

Proteger la salud sexual y reproductiva de la juventud hondureña

La juventud hondureña, al igual que la gente joven de todo el mundo, enfrenta muchos retos y decisiones difíciles a medida que se hace adulta, inicia su actividad sexual, forma uniones y tiene hijos. Un reto crucial es la negociación del doble riesgo de un embarazo no planeado y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH. El nivel de riesgo para la gente joven depende de muchos factores, incluyendo el momento en que inicia su actividad sexual, si esto ocurre dentro de una unión, el número de parejas que tiene y si usa protección para prevenir el embarazo y la infección.

En 1995 como en 2005, la gente joven de 15 a 24 años representó una quinta parte de la población total de Honduras. Sin embargo, durante esa década, su número absoluto aumentó 29%—de 1.12 millones a 1.45 millones.¹ La conducta reproductiva de este gran segmento de población tendrá un impacto considerable en el desarrollo económico y social del país. Este informe utiliza datos de las encuestas más recientes disponibles (ver recuadro, página 7) para examinar los riesgos y conductas en salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres hondureños de 15 a 24 años, tanto en áreas rurales como urbanas. El informe proporciona información esencial para quienes formulan las políticas, proveedores de servicios y otras personas interesadas en mejorar el bienestar de la juventud hondureña.

El riesgo de embarazo no planeado y de ITS sigue siendo alto entre la juventud.

Aunque en 2001 Honduras tuvo la tasa de fecundidad adolescente más alta de Centroamérica,² datos recientes de 2005–2006 sugieren que la fecundidad adolescente declinó sustancialmente desde finales de los noventa a mediados de la primera década de 2000: mientras en la encuesta de 2001, hubo 137 nacimientos por 1,000 mujeres de 15 a 19 años, la encuesta de 2005–2006 indica que dicha tasa ha disminuido a 102 nacimientos por 1,000.³ Aunque parte de esta gran disminución puede atribuirse a errores en los informes y a variaciones esperadas en las encuestas por muestreo, el tamaño de la disminución sugiere que es una tendencia real y alentadora.

Sin embargo, en los cinco años previos a 2001, 40% de todos los nacimientos de

Puntos Clave

- Los jóvenes hondureños comienzan su actividad sexual antes que las jóvenes: entre las personas de 20 a 24 años, 79% de los hombres había tenido relaciones sexuales antes de los 20 años, en comparación con 67% de las mujeres. Sin embargo, la juventud urbana constituye el grueso de esta brecha de género dado que no hay diferencia de género en las áreas rurales.
- Entre las personas de 15 a 24 años, una mayor proporción de hombres que de mujeres es soltero y sexualmente activo (27% versus 6%). En cambio, es más común que las mujeres jóvenes estén en unión en comparación con los hombres (40% versus 18%).
- La mayoría de la gente joven soltera y sexualmente activa tiene relaciones sexuales desprotegidas. Seis de cada 10 jóvenes solteros sexualmente activos no usan ningún método anticonceptivo y están, por lo tanto, en riesgo de embarazos no planeados e ITS.
- Del total de la gente joven sexualmente activa, 40% de las mujeres y 35% de los hombres reportan estar usando un método anticonceptivo moderno. Para las mujeres, el uso de métodos modernos es mayor entre aquellas que viven en unión que entre las solteras; sin embargo, no hay diferencia entre los hombres según estado civil.
- Entre quienes han oído hablar del VIH/SIDA, los hombres tienen más probabilidad que las mujeres de mencionar espontáneamente el uso del condón como medio para prevenir el VIH—66% versus 52%. La proporción es especialmente baja entre las mujeres del área rural (42%).

mujeres de 15 a 19 años no fue planeado.⁴ Adicionalmente, siete de cada 10 mujeres adolescentes sexualmente activas afirmaron no desear tener hijos pronto, pero sólo 31% usaba un método moderno de anticoncepción. Para el año 2001, una de cada 10 jóvenes hondureñas se había unido* antes de los 15 años y tres de

*En unión se refiere tanto a las uniones consensuales como a los matrimonios formales. La unión consensual es más común entre hondureños de todas las edades, incluida la juventud. Por ejemplo, en 2001, 23% de las mujeres de 15 a 19 años vivía en unión consensual, mientras que sólo 3% estaba formalmente casada; entre las mujeres de 20 a 24 años, las proporciones en uniones consensuales y formales fueron de 40% y 18%, respectivamente. Las uniones en los hombres siguen patrones similares (i.e., una proporción mayor está en unión consensual que formal), pese a que los hombres jóvenes tienen mucho menos probabilidad que las mujeres jóvenes de estar en unión (fuente: ver referencia 2, Cuadros 3-5, 3-8 y 7-1).

cada 10 habían tenido un hijo antes de llegar a los 18. Esto sugiere que la sociedad hondureña acepta las uniones muy tempranas y que muchas jóvenes tienen hijos poco tiempo después de unirse. Adicionalmente, una de cada cinco mujeres de 20 a 24 años había tenido relaciones sexuales antes de los 20 años, siendo todavía soltera.⁴ Por lo tanto, es probable que tanto las mujeres en unión como las solteras sexualmente activas tengan una necesidad anticonceptiva para evitar embarazos no planeados y para protegerse contra las ITS, incluyendo el VIH.

Aunque Honduras constituye menos del 20% de la población total de América Central, el país concentra el 60% de las infecciones de VIH en la región.⁵ En 2005, la tasa de prevalencia en Honduras entre las personas de 15 a 49 años era de 1.5%, la segunda tasa más alta en América Central.⁶ La prevalencia de VIH varía dentro del país: entre los garífunas, un grupo poblacional de personas afro-indígenas que vive principalmente en la costa del Caribe,⁷ fue de 8.4%—casi seis veces el promedio nacional. La principal vía de transmisión de casos reportados de VIH son las relaciones heterosexuales; 10% de los casos es a través de relaciones homosexuales.⁸

De manera creciente la epidemia está afectando a las mujeres, quienes en el 2005 constituyeron más de la mitad de los casos registrados de VIH/SIDA. El SIDA es la principal causa de muerte entre las mujeres hondureñas en edad reproductiva,⁶ y debido a factores fisiológicos, las mujeres son dos a cuatro veces

más susceptibles a la infección del VIH que los hombres.⁹ Entre las mujeres, las adolescentes tienen mayor riesgo que las mujeres adultas de contraer ITS, incluyendo VIH, debido a que su sistema reproductivo no está aún plenamente desarrollado.¹⁰ En Tegucigalpa y San Pedro Sula, las dos áreas urbanas que tienen las tasas más altas de infección por VIH, el 6% de todos los casos de VIH se debió a la transmisión de madre a hijo.¹¹

Las desigualdades de género promueven conductas sexuales de riesgo.

En Honduras, la diferencia en la forma como los niños y las niñas son socializados en conductas sexuales aceptables, tienden a reforzar las desigualdades de género y a socavar la autonomía de las mujeres respecto a sus decisiones reproductivas. La existencia de un doble estándar insta a las mujeres para que preserven su virginidad, pero alienta a los hombres a demostrar su masculinidad a través de relaciones sexuales desprotegidas y de múltiples parejas sexuales.^{12,13} Además, los grupos conservadores y religiosos opuestos a la planificación familiar desalientan a la juventud, especialmente soltera y sexualmente activa, a usar los servicios de salud reproductiva. Igualmente, por captar la atención del público, los medios de comunicación con frecuencia presentan la situación de manera sensacionalista, lo cual genera actitudes negativas hacia el ejercicio de la sexualidad por parte de la juventud.

Las condiciones socioeconómicas precarias influyen en las conductas de la gente joven.

La vulnerabilidad de la juventud

hondureña al riesgo de embarazos no planeados y de la infección del VIH se ve agravada por la falta de empleo y oportunidades educativas. En el año 2000, 24% del total de jóvenes vivía en pobreza extrema (i.e., con menos de US\$1 al día).¹⁴ En 2003, se reportó que 8% de la gente joven de 15 a 24 años estaba desempleada¹⁵ y probablemente un porcentaje mucho mayor estaba sub-empleado.

El sistema educativo hondureño sufre de altas tasas de deserción escolar, repetición de grados, ausentismo del profesorado y de recursos inadecuados en general.¹⁶ El analfabetismo permanece alto: para 2001, unos 150,000 hondureños de 15 a 24 años (13% de hombres jóvenes y 9% de mujeres jóvenes) no sabían leer ni escribir.¹⁷ La pobreza está muy extendida en las áreas rurales y la gente joven que vive en esas áreas presenta las tasas más bajas de asistencia a la escuela;¹⁸ además, con frecuencia abandonan la escuela para contribuir con el ingreso familiar.¹⁹ Tales condiciones de pobreza dejan a muchos jóvenes con muy pocas opciones de vida. Algunas mujeres jóvenes se casan a una edad precoz y empiezan a tener hijos poco después. Hay también quienes migran a otros países, o se involucran—voluntaria o involuntariamente—en el trabajo sexual comercial.¹⁰

Más hombres jóvenes que mujeres jóvenes tienen experiencia sexual.

La experiencia sexual de los hombres y mujeres jóvenes en Honduras aumenta marcadamente con la edad. Sin embargo, hay diferencias de género sustanciales en la edad de la iniciación sexual.

- Entre todos los adolescentes y especialmente los adolescentes urbanos, una mayor proporción de hombres que de mujeres ha tenido relaciones sexuales (Cuadro 1, fila 1; Gráfico 1). Sin embargo, no hay diferencias de género en las proporciones de jóvenes de 15 a 19 años de áreas rurales que alguna vez han tenido relaciones sexuales.

- Entre las mujeres adolescentes, una proporción relativamente más alta en áreas rurales que urbanas tenía experiencia sexual (41% versus 35%). Este patrón se invierte entre los hombres adolescentes, dado que la proporción con experiencia sexual fue mayor en las áreas urbanas que en las rurales (56% versus 43%).

- Se observaron igualmente diferencias de género en la experiencia sexual de las personas de 20 a 24 años: un 84% de hombres y 77% de mujeres en ese grupo de edad han tenido relaciones sexuales (fila 2), y las diferencias de género por área de residencia siguen los mismos patrones observados en los adolescentes.

- En general, los hombres inician su actividad sexual a edades más tempranas que las mujeres: entre las personas de 20 a 24 años, 27% de los hombres y sólo 14% de las mujeres tuvieron la primera relación sexual antes de los 15 años (fila 4). Cerca del 80% de los hombres y dos tercios de las mujeres habían iniciado su actividad sexual antes de los 20 años (fila 6). Sin embargo, la actividad de la juventud urbana explica la mayor parte de este diferencial de género, dado que no hay diferencias de género en las proporciones de jóvenes rurales que tuvieron relaciones sexuales por primera vez antes de los 20 años.

Indicadores demográficos y reproductivos seleccionados entre las personas jóvenes, Honduras, 2001

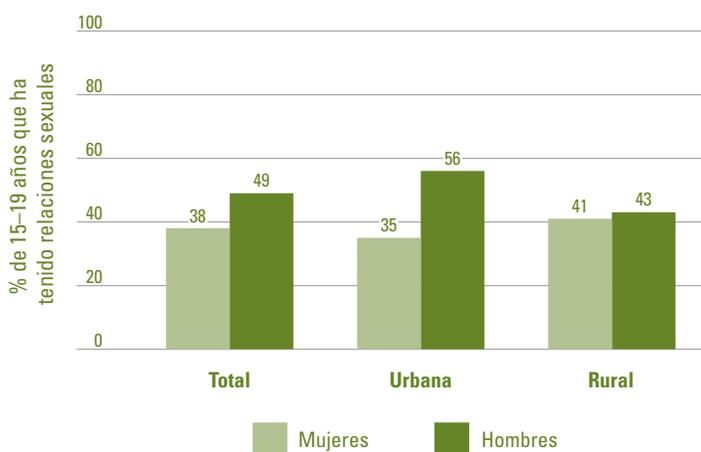
Indicador	Total		Residencia			
	Mujeres	Hombres	Urbana		Rural	
			Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
ACTIVIDAD SEXUAL						
(1) % 15–19 que ha tenido relaciones sexuales	38.1	48.7	34.8	55.7	41.2	42.7
(2) % 20–24 que ha tenido relaciones sexuales	77.1	84.3	69.5	88.5	85.5	80.7
(3) % 15–24 que ha tenido relaciones sexuales	55.8	64.7	51.0	70.5	60.7	59.7
(4) % 20–24 que tuvo relaciones sexuales antes de los 15 años	14.0	26.5	11.5	28.1	16.7	25.1
(5) % 20–24 que tuvo relaciones sexuales antes de los 18 años	47.3	66.8	38.7	73.1	56.7	61.2
(6) % 20–24 que tuvo relaciones sexuales antes de los 20 años	66.7	79.3	57.6	84.4	76.6	74.9
(7) % sexualmente activo*	46.2	45.2	41.7	46.9	50.9	43.8
(8) En unión	40.4	17.8	34.0	16.3	47.0	19.0
(9) No en unión	5.8	27.4	7.6	30.6	3.9	24.7
% sexualmente activo en el último año con ≥2 compañeros sexuales						
(10) En unión	0.7	21.1	1.3	23.6	0.2	19.4
(11) No en unión	2.7	50.3	1.9	45.6	3.7	55.9
PREVENCIÓN DE EMBARAZO						
% sexualmente activo que usa						
(12) Método moderno	39.6	34.6	47.5	37.2	32.9	32.3
(13) Método tradicional	10.7	7.8	10.7	8.9	10.6	6.8
(14) Ninguno	49.7	57.5	41.8	53.9	56.5	60.8
% en unión que usa						
(15) Método moderno	41.0	36.0	49.6	44.7	34.5	29.5
(16) Método tradicional	10.8	12.4	11.3	14.3	10.5	11.1
(17) Ninguno	48.2	51.6	39.1	41.0	55.0	59.4
% solteros sexualmente activos que usa						
(18) Método moderno	29.9	33.7	38.0	33.0	13.3†	34.5
(19) Método tradicional	9.4	4.9	8.0	6.0	12.2†	3.6
(20) Ninguno	60.7	61.4	54.0	60.8	74.5†	61.9
(21) % con experiencia sexual que usó método a la primera relación sexual	8.6	24.3	12.1	28.7	5.6	19.9
% en unión cuya decisión para usar métodos anticonceptivos‡						
(22) Es de total autonomía	28.5	17.4	34.0	20.0	23.9	15.5
(23) Es una decisión conjunta	49.8	66.0	49.7	71.4	49.9	61.5
(24) No tiene ninguna autonomía	21.7	16.6	16.3	8.6	26.2	23.0
CONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN DE ITS/VIH						
(25) % que ha oído sobre VIH/SIDA	98.8	99.1	99.7	99.0	97.9	99.2
(26) % que conoce otras ITS diferentes a VIH/SIDA	64.0	71.4	76.7	84.3	50.8	60.2
ENTRE LOS QUE HAN OÍDO HABLAR SOBRE VIH/SIDA						
% que identificó espontáneamente las siguientes formas de evitarlo						
(27) Usar condones	52.0	66.0	61.4	72.7	42.2	60.2
(28) Tener una sola pareja§	39.5	53.9	44.4	62.1	34.5	46.9
(29) Abstinencia	22.0	7.2	24.0	9.4	20.0	5.2
(30) % que cree puede tener riesgo de infectarse	25.8	15.6	30.6	21.6	20.6	10.4
(31) % que cree que a una persona infectada con VIH se le debe permitir trabajar	40.8	30.1	51.4	44.0	29.7	18.0
(32) % que cree que a los adolescentes se les debe enseñar el uso del condón	74.3	86.4	79.8	92.5	68.6	81.1
% que usó condón en la última relación sexual						
(33) En unión	3.0	2.1	4.7	3.1	1.7	1.4
(34) No en unión, sexualmente activo en último año	6.9	40.1	8.9	43.0	4.1	36.6
Ns no ponderados						
15–19 años	1,512	570	722	392	790	178
20–24 años	1,627	551	803	380	824	171
Entre los de 15–24 años						
Con experiencia sexual	2,061	802	923	568	1,138	234
Sexualmente activos	1,799	610	796	422	1,003	188
En unión	1,645	331	691	215	954	116
No en unión	154	279	105	207	49	72

*A menos que se especifique algo distinto, sexualmente activo se refiere a haber tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses. †N=25–49. ‡A los entrevistados en unión se les preguntó: "En su casa, quién decide—usted, su esposo(a)/compañero(a), ambos o alguien más—acerca del uso de anticonceptivos?" §Incluye las siguientes respuestas: tener una sola pareja, no tener relaciones sexuales con compañero/a infiel, o con compañero(a) que tenga múltiples compañeros, no tener relaciones sexuales con desconocidos/as y reducir el número de parejas. *Notas:* A menos que se especifique algo distinto, los datos se refieren a los jóvenes de 15 a 24 años. Los indicadores están basados en datos ponderados. Los métodos modernos comprenden la píldora, inyección, implantes, condones (masculino y femenino), DIU, métodos vaginales y esterilización (masculina y femenina). Los métodos tradicionales son abstinencia periódica o ritmo, retiro, amenorrea por lactancia y métodos folclóricos (hierbas). *Fuentes:* **Mujeres**—ENESF 2001. **Hombres**—ENSM 2001.

Gráfico 1

Actividad sexual temprana

Proporciones mucho mayores de hombres adolescentes que de mujeres adolescentes han tenido relaciones sexuales, excepto en áreas rurales.



Fuentes: ENESF 2001 y ENSM 2001.

Para la mayoría de las mujeres jóvenes, la actividad sexual ocurre dentro de la unión.

Las mujeres y hombres jóvenes difieren no solamente en sus niveles de actividad sexual, sino también en términos de si ésta ocurre dentro o fuera de una unión. Dada la socialización diferenciada de niños y niñas en relación con la sexualidad, estos patrones tienen importantes implicaciones para la capacidad de la gente joven de obtener la información y los servicios que necesitan.

- En total, proporciones casi idénticas de mujeres (46%) y hombres (45%) de 15 a 24 años eran sexualmente activos en los tres meses previos a la encuesta* (fila 7). Entre las mujeres jóvenes, esta proporción se compone del 40% que estaba en unión más 6% que era soltera y sexualmente activa (filas 8 y 9). En contraste, las proporciones correspondientes entre los hombres fueron de 18% y 27%, respectivamente.
- Una proporción mucho mayor de mujeres jóvenes que de

hombres jóvenes reportó que su primer pareja sexual había sido su esposo(a)/compañero(a) (51% versus 3%; fila 10). En contraste, una mayor proporción de hombres que de mujeres jóvenes reportó haber tenido relaciones sexuales por primera vez con la novia(o)/prometida(o) (52% versus 44%) o con una persona amiga/conocida (32% versus 2%; filas 11 y 12).

- El tener múltiples parejas sexuales fue mucho más común en los jóvenes solteros sexualmente activos que en mujeres de características similares (50% versus 3%; fila 11), y también fue más común en hombres solteros sexualmente activos en áreas rurales que en áreas urbanas (56% versus 46%).
- Del total de mujeres de 15 a 24 años, una de cada ocho reportó haber sido forzada a tener contacto sexual en contra de su voluntad¹. Una proporción ligeramente mayor de mujeres urbanas que de mujeres rurales reportó haber tenido relaciones sexuales forzadas (15% versus 11% no se muestra).

Pese a los altos niveles de conocimiento sobre anti-concepción, su uso continúa siendo relativamente bajo.

Para 2001, casi la totalidad de la gente joven conocía al menos un método moderno de anticoncepción (los datos no se muestran).² Sin embargo, el conocimiento no condujo necesariamente a su uso generalizado.

- En general, 40% de las mujeres sexualmente activas³ y 35% de hombres en condiciones similares usaban algún método moderno (fila 12). El uso fue mayor en áreas urbanas que en las rurales, especialmente entre las mujeres.
- Altas proporciones de personas jóvenes sexualmente activas en Honduras no estaban usando ningún método anticonceptivo: la mitad de las jóvenes sexualmente activas y cerca de seis de cada 10 hombres en condiciones similares estaban teniendo relaciones sexuales desprotegidas (fila 14).
- El uso de anticonceptivos fue más común entre las mujeres en unión (41% en unión versus 30% solteras), pero no entre los hombres (34–36% de hombres en cualquier estado civil, filas 15 y 18; Gráfico 2). Además, aunque el uso fue

mayor en áreas urbanas que en las rurales, tanto en mujeres casadas como solteras⁴ y en los hombres casados, no hubo diferencias por área de residencia en el uso de métodos modernos para los hombres solteros.

- Pocos jóvenes usaron un método anticonceptivo la primera vez que tuvieron relaciones sexuales, pero la proporción que sí lo hizo es casi tres veces mayor en los varones que en las mujeres (24% versus 9%, fila 21). El uso de anticonceptivos en la primera relación sexual fue más común en áreas urbanas que en las rurales, tanto para hombres como para mujeres.
- Al menos la mitad de las personas en unión reportó que la decisión sobre el uso de anticonceptivos fue tomada conjuntamente con su pareja (50% de mujeres y 66% de hombres; fila 23). Sin embargo, una proporción más alta de mujeres que de hombres reportó que su decisión fue autónoma (29% versus 17%; fila 22).

El conocimiento de la gente joven sobre VIH/SIDA es generalizado pero superficial.

- Casi la totalidad de los jóvenes de 15 a 24 años (99%) manifestó estar consciente

*Sexualmente activas incluye a todas las personas que eran solteras y que habían tenido relaciones sexuales en los tres meses previos a la entrevista, así como a las personas que estaban en unión.

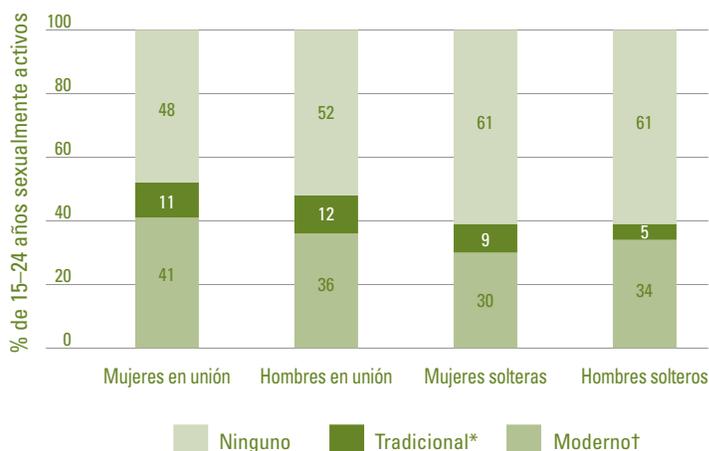
¹Basado en respuestas afirmativas a cualquiera de las siguientes preguntas: “Antes de que usted cumpliera los 12 años, ¿recuerda usted si alguna persona mayor que usted la tocó sexualmente o le hizo algún acto sexual?” y “Después de que usted cumplió 12 años hasta hoy, ¿recuerda usted si alguien la forzó físicamente a tener relaciones sexuales o a hacer un acto sexual que usted no quería?” Estas preguntas se hicieron sólo a las mujeres.

²Datos recientes disponibles de la ENDESA 2005–2006 indican que el uso de métodos anticonceptivos modernos ha aumentado recientemente. La proporción de mujeres jóvenes sexualmente activas de 15 a 24 años que usa un método moderno aumentó a 46% en 2005–2006, un incremento de casi 17% respecto al nivel registrado en 2001. Las usuarias nuevas de los inyectables, un método altamente efectivo, probablemente han contribuido en gran parte a ese aumento. Por ejemplo, el uso de inyectables entre las mujeres de 15 a 19 años en unión, pasó de 13% en 2001 a 22% en 2005–2006, un aumento de cerca del 70%.

³Debido a que la muestra de mujeres solteras sexualmente activas en áreas rurales es relativamente pequeña (49 mujeres), este resultado debe interpretarse con cautela.

Uso anticonceptivo

En general, pocos jóvenes utilizan anticonceptivos, pero el uso de métodos modernos más alto es entre las jóvenes en unión.



*Abstinencia periódica o ritmo, retiro, amenorrea por lactancia y métodos folclóricos (hierbas). †Píldora, inyección, implantes, condones (masculino y femenino), DIU, métodos vaginales y esterilización (masculina y femenina).

Fuentes: ENESF 2001 y ENSM 2001.

del VIH/SIDA (fila 30). Sin embargo, su conocimiento acerca de otras ITS fue mucho menor—64% en mujeres jóvenes y 71% en hombres jóvenes (fila 26). Ese conocimiento fue particularmente bajo entre mujeres y hombres de áreas rurales (51% y 60%, respectivamente).

- En general, mayores proporciones de hombres que de mujeres mencionaron espontáneamente el uso del condón (66% versus 52%) y tener solamente una pareja sexual (54% versus 40%) como medios específicos para prevenir el VIH/SIDA (filas 27 y 28; Gráfico 3). La abstinencia fue mencionada con menor frecuencia y una proporción más grande de mujeres que de hombres indicó este medio de prevención (fila 29).

- El conocimiento de todas las conductas que protegen contra el VIH/SIDA fue más alto en áreas urbanas que en las rurales (filas 27–29).

- Independientemente del lugar de residencia, una mayor proporción de mujeres que de hombres consideró que sí tenía riesgo de contraer el VIH (fila 30). El riesgo percibido de infección fue también más alto entre las y los jóvenes urbanos que entre sus contrapartes rurales.

- Hay un fuerte estigma asociado al VIH/SIDA. Sólo una minoría de jóvenes estuvo de acuerdo con la idea de que debería permitírseles a las personas infectadas con VIH que trabajan con otros, a permanecer en su empleo (41% de mujeres y 30% de hombres; fila 31). En las áreas rurales, sólo 30% de las mujeres y 18% de los hombres estuvieron de acuerdo con ello.

- La mayoría de las personas de 15 a 24 años que ha oído

hablar del VIH/SIDA, consideró que a las y los adolescentes de 12 a 14 años se les debería enseñar el uso del condón (74% de mujeres y 86% de hombres; fila 32). En áreas urbanas, las tasas de aprobación fueron aún más altas (80% de mujeres y 93% de hombres).

El uso del condón es muy bajo entre la gente joven.

Lograr la protección simultánea contra el embarazo no planeado y las ITS constituye un gran reto: solamente el uso de la doble protección o el uso regular y correcto del condón ayudará a la gente joven sexualmente activa a evitar ambos riesgos. Sin embargo, parece que son pocas las personas jóvenes de Honduras que están tomando medidas apropiadas para prevenir la infección.

- Entre la gente joven soltera sexualmente activa en el año anterior a la entrevista, 40% de los hombres y sólo 7% de las mujeres usaron el condón en la última relación sexual; este enorme diferencial de género se dio tanto en áreas rurales como urbanas (fila 34).

- El uso del condón en la última relación sexual fue aún menos común entre la gente joven en unión—tan sólo 2% de los hombres y 3% de las mujeres (fila 33).

Los jóvenes hondureños de ambos sexos enfrentan serios riesgos para la salud.

Dadas las consecuencias potenciales de la conducta sexual de la gente joven, los datos aquí reportados sugieren que toda la gente joven necesita estar mejor informada sobre las formas de protegerse contra el embarazo no planeado y las ITS, incluyendo el VIH.

- La mayoría de jóvenes de 15 a 19 años no es aún sexualmente activo. Para esta población adolescente, la mejor opción es continuar aplazando su iniciación sexual y estar preparada para protegerse contra las ITS y el embarazo no planeado cuando inicie su actividad sexual.

- Una mayor proporción de hombres jóvenes que de mujeres se inicia sexualmente a una edad muy temprana, tiene múltiples parejas sexuales y es sexualmente activo mientras es soltero. Estas conductas aumentan la posibilidad de un mayor riesgo de exposición para los hombres jóvenes y sus parejas a las ITS, incluyendo el VIH. Aunque es probable que el sesgo de expectativa social contribuya a la brecha de género observada en la edad reportada de la primera relación sexual y en el número de parejas sexuales (los jóvenes tienden a exagerar y las jóvenes a minimizar la información sobre su experiencia sexual),²⁰ la coherencia de los datos sugiere

que las diferencias de género derivadas de dobles estándares sexuales son reales, aunque pueden ser algo más reducidas que lo reportado.

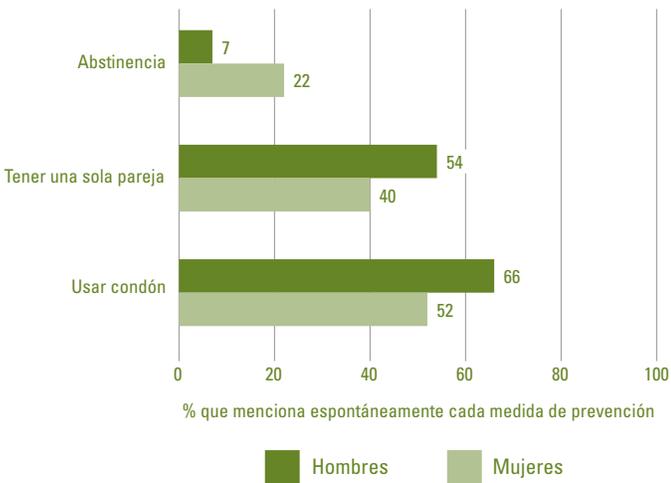
- Las normas generalizadas que condenan las relaciones sexuales premaritales y el madresolterismo, pueden inducir a las adolescentes solteras a negar su actividad sexual o a ocultar un embarazo no planeado. Las jóvenes que interrumpen un embarazo no planeado tienen más probabilidades que las mujeres mayores de tener complicaciones derivadas del aborto inseguro, porque tienen menos conocimiento de servicios seguros y menos capacidad de pago por estos servicios, y más probabilidad de demorar un aborto hasta una etapa más avanzada del embarazo.²¹

- El uso de anticonceptivos es más común entre las jóvenes en unión que entre las solteras. Esto puede deberse a que es más probable que las jóvenes en unión ya hayan tenido un hijo y quieran posponer un

Gráfico 3

Conocimiento sobre cómo prevenir el VIH/SIDA

Muchas de las personas de 15–24 años que han oído hablar sobre VIH/SIDA no saben cómo prevenir la infección.



Fuentes: ENESF 2001 y ENSM 2001.

nuevo nacimiento. Las jóvenes en unión tienen también más acceso a los servicios de planificación familiar que las solteras, quienes con frecuencia son estigmatizadas por buscar esos servicios.

- Una de las razones por las cuales las jóvenes, tanto unidas como solteras, no usan anticonceptivos puede ser la falta de confianza en sí mismas para dialogar sobre el tema con sus parejas. Las expectativas de que las jóvenes comiencen a tener hijos inmediatamente después de unirse, además de los temores de ser acusadas de infidelidad o promiscuidad, pueden hacer que algunas mujeres eviten platicar con sus parejas sobre anticoncepción.¹²

- Mientras que el conocimiento sobre el VIH/SIDA es generalizado, la noción sobre otras ITS y estrategias de prevención del VIH fue menos común. Sólo la mitad de las jóvenes y dos tercios de los jóvenes mencionaron de manera espontánea que usar condón puede reducir el riesgo de infección.

- La gente joven en áreas rurales está especialmente en desventaja. Comparada con sus contrapartes del área urbana, más bajas proporciones de jóvenes rurales usaban condón, estaban informados sobre VIH/SIDA y cómo evitarlo, y se consideraban a sí mismos en riesgo de infección. Este bajo nivel de preparación de la juventud rural para proteger su salud puede estar asociado a su menor nivel educativo y acceso limitado a los servicios de salud reproductiva.

La juventud hondureña enfrenta serios y numerosos obstáculos para alcanzar una buena salud reproductiva.

Numerosos factores culturales aumentan la susceptibilidad de la gente joven hondureña a las ITS. El matrimonio temprano en las adolescentes y la iniciación temprana de las relaciones sexuales en los hombres, junto con las relaciones sexuales desprotegidas y las parejas sexuales múltiples, son todos factores que aumentan la probabilidad de contagio entre la gente joven de ITS, incluyendo el VIH.

Mientras que la susceptibilidad de las mujeres a la infección se incrementa sobremedida por la fisiología y las normas sociales que limitan su empoderamiento, la susceptibilidad de los hombres se ve afectada por comportamientos y actitudes que definen la masculinidad. A nivel mundial, los hombres menores de 25 años representan actualmente una quinta parte del total de personas infectadas con VIH.²² De todos los grupos de edad, los hombres menores de 25 años son los que tienen mayor probabilidad de tener múltiples parejas y participar en relaciones sexuales comerciales, pero también de pensar que no están en riesgo de contraer ITS, incluyendo VIH/SIDA.²³

El estigma asociado con el VIH/SIDA es una barrera importante para la prevención y tratamiento. A pesar de los esfuerzos de la educación pública para promover la toma de conciencia sobre el VIH/SIDA,²⁴ es probable que la persistencia del estigma se vea incentivada por la ignorancia y la asociación de la enfermedad con la homosexualidad y la promiscuidad. La vergüenza y la posible pérdida del empleo causadas por la extendida discriminación contra las personas infectadas con VIH estimulan la negación, lo cual puede desalentar a la gente joven a hacerse la prueba del virus del SIDA. Los servicios de consejería y prueba voluntaria, sólo están disponibles en un limitado número de instituciones de salud. Los largos períodos de espera por los resultados—con frecuencia de dos a cuatro semanas—aumentan la ansiedad acerca de la prueba. Por consiguiente, mucha gente nunca llega a saber sus resultados

y otras pierden el interés por someterse a la prueba.²⁴

La gente joven sexualmente activa puede tener dificultad para obtener servicios de planificación familiar. El estigma asociado con las relaciones sexuales premaritales puede disuadir a las mujeres solteras sexualmente activas a buscar ese tipo de servicios,²⁵ y las mujeres que han sido víctimas de abuso sexual o físico son probablemente reacias a buscar servicios de salud sexual y reproductiva. Los hombres jóvenes pueden también sentir vergüenza de buscar esos servicios.^{23,26}

Para agravar estos problemas, la educación sobre sexualidad y el VIH/SIDA no está ampliamente difundida, y cuando se ofrece, no siempre es integral o no está diseñada apropiadamente conforme a las necesidades de las y los estudiantes: en la actualidad, sólo una de cada cinco escuelas primarias y secundarias ofrece educación sobre VIH.²⁷ Para 2001, 60% de las mujeres de 15 a 24 años en áreas urbanas y 50% de hombres de características similares, habían asistido a pláticas o clases sobre educación sexual. En las áreas rurales, las proporciones correspondientes eran sólo un tercio de las mujeres y un quinto de los hombres.^{28,29}

Se necesitan mayores esfuerzos para proteger la salud sexual y reproductiva de la gente joven.

Si bien algunos jóvenes hondureños han tomado medidas para protegerse contra el embarazo no planeado y las ITS al posponer su iniciación sexual y utilizar anticonceptivos modernos, incluyendo el condón, el gobierno y la sociedad civil aunadamente deben fortalecer

estas medidas, promoviendo valores que aumenten la autoestima y la autodeterminación para el ejercicio de una sexualidad sana y responsable.

Igualmente, es especialmente urgente lograr un mejor acceso a la información y servicios de salud reproductiva para las y los jóvenes solteros, especialmente para quienes viven en áreas rurales: en 2001, cerca del 60% de la gente joven sexualmente activa y soltera, y proporciones aún más altas de solteros de áreas rurales, no usaban ningún método anticonceptivo pese a las consecuencias, algunas veces graves, de tener un embarazo fuera de una unión. Claramente, esa gente joven sexualmente activa necesita estar mejor informada acerca del riesgo de un

embarazo no planeado, especialmente tomando en cuenta que más de la mitad del total de esas mujeres que no usan anticonceptivos creía tener un bajo riesgo de quedar embarazada.²⁸ Gran parte de la gente joven más pobre y con menor nivel educativo vive en áreas rurales pobremente atendidas. Aunque muchos patrones de comportamiento sexual de los jóvenes rurales son similares a aquellos de la juventud urbana, es indudable que existe una mayor necesidad de servicios mejores y más accesibles en las áreas rurales.

A pesar del nivel relativamente alto de conocimiento de la gente joven sobre la capacidad del condón para prevenir el VIH/SIDA, los condones rara vez son utilizados. Este resulta-

do se explica parcialmente por la baja percepción que tiene la gente joven de su riesgo de contraer el VIH y también por el bajo nivel de conocimiento acerca de ITS diferentes al VIH. La limitada dependencia en el condón sugiere, además, que el método todavía está estigmatizado por su asociación con la prostitución y la promiscuidad.^{13,30} Los esfuerzos educativos con contenidos precisos y apropiados para la edad, deben dirigirse a reducir el estigma en torno al uso del condón. Igualmente, deben tomarse medidas para que los condones estén ampliamente disponibles tanto en áreas urbanas como rurales, especialmente dado que el VIH/SIDA se ha convertido en una epidemia generalizada en Honduras (con una prevalencia general superior al 1%).

La evidencia aquí presentada sustenta enérgicamente la necesidad de mayores esfuerzos por parte del gobierno, de los proveedores de servicios y de las organizaciones de base comunitaria, para mejorar la provisión de información y servicios integrales de salud sexual y reproductiva para la juventud hondureña. Se necesitan acciones urgentes para atender las necesidades de las y los jóvenes hondureños y para ayudarles a tomar control de su vida sexual y reproductiva.

REFERENCIAS

Los datos presentados en este informe provienen principalmente de dos encuestas nacionales de salud reproductiva realizadas en Honduras: la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF) 2001 y la Encuesta Nacional de Salud Masculina (ENSM) 2001.¹ Aunque una encuesta más reciente se realizó en 2005–2006, los datos de esa encuesta, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA),² no estaban disponibles al momento de escribir este informe y, por lo tanto, mencionamos tan sólo unos pocos cambios especialmente relevantes que ocurrieron entre las encuestas de 2001 y 2005–2006. Además, un aspecto importante de este breve estudio son las diferencias de género y para hacer comparaciones directas por género, es mejor que los datos provengan de un solo año y cuestionario, pero hasta el momento, no hay datos disponibles para hombres para 2005–2006. Por lo tanto, dependemos principalmente de los datos de las encuestas de 2001, los cuales continúan siendo relevantes y nos permiten hacer comparaciones válidas entre hombres y mujeres.

Las encuestas de 2001 fueron llevadas a cabo por la Secretaría de Salud y la Asociación Hondureña de Planificación de Familia. La ENESF de 2001 tuvo un tamaño de muestra de 8,362 mujeres en edad reproductiva, incluyendo 1,512 mujeres de 15 a 19 años y 1,627 mujeres de 20 a 24 años, tanto casadas y en unión consensual como solteras. La ENSM tuvo un tamaño de muestra de 3,247 hombres de 15 a 59 años, incluyendo 570 hombres de 15 a 19 años y 551 hombres de 20 a 24 años en cualquier estado civil. Ambas encuestas tienen muestras lo suficientemente grandes para permitir análisis de jóvenes adultos por residencia rural o urbana. Los datos presentados en el cuadro han sido ponderados para hacer que la muestra probabilística sea representativa a nivel nacional.

1. Secretaría de Salud y Asociación Hondureña de Planificación de Familia (ASHONPLAFA), Honduras: *Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, ENESF-2001; Encuesta Nacional de Salud Masculina, ENSM-2001, Informe Final*, Tegucigalpa, Honduras: ASHONPLAFA; y Atlanta, GA, EEUU: Centers for Disease Control and Prevention, 2002.

2. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Estadística (INE) y Macro International, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDESA 2005–2006*, Tegucigalpa, Honduras: Secretaría de Salud e INE; y Calverton, MD, EEUU: Macro International, 2006.

Final, Tegucigalpa, Honduras: ASHONPLAFA; y Atlanta, GA, EEUU: Centers for Disease Control and Prevention, 2002.

3. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Estadística (INE) y Macro International, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDESA 2005–2006*, Tegucigalpa, Honduras: Secretaría de Salud e INE; y Calverton, MD, EEUU: Macro International, 2006.

4. Bautista-Sabonge K et al., Maternidad temprana en Honduras: un desafío constante, *En Resumen*, Nueva York: Guttmacher Institute, Serie 2006, No. 4.

5. United States Agency for International Development (USAID), *Country Profile, HIV/AIDS: Honduras, 2005*, <http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries/lac/honduras_05.pdf>, consultado el 5 de abril de 2007.

6. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *2006 Informe sobre la epidemia mundial de SIDA*, Ginebra: ONUSIDA, 2006, <http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/2006-GR_es.asp>, consultado el 26 de noviembre de 2006.

7. ONUSIDA, *Uniting the world against AIDS: Honduras*, sin fecha, <http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Countries/honduras.asp>, consultado el 10 de mayo de 2007.

8. ONUSIDA y Organización Mundial de la Salud (OMS), *Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections*, 2004, <http://www.who.int/GlobalAtlas/predefinedReports/EFS2004/EFS_PDFs/EFS2004_HN.pdf>, consultado el 27 de noviembre de 2006.

9. OMS, *Gender and Health: A Technical Paper*, 1998, <<http://www.polisci.wisc.edu/users/sapiro/ws102/gendertech.htm#HIV/AIDS%20and%20other%20Sexually%20Transmitted%20Diseases>>, consultado el 26 de noviembre de 2006.

10. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud (OPS), El género y la infección por el VIH/SIDA, *Hoja Informativa*, sin fecha, <<http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/Gender-HIV1sp.pdf>>, consultado el 1 de octubre de 2006.

11. OPS, Resumen del análisis de situación y tendencias de salud: Honduras, <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/cp_340.htm>, consultado el 26 de noviembre de 2006.

12. Zelaya E et al., Gender and social differences in adolescent sexuality and reproduction in Nicaragua, *Journal of Adolescent Health*, 1997, 21(1):39-46.

13. Aguirre R y Güell P, *Hacerse hombres: la construcción de la masculinidad en los adolescentes y sus riesgos*, Washington, DC: OPS, 2002.

14. Naciones Unidas, *World Youth Report, 2003: The Global Situation of Young People*, 2004, <<http://www.un.org/esa/socdev/nyin/documents/ch03.pdf>>, consultado el 12 de febrero de 2007.

15. Naciones Unidas, *Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, Tasa de desempleo de jóvenes de 15 a 24 años, ambos sexos, 2003, <<http://millenniumindicators.un.org/unsd/mdg/Home.aspx>>, consultado el 30 de marzo de 2007.

16. United States Department of State, *Country Reports on Human Rights Practices—2004*, 2005, <<http://www.state.gov/g/drl/rls/hrrpt/2004/41765.htm>>, consultado el 24 de noviembre de 2006.

17. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Institute for Statistics, Literacy and non formal education section, youth (15-24) and adult (15+) literacy rates by country and by gender, 2000-2004, 2006, <http://portal.unesco.org/education/en/file_download.php/f1fe65a22b2f459af872e3f140f7ac56Literacy_National_08_2005.xls>, consultado el 29 de noviembre de 2006.

18. Organización Internacional del Trabajo (OIT) y Programa Internacional para la Eliminación del Trabajo Infantil (IPEC), *In-depth Analysis of Child Labour and Poverty in Honduras*, San José, Costa Rica: OIT, 2004, <http://www.oit.org.pe/ipecc/documentos/hon_in_depth.pdf>, consultado el 27 de noviembre de 2006.

19. Programa de Atención Integral a la Adolescencia y Secretaría de Salud, Departamento de Salud Materno-Infantil, Secretaría de Salud, *Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes: Diagnóstico Situacional en Honduras*, OMS/OPS, Secretaría de Salud y Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, sin fecha, p. 14.

20. Fenton KA et al., Measuring sexual behaviour: methodological challenges in survey research, *Sexually Transmitted Infections*, 2001, 77(2):84-92.

21. Lloyd CB, ed., *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*, Washington, DC: National Academies Press, 2005.

22. ONUSIDA, *Men and AIDS: A Gendered Approach*, 2000, <<http://gbgm-umc.org/programs/wad00/wacmene.stm>>, consultado el 10 de octubre de 2006.

23. Scalway T, *Young Men and HIV: Culture, Poverty and Sexual Risk*, ONUSIDA y Panos, 2001, <<http://www.panos.org.uk/resources/reportdownload.asp?type>

=report&id=1021>, consultado el 10 de noviembre de 2006.

24. USAID, *Honduras HIV/AIDS Country Profile*, 2003, <http://www.synergysaids.com/documents/Honduras_profile_may_03.pdf>, consultado el 9 de septiembre de 2006.

25. Marcovici K, *El UNGASS, género y la vulnerabilidad de la mujer a la VIH/SIDA en América Latina y el Caribe*, Washington, DC: OPS, 2002, <<http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/GenderandHIVSpanish.pdf>>, consultado el 16 de febrero de 2007.

26. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, OPS, Involucrando a los hombres en la salud reproductiva, *Hoja Informativa*, sin fecha, <<http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/MenSRHsp.pdf>>, consultado el 1 de diciembre de 2006.

27. Comisión Nacional de SIDA, Honduras: Informe Final de los *Compromisos UNGASS en Honduras*, 2005, <http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_honduras_es.pdf>, consultado el 9 de septiembre de 2006.

28. Tabulaciones especiales de datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, 2001.

29. Tabulaciones especiales de datos de la Encuesta Nacional de Salud Masculina, 2001.

30. Alan Guttmacher Institute

(AGI), *In Their Own Right: Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide*, New York: AGI, 2003.

RECONOCIMIENTOS

Este informe fue escrito por Suzette Audam y Susheela Singh, Guttmacher Institute; Elena Prada y Deirdre Wulf, consultoras independientes; y Kenia Bautista-Sabonge, Instituto Nacional de la Juventud. Las autoras agradecen a Diana Lara, Population Council; Ilene Speizer, University of North Carolina; y María Tallarico, United Nations Development Programme, por sus comentarios y contribuciones a una versión preliminar del informe. Agradecen igualmente las observaciones hechas por los colegas del Guttmacher Institute: Akinrinola Bankole, Ann Moore, Jennifer Nadeau, Lisa Remez y Patricia Donovan. Haley Ball, Guttmacher Institute, realizó la edición del informe. Matilde Rosero, consultora independiente, estuvo a cargo del diseño y de la producción, y Xavier González-Alonso tradujo el informe del inglés al español.

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

Cita sugerida: Audam S et al., Proteger la salud sexual y reproductiva de la juventud hondureña, *En Resumen*, Nueva York: Guttmacher Institute, Serie 2007, No. 3.



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

New York

125 Maiden Lane, New York, NY 10038
Tel: 212.248.1111
Fax: 212.248.1951
info@guttmacher.org

Washington DC

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

Se puede descargar el informe completo, Proteger la salud sexual y reproductiva de la juventud hondureña, *En Resumen*, del sitio www.guttmacher.org. También se pueden comprar ejemplares, con descuentos por pedidos en grandes cantidades. Para efectuar su pedido, llame 1-212-248-1111, o visite el sitio en la Web.

©Guttmacher Institute.

07/2007