

Maternidad temprana en Honduras: un desafío constante

La maternidad temprana es reconocida en el mundo como un factor que afecta el bienestar y la salud reproductiva de las mujeres jóvenes, así como el ritmo y la dirección del desarrollo de un país.¹ La maternidad temprana puede entorpecer las perspectivas educativas de una mujer joven, reducir su autonomía social y económica de largo plazo, y comprometer tanto su salud como la de su recién nacido. En Honduras, uno de los países más pobres de América Central, reducir los altos niveles de maternidad adolescente es vital para el mejoramiento de la vida de las mujeres y de sus familias, así como de la sociedad en general.

En vista de la fuerte y persistente conexión entre la maternidad adolescente y la prolongación de la pobreza y la marginación social, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo de 1994 estableció dos objetivos importantes. El primero es “abordar las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, en particular los embarazos no deseados... mediante el fomento de una conducta reproductiva y sexual responsable y sana, inclusive la abstinencia voluntaria y la prestación de servicios apropiados, orientación y asesoramiento claramente apropiados para ese grupo de edad.” El segundo es reducir considerablemente los niveles de embarazos en adolescentes.²

Junto con otros 178 países, Honduras suscribió el Programa de Acción de la CIPD, acordando que: “con la asistencia de la comunidad internacional, deberían

proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, la información y la asistencia en materia de la salud reproductiva.”³ También acordó que: “en colaboración con las organizaciones no gubernamentales, [se exhorta a los gobiernos a que] atiendan las necesidades especiales de los adolescentes y establezcan programas apropiados para responder a ellas.”⁴

Honduras tiene la tasa más alta de fecundidad adolescente de América Central, y ésta no ha disminuido en las últimas décadas. En 2001, hubo 137 nacimientos por cada 1.000 mujeres hondureñas de 15 a 19 años,⁵ comparado con 119 en Nicaragua,⁶ 114 en Guatemala,⁷ 104 en El Salvador,⁸ 95 en Belice,⁹ 89 en Panamá¹⁰ y 78 en Costa Rica.¹¹ Entre 1987 y 2001, la tasa de fecundidad adolescente de Honduras permaneció prácticamente sin variaciones, mientras que la fecundidad disminuyó

Puntos Clave

- Honduras tiene la tasa de fecundidad adolescente más alta de América Central, con 137 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años. Esta tasa ha permanecido sin cambios durante las dos últimas décadas, pese a la disminución de la fecundidad en los demás grupos de mujeres. En números absolutos, los nacimientos en adolescentes aumentaron en un 50% entre 1987 y 2001.
- En 2001, sólo un tercio de todas las mujeres entre 20 y 24 años tenía algunos años de escuela secundaria.
- La mitad de las mujeres entre 20 y 24 años da a luz antes de los 20 años; esta proporción es más alta entre las mujeres de menor nivel educativo (70%), las mujeres más pobres (64%) y las de áreas rurales (60%).
- En 2001, el 40% de todos los nacimientos adolescentes no fue planeado, y la proporción más alta estuvo entre aquellas con la más alta escolaridad (48%). La mayoría de las adolescentes sexualmente activas (70%) no desea tener un hijo en los siguientes dos años.
- A pesar de estas preferencias reproductivas, sólo una de cada tres adolescentes sexualmente activas usa un método anticonceptivo moderno. En general, el 48% de las adolescentes tiene una necesidad insatisfecha de anticoncepción efectiva.
- En 2001, un tercio de las jóvenes de 15 a 24 años que fueron madres recientemente no realizó ninguna visita de atención prenatal. La misma proporción dio a luz sin la asistencia médica profesional.

La pobreza en Honduras.

Con una población de aproximadamente 7,5 millones y un ingreso interno bruto per cápita de 2.900 dólares anuales (ajustado por paridad de poder adquisitivo),¹ Honduras es uno de los países más pobres de América Central. Las altas tasas de desempleo y la severa deforestación en áreas rurales han contribuido a la migración de muchos trabajadores jóvenes hacia áreas urbanas, donde hay escasez de vivienda. En 1994, el 73% de los varones hondureños de 15 a 19 años y el 69% de las mujeres de la misma edad estaban desempleados o subempleados. Un gran número de trabajadores hondureños han abandonado el país — la mayoría emigra hacia los Estados Unidos en busca de trabajo — una situación que ha contribuido al cambio de las condiciones sociales y económicas en Honduras.² En 1998, el Huracán Mitch dañó seriamente la infraestructura y la economía, ya de por sí débiles, del país.^{*3}

La distribución de los ingresos es muy desigual, como lo es la distribución de las tierras en esta economía básicamente agraria. En 2003, el 54% de los ingresos totales del país correspondió al quintil de los hogares más adinerados, mientras que el quintil más pobre ganó sólo el 3%.⁴ Aproximadamente el 64% de la población (y 70% de la población rural) vive por debajo de la línea de pobreza (definida como la incapacidad para proveerse de bienes y servicios básicos), y el 45% vive en la pobreza extrema (incapacidad de comprar la canasta básica de alimentos).⁵ Entre los hondureños rurales (54% de la población total), más de ocho de cada 10 viven en casas sin acceso a agua potable, servicios de saneamiento o electricidad.⁶ Los hondureños rurales e indígenas (7% de la población) son las poblaciones más desfavorecidas del país.

* El Huracán Mitch, que azotó a Centroamérica del 22 de octubre al 5 de noviembre de 1998, fue uno de los huracanes más poderosos jamás vistos, con vientos máximos sostenidos de casi 290 km. por hora. Fue el segundo huracán más mortal del Atlántico en la historia, matando a no menos de 18.000 personas. También causó miles de millones de dólares en daños (fuente: referencia 3).

1. Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica, Calendario Poblacional, <<http://ccp.ucr.ac.cr/>>, revisado el 26 de julio, 2006; y Banco Mundial, *World Development Indicators Database, July 2006*, <<http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GNIPC.pdf>>, revisado el 25 de julio de 2006.

2. Sistema de las Naciones Unidas, *Honduras: Informe sobre las Metas del Milenio*, 2003, <<http://www.undp.un.hn/indh/odm/objetivo1.htm>>, revisado el 13 de junio de 2006.

3. Secretaría de Salud de Honduras y Organización Panamericana de la Salud, El huracán Mitch en Honduras, <<http://www.paho.org/Spanish/Ped/gm-honduras.pdf>>, revisado el 3 de febrero de 2006.

4. Gobierno de la República de Honduras, Actualización de la Estrategia para la Reducción de la Pobreza (ERP), informe preliminar, Tegucigalpa, Honduras: Unidad de Apoyo Técnico, 2004, p. 17.

5. Fondo Monetario Internacional (FMI), *Honduras: Enhanced Initiative for Heavily Indebted Poor Countries Completion Point Document*, FMI Informe de País No. 05/386, 2005, <<http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2005/cr05386.pdf>>, revisado el 9 de febrero de 2006.

6. Sistema de las Naciones Unidas, 2003, op. cit. (ver referencia 2).

entre las mujeres de todos los demás grupos de edad.¹²

Dos quintas partes de todos los nacimientos de adolescentes en Honduras no son planeados, y la gran mayoría de las mujeres adolescentes no desea tener un hijo hasta más adelante

en sus vidas. Sin embargo, la mayoría de las mujeres jóvenes sexualmente activas no usa métodos anticonceptivos modernos que les permitirían posponer la maternidad.

La información obtenida de encuestas nacionales permite

observar de cerca el tema de la maternidad en las adolescentes hondureñas* (ver recuadro Fuentes de Datos, página 9). Este informe ofrece una visión de la situación actual de relaciones sexuales, formación de uniones y maternidad de las mujeres adolescentes en Honduras, y explora los factores asociados con el altísimo nivel de la maternidad temprana en el país. También identifica las necesidades en educación y en salud reproductiva que deberían ser abordadas si las jóvenes hondureñas han de evitar los nacimientos no planeados, y por último examina las asociaciones entre la maternidad temprana y sus consecuencias persistentes.

El contexto subyacente a la maternidad adolescente es clave.

Por varios motivos, es crucial comprender el contexto y las consecuencias de la conducta sexual y reproductiva de las adolescentes. En primer lugar, los jóvenes representan un segmento importante de la población de Honduras: actualmente una cuarta parte del total de la población está entre los 10 y 19 años.¹³ Las consecuencias de la escogencia de vida de las mujeres en este grupo de edad seguirán repercutiendo en la sociedad hondureña por muchos años. En segundo lugar, el momento de la unión (definida como unión formal o unión consensual) y de la maternidad tiene serias implicaciones para las mismas jóvenes y para el desarrollo social y económico del país. Si las mujeres jóvenes de

Honduras han de prepararse adecuadamente para el futuro, y si han de desempeñar un papel activo en el desarrollo de su país, necesitan educación, capacitación y oportunidades de empleo — necesidades que a veces no se satisfacen cuando se asumen las responsabilidades de la vida en unión y de la maternidad a una edad temprana.

Las mujeres adolescentes de los grupos más desfavorecidos tienen una probabilidad mucho mayor que las jóvenes de niveles socioeconómicos más altos de convertirse en madres antes de llegar a la adultez. Las tasas de fecundidad son mucho más altas que el promedio entre las adolescentes que viven en áreas rurales (162 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años) y entre aquellas con poca o ninguna escolaridad (194 entre las que tienen 1–3 años y 254 entre las adolescentes sin ninguna escolaridad).¹⁴ En contraste, las tasas entre adolescentes en áreas urbanas y aquellas con siete o más años de escolaridad son 114 y 69, respectivamente.

Es probable que las mujeres que dan a luz por primera vez siendo adolescentes estén ya en una situación desfavorable incluso antes de tener un hijo, pero la maternidad temprana puede exacerbar y prolongar la desventaja existente. Las jóvenes que dan a luz antes de haberse desarrollado por completo físicamente (es decir, antes de los 17 años) pueden tener un mayor riesgo de complicaciones, y los niños

*Debido a restricciones en la disponibilidad de datos, en este informe definimos la adolescencia entre las edades de 15 a 19 años. Muchos expertos, sin embargo, definen la adolescencia entre las edades de 10 a 19.

Indicadores Demográficos y Reproductivos Seleccionados

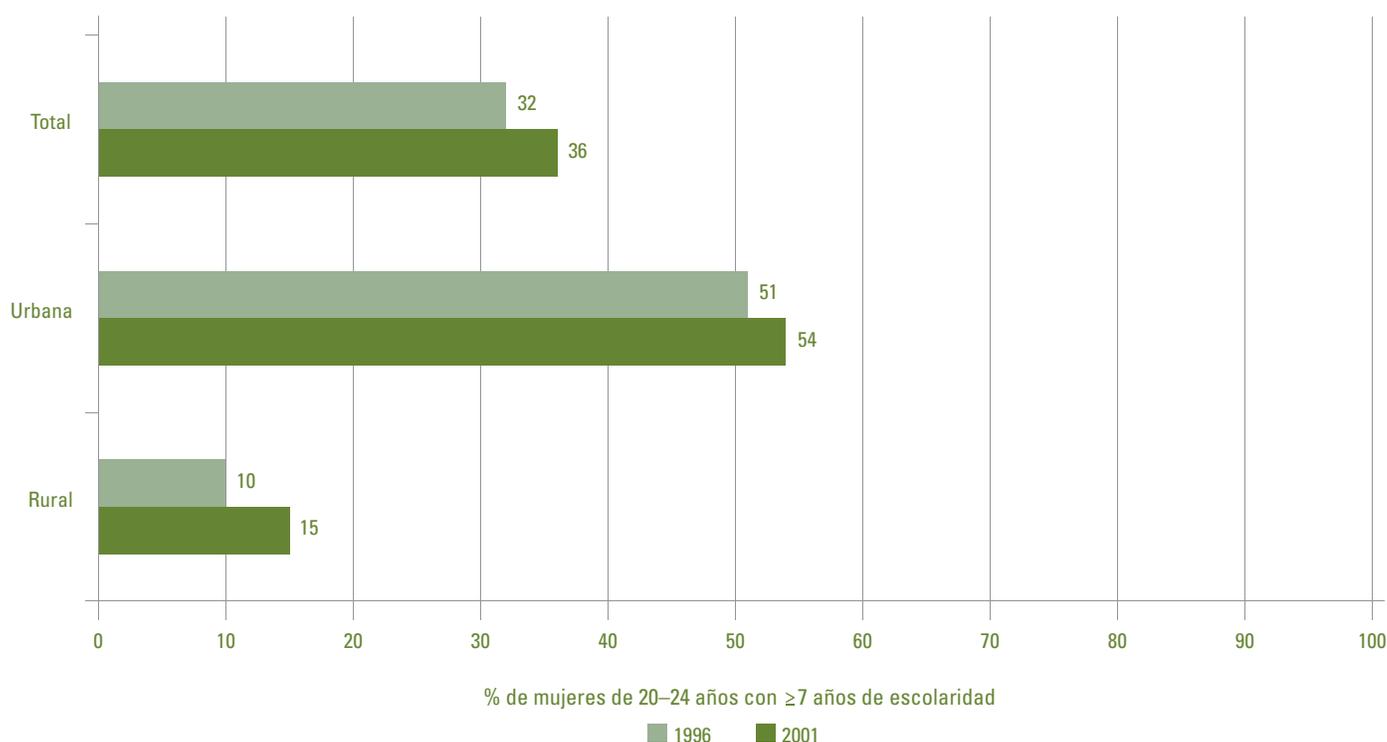
La experiencia de las mujeres hondureñas a menudo varía con el tiempo y con su residencia, y nivel de escolaridad.

Indicador	Total		Residencia				Años de escolaridad					
			Urbana		Rural		0-3		4-6		≥7	
	1996	2001	1996	2001	1996	2001	1996	2001	1996	2001	1996	2001
Ns no ponderados												
Mujeres 15-19	1.456	1.512	631	722	825	790	367	299	719	720	370	493
Mujeres 20-24	1.374	1.627	642	803	732	824	412	406	602	719	360	502
(1) % de mujeres de 20-24 años con ≥7 años de escolaridad	31,6	35,8	50,9	54,3	9,9	15,4	na	na	na	na	na	na
(2) % de mujeres de 20-24 años en unión* antes de los 20 años	55,8	57,6	46,1	46,3	66,6	70,1	73,9	79,1	62,0	67,1	32,2	33,3
(3) % de mujeres de 20-24 años que tuvo relaciones sexuales antes de la unión y antes de los 20 años	18,4	20,6	20,1	26,3	16,4	14,4	15,9	16,2	21,9	16,7	15,8	28,0
% de mujeres de 20-24 años que dio a luz antes de edad específica												
(4) 20 años	48,6	49,3	41,1	39,8	57,1	59,7	62,8	69,7	57,1	55,4	25,4	29,4
(5) 18 años	26,7	28,1	22,3	21,0	31,7	36,1	40,8	50,2	29,9	29,2	10,7	13,3
(6) 15 años	2,8	3,3	2,2	2,8	3,5	3,8	6,9	8,9	2,4	2,8	0,0	0,4
(7) % de mujeres de 15-19 años que ha dado a luz o está embarazada	27,7	28,5	22,9	25,3	32,2	31,8	43,3	45,9	27,9	34,0	15,0	12,5
(8) % de mujeres de 20-24 años que tuvo un hijo antes de la unión y antes de los 20 años	8,0	5,5	7,5	6,1	8,5	4,8	10,6	6,8	9,2	4,7	4,2	5,7
(9) % de nacimientos en adolescentes no planeados†	na	39,8	na	44,6	na	36,5	na	40,8	na	36,5	na	48,2
% de mujeres de 15-19 años sexualmente activas‡ que no desea un hijo pronto§												
(10) Total	63,2	69,5	66,4	70,4	61,2	68,9	58,6	63,6	62,8	69,9	74,3	78,4
(11) En unión	62,2	70,1	68,1	71,9	58,8	68,9	57,6	64,2	61,3	69,5	78,5**	83,6
(12) No en unión	70,0**	66,4**	††	65,1	††	68,8**	††	††	††	71,8**	††	††
(13) % de mujeres de 15-19 años que conoce algún método anticonceptivo moderno‡‡	96,2	98,7	99,2	99,5	93,4	97,8	89,2	95,7	97,4	98,8	99,8	100,0
% de mujeres de 15-19 años sexualmente activas que usa un método moderno												
(14) Total	18,8	30,6	28,7	37,8	12,9	24,9	10,3	22,1	20,5	35,5	32,7	29,7
(15) En unión	19,3	32,4	30,0	40,0	13,3	27,2	8,4	22,8	21,9	37,5	38,0**	34,5
(16) No en unión	15,9**	20,6**	††	30,1**	††	4,2**	††	††	††	25,6**	††	††
% de mujeres de 15-19 años y sexualmente activas que tiene necesidad insatisfecha de anticoncepción efectiva§§												
(17) Total	50,9	47,9	43,7	44,2	55,1	50,7	54,5	51,0	50,7	43,5	42,9	56,1
(18) En unión	50,4	46,7	45,4	43,4	53,0	49,0	56,0	51,3	48,8	41,1	41,8**	56,0
(19) No en unión	54,1**	54,2	††	47,0**	††	66,7**	††	††	††	55,1**	††	††
(20) % de mujeres de 15-24 años que recibió atención prenatal profesional***	66,1	67,0	81,1	86,3	53,7	52,0	50,3	47,7	67,7	68,3	90,1	89,9
(21) % de mujeres de 15-24 años que recibió atención profesional en el parto***	57,5	65,7	84,1	87,1	35,7	49,0	35,4	40,9	60,7	67,7	88,4	94,4

*En todos los indicadores que se refieren al estado civil, en unión incluye uniones legales y consensuales. †El denominador consiste en todos los nacimientos en los cinco años anteriores a la entrevista, en mujeres menores de 20. ‡Todas las mujeres en unión, así como las mujeres solteras que han tenido relaciones sexuales en los tres meses anteriores. §No desean hijos o desean esperar dos o más años antes de su próximo nacimiento. **El N no ponderado es pequeño (25-49). ††Omitido porque el N no ponderado es menor que 25. ‡‡La píldora, los inyectables, los implantes, la esterilización masculina y femenina, el DIU, el diafragma, los espermicidas, el condón y la esponja. §§Se considera que las mujeres tienen una necesidad insatisfecha en anticoncepción si son sexualmente activas, no desean un hijo en los siguientes dos años y no usan un método efectivo. ***Se refiere al nacimiento más reciente dentro de los cinco años anteriores. Atención profesional es la atención proporcionada por médicos y enfermeras en hospitales del sector privado y público, y en clínicas. Nota: na=no aplica. Fuentes: ENESF de 1996 y 2001.

Escolaridad

El nivel educativo entre las mujeres jóvenes aumentó ligeramente entre 1996 y 2001, pero permanece bajo.



Fuentes: ENESF 1996 y 2001.

nacidos de madres de 18 años o menos tienen un mayor riesgo de tener una salud precaria y de morir durante la infancia.¹⁵ Todos estos riesgos se agravan en las madres adolescentes que tienen una nutrición inadecuada y un acceso limitado a la atención médica. La maternidad temprana también deja a muchas mujeres con oportunidades educativas limitadas y, en consecuencia, con reducidas posibilidades de ingresar al mercado de trabajo remunerado.¹⁶ En contraste, las mujeres jóvenes que aplazan su primer nacimiento pueden permanecer más tiempo en la escuela, lo cual facilita un mejor cuidado de los hijos y permite que ejerzan un papel más directo en la determinación de su propio futuro.¹⁷

Las mujeres hondureñas tienen una deficiente salud reproductiva.

Honduras tiene varios problemas serios en el área de la salud reproductiva.

- En 1997, la razón de mortalidad materna en Honduras era de aproximadamente 108 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos — por debajo de la razón estimada en 1990 de 182 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, pero todavía alta.¹⁸ Aunque no disponemos para Honduras de una razón de mortalidad materna en adolescentes, la mayoría de los estudios en el tema indica que el riesgo de morir por causas relacionadas con la maternidad es más alto entre las mujeres menores de 20

años que entre las que están en las edades de 20 a 29 y de 30 a 39.¹⁹

- La tasa de mortalidad infantil de 34 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2001 fue más alta que el promedio de toda América Latina y el Caribe (28 por cada 1.000 nacidos vivos).²⁰ La tasa era más alta en áreas rurales que en áreas urbanas (38 versus 29). Fue particularmente alta — 63 por cada 1.000 nacidos vivos — entre los niños nacidos en mujeres sin educación.²¹

- Honduras es responsable de aproximadamente el 60% de todos los casos de VIH/SIDA en América Central; a nivel nacional, la prevalencia del VIH entre adultos de 15 a 49 años es de 1,8%.²²

El nivel educativo en las adolescentes es muy bajo.

En 2001, sólo un poco más de la tercera parte (36%) de las mujeres de 20 a 24 años había completado al menos siete años de enseñanza (es decir, había comenzado la escuela secundaria). En las áreas rurales, sólo el 15% había tenido al menos siete años de educación comparado con el 54% en las áreas urbanas (Cuadro 1, fila 1).

El logro educativo de las jóvenes ha mejorado ligeramente en años recientes. Entre 1996 y 2001, la proporción de mujeres entre 20 y 24 años con siete o más años de escolaridad aumentó de 51% a 54% en áreas urbanas y de 10% a 15% en áreas rurales (Gráfico 1).

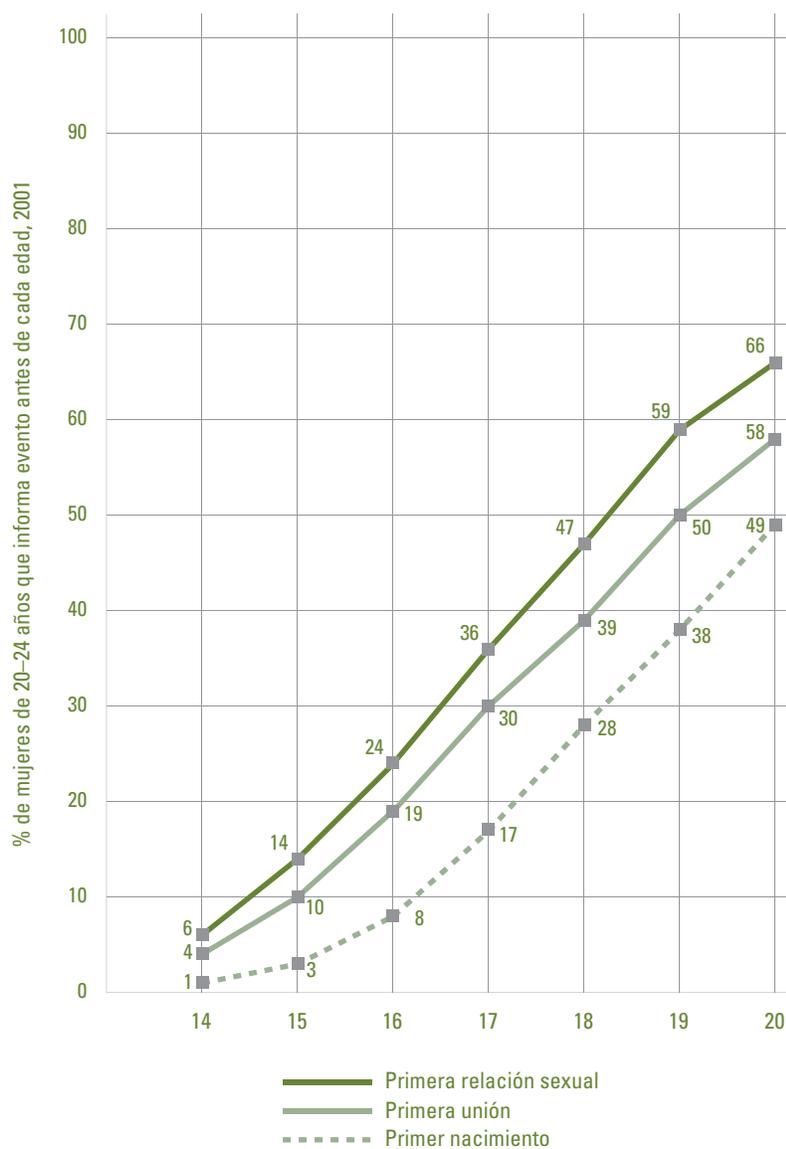
La actividad sexual y la unión comienzan temprano, sobre todo en mujeres de baja escolaridad.

En 2001, casi seis de cada 10 mujeres de 20 a 24 años informaron haber estado unidas (formalmente casadas o en unión consensual) antes de los 20 años (Cuadro 1, fila 2). (Es mucho más probable que las jóvenes hondureñas establezcan uniones consensuales que matrimonios formales: entre las de 15 a 19 años en 2001, el 23% estaba en una unión consensual, mientras que sólo el 3% se había casado formalmente.²³) La unión temprana era particularmente común en las áreas rurales (70%) y entre las mujeres con tres años o menos de escolaridad (79%), hallazgos que proporcionan evidencia de la estrecha relación entre una situación desfavorable y la probabilidad de una unión temprana. El hecho de que una de cada cinco mujeres jóvenes se una antes de cumplir los 16 años sugiere que la formación de uniones a edades muy tempranas es ampliamente aceptada en Honduras (Gráfico 2).

Sin embargo, no todas las mujeres comienzan su vida sexual dentro de una unión. Entre las mujeres de 20 a 24 años, el 21% tuvo relaciones sexuales por primera vez siendo adolescente y cuando aún no estaba en una unión (Cuadro 1, fila 3). Esta proporción es más alta entre las mujeres de áreas urbanas que en las de áreas rurales (26% versus 14%), y entre aquellas con siete o más años de educación comparadas con aquellas con 0-3 años (28% versus 16%). Estos resultados sugieren que uno

Transiciones hacia la Adulthood

La primera relación sexual, la primera unión y el primer nacimiento ocurren muy temprano entre las mujeres hondureñas.



Fuente: ENESF 2001.

de los efectos de la creciente modernización en Honduras (como se refleja en las leves mejoras de logro educativo y en una creciente urbanización) podría ser un aumento de la actividad sexual de las mujeres jóvenes antes de la unión.

En general, el 24% de las mujeres hondureñas de 20 a

24 años en 2001 había tenido relaciones sexuales antes de la edad de 16, el 47% lo había hecho antes de los 18, y el 66% antes de los 20 (Gráfico 2).

La mitad de las mujeres es madre antes de los 20 años.

A menos de que utilicen un anticonceptivo efectivo (es decir, moderno) muchas

mujeres jóvenes que se unen o inician las relaciones sexuales durante la adolescencia tienen más probabilidad de quedar embarazadas. En efecto, muchas se embarazan: tres de cada 10 mujeres de 20 a 24 años en 2001 habían tenido un hijo antes de los 18 años, y la mitad lo había tenido antes de cumplir los 20 (Gráfico

Maternidad y Nivel Socioeconómico

La maternidad adolescente es más común entre las más desfavorecidas económicamente.

Nivel socioeconómico del hogar	% que dio a luz antes de los 20
Bajo	64
Medio	51
Alto	32

Nota: El nivel socioeconómico del hogar se basa en un índice de bienes y servicios y características del hogar.

Fuente: Tabulaciones especiales de ENESF, 2001.

2). Entre las jóvenes de 15 a 19 años entrevistadas en el mismo año, casi tres de cada 10 habían dado a luz o estaban embarazadas en ese momento (Cuadro 1, fila 7).

En áreas rurales, seis de cada 10 mujeres de 20 a 24 años son madres antes de los 20 (Gráfico 3). Y entre las mujeres con tres años o menos de escolaridad, esta era la situación para siete de cada 10, comparada con aproximadamente tres de cada 10 entre aquellas con al menos siete años de escolaridad. Estas diferencias en la maternidad temprana por logro educativo sugieren que completar la escuela primaria lleva a las adolescentes a posponer la maternidad.

El nivel socioeconómico es un factor determinante de la maternidad durante la adolescencia. Casi las dos terceras partes (64%) de las mujeres de 20 a 24 años en el estrato socioeconómico más bajo dieron a luz antes de los 20, comparado con una tercera parte (32%) de las jóvenes en el estrato socioeconómico más alto (Cuadro 2).²⁴

Dado que la residencia rural, un bajo nivel educativo y la pobreza están todos asociados

con la maternidad temprana en Honduras, las mujeres jóvenes que se encuentran en cada uno de estos tres grupos tienen el más alto riesgo de iniciar su vida reproductiva durante la adolescencia.

La maternidad antes de la unión es poco frecuente.

Una proporción muy pequeña de mujeres jóvenes—el 6% de las que tenían 20 a 24 años en 2001—reconoció haber tenido un nacimiento previo a la unión y antes de los 20 años (Cuadro 1, fila 8). Esta baja proporción varió notablemente poco por subgrupo. Varios factores pueden explicar la poca frecuencia de registros de maternidad previa a la unión: las mujeres solteras podrían tener un particular cuidado en evitar el embarazo usando un método anticonceptivo eficaz, o pueden no informar nacimientos que precedan a la unión. O bien, algunas adolescentes solteras que quedan embarazadas pueden unirse con el padre antes de que el hijo nazca. Aunque se dispone de pocos datos sobre el aborto inducido en Honduras, algunas mujeres jóvenes podrían decidir terminar el embarazo por medio del aborto, el cual es altamente restringido por ley y

por lo general practicado en la clandestinidad.*

La maternidad adolescente no ha disminuido durante las últimas dos décadas.

Aunque las mujeres de mayor edad han tenido disminuciones sustanciales de fecundidad desde 1987, la tasa de fecundidad en adolescentes no ha cambiado (Cuadro 3). Además, gracias a la fecundidad general muy alta en el pasado reciente, el número de mujeres de 15 a 19 años aumentó en un 45% entre 1987 y 2001, y el número absoluto de nacimientos anuales en adolescentes aumentó casi en un 50% durante este período. Aproximadamente uno de cada cinco nacimientos que ocurrieron se dio entre mujeres adolescentes.

Cuatro de cada 10 nacimientos de adolescentes no son planeados.

No todos los embarazos — incluso aquellos de las adolescentes en unión o aquellos que llevan a las adolescentes a unirse — son planeados. De hecho, en 2001, las mujeres que habían tenido un hijo antes de los 20 años informaron que el 40% de sus nacimientos adolescentes no fueron planeados (Cuadro 1, fila 9). Esta proporción fue un poco más alta para los nacimientos de mujeres de áreas urbanas comparada con la de las mujeres en áreas rurales (45% versus 37%), y para los

nacimientos de mujeres con siete años o más de escolaridad comparada con los de mujeres con tres años o menos (48% versus 41%).

Dado que seis de cada 10 nacimientos en adolescentes fueron planeados, no se pueden descontar los propios deseos de las jóvenes de tener hijos una vez que se unen. Los factores determinantes de las decisiones de las mujeres de tener hijos a una edad temprana, sobre todo en áreas rurales, a menudo están profundamente arraigados en los valores de su comunidad y en las vidas y ejemplos que ven a su alrededor.

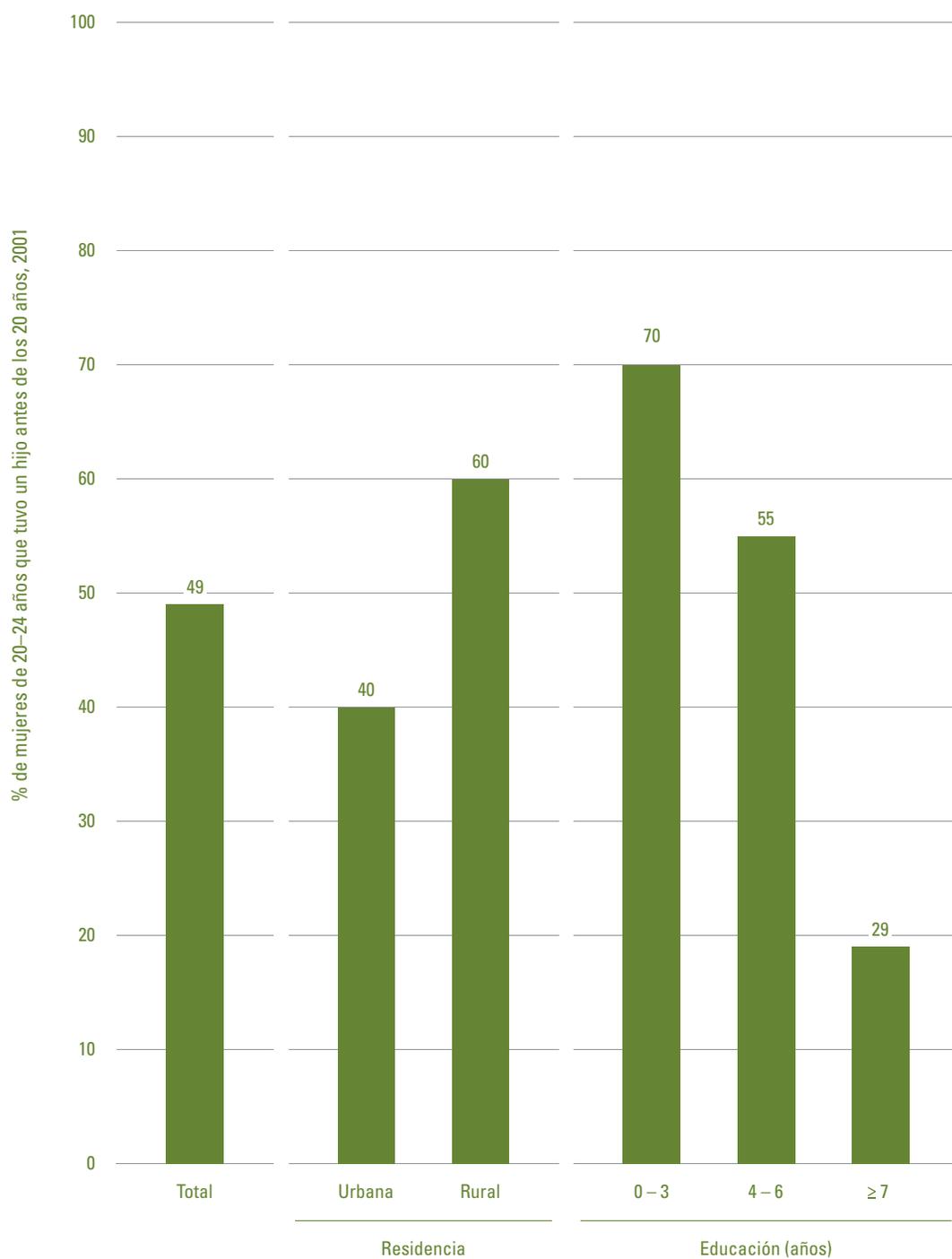
La maternidad parece no ser una limitante de las opciones de vida de las adolescentes.

¿Qué podría explicar los niveles persistentemente altos de maternidad adolescente en las áreas rurales y entre las mujeres más pobres y con menor nivel escolar? La relación entre los bajos niveles de educación y la maternidad temprana es compleja y multidireccional. Algunas mujeres adolescentes que ya son madres pueden tener una educación deficiente porque su embarazo y maternidad las obligaron a abandonar la escuela. O bien, sus familias y comunidades, podrían esperar y apoyar el matrimonio temprano y la maternidad precoz. Finalmente, las mujeres jóvenes que son pobres y tienen poca educación pueden sentir que tienen

*El código penal en Honduras no hace ninguna excepción explícita a la prohibición general del aborto inducido. El Código de Ética Médica del país, que no conlleva el peso de ley, permite el aborto terapéutico para salvar la vida de la mujer embarazada (fuentes: Center for Reproductive Rights, *The World's Abortion Laws*, 2005, <http://www.reproductiverights.org/pub_fac_abortion_laws.html>, revisado el 10 de mayo de 2006; y División de Población de las Naciones Unidas, *Abortion Policies: A Global Review*, 2002, <<http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/profiles.htm>>, revisado el 10 de mayo de 2006).

Maternidad Temprana

La proporción de mujeres que dan a luz siendo adolescentes es más alta entre las mujeres rurales y entre las de más baja escolaridad.



Fuente: ENESF 2001.

pocas alternativas, y de esta manera consideran la unión y el comienzo de una familia como su mejor opción. En ese caso, la maternidad temprana no necesariamente sería percibida como una limitación para su futuro.

La unión temprana y la maternidad precoz a menudo están vinculadas.

Al comparar las proporciones de mujeres jóvenes que se unieron antes de la edad de 20 con aquellas que tuvieron un hijo antes de esa edad se observa cuán estrechamente se relacionan los dos comportamientos (Cuadro 1, filas 2 y 6). Para la mayoría de las mujeres adolescentes, incluso aquellas con mayor educación, la unión está fuertemente asociada con tener hijos. Desalentar la unión muy temprana podría ser entonces una estrategia eficaz para reducir las altas tasas de fecundidad adolescente. Sin embargo, tal abordaje no sería factible a menos que se ofreciera a las adolescentes alternativas viables para sus vidas.

La mayoría de las madres adolescentes no planea tener un hijo pronto.

Como sucede a menudo cuando se le pregunta a las mujeres sobre la planificación de sus nacimientos, en 2001, las mujeres jóvenes declararon que la mayoría de sus nacimientos tenidos durante la adolescencia (60%) fue planeada. Sin embargo, cuando se le preguntó a las madres de 15 a 19 años si deseaban tener otro hijo pronto, la respuesta más frecuente fue "no". Además, el 84% de todas las madres adolescentes que

habían tenido al menos un hijo, independientemente de su estado civil, no deseaba otro hijo en los siguientes dos años. Casi la mitad de las

mujeres de la misma edad que aún no habían tenido hijos también deseaba posponer el iniciar una familia durante al menos dos años.²⁵ Finalmente,

en 2001, el 70% de las mujeres unidas de 15 a 19 años, independientemente de su fecundidad, deseaba aplazar un embarazo al menos por dos

Tendencias de la Maternidad Adolescente

La tasa de fecundidad adolescente permanece invariable desde los años 80.

Año	Tasa de fecundidad por cada 1.000 mujeres 15–19 años	No. de nacimientos en mujeres 15–19 años (en 000s)	No. de mujeres 15–19 años (en 000s)	% de todos los nacimientos que son de adolescentes
1987	135*	33	243	18,0
1996	136†	42	307	19,7
2001	137†	48	354	21,2

* Tasa anual, basada en los nacimientos que ocurrieron dos años antes de la encuesta.

† Tasa anual, basada en los nacimientos que ocurrieron tres años antes de la encuesta.

Fuentes: Tasa de fecundidad—ENESF de 1987, 1996 y 2001. Número de mujeres—Naciones Unidas, 2003 (referencia 10).

años, comparado con el 62% en 1996 (Cuadro 1, fila 10).

Está claro que la mayoría de todas las adolescentes sexualmente activas,* independientemente de su estado civil y fecundidad, no deseaba un hijo pronto y por consiguiente necesitará de la anticoncepción efectiva para lograr este objetivo. ¿Cuántas de estas mujeres adolescentes sexualmente activas estaban en realidad usando anticonceptivos efectivos para asegurar esto?

El uso anticonceptivo en las adolescentes sexualmente activas es muy bajo.

En Honduras, el conocimiento de la anticoncepción es consistentemente alto: entre las adolescentes de todas las condiciones, prácticamente todas (99%) informaron conocer al menos un método anticonceptivo moderno† (Cuadro 1, fila 13). El hecho de que el conocimiento de métodos

modernos sea prácticamente idéntico entre las adolescentes rurales y las urbanas y que varíe poco por nivel educativo, es notable y alentador.

Aunque las adolescentes estén enteradas de los métodos anticonceptivos modernos, no necesariamente saben dónde obtenerlos, cómo usarlos correcta o consistentemente, y puede ser que no los usen en absoluto. Un poco menos de una tercera parte de todas las mujeres adolescentes sexualmente activas usaba un método moderno en 2001 (Cuadro 1, filas 14). Este bajo nivel general de uso de anticonceptivos modernos con una variación relativamente pequeña por subgrupos es inquietante, porque sugiere un alto riesgo de embarazo entre las adolescentes sexualmente activas.

El uso de anticonceptivos aumentó entre 1996, cuando

sólo el 19% de las mujeres adolescentes sexualmente activas usaba un método moderno de anticoncepción, y 2001, cuando la tasa alcanzó el 31%. Además, los aumentos importantes ocurrieron entre todos los subgrupos de mujeres, con la única excepción del grupo con la tasa de uso más alta en 1996 — aquellas con al menos algún grado de educación secundaria — en el cual la tasa se mantuvo casi igual.

El uso de anticonceptivos modernos entre las adolescentes en unión se diferencia enormemente entre las que ya han tenido un hijo y aquellas que todavía no lo han tenido. En 2001, el 45% de las adolescentes unidas que ya habían tenido un hijo usaba un método moderno, comparada con sólo el 8% de las que aún no habían comenzado a tener hijos.²⁶

La mitad de las mujeres adolescentes sexualmente activas necesita pero no usa anticonceptivos.

Considerando que en 2001, el 70% de todas las mujeres adolescentes sexualmente activas no deseaba un hijo en el futuro próximo, y que sólo tres de cada 10 estaban usando algún método anticonceptivo eficaz, no es sorprendente que el 48% de las adolescentes tenía una necesidad insatisfecha en anticoncepción (Cuadro 1, fila 17). Es decir, casi la mitad de las adolescentes sexualmente activas no deseaba un hijo en los siguientes dos años y, sin embargo, no usaba un método anticonceptivo moderno para prevenir un embarazo no planeado.

La necesidad insatisfecha de anticonceptivos en las adolescentes sexualmente activas fue un tanto más alta en las áreas rurales que en las urbanas (51% versus 44%), pero fue mucho más alta en aquellas que habían tenido al menos siete años de escolaridad (56%). Este hallazgo es coherente con nuestra expectativa de que las mujeres sexualmente activas de más alta educación tendrían una mayor motivación para posponer la maternidad, pero carecerían de los medios para hacerlo. Además, la necesidad insatisfecha va en aumento en este subgrupo, ya que su deseo de posponer la maternidad aumenta más rápido que su adopción del uso de anticonceptivos: entre 1996 y 2001, la necesidad insatisfecha aumentó en casi un tercio en las adolescentes de mayor nivel educativo.

Muchas jóvenes de áreas rurales y de baja escolaridad no reciben adecuada atención prenatal y de parto.

Una buena atención prenatal y del parto son requisitos básicos de salud pública para asegurar la supervivencia, la salud y el bienestar de las madres y de sus hijos. Satisfacer estas necesidades elementales será un gran desafío para Honduras, que actualmente tiene una tasa total de atención prenatal inferior a cualquiera de los tres países centroamericanos con datos comparables (El Salvador, Guatemala y Nicaragua), y esa tasa ha disminuido con el tiempo.²⁷

En Honduras, dos tercios de las mujeres de 15 a 24 años que habían dado a luz recibieron

*Las mujeres sexualmente activas incluyen a todas las mujeres en unión y a las no en unión que han tenido relaciones sexuales en los tres meses anteriores a la encuesta.

†Los métodos modernos incluyen la píldora, el DIU, el condón, los inyectables, los métodos vaginales, y la esterilización masculina y femenina.

atención prenatal profesional durante su embarazo más reciente en los cinco años precedentes a la encuesta de 2001,* y una proporción similar tuvo asistencia de un médico o de una enfermera en el momento del parto (Cuadro 1, filas 20 y 21). Esto significa que un tercio de estas jóvenes no realizó ninguna visita prenatal (la Secretaría de Salud recomienda al menos cuatro²⁸), ni contó con la presencia de un profesional en el parto. Además, la mitad de las mujeres de 15 a 24 años que vivía en áreas rurales no recibió ninguna atención profesional, ni prenatal ni en el parto, en evidente contraste con las jóvenes en áreas urbanas donde sólo el 13–14% no contó con atención profesional.

Las jóvenes con tres años o menos de escolaridad fue el grupo que tuvo la tasa más baja de atención profesional del parto: sólo el 41% recibió asistencia de un médico o una enfermera, lo cual representa menos de la mitad de la proporción de las jóvenes con siete o más años de educación (94%).

Vivir en un área rural de Honduras aumenta los riesgos de salud reproductiva para las mujeres jóvenes. Las adolescentes rurales, quienes en primera instancia tienen una mayor probabilidad que sus homólogas urbanas de quedar embarazadas, también tienen una menor probabilidad de estar informadas sobre la importancia del cuidado

profesional durante la gestación y el parto. Lo que es más importante, no tienen acceso a tal atención, y muchas de ellas dan a luz en sus casas.

El sector público desempeña un papel importante en el suministro de métodos de planificación familiar.

El gobierno hondureño está plenamente consciente de las interrelaciones entre la pobreza, las familias numerosas y una salud reproductiva deficiente. Como se enuncia en la Estrategia para la Reducción de la Pobreza y el Plan Maestro de Reconstrucción y Transformación Nacional, Honduras se comprometió a integrar la política de población con el desarrollo sostenible, incorporar la salud reproductiva y la planificación familiar a los servicios de salud, y promover la igualdad y la equidad de género.²⁹

Los principales proveedores de planificación familiar en el país son la Secretaría de Salud de Honduras y la organización local de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, ASHONPLAFA. Las responsabilidades de la Secretaría de Salud incluyen la planificación, regulación, coordinación y evaluación de todos los programas de salud pública. Es también responsable de fortalecer la provisión de servicios de salud y de dar atención especial a los sectores marginados de la población. En 2001, la Secretaría de Salud atendió al 41% de los usuarios

de planificación familiar, y ASHONPLAFA brindó servicios al otro 29%.³⁰

Sin embargo, proveer servicios y suministros clave de atención en salud reproductiva será una tarea primordial en los próximos años. Hasta hace poco, la mayoría de los suministros anticonceptivos provenía de donantes internacionales—principalmente de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y del Fondo de Población de las Naciones Unidas. Sin embargo, este apoyo, existente desde hace mucho tiempo, está programado para ser retirado progresivamente en los próximos años, y la Secretaría de Salud aún tiene que determinar la manera

de comprar un suministro adecuado de anticonceptivos. El crecimiento de la población que se espera para la próxima década seguirá aumentando la demanda de métodos anticonceptivos, y se espera que el número total de usuarios se duplique. Para satisfacer esta demanda, el sistema de salud pública tendrá que aumentar su presupuesto para anticonceptivos en un 18% por año hasta el 2015.³¹

Existen políticas de juventud, pero están dispersas e inadecuadamente implementadas.

Aunque en las dos décadas pasadas se han formulado políticas nacionales de juventud, a menudo no están claramente vinculadas con las instituciones ejecutoras. En

Fuentes de Datos

Los datos presentados en este informe fueron extraídos principalmente de dos encuestas nacionales de salud reproductiva realizadas recientemente en Honduras—las Encuestas Nacionales de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF) de 1996¹ y de 2001² llevadas a cabo por la Secretaría de Salud y la Asociación Hondureña de Planificación de Familia (ASHONPLAFA). La encuesta de 1996 entrevistó a 7.505 mujeres de 15 a 49 años, tanto casadas (incluyendo mujeres en unión consensual) como solteras; y la encuesta de 2001 entrevistó a 8.362 mujeres con las mismas características. Ambas encuestas recolectaron información sobre actividad sexual, unión conyugal, preferencias reproductivas, experiencias de fecundidad, uso de métodos anticonceptivos, y salud materno-infantil. Las encuestas tienen muestras lo suficientemente grandes para permitir el análisis de mujeres jóvenes por residencia urbana y rural, nivel educativo, y nivel socioeconómico del hogar. Este informe también utiliza las ENESF de 1987³ y de 1991–1992.⁴ Las estimaciones de población provienen de la División de Población de las Naciones Unidas.

1. Monteith R et al., *Honduras: Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar—1996 (ENESF-96), Informe Final*, Tegucigalpa, Honduras: Secretaría de Salud, Asociación Hondureña de Planificación Familiar (ASHONPLAFA) y USAID/Honduras; y Atlanta, GA, EEUU: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 1997.

2. Corrales G et al., *Honduras: Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar—2001 (ENESF-01), Informe Final*, Tegucigalpa, Honduras: ASHONPLAFA; y Atlanta, GA, EEUU: CDC, 2002.

3. Honduran Ministry of Public Health et al., *Epidemiology and Family Health Survey Honduras—1987 (1987 EFHS), Final Report*, Tegucigalpa, Honduras: Honduran Ministry of Public Health y ASHONPLAFA, 1989.

4. Ministerio de Salud Pública et al., *Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar—1991–1992 (ENESF-91–92), Informe Final*, Tegucigalpa, Honduras: ASHONPLAFA, 1992.

*A fin de tener una muestra lo suficientemente grande para análisis, estos datos de atención prenatal incluyen a las mujeres de 20 a 24 años que han dado a luz; sin embargo, suponemos que cualquier cuestión relacionada con el acceso a la atención sería similar tanto en las adolescentes como en las mujeres de 20 a 24 años de edad.

otros casos, la infraestructura existente no está equipada para coordinar tales políticas. Por ejemplo, las directrices dispuestas tanto por la Ley del Consejo Nacional de la Juventud (1983) como por la Ley del Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia (1997) a veces se traslapan, mientras que otras veces se contradicen entre sí.³² Además, el Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA) define el Plan Nacional de Juventud del país y centra la atención en las necesidades especiales de los adolescentes; sin embargo, aunque la salud sexual y reproductiva es reconocida como el primero de los cinco componentes esenciales de salud del PAIA, el programa está encargado únicamente de crear conciencia de las necesidades de los adolescentes y no establece asociación con organizaciones que ofrezcan servicios que satisfagan esas necesidades.

Asimismo, sólo el 46% de las mujeres de 15 a 24 años — y el 33% de los hombres jóvenes en el mismo grupo de edad — ha asistido a charlas o clases de educación sexual.³³ Honduras tiene políticas ya establecidas que pueden proporcionar el marco político e institucional para mejorar la educación sexual—tanto el Código de Salud (1991, Artículo 10) como la Ley Especial sobre VIH/SIDA (1999, Artículos 14 y 15) establecen la obligación del estado de proporcionar educación formal e informal a los y las jóvenes para resguardar y proteger su salud sexual y reproductiva. Sin embargo, los planes de estudio de educación sexual son

lamentablemente inadecuados en los tres contextos educativos recomendados (escuelas primarias, secundarias y vocacionales).

La salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes está en riesgo.

Casi una quinta parte (18%) de los casos de SIDA notificados en Honduras en 2001 era de jóvenes entre 15 y 24 años.³⁴ La Comisión Nacional de SIDA de Honduras, CONASIDA, tiene que enfocar de una mejor manera los servicios de prevención y educación a las mujeres adolescentes, cuya elevada vulnerabilidad radica en una confluencia de factores, incluyendo la pobreza generalizada, el machismo persistente, la violencia sexual, el bajo logro educativo y una educación sexual inadecuada.³⁵

Estas jóvenes también tienen un riesgo inaceptablemente alto de complicaciones médicas debidas al embarazo temprano y a la maternidad precoz. Aunque el país ha hecho un progreso admirable reduciendo la mortalidad materna en un 40% en menos de una década (y así se logró progresar en una Meta de Desarrollo del Milenio), todavía hay mucho por hacer para ayudar a las mujeres jóvenes a obtener un adecuado cuidado prenatal y atención institucional del parto y postnatal.³⁶ Los defensores de un aumento de la cobertura prenatal pueden señalar algunas disposiciones del Código de la Niñez y de la Adolescencia (1996, Artículo 13), que garantizan el acceso de las adolescentes a una adecuada atención prenatal y

del parto. Además, el hecho de que las mujeres sean responsables por una creciente proporción de infecciones de VIH, significa que proporcionar a las mujeres jóvenes un buen cuidado prenatal — por medio del cual ingresan al sistema médico formal, donde pueden ser sometidas a pruebas de VIH y educadas sobre el tema — es más importante que nunca.

La modernización está cambiando los valores, pero la maternidad temprana sigue siendo apoyada culturalmente.

En Honduras, como en muchos de los países más pobres de América Latina y el Caribe, la modernización, la urbanización, mayores niveles educativos y la creciente exposición a los medios de comunicación están cambiando las actitudes y los valores sobre el matrimonio y la familia. En efecto, la evidencia de que las mujeres hondureñas que han completado sus familias tienen menos hijos que en el pasado reciente indica que las preferencias en cuanto a familias más pequeñas comienzan a afianzarse: en la década entre 1991 y 2001, la tasa global de fecundidad en las mujeres de 15 a 49 disminuyó de 5,2 hijos por mujer a 4,4.³⁷ Por otra parte, el hecho de que muchas mujeres jóvenes deseen ser madres durante la adolescencia—más de la mitad de las mujeres de 15 a 24 que dieron a luz por primera vez antes de los 15 y dos terceras partes de las que dieron a luz por primera vez entre los 15 y 19 declararon esos nacimientos como planeados³⁸—apunta hacia la dificultad en abordar el problema de la

maternidad temprana y sus bien documentadas conexiones con la arraigada pobreza intergeneracional.

Los motivos por los cuales las tasas de fecundidad adolescente apenas han cambiado en la década pasada probablemente se relacionan con una variedad de factores, incluyendo bajos niveles educativos, limitadas perspectivas de empleo, pobreza generalizada, un sentido de fatalismo, y roles de género inalterables que alientan a las mujeres jóvenes a demostrar su valor por medio de la maternidad. Sin embargo, las campañas a través de los medios de comunicación dedicadas a inculcar las ventajas de posponer la maternidad muy temprana pueden ser un punto de partida eficaz para cambiar las normas predominantes.

Abordar el difícil tema de la maternidad temprana requerirá esfuerzos coordinados y concertados.

Se requiere de varios pasos interrelacionados para comenzar a abordar el desafío de la maternidad temprana en Honduras.

- Todas las iniciativas legislativas y de políticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva de la juventud (se han aprobado más de 11 leyes) tienen que coordinarse e integrarse de una mejor manera en una política nacional coherente. Las organizaciones no gubernamentales que trabajan en Honduras pueden ser convocadas para que desempeñen un papel más activo de prestación de servicios.

- Los funcionarios oficiales del sector educativo y los responsables de las políticas tienen que iniciar esfuerzos para alentar a los adolescentes de ambos sexos a permanecer en la escuela por la mayor cantidad de tiempo posible y enfocar los mensajes de los medios de comunicación a aquellos que ya hayan abandonado la escuela.
- Dado que muchas madres adolescentes están unidas, sus compañeros y familias deberían involucrarse en el esfuerzo por apoyarlas y para reducir las consecuencias sociales y de salud negativas relacionadas con la maternidad temprana.
- El gobierno tiene que educar de una mejor manera a las mujeres jóvenes sobre los métodos de planificación familiar y sobre la importancia de la atención médica profesional, tanto durante el embarazo como en el parto.
- La necesidad de planificación familiar de las adolescentes para evitar los embarazos no deseados se superpone con su necesidad de servicios para prevenir la infección del VIH. Estos servicios deberían ser integrados para hacerlos tan efectivos como sea posible y maximizar su impacto. Los medios de comunicación pueden ser usados más ampliamente para informar a las adolescentes tanto sobre la planificación familiar como sobre la prevención del VIH/SIDA.
- Por último, el gobierno tiene que asignar más recursos para la puesta en práctica de las políticas existentes dirigidas a la protección de la salud del futuro de Honduras—sus adolescentes.

REFERENCIAS

1. The Alan Guttmacher Institute (AGI), *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*, Nueva York: AGI, 1998.
2. Naciones Unidas (ONU), *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*, <<http://www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html>>, revisado el 29 de enero de 2006.
3. *Ibid.*
4. *Ibid.*
5. Corrales G et al., *Honduras: Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar—2001 (ENESF-01), Informe Final*, Tegucigalpa, Honduras: ASHONPLAFA; y Atlanta, GA, EEUU: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2002.
6. Blandón LF et al., *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001 (ENDESA-2001), Informe Final*, Managua, Nicaragua: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2002.
7. Stupp P et al., *Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002 (ENSMI-2002), Volumen I: Mujeres*, Ciudad de Guatemala, Guatemala: Universidad del Valle, 2003.
8. 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: CDC Division of Reproductive Health y U.S. Agency for International Development (USAID), 2005.
9. Central Statistical Office (CSO), *1999 Belize Family Health Survey, Females*, Ciudad de Belice, Belice: CSO, 2001.
10. ONU, *World Population Prospects: The 2004 Revision*, 2004, <<http://esa.un.org/unpp>>, revisado el 19 de mayo de 2006; y ONU, *World Urbanization Prospects: The 2003 Revision*, <<http://esa.un.org/unup>>, revisado el 19 de mayo de 2006.
11. *Ibid.*
12. Corrales G et al., 2002, op. cit. (ver referencia 5), pág. 46.
13. ONU, 2004, op. cit. (ver referencia 10).
14. Corrales G et al., 2002, op. cit. (ver referencia 5), pág. 48.
15. National Research Council et al., *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*, Washington, DC: National Academies Press, 2005.
16. Lete Lasa I et al., Embarazo en la adolescencia, en: Grupo de Trabajo Sobre Salud Reproductiva en la Adolescencia y Sociedad Española de Contracepción, *Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia: Aspectos Básicos y Clínicos*, San Sebastián, España: Sociedad Española de Contracepción y Wyeth-Lederle, 2001, pp. 817–835.
17. AGI, 1998, op. cit. (ver referencia 1).
18. Shiffman J, Stanton C y Salazar AP, The emergence of political priority for safe motherhood in Honduras, *Health Policy and Planning*, 2004, 19(6): 380–390.
19. National Research Council et al., 2005, op. cit. (ver referencia 15).
20. Fondo Monetario Internacional (FMI), *Honduras: Enhanced Initiative for Heavily Indebted Poor Countries Completion Point Document*, IMF Country Report No. 05/386, 2005, <<http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2005/cr05386.pdf>>, revisado el 9 de febrero de 2006.
21. Corrales G et al., 2002, op. cit. (ver referencia 5), pág. 245.
22. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections: Honduras, 2004 Update*, <http://data.unaids.org/Publications/Fact-sheets01/honduras_EN.pdf>, revisado el 11 de mayo de 2006.
23. Corrales G et al., 2002, op. cit. (ver referencia 5), pág. 144.
24. *Ibid.*
25. Tabulaciones especiales de datos de la ENESF de 2001.
26. *Ibid.*
27. Monteith RS, Stupp PW y McCracken SD, 2005, op. cit. (ver referencia 8).
28. Zepeda K, Organización Panamericana de la Salud, Tegucigalpa, Honduras, comunicación personal, 5 de junio de 2006.
29. Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Population Issues: Preventing HIV Infection: Global Youth Partners*, <<http://www.unfpa.org/hiv/gyp/profiles/honduras.htm>>, revisado el 9 de febrero de 2006.
30. Corrales G et al., 2002, op. cit. (ver referencia 5), pág. 72.
31. Quesada N et al., *Contraceptive Security in Honduras: Assessing Strengths and Weaknesses, April 26–May 7, 2004*, <http://pdf.dec.org/pdf_docs/PNADC144.pdf>, revisado el 9 de febrero de 2006.
32. Romero R, Estudio analítico del marco legislativo y políticas que afectan a la población adolescente y joven en Honduras, 2000, <<http://www.bvs.hn/bva/fulltext/MARCOLEGALADOLEC.2.PDF>>, revisado el 11 de mayo de 2006.
33. Corrales G et al., 2002, op. cit. (ver referencia 5), Cuadro 7-23, pág. 142.
34. Programa de Atención Integral a la Adolescencia, Derechos y deberes de adolescentes y jóvenes en Honduras: análisis crítico del marco legislativo, OPS/OMS y Agencia Sueca de Desarrollo Internacional, 2002, p. 25.
35. Red de Instituciones por los Derechos de la Niñez, *Informe de la Situación Actual de la Niñez Hondureña*, 2005, <http://www.coiproduen.org/uploads/media/Informe_de_la_Situacion_Actual_en_la_Niñez_Hondureña.pdf>, revisado el 27 de febrero de 2006.
36. Shiffman J, Stanton C y Salazar AP, 2004, op. cit. (ver referencia 18).
37. Corrales G et al., 2002, op. cit. (ver referencia 5), pág. 46.
38. Monteith RS, Stupp PW y McCracken SD, 2005, op. cit. (ver referencia 8).

RECONOCIMIENTOS

Este informe fue escrito por Kenia Sabonge, consultora independiente, Honduras; Deirdre Wulf, Lisa Remez y Elena Prada, consultoras independientes; y Joanna Drescher, Instituto Guttmacher. Las autoras agradecen a María Elena Ordóñez y Emma Richardson, Fondo de Población de las Naciones Unidas; Teresa Castro Martín, Consejo Superior de Investigaciones Científicas; Paul

Stupp, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos; y Arodys Robles y Andrea Collado, Centro Centroamericano de Población, por sus comentarios y contribuciones a versiones preliminares del informe. Agradecen igualmente la orientación proporcionada por los colegas del Instituto Guttmacher: Susheela Singh, Akinrinola Bankole, Jennifer Nadeau, Suzette Audam y Patricia

Donovan. Gracias, asimismo, a Regina Fonseca, Suyapa Rivera y Centro de Derechos de Mujeres, por su participación en el taller de 2006 de este proyecto y por su colaboración en la difusión de este informe. Haley Ball, del Instituto Guttmacher, realizó la edición del informe del inglés al español. Matilde Rosero, consultora independiente, estuvo a cargo del diseño y de la producción.

La financiación para este proyecto fue proporcionada por la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

Cita sugerida: Sabonge K et al., Maternidad temprana en Honduras: un desafío constante, *En Resumen*, Nueva York: Instituto Guttmacher, 2006, No.4.



Progresando en la salud sexual y reproductiva en el mundo a través de la investigación, el análisis de políticas y la educación pública

New York

120 Wall Street, New York, NY 10005
Tel: 212.248.1111
Fax: 212.248.1951
info@guttmacher.org

Washington DC

1301 Connecticut Avenue, N.W., Suite 700
Washington, DC 20036
Tel: 202.296.4012, Fax: 202.223.5756
policyinfo@guttmacher.org

Se puede descargar el informe completo, *Maternidad Temprana en Honduras: un desafío constante*, *En Resumen*, del sitio www.guttmacher.org. También se pueden comprar ejemplares, con descuentos por pedidos en grandes cantidades. Para efectuar su pedido, llame 1-212-248-1111, o visite el sitio en la Web.
©Guttmacher Institute.

10/2006