

**Encuesta de agrupación de indicadores múltiples**  
(Multiple Indicator Cluster Survey - MICS)

**Informe completo modelo**

Noviembre 2 del 2000

## Tabla de contenido

LISTA DE GRÁFICAS	3
PRÓLOGO Y AGRADECIMIENTOS	4
RESUMEN EJECUTIVO	5
INDICADORES RESUMEN	9
I. INTRODUCCIÓN	1
Antecedentes de la encuesta	1
Antecedentes de [país]	1
Los objetivos de la encuesta	1
II. LA METODOLOGÍA DE LA ENCUESTA	1
El diseño de la muestra	1
Los cuestionarios	2
Trabajo de campo y procesamiento de datos	2
III. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA Y CALIDAD DE LOS DATOS	3
Las tasas de respuesta	3
La distribución por edades y los datos faltantes	3
Las características de la población del hogar	4
IV. RESULTADOS	4
A. Mortalidad infantil y en menores de cinco años	4
B. Educación	6
Educación en la temprana infancia	6
Educación básica	6
Alfabetismo	7
C. Agua y saneamiento	7
Uso de agua potable	7
Uso de medios sanitarios	8
D. Desnutrición infantil	8
Estado de nutrición	8
Lactancia materna	9
Yodación de la sal	10
Suplementación de vitamina A	10
Bajo peso al nacer	11

E. Salud infantil	12
Cubrimiento de la inmunización	12
Diarrea	13
Infecciones respiratorias agudas	14
La iniciativa IMCI	14
Paludismo	15
F. VIH/SIDA	16
Conocimiento del SIDA	16
Pruebas de SIDA	18
G. Salud reproductiva	19
Contracepción	19
Atención prenatal	19
Atención en el parto	20
H. Derechos del niño	21
Registro del nacimiento	21
Orfandad y lugar de residencia de los niños y niñas	21
Trabajo infantil	22
 APÉNDICE A: DISEÑO DE LA MUESTRA	 23
 APÉNDICE B: LISTA DEL PERSONAL INVOLUCRADO EN LA ENCUESTA MICS DE [PAÍS]	 23
 APÉNDICE C: CUESTIONARIOS	 23

## Lista de gráficas

Figura 1: Distribución año por año de la población del hogar según el sexo, [país], [año]	3
Figura 2: Estimativos de mortalidad infantil y en menores de cinco años basados en estimación indirecta, [país], [año]	5
Figura 3: Porcentaje de niños de edad escolar primaria que asisten a la escuela primaria, [país], [año]	6
Figura 4: Distribución porcentual de niños y niñas vivos según su situación de lactancia, [país], [año]	10
Figura 5: Porcentaje de niños y niñas de 12-23 meses de edad que a la edad de 12 meses ya habían recibido las inmunizaciones, [país], [año]	13
Figura 6: Porcentaje de mujeres de 15-49 años de edad que poseen conocimiento suficiente de la transmisión del VIH/SIDA según el nivel de educación, [país], [año]	18
Figura 7: Distribución porcentual de mujeres con un parto en el último año según el tipo de personal que prestó la atención prenatal, [país], [año]	20

## **Prólogo y agradecimientos**

## Resumen ejecutivo

La *Encuesta de agrupación de indicadores múltiples 2000* de [país] (Multiple Indicator Cluster Survey: MICS) es una encuesta nacionalmente representativa de hogares, mujeres, y niños y niñas. Los principales objetivos de la encuesta son los de suministrar información actualizada para evaluar la situación de los niños y las mujeres en [país] al final de la década y de suministrar los datos requeridos para monitorear el progreso hacia el cumplimiento de las metas definidas en la Cumbre Mundial por la Infancia y para servir de base para la acción futura.

### *Mortalidad infantil y en menores de cinco años*

- Las distorsiones existentes en los datos de la MICS acerca de las muertes entre los niños y niñas impiden el cálculo de estimativos de tasas de mortalidad muy recientes. Los datos sugieren que la tasa de mortalidad infantil fue de 45 por mil, y que la tasa de mortalidad en menores de cinco años fue de 52 por mil alrededor de 1993.

### *Educación*

- El 89% de los niños de edad escolar primaria en [país] asisten a la escuela primaria. La asistencia escolar en el sur (52%) es significativamente menor que en el resto del país. A nivel nacional, casi no hay diferencia entre la asistencia escolar masculina y la femenina.
- Más de las dos terceras partes de los niños que entran al primer grado de la escuela primaria llegan eventualmente al quinto grado.
- La gran mayoría (88%) de la población mayor de 15 años es alfabeta. El porcentaje de alfabetizados disminuye de 93% entre las personas de 15-34 años de edad a 65% entre la población mayor de 65 años.

### *Agua y saneamiento*

- El 89% de la población tiene acceso a agua potable segura – 98% en áreas urbanas y 78% en áreas rurales. La situación en el sur es considerablemente peor que en las otras regiones; sólo el 31% de la población de esta región recibe su agua de consumo de una fuente segura.
- El 92% de la población de [país] vive en hogares que poseen medios sanitarios de eliminación de excrementos.

### *Desnutrición infantil*

- El nueve por ciento de los niños y niñas menores de cinco años en [país] sufren de deficiencia de peso (son demasiado delgados para su edad). El trece por ciento de los niños son demasiado bajos para su edad, y el tres por ciento están consumidos (demasiado delgados para su talla).
- Los niños cuyas madres poseen educación secundaria o superior son los que tienen menor probabilidad de ser deficientes de peso y talla comparados con los hijos de madres con menos educación.

### *Lactancia materna*

Aproximadamente 12% de los niños y niñas menores de cuatro meses de edad son amamantados en forma exclusiva, una proporción considerablemente menor de lo recomendado. A la edad de 6-9 meses, el 25% de los niños están recibiendo leche materna y alimentos sólidos o semisólidos. A la edad de 20-23 meses, sólo el 12% siguen recibiendo leche materna.

### *Yodación de sal*

- El 78% de los hogares en [país] usan sal apropiadamente yodada. El porcentaje de hogares que usan sal apropiadamente yodada varía entre 57% en el sur y 89% en la región central.

#### *Suplementación de vitamina A*

- El 14% de los niños entre 6 y 59 meses de edad recibieron un suplemento de vitamina A de dosis fuerte dentro de los seis meses anteriores a la encuesta MICS. Aproximadamente 6% no recibieron un suplemento en los últimos seis meses pero sí anteriormente a dicho período.
- El nivel de educación de la madre está relacionado con la probabilidad de suplementación de vitamina A. El porcentaje que recibieron un suplemento en los últimos seis meses aumenta de 6% entre los niños y niñas cuyas madres no poseen educación a 16% entre aquellos cuyas madres poseen educación secundaria o superior.
- Sólo alrededor del 12% de las madres que dieron a luz en el año anterior a la MICS recibieron un suplemento de vitamina A dentro de las ocho semanas siguientes al parto.

#### *Bajo peso al nacer*

- Aproximadamente 12% de los bebés tienen un peso al nacer estimado de menos de 2.500 gramos. Este porcentaje es algo mayor que el promedio para la región de América Latina y el Caribe.

#### *Cubrimiento de la inmunización*

- El 87% de los niños y niñas de 12-23 meses de edad recibieron una vacuna BCG antes de la edad de doce meses, y la primera dosis de DPT fue dada al 84%. Para las siguientes dosis de DPT el porcentaje disminuye a 79% para la segunda y 75% para la tercera.
- De modo similar, el 87% de los niños recibieron la Polio 1 antes de la edad de doce meses, y esta cifra cae a 83% para la tercera dosis.
- El cubrimiento de la vacuna contra el sarampión (24%) es menor que para las demás vacunas, principalmente porque sólo alrededor del 40% de los niños reciben la vacuna antes de cumplir su primer año de vida.
- Un poco más de la mitad de los niños habían recibido todas las ocho vacunas recomendadas durante los primeros doce meses de vida..
- Los niños y las niñas son vacunados en aproximadamente la misma proporción.
- El cubrimiento de la vacunación es mayor entre los niños cuyas madres poseen educación secundaria o superior. Las diferencias por educación son mayores para las terceras dosis de DPT y polio, lo cual sugiere que las tasas de abandono son mayores entre los niños cuyas madres poseen menos educación.

#### *Diarrea*

- Aproximadamente seis de cada diez niños y niñas que padecían diarrea recibieron uno o más de los tratamientos caseros recomendados (o sea, fueron tratados con SRO o líquidos caseros recomendados).
- Sólo el 25% de los niños que padecían diarrea recibieron mayor cantidad de líquidos y siguieron comiendo como se recomienda.

#### *Infecciones respiratorias agudas*

- El cuatro por ciento de los niños y niñas menores de cinco años padecieron una infección respiratoria aguda en las dos semanas anteriores a la encuesta.. Aproximadamente 56% de ellos fueron llevados a un centro médico apropiado.

#### *Iniciativa IMCI*

- De los niños y niñas menores de cinco años de quienes se informó que habían sufrido diarrea o alguna otra enfermedad en las dos semanas anteriores a la encuesta MICS, el 16% recibieron mayor cantidad de líquidos y siguieron comiendo como recomienda el programa IMCI.

- El 17% de las madres conocían por lo menos dos de las señales que indican que un niño debe ser llevado inmediatamente a un centro médico.

#### *Paludismo*

- En las áreas de [país] que tienen el mayor nivel de riesgo de paludismo, el 72% de los niños y niñas menores de cinco años durmieron bajo un mosquitero la noche anterior a la entrevista de la encuesta. Sin embargo, solo alrededor del 5% de los mosquiteros usados están impregnados de insecticida.
- Aproximadamente 56% de los niños y niñas que padecieron fiebre en las dos semanas anteriores a la entrevista de la MICS recibieron Paracetamol para tratar la fiebre y al 53% se les dio Chloroquine, mientras que menos del uno por ciento recibieron Fansidar. Un porcentaje relativamente alto de niños (25%) recibieron algún otro medicamento.

#### *VIH/SIDA*

- El 37% de las mujeres entre los 15 y 49 años de edad conocen todas las tres maneras principales de evitar la transmisión del VIH – tener un solo compañero sexual no infectado, siempre usar un condón, y abstenerse del sexo.
- El 39% de las mujeres identificaron correctamente tres ideas erróneas con respecto a la transmisión del VIH – que el VIH puede ser transmitido por medios sobrenaturales, que puede ser transmitido por picaduras de zancudo, y que una persona de apariencia saludable no puede estar infectada.
- El 60% de las mujeres de edad reproductiva en [país] conocen un lugar donde se pueden hacer pruebas de SIDA, y alrededor del 12% se han hecho pruebas.
- El porcentaje de mujeres que tienen conocimiento suficiente de la transmisión del VIH y el de las que saben dónde hacerse pruebas de VIH aumentan dramáticamente con el nivel de educación.

#### *Contracepción*

- El 45% de las mujeres casadas o en unión informaron que actualmente usan métodos anticonceptivos. El método más popular es la píldora, la cual es empleada por una de cada cuatro mujeres casadas, seguido por la esterilización femenina, con el diez por ciento de las mujeres casadas.

#### *Atención prenatal*

- Tres de cada cuatro mujeres que recientemente dieron a luz en [país] están protegidas contra el tétano neonatal. La gran mayoría de estas mujeres recibieron dos o más dosis de toxoide tetánico dentro de los últimos tres años.
- Casi todas las mujeres en [país] reciben algún tipo de atención prenatal, y el 75% reciben atención prenatal de personal capacitado (médico, enfermera, partera capacitada).

#### *Atención en el parto*

- Un médico, enfermera o partera capacitada atendió a alrededor del 77% de los nacimientos que tuvieron lugar en el año anterior a la encuesta MICS. Este porcentaje es más alto en la región surcentral (99%) y más bajo en el sur (21%).

#### *Registro de nacimientos*

- Los nacimientos del 94% de los niños y niñas menores de cinco años en [país] han sido registrados. No existen variaciones significativas en el registro del nacimiento por las categorías de sexo, edad o nivel de educación.

#### *Orfandad y lugar de residencia de los niños y niñas*

- En términos generales, el 64% de los niños entre 0 y 14 años de edad están viviendo con ambos padres. Los niños que no viven con uno de sus padres biológicos constituyen el siete por ciento, y los niños huérfanos de uno o ambos padres suman el cuatro por ciento de todos los niños de 0-14 años de edad.
- La situación de los niños y niñas en el sur difiere de la de los demás niños. En el sur, menos de la mitad de los niños viven con ambos padres y el 36% viven sólo con su madre, a pesar de que el padre está vivo, y una proporción relativamente grande (10%) no vive con ninguno de sus padres.

#### *Trabajo infantil*

- Alrededor del dos por ciento de los niños y niñas entre cinco y catorce años de edad trabajan con remuneración. Aproximadamente el doble – cuatro por ciento – participan en trabajo no remunerado con alguien que no es miembro del hogar.
- Un poco más de la mitad de los niños ejecutan tareas domésticas (tales como cocinar, recoger agua y cuidar a otros niños) durante menos de cuatro horas diarias, mientras que el 25% dedican más de cuatro horas al día a tales tareas.

## Indicadores resumen

Indicadores de la Cumbre Mundial por la Infancia		
Tasa de mortalidad en menores de cinco años	Probabilidad de morir antes de llegar a la edad de cinco años	52 per 1000
Tasa de mortalidad infantil	Probabilidad de morir antes de llegar a la edad de un año	45 per 1000
Prevalencia de bajo peso	Proporción de niños menores de cinco años que son demasiado delgados para su edad	9 por ciento
Prevalencia de baja talla	Proporción de niños menores de cinco años que son demasiado bajos para su edad	13,0 por ciento
Prevalencia de desgaste (consumidos)	Proporción de niños menores de cinco años que son demasiado delgados para su talla	3,3 por ciento
Uso de agua potable segura	Proporción de la población que utiliza una fuente segura de agua potable	88,9 por ciento
Uso de medios sanitarios de eliminación de excrementos	Proporción de la población que utiliza un medio sanitario de eliminación de excrementos	91,6 por ciento
Niños que llegan al quinto grado	Proporción de los niños y niñas que entran al primer grado de la escuela primaria que eventualmente llegan al quinto grado	68,6 por ciento
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria	Proporción de los niños y niñas de edad escolar primaria que asisten a la escuela primaria	88,9 por ciento
Tasa de alfabetismo	Proporción de la población de 15 años o más que son capaces de leer una carta o periódico	87,7 por ciento
Atención prenatal	Proporción de mujeres de 15-49 años de edad que fueron atendidas por personal capacitada por lo menos una vez durante su embarazo	74,4 por ciento
Prevalencia de anticonceptivos	Proporción de mujeres casadas de 15-49 años de edad que están utilizando algún método anticonceptivo	44,5 por ciento
Atención en el parto	Proporción de partos atendidos por personal de salud capacitada	76,8 por ciento
Peso al nacer menor de 2,5 kg.	Proporción de nacidos vivos que pesan menos de 2.500 gramos	12,0 por ciento
Consumo de sal yodada	Proporción de hogares que consumen sal apropiadamente yodada	78,0 por ciento
Niños que reciben suplementos de vitamina A	Proporción de niños y niñas de 6-59 meses de edad que han recibido un suplemento de vitamina A en los últimos seis meses	13,8 por ciento
Madres que reciben suplementos de vitamina A	Proporción de madres que recibieron un suplemento de vitamina A antes de que el bebé cumpliera ocho semanas de edad	11,6 por ciento
Tasa de lactancia exclusiva	Proporción de niños y niñas de menos de cuatro meses de edad que son amamantados exclusivamente	12,4 por ciento
Tasa de alimentación complementaria oportuna	Proporción de niños y niñas de 6-9 meses de edad que reciben leche materna y alimentos complementarios	25,0 por ciento
Tasa de lactancia continuada	Proporción de niños y niñas de 12-15 meses y 20-23 meses de edad que están recibiendo leche materna	38,1 por ciento (12-15 meses) 12,2 por ciento (20-23 meses)
Cubrimiento de la inmunización DPT	Proporción de niños y niñas inmunizados contra difteria, tos ferina y tétano antes de cumplir el año de edad	77,2 por ciento

Cubrimiento de la inmunización contra el sarampión	Proporción de niños y niñas inmunizados contra el sarampión antes de cumplir el año de edad	57,9 por ciento
Cubrimiento de la inmunización contra la poliomielitis	Proporción de niños y niñas inmunizados contra la poliomielitis antes de cumplir el año de edad	80,2 por ciento
Cubrimiento de la inmunización contra la tuberculosis	Proporción de niños y niñas inmunizados contra la tuberculosis antes de cumplir el año de edad	88,4 por ciento
Niños y niñas protegidos contra el tétano neonatal	Proporción de niños y niñas de un año de edad protegidos contra el tétano neonatal mediante la inmunización de la madre	77,0 por ciento
Uso de TRO	Proporción de los niños menores de cinco años que padecieron diarrea en las últimas dos semanas que fueron tratados con sales de rehidratación oral o una solución casera apropiada	61,0 por ciento
Manejo casero de la diarrea	Proporción de los niños menores de cinco años que padecieron diarrea en las últimas dos semanas que recibieron mayor cantidad de líquidos y siguieron comiendo durante el episodio	24,8 por ciento
Búsqueda de atención para las infecciones respiratorias agudas	Proporción de los niños menores de cinco años que padecieron IRA en las últimas dos semanas que fueron llevados a un centro médico apropiado	56,1 por ciento
Desarrollo preescolar	Proporción de niños y niñas de 36-59 meses de edad que están asistiendo a algún tipo de programa de educación temprana organizada	40,1 por ciento
<b>Indicadores para monitorear los derechos del niño</b>		
Registro del nacimiento	Proporción de niños menores de cinco años cuyos nacimientos fueron registrados	94,2 por ciento
Lugar de residencia del niño	Proporción de niños y niñas de 0-14 años en el hogar que no están viviendo con uno de sus padres biológicos	7,3 por ciento
Huérfanos en el hogar	Proporción de niños y niñas huérfanos de 0-14 años que viven en el hogar	0,2 por ciento (ambos padres) 3,6 por ciento (padre o madre)
Trabajo infantil	Proporción de niños y niñas de 5-14 años que están trabajando actualmente	30,7 por ciento
<b>Indicadores para monitorear IMCI y paludismo</b>		
Manejo casero de enfermedades	Proporción de los niños menores de cinco años reportados como enfermos durante las últimas dos semanas que recibieron mayor cantidad de líquidos y siguieron comiendo	15,5 por ciento
Conocimiento de necesidad de buscar atención	Proporción de personas responsables del cuidado de niños menores de cinco años que conocen por lo menos dos señales de la necesidad de buscar atención de inmediato	17,4 por ciento
Mosquiteros	Proporción de niños menores de cinco años que duermen bajo un mosquitero impregnado de insecticida	3,4 por ciento (áreas de alto riesgo únicamente)
Tratamiento contra el paludismo	Proporción de los niños y niñas menores de cinco años que padecieron fiebre en las últimas dos semanas que recibieron medicamentos antipalúdicos	53,7 por ciento

<b>Indicadores para monitorear VIH/SIDA</b>		
Conocimiento de la prevención del VIH/SIDA	Proporción de mujeres que enuncian correctamente las tres principales maneras de evitar la infección por VIH	37,4 por ciento
Conocimiento de ideas erróneas con respecto al VIH/SIDA	Proporción de mujeres que identifican correctamente tres ideas erróneas con respecto al VIH/SIDA	38,5 por ciento
Conocimiento de la transmisión de madre a hijo	Proporción de mujeres que identifican correctamente medios de transmisión del VIH de madre a hijo	32,2 por ciento
Actitud hacia personas que padecen VIH/SIDA	Proporción de mujeres que expresan una actitud discriminatoria hacia personas que padecen VIH/SIDA	51,7 por ciento
Mujeres que saben dónde hacerse pruebas de VIH	Proporción de mujeres que saben dónde hacerse una prueba de VIH	60,1 por ciento
Mujeres que se han hecho pruebas de VIH	Proporción de women que se han hecho pruebas de VIH	11,5 por ciento

# I. Introducción

## **Antecedentes de la encuesta**

En la Cumbre Mundial por la Infancia, celebrada en Nueva York en 1990, el gobierno de [país] se comprometió con una Declaración y un Plan de Acción para la Infancia. Posteriormente, un Programa Nacional de Acción para la Infancia fue formulado e implementado. *[Describe el Programa Nacional de Acción.]*

El Plan de Acción también requería la creación de mecanismos para monitorear el progreso hacia la metas y los objetivos fijados para el año 2000. Con este fin, UNICEF ha elaborado un conjunto básico de 75 indicadores de aspectos específicos de la situación de los niños y niñas en coordinación con otras organizaciones internacionales. Una encuesta MICS fue realizada en 1985 [**¿No será más bien 1995?**] para medir el progreso logrado a mitad de década. La encuesta MICS 2000 de [país] ha sido implementada para suministrar información de fin de década acerca de muchos de estos indicadores. Información acerca de otros indicadores será derivado del sistema de estadísticas vitales y varios sistemas de monitoreo de enfermedades.

La encuesta MICS de [país] fue realizada por la Oficina Central de Estadística y fue financiada por UNICEF [país]. *[Describe otros detalles de organización.]*

El presente informe presenta los resultados referentes a los temas principales cubiertos por la encuesta y a los indicadores de la Cumbre Mundial por la Infancia.

## **Antecedentes de [país]**

*[Describe la situación básica de demografía y salud de [país]. Esboce las principales iniciativas de salud pública. Describa cualquier evento significativo que pueda haber afectado los resultados de la encuesta MICS, tales como desórdenes civiles, desastres naturales o depresiones económicas.]*

## **Los objetivos de la encuesta**

La encuesta MICS 2000 de [país] tiene como objetivos primarios los siguientes:

- Suministrar información actualizada para evaluar la situación de los niños, niñas y mujeres en [país] al final de la década y para mirar hacia la próxima década.
- Suministrar los datos requeridos para monitorear el progreso hacia las metas definidas en la Cumbre Mundial por la Infancia y como base para la acción futura.
- Contribuir al mejoramiento de los sistemas de información y monitoreo en [país] y fortalecer la pericia técnica en el diseño, implementación y análisis de tales sistemas.

# II. La metodología de la encuesta

## **El diseño de la muestra**

La muestra para la encuesta MICS de [país] fue diseñada para suministrar estimativos de indicadores de salud al nivel nacional, para áreas urbanas y rurales, y para cinco regiones (central, surcentral,

oriental, occidental y sur). La muestra fue escogida en dos etapas. En la primera etapa, 123 áreas censales fueron escogidas con una probabilidad proporcional a su tamaño. Después de elaborar un registro de hogares dentro de las áreas censales escogidas, se eligió una muestra sistemática de 4.671 hogares. Como la muestra estaba estratificada por región, no se pondera por sí misma. Para informar los resultados al nivel nacional se utilizan pesos ponderados de muestra. Los detalles técnicos completos de la muestra se incluyen en el Apéndice A.

### **Los cuestionarios**

Los cuestionarios para la encuesta MICS de [país] se basaron en el cuestionario modelo de la MICS, haciendo algunas modificaciones y adiciones. En cada hogar se aplicó un cuestionario de hogar que recogía información diversa acerca de los miembros del hogar, incluyendo sexo, edad, alfabetismo, estado civil y orfandad. El cuestionario de hogar también incluye módulos referentes a educación, trabajo infantil, yodación de la sal, y agua y saneamiento. Además del cuestionario de hogar, en cada hogar se aplicaron cuestionarios para mujeres entre los 15 y 49 años de edad y para niños y niñas menores de cinco años. Para los niños, el cuestionario fue aplicado a la madre o a la persona responsable del cuidado del niño. El cuestionario para las mujeres contiene los siguientes módulos:

- Mortalidad infantil
- Toxoide tetánico
- Salud materna y del recién nacido
- Uso de anticonceptivos
- VIH/SIDA

El cuestionario para los niños y niñas menores de cinco años incluye módulos acerca de:

- Registro de nacimiento y aprendizaje temprano
- Vitamina A
- Lactancia materna
- Atención de enfermedades
- Paludismo
- Inmunización
- Antropometría

Los cuestionarios fueron traducidos de la versión en inglés del modelo MICS a dos idiomas, A y B. Se realizó un ensayo previo de los cuestionarios en noviembre de 1999. Basado en los resultados de este ensayo, se hicieron modificaciones a la redacción y traducción de los cuestionarios. Para los cuestionarios completos, véase el Apéndice C. **[El original dice “B”, lo cual es errado.]**

### **Trabajo de campo y procesamiento de datos**

El personal de campo fue entrenado durante cinco días a comienzos de enero del 2000. Los datos fueron recolectados por cinco equipos, cada uno compuesto de cuatro encuestadores, un conductor y un supervisor. El Coordinador MICS ejerció la supervisión global. El trabajo de campo comenzó en enero del 2000 y terminó en marzo del mismo año.

Los datos fueron ingresados en cuatro microcomputadores utilizando el paquete EpiInfo. *[Describe los detalles particulares del país.]* Para asegurar el control de la calidad, todos los cuestionarios fueron ingresados dos veces y se efectuaron verificaciones de consistencia interna. En todo el proceso se emplearon procedimientos y programas estándares desarrollados bajo MICS y adaptados

al cuestionario de [país]. El procesamiento de datos comenzó en febrero del 2000 y terminó en abril del mismo año.

### III. Características de la muestra y calidad de los datos

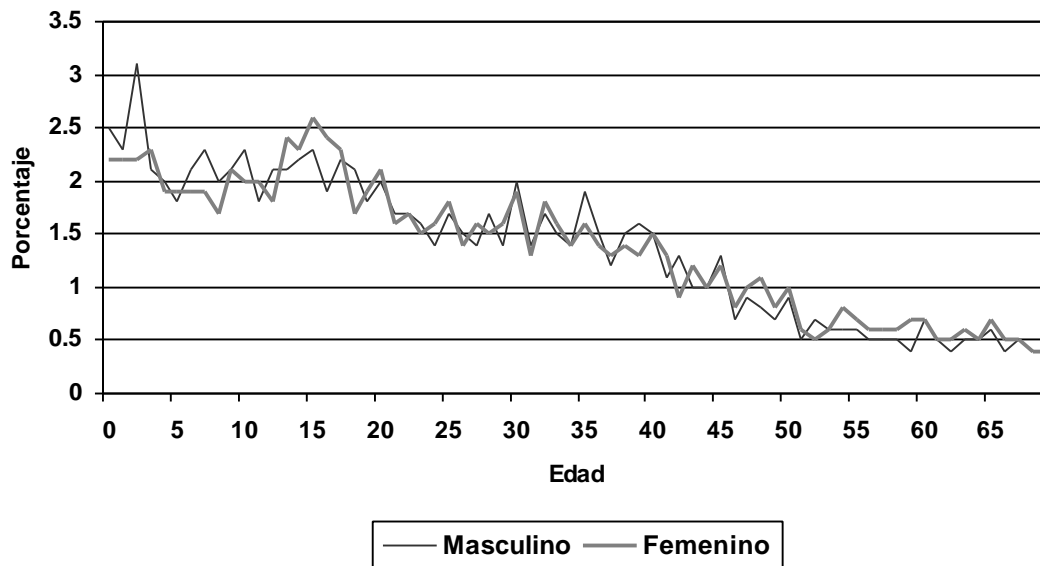
#### Las tasas de respuesta

De los 4.671 hogares escogidos para la muestra, se halló que 4.577 estaban habitados (Tabla 1). De éstos, 4.285 fueron encuestados con éxito, para una tasa de respuesta de hogares de 94%. La tasa de respuesta fue mayor en las áreas rurales (97%) que en las áreas urbanas (91%). En los hogares encuestados se identificaron 4.236 mujeres válidas (de 15-49 años de edad). De éstas, se encuestaron con éxito 3.965, para una tasa de respuesta de 90%. Además, 1.957 niños y niñas menores de cinco años fueron registrados en el cuestionario de hogar. Fueron diligenciados cuestionarios para 1.831 de estos niños, para una tasa de respuesta de 94%.

#### La distribución por edades y los datos faltantes

Como se muestra en la Tabla 2 y la Figura 1, la distribución por edades año por año de los miembros del hogar según el sexo muestra algunas distorsiones alrededor de los quince años de edad para las niñas y los dos años para los varones. Parece haber un amontonamiento significativo de mujeres a los 14-17 años de edad, y quizás una ligera escasez de mujeres de 18-19 años. En ambos sexos se nota cierta preferencia para las edades terminadas en los dígitos 0 y 5, un patrón típico de poblaciones en las cuales no siempre se conocen las edades.

Figura 1: Distribución año por año de la población del hogar según el sexo, [país], [año]



El porcentaje de casos en los cuales falta información para preguntas escogidas se presenta en la Tabla 3 como una medida de verificación de la calidad de los datos de la encuesta. Para menos del uno por ciento de los miembros del hogar falta información acerca de su nivel de educación, pero para el tres por ciento de ellos falta información acerca del año de educación. Entre las mujeres encuestadas, 0,2% no informaron una fecha de nacimiento completa (o sea, mes y año). El tres por ciento de las mujeres que tuvieron un parto en los doce meses anteriores a la encuesta

no informaron la fecha de su última inyección de toxoide tetánico. Estos niveles bajos de datos faltantes sugieren que no hubo problemas significativos con respecto a las preguntas o el trabajo de campo.

Entre la información escogida, los datos acerca de peso y talla son los que tienen mayor probabilidad de faltar. Aproximadamente cinco por ciento de los niños carecen de esta información, lo cual puede ser porque el niño no estaba presente, por negarse o alguna otra razón. Según la experiencia internacional, este porcentaje es relativamente bajo comparado con otras encuestas en las cuales se toman medidas antropométricas (Sommerfelt y Boerma, 1994).

### ***Las características de la población del hogar***

Se presenta información acerca de las características de la población del hogar y los encuestados para ayudar en la interpretación de los resultados de la encuesta y para servir como una verificación básica de la implementación de la muestra.

La Tabla 4 presenta la distribución porcentual de los hogares de la muestra según características básicas. Alrededor de 56% de los hogares (2.395 hogares) son urbanos y 44% (1.890 hogares) son rurales. La región central constituye la mayor de las cinco regiones, con 42% de los hogares, mientras que la surcentral es la siguiente con 22%. Las regiones restantes poseen entre 9% y 15% de los hogares. La mayoría de los hogares tienen entre dos y cinco miembros. El 37% de los hogares incluyen por lo menos un niño o niña por debajo de los cinco años de edad, y el 79% incluyen por lo menos una mujer entre las edades de 15 y 49.

La Tabla 5 muestra las características de las mujeres encuestadas entre 15 y 49 años de edad. Mujeres entre 15 y 19 años de edad constituyen el mayor porcentaje de la muestra, con 21%. Este porcentaje disminuye constantemente a través de los grupos de edad hasta el de 45-49 años, donde es 9%. Este patrón es típico de los países de la región. Aproximadamente 64% de las mujeres de la muestra están casadas, y 67% han tenido al menos un parto. La mayoría de las mujeres han recibido por lo menos alguna educación secundaria, mientras sólo 7% no han recibido educación alguna.

La Tabla 6 muestra las características de los niños y niñas menores de cinco años. El 53% de los niños son varones y el 47% son niñas. Aproximadamente 13% de las madres de niños menores de cinco no poseen educación, un porcentaje que es casi dos veces mayor que el porcentaje global de mujeres sin educación en la muestra. Nótese que para los niños cuyas madres no vivían en el hogar se emplea la educación de quien les brinda cuidado. Hay un número ligeramente mayor de niños menores de seis meses que entre las edades de seis y once meses, un patrón inesperado.

## **IV. Resultados**

### ***A. Mortalidad infantil y en menores de cinco años***

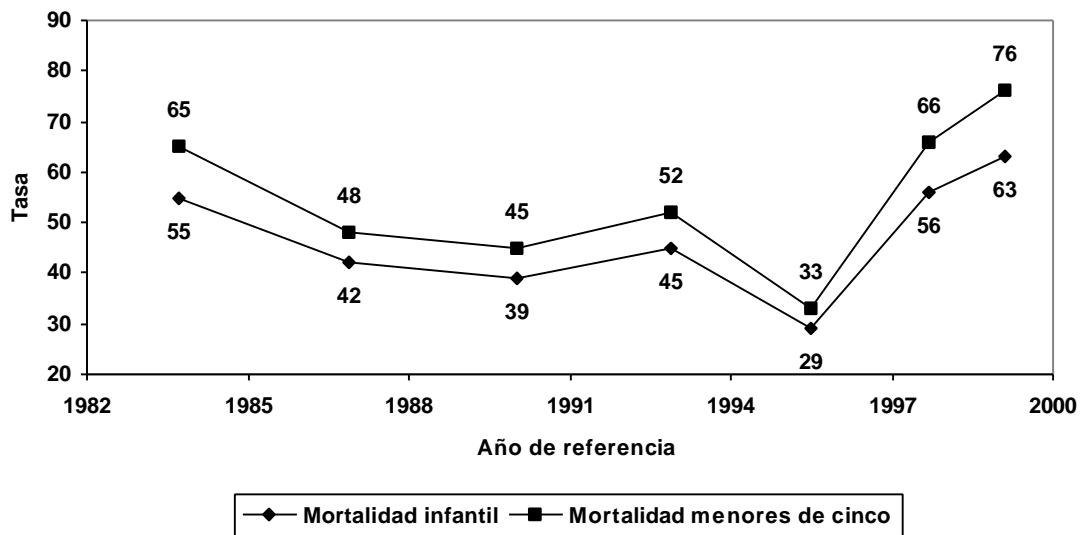
La *tasa de mortalidad infantil* es la probabilidad de morir antes de cumplir el primer año de edad. La *tasa de mortalidad en menores de cinco años* es la probabilidad de morir antes de cumplir los cinco años. En la encuesta MICS, las tasas de mortalidad infantil y en menores de cinco años se calculan con base en una técnica de estimación indirecta (el método Brass). Los datos utilizados en el cálculo son el número promedio de niños y niñas nacidos a grupos de edad quinquenales de mujeres de 15-49 años de edad y la proporción de estos niños que están muertos, también para grupos de edad quinquenales de mujeres. La técnica convierte estos datos en probabilidades de

muerte tomando en cuenta tanto los riesgos de mortalidad a que están expuestos los niños y el tiempo durante el cual están expuestos al riesgo de morir.

Los datos utilizados para el cálculo de los estimativos se presentan en la Tabla 7. El número promedio de niños nacidos aumenta de 0,16 entre las mujeres de 15-19 años a 4,18 entre las mujeres de 45-49 años, tal como se esperaría. Sin embargo, la proporción de niños muertos entre mujeres de 25-29 años es bajo, y las proporciones entre mujeres más jóvenes parecen ser demasiado altas. Este patrón puede estar afectado por el amontonamiento de edad notado en la Figura 1. Si algunas mujeres de 20-29 años de edad informaron edades menores a la real pero informaron los nacimientos y muertes de sus hijos correctamente, las muertes efectivamente se trasladarían hacia abajo hacia la edad de quince años. Adicionalmente, el análisis de las razones sexuales al nacer (que no se presentan aquí) sugiere que los nacimientos de niñas pueden haber sido subinformadas entre las mujeres de 15-19, para quienes la razón sexual de nacimientos es 1,21, mientras las razones están en el rango plausible de 1,03-1,08 para los demás grupos de edad.

Los estimativos de mortalidad fueron calculados utilizando el programa QFIVE de las Naciones Unidas. Basado en estimativos anteriores de mortalidad infantil y en menores de cinco años para [país], la tabla de vida modelo para la región oriental fue escogida como la más apropiada. Los estimativos de mortalidad infantil y en menores de cinco años para varios años de referencia se presentan en la Figura 2. El estimativo para el año de referencia 1995 basado en los informes de mujeres de 25-29 años de edad es claramente demasiado bajo, mientras los estimativos basados en los informes de mujeres de 20-24 y 15-19 años de edad son claramente demasiado altos. En todo caso, generalmente no se recomienda el uso de estimativos basados en los dos grupos de edad más jóvenes. Por lo tanto, estimativos plausibles para los años más recientes no pueden ser obtenidos a partir de estos datos. Los estimativos para 1993 (más precisamente 1992.9) parecen ser las cifras más recientes que pueden ser utilizadas con cierta confianza, aunque pueden estar ligeramente sobreestimadas dada la tendencia a la disminución observable en los tres estimativos precedentes (Tabla 8).

**Figura 2: Estimativos de mortalidad infantil y en menores de cinco años basados en estimación indirecta, [país], [año]**



## B. Educación

El acceso universal a la educación básica y el logro de educación primaria por los niños y niñas del mundo es una de las metas más importantes de la Cumbre Mundial por la Infancia. La educación es un prerrequisito vital para combatir la pobreza, empoderar a la mujer, proteger a los niños contra el trabajo peligroso y explotativo y contra la explotación sexual, promover los derechos humanos y la democracia, proteger el ambiente e influir en el crecimiento de la población.

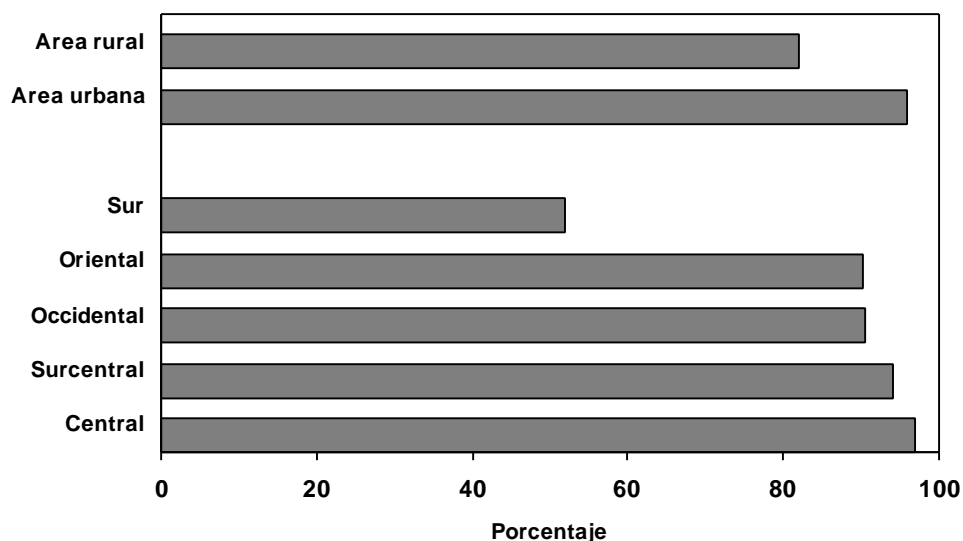
### Educación en la temprana infancia

Cuatro de cada diez niños y niñas de 36-59 meses de edad están asistiendo a un programa organizado de aprendizaje temprano, tales como jardín infantil o atención comunitaria con actividades de aprendizaje organizadas (Tabla 9). Porcentajes aproximadamente iguales de niños y niñas asisten a estos programas. Existen grandes variaciones según la región, variando del uno por ciento de los niños en el sur a 55% en la región central. Adicionalmente, la probabilidad de asistir a actividades de aprendizaje temprano es el doble para los niños de áreas urbanas comparado con los niños de áreas rurales. Relativamente pocos niños asisten a la edad de tres años (36-47 meses), mientras la mayoría de los niños asisten a la edad de cuatro años (48-59 meses). Por último, la educación de la madre está fuertemente relacionada con la probabilidad de que el niño o niña asista a un programa de educación en la temprana infancia. El porcentaje de niños que asisten aumenta de 16% a 50% en cuanto la educación de la madre aumenta de ninguna a secundaria o superior.

### Educación básica

En forma global, el 89% de los niños y niñas en edad de asistir a la escuela primaria en [país] están asistiendo a ella (Tabla 10). En áreas urbanas, 96% de los niños asisten a la escuela, mientras que en áreas rurales 82% asisten a ella. La asistencia escolar es significativamente menor en el sur comparado con el resto del país, con un 52%. Al nivel nacional, casi no hay diferencia alguna entre la asistencia escolar primaria masculina y femenina

**Figura 3: Porcentaje de niños de edad escolar primaria que asisten a la escuela primaria, [país], [año]**



Más de las dos terceras partes de los niños y niñas que entran al primer grado de la escuela primaria llegan eventualmente al grado quinto (Tabla 11). Sin embargo, existen grandes disparidades regionales y urbano-rurales en la llegada al quinto grado. Aproximadamente 87% de los niños urbanos que entran a primer grado llegan al quinto grado, comparado con poco más de la mitad de los niños de las áreas rurales. En el occidente, sólo el 58% de quienes entran a primer grado llegan al quinto grado, mientras en el sur el porcentaje respectivo es 23%. La principal diferencia entre el sur y las otras regiones es que sólo el 52% de quienes entran a primer grado llegan a segundo grado. En los grados posteriores, el porcentaje de niños que continúan su educación sigue siendo más bajo en el sur que en otras áreas, aunque las diferencias no son tan grandes.

## **Alfabetismo**

La gran mayoría de la población mayor de 15 años de edad en [país] es alfabeta (Tabla 12). La población *alfabeta* incluye a quienes leen ‘con facilidad o dificultad’. En términos globales, las mujeres tienen una probabilidad ligeramente menor de ser alfabetas que los hombres (85% y 91%, respectivamente). El porcentaje de alfabetismo es menor en las regiones occidental y oriental que en las regiones central y surcentral. También es sustancialmente menor en el sur que en las demás regiones, lo cual es en parte resultado de un porcentaje relativamente alto de miembros del hogar cuya situación de alfabetismo es desconocida. El alfabetismo disminuye con el aumento en la edad. El porcentaje de alfabetismo disminuye de 93% entre las personas de 15-34 años de edad a 65% en la población mayor de 65 años.

## **C. Agua y saneamiento**

### **Uso de agua potable**

El agua potable segura es una necesidad básica para la buena salud. El agua insegura puede ser una portadora significativa de enfermedades como el tracoma, la cólera, el tifo y la esquistosomiasis. El agua de consumo también puede contener contaminantes químicos, físicos y radiológicos que tienen efectos perjudiciales en la salud humana. Además de su asociación con las enfermedades, el acceso al agua potable puede ser especialmente importante para las mujeres y los niños, particularmente en áreas rurales, que tienen la responsabilidad primaria de cargar agua, a menudo a través de largas distancias.

Más de la mitad de la población emplea agua que llega a su hogar por tubería, y el 20 por ciento de ella utiliza agua que llega por tubería a su patio o lote. La recolección de agua lluvia y los ríos y quebradas son también importantes fuentes de agua potable.

La fuente de agua potable para la población varía fuertemente según la región (Tabla 13). En la región central, el 94% de la población utiliza agua potable que llega por tubería a su hogar o a su patio o lote. En las regiones surcentral y occidental, el 69% y 82%, respectivamente, utilizan agua de acueducto. En contraste, sólo cerca del 54% de quienes residen en el oriente y menos del 10% de quienes habitan en el sur disfrutan de agua de acueducto. En el oriente, la segunda fuente más importante de agua potable es la recolección de agua lluvia, mientras en el sur más de las dos terceras partes de la población emplea agua de río o quebrada (una fuente insegura), y la mayoría de los demás usan agua lluvia.

La población que emplea fuentes de *agua potable segura* es aquella que emplea cualquiera de las siguientes fuentes: agua de acueducto, grifo público, pozo de tubo (*borehole/tubewell*), pozo protegido, manantial protegido o agua lluvia protegida. En términos globales, el 76% de la población tiene acceso a agua potable segura - 93% en áreas urbanas y 56% en áreas rurales. La situación en el

sur es considerablemente peor que en las otras regiones - sólo el 9% de la población de dicha región obtiene su agua de consumo de una fuente segura.

### **Uso de medios sanitarios**

La eliminación inadecuada de excrementos humanos y la higiene personal deficiente se asocian con una variedad de enfermedades, incluidas las diarreicas y la poliomielitis. *Medios sanitarios de eliminación de excrementos* incluyen los inodoros conectados a sistemas de alcantarillado o pozos sépticos, otros inodoros, letrinas de foso mejoradas y letrinas de foso tradicionales. El 92% de la población de [país] vive en hogares que cuentan con medios sanitarios de eliminación de excrementos (Tabla 14). Este porcentaje es 99% en las áreas urbanas y 82% en las áreas rurales. Los habitantes del sur tienen mucho menos probabilidad de estar empleando medios sanitarios de eliminación de excrementos que los demás. La mayor parte de esta población emplea los ríos, los matorrales o los campos de cultivo, o no tiene ningún medio. En contraste, los medios más comunes en otras áreas del país son los inodoros con conexión a un sistema de alcantarillado o a un pozo séptico.

## **D. Desnutrición infantil**

### **Estado de nutrición**

El estado de nutrición de los niños y niñas es un reflejo de su salud general. Cuando los niños tienen acceso a una provisión adecuada de alimentos, no se exponen a enfermedades constantes y son bien cuidados, cumplen su potencial de crecimiento y se consideran bien nutridos.

En una población bien nutrida, existe una distribución estándar de talla y peso para niños y niñas menores de cinco años de edad. La desnutrición en una población se puede medir comparando los niños a este estándar. La población estándar o de referencia que se utiliza aquí es el estándar NCHS, cuyo uso es recomendado por UNICEF y la Organización Mundial de la Salud. Cada uno de los tres indicadores del estado de nutrición se expresa en unidades de desviación estándar (valores z) a partir de la mediana de esta población de referencia.

El peso por edad es una medida de desnutrición tanto aguda como crónica. Se considera que los niños cuyo peso por edad es menor de dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de la población de referencia sufren de *deficiencia de peso moderada o severa*, mientras que aquellos cuyo peso por edad es menor de tres desviaciones estándar por debajo de la mediana sufren de *deficiencia de peso severa*.

La talla por edad es una medida de crecimiento lineal. Se considera que los niños cuya talla por edad es menor de dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de la población de referencia tienen una talla deficiente para su edad y se clasifican como *moderada o severamente atrofiados (stunted)*. Aquellos cuya talla por edad es menor de tres desviaciones estándar por debajo de la mediana se clasifican como *severamente atrofiados*. El crecimiento deficiente es un reflejo de una desnutrición crónica como resultado del hecho de no recibir una nutrición adecuada durante un período largo y de enfermedad recurrente o crónica.

Finalmente, los niños y niñas cuyo peso por talla es menor de dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de la población de referencia se clasifican como *moderada o severamente consumidos (wasted)*, mientras que aquellos que están más de tres desviaciones estándar por debajo de la mediana se clasifican como *severamente consumidos*. Este estado es generalmente el resultado de una deficiencia de nutrición reciente. El indicador puede mostrar cambios estacionales significativos asociados con cambios en la disponibilidad de alimentos o la prevalencia de enfermedades.

De la Tabla 15 se excluyeron los niños que no fueron pesados y medidos (aproximadamente 6% del total de niños) y aquellos cuyas medidas estaban por fuera de un rango plausible. También se excluyeron un pequeño número de niños y niñas cuyas fechas de nacimiento no se conocen.

Casi uno de cada diez niños y niñas menores de cinco años en [país] muestra deficiencia de peso, y 2% se clasifican como severamente deficientes de peso (Tabla 8). El 13% de los niños muestran atrofia o son demasiado bajos para su edad, y el 3% están consumidos o demasiado delgados para su altura.

Los niños del sur tienen mayor probabilidad de mostrar deficiencia de peso y talla que los demás niños. El contraste, el mayor porcentaje de niños consumidos se da en la región surcentral. Aquellos cuyas madres poseen educación secundaria o superior tienen menor probabilidad de ser deficientes de peso y altura en comparación con los hijos e hijas de mujeres con menos educación. Los varones parecen tener una probabilidad ligeramente mayor de ser deficientes de peso, atrofiados y consumidos que las niñas. El patrón de edad muestra que un mayor porcentaje de niños y niñas de 12-23 meses de edad están desnutridos según todos los tres índices en comparación con niños tanto menores como mayores (Figura 2). **[La figura 2 es de mortalidad; aquí no existe una figura para este tema.]** Este patrón es esperado, y se relaciona con la edad en que muchos niños dejan de recibir leche materna y son expuestos a contaminación en agua, alimentos y el ambiente.

### Lactancia materna

La lactancia materna durante los primeros años de vida protege a los niños de las infecciones, brinda una fuente ideal de nutrientes y es económica y segura. Sin embargo, muchas madres suspenden la lactancia demasiado pronto, y a menudo existen presiones para cambiar a leches infantiles, las cuales pueden contribuir a menor crecimiento y desnutrición de micronutrientes, y son inseguras si no se dispone fácilmente de agua limpia. La meta de la Cumbre Mundial por la Infancia afirma que los niños deben ser amamantados en forma exclusiva durante cuatro a seis meses, que la lactancia debe ser complementada con alimentos apropiados desde la edad de seis meses, aproximadamente, y que a los niños y niñas se les debe seguir dando leche materna durante dos o más años.

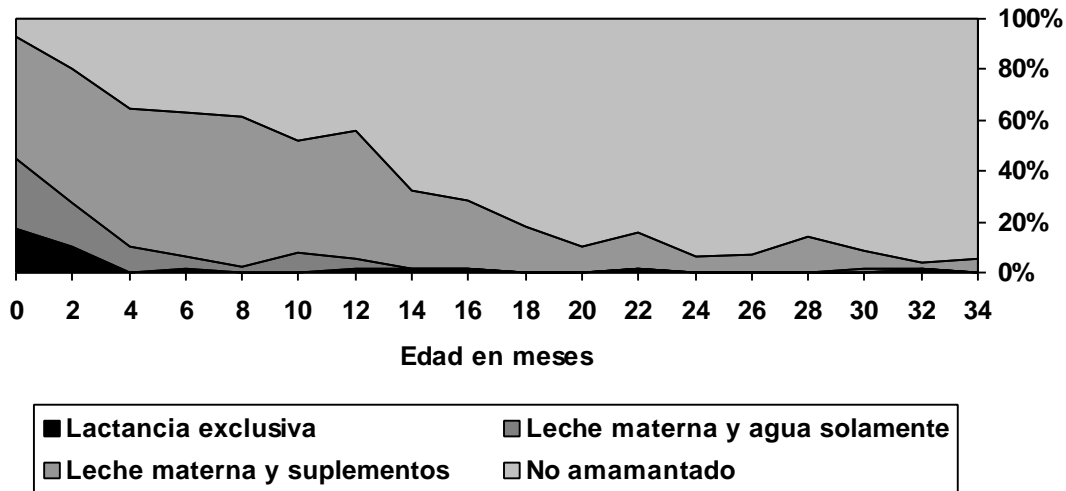
En la Tabla 16, la situación de lactancia se basa en los informes de las mujeres con respecto al consumo de los niños durante las 24 horas anteriores a la entrevista. *Lactancia exclusiva* se refiere a los niños y niñas que reciben únicamente leche materna y vitaminas, suplementos minerales o medicamentos. *Alimentación complementaria* se refiere a los niños que reciben leche materna y alimentos sólidos o semisólidos. Las últimas dos columnas de la tabla incluyen a los niños que siguen lactando a la edad de uno y dos años. No se muestran porcentajes por región y educación materna debido al pequeño tamaño de las muestras. Por esta misma razón, se deben interpretar con precaución los datos desagregados por sexo y residencia rural/urbana.

Aproximadamente 12% de los niños y niñas menores de cuatro meses reciben leche materna exclusivamente, un nivel muy por debajo de lo recomendado. A la edad de 6-9 meses, el 25% de los niños están recibiendo leche materna y alimentos sólidos o semisólidos. Al llegar a la edad de 12-15 meses, el 38% de los niños siguen recibiendo leche materna, y a la edad de 20-23 meses el 12% de ellos siguen alimentándose con leche materna.

La Figura 4 **[El original dice “3”, lo cual es errado.]** presenta el patrón detallado de la situación de lactancia según la edad del niño en meses. Aún a las edades más tempranas, la mayoría de los niños y niñas están recibiendo líquidos o alimentos diferentes a la leche materna. El porcentaje de

niños exclusivamente amamantados disminuye rápidamente a casi cero luego de los tres meses. Al término de un año, menos de la mitad de los niños siguen recibiendo leche materna.

**Figura 4: Distribución porcentual de niños y niñas vivos según su situación de lactancia, [país], [año]**



### Yodación de la sal

La deficiencia de yodo en la dieta causa bocio, un crecimiento de la glándula tiroides, y puede causar daño al cerebro cuando la deficiencia se da antes del nacimiento o durante la infancia o niñez. La yodación de la sal es un medio efectivo y de bajo costo para prevenir los trastornos por deficiencia de yodo (IDD). En la encuesta MICS, los encuestadores evaluaron el nivel de yodo en la sal del hogar por medio de un *kit* de prueba. *Sal adecuadamente yodada* es aquella que contiene 15 ppm (partes por millón) o más de yodo.

Aproximadamente 98% de los hogares poseían sal que fue evaluada durante la encuesta MICS (Tabla 17). Entre los hogares en las cuales se evaluó la sal, el 78% tenían sal adecuadamente yodada. El porcentaje de hogares con sal adecuadamente yodada varía de 57% en el sur a 89% en la región central. El 81% de los hogares urbanos poseían sal adecuadamente yodada, en comparación con el 74% de los hogares rurales.

### Suplementación de vitamina A

La deficiencia de vitamina A puede causar daño a la visión y ceguera en los niños y niñas. También perjudica el sistema inmunológico de los niños, aumentando la probabilidad de que mueran de enfermedades comunes de la niñez, y socava la salud de la mujer embarazada o lactante. Sin embargo, se puede prevenir fácilmente por medio de la suplementación con vitamina A, la fortificación de alimentos o el cambio de dieta. Basado en las pautas UNICEF/OMS, el Ministerio de Salud de [país] recomienda que los niños de 6-12 meses de edad reciban una cápsula de dosis fuerte de vitamina A cada seis meses, y que los niños mayores de un año reciban dos cápsulas. En algunas partes del país, el suministro de cápsulas de vitamina A está ligado a los servicios de inmunización y las cápsulas se dan cuando el niño tiene contacto con estos servicios después de los seis meses de edad. También se recomienda que las madres tomen un suplemento de vitamina

A dentro de las ocho semanas posteriores al parto debido a mayores requerimientos de vitamina A durante el embarazo y la lactancia.

Dentro de los seis meses anteriores a la encuesta MICS, el 14% de los niños y niñas de 6-59 meses de edad habían recibido el suplemento de vitamina A de dosis fuerte (Tabla 18). Aproximadamente 6% no habían recibido el suplemento en los seis meses anteriores, pero si habían recibido una dosis antes de ese período. Menos del 1% de los niños habían recibido un suplemento de vitamina A en algún momento del pasado sin que sus madres o las personas que los cuidaran pudiesen indicar cuándo. El cubrimiento de la suplementación de vitamina A es menor en el sur que en las otras regiones.

El patrón de edad de la suplementación de vitamina A muestra que la suplementación en los últimos seis meses aumenta de 17% en niños de 6-11 meses de edad a 21% en niños de 12-23 meses, y luego disminuye en forma constante con la edad, hasta llegar a 8% en los niños mayores.

El nivel de educación de la madre también está relacionado con la probabilidad de suplementación de vitamina A. El porcentaje de niños y niñas que recibieron suplementos de vitamina A en los últimos seis meses aumenta de 6% entre los niños cuyas madres carecen de educación a 14% entre aquellos cuyas madres poseen educación primaria y 15% entre aquellos cuyas madres poseen educación secundaria o superior.

Solamente alrededor del 12% de las madres que tuvieron un parto en el año anterior a la encuesta MICS recibieron un suplemento de vitamina A dentro de las ocho semanas posteriores al parto (Tabla 19). Este porcentaje es más alto en las regiones central y occidental (15-16%) y más bajo en el sur (2%). El cubrimiento de la vitamina A aumenta con el nivel de educación de la madre, pero sigue siendo sólo alrededor del 13% entre las mujeres que poseen educación secundaria o superior.

### **Bajo peso al nacer**

Los bebés que pesan menos de 2.500 gramos (2,5 kg) al nacer se clasifican como bebés con bajo peso al nacer. Como a muchos niños y niñas no se les pesa al nacer, y como aquellos que son pesados pueden constituir una muestra sesgada de todos los nacimientos, el peso al nacer informado no se puede utilizar para calcular un estimativo de la prevalencia del bajo peso al nacer entre todos los niños. Por lo tanto, el porcentaje de nacimientos con peso menor de 2.500 gramos se calcula con base en dos puntos del cuestionario: la evaluación de la madre del **tamaño** del niño al nacer (es decir, muy pequeño, más pequeño de lo normal, normal, más grande de lo normal, muy grande) y el recuerdo de la madre del **peso** del niño o el peso según la tarjeta de salud si el niño fue pesado al nacer. El 79% de los niños nacidos en la encuesta MICS de [país] fueron pesados en el momento del nacimiento.

En primer lugar, se hace una tabulación cruzada de los dos datos para aquellos niños y niñas que fueron pesados al nacer para obtener la proporción de nacimientos en cada categoría de **tamaño** que pesaron menos de 2.500 gramos. Luego, se multiplica esta proporción por el número total de niños en la respectiva categoría de tamaño para obtener el número estimado de niños en cada categoría de tamaño que presentaban bajo peso al nacer. Las cifras para cada categoría de tamaño se suman para obtener el número total de niños con bajo peso al nacer. Este número se divide entre el número total de nacidos vivos para obtener el porcentaje de niños con bajo peso al nacer.

En [país], se calcula que aproximadamente 12% de los bebés pesan menos de 2.500 gramos al nacer (Tabla 20). Este porcentaje es algo mayor que el promedio de 9% para la región de América Latina y el Caribe (UNICEF, 2000). La prevalencia de bebés con bajo peso al nacer varía

ligeramente entre las regiones, pero no varía mucho entre áreas rurales y urbanas ni según la educación de la madre.

## **E. Salud infantil**

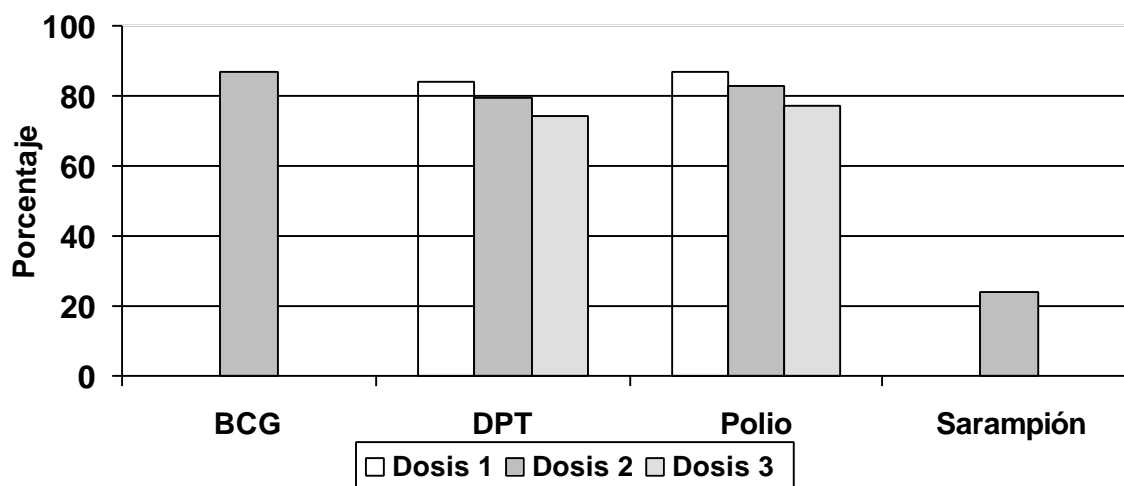
### **Cubrimiento de la inmunización**

Según las pautas de UNICEF y la OMS, un niño debe recibir una vacuna BCG para protegerlo contra la tuberculosis, tres dosis de DPT para protegerlo contra la difteria, la tos ferina y el tétano, tres dosis de vacuna contra la poliomielitis y una vacuna contra el sarampión antes de los doce meses de edad. En la encuesta MICS, a las madres se les pidió mostrar las tarjetas de vacunación de los niños menores de cinco años. Los encuestadores copiaron la información de las tarjetas al cuestionario MICS. A las madres también se les pidió informar cualquier vacuna que el niño hubiera recibido que no apareciera en la tarjeta. En forma global, el 86% de los niños tenían tarjeta de salud. Si el niño no tenía una tarjeta, a la madre se le leía una descripción corta de cada vacuna y se le pedía recordar si el niño había recibido cada una de las vacunas o no, y en el caso de la DPT y la poliomielitis cuántas veces la había recibido.

La Tabla 21 muestra el porcentaje de niños y niñas entre 12 y 23 meses de edad que habían recibido cada una de las vacunas. El denominador de la tabla consta de los niños entre 12 y 23 meses de edad, de modo que se cuentan únicamente los niños en edad de estar completamente vacunados. En la parte superior, el numerador incluye todos los niños que fueron vacunados en cualquier momento antes de la encuesta según la tarjeta de vacunación o el informe de la madre. En la parte inferior, sólo aparecen aquellos que fueron vacunados antes de cumplir el primer año. Para los niños que carecían de tarjeta de vacunación, se supone que la proporción de vacunas recibidas antes del primer año es la misma que para los niños que cuentan con la tarjeta.

Aproximadamente 87% de los niños de 12-23 meses de edad recibieron una vacuna BCG antes de cumplir el primer año, y la primera dosis de DPT fue recibido por el 84%. El porcentaje disminuye para las siguientes dosis a 79% para la segunda dosis y 75% para la tercera (Figura 5). **[En el original aparece “4”, lo cual es errado.]** De manera similar, el 87% de los niños y niñas recibieron la primera dosis contra la poliomielitis antes de la edad de doce meses, y esta cifra disminuye a 77% para la tercera dosis. El cubrimiento de la vacuna contra el sarampión a la edad de doce meses, 24%, es menor que el de las demás vacunas. Esto se debe primariamente al hecho de que, aunque el 61% de los niños recibieron la vacuna, sólo alrededor del 40% de ellos la habían recibido antes de cumplir el primer año. Como resultado de ello, el porcentaje de niños y niñas que habían recibido todas las ocho vacunas recomendadas antes de su primer cumpleaños es bajo, sólo 19%.

**Figura 5: Porcentaje de niños y niñas de 12-23 meses de edad que a la edad de 12 meses ya habían recibido las inmunizaciones, [país], [año]**



En la Tabla 22 se presenta el porcentaje de niños y niñas de 12-23 meses de edad actualmente vacunados contra las enfermedades infantiles según sus características básicas. A diferencia de la tabla anterior, los estimativos de esta tabla hacen referencia a los niños que habían recibido las vacunas hasta el momento de la encuesta, aunque no fuera antes de los doce meses de edad.

Los niños y niñas se vacunan con aproximadamente la misma frecuencia. Los niños urbanos tienen mayor probabilidad de estar vacunados que los niños rurales. Las desagregaciones regionales se basan en pequeños números de casos y se deben mirar con precaución, pero parece que la región occidental tiene las mayores tasas de cubrimiento para la mayoría de las vacunas y el mayor porcentaje de niños que hayan recibido todas las vacunas recomendadas. La región occidental también tiene el mayor porcentaje de niños con tarjetas de salud (96%). El cubrimiento de la vacunación es mayor entre los niños cuyas madres poseen educación secundaria o superior. Las diferencias por educación son mayores para las terceras dosis de DPT y polio, lo cual sugiere que las tasas de retiro son mayores entre los hijos de madres con menos educación.

### Diarrea

La deshidratación causada por la diarrea es una causa importante de mortalidad entre los niños y niñas de [país]. El manejo de la diarrea en casa – sea con sales de rehidratación oral (SRO) o con un líquido casero recomendado (RHF: recommended home fluid) – puede evitar muchas de estas muertes. Prevenir la deshidratación y desnutrición aumentando la ingestión de líquidos y continuando la alimentación del niño también son estrategias importantes para el manejo de la diarrea.

En el cuestionario de la MICS, se les pidió a las madres (o a los encargados del cuidado de los niños y niñas) informar si el niño había padecido diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta. De ser así, se le hacía a la madre una serie de preguntas acerca de qué bebió y comió el niño durante el episodio y si ello era más o menos lo que el niño normalmente comía y bebía. En términos generales, el 14% de los menores de cinco años padecieron diarrea en las dos semanas

anteriores a la encuesta (Tabla 23). La prevalencia de diarrea era significativamente más alta en el sur (25%) que en las demás regiones. El punto máximo de la prevalencia de diarrea tiene lugar en el período de destete, entre los niños de 6-23 meses de edad.

La Tabla 23 también muestra el porcentaje de niños y niñas que recibieron diversos tipos de líquidos recomendados durante el episodio diarreico. Como las madres podían nombrar más de un tipo de líquido, los porcentajes no necesariamente suman 100. Uno de cada cuatro niños recibió leche materna mientras padecía la diarrea. Los niños menores de 12 meses de edad tenían mayor probabilidad de haber recibido leche materna. Alrededor del 27% de los niños recibieron avenate y 34% recibieron SRO. Los hijos de madres con educación secundaria parecen tener menor probabilidad de recibir SRO y leche materna, pero mayor probabilidad de recibir avenate. Aproximadamente seis de cada diez niños que padecían diarrea recibieron uno o más de los tratamientos caseros recomendados (o sea, fueron tratados con SRO o RHF).

Un poco menos de la tercera parte de los niños menores de cinco años que padecieron diarrea bebió más de lo normal, mientras 64% bebieron lo mismo o menos (Tabla 24). Alrededor del 71% comieron algo menos, lo mismo o más de lo normal, mientras 25% comieron mucho menos o nada. En forma global, sólo el 25% de los niños que padecieron diarrea recibieron mayor cantidad de líquidos y siguieron comiendo tal como se recomienda.

### **Infecciones respiratorias agudas**

Las infecciones agudas del sistema respiratorio inferior, particularmente la pulmonía, son una de las principales causas de muertes infantiles en [país]. En el cuestionario MICS, se define a los niños y niñas con infección respiratoria aguda (IRA) como aquellos que padecían una enfermedad con tos acompañada de respiración difícil o acelerada y cuyos síntomas se debían a un problema en el pecho, o un problema en el pecho y respiración obstruida, o cuya madre no conocía el origen del problema. Sólo el cuatro por ciento de los niños menores de cinco años padecieron una infección respiratoria aguda en las dos semanas anteriores a la encuesta según estos criterios (Tabla 25). De éstos, el 38% fueron llevados a un médico para tratamiento, y 14% fueron llevados a una enfermera o asistente de salud. El cinco por ciento fueron llevados a un especialista o miembro de la familia, amigo o vecino. Menos del cinco por ciento fueron llevados a algún otro tipo de prestador de servicios de salud. En términos globales, casi 56% de los niños que padecían IRA fueron llevados a un prestador de servicios de salud apropiado (o sea, médico, especialista, enfermera/asistente de salud, hospital).

### **La iniciativa IMCI**

La iniciativa de Manejo Integral de Enfermedades Infantiles (IMCI: Integrated Management of Childhood Illnesses) es un programa creado por UNICEF y la OMS que combina estrategias para el control y tratamiento de cinco afecciones importantes de niños y niñas – infecciones agudas del sistema respiratorio inferior, deshidratación por diarrea, sarampión, paludismo y desnutrición. El programa se centra en el mejoramiento de las habilidades de manejo de casos de los trabajadores de la salud, mejoramiento del sistema de salud y mejoramiento de las prácticas familiares y comunitarias para la prevención y manejo inicial de las enfermedades infantiles. El manejo apropiado de las enfermedades en el hogar es un componente del IMCI. Este enfoque enseña a las madres que el manejo apropiado de la diarrea, o cualquier otra enfermedad, en el hogar requiere dar más líquido a los niños enfermos y seguirles alimentando como normalmente se hace.

La Tabla 26 presenta información acerca del comportamiento de los niños y niñas enfermos con respecto a comer y beber. Según se informó, casi la mitad de los niños habían padecido diarrea o alguna otra enfermedad en las dos semanas anteriores a la encuesta. De éstos, el 21% bebieron

más líquido durante la enfermedad, y el 76% continuaron comiendo (o sea, comieron algo menos, lo mismo o más). En términos globales, sólo el 16% de los niños enfermos recibieron mayor cantidad de líquido y siguieron comiendo según recomienda el programa IMCI.

La promoción entre quienes cuidan a los niños y niñas de conocimiento acerca de cuándo es apropiado buscar atención para un niño enfermo es otro componente importante del programa IMCI. En la encuesta MICS de [país], se les pidió a las madres o personas que cuidaban a los niños que nombraran todos los síntomas que harían que llevaran a un niño a una institución de salud en forma inmediata. La respuesta más común, dada por el 73% de las madres, fue que llevarían a su hijo a una institución de salud de inmediato si tuviera fiebre (Tabla 27). El catorce por ciento dijo que el hecho de que el niño empeorara haría que lo llevaran a una institución de salud, y el once por ciento mencionó la dificultad al respirar. Entre el cuatro y el siete por ciento de las madres citaron la incapacidad de amamantar, respiración acelerada, sangre en la materia fecal y renuencia a beber como razones para llevar un niño a una institución de salud de manera inmediata.

Con respecto a las regiones, las madres en el sur y, en menor grado, aquellas en el occidente tienen más probabilidad que las de las otras regiones de conocer las señales que indican que es necesario buscar atención de inmediato. En términos globales, el 34% de las madres en el sur conocían por lo menos dos señales para buscar atención, comparado con el 22% en el occidente, el 18% en la región central y el 10% o menos en las regiones restantes. Estas diferencias regionales también se reflejan en las diferencias urbano-rural y de educación. Las madres rurales y aquellas que carecen de educación tenían mayor probabilidad de mencionar por lo menos dos señales que indican que hay que buscar atención que las demás madres.

## **Paludismo**

El paludismo es una de las principales causas de muerte entre niños y niñas menores de cinco años en [país]. También contribuye a la anemia en los niños y es una causa común de ausentismo de la escuela. Las medidas preventivas, en especial el uso de mosquiteros tratados con insecticida, pueden reducir dramáticamente las tasas de mortalidad por paludismo entre los niños. En las áreas en las cuales el paludismo es común, las recomendaciones internacionales sugieren tratar cualquier fiebre infantil como si fuera paludismo y darle al niño un tratamiento completo con tabletas antipalúdicas inmediatamente. Los niños que presenten síntomas de paludismo severos, tales como fiebre o convulsiones, deben ser llevados a una institución de salud. Adicionalmente, los niños que se encuentran en recuperación luego de un episodio de paludismo deben recibir líquido y alimentos adicionales y deben continuar la lactancia.

El cuestionario MICS incluye preguntas acerca del uso de mosquiteros para los niños y niñas. En la encuesta MICS de [país], estas preguntas sólo se formularon en el sur y algunos distritos del oriente, ya que éstos se consideraron las áreas de mayor riesgo de paludismo. El 72% de los niños menores de cinco años durmieron debajo de un mosquitero la noche anterior a la entrevista (Tabla 28). Este porcentaje disminuye constantemente con el aumento de edad. La gran mayoría de los niños menores de seis meses, el 91%, duermen bajo un mosquitero, comparado con el 69% de los niños de 12-23 meses y el 61% de los niños de 48-59 meses de edad. Sin embargo, la mayoría de los mosquiteros no están tratados con insecticida. En términos globales, sólo alrededor del cinco por ciento de los mosquiteros están impregnados de insecticida.

Se hicieron preguntas acerca de la prevalencia y el tratamiento de la fiebre para todos los niños y niñas menores de cinco años de edad. Un poco más de uno de cada tres niños menores de cinco años padeció fiebre en las dos semanas anteriores a la encuesta MICS (Tabla 29). La prevalencia de la fiebre alcanza a la mitad de todos los niños de 6-23 meses de edad, y luego disminuye a

alrededor del 30% para niños de 24-47 meses y 20% entre los niños de 48-59 meses. La fiebre es menos común entre los niños cuyas madres poseen educación secundaria o superior que entre aquellos con madres menos educadas. Las diferencias regionales en la prevalencia de la fiebre no son grandes, variando entre 34 y 38% en las cinco regiones.

A las madres se les pidió que informaran todos los medicamentos dados al niño o niña durante su enfermedad, tanto los medicamentos suministrados en casa como aquellos suministrados o recetados en una institución de salud. Aproximadamente 56% de los niños recibieron Paracetamol y 53% recibieron Chloroquine, mientras menos del uno por ciento recibieron Fansidar. Un porcentaje relativamente grande de niños (25%) recibieron algún otro medicamento. En términos globales, los niños con fiebre en el sur, donde el paludismo es probablemente más prevalente, son los que tienen mayor probabilidad de recibir un medicamento antipalúdico apropiado, mientras aquellos en la región surcentral son los que tienen menor probabilidad de recibir un medicamento antipalúdico apropiado. Los niños urbanos tienen mayor probabilidad de recibir tratamiento apropiado que los rurales, así como los hijos de madres que poseen educación secundaria o mayor.

## **F. VIH/SIDA**

### **Conocimiento del SIDA**

Una de las estrategias más importantes para reducir la tasa de infección con VIH/SIDA es la promoción de conocimiento preciso de cómo se transmite el SIDA y cómo prevenir su transmisión. Entre las mujeres de 15-49 años de edad en [país], el 93% han oído del SIDA (Tabla 30). El porcentaje es muy alto en las áreas urbanas (97%), y algo más bajo en las áreas rurales (90%).

En la encuesta MICS, a las mujeres les fueron leídas varias afirmaciones acerca de la transmisión del VIH/SIDA, y se les pidió que dijeran si creían que las afirmaciones eran ciertas. El 63% de las mujeres cree que el tener sólo un compañero sexual sin infectar puede prevenir la transmisión del VIH. El 62% de ellas cree que usar un condón cada vez que se tiene una relación sexual puede prevenir la transmisión del VIH, y el 45% están de acuerdo en que abstenerse del sexo previene la transmisión del VIH. En términos generales, el 37% conocían los tres medios, y el 71% sabían de por lo menos un medio de prevención de la transmisión.

El conocimiento preciso de los medios de transmisión del VIH/SIDA es sustancialmente menor entre las mujeres del sur que entre las demás. Adicionalmente, la educación es un factor muy importante en el conocimiento del SIDA. El porcentaje de quienes conocen los tres medios de prevención de la transmisión es más de siete veces mayor entre mujeres que poseen educación secundaria o superior en comparación con aquellas que carecen de educación. Las diferencias entre grupos de edad no son particularmente grandes. El porcentaje de mujeres que conocen los tres medios varía de 34% entre las de 20-24 años de edad a 42% entre las de 35-39 años.

El 59% de las mujeres afirmaron correctamente que el SIDA no puede ser transmitido por medios sobrenaturales, mientras el 50% afirmaron que el SIDA no puede ser transmitido por picaduras de zancudo (Tabla 31). Más de siete de cada diez mujeres creen correctamente que una persona de apariencia saludable puede estar infectada. Las mujeres del sur muestran mayor probabilidad de creer ideas erróneas acerca de la transmisión del SIDA que las demás mujeres. Las mujeres de la región central muestran mayor probabilidad de reconocer las tres ideas erróneas. Aún así, sólo un poco más de la mitad (52%) de estas mujeres identificaron correctamente las tres ideas erróneas.

El 76% de las mujeres en [país] saben que el SIDA se puede transmitir de madre a hijo (Tabla 32). Cuando se les preguntó específicamente acerca de los mecanismos por los cuales la transmisión madre-hijo puede tener lugar, el 71% dijo que era posible la transmisión durante el embarazo, el 51% que era posible durante el parto, y sólo el 45% estaba de acuerdo con que el SIDA se puede transmitir por medio de la leche materna. Un poco menos de una de cada tres mujeres conocía todos los tres medios de transmisión. Este porcentaje no varía mucho con respecto a las categorías básicas.

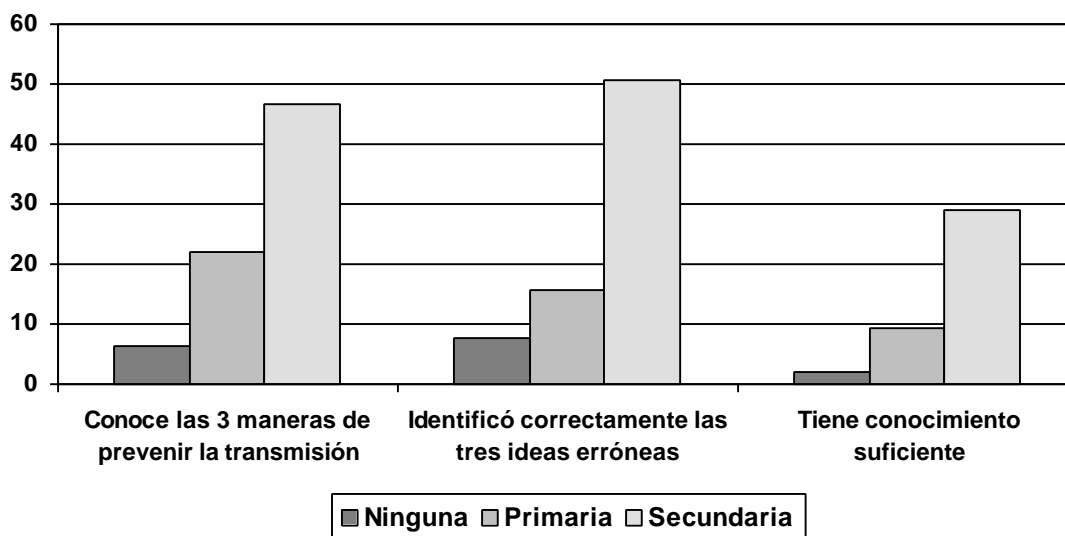
La encuesta MICS también intentó medir las actitudes discriminatorias hacia las personas que padecen VIH/SIDA. Con este fin, a las encuestadas se les preguntó si estaban de acuerdo con dos preguntas. La primera preguntaba si a un maestro o una maestra que estuviera infectado con el virus del SIDA pero no estuviera enfermo se le debía permitir continuar enseñando en la escuela. La segunda pregunta se refería a si la encuestada compraría alimentos a un tendero o vendedor de alimentos que la encuestada supiera estaba infectado con SIDA. Los resultados se presentan en la Tabla 33.

La mitad de las encuestadas creen que a un maestro o una maestra con VIH/SIDA no se le debe permitir trabajar. El mayor porcentaje se da en la región central (64%) y el menor en el sur (25%). Las mujeres urbanas y aquellas que poseen educación secundaria o superior tienen mayor probabilidad de manifestar esta actitud discriminatoria que las mujeres rurales y aquellas que carecen de educación o poseen educación primaria. El catorce por ciento de las mujeres no comprarían alimentos a una persona infectada con SIDA. Es interesante que esta pregunta muestra un patrón regional diferente al de la primera. Las mujeres del sur son las que tienen mayor probabilidad de manifestar una actitud discriminatoria a este respecto, seguidas por las de la región central. En términos globales, el 52% de las mujeres están de acuerdo con por lo menos una de las afirmaciones discriminatorias.

La Tabla 34 resume la información de las dos tablas anteriores referentes al conocimiento del SIDA (Tablas 30 y 31). La segunda columna muestra el porcentaje de mujeres que conocen todas las tres maneras de prevenir la transmisión del VIH – tener un compañero fiel no infectado, siempre usar un condón y abstenerse del sexo. El 37% de las mujeres conocen las tres maneras. La tercera columna de la tabla muestra el porcentaje de mujeres que identificaron correctamente todas las tres ideas erróneas acerca de la transmisión del VIH – que el VIH se puede transmitir por medios sobrenaturales, que puede ser transmitido por picaduras de zancudo, y que una persona de apariencia saludable no puede estar infectada. El 39% de las mujeres identificaron correctamente estas ideas erróneas. Por último, la cuarta columna de la tabla muestra el porcentaje de mujeres que poseen ‘conocimiento suficiente’ acerca de la transmisión del VIH/SIDA. Estas son las mujeres que conocen todas las tres maneras de prevenir la transmisión del VIH y también identificaron todas las tres ideas erróneas. Sólo el 22% de las mujeres de 15-49 años de edad están en esta categoría.

El conocimiento con respecto a la transmisión del VIH/SIDA varía dramáticamente según el nivel de educación (Figure 6). **[En el original aparece “5”, lo cual es errado.]** Las mujeres que poseen educación secundaria o superior tienen una probabilidad de conocer todas las tres maneras de prevenir la transmisión casi ocho veces mayor que aquellas que carecen de educación. También tienen una probabilidad siete veces mayor de identificar correctamente todas las tres ideas erróneas acerca del SIDA y una probabilidad catorce veces mayor de tener conocimiento suficiente acerca de la transmisión del VIH/SIDA.

**Figura 6: Porcentaje de mujeres de 15-49 años de edad que poseen conocimiento suficiente de la transmisión del VIH/SIDA según el nivel de educación, [país], [año]**



### Pruebas de SIDA

Las pruebas voluntarias de SIDA, acompañadas de consejería, permiten a las personas infectadas buscar atención médica y evitar la infección de otros. Las pruebas son especialmente importantes para las mujeres embarazadas, que entonces podrán tomar medidas para evitar la infección de sus bebés. Los indicadores mostrados en la Tabla 35 están diseñados para determinar si las mujeres conocen dónde hacerse pruebas de VIH/SIDA, cuántas se han hecho pruebas y cuántas de las que se han hecho pruebas han sido informadas del resultado de las mismas. En algunos lugares, una proporción relativamente grande de las personas que se hacen pruebas no vuelven para recoger los resultados debido al temor de tener la enfermedad, temor de que se violará su privacidad u otras razones.

El sesenta por ciento de las mujeres de edad reproductiva en [país] conocen un lugar donde se pueden hacer una prueba de SIDA. Las mujeres que viven en la región central son las que tienen mayor probabilidad de conocer un lugar, seguidas en su orden por las de las regiones surcentral, oriental, occidental y sur. Sólo el 19% de las mujeres que carecen de educación conocen un lugar en donde hacerse una prueba, en comparación con el 43% de las mujeres que poseen educación primaria y el 71% de las mujeres con educación secundaria o superior.

Alrededor del 12% de las mujeres se han hecho pruebas de SIDA. De nuevo, el mayor porcentaje, 14%, se da en la región central y el menor, 8%, en el sur, con porcentajes de 9-10% en las demás regiones. La gran mayoría de las mujeres que se han hecho pruebas fueron informadas del resultado. Sin embargo, existe alguna variación según la región, el grupo de edad y el nivel de educación. Con respecto a las regiones, las mujeres del sur son las que tienen menor probabilidad de haber sido informadas del resultado. Las mujeres adolescentes (15-19 años) son el grupo de edad con menor probabilidad de haberse hecho una prueba, y las que tienen menor probabilidad de conocer el resultado. Por último, las mujeres que carecen de educación tienen menor probabilidad de haberse hecho una prueba que las que tienen mayor educación, y también las que tienen menor probabilidad de haber sido informadas del resultado de la prueba.

## **G. Salud reproductiva**

### **Contracepción**

El uso de métodos anticonceptivos fue informado por el 45% de las mujeres casadas o en unión (Tabla 36). El método más popular es la píldora, empleada por una de cada cuatro mujeres casadas en [país]. El siguiente método en popularidad es la esterilización femenina, empleada por el 10% de las mujeres casadas. Entre dos y tres por ciento de las mujeres informaron el uso de dispositivos intrauterinos, inyectables y el condón. Menos del uno por ciento emplean la abstinencia periódica, el retiro, la esterilización masculina, métodos vaginales o el método de amenorrea lactacional (LAM).

La mayor prevalencia de métodos anticonceptivos se da en la región central (53%) y la de la región occidental es casi igual de alta (51%). El 44% de las mujeres casadas de la región surcentral y el 39% de las de la región oriental utilizan algún método anticonceptivo. En el sur la utilización de anticonceptivos es escasa. Sólo es seis por ciento de las mujeres casadas informaron el uso de algún método. Las adolescentes tienen muchísima menos probabilidad de emplear los anticonceptivos que las mujeres mayores. Sólo alrededor del 26% de las mujeres casadas o en unión de 15-19 años de edad emplean actualmente algún método anticonceptivo, comparado con el 43% de las mujeres de 20-24 años y el 47% de las mujeres mayores.

El nivel de educación de la mujer está fuertemente asociado con la prevalencia del uso de anticonceptivos. El porcentaje de mujeres que emplean algún método anticonceptivo aumenta de 11% entre las que carecen de educación a 35% entre las que poseen educación primaria y 53% entre las que poseen educación secundaria o superior. Además de las diferencias en la prevalencia, la mezcla de métodos también varía según el nivel de educación. Alrededor de la mitad de las usuarias sin educación o con educación primaria emplean la píldora y 31-39% están esterilizadas. En contraste, el 63% de las usuarias de anticonceptivos que poseen educación secundaria o superior emplean la píldora y el 20% están esterilizadas.

### **Atención prenatal**

La atención prenatal de calidad puede contribuir a la prevención de la mortalidad materna al detectar y manejar las complicaciones potenciales y los factores de riesgo, incluyendo la **preeclampsia**, la anemia y las enfermedades sexualmente transmitidas. La atención prenatal también brinda oportunidades para que las mujeres aprendan las señales de peligro del embarazo y parto, sean inmunizadas contra el tétano, aprendan de cuidado del bebé y sean tratadas para condiciones ya existentes, tales como el paludismo y la anemia.

A las mujeres se les aplican inyecciones de toxoide tetánico durante el embarazo para proteger a los bebés del tétano neonatal, una de las causas principales de la muerte de bebés que se debe primariamente a condiciones antihigiénicas durante el parto. Dos dosis de toxoide tetánico durante el embarazo generan una protección completa. Sin embargo, si la mujer fue vacunada durante un embarazo anterior puede requerir solamente una inyección de refuerzo para tener protección completa. Se cree que cinco dosis brindan protección para toda la vida.

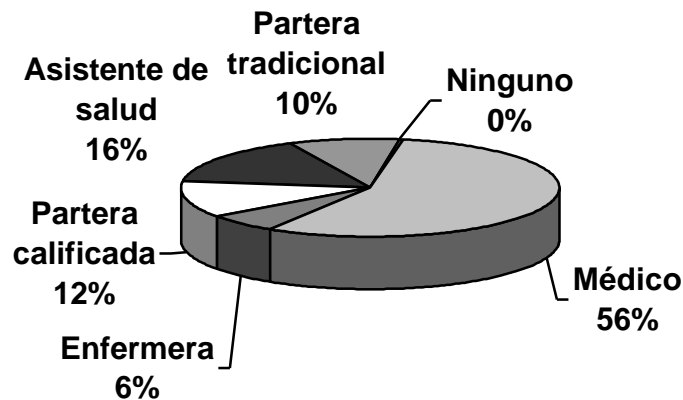
Tres de cada cuatro mujeres que hayan tenido un parto reciente en [país] están protegidas contra el tétano neonatal (Tabla 37). La gran mayoría de estas mujeres recibieron dos o más dosis de toxoide tetánico en los últimos tres años. Con respecto a las regiones, las mujeres que viven en el occidente tienen la mayor probabilidad de estar protegidas (89%), mientras aquellas que viven en el sur tienen la menor probabilidad de estar protegidas (68%). Nótese, sin embargo, que los estimativos regionales se basan en números pequeños de casos y deben ser interpretados con

precaución. Las mujeres que poseen educación primaria tienen mayor probabilidad de estar protegidas contra el tétano que las que carecen de educación o las que poseen educación secundaria o superior.

A las encuestadas que habían tenido un parto en el anterior a la encuesta MICS de [país] se les preguntó si habían recibido atención prenatal para el parto y, de ser así, qué tipo de persona había prestado la atención. Si la mujer fue atendida por más de un tipo de prestador de servicios, todas las personas que la atendieron fueron registradas en el cuestionario. La Tabla 38 presenta la distribución porcentual de las mujeres que tuvieron un parto en el año anterior a la encuesta MICS según el tipo de personal que prestó la atención prenatal. Si la encuestada nombró más de un tipo, se le clasificó según la persona más calificada que haya nombrado.

Virtualmente todas las mujeres en [país] reciben algún tipo de atención prenatal, y el 75% reciben dicha atención de personal calificado (médicos, enfermeras, parteras calificadas). Un poco más de la mitad de las mujeres que tuvieron un parto en el año anterior a la encuesta recibieron atención prenatal de un médico, el 6% de una enfermera, y el 12% de una partera calificada (Figura 7). [En el original aparece “6”, lo cual es errado.] Asistentes de salud prestaron atención prenatal al 16% de las mujeres, y parteras tradicionales al 10%. Nótese que los asistentes de salud sólo son empleados para la atención prenatal en el sur, donde el 73% de las mujeres recibieron atención de ellos. En las otras regiones, los médicos son quienes con mayor probabilidad prestan la atención prenatal, pero las parteras calificadas son prestadoras importantes en las regiones oriental y surcentral.

**Figura 7: Distribución porcentual de mujeres con un parto en el último año según el tipo de personal que prestó la atención prenatal, [país], [año]**



### Atención en el parto

La atención del parto por personal calificado puede mejorar mucho los resultados del mismo para las madres y los niños mediante el uso de procedimientos técnicamente apropiados, así como el correcto y rápido diagnóstico y tratamiento de las complicaciones. *Atención calificada del parto* se define como la atención prestada por un médico, una enfermera o una partera calificada. Alrededor del 77% de los partos que tuvieron lugar en el año anterior a la encuesta MICS fueron atendidos por personal

calificado (Tabla 39). Este porcentaje es mayor en la región surcentral (99%) y menor en el sur (21%). En cuanto mayor educación tenga la mujer, más probable es que su parto haya sido atendido por una persona calificada.

Más de la tercera parte de los partos en el año anterior a la encuesta MICS fueron atendidos por una partera. Médicos atendieron el 27% de los partos, y enfermeras atendieron el 13%. En términos globales, alrededor del 10% de los partos fueron atendidos por asistentes de salud, pero este tipo de parto sólo tuvo lugar entre mujeres del sur, donde el tipo de personal que presta atención en el parto es notablemente diferente al de las otras regiones. En el sur, alrededor del 47% de los partos son atendidos por asistentes de salud y el 27% por parteras tradicionales. En las otras regiones, entre 42% y 49% de los partos son atendidos por parteras calificadas, mientras 29-33% son atendidos por médicos.

## **H. Derechos del niño**

### **Registro del nacimiento**

La Convención Internacional de los Derechos del Niño declara que todo niño tiene el derecho a un nombre y una nacionalidad, y el derecho a protección contra ser privado de su identidad. El registro del nacimiento es un medio fundamental para asegurar estos derechos para los niños. Los nacimientos del 94% de los niños menores de cinco años en [país] han sido registrados (Tabla 40). No hay variaciones significativas en el registro de nacimientos por las categorías de sexo, edad o nivel de educación. Es un poco menos probable el registro del nacimiento de los niños en el occidente que el de los demás niños, pero esto parece deberse primariamente a una proporción relativamente grande de mujeres que no saben si el nacimiento de su hijo o hija fue registrado. Entre aquellos cuyo nacimiento no fue registrado, el costo, la distancia y la falta de conocimiento no parecen ser las causas principales de ello.

### **Orfandad y lugar de residencia de los niños y niñas**

Los niños y niñas que son huérfanos o viven separados de sus padres pueden estar en mayor riesgo de empobrecimiento, discriminación, negación de derechos de propiedad y derechos a la herencia, varias formas de abuso, descuido y explotación de su trabajo o su sexualidad. El monitoreo del nivel de orfandad y el lugar de residencia de los niños ayuda a identificar a aquellos que pueden estar en riesgo y a rastrear los cambios a través del tiempo.

En [país], el 64% de los niños y niñas de 0-14 años de edad están viviendo con ambos padres (Tabla 41). Un porcentaje sustancial – 21% – viven sólo con su madre, a pesar de que el padre está vivo. Alrededor del 6% viven con ninguno de sus padres a pesar de que ambos padres están vivos. Los niños que no viven con uno de sus padres biológicos constituyen el siete por ciento, y los niños huérfanos de uno o ambos padres suman el cuatro por ciento de todos los niños de 0-14 años de edad. Los niños mayores tienen mayor probabilidad de vivir separados de sus padres biológicos que los niños menores. Mientras sólo el cuatro por ciento de los niños menores de cinco años no viven con uno de sus padres biológicos, el diez por ciento de los niños de 10-14 se encuentran en esta situación.

La situación de los niños y niñas en el sur difiere de la de los demás niños en [país]. En el sur, menos de la mitad de los niños viven con ambos padres. El 36% viven sólo con su madre, a pesar de que el padre está vivo, y una proporción relativamente grande (diez por ciento) no vive con ninguno de sus padres. Lo más probable es que este patrón se deba a la migración laboral de los hombres, y en cierta medida de las mujeres, del sur a otras regiones y a los países vecinos.

## Trabajo infantil

Por varias razones, es importante monitorear la medida en que los niños y niñas trabajan y el tipo de trabajo en que participan. Los niños que trabajan tienen menos probabilidad de asistir a la escuela y mayor probabilidad de abandonar la escuela. Este patrón puede atrapar a los niños en un ciclo de pobreza y desfavorecimiento. Las condiciones de trabajo de los niños con frecuencia no están reglamentadas, existiendo pocas medidas de seguridad contra el abuso potencial. Adicionalmente, muchos tipos de trabajo son inherentemente peligrosos, y otros presentan riesgos menos obvios para los niños, tales como la exposición a pesticidas en el trabajo agrícola, el transporte de cargas pesadas y la búsqueda de objetos recuperables en los basureros.

En [país], la encuesta MICS calcula que sólo alrededor del dos por ciento de los niños y niñas entre cinco y catorce años de edad trabajan con remuneración (Tabla 42). Aproximadamente el doble – cuatro por ciento – participan en trabajo no remunerado con alguien que no es miembro del hogar.

‘Trabajo doméstico’ se define como cocinar, hacer compras, limpiar, lavar ropa, recoger agua y cuidar a niños. Un poco más de la mitad de los niños y niñas ejecutan estas tareas durante menos de cuatro horas diarias, mientras que el 25% dedican más de cuatro horas al día a tales tareas. En términos globales, las niñas tienen algo más de probabilidad de hacer trabajo doméstico que los niños, y los niños y niñas mayores (10-14 años) que los menores (aged 5-19 years). **[No será más bien “9”?]** Las mayores variaciones entre las regiones se dan con respecto al porcentaje de niños que trabajan en tareas domésticas por más de cuatro horas al día. Este porcentaje varía de 19% en las regiones central y occidental a 36% en la región sur.

Se considera que los niños que hayan hecho algún trabajo remunerado o no remunerado para alguien que no es miembro del hogar, hayan realizado tareas domésticas en el hogar durante más de cuatro horas o hayan ejecutado algún otro trabajo familiar están ‘actualmente empleados’. En términos globales, el 31% de los niños están clasificados como actualmente empleados. Casi no hay diferencia entre niños y niñas (32% de los niños y 30% de las niñas). En términos regionales, el porcentaje de niños que están trabajando es más bajo en las regiones central y occidental (24%) y mayor en la oriental (37%). Los niños rurales tiene muchísima más probabilidad de trabajar que los niños urbanos.

**Apéndice A: Diseño de la muestra**

**Apéndice B: Lista del personal involucrado en la encuesta MICS de *[país]***

**Apéndice C: Cuestionarios**