



**ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19
SOBRE EL ESTADO DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y
NUTRICIONAL EN NIÑOS(AS) MENORES DE 5 AÑOS Y
MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA (15-49 AÑOS) EN 39
MUNICIPIOS SELECCIONADOS DEL PAÍS**

D.R. © Instituto Nacional de Estadística.

Centro Cívico Gubernamental, "José Cecilio del Valle", Torre 1, Piso 4, Boulevard
Juan Pablo II, Esquina República de Corea, Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A.

Tegucigalpa M.D.C. Apdo. Postal: 9412

Sitio Web: www.ine.gob.hn

Correo electrónico: info@ine.gob.hn inehn@hotmail.com

República de Honduras.

Impreso en Honduras, C.A.

IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 SOBRE EL ESTADO DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN NIÑOS(AS) MENORES DE 5 AÑOS Y MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA (15-49 AÑOS) EN 39 MUNICIPIOS SELECCIONADOS DEL PAÍS

Elaborado por: Ana Luisa Ordóñez

Para: Instituto Nacional de Estadística (INE) de Honduras

Apoyo financiero: Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)

Esta publicación cuenta con la colaboración de la Cooperación Española a través de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). El contenido de la misma, es responsabilidad exclusiva de la consultora Ana Luisa Ordóñez, que elaboró el documento para el Instituto Nacional de Estadística (INE) de Honduras y no refleja, necesariamente, la postura de la AECID.

AGRADECIMIENTOS

El Instituto Nacional de Estadística (INE) agradece a:

Programa Mundial de Alimentos (PMA)

Unidad Técnica de Seguridad Alimentaria y Nutricional (UTSAN)

Secretaría de Salud (SESAL)

Por toda la valiosa colaboración brindada durante
el desarrollo del estudio:

Impacto de la pandemia por covid-19 sobre el estado de seguridad
alimentaria y nutricional en niños(as) menores de 5 años y mujeres en
edad reproductiva (15-49 años) en 39 municipios seleccionados del país.

TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE	5
ACRÓNIMOS	8
RESUMEN EJECUTIVO	9
I. INTRODUCCIÓN	18
II. ANTECEDENTES	19
2.1 Programa EUROSAN DeL	19
2.2 Seguridad Alimentaria Nutricional en Honduras	20
a. Marco Conceptual de la Seguridad Alimentaria Nutricional	20
b. Marco Legal de la Seguridad Alimentaria Nutricional en Honduras	21
c. Situación de la Seguridad Alimentaria Nutricional en Honduras	22
III. OBJETIVOS	26
IV. METODOLOGÍA	27
V. RESULTADOS	32
Capítulo 1. Caracterización de los Encuestados	32
Descripción del capítulo	32
1.1 Características de las viviendas y hogar	32
1.2 Composición de los hogares	34
1.3 Características de contexto de los encuestados	36
1.4 Agua para beber	38
1.5 Saneamiento	43

Capítulo 2. Seguridad Alimentaria Nutricional de los hogares	48
Descripción del capítulo	48
2.1 Medios de vida	48
2.2 Acceso a los alimentos	52
2.3 Consumo de alimentos	53
2.4 Gasto en alimentos	57
2.5 Estrategias de supervivencia	57
2.6 Ayudas humanitarias	59
Capítulo 3. Salud y Estado Nutricional de las mujeres de 15 a 49 años	63
Descripción del capítulo	63
3.1 Fecundidad	63
3.2 Maternidad temprana	65
3.3 Cuidado prenatal	67
3.4 Atención del parto	72
3.5 Peso al nacer	76
3.6 Cuidado Post-Natal	78
3.7 Estado nutricional y anemia de las mujeres de 15 – 49 años	88
Capítulo 4. Salud y Nutrición de los niños menores de 5 años	91
Descripción del capítulo	91
4.1 Inmunización	91
4.2 Episodios de enfermedad	95
4.3 Diarrea	95
4.4 Síntomas de infección respiratoria aguda	101
4.5 Fiebre	102
4.6 Lactancia materna y alimentación complementaria	103
4.7 Estado nutricional de los niños menores de 5 años	111
4.8 Anemia por deficiencia de hierro en niños	114
4.9 Desarrollo en la primera infancia	116
4.10 Índice de desarrollo en la primera infancia	121

VI. CONCLUSIONES	123
VII. ANEXOS	127
Apéndice A. Listado de los 39 municipios seleccionados del Programa EUROSAN DeL	
Apéndice B. Diseño Muestral y Tabla Asignación de muestra por municipio	

ACRÓNIMOS

INE	Instituto Nacional de Estadística
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
SESAL	Secretaría de Salud
UTSAN	Unidad Técnica de Seguridad Alimentaria y Nutricional
SAN	Seguridad Alimentaria Nutricional
UE	Unión Europea
ENDESA/MICS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud/ Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados
COVID	Coronavirus
Del	Desarrollo Local
UPM	Unidad Primaria de Muestreo (UPM)
HEMOCUE	Aparato portátil utilizado para realizar la prueba de anemia.
OMS (WHO)	Organización Mundial de la Salud (WHO: siglas en inglés)
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
WASH	Agua para Beber, Saneamiento e Higiene (por sus siglas en inglés)
PyENSAN	Política y Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
AN-ODS	Agenda Nacional de los Objetivos de Desarrollo Sostenible
CAPI	Entrevistas Personales Asistidas por Computadora (siglas en inglés).
CSPro	Sistema de procesamiento de encuestas y censos
PCA	Puntaje de consumo de alimentos
TIC	Tecnología de la Información y la Comunicación
TVC	Tablas de Verificación de Campo (versiones especializadas de las tablas estadísticas estándar producidas por el programa MICS)



IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 SOBRE EL ESTADO DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN NIÑOS(AS) MENORES DE 5 AÑOS Y MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA (15-49 AÑOS) EN 39 MUNICIPIOS SELECCIONADOS DEL PAÍS

RESUMEN EJECUTIVO

El proyecto ‘‘Análisis del impacto de la Pandemia COVID-19 sobre el Estado de Seguridad Alimentaria y Nutricional en niños(as) menores de 5 años y mujeres en edad reproductiva (15-49 años) en 39 municipios seleccionados del país’’ surgió como una de las respuestas generadas a raíz de la crisis de la pandemia de COVID 19 en el país, con el fin de contar con datos que permitan determinar los efectos provocados por esta pandemia en el estado de Seguridad Alimentaria y Nutricional en niños menores de 5 años y mujeres de 15-49 años.

El equipo técnico responsable del diseño del estudio estuvo integrado por representantes de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), Instituto Nacional de Estadística (INE), Unidad Técnica de Seguridad Alimentaria y Nutricional (UTSAN), y Secretaría de Salud (SESAL). El estudio se llevó a cabo en 39 municipios de Honduras que son intervenidos por el proyecto EUROSAN-Desarrollo Local (DeL), distribuidos en 10 departamentos: Colón (1), Comayagua (10), Cortés (1), Choluteca (2), El Paraíso (3), Francisco Morazán (3), Gracias a Dios (2), Olancho (12), Valle (1) y Yoro (4).

El estudio incluyó cuatro temas: 1. Características de la población y vivienda, incluye agua y saneamiento, 2. Seguridad Alimentaria Nutricional de los hogares, 3. Salud y Estado Nutricional de las mujeres de 15 a 49 años y 4. Salud y Nutrición de los niños menores de 5 años.

Para los temas de salud y nutrición de mujeres y niños se utilizó la misma metodología, indicadores e instrumentos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud/Encuesta de Indicadores Múltiples por conglomerados realizada en el país en el año 2019 (ENDESA/MICS 2019), así mismo, con el fin de establecer una comparación de los resultados de este estudio con el período previo a la pandemia y medir el impacto de la pandemia COVID 19 en estos municipios, el comité técnico consideró retabular los datos de ENDESA/MICS 2019 de aquellos municipios que tenían en común con el presente estudio, que resultaron ser 34 municipios y para el tema de seguridad alimentaria nutricional de los hogares, se utilizó el módulo de Seguridad Alimentaria Nutricional (SAN) diseñado y validado por PMA del que se derivan indicadores de SAN a través del análisis de los datos primarios obtenidos de una encuesta de hogar.

A continuación, se presentan los principales hallazgos:

CAPÍTULO 1 CARACTERIZACIÓN DE LOS ENCUESTADOS

Características de las viviendas y hogar

El 70.0 por ciento de viviendas está conectada a la red eléctrica del país, pero solamente en el 13.9 por ciento se utiliza tecnología y combustibles limpios para cocinar lo cual es un factor de riesgo para el cuidado de la salud en los hogares. La mayoría de viviendas tienen pisos rudimentarios (54.3 por ciento), paredes exteriores acabadas (75.0 por ciento) y techos acabados en el 99.4 por ciento de los casos.

En cuanto a la tenencia de enseres y equipo de comunicación, el teléfono celular es el que se reporta con un mayor porcentaje (86.7 por ciento) el cual es aún mayor en los hogares del cuarto quintil de riqueza (97.9 por ciento). La tenencia de computadora y conexión a internet se ubica principalmente en los quintiles cuarto (24.4 por ciento y 26.4 por ciento respectivamente) y quinto de índice de riqueza (16.2 por ciento y 23.8 por ciento respectivamente). A nivel general, solamente el 11.8 por ciento de viviendas tiene acceso a internet.

Composición de los hogares

El 68.7 por ciento de hogares tienen un jefe de hogar de sexo masculino siendo la edad predominante en el rango de 35 a 64 años. El tamaño promedio del hogar en la muestra de este estudio es de 4.2 miembros por hogar. La población en los hogares visitados es de 9,639 personas de las cuales el 51.3 por ciento son mujeres y el 48.7 por ciento son hombres. El 40.9 por ciento de la población la constituyen los menores de 18 años.

Características de contexto de los encuestados

En los hogares de la muestra, el total de mujeres de 15 – 49 años es de 2,286, el nivel educativo donde se ubica el mayor porcentaje de mujeres es el de educación básica de 4 – 6 años (44.2 por ciento), el 73.8 por ciento de mujeres han tenido un hijo en algún momento de su vida, pero solamente un 18.5 por ciento ha tenido un hijo en los últimos 2 años. En cuanto a los niños menores de cinco años, se encontró que el 51 por ciento son niñas y el 49 por ciento son niños de un total de 1,107 niños, el porcentaje más alto de ellos se ubica en el quintil más pobre (23.8 por ciento).

Agua para beber

El 94.4 por ciento de las personas tienen acceso a una fuente mejorada de agua para beber, de ellos el mayor porcentaje la obtiene de tubería dentro del terreno o propiedad (42.6 por ciento). Se observa alguna diferencia en los porcentajes de acceso a fuente mejorada de agua para beber según el quintil de riqueza, ya que mientras el quintil más pobre el porcentaje es de 84.2 por ciento, el cuarto quintil es 99.5 por ciento. Un 93.6 por ciento de personas tienen acceso a servicios básicos de agua para beber, este porcentaje baja a 82.9 por ciento para los miembros de hogares ubicados en el quintil más pobre. A nivel general, solamente un 10.2 por ciento de personas requieren acarrear agua ya sea de fuente mejorada o no mejorada.

Del total de hogares, el 13.4 por ciento carece de una fuente de agua para beber en el sitio, y en ese caso generalmente son las mujeres mayores de 15 años, las encargadas del acarreo de agua (56.4 por ciento).

El porcentaje de población de hogares con disponibilidad de agua para beber en cantidades suficientes es de 90.4 por ciento, para los que no disponen de agua en cantidad suficiente, el motivo principal es la falta de agua disponible en la fuente (65.9 por ciento).

Solamente el 37.5 por ciento de los miembros de los hogares utiliza un método apropiado de tratamiento de agua, el método de tratamiento que reporta el porcentaje más alto es el clorado del agua (19.3 por ciento), hay un 54.2 por ciento que no realiza ningún tratamiento al agua para beber.

El 88.2 por ciento de miembros del hogar disponen de un lugar donde lavarse las manos y que cuenta con agua y jabón, en el 70.9 por ciento de los casos se trata de una instalación fija, en el quintil más pobre el porcentaje que dispone de un lugar para lavarse las manos es más bajo (78.7 por ciento).

Saneamiento

El 87.9 por ciento de la población de los hogares utiliza una instalación de saneamiento mejorado, la letrina con cierre hidráulico es la que presenta el mayor porcentaje (46.2 por ciento), el 81.3 por ciento no comparten las instalaciones de saneamiento mejorado. Un 11.8 por ciento de población no tiene ninguna instalación sanitaria y realiza sus necesidades al aire libre, porcentaje que se incrementa a 37.0 por ciento en el quintil más pobre. Solamente en el 21.9 por ciento de los niños/as de 0 – 2 años hubo eliminación segura de sus heces, la forma de eliminación que presenta el mayor porcentaje es “tirarlas a la basura” (41.5 por ciento).

CAPÍTULO 2 SEGURIDAD ALIMENTARIA NUTRICIONAL DE LOS HOGARES

Medios de vida

La principal fuente de ingreso en los hogares es la actividad agrícola, especialmente el cultivo de granos básicos a la que se dedicaba el 31.7 por ciento de los hogares antes y durante la pandemia y 31.2 por ciento actualmente, como segunda fuente de ingreso hay una gran diversidad de actividades, pero es el jornaleo en actividades agropecuarias el que presenta un mayor porcentaje (15.8 por ciento antes de la pandemia, 14.9 por ciento durante la pandemia y 16.0 por ciento actualmente).

En todas las fuentes de ingresos indagadas no se reportaron cambios importantes entre las etapas previas, durante la pandemia y actualmente con respecto al porcentaje de hogares que las consideran como primera, segunda o tercera fuente de ingresos. Un 55.2 por ciento de hogares manifestó que sus fuentes de ingreso habían sido afectadas por la pandemia, siendo la reducción de ingresos el problema reportado por un mayor porcentaje de hogares (43.4 por ciento).

Acceso a los alimentos

La principal fuente de adquisición de alimentos para los hogares tanto antes como durante la pandemia y actualmente, es la compra al contado de alimentos (64.8 por ciento, 60.3 por ciento y 66.0 por ciento respectivamente), mientras que la segunda fuente antes y durante la pandemia y actualmente, mencionada por un mayor porcentaje, es la propia producción agropecuaria (26.1 por ciento antes de la pandemia, 25.5 por ciento durante la pandemia y 26.0 por ciento actualmente). El 72.8 por ciento de los hogares compra sus alimentos en un mercado o tienda dentro de su comunidad.

Consumo de alimentos

Los grupos de alimentos consumidos con mayor frecuencia durante la semana anterior al estudio son los cereales, raíces y tubérculos (6.9 días), seguido de las leguminosas (frijoles) y condimentos o misceláneos (6.8 días). Los subgrupos de alimentos que presentan los promedios de consumo más bajos son: las vísceras (0.1 día), los vegetales de hojas verdes (0.2 días) y el pescado (0.3 días).

En cuanto a la clasificación de los hogares según el valor del PCA, se encontró que el 95.2 por ciento se ubican en el nivel aceptable, sin embargo solamente un 62.9 por ciento de los hogares consumen diariamente alimentos fuente de proteína de alto valor biológico, 9.3 por ciento no los consumen ningún día de la semana y un 14.0 por ciento lo consumen de 1 a 3 días a la semana, el consumo diario de alimentos fuente de hierro de origen animal corresponde al 6.7 por ciento, 30.7 por ciento no los consumen ningún día de la semana y un 49.1 por ciento los consumen de 1 a 3 días a la semana y el consumo diario de alimentos ricos en vitamina A es 63.0 por ciento, 9.0 por ciento no los consumen ningún día de la semana y un 15.3 por ciento de los hogares los consumen de 1 a 3 días a la semana.

Gasto en alimentos

El 34.0 por ciento de los hogares gasta del 50 al 65 por ciento de sus ingresos en alimentos, también hay un 12.3 por ciento de hogares que gasta más del 75 por ciento de sus ingresos en compra de alimentos lo cual los ubica en una situación de alta vulnerabilidad.

Estrategias de sobrevivencia

En cuanto a las estrategias que han aplicado en los hogares para contrarrestar la falta o disminución de la provisión de alimentos en la semana anterior al estudio, se encontró que la estrategia reportada por el porcentaje más alto de hogares corresponde a comer alimentos más baratos con un 38.1 por ciento, esta estrategia fue aplicada en un promedio de 2.0 días a la semana, además, un 21.8 por ciento de los hogares aplicó la reducción en el tamaño de las porciones y lo hizo en promedio 1 día a la semana.

En relación a las estrategias aplicadas por los hogares en los últimos 30 días, se encontró que el mayor porcentaje de hogares (24.4 por ciento) reporta que pidió prestado dinero/alimentos a prestamista o banco, un 19.6 por ciento manifiesta que todo el hogar tuvo que emigrar, lo cual indica una situación bastante crítica en cuanto a su subsistencia.

Según el tipo de estrategia utilizada por los hogares para afrontar la falta de alimentos, el 33.5 por ciento utilizó estrategias de emergencia, las estrategias de estrés y de crisis fueron utilizadas por un 16.4 y 16.0 por ciento respectivamente, en total, un 66.0 por ciento de hogares utilizaron algún tipo de estrategia para afrontar la falta de alimentos.

Ayudas humanitarias

El 22.0 por ciento de los hogares manifestó que había recibido algún tipo de asistencia en los últimos 12 meses en el marco de la pandemia del COVID-19, el tipo de asistencia reportado por un mayor porcentaje de hogares es la ayuda en alimentos (40.6 por ciento) y el 96.3 por ciento de los hogares que recibieron ayuda, manifestó que la asistencia fue brindada en el momento oportuno y un 88.8 por ciento que fue adecuada a las necesidades de la población.

En cuanto a las necesidades prioritarias de los hogares, el 43.4 por ciento planteó como primera prioridad, los alimentos, seguido de saneamiento básico (letrinas, pisos) con un 28.3 por ciento, como segunda prioridad sobresalen la atención en salud (27.2 por ciento) y alimentos (25.4 por ciento), como tercera prioridad se reporta el mejoramiento de vivienda (36.8 por ciento) y el dinero en efectivo (24.2 por ciento).

En cuanto a la problemática de seguridad que viven los hogares en sus comunidades, un 18.6% manifestó que sí tienen problemas de inseguridad, el robo de bienes, granos y animales fue manifestado por un 55.2 por ciento, seguido de los asaltos reportados por un 40.6 por ciento de los hogares.

CAPÍTULO 3

SALUD Y ESTADO NUTRICIONAL DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS

Fecundidad

El promedio de hijos por mujer es de 2.3, este promedio aumenta a medida que aumenta la edad de las mujeres de manera tal que, en el grupo de 15 a 19 años, el promedio es de 0.27 y en el rango de 45 – 49 años el promedio es de 4.6 hijos nacidos vivos por mujer.

Maternidad temprana

El 28.3 por ciento de mujeres de 15 – 19 años ya habían tenido un hijo o estaban embarazadas de su primer hijo al momento del estudio, este porcentaje es mayor en las mujeres de más baja escolaridad (40.3 por ciento entre las que tienen 4-6 años de educación básica) y en las del quintil más pobre (48.1 por ciento).

Cuidado Prenatal

El 94.8 por ciento de mujeres de 15 – 49 años que tuvo un hijo vivo en los últimos dos años, tuvo al menos una atención prenatal por parte de personal calificado siendo el médico el que con mayor frecuencia brindó esta atención (67.8 por ciento), el porcentaje de mujeres con al menos una atención por personal capacitado es mayor que el encontrado en prepandemia (90.2 por ciento). El 68.3 por ciento de mujeres realizó 5 o más visitas para atención prenatal durante su último

embarazo y el 55.1 por ciento de ellas asistieron a su primera visita antes de cumplir 3 meses de embarazo, muy similar a lo encontrado en prepandemia (55.4 por ciento). La mediana de meses de embarazo en la primera visita de atención prenatal es de 4 meses tanto en este estudio como en prepandemia.

Atención del parto

El 82.3 por ciento de mujeres tuvo su parto más reciente en los últimos dos años en una institución de salud, este porcentaje es mayor al encontrado en prepandemia (77.4 por ciento). Los porcentajes más bajos de parto institucional ocurren en las mujeres con 4 – 6 años de educación básica (80.8 por ciento), las que tienen entre 20 – 34 años (78.5 por ciento), las que solamente hicieron de 1 – 3 visitas prenatales (60.0 por ciento) y las que se ubican en el quintil más pobre (61.0 por ciento).

Peso al nacer

La evaluación del peso al momento del nacimiento fue tomada al 85.3 por ciento de los recién nacidos de los cuales el 9.0 por ciento presentaba un peso menor a 2,500 gramos el cual se define como bajo peso, porcentaje similar al encontrado en ENDESA MICS 2019 34 municipios (8.8 por ciento). El porcentaje de bajo peso al nacer es mayor en mujeres con 4 – 6 años de educación básica (12.3 por ciento), menores de 20 años (11.3 por ciento), con orden de nacimiento 2 – 3 (11.0 por ciento) y mujeres de los quintiles más pobre y más rico (13.2 por ciento).

Cuidado Post-Natal

Los recién nacidos que fueron revisados inmediatamente después del nacimiento, incluyendo las revisiones de los primeros dos días de nacido, es un 85.3 por ciento, porcentaje ligeramente inferior al encontrado en prepandemia (87.4 por ciento). Este porcentaje es menor cuando el parto ocurre en el hogar (63.2 por ciento) y en los hijos de mujeres del quintil más pobre (72.0 por ciento). Además, se encontró que un 27.2 por ciento no tuvieron ninguna visita de cuidado postnatal, este porcentaje es mayor en los recién nacidos de mujeres que tuvieron su parto en el hogar (44.1 por ciento) y las del quintil más pobre (33.9 por ciento).

El 84.6 por ciento de mujeres recibieron una revisión de salud postnatal en los primeros dos días después del nacimiento (aquí se incluyen tanto las revisiones realizadas inmediatamente después del parto, como las revisiones realizadas dentro de los dos días posteriores al parto), dato que es bastante cercano al encontrado en prepandemia (85.0 por ciento), ese porcentaje es menor en recién nacidos de parto domiciliario (51.5 por ciento) y en los del quintil más pobre (69.5 por ciento).

Es importante resaltar que un 50.1 por ciento de las mujeres no realizaron visitas para revisión de cuidado post natal para ellas mismas, esto es superior a lo encontrado en prepandemia (39.8 por ciento). Ese porcentaje es mayor en aquellas mujeres que tuvieron su parto en el hogar (76.5 por ciento) y las que se ubican en el quintil más pobre (61.9 por ciento).

El lugar más frecuente para la primera visita postnatal dentro de la primera semana, en mujeres que tuvieron un hijo nacido vivo en los dos últimos años fue un establecimiento del sector público (84.8 por ciento) las cuales fueron atendidas principalmente por personal médico (71.7 por ciento) y en segundo lugar por auxiliar de enfermería (22.8 por ciento).

Estado nutricional y anemia de las mujeres de 15 – 49 años

El promedio de Índice de Masa Corporal (IMC) es de 27.2 el cual se ubica en el rango de sobrepeso y es ligeramente mayor al encontrado en prepandemia (26.5).

El 61.4 por ciento de mujeres se ubica en el rango de sobrepeso y obesidad según el IMC el cual también es mayor al encontrado en prepandemia (56.2 por ciento). Este porcentaje de mujeres con sobrepeso u obesidad aumenta según aumenta la edad, de manera tal que en el grupo más joven (15 – 19 años) el porcentaje en este rango es de 24.5 por ciento mientras en el grupo de 40 – 49 años es de 84.2 por ciento, también en el nivel de educación superior y el quintil más rico se ubican los porcentajes más altos de sobrepeso u obesidad (68.6 y 67.9 por ciento respectivamente).

El porcentaje de mujeres que tenían anemia es de 18.6 por ciento el cual es similar al encontrado en prepandemia (19.0 por ciento), la mayor proporción corresponde a anemia leve (16.4 por ciento), la moderada y severa es de apenas un 2.2 por ciento, el porcentaje más alto encontrado es en el grupo de embarazadas (27.3 por ciento).

CAPÍTULO 4 SALUD Y NUTRICIÓN DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Inmunización

La cobertura de vacunación completa en cualquier momento (cobertura cruda), en niños de 12 a 23 meses de edad y de 24 a 35 meses de edad se obtuvo de acuerdo al esquema de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones de Honduras (PAI), 77.2 por ciento de los niños de 12 a 23 meses tenían la vacunación completa de los antígenos básicos y los niños de 24 a 35 meses tenían el esquema de vacunación completa en 82.2 por ciento para los antígenos básicos y 66.7 por ciento para todos los antígenos. En prepandemia la vacunación completa de los antígenos básicos en niños de 12 a 23 meses de edad, fue 69.5 por ciento y en niños de 24 a 35 meses la vacunación completa para los antígenos básicos fue 81.1 por ciento y para todos los antígenos 71.2 por ciento.

Episodios y Atención a las enfermedades

Según la información proporcionada por las madres, los niños menores de 5 años presentaron en las dos semanas previas a la encuesta, algún episodio de diarrea (17.9 por ciento), síntomas de IRA (7.0 por ciento) o un episodio de fiebre (24.7 por ciento) y en prepandemia los resultados fueron muy similares, episodio de diarrea, (16.4 por ciento), síntomas de IRA (6.9 por ciento) o un episodio de fiebre (22.3 por ciento).

Durante la ocurrencia de estos episodios de enfermedad, en los niños menores 5 años se encontró que las madres solicitaron asesoramiento o tratamiento en un establecimiento o proveedor de salud, en el caso de diarrea el 45.5 por ciento buscó atención, en el caso de IRA el 57.7 por ciento y en el caso de un episodio de fiebre el 54.2 por ciento buscó atención. En prepandemia, la búsqueda de atención fue: en el caso de diarrea, 41.6 por ciento y en el caso de fiebre 51.9 por ciento.

A los niños que presentaron un episodio de diarrea se les disminuyó o eliminó totalmente el consumo de alimentos (57.6 por ciento) y de las bebidas (44.0 por ciento). En prepandemia estas restricciones durante un episodio de diarrea son, de alimentos 59.6 por ciento y de bebidas 51.2 por ciento.

El 44.4 por ciento de los niños con un episodio de diarrea recibió Sales de Rehidratación Oral (SRO), el 18.2 por ciento SRO y Zinc y 43.4 por ciento Terapia de Rehidratación Oral (TRO) y alimentación continuada. El 18.2 por ciento no recibió algún tipo de tratamiento, ni medicamentos. 52.6 por ciento de los niños con síntomas de IRA, recibió antibióticos y 70.3 por ciento de los niños con fiebre fue tratado con paracetamol/panadol o acetaminofén y el 28.9 por ciento con amoxicilina. En prepandemia, 18.6 por ciento recibió SRO y Zinc, el 47.5 por ciento recibió TRO con alimentación continuada y 14.4 por ciento no recibió algún tipo de tratamiento, ni medicamentos.

Lactancia materna y alimentación complementaria

El 96 por ciento de las madres informaron que habían brindado lactancia materna a sus hijos alguna vez, sin embargo, se encontró que solo en el 59.1 por ciento de los bebés recibió pecho por primera vez dentro de la primera hora después del nacimiento. Al 37.1 por ciento de recién nacidos se le administró otro tipo de líquidos (productos lácteos o no lácteos diferentes a la leche materna) en los tres primeros días de nacido.

Los niños menores de seis meses que reciben lactancia materna exclusiva es 28.3 por ciento y lactancia materna predominante es 41.5 por ciento, la duración de la lactancia materna exclusiva es menos de un mes (0.7) y la de lactancia predominante es un mes. A las edades de 12 a 15 meses el 71.2 por ciento de los niños todavía continúan siendo amamantados y a las edades de 20 a 23 meses, solamente 36.4 por ciento sigue recibiendo lactancia materna.

De los niños de 6 a 23 meses, el 41.7 por ciento recibe diversidad alimentaria mínima, 58.3 por ciento recibe el número mínimo de comidas, y solamente un 26.4 por ciento se beneficia de una alimentación mínima aceptable, al comparar estos datos con lo encontrado en prepandemia (44.2 por ciento recibía diversidad alimentaria mínima, 67.8 por ciento recibía el número mínimo de comidas y 32.6 por ciento tenían una dieta mínima aceptable), se observa que en el presente estudio los porcentajes son más bajos, lo que indica que actualmente las familias están teniendo más problema de acceso a los alimentos.

Estado nutricional de los niños menores de 5 años

Del total de niños menores de 5 años evaluados, se encontró que 19.7 por ciento tienen retardo en el crecimiento (desnutrición crónica) y 4.5 por ciento se encuentra con retardo severo en el crecimiento (desnutrición crónica severa), los porcentajes más elevados de niños con retardo en el crecimiento están en los del quintil más pobre (27.7 por ciento) y en los de 36 a 47 meses de edad (26.4 por ciento). La prevalencia de bajo peso (desnutrición global) es 6.2 por ciento. El 1.7 por ciento tienen emaciación (desnutrición aguda) y por otro lado la prevalencia de sobrepeso y obesidad es de 4.2 por ciento. En prepandemia, los porcentajes de desnutrición crónica y bajo peso son mayores, 24.0 por ciento tienen retardo en el crecimiento (desnutrición crónica) y 6.9 por

ciento presentan retardo severo en el crecimiento (desnutrición crónica severa). La prevalencia de bajo peso (desnutrición global) es 9.5 por ciento. El 1.6 por ciento tienen emaciación (desnutrición aguda) y 4.3 por ciento presenta de sobrepeso y obesidad.

Anemia por deficiencia de hierro en niños

La prevalencia total de anemia, en niños de 6 a 59 meses de edad es de 30.0 por ciento, (En prepandemia la prevalencia total de anemia niños de 6 a 59 meses de edad es mayor, 34.9 por ciento), según tipo de anemia por nivel de hemoglobina encontrado, el 21.2 por ciento de niños padece anemia leve y un 8.9 por ciento padece anemia moderada, estos niveles varían según algunas características de contexto incluidas en el presente estudio, según quintil de riqueza, la prevalencia de anemia es menor en el quintil más rico, 28.9 por ciento, en contraste con el porcentaje más alto en el quintil más pobre, 35.2 por ciento, también según la edad, los resultados muestran que a mayor edad de los niños la prevalencia de anemia es menor, en el grupo de 6 a 8 meses de edad (50.0 por ciento) en el de 9 a 11 meses de edad (51.7 por ciento) y el grupo de 48 a 59 meses de edad presenta la prevalencia de anemia más baja (17.1 por ciento).

Desarrollo en la primera infancia

El 21.1 por ciento de los niños de 24 a 59 meses, realizó cuatro o más actividades, que promueven el aprendizaje y la preparación para la escuela, con un miembro adulto del hogar durante los tres últimos días anteriores a la encuesta. La participación del padre en cuatro o más actividades es 2.2 por ciento y de la madre es 15 por ciento, el porcentaje de niños con los que ningún adulto del hogar participó en alguna actividad es 25 por ciento. El porcentaje de niños viviendo con el padre es 58.5 por ciento y 89.4 por ciento viven con la madre, estos porcentajes son ligeramente más bajos que los encontrados en prepandemia (62.5 y 92.4 por ciento, respectivamente). En cuanto a la disponibilidad de libros infantiles y juguetes en el hogar se encontró que 1.8 por ciento de los niños de 0 a 59 meses tiene tres libros infantiles o más y 0.2 por ciento tiene diez libros infantiles o más y el 68.4 por ciento tiene dos o más tipos de juguetes en sus hogares.

El 6.9 por ciento de los niños de 0 a 59 meses de edad tuvo una supervisión inadecuada en el hogar, pues fueron dejados solos (4.9 por ciento) o fueron dejados al cuidado de un menor de 10 años (4.6 por ciento), en ambos casos, por lo menos una vez en la semana y más de una hora, durante la semana anterior a la entrevista.

Índice de Desarrollo en la Primera Infancia (ECDI)

Según los hallazgos del ECDI, calculado como el porcentaje de niños de 3 y 4 años de edad que tienen un desarrollo adecuado en al menos tres de los cuatro dominios evaluados (Alfabetización-conocimientos numéricos, físico, socio-emocional y aprendizaje), muestran que el 70.1 por ciento de niños de 3 y 4 años de edad tiene un Índice de Desarrollo en la Primera Infancia (ECDI) adecuado. (En prepandemia el 69.6 por ciento tenía un ECDI adecuado).

I. INTRODUCCIÓN

Honduras, al igual que el resto de países del mundo se ha visto afectado por la pandemia del COVID-19 desde el año 2020, lo cual ha tenido impactos negativos principalmente en la salud, educación y economía de la población. Una de las principales acciones llevadas a cabo por el gobierno como respuesta en el inicio de la pandemia, fue decretar desde el mes de marzo de 2020 un estado de excepción con el fin de controlar la propagación del virus el cual restringió la movilidad de las personas por varios meses por lo que las actividades diarias se vieron afectadas.

Esta situación afectó por varios meses a las diferentes instituciones y organizaciones del país, en la ejecución de diversos proyectos debido a las medidas de restricción de movilidad y el riesgo de contagio. Por otro lado, se considera que las áreas de salud, nutrición y seguridad alimentaria en el país se han visto afectadas por la pandemia, por lo que era necesario contar con datos actualizados a la situación que se estaba viviendo especialmente en la población más vulnerable.

Como respuesta al panorama anterior, se constituyó un equipo técnico con representantes de Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), Unidad Técnica de Seguridad Alimentaria y Nutricional (UTSAN), Instituto Nacional de Estadística (INE) y Secretaría de Salud (SESAL), el cual tomó la decisión de reorientar el proyecto “Fortalecimiento de la gestión del Sistema Estadístico Nacional (SEN) de Honduras mediante instrumentos normativos y capacitación continua a los productores estadísticos” modificando sus objetivos y resultados para enfocarlos en fortalecer las capacidades del INE para la obtención y sistematización de datos estadísticos sobre nutrición y seguridad alimentaria con la finalidad de ofrecer mejor respuesta a la crisis ocasionada por el COVID19 y crear líneas de base respecto a estas áreas específicas en los 39 municipios de Honduras, que son intervenidos por el proyecto EUROSAN-Desarrollo Local (DeL).

Como producto de esta reorientación se planteó el proyecto denominado “Análisis del impacto de la Pandemia COVID-19 sobre el Estado de Seguridad Alimentaria y Nutricional en niños(as) menores de 5 años y mujeres en edad reproductiva (15-49 años) en 39 municipios seleccionados del país” con el fin de contar con datos que permitan determinar los efectos provocado por la pandemia COVID19, sobre el estado de Seguridad Alimentaria y Nutricional en niños menores de 5 años y mujeres de 15-49 años.

En este contexto y para llevar a cabo este proyecto el comité técnico organizado definió realizar una encuesta utilizando la misma metodología e instrumentos de ENDESA MICS 2019 para los temas de salud y nutrición en mujeres y niños, además se utilizó un módulo de Seguridad Alimentaria diseñado por el PMA para obtener datos sobre acceso y consumo de alimentos por la familia y los cambios que ha habido como producto de la pandemia. La recolección de datos se realizó en octubre del 2021 en los 39 municipios distribuidos en 10 departamentos del país, en los temas de salud y nutrición de las mujeres y niños se investigó estado nutricional a través de la toma de medidas antropométricas, la prevalencia de anemia con la toma de una muestra sanguínea capilar, salud materna, lactancia materna, alimentación complementaria, episodios de diarrea, IRA entre otros.

II. ANTECEDENTES

2.1 2.1 Proyecto EUROSAN Desarrollo Local (DeL)¹

En el marco del Programa Indicativo Plurianual 2014-2020, la Delegación de la Unión Europea (UE) en Honduras, seleccionó el sector Seguridad alimentaria y nutricional como uno de los sectores estratégicos de actuación. El objetivo principal de la UE en este ámbito es contribuir a reducir la pobreza al garantizar que las familias rurales hondureñas puedan satisfacer sus necesidades básicas de alimentos a partir de una agricultura familiar sostenible y resiliente, prestando especial atención a las mujeres, los niños y los pueblos indígenas. Esto incluye el fortalecimiento de las instituciones del sector y de las políticas a escala nacional, regional y local, con el fin de apoyar un crecimiento económico en el que participen la sociedad civil y las instituciones de educación y formación. El gobierno de Honduras dispone de una Política y una Estrategia Nacional sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional (PyENSAN 2030), en el marco de las directrices de gobernanza global establecidas en la estrategia de desarrollo nacional. Como parte de esta estrategia, el gobierno solicitó el apoyo de la UE para promover la descentralización de los servicios con el objetivo de atender las necesidades de las poblaciones vulnerables y contribuir a la reducción de la pobreza en el contexto urbano y rural.

Es así como nace el Programa EUROSAN Desarrollo Local (EUROSAN DeL) con un monto de treinta y ocho millones de euros (€ 38,175,000). El EUROSAN DeL fortalecerá las capacidades de los servicios municipales para atender las necesidades de las poblaciones vulnerables en 39 municipios, ubicados fuera del Corredor Seco. Por otro lado, el sistema de servicios de salud y nutrición implementado por la Secretaría de Salud (SESAL) en su operación descentralizada en municipios seleccionados, a través del esquema de la Red Integrada de Servicios Sanitarios (RISS) representa el punto de entrada para el mejoramiento de los servicios de salud y nutrición en los municipios priorizados.

El Objetivo General de EUROSAN DeL es contribuir a la reducción de la pobreza y de la malnutrición. Los Objetivos Específicos (OE) son:

- OE1 - Mejorar la igualdad de acceso a servicios sociales públicos asequibles y de calidad y los hábitos nutricionales de niños menores de 5 años y mujeres en edad reproductiva;
- OE2 - Fortalecer el enfoque territorial integrado al desarrollo local; y
- OE3: Mejorar la eficacia de la coordinación, la gestión de la información basada en la evidencia, la creación de conocimientos y la promoción de la seguridad alimentaria y nutricional.

En el marco del Programa EUROSAN Desarrollo Local (DeL), la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) ha sido seleccionada para la gestión indirecta de un Apoyo Complementario al Programa (en adelante AECID/EUROSAN DeL) por un monto de nueve millones doscientos setenta y cinco mil euros (€ 9,275,000); dada su experiencia en el ámbito del acompañamiento a los procesos de descentralización en Honduras, y el fortalecimiento de la resiliencia de pequeños productores rurales ante los efectos del cambio climático con el acompañamiento de ONG españolas y locales. (Listado de los 39 municipios priorizados en el proyecto EUROSAN Desarrollo Local (DeL) L en ANEXO A)

¹Secretaría de Estado en el Despacho de la Presidencia - Unidad Técnica de Seguridad Alimentaria y Nutricional (UTSAN) Honduras. (agosto 2022). Resumen Proyecto EUROSAN Desarrollo Local (DeL) proporcionado por la UTSAN

¹Secretaría de Estado en el Despacho de la Presidencia - Unidad Técnica de Seguridad Alimentaria y Nutricional (UTSAN) Honduras. (agosto 2022). Resumen Proyecto EUROSAN Desarrollo Local (DeL) proporcionado por la UTSAN

2.2 Seguridad Alimentaria Nutricional en Honduras

a. Marco Conceptual de la Seguridad Alimentaria Nutricional (SAN)^{2,3}

Honduras ha establecido un concepto oficial de Seguridad Alimentaria Nutricional que coloca el desarrollo del ser humano como finalidad de toda iniciativa: “Condición en la cual todas las personas disponen, en forma oportuna y permanente, de acceso a los alimentos que necesitan, en cantidad, calidad y culturalmente aceptables para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles su desarrollo humano”.

Al desglosar el concepto de SAN, podemos identificar cuatro grandes pilares y el componente de estabilidad en las cuatro dimensiones anteriores, a lo largo del tiempo, como un eje transversal, que hace referencia a oscilaciones y variaciones importantes en un tiempo determinado como las condiciones climáticas adversas (la sequía, las inundaciones, etc.), la inestabilidad política (el descontento social), o los factores económicos (el desempleo, los aumentos de los precios de los alimentos) que inciden negativamente en la condición de SAN de las personas y de las poblaciones, esto significa que existe una compleja interacción y equilibrio entre los cuatro grandes pilares de la SAN: **Disponibilidad, Acceso, Consumo y Utilización Biológica de los alimentos, y la estabilidad**, si uno o varios de estos componentes se altera entonces da lugar a la inseguridad alimentaria que puede presentarse a partir de dos situaciones: Una en forma transitoria y otra en forma crónica.

La **Inseguridad alimentaria transitoria** se presenta cuando hay una disminución temporal del acceso de la familia a suficientes alimentos. Se da en situaciones de emergencia que sobrepasan la capacidad de autoayuda de los hogares (catástrofes naturales, pandemias, crisis político-militares) En casos extremos esta situación puede convertirse en hambruna. La respuesta debe ser en forma inmediata, integral y de corta duración tratando de cubrir la necesidad de alimentos involucrando a las familias en su propio bienestar.

La **inseguridad alimentaria crónica** se presenta en poblaciones en condición pobreza con una dieta continuamente deficiente, a causa de la imposibilidad de adquirir alimentos por diferentes factores: escasez de recursos, baja producción, desempleo, restringido acceso a servicios públicos, etc. Esta situación implica una respuesta bajo el contexto general de la SAN que abarca desde la producción y el comercio hasta la educación y salud general del individuo.



² Secretaría de Estado en el Despacho de la Presidencia - Unidad Técnica de Seguridad Alimentaria y Nutricional (UTSAN) 2010 Honduras. Estrategia Nacional De Seguridad Alimentaria Y Nutricional 2010 2022

³ Secretaría de Estado en el Despacho de la Presidencia/Unidad Técnica de Seguridad Alimentaria y Nutricional (UTSAN) 2018 Honduras. Programa FIRST de la Unión Europea y la FAO. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional de largo plazo (PSAN) y Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (ENSAN): PyENSAN 2030 Honduras

La ***inseguridad alimentaria*** crónica se presenta en poblaciones en condición pobreza con una dieta continuamente deficiente, a causa de la imposibilidad de adquirir alimentos por diferentes factores: escasez de recursos, baja producción, desempleo, restringido acceso a servicios públicos, etc. Esta situación implica una respuesta bajo el contexto general de la SAN que abarca desde la producción y el comercio hasta la educación y salud general del individuo.



b. Marco Legal de la Seguridad Alimentaria Nutricional en Honduras^{4,5}

El país cuenta con una serie de herramientas legales en torno a la SAN, en el año 2006, se diseñó y aprobó la Política de Estado para la Seguridad Alimentaria y Nutricional de Largo Plazo, de la cual derivó un Plan Estratégico para su implementación. Ambos instrumentos consideran la problemática de la SAN como un tema sectorial y complementario con otras estrategias de desarrollo del país. El Objetivo de Largo Plazo que plantea la PSAN es procurar que todas las familias hondureñas atiendan sus necesidades básicas de alimentación en cantidad, calidad, y oportunidad, para que cada uno de sus miembros logre un adecuado estado de salud y bienestar y el pleno desarrollo de sus potencialidades cognitivas y físicas.

Posteriormente mediante Decreto Legislativo (No. 25-2011) se aprobó la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Ley SAN 2011), que establece que la SAN deberá operativizarse a través de una Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (ENSAN)⁶ multisectorial a

⁴ Secretaría de Estado en el Despacho de la Presidencia - Unidad Técnica de Seguridad Alimentaria y Nutricional (UTSAN) 2018 Honduras. Programa FIRST de la Unión Europea y la FAO. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional de largo plazo (PSAN) y Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (ENSAN): PyENSAN 2030 Honduras

⁵ Gobierno de Honduras 2006. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Largo Plazo con Participación Ciudadana.

⁶ La Gaceta Diario Oficial de La República de Honduras Acuerdo 25-2011. 2011. Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

implementarse transversalmente y regula el marco normativo para estructurar, armonizar y coordinar acciones de SAN, todo en el marco de los Tratados, Pactos y Convenios internacionales y en los objetivos y metas de la Visión de País y Plan de Nación, y con la integración entre los sectores públicos y privados, la sociedad civil y la cooperación internacional.

Para el cumplimiento de esta ley, en ella misma se oficializó la creación del **Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SINASAN)** integrado por las siguientes instancias:

- **Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONASAN):** es por Ley la instancia de dirección y decisión sobre la PSAN y de impulsar todas las acciones que promuevan la SAN
- **Comité Técnico Interinstitucional SAN (COTISAN):** se constituye en apoyo al CONASAN como órgano de consulta y concertación e integra a las instituciones públicas, privadas y agencias de cooperación externa vinculadas con políticas y planes de acción en torno a la SAN.
- **Comisión de Vigilancia de la SAN (COVISAN):** Es la encargada de vigilar la aplicación de las políticas de evaluación y monitoreo del SINASAN.
- **Unidad Técnica de SAN (UTSAN):** Instancia técnica para asistir al SINASAN (CONASAN, COTISAN, COVISAN) con funciones de coordinación, planificación, seguimiento, monitoreo y evaluación, así como la formulación de procedimientos metodológicos relacionados con la implementación de la PSAN.

Honduras es país suscriptor de la Agenda 2030 aprobada el 25 de septiembre de 2015 en el seno de las Naciones Unidas, por lo que se hizo necesario la **actualización de la Política y la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Honduras** (PyENSAN), que muestra el compromiso político del gobierno de lograr las metas de los **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)**, en especial el **ODS2 para la erradicación del hambre**, haciéndole frente a la inseguridad alimentaria y la malnutrición, y a la vez promoviendo la agricultura sostenible. La PyENSAN 2030 plantea un nuevo marco de acciones cohesionado para trabajar conjuntamente para que todos los hondureños y hondureñas tenga acceso a una alimentación y nutrición adecuada con alimentos producidos bajo sistemas agroalimentarios sostenibles y fomentando comunidades resilientes a las crisis y el cambio climático.

La actual Política y Estrategia PyENSAN 2030 define 11 lineamientos estratégicos, 89 medidas por pilares de la SAN, 30 indicadores nacionales y 65 metas programáticas para el monitoreo y seguimiento de la SAN. En el marco de la nueva gestión basada en resultados, la PyENSAN cuenta con un Plan de Acción para la SAN (PLAN SAN 2019-2023) y un Plan de Acción por la Nutrición de Honduras (PANH 2019-2023); ambos cuentan con metas programáticas y presupuestos indicativos que orientarán la planificación de los sectores y territorios.

c. Situación de Seguridad Alimentaria Nutricional en Honduras

Los problemas alimentario nutricionales que afectan a la población hondureña de escasos recursos son multidimensionales; por lo general están asociados a comportamientos socioculturales, falta de ingresos en los hogares, deficiente nivel educativo, limitadas oportunidades laborales, calidad y cobertura en los recursos humanos en salud, estilos de vida inapropiados; etc., y deben ser abordados como tal, las soluciones tienen que ser articuladas entre los distintos sectores, con la participación decidida de la población como responsable de su propio desarrollo.

Las condiciones que prevalecen como factores que determinan la Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN en Honduras, influyen negativamente en el estado de salud y nutrición no solo de la población infantil sino también a la niñez en general, a la población escolar y adolescentes, a la población económicamente activa, a las mujeres en edad reproductiva, es decir a los hombres y las mujeres en su ciclo de vida.

La desnutrición en los niños menores de 5 años es un problema que ha existido a través de los años en el país y que se relaciona con un mayor riesgo de muerte y para los que sobreviven, con un retraso en su crecimiento físico y en su desarrollo que muchas veces afecta su desempeño escolar. El Objetivo de Desarrollo Sostenible 2.2 es reducir en 40% la prevalencia de retraso en el crecimiento entre los niños menores de 5 años para el año 2025, lo cual constituye un gran reto para el país.

El Gobierno Central está coordinando y realizando esfuerzos importantes para reducir las tasas de malnutrición, la anemia en niñez menor de 5 años y las mujeres de 15 a 49 años con acciones específicas para prevenir, atender y controlar su efecto y así contribuir a lograr lo que el país se ha propuesto como meta en el ODS2 para el año 2023.

Se ha determinado que las poblaciones afectadas por la inseguridad alimentaria nutricional presentan problemas en uno o varios de los indicadores de nutrición, especialmente los niños menores de cinco y las mujeres en edades de 15 a 49 años, donde se visualiza la doble carga nutricional que muestra problema de retraso del crecimiento y anemia en niños y sobrepeso, obesidad y anemia en mujeres, cohabitando en una misma región, comunidad e incluso en el mismo hogar.

En la mayoría de los países la situación de nutrición del país se determina a partir de datos de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDESA), que se realizan periódicamente y algunas veces de otros datos complementarios.

Tabla 1: Principales Indicadores de Nutrición de Honduras⁷

INDICADOR	ENDESA MICS 2019
Prevalencia de Bajo peso al Nacer (Menor a 2500 gramos)	11.7%
Prevalencia de Desnutrición Global según peso para la edad en niños menores de 5 años de edad	7.1%
Prevalencia de Desnutrición Crónica según talla para la edad en niños menores de 5 años (Retraso del crecimiento)	18.7%
Prevalencia de Desnutrición Aguda según peso para la talla en niños menores de 5 años (Emaciación)	1.9%
Sobrepeso y Obesidad en niños menores de 5 años	4.5%
Sobrepeso y obesidad en mujeres de 15 a 49 años	61.9%
Prevalencia de anemia en niños de 6 a 59 meses	36.3%
Prevalencia de anemia en mujeres de 15 a 49 años	22.4%

⁷ Instituto Nacional de Estadística (INE) y Secretaría de Salud Honduras. Octubre 2021 Encuesta Nacional de Demografía y Salud /Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (ENDESA/ MICS 2019).

De acuerdo con los datos de ENDESA/MICS 2019, en el país, el 18.7 por ciento de niños/as menores de 5 años padece de desnutrición crónica, siendo mayor el porcentaje en el área rural (23.2 por ciento) que en el área urbana (12.0 por ciento), los departamentos más afectados son: La Paz 37.5 por ciento, Lempira 35.1 por ciento e Intibucá 31.1 por ciento. Por grupos de edad, los más afectados son los de 24 a 35 meses (23.3 por ciento) y los de 36 a 47 meses (21.7 por ciento). También son más afectados con el déficit en su crecimiento los niños de madres del quintil más pobre (32.6 por ciento) y de las etnias Lenca (29.9 por ciento) y Maya Chortí (20.7 por ciento). En este mismo estudio se encontró que la prevalencia de bajo peso a nivel nacional es de 7.1 por ciento y el déficit de peso para talla o sea desnutrición aguda es de 1.9 por ciento.

En las mujeres de 15 a 49 años, el principal problema nutricional es el sobrepeso y obesidad, en el estudio de ENDESA/MICS 2019 se encontró que el IMC promedio es de 27.5 el cual se ubica en el rango de sobrepeso. El 62 por ciento del total de mujeres estaban en el rango de sobrepeso u obesidad, este porcentaje aumenta a medida que aumenta la edad en las mujeres por lo que el mayor porcentaje se encuentra en el grupo de 40 a 49 años (82.6 por ciento).

Disponibilidad de alimentos

Desde hace varias décadas, el país ha venido observando cierto nivel de estancamiento en los volúmenes de producción de los principales rubros que atienden la demanda interna de alimentos, es decir, que la producción nacional, en la mayoría de los casos, no alcanza a atender el requerimiento anual de alimentos que presenta la población.

Dentro de la producción agropecuaria nacional, algunos productos han expresado crecimiento, pero, generalmente con miras al mercado externo, entre estos productos sobresalen: el café, camarón, tilapia, aceite de palma, hortalizas, entre otras; en cambio, ciertos productos básicos que demanda la población no son cubiertos en su totalidad por la producción nacional, dentro de los que sobresalen los siguientes:

- **Maíz:** Partiendo de un consumo humano per cápita aparente de 79 Kg. / per / año (FAOSTAT /2013) y una población de 9,304,380 (INE / Proyecciones de población / 2020), el país presenta una demanda interna anual de 26.3 millones de quintales de maíz. Según el INE, del total que registra el consumo en el hogar (16.2 millones de quintales) ,12.5 millones (77.2%) provienen de la producción nacional y la diferencia 3.7 millones (22.8%) de las importaciones en concepto de maíz blanco y harina de maíz.
- **Frijol:** Tanto el INE como FAOSTAT coinciden que Honduras presenta un consumo humano per cápita aparente de 9.0 Kg. / per. / Año. La demanda interna de frijol frecuentemente es cubierta con la producción nacional del grano, excepto en aquellos años que los fenómenos naturales (sequías o exceso de agua) afectan de manera importante la producción del cultivo en las diferentes regiones del país.
- **Arroz:** la producción nacional de arroz es de aproximadamente 1.0 millón de quintales (1.5 millones de quintales arroz granza), la cual es equivalente al 28.6% de la demanda interna de este grano. El 71.4% restante (2.5 millones de quintales oro) de la demanda se obtiene en el mercado externo.

En conclusión, los productos de consumo básico en el país muestran alta dependencia de las importaciones, el país en sí presenta condiciones para revertir la tendencia de las importaciones anuales de maíz y de arroz, aunque en este último grano las condiciones futuras del mercado internacional le son muy desfavorables. El fomento de la producción de granos de consumo básico es fundamental en el proceso de la seguridad alimentaria de la población nacional.⁸

Por otro lado, en el estudio sobre Patrones de Consumo de la Región 12 Centro, se identificó que son muy pocos los hogares que tienen la práctica de cultivar alimentos en sus solares, lo cual permitiría a las familias diversificar su alimentación diaria, los pocos que lo hacen siembran en especial árboles frutales como el mango, la naranja, los guineos, la mandarina, la guayaba, las ciruelas y otras en muy pequeña escala. Además, se cultivan algunos vegetales y raíces como el patate la yuca y el ayote en mínima cantidad.⁹

Acceso a los alimentos¹⁰

El acceso a los alimentos es uno de los pilares críticos que afecta la seguridad alimentaria de la población y está condicionado en gran medida por la situación de pobreza y la falta de ingresos en la que vive la mayoría de la población del país, para el año 2021 el 73.6% de la población del país se ubicaba en la categoría de pobres y el 53.7% en pobreza extrema. En el área rural la situación es aún más grave ya que el 76.0% estaba en la categoría de pobres y el 66.1% en pobreza extrema.

A pesar que el 79.6% de la población nacional está en edad de trabajar (15 años y más) sin embargo, la fuerza de trabajo antes denominada PEA, apenas representa el 42.9%. la Tasa de Participación Total que se calcula sobre la base de la Población en Edad de Trabajar, a nivel nacional es de 60.7%, sin embargo, en los hombres esta relación es mucho más alta que en las mujeres (74.3% y 48.7% respectivamente). En octubre de 2021 los desempleados representaban el 8.6% de la Fuerza de Trabajo mientras el 26.9% se ubican en la categoría de subempleo por insuficiencia de ingresos.

Consumo de alimentos¹¹

Tradicionalmente, la dieta de la mayoría de la población en Honduras se ha caracterizado por ser poco variada, especialmente en el área rural, constituida principalmente por cereales, leguminosas y muy pocos vegetales y frutas.

En el año 2018 se llevó a cabo un estudio sobre el patrón alimentario en la región central de Honduras, encontrándose que está formado por 8 alimentos: maíz, arroz, frijoles, pan dulce, huevos, grasas (aceite y manteca de todo tipo), azúcar y café, estos alimentos forman parte de 6 de los 12 grupos de alimentos definidos para identificar la variedad de una alimentación, como puede verse, hay ausencia de alimentos de los grupos de vegetales y frutas que si fueron reportados por varias familias pero no en la debida frecuencia como para ser considerada parte del patrón alimentario.

⁸ Instituto Nacional de Estadística (INE), Honduras. (septiembre 2020). Boletín Demanda Interna de los principales Productos de Consumo Básico en Honduras.

⁹ Unidad Técnica de Seguridad Alimentaria y Nutricional (UTSAN), EUROSAN y ANED Consultores, (2018). Estudios y diagnósticos específicos sobre la situación de Seguridad Alimentaria y Nutricional, República de Honduras. Patrones de consumo, Región No. 12: Centro

¹⁰ Instituto Nacional de Estadística (INE), Honduras. Octubre 2021. LXXIII ENCUESTA PERMANENTE DE HOGARES DE PROPÓSITOS MÚLTIPLES –EPHPM

¹¹ Unidad Técnica de Seguridad Alimentaria y Nutricional (UTSAN), EUROSAN y ANED Consultores, (2018). Estudios y diagnósticos específicos sobre la situación de Seguridad Alimentaria y Nutricional, República de Honduras. Patrones de

El único alimento de origen animal que forma parte del patrón alimentario es el huevo. Más de la mitad de las madres entrevistadas en este estudio tienen el hábito de consumir refrescos artificiales los cuales tienen una gran cantidad de azúcar que podría afectar su salud.

Al comparar **los ingresos y escolaridad de los hogares con el patrón de consumo** se encontró que en los hogares con ingresos menores a L. 3,000.00 y los mayores a L 5,000.00 tienen similares patrones de consumo, por lo que se considera que el ingreso no fue tan determinante para establecer diferencias en estos dos grupos. En los hogares con jefe escolarizado el patrón de consumo si cambia con relación a los hogares con jefe sin educación, concluyendo que en esta región fue más determinante la escolaridad en el mejoramiento del patrón alimentario.

Las prácticas de alimentación de grupos de población especialmente vulnerables como los niños/as menores de dos años, mujeres embarazadas y lactantes es un elemento clave para la seguridad alimentaria en las familias, la lactancia materna por ejemplo es una práctica que además de asegurar una adecuada ingesta de nutrientes a los bebés, los protege de riesgos de infecciones. En ENDESA/MICS 2019 se encontró que el 95.4% de los niños nacidos en los últimos 2 años habían sido amamantados alguna vez, sin embargo, solamente el 30.2% de los niños de 0 a 6 meses estaban siendo alimentados exclusivamente con leche materna.

Utilización biológica de los alimentos¹²

En el área urbana, el 92.5% de las viviendas cuentan con servicio de agua potable. Aun, con un 85.1% de acceso a servicio de agua en el área rural, es preocupante el 6.4% que utiliza agua proveniente de ríos, quebradas, lagunas, entre otras fuentes naturales. (3). En cuanto al saneamiento básico, muchas viviendas de Honduras, no cuentan con un sistema de saneamiento adecuado, esta situación es más común en el área rural. El uso de inodoro conectado a alcantarilla es predominantemente urbano: el 62.2% de las viviendas tienen este sistema de saneamiento, sobresaliendo en San Pedro Sula y el Distrito Central (80.9% y 81.4% respectivamente). En el área rural lo más común es encontrar viviendas que cuentan con letrinas con cierre hidráulico (41.5%), seguido por las viviendas sin ningún

III. OBJETIVOS

Los objetivos de la presente encuesta están planteados en el protocolo de la investigación en el documento: “Reorientación Proyecto INE Respuesta Impacto COVID19 Honduras. Modelo de documento de formulación de intervenciones de la AECID”:

La presente encuesta tiene como **finalidad** contar con información sobre el estado nutricional y el estado de seguridad alimentaria de la población, de mujeres entre 15 y 49 años y niños menores de cinco años, en 39 municipios de Honduras. Los municipios seleccionados corresponden a aquellos beneficiados del contrato de reforma sectorial en Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)-EUROSAN Desarrollo Local (DeL), financiado por la Unión Europea. Esta información será útil para la toma de decisiones en torno a la prevención, control y tratamiento de la malnutrición en grupos de población de mayor vulnerabilidad en zonas marginadas con altos índices de desnutrición crónica, y alta prevalencia de inseguridad alimentaria.

¹² Instituto Nacional de Estadística (INE), Honduras. Octubre 2021. LXXIII ENCUESTA PERMANENTE DE HOGARES DE PROPÓSITOS MÚLTIPLES –EPHPM

1. Objetivo General

Generar estadística oportuna, confiable y de calidad que ayude al sector público, privado, sociedad civil y cooperantes en la toma de decisiones relacionadas con la salud en Honduras.

2. Objetivo Específico

Determinar los efectos provocado por la pandemia COVID19, sobre el estado de Seguridad Alimentaria y Nutricional en niños menores de 5 años y mujeres de 15 a 49 años, a través de una encuesta a los hogares.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Diseño Muestral

El diseño de la muestra se realizó siguiendo los procedimientos metodológicos para este tipo de estudios y se presenta en el Anexo B, se construyó a partir del último Censo de Población y Viviendas, realizado en 2013, con el listado completo de todas las áreas de enumeración en los municipios seleccionados y con la correspondiente cartografía. Se planificó visitar 12 viviendas por Unidad Primaria de Muestreo (UPM) o área de enumeración, dando como resultado 2,436 hogares a encuestar; para mujeres de 15 a 49 años, el resultado fue de n=1,059 y para menores de cinco años fue n=1,052.

4.2 Diseño de cuestionario

Con el fin de garantizar el adecuado análisis de las variables de estudio que permitirían la comparabilidad de indicadores incluidos en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud y Encuesta de Indicadores Múltiple por Conglomerados (ENDESA/MICS 2019), se utilizaron tres cuestionarios con estándares internacionales utilizados en la ENDESA/MICS 2019:

- Cuestionario de Hogar
- Cuestionario de Mujeres de 15-49 años con su módulo de antropometría
- Cuestionario de menores de 5 años con su módulo de antropometría
- Para el módulo Seguridad Alimentaria Nutricional se utilizó un cuestionario diseñado y validado internacionalmente por el PMA

Estos cuestionarios fueron revisados y adaptados por personal técnico del Instituto Nacional de Estadística (INE), Secretaría de Salud (SESAL) y Programa Mundial de Alimentos (PMA).

Los módulos de los cuestionarios utilizados en este estudio son los siguientes:

Tabla 2: Módulos/Cuestionarios

No.	Módulos	
	Cuestionario de Hogares	Cuestionario de Seguridad Alimentaria
1	Características de las viviendas y hogar	Medios de vida
2	Composición de los hogares	Acceso a los alimentos
3	Características de contexto de los encuestados	Consumo de alimentos
4	Agua para beber	Gasto en alimentos
5	Saneamiento	Estrategias de sobrevivencia
6		Ayudas humanitarias

No.	Módulos	
	Cuestionario Mujeres de 15 a 49 años	Cuestionario Menores de 5 años
1	Fecundidad	Inmunización
2	Maternidad temprana	Episodios de enfermedad
3	Cuidado prenatal	Diarrea
4	Tétanos neonatal	Síntomas de infección respiratoria aguda
5	Atención del parto	Fiebre
6	Peso al nacer	Lactancia materna y alimentación complementaria
7	Cuidado Post-natal	Estado nutricional de los niños menores de 5 años
8	Estado nutricional y de anemia de las mujeres	Anemia por deficiencia de hierro en niños
9		Desarrollo infantil temprano
10		Índice de desarrollo en la primera infancia

4.3 Proceso de Capacitación

La capacitación para el trabajo de campo se llevó a cabo en 3 semanas, divididos en dos grupos, grupo uno, encuestadoras y grupo dos, antropometristas. El grupo de encuestadoras se capacitó para el levantamiento de la información de los diferentes módulos, aplicando los cuestionarios de la investigación (Tabla 2). El grupo de antropometristas se capacitó y estandarizó en la toma de medidas antropométricas (peso, talla y longitud) y en la toma de muestras sanguíneas capilares.

El proceso de capacitación del equipo de encuestadores y antropometristas fue teórico y práctico y giro en torno a lo siguiente:

1. *La importancia de la encuesta análisis del impacto de la pandemia covid-19 en Honduras*
2. *El papel y las actividades de los encuestadores/de las antropometristas*
3. *Pautas para una entrevista*
4. *Aspectos generales de la encuesta*
5. *Características de los cuestionarios*
6. *Conceptos básicos*
7. *Contenido por módulo de cada uno de los cuestionarios de acuerdo con las responsabilidades asignadas a cada tipo de entrevistador*
8. *Procedimientos, normas y técnicas de la toma y registro de medidas antropométricas y de una muestra sanguínea capilar a mujeres y niños.*
9. *Práctica de las entrevistas utilizando los cuestionarios impresos*
10. *Practica en la toma de medidas antropométricas y de una muestra sanguínea capilar*
11. *Estandarización en la toma de medidas antropométricas*
12. *Capacitación en la aplicación CAPI.*

Al finalizar la capacitación, se realizó una prueba de campo para verificar el manejo de los conceptos teóricos y el desempeño como entrevistador, dicha actividad fue realizada en el municipio de San Juan de Flores. La agenda de capacitación se basa en las plantillas de capacitación utilizadas por el INE.

La capacitación estuvo a cargo de técnicos del Instituto Nacional de Estadística en los cuestionarios de: a) Cuestionario de hogar, b) Cuestionario de mujeres individuales de 15- 49 años y c) Cuestionario de niños/as menores de cinco años, y el d) Cuestionario de impacto sobre seguridad alimentaria y nutricional COVID 19 estuvo a cargo de funcionarios del Programa Mundial de Alimentos (PMA). Para la capacitación y estandarización en antropometría y en la prueba de medición de la hemoglobina se contó con una profesional nutricionista con formación y amplia experiencia en este tipo de estudios.

4.4 Trabajo de campo: Levantamiento de información

i. Personal que participa en el levantamiento de campo.

Para el levantamiento de campo se contó con 12 equipos conformados cada uno por dos encuestadoras, una de ellas con funciones de supervisora con las habilidades y experiencia técnica requerida, una antropometrista y un conductor para completar el trabajo de una muestra de 2,436 hogares, además el equipo de las gerencias técnicas del INE participó activamente en el proceso de planificación, capacitación y supervisión en el levantamiento de la información.

ii. Duración del trabajo de campo y equipo utilizado

El trabajo de campo tuvo una duración de 36 días continuos, se realizó del 24 de septiembre al 29 de octubre del 2021. Los datos se recopilaron utilizando una computadora portátil que ejecutan el sistema operativo Windows 10, utilizando la aplicación CAPI, Para la toma de datos antropométricos y de la prueba de hemoglobina se utilizó equipo recomendado para este tipo de estudios, de alta precisión, balanzas electrónicas, tallímetros y HemoCue, se usó el mismo equipo utilizado en la ENDESA/MICS 2019

iii. Método de recolección de datos

La encuesta realizó la recolección de los datos mediante Entrevistas Personales Asistidas por Computadora (CAPI, por sus siglas en inglés). La aplicación de recolección de datos se basó en el software CSPro (Sistema de procesamiento de encuestas y censos), versión 6.3, misma programación usada en la ENDESA/MICS 2019 bajo la plataforma MICS sistema desarrollado por UNICEF a nivel mundial.

4.5 Control de calidad en el trabajo de campo

Como medida principal en el control de calidad el CAPI tiene desarrollado una serie de advertencias “warnings” que le advierte a la encuestadora si existe una inconsistencia con las respuestas con el objetivo de regresar a la respuesta inconsistente y repreguntar para afirmar la respuesta, de esa manera se evita inconsistencias en la base de datos.

Además, personal técnico del INE desarrollaron actividades de supervisión periódica y retroalimentación a cada uno de los grupos en campo, realizando observaciones del desempeño de los entrevistadores a fin de retroalimentar y mejorar el proceso de recolección de la información. Asimismo, se monitoreo el funcionamiento adecuado de aplicación de entrada de datos.

4.6 Procesamiento, depuración y análisis de los datos

La información fue procesada por el personal del INE de manera diaria ya que, al ser levantada en dispositivos electrónicos, la información llega de manera diaria a los servidores del INE, con los archivos de datos se procedió a su integración y conformación en una base de datos. Para verificar la calidad de los datos el programa de entrada tiene una serie de validaciones y consistencias que genera de forma automática las inconsistencias encontradas, seguidamente la encuestadora procede a verificar y repreguntan a la persona entrevistada para hacer la corrección pertinente antes de concluir el relevamiento de la información y hacer el envío de los datos garantizando información primaria depurada.

- Una vez validada la información, se elaboraron las tablas de tabulados del presente estudio, utilizando la sintaxis de los tabulados de salida, usados en la ENDESA/MICS 2019
- La metodología utilizada para el estudio es la misma metodología usada en la por la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados diseñada y utilizada por el Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Para medir el impacto del COVID 19 en estos municipios, específicamente en la temática de salud y nutrición de las mujeres y niños se consideró retabular los datos de ENDESA MICS 2019 de aquellos municipios que tenían en común con este estudio, que resultaron ser 34 municipios para hacer una comparación de los hallazgos. En este sentido se comparó a nivel de un solo dominio los resultados de 34 municipios de la ENDESA/MICS 2019 con los resultados del presente estudio del impacto COVID19 en 39 municipios.

Para el tema de seguridad alimentaria nutricional de los hogares, se utilizó el módulo de Seguridad Alimentaria Nutricional (SAN) diseñado y validado por PMA del que se derivan indicadores de SAN a través del análisis de los datos primarios obtenidos de una encuesta de hogar.

4.7 Elaboración del informe

En el proceso de elaboración del informe se siguieron varios pasos:

Inicialmente se revisaron todos los tabulados generados por el INE:

- *Del formulario de Hogares 16 cuadros de los 39 municipios incluidos en el presente estudio*
- *Del formulario de mujeres de 15 a 49 años 23 cuadros de los 39 municipios incluidos en el presente estudio y 23 cuadros de los 34 municipios de ENDESA MICS 2019*
- *Del formulario de niños menores de cinco años 26 cuadros de los 39 municipios incluidos en el presente estudio y 26 cuadros de los 34 municipios de ENDESA MICS 2019*

Cada una de estas tablas de datos tabulados fueron minuciosamente revisadas haciendo el respectivo análisis de consistencia, validación y coherencia de toda la información, en algunos casos se solicitó revisar algunas tablas y retabular datos, con esta información analizada se elaboraron los cuadros a incluir en el presente informe para luego iniciar la redacción, haciendo la interpretación y descripción de cada uno de los cuadros incluidos. La redacción del informe se hizo siguiendo el formato solicitado por el INE.

En el informe se hace comparación de los hallazgos del presente estudio con los hallazgos del dominio de 34 municipios de ENDESA MICS 2019 (como prepandemia) de los aspectos relacionados a la salud y nutrición de las mujeres de 15 – 49 años y de los niños menores de 5 años.

Adicionalmente se realizó revisión de información secundaria relacionada a la situación de la seguridad alimentaria y nutricional en el país.

La redacción del capítulo 2: Seguridad Alimentaria Nutricional de los Hogares se realizó luego de revisar y analizar las frecuencias de cada una de las repuestas del formulario, en base a ello se elaboraron los cuadros de datos y la descripción de cada uno.

Previo a iniciar la redacción del informe se elaboraron varias versiones de presentaciones en Power Point de los principales hallazgos, identificando diferencias que visualizan el impacto de la pandemia COVID 19, se generaron los respectivos gráficos y las conclusiones para socializar estos resultados con las autoridades municipales y las instituciones participantes de este proyecto.

V. RESULTADOS

CAPÍTULO 1 CARACTERIZACIÓN DE LOS ENCUESTADOS

Descripción del capítulo

El presente capítulo describe la situación de contexto en el que viven los miembros de los hogares que formaron parte de la muestra del Estudio SAN 2021, específicamente las características de construcción de las viviendas, acceso a electricidad, internet, agua para beber, instalaciones sanitarias, así como la composición de los hogares, rangos de edad y escolaridad, se calcularon además quintiles de índice de riqueza para analizar los diferentes resultados en los demás temas con todos estos elementos de contexto.

1.1 Características de las viviendas y hogar

En la **Tabla SR.2.1** se presentan las características de la vivienda relacionadas a tenencia de electricidad, energía utilizada para cocinar, acceso a internet, tenencia de enseres, materiales principales de piso, techo y paredes de la vivienda, así como el número de habitaciones utilizadas para dormir.

La mayoría de viviendas (70.0 por ciento) está conectada a la red eléctrica del país, también hay un 11.3 por ciento de viviendas que disponen de energía eléctrica, aunque de otras fuentes. Solamente en el 13.9 ciento de las viviendas se utiliza tecnología y combustibles limpios para cocinar, en la gran mayoría (84.3 ciento), se utilizan otros combustibles. Los combustibles limpios para cocinar son los que no producen contaminación en el hogar por sustancias tóxicas, como la electricidad, o gas LPG. En relación a este mismo tema, se encontró que en el 89.1 por ciento de casos, la cocina está dentro del hogar lo cual aunado a que generalmente no se cocina con combustibles limpios, significa que existe un factor de riesgo para enfermedades respiratorias en la familia.

En relación a los tipos de pisos de las viviendas del estudio, se encontró que la mayoría (54.3 por ciento) tienen pisos rudimentarios (cemento o madera rústica), en segundo lugar, se encuentra el piso de tierra (26.9 ciento). En cuanto al material de las paredes exteriores de las viviendas, la mayoría de ellas son del tipo paredes acabadas (75.0 ciento). La calidad de los techos de las viviendas presenta una mejor situación ya que se considera "acabado" en el 99.4 ciento de los casos. El 40.0 por ciento de las viviendas disponen únicamente de una habitación para dormir y el 36.1 por ciento disponen de dos habitaciones para este mismo fin.

En cuanto a la conexión a internet, se encontró que solamente en el 11.8 por ciento de las viviendas había acceso a este servicio.

En la **Tabla SR.9.2** los hogares se distribuyen de acuerdo con la tenencia de enseres como radio, televisión y equipos TIC (celular, computadora). En general, el teléfono celular es el que tiene el mayor porcentaje de tenencia por parte de los hogares (86.7 por ciento) el cual es aún mayor en los hogares del cuarto quintil de riqueza (97.9 por ciento). Los teléfonos de línea fija y las computadoras son los equipos con los menores porcentajes de tenencia en los hogares (2.7 y 9.7

por ciento respectivamente), la tenencia de computadoras en su gran mayoría se ubica en los hogares del cuarto y quinto quintil de índice de riqueza (24.4 y 16.2 por ciento, respectivamente) al igual que la conexión a internet (26.4 y 23.8 por ciento respectivamente)

Tabla SR.2.1: Características de la vivienda
Distribución porcentual de hogares según características seleccionadas de las viviendas,
en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características de la vivienda		Porcentaje	Características de la vivienda		Porcentaje
Total		100.0	Total		100.0
Electricidad	Sí, red interconectada	70.0	Material principal del piso [B]	Piso natural	26.9
	Sí, sin conexión a la red	11.3		Piso rudimentario	54.3
	No	18.7		Piso acabado	18.7
	NS/Ignorado	0.0		Otro	0.0
Uso de energía para cocinar [A]	Tecnologías y combustibles limpios	13.9	Material principal del techo [B]	Techo rudimentario	0.1
	Otros combustibles	84.3		Techo acabado	99.4
	No se cocina en el hogar	1.8		Otro	0.3
Lugar para cocinar	Dentro de la casa	89.1	Material principal de las paredes exteriores [B]	Paredes natural	0.1
	Al aire libre	10.6		Paredes rudimentarias	23.4
	Otro	0.3		Paredes acabadas	75.0
Acceso a internet en casa	Si	11.8		Otro	1.5
	No	88.1		NS/Ignorado	0.0
	NS/Ignorado	0.2	Habitaciones utilizadas para dormir	1	40.0
				2	36.1
				3 o más	23.8

[1] Indicador MICS SR.1 - Acceso a la electricidad; Indicador ODS 7.1.1

[A] Calculado para hogares. Para conocer el porcentaje de miembros del hogar que viven en hogares que usan combustibles limpios y tecnologías para cocinar, consulte la Tabla TC.4.1

[B] Consulte el cuestionario de hogares en el Apéndice E, preguntas HC4, HC5 y HC6 para definiciones de natural, rudimentario, terminado y otros

Tabla SR.9.2: Tenencia de equipos TIC y acceso a internet
Porcentaje de hogares con un radio, un televisor, un teléfono y una computadora, y acceso a internet en la casa, según quintil de riqueza en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características de los hogares	Porcentaje de hogares con:							Número de hogares
	Radio [1]	Televisión [2]	Teléfono			Computadora [4]	acceso a internet en casa [5]	
			Línea fija	Celular	Cualquiera [3]			
Total	44.1	52.2	2.7	86.7	86.9	9.7	11.8	2311
Quintil de índice de riqueza								
Más pobre	48.4	0.9	0.2	62.0	62.3	0.2	0.7	432
Segundo	51.0	22.4	0.9	84.3	84.5	0.0	0.4	451
Medio	46.5	66.0	2.5	95.5	95.7	5.0	4.3	441
Cuarto	40.8	89.6	4.3	97.9	98.0	24.4	26.4	512
Más rico	35.2	73.9	5.3	91.4	91.6	16.2	23.8	475

- [1] Indicador MICS SR.4 - Hogares con un radio
- [2] Indicador MICS SR.5 - Hogares con televisión
- [3] Indicador MICS SR.6 - Hogares con teléfono
- [4] Indicador MICS SR.7 - Hogares con una computadora
- [5] Indicador MICS SR.8 - Hogares con internet

1.2 Composición de los hogares

En la Tabla **SR.3.1** se detalla la distribución de los hogares según ciertas características de contexto seleccionadas como, sexo y edad del jefe de hogar y número de miembros de los hogares. El 68.7 por ciento de hogares reportaron un jefe de hogar de sexo masculino ubicándose la edad predominante en el rango de 35 a 64 años. El número de miembros por hogar presenta una amplia variabilidad, pero los porcentajes más altos se ubican en los que tienen 3 y 4 miembros (19.3 y 20.6 por ciento respectivamente). El tamaño promedio del hogar en la muestra de este estudio es de 4.2 miembros por hogar.

La distribución por edad y sexo de la población se presenta en la **Tabla SR.4.1** Se realizaron entrevistas en 2,311 hogares que incluyen una población de 9,639 personas de las cuales 4,946 son mujeres (51.3 por ciento) y 4,693 son hombres (48.7 por ciento). El 40.9 por ciento de la población la constituyen los menores de 18 años y el 59.1 por ciento son adultos. La población en edad laboral (15 a 64 años) está constituida por el 57.2 por ciento del total.

Tabla SR.3.1: Composición del hogar
Distribución porcentual y frecuencial de hogares por características
seleccionadas, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características de los encuestados		Porcentaje ponderado
Total		100.0
Sexo del jefe/a del hogar	Masculino	68.7
	Femenino	31.3
Edad del jefe/a del hogar	<18	0.2
	18-34	20.7
	35-64	58.2
	65-84	19.0
	85+	1.9
Número de miembros del hogar	1	8.1
	2	13.6
	3	19.3
	4	20.6
	5	16.1
	6	10.1
	7+	12.2
Tamaño promedio del hogar		4.2

[A] Cada proporción es una característica separada basada en el número total de hogares.

Tabla SR.4.1: Distribución de la población de los hogares por edad
Distribución porcentual y frecuencial de la población de los hogares por grupos quinquenales de edad, grupos de edad dependientes, y por poblaciones de niños (edad de 0-17 años) y de adultos (edad de 18 años o más), por sexo, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Edad de los encuestados Número	Hombres		Mujeres		Total		
	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	
Total población	4693	100.0	4946	100.0	9639	100.0	
0-4	547	11.7	569	11.5	1116	11.6	
5-9	631	13.4	530	10.7	1161	12.0	
10-14	540	11.5	557	11.3	1097	11.4	
15-19	474	10.1	454	9.2	928	9.6	
15-17	298	6.3	267	5.4	565	5.9	
18-19	176	3.8	187	3.8	363	3.8	
20-24	446	9.5	451	9.1	897	9.3	
25-29	322	6.9	354	7.2	676	7.0	
30-34	235	5.0	283	5.7	518	5.4	
35-39	245	5.2	266	5.4	511	5.3	
Rangos de Edad 40-44	227	4.8	300	6.1	527	5.5	
45-49	191	4.1	247	5.0	438	4.5	
50-54	179	3.8	205	4.1	384	4.0	
55-59	158	3.4	177	3.6	335	3.5	
60-64	134	2.9	167	3.4	301	3.1	
65-69	105	2.2	114	2.3	219	2.3	
70-74	105	2.2	108	2.2	213	2.2	
75-79	70	1.5	71	1.4	141	1.5	
80-84	41	0.9	42	0.8	83	0.9	
85+	39	0.8	49	1.0	88	0.9	
NS/Ignorado	4	0.1	2	0.0	6	0.1	
Poblaciones de niños y adultos	Edad de los niños/as de 0-17 años	2016	43.0	1923	38.9	3939	40.9
	Edad de los adultos de 18+ años	2673	57.0	3021	61.1	5694	59.1
	NS/Ninguno	4	0.1	2	0.0	6	0.1

1.3 Características de contexto de los encuestados

Las **Tablas SR.5.1** y **SR.5.2** brindan información sobre las características de contexto de las mujeres de 15 a 49 años de edad y los niños/as menores de cinco años.

La **Tabla SR.5.1** presenta las características de contexto de las mujeres correspondientes a edad, educación, maternidad y nacimientos recientes y quintil de riqueza. La edad se presenta en rangos quinquenales y el de 15 a 19 años se subdivide en las de 15 - 17 y 18 - 19 años, los mayores porcentajes se ubican en los rangos de las más jóvenes, 15 - 19 años (19.5 por ciento) y 20 - 24 años (19.0 por ciento).

El nivel educativo donde se ubica el mayor porcentaje de mujeres es el de educación básica de 4 – 6 años (44.2 por ciento), en los extremos se ubican un 3.1 por ciento de mujeres sin educación y un 5.5 por ciento con educación superior.

El 73.8 por ciento de mujeres han tenido un hijo en algún momento de su vida, pero solamente un 18.5 por ciento ha tenido un hijo en los últimos 2 años que es al grupo al que se dirige gran parte de la encuesta.

La **Tabla SR.5.2** presenta las características de contexto de los niños/as menores de cinco años relacionados a sexo, edad y quintil de riqueza. En cuanto al sexo se encontró que el 51 por ciento son niñas y el 49 por ciento son niños. Los grupos de edad tienen porcentajes similares, siendo el mayor el que corresponde a los de 36 – 47 meses (24.0 por ciento). El 91.9 por ciento de los informantes de los cuestionarios de los menores de cinco años, fueron las madres y el quintil más pobre concentra el mayor porcentaje de niños/as con un 23.8 por ciento.

Tabla SR.5.1: Características de contexto de las mujeres
Distribución porcentual y frecuencia de mujeres de 15-49 años por características de contexto seleccionadas, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características de las mujeres		Porcentaje ponderado	Número de mujeres de 15 - 49 años
Total, número de mujeres		100.0	2286
Rangos de Edad	15-19	19.5	445
	15-17	11.6	265
	18-19	7.9	180
	20-24	19.0	435
	25-29	14.7	337
	30-34	12.2	280
	35-39	11.1	254
	40-44	12.9	295
	45-49	10.5	240
Educación	Sin educación	3.1	72
	Básica 1-3	14.3	326
	Básica 4-6	44.2	1010
	Básica 7-9	12.9	294
	Media	17.6	402
	Superior	5.5	126
	NS/Ignorado	2.4	56
Maternidad y nacimientos recientes	Nunca dio a luz	26.2	598
	Alguna vez dio a luz	73.8	1688
	Dio a luz en los últimos dos años	18.5	423
	Sin nacimientos en los últimos 2 años	55.3	1265
Quintil de índice de riqueza	Más pobre	18.0	411
	Segundo	18.3	418
	Medio	20.5	468
	Cuarto	22.1	505
	Más rico	21.2	484

Tabla SR.5.2: Características de contexto de niños menores de 5 años
Distribución porcentual y frecuencial de niños menores de 5 años por características de
contexto seleccionadas, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características de niños menores de 5 años		Porcentaje ponderado	Número de niños < 5 años
Total, número de niños menores de 5 años		100.0	1107
Sexo	Niño	49.0	542
	Niña	51.0	563
Edad (en meses)	0-5	9.6	106
	6-11	10.6	117
	12-23	17.8	197
	24-35	19.2	213
	36-47	24.0	266
	48-59	18.8	208
Informante para el cuestionario de menores de 5 años	Madre	91.9	1017
	Otro cuidador principal	8.1	90
Quintil de índice de riqueza	Más pobre	23.8	264
	Segundo	20.9	231
	Medio	19.1	211
	Cuarto	15.9	176
	Más rico	20.3	225

1.4 Agua para beber

El acceso a agua para beber y condiciones adecuadas de saneamiento e higiene son indispensables para que las personas, especialmente para que los niños/as puedan gozar de salud y de una mejor calidad de vida.

La **Tabla WS.1.1** muestra la distribución de la población por fuente principal de agua para beber, La población que utiliza fuentes mejoradas de agua para beber es la que utiliza cualquiera de los siguientes tipos de suministro: agua entubada (vivienda, patio o parcela, de un vecino, llave pública), pozo perforado, pozo malacate protegido, recolección de agua lluvia y agua embotellada o en bolsa.

En el estudio se encontró que el 94.4 por ciento de las personas tienen acceso a una fuente mejorada de agua para beber, de ellos el mayor porcentaje la obtiene de tubería dentro del terreno o propiedad (42.6 por ciento) y de tubería dentro de la vivienda (28.1 por ciento). Hay un 16.4 por ciento de personas que su fuente es agua embotellada o en bolsa, pero se ubican en su mayoría en el cuarto y quinto quintil de riqueza.

Se observa alguna diferencia en los porcentajes de acceso a fuente mejorada de agua para beber según el quintil de riqueza, ya que mientras el quintil más pobre el porcentaje es de 84.2 por ciento, el cuarto quintil es 99.5 por ciento. El quintil más pobre también es el que tiene el porcentaje más bajo de tubería dentro de la vivienda (10.7 por ciento).

La **Tabla WS.1.2** muestra la cantidad de tiempo que se toman los usuarios de fuentes mejoradas y no mejoradas, para recolectar agua cuando no disponen de este servicio en el sitio. Los miembros de los hogares que utilizan fuentes de agua mejoradas ubicadas en el sitio o que requieren hasta 30 minutos por viaje para la recolección de agua cumplen con los criterios ODS para un servicio “básico” de agua para beber.

Para la mayoría de la población (88.8 por ciento) la fuente mejorada principal de agua para beber está ubicada al alcance de la mano (en el sitio), y a 30 minutos o menos para un 5.1 por ciento, por lo que puede decirse que un 93.6 por ciento de personas tienen acceso a servicios básicos de agua para beber, este porcentaje baja a 82.9 por ciento para los miembros de hogares ubicados en el quintil más pobre. A nivel general, solamente un 10.2 por ciento de personas requieren acarrear agua ya sea de fuente mejorada o no mejorada, en su gran mayoría utilizan 30 minutos o menos en esta actividad (9.1 por ciento), esta situación es diferente en el quintil más pobre donde un 27.9 por ciento de personas deben realizar acarreo de agua para beber.

En la **Tabla WS.1.3** se presenta la información por sexo y edad de las personas integrantes del hogar que generalmente son las encargadas de acarrear el agua cuando éste carece de fuentes de agua en el sitio. Del total de hogares, el 13.4 por ciento carece de una fuente de agua para beber en el sitio, y en ese caso generalmente son las mujeres mayores de 15 años, las encargadas del acarreo de agua (56.4 por ciento), en segundo lugar, lo hacen los hombres mayores de 15 años (21.7 por ciento).

El porcentaje de hogares sin agua para beber en el sitio es mayor en los que tienen fuente de agua no mejorada (100 por ciento) y los que se ubican en el quintil más pobre (34.6 por ciento).

La **Tabla WS.1.4** refiere al tiempo promedio que utiliza cada día la persona del hogar encargada del acarreo de agua para beber. En el 94.7 por ciento de los casos, las personas utilizan 30 minutos o menos para esta actividad, los porcentajes más bajos para este término de tiempo están en los jóvenes de 15 a 17 años (84.5 por ciento) y en los hogares del quintil más rico (92.2 por ciento).

La **Tabla WS.1.5** informa sobre la proporción de miembros del hogar con suficiente agua disponible cuando la necesitan de su fuente principal de agua para beber y los motivos principales por las que los miembros del hogar no pueden acceder al agua en cantidades suficientes cuando la necesitan.

El porcentaje de población de hogares con disponibilidad de agua para beber en cantidades suficientes es de 90.4 por ciento, para los que no disponen de agua en cantidad suficiente, el motivo principal es la falta de agua disponible en la fuente (65.9 por ciento). No se observa mucha variabilidad en los hogares con diferente contexto como quintil de riqueza o tipo de fuente de agua.

La **Tabla WS.1.9** muestra información acerca de los métodos de tratamiento del agua para hacerla más segura para beber. El hervido, clorado y filtrado del agua, así como la desinfección solar, se consideran métodos apropiados de tratamiento de agua.

En este estudio se encontró que solamente el 37.5 por ciento de los miembros de los hogares utiliza un método apropiado de tratamiento de agua, lo cual indica que la mayoría de población está expuesta a un riesgo alto de padecer enfermedades gastrointestinales que afectan especialmente a los niños pequeños. El método de tratamiento que reporta el porcentaje más alto es el clorado del agua (19.3 por ciento), es de hacer notar que hay un 54.2 por ciento que no realiza ningún tratamiento al agua para beber.

El porcentaje más bajo de miembros de los hogares utilizando un método apropiado de tratamiento del agua se ubica en el cuarto quintil de riqueza (27.6 por ciento), es de hacer notar que este grupo es el que presenta el porcentaje más alto de utilización de agua embotellada.

Tabla WS.1.1: Uso de fuentes mejoradas y no mejoradas de agua
Distribución porcentual de población de hogares de acuerdo a la fuente principal de agua para beber y quintiles de índice de riqueza. Porcentaje de población de hogares que usa fuentes mejoradas de agua, en 39 municipios.
Estudio SAN 2021

Características de los hogares	Principal fuente de agua potable										Fuentes no mejoradas	Porcentaje uso de fuentes mejoradas de agua para beber [1]	Número de miembros del hogar
	Fuentes mejoradas												
	Tubería dentro de la vivienda	Tubería dentro del terreno	Tubería del vecino	Pozo perforado	Agua de manantial (protegido)	Agua de lluvia	Agua embotellada [A]	Bolsa de agua [A]	Otro	Agua de manantial (no protegido)			
Total	28.1	42.6	1.9	1.6	2.0	1.1	14.2	2.2	0.6	2.8	2.8	94.4	9637
Quintiles de riqueza													
Más pobre	10.7	54.5	6.7	3.9	4.7	2.3	0.6	0.0	0.9	9.6	6.2	84.2	1929
Segundo	26.8	62.1	1.2	0.2	3.5	0.0	0.9	0.6	0.2	2.1	2.5	95.4	1925
Medio	35.0	54.0	0.3	0.5	0.9	0.0	6.3	1.0	0.3	0.3	1.3	98.4	1926
Cuarto	37.5	17.4	0.0	0.4	0.4	0.0	38.7	5.1	0.0	0.0	0.5	99.5	1929
Más rico	30.5	25.2	1.5	2.9	0.4	3.3	24.3	4.4	2.0	1.8	4.0	94.3	1928

[1] Indicador MICS WS.1 - Uso de fuentes mejoradas de agua

[A] El agua embotellada o en bolsa, así como el agua distribuida por camión cisterna o carreta con tanque, se consideran fuentes mejoradas de agua para beber según la nueva definición de los ODS

Tabla WS.1.2: Uso de servicios básicos y limitados de agua para beber
Distribución porcentual de población de hogares, según el tiempo para ir a la fuente de agua para beber, recoger agua y regresar, para usuarios de fuentes mejoradas y no mejoradas de agua para beber y porcentaje que utiliza servicios básicos de agua potable, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Quintiles de riqueza	Tiempo a la fuente de agua para beber							Porcentaje que utiliza servicios básicos de agua potable [1]	Número de miembros del hogar
	Usuarios de fuentes mejoradas de agua para beber			Usuarios de fuentes no mejoradas de agua para beber					
	Agua en el sitio	Hasta (e incluyendo) 30 minutos [A]	Más de 30 minutos	Agua en el sitio	Hasta (e incluyendo) 30 minutos [A]	Más de 30 minutos	NS/ Ignorado		
Total	88.8	5.1	0.5	0.9	4.0	0.6	0.1	93.6	9637
Quintiles de riqueza									
Más pobre	69.6	13.7	1.0	2.2	11.4	1.8	0.4	82.9	1929
Segundo	90.4	4.3	0.7	1.4	3.2	0.0	0.0	94.4	1925
Medio	97.4	1.0	0.0	1.0	0.6	0.0	0.0	98.4	1926
Cuarto	97.8	1.7	0.0	0.1	0.3	0.1	0.0	98.6	1929
Más rico	89.0	4.7	0.7	0.0	4.7	1.0	0.0	93.5	1928

[1] Indicador MICSWS.2 - Uso de servicios básicos de agua para beber; Indicador ODS 1.4.1

[A] Incluye casos donde los miembros del hogar no recolectan

Tabla WS.1.3: Persona que recoge el agua
Porcentaje de hogares sin agua para beber en el sitio, según la persona que recoge habitualmente el agua para beber, según fuente de agua y quintil de índice de riqueza, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características de los hogares	Porcentaje de hogares sin agua para beber en el sitio	Persona que recoge habitualmente el agua para beber					Total	Número de miembros del hogar sin agua para beber en el sitio
		Mujer (15+)	Hombre (15+)	Niña menor de 15 años	Niño menor de 15 años	NS/Ignorado/ Miembros no recolectan		
Total	13.4	56.4	21.7	4.6	3.5	13.9	100.0	1296
Fuente de agua para beber								
Mejorada	8.3	59.4	19.3	3.6	3.2	14.6	100.0	756
No mejorada	100.0	52.2	25.0	5.9	3.9	13.0	100.0	540
Quintil de índice de riqueza								
Más pobre	34.6	59.1	21.3	5.2	5.8	8.5	100.0	668
Segundo	10.1	52.8	18.5	5.1	3.1	20.5	100.0	195
Medio	3.6	65.7	17.1	0.0	0.0	17.1	100.0	70
Cuarto	2.7	36.5	55.8	0.0	0.0	7.7	100.0	52
Más rico	16.1	54.0	19.9	4.5	0.0	21.5	100.0	311

Tabla WS.1.4: Tiempo dedicado a recolectar agua
Tiempo promedio dedicado a la recolección de agua por persona generalmente responsable de la recolección de agua, según características socio económicas, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características de personas responsables de recolección de agua	Tiempo promedio dedicado a la recolección de agua por día				Total	Número de miembros del hogar que viven en hogares que no disponen de fuente de agua para beber en la vivienda, patio o parcela, y se encargan de recolectarla
	Hasta 30 minutos	De 31 mins a 1 hora	Más de 1 hora a 3 horas	NS/ Ignorado		
Total	94.7	3.9	0.8	0.6	100.0	1116
Edad						
<15	95.2	4.8	0.0	0.0	100.0	104
15-17	84.5	5.6	0.0	9.9	100.0	71
15-49	94.5	4.1	0.5	0.9	100.0	805
50+	95.2	2.4	2.4	0.0	100.0	207
Sexo						
Hombre	96.9	1.5	1.5	0.0	100.0	326
Mujer	93.8	4.8	0.5	0.9	100.0	790
Fuente de agua para beber						
Mejorada	95.4	4.0	0.6	0.0	100.0	646
No mejorada	93.8	3.6	1.1	1.5	100.0	470
Quintil de índice de riqueza						
Más pobre	94.1	3.3	1.5	1.1	100.0	611
Segundo	97.4	2.6	0.0	0.0	100.0	155
Medio	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0	58
Más rico	92.2	7.8	0.0	0.0	100.0	244

Tabla WS.1.5: Disponibilidad de agua para beber en cantidad suficiente
Porcentaje de miembros del hogar con disponibilidad de agua para beber en cantidades suficientes cuando se necesita y distribución porcentual de los principales motivos por los que los miembros del hogar no pueden acceder al agua en cantidades suficientes cuando se necesita, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

	Porcentaje de población de hogares con disponibilidad de agua para beber en cantidades suficientes [1]	Número de miembros del hogar	Motivo principal por el cual los miembros del hogar no pueden acceder al agua en cantidades suficientes					Número de miembros del hogar que no pueden acceder al agua en cantidades suficientes cuando se necesita
			No había agua disponible en la fuente	Agua demasiado cara	Fuente no accesible	Otro	NS/ Ignorado	
Total	90.4	9637	65.9	1.0	16.7	14.6	1.8	920
Fuente de agua para beber								
Mejorada	90.4	9097	64.7	1.0	16.9	15.5	2.0	866
No mejorada	90.0	540	85.2	0.0	14.8	0.0	0.0	54
Quintil de índice de riqueza								
Más pobre	88.9	1929	69.0	0.0	16.9	8.9	5.2	213
Segundo	87.8	1925	65.5	0.0	17.0	17.4	0.0	235
Medio	88.5	1926	66.1	0.0	17.2	16.7	0.0	221
Cuarto	93.2	1929	65.4	0.0	22.8	7.1	4.7	127
Más rico	93.6	1928	61.3	7.3	8.9	22.6	0.0	124

[1] Indicador MICS WS.3 - Disponibilidad de agua para beber

Tabla WS.1.9: Tratamiento del agua en el hogar
Porcentaje de la población de hogares por método de tratamiento del agua para beber usado por el hogar y el porcentaje que está usando un método apropiado de tratamiento, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características	Método de tratamiento del agua usado en el hogar									Porcentaje de miembros del hogar en hogares que usan un método apropiado de tratamiento de agua	Número de miembros del hogar
	Ninguno	La hierve	Le añade cloro	La filtra con una tela	Utiliza un filtro de agua	La deja reposar y asentar	Ozonificador	Otro	NS/ Ignorado		
Total	54.2	9.8	19.3	8.9	10.0	1.0	0.3	0.7	0.1	37.5	9637
Fuente de agua para beber											
Mejorada	54.4	10.1	19.0	8.5	10.1	1.0	0.3	0.7	0.1	37.5	9097
No mejorada	50.0	5.9	24.4	15.7	8.1	0.9	0.0	0.9	0.0	38.0	540
Quintil de índice de riqueza											
Más pobre	47.4	9.4	18.0	14.5	12.9	2.3	0.0	0.5	0.0	38.8	1929
Segundo	46.8	12.1	19.1	8.8	15.1	1.1	0.2	0.8	0.3	44.3	1925
Medio	54.3	11.5	23.7	5.7	7.7	0.8	0.3	0.2	0.0	41.0	1926
Cuarto	66.2	6.7	12.2	5.7	9.2	0.6	0.7	1.5	0.0	27.6	1929
Más rico	56.2	9.6	23.7	9.6	4.9	0.2	0.2	0.6	0.0	35.9	1928

1.5 Saneamiento

El lavado de manos con agua y jabón es uno de los comportamientos más importantes para prevenir enfermedades de tipo infeccioso y por lo tanto proteger la salud, especialmente de la población más vulnerable como los niños menores de cinco años.

Durante la realización de este estudio, en las visitas a las familias se observó si en los hogares había un lugar destinado al lavado de manos y si contaban con jabón, los resultados se muestran en la **Tabla WS.2.1**. El 88.2 por ciento de miembros del hogar disponen de un lugar donde lavarse las manos y que cuenta con agua y jabón, en el 70.9 por ciento de los casos se trata de una instalación fija. Solamente en el 1.3 por ciento de miembros de los hogares se encontró que no tenían ningún lugar o instalación para el lavado de manos.

El porcentaje de miembros del hogar que disponen de un lugar para lavado de manos con agua y jabón en el quintil más pobre es más bajo que a nivel general (78.7 por ciento).

El manejo inadecuado de las heces fecales y la mala higiene personal están estrechamente relacionados con frecuentes episodios de diarrea e infecciones parasitarias, especialmente en los niños pequeños. El saneamiento y la higiene mejorados pueden disminuir estas enfermedades y por lo tanto mejorar el estado de salud y nutrición de los niños menores de 5 años.

Las metas de los ODS relacionados con el saneamiento tienen como objetivo, lograr el acceso universal a los servicios básicos y el acceso universal a servicios gestionados de forma segura. Una instalación de saneamiento mejorada se define como aquella que separa higiénicamente las excretas humanas del contacto humano, incluye descarga o vaciado en sistemas de alcantarillado, descarga en pozo séptico, letrinas con cierre hidráulico y letrina simple con loza.

En la **Tabla WS.3.1** se presenta la información sobre el tipo de instalación sanitaria usada en los hogares donde se encontró que el 87.9 por ciento de la población de los hogares utiliza una instalación de saneamiento mejorado, la letrina con cierre hidráulico es la que presenta el mayor porcentaje (46.2 por ciento). Por otro lado, se encontró que un 11.8 por ciento de población no tiene ninguna instalación sanitaria y realiza sus necesidades al aire libre, porcentaje que se incrementa a 37.0% en el quintil más pobre.

Las instalaciones que se ubican al interior de la vivienda son en su gran mayoría las de descarga a pozo séptico (63.7 por ciento) y alcantarillado (20.6 por ciento). El porcentaje de población que dispone de una instalación sanitaria mejorada en el quintil más pobre es más bajo que a nivel general (62.7 por ciento).

La **Tabla WS.3.2** presenta la distribución de la población del hogar utilizando instalaciones de saneamiento mejoradas y no mejoradas según si son privadas, compartidas con otros hogares o instalaciones públicas. Aquellos que utilizan instalaciones de saneamiento mejoradas compartidas o públicas se clasifican como que tienen un servicio "limitado" para el propósito de monitoreo de los ODS.

De los miembros de los hogares que utilizan instalaciones sanitarias mejoradas, el 81.3 por ciento no las comparten, de las no mejoradas es un 0.2 por ciento. En el quintil más pobre el porcentaje de población que no comparte las instalaciones sanitarias mejoradas es un 57.0 por ciento.

La **Tabla WS.3.5** detalla la información relacionada con la eliminación de excretas de los niños de 0 – 2 años. Los métodos apropiados para desechar las heces infantiles incluyen que el niño use un inodoro o letrina o coloque las heces en un inodoro o letrina. De acuerdo a los datos obtenidos, se encontró que solamente en el 21.9 por ciento de los casos hubo eliminación segura de las heces, la forma de eliminación que presenta el mayor porcentaje es "tirarlas a la basura" (41.5 por ciento). De acuerdo a los quintiles de índice de riqueza, el porcentaje más alto de eliminación segura de heces infantiles se ubica en el segundo quintil (24.8 por ciento)

Tabla WS.2.1: Lugar para lavarse las manos con agua y jabón en el sitio
Distribución porcentual de los miembros del hogar por observación del lugar para lavarse las manos y porcentaje de miembros del hogar por disponibilidad de agua y jabón o detergente en el lugar para lavarse las manos, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características de los miembros del hogar	Lugar para lavarse las manos observado		No se observó instalación para lavarse las manos en la vivienda, patio o parcela	Sin permiso para ver/ Otro	Lugar para lavarse las manos observado y			Número de miembros del hogar donde se observó existencia de un lugar para lavarse las manos	Porcentaje de miembros del hogar con instalaciones para lavarse las manos donde hay agua y jabón [1]	Total de número de miembros del hogar donde se observó si había instalación de lavado de manos
	Instalación fija observada	Objeto móvil observado (Balde/Paila)			Agua disponible	Jabón en barra o líquido / detergente	Ceniza/barro/arena			
Total	70.9	27.3	1.3	0.5	91.1	97.2	0.3	9462	88.2	9588
Quintil de índice de riqueza										
Más pobre	34.2	60.8	4.7	0.4	87.9	93.3	0.4	1832	78.7	1922
Segundo	68.1	31.1	0.9	0.0	89.7	98.0	0.4	1908	87.7	1925
Medio	84.1	15.4	0.3	0.3	90.2	98.0	0.0	1915	88.9	1920
Cuarto	90.8	7.7	0.5	1.1	94.9	100.0	0.3	1899	94.5	1908
Más rico	77.4	21.6	0.3	0.8	92.7	96.6	0.2	1908	91.1	1913

[1] Indicador MICS WS.7 - Lugar para lavarse las manos con agua y jabón; Indicadores ODS 1.4.1 y 6.2.1

Nota: Las cenizas, el barro y la arena no son tan efectivos como el jabón y no están incluidos en el indicador MICS u ODS.

Tabla WS.3.1: Uso de instalaciones de saneamiento mejoradas y no mejoradas
Distribución porcentual de la población de los hogares según el tipo de instalación sanitaria utilizada por el hogar, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características de los hogares	Tipo de instalación sanitaria usada por el hogar						Porcentaje que utiliza saneamiento mejorado [1]	Número de miembros del hogar
	Instalaciones sanitarias mejoradas				Instalaciones sanitarias no mejoradas(2)	Defecación al aire libre (no hay instalación, campo abierto, matorrales)		
	Descarga a alcantarillado (inodoro)	Descarga a pozo séptico (inodoro)	Letrina con cierre hidráulico	Letrina simple con loza (pozo negro)				
Total	5.9	26.3	46.2	9.4	0.3	11.8	87.9	9637
Ubicación de la instalación de saneamiento								
En el interior de la propia vivienda	20.6	63.7	15.0	0.2	0.5	0.0	99.5	1756
En el propio patio/lote	3.2	21.2	62.4	13.0	0.3	0.0	99.7	6637
En otro lado	0.0	10.0	49.1	38.2	2.7	0.0	97.3	110
Defecación al aire libre (no hay instalación, campo abierto, matorrales)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	1134
Quintil de índice de riqueza								
Más pobre	0.2	7.5	39.8	15.2	0.0	37.0	62.7	1929
Segundo	0.1	13.1	66.3	8.2	0.0	12.4	87.6	1925
Medio	2.7	18.3	68.1	5.8	0.0	5.0	94.9	1926
Cuarto	17.2	48.5	31.4	1.7	0.3	0.8	98.7	1929
Más rico	9.6	44.3	25.7	16.2	0.1	3.6	95.9	1928

[1] Indicador MICS WS.8 - Uso de instalaciones sanitarias mejoradas; indicador ODS 3.8.1

[2] Incluye descarga a drenaje abierto, descarga a río, laguna o mar y otro

Tabla WS.3.2: Uso de servicios sanitarios básicos y limitados
Distribución porcentual de la población de los hogares por uso de instalaciones sanitarias públicas y privadas y uso compartido de las instalaciones, por usuarios de instalaciones sanitarias mejoradas y no mejoradas, en 39 municipios. Estudio AECID 2021

Características de los hogares	Usuarios de instalaciones sanitarias mejoradas				Usuarios de instalaciones sanitarias no mejoradas			Defecación al aire libre (sin instalación, campo abierto)	Número de miembros del hogar
	No compartidas [1]	Compartidas por: 5 hogares o menos	Compartidas por: Mas de 5 hogares	Instalación pública	No compartidas	Compartidas por: 5 hogares o menos	Instalación pública		
Total	81.3	6.4	0.1	0.1	0.2	0.1	0.0	11.8	9637
Ubicación de la instalación de saneamiento									
En el interior de la propia vivienda	97.3	2.2	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	1756
En el propio patio/ lote	91.2	8.4	0.1	0.1	0.2	0.1	0.0	0.0	6637
En otro lado	69.1	21.8	0.0	6.4	0.0	0.0	2.7	0.0	110
Defecación al aire libre (no hay instalación, campo abierto, matorrales)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	1134
Quintil de índice de riqueza									
Más pobre	57.0	5.7	0.0	0.0	0.1	0.2	0.2	37.0	1929
Segundo	79.8	7.7	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	12.4	1925
Medio	86.2	8.2	0.1	0.3	0.1	0.0	0.0	5.0	1926
Cuarto	95.5	3.1	0.0	0.0	0.4	0.2	0.0	0.8	1929
Más rico	88.1	7.3	0.2	0.2	0.5	0.0	0.0	3.6	1928

[1] Indicador MICS WS.9 - Uso de servicios básicos de saneamiento; indicadores ODS 1.4.1 & 6.2.1
na: no aplicable

Tabla WS.3.5: Eliminación de las heces de los niños
Distribución porcentual de niños de 0 a 2 años de edad, según el lugar de eliminación de heces de niños, y porcentaje de niños de 0 a 2 años de edad cuyas heces se eliminaron de manera segura la última vez que el niño defecó, en 39 municipios. Estudio SAN 20221

Características de los hogares	Lugar de eliminación de las heces del niño							Porcentaje de niños cuyas últimas heces se eliminaron de manera segura [A]	Número de niños de 0-2 años
	Niño/a usó inodoro/letrina	Lo puso/descartó en el inodoro o letrina	Lo puso/descartó en el desagüe o la cloaca	Las tiró a la basura	Las enterró	Se dejó al aire libre	Otro		
Total	12.1	9.9	13.0	41.5	4.9	8.9	9.7	21.9	629
Tipo de instalación sanitaria usada por el hogar									
Instalaciones sanitarias mejoradas	13.7	10.6	12.7	44.4	4.0	4.9	9.7	24.3	527
Instalaciones sanitarias no mejoradas	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	50.0	2
Defecación al aire libre (no hay instalación, campo abierto, matorrales)	4.0	5.0	15.0	27.0	10.0	29.0	10.0	9.0	100
Quintil de índice de riqueza									
Más pobre	9.2	12.9	19.0	22.1	6.7	18.4	11.7	22.1	163
Segundo	14.4	10.4	11.2	36.0	8.0	6.4	13.6	24.8	125
Medio	9.4	9.4	12.8	47.0	4.3	8.5	8.5	18.8	117
Cuarto	14.6	6.3	7.3	58.3	4.2	4.2	5.2	20.8	96
Más rico	14.1	8.6	11.7	53.9	0.8	3.1	7.8	22.7	128

[A] En muchos países, la eliminación de las heces de los niños con desechos sólidos es común como lo es arrojado a la basura, los riesgos variarán entre y dentro de los países, dependiendo de si los desechos sólidos se recolectan regularmente y se manejan bien. Para efectos de comparabilidad internacional, los residuos sólidos o basura no se consideran eliminados de forma segura

CAPITULO 2 SEGURIDAD ALIMENTARIA NUTRICIONAL DE LOS HOGARES

Descripción del capítulo

Este capítulo aborda la situación en cuanto a la seguridad alimentaria nutricional de los hogares en el contexto de la pandemia de COVID-19, específicamente los efectos que ha tenido esta emergencia sanitaria sobre los medios de vida, el acceso y consumo de alimentos, así como las estrategias que los hogares han aplicado para afrontar esta situación y la asistencia recibida por los hogares para mitigar los efectos de esta pandemia.

2.1 Medios de vida

Existe una amplia diversidad de actividades generadoras de ingreso para los hogares que fueron parte de este estudio, pero es la agricultura la actividad económica que destaca dentro de la principal fuente de ingresos, tanto antes como durante la pandemia y también actualmente. Dentro de este rubro, es el cultivo de granos básicos el que presenta el mayor porcentaje de hogares que lo identifican como su fuente principal de ingresos lo cual puede verse en la **Tabla SAN.1.1** (31.7 por ciento antes y durante la pandemia y 31.2 por ciento actualmente), en segundo lugar, se ubica el cultivo de café (17.7 por ciento antes de la pandemia, 17.0 por ciento durante la pandemia y 16.9 por ciento actualmente).

Otras actividades que también fueron identificadas como principal fuente de ingresos son: el jornaleo en actividades agropecuarias (13.0 por ciento antes de la pandemia, 12.3 por ciento durante la pandemia y actualmente) y el trabajo asalariado permanente (8.4 por ciento antes de la pandemia, 7.2 por ciento durante la pandemia y 7.0 por ciento actualmente). Como puede verse el comportamiento de estas actividades económicas como fuente principal de ingresos antes y durante la pandemia como actualmente no tuvieron variación importante.

Los hogares que mencionaron tener una segunda fuente de ingresos fue 55.8 por ciento antes de la pandemia, 53.3 por ciento durante la pandemia y 56.5 por ciento en el momento actual. En la **Tabla SAN.1.2** se muestran las actividades identificadas como segunda fuente de ingresos, el jornaleo en actividades agropecuarias es el que presenta un mayor porcentaje (15.8 por ciento antes de la pandemia, 14.9 por ciento durante la pandemia y 16.0 por ciento actualmente) seguido por el cultivo de granos básicos (10.5 por ciento antes de la pandemia, 10.0 por ciento durante la pandemia y 9.5 por ciento actualmente). En la segunda fuente de ingresos tampoco se encontraron diferencias entre las tres etapas de tiempo analizadas, antes, durante la pandemia y actualmente.

Existe una tercera fuente de ingresos solamente en el 18.3 por ciento de hogares antes de la pandemia, 15.9 por ciento durante la pandemia y 18.1 por ciento actualmente. Cada una de las actividades fue mencionada por porcentaje muy reducido, siendo las de mayor frecuencia el jornaleo en actividades agropecuarias (4.5 por ciento antes de la pandemia, 3.8 por ciento durante la pandemia y 4.1 por ciento actualmente) seguido por remesas familiares (2.8 por ciento antes de la pandemia, 2.2 por ciento durante la pandemia y 3.0 por ciento actualmente), tampoco se encontraron diferencias en las tres etapas analizadas.

En relación a la proporción de los ingresos que provienen de estas fuentes, se puede observar en la **Tabla SAN.1.3** que la principal fuente de ingresos aporta del 91 al 100 por ciento de los ingresos para un 47.2 por ciento de hogares, en cambio, la segunda fuente de ingresos aporta solamente 10 por ciento o menos para un 50.5 por ciento de hogares y la tercera fuente aporta esta misma proporción para un 87.6 por ciento de hogares.

Se consultó a los miembros de los hogares si las fuentes de sus ingresos se habían visto afectadas por la pandemia de COVID-19, los resultados se presentan en la **Tabla SAN.1.4**, un 55.2 por ciento manifestó que sus fuentes de ingreso habían sido afectadas, de ellos, un 22.8 por ciento reportó que fueron totalmente o muy afectados, un 15.0 por ciento, parcialmente afectados y un 17.4 por ciento dijo que habían sido poco afectados.

En cuanto a la forma en que fueron afectadas las fuentes de ingreso, puede verse en la **Tabla SAN 1.5** que la reducción de ingresos fue el problema reportado con la mayor frecuencia (43.4 por ciento), seguido por la reducción de acceso a alimentos o mercado (22.2 por ciento) y la pérdida de trabajo (16.1 por ciento).

En la **Tabla SAN.1.6** se presenta la información relacionada a otros eventos que pudieran haber afectado a los hogares, además de la pandemia del COVID-19 en el año 2020, la mayoría de los hogares no fueron afectados por ningún otro evento (67.7 por ciento), el porcentaje más alto que se reporta es la inundación que la sufrieron un 12.0 por ciento de los hogares.

TABLA SAN.1.1: Principal fuente de ingresos en los hogares en pandemia, antes, durante y actualmente en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Fuentes de ingreso	Antes de pandemia		Durante la pandemia		Actualmente	
	No. de hogares	Porcentaje	No. de hogares	Porcentaje	No. de hogares	Porcentaje
Agricultura: café	409	17.7	393	17.0	391	16.9
Agricultura: granos básicos	733	31.7	732	31.7	721	31.2
Jornaleo en actividad agropecuaria	300	13.0	284	12.3	284	12.3
Trabajo eventual (jornaleo) en actividades no agrícolas	163	7.1	151	6.5	167	7.2
Trabajo asalariado/permanente (con sueldo regular)	194	8.4	167	7.2	161	7.0
Comercio y servicios	146	6.3	141	6.1	151	6.5
Remesas familiares	112	4.8	134	5.8	149	6.4
Otros	255	11.0	310	13.4	288	12.4
TOTAL	2312	100.0	2312	100.0	2312	100.0

TSAN 1.2 Segunda fuente de ingresos en los hogares en pandemia, antes, durante y actualmente, en 39 municipios Estudio SAN 2021

Fuentes de ingreso	Antes de pandemia		Durante la pandemia		Actualmente	
	No. de hogares	Porcentaje	No. de hogares	Porcentaje	No. de hogares	Porcentaje
Agricultura: granos básicos	243	10.5	232	10.0	219	9.5
Ganadería: animales mayores	58	2.5	63	2.7	64	2.8
Jornaleo en actividad agropecuaria	365	15.8	345	14.9	371	16.0
Trabajo eventual (jornaleo) en actividades no agrícolas	77	3.3	67	2.9	81	3.5
Trabajo asalariado/permanente (con sueldo regular)	71	3.1	59	2.6	73	3.2
Comercio y servicios	137	5.9	112	4.8	131	5.7
Remesas familiares	106	4.6	118	5.1	116	5.0
Otros	234	10.1	236	10.2	250	10.8
No reportaron segunda fuente de ingreso	1021	44.2	1080	46.7	1006	43.5
TOTAL	2312	100.0	2312	100.0	2312	100.0

TABLA SAN.1.3 Proporción de ingresos en porcentaje que reciben los hogares, según principal, segunda o tercera fuente de ingresos, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Proporción de ingresos	Principal fuente		Segunda fuente		Tercera fuente	
	No. de hogares	Porcentaje	No. de hogares	Porcentaje	No. de hogares	Porcentaje
0 - 10	62	2.7	1167	50.5	2025	87.6
11 - 20	101	4.4	194	8.4	97	4.2
21 - 30	149	6.4	280	12.1	73	3.2
31 - 40	102	4.4	144	6.2	45	1.9
41 - 50	339	14.7	282	12.2	36	1.6
51 - 60	134	5.8	67	2.9	20	0.9
61 - 70	144	6.2	83	3.6	4	0.2
71 - 80	156	6.7	70	3.0	7	0.3
81 - 90	33	1.4	19	0.8	1	0.0
91 - 100	1092	47.2	6	0.3	4	0.2
TOTAL	2312	100.0	2312	100.0	2312	100.0

TABLA SAN.1.4 Grado en que se afectaron los ingresos en pandemia, en los hogares, durante el año 2020, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Grado de afectación	Número de Hogares	Porcentaje
Totalmente o muy afectado	528	22.8
Parcialmente afectado	347	15.0
Poco afectado	402	17.4
No fueron afectados	1023	44.2
No sabe/No responde	12	0.5
TOTAL	2312	100.0

Tabla SAN 1.5 Forma en que fueron afectados los ingresos, por la pandemia en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Otros eventos que afectaron	Número de Hogares	Porcentaje
Reducción de ingresos	1080	43.4
Pérdida de trabajo	401	16.1
Suspensión laboral	116	4.6
Endeudamiento	174	7.0
Reducción de acceso a alimentos o mercados	551	22.2
Reducción de gastos no alimentarios	57	2.3
Migración de 1 o más miembros	18	0.7
Pérdida de ingresos por muerte de un familiar	12	0.5
Emprendimiento	5	0.2
Otro	72	2.9
Total	2486	100.0

Tabla SAN 1.6 Otros eventos que afectaron a los hogares durante la pandemia en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Evento	Número	Porcentaje
Inundación	293	12.0
Deslizamiento	188	7.7
Sequia	57	2.3
Roya	124	5.1
Otro	125	5.1
Ninguno	1646	67.7
Total	2433	100.0

2.2 Acceso a los alimentos

El acceso a los alimentos es uno de los pilares fundamentales de la seguridad alimentaria nutricional y el que presenta mayores desafíos para la población, está estrechamente relacionado con el nivel de ingresos que tienen las familias, así como los precios de alimentos y la disponibilidad en el mercado.

En este estudio, la principal fuente de adquisición de alimentos para los hogares tanto antes como durante la pandemia y actualmente, es la compra al contado de alimentos (64.8 por ciento, 60.3 por ciento y 66.0 por ciento respectivamente), esta información se detalla en la **Tabla SAN.2.1**. El crédito en las tiendas o mercados (14.1 por ciento antes de la pandemia, 17.4 por ciento durante la pandemia y 13.5 por ciento actualmente) y la propia producción agrícola/pecuaria (14.1 por ciento antes de la pandemia, 13.1 por ciento durante la pandemia y 13.0 por ciento actualmente) son las otras opciones más reportadas. Se observa que durante la pandemia disminuyó levemente la compra al contado y aumentó casi en la misma magnitud el crédito en tiendas y mercados.

La información sobre la segunda fuente de adquisición de alimentos para los hogares antes y durante la pandemia y actualmente se presenta en la **Tabla SAN. 2.2**, la fuente reportada por un mayor porcentaje es la propia producción agropecuaria (26.1 por ciento antes de la pandemia, 25.5 por ciento durante la pandemia y 26.0 por ciento actualmente), sin embargo, no se observan diferencias en las diferentes etapas analizadas. La compra al contado de alimentos es otra de las opciones mencionadas por los hogares (18.7 por ciento antes y durante la pandemia y 18.3 por ciento actualmente) la cual se mantuvo también sin cambios en las tres etapas.

La **Tabla SAN. 2.3** incluye la información sobre los lugares donde las personas de los hogares compran sus alimentos, la gran mayoría (72.8 por ciento) lo hace en un mercado o tienda dentro de su comunidad, la segunda opción más reportada es en un mercado o tienda fuera de la comunidad (25.0 por ciento).

TABLA SAN.2.1 Distribución porcentual de la principal fuente de obtención de los alimentos en los hogares en pandemia, antes, durante y actualmente, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Fuentes de Alimentos	Antes de la Pandemia	Durante pandemia		Ahora (2021)		
	Número de Hogares	(marzo a diciembre 2020)		Número de Hogares	Porcentaje	
		Porcentaje	Número de Hogares			
Compra al contado	1498	64.8	1395	60.3	1526	66.0
Préstamo en las tiendas/mercados	326	14.1	402	17.4	312	13.5
Su producción agrícola/pecuaria	325	14.1	304	13.1	300	13.0
Asistencia alimentaria-cupones o efectivo de instituciones	7	0.3	16	0.7	2	0.1
Ayuda de familiares, amigos	90	3.9	133	5.8	104	4.5
Pesca					1	0.0
Otro	66	2.9	62	2.7	67	2.9
TOTAL	2312	100.0	2312	100.0	2312	100.0

TABLA SAN 2.2 Distribución porcentual de la segunda fuente de obtención de los alimentos en los hogares en pandemia, antes, durante y actualmente, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Fuentes de Alimentos	Antes de la Pandemia		Durante pandemia (marzo a diciembre 2020)		Ahora (2021)	
	Número de Hogares	Porcentaje	Número de Hogares	Porcentaje	Número de Hogares	Porcentaje
No tiene fuente secundaria	162	7.0	171	7.4	166	7.2
Compra al contado	433	18.7	433	18.7	423	18.3
Préstamo en las tiendas/mercados	404	17.5	434	18.8	411	17.8
Su producción agrícola/pecuaria	604	26.1	589	25.5	600	26.0
Asistencia alimentaria-cupones o efectivo de instituciones	17	0.7	32	1.4	9	0.4
Ayuda de familiares, amigos	231	10.0	251	10.9	256	11.1
Pesca	1	0.0	1	0.0	1	0.0
Caza/recolección			1	0.0		
Trueque	3	0.1			1	0.0
Otro	457	19.8	400	17.3	445	19.2
TOTAL	2312	100.0	2312	100.0	2312	100.0

TABLA SAN.2.3 Distribución porcentual según lugares de compra de los alimentos en los hogares, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Lugares de Compra	Número de hogares	Porcentaje
Mercado o tienda dentro la comunidad	1683	72.8
Mercado o tienda fuera de la comunidad	578	25.0
Feria semanal, dominical o mensual en la comunidad	7	0.3
Feria semanal, dominical o mensual fuera de la comunidad	1	0.0
Comerciante ambulante (ie, camiones)	23	1.0
Otro	17	0.7
No responde / No sabe	3	0.1
TOTAL	2312	100.0

2.3 Consumo de alimentos

La frecuencia semanal de consumo de alimentos en los hogares, se presenta en la **Tabla SAN. 3.1**, los alimentos se han dividido en nueve grupos (1. cereales, raíces y tubérculos, 2. leguminosas, nueces y semillas secas, 3. leche y productos lácteos, 4. carnes, pescado y huevos, 5. vegetales y hojas, 6. frutas, 7. grasas, 8. azúcares y 9. condimentos). Algunos grupos como las carnes y vegetales se subdividen según algunas características propias y por su contenido nutricional.

En la **Tabla SAN.3.1** se presentan los datos como promedio de días de consumo de cada grupo de alimentos en la semana anterior a la visita al hogar. El grupo que presenta el mayor promedio de días de consumo es el de cereales, raíces y tubérculos (6.9), seguido de las leguminosas (frijoles) y condimentos o misceláneos (6.8), estos datos coinciden con la dieta tradicional de la población

en el país que está basada en gran parte en tortilla de maíz y frijoles. Los grupos de azúcares y grasas también presentan un alto promedio de días de consumo (6.7 y 6.6 respectivamente).

En cuanto al consumo de grupos de alimentos de origen animal, se observa que el promedio de días de consumo es más bajo que los anteriores, 2.8 para leche y productos lácteos y 3.8 para carnes, pescado y huevo, en relación a este último grupo, los datos de los subgrupos indican que el promedio de días de consumo está basado más que todo en huevo y que los demás productos son consumidos en mucha menor frecuencia, esto es concordante con el alto costo que tienen y la poca capacidad adquisitiva de la mayoría de hogares.

Los subgrupos de alimentos que presentan los promedios de consumo más bajos son: las vísceras (0.1), los vegetales de hojas verdes (0.2) y el pescado (0.3).

Puntaje de consumo de alimentos

El Puntaje de Consumo de Alimentos (PCA) definido por el PMA, es un indicador de seguridad alimentaria nutricional que se utiliza principalmente para analizar el déficit en el consumo y el acceso de los alimentos, considerando que una dieta más diversificada está muy correlacionada con factores como adecuación calórica y de proteínas, porcentaje de proteína proveniente de fuentes de origen animal (proteína de alta calidad) e ingresos familiares, incluso en hogares muy pobres, el aumento del gasto en alimentos derivado de los ingresos adicionales está asociado con un aumento de la cantidad y calidad de la dieta.

El PCA es un valor compuesto que se basa en el consumo de grupos de alimentos entre nueve grupos definidos, específicamente, el número de días de consumo de cada grupo de alimentos en los últimos 7 días (frecuencia), y la aplicación de ponderadores (de acuerdo a su importancia nutricional) atribuidos a cada grupo de alimentos. Con la información anterior se asigna un puntaje a cada hogar y se clasifican en tres grupos según el puntaje PCA resultante: pobre, limitado o aceptable, con puntajes de igual o menor que 21, 28 y 35 respectivamente.¹³

En este estudio, se realizó la clasificación de los hogares según su puntaje de PCA basados en la frecuencia semanal de consumo de grupos de alimentos, esta información se presenta en la **Tabla SAN.3.2** cuyos resultados muestran que casi la totalidad de hogares (95.2 por ciento) se ubican en el nivel aceptable

A pesar de que la mayoría de hogares tiene un PCA aceptable, al analizar el consumo de alimentos especialmente importantes por su aporte de nutrientes específicos, se encontró que hay un déficit en el consumo de alimentos fuentes de proteínas de alto valor biológico, de hierro de origen animal y de vitamina A. La información sobre los alimentos fuente de proteína tanto de origen vegetal como de origen animal se presenta en la Tabla SAN.3.3 donde se observa que su consumo diario, se da prácticamente en todos los hogares (99.1 por ciento) esto sucede debido al consumo de leguminosas (específicamente el frijol) que es un alimento de consumo diario en la dieta de la población hondureña y es fuente de proteína de origen vegetal, sin embargo,

¹³ PROGRESAN-SICA (Programa de Sistemas de Información para la Resiliencia en Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Región del SICA). Agosto 2020. Encuestas Nacionales sobre Indicadores de Seguridad Alimentaria Nutricional (ENISAN) en países Miembros del SICA durante la Pandemia del COVID-19. Guía Metodológica.

al analizar separadamente el consumo de alimentos fuente de proteína de origen animal, se observa que ese porcentaje disminuye en gran medida, solamente el 62.9 por ciento consumen este tipo de alimentos diariamente, además hay un 9.3 por ciento de hogares que reportaron que ningún día de la semana los habían consumido y un 14.0 por ciento lo consumieron de 1 a 3 días a la semana. La proteína de origen animal en los hogares es obtenida principalmente por el consumo del huevo, pues el consumo de carnes es muy bajo, así como el consumo de productos lácteos. La proteína de origen animal es especialmente importante para los niños y mujeres embarazadas y madres lactantes por su alto valor biológico.

Otros alimentos analizados son las fuentes de vitamina A y hierro de origen animal, los cuales se presentan en la **Tabla SAN.3.4**, se encontró que el 63.0 por ciento de los hogares habían consumido diariamente alimentos que aportan vitamina A, mientras un 9.0 por ciento no los habían consumido ningún día de la semana y un 15.3 por ciento de los hogares los habían consumido menos de 4 días a la semana, mostrando un riesgo de padecer deficiencias de micronutrientes en este caso de Vitamina A.

En cuanto al consumo de alimentos fuentes de hierro de origen animal, se encontró que solamente el 6.7 por ciento habían consumido estos alimentos diariamente, un 30.7 por ciento no los habían consumido ningún día de la semana y 49.1 por ciento de los hogares los habían consumido menos de 4 días a la semana, lo que incrementa el riesgo de anemia por deficiencia de hierro en poblaciones vulnerables.

TABLA SAN.3.1 Promedio de días de consumo de grupos de alimentos en los hogares, en la semana anterior al estudio en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Grupo y Sub-Grupos de alimentos	Promedio de días de consumo en semana anterior	Grupo y Sub-Grupos de alimentos	Promedio de días de consumo en semana anterior
1. Cereales, granos, raíces y tubérculos: maíz, maicillo, arroz, papa, plátano verde (de cocinar), yuca, camote, arroz, fideo, pan, harinas y avena	6.9	5. Vegetales y hojas: Espinaca, cebolla, tomate, zanahoria, apio, lechuga, rábanos, etc.	2.3
2 Leguminosas, nueces, y semillas secas: frijoles, arvejas, soya, girasol, cacahuete, semilla de girasol	6.8	5.1 Vegetales anaranjados: Ayote, sazón, tomate, zanahoria, chile dulce rojo o naranja, camote, zapallo, etc.	1.5
3 Leche y otros productos lácteos: Leche fresca/cortada, queso, yogurt, quesillo, cuajada, requesón	2.8	5.2 Vegetales de hojas verdes: Mostaza, espinaca, brócoli, berro, etc.	0.2
4. Carnes, pescado y huevos: huevo todas las carnes rojas y blancas, incluyendo vísceras, animales silvestres, peces.	3.8	6. Frutas: Guineo, naranja, guayaba, limones, mangos verde y maduro, fresas etc.	3.0
4.1 Carnes frescas: res, pollo, cerdos, chivo, oveja, conejo, aves de corral, animales silvestres	1.7	6.2 Frutas de color naranja: mango, papaya, damasco, melón, durazno, guayaba	0.8
4.2 Vísceras de color rojo: hígado, riñón, corazón, y carne de otros órganos	0.1	7. Aceite/Grasas/Mantequilla: Manteca, aceite vegetal, margarina, mantequilla rala o crema y otras grasas/aceites	6.6
4.3 Pescado/Mariscos: pescado fresco, pescado enlatado, incluyendo atún en lata y/u otros mariscos (consumido NO solo como condimento)	0.3	8. Azúcar o dulce: azúcar, miel, dulces, galletas, mermeladas, pan dulce bebidas azucaradas, gaseosas, etc.	6.7
4.4 Huevos (al menos uno por persona al día)	3.7	9. Condimentos/especias/ bebidas: te, café, cacao, sal, ajo, especias, polvo de hornear, levadura, salsa de tomate, etc.	6.8

TABLA SAN.3.2 Distribución porcentual de los hogares según clasificación del Puntaje de Consumo de Alimentos (PCA), en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Clasificación según PCA	Número de hogares	Porcentaje
Pobre	4	0.2
Al límite	108	4.7
Aceptable	2200	95.2
TOTAL	2312	100.0

Tabla SAN.3.3 Distribución porcentual de los hogares, según la frecuencia semanal de consumo de alimentos ricos en proteína en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Frecuencia de consumo	Consumo de alimentos ricos en proteína de origen vegetal y animal		Consumo de alimentos ricos en proteína de origen animal	
	Número de hogares	Porcentaje	Número de hogares	Porcentaje
0 días			214	9.3
1- 3 días	9	0.4	324	14.0
4 - 6 días	11	0.5	319	13.8
7 días	2292	99.1	1455	62.9
TOTAL	2312	100.0	2312	100.0

Tabla SAN.3.4 Distribución porcentual de hogares, según la frecuencia de consumo de alimentos ricos en vitamina A y Hierro de origen animal en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Frecuencia de consumo	Consumo de alimentos ricos en Vitamina A		Consumo de alimentos ricos en Hierro de origen animal	
	Número de hogares	Porcentaje	Número de hogares	Porcentaje
0 días	209	9.0	709	30.7
1-3 días	353	15.3	1135	49.1
4 - 6 días	294	12.7	313	13.5
7 días	1456	63.0	155	6.7
TOTAL	2312	100.0	2312	100.0

2.4 Gasto en alimentos

En la **Tabla SAN.4.1** se detalla la información sobre la proporción del gasto que tienen los hogares en productos alimenticios y no alimenticios con respecto a su ingreso familiar, se encontró que un 44.6 por ciento destina más del 75 por ciento de sus ingresos para este fin, el grupo que destina menos proporción de sus ingresos (menos del 50 por ciento) lo constituye un 11.2 por ciento de los hogares.

También se indagó acerca de la proporción del gasto que tienen los hogares en la compra solo de alimentos con respecto a su ingreso familiar, este dato se presenta en la **Tabla SAN.4.2**, donde se observa que el porcentaje más alto de hogares (34.0 por ciento) gasta del 50 al 65 por ciento de sus ingresos en alimentos, también hay un 12.3 por ciento de hogares que gasta más del 75 por ciento de sus ingresos en compra de alimentos lo cual los ubica en una situación de alta vulnerabilidad.

TABLA SAN.4.1 Distribución porcentual de los hogares, según proporción del gasto mensual en productos alimenticios y no alimenticios, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Gastos en alimentos	Número de hogares	Porcentaje
Menos del 50%	258	11.2
50 a 65%	479	20.7
65 a 75%	545	23.6
más del 75%	1030	44.6
TOTAL	2312	100.0

TSAN.4.2 Distribución porcentual de los hogares, según proporción del gasto mensual en alimentos, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Gastos en alimentos	Número de hogares	Porcentaje
Menos del 50%	605	26.2
50 a 65%	787	34.0
65 a 75%	635	27.5
más del 75%	285	12.3
TOTAL	2312	100.0

2.5 Estrategias de sobrevivencia

La **Tabla SAN.5.1** presenta la información referente a las estrategias que han aplicado en los hogares para contrarrestar la falta o disminución de la provisión de alimentos y, además, el número de días en la semana anterior al estudio en que han aplicado esas estrategias. La estrategia reportada por el porcentaje más alto de hogares corresponde a comer alimentos más baratos con un 38.1 por ciento, este mismo grupo aplicó esta estrategia en un promedio de 2.0 días a la semana, además, un 21.8 por ciento de los hogares aplicó la reducción en el tamaño de las porciones y lo hizo en promedio 1 día a la semana, lo anterior podría afectar especialmente a los grupos más vulnerables como niños, mujeres embarazadas y madres lactantes ya que no cubrirían sus requerimientos de nutrientes. Pasar días enteros sin comer fue la estrategia empleada por el menor porcentaje de hogares (3.0 por ciento), lo hicieron un promedio de 0.1 días a la semana.

En cuanto a las estrategias aplicadas sobre este tema por los hogares en los últimos 30 días, los datos se muestran en la **Tabla 5.2**, el mayor porcentaje de hogares (24.4 por ciento) reporta que pidió prestado dinero/alimentos a prestamista o banco, en segundo lugar, aparece un 21.9 por ciento de hogares que gastó sus ahorros. Llama la atención que un 19.6 por ciento manifiesta que todo el hogar tuvo que emigrar lo cual indica una situación bastante crítica en cuanto a su subsistencia.

En la **Tabla SAN.5.3** se presenta la clasificación de los hogares según el tipo de estrategias que utilizaron para enfrentar la falta de alimentos, se encontró que un 66.0 por ciento de hogares se vieron en la necesidad de utilizar estrategias para afrontar la falta o disminución de alimentos, el tipo de estrategias utilizada por el mayor porcentaje de hogares es la de emergencia (33.5 por ciento), las estrategias de estrés y de crisis fueron utilizadas por un 16.4 y 16.0 por ciento respectivamente. Lo anterior muestra que la mayoría de familias han visto afectada su situación económica y por lo tanto su seguridad alimentaria nutricional.

TABLA SAN.5.1 Distribución porcentual de hogares según aplicación de estrategias para contrarrestar la falta de alimentos y promedio del número de días a la semana en que aplicaron, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Estrategias	Porcentaje de hogares que la aplicaron	Promedio de días a la semana en que se aplicó la estrategia
Comer alimentos más baratos	38.1	2.0
Pedir alimentos prestados	20.5	0.7
Reducir el número de comidas	19.6	0.8
Reducir el tamaño de las porciones	21.8	1.0
Restringir el consumo de adultos	12.5	0.4
Enviar a los miembros a comer a otro lugar	4.4	0.2
Pasar días enteros sin comer	3.0	0.1

TABLA SAN.5.2 Estrategias realizadas durante los últimos 30 días en los hogares ante la falta de alimentos, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Acciones realizadas en los últimos 30 días	Número	Porcentaje
Pidió prestado dinero/alimentos a prestamista/banco	494	24.4
Gastó los ahorros	436	21.9
Pidió prestado dinero	381	19.1
Vendió activos/bienes del hogar (radio, mobiliario, refrigerador, televisor, joyas, etc....)	306	16.0
Redujo los gastos no alimentarios de salud (incluyendo los medicamentos) y educación	313	16.4
Vendió activos de producción o medios de transporte (máquina de coser, carretilla, bicicleta, automóvil, etc....)	252	13.7
Consumir las semillas	299	15.2
Vendió la casa o terrenos	287	14.8
Todo el hogar emigró	398	19.6
Mendigó	330	16.5

TABLA SAN.5.3 Distribución porcentual de los hogares, según tipo de estrategia utilizada para enfrentar la falta de alimentos, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Clasificación de las estrategias	Número de hogares	Porcentaje
El hogar no ha utilizado estrategias	752	34.0
Estrategias de estrés	363	16.4
Estrategias de crisis	354	16.0
Estrategias de emergencia	741	33.5
TOTAL	2210	100.0

2.6 Ayudas humanitarias

El 22.0 por ciento de los hogares manifestó que había recibido algún tipo de asistencia en los últimos 12 meses en el marco de la pandemia por covid-19, los tipos de asistencia reportados por un mayor porcentaje de hogares son la ayuda en alimentos (40.6 por ciento) y la Bolsa Solidaria (34.4 por ciento), la asistencia con dinero en efectivo fue recibida por un 12.2 por ciento de hogares. **(Tabla SAN.6.1)**

La **Tabla SAN.6.2** muestra las opiniones en los hogares que recibieron algún tipo de asistencia, el 96.3 por ciento de los hogares manifestó que la asistencia fue brindada en el momento oportuno y un 88.8 por ciento que fue adecuada a las necesidades de la población, mientras un 5.9 por ciento reportó que la asistencia brindada creó algunos riesgos para las familias.

Se indagó acerca de las necesidades prioritarias en los hogares las cuales se presentan en la **Tabla SAN.6.3**, dentro de la prioridad No. 1 el porcentaje más alto corresponde a alimentos con un 43.4 por ciento, seguido de saneamiento básico (letrinas, pisos) con un 28.3 por ciento. Como segunda prioridad, sobresalen la atención en salud (27.2 por ciento) y alimentos (25.4 por ciento), como tercera prioridad se reporta el mejoramiento de vivienda (36.8 por ciento) y el dinero en efectivo (24.2 por ciento).

De llegar a necesitar alguna ayuda en alimentos, la gran mayoría de hogares prefiere como primera opción, una canasta de alimentos (89.3 por ciento) y como segunda opción, dinero en efectivo (75.6 por ciento) **(Tabla SAN.6.4)**.

En cuanto a la problemática de seguridad que viven los hogares en sus comunidades, un 18.6% manifestó que sí tienen problemas de inseguridad, en la **Tabla SAN.6.5** se detalla esta información, se reporta en primer lugar el robo de bienes, granos y animales (55.2 por ciento), seguido de los asaltos reportados por un 40.6 por ciento de los hogares, los demás problemas fueron reportados por una pequeña cantidad de hogares.

En la **Tabla SAN.6.6** se muestra la información referente a las preferencias de los hogares en cuanto al tipo de asistencia que pudieran recibir en función de una mayor seguridad, resultando el dinero en efectivo como el porcentaje más alto (65.4 por ciento), seguido de las raciones de alimentos (25.0 por ciento).

TABLA SAN.6.1 Distribución porcentual de los hogares, según el tipo de asistencia recibida en los últimos 12 meses, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Tipo de asistencia recibida	Número de hogares	Porcentaje
Ayuda alimentaria (distribución general o por trabajo)	206	40.6
Asistencia con Efectivo (dinero)	62	12.2
Asistencia con Cupones/ Bonos para alimentos	6	1.2
Asistencia con cupones para productos no-alimentarios	1	0.2
Alimentos para niños y mujeres embarazadas y lactantes	3	0.6
Ropa, calzado	1	0.2
Carpas, frazadas 8. Artículos de higiene	1	0.2
Utensilios de cocina	8	1.6
Atención de salud	4	0.8
Insumos agropecuarios, semillas	4	0.8
Materiales de construcción, apoyo para la vivienda	14	2.8
Bolsa solidaria	175	34.4
Otros	23	4.5
TOTAL	508	100.0

TABLA SAN.6.2 Distribución porcentual de los hogares que recibieron asistencia, según su opinión de la calidad de la asistencia recibida, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Calidad de la asistencia recibida	Número de hogares	Porcentaje
Adecuada a las necesidades de la población	451	88.8
En la cantidad de cantidad requerida	388	76.4
Dada en el momento oportuno	489	96.3
Creo algunos riesgos a las familias	30	5.9

TABLA SAN.6.3 Distribución porcentual de los hogares, según las necesidades prioritarias identificadas, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Necesidades Prioritarias	Prioridad 1		Prioridad 2		Prioridad 3	
	Número de hogares	Porcentaje	Número de hogares	Porcentaje	Número de hogares	Porcentaje
Agua	301	15.4	13	0.6	4	0.2
Saneamiento básico (letrinas, pisos, manejo de basura...)	554	28.3	173	8.0	19	0.8
Alimentos	848	43.4	551	25.4	85	3.7
Atención de salud	128	6.5	591	27.2	205	8.9
Insumos agrícolas, semilla	63	3.2	147	6.8	56	2.4
Alimentos, medicinas para el ganado	3	0.2	29	1.3	13	0.6
Ayuda para la educación	28	1.4	115	5.3	94	4.1
Dinero en efectivo	26	1.3	413	19.0	557	24.2
Fuentes de trabajo, empleo	1	0.1	109	5.0	275	12.0
Mejoramiento de vivienda	2	0.1	28	1.3	846	36.8
Otros	1	0.1	1	0.0	146	6.3
TOTAL	1955	100.0	2170	100.0	2300	100.0

TABLA SAN.6.4 Distribución porcentual de los hogares, según preferencia en cuanto a tipo de asistencia en alimentos a recibir, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Tipo de asistencia que prefiere	OPCIÓN 1		OPCIÓN 2	
	Número de hogares	Porcentaje	Número de hogares	Porcentaje
Canasta de Alimentos	1844	89.3	158	7.0
Dinero en Efectivo	206	10.0	1708	75.6
Cupones de Alimentos	11	0.5	288	12.8
Alimentos listos para comer (Galleta Fortificada)	4	0.2	104	4.6
TOTAL	2065	100.0	2258	100.0

TABLA SAN.6.5 Distribución porcentual de los hogares, según el tipo de problema de seguridad identificado, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Problemas de seguridad ciudadana mencionados	Número de hogares	Porcentaje
Asaltos	174	40.6
Robo de bienes, granos, animales	237	55.2
Homicidio	8	1.9
Amenazas y petición de dinero	1	0.2
Tráfico de drogas	1	0.2
Conflictos en las personas	1	0.2
Falta de alumbrado público	1	0.2
Presencia de maleantes	1	0.2
Violación de mujeres	1	0.2
No sabe	5	1.1
TOTAL	430	100

TABLA SAN.6.6 Distribución porcentual de los hogares según el tipo de asistencia preferido en función de la seguridad, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Tipo de asistencia preferido	Número	Porcentaje
Dinero en efectivo	1511	65.4
Cupones de alimentos	216	9.3
Raciones de alimentos	578	25.0
Otros	7	0.3
TOTAL	2312	100.0

CAPÍTULO 3 SALUD Y ESTADO NUTRICIONAL DE LAS MUJERES DE 15 – 49 AÑOS

Descripción del capítulo

El capítulo 3 aborda los temas que son fundamentales para la vida, la salud y el bienestar de las mujeres en edad reproductiva durante las etapas del embarazo, parto y puerperio, estos temas incluyen: fecundidad, maternidad temprana, cuidado prenatal, atención del parto, atención postnatal, estado nutricional y prevalencia de anemia. Estas etapas también están estrechamente ligadas a la salud y bienestar de los niños por nacer y recién nacidos y constituyen parte importante de los primeros 1,000 días en la vida de los niños. La información se presenta de forma descriptiva, resaltando los hallazgos más importantes y basándose en cada una de las tablas elaboradas las cuales se incluyen al final de cada tema.

3.1 Fecundidad

En esta sección se examina el número promedio de hijos tenidos por mujer, indicador utilizado frecuentemente en el análisis del comportamiento reproductivo de una población. En las mujeres de mayor edad, este promedio indica fecundidad acumulada en los últimos 20 o 25 años, en términos del promedio total de hijos que tuvo cada mujer.

En la **Tabla TM.1.2** se presenta la información sobre el número de hijos nacidos vivos y el promedio de hijos nacidos vivos y sobrevivientes de las mujeres de 15 – 49 años según rangos de edad. El 26.1 por ciento de todas las mujeres de 15 – 49 años no habían tenido ningún hijo al momento del estudio, este porcentaje es mayor al encontrado en ENDESA MICS 2019 34 municipios, (23.6 por ciento). El rango de 15 – 19 años tiene el porcentaje más alto de mujeres que no han tenido hijo (76.4 por ciento), lo anterior significa que un 23.6 por ciento ya ha tenido por lo menos un hijo.

En cuanto al número de hijos que han tenido las mujeres de 15 – 49 años, se observa que el mayor porcentaje corresponde a 1 – 2 hijos (34.7 por ciento), en el rango de más de 6 hijos únicamente se encontró un 4.5 por ciento de mujeres. El promedio de hijos nacidos vivos por mujer es de 2.3 hijos y el de sobrevivientes es de 2.2 hijos, lo cual es igual a lo encontrado en ENDESA MICS 2019 34 municipios (2.3 hijos y 2.2 hijos respectivamente). El promedio de hijos por mujer aumenta conforme aumenta la edad de las mujeres de manera tal que, en el grupo de 15 a 19 años, el promedio es de 0.27 hijos y en el rango de 45 – 49 años el promedio es de 4.6 hijos nacidos vivos por mujer.

Otro aspecto que tiene que ver con los niveles y tendencias en la fecundidad es el tiempo transcurrido entre los nacimientos o duración del intervalo intergenésico (espaciamento de los hijos), la **Tabla TM.1.3** muestra los intervalos de nacimientos exponiendo la distribución porcentual de nacimientos no primerizos en los cinco años anteriores a la encuesta, por número de meses desde el nacimiento anterior y la mediana del número meses desde el nacimiento anterior, El 10.5 por ciento de los nacimientos ocurren sin espaciamento adecuado, entre los 7 y 17 meses después del nacimiento anterior. El intervalo intergenésico más frecuente con el que ocurrieron los nacimientos es de 60 y + meses (43.7 por ciento) y 24-35 meses (21.3 por ciento) La mediana del intervalo intergenésico es de 45 meses (en ENDESA MICS 2019 34municipios, es de 34 meses).

Tabla TM.1.2: Número de nacidos vivos y sobrevivientes de las mujeres
Distribución porcentual de todas las mujeres de 15-49 años por número de hijos nacidos vivos y promedio de hijos nacidos vivos y sobrevivientes, según edad en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características de las mujeres	Número de hijos nacidos vivos					Promedio Nacidos Vivos	Sobrevivientes	Número Mujeres de 15 - 49 años
	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	Más de 6			
Total	26.1	34.7	24.8	9.9	4.5	2.3	2.2	2286
Edad (años)								
15-19	76.4	23.4	0.2	0.0	0.0	0.3	0.3	445
20-24	32.9	59.5	6.9	0.5	0.2	1.1	1.0	435
25-29	16.3	55.8	26.7	0.9	0.3	1.8	1.8	337
30-34	8.9	37.9	43.6	8.9	0.7	2.6	2.6	280
35-39	7.1	20.9	42.5	20.1	9.4	3.6	3.5	254
40-44	3.7	18.3	42.7	24.4	10.8	4.0	3.8	295
45-49	2.1	12.5	37.1	30.4	17.9	4.7	4.4	240
ENDESA MICS 2019 (34 municipios) Total	23.6	36.3	24.7	10.3	5.0	2.3	2.2	1139

Tabla TM.1.3: Intervalos entre nacimientos
Distribución porcentual de nacimientos no primerizos en los cinco años anteriores a la encuesta por número de meses desde el nacimiento anterior y mediana del número meses desde el nacimiento anterior, 39 municipios Estudio SAN 2021

Número de meses desde el nacimiento anterior	Estudio SAN 2021		ENDESA MICS 2019 (34 municipios) Total	
	Porcentaje	Número de nacimientos no primerizos	Porcentaje	Número de nacimientos no primerizos
7-17	10.5	120	12.7	67
18-23	10.1	115	11.4	61
24-35	21.3	243	29.4	156
36-47	9.1	104	14.8	79
48-59	5.3	60	10.8	58
60+	43.7	499	20.9	111
Número total de nacimientos no primerizos en los cinco años anteriores a la encuesta	100.0	1,141	100.0	532
Mediana de intervalo de meses	45.0		34.0	

Nota: Se excluyen los nacimientos de primer orden. El intervalo para nacimientos múltiples es el número de meses desde el embarazo anterior que culminó en un nacido vivo

3.2 Maternidad temprana

El embarazo en la adolescencia es un problema que afecta a una gran cantidad de jóvenes en el país, que ven limitadas sus oportunidades de estudio y de desarrollo de sus potencialidades para lograr ser una persona productiva y realizada, además de que pone en riesgo su vida y la de sus recién nacidos.

En la **Tabla TM.2.1.1** se incluyen los datos sobre el promedio de hijos nacidos vivos de mujeres de 40 – 49 años de edad y porcentaje de mujeres embarazadas al momento del estudio. El promedio de hijos nacidos vivos para las mujeres de 40 – 49 años de edad es de 4.3 hijos el cual es ligeramente inferior al encontrado en ENDESA MICS 2019 34 municipios, (4.8 hijos). En las mujeres pertenecientes a los quintiles más pobre y segundo quintil, estos promedios son más altos (5.1 y 5.0 respectivamente).

También se encontró que el 5.7 porcientos de mujeres de 15 – 49 años estaban embarazadas al momento del estudio, este dato es ligeramente menor al encontrado en ENDESA MICS 2019 34 municipios, (6.2 por ciento).

Información sobre la maternidad temprana de mujeres jóvenes (15 – 19 años) se presenta en la **Tabla TM.2.2W**. El 23.6 por ciento de mujeres de 15 – 19 años ya habían tenido un hijo nacido vivo y el 4.7 por ciento estaban embarazadas de su primer hijo al momento del estudio. Estos datos son ligeramente más bajos que lo encontrado en ENDESA MICS 2019 34 municipios, (24.4 por ciento y 6.4 por ciento respectivamente).

El porcentaje de las adolescentes que ya son madres o están embarazadas de su primer hijo a nivel general es de 28.3 por ciento, este porcentaje es mayor entre más baja es la escolaridad de la mujer pues mientras hay un 40.3 por ciento entre las que tienen 4 – 6 años de educación básica, en las que tienen educación media es solamente de 8.5 por ciento, en cuanto a los quintiles de índice de riqueza, el porcentaje es mayor entre las que pertenecen al quintil más pobre (48.1 por ciento).

En cuanto al grupo de mujeres de 20 a 24 años, se encontró que el 38.9 por ciento habían tenido un hijo nacido vivo antes de los 18 años, este porcentaje es ligeramente mayor en las mujeres con escolaridad de 4 – 6 años (45.3 por ciento) y en las mujeres del quintil más pobre (44.6 por ciento). En ENDESA MICS 2019 34 municipios, el porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que tuvieron un hijo nacido vivo antes de los 18 años es similar al de este estudio (38.0 por ciento).

La **Tabla TM.2.3W** contiene la información sobre la tendencia de la maternidad temprana a través de los años donde se puede observar que el porcentaje de mujeres que tuvieron hijos nacidos vivos antes de los 15 años, ha ido disminuyendo poco a poco en los grupos quinquenales más jóvenes, de tal manera que en el grupo de mujeres de 45 a 49 años el 9.8 por ciento tuvo un hijo a esa edad, mientras que, en el grupo de 15 a 19 años, este porcentaje baja a 2.4 por ciento. Igual situación se observa en los porcentajes de mujeres que han tenido un hijo nacido vivo antes de los 18 años.

Tabla TM.2.1.1: Paridez y embarazo
Número promedio de hijos nacidos vivos a mujeres de 40-49 años
y porcentaje de mujeres embarazadas, en 39 municipios Estudio SAN 2021

Características de las mujeres	Promedio de nacidos vivos a mujeres de 40-49 años	Porcentaje de mujeres actualmente embarazadas 15-49 años	Número de mujeres de 40-49 años	Número de mujeres actualmente embarazadas 15-49 años	Total mujeres de 15 a 49 años
Total	4.3	5.7	519	130	2286
Quintil de índice de riqueza					
Más pobre	5.1	8.3	75	34	411
Segundo	5.0	5.5	96	23	418
Medio	4.4	6.6	121	31	468
Cuarto	3.5	4.0	124	20	505
Más rico	3.8	4.5	103	22	484
ENDESA MICS 2019 (34 municipios) Total	4.8	6.2	208	70	1139

Tabla TM.2.2W: Maternidad temprana (mujeres jóvenes)

Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han tenido un hijo nacido vivo, están embarazadas con el primer hijo, han tenido un hijo nacido vivo o están embarazadas con su primer hijo, y porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que han tenido un hijo nacido vivo antes de los 18 años en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características de las mujeres	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que:				Número de mujeres de 15 a 19 años	Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que han tenido un hijo nacido vivo antes de los 18 años [1]	Número de mujeres de 20 a 24 años
	Han tenido un hijo nacido vivo	Están embarazadas de su primer hijo	Han tenido un hijo nacido vivo o están embarazadas de su primer hijo	Han tenido un hijo nacido vivo antes de los 15 años			
Total	23.6	4.7	28.3	2.4	445	38.9	435
Educación de la madre							
Básica 4-6	33.9	6.5	40.3	3.4	186	45.3	197
Básica 7-9	21.8	5.0	26.7	2.2	101	43.3	63
Media	5.9	2.5	8.5	0.6	118	28.7	99
Quintil de índice de riqueza							
Más pobre	41.8	6.3	48.1	4.2	79	44.6	82
Segundo	26.0	3.9	29.9	2.6	77	44.1	79
Medio	17.8	5.6	23.4	1.8	107	36.6	76
Cuarto	14.6	4.5	19.1	1.5	89	29.3	95
Más rico	21.5	3.2	24.7	2.2	93	41.1	103
ENDESA MICS 2019 (34 Municipios) Total	24.4	6.4	30.8	2.7	239	38.0	201

[1] Indicador MICS TM.2 - Maternidad temprana

Tabla TM.2.3W: Tendencias en maternidad temprana (mujeres)
Porcentaje de mujeres que han tenido un nacido vivo, a las edades de 15 y 18 años, por área y grupo de edad, en 39 municipios Estudio SAN 2021

Características de las mujeres	Porcentaje de mujeres con un hijo nacido vivo antes de los 15 años	Número de mujeres de 15-49 años	Porcentaje de mujeres con un hijo nacido vivo antes de los 18 años	Número de mujeres de 20-49 años
Total	7.4	2286	21.5	1841
Edad				
15-19	2.4	445	na	0
15-17	1.6	265	na	0
18-19	3.4	180	na	0
20-24	6.7	435	16.8	435
25-29	8.4	337	20.9	337
30-34	9.1	280	22.8	280
35-39	9.3	254	23.2	254
40-44	9.6	295	24.1	295
45-49	9.8	240	24.5	240
ENDESA MICS 2019, 34 municipios	3.5	1139	34.1	901

na: no aplicable

1.3 Atención prenatal

El período prenatal es una etapa muy importante en la cual los servicios de salud deben captar a toda mujer embarazada para brindar una serie de intervenciones que protejan su vida y salud y la del niño/a por nacer.

Las visitas prenatales brindan la oportunidad de proporcionar información a las mujeres embarazadas sobre las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio, alimentación durante el embarazo, lactancia materna, espaciamiento de embarazos y para hacer conciencia de la importancia de que el parto sea atendido por personal calificado. Según la norma de la Secretaría de Salud (SESAL) en Honduras, toda mujer embarazada debe realizar un mínimo de 5 visitas prenatales e idealmente debe realizarse la primera visita durante el primer trimestre del embarazo con el fin de detectar posibles riesgos y evitar complicaciones que puedan afectar la salud y bienestar de la madre y el recién nacido.¹⁴

La OMS recomienda un mínimo de ocho visitas prenatales basadas en una revisión de la efectividad de diferentes modelos de cuidado prenatal.¹⁵ Las recomendaciones de la OMS son específicas sobre el contenido de las visitas de atención prenatal, que incluyen:

- Medición de la presión arterial
- Pruebas de orina para bacteriuria y proteinuria
- Análisis de sangre para detectar sífilis y anemia severa.
- Medición del peso/talla (opcional).

¹⁴ Honduras, Secretaría de Salud (2016). Normas de atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato. Dirección General de Normalización. Resolución No. DGN (NHSS-06-2015).

¹⁵ WHO (2016) WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience Geneva: WHO Press. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1>.

El cuidado prenatal debe continuar durante todo el embarazo.¹⁶ La atención prenatal es un indicador marcador de la dimensión de Salud Reproductiva y Materna de la cobertura de salud universal del ODS 3, meta 3.8.

La **Tabla TM.4.1** muestra la información referente al tipo de personal que atendió a las mujeres que tuvieron un nacido vivo en los últimos dos años, en su último embarazo. El 94.8 por ciento de mujeres tuvieron al menos una atención prenatal por personal calificado, este porcentaje es mayor al encontrado en ENDESA MICS 2019 34 municipios, (90.2 por ciento). En cuanto al tipo de personal que brindó la atención prenatal se encontró que el médico es el reportado en un mayor porcentaje (67.8 por ciento). Por otro lado, hay un 5.0 por ciento de mujeres que no tuvieron ningún tipo de atención prenatal, este porcentaje en ENDESA MICS 2019 34 municipios, es mayor (9.6 por ciento).

Las mujeres con 4 – 6 años de educación básica y del quintil más pobre tienen porcentajes de atención prenatal brindada por médico más bajas que el dato general (65.1 y 54.2 por ciento, respectivamente), lo cual es compensado con un mayor porcentaje de atención por auxiliar de enfermería (20.1 y 26.3 por ciento, respectivamente). El grupo de mujeres del quintil más pobre también tienen el porcentaje más alto de mujeres sin ninguna atención prenatal (9.3 por ciento).

En la **Tabla TM.4.2** se presentan los datos relacionados al número de visitas prenatales realizadas por las mujeres que tuvieron un hijo nacido vivo en los últimos dos años y además el momento del embarazo cuando realizó la primera visita prenatal. El 68.3 por ciento de mujeres tuvieron 5 visitas y más durante su último embarazo lo cual está de acuerdo a la normativa del país, este porcentaje es ligeramente mayor al encontrado en ENDESA MICS 2019 (64.6 por ciento), además se encontró que solamente el 55.1 por ciento de mujeres fueron a su primera visita prenatal antes de los 3 meses de embarazo, que es lo recomendado en la normativa de la SESAL, en el caso de ENDESA MICS 2019 34 municipios, es bastante similar (55.4 por ciento).

La mediana de meses de embarazo en la primera visita de atención prenatal es de 4 meses tanto para este estudio como el de ENDESA MICS 2019 34 municipios.

La cobertura y contenido de los servicios esperados a recibir por las mujeres embarazadas durante la atención prenatal se detalla en la **Tabla TM.4.3**. Un 86.3 por ciento de las mujeres reportaron que se les había medido y/o registrado cada uno de los tres componentes incluidos en la atención prenatal (toma de presión arterial, una muestra de orina, y una muestra de sangre), en ENDESA MICS 2019, 34 municipios este porcentaje es ligeramente menor (83.4 por ciento). Además, un 93.1 por ciento reportó que la pesaron y un 91.3 por ciento le midieron la barriga, el porcentaje más bajo reportado corresponde a la información a la mujer sobre los síntomas de posibles riesgos de complicaciones en el embarazo (81.3 por ciento), en ENDESA MICS 2019, 34 municipios también este elemento es el de menor porcentaje reportado (78.5 por ciento).

¹⁶ WHO. (2016). Ya citado

En relación al porcentaje de mujeres que durante el embarazo de su último nacimiento le tomaron los tres componentes incluidos en la atención prenatal, los resultados muestran que este valor es menor en las mujeres de 20 – 34 años (84.3 por ciento) y en las que se ubican en el quintil más pobre (78.0 por ciento).

En general, las mujeres con el nivel educativo más bajo (4 – 6 años educación básica) recibieron en un menor porcentaje todos los procedimientos que las de mayor escolaridad (educación media) aunque con poca diferencia. Las mujeres de 20 – 34 años en la mayoría de procedimientos lo reciben en menor porcentaje que las menores de 20 años y en el caso de los quintiles de índice de riqueza, las que se ubican en el más pobre reciben en un menor porcentaje cada uno de los procedimientos de la atención prenatal.

La inmunización contra el tétanos neonatal durante el embarazo es una de las estrategias clave para prevenir la muerte materna y del recién nacido por causa de esta enfermedad.¹⁷ La OMS estima que más de 31 000 recién nacidos fallecieron en el mundo a causa del tétanos neonatal en 2016, en su primer mes de vida.¹⁸ El ODS 3 en su meta 3.1 está enfocado a reducir para 2030 la razón global de mortalidad materna a menos de 70 por 100,000 nacidos vivos y una de las acciones para lograr esta meta es la eliminación del tétanos materno.

Para prevenir el tétanos materno y neonatal es necesario asegurar que todas las mujeres embarazadas reciban al menos dos dosis de la vacuna contra el toxoide tetánico. Si una mujer no ha recibido al menos dos dosis de toxoide tetánico durante un embarazo, también se considera que ella (y su recién nacido) están protegidos contra el tétanos si la mujer:

- Recibió al menos dos dosis de la vacuna contra el toxoide tetánico, la última en los últimos 3 años
- Recibió al menos 3 dosis, la última en los últimos 5 años
- Recibió al menos 4 dosis, la última en los últimos 10 años
- Recibió 5 o más dosis en cualquier momento de su vida¹⁹

En la **Tabla TM. 5.1** se pueden observar los datos que indican el estado de protección contra el tétanos de las mujeres que han tenido un hijo nacido vivo en los últimos dos años. Un 60.0 por ciento de mujeres estaban protegidas contra el tétano, pero solamente un 39.2 por ciento de ellas habían recibido dos dosis en el embarazo más reciente de los últimos dos años. En el estudio de ENDESA MICS 2019 34 municipios, el porcentaje de mujeres protegidas es ligeramente inferior (57.2 por ciento), sin embargo, es mayor el porcentaje que recibió dos dosis en el último embarazo (43.7 por ciento).

El porcentaje de mujeres protegidas contra el tétanos es menor en las mujeres con 7 – 9 años de educación básica (55.2 por ciento) que en las que tienen 4 – 6 años (61.6 por ciento), también tienen un porcentaje más bajo las del quintil más pobre (51.7 por ciento).

¹⁷ Roper, M., J. Vandelaer and F. Gasse. (2007). Maternal and Neonatal Tetanus. The Lancet. 370. No. 9603. P. 947-959. Doi:10.1016/s0140-6736(07)61261-6.

¹⁸ Global Health Estimates. World Health Organization. Accessed August 28, 2018. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/

¹⁹ Deming, M. et al. (2002). Tetanus Toxoid Coverage as an indicator of Serological Protection against Neonatal Tetanus. Bulletin of the World Health Organization 80. No. 9. P. (Deming, 2002)696-703. Doi: PMC2567620

Tabla TM.4.1: Cobertura de atención prenatal
Distribución porcentual de mujeres de 15-49 años con un hijo nacido vivo en los últimos dos años por personal encargado del cuidado prenatal durante el embarazo del último nacimiento, en 39 municipios.
Estudio SAN 2021

Características de las mujeres	Personal encargado del cuidado prenatal [A]				Porcentaje de mujeres de 15-49 años que fueron atendidas por al menos un personal de salud capacitado [1] [B]	Número de mujeres de 15 a 49 años con un hijo nacido vivo en los últimos dos años
	Medico/a	Enfermera	Auxiliar de enfermería	Sin cuidado prenatal		
Total	67.8	8.3	18.7	5.0	94.8	423
Educación de la madre						
Básica 4-6	65.1	10.5	20.1	4.4	95.6	229
Básica 7-9	73.1	4.5	17.9	4.5	95.5	67
Edad al más reciente nacido vivo						
Menos de 20	69.7	7.5	19.1	3.3	96.3	241
20-34	67.4	9.3	18.0	5.2	94.8	172
Quintil de índice de riqueza						
Más pobre	54.2	9.3	26.3	9.3	89.8	118
Segundo	59.6	10.1	24.7	5.6	94.4	89
Medio	78.2	9.0	10.3	2.6	97.4	78
Cuarto	76.7	6.7	15.0	1.7	98.3	60
Más rico	80.8	5.1	11.5	2.6	97.4	78
ENDESA MICS 2019 (34 municipios) Total	61.4	10.1	18.6	9.6	90.2	211

[1] Indicador MICS TM.5a - Cobertura de atención prenatal (al menos una vez por personal de salud calificado)

[A] Si la informante mencionó más de un profesional de la salud, sólo se considerará al más capacitado.

[B] Personal capacitado incluye Médicos, Enfermera/comadrona y Otro capacitado.

TM.4.2 Número de visitas de atención prenatal y el momento de la primera visita

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con un hijo nacido vivo en los últimos 2 años por número de visitas de atención prenatal (APN) por cualquier proveedor y distribución porcentual del momento de la primera visita de atención prenatal durante el embarazo del hijo nacido vivo más reciente y la mediana de meses de embarazo en la primera visita de APN entre mujeres con al menos una visita de APN en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Estudios	Porcentaje de mujeres por número de visitas de atención prenatal:					Distribución porcentual de mujeres por número de meses de embarazo en el momento de la primera visita de atención prenatal					Número de mujeres con hijos nacidos vivos en los últimos 2 años	Mediana de meses de embarazo en la primera visita de la APN	Número de mujeres con un hijo nacido vivo en los últimos 2 años que tuvieron al menos una visita de APN
	Ninguna visita	1-3 visitas a cualquier proveedor	4 o más visitas a cualquier proveedor [1]	5 o más visitas a cualquier proveedor	8 o más visitas a cualquier proveedor [2]	Antes de 3 meses [A]	Antes de 4 meses	4-5 meses	6-7 meses	8 y más			
Estudio SAN 2021	5.0	11.8	82.7	68.3	22.0	55.1	17.3	16.5	4.0	1.7	423	4	402
ENDESA MICS 2019 (34 Municipios) Total	9.6	15.2	75.3	64.6	24.0	55.4	17.2	11.3	6.1	0.2	211	4	183

[1] Indicador MICS TM.5b - Cobertura de atención prenatal (al menos cuatro veces por cualquier proveedor); Indicador ODS 3.8.1

[2] Indicador MICS TM.5c - Cobertura de atención prenatal (al menos ocho veces por cualquier proveedor)

[A] Esta columna fue calculada por cuestiones de país

Tabla TM.4.3: Contenido de la atención prenatal
Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con un hijo nacido vivo en los últimos 2 años a las que se les realizaron diferentes procedimientos como parte de la atención prenatal, durante el embarazo del hijo nacido vivo más reciente, en 39 municipios. Estudio SAN2021

Características de las mujeres	Porcentaje de mujeres que durante el embarazo de su último nacimiento les:										Número de mujeres que tuvieron un hijo nacido vivo en los últimos dos años
	Tomaron presión sanguínea	Tomaron muestra de orina	Tomaron muestra de sangre	Tomaron la presión sanguínea y una muestra de orina y sangre [1]	La pesaron	La midieron (talla)	Le midieron la barriga	Le escucharon latidos del corazón al bebe	Le informaron síntomas de complicaciones en el embarazo	Tomo hierro en jarabe o pastilla	
Total	92.4	88.4	88.4	86.3	93.1	89.4	91.3	91.0	81.3	89.6	423
Educación de la madre											
Básica 4-6	92.6	90.0	88.6	87.3	94.3	91.3	91.3	91.7	81.7	91.3	229
Básica 7-9	95.5	92.5	95.5	92.5	94.0	92.5	95.5	92.5	83.6	91.0	67
Media	97.9	91.7	91.7	89.6	97.9	93.8	95.8	97.9	93.8	95.8	48
Edad al mas reciente nacido vivo											
Menos de 20	93.4	90.5	90.0	88.8	95.0	90.5	92.9	92.1	81.3	89.2	241
20-34	93.0	87.2	87.8	84.3	92.4	89.5	90.7	91.3	83.1	92.4	172
Quintil de índice de riqueza											
Más pobre	85.6	83.1	81.4	78.0	87.3	83.1	86.4	83.1	74.6	84.7	118
Segundo	89.9	83.1	85.4	83.1	91.0	88.8	89.9	88.8	77.5	86.5	89
Medio	97.4	93.6	92.3	92.3	97.4	93.6	97.4	93.6	85.9	89.7	78
Cuarto	98.3	93.3	95.0	91.7	96.7	93.3	93.3	98.3	88.3	95.0	60
Más rico	96.2	93.6	93.6	92.3	97.4	92.3	92.3	97.4	85.9	96.2	78
ENDESA MICS 2019 (34 Municipios) Total	87.9	85.7	86.8	83.4	89.5	88.6	87.5	88.2	78.5	88.4	211

[1] Indicador MICS TM.6 - Contenido de la atención prenatal [A]

[A] Para prueba de VIH y asesoramiento durante la atención prenatal, consulte la tabla TM.11.6

Tabla TM.5.1: Protección contra el tétanos neonatal
Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con un hijo nacido vivo en los últimos 2 años
cuyo hijo nacido vivo más reciente fue protegido contra el tétanos neonatal, en 39 municipios. Estudio SAN

Características de las mujeres	Porcentaje de mujeres que recibieron al menos 2 dosis de la vacuna con toxoide tetánico durante el embarazo del hijo nacido vivo más reciente	Porcentaje de mujeres que no recibieron 2 o más dosis durante el último embarazo pero que recibieron:		Protegidas contra el tétanos [1]	Número de mujeres con un hijo nacido vivo en los últimos 2 años
		2 dosis, la última dentro de los 3 años anteriores	3 o más dosis en años anteriores		
Total	39.2	19.9	0.9	60.0	423
Educación de la madre					
Básica 4-6	38.4	21.8	1.3	61.6	229
Básica 7-9	35.8	17.9	1.5	55.2	67
Quintil de índice de riqueza					
Más pobre	33.1	17.8	0.8	51.7	118
Segundo	41.6	21.3	2.2	65.2	89
Medio	50.0	21.8	0.0	71.8	78
Cuarto	31.7	23.3	0.0	55.0	60
Más rico	41.0	16.7	1.3	59.0	78
ENDESA MICS 2019 (34 Municipios) Total	43.7	13.5	0	57.2	211

[1] Indicador MICS TM.7 - Protección contra el tétanos neonatal

3.4. Atención del parto

La atención del parto en instalaciones adecuadas, con medidas higiénicas y con personal debidamente capacitado reduce el riesgo de infecciones y complicaciones que pueden poner en peligro la vida de las madres y los recién nacidos, por lo tanto, lograr que la mayoría de partos ocurran en este tipo de instalaciones contribuye a mejorar su salud y bienestar.

El indicador de asistencia en el parto por personal calificado se utiliza para hacer un seguimiento del progreso de la meta 3.1 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 que es reducir la mortalidad materna. En Honduras, la normativa de la SESAL promueve el parto institucional con el fin de disminuir el riesgo de muerte materna e infantil, atendido por personal que ha sido capacitados para la atención del embarazo, parto, puerperio y neonato y tienen los conocimientos, habilidades y destrezas para la aplicación de las normas nacionales y que incluye un componente de apoyo comunitario a las embarazadas para su traslado a las unidades de salud.²¹

²⁰ WHO (2018). Defining competent maternal and newborn health professionals. Background document to the 2018 joint statement by WHO, UNFPA, UNICEF, ICM, ICN, FIGO and IPA: definition of skilled health personnel providing care during childbirth. Geneva: WHO Press. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272817/9789241514200eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

²¹ Honduras, Secretaría de Salud (2016). Ya citado

En el estudio SAN 2021 se indagó acerca del lugar donde había ocurrido el parto del último nacimiento vivo en los dos últimos años, estos datos se presentan en la **Tabla TM. 6.1**, el 82.3 por ciento de mujeres habían tenido su parto en instalaciones de salud, principalmente en el sector médico público (79.4 por ciento), un 16.1 por ciento de mujeres tuvo su parto en el hogar. En el estudio de ENDESA MICS 2019, 34 municipios, el porcentaje de parto institucional es ligeramente menor (77.4 por ciento), siendo la mayoría atendida en el sector médico público (73.0 por ciento), el porcentaje de mujeres atendidas en el hogar por lo tanto es ligeramente mayor (19.4 por ciento).

Los porcentajes más bajos de parto institucional ocurren en las mujeres con 4 – 6 años de educación básica (80.8 por ciento), las que tienen entre 20 – 34 años (78.5 por ciento), las que solamente hicieron de 1 – 3 visitas prenatales (60.0 por ciento) y las que se ubican en el quintil más pobre (61.0 por ciento).

La **Tabla TM 6.2** muestra información sobre el tipo de personal que asistió el parto más reciente que tuvieron las mujeres en los últimos dos años, también se presenta la proporción de mujeres que dieron a luz por cesárea y el momento en que se tomó la decisión de la misma (antes o después del inicio de los dolores de parto).

El porcentaje de partos atendidos por persona calificada es de 83.5 por ciento y es principalmente brindada por médicos (75.4 por ciento), estos porcentajes son ligeramente superiores a lo encontrado en ENDESA MICS 2019 34 municipios, (80.2 por ciento y 71.8 por ciento respectivamente). El porcentaje de mujeres atendidas en su parto por persona calificada sufre una caída muy notoria en las que solamente tuvieron de 1 – 3 visitas prenatales (62.0 por ciento) y las que se ubican en el quintil más pobre (63.6 por ciento), las mujeres que tuvieron su parto más reciente en el hogar, como era de esperarse fueron atendidas en un 92.6 por ciento por “otro” tipo de personal.

El porcentaje de nacimientos por cesárea es de 18.4 por ciento, el cual es ligeramente superior al encontrado en ENDESA MICS 2019 34 municipios, (17.7 por ciento). Los porcentajes de cesárea son más bajos en las mujeres que asistieron a 1 – 3 visitas (14.0 por ciento) y las del quintil más pobre (10.2 por ciento).

Tabla TM.6.1: Lugar del parto
Distribución porcentual de mujeres de 15-49 años que tuvieron un hijo nacido vivo en los últimos dos años por lugar del parto de su último hijo nacido vivo, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características de las mujeres	Lugar del parto					Parto en instalaciones de salud [1]	Número de mujeres con un nacido vivo en los 2 últimos años
	Sector médico público	Sector médico privado	Hogar	Otro	Total		
Total	79.4	2.8	16.1	1.7	100.0	82.3	423
Educación de la madre							
Básica 4-6	80.3	0.4	17.9	1.3	100.0	80.8	229
Básica 7-9	88.1	6.0	6.0	0.0	100.0	94.0	67
Edad al mas reciente nacido vivo							
Menos de 20	83.4	2.5	12.9	1.2	100.0	85.9	241
20-34	75.0	3.5	19.2	2.3	100.0	78.5	172
Número de visitas de cuidado prenatal							
1-3 visitas	58.0	2.0	40.0	0.0	100.0	60.0	50
4+ visitas	86.0	2.9	9.4	1.7	100.0	88.9	350
8+ visitas	89.2	4.3	4.3	2.2	100.0	93.5	93
Quintil de índice de riqueza							
Más pobre	61.0	0.0	36.4	2.5	100.0	61.0	118
Segundo	82.0	1.1	14.6	2.2	100.0	83.1	89
Medio	94.9	1.3	3.8	0.0	100.0	96.2	78
Cuarto	80.0	11.7	6.7	1.7	100.0	91.7	60
Más rico	88.5	3.8	6.4	1.3	100.0	92.3	78
ENDESA MICS 2019 (34 Municipios) Total	73.0	4.4	19.4	3.2	100.0	77.4	211

[1] Indicador MICS TM.8 - Partos institucionales

Tabla TM.6.2: Asistencia durante el parto y cesárea
Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años con un hijo nacido vivo en los últimos 2 años por persona que brinda asistencia en el momento del parto del hijo nacido vivo más reciente, y porcentaje de partos por cesárea de los hijos nacidos vivos más recientes, en 39 municipios Estudio SAN 2021

Características de las mujeres	Persona que asiste en el parto					Total	Porcentaje nacimientos por cesárea				Número de mujeres que tuvieron un hijo nacido vivo en los últimos 2 años
	Personal calificado			Otro	Sin atención		Parto asistido por cualquier persona calificada [1]	Decidida antes de aparición de dolores de parto	Decidida después de aparición de dolores de parto	Total [2]	
	Médico	Enfermera	Auxiliar de enfermería								
Total	75.4	3.3	4.7	15.4	1.2	100.0	83.5	9.7	8.7	18.4	423
Educación de la madre											
Básica 4-6	74.7	3.1	4.4	17.5	0.4	100.0	82.1	9.6	7.4	17.0	229
Básica 7-9	83.6	6.0	4.5	6.0	0.0	100.0	94.0	4.5	10.4	14.9	67
Edad al más reciente nacido vivo											
Menos de 20	78.8	5.0	2.9	13.3	0.0	100.0	86.7	8.3	12.0	20.3	241
20-34	72.1	1.2	7.0	18.0	1.7	100.0	80.2	12.2	4.1	16.3	172
Número de visitas de cuidado prenatal											
1-3 visitas	58.0	2.0	2.0	34.0	4.0	100.0	62.0	4.0	10.0	14.0	50
4+ visitas	80.9	3.7	5.4	9.7	0.3	100.0	90.0	10.9	9.1	20.0	350
8+ visitas	90.3	3.2	2.2	4.3	0.0	100.0	95.7	12.9	12.9	25.8	93
Lugar del parto											
Hogar	1.5	0.0	0.0	92.6	5.9	100.0	1.5	0.0	0.0	0.0	68
Instalaciones de salud	90.5	4.0	5.5	0.0	0.0	100.0	100.0	11.8	10.6	22.4	348
Público	90.5	3.9	5.7	0.0	0.0	100.0	100.0	11.6	10.4	22.0	336
Quintil de índice de riqueza											
Más pobre	55.9	2.5	5.1	33.9	2.5	100.0	63.6	5.1	5.1	10.2	118
Segundo	74.2	3.4	5.6	14.6	2.2	100.0	83.1	12.4	10.1	22.5	89
Medio	88.5	2.6	5.1	3.8	0.0	100.0	96.2	7.7	9.0	16.7	78
Cuarto	85.0	6.7	1.7	6.7	0.0	100.0	93.3	18.3	8.3	26.7	60
Más rico	85.9	2.6	5.1	6.4	0.0	100.0	93.6	9.0	12.8	21.8	78
ENDESA MICS 2019 (34 Municipios) Total	71.8	5.8	2.6	17.2	2.6	100.0	80.2	10.3	7.4	17.7	211

[1] Indicador MICS TM.9 - Asistencia en el parto por una persona capacitada; indicador ODS 3.1.2

[2] Indicador MICS TM.10 - Cesárea

3.5 Peso al nacer

El peso al nacer de un niño/a es un indicador del estado de salud y nutrición de la madre y además puede determinar las posibilidades de sobrevivencia y sus condiciones de salud en su vida futura. Los bebés con bajo peso (menor a 2,500 gramos) enfrentan un riesgo mucho mayor de morir en los primeros días de vida, además tienen un mayor riesgo de tener retraso en su crecimiento y en el desarrollo de habilidades y un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas en su etapa adulta.^{22 23}

La **Tabla TM7.1** contiene la información sobre los niños/as que fueron pesados al nacer, ya sea que tuvieran un registro o por medio de la memoria de la madre y también el porcentaje que nacieron con un peso menor a 2,500 gramos. El 85.3 por ciento de los recién nacidos que nacieron en los últimos dos años fueron pesados al nacer, en el 39.0 por ciento de los casos se obtuvo el dato de la tarjeta o carné y en el 42.1 por ciento, de la memoria de la madre. El porcentaje de recién nacidos que fueron pesados en el estudio de ENDESA MICS 2019 34 municipios, fue menor al de este estudio (81.4 por ciento).

De los recién nacidos que fueron pesados, el 9.0 por ciento tenían registro de bajo peso al nacer (4.7 por ciento de tarjeta y 4.4 por ciento de la memoria de la madre), este porcentaje es similar al de ENDESA MICS 2019 34 municipios, (8.8 por ciento).

El porcentaje de bajo peso al nacer es mayor en mujeres con 4 – 6 años de educación básica (12.3 por ciento), menores de 20 años (11.3 por ciento), con orden de nacimiento 2 – 3 (11.0 por ciento) y mujeres de los quintiles más pobre y más rico (13.2 por ciento).

²² Katz, J. et al. (2013). Mortality Risk in Preterm and Small-for-gestational-age Infants in Low-income and Middle-income Countries: A Pooled Country Analysis. *The Lancet* 382.No. 9890. P. 417-25. doi:10.1016/s0140-6736(13)60993-9.

²³ Watkins, J., S. Kotecha, and S. Kotecha. (2016). Correction: All-Cause Mortality of Low Birthweight Infants in Infancy, Childhood, and Adolescence: Population Study of England and Wales. *PLOS Medicine* 13. No.5. doi: 10.1371/journal.pmed.1002069

Tabla TM.7.1: Bebés pesados al nacer
Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con un hijo nacido vivo en los últimos 2 años cuyo hijo nacido vivo más reciente fue pesado al nacer, por fuente de información, y porcentaje de aquellos con peso al nacer que se estima pesaron menos de 2,500 gramos al nacer, por fuente de información, en 39 municipios Estudio SAN 2021

Características de las mujeres	Porcentaje de nacidos vivos pesados al nacer:			Número de mujeres con un hijo nacido vivo en los últimos 2 años	Porcentaje de nacidos vivos pesados con registro por debajo de los 2,500 gramos (bajo peso al nacer) [B]:			Número de mujeres con un hijo nacido vivo en los últimos 2 años cuyo peso al nacer se ha registrado o se recuerda
	Tarjeta	Memoria	Total [1] [A]		Tarjeta	Memoria	Total	
Total	39.0	42.1	85.3	423	4.7	4.4	9.0	343
Educación de la madre								
Basica 4-6	39.3	42.4	84.3	229	5.9	6.4	12.3	187
Basica 7-9	44.8	43.3	91.0	67	3.4	1.7	5.1	59
Edad en el parto más reciente								
Menos de 20	41.1	43.6	88.4	241	4.9	6.4	11.3	204
20-34	36.6	41.3	82.6	172	4.5	1.5	6.0	134
Lugar del parto								
Instalaciones de salud	45.4	46.8	97.1	348	4.7	4.0	8.7	321
Público	46.7	45.5	97.0	336	4.8	4.2	9.0	310
Orden de nacimiento del nacido vivo más reciente								
1	41.4	42.8	89.7	145	4.9	4.1	9.0	122
2-3	40.2	46.4	88.8	179	5.2	5.8	11.0	155
Quintil de índice de riqueza								
Más pobre	28.8	35.6	66.1	118	6.6	6.6	13.2	76
Segundo	43.8	40.4	87.6	89	6.7	1.3	8.0	75
Medio	51.3	38.5	96.2	78	4.3	1.4	5.7	70
Cuarto	45.0	45.0	93.3	60	1.9	1.9	3.7	54
Más rico	32.1	55.1	94.9	78	2.9	10.3	13.2	68
ENDESA MICS 2019 (34 Municipios) Total	39.3	36.9	81.4	211	5.6	3.2	8.8	160

[1] Indicador MICS TM.11 - Niños/as pesados al nacer

[A] El indicador incluye a los niños que fueron reportados pesados al nacer, pero sin peso al nacer real registrado o recordado

[B] Los valores aquí son los registrados en la tarjeta o según lo informado por la encuestada. El bajo peso bruto al nacer total, por lo general, requiere un ajuste por la pérdida de peso al nacer, así como la acumulación, especialmente a exactamente 2.500 gramos. No se puede considerar que los resultados presentados aquí representan la tasa precisa de bajo peso al nacer (muy probablemente una subestimación) y, por lo tanto, no se informan como un indicador MICS.

3.6 Atención Post natal

La atención que pueda brindarse durante el parto e inmediatamente después por parte de personal calificado es de mucha importancia para salvaguardar la vida de las madres y los recién nacidos. La mayoría de muertes en recién nacidos, se producen dentro de uno o dos días después del nacimiento²⁴ que es también el momento en que ocurre la mayoría de las muertes maternas.²⁵

Los programas de maternidad segura recomiendan que todas las mujeres y recién nacidos reciban una revisión de salud dentro de los dos días posteriores al parto.²⁶ En este estudio se preguntó a las mujeres si ellas y sus recién nacidos recibieron una revisión de salud después del parto, el momento de la primera revisión y el tipo de proveedor de salud para el parto más reciente en los dos años anteriores a la encuesta.

En la **Tabla TM.8.1** aparecen los datos referentes a la distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años de edad que dieron a luz en instalaciones de salud según el tiempo que permanecieron después del parto, el 94.5 por ciento de mujeres reportaron haber estado 12 horas o más después del parto en la unidad de salud, este porcentaje es mayor que el encontrado en ENDESA MICS 2019 34 municipios, (90.6 por ciento). No se observan diferencias importantes según características de contexto de las mujeres, a excepción de las que dieron a luz por cesárea, donde la mayoría (59.0 por ciento) permaneció en la unidad de salud 3 días o más.

La **Tabla TM.8.2** muestra el porcentaje de recién nacidos que recibieron revisiones de salud y visitas de atención postnatal de cualquier proveedor de salud inmediatamente después del nacimiento y en los siguientes días, según el momento de las visitas y según características de contexto de los recién nacidos.

Los controles de salud posteriores al nacimiento mientras aún se encuentra en la unidad de salud o en el hogar se refieren a los controles proporcionados por cualquier proveedor de salud independientemente del momento (antes del alta) (columna 1), las visitas de cuidado postnatal son visitas separadas, después del alta, para verificar la salud del recién nacido, el indicador de control de salud postnatales incluye cualquier revisión de salud después del nacimiento recibida en la unidad de salud o el hogar así como las visitas de cuidado postnatal dentro de los dos días posteriores al parto.²⁷ que en la **Tabla TM.8.2** se visualizan en las columnas 1, 2 y 3 de resultados.

Los recién nacidos que fueron revisados inmediatamente después del nacimiento son un 84.2 por ciento, porcentaje ligeramente inferior al de ENDESA MICS 2019 34 municipios (85.9 por ciento). El 85.3 por ciento de recién nacidos tuvieron revisiones de cuidado postnatal

²⁴ Lawn, J. et al. (2014). "Every Newborn: Progress, Priorities, and Potential beyond Survival. The Lancet 384. No. 9938. P. 189-205. doi:10.1016/s0140-6736(14)60496-7

²⁵ WHO et al. (2015). Trends in Maternal Mortality: 1990-2015. Geneva: WHOPress. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194254/9789241565141_eng.pdf?s equence=

²⁶ Las visitas de CPN, para madres y para bebés, dentro de los dos días después del parto, es una recomendación de la OMS que ha sido identificada como un indicador prioritario para la Estrategia Global por la Salud de las Mujeres, de los Niños, y de los Adolescentes (2016-2030) y otros marcos de monitoreo globales relacionados, como el Plan de Acción para Todos los Recién Nacidos y el Fin de la Mortalidad Materna Prevenible.

²⁷ Instituto Nacional de Estadística y Secretaría de Salud (2021) Honduras Encuesta Nacional de Demografía y Salud/ Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (ENDESA MICS 2019).

dentro de los primeros dos días después del nacimiento el cual es ligeramente menor que el encontrado en ENDESA MICS 2019 34 municipios, (87.4 por ciento). Este porcentaje es menor cuando el parto ocurre en el hogar (63.2 por ciento) y en los hijos de mujeres del quintil más pobre (72.0 por ciento). Por otro lado, el 84.2 por ciento de recién nacidos tuvo revisión de salud inmediatamente después del nacimiento, porcentaje ligeramente inferior al de ENDESA MICS 2019 34 municipios, (85.9 por ciento).

En la **Tabla TM.8.2** también se puede observar que hay un 27.2 por ciento que no tuvieron ninguna visita de cuidado postnatal, este porcentaje es mayor en los recién nacidos de mujeres que tuvieron su parto en el hogar (44.1 por ciento) y las del quintil más pobre (33.9 por ciento).

En la **Tabla TM8.3** se presenta la información de los recién nacidos que recibieron su primera visita de CPN dentro de la primera semana después del nacimiento según el lugar donde se realizó y el tipo de proveedor de salud por el que fue atendido. El 85.1 por ciento de los recién nacidos tuvieron su visita de cuidado postnatal en un establecimiento de salud del sector público y la mayoría fueron atendidos por médico (68.7 por ciento), en el caso de ENDESA MICS 2019 34 municipios, es el 90.1 por ciento de los recién nacidos que fueron atendidos en el sector público y el 79.5 por ciento fue por parte de médico.

En la atención por médico, únicamente se ve diferencia según el sexo de los recién nacidos, mientras los del sexo masculino son vistos por médicos en un 81.0 por ciento, en el caso de las niñas es 57.7 por ciento.

La información sobre los cuidados térmicos para los recién nacidos se muestra en la **Tabla TM.8.4**, donde se incluye la distribución porcentual según el momento en que fueron secados, recibieron su primer baño y tuvieron contacto piel con piel con su madre. El cuidado térmico es un elemento esencial del cuidado del recién nacido que contribuye a mantenerlo estable, previniendo la hipotermia.

Los recién nacidos que fueron secados después del nacimiento constituyen el 96.2 por ciento, además, el 11.3 por ciento tuvieron contacto piel con piel con su madre y 75.9 por ciento tuvieron su primer baño 24 horas o más después del nacimiento, los porcentajes de recién nacidos secados después del nacimiento y que tuvieron su primer baño 24 horas después del nacimiento son ligeramente superiores a los encontrados en ENDESA MICS 2019 34 municipios, (93.3 por ciento y 68.0 por ciento respectivamente), en el caso del contacto piel con piel con su madre, el porcentaje es inferior al de ENDESA MICS 2019 34 municipios, (12.5 por ciento).

El contacto piel con piel presenta los porcentajes más bajos en los recién nacidos que nacieron en el hogar (2.9 por ciento) y en los del quintil más pobre (6.8 por ciento).

La **Tabla TM.8.6** contiene datos relacionados al contenido de la atención postnatal para recién nacidos dentro de los dos días posteriores a su nacimiento, se indagó específicamente sobre las siguientes atenciones: examen del cordón umbilical, evaluación de la temperatura, consejería sobre lactancia materna u observación de esta práctica, evaluación del peso y brindar información sobre señales de peligro en el recién nacido.

Los resultados muestran que el 62.9 por ciento de los recién nacidos recibieron al menos dos de las diferentes acciones del cuidado postnatal en los dos días posteriores a su nacimiento, siendo los porcentajes más altos los que corresponden a examen del cordón umbilical (53.2 por ciento) y consejería en lactancia materna (46.6 por ciento); el dar información sobre los signos de peligro en el recién nacido fue la acción reportada por el menor porcentaje de madres (41.1 por ciento). En el caso de ENDESA MICS 2019 34 municipios, el porcentaje de recién nacidos que recibió al menos dos atenciones de cuidado postnatal es mayor (69.7 por ciento). Las acciones realizadas con mayor frecuencia son observación de la lactancia materna (62.4 por ciento) y examen del cordón umbilical (56.8 por ciento).

Los porcentajes más bajos de recién nacidos que recibieron al menos dos acciones de cuidado postnatal corresponden a los que su nacimiento fue en el hogar (26.5 por ciento) y a los del quintil más pobre (54.2 por ciento).

Las **tablas TM.8.7 y TM.8.8** presentan datos relacionados a las revisiones de salud postnatales de la madre, específicamente a los momentos de esas revisiones, el lugar donde se realizaron y el tipo de proveedor de salud que la brindó, estas tablas son similares a las tablas **TM8.2 y TM8.3** que presentan los datos recopilados para los recién nacidos.

El 84.6 por ciento de madres según la **Tabla TM.8.7** recibieron una revisión de salud postnatal en los primeros dos días después del nacimiento, dato que es bastante cercano al encontrado en ENDESA MICS 2019, 34 municipios, (85.0 por ciento). Este porcentaje es mayor en madres con recién nacido del sexo masculino que en el femenino (87.4 y 81.7 por ciento respectivamente), es menor este porcentaje en recién nacidos de parto domiciliario (51.5 por ciento) y en los del quintil más pobre (69.5 por ciento).

Un 83.9 por ciento de mujeres tuvo revisión de salud postnatal inmediatamente después del parto, porcentaje muy similar al encontrado en ENDESA MICS 2019 34 municipios, (83.4 por ciento). Cabe destacar también que hay un 50.1 por ciento de mujeres que no tuvieron ninguna visita de cuidado postnatal, estos porcentajes son mayores en las que tuvieron su parto en el hogar (76.5 por ciento) y las que se ubican en el quintil más pobre (61.9 por ciento).

Los datos en la **Tabla TM.8.8** muestran que el lugar más frecuente para la primera visita postnatal dentro de la primera semana, en mujeres que tuvieron un hijo nacido vivo en los dos últimos años fue un establecimiento del sector público (84.8 por ciento) las cuales fueron atendidas principalmente por personal médico (71.7 por ciento) y en segundo lugar por auxiliar de enfermería (22.8 por ciento). En el estudio de ENDESA MICS 2019 34 municipios, se encontró una situación similar, el lugar donde recibieron su primera visita postnatal las mujeres fue en establecimiento del sector público (86.4 por ciento) y también fueron atendidas principalmente por médico (68.6 por ciento).

La **Tabla TM.8.9** muestra la distribución de mujeres con un nacido vivo en los dos años anteriores al estudio según recepción de visitas de cuidado postnatal, tanto de la madre como del recién nacido, dentro de los dos días posteriores al nacimiento combinando así los indicadores presentados en las **tablas TM8.2 y TM8.7**.

Los datos reflejan que el 85.3 por ciento de recién nacidos y el 84.6 por ciento de madres recibieron un

control postnatal dentro de los dos días después del nacimiento, sin embargo, el porcentaje en que ambos tuvieron la visita postnatal en esos primeros dos días después del nacimiento baja a 79.7 por ciento, este porcentaje es menor al que reporta ENDESA MICS 34 municipios, 2019 (82.9 por ciento).

La visita postnatal para la madre y el recién nacido (ambos) en los primeros dos días después del nacimiento se realiza con menor frecuencia cuando el parto es domiciliario (47.1 por ciento) que en los casos en que sucede en una instalación de salud pública (86.3 por ciento), el tipo de parto también influye en estos porcentajes, mientras en el parto vaginal solamente el 76.8 por ciento recibieron visita postnatal, los partos por cesárea lo hicieron en un 92.3 por ciento, finalmente las mujeres del quintil más pobre son las que tienen el porcentaje más bajo de visitas cuando ambos, tanto madre como recién nacido reciben la atención (62.7 por ciento).

Los casos en que ni las madres ni sus recién nacidos recibieron visita postnatal a nivel general, es de 10.2 por ciento, los porcentajes aumentan cuando el parto es domiciliario (32.4 por ciento) y cuando madres y recién nacidos pertenecen al quintil más pobre (21.2 por ciento).

Tabla TM.8.1: Estancia postparto en centro de salud
Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años con un hijo nacido vivo en los últimos 2 años y el parto del hijo nacido vivo más reciente en centro de salud por la duración de la estancia en el centro de salud, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características de las mujeres	Duración de la estancia en centro de salud:						12 horas o más [1]	Número de mujeres con un hijo nacido vivo en los últimos 2 años que dieron a luz a su hijo nacido vivo más reciente en centro de salud
	Menos de 6 horas	6-11 horas	12-23 horas	1-2 días	3 días o más	Total		
Total	3.4	2.0	10.9	63.2	20.4	100.0	94.5	348
Educación de la madre								
Básica 4-6	3.2	2.2	11.9	64.9	17.8	100.0	94.6	185
Básica 7-9	0.0	4.8	12.7	61.9	20.6	100.0	95.2	63
Edad al más reciente nacido vivo								
Menos de 20	4.3	1.9	12.6	60.4	20.8	100.0	93.7	207
20-34	2.2	2.2	8.9	67.4	19.3	100.0	95.6	135
Tipo de centro de salud								
Público	3.0	2.1	11.3	62.8	20.8	100.0	94.9	336
Tipo de parto								
Nacimiento Vaginal	4.1	2.6	12.6	71.5	9.3	100.0	93.3	270
Cesárea	1.3	0.0	5.1	34.6	59.0	100.0	98.7	78
Quintil de índice de riqueza								
Más pobre	1.4	2.8	8.3	65.3	22.2	100.0	95.8	72
Segundo	1.4	0.0	10.8	64.9	23.0	100.0	98.6	74
Medio	5.3	4.0	12.0	62.7	16.0	100.0	90.7	75
Cuarto	1.8	1.8	14.5	67.3	14.5	100.0	96.4	55
Más rico	6.9	1.4	9.7	56.9	25.0	100.0	91.7	72
ENDESA MICS 2019 (34 Municipios) Total	7.7	1.7	1.9	49.4	39.3	100.0	90.6	163

[1] Indicador MICS TM.12 - Estancia postparto en un centro de salud

Tabla TM.8.2: Revisiones postnatales para recién nacidos
Porcentaje de mujeres de 15-49 años con un nacido vivo en los últimos dos años cuyo último nacido vivo recibió controles de salud en el centro de salud o en la casa inmediatamente después del nacimiento, distribución porcentual cuyo último nacido vivo recibió visitas de cuidado postnatal (CPN) de algún proveedor de salud después del nacimiento, por el momento de la visita, y porcentaje que recibió revisiones de salud post natales, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características de las mujeres	Revisión de salud inmediatamente después del nacimiento en el centro de salud o en el hogar [A]	Visita CPN para recién nacidos [B]								Revisión de salud post-natal para el recién nacido [1] [C]	Número de mujeres con un hijo nacido vivo en los últimos 2 años
		Mismo día	1 día después del nacimiento	2 días después del nacimiento	3-6 días después del nacimiento	Después de la primer semana del nacimiento	Ninguna visita de cuidado post-natal	NS/ Ignorado	Total		
Total	84.2	3.1	5.2	5.4	20.3	36.9	27.2	1.9	100.0	85.3	423
Sexo del recién nacido											
Hombre	85.1	4.2	3.3	3.3	21.4	37.7	27.4	2.8	100.0	87.0	215
Mujer	83.2	1.9	7.2	7.7	19.2	36.1	26.9	1.0	100.0	83.7	208
Educación de la madre											
Básica 4-6	84.3	3.9	3.5	5.7	19.7	39.7	26.2	1.3	100.0	85.6	229
Básica 7-9	88.1	0.0	7.5	6.0	20.9	34.3	26.9	4.5	100.0	88.1	67
Edad en el parto más reciente											
Menos de 20	85.9	2.1	3.3	5.4	20.3	41.1	25.3	2.5	100.0	86.7	241
20-34	83.1	4.7	8.1	5.8	21.5	31.4	27.3	1.2	100.0	84.9	172
Lugar del parto											
Hogar	57.4	13.2	4.4	0.0	11.8	26.5	44.1	0.0	100.0	63.2	68
Instalaciones de salud	89.9	1.1	5.2	6.3	21.3	39.7	24.4	2.0	100.0	89.9	348
Público	89.6	1.2	4.5	6.5	21.7	39.9	24.7	1.5	100.0	89.6	336
Quintil de índice de riqueza											
Más pobre	69.5	4.2	5.1	3.4	12.7	39.0	33.9	1.7	100.0	72.0	118
Segundo	84.3	4.5	3.4	5.6	18.0	34.8	29.2	4.5	100.0	86.5	89
Medio	93.6	1.3	6.4	6.4	21.8	38.5	24.4	1.3	100.0	93.6	78
Cuarto	91.7	0.0	5.0	6.7	26.7	38.3	21.7	1.7	100.0	91.7	60
Más rico	91.0	3.8	6.4	6.4	28.2	33.3	21.8	0.0	100.0	91.0	78
ENDESA MICS 2019 (34 Municipios) Total	85.9	4.4	8.9	4.9	18.3	34.7	28.5	0.4	100.0	87.4	211

[1] Indicador MICS TM.13 - Chequeos post-natales para el recién nacido

[A] Revisión de salud realizados por cualquier proveedor de salud después de los nacimientos en el establecimiento (antes del alta del establecimiento) o después de los partos en el hogar (antes de la salida del proveedor).

[B] Las visitas de cuidado postnatal (CPN) se refieren a una visita separada de cualquier proveedor de salud para verificar la salud del recién nacido y brindar servicios de atención preventiva. Las visitas de CPN no incluyen controles de salud después del nacimiento mientras se encuentra en el establecimiento o en el hogar (vea la nota A más arriba).

[C] Las revisiones de salud postnatales incluyen cualquier revisión de salud realizado en el establecimiento de salud o en casa después del nacimiento (vea la nota A más arriba), así como las visitas para el CPN (vea la nota B arriba) dentro de los dos días posteriores al parto.

Tabla TM.8.3: Visitas de cuidado postnatal para recién nacidos dentro de la semana posterior al nacimiento
Distribución porcentual de mujeres de 15-49 años con un nacido vivo en los últimos dos años cuyo último nacido vivo recibió visita de cuidado postnatal (CPN) dentro de la semana posterior al nacimiento, por lugar y proveedor de la primera visita de CPN, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características de las mujeres	Lugar de la primera visita de CPN para recién nacidos					Proveedor de la primera visita de CPN para recién nacidos				Número de últimos nacimientos vivos en los últimos dos años con una visita de CPN durante la primera semana de vida
	Hogar	Sector médico público	Sector médico privado	Otro lugar	Total	Médico/a	Enfermera	Auxiliar de enfermería	Total	
Total	9.7	85.1	4.5	0.7	100.0	68.7	6.7	24.6	100.0	134
Sexo del recién nacido										
Hombre	9.5	85.7	4.8	0.0	100.0	81.0	4.8	14.3	100.0	63
Mujer	9.9	84.5	4.2	1.4	100.0	57.7	8.5	33.8	100.0	71
Edad en el parto más reciente										
Menos de 20	8.5	88.7	2.8	0.0	100.0	69.0	4.2	26.8	100.0	71
20-34	11.1	81.0	6.3	1.6	100.0	68.3	9.5	22.2	100.0	63
Lugar del parto										
ENDESA MICS 2019 (34 Municipios) Total	8.3	90.1	1.6	0.0	100.0	79.5	7.6	12.8	100.0	73

Tabla TM.8.4: Cuidados térmicos para recién nacidos

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con un hijo nacido vivo en los últimos 2 años cuyo hijo nacido vivo más reciente se secó después del nacimiento y porcentaje de contacto piel con piel y distribución porcentual del momento del primer baño del niño, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características de las mujeres	Porcentaje de niños que:		Tiempo del primer baño de niño			Total	Número de mujeres con un hijo nacido vivo en los últimos 2 años
	Fueron secados después del nacimiento [1]	Les dieron contacto piel con piel con la madre [2]	Menos de 6 horas después del nacimiento	6-23 horas después del nacimiento	24 horas o más después del nacimiento [3]		
Total	96.2	11.3	19.9	4.3	75.9	100.0	423
Sexo del recién nacido							
Hombre	95.8	13.0	19.5	4.2	76.3	100.0	215
Mujer	96.6	9.6	20.2	4.3	75.5	100.0	208
Educación de la madre							
Básica 4-6	97.4	12.2	18.8	4.4	76.9	100.0	229
Básica 7-9	97.0	11.9	20.9	4.5	74.6	100.0	67
Edad en el parto más reciente							
Menos de 20	96.7	10.0	20.7	5.0	74.3	100.0	241
20-34	95.3	14.0	18.6	3.5	77.9	100.0	172
Lugar del parto							
Hogar	100.0	2.9	25.0	0.0	75.0	100.0	68
Instalaciones de salud	95.4	12.6	19.3	4.9	75.9	100.0	348
Público	95.2	13.1	19.3	5.1	75.6	100.0	336
Quintil de índice de riqueza							
Más pobre	96.6	6.8	28.8	5.1	66.1	100.0	118
Segundo	95.5	10.1	15.7	3.4	80.9	100.0	89
Medio	97.4	16.7	16.7	2.6	80.8	100.0	78
Cuarto	96.7	15.0	15.0	6.7	78.3	100.0	60
Más rico	94.9	11.5	17.9	3.8	78.2	100.0	78
ENDESA MICS 2019 (34 Municipios) Total	93.3	12.5	29.1	2.9	68.0	100.0	211

[1] Indicador MICS TM.14 - Recién nacidos a los que se secó

[2] Indicador MICS TM.15 - Cuidado piel a piel

[3] Indicador MICS TM.16 - Baño retrasado

[A] Los niños que nunca se bañaron incluyen a los niños que en el momento de la encuesta aún no se habían bañado porque eran muy pequeños y a los niños que murieron muy pequeños que nunca se les bañó

Tabla TM.8.6: Contenido de la atención postnatal para recién nacidos

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con un hijo nacido vivo en los últimos 2 años para las cuales, en los 2 días posteriores al nacimiento vivo más reciente, se examinó el cordón umbilical, se evaluó la temperatura del recién nacido, se realizó consejería sobre la lactancia materna o se observó la lactancia materna, se pesó al recién nacido y se realizó asesoramiento sobre señales de peligro para los recién nacidos, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características de las mujeres	Porcentaje de recién nacidos que recibieron funciones de atención:							Porcentaje de recién nacidos que recibieron al menos 2 acciones de atención postnatales en los 2 días posteriores al nacimiento [1]	Número de mujeres con hijos nacidos vivos en los últimos 2 años
	Examinaron cordón	Evaluaron temperatura	Lactancia		Evaluación del peso	Recibieron información sobre los síntomas que requieren búsqueda de atención			
			Consejería	Observación	Consejería u observación				
Total	53.2	52.0	46.6	46.3	54.1	33.6	41.1	62.9	423
Sexo del recién nacido									
Hombre	51.6	51.2	45.1	47.0	54.9	32.6	39.1	63.3	215
Mujer	54.8	52.9	48.1	45.7	53.4	34.6	43.3	62.5	208
Educación de la madre									
Básica 4-6	52.4	51.1	45.9	45.9	53.7	33.2	39.7	62.0	229
Básica 7-9	55.2	56.7	47.8	52.2	56.7	34.3	46.3	68.7	67
Edad en el parto más reciente									
Menos de 20	55.2	53.9	46.9	49.0	56.8	36.1	42.7	66.4	241
20-34	50.6	49.4	46.5	43.6	51.2	30.2	40.7	58.7	172
Lugar del parto									
Hogar	26.5	20.6	19.1	16.2	19.1	19.1	10.3	26.5	68
Instalaciones de salud	57.8	57.5	52.3	52.0	60.9	36.5	46.8	69.5	348
Público	56.5	56.3	51.8	51.5	60.1	36.6	46.4	68.8	336
Quintil de índice de riqueza									
Más pobre	48.3	44.1	43.2	39.8	47.5	30.5	36.4	54.2	118
Segundo	41.6	44.9	42.7	43.8	48.3	27.0	36.0	59.6	89
Medio	55.1	50.0	39.7	42.3	50.0	32.1	38.5	59.0	78
Cuarto	55.0	58.3	51.7	45.0	61.7	33.3	40.0	70.0	60
Más rico	70.5	69.2	59.0	64.1	69.2	47.4	57.7	78.2	78
ENDESA MICS 2019 (34 Municipios) Total	56.8	56.0	53.2	59.9	62.4	40.6	50.8	69.7	211

[1] Indicador MICS TM.19 - Funciones fundamentales de la atención postnatal

Tabla TM.8.7: Revisiones postnatales para las madres
Porcentaje de mujeres de 15-49 años con un nacido vivo en los últimos dos años que recibieron revisiones de salud en el centro de salud o en la casa inmediatamente después del nacimiento, distribución porcentual que recibieron visitas de cuidado postnatal (CPN) de un proveedor de salud después del nacimiento del último nacimiento, por momento de la visita, y porcentaje que recibió revisiones de salud post natal, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características de las mujeres	Revisión de salud inmediatamente después del nacimiento en el centro de salud o en la casa [A]	Visita CPN para madres [B]							Total	Revisión de salud post-natal para la madre [1] [C]	Número de mujeres con un hijo nacido vivo en los últimos 2 años
		Mismo día	1 día después del nacimiento	2 días después del nacimiento	3-6 días después del nacimiento	Después de la primer semana del nacimiento	Ninguna visita de cuidado post-natal	NS/ Ignorado			
Total	83.9	1.4	4.7	3.8	12.5	26.7	50.1	0.7	100.0	84.6	423
Sexo del recién nacido											
Hombre	86.5	2.3	2.3	1.9	12.1	26.5	54.4	0.5	100.0	87.4	215
Mujer	81.3	0.5	7.2	5.8	13.0	26.9	45.7	1.0	100.0	81.7	208
Educación de la madre											
Básica 4-6	82.5	1.3	3.5	3.5	10.5	26.2	54.6	0.4	100.0	82.5	229
Básica 7-9	85.1	0.0	6.0	4.5	14.9	28.4	44.8	1.5	100.0	85.1	67
Edad al más reciente nacido vivo											
Menos de 20	85.5	0.8	4.1	2.9	13.3	30.7	46.9	1.2	100.0	85.9	241
20-34	83.7	2.3	5.8	5.2	12.2	21.5	52.9	0.0	100.0	84.9	172
Lugar del parto											
Hogar	51.5	5.9	1.5	1.5	2.9	11.8	76.5	0.0	100.0	51.5	68
Instalaciones de salud	90.8	0.3	4.9	4.3	13.8	30.2	45.7	0.9	100.0	91.1	348
Público	90.5	0.3	4.5	4.2	14.0	30.4	46.4	0.3	100.0	90.8	336
Tipo de parto											
Nacimiento Vaginal	81.7	1.7	4.9	3.5	11.9	23.8	53.6	0.6	100.0	82.6	345
Cesárea	93.6	0.0	3.8	5.1	15.4	39.7	34.6	1.3	100.0	93.6	78
Quintil de índice de riqueza											
Más pobre	68.6	0.8	5.1	1.7	5.9	24.6	61.9	0.0	100.0	69.5	118
Segundo	86.5	4.5	5.6	2.2	9.0	31.5	47.2	0.0	100.0	88.8	89
Medio	87.2	0.0	3.8	3.8	12.8	25.6	52.6	1.3	100.0	87.2	78
Cuarto	95.0	0.0	3.3	6.7	20.0	25.0	43.3	1.7	100.0	95.0	60
Más rico	92.3	1.3	5.1	6.4	20.5	26.9	38.5	1.3	100.0	92.3	78
ENDESA MICS 2019 (34 Municipios) Total	83.4	4.6	5.3	1.9	15.2	33.1	39.8		100.0	85.0	211

[1] Indicador MICS TM.20 - Chequeos postnatales para la madre

[A] Revisiones de salud realizados por cualquier proveedor de salud después del parto en el centro de salud (antes del alta) o después de los partos en el hogar (antes de la salida del proveedor).

[B] Las visitas de atención postnatal (CPN) se refieren a una visita separada de cualquier proveedor de salud para verificar la salud de la madre y brindar servicios de atención preventiva. Las visitas de CPN no incluyen controles de salud después del nacimiento mientras se encuentra en instalaciones de salud o en el hogar (vea la nota a más arriba).

[C] Los controles de salud postnatales incluyen cualquier revisión de salud realizada en el centro de salud o en el hogar después del nacimiento (ver nota A), así como las visitas a la CPN (ver nota B arriba) dentro de los dos días posteriores al parto.

Tabla TM.8.8: Visitas de cuidado postnatal para las madres dentro de la semana posterior al nacimiento
Distribución porcentual de mujeres de 15-49 años con un nacido vivo en los últimos dos años quienes recibieron visita de cuidado postnatal (CPN) dentro de la semana después del nacimiento, por lugar y proveedor de la primera visita de CPN, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Estudios	Lugar de la primera visita de CPN para la madre				Proveedor de la primera visita de CPN				Número de mujeres con un hijo nacido vivo en los últimos dos años quienes recibieron una visita de CPN dentro de la semana después del nacimiento	
	Hogar	Sector médico público	Sector médico privado	Otro lugar	Total	Médico/a	Enfermera	Auxiliar de enfermería		Total
Estudio SAN 2021	7.6	84.8	6.5	1.1	100.0	71.7	5.4	22.8	100.0	92
ENDESA MICS 2019 (34 Municipios) Total	5.3	86.4	4.1	4.2	100	68.6	9.6	21.8	100.0	56

Tabla TM.8.9: Revisiones de salud postnatales para madres y recién nacidos
Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con un hijo nacido vivo en los últimos 2 años por revisiones de salud postnatales para la madre y el recién nacido, dentro de los 2 días posteriores al nacimiento más reciente, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características de las mujeres	Porcentaje de controles de salud postnatal dentro de los 2 días posteriores al nacimiento para:					Número de mujeres con un hijo nacido vivo en los últimos 2 años
	Recién nacidos [1]	Madres [2]	Tanto madre y recién nacido	Ninguno (ni madre ni recién nacido)	Ignorado	
Total	85.3	84.6	79.7	10.2	0.5	423
Sexo del recién nacido						
Hombre	87.0	87.4	82.8	8.8	0.5	215
Mujer	83.7	81.7	76.4	11.5	0.5	208
Educación de la madre						
Básica 4-6	85.6	82.5	79.5	11.4	0.0	229
Básica 7-9	88.1	85.1	80.6	9.0	1.5	67
Edad al mas reciente nacido vivo						
Menos de 20	86.7	85.9	81.7	10.0	0.8	241
20-34	84.9	84.9	79.1	9.3	0.0	172
Lugar del parto						
Hogar	63.2	51.5	47.1	32.4	0.0	68
Instalaciones de salud	89.9	91.1	86.2	5.7	0.6	348
Público	89.6	90.8	86.3	6.0	0.0	336
Tipo de parto						
Nacimiento Vaginal	82.9	82.6	76.8	11.9	0.6	345
Cesárea	96.2	93.6	92.3	2.6	0.0	78
Quintil de índice de riqueza						
Más pobre	72.0	69.5	62.7	21.2	0.0	118
Segundo	86.5	88.8	84.3	9.0	0.0	89
Medio	93.6	87.2	84.6	5.1	1.3	78
Cuarto	91.7	95.0	88.3	3.3	1.7	60
Más rico	91.0	92.3	88.5	5.1	0.0	78
ENDESA MICS 2019 (34 Municipios) Total	87.4	85.0	82.9	10.5	0.0	211

[1] Indicador MICS TM.13 - Chequeos postnatales para el recién nacido

[2] Indicador MICS TM.13 - Chequeos postnatales para la madre

3.7 Estado nutricional y anemia de las mujeres de 15 – 49 años

El estado nutricional de las mujeres es un indicativo de su situación de salud en general y también está directamente relacionado con los riesgos que podría tener en su etapa reproductiva (embarazo, parto) y el peso al nacer de su descendencia. En Honduras, en los últimos años se ha encontrado que una gran parte de la población femenina presenta sobrepeso y obesidad lo cual aumenta el riesgo de padecer enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión.

En el presente estudio se realizaron mediciones de peso y talla a las mujeres de 15 a 49 años, siguiendo los procedimientos técnicos ya establecidos y utilizando equipo con adecuada precisión y exactitud, las mediciones fueron realizadas por personal profesional debidamente capacitado.

Con los datos de peso y talla se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC), utilizando la fórmula del índice de Quetelet, definido como el cociente del peso (expresado en Kilogramos) y el cuadrado de la talla (expresado en metros). Los criterios para interpretar los resultados del IMC son los siguientes: menor de 18.5: bajo peso o delgadez, entre 18.5 y 24.9: normal, 25 a 29.9: sobrepeso y 30 o más: obesidad.²⁸

En la **Tabla TM.0.1** se presentan los resultados del estado nutricional de mujeres de 15 a 49 años según edad, educación y quintiles de índice de riqueza. Se encontró que a nivel general el 8.5 de mujeres tienen una talla menor a 145 cms lo cual es ligeramente mayor al encontrado en el estudio de ENDESA MICS 2019, 34 municipios (7.6 por ciento), el embarazo en mujeres con esta talla baja tiene un mayor riesgo para su salud y también influye en el bajo peso al nacer, este porcentaje es más alto en mujeres de 40 a 49 años (10.5 por ciento), sin educación (18.1 por ciento) y que pertenecen al quintil más pobre (12.7 por ciento).

En cuanto a los resultados del IMC de las mujeres, se encontró que el promedio de este índice es de 27.2 el cual es ligeramente mayor que el encontrado en ENDESA MICS 2019, 34 municipios (26.5) y se ubica en el rango de sobrepeso. Al analizar el promedio de IMC de acuerdo a las características de edad, educación y quintil de índice de riqueza se observa que todos los grupos se ubican arriba del rango de normalidad, a excepción de las mujeres de 15 a 19 años cuyo promedio es 23.0. También se observa que a medida que aumenta la edad el promedio de IMC va aumentando de manera tal que el grupo de 40 a 49 años tiene un promedio de IMC en el rango de obesidad (30.0).

Los porcentajes de mujeres con IMC por debajo de 18.5 (delgadas) son bajos para todos los grupos, a nivel general es de 3.3 por ciento, el más alto es el de las mujeres de 15 – 19 años (8.1 por ciento). En el otro extremo está un 61.4 por ciento de mujeres que se ubica en el rango de sobrepeso y obesidad según el IMC el cual también es mayor al encontrado en ENDESA MICS 2019, 34 municipios (56.2 por ciento). Este porcentaje de mujeres con sobrepeso u obesidad aumenta según aumenta la edad, de manera tal que en el grupo más joven (15 – 19 años) el porcentaje en este rango es de 24.5 por ciento mientras en el grupo de 40 – 49 años es de 84.2 por ciento, también en el nivel de educación superior y el quintil más rico se ubican los porcentajes más altos de sobrepeso u obesidad (68.6 y 67.9 por ciento respectivamente).

²⁸ Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Accessed August 1, 2022 Assessing bmi. <https://www.CDC.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/index>

En este estudio también se midieron los niveles de hemoglobina para determinar la prevalencia de anemia en las mujeres de 15 a 49 años. Se recolectó una muestra de sangre capilar a partir de una incisión en el dedo, utilizando la técnica del HemoCue®.

Los datos de anemia relacionadas con varias características socioeconómicas y demográficas, se presentan en la **Tabla TM.0.2**, el porcentaje de mujeres que tenían anemia es de 18.6 por ciento el cual es ligeramente inferior al encontrado en ENDESA MICS 2019, 34 municipios (19.0 por ciento), la mayor proporción corresponde a anemia leve (16.4 por ciento), la moderada y severa es de apenas un 2.2 por ciento. No se observan mayores diferencias en el porcentaje de anemia según edad de las mujeres y número de hijos, el porcentaje más alto encontrado es en el grupo de embarazadas (27.3 por ciento). Según nivel educativo, el porcentaje más alto corresponde al nivel superior con 23.1 por ciento de mujeres con anemia y según quintil de índice de riqueza el porcentaje más alto corresponde al quintil más rico (23.6 por ciento).

Tabla TM.0.1: Estado nutricional de las mujeres de 15 a 49 años
Porcentaje de mujeres con talla menor de 145 cms, promedio del Índice de Masa Corporal (IMC) y porcentaje con niveles específicos de IMC según características en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características de las mujeres	Talla		Índice de Masa Corporal (IMC)						Número de mujeres de 15 - 49 años
	Porcentaje menor de 145 cms	Número de mujeres	Promedio de IMC	IMC Normal (18.5 - 24.9)	Delgada (< 18.5)	25.0 - 29.9 solo sobrepeso	>=30 Solo obesa	Sobrepeso/ Obesidad ≥ 25	
Total	8.5	2150	27.2	35.2	3.3	32.8	28.6	61.4	2101
Edad (años)									
15-19	7.2	416	23.0	67.4	8.1	18.4	6.1	24.5	408
20-29	8.9	701	26.4	39.4	3.9	35.3	21.5	56.7	675
30-39	7.1	501	28.8	24.4	1.4	36.8	37.4	74.2	492
40-49	10.5	532	30.0	15.0	0.8	37.3	47.0	84.2	526
Educación									
Sin educación	18.1	70	27.0	36.2	1.4	36.2	26.1	62.3	69
Básica 1-3	14.1	312	28.3	28.2	2.3	33.4	36.0	69.5	308
Básica 4-6	9.1	941	27.3	33.4	3.4	33.4	29.8	63.2	919
Básica 7-9	6.5	270	26.5	37.5	5.7	33.3	23.5	56.8	264
Media	3.5	379	26.0	45.9	3.5	29.6	20.9	50.5	368
Superior	1.6	123	28.6	31.4	0.0	33.9	34.7	68.6	118
Quintiles de índice de riqueza									
Más pobre	12.7	377	25.7	45.1	3.8	33.2	17.9	51.1	368
Segundo	11.5	394	26.6	35.8	4.2	34.5	25.5	60.0	385
Medio	9.6	436	27.3	35.0	2.8	32.7	29.5	62.2	431
Cuarto	3.4	483	27.7	32.7	3.4	30.6	33.3	63.9	468
Más rico	6.8	460	28.4	29.4	2.7	33.6	34.3	67.9	449
ENDESA MICS 2019 (34 Municipios) Total	7.6	1069	26.5	40.0	3.8	32.4	23.8	56.2	1056

Nota: El IMC se expresa como Kg/m², es decir, se calcula como el cociente entre el peso (expresado en kilogramos) y el cuadrado de la talla (expresado en metros)

[A] Excluye las mujeres embarazadas y aquellas con un nacimiento en los últimos dos meses

Tabla TM.0.2: Prevalencia de anemia en mujeres
Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años por tipo de anemia, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características de las mujeres	Otorgaron permiso para la toma de hemoglobina			Número de mujeres de 15 - 49 años	No se tomó la prueba
	Total con anemia [A]	Tipo de anemia			
		Leve[B]	Moderada y Severa		
Total	18.6	16.4	2.2	2173	113
Edad					
15-19	18.9	17.1	1.8	433	12
20-29	17.5	15.1	2.4	714	58
30-39	17.0	15.6	1.4	512	22
40-49	21.6	18.5	3.1	514	21
Número de hijos					
0	21.0	18.9	2.2	556	41
1	17.9	14.4	3.5	402	17
2-3	16.0	13.8	2.2	669	33
4-5	19.6	18.4	1.1	358	15
6+	20.7	19.1	1.6	188	7
Situación de maternidad					
Embarazada	27.3	19.0	8.3	121	3
Lactando	18.4	16.3	2.1	190	7
Ni embarazada ni lactando	18.1	16.3	1.8	1862	103
Educación					
Sin educación	22.9	21.4	1.4	70	2
Básica 1-3	16.2	14.0	2.2	314	12
Básica 4-6	18.2	15.8	2.4	959	51
Básica 7-9	18.4	16.7	1.8	282	12
Media	18.6	16.8	1.9	376	26
Superior	23.1	18.8	4.3	117	9
NS/Ignorado	25.5	25.5	0.0	55	1
Quintil de índice de riqueza					
Más pobre	16.3	15.0	1.3	393	18
Segundo	16.4	14.4	2.0	402	16
Medio	18.7	16.7	2.0	449	19
Cuarto	17.5	15.6	1.9	468	37
Más rico	23.6	20.0	3.7	461	23
ENDESA MICS 2019 (34 Municipios) Total	19.0	16.7	2.3	1106	34

Nota: La prevalencia de anemia se ajusta por altura, por si esta embarazada y por cantidad de cigarrillos fumados, tal cual como lo calcula DHS (https://dhsprogram.com/data/Guide-to-DHS-Statistics/Anemia_Status.htm). g/dl= gramos por decilitro
[A] Para mujeres embarazadas: menos de 11.0 g/dl. Para mujeres no embarazadas: menos de 12 g/dl
[B] Para mujeres embarazadas: 10.0-10.9 g/dl. Para mujeres no embarazadas: 10.0-11.9 g/dl

CAPÍTULO 4 SALUD Y NUTRICIÓN DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Descripción del capítulo

En el capítulo 4 se presentan los resultados sobre el estado nutricional y presencia de anemia de los niños menores de cinco años, además la cobertura de los diferentes programas de atención a la salud y nutrición en este grupo de edad como inmunización, atención a enfermedades, lactancia materna, alimentación complementaria y desarrollo en la primera infancia, todas estas intervenciones son clave para apoyar y proteger la sobrevivencia y el adecuado crecimiento y desarrollo en esta etapa, especialmente en los primeros 1,000 días de vida.

4.1 Inmunización

La inmunización es una herramienta comprobada para controlar y eliminar las enfermedades infecciosas que amenazan la vida y se estima que evita entre 2 y 3 millones de muertes cada año.²⁹ Es una estrategia comprobada, accesible incluso a las poblaciones más vulnerables y de difícil acceso.

Las inmunizaciones de rutina recomendadas por la OMS³⁰ sugieren que todos los niños se vacunen contra la tuberculosis, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, el sarampión, la hepatitis B, la hemofilus influenzae tipo B, la bacteria/enfermedad neumocócica, el rotavirus y la rubéola.³¹ A nivel mundial, el indicador 3.b.1 de los ODS se usa para monitorear el progreso de la vacunación de niños a nivel nacional.

El esquema de vacunación que sigue el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de Honduras proporciona todas las vacunas mencionadas anteriormente con dosis al nacimiento de las vacunas BCG, y Hepatitis B pediátrica (dentro de las 24 horas posteriores al nacimiento), tres dosis de la vacuna Pentavalente que contienen antígenos DPT, Hepatitis B y Haemophilus influenzae tipo b (Hib), primer refuerzo de DPT, tres dosis de la vacuna contra la poliomielitis y un refuerzo, tres dosis de la vacuna neumocócica (conjugada), dos dosis de la vacuna contra el rotavirus, dos dosis de la vacuna SRP que contiene sarampión, paperas y antígenos de rubéola.³²

Todas las vacunas deben recibirse antes de cumplir el primer año de vida, excepto las dosis de SRP1, que se aplica a los 12 meses y la dosis de SRP 2, el refuerzo de polio y DPT Refuerzo 1, que se aplican a los 18 meses de edad. Teniendo en cuenta este esquema de vacunación, las estimaciones para la cobertura completa de inmunización se basan en niños de 12 a 23 y de 24 a 35 meses de edad.

Se recopiló información sobre la cobertura de vacunación para todos los niños menores de tres años. A todas las madres o cuidadoras se les pidió que proporcionaran las tarjetas de vacunación. Si la tarjeta de vacunación para un niño estaba disponible, las encuestadoras copiaron la información de vacunación de las tarjetas en el cuestionario del presente estudio si no había una tarjeta de vacunación disponible para el niño, la encuestadora procedió a pedirle a la madre que recordara si el niño había recibido cada una de las vacunas, y para los antígenos pertinentes, cuántas dosis se recibieron. Las estimaciones finales de la cobertura de vacunación se basan en la información obtenida de la tarjeta de vacunación o el informe de la madre de las vacunas recibidas por el niño.

²⁹ WHO Regional Office for Europe. (2016). Immunization Highlights 2015. World Health Organization. Copenhagen. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/307620/Immunization-highlights-2015.pdf

³⁰ WHO. (2018). Recommendations for Routine Immunization - Summary Tables. World Health Organization. August 22. Accessed August 23, 2018. http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/en/

³¹ además, se recomienda la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) para niñas de 9 a 14 años de edad, pero la cobertura de esta vacuna aún no está incluida en MICS, ya que la metodología está en desarrollo

³²<https://www.salud.gob.hn/site/index.php/component/edocman/esquema-de-vacunacion-pai-2021Esquema de>

vacunación PAI 2021

En la **Tabla TC 1.1** se muestra el porcentaje de niños de 12 a 23 meses y de 24 a 35 meses de edad vacunados contra enfermedades infantiles prevenibles por vacunación en cualquier momento antes de la encuesta (cobertura cruda), se incluye a todos los niños que fueron vacunados en momento previo a la encuesta según la tarjeta de vacunación o la declaración de la madre.

Entre el grupo de niños de 12 a 23 meses de edad, 96.4 por ciento fue vacunado en algún momento antes de la encuesta (cobertura cruda) contra la tuberculosis (BCG), 88.3 por ciento contra la Hepatitis B, 97.5 por ciento recibió la primera dosis de la vacuna pentavalente (DPT-Hep B-Hib), 95.4 por ciento recibió la segunda dosis de pentavalente y 92.4 por ciento la tercera dosis. Del mismo modo, 98.0 por ciento recibió la primera dosis de la vacuna contra la poliomielitis, el 94.9 por ciento recibió la segunda dosis y el 85.3 por ciento recibió la tercera dosis. La vacuna neumocócica (conjugada) fue recibida por el 96.4, 94.9 y 91.4 por ciento de este mismo grupo en su primera, segunda y tercera dosis, respectivamente. Recibió la vacuna de Rotavirus 97.0 por ciento, mientras que 93.4 por ciento recibió la Rotavirus 2 y 92.4 por ciento recibió la primera dosis de la vacuna contra la Sarampión-Rubeola 1. En la **Tabla TC 1.1** también se presentan las vacunas que se aplican a los 12 meses y después y que fueron aplicadas al grupo de niños de 24 a 36 meses de edad en algún momento antes de la encuesta (cobertura cruda), a 79.3 por ciento le fue aplicada la vacuna de la Polio Refuerzo (VOP/Sabin), a 73.2 por ciento la vacuna Sarampión-Rubeola 2 y a 85.9 por ciento la vacuna DPT Refuerzo1.

Las encuestadoras revisaron las tarjetas de vacunación de 90.4 por ciento de los niños de 12 a 23 meses y de 89.2 por ciento de los niños de 24 a 35 meses de edad. En esta tabla también aparece el resultado del cálculo realizado para el porcentaje de niños de 12 a 23 meses de edad y de 24 a 35 meses de edad, que tenían el esquema de vacunación completo. Se tomaron como base todas las vacunas que recibieron en cualquier momento hasta la fecha de la encuesta, resultando que 77.2 por ciento de los niños de 12 a 23 meses de edad tenían la vacunación completa de los antígenos básicos y los niños de 24 a 35 meses tenían el esquema de vacunación completa en 82.2 por ciento para los antígenos básicos y 66.7 por ciento para todos los antígenos.

Como se observa en la **Tabla C1.1** las coberturas de vacunas encontrada en ENDESA MICS 2019, 34 municipios, varía muy poco a lo encontrado en el presente estudio, la diferencia más significativa es en porcentaje de niños de 24-35 meses que recibieron la vacuna de Sarampión-Rubeola 2, donde se encontró que en la primera fue 58.0 por ciento y en el estudio SAN 2021 fue 73.2 por ciento.

Las cifras de cobertura de todas las vacunas para los niños de 24 a 35 meses de edad son similares a las de los niños de 12 a 23 meses de edad (Gráfico 1.1).

GRÁFICO 1.1
Porcentaje de niños de 12 a 23 meses y de 24 a 35 meses actualmente vacunados contra enfermedades infantiles prevenibles (Cobertura cruda, antígenos básicos en 39 municipios Estudio SAN 2021

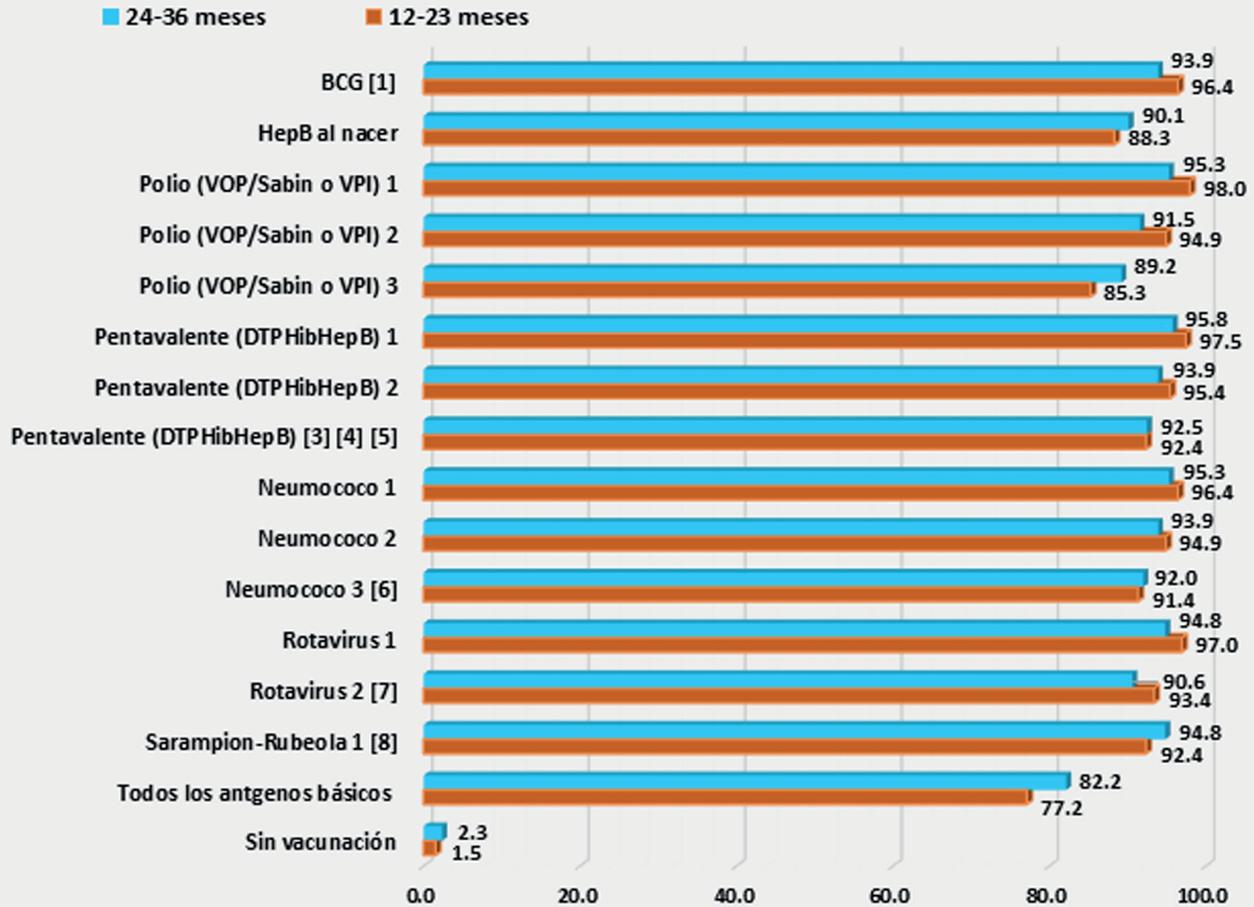


Tabla TC.1.1 Vacunas
Porcentaje de niños de 12 a 23 meses y de 24 a 35 meses actualmente vacunados contra enfermedades infantiles prevenibles (Cobertura cruda), en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Porcentaje de niños de 12-23 meses que recibieron:		
Antígenos	ESTUDIO SAN 2021	ENDESA MICS 2019 (34 municipios)
BCG [1]	96.4	88.9
HepB al nacer	88.3	83.3
Polio (VOP/Sabin o VPI) 1	98.0	95.9
Polio (VOP/Sabin o VPI) 2	94.9	90.2
Polio (VOP/Sabin o VPI) 3	85.3	92.2
Pentavalente (DTPHibHepB) 1	97.5	96.8
Pentavalente (DTPHibHepB) 2	95.4	95.1
Pentavalente (DTPHibHepB) 3 [3] [4] [5]	92.4	94.7
Neumococo 1	96.4	95.6
Neumococo 2	94.9	94.9
Neumococo 3 [6]	91.4	93.6
Rotavirus 1	97.0	97.9
Rotavirus 2 [7]	93.4	94.8
Sarampión-Rubeola 1 [8]	92.4	91.4
Vacunación completa Antígenos básicos [9] [A]	77.2	69.5
Ninguna vacuna	1.5	0.0
Tarjeta de vacunación [B]	94.4	95.8
Tarjeta de vacunación vista [C]	90.4	92.1
Número de niños	197	117

Porcentaje de niños de 24-35 meses que recibieron:		
Antígenos	ESTUDIO SAN 2021	ENDESA MICS 2019 (34 municipios)
Polio Refuerzo (VOP/Sabin) [2]	79.3	85.6
Sarampión-Rubeola 2 [10]	73.2	58.0
DPT Refuerzo 1	85.9	91.1
Vacunación completa Antígenos básicos [A]	82.2	81.1
Vacunación completa Todos los antígenos [11] [D]	66.7	71.2
Ninguna vacuna	2.3	2.8
Tarjeta de vacunación [B]	92.0	96.4
Tarjeta de vacunación vista [C]	89.2	89.6
Número de niños	213	134

[1] Indicador MICS TC.1 - Cobertura de inmunización Tuberculosis

[2] Indicador MICS TC.2 - Cobertura de inmunización contra el Polio

[3] Indicador MICS TC.3 - Cobertura de inmunización contra la Difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT); indicadores ODS 3.b.1 & 3.8.1

[4] Indicador MICS TC.4 - Cobertura de inmunización contra el Hepatitis B

[5] Indicador MICS TC.5 - Cobertura de inmunización contra Haemophilus influenzae tipo B (Hib)

[6] Indicador MICS TC.6 - Cobertura de inmunización neumocócica (conjugada); indicador ODS 3.b.1

[7] Indicador MICS TC.7 - Cobertura de inmunización contra el rotavirus [8] Indicador MICS TC.8 - Cobertura de inmunización contra la rubéola

[9] Indicador MICS TC. 11a -Cobertura de inmunización completa (antígenos básicos)

[10] Indicador MICS TC.10 - Cobertura de inmunización contra el sarampión; indicador ODS 3.b.1

[11] Indicador MICS TC.11 - TC.11b - Cobertura de inmunización completa (todos los antígenos)

[A] Los antígenos básicos incluyen: BCG, Polio3, DTP3, Sarampión

[B] Tarjeta de vacunación u otros documentos donde se anotan las vacunas

[C] Incluye niños para quienes se observaron tarjetas de vacunación u otros documentos con al menos una dosis de vacuna registrada (Disponibilidad de la tarjeta)

[D] Esquema completo: BCG, Polio 3 dosis y un refuerzo, Pentavalente 3 dosis, Rotavirus 2 dosis, SRP 2 dosis y un Refuerzo de DPT

4.2 Episodio de enfermedad

Una estrategia clave para avanzar hacia ODS 3.2 en 2030 es terminar con las muertes prevenibles de recién nacidos y niños menores de 5 años, con todos los países apuntando a reducir la mortalidad neonatal hasta al menos a 12 por 1000 nacidos vivos y la mortalidad de menores de 5 años al menos a 25 por cada 1000 nacidos vivos, previniendo enfermedades como la diarrea, la neumonía y la malaria, que aún se encuentran entre las principales causas de muerte de niños menores de 5 años.³³

La **Tabla TC.2.1** presenta el porcentaje de niños menores de 5 años con reporte de haber tenido un episodio de diarrea, síntomas de infección respiratoria aguda (IRA) o fiebre durante las 2 semanas anteriores a encuesta. Estos resultados no son medidas de la prevalencia verdadera, y no deben usarse como tales, sino más bien la prevalencia de esas enfermedades durante un período de dos semanas.

En este estudio, la definición de un caso de diarrea o fiebre, fue el informe de la madre o de la persona cuidadora indicando que el niño presentó esos síntomas en el período especificado, no se buscó ninguna otra evidencia además de la opinión de la madre. Se consideró que un niño había presentado un episodio de IRA cuando la madre o persona cuidadora informó que, durante el período especificado, el niño o niña había tenido una enfermedad con tos y respiración rápida o difícil, y cuyos síntomas se percibieron como debidos a que el niño sentía un malestar en el pecho, o un malestar en el pecho y también una nariz tapada o moquera.

En la **Tabla TC.2.1** se observa que el porcentaje de niños menores de 5 años con episodio de diarrea en el período de dos semanas anterior a la encuesta es 17.9 por ciento, los porcentajes más bajos surgen entre los niños de 48 a 59 meses de edad, de 36 a 47 meses de edad y del cuarto quintil (10.1, 11.3 y 11.4 por ciento respectivamente) y el porcentaje más alto se muestra en los niños de 12 a 23 meses de edad, 31.5 por ciento.

También se observa que el porcentaje de niños menores de cinco años que tuvo síntomas de IRA en el período de dos semanas anterior a la encuesta es 7.0 por ciento, el porcentaje más bajo se encontró entre los niños del quintil más rico, con 2.7 por ciento y el porcentaje más alto se encontró entre los niños de 12 a 23 meses de edad, (10.7 por ciento).

El 24.7 por ciento de los niños menores de cinco años presentó un episodio de fiebre, en el período de dos semanas anteriores a la encuesta, los niños de 12 a 23 meses presentan el porcentaje más altos, (32.0 por ciento) y el porcentaje más bajo se observan entre el grupo del cuarto quintil (16.5 por ciento).

³³ UNICEF. (2017). Levels and Trends in Child Mortality Report 2017. New York. Las principales causas de muerte en niños menores de 5 años en 2016 incluyeron complicaciones de parto prematuro (18 por ciento), neumonía (16 por ciento), eventos relacionados con el parto (12 por ciento), diarrea (8 por ciento), sepsis neonatal (7 por ciento) y malaria (5 por ciento). https://www.unicef.org/media/48871/file/Child_Mortality_Report_2017.pdf

Al comparar los datos totales encontrados en el presente estudio con los datos del dominio de ENDESA MICS 2019 34 municipios, se observa bastante similitud entre ambos.

Tabla TC.2.1: Informe de episodios de enfermedad
Porcentaje de niños de 0-59 meses para los cuales la madre/cuidador informó de episodios de diarrea, síntomas de infección respiratoria aguda (IRA), o fiebre en las últimas dos semanas, en 39 municipios
Estudio SAN 2021

Características de los niños	Porcentaje de niños quienes en las últimas dos semanas tuvieron:			Número de niños
	Un episodio de diarrea	Síntomas de IRA	Un episodio de fiebre	
Total	17.9	7.0	24.7	1107
Sexo				
Hombre	19.4	8.5	22.7	542
Mujer	16.5	5.7	26.5	563
Edad (en meses)				
0-11	19.7	8.5	23.8	223
12-23	31.5	10.7	32.0	197
24-35	19.2	6.1	26.8	213
36-47	11.3	4.9	21.4	266
48-59	10.1	5.8	20.7	208
Quintiles de índice de riqueza				
Más pobre	18.2	8.7	27.3	264
Segundo	21.6	9.1	29.0	231
Medio	19.9	9.5	28.9	211
Cuarto	11.4	4.5	16.5	176
Más rico	16.9	2.7	19.6	225
ENDESA MICS 2019, (34 municipios) Total	16.4	6.9	22.3	663

4.3 Diarrea

La diarrea es una de las principales causas de muerte entre los niños menores de cinco años en todo el mundo.³⁴ La mayoría de las muertes relacionadas con la diarrea en los niños se deben a la deshidratación por la pérdida de grandes cantidades de agua y electrolitos del cuerpo en heces líquidas. El manejo de la diarrea mediante una solución de sal de rehidratación oral (SRO) o un líquido casero recomendado (LCR), puede prevenir muchas de estas muertes.³⁵ Además, se ha demostrado que la provisión de suplementos de zinc reduce la duración y la gravedad de la enfermedad, así como el riesgo de futuros episodios dentro de los próximos dos o tres meses.

³⁴ UNICEF. (2016). One is Too Many: Ending Child Deaths from Pneumonia and Diarrhoea. New York. UNICEF. <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/11/UNICEF-Pneumonia-Diarrhoea-report2016-web-version.pdf>

³⁵ En 2004, UNICEF y la OMS publicaron una declaración conjunta con recomendaciones sobre el tratamiento de la diarrea para países de bajos ingresos, que promueve las sales de rehidratación con baja osmolaridad (SRO) y el zinc, además de la alimentación continua. WHO/UNICEF. (2004). Clinical Management of Acute Diarrhoea. Joint Statement. Geneva/New York. UNICEF. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68627/WHO_FCH_CAH_04.7.pdf?sequence=1

Los entornos domésticos limpios y la buena higiene son importantes para prevenir la propagación tanto de la neumonía como de la diarrea, y el agua potable y la eliminación adecuada de los desechos humanos, incluidas las heces infantiles, son vitales para detener la propagación de enfermedades diarreicas entre niños y adultos.

En los casos en que la madre reportó que su hijo había tenido un episodio de diarrea, se hicieron una serie de preguntas sobre la búsqueda de tratamiento en los servicios de salud, el tratamiento brindado al niño, incluyendo las prácticas de consumo de bebidas y alimentos durante el episodio de diarrea.

La **Tabla TC 3.1** muestra el porcentaje de niños de 0 a 59 meses con algún episodio de diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta para los cuales se buscó asesoramiento o tratamiento y dónde se buscó este tratamiento. Para el 45.5 por ciento de los niños con diarrea se obtuvo asesoramiento o tratamiento, en un establecimiento o proveedor de salud del sector médico público (35.4 por ciento) y del sector médico privado (13.6 por ciento). Sin embargo, en 44.9 por ciento de los casos la madre o encargada no solicitó asesoramiento o tratamiento, esta situación es más desfavorable según sexo entre las niñas, 54.8 por ciento. La situación encontrada en ENDESA MICS 2019, 34 municipios fue más alta pues un 53.5 por ciento no buscó asesoramiento o tratamiento.

En la **Tabla TC 3.2** se muestran los patrones de consumo de bebidas y de comidas durante la diarrea en niños de 0 a 59 meses. En cuanto al consumo de bebidas, 44.0 por ciento tiene prácticas inadecuadas en relación al consumo de las mismas, pues 5.1 por ciento recibió mucho menos, 28.3 por ciento un poco menos, y 10.6 por ciento nada de líquidos, a diferencia del 7.1 por ciento de niños menores de cinco años que recibió más de lo usual y 48.5 por ciento recibió más o menos lo mismo de líquidos. También se encontró que a los niños menores de 5 años se les proporcionó mucho menos (9.6 por ciento) un poco menos (39.4 por ciento), o nada de comida (8.6 por ciento) durante el episodio de diarrea, resultando que más de la mitad de los niños, 57.6 por ciento, tienen una alimentación disminuida o nula en episodios de diarrea, mientras que un 2.5 por ciento recibió más de lo habitual y 39.9 por ciento más o menos la misma cantidad de comida. Al comparar estos datos con los resultados de ENDESA MICS 2019, 34 municipios, se observa que donde hubo la mayor diferencia es en el consumo nulo de líquidos que en esta última casi se duplicó, 20.2 por ciento.

La **Tabla TC 3.3** muestra el porcentaje de niños de 0 a 59 meses que reciben Sales de Rehidratación Oral (SRO), varios tipos de líquidos caseros recomendados y zinc durante el episodio de diarrea. Del total de niños en este grupo de edad, 44.4 por ciento recibió cualquier SRO, 16.7 por ciento recibió bebidas caseras recomendadas por el gobierno, 32.8 por ciento recibió zinc (en tableta o jarabe), 18.2 por ciento recibió SRO y zinc y el 53.0 por ciento de niños con un episodio de diarrea fue tratado con SRO o con un líquido casero recomendado.

La **Tabla TC 3.4** presenta la proporción de niños de 0 a 59 meses con episodio de diarrea en las últimas dos semanas que recibieron Terapia de Rehidratación Oral (TRO) con alimentación continuada y el porcentaje de niños con diarrea que recibieron otros tratamientos. El 43.4 por ciento recibió Terapia de Rehidratación Oral (TRO) y al mismo tiempo, alimentación continuada, tal como se recomienda,

47.0 por ciento de los niños con diarrea recibió SRO o mayor cantidad de líquidos y 54 por ciento recibió TRO (SRO o bebidas caseras recomendadas o mayor cantidad de líquidos). Esta tabla también muestra que el 38.9 de niños que había tenido diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta recibió otras formas de tratamiento tales como antibiótico (12.1 por ciento) y antiespasmódicos (4 por ciento) y que el 61.1 por ciento de estos niños no recibió alguna de estos otros tratamientos. De los niños con episodio de diarrea en las últimas dos semanas. El 18.2 por ciento no recibió algún tipo de tratamiento, ni medicamentos, en ENDESA MICS 2019 34 municipios, este porcentaje fue menor (14.4 por ciento) y el 47.5 por ciento recibió TRO con alimentación continuada.

La **Tabla TC 3.5** proporciona información sobre la fuente de obtención de las SRO y del Zinc para niños de 0 a 59 meses que recibieron estos tratamientos. Tanto el sector médico público como privado son las principales fuentes que proveen las SRO (40.9 y 35.2 por ciento, respectivamente). En el caso del zinc se obtuvo principalmente en el sector médico público (40.0 por ciento) y en el sector privado lo obtuvo el 24.6 por ciento.

Tabla TC.3.1: Búsqueda de atención durante la diarrea
Porcentaje de niños de 0-59 meses con diarrea en las últimas dos semanas para quienes se solicitó asesoramiento o tratamiento, por fuente de asesoramiento o tratamiento en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características de los niños	Porcentaje de niños con diarrea para quienes:					Número de niños con diarrea en las últimas dos semanas
	Asesoramiento o tratamiento fue solicitado en:				No se solicitó asesoramiento o tratamiento	
	Establecimientos salud o proveedores:		Otras fuentes	Un establecimiento de salud o proveedor [1] [A]		
Sector médico público	Sector médico privado					
Total	35.4	13.6	7.1	45.5	44.9	198
Sexo						
Hombre	40.0	18.1	6.7	54.3	36.2	105
Mujer	30.1	8.6	7.5	35.5	54.8	93
ENDESA MICS 2019, (34 municipios) Total	37.0	5.7	3.7	41.6	53.5	109

+ [1] Indicador MICS TC.12 - Búsqueda de atención durante la diarrea

[A] Incluye todas las instalaciones y proveedores públicos y privados, pero excluye las farmacias privadas

Tabla TC.3.2: Prácticas de alimentación durante la diarrea
Distribución porcentual de niños de 0-59 meses de edad con diarrea en las dos últimas semanas por cantidad de líquidos y comida dados durante el episodio de diarrea, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Estudios	Prácticas de bebida durante la diarrea					Prácticas alimentarias durante la diarrea					Número de niños con diarrea en las últimas dos semanas
	Al niño se le dio de beber:					Al niño se le dio de comer:					
	Mucho menos	Un poco menos	Más o menos lo mismo	Más	Nada	Mucho menos	Un poco menos	Más o menos lo mismo	Más	Nada	
Estudio SAN 2021 Total	5.1	28.3	48.5	7.1	10.6	9.6	39.4	39.9	2.5	8.6	198
ENDESA MICS 2019 (34 municipios) Total	4.5	26.6	41.5	7.3	20.2	9.5	42.3	38.9	1.6	7.8	109

Tabla TC.3.3: Soluciones de Rehidratación Oral, líquido casero y zinc
Porcentaje de niños de 0-59 meses con diarrea en las últimas dos semanas, y tratamiento con sales de rehidratación oral (SRO), líquido casero, y zinc en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Estudios	Porcentaje de niños con diarrea que recibieron:							Número de niños con diarrea en las últimas dos semanas
	Sales de Rehidratación Oral (SRO)			Líquido casero recomendado por el gobierno	SRO o líquido casero recomendado por el gobierno	Tableta o jarabe de zinc	SRO y zinc [2]	
	Fluidos de paquete	Fluidos pre-empacados	Cualquier SRO [1]					
Estudio SAN 2021 Total	33.3	25.3	44.4	16.7	53.0	32.8	18.2	198
ENDESA MICS 2019 (34 municipios) Total	35.1	20.1	39.3	21.6	55.8	42.6	18.6	109

[1] Indicador MICS TC. 13a - Tratamiento contra la diarrea con sales de rehidratación oral (SRO)

[2] Indicador MICS TC.13b - Tratamiento contra la diarrea con sales de rehidratación oral (SRO) y zinc

Tabla TC.3.4: Terapia oral de rehidratación con alimentación continuada y otros tratamientos
Porcentaje de niños de 0-59 meses de edad con diarrea en las dos últimas semanas que recibieron terapia
de rehidratación oral con alimentación continuada y porcentaje de niños/as con diarrea que recibieron otros tratamientos,
en 39 municipios. Estudio SAN 2021
Niños con diarrea que recibieron:

	Zinc	SRO o líquidos incrementados	TRO (SRO o líquido casero recomendado por el gobierno o líquidos incrementados)	TRO con alimentación continuada [1]	Otros tratamientos		No se ha dado ningún tratamiento o medicamento	Número de niños con diarrea en las dos últimas semanas
					Recibieron otro tratamiento*	Sin recibir otro tratamiento		
Estudio SAN 2021 Total	32.8	47.0	54.0	43.4	38.9	61.1	18.2	198
ENDESA MICS 2019 (34 municipios) Total	42.6	41.6	56.3	47.5	11.2	65.4	14.4	109

*Recibieron otro tratamiento Estudio SAN 2021: - Píldora o jarabe: antibiótico (12.1%), anti motilidad (4.0%), otro (8.6%) y desconocido (1.0%) - Inyección: antibiótico (1.0%), no antibiótico (0.5%), desconocido (0.5%) - Remedio casero, medicación de herbolarios (2.0%) - Otro: (13.1%)

*Recibieron otro tratamiento ENDESA MICS 2019: - Píldora o jarabe: antibiótico (11.2%), anti motilidad (7.6%), otro (4.9%) y desconocido (1.5%) - Inyección: antibiótico (14.2%), no antibiótico (0.0%), desconocido (1.2%) - Remedio casero, medicación de herbolarios (5.0%) - Otro: (6.5%)

[1] Indicador MICS TC.14 - Tratamiento contra la diarrea con terapia de rehidratación oral (SRO) y alimentación continua

Tabla TC.3.5: Fuentes de SRO y de Zinc
Porcentaje de niños de 0-59 meses con diarrea en las últimas 2 semanas
por fuente de obtención de SRO y de Zinc, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Estudio	Porcentaje de niños para los cuales la fuente de SRO fue:				Número de niños a quienes se les dio SRO como tratamiento	Porcentaje de niños para quienes la fuente de Zinc fue:				Número de niños a quienes se les dio Zinc como tratamiento
	Centros de salud o proveedores		Otra fuente	Un proveedor o centro de salud [A]		Centros de salud o proveedores		Otra fuente	Proveedor de salud o centro de salud [A]	
	Públicos	Privado				Públicos	Privado			
Estudio SAN 2021	40.9	35.2	26.1	75.0	88	40.0	24.6	35.4	64.6	65

[A] Incluye todas las instalaciones y proveedores públicos y privados, pero excluye las farmacias privadas

4.4 Síntomas de Infección Respiratoria Aguda (IRA)

En este estudio se recolectó información sobre los síntomas de IRA para capturar los síntomas relacionados con la neumonía, una de las principales causas de muerte en niños menores de cinco años.³⁶ Una vez diagnosticada, la neumonía se trata de manera efectiva con antibióticos. Los estudios han mostrado una limitación en el enfoque de las encuestas para medir la neumonía porque muchos de los casos reportados por las madres o cuidadores en las encuestas como síntomas de neumonía, no son en realidad neumonía verdadera.³⁷ Si bien esta limitación no afecta el nivel y los patrones de búsqueda de atención para los síntomas de IRA, limita la validez del nivel de tratamiento de la IRA con antibióticos, según se reporta a través de encuestas de hogares, por tanto, el indicador de tratamiento descrito en este informe debe tomarse con precaución.

La **Tabla TC 5.1** presenta el porcentaje de los niños con síntomas de IRA, que también se conoce generalmente como síntomas de neumonía, en las dos semanas anteriores a la encuesta, para los que se buscó la atención, por fuente de atención y el porcentaje que recibieron antibióticos.

Para 57.7 por ciento de niños de 0 a 59 meses de edad, con síntomas de IRA en las dos semanas anteriores a la encuesta, se buscó asesoramiento o tratamiento con un proveedor de salud, en el sector público 41.0 por ciento y en el sector privado 16.7 por ciento. No se solicitó asesoramiento o tratamiento para 34.6 por ciento de niños. El 52.6 por ciento de los niños con síntomas de IRA, recibió antibióticos durante las dos semanas anteriores a la encuesta.

Tabla TC.5.1: Búsqueda de atención y tratamiento antibiótico de los síntomas de infección respiratoria aguda (IRA)
Porcentaje de niños de 0-59 meses con síntomas de IRA en las últimas dos semanas para quienes se solicitó asesoramiento o tratamiento, por fuente del asesoramiento o tratamiento, y porcentaje de niños con síntomas que recibieron antibióticos en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Estudio SAN 2021 Total	Porcentaje de niños con síntomas de IRA para los cuales:					Porcentaje de niños con síntomas de IRA en las últimas dos semanas quienes recibieron antibióticos [2]	Número de niños con síntomas de IRA en las últimas dos semanas
	Asesoramiento o tratamiento fue solicitado en:				No se solicitó asesoramiento o tratamiento		
	Establecimiento de salud o proveedores		Otra fuente	Un establecimiento de salud o proveedor [1] [A]			
Sector médico público	Sector médico privado						
	41.0	16.7	6.4	57.7	34.6	52.6	78

[1] Indicador MICS TC.19 - Búsqueda de atención para niños con síntomas de infección respiratoria aguda (IRA); indicador ODS 3.8.1

[2] Indicador MICS TC.20 - Tratamiento con antibióticos para niños con síntomas de IRA

[A] Incluye todas las instalaciones y proveedores de salud públicos y privados, así como aquellos que no sabían si era público o privado, pero excluye las farmacias privadas

³⁶ Campbell, H. et al. (2013). Measuring Coverage in MNCH: Challenges in Monitoring the Proportion of Young Children with Pneumonia Who Receive Antibiotic Treatment. PLoS Med 10. No.5. doi: 10.1371/journal.pmed.1001421

³⁷ Campbell, H. et al. (2013). Ya citado.

4.5 Fiebre

En el presente estudio se preguntó a las madres o cuidadores si su hijo menor de cinco años tuvo un episodio de fiebre en las dos semanas previas a la encuesta. En los casos en que las madres informaron que el niño tuvo fiebre, se hicieron una serie de preguntas sobre el tratamiento de la enfermedad, incluido si se le había dado algún medicamento para la malaria y si se le había practicado una prueba para el diagnóstico de malaria.

La **Tabla TC.6.10** muestra información de los niños de 0 a 59 meses con fiebre en las dos semanas anteriores a la encuesta para quienes se buscó asesoramiento o tratamiento, así como su fuente. De los niños que presentaron algún episodio de fiebre, 54.2 por ciento recibió asesoramiento o tratamiento en un establecimiento de salud o proveedor de salud, del sector público (38.5 por ciento) y en el sector privado (15.8 por ciento), 39.9 por ciento no solicitó asesoramiento o tratamiento para los niños con fiebre y en 42.3 por ciento en ENDESA MICS 2019 34 municipios, se observó la misma situación.

La **Tabla TC.6.11** muestra los tratamientos que les brindaron a los niños con algún episodio de fiebre en las dos semanas anteriores a la encuesta, según información brindada por las madres. Sobresale el tratamiento con paracetamol/panadol/ acetaminofén, recibido por 70.3 por ciento de los niños, seguido de amoxicilina (28.9 por ciento) y menos de 1 por ciento de los niños recibió medicamento para la malaria

Tabla TC.6.10: Búsqueda de atención durante la fiebre

Porcentaje de niños de 0-59 meses con fiebre en las últimas dos semanas para quienes se solicitó asesoramiento o tratamiento, por fuente del asesoramiento o tratamiento en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Estudios	Porcentaje de niños para quienes:					Número de niños de 0 a 59 meses con fiebre en las últimas dos semanas
	Asesoramiento o tratamiento fue solicitado en:				No se solicitó asesoramiento ni tratamiento	
	Establecimiento de salud o proveedores:		Otras fuentes	Un proveedor o establecimiento de salud [1] [A]		
	Sector médico público	Sector médico privado				
Estudio SAN 2021 Total	38.5	15.8	5.9	54.2	39.9	273
ENDESA MICS 2019 (34 municipios) Total	35.6	16.4	0.8	51.9	47.3	148

[1] Indicador MICS TC.26 - Búsqueda de atención para la fiebre

[A] Incluye todas las instalaciones y proveedores de salud públicos y privados, así como aquellos que no sabían si eran públicos o privados. También incluye tiendas

Tabla TC.6.11: Tratamiento de niños con fiebre
Porcentaje de niños de 0-59 meses que tuvieron fiebre en las últimas dos semanas, por tipo de medicina dada para la enfermedad en 39 municipios Estudio SAN 2021

Estudios	Niños con fiebre en las últimas dos semanas a quienes se les dio:										Número de niños/as con fiebre en las dos últimas semanas	
	Medicina contra malaria	Otros medicamentos:								Otro		Ignorado/ NS
		Amoxicilina	Clotrimoxazol	Otro antibiótico en pastilla o jarabe	Otro antibiótico en inyección	Paracetamol/ Panadol/ Acetaminofén	Aspirina	Ibuprofeno				
Estudio SAN 2021 Total	0.4	28.9	0.4	8.4	5.1	70.3	0.7	5.9	22.7	2.9	273	
ENDESA MICS 2019, (34 municipios) Total	0.7	26.4	0.9	3.4	3.4	68.8	0.0	2.8	14.3	4.0	148	

4.6 Lactancia materna y alimentación complementaria

Las prácticas óptimas de alimentación para bebés y niños pequeños pueden aumentar la supervivencia y promover un crecimiento y desarrollo óptimos, especialmente en la ventana crítica comprendida desde el nacimiento hasta los 2 años de edad. La lactancia materna durante los primeros años de vida protege a los niños de las infecciones, les proporciona una fuente ideal de nutrientes y es económica y segura.³⁸ Sin embargo, muchas madres no empiezan a amamantar tempranamente, no amamantan de manera exclusiva durante los seis meses recomendados o dejan de amamantar demasiado pronto a sus niños.³⁹ Se ha demostrado que el consumo de alimentos sólidos, semisólidos y blandos, adecuados, suficientes y seguros a partir de los 6 meses de vida en adelante y la lactancia materna continua produce mejores resultados de salud y crecimiento, con potencial de reducir el retraso del crecimiento durante los dos primeros años de vida.⁴⁰

UNICEF y la OMS recomiendan que: i) la lactancia materna se inicie dentro de la primera hora después del parto, ii) se alimente al bebé exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida y iii) la lactancia materna continúe hasta los 2 años y más.⁴¹ Las recomendaciones de lactancia materna y los principios rectores para la alimentación complementaria para los cuales se han desarrollado indicadores estándar,^{42,43} se recopilan en esta encuesta y se enumeran en la siguiente tabla:

38 Victora, C. et al. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet* 387. P. 475-90. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)

39 UNICEF. (2016). From the first hour of life. Making the case for improved infant and young child feeding everywhere. New York: UNICEF. <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/10/From-the-first-hour-of-life.pdf>

40 Bhuta, Z. et al. (2013). Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *The Lancet* 382. No. 9890. P.452-477. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60996-4

41 WHO. (2003). Implementing the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Meeting Report, Geneva: WHO Press. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42590/9241562218.pdf?sequence=1>

42 PAHO/WHO. (2003). Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Washington D.C. https://www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_compfeeding_breastfed.pdf

43 WHO. (2005). Guiding principles for feeding non-breastfed children 6-24 months of age. Geneva: WHO Press. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43281/9241593431.pdf?sequence=1>

Recomendaciones y principios rectores de la lactancia materna y la alimentación complementaria

Recomendación/ principio rector	Indicadores/medidas aproximadas ⁴⁴	Notas sobre interpretación ⁴⁵	Tabla
Lactancia dentro de la primera hora de haber nacido	Iniciación temprana de la lactancia materna Porcentaje de los nacidos vivos más recientes de mujeres con nacidos vivos en los últimos 2 años que amamantaron dentro de la hora después del nacimiento	Este es el único indicador de la serie basado en el recuerdo histórico, es decir, de lo que ocurrió hasta 2 años antes de la entrevista de la encuesta.	TC 7.1
Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.	Lactancia materna exclusiva en los primeros seis de vida. Porcentaje de bebés menores de 6 meses que lactan exclusivamente ⁴⁶	Captura la práctica deseada para toda la población de interés (es decir, todos los niños de 0 a 5 meses deben ser amamantados exclusivamente) en un período de 24 horas. No representa la proporción de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva todos los días desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad y no deben interpretarse como tales.	TC.7.3
Introducción de alimentos sólidos, semisólidos y blandos, a la edad de 6 meses	Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos, (edad 6-8 meses) Porcentaje de bebés de 6 a 8 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos, durante el día anterior	Captura la práctica deseada para toda la población de interés (es decir, todos los niños de entre 6 y 8 meses de edad deben comer alimentos sólidos) en un período de 24 horas. No representa la proporción de bebés que comenzaron a recibir sólidos cuando cumplieron 6 meses, ni la proporción de niños de 6 a 8 meses que recibieron sólidos todos los días desde que cumplieron 6 meses y no deben interpretarse como tales.	TC 7.6
Continuar con la lactancia materna frecuente y bajo demanda durante dos años y más.	Lactancia continua a 1 año y 2 años. Porcentaje de niños de 12 a 15 meses (1 año) y de 20 a 23 meses (2 años) que recibieron leche materna durante el día anterior.	Captura la práctica deseada para diferentes poblaciones de interés (los niños deben ser amamantados por hasta 2 años) en un período de 24 horas. Sin embargo, la etiqueta de 1 y 2 años puede ser confusa dado el rango de edad real en meses para cada indicador.	TC.7.3
Proporcionar comidas con la frecuencia y densidad energética apropiadas.	Frecuencia mínima de comida (edad 6-23 meses) Niños/as lactantes: Según la edad, al menos dos o tres comidas / bocadillos proporcionados durante el día anterior Niños/as no lactantes: Al menos cuatro comidas/refrigerios y/o tomas de leche proporcionados durante el día anterior	Este indicador representa el número mínimo de comidas y no la suficiencia. Además, los cuestionarios estándar no distinguen si las tomas de leche se proporcionaron como parte de una comida sólida o como una comida separada. Por lo tanto, las comidas se pueden contar dos veces para algunos niños que no son lactantes. Las tasas no deben compararse entre niños lactantes y no lactantes.	TC.7.7
Proveer alimentos con el contenido apropiado de nutrientes.	Diversidad alimentaria mínima (edad 6-23 meses) Al menos cinco de los ocho grupos de alimentos ⁴⁷ consumidos en las 24 horas anteriores a la encuesta	Este indicador representa la diversidad dietética mínima y no la suficiencia. Además, el consumo de cualquier cantidad de alimentos de cada grupo de alimentos es suficiente para "contar", ya que el indicador estándar solo pretende capturar las respuestas de sí/no. Las tasas no deben compararse entre niños lactantes y no lactantes.	TC.7.7

Además de los indicadores de la tabla, se combinan tres dimensiones de la alimentación complementaria para formar un indicador compuesto de "dieta mínima aceptable". Este indicador evalúa las necesidades de energía y la suficiencia de nutrientes (no incluye el hierro). Para tener una dieta mínima aceptable, la niña y el niño de 0 a 23 meses de edad deben haber recibido en el día anterior a la encuesta:

- (i) El número apropiado de comidas/meriendas; (esto es la frecuencia mínima adecuada de comidas según la edad y estado actual de lactancia materna)
- (ii) Alimentos de al menos 5 de los 8 grupos de alimentos para niños lactantes y 4 de cada 7⁴⁸ grupos de alimentos para niños no lactantes (Diversidad alimentaria adecuada)
- (iii) Al menos dos tomas de leche para niños no lactantes.

⁴⁴ Cabe señalar que estos indicadores son, en general, medidas aproximadas que no captan las recomendaciones o directrices exactas, sino que sirven de base para el monitoreo y proporcionan información útil sobre la población de interés.

⁴⁵ Para todos los indicadores distintos al inicio temprano de la lactancia materna, la definición se basa en el estado actual, es decir, lo que sucedió durante el día anterior a la encuesta, desde el momento en que el niño se despertó hasta el momento en que se fue a dormir hasta la mañana del día de la entrevista.

⁴⁶ Bebés que reciben leche materna y que no reciben ningún otro líquido o alimento, a excepción de la solución de rehidratación oral, vitaminas, suplementos minerales y medicamentos.

⁴⁷ El indicador se basa en el consumo de cualquier cantidad de alimentos de al menos 5 de los 8 grupos de alimentos siguientes: 1) Leche materna, 2) Granos, raíces y tubérculos, 3) Legumbres y nueces, 4) Productos lácteos (leche, fórmula infantil), yogur, queso), 5) alimentos de carne (carne, pescado, aves y hígado / órganos), 6) huevos, 7) frutas y verduras ricas en vitamina A, y 8) otras frutas y verduras.

⁴⁸ Tenga en cuenta que el denominador se convierte en 7 grupos de alimentos para niños no lactantes en el indicador compuesto, ya que el grupo de productos lácteos se elimina de la diversidad de la dieta, ya que esto se evalúa por separado.

Los datos de la **Tabla TC.7.1** proceden de los informes de las madres sobre el momento en que amamantó por primera vez a su último hijo, nacido en los últimos dos años. Indica la proporción de quienes fueron amamantados alguna vez, los que fueron amamantados por primera vez dentro de una hora de haber nacido y el primer día de nacimiento.

El 96 por ciento de las madres informó que habían brindado lactancia materna a sus hijos alguna vez y aunque el inicio temprano después del nacimiento de la lactancia materna, es un paso muy importante en el establecimiento y manejo de la misma, solo 59.1 por ciento de los bebés fueron amamantados por primera vez dentro de la primera hora después del nacimiento, y el 81.8 por ciento de los recién nacidos iniciaron la lactancia dentro del primer día del nacimiento. Al comparar estos datos con los resultados obtenidos en ENDESA MICS 2019 34 municipios, se observan que hay un ligero aumento en estos indicadores, la mayor diferencia está en el porcentaje del inicio temprano de la lactancia materna, hay un incremento de 5.8 por ciento.

Al desagregar por características de contexto, se encuentran diferencias importantes en este comportamiento. El porcentaje de bebés amamantados en la primera hora de nacimiento es mayor entre los nacidos: en parto atendido por una partera (69.2 por ciento), parto en el hogar (66.2 por ciento) y por parto vaginal (66.7 por ciento).

La **Tabla TC.7.2** presenta información sobre líquidos u otros productos que recibieron los recién nacidos en los primeros tres días de vida, aparte de la leche materna. Se observa que 37.1 por ciento recibió algún tipo de líquidos u otros productos lácteos o no lácteos (sin considerar la leche materna), en los primeros tres días de vida; Este porcentaje resulta mayor en los quintiles cuarto y medio (46.7 y 43.6 por ciento respectivamente), cuando el nacimiento ocurrió en el hogar (45.6 por ciento) y en parto atendido por una partera (42.3 por ciento).

En las tablas de **TC.7.3 a TC.7.6** se presenta el conjunto de indicadores de alimentación de niños de 0 a 23 meses de edad y se basan en la información brindada por las madres sobre las prácticas de lactancia materna y del consumo de alimentos y líquidos durante el día o la noche anterior a la entrevista. Los datos están sujetos a una serie de limitaciones, algunas relacionadas con la capacidad de la entrevistada para proporcionar un informe completo sobre la ingesta de líquidos y alimentos del niño debido a errores de memoria, así como la falta de conocimiento en los casos en que el niño fue alimentado por otras personas.

La **Tabla TC.7.3** muestra datos sobre el estado de la lactancia materna para lactantes de 0 a 5 meses que reciben solo leche materna y para lactantes de esta misma edad que reciben lactancia materna predominante⁴⁹. La tabla también ofrece información acerca de la lactancia materna continuada de niños de 12 a 15 meses y de 20 a 23 meses. Se observa que 28.3 por ciento de los niños de 0 a 5 meses reciben lactancia materna exclusiva. En el caso de lactantes de 0 a 5 meses que reciben lactancia predominante, llega a ser 41.5 por ciento. A la edad de 12 a 15 meses, 71.2 por ciento de los niños todavía son amamantados, y a la edad de 20 a 23 meses, 36.4 por ciento continúa siendo amamantado.

⁴⁹ Según los indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño (USAID-FANTA-UNICEF-OMS) En la práctica alimentaria de lactancia materna predominante se requiere que el lactante reciba leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) como la fuente predominante de alimentación, permite que el lactante reciba ciertos líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de fruta), líquidos rituales y SRO, gotas o jarabes (vitaminas, minerales, medicamentos) y no permite que el lactante reciba cualquier otra cosa (en particular, leche de origen no humano, alimentos líquidos o licuados)

La **Tabla TC.7.4** muestra la mediana de la duración en meses de cualquier lactancia entre niños de 0-35 meses y la mediana de la duración en meses de la lactancia exclusiva y predominante entre niños de 0-23, resultando que la mediana de la duración de cualquier lactancia materna es 18.8 meses, la mediana de duración de la lactancia materna exclusiva es menos de un mes (0.7) y la duración de lactancia predominante es un mes. En el quintil más pobre la duración en meses resulta mayor tanto para cualquier lactancia materna, como para la lactancia materna exclusiva y para la lactancia materna predominante (22.5, 1.2 y 3.5 meses respectivamente). En relación a lo encontrado en ENDESA MICS 2019, 34 municipios, existe variación con el presente estudio, en la duración de la lactancia materna exclusiva (1.8 meses) y de la lactancia materna predominante (4.7 meses).

La **Tabla TC.7.5** proporciona información sobre las prácticas de lactancia materna apropiadas para la edad de los niños de 0 a 23 meses de edad. Se utilizan diferentes criterios de alimentación dependiendo de la edad del niño. Para bebés de 0 a 5 meses la lactancia materna exclusiva se considera alimentación adecuada para su edad, mientras que para los niños de 6 a 23 meses se consideran alimentados adecuadamente si la leche materna se combina con alimentos sólidos, semisólidos o blandos. De los niños de 0 a 5 meses de edad, 28.3 por ciento están recibiendo actualmente lactancia materna exclusiva, de los niños de 6 a 23 meses de edad, 62.1 por ciento tiene prácticas de lactancia materna apropiadas para la edad. En total, 53.6 por ciento de los infantes de 0 a 23 meses de edad tienen prácticas de lactancia materna apropiadas para la edad.

La **Tabla TC.7.6** presenta los datos de la introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos, que se mide con el porcentaje de niños de 6-8 meses de edad recibiendo estos alimentos durante el día previo a la entrevista, que en este estudio es 86.2 por ciento.

La **Tabla TC.7.7** presenta el porcentaje de niños de 6 a 23 meses que recibieron apropiadamente líquidos y sólidos, o alimentos suaves durante el día previo a la entrevista, se observa que, el 41.7 por ciento recibió una diversidad alimentaria mínima, al 58.3 por ciento se les dio una frecuencia mínima de comidas y el 26.4 por ciento recibió una dieta mínima aceptable. Al comparar estos resultados con los resultados de ENDESA MICS 2019, 34 municipios se observan que en este estudio los porcentajes son más bajos, lo que indica que probablemente las familias actualmente están teniendo más problema de acceso a los alimentos.

La **Tabla TC 7.8** presenta el porcentaje de niños de 0 a 23 meses que fueron alimentados con biberón o pepe durante el día anterior a la encuesta, esta práctica es una preocupación debido a la posibilidad de contaminación que puede causar tanto el uso de agua insalubre como la falta de higiene en la preparación, de las bebidas lácteas o no lácteas y en el biberón y/o la mamadera, además la alimentación con biberón puede dificultar la lactancia materna debido a la confusión del pezón, especialmente en los primeros meses de vida.⁵⁰ Los resultados determinan que el uso del biberón es una práctica bastante extendida en las comunidades del país. Se encontró que un 46.7 por ciento de los niños de 0 a 23 meses son alimentados con un biberón. Diferencias notables en este uso se observan al desagregar por quintiles de índice de riqueza, en el quintil medio 58.8 por ciento, en el quintil más rico 56.4 por ciento y en el quintil cuarto 50.0 por ciento). En cuanto a las edades de los niños esta situación se presentó en mayor porcentaje en niñas y niños de 6-11 meses de edad (48.7), pero llama la atención que en casi la mitad de los niños de 0 - 5 meses es común el uso del biberón (45.3 por ciento).

⁵⁰ Zimmerman, E. and K. Thopmson. (2015). Clarifying Nipple confusion. J Perinatol 35.No.11. P. 895-899. doi: 10.1038/jp.2015.83

Tabla TC.7.1: Lactancia inicial
Porcentaje de los últimos niños nacidos en los 2 años precedentes a la encuesta que fueron amamantados alguna vez, amamantados durante la primera hora del nacimiento y durante el primer día del nacimiento en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características de las madres	Porcentaje de los que fueron amamantados alguna vez [1]	Porcentaje de niños que fue amamantado por primera vez:		Número de los últimos niños nacidos en los 2 años precedentes a la encuesta
		Dentro de la primera hora [2]	En el primer día del nacimiento	
Total	96.0	59.1	81.8	423
Educación				
Básica 4-6	96.1	59.8	82.1	229
Básica 7-9	95.5	53.7	85.1	67
Media	100.0	64.6	83.3	48
Asistencia en el parto				
Personal calificado	95.8	57.5	82.4	353
Partera tradicional	96.2	69.2	76.9	52
Lugar del parto				
Hogar	97.1	66.2	77.9	68
Instalaciones de salud	95.7	57.2	82.2	348
Público	95.5	56.8	81.8	336
Tipo de parto				
Nacimiento Vaginal	95.9	66.7	84.9	345
Cesárea	96.2	25.6	67.9	78
Quintil de índice de riqueza				
Más pobre	95.8	62.7	81.4	118
Segundo	95.5	60.7	84.3	89
Medio	94.9	57.7	79.5	78
Cuarto	96.7	50.0	76.7	60
Más rico	97.4	60.3	85.9	78
ENDESA MICS 2019 (34 municipios) Total	93.9	53.3	79.3	211

[1] Indicador MICS TC.30 - Niños que alguna vez fueron amamantados

[2] Indicador MICS TC.31 - Iniciación temprana de la lactancia

Tabla TC.7.2: Alimentación del recién nacido
Porcentaje de niños nacidos vivos más recientemente de mujeres de 15 a 49 años de edad
con un hijo nacido vivo en los últimos 2 años por tipo de líquidos o productos (sin considerar la leche materna)
consumidos en los primeros 3 días de vida en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características del nacimiento	Porcentaje de niños que consumieron:													Número de los niños nacidos vivos en los 2 años últimos años
	Consumieron algo que no fuera leche materna:									Tipo[A] de líquidos o productos (sin considerar leche materna) consumidos en los primeros 3 días de vida				
	Leche (que no sea leche materna)	Agua sola	Agua con azúcar o glucosa	Medicina para aliviar cólicos en bebés	Fórmula para bebés	Té/Infusiones/Preparaciones tradicionales de hierbas	Miel	Medicamentos recetados por personal calificado/SRO/Soluciones de azúcar-sal	Otros	Solo líquidos lácteos	Sólo líquidos no lácteos	Ambos	Cualquiera	
Total	18.2	0.2	0.2	0.5	7.8	11.6	1.2	0.7	1.2	23.4	11.1	2.6	37.1	423
Asistencia en el parto														
Personal calificado	19.0	0.3	0.3	0.6	9.1	8.5	1.4	0.8	0.8	25.5	7.9	2.5	36.0	353
Partera tradicional	17.3	0.0	0.0	0.0	1.9	23.1	0.0	0.0	3.8	15.4	23.1	3.8	42.3	52
Lugar del parto														
Hogar	14.7	0.0	0.0	0.0	1.5	29.4	0.0	0.0	2.9	13.2	29.4	2.9	45.6	68
Instalaciones de salud	19.3	0.3	0.3	0.6	8.9	8.3	1.4	0.9	0.9	25.6	7.8	2.6	35.9	348
Público	18.2	0.3	0.3	0.6	8.9	7.4	0.9	0.9	0.9	24.7	7.1	2.4	34.2	336
Educación														
Básica 4-6	18.8	0.4	0.0	0.0	7.0	10.9	0.4	1.3	1.7	24.0	11.4	1.7	37.1	229
Básica 7-9	13.4	0.0	0.0	1.5	9.0	6.0	1.5	0.0	0.0	20.9	7.5	1.5	29.9	67
Quintil de índice de riqueza														
Más pobre	13.6	0.0	0.0	0.8	5.1	16.9	0.0	0.8	1.7	16.1	16.1	2.5	34.7	118
Segundo	13.5	0.0	0.0	0.0	9.0	5.6	0.0	1.1	2.2	21.3	6.7	1.1	29.2	89
Medio	23.1	1.3	0.0	1.3	5.1	11.5	3.8	0.0	1.3	26.9	15.4	1.3	43.6	78
Cuarto	25.0	0.0	0.0	0.0	10.0	16.7	1.7	1.7	0.0	30.0	11.7	5.0	46.7	60
Más rico	20.5	0.0	1.3	0.0	11.5	6.4	1.3	0.0	0.0	28.2	3.8	3.8	35.9	78
ENDESA MICS 2019, (34 municipios) Total	13.4	0.0	1.2	0.5	12.8	5.9	1.9	0.9	1.7	25.1	8.7	1.0	34.9	211

[A] Los líquidos lácteos incluyen leche (que no sea leche materna) y fórmula para bebés. Líquidos no lácteos incluyen agua sola, agua con azúcar glucosa, solución medicinal anticólico, jugo de frutas, té/infusiones/preparaciones de hierbas tradicionales, miel y otros. Tenga en cuenta que las soluciones de medicamentos prescritos /SRO/soluciones de azúcar-sal no están incluidas en ninguna categoría

Tabla TC.7.3: Estado de lactancia
Porcentaje de niños nacidos vivos más recientemente de mujeres de 15 a 49 años con un hijo nacido vivo en los últimos dos años, de acuerdo al estado de la lactancia en grupos de edad seleccionados, en 39 municipios Estudio SAN 2021

Estudio SAN 2021 Total	Niños de 0-5 meses		Niños de 12-15 meses		Niños de 20-23 meses		
	Porcentaje con lactancia materna exclusiva [1]	Porcentaje con lactancia materna predominante [2]	Número de niños/as	Porcentaje amamantado (lactancia materna continua al año) [3]	Número de niños/as	Porcentaje amamantado (lactancia materna continua a los 2 años) [4]	Número de niños/as
	28.3	41.5	106	71.2	66	36.4	77

[1] Indicador MICS TC.32 - Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses

[2] Indicador MICS TC.33 - Lactancia materna predominante antes de los 6 meses

[3] Indicador MICS TC.34 - Lactancia materna continua hasta el 1er año de edad

[4] Indicador MICS TC.35 - Lactancia materna continua hasta los 2 años de edad

Tabla TC.7.4: Duración de la lactancia
Mediana de la duración de cualquier lactancia entre niños de 0-35 meses y mediana de la duración de la lactancia exclusiva y predominante entre niños de 0-23 meses, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características de los niños	Mediana de la duración (en meses) de cualquier lactancia [1]	Número de niños de 0-35 meses de edad	Mediana de la duración (en meses) de:		Número de niños de 0-23 meses de edad
			Lactancia exclusiva	Lactancia predominante	
Mediana en meses	18.8	633	0.7	1.0	420
Sexo					
Hombre	17.0	306	0.7	1.0	208
Mujer	19.5	325	0.7	0.7	210
Quintil de índice de riqueza					
Más pobre	22.5	165	1.2	3.5	114
Segundo	20.1	126	1.3	1.4	88
Medio	15.9	117	0.6	0.6	80
Cuarto	17.5	96	1.2	1.7	60
Más rico	18.1	129	0.5	0.8	78
ENDESA MICS 2019 (34 Municipios)	18.6	363	1.8	4.7	229
Mediana en meses					

[1] Indicador MICS TC.36 - Duración de la lactancia

Tabla TC.7.5: Lactancia apropiada para la edad
Porcentaje de niños de 0-23 meses de edad con una lactancia apropiada durante el día previo, en 39 municipios.
Estudio SAN 2021

Estudios	Niños de 0-5 meses		Niños de 6-23 meses		Niños de 0-23 meses	
	Porcentaje con lactancia materna exclusiva [1]	Número de niños	Porcentaje con lactancia actualmente y que recibe alimentos sólidos, semisólidos o suaves	Número de niños	Porcentaje adecuadamente amamantados [2]	Número de niños
Estudio SAN 2021 Total	28.3	106	62.1	314	53.6	420
ENDESA MICS 2019 (34 Municipios)			55.4	174	53.0	229

[1] Indicador MICS TC.32 - Lactancia exclusiva antes de los 6 meses

[2] Indicador MICS TC.37 - Lactancia apropiada para la edad

Tabla TC.7.6: Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves
Porcentaje de niños de 6-8 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves durante el día previo, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Estudio SAN 2021 Total	Total	
	Porcentaje niños/as de 6-8 meses de edad que recibe alimentos sólidos, semisólidos o suaves [1]	Número de niños/as de 6-8 meses de edad
	86.2	58

[1] Indicador MICS TC.38 - Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves

Tabla TC.7.7: Prácticas de alimentación de infantes y niños pequeños
Porcentaje de niños de 6-23 meses que recibieron apropiadamente líquidos y sólidos, o alimentos suaves, el número mínimo de veces o más durante el día previo, en 39 municipios.
Estudio SAN 2021

Estudios	Porcentaje de niños que recibieron:			Número de niños de 6-23 meses
	Diversidad alimentaria mínima [4] [A]	Frecuencia mínima de comidas [5] [B]	Dieta mínima aceptable [C]	
Estudio SAN 2021 Total	41.7	58.3	26.4	314
ENDESA MICS 2019 (34 Municipios) Total	44.2	67.8	32.6	174

[1] Indicador MICS TC. 39a - Alimentación mínima aceptable (niños amamantados)

[2] Indicador MICS TC.39b - Alimentación mínima aceptable (niños no amamantados)

[3] Indicador MICS TC.40 - Frecuencia de alimentación con leche para los niños que no son amamantados

[4] Indicador MICS TC.41 - Diversidad alimentaria mínima

[5] Indicador MICS TC.42 - Frecuencia de alimentación mínima

[A] A La diversidad alimentaria mínima se define como recibir alimentos de al menos 5 de 8 grupos alimenticios: 1) leche materna, 2) granos, raíces y tubérculos, 3) legumbres y nueces, 4) productos lácteos (leche, fórmula infantil, yogur, queso), 5) alimentos cárnicos (carne, pescado, carne de ave e hígado / carne de órganos), 6) huevos, 7) frutas y verduras ricas en vitamina A, y 8) otras frutas y verduras.

[B] Frecuencia mínima de comida entre niños actualmente en lactancia es definida como aquellos niños que también reciben alimentos sólidos, semisólidos o suaves, o alimentos suaves 2 veces o más al día para niños de 6-8 meses y 3 veces o más al día para niños de 9-23 meses. Para niños no lactantes de 6-23 meses es definida como recibir alimentos sólidos, semisólidos o suaves, o al menos 4 tomas de leche.

[C] Dieta mínima aceptable para niños lactantes de 6-23 meses es definida como recibir la diversidad alimentaria mínima y la frecuencia mínima de comida, mientras que ésta para niños no lactantes además requiere al menos 2 tomas de leche y que la diversidad alimentaria mínima se alcance sin la cuenta de tomas de leche.

Tabla TC.7.8: Alimentación con biberón
Porcentaje de niños de 0-23 meses de edad que fueron alimentados con un biberón con chupón/tetilla durante el día anterior, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características de los niños	Porcentaje de niños de 0-23 meses de edad alimentados con un biberón con chupón/tetilla [1]	Número de niños de 0-23 meses de edad
Total	46.7	420
Sexo		
Hombre	50.5	208
Mujer	42.9	210
Edad en meses		
0-5	45.3	106
6-11	48.7	117
12-23	46.2	197
Quintil de índice de riqueza		
Más pobre	34.2	114
Segundo	40.9	88
Medio	58.8	80
Cuarto	50.0	60
Más rico	56.4	78
ENDESA MICS 2019 (34 Municipios) Total	44.0	229

[1] Indicador MICS TC.43 - Alimentación con biberón

4.7 Estado nutricional de los niños menores de 5 años

El estado nutricional de los niños refleja su salud general, cuando los niños tienen acceso a un suministro adecuado de alimentos que los expone menos a enfermedades repetidas y, además, reciben un buen cuidado alcanzan su potencial de crecimiento y se les considera bien alimentados. La desnutrición se vincula con casi la mitad de las muertes infantiles en todo el mundo.⁵¹ Los niños con desnutrición tienen más probabilidades de morir a causa de enfermedades comunes de la infancia, y los que sobreviven a menudo sufren enfermedades recurrentes y un crecimiento deficiente. Tres cuartas partes de los niños que mueren por causas relacionadas con la desnutrición solo tenían formas leves o moderadas de desnutrición, lo que significa que mostraban señales leves de su vulnerabilidad.⁵²

El Objetivo de Desarrollo Sostenible 2.2 es reducir en 40 por ciento la prevalencia de retraso en el crecimiento entre los niños menores de cinco años entre 2012 y 2025, así como reducir la emaciación a menos de 5 por ciento y no tener un aumento del sobrepeso durante el mismo período.

⁵¹ Black, R. et al. (2013). Maternal and Child Undernutrition and Overweight in Low-income and Middle-income Countries. The Lancet 382. No. 9890. P. 427–451. doi:10.1016/S0140-6736(13)60937-x

⁵² Black, R., et al. (2008). Maternal and Child Undernutrition: global and regional exposures and health consequences. The Lancet 371. No. 9608. P. 243–60. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61690-0

En una población bien nutrida hay una distribución de referencia de altura y peso sobre cómo deben crecer los niños menores de cinco años. La población de referencia utilizada en este informe se basa en los estándares de crecimiento de la OMS.⁵³ La desnutrición en una población puede medirse comparando niños con esta población de referencia. Cada uno de los tres indicadores del estado nutricional (peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla) se puede expresar en unidades de desviación estándar (puntajes z) de la mediana de la población de referencia.

El peso para la edad, es considerado como un indicador general de la desnutrición (desnutrición global), pues no se diferencia si es ocasionada por la desnutrición crónica, o la desnutrición aguda que esté padeciendo o haya padecido el niño. Los niños cuyo peso para la edad está más de dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de la población de referencia se consideran moderadamente o severamente bajos de peso, aquellos cuyo peso para la edad está más de tres desviaciones estándar por debajo de la mediana se clasifican como severamente bajos de peso.

La altura para la edad, es una medida de crecimiento lineal, a partir del cual se estima el retraso del crecimiento (desnutrición crónica). Los niños cuya altura para la edad está más de dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de la población de referencia se consideran con retraso del crecimiento moderado o severo, aquellos cuya altura para la edad está más de tres desviaciones estándar por debajo de la mediana se clasifican con retraso del crecimiento severo. El retraso en el crecimiento o desnutrición crónica, es el resultado de no recibir una nutrición adecuada en la vida temprana durante un período prolongado y/o una enfermedad recurrente o crónica.

El peso para la altura es el indicador de desnutrición actual, se puede usar para evaluar el estado de emaciación (desnutrición aguda), y también permite estimar los niveles de sobrepeso y obesidad. Los niños cuyo peso para la estatura está más de dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de la población de referencia se clasifican como moderadamente o severamente emaciados, mientras aquellos que caen más de tres desviaciones estándar por debajo de la mediana se clasifican como severamente emaciados. La emaciación es generalmente el resultado de una pobre ingesta de alimentos o de enfermedad. Los niños cuyo peso para la talla está más de dos desviaciones estándar por encima de la mediana de la población de referencia se clasifican con sobrepeso u obesidad, aquellos que caen más de tres desviaciones estándar por encima de la mediana se clasifican con obesidad.

En el estudio SAN 2021, se realizaron las mediciones antropométricas de peso y la altura (longitud o talla) a todos los niños menores de cinco años, tomando en cuenta los protocolos y procedimientos técnicos internacionales ya establecidos y utilizando equipo antropométrico de alta precisión y exactitud recomendado por UNICEF, las mediciones fueron realizadas por personal profesional debidamente capacitado y estandarizado. Los hallazgos en esta sección se basan en los resultados de estas mediciones junto con los datos de la edad en meses basados en las fechas de nacimiento recopiladas durante la entrevista.

La **Tabla TC.8.1** muestra los porcentajes de niños clasificados en cada una de las categorías descritas anteriormente, en función de las mediciones antropométricas que se tomaron durante el trabajo de campo.

Los resultados en la **Tabla TC.8.1** evidencian que el total de niños menores de cinco años con retardo en el crecimiento (desnutrición crónica) es 19.7 por ciento, del cual 4.5 por ciento se encuentra con retardo en el crecimiento severo (desnutrición crónica severa). Se encontraron diferencias en el retardo en el crecimiento según la edad de los menores de cinco años, el porcentaje más elevado

⁵³ WHO. Child Growth Standards. Technical Report, Geneva: WHO Press, 2006. http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf?ua=

de niños con retardo en el crecimiento está en el grupo de edad de 36 a 47 meses de edad (26.4 por ciento) y, por el contrario, el porcentaje más bajo de retardo en el crecimiento se encuentra en el grupo de edad de 0 a 5 meses de edad (5.9 por ciento). La condición socioeconómica de los hogares evidencia también diferencias en retardo en el crecimiento según el quintil de riqueza, pues el porcentaje más alto de niños con retardo en el crecimiento, el 27.7 por ciento se ubica en el quintil más pobre y entre los niños del cuarto quintil está el porcentaje más bajos, 11.4 por ciento. En ENDESA MICS 2019, 34 municipios, se encontró que el total de niños menores de cinco años con retardo en el crecimiento (desnutrición crónica) es 24.0 por ciento y 6.9 por ciento de los niños se encuentra con retardo en el crecimiento severo (desnutrición crónica severa).

También se observa en esta tabla que la prevalencia de bajo peso para la edad (desnutrición global) en los menores de cinco años es 6.2 por ciento. Según diferentes características de contexto, al igual que en el retardo del crecimiento, las condiciones socioeconómicas juegan un papel determinante, pues el porcentaje más alto de niños con bajo peso se encontró en el quintil más pobre (10.2 por ciento) y el porcentaje más bajo está entre los niños del quintil más rico (3.8 por ciento). La prevalencia de emaciación (desnutrición aguda) en los niños menores de cinco años es 1.7 por ciento y la prevalencia de sobrepeso u obesidad es de 4.7 por ciento.

Tabla TC.8.1: Estado nutricional de los niños
Porcentaje de niños menores de 5 años por estado nutricional de acuerdo a tres índices antropométricos:
peso para la edad, altura para la edad y peso para la altura, en 39 municipios.
Estudio SAN 2021

Características de los niños/as	Peso para la edad		Número de niños con peso y edad [A]	Altura para la edad		Número de niños con talla y edad [A]	Peso para la altura				Número de niños con peso y talla [A]
	Bajo peso para la edad			Baja talla para la edad (Retardo en el crecimiento)			Bajo peso para la talla (Emaciación)		Sobrepeso y Obesidad		
	Porcentaje debajo de			Porcentaje debajo de			Porcentaje debajo de		Porcentaje por encima de		
	- 2 SD [1]	- 3 SD [2]		- 2 SD [3]	- 3 SD [4]		- 2 SD [5]	- 3 SD [6]	+ 2 SD [7]	+ 3 SD [8]	
Total	6.2	0.8	1063	19.7	4.5	1065	1.7	0.5	4.2	0.5	1057
Sexo											
Hombre	6.1	1.1	523	20.2	5.5	524	2.1	0.4	5.0	0.8	519
Mujer	6.3	0.6	540	19.2	3.5	541	1.3	0.6	3.3	0.2	538
Edad (en meses)											
0-5	8.9	2.0	101	5.9	0.0	101	4.0	2.0	6.1	0.0	99
6-11	1.8	0.0	113	9.6	1.8	114	1.8	0.0	7.1	1.8	113
12-17	6.6	3.3	91	20.9	7.7	91	3.3	0.0	2.2	0.0	91
18-23	4.0	1.0	101	20.8	2.0	101	1.0	0.0	3.0	0.0	100
24-35	6.7	0.5	209	20.9	5.8	206	1.0	1.0	2.4	0.0	206
36-47	7.5	0.8	254	26.4	5.1	254	1.2	0.0	4.0	0.4	253
48-59	6.2	0.0	194	21.7	6.1	198	1.5	0.5	5.1	1.0	195
Edad de la madre al nacimiento											
Menos de 20	6.2	1.0	308	20.8	6.2	307	0.7	0.0	3.3	0.0	305
20-34	6.5	0.9	572	19.9	3.5	573	2.5	0.7	3.3	0.5	568
35-49	5.8	0.6	156	15.9	5.7	157	1.3	0.6	8.4	1.3	155

Continuación tabla TC.8.1: Estado nutricional de los niños
Porcentaje de niños menores de 5 años por estado nutricional de acuerdo a tres índices antropométricos:
peso para la edad, altura para la edad y peso para la altura, en 39 municipios.
Estudio SAN 2021

Características de los niños/as	Peso para la edad		Número de niños con peso y edad [A]	Altura para la edad		Número de niños con talla y edad [A]	Peso para la altura				Número de niños con peso y talla [A]
	Bajo peso para la edad	Porcentaje debajo de		Baja talla para la edad (Retardo en el crecimiento)	Porcentaje debajo de		Bajo peso para la talla (Emaciación)	Sobrepeso y Obesidad		Número de niños con peso y talla [A]	
								Porcentaje por encima de			
								- 2 SD [1]	- 3 SD [2]		
Total	6.2	0.8	1063	19.7	4.5	1065	1.7	0.5	4.2	0.5	1057
Quintil de índice de riqueza											
Más pobre	10.2	2.0	254	27.7	7.4	256	2.0	0.0	1.6	0.0	253
Segundo	7.9	0.9	227	24.1	5.8	224	3.1	0.9	2.7	0.4	224
Medio	3.0	0.0	203	13.7	2.5	204	1.0	0.5	4.5	0.5	202
Cuarto	4.8	0.0	167	11.4	3.0	167	0.6	0.0	9.0	1.2	167
Más rico	3.8	0.9	212	17.8	2.8	214	1.4	0.9	4.7	0.5	211
ENDESA MICS 2019 (34 Municipios) Total	9.5	2.0	647	24.0	6.9	648	1.6	0.7	4.3	1.1	643

[1] Indicador MICS TC. 44a - Prevalencia de bajo peso (moderado y severo)

[2] Indicador MICS TC.44b - Prevalencia de bajo peso (severo)

[3] Indicador MICS TC. 45a - Prevalencia de baja talla para la edad (moderada y severa); indicador ODS 2.2.1

[4] Indicador MICS TC.45b - Prevalencia de baja talla para la edad (severa)

[5] Indicador MICS TC. 46a - Prevalencia de emaciación (wasting) (moderada y severa); indicador ODS 2.2.2

[6] Indicador MICS TC.46b - Prevalencia de emaciación (wasting) (severa)

[7] Indicador MICS TC. 47a - Prevalencia de sobrepeso (moderada y severa); indicador ODS 2.2.2

[8] Indicador MICS TC.47b - Prevalencia de sobrepeso (severa)

[A] Los denominadores de peso para la edad, talla para la edad y el peso para talla pueden ser diferentes.

Los niños están excluidos de uno o más de los indicadores antropométricos cuando sus pesos y alturas no se han medido o son inverosímiles (marcados), o su edad no está disponible, según corresponda.

4.8 Anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 a 59 meses

La anemia por deficiencia de hierro (anemia ferropénica) es una condición que se caracteriza por los bajos niveles de hemoglobina en la sangre. El hierro es un componente clave de la hemoglobina y se estima que la deficiencia de hierro es responsable de la mitad de los casos de anemia en todo el mundo. Otras causas de la anemia incluyen prevalencia de anquilostomiasis, uncinariasis y otros helmintos, deficiencias nutricionales, infecciones crónicas y enfermedades genéticas. La anemia es un problema grave para los niños, ya que puede afectar el desarrollo cognitivo, incidir en el crecimiento, y aumentar la morbilidad por enfermedades infecciosas.

El estudio SAN 2021 incluyó la medición directa de los niveles de hemoglobina a través del sistema HemoCue. La prueba de anemia se realizó en todos los niños de 6 a 59 meses de edad que viven en los hogares entrevistados.

En la **Tabla TC.12.1** se observa que la prevalencia total de anemia niños de 6 a 59 meses de edad es 30.0 por ciento. Según tipo de anemia por nivel de hemoglobina encontrado, el 21.2 por ciento de niños padece de anemia leve, un 8.9 por ciento padece anemia moderada. Según los grupos de edad, los resultados muestran que a mayor edad de los niños la prevalencia de anemia es menor, es así que el grupo de 48 a 59 meses de edad presenta la prevalencia de anemia más baja (17.1 por

ciento), mientras las mayores prevalencias de anemia se presentan en el grupo de 6 a 8 meses de edad (50.0 por ciento), y de 9 a 11 meses de edad (51.7 por ciento). Una situación similar ocurre según quintil de riqueza, pues la prevalencia de anemia es menor en el quintil más rico, 28.9 por ciento, en contraste con 35.2 por ciento en el quintil más pobre. En ENDESA MICS 2019 34 municipios, la prevalencia total de anemia niños de 6 a 59 meses de edad es 34.9 por ciento.

Tabla TC.12.1: Prevalencia de anemia en niños de 6 a 59 meses
Porcentaje de niños de 6 a 59 meses por tipo de anemia, en 39 municipios Estudio. SAN 2021

Características de los niños	Total con anemia	Registro la medición de hemoglobina			Número de niños de 6 a 59 meses	Número de niños de 6 a 59 meses que NO se hicieron la medición de hemoglobina
		Tipo de anemia				
		Leve	Moderada	Severa		
Total	30.0	21.2	8.9	0.0	949	48
Sexo						
Hombre	31.2	20.4	10.8	0.0	461	22
Mujer	28.9	21.9	7.0	0.0	488	26
Edad en meses						
6-8	50.0	31.5	18.5	0.0	54	4
9-11	51.7	29.3	22.4	0.0	58	1
12-17	45.5	33.0	12.5	0.0	88	6
18-23	37.0	28.0	9.0	0.0	100	2
24-35	30.8	18.9	11.9	0.0	201	12
36-47	22.0	18.4	3.5	0.0	255	9
48-59	17.1	13.0	4.1	0.0	193	14
Quintil de índice de riqueza						
Más pobre	35.2	24.7	10.6	0.0	227	8
Segundo	26.6	18.2	8.4	0.0	203	7
Medio	29.3	20.7	8.7	0.0	184	12
Cuarto	29.0	21.4	7.6	0.0	145	13
Más rico	28.9	20.5	8.4	0.0	190	8
ENDESA MICS 2019 (34 Municipios) Total	34.9	22.9	11.9	0.2	586	22

Nota: La tabla se basa en los niños residentes habituales en el hogar. La prevalencia de anemia se ajusta tal cual como lo calcula DHS (https://dhsprogram.com/data/Guide-to-DHS-Statistics/Anemia_Status.htm). Hemoglobina en g/dl=gramos por decilitro

4.9 Desarrollo en la primera infancia

Durante los primeros años de vida el cerebro se desarrolla rápidamente, y la calidad del cuidado en el hogar es un factor determinante del desarrollo de los niños⁵⁴. Las primeras experiencias de los niños con la atención receptiva cumplen una importante función neurológica y estas interacciones pueden impulsar el desarrollo cognitivo, físico, social y emocional⁵⁵. La participación de los adultos en las actividades de los niños, la presencia de libros y juguetes en el hogar y las condiciones del cuidado son indicadores importantes.

En este estudio se recolectó información sobre una serie de actividades que apoyan el desarrollo en la primera infancia, esto incluye la participación conjunta entre adultos y niños en las siguientes actividades: leer libros infantiles o ver libros con imágenes, contar cuentos, cantar canciones, llevar a los niños fuera del hogar, a pasear al jardín o al patio, jugar con ellos y dedicarles tiempo para que aprendan a nombrar, contar o dibujar objetos.

En la **Tabla TC.10.1**, se observa que 21.1 por ciento de los niños de 2 a 4 años (24 a 59 meses), realizaron cuatro o más actividades, que promueven el aprendizaje y la preparación para la escuela, con un miembro adulto del hogar durante los tres últimos días anteriores a la encuesta. Del total de niños, 15.6 por ciento realizaron cuatro o más actividades con sus madres, 2.2 por ciento de los niños lo hicieron con sus padres, el número promedio de actividades en las que un miembro adulto del hogar ha participado para promover el aprendizaje y la preparación para la escuela de niños de 2 a 4 años es 2.0 actividades, las madres participaron en un promedio de 1.6 actividades y los padres en un promedio de 0.5 actividades. El porcentaje de niños de 2 a 4 años viviendo con el padre es 58.5 por ciento y 89.4 por ciento viven con la madre. El porcentaje de niños con los que ningún adulto del hogar participó en alguna actividad es 25.6 por ciento. Los resultados de ENDESA MICS 2019 34 municipios, son muy parecidos, sin embargo se encontró una diferencia que llama la atención ya que van en descenso y son los porcentajes de niños que viven con su padre y los porcentajes de niños que viven con su madre, la diferencia con el presente estudio es 4 puntos porcentuales y 3 puntos porcentuales menos, respectivamente, además en la actualidad aumentó en 4.1 puntos porcentuales el porcentaje de los niños con los que ningún adulto del hogar participo en alguna actividad y disminuyó en 4.2 puntos porcentuales el porcentaje de niños con los que miembros adultos del hogar participaron en cuatro actividades o más.

54 Black, M. et al. (2016). Early Childhood Development Coming of Age: Science through the Life Course. *The Lancet* 389. No. 10064. P.77-90. doi:10.1016/S0140-6736(16)31389-7. Shonkoff J. et al. The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics* 129, no. 1 (2011): 232-46. doi:10.1542/peds.2011-2663.

55 Britto, P. et al. (2017). Nurturing Care: Promoting early childhood development. *The Lancet* 389. No.10064. P.91-102. doi: 10.1016/S0140-6736(16)313903. Milteer R. et al. (2012), The Importance of Play in Promoting Healthy Child Development and Maintaining Strong Parent-Child Bond: Focus on children in poverty. *American Academy of Pediatrics* 1129. No. 1. P. 183-191. doi: 10.1542/peds.2011-2953.

Las mayores diferencias con los resultados totales se presentan en los quintiles de índice de riqueza, el porcentaje más alto de los niños que llevan a cabo cuatro o más actividades con miembros adultos del hogar se encontró en el quintil más rico (27.9 por ciento) y en el cuarto quintil (26.7 por ciento) y los más bajos porcentajes en el segundo quintil y en el quintil más pobre (15.4 y 16.7 por ciento, respectivamente), así mismo en el porcentaje de niños con los que ningún adulto del hogar participó en alguna actividad existe una marcada diferencia, en el quintil más pobre ese porcentaje alcanzó un 36.7 por ciento, mientras que en el quintil más rico se encontró un 22.4 por ciento, también se observan diferencias en el porcentaje de niños con los que sus madres participaron en cuatro actividades o más, en el quintil más pobre (6.7 por ciento) y en el quintil más rico (23.1 por ciento).

En la **Tabla TC 10.2** se presentan hallazgos al indagar con las madres/cuidadoras de todos los niños menores de 5 años sobre la disponibilidad de libros Infantiles en el hogar, se les preguntó la cantidad de libros infantiles o libros ilustrados que tienen para el niño/la niña y los tipos de juguetes disponibles en el hogar. Se encontró que 1.8 por ciento de los niños menores de 5 años viven en hogares que tienen 3 libros infantiles o más y 0.2 por ciento de niños menores de 5 años viven en hogares que disponen de 10 o más libros infantiles. En cuanto a la disponibilidad de juguetes u otros objetos para jugar, se encontró que 78.2 por ciento de los niños juega con juguetes manufacturados/de una tienda, 26.6 por ciento utiliza juguetes caseros, 74.2 por ciento juega con objetos del hogar/objetos encontrados fuera y 68.4 por ciento tiene 2 o más juguetes u objetos para jugar. Las diferencias más notables encontradas fueron en: de los niños que viven en hogares con tres o más libros infantiles, el porcentaje más alto está entre los niños del quintil más rico (5.3 por ciento) y el porcentaje más bajo en los niños de 0 a 1 año de edad (0.7 por ciento), en la disponibilidad de juguetes caseros, el porcentaje más bajo se encontró en los niños de 0 a 1 año (19.8 por ciento), en la tenencia de juguetes de una tienda/manufacturados el porcentaje más alto está entre los niños del cuarto quintil (90.9 por ciento) y los porcentajes más bajos están entre los niños de 0 a 1 año de edad (66.4 por ciento) y entre los niños del quintil más pobre (62.1 por ciento), en los objetos del hogar/objetos encontrados fuera para jugar, el porcentaje más bajo está entre los niños de 0 a 1 año de edad (54.3 por ciento) y el porcentaje más alto está entre los niños de 2 a 4 años de edad (86.3 por ciento), por último en la tenencia de dos o más tipos de cosas para jugar los porcentajes más bajo están entre los niños de 0 a 1 año de edad y los niños del quintil más pobre (51.2 y 57.6 por ciento, respectivamente) y el porcentaje más alto está entre los niños de 2 a 4 años de edad (78.9 por ciento),

En cuanto al cuidado del niño en el hogar, se sabe que dejar a los niños sin una supervisión adecuada es un factor de riesgo para lesiones no intencionadas.⁵⁶ En esta encuesta se averiguó si los niños de 0 a 59 meses de edad se quedaron solos durante la semana anterior a la entrevista, y si se dejó a los niños al cuidado de otros niños menores de 10 años. Los resultados se presentan en la **Tabla TC.10.3.**, el 6.9 por ciento de los niños de 0 a 59 meses de edad tuvo una supervisión inadecuada, pues fueron dejados solos (4.9 por ciento) o fueron dejados al cuidado de un menor de 10 años (4.6 por ciento), en ambos casos, por lo menos una vez en la semana y más de una hora, durante la semana anterior a la entrevista. Los resultados muestran que el mayor porcentaje de niños y niñas con supervisión inadecuada está, entre los del segundo quintil, los del quintil I más pobre y los de 0 – 1 año de edad (10.0, 9.1 y 7.6 por ciento, respectivamente),

56 Howe, L., S. Huttly and T. Abramsky. (2006). Risk Factors for Injuries in Young Children in Four Developing Countries: The Young Lives Study. *Tropical Medicine and International Health* 11. No. 10. P.1557-1566. doi: 10.1111/j.1365-3156.2006.01708.x. Morrongiello, B. et al. (2006).

Understanding Unintentional Injury Risk in Young Children II. The Contribution of Caregiver Supervision, Child Attributes, and Parent Attributes. *Journal of Pediatric Psychology* 31. No. 6. P.540-551. doi: 10.1093/jpepsy/jsj073.

Tabla TC.10.1: Apoyo al aprendizaje
Porcentaje de niños de 2 a 4 años con los que un miembro adulto del hogar participó en actividades que promueven el aprendizaje la preparación para la escuela durante los tres últimos días, y la participación en estas actividades por parte de los padres y madres, en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características de los niños	Miembros adultos del hogar			Porcentaje de niños que viven con sus		Padre		Madre		
	Porcentaje de niños con los que miembros adultos del hogar participaron en cuatro actividades o más [1]	Número promedio de actividades con miembros adultos del hogar	Porcentaje de niños con los que ningún adulto del hogar participó en alguna actividad	Padre	Madre	Porcentaje de niños con los que sus padres participaron en cuatro actividades o más [2]	Número promedio de actividades con los padres	Porcentaje de niños con los que sus madres participaron en cuatro actividades o más [3]	Número promedio de actividades con las madres	Número de niños de 2-4 años
Total	21.1	2.0	25.6	58.5	89.4	2.2	0.5	15.6	1.6	687
Sexo										
Hombre	18.0	1.9	25.4	59.3	89.8	2.1	0.5	13.5	1.5	334
Mujer	24.1	2.1	25.8	57.8	89.0	2.3	0.4	17.6	1.7	353
Edad en años										
2	22.0	2.1	24.4	60.3	93.3	2.9	0.5	15.3	1.8	209
3	21.3	2.1	23.2	60.7	89.5	2.2	0.5	15.4	1.6	267
4	19.9	1.9	29.9	54.0	85.3	1.4	0.4	16.1	1.6	211
Quintil de índice de riqueza										
Más pobre	16.7	1.6	36.7	76.0	92.0	2.7	0.5	6.7	1.2	150
Segundo	15.4	1.8	26.6	56.6	88.1	0.7	0.3	12.6	1.4	143
Medio	19.8	2.0	23.7	56.5	84.7	2.3	0.5	15.3	1.5	131
Cuarto	26.7	2.4	16.4	48.3	92.2	3.4	0.5	21.6	2.1	116
Más rico	27.9	2.4	22.4	52.4	89.8	2.0	0.4	23.1	2.1	147
ENDESA MICS 2019 (34 Municipios) Total	25.3	2.2	21.5	62.5	92.4	1.8	0.4	16.5	1.7	426

[1] Indicador MICS TC. 49a - Estimulación temprana y cuidado afectuoso por parte de cualquier miembro adulto del hogar

[2] Indicador MICS TC.49b - Estimulación temprana y cuidado afectuoso por parte del padre

[3] Indicador MICS TC.49c - Estimulación temprana y cuidado afectuoso por parte de la madre

Tabla TC.10.2: Materiales para el aprendizaje
Porcentaje de niños menores de 5 años por el número de libros infantiles presentes en el hogar y por juguetes y objetos para jugar que utilizan los niños, en 39 municipios.
Estudio SAN 2021

Características de los niños	Porcentaje de niños viviendo en hogares que tienen para el niño:		Porcentaje de niños que juegan con:				Número de niños
	3 libros infantiles o más [1]	10 libros infantiles o más	Juguetes caseros	Juguetes de una tienda/manufacturados	Objetos del hogar/objetos encontrados fuera	Dos o más tipos de cosas para jugar [2]	
Total	1.8	0.2	26.6	78.2	74.2	68.4	1107
Sexo							
Hombre	1.7	0.2	26.9	76.9	73.8	67.2	542
Mujer	2.0	0.2	26.5	79.8	74.6	69.8	563
Edad en años							
0-1	0.7	0.2	19.8	66.4	54.3	51.2	420
2-4	2.5	0.1	30.9	85.4	86.3	78.9	687
Quintil de índice de riqueza							
Más pobre	0.8	0.0	24.6	62.1	73.1	57.6	264
Segundo	0.4	0.0	28.6	78.8	71.9	68.0	231
Medio	0.5	0.0	30.8	83.4	79.1	76.3	211
Cuarto	2.3	0.6	23.9	90.9	77.8	77.8	176
Más rico	5.3	0.4	25.3	81.8	70.2	66.7	225
ENDESA MICS 2019 (34 Municipios) Total	1.5	0.0	28.1	77.5	66.9	67.0	663

[1] Indicador MICS TC.50 - Disponibilidad de libros infantiles

[2] Indicador MICS TC.51 - Disponibilidad de juguetes

Tabla TC.10.3: Supervisión inadecuada
Porcentaje de niños menores de 5 años dejados solos o al cuidado de otro niño menor de 10 años durante más de una hora al menos una vez durante la semana pasada, en 39 municipios
Estudio SAN 2021

Características de los niños	Porcentaje de niños			Número de niños
	Dejados solos la semana pasada	Dejados al cuidado de otro niño/a menor de 10 años la semana pasada	Dejados con cuidado inadecuado en la semana pasada [1]	
Total	4.9	4.6	6.9	1107
Sexo				
Hombre	5.0	4.2	6.8	542
Mujer	4.8	5.0	6.9	563
Edad				
0-1	6.4	4.3	7.6	420
2-4	3.9	4.8	6.4	687
Quintil de índice de riqueza				
Más pobre	5.3	5.7	9.1	264
Segundo	7.8	8.2	10.0	231
Medio	4.7	3.3	5.7	211
Cuarto	3.4	4.0	5.7	176
Más rico	2.7	1.3	3.1	225
ENDESA MICS 2019 (34 Municipios) Total	3.6	5.7	7.4	663

[1] Indicador MICS TC.52 - Supervisión inadecuada

4.10 Índice de Desarrollo en la Primería Infancia (ECDI)

El desarrollo de la primera infancia es multidimensional e implica una progresión ordenada de habilidades y capacidades motoras, cognitivas, del lenguaje, socioemocionales y reguladoras durante los primeros años de vida.⁵⁷ El crecimiento físico, la alfabetización y las habilidades numéricas, el desarrollo socioemocional y la preparación para aprender son dominios vitales del desarrollo general de un niño, que forman la base para la vida posterior y establecen la trayectoria de la salud, el aprendizaje y el bienestar.⁵⁸

Se utilizó un módulo de 10 ítems para calcular el Índice de Desarrollo en la Primera Infancia (ECDI, por sus siglas en inglés). El ECDI se basa en los hitos seleccionados esperados a que los niños alcancen entre los 3 y 4 años de edad (36 a 59 meses). Los 10 elementos se utilizan para determinar si los niños tienen un desarrollo adecuado en los siguientes cuatro dominios:

- **Alfabético-numérico:** los niños se clasifican con desarrollo adecuado en función de si pueden identificar/nombrar al menos diez letras del alfabeto, si pueden leer al menos cuatro palabras simples y populares, y si conocen el nombre y reconocen el símbolo de todos los números del 1 al 10. Si al menos dos de estos son verdaderos, entonces se considera que el niño tiene desarrollo adecuado.
- **Físico:** si el niño puede levantar un objeto pequeño con dos dedos, como un palo o una piedra del suelo y/o la madre/cuidador no indica que el niño a veces está demasiado enfermo para jugar entonces se considera al niño con desarrollo adecuado en el dominio físico.
- **Socioemocional:** se considera que los niños tienen un desarrollo adecuado si se cumplen dos de los siguientes puntos: Si el niño se lleva bien con otros niños, si el niño no patea, muerde o golpea a otros niños y si el niño no se distrae fácilmente
- **Aprendizaje:** si el niño sigue instrucciones simples sobre cómo hacer algo correctamente y/o cuando se le da algo que hacer, si puede hacerlo de manera independiente, se considera que el niño tiene un desarrollo adecuado en este dominio.

El ECDI se calcula como el porcentaje de niños que tienen un desarrollo adecuado en al menos tres de estos cuatro dominios. Los hallazgos se presentan en la **Tabla TC 11.1**, que además muestra el porcentaje de niños s de 3 a 4 años de edad que tienen desarrollo adecuado en los ámbitos de alfabetización conocimientos numéricos, físico, social-emocional y aprendizaje.

En el ámbito de alfabetización - conocimientos numéricos, 6.3 por ciento de los niños tiene un desarrollo adecuado, en este dominio sobresale que entre los niños de los hogares del quintil más rico y del cuarto quintil tienen los porcentajes más altos de desarrollo adecuado (12.4 y 10.0 por ciento respectivamente) y los del quintil más pobre y del segundo quintil tienen los porcentajes más bajos de desarrollo adecuado (2.0 y 2.8 por ciento, respectivamente).

En el ámbito socio-emocional, 75.5 por ciento de los niños presenta un desarrollo adecuado, los resultados según las características de contexto, tienen valores similares al valor total. en los ámbitos de desarrollo físico y de aprendizaje se encontró que 96.0 y 94.4 por ciento respectivamente, presentan un desarrollo adecuado y también se encontró similitud en los resultados según las diferentes características de contexto.

⁵⁷ UNICEF et al. (2016). Advancing Early Childhood Development: From Science to Scale. Executive Summary. The Lancet´s Series. https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/stories/series/ecd/Lancet_ECD_Executive_Summary.pdf

⁵⁸ Shonkoff, J. and D. Phillips. (2000). From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development. Washington, D.C.: National Academy Press, 2000. United Nations Children's Fund. (2017). Early Moments Matter, New York: UNICEF

La **Tabla TC 11.1** permite observar que 70.1 por ciento de los niños de 3 a 4 años (36 a 59 meses) tienen un Índice de Desarrollo en la Primera Infancia (ECDI) adecuado. El porcentaje con ECDI adecuado es más alto entre los niños del quintil más rico, 75.3 por ciento y en los niños de 4 años de edad, 74.9 por ciento, en comparación con los porcentajes encontrados en los niños del quintil más pobre (68.3 por ciento) y en los niños de 3 años de edad (66.3 por ciento). Las diferencias más notables en relación al valor total se encontraron según sexo, mientras que en las niñas se encontró el porcentaje más alto con ECDI adecuado (75.4 por ciento), en los niños se encontró el porcentaje más bajo con ECDI adecuado (64.7 por ciento).

En ENDESA MICS 2019 34 municipios, se encontró el mismo resultado que se encontró en este estudio, de Desarrollo en la Primera Infancia (ECDI) adecuado, 69.6 por ciento.

Tabla TC.11.1: Índice de desarrollo en la primera infancia
Porcentaje de niños de 3 a 4 años de edad que están en desarrollo adecuado en los ámbitos de alfabetización-conocimientos numéricos, físico, social-emocional y aprendizaje, y la puntuación del Índice de Desarrollo en la Primera Infancia (ECDI), en 39 municipios. Estudio SAN 2021

Características de los niños	Porcentaje de niños de 3-4 años de edad que están en el desarrollo adecuado de los ámbitos indicados				Porcentaje de niños de 3-4 años de edad con puntuación del Índice de Desarrollo Adecuado en la primera infancia (ECDI) [1]	Número de niños de 3-4 años de edad
	Alfabetización-conocimientos numéricos	Físico	Socio-emocional	Aprendizaje		
Total	6.3	96.0	75.5	94.4	70.1	478
Sexo						
Hombre	5.5	95.0	71.4	92.9	64.7	238
Mujer	7.1	97.1	79.6	95.8	75.4	240
Edad en años						
3	3.4	96.3	71.5	94.8	66.3	267
4	10.0	95.7	80.6	93.8	74.9	211
Asiste a centro prebásica						
No asiste	6.3	96.0	75.5	94.4	70.1	478
Quintil de índice de riqueza						
Más pobre	2.0	95.0	77.2	93.1	68.3	101
Segundo	2.8	94.3	76.4	92.5	68.9	106
Medio	5.3	96.8	74.5	92.6	68.1	94
Cuarto	10.0	96.3	75.0	98.8	70.0	80
Más rico	12.4	97.9	74.2	95.9	75.3	97
ENDESA MICS 2019 (34 Municipios) Total	8.3	96.9	73.7	93.6	69.6	300

[1] Indicador MICS TC.53- Índice de desarrollo en la primera infancia; Indicador ODS 4.2.2

VI CONCLUSIONES

1. Con los resultados obtenidos en el presente estudio se puede determinar que ha habido impacto de la pandemia COVID 19 en la seguridad alimentaria nutricional de las familias de los hogares encuestados en 39 municipios de 10 departamentos del país. La mayoría de familias vieron afectadas sus principales fuentes de ingreso y se vieron en la necesidad de aplicar estrategias para hacer frente a una disminución en la provisión de alimentos. En el tema de salud, este impacto se muestra con mayor magnitud en aquellos hogares que viven en el nivel de mayor pobreza y desigualdad caracterizados por entornos con pobre saneamiento, con coberturas más bajas en atención en salud materna e infantil y cuyos niños son más afectados por la desnutrición y anemia.
2. La mayoría de miembros de los hogares viven en entornos físicos con condiciones precarias que se manifiestan especialmente en el tipo de pisos de las viviendas (81.3 por ciento con pisos rudimentarios o de tierra), uso de combustibles no limpios para cocinar (84.3 por ciento) y falta de un tratamiento adecuado al agua para beber (62.5 por ciento), lo cual afecta su salud y calidad de vida. Por otro lado, hay muy poco acceso a internet (88.2 por ciento no disponen de este servicio).
3. Los miembros de los hogares pertenecientes al quintil de índice de riqueza más pobre tienen menos acceso a los servicios de agua y saneamiento, especialmente, a tener la fuente en el sitio donde viven (69.6 por ciento) y a tener instalaciones de saneamiento mejorado para el desecho de excrementos humanos (62.7 por ciento). Lo anterior, ubica a este grupo de población en un mayor riesgo de padecer enfermedades infecciosas que comprometen su estado de salud y afectan la adecuada utilización biológica de los alimentos y, por lo tanto, su seguridad alimentaria nutricional.
4. Existe una diversidad de actividades generadoras de ingresos en los hogares, pero son las actividades agrícolas las que se reportan por un porcentaje más alto de hogares, especialmente el cultivo de granos básicos. No se observaron cambios importantes en la proporción de hogares que reportan cada una de las actividades a las que se dedican entre las tres etapas analizadas, antes y durante la pandemia y actualmente (año 2021), sin embargo, más de la mitad de los hogares (55.2 por ciento) reportaron que sus fuentes de ingreso se vieron afectadas en mayor o menor medida durante el año 2020.
5. La seguridad alimentaria nutricional en la población investigada se ha visto en riesgo por la pandemia de COVID 19, específicamente en lo relacionado a acceso a alimentos, ya que las principales fuentes de ingreso en los hogares se vieron afectadas, especialmente en reducción de ingresos (44.7 por ciento), reducción de acceso a alimentos y mercados (22.8 por ciento) y pérdida de trabajo (16.6 por ciento).
6. Las principales fuentes de adquisición de alimentos para los hogares son la compra al contado (64.8 por ciento antes de la pandemia, 60.3 por ciento durante la pandemia y 66.0 por ciento actualmente) y la propia producción agropecuaria (26.1 por ciento antes de la pandemia, 25.5 por ciento durante la pandemia y 26.0 por ciento actualmente).
7. El consumo de alimentos en los hogares está basado principalmente en cereales, leguminosas, misceláneos, azúcar y grasas con un promedio de días de consumo cercano a 7, los grupos de vegetales, frutas y alimentos de origen animal tienen un promedio bajo de consumo lo cual limita la ingesta de vitaminas, minerales y otros nutrientes importantes para el mantenimiento de la salud. En cuanto al consumo de alimentos fuente de proteínas

de alto valor biológico, el 9.3 por ciento no los consumen ningún día de la semana y un 14.0 por ciento lo consumieron de 1 a 3 días a la semana, de alimentos fuente de hierro de origen animal, 30.7 por ciento no los consumen ningún día de la semana y un 49.1 por ciento los consumen de 1 a 3 días a la semana y alimentos fuente de vitamina A, 9.0 por ciento no los consumen ningún día de la semana y un 15.3 por ciento de los hogares los consumen menos de 1 a 3 días a la semana.

8. Debido al impacto de la pandemia, un 66 por ciento de hogares se han visto en la necesidad de aplicar diferentes estrategias para hacerle frente a la falta o disminución en la provisión de alimentos, las más utilizadas fueron la de comer alimentos más baratos (38.1 por ciento) y reducir el tamaño de las porciones (21.8 por ciento).
9. El 22.0 por ciento de los hogares manifestó que había recibido algún tipo de asistencia en los últimos 12 meses en el marco de la pandemia del COVID-19, los tipos de asistencia reportados por un mayor porcentaje de hogares son la ayuda en alimentos (40.6 por ciento) y la Bolsa Solidaria (34.4 por ciento).
10. La maternidad temprana es uno de los problemas encontrados en el presente estudio, la cual incide negativamente en la salud de las mujeres y aumenta el riesgo de muerte, además del impacto en su formación educativa y por lo tanto en la adquisición de las habilidades y conocimientos que les permitan una mejor calidad de vida, un 28.3 por ciento de mujeres de 15 – 19 años ya han tenido al menos un hijo o están embarazadas de su primer hijo, este porcentaje es aún más alto para las jóvenes de baja escolaridad (40.3 por ciento) y para las que pertenecen al quintil más pobre (48.1 por ciento).
11. Aunque las coberturas de atención prenatal (medida por el porcentaje de mujeres que tuvieron al menos una atención prenatal por personal calificado), es alta (94.8 por ciento), las visitas no siempre se inician en el momento oportuno que es el primer trimestre del embarazo, ni se realiza el número mínimo de visitas que establece la normativa de la SESAL, el 39.5 por ciento de mujeres no realizó su primera visita prenatal en el primer trimestre de embarazo que es el tiempo ideal para identificar factores de riesgo que puedan afectar la salud y la vida de la madre y del niño, este porcentaje es mayor al que se encontró en el período de prepandemia (34.8 por ciento), 5 por ciento no realizó ninguna visita, además, el 26.2 por ciento de mujeres no realizó 5 o más visitas prenatales durante su embarazo.
12. La mayoría de mujeres de 15 – 49 años que tuvieron un hijo nacido vivo en los últimos dos años tuvo un parto institucional atendido por personal de salud calificado (82.3 por ciento), sin embargo, este porcentaje disminuye cuando la mujer pertenece al quintil más pobre (61.0 por ciento) y cuando solamente hicieron de 1 – 3 visitas prenatales (60.0 por ciento), lo anterior significa que este grupo está en un mayor riesgo de muerte o de tener complicaciones tanto ellas como sus recién nacidos.
13. La revisión postnatal realizada en el momento inmediato después del parto y en los primeros dos días después del nacimiento, es clave para prevenir complicaciones que puedan afectar la salud o la vida tanto de las mujeres como de sus recién nacidos, en este estudio se encontró que 85.3 por ciento de recién nacidos y el 84.6 por ciento de madres recibieron una revisión postnatal en el momento inmediato después del parto incluyendo, incluyendo las recibidas en los primeros dos días después del nacimiento, los recién nacidos cuyo nacimiento fue en el hogar y los hijos de mujeres del quintil más pobre recibieron una revisión de salud en este mismo período, en porcentajes más bajos (63.2 por ciento y 72.0 por ciento respectivamente). Igual situación se da en el caso de revisión post

natal a las madres, (parto domiciliar: 51.5 por ciento y quintil más pobre: 69.5 por ciento). En prepandemia, el porcentaje de recién nacidos y madres que recibieron atención en este período es ligeramente mayor (87.4 por ciento y 85.0 por ciento respectivamente).

14. Es importante mencionar el hecho de que 27.2 por ciento de recién nacidos a nivel general y 33.9 por ciento en el quintil más pobre no tuvieron ninguna visita de cuidado postnatal, en el caso de las mujeres 50.1 por ciento no realizaron ninguna visita de cuidado postnatal para ellas mismas, en el quintil más pobre fue 61.9 por ciento. En el período prepandemia el porcentaje de mujeres sin visita de cuidado postnatal es menor (39.8 por ciento).
15. El estudio indica que existe un gran problema de sobrepeso y obesidad en las mujeres de 15 a 49 años, el cual va aumentando con la edad y que muy probablemente esté relacionado a los estilos de vida de la mayoría de la población, el porcentaje de mujeres con sobrepeso y obesidad es de 61.4 por ciento el cual es mayor al que se había encontrado en prepandemia (56.2 por ciento). El IMC promedio de las mujeres de 15 – 49 años es de 27.2 el cual se ubica en el rango de sobrepeso, esta condición, aumenta el riesgo en las mujeres de padecer enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes e hipertensión.
16. La anemia afecta a 18.6 por ciento de mujeres de 15 – 49 años, el cual es similar al encontrado en el período prepandemia (19.0 por ciento), la mayor proporción corresponde a anemia leve (16.4 por ciento), la moderada y severa es de apenas un 2.2 por ciento. El grupo de embarazadas presentó el porcentaje más alto de anemia (27.3 por ciento).
17. Según las respuestas de las madres se evidenció que no hubo búsqueda de atención en salud para los niños con episodios de diarrea (44.9 por ciento), con síntomas de IRA (34.6 por ciento) o con fiebre (39.9 por ciento).
18. El manejo de los episodios de diarrea a través de la administración de líquidos y alimentos, para prevenir la deshidratación no siempre se realiza de forma adecuada, se encontró que 56.6 por ciento de los niños con un episodio de diarrea no recibió Terapia de Rehidratación Oral (TRO) y al mismo tiempo alimentación continuada, además un 44.0 por ciento de niños tuvieron restricción de líquidos y un 57.6 por ciento tuvo restricción de alimentos.
19. El apego precoz es una práctica favorable para el establecimiento exitoso de la lactancia materna, idealmente los niños deben iniciar su alimentación con el pecho materno en la primera hora después de su nacimiento, 40.9 por ciento de los bebés fueron amamantados por primera vez tardíamente, después de la primera hora del nacimiento, en este comportamiento se encuentran diferencias importantes por características de contexto, es menor en: parto atendido por una partera (30.8 por ciento), parto en el hogar (33.8 por ciento).
20. El proceso de lactancia materna se ve interferido en los primeros tres días por la administración de otro tipo de líquidos u otros productos lácteos o no lácteos diferentes a la leche materna en un 37.1 por ciento de los recién nacidos, este porcentaje aumenta en los quintiles cuarto y medio (46.7 y 43.6 por ciento respectivamente), cuando el nacimiento ocurrió en el hogar (45.6 por ciento) y en parto atendido por una partera (42.3 por ciento).
21. A pesar de la importancia que tiene la lactancia materna exclusiva para el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños menores de seis meses, es una práctica que no está siendo utilizada por muchas madres. El 71.7 por ciento de los niños de 0 a 5 meses no reciben lactancia materna exclusiva, además, a la edad de 12 a 15 meses el 28.8 por ciento

de los niños ya no están siendo amamantados, y a la edad de 20 a 23 meses, el 63.6 por ciento ya no recibe lactancia materna.

22. 58.3 por ciento de los niños de 6 a 23 meses de edad no recibió una diversidad alimentaria mínima (no consumió alimentos de al menos 5 grupos de los 8 recomendados) y 41.7 por ciento no recibió el número mínima de comidas al día, esto da como resultado que el 73.6 por ciento no se beneficia de una alimentación mínima aceptable, al comparar estos resultados con los datos de prepandemia, se observa que en este estudio los porcentajes son más altos, lo que indica que las familias tienen problema de acceso a los alimentos como consecuencia de la pandemia de COVID 19.
23. Los índices de malnutrición encontrados muestran que 2 de cada 10 niños menores de cinco años tiene retraso del crecimiento (desnutrición crónica), el problema es mayor entre los niños del quintil más pobre, 2.8 de cada 10 niños y en el grupo de edad de 36 a 47 meses de edad (2.6. de cada 10 niños). En la pre pandemia se daba una situación similar pues 2.4 de cada 10 niños presentaban retardo del crecimiento (desnutrición crónica. La prevalencia de bajo peso es 6.2 por ciento, 1.7 por ciento tiene emaciación (desnutrición aguda) y el 4.2 por ciento tiene sobrepeso u obesidad.
24. La prevalencia total de anemia en niños de 6 a 59 meses de edad, es 30.0 por ciento, el 21.2 por ciento de niños padece de anemia leve y el 8.9 por ciento de anemia moderada. Los porcentajes más altos de anemia se presentan en los niños de 6 a 23 meses de edad: de 6 a 8 (50.0 por ciento), de 9 a 11 (51.7 por ciento), de 12 a 17 (45.5 por ciento) y de 18 a 23 (37 por ciento) y en el quintil más pobre (35.2 por ciento).

VII. ANEXOS

Apéndice A. Listado de los 39 municipios seleccionados del Programa EUROSAN DeL

Apéndice B. Diseño Muestral y Tabla Asignación de muestra por municipio

Apéndice A. Listado de los 39 municipios seleccionados del Programa EUROSAN DeL

Departamentos	Municipios	Categoría ISAN	Departamentos	Municipios	Categoría ISAN
Colón (1)	Balfate	3	Gracias a Dios (2)	Ahuas	3
Comayagua (10)	El Rosario	2		Wampusirpi	3
	Esquías	2	Olancho (12)	Concordia	3
	La Libertad	3		Dulce Nombre de Culmí	3
	La Trinidad	3		El Rosario	2
	Las Lajas	3		Esquipulas del Norte	2
	Meámbar	2		Guata	1
	Ojos de Agua	3		Guayape	1
	San Jerónimo	2		Jano	2
	San José de Comayagua	2		Mangulile	2
	San Luis	3		Manto	3
Cortés (1)	San Antonio de Cortés	2		Patuca	3
Choluteca (1)	Santa Ana de Yusguare	3		Salamá	3
El Paraíso (3)	Alauca	3		Yocón	2
	Teupasenti	3	Valle (2)	Langue	3
	Trojes	3		San Francisco de Coray	2
Francisco Morazán (3)	Marale	1	Yoro (4)	Jocón	2
	Orica	3	Sulaco	3	
	Vallecillo	3	Victoria	2	
			Yorito	2	

ANEXO B Diseño Muestral

a. Universo

En el caso de mujeres en edad fértil, el universo se compone por todas las mujeres con edades comprendidas entre 15 y 49 años que residen en los 39 municipios de interés. En el caso de los menores de 5 años de forma similar, el universo son todos los niños y niñas menores de 5 años que residen en estos municipios.

b. Marco Muestral

El marco muestral se construye a partir del último Censo de Población y Viviendas, realizado en 2013, y es el listado completo de todas las áreas de enumeración en estos municipios, junto con la correspondiente cartografía.

c. Tamaño de la muestra

Siendo los principales indicadores de este estudio tasas y porcentajes, se recomienda utilizar la fórmula para estimar proporciones:

$$n = \frac{k^2 NPQ}{k^2 Q + E^2 N}$$

Esta es la fórmula utilizada cuando la población (universo) N es pequeña con respecto a la muestra o lo que es lo mismo, cuando N es finita (conocida) y donde:

n= Muestra

N= Población

k= Valor Z para obtener un cierto grado de confianza en la estimación

P= Proporción de la población que tiene un atributo

Q= Proporción de la población que no tiene el atributo

E= Error deseado en la estimación

Para este estudio se hicieron dos cálculos: uno para mujeres en edad fértil y otro para menores de 5 años; se empleó una confiabilidad del 95% ($k = 1.96$) y un error esperado $E = 3\%$ y asumiendo la máxima varianza posible ($P = 0.5$).

Para mujeres el resultado fue de $n=1,059$ y para menores fue de $n=1,052$. Para hacer la asignación de hogares se tomó el valor más alto ($n=1,059$) y se ajustó por no respuesta (20%) y efecto de diseño ($deff = 1.8$) la muestra final es de 2,287 hogares.

d. Afijación de la muestra

1. La afijación de la muestra se hizo de forma proporcional a la población para cada municipio, asignándosele a cada uno tanta muestra como le corresponda de acuerdo a la población que tenga en el universo.

e. Selección de la muestra

2. Tipo de muestreo utilizado

El muestreo utilizado fue estratificado, probabilístico y de una única etapa. La selección fue sistemática con arranque aleatorio dentro de cada municipio (entendiendo que cada municipio es un estrato).

Procedimiento de selección de las Unidades de Muestreo

Dado que no hay más que una etapa de selección, nuestra unidad de muestreo será directamente cada área de enumeración. La selección se hará de la siguiente manera:

Determinar el Intervalo de Selección (IS) dividiendo el número total de personas dentro de cada municipio (M_h) entre el número de estos a seleccionar (n_h).

$$S = \frac{M_h}{n_h}$$

ii. Obtener un arranque aleatorio (A_h) con valor entre 1 y el Intervalo de Selección inclusive.

iii. Identificar en el marco muestral los empleados que estarán en la muestra por medio de la fórmula:

$$A_h + (k - 1) \times IS$$

donde k = 1, 2, ... n_h

La siguiente tabla muestra cómo quedó la asignación de la muestra entre los municipios.

TABLA ASIGNACIÓN DE LA MUESTRA

Departamento	Municipio	Población	Muestra	Distribución	UPM
Gracias a Dios	Ahuas	9,171	31.32	36	3
El Paraíso	Alauca	9,653	32.97	36	3
Colón	Balfate	13,462	45.97	48	4
Olancho	Concordia	8,733	29.82	36	3
Olancho	Dulce Nombre de Culmí	31,885	108.89	120	10
Comayagua	El Rosario	33,327	113.82	120	10
Olancho	El Rosario	4,334	14.80	24	2
Comayagua	Esquías	22,256	76.01	84	7
Olancho	Esquipulas del Norte	12,614	43.08	48	4
Olancho	Guata	12,801	43.72	48	4
Olancho	Guayape	13,536	46.23	48	4
Olancho	Jano	5,511	18.82	24	2
Yoro	Jocón	9,749	33.29	36	3
Comayagua	La Libertad	30,181	103.07	120	10
Comayagua	La Trinidad	4,930	16.84	24	2
Valle	Langue	21,694	74.09	72	6
Comayagua	Las Lajas	16,039	54.78	60	5
Olancho	Mangulile	9,513	32.49	36	3
Olancho	Manto	11,868	40.53	48	4
Francisco Morazán	Marale	9,258	31.62	36	3
Comayagua	Meámbar	13,862	47.34	48	4
Comayagua	Ojos de Agua	11,263	38.47	36	3
Francisco Morazán	Orica	15,258	52.11	60	5
Olancho	Patuca	28,307	96.68	96	8
Olancho	Salamá	8,101	27.67	24	2
Cortés	San Antonio de Cortés	22,884	78.16	84	7
Valle	San Francisco de Coray	10,080	34.43	36	3

Departamento	Municipio	Población	Muestra	Distribución	UPM
Comayagua	San Jerónimo	23,568	80.49	84	7
Comayagua	San José de Comayagua	7,988	27.28	24	2
Comayagua	San Luis	12,187	41.62	48	4
Choluteca	Santa Ana de Yusguare	15,133	51.68	60	5
Yoro	Sulaco	19,896	67.95	72	6
El Paraíso	Teupasenti	48,378	165.22	168	14
El Paraíso	Trojes	53,921	184.15	180	15
Francisco Morazán	Vallecillo	9,120	31.15	36	3
Yoro	Victoria	37,308	127.42	120	10
Gracias a Dios	Wampusirpi	6,069	20.73	24	2
Olancho	Yocón	13,120	44.81	48	4
Yoro	Yorito	22,627	77.27	84	7
TOTAL		669,585	2,287	2,436	203

Nótese como la muestra todavía sube un poco más a $n=2,436$; esto se debe a que se visitarán 12 viviendas por Unidad Primaria de Muestreo (UPM) o área de enumeración, por lo tanto, el tamaño de muestra en cada municipio debe ser un múltiplo de 12.



Centro Cívico Gubernamental, "José Cecilio del Valle", Torre 1, Piso 4, Boulevard Juan Pablo II, Esquina República de Corea, Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A.
Teléfonos: 2242-8671, 2242-8673, 2242-8676 y 2242-8677
Apartado Postal 15031
www.ine.gob.hn inehn@hotmail.com



ESCANEAR CÓDIGO
QR PARA DESCARGAR
PUBLICACIÓN