

# **REPÚBLICA DE NICARAGUA**

## Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001

**Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC )**  
**Ministerio de Salud (MINSa)**

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (**USAID**)

Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (**Asdi**)

Banco Mundial – Fondo de Inversión Social de Emergencia (**BM/FISE**)

Banco Interamericano de Desarrollo/Programa de Modernización del Sector Salud  
(**BID/PMSS**)

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (**PNUD**)

Fondo de Población de las Naciones Unidas (**FNUAP**)

Programa *DHS+*/ORC Macro  
(Asistencia Técnica)

Octubre 2002

El programa de Encuestas de Demografía y Salud (programa DHS+) proporciona asistencia a instituciones gubernamentales y privadas en la implementación de encuestas nacionales en países en vías de desarrollo. Con financiamiento proveniente de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el programa DHS+ es implementado por Macro International Inc., con sede en Maryland, USA. Los objetivos de este programa son a) proporcionar bases de datos y análisis a los organismos ejecutivos en el campo de la población para facilitar la consideración de alternativas y la toma de decisiones bien informadas; b) expandir la base internacional de datos en los campos de población y salud materno-infantil; c) aportar avances en la metodología de encuestas por muestreo; d) consolidar la capacidad técnica y los recursos para la realización de encuestas demográficas complejas en los países participantes.

Dentro del marco de las encuestas DHS+, el INEC ha levantado dos encuestas nacionales de demografía y salud, la primera en 1998 y la presente en 2001 (**ENDESA 2001**). La financiación de los costos locales de la **ENDESA 2001** estuvo a cargo de USAID (Nicaragua) a través del programa DHS de Macro International Inc.; la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (Asdi); el Banco Mundial a través del Fondo de Inversión Social de Emergencia (BM/FISE); el Banco Interamericano de Desarrollo a través del Programa de Modernización del Sector Salud (BID/PMSS); el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Para información adicional sobre las encuestas favor dirigirse a:

INEC/**ENDESA**/Frente al Hospital Lenín Fonseca/Managua, Nicaragua

Macro International/DHS+ Program, 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705

# INFORME RESUMIDO

---

Esta parte del informe es un resumen general de los resultados finales de los temas principales contenidos en la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud del 2001, (**ENDESA 2001**), realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), con la participación del Ministerio de Salud (MINSA). La **ENDESA 2001**, cuyo trabajo de campo se realizó entre septiembre y diciembre de 2001, se inscribe dentro de la cuarta fase del Programa Mundial de Encuestas de Demografía y Salud (DHS), conocido ahora como Measure/DHS+. Este programa, con financiamiento proveniente de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), es coordinado por Macro International Inc.

Los objetivos de la **ENDESA 2001** son proporcionar información sobre 1) los niveles y tendencias de la fecundidad (incluyendo la fecundidad en adolescentes); 2) la mortalidad general y los niveles y tendencias de la mortalidad infantil; 3) la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil, a través de temas como la planificación familiar, nupcialidad y exposición al riesgo de embarazos, conocimiento y prácticas sexuales de riesgo, VIH/SIDA e ITS, atención prenatal, parto y puerperio, y estado nutricional de las mujeres y de los niños menores de 5 años, entre otros temas. Adicionalmente se investigan las características generales de las viviendas, saneamiento básico, dotación de servicios, composición del hogar, gastos en salud y migración internacional.

## ANTECEDENTES

El diseño de muestra para la **ENDESA 2001** fue el mismo que se utilizó en la ENDESA-98 con una ligera modificación del tamaño de muestra en los departamentos de Madriz y Río San Juan. El diseño proporciona una muestra probabilística a nivel nacional que es estratificada, bietápica y por conglomerados, donde la estratificación se realizó a nivel de diferentes subdivisiones geográficas (regiones naturales, dentro de cada región por departamento y dentro de cada departamento por lugar de residencia urbana-rural), donde se definió como meta un tamaño de muestra de aproximadamente 14,000 entrevistas completas de mujeres y en base a la experiencia de la ENDESA-98 se seleccionó un total de alrededor de 13,200 hogares para lograr ese objetivo. Debe recordarse que el trabajo de campo de la **ENDESA 2001** se realizó entre el 26 de septiembre y el 12 de diciembre, época de invierno en el país, lo cual puede tener implicaciones sobre la estimación de la prevalencia de ciertas enfermedades, particularmente las diarreicas y respiratorias.

El rendimiento de la muestra para la encuesta se basó en la identificación en los hogares completos de 14,123 mujeres de 15-49 años elegibles con un total de 13,060 entrevistas completas, es decir una tasa de respuesta individual de 93 por ciento. La tasa de respuesta para los hogares fue del 95 por ciento correspondiendo a 11,328 hogares entrevistados de los 11,986 hogares que fueron seleccionados. La tasa de respuesta combinada (hogares y mujeres) fue del 84.7 por ciento, bastante satisfactoria para este tipo de encuesta, a pesar de haberse realizado el trabajo de campo durante período de elecciones.

## CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PAÍS

Las últimas estimaciones de población indican que Nicaragua es un país 5.2 millones de personas con una superficie de 119,838 kilómetros cuadrados sin incluir 8,264 Km<sup>2</sup> del lago Cocibolca y 1,064 Km<sup>2</sup> del lago Xolotlán, teniendo la densidad más baja de Centroamérica, con 43.4 habitantes por kilómetro cuadrado. El 54 por ciento del total de la población es residente de áreas consideradas urbanas y la tasa de crecimiento estimada para el período 2000-2005 es de 2.6 por ciento.

Política y administrativamente el país se divide en 15 departamentos y 2 regiones autónomas, la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN) y la Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS).

La distribución de la población por regiones naturales presenta una alta concentración en la Región Pacífico puesto que el 57 por ciento de la población del país reside en esta región, en comparación con el 31 por ciento conjuntamente en la Región Centro-Norte; y tan sólo el 12 por ciento en la Región Atlántico. De los 15 departamentos y las 2 regiones autónomas del país, sólo 7 tienen una población urbana mayor al 50 por ciento y todos pertenecen a la Región Pacífico con la excepción de Rivas, a los que se suma Estelí (53 por ciento de población urbana). Se destacan Jinotega, Río San Juan, Madriz y la RAAN como los más rurales.

La población de los hogares entrevistados en la **ENDESA 2001** ascendió a 58,209 personas de las cuales el 57 por ciento reside en la zona urbana, y el 51 por ciento es población femenina. El 40 por ciento se concentra en las edades menores de 15 años, en tanto que los grupos de edades activas y reproductivas (15-64 años) representan el 55 por ciento y la fracción restante (un poco menos del 5 por ciento) corresponde a las personas de 65 años y más.

El porcentaje de mujeres jefas de hogar se mantiene con respecto a 1998 (31 por ciento). En el área urbana la jefatura femenina abarca a más de la tercera parte de los hogares, mientras que en la zona rural es uno de cada cinco hogares.

El tamaño promedio de los hogares es de 5.3 personas, ligeramente inferior al encontrado en 1998 (5.5), con una diferencia relativamente importante por zona (5.0 en la urbana y 5.7 en la rural). Los hogares unipersonales son el 4 por ciento del total de hogares y el 56 por ciento está compuesto entre 2 y 5 personas.

En la encuesta se investigó, entre la población de 15 años y más, la posesión de cédula y el motivo de no posesión entre aquéllas personas sin el documento. El 75 por ciento de la población de 15 años y más declaró poseer cédula de identidad. En el área urbana el nivel de cedulación es superior en tres puntos porcentuales al del área rural (76 y 73 por ciento respectivamente). Entre las razones que explican la no tenencia de cédula es que un 8 por ciento no la ha tramitado y porque para un 4 por ciento dicho documento no ha llegado a la delegación donde fue tramitado.

Los emigrantes encontrados en la **ENDESA 2001** representan casi 5 de cada 100 personas encontradas en los hogares entrevistados. Los emigrantes se concentran en las edades activas, entre 10 y 49 años (87 por ciento) y además se observa un ligero predominio masculino. El 60 por ciento de los emigrantes son hijos e hijastros de los jefes de hogares entrevistados, un 8 por ciento es alguno de los cónyuges, otro 8 por ciento hermanos y un 5 por ciento padres y nietos.

La mayoría de los niños menores de 15 años (62 por ciento) vive con ambos padres, siendo un poco mayor la proporción en el área rural (70 por ciento) y entre los menores de cinco años. Por otro lado, los niños que viven con la madre pero no con el padre representan el 25 por ciento, porcentaje mucho más alto en el área urbana (32 por ciento). Los niños que viven con otras personas que no son ni el padre ni la madre alcanzan al 9 por ciento, porcentaje casi invariable con el observado en la ENDESA-98 (10 por ciento).

De acuerdo a los resultados, alrededor del 25 por ciento de las personas de seis años o más no tienen educación formal, proporción que aumenta rápidamente con la edad, desde alrededor del 10-15 por ciento entre la población de 10-14 años hasta alcanzar más del 50 por ciento entre la población de 65 años y más. La población rural sin educación es casi tres veces mayor que la urbana.

Si bien casi la mitad de la población posee algún nivel de educación primaria (48 y 47 por ciento para hombres y mujeres, respectivamente), la proporción se reduce dramáticamente para los estudios de secundaria (20 y 23 por ciento respectivamente), mientras que la población con educación superior apenas es de alrededor del 6 por ciento.

## **CARACTERÍSTICAS DE LAS VIVIENDAS**

Los resultados de la encuesta dan cuenta del nivel de disponibilidad en las viviendas de alumbrado eléctrico, donde se observan avances entre 1998 y 2001, pasando de 70 a 73 por ciento el porcentaje de viviendas conectadas al servicio público de electricidad.

El 60 por ciento de las viviendas utilizan leña para cocinar y en un poco más de la tercera parte se cocina con gas butano o propano. Mientras que casi el 60 por ciento de las viviendas urbanas utilizan gas butano o propano, en cambio en el área rural, como es de esperarse, en el 92 por ciento de los hogares utilizan leña.

La dotación del tipo de servicio higiénico en el hogar permite evaluar la higiene en el espacio de la vivienda. En la **ENDESA 2001** se encontró que el 59 por ciento de las viviendas cuentan con excusado o letrina y otro 26 por ciento tienen inodoro, de los cuales un 18 por ciento descarga en la red de alcantarillas.

El 39 por ciento de los hogares eliminan la basura quemándola; en un porcentaje similar, 37 por ciento, la basura se elimina a través del camión recolector que es un servicio prestado por las alcaldías y en un 4 por ciento la entierran. Se observa mejoría en el servicio de recolección prestado por las alcaldías con relación a 1998, ya que éste aumentó de 31 por ciento al 37 por ciento.

Casi las dos terceras partes de las viviendas tienen agua por red pública, observándose que es similar la disponibilidad de agua fuera de la vivienda y dentro de ella (32 y 31 por ciento, respectivamente). La otra fuente importante de agua para tomar es el pozo privado (11 por ciento).

Aproximadamente dos de cada tres hogares nicaragüenses tienen acceso a los medios de comunicación hablada. Cuatro de cada 5 hogares cuentan con aparato de radio y 59 por ciento con televisores. Entre los bienes de transporte la bicicleta es el de mayor posesión (26 por ciento), seguida por el carro particular (10 por ciento). El 2 por ciento cuenta con motocicleta.

## **CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL**

Las mujeres en edad fértil representan el 49 por ciento del total de mujeres del país. De las 13,060 mujeres entrevistadas, el 57 por ciento son menores de 30 años, valor que presenta una ligera disminución respecto al observado en la ENDESA-98, que fue de 58 por ciento. En lo referente al estado conyugal, el 29 por ciento de las mujeres se declararon en unión libre, proporción ligeramente superior a las casadas 27 por ciento. Las mujeres solteras representan el 26 por ciento y las viudas, separadas o divorciadas en conjunto el 17 por ciento.

A nivel general, el 14 por ciento de las mujeres en edad fértil no tienen ningún nivel de instrucción aprobado, ligeramente menor a lo observado en 1998. El 15 por ciento de las mujeres cuenta con educación primaria de 1-3 años y un cuarto de las mujeres tienen entre 4 años de estudios y la primaria aprobada. A nivel universitario ha habido un pequeño avance en el último trienio al mejorar la proporción que ha aprobado algún grado universitario, (10 por ciento en comparación con el 7 por ciento en 1998).

El medio de comunicación más usado es la radio, pues el 84 por ciento de mujeres la escucha por lo menos una vez a la semana mientras que el 69 por ciento mira la televisión y 43 por ciento lee el periódico. En el área rural, la radio también es el medio más disponible pues el 80 por ciento la escucha, el 38 por ciento ve la televisión semanalmente y el 23 lee algún periódico semanalmente. En contraste, en el área urbana el 88 por ciento mira la televisión, el 87 por ciento escucha la radio y el 55 por ciento lee algún periódico por lo menos una vez a la semana.

Un poco más de la mitad de las mujeres en edad fértil no desempeñó actividades económicas durante el último año (53 por ciento) y el 7 por ciento, aunque trabajó en el último año, en la actualidad no lo está haciendo. Las mujeres que trabajan están concentradas en las ocupaciones de baja calificación, como trabajadoras manuales no calificadas y como vendedoras y de servicios, agrupando en dichas categorías dos tercios de las mujeres entrevistadas (32 y 31 por ciento respectivamente). El restante 37 por ciento está repartido en las categorías de profesionales, técnicas, gerentes, oficinistas y trabajadoras manuales calificadas.

## **FECUNDIDAD**

### **Niveles y Tendencias**

La tasa global de fecundidad se estima en 3.2 hijos por mujer. Es decir, con los niveles actuales de fecundidad por edad se esperaría que una mujer tenga en promedio 3.2 hijos al final de su período reproductivo. El indicador a nivel nacional enmascara niveles muy diferentes según el área de residencia de las mujeres (la fecundidad rural supera a la urbana en casi dos hijos, 4.4 vs. 2.6). En comparación con 1998, la fecundidad ha descendido en un 11 por ciento a nivel general; y con parecida intensidad en todas las edades, lo mismo que en el área urbana y en la rural, si bien mientras que en la parte urbana el descenso fue un tercio de hijo, en la rural fue ligeramente superior a medio hijo.

Es indudable que el nivel de la fecundidad está estrechamente relacionado con la anticoncepción practicada por las mujeres, ésta aumentó entre las mujeres unidas del 60 al 69 por ciento en el uso de métodos lo que explica en gran parte el descenso operado en la fecundidad entre 1998 y 2001. Este aumento se dio básicamente en el uso de métodos modernos, al pasar de 57 por ciento en 1998 a 67 por ciento en el 2001.

## Diferenciales de Fecundidad

Los hijos de las mujeres sin educación (5.2) superan en un hijo al promedio de las mujeres con 1-3 años de instrucción (4.2), y la fecundidad de estas mujeres es superior en casi un hijo de las que tienen 4-6 años de instrucción (3.3). Se reduce la diferencia entre estas últimas y las que tienen secundaria (2.5) y entre éstas y las mujeres con educación superior (1.7).

Los valores departamentales muestran el amplio espectro que presenta el nivel de la fecundidad en el país. Chinandega, Boaco y Granada son los departamentos con un nivel de la fecundidad que más se aproxima al promedio nacional (3.2 hijos por mujer). La fecundidad varía desde aproximadamente 2.5 hijos en León y Managua, hasta los 5.2 y 5.3 de RAAN y Jinotega, o sea que la fecundidad de las mujeres de estos departamentos más que duplica a la de los departamentos de menor nivel.

## Fecundidad Adolescente

El peso de la fecundidad adolescente no ha aumentado significativamente en los últimos veinte años de 16 por ciento en la Encuesta Sociodemográfica Nicaragüense (ESDENIC-85), pasó al 18 por ciento en la ENDESA-98 y prácticamente se mantiene en ese valor en la **ENDESA 2001**.

El porcentaje de las mujeres de 15 a 19 años que ya son madres o están embarazadas constituían en la Encuesta de Salud Familiar (ESF-93) un 32 por ciento, un 27 en la ENDESA-98 y un 25 por ciento en la **ENDESA 2001**. Si bien se trata de un porcentaje sumamente elevado, es importante destacar que en unos ocho años, se pasó de cerca de un tercio de adolescentes madres o embarazadas, a un cuarto (21 por ciento de las adolescentes ya son madres y 4 por ciento estaban embarazadas en el momento de la encuesta).

## PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Independientemente de que estén o no unidas o de que tengan experiencia sexual o no, la gran mayoría de las mujeres nicaragüenses entre los 15 a 49 años conocen o han oído hablar de la existencia de métodos que pueden prevenir los embarazos.

Los métodos modernos más conocidos por las mujeres actualmente unidas son la píldora, la inyección y el condón (95 por ciento o más de las mujeres en unión), seguidos de cerca por el DIU y la esterilización femenina (90 por ciento de estas mujeres). Los métodos modernos de los cuales las mujeres en unión tienen un menor conocimiento son la amenorrea por lactancia (70 por ciento) y la esterilización masculina (65 por ciento). Un poco más de la tercera parte conoce la espuma/jalea, 19 por ciento la anticoncepción de emergencia, un 16 por ciento el diafragma y sólo un 7 por ciento el implante.

Entre las mujeres actualmente unidas, el 88 por ciento ha usado alguna vez un método de planificación familiar, el 86 por ciento ha usado métodos modernos y el 19 por ciento ha usado métodos tradicionales. La píldora ha sido usada por el 59 por ciento de las mujeres actualmente unidas, seguida de la inyección (38 por ciento), la esterilización femenina y el DIU (25 por ciento cada uno), el condón y la amenorrea por lactancia (23 y 16 por ciento, respectivamente).

El nivel de uso actual de métodos anticonceptivos es del 69 por ciento. El 66 por ciento de las mujeres unidas usa un método moderno. El nivel de uso aumenta con el nivel educativo de las mujeres en unión, desde 52 por ciento entre las mujeres sin educación hasta 73 por ciento en la mujeres con educación superior. Un diferencial de uso anticonceptivo importante es el que se observa entre los dos niveles de educación primaria: 1-3 y 4-6 años. Aunque el nivel de uso de métodos modernos es ligeramente más bajo en el primer grupo (66 y 72 por ciento de las mujeres en unión respectivamente), la prevalencia de esterilización es similar en ambos grupos de educación. Si se compara con los niveles observados en 1998, la prevalencia es mayor en cada uno de los niveles educativos, pero especialmente para las mujeres en unión con 4-6 años de educación primaria (62 por ciento en 1998 versus 75 por ciento en 2001).

Al analizar el uso de anticonceptivos de las mujeres unidas según el número de hijos tenidos, se observa un aumento significativo en el nivel de uso entre las mujeres que tienen tres o más hijos, (pasando de 71 por ciento en 1998 a 78 por ciento en el 2001). Las mujeres que no tienen ningún hijo son las que menos planifican (30 por ciento). Entre aquéllas que han decidido usar anticoncepción, la píldora y las inyecciones son los métodos preferidos por las mujeres en unión sin hijos o con uno o dos hijos, mientras que la esterilización es el método seleccionado por aquellas con tres o más hijos nacidos vivos.

## **DETERMINANTES DE LA FECUNDIDAD**

El 56 por ciento de las mujeres en edad fértil (MEF) entrevistadas declaró estar en unión conyugal, de las cuales el 27 por ciento son casadas legalmente y un poco más, 29 por ciento, conviven en situación de hecho. Del total de MEF, un 26 por ciento están solteras. Un importante 16 por ciento se encuentra en estado de separación y menos del 2 por ciento se encuentran divorciadas o viudas.

Por grupos de edad es manifiesto que la gran mayoría de solteras se encuentran en las edades de 15 a 19 años aunque existen importantes porcentajes en estado de soltería entre las mujeres de 20 a 29 años. Es evidente el predominio de la situación conyugal en unión de hecho en las edades de 15 a 34 años, desde un 17 a 36 por ciento que luego va disminuyendo conforme avanza la edad de las mujeres. Por el contrario, en situación de casadas legalmente, los porcentajes son menores en las primeras edades y aumentan en las edades adultas, desde un 5 por ciento entre las mujeres de 15 a 19 años hasta un 40 por ciento a partir de los 30.

De acuerdo al nivel de educación de las mujeres, resalta el hecho que las mujeres sin educación son más propensas a unirse consensualmente (42 por ciento) que a casarse (29 por ciento), mientras entre aquéllas con educación superior se observa lo contrario con 14 por ciento de unidas y 33 por ciento de casadas.

La edad mediana a la primera unión de las mujeres de 25 a 49 años es de 18.2 años, indicador que no tiene variaciones significativas a lo largo de los últimos 25 años. Esto significa que casi el 50 por ciento de esas mujeres se han unido antes de los 18 años, porcentaje que sube al 66 por ciento a los 20 años. Mientras tanto ha habido un cambio importante en el porcentaje de mujeres que se unen antes de los 15 años, sobre todo la disminución que se da en las mujeres de 15 a 19 años (inferior al 10 por ciento, cuando en las cohortes de mayor edad se llegó a tener 16 por ciento).

La edad a la primera unión no necesariamente coincide con el comienzo de las relaciones sexuales. Las mujeres de 25 a 49 años han presentado una leve disminución de la edad mediana a la primera relación sexual pasando de 18.2 en 1998 a 17.8 en el 2001, indicativo de



experiencias prematrimoniales o de uniones de hecho, con respecto a la edad mediana a la unión, que resultó de 18.3 años. Por área de residencia, la edad mediana a la primera relación indica que las mujeres de 20 a 49 años del área rural inician la primera relación un año y tercio más temprano que en la urbana (17.1 vs 18.4).

El 21 por ciento de las madres con niños menores de tres años se encontraban en estado de amenorrea postparto y un 15 por ciento practicaban la abstinencia sexual postparto para un total del 28 por ciento en estado de insusceptibilidad, es decir se encontraban en protección contra el riesgo de un nuevo embarazo.

El 12 por ciento de las mujeres de 30 a 49 años son consideradas menopáusicas porque no están embarazadas ni en amenorrea de posparto y su último período menstrual ocurrió hace 6 meses o más. Aunque de los 30 a los 39 años ya hay indicios de pequeños porcentajes de mujeres en esta condición, es a partir de los 40 años que este indicador comienza a aumentar acelerada y sostenidamente hasta concluir la edad fértil, desde un 9 por ciento hasta un 48 por ciento.

## **PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS**

### **La Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar**

Según la **ENDESA 2001**, hay un 15 por ciento de mujeres unidas que pueden clasificarse con necesidad no satisfecha de planificación familiar, prácticamente el mismo valor que en 1998, con un peso algo mayor para limitar los nacimientos que para espaciarlos.

Por edad de las mujeres, la necesidad insatisfecha de anticoncepción decrece al pasar del 20 por ciento en las adolescentes hasta 11 por ciento entre las mujeres de 45 a 49 años. En las primeras, el predominio es por espaciar (tres veces la necesidad insatisfecha por limitar), mientras que a partir de los 40 años es preponderante la necesidad por limitar los nacimientos.

En las mujeres rurales la necesidad insatisfecha supera ampliamente la de las mujeres del ámbito urbano (19 y 12 por ciento, respectivamente), con un componente mayor de la necesidad por limitar nacimientos que por espaciar. Los departamentos con el nivel de la fecundidad más alto (la RAAN y Jinotega), presentan los valores mayores en cuanto a la necesidad insatisfecha y también predomina en ellos la necesidad por limitar nacimientos, particularmente en la RAAN. Los porcentajes más bajos de necesidad insatisfecha se encuentran en León y Carazo (inferiores a 10), con poca diferencia entre la necesidad por espaciar o limitar los nacimientos.

### **Demanda Total de Planificación Familiar**

La demanda total es el resultado de combinar los porcentajes correspondientes a las mujeres con necesidad insatisfecha y aquéllas con necesidad satisfecha (usuarias de los servicios de planificación familiar).

La demanda total entre las mujeres unidas se estima en 83 por ciento, superior a lo encontrado en 1998 (76 por ciento) debido en gran parte por el aumento tenido en el uso de anticonceptivos ya que, como se vio, el porcentaje de mujeres con necesidad insatisfecha es similar en las dos encuestas.

Esta demanda total involucra a tres de cuatro adolescentes, presentando los valores más altos en las mujeres entre los 30 y 40 años (cercana al 90 por ciento); por otro lado las mujeres urbanas tienen una demanda total algo más elevada que las rurales y es en Estelí donde se

observa la demanda mayor (casi un 90 por ciento), mientras que en los departamentos con un nivel de la fecundidad alto (Jinotega y la RAAN) se observa la demanda más baja, cercana al 75 por ciento.

### **Número Ideal de Hijos**

El número ideal de hijos de las mujeres en edad reproductiva (unidas y no unidas), es ligeramente menor a tres (o sea que se tiene una diferencia inferior a medio hijo con el nivel de la fecundidad estimado en la **ENDESA 2001**). Al comparar con lo encontrado en 1998, las distribuciones presentadas ponen en evidencia ideales muy parecidos en los dos momentos, sin embargo llama la atención que tanto para todas las mujeres, como para las unidas conyugalmente, este número ideal de hijos se ha incrementado ligeramente (de 2.8 a 2.9 en las primeras y de 3.0 a 3.2 en las segundas). Si por otro lado se tiene presente que el nivel de la fecundidad para el período 1998-2001 se estimó en 3.2 hijos por mujer, se podría concluir que se están cumpliendo los ideales reproductivos, lo que implica pocos descensos futuros de la fecundidad mientras persistan estos ideales.

Tanto en 1998 como en el 2001 poco más del 40 por ciento de todas las mujeres inclinan sus preferencias por los dos hijos, y para casi un cuarto de ellas el ideal es tres, es decir que en total, dos de cada tres mujeres tienen como ideal 2 ó 3 hijos.

### **Fecundidad Deseada**

Poco más de la mitad de los nacimientos (51 por ciento) corresponden con un evento deseado: un 21 por ciento de las mujeres querían el nacimiento más adelante y un 27 por ciento declaró que no deseaba más hijos. Estos porcentajes contrastan con los obtenidos en 1998, cuando dos terceras partes de los nacimientos fueron deseados en ese momento y sólo un 17 por ciento fueron eventos no deseados. Esto puede ser el resultado de cambios recientes importantes en las preferencias de fecundidad de las mujeres en Nicaragua pero las razones de este cambio requieren estudios adicionales que están fuera del alcance de este informe.

En general se verifica que la brecha entre la fecundidad deseada y la observada es mayor entre más alto es el nivel de la fecundidad. En cuanto a las áreas de residencia, la fecundidad deseada urbana es inferior en 0.8 hijos a la observada, mientras que en la parte rural la diferencia es de casi un hijo y medio.

### **MORTALIDAD INFANTIL**

#### **Niveles y Diferenciales de la Mortalidad Infantil**

El nivel de la tasa de mortalidad infantil encontrado para el total nacional para los cinco años anteriores a la **ENDESA 2001** (período 1996-2001) es de 31 por mil. Este nivel es indicativo de un extraordinario progreso que ha hecho Nicaragua en la reducción de la mortalidad infantil, desde niveles de 57 por mil hace apenas 15 años. La misma panorámica ha seguido el descenso de la mortalidad en los primeros cinco años de vida que ha pasado de 70 a 40 por mil, valor muy por debajo de muchos países.

Por sexo es notoria la sobremortalidad masculina en todas las manifestaciones de riesgo al morir, desde la neonatal hasta la de menores de 5 años. En relación a la edad de la madre, el riesgo de muerte se manifiesta con niveles de mortalidad altos en los extremos de edad, en

especial en el grupo de 40-49 años y una menor mortalidad para el grupo de 20 a 29 años (29 por mil).

En función del orden del nacimiento, el riesgo de muerte entre los niños menores de un año es más del doble en los nacidos de orden 7 o más, con respecto a los de orden 1 (59 y 28 por mil respectivamente), con una situación similar para la mortalidad de los menores de 5 años y de los niños de 1 a 4 años. La mayor diferencia por orden de nacimiento se presenta para la mortalidad postneonatal al pasar de 12 por mil entre los niños de primer orden a 33 por mil para los de orden 7 o más.

### **Alto Riesgo Reproductivo**

Normalmente se consideran como de riesgo elevado los nacimientos que ocurren en las madres que tienen menos de 18 años y que tengan 35 o más años; que el intervalo intergenésico sea menos de 24 meses; y entre aquellas mujeres que el orden de su nacimiento sea mayor de 3.

La mayor proporción de nacimientos en alguna categoría de riesgo elevado de mortalidad se presenta para los nacimientos de orden mayor a 3 (con 17 por ciento), si bien la probabilidad de morir de éstos no es muy diferente de quienes no están en ninguna categoría de riesgo. Según la **ENDESA 2001**, los niños que además de ser hijos de mujeres con 35 años o más, nacieron después de un intervalo intergenésico inferior a 24 meses tienen una probabilidad de morir dos veces mayor que la de aquellos nacidos en categorías fuera de riesgo, pero apenas representan el 7 por ciento del total de nacimientos. Y si además de las características anteriores también pertenecen a un orden de nacimiento superior a 3, la probabilidad de morir se convierte en 4 veces mayor.

El 48 por ciento de las mujeres en unión tuvo nacimientos en los 5 años que precedieron la encuesta en categorías de riesgos elevados de muerte durante la infancia. Al igual que en el caso de los nacimientos, los riesgos (simples) donde se concentran los mayores porcentajes de mujeres son el intervalo intergenésico muy corto y los órdenes de nacimiento más elevados.

## **SALUD MATERNO INFANTIL**

### **Asistencia Prenatal**

En Nicaragua el 14 por ciento de las mujeres que tuvieron un nacimiento en los cinco años anteriores a la encuesta no tuvo ningún control para el último embarazo. Sin embargo se siguen observando significativas diferencias por área o departamento de residencia, nivel de instrucción de las mujeres y orden de nacimiento del hijo.

La atención prenatal fue superior al 85 por ciento en el área urbana y en los departamentos del Pacífico y de la región de las Segovias, aunque en los departamentos de la región Atlántica y en Jinotega, se mantienen niveles inferiores al del área rural (80 por ciento). Estos avances registrados no son solamente cuantitativos sino cualitativos, dado que la casi totalidad de los controles han sido brindados por personal calificado (médico general, gineco-obstetra, enfermera o auxiliar de enfermería).

A pesar del nivel aún bajo y de las grandes disparidades, se puede apreciar un avance en la cobertura del control prenatal desde 1993. Según los resultados de la Encuesta sobre Salud Familiar 1992-1993 (ESF-93) y la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud de 1998 (ENDESA-98), el porcentaje de embarazadas sin control prenatal se elevaba al 29 por ciento en

92-93 y al 16 por ciento en 1998. Es inquietante ver que entre los grupos de menor cobertura (las mujeres sin instrucción y entre las residentes en el área rural), en los últimos años no ha habido descenso o éste ha sido mínimo. Por ejemplo, el porcentaje de mujeres sin atención en 1998 ascendía a 23 por ciento entre las mujeres rurales y a 33 por ciento entre aquéllas sin educación, en comparación con 21 y 34 por ciento, respectivamente, en el 2001.

### **Vacunación Antitetánica**

El 13 por ciento de embarazadas investigadas por la encuesta no recibieron ninguna dosis de vacuna antitetánica, el 41 por ciento recibieron una dosis y otro 42 por ciento recibieron dos o más dosis, es decir, el 83 por ciento de las mujeres recibieron al menos una dosis. Sin embargo, estos resultados todavía dejan que desear, sobre todo porque no han experimentado ningún progreso desde 1998, a diferencia del período 93-98 cuando mejoraron sustancialmente (en 1993, 22 por ciento de mujeres no tenían dosis alguna, porcentaje que descendió a 12 en 1998). Además, en muchos departamentos, como Estelí y los del Pacífico (exceptuando Chinandega, donde se ha mantenido igual) ha aumentado la proporción de mujeres sin vacunar.

Los departamentos del Pacífico Sur (exceptuando Masaya) y las Segovias, presentaron los más bajos porcentajes de mujeres sin vacunar, los cuales oscilaron entre el 4 y el 9 por ciento. Les siguen la zona urbana en general y los departamentos de Chinandega, Managua, Masaya y Chontales con porcentajes que oscilan entre el 9 y el 14 por ciento. Por último, los departamentos del Atlántico, con algunos departamentos del Centro (Boaco, Matagalpa y Jinotega y sorpresivamente León), entre 15 y 25 por ciento. Las mujeres sin instrucción, las primigestas y las múltiparas presentan también más bajos niveles de vacunación.

### **Vacunación a Niños**

En Nicaragua no se ha presentado ningún caso de poliomielitis y de difteria en más de una década y el último caso de sarampión se presentó en 1994. Sin embargo, la incidencia de la tos ferina, aunque ha descendido, se mantiene a pesar de los niveles de cobertura de la DPT3.

El esquema completo de vacunaciones obligatorias para un niño nicaragüense de 18 meses de edad sería de una dosis de BCG al nacer, 3 dosis de la antipolio y de la Pentavalente y una dosis de la Triple Viral.

En la **ENDESA 2001** se encontró que el 72 por ciento de los niños de 18 a 29 meses habían recibido el esquema completo de vacunas y apenas el 2 por ciento no tenían ninguna vacuna, al 64 por ciento se le pudo ratificar con la tarjeta y para el otro 7 por ciento restante se tuvo que aceptar la declaración de la madre. La BCG tiene una cobertura del 96 por ciento, la DPT o Pentavalente apenas llega al 83 por ciento, la antipolio a 85 por ciento y la Triple Viral a 86 por ciento.

La necesidad de aplicar tres dosis de antipolio y de Pentavalente (o DPT) se presenta como un elemento desfavorable para el cumplimiento del esquema completo de estos biológicos, ya que se aprecia claramente una “deserción” de los niños. Los niños son captados casi en su totalidad (97 o 98 por ciento) para la primera dosis, pero para aplicar la segunda ya se pierden cerca del 6 por ciento de niños y para la tercera se pierden alrededor de un 15 por ciento, descendiendo las coberturas útiles a niveles que pueden poner en riesgo la retención adecuada de la transmisión de las enfermedades, de las que protegen dichas vacunas.

## **Atención del Parto**

La cobertura del parto institucional se estima en el 66 por ciento en la actualidad, al cual se ha llegado desde niveles inferiores al 60 por ciento en el año 1993 y el 64 por ciento en 1998. El avance ha sido importante para el área rural (aunque menor en los últimos 3 años) pasando del 34 en 1993 al 43 por ciento en 1998 y llegando en el 2001 a cerca de un 45 por ciento.

Managua, lo mismo que en 1998, es el departamento que tuvo la mayor cobertura de parto institucional (casi 94 por ciento), mientras que la RAAN, Río San Juan y Jinotega siguen teniendo menos del 40 por ciento de cobertura. Como siempre, los otros departamentos del Pacífico y Estelí, fueron los de mayor cobertura después de Managua.

Con los mayores porcentajes de partos institucionales (75-95 por ciento) destacan las mujeres primigestas, las residentes en el área urbana y las mujeres instruidas. Si bien los departamentos de las Segovias no tienen las más altas coberturas institucionales, han avanzado mucho desde 1998 (de 6 a 8 puntos porcentuales), especialmente Nueva Segovia. Sin embargo, en algunas de las categorías de mayor riesgo (como las altas múltiparas, las mujeres con educación insuficiente y las que no se habían hecho ningún control), la cobertura del parto institucional se ha estancado o descendido. Por edad, son las mujeres mayores (35 años y más) las que presentan las menores coberturas de parto institucional (55 por ciento), aunque han mejorado ligeramente desde 1998 (52 por ciento).

## **Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)**

Se encontró que el 31 por ciento de los niños menores de cinco años presentaban síntomas generales de IRA. Este nivel es significativamente más alto que el encontrado en 1998 (26 por ciento), pero es pertinente señalar que la ENDESA-98 se realizó en el verano y la **ENDESA 2001** en pleno invierno (período lluvioso) cuando la incidencia de las infecciones respiratorias agudas aumenta.

Por diferentes razones, los niños de 12 a 23 meses son más vulnerables a las IRA. Estos niños, con los niños de 6 a 11 meses, presentaron las más altas prevalencias (36-37 por ciento). El grupo de edad con más baja prevalencia fue el de los menores de 6 meses. La prevalencia de los niños varones fue ligeramente superior a la de las niñas.

Por otra parte, se encontró que el 25 por ciento de los niños menores de cinco años había tenido fiebre en las últimas dos semanas, porcentaje ligeramente superior al encontrado en 1998 (23 por ciento). No se presentan diferencias importantes entre las zonas urbana y la rural (24 y 26 por ciento, respectivamente).

## **Enfermedades Diarréicas Agudas (EDA)**

El 13 por ciento de niños tuvieron diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta, prevalencia muy similar a la encontrada en 1998, a pesar de la estación lluviosa en que se realizó la **ENDESA 2001**, con una ligera mayor prevalencia en el área rural en comparación con la urbana (12 y 14 por ciento, respectivamente).

La prevalencia de la diarrea es mayor entre los niños de 6 a 23 meses (casi el 20 por ciento). Este hecho tiende a confirmar que los mayores riesgos de los niños se siguen teniendo al suspender la lactancia materna exclusiva o al momento de la introducción de otros alimentos, lo que es debido principalmente a la manipulación inadecuada durante la preparación de dichos

alimentos, aunado al riesgo de una alimentación con calidad deficiente. Al contrario de la prevalencia de IRA que se mantiene alta entre los menores de cinco años, la de la diarrea disminuye significativamente entre los mayores de 3 años a un nivel del 8 por ciento.

### **Conocimiento del Buen Manejo del Niño con Diarrea**

El 97 por ciento de las madres entrevistadas conocían los paquetes de Suero de Rehidratación Oral. El conocimiento no se diferencia por área y muy poco por departamento de residencia. Sin embargo, este conocimiento no es tan aplicado en la práctica, ya que sólo el 50 por ciento de los niños enfermos con diarrea recibieron SRO y el 54 por ciento SRO o solución casera.

## **LACTANCIA Y NUTRICIÓN**

### **Lactancia**

La lactancia materna, sea cual sea su duración o su momento de inicio, es relativamente alta en Nicaragua. En la **ENDESA 2001** se encontró que el 95 por ciento de niños menores de cinco años habían lactado alguna vez, ligeramente superior a lo observado en 1998 (93 por ciento). En el patrón por edad se manifiesta este avance, dado que en 1998, sólo un cuarto de los niños seguían lactando a los 2 años y en 2001 lo hacen casi el 40 por ciento. No se aprecian grandes variaciones en la proporción por sexo, asistencia o lugar del parto. La proporción en los departamentos oscila entre 90 y 98 por ciento y se destacan con más de un 95 por ciento Jinotega, Madriz, León, Matagalpa y Boaco. Al igual que en 1998, Madriz es el departamento con mayor porcentaje de lactantes (98 por ciento) y Chontales con el menor (90 por ciento).

### **Tipo de Alimentación Complementaria**

La **ENDESA 2001** encontró que desde antes de los 2 meses, a casi al 30 por ciento de los niños lactantes les dan leche de fórmula y al 9 por ciento otros tipos de lácteos. Al 15 por ciento les dan otros líquidos y al 7 por ciento algún alimento sólido o semi-sólido, hecho de cereales y frutas y vegetales, principalmente, pero a algunos también les integran otro tipo de legumbre verde o tubérculos y con alguna grasa.

### **Nutrición**

Los datos de la ENDESA-98 reflejaron que 1 de cada 4 niños menores de 5 años sufría de algún grado de desnutrición crónica (retardo en el crecimiento) y el 9 por ciento sufría de desnutrición severa. El nivel ha disminuido ligeramente ya que la **ENDESA 2001** reporta a 1 de cada 5 niños con desnutrición crónica de algún grado, 9 por ciento severa.

Por debajo de 6 meses, la proporción de desnutridos (2 por ciento) se encuentra aún más baja que en 1998. Al igual que lo observado en diversas investigaciones anteriores, el crecimiento de los niños nicaragüenses se quiebra y comienza a manifestar signos de desnutrición después de los 6 meses. El grupo de 6 a 9 meses tiene a más del 8 por ciento de desnutridos según indicador talla para edad.

### **Nutrición de las Mujeres**

Los resultados muestran que las mujeres nicaragüenses son bastante baja de estatura, en promedio 154 cm (con una desviación estándar de 5.9 cm) y con 60.9 Kg de peso promedio (con

12.1 Kg de desviación estándar), lo que la lleva a un Índice de Masa Corporal (IMC) promedio de 25,7. Es decir, que la mujer promedio nicaragüense es de estatura bastante baja y con sobrepeso, lo que, en cierta forma refleja un retardo en el crecimiento durante la infancia. Estos resultados, son muy similares a los obtenidos en 1998, en lo que concierne a la estatura, donde se tiene solamente 0.1 cm de diferencia. Un poco diferente en lo que concierne al peso, que aumenta un poco (0.4 Kg), lo que lleva a un IMC promedio que ha aumentado en 0.8 puntos.

## **CONOCIMIENTO SOBRE EL SIDA**

La **ENDESA 2001** investigó, entre las mujeres en edad fértil, el conocimiento general y específico de formas de prevención y de contagio que éstas tienen sobre el VIH/SIDA, es decir, cómo valoran su propio riesgo, sus percepciones y actitudes sociales hacia el problema, lo mismo que su contacto con éste. Además se investiga el papel de los medios de comunicación en el conocimiento.

El 93 por ciento de las mujeres en edad fértil de Nicaragua han escuchado sobre el SIDA y casi un igual porcentaje declara que existen formas de prevenirlo. Este porcentaje ha disminuido en relación a 1998 cuando casi el 96 por ciento de las mujeres declaraban que lo conocían. En el 2001, al igual que en 1998, el departamento de Jinotega y la RAAN tienen los menores porcentajes de mujeres que han oído hablar del SIDA, aunque actualmente se les han unido Matagalpa, Boaco y Río San Juan. Las mujeres sin instrucción y las residentes en la zona rural, también presentan las proporciones más bajas de conocimiento de la enfermedad.

## **DIFERENCIAS SOCIOECONÓMICAS**

En la **ENDESA 2001** se recolectó información detallada sobre características de la vivienda y sobre la disponibilidad de ciertos bienes de consumo duradero que se relacionan directamente con el nivel económico. Esto permite crear quintiles poblacionales de "bienestar" o de "riqueza", es decir, cinco grupos con el mismo número de personas en cada uno.

Las diferencias en los indicadores analizados entre los hogares del quintil mas pobre y los del quintil menos pobre son grandes: 50 niños mueren antes del primer año en el quintil más pobre frente a 16 en el menos pobre; las mujeres tienen casi 6 hijos frente a 2 en estos quintiles extremos; 35 por ciento de los niños están desnutridos en el quintil de mayor pobreza frente a 4 por ciento en el menos pobre; el 27 por ciento de las mujeres fueron atendidas por médico entre las mas pobres frente al 95 por ciento en el quintil no pobre.

## **MORBILIDAD**

En la **ENDESA 2001** se recolectó información sobre la morbilidad de las personas. Una de cada tres personas tuvo alguna enfermedad en los 30 días anteriores a la entrevista. Los mayores niveles de morbilidad reciente se presentaron entre los niños menores de 5 años y la población de 50 y más. A nivel de departamento, los mayores niveles de personas enfermas se presentaron en Estelí (41 por ciento), el doble de lo observado en Río San Juan, Carazo y Rivas (alrededor del 20 por ciento). Se observa que la morbilidad informada disminuye a medida que aumenta el nivel de educación.