na	39.8	47.3	na	44.7	na
% de nacimientos no planeados* en mujeres de 15–24	40.9	na	26.9	na	43.0	48.6	na	45.0	na
% de sexualmente activos† de 15–24 que no desea un hijo pronto‡									
Todos	77.6	69.4	89.4	83.2	76.4	87.4	49.5	87.3	80.2
Todos en unión§	75.8	63.7	89.3	85.8	76.6	87.4	55.5	86.8	79.0
Sin hijos	32.3	nd	67.8	nd	43.3	62.3	na	65.7	na
Con 1 hijo	82.5	nd	89.6	nd	79.4	91.8	na	88.3	na
Con ≥ 2 hijos	87.6	nd	95.8	nd	88.0	95.6	na	96.6	na
No en unión	83.7	73.0	91.1	80.9	74.8	87.3	45.6	89.9	81.1
ATENCIÓN PRENATAL Y DEL PARTO									
% de 15–24 con atención prenatal profesional**	86.0	na	70.8	na	67.0	67.6	na	86.7	na
% de 15–24 con atención profesional** en el parto	76.6	na	51.6	na	65.7	74.5	na	73.8	na

*Incluye los nacimientos no deseados y los deseados para más tarde. †Sexualmente activos son las personas que están en unión y las que no lo están y que han tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses. ‡No desea hijos o desea esperar dos o más años antes del próximo nacimiento. §Todas las medidas relacionadas con la unión o estado marital incluyen uniones formales y consensuales. **Atención profesional es aquella proporcionada por médicos y enfermeras en hospitales del sector público y privado, y clínicas.

Notas na=no aplicable. nd=no disponible. Para los Ns no ponderados, ver el Cuadro 2 del Apéndice.

Fuentes Tabulaciones especiales de datos de las siguientes encuestas: El Salvador—FESAL 2000/03. Guatemala—ENSMI 2002 y ENSM 2002. Honduras—ENESF 2001 y ENDESA 2005–2006. Nicaragua—ENDESA 1998 (hombres) y ENDESA 2001 (mujeres).

APÉNDICE: CUADRO 4 **Conocimiento de métodos anticonceptivos, uso y necesidad insatisfecha en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua**

Indicador	El Salvador		Guatemala		Honduras			Nicaragua	
	Mujeres 2002-2003	Hombres 2002-2003	Mujeres 2002	Hombres 2002	Mujeres 2001	Mujeres 2005-2006	Hombres 2001	Mujeres 2001	Hombres 1998
CONOCIMIENTO									
% 15-19 que conoce un método moderno*	96.5	nc	84.8	90.3	98.7	97.9	98.7	96.1	95.5
% 15-19 que conoce el condón	91.8	nc	66.1	83.9	94.0	91.1	96.7	89.1	96.3
USO									
% 15-24 que usa método moderno									
Todos sexualmente activos	47.6	49.8	25.3	32.0	39.6	46.2	34.6	54.5	40.9
En unión	52.3	49.4	24.8	24.8	41.0	47.4	36.0	57.5	55.1
No en unión	31.7	50.1	33.9†	38.3	29.9	38.8	33.7	38.2	31.5
% 15-24 sexualmente activo que obtuvo su método moderno en una farmacia	18.6	61.8‡	21.1	61.4	17.8	22.5	35.0	19.7	45.0‡
% 15-24 que usa método tradicional§									
Todos sexualmente activos	6.6	7.7	6.7	7.4	10.7	7.4	7.8	4.9	3.4
En unión	56.9	8.5	6.6	9.9	10.8	7.6	12.4	5.0	3.9
No en unión	9.3	7.2	9.0†	5.1	9.4	6.1	4.9	4.2	3.0
% 15-24 en unión que usa algún método									
Sin hijos	25.3	nd	9.2	nd	17.4	25.2	nd	33.3	nd
Con 1 hijo	60.3	nd	43.1	nd	59.7	61.5	nd	68.4	nd
Con ≥ 2 hijos	69.9	nd	29.9	nd	59.5	63.1	nd	71.6	nd
NECESIDAD INSATISFECHA DE UN METODO MODERNO**									
% 15-19									
Todos sexualmente activos	48.7	nd	51.9	nd	47.9	40.5	nd	36.3	nd
En unión	41.4	nd	50.0	nd	46.7	37.1	nd	29.6	nd
No en unión	65.8	nd	††	nd	54.2	54.9	nd	63.5	nd
% 20-24									
Todos sexualmente activos	35.1	nd	53.1	nd	45.9	37.2	nd	27.5	nd
En unión	29.9	nd	53.5	nd	44.7	35.8	nd	25.6	nd
No en unión	57.0	nd	44.3†	nd	55.7	46.5	nd	40.5	nd
% 15-24									
Todos sexualmente activos	39.7	nd	52.7	nd	46.6	38.2	nd	30.7	nd
En unión	33.4	nd	52.5	nd	45.4	36.2	nd	27.0	nd
De nivel socioeconómico bajo	37.8	nd	63.9	nd	50.8	43.6	nd	32.1	nd
De nivel socioeconómico medio	30.4	nd	54.0	nd	40.5	30.9	nd	24.4	nd
De nivel socioeconómico alto	30.1	nd	37.3	nd	43.7	31.0	nd	23.7	nd
No en unión	60.9	nd	56.7†	nd	55.0	50.1	nd	51.5	nd
De nivel socioeconómico bajo	53.4	nd	††	nd	††	61.5	nd	56.5	nd
De nivel socioeconómico medio	72.0	nd	††	nd	55.8	45.8	nd	55.4	nd
De nivel socioeconómico alto	53.9	nd	52.6	nd	49.5†	47.3	nd	46.8	nd

*Los métodos modernos se refieren a la píldora, DIU, inyecciones, implantes, esterilización masculina y femenina, métodos vaginales (diafragma y espermicidas en la forma de tabletas vaginales, espuma o jaleas), el condón masculino y, en algunas encuestas, el condón femenino y las píldoras de anticoncepción de emergencia. †N=25-49. ‡Los porcentajes se refieren a la fuente para condones solamente. §Los métodos tradicionales son abstinencia periódica, retiro, amenorrea por lactancia y métodos folclóricos. **Se considera que las mujeres tienen una necesidad insatisfecha de un método moderno si son sexualmente activas, fértiles, no desean un hijo en los próximos dos años y no están usando un método efectivo. ††N<25.

Notas nd=no disponible. nc=no comparable, debido a que el cuestionario de hombres de FESAL 2002/03 no incluyó el condón en la pregunta que indagaba conocimiento de métodos modernos. Sexualmente activas son las personas que están en unión y las que no lo están y que han tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses. Todas las medidas relacionadas con la unión o estado marital incluyen uniones formales y consensuales. El nivel socioeconómico está basado en un índice de bienes y servicios y en las características de los hogares. Para los Ns no ponderados, ver el Cuadro 2 del Apéndice.

Fuentes Tabulaciones especiales de datos de las siguientes encuestas: **El Salvador**—FESAL 2002/03. **Guatemala**—ENSMI 2002 y ENSM 2002. **Honduras**—ENESF 2001 y ENDESA 2005-2006. **Nicaragua**—ENDESA 1998 (hombres) y ENDESA 2001 (mujeres).

APÉNDICE: CUADRO 5
Conocimiento y riesgo de VIH y otras ITS en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua

Indicador	El Salvador		Guatemala		Honduras			Nicaragua	
	Mujeres 2002-2003	Hombres 2002-2003	Mujeres 2002	Hombres 2002	Mujeres 2001	Mujeres 2005-2006	Hombres 2001	Mujeres 2001	Hombres 1998
Conocimiento sobre VIH/SIDA									
% ha oído sobre VIH	94.9	96.9	84.4	93.4	98.8	96.7	99.1	92.0	97.8
% ha oído sobre ITS (diferente de VIH)	82.6	93.3	54.3	77.8	64.0	53.8	71.4	43.4	nd
Entre los que han oído hablar sobre VIH									
% sabe que una persona que parece saludable puede tener VIH	72.2	82.8	58.5	70.2	80.6	77.1	89.9	72.9	80.3
% cree que hay una cura para el SIDA	14.3	11.0	10.5	12.1	8.4	nd	7.2	nd	nd
% espontáneamente identificó los siguientes medios para evitar VIH*									
Abstinencia	14.5	14.2	22.0	4.4	22.0	nc	7.2	7.9	8.2
Usar condones	29.8	64.3	32.2	49.4	52.0	nc	66.0	51.6	68.3
Limitar el número de parejas sexuales	24.4	18.5	36.8	54.2	39.5	nc	53.9	20.2	17.4
% cree estar en riesgo de infectarse	25.8	32.8	nd	nd	25.8	nd	15.6	22.1	55.8
% cree que a una persona infectada se le debe permitir trabajar	nd	nd	48.7	45.7	40.8	nd	30.1	nd	nd
% cree que a un profesor/a infectado/a se le debe permitir continuar enseñando	54.2	53.7	nd	nd	nd	56.4	nd	42.8	nd
% cree que a los adolescentes se les debe enseñar el uso del condón	nd	nd	80.2	91.4	74.3	nd	86.4	nd	nd
% sexualmente activo con ≥ 2 parejas sexuales en último año									
Todos	nd	36.1	nd	23.5	1.1	2.1	41.2	1.4	nd
En unión	nd	23.6	nd	9.4	0.7	0.6	21.1	0.7	nd
No en unión	nd	41.1	nd	31.6	2.7	6.2	50.3	3.1	nd
% sexualmente activo con ≥ 2 parejas sexuales que usó condón en la última relación sexual	nd	55.1	nd	51.4	†	27.2	39.5	38.7‡	nd
% sexualmente activo que usó condón en la última relación									
Todos	8.7	41.4	2.5	32.7	4.1	5.6	26.9	6.3	29.7
En unión	3.7	2.9	1.9	3.7	3.0	3.1	2.1	5.3	7.3
No en unión	25.6	65.8	11.6‡	58.4	11.7	20.2	43.0	11.4	44.5
% que ha usado condón para la prevención de ITS	70.6§	83.5§	nd	25.3	4.8	nd	51.9	nd	38.5
Entre los que han oído hablar sobre VIH, % que sabe de la prueba de VIH	65.2	67.9	54.3	63.1	67.6	nd	71.8	nd	nd
Entre los que saben de la prueba de VIH, % que desea hacérsela	79.4	80.8	42.1	65.5	51.8	nd	45.4	nd	nd
Entre los que saben de la prueba de VIH, % que conoce un lugar para la prueba	55.7	55.0	62.0	56.3	50.8	nd	65.3	nd	nd
% que ha tenido una ITS**	nd	nd	3.3	4.5	nd	1.2	nd	0.7	4.6
Entre los que han tenido una ITS,** % que buscó tratamiento	nd	nd	80.9	98.8‡	nd	66.5	nd	†	nd

*Los datos para las mujeres nicaragüenses provienen de la encuesta de 1998. †N<25. ‡N=25-49. §En la última relación sexual. **Entre aquellos con experiencia sexual y que han oído de ITS, porcentaje que alguna vez ha tenido una ITS (Guatemala) o porcentaje que ha tenido una ITS en los últimos 12 meses (Honduras y Nicaragua).

Notas nd=no disponible. nc=no comparable debido a que el orden y formulación de los ítems en el cuestionario de ENDESA 2005-2006 no es igual al de los otros (i.e., preguntas acerca de si el entrevistado conoce métodos específicos de prevención de VIH preceden a la pregunta que indaga al entrevistado mencionar espontáneamente otras formas de prevención). Sexualmente activas son las personas que están en unión y las que no lo están y que han tenido relaciones sexuales en el último año. Para los Ns no ponderados, ver el Cuadro 2 del Apéndice.

Fuentes Tabulaciones especiales de datos de las siguientes encuestas: El Salvador—FESAL 2002-2003. Guatemala—ENSMI 2002. Honduras—ENESF 2001 y ENDESA 2005-2006. Nicaragua—ENDESA 2001 y ENDESA 1998.

Cita sugerida: Remez L et al., *Asegurar un mañana más saludable en Centroamérica: proteger la salud sexual y reproductiva de la juventud de hoy*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2008.

La copia impresa del informe se encuentra disponible en el Guttmacher Institute. El informe puede adquirirse sin costo alguno en los países en desarrollo. Los residentes de los Estados Unidos y otros países desarrollados pueden adquirirlo por \$20. Los gastos por envío y manejo son adicionales. Pueden solicitarse descuentos según el volumen del envío. Para comprar en línea y descargar el informe en formato pdf, visite www.guttmacher.org.

Guttmacher Institute
125 Maiden Lane
New York, NY 10038 USA
Telephone: 212-248-1111; Fax: 212-248-1951
info@guttmacher.org

1301 Connecticut Avenue NW, Suite 700
Washington, DC 20036 USA

www.guttmacher.org

©2008 Guttmacher Institute, una corporación sin fines de lucro dedicada al progreso en la salud sexual y reproductiva en el mundo a través de la investigación, el análisis de políticas y la educación pública. Todos los derechos, incluyendo la traducción a otros idiomas, se han reservado en virtud de la Convención Universal sobre Derechos de Autor, la Convención de Berna para la Protección de Obras Literarias y Artísticas y las Convenciones Interamericanas y Panamericanas de Derechos de Autor (México D.F. y Buenos Aires). Es posible solicitar que se cedan los derechos de traducción de la información presentada en el informe.

ISBN: 978-1-934387-00-9

Los informes impresos se encuentran disponibles en las siguientes organizaciones:

Guatemala

Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas (AGMM)
6ta Calle 1-36 Zona 10
Apartamentos Valsari
7mo Nivel Oficina 702
Ciudad de Guatemala, Guatemala
Telefax: +502 2362 2437
agmmgua@gmail.com

Honduras

Centro de Derechos de Mujeres
Colonia Lara Norte
Ave. Manuel José Arce
Calle Lara N. 834
Apartado Postal 4562
Tegucigalpa, Honduras
Telefax: +504 221 0459/ 0657
cdm@derechosdelamujer.org

Nicaragua

Federación Red NicaSalud
Km. 4 ½ Carretera a Masaya
de La cocina de Doña Haydee 1/2 c. abajo. Casa No.29
Managua, Nicaragua
Teléfono: +505 270 0099
Fax: +505 277 0855
nsalud@nicasalud.org.ni

Puntos de Encuentro
Rotonda Plaza España 4 c. abajo 1 c. al lago
Apartado Postal RP-39
Managua, Nicaragua
Teléfono: +505 268 1227
Fax: +505 266 6305
puntos@puntos.org.ni

