

GOBIERNO DE EL SALVADOR
SECRETARIA NACIONAL DE LA FAMILIA - SN F

***INFORME NACIONAL DE EL SALVADOR
EN EL MARCO DE LA CUMBRE
MUNDIAL A FAVOR DE LA INFANCIA
(1991 – 2000)***



**EL SALVADOR
CENTROAMERICA**

Junio 2001

CONTENIDO

- I. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES**
- II. EL PROCESO DE PREPARACIÓN DEL INFORME**
- III. ACCIONES ESPECÍFICAS PARA LA SUPERVIVENCIA, LA PROTECCIÓN Y EL DESARROLLO DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES**
- IV. LECCIONES APRENDIDAS**
- V. ACCIÓN FUTURA**

I. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

El inicio de la década de los 90 coincide en El Salvador con la firma de los Acuerdos de Paz de Chapultepec y el fin de un conflicto armado que atraviesa la década anterior.

El impacto más inmediato y visible de esos Acuerdos ocurre en el ámbito político: se dan pasos hacia la institucionalización de los procesos democráticos, se consolida la libertad de expresión, se va asentando la independencia de los tres Órganos del Estado y comienza a proyectarse el fortalecimiento del poder local municipal y la descentralización del país. En este contexto se crean dos instituciones especialmente relacionadas con el respeto cotidiano a los derechos humanos de la ciudadanía: la Policía Nacional Civil y la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos.

Entre 1989 y 1991 se toman medidas para (a) reducir los principales desequilibrios macroeconómicos, (b) disminuir el endeudamiento interno, (c) liberalizar la economía, (d) reorientar el gasto público hacia los sectores sociales y (e) cualificar la formación de los recursos humanos. A lo largo de la década se redujo significativamente el desequilibrio fiscal.¹

El crecimiento económico promedio anual del primer lustro fue de 5.7%, con lo cual no se pudo recuperar el nivel de crecimiento anual en el período 1977-1978: 6.2%; y la pobreza total se redujo en un 12.2%. Durante el segundo lustro se han mantenido adecuados indicadores macroeconómicos; pero el crecimiento económico se ha reducido al 3% anual en 1996-1999; ha aumentado el desempleo y la pobreza se ha reducido apenas en un 2.4%.²

La participación del gasto del ramo de la Defensa Nacional en el Presupuesto Ordinario de 1999 ha sido la mitad de la que fue en 1981-1982, al inicio del conflicto. El gasto social básico ha aumentado del 13.9% del presupuesto del Gobierno Central y Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillado – ANDA- en 1996 al 15% en 2000; sería necesario asignar en este año 931.0 millones de colones – US\$ 107.0 millones – adicionales para cumplir con la meta de la Iniciativa 20/20.³

En términos de reformas legislativas en beneficio de la infancia esta década ha sido significativa.

- La Asamblea Legislativa de El Salvador ratifica la Convención sobre los Derechos del Niño – CDN- el 27 de abril de 1990.
- El Código de Familia – CF- es elaborado en 1993⁴, sin embargo no entra en vigencia hasta el día 1 de octubre de 1994⁵.

¹ Orlando Martínez Orellana (2000), *El Gasto Público en Servicios Sociales Básicos en El Salvador: Iniciativa 20/20*, Borrador para discusión, UNICEF, Ministerio de Relaciones Exteriores del GOES, PNUD, San Salvador, julio, p. 5.

² Op. cit. pp. 5-6.

³ Op. cit. pp. 49-50.

⁴ Ver Asamblea Legislativa (1993), *Decreto n° 677*, 11 de Octubre de 1993, D.O. N° 231, Tomo N° 321, 13 de Diciembre de 1993; Asamblea Legislativa (1993), *Decreto n° 689, ANEXO I*, 20 de Octubre de 1993, D.O.

- La Ley Procesal de Familia⁶ entra en vigencia el 1° de octubre de 1994.⁷
- La Ley Contra la Violencia Intra-familiar⁸, el 28 de diciembre de 1996.⁹
- La Ley del Menor Infractor¹⁰, el 1° de marzo de 1995.
- La Ley de Vigilancia y Control de Ejecución de Medidas al Menor Infractor, el 29 de junio de 1995.¹¹
- La Ley General de Educación – LGE – ha sido reformada en 1990¹² y en 1996¹³.

Así mismo se han creado en esta década (a) el Sistema Nacional de Protección al Menor, (b) el Instituto Salvadoreño de Protección al Menor – ISPM –, (c) la Secretaría Nacional de la Familia – SNF –, el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer – ISDEMU – y (d) la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos – PDDH – con su Procuraduría Adjunta para la Niñez y la Procuraduría Adjunta para la Mujer.

En diciembre de 1991 el Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social – MIPLAN – presenta el Plan Nacional de Acción para la Infancia 1991–2000 – PNA –. Quedan como instituciones encargadas de realizar las tareas de monitoreo y evaluación del Plan el mismo MIPLAN y la Secretaría Nacional de la Familia – SNF –. En 1995 MIPLAN desaparece como resultado de una reestructuración administrativa.

Nº 55, Tomo Nº 322, 18 de Marzo de 1994; Asamblea Legislativa (1994), *Decreto n° 830, ANEXO II, 11 de Marzo de 1994*, D.O. Nº 60, Tomo Nº 322, 25 de Marzo de 1994.

⁵ Ver ibid. Considerando III; Art. 8. Otras razones contribuyeron a este cambio: la necesidad de desarrollar en la ley secundaria la normativa contenida en la Sección Primera del Capítulo II de la Ley fundamental (arts. 32-36), la necesidad de responder a las realidades y prácticas de la familia salvadoreña, y la conveniencia de asumir nuevos enfoques teóricos y doctrinales al respecto.

⁶ Asamblea Legislativa (1994), *Ley Procesal de Familia. Decreto Legislativo Nº 133*, San Salvador, 14 de septiembre, D.O. Nº 173, Tomo 324, 20 de septiembre de 1994; Asamblea Legislativa (1994), *Decreto Legislativo Nº 134*, 14 de septiembre de 1994, D.O. Nº 173, Tomo 324, 20 de septiembre de 1994; Asamblea Legislativa (1994), *Decreto Legislativo Nº 135*, 14 de septiembre de 1994, D.O. 173, Tomo 324, 20 de septiembre de 1994; Asamblea Legislativa (1994), *Decreto Legislativo Nº 136*, 14 de septiembre de 1994, D.O. 173, Tomo 324, 20 de septiembre de 1994.

⁷ Asamblea Legislativa (1994), *Ley Procesal de Familia. Decreto Legislativo Nº 133*, art. 1.

⁸ Ver Asamblea Legislativa (1996), *Ley Contra la Violencia Intra-familiar, Decreto Nº 902*, San Salvador, 28 de noviembre de 1999, D.O. Nº 241, Tomo Nº 333, del 20 de diciembre de 1999. Sobre las características del fenómeno ver Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos – PDDH – (1995), *Diagnóstico Nacional sobre el Maltrato Infantil en El Salvador*, Procuraduría Adjunta de los Derechos del Niño, Estudio patrocinado por el Fondo de Las Naciones Unidas Para La Niñez – UNICEF-El Salvador.

⁹ Ver Asamblea Legislativa (1996), *Ley Contra la Violencia Intra-familiar, Decreto Nº 902*, CONSIDERANDOS I – V.

¹⁰ Ver Asamblea Legislativa (1994), *Ley del Menor Infractor, Decreto Legislativo Nº 863*, San Salvador, 27 de Abril de 1994, D.O. Nº 106, Tomo Nº 323, 8 de junio de 1994; Asamblea Legislativa (1994), *Decreto Legislativo Nº 135*, San Salvador, 20 de septiembre de 1994, D.O. Nº 173, Tomo 324, 20 septiembre de 1994. Ver René Hernández Valiente, Ministro de Justicia (1993), op. cit. p. 13

¹¹ Asamblea Legislativa (1995), *Ley de Vigilancia y Control de Ejecución de Medidas al Menor Infractor, Decreto Legislativo Nº 361*, San Salvador, 7 de junio de 1995, D.O. Nº 114, Tomo Nº 327, 21 de junio de 1995.

¹² Ver Asamblea Legislativa (1990), *Ley General de Educación, Decreto Legislativo Nº 495*, San Salvador, 11 de mayo, D.O. Nº 162, Tomo 308, 4 de julio de 1990.

¹³ Ver Asamblea Legislativa (1996), *Ley General de Educación, Decreto Legislativo Nº 917*, San Salvador, 11 de mayo, D.O. Nº 242, Tomo 333, 21 de diciembre de 1996.

El PNA ha venido enfrentando algunos retos todavía no resueltos satisfactoriamente:

- Insertarse y articularse de manera concreta y sistemática en los procesos nacionales de planeación y presupuesto, específicamente en lo que respecta a los incrementos en el gasto social.
- Contar con un Sistema Nacional de Información que permita una evaluación periódica del cumplimiento de las metas.

Se realizó y publicó en 1996 una “Medición de las Metas de Media Década” con el apoyo de UNICEF. Al finalizar la década algunos sectores de la sociedad civil enviaron a Ginebra el “Informe desde la Sociedad Civil sobre el Cumplimiento de los Derechos del Niño”.

Así mismo, para obtener datos relacionados con la situación al 2000 se incluyeron módulos suplementarios en la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples - EHPM – 2000 a fin de obtener información sobre algunos indicadores que no son contenidos regularmente en la misma.

Cabe señalar que El Salvador ha sufrido en el presente año dos terremotos que han ocasionado serios daños a la infraestructura social de país (salud, educación, agua y saneamiento) y daños directos a los grupos familiares al destruir cerca de un 25% de las viviendas del país. Situación que permite afirmar que mucho de lo logrado durante la década ha sufrido en algunos casos estancamiento y en otros retrocesos. La vulnerabilidad de la población en general, y especialmente, la de bajos ingresos se ha incrementado y se estima que se va a requerir más de diez años lograr la plena reconstrucción de los daños directos e indirectos que en términos monetarios representan un 12.1% del Producto Interno Bruto -PIB.

II. EL PROCESO DEFINIDO PARA LA PREPARACIÓN DEL INFORME DE FIN DE DÉCADA

La elaboración de este informe ha sido coordinado por la Secretaría Nacional de la Familia – SNF –. En él han estado involucrados (a) un comité intersectorial y el Instituto Salvadoreño de Protección al Menor – ISPM –, y (b) la oficina de UNICEF en El Salvador.

Diversos instrumentos básicos han sido utilizados para ello:

- Los documentos relativos a las Cumbres Ministeriales.
- El “Plan Nacional de Acción para la Infancia: 1991–2000”¹⁴, la “Política Nacional de Atención al Menor”¹⁵, la Política Nacional de la Mujer”¹⁶
- Estudios de media década: “Medición de las Metas de Media Década”¹⁷, “Metas del Plan Nacional de Acción para la Infancia, 1991–2000: Reseña Gráfica”¹⁸
- Estudios relativos a la Iniciativa 20/20: “El Salvador: El Gasto Público en Servicios Sociales Básicos: Iniciativa 20/20”¹⁹ y “El Gasto Público en Servicios Sociales Básicos en El Salvador: Iniciativa 20/20”²⁰.
- Estudios sobre diversos aspectos de la situación de los Derechos Humanos de los niños y niñas en El Salvador: “Trabajo Infanto-Juvenil y Educación en El Salvador”²¹, “La Situación de los Derechos Humanos de Niños y Adolescentes en El Salvador: 1990–1999. Enfoque de Derechos”²², “Informe: Violencia de Género en El Salvador”²³

La elaboración de este informe ha tomado una decisión metodológica necesaria e importante: en él se ha optado por los dos únicos sistemas de información ya establecidos en el país y con clara proyección de continuidad: (a) la Encuesta Nacional de Salud Familiar – FESAL - que se realiza cada cinco años²⁴ y (b) la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples que se realiza cada año²⁵; de esta manera será posible establecer con mayor solidez, ahora y en los próximos años, las tendencias que experimentan los diversos indicadores analizados.

¹⁴ MIPLAN (1991).

¹⁵ GOES (1993).

¹⁶ ISDEMU (1997).

¹⁷ J. Lima y J.F. González (1996).

¹⁸ J. Lima y A. Cortez (1996).

¹⁹ J.F. Lazo (1999).

²⁰ O. Martínez Orellana (2000).

²¹ W. Pleitez, C. Briones, F. González y A. Orellana (1998).

²² G. Garate (2000).

²³ PNUD (2000).

²⁴ Asociación Demográfica Salvadoreña (1993) y (1998).

²⁵ Dirección General de Estadística y Censos – DIGESTYC –.

Como resultado de esta opción, los datos presentados en este informe referentes al año 1990, y en consecuencia los referentes a ciertas metas, no siempre coinciden con los datos correspondientes en el PNA de 1991, cuando la “Encuesta Nacional de Salud Familiar” no se había consolidado y la “Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples” presentaba lagunas considerables con respecto a un buen número de municipios²⁶, por lo que fue necesario recurrir a otras fuentes que no han resultado ser confiables.²⁷

Para algunos de los indicadores se ha podido contar con información hasta el año 1998; en base a los datos ofrecidos por alguno de estos dos sistemas mencionados se estableció la tendencia de cada indicador a lo largo de la década, y se proyectó su magnitud final para el año 2000 y, en los casos en que fue necesario hacerlo, su magnitud inicial en 1990, asumiendo siempre una evolución de carácter lineal.

Así mismo se ha contado con información de apoyo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS –, del Ministerio de Educación – MINED – y del Sistema de Integración Centroamericana – SICA –²⁸.

²⁶ La EHPM no recupera su dimensión territorial nacional hasta 1994.

²⁷ Un ejemplo de incongruencia entre diversas fuentes “oficiales” queda expresado en el dato que algunas de ellas reportan sobre la tasa de mortalidad infantil en niños y niñas menores de 1 año de edad para 1990; MIPLAN reporta 24.9, DIGESTYC reporta 47 – cálculo aproximado – y el propio PNA reporta 56 sin definir la fuente. Ver Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social – MIPLAN – (1991b), *Indicadores Económicos y Sociales: Años 1990 y 1991*, Dirección de Información, Departamento de Indicadores Económicos y Sociales, San Salvador, p. 8; Dirección General de Estadística y Censos – DIGESTYC – (1996), *Proyección de la Población en El Salvador: 1995–2025*, San Salvador, p. 14; Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social – MIPLAN – (1991), *Plan Nacional de Acción para la Infancia: 1991–2000*, San Salvador, p. 22.

²⁸ 1999.

III. ACCIONES ESPECÍFICAS PARA LA SUPERVIVENCIA, LA PROTECCIÓN Y EL DESARROLLO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

1. Mortalidad de niños y niñas.

1.1. Mortalidad infantil.

La tasa nacional de mortalidad infantil – TMI – ha sido reducida de 41 en 1990 a 35 en el 2000, lo que constituye un descenso de 6 puntos. La meta de reducir la tasa en un tercio – a 27.3 – no ha sido cumplida. De seguir el país a ese ritmo la meta sería alcanzada en el 2015 y la meta 0 sería alcanzada en 2030.

Entre marzo 1993 y febrero 1998, la TMI en ciertos grupos fue 10 puntos o más superior al promedio nacional – 35 –, lo que equivale a más de 8 años de retraso con respecto al progreso promedio nacional:²⁹

- en los niños y niñas prematuros – 84 –
- en los hijos de madres de 50 o más años de edad – 72 –
- en los hijos de madres que no recibieron vacuna de Toxoide Tetánico – 69 –
- en los niños y niñas con menos de 2.5 kg. al nacer – 68 –
- en los hijos de madres que no tuvieron control infantil – 58 –
- en los hijos de madres que ya han tenido 6 o más hijos – 54 –,
- en los hijos de madres con menos de cuatro años de escolaridad – 51 –,
- en los casos cuyo nacimiento fue atendido por partera – 48 –

En otros grupos, la TMI fue entre 5 y 10 puntos superior al promedio nacional – 35 –, lo que equivale a más de cuatro años de retraso con respecto al progreso promedio nacional:³⁰

- en los hijos de madres menores de 20 años de edad – 43 –,
- en el área rural – 41 –,
- en los hijos de nacimientos con un intervalo menor de 24 meses desde el nacimiento anterior – 41 –,
- en los hijos de madres que carecen de escolaridad – 41 –

En otros grupos, la TMI fue de 10 o más puntos inferior al promedio nacional – 35 –, lo que equivale a más de ocho años de adelanto con respecto al progreso promedio nacional:³¹

- en los hijos de madres cuyo primer control prenatal fue al primer trimestre de embarazo – 23 –
- en los hijos de nacimientos con un intervalo entre 24 y 35 meses desde el nacimiento anterior – 24 –,
- en los hijos de madres con más de 7 años de escolaridad – 25 –

²⁹ ADS, *FESAL-98*, pp. 282 - 285.

³⁰ ADS, *FESAL-98*, pp. 282 - 285.

³¹ ADS, *FESAL-98*, pp. 282 - 285.

En otros grupos, la TMI fue entre 5 y 10 puntos inferior al promedio nacional – 35 –, lo que equivale a más de cuatro años de adelanto con respecto al progreso promedio nacional:³²

- en los hijos de nacimientos con un intervalo de 36 o más meses desde el nacimiento anterior – 26 –.
- en los hijos de hogares con refrigeradora – 26 –
- en los hijos de parto con atención intrahospitalaria – 26 –
- en los hijos de hogares de nivel socioeconómico medio o alto – 27 –
- en el área urbana – 27 –
- en los hijos de madres con entre 4 y 6 años de escolaridad – 28 –
- en los hijos de hogares con inodoro – 30 –
- en los hijos de hogares con agua corriente intradomiciliar – 30 –

1.2. Mortalidad de niños y niñas menores de cinco años de edad.

La tasa nacional de mortalidad en niños menores de cinco años ha sido reducida de 52 en 1990 a 41 en el 2000, lo que constituye un descenso de 11 puntos. La meta de reducir la tasa en un tercio – a 34.7 – ha sido cumplida; de seguir a ese ritmo la meta 0 sería alcanzada en 2019.

Entre marzo 1993 y febrero 1998 las tasas de mortalidad en ciertos grupos de niños y niñas menores de 5 años fueron superiores en 10 o más puntos al promedio nacional – 41 –, lo que equivale a más de seis años de retraso con respecto al progreso promedio nacional³³:

- los niños y niñas prematuros – 92 –
- los hijos de madres que no habían recibido vacuna de Toxoide Tetánico – 85 –
- los hijos de madres de 50 o más años de edad al momento del parto – 83 –
- los niños y niñas con menos de 2.5 kg. al nacer – 74 –
- los hijos de madres que no habían tenido control prenatal – 68 –
- los hijos de madres que ya habían tenido 6 o más hijos – 66 –,
- los hijos de madres con menos de cuatro años de escolaridad – 62 –,
- los casos cuyo nacimiento fue atendido por partera – 57 –
- los hijos de madres menores de 20 años de edad al momento del parto, y los de madres con ningún año de escolaridad – 54 –,

En otros grupos de niños y niñas menores de 5 años de edad las tasas de mortalidad fueron superiores entre 5 y 9 puntos al promedio nacional – 41 –, lo que equivale a entre tres y seis años de retraso con respecto al progreso promedio nacional³⁴:

- los niños y niñas de hogares con bajo nivel socioeconómico – 52 –
- los niños y niñas en cuyos hogares no hay refrigerador ni agua corriente – 51 –
- en el área rural, los hijos de nacimientos con un intervalo menor de 24 meses desde el nacimiento anterior, y los niños y niñas en cuyos hogares no hay electricidad – 48 –.

³²ADS, *FESAL-98*, p. 282 y 283.

³³ADS, *FESAL-98*, pp. 282 - 285.

³⁴ADS, *FESAL-98*, pp. 282 - 285.

En el otro extremo, hay grupos de niños y niñas menores de 5 años con una tasa de mortalidad inferior en 10 o más puntos al promedio nacional – 43 –, lo que equivale a más de seis años de adelanto con respecto al progreso promedio nacional³⁵:

- los niños y niñas con 2.5 kg. o más al nacer – 22 –
- los hijos de madres que tuvieron el primer control prenatal al primer trimestre de embarazo – 26 –
- los hijos cuyas madres han tenido 7 o más años de escolaridad, los niños y niñas de hogares con nivel socioeconómico alto y en hogares con refrigerador – 28 –
- los hijos cuyo parto fue atendido por algún médico – 31
- los niños y niñas de hogares con nivel socioeconómico medio, y los niños y niñas en hogares con inodoro – 32 –
- los niños y niñas del área urbana, y los hijos de nacimientos con un intervalo de 24 o más meses desde el nacimiento anterior – 33 –

2. Mortalidad Materna.

La Tasa de Mortalidad Materna - TMM -se ha reducido de 141.9 en 1990 a 68.9 en 2000; una reducción del 51.4%; la meta (-50%) ha sido alcanzada. Sin embargo, debido al reducido número de muertes maternas detectadas en las encuestas FESAL, el descenso observado no parece estadísticamente significativo.³⁶

3. Desnutrición infantil.

3.1. Desnutrición global.

La meta de reducir en un 50% la tasa de desnutrición global **moderada y severa** – de 14.1 en 1990 a 7.1 en 2000 – no ha sido alcanzada. Si el país hubiera sostenido la tendencia prevaleciente entre 1988 y 1993, la meta hubiera sido alcanzada y superada; pero entre 1993 y el final de la década se genera una tendencia de sentido opuesto que ha venido a incrementar la tasa de desnutrición global.

³⁵ ADS, *FESAL-98*, pp. 282 - 285.

³⁶ ADS, *FESAL-98*, pp. 200 y 219.

En 1998, la tasa nacional según FESAL – 11.8 – era superada en algunos grupos:³⁷

- entre los hijos e hijas de madres sin escolaridad alguna – 18.3 –,
- entre los que pesaron menos de 2.5 Kgs. al nacer – 17.2 –,
- en los Departamentos de Ahuachapán – 16.4 –, La Unión – 16.3 – y San Vicente – 15.6 – entre otros,
- entre los prematuros – 15.5 –
- entre niños y niñas de hogares de bajo nivel socioeconómico – 15.3 –
- en el área rural – 14 –
- en los niños y niñas entre 12 y 59 meses de edad – 13 –, siendo la máxima – 13.3 – la de los niños y niñas de 1 año cumplido de edad
- entre los niños de sexo masculino – 12 –.

En el otro extremo, en ese mismo año otros grupos habían alcanzado y superado ya la meta 2000 – 7.1 –.³⁸

- los niños y niñas en la zona centro de San Salvador – 2.6 –
- los hijos e hijas de madres de alto nivel socioeconómico – 3.7 –
- los de madres con 10 o más años de escolaridad – 4.2 –
- los niños que no han cumplido 1 año de vida – 6.1 –.

La meta de reducir en un 50% la tasa de desnutrición global **severa** – de 1.12 en 1990 a 0.56 en 2000 – no ha sido alcanzada, a pesar de que la tendencia hacia la reducción parece haber sido constante a lo largo de toda la década. De continuarse con el mismo ritmo de reducción de la tasa, la meta propuesta para el 2000 sería alcanzada el 2003, y se alcanzaría una tasa 0 de desnutrición global severa el año 2017.

En 1998, la tasa nacional de desnutrición global severa según FESAL – 0.8 – era superada en ciertos grupos específicos:³⁹

- entre los niños y niñas que pesaron menos de 2.5 Kgs. al nacer – 2.2 –
- en los Departamentos de La Unión – 2.2 –, Ahuachapán – 1.9 –, Cabañas – 1.8, Sonsonate – 1.6 –, y San Vicente – 1.4 – entre otros
- entre los hijos e hijas de madres sin escolaridad alguna – 1.6 – o con menos de cuatro años – 1.2 –
- entre los niños y niñas de hogares de bajo nivel socioeconómico – 1.3 –
- entre los prematuros – 1.3 –
- en el área rural – 1.2 –
- en los niños y niñas entre 24 y 35 meses de edad – 1.2 –, y entre 12 y 23 meses de edad – 1.0 –
- entre los niños de sexo masculino – 1.0 –.

³⁷ ADS, FESAL-98, p. 320-322.

³⁸ ADS, FESAL-98, p. 320-322.

³⁹ ADS, FESAL-98, p. 320-322.

En el otro extremo, en ese mismo año otros grupos habían alcanzado y superado ya la meta 2000 – 0.56 –⁴⁰

- en las zonas centro, occidente y norte, de San Salvador – 0.0 –
- los hijos e hijas de madres de alto nivel socioeconómico – 0.0 – y los de madres de nivel medio – 0.1 –
- los hijos de madres con 10 o más años de escolaridad – 0.1 – y los de madres con entre 7 y 9 años de escolaridad – 0.4 –
- en los departamentos de San Salvador y Cuscatlán – 0.2 –, La Libertad – 0.3 –, Santa Ana y San Miguel – 0.5 –
- los niños y niñas en el área urbana – 0.3 –
- los niños entre 48 y 59 meses de edad – 0.4 –
- los que tuvieron 2.5 Kgs. o más al nacer – 0.4 –
- los que tuvieron el primer control de crecimiento y desarrollo antes de los dos meses de edad – 0.5 –.

3.2. Desnutrición crónica.

La meta de reducir en un 50% la tasa de desnutrición crónica, **moderada y severa** – de 27.3 en 1990 a 13.6 en 2000 – no ha sido alcanzada. Este fenómeno ha pasado por tres etapas en los últimos 13 años: (1) reducción rápida de la tasa entre 1988 y 1983; de haberse mantenido esta tendencia la meta 2000 hubiera sido lograda; (2) en la parte central de la década de los 90 la tendencia se detiene e inclusive parece revertirse (FESAL); (3) al final de la década parece iniciarse una nueva tendencia hacia la reducción de la tasa; de mantenerse esta nueva tendencia la meta 2000 – 13.6 – podría ser lograda en 2004.

La meta de reducir en un 50% la tasa de desnutrición crónica **severa** – de 7.14 en 1990 a 3.6 en 2000 – no ha sido alcanzada. La tasa se ha reducido en un 26%. De mantenerse esta misma tendencia, la meta 2000 – 3.6 – podría ser lograda en 2010, y la tasa 0 en 2030.

En 1998 la tasa promedio según FESAL – 5.7 – era superada en 1.5 o más puntos en ciertos grupos de niños y niñas menores de 5 años, los cuales permanecían todavía a niveles de tasa promedio nacional anteriores a 1990 – 7.2 –:

- en 6 de los Departamentos del país: Cuscatlán – 11.7 –, Sonsonate – 9.1 –, Ahuachapán – 9.0 –
- los niños y niñas prematuros – 10.7 –
- los hijos de madres sin escolaridad alguna – 10.5 – y los de madres con menos de 3 años de escolaridad – 7.7 –
- los niños y niñas que pesaban menos de 2.5 kg. al nacer – 9.1 –
- los que tenían entre 48 y 59 meses de edad – 8.5 –
- los niños y niñas de hogares de bajo nivel socioeconómico – 8.3 –
- los que habitaban en el área rural – 7.7 –

⁴⁰ ADS, FESAL-98, p. 320-322.

En ese mismo año otros grupos de niños y niñas menores de 5 años ya habían alcanzado o superado la tasa meta 2000 – 3.6 –:

- los hijos de madres con 10 o más años de escolaridad – 0.5 –
- los de hogares de alto nivel socioeconómico – 1.8 – y de medio nivel – 2.2 –
- los que tienen entre 3 y 11 meses de edad – 1.9 –
- en 2 Departamentos: San Salvador – 2.8 – (con excepción de la Zona Sur – 5.9 –) y La Libertad – 3.5 –
- los niños y niñas que habitaban en el área urbana – 3. –

3.3. Desnutrición aguda.

La tasa de desnutrición aguda **moderada y severa** ha descendido de 1.8 en 1990 a 1.4 en 2000, con lo cual no se alcanza la meta – 0.9 –. Se ha logrado una reducción del 22 % pero no del 50 % como estaba proyectado. Durante 10 años al menos, a partir de 1988, la tasa había venido descendiendo; de haberse mantenido esa tendencia la tasa 2000 se hubiera aproximado a la meta. Sin embargo parece haber surgido al final de la década un movimiento contrario hacia el incremento de la tasa.

En 1998 la tasa nacional promedio – 1.1 – era superada en 0.8 o más puntos en ciertos grupos de niños y niñas menores de 5 años, los cuales permanecían todavía a niveles de tasa promedio nacional anteriores a 1990 – 1.9 –: en cuatro de los Departamentos del país: Chalatenango – 2.9 –, Ahuachapán – 2.6 –, La Unión – 2.4 –, San Vicente – 1.9 –.⁴¹

En ese mismo año otros grupos de niños y niñas menores de 5 años ya habían alcanzado o superado la tasa meta 2000 – 0.9 –.⁴²

- en 6 de los Departamentos del país: La Libertad – 0.2 –, Cuscatlán – 0.5 –, San Salvador – 0.6 –
- los niños y niñas que tienen entre 48 y 59 meses de edad – 0.4 – y entre 36 y 47 meses – 0.8 –
- los hijos de madres con 10 o más años de escolaridad – 0.6 –
- los niños de hogares de alto nivel socioeconómico – 0.6 –
- los prematuros – 0.6 –
- los que recibieron un primer control de crecimiento y desarrollo antes de cumplir los dos meses de edad – 0.6 –

También en 1998 la tasa en el área rural era 1.3 mientras que en el área urbana era 1.0, una diferencia cuya superación ha supuesto para el país un esfuerzo de más de 5 años.⁴³

En 1993 la tasa nacional promedio – 0.2 – era por lo menos duplicada entre ciertos grupos de niños y niñas menores de 5 años:⁴⁴

- entre los hijos de madres con 10 o más años de escolaridad – 0.8 –
- entre los niños y niñas que nunca fueron amamantados – 0.7 –

⁴¹ FESAL-98, pp. 317-319

⁴² FESAL-98, pp. 317-319

⁴³ 1993 (1.3); 1998 (1.0)

⁴⁴ FESAL-93, pp. 224-225.

- entre los hijos de madres de alto nivel socioeconómico – 0.6 –
- en los niños entre 12 y 23 meses de edad
- en la región occidental – 0.6 –
- en el área rural – 0.4 –
- entre los niños y niñas que o no han tenido ningún control o lo han tenido después de cumplidos los 2 meses de edad – 0.4 –

Por otro lado en ese mismo año 1993 otros grupos de niños presentaban una tasa 0 :⁴⁵

- los que residen en el área urbana
- los niños que residen en la región metropolitana
- los hijos de madres que tienen entre 4 y 9 años de escolaridad
- los hijos de madres con un nivel socioeconómico medio
- las niñas
- los niños y niñas prematuros
- los niños y niñas que recibieron el primer control antes de haber cumplido los 2 meses de edad

4. Acceso a agua potable.

Todavía no se ha alcanzado la meta del acceso universal a agua potable en los términos definidos; un 14.3 % de los hogares no gozan de ese acceso. Si se mantuviere el mismo ritmo de crecimiento de la década, se lograría el acceso universal en el 2006.

La situación nacional promedio no es homogénea. En 1998 este acceso lo había logrado (1) el 85% de los hogares “no pobres”, y el 70 % de los hogares en “pobreza extrema”, (2) el 92% de los hogares del Área Metropolitana de San Salvador –AMSS- y el 67% de los hogares en el área rural.⁴⁶

5. Acceso a medios sanitarios de eliminación de excretas.

Todavía no se ha alcanzado la meta del acceso universal a medios sanitarios de eliminación de excretas en los términos definidos; un 9.65 % de los hogares no gozan de ese acceso. Si se mantuviere el mismo ritmo de crecimiento de la década (1991-2000), se lograría el acceso universal en el 2008.

Esta situación nacional promedio no es homogénea; este acceso lo ha logrado en 1998 (1) el 95% de los hogares “no pobres”, y el 79 % de los hogares en “pobreza extrema”, (2) el 99% de los hogares del Área Metropolitana de San Salvador, y el 76% de los hogares en el área rural.⁴⁷

⁴⁵ FESAL-93, pp. 224-225.

⁴⁶ EHPM-98.

⁴⁷ EHPM-98.

6. Acceso a educación básica.

La **tasa de retención hasta el quinto grado**, como la proporción de niños y niñas que entran a primer grado de primaria y que eventualmente alcanzan el quinto grado era 85.4 en 1998. La meta 2000 había sido alcanzada.

En ese año la tasa de retención de ciertos grupos de niños y niñas era inferior en 9 o más puntos al promedio nacional – 85.4 –; la meta 2000 no había sido alcanzada por ellos:

- los que comenzaron el primer grado cuando tenían 9 o más años de edad – 47.4 –
- aquellos cuyas madres carecían de escolaridad – 67 –
- los que provenían de hogares de bajo nivel socioeconómico – 71.6 –
- los que tenían entre 4 y 6 hermanos – 75.8 – o 7 o más hermanos – 66.8 –
- los que residían en el área rural – 75.7 –.

La **tasa de retención hasta el noveno grado**, como la proporción de niños y niñas que entran a primer grado de primaria y que eventualmente alcanzan el noveno grado ha crecido de 19 en 1990 a 41 en el 2000. A este ritmo una tasa de retención 80 sería lograda en el 2018 y una tasa 100 sería lograda en el 2027.

La **tasa bruta de escolaridad básica**, como la proporción de niños y niñas de cualquier edad inscritos en el sistema de educación básica no ha mostrado una tendencia de crecimiento lineal, sino que ha variado en aparente desorden entre un mínimo de 81.5 y un máximo de 93. La tasa promedio de la década se aproxima a 88.

En 1998, cuando la tasa promedio nacional era 83.62, la del grupo de niñas era 83.52, y la del área rural era 77.04; 70.52 la de los niños y niñas de los 133,762 hogares de menor ingreso en el país; y 66.56 la de los niños y niñas de los 50,905 hogares de menor ingreso en el área rural.

La **tasa neta de escolaridad básica**, como la proporción de niños y niñas en edad de atender a la educación básica – entre 7 y 15 años cumplidos de edad – inscritos en el sistema de educación básica ha crecido lenta pero consistentemente de 74.2 en 1990 a 83.6 en 2000. A este ritmo una tasa 95 sería lograda en 2013 y una tasa 100 en 2018.

En 1998 era menor la tasa (a) entre los niños y niñas de los 50,905 hogares de menor ingreso en el área rural – 65.89 – y (b) de los 133,762 hogares de menor ingreso en el país – 69.51 –, (c) en el área rural – 75.86 – y (d) entre las niñas – 81.39 –.

La **tasa de ingreso a la escuela primaria**, como la proporción de niños y niñas en edad de ingreso a primaria que ingresan a la escuela primaria a esa edad fue 59.1 en 1998.

Según la norma del MINED, los niños y niñas deben ingresar al primer grado de primaria una vez cumplidos los 7 años de edad, y así le hace el grupo más fuerte: 59.1%. Sin embargo es fuerte en el país la tradición de ingreso antes de haber cumplido los 6 años.

La tasa es inferior al promedio nacional en los niños – 57.5 – y el área rural – 57.3 –. El 22% de los niños y niñas del país o ingresan en primer grado después de haber cumplido los 8 años de edad o jamás ingresan.

7. Alfabetismo de adultos.

La tasa de analfabetismo ha disminuido de 29 en 1990 a 12.5 en el 2000, logrando superar así la meta de 14.5. El decremento ha sido de 57%, superior al 50% proyectado. A este ritmo una tasa 0 sería alcanzada en 2008.

La situación no es homogénea en 1998:⁴⁸

- la tasa en el AMSS es 5.5%, en el área rural es 25.9%;
- en la población de los 133,762 hogares del decil de mayor ingreso la tasa es 2.7%, en los 133,762 hogares del decil de menor ingreso es 34.6%, superior a la tasa nacional en 1990;
- entre la población femenina la tasa es 18.1, entre la masculina es 13.1;
- entre los no pobres la tasa es 9.1, entre la población en extrema pobreza es 29.5, superior a la tasa nacional en 1990;

La situación no es homogénea en 1998 tampoco entre las mujeres:⁴⁹

- la tasa en el AMSS es 7.2%, en el área rural es 29.2%;
- en la población de los 133,762 hogares del decil de mayor ingreso la tasa es 2.7%, en los 133,762 hogares del decil de menor ingreso es 34.6%, superior a la tasa nacional en 1990;
- ente los no pobres la tasa es 10.7, entre la población en extrema pobreza es 31.2, superior a la tasa nacional en 1990;

8. Niños y niñas en circunstancias especialmente difíciles.

El país carece de información sistematizada sobre la incidencia de la discapacidad entre niños y niñas . A continuación se ofrecen algunos rasgos que pueden permitir una aproximación al fenómeno.

- 439,126 niños, niñas y adolescentes – 17% – padecen de algún tipo de discapacidad.⁵⁰
- 12 % padecen de discapacidad física o sensorial.
- 100,000 padecen de diferentes grados de pérdida auditiva⁵¹.
- 39,997 padecen de ceguera.⁵²
- 30% de los estudiantes del primer ciclo de educación básica tienen problemas de aprendizaje⁵³

El país cuenta con el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral – ISRI – con servicios diversos en centros ubicados en tres ciudades, San Salvador, Santa Ana y San Miguel. Su

⁴⁸ Dirección General de Estadística y Censos – DIGESTYC – (1999), *EHPM-98*.

⁴⁹ Dirección General de Estadística y Censos – DIGESTYC – (1999), *EHPM-98*.

debilidad está en que su capacidad para desarrollar programas de prevención y seguimiento que den cobertura a un fenómeno de tal magnitud y variedad, es limitada.

Por otro lado el Consejo Nacional de Atención Integral a las Personas con Discapacidad – CONAIPD –, cuya misión es la de propiciar la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad, ha concentrado sus esfuerzos en un programa de capacitación y concientización. Además ha creado la “Comisión de Indicadores Sociales en Materia de Discapacidad” con el fin de crear los indicadores para medir el impacto de la Política y de la Ley de Equiparación de Oportunidades para las personas con discapacidad.

9. Salud y nutrición de la niñas y de las mujeres embarazadas y en período de lactancia.

9.1. Tasa de mortalidad de niños y tasa de mortalidad de niñas que no han cumplido los cinco años de edad.⁵⁴

9.2. Tasa de desnutrición global moderada y severa.⁵⁵

9.3. Tasa de atención prenatal:

La proporción de mujeres entre 15 y 49 años de edad – MEF – que fueron atendidas durante su embarazo por personal de salud calificado ha aumentado de 55.7 en 1990 a 68.63 en 2000. A este ritmo se lograría una atención universal del 100% en 2026.

En 1998 la tasa de atención cualificada de ciertos grupos de MEF fue inferior en 5 o más puntos al promedio nacional – 76 según FESAL –:

- cuando se trata de partos posteriores al 5º – 58.9 –
- las madres que carecen de escolaridad – 59 – o que tienen entre 1 y 3 años de escolaridad – 67.5 –
- en 4 Departamentos: Ahuachapán – 62.8 –, Sonsonate – 64.2 –, Santa Ana – 69.3 – y Morazán – 70.7 –
- las madres que tienen 40 o más años de edad – 67.7 –
- cuando se trata del 4º o 5º parto de la madre – 68.2 –
- las madres de hogares de bajo nivel socioeconómico – 68.4
- en el área rural – 71 –

⁵⁰ Consejo Nacional de Atención Integral a las Personas con Discapacidad – CONAIPD- y MIPLAN (1994).

⁵¹ Proyección de la Asociación de Sordos.

⁵² Centro de Ciegos.

⁵³ MINED y Fundación Pro Educación Especial – FUNPRES – (1995-1996).

⁵⁴ Ver arriba

⁵⁵ Ver arriba

En ese mismo año la tasa promedio – 76 según FESAL – era superada en 5 o más puntos en ciertos grupos de MEF:

- las madres con 10 o más años de escolaridad – 93.4 – y las que tienen entre 7 y 9 años de escolaridad – 84.1 –
- las de alto nivel socioeconómico – 90.3 – y las de medio nivel – 84 –
- en 2 Departamentos: Chalatenango – 84.8 – y San Salvador – 83.5 –
- cuando se trata del primer parto – 84 –
- en al área urbana – 82.5 –

9.4. Tasa de incidencia de VIH:

La información con que se cuenta se refiere a la población total del país, no a la población entre 15 y 49 años de edad.

En El Salvador, desde 1984, año en que se detectó el primer caso de SIDA, hasta diciembre de 1998 – 14 años –, el MSPAS había registrado 2,544 casos de SIDA y 2,469 casos VIH⁺, cifras que la misma fuente considera que tiene un subregistro de un 10 por ciento.⁵⁶

La tasa de incidencia de VIH⁺, como la cantidad de personas infectadas por 10⁵ habitantes, ha ascendido de 0 en 1984 a 7.19 en marzo del 2000.⁵⁷

9.5. Tasa de incidencia de anemia:

FESAL⁵⁸ estudia el caso de las madres – entre 15 y 49 años de edad – de niños y niñas entre 3 y 59 meses de edad, y reporta en 1998 una tasa del 8.8% de mujeres con niveles de hemoglobina en la sangre por debajo de los 12 gr. / 100 ml.

En ese año las mayores diferencias se dieron entre los departamentos del país:

- los índices máximos estaban (1) en la zona occidental del departamento de San Salvador – 14.6 –, (2) en el Departamento de La Paz – 13.4 – y (3) en la zona central del departamento de San Salvador – 13 –.
- los mínimos (1) en el Departamento de Santa Ana – 3.8 –, (2) en la zona sur del departamento de San Salvador – 4.5 –.

10. Información y servicios para prever ciertos tipos de embarazos.

10.1. Incidencia del uso de contraceptivos

La proporción de mujeres entre 15 y 49 años de edad – MEF – que utilizan algún método anticonceptivo – moderno o tradicional ha aumentado de 28% en 1990 a 35.8% en el 2000. Ello constituye un incremento del 28.1%

⁵⁶ Ver FESAL-98, p. 249.

⁵⁷ Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, MOH 2000.

⁵⁸ Madres de niños y niñas entre 3 y 59 meses de edad. FESAL-98.

Los métodos usados en 1998 por el 38.2% de las mujeres – según FESAL – son: (1) esterilización femenina – 21.8 –, (2) inyección – 5.2 –, (3) orales – 4.8 –, (4) ritmo/Billings – 1.8 –, (5) retiro – 1.6 –, condón – 1.6 –, (6) DIU – 1.0 – y (7) otros – 0.5 –.

La proporción de mujeres casadas o en unión entre 15 y 49 años de edad – MEF – que utilizan algún método anticonceptivo – moderno o tradicional ha aumentado de 49.5 % en 1990 a 62.3% en el 2000. Ello constituye un incremento del 25.9%

En 1998 las tasas en ciertos grupos de mujeres casadas o en unión entre 15 y 49 años de edad – MEF – eran inferiores en 5 o más puntos al promedio nacional – 59.7 –:

- entre las mujeres que tienen entre 1 y 3 años de escolaridad – 51.8 –
- en el área rural – 51.2 –
- entre las mujeres con un hijo vivo – 50.0 –
- entre las que carecen de escolaridad – 49.6 –
- en los Departamentos de Chalatenango y Morazán – 49.5 –, La Unión – 44.3 –, Cabañas – 38.1 –
- entre las mujeres con 6 o más hijos vivos – 43.6 –
- en las mujeres entre los 20 y 24 años de edad – 48.4 –, y entre los 15 y 19 años – 33.4 –
- entre las mujeres que carecen de hijos vivos – 13.8 –

Por otro lado las tasas en ciertos grupos eran superiores en 5 o más puntos al promedio nacional – 59.7 –:

- entre las mujeres que tienen 4 o más años de escolaridad – 64.8 –
- en el área urbana – 67.8 –
- entre las mujeres de 30 o más años de edad – 69.5 –

Los métodos anticonceptivos usados en 1998 por las mujeres casadas o en unión – el 59.7% – son: (1) esterilización femenina – 32.4 –, (2) inyección – 8.9 –, (3) orales – 8.1 –, (4) ritmo/Billings – 3.1 –, (5) retiro – 2.6 –, condón – 2.5 –, (6) DIU – 1.5 – y (7) otros – 0.7 –.

10.2. Tasa de fertilidad en mujeres entre 15 y 19 años de edad

La tasa de fertilidad en mujeres entre 15 y 19 años de edad ha descendido de 125 en 1990 a 108 en 2000, una disminución del 12.9%.

10.3. Tasa global de fertilidad

La tasa global de fecundidad como el número promedio de nacidos vivos por mujer que ha alcanzado el final de su período de gestación ha disminuido de 3.9 en 1990 a 3.3 en 2000, una disminución del 14%.

En 1995 – el punto medio del período 1993/1998 – las tasas en ciertos grupos de mujeres casadas o en unión entre 15 y 49 años de edad – MEF – eran superiores en 0.5 o más puntos al promedio nacional – 3.58 –:

- entre las mujeres que carecen de ingreso y trabajo – 4.14 –
- en el área rural – 4.56 –

- entre las que tienen menos de 4 años o ningún año de escolaridad – 4.8 –,
- entre las de bajo nivel socioeconómico – 4.94 –,
- en 6 de los Departamentos del país, entre ellos, Cabañas – 5.15 –, Chalatenango – 4.49 –, La Paz – 4.42 –, Ahuachapán – 4.3 –.

En ese mismo período las tasas en ciertos grupos eran inferiores en 0.5 o más puntos al promedio nacional – 3.58 –:

- en el Departamento de San Salvador – 2.82 –
- en el área urbana – 2.79 –
- entre las mujeres de nivel socioeconómico medio o alto – 2.7 –
- entre las que trabajan, dentro o fuera del hogar – 2.7 –
- entre las que tienen 10 o más años de escolaridad – 2.39 –

11. Atención a la mujer embarazada.

11.1. Atención prenatal.

La proporción de mujeres entre 15 y 49 años de edad – MEF – que fueron atendidas al menos una vez durante su embarazo por personal de salud calificado ha aumentado de 58.4 en 1990 a 70.8 en 2000. A este ritmo se lograría una atención universal del 100% en 2024.

En el período entre 1993 y 1998 la tasa de atención cualificada de ciertos grupos de MEF fue inferior en 5 o más puntos al promedio nacional – 76 según FESAL –:

- cuando se trata de partos posteriores al 5º – 58.9 –
- las madres que carecen de escolaridad – 59 – o que tienen entre 1 y 3 años de escolaridad – 67.5 –
- en 4 Departamentos: Ahuachapán – 62.8 –, Sonsonate – 64.2 –, Santa Ana – 69.3 – y Morazán – 70.7 –
- las madres que tienen 40 o más años de edad – 67.7 –
- cuando se trata del 4º o 5º parto de la madre – 68.2 –
- las madres de hogares de bajo nivel socioeconómico – 68.4
- en el área rural – 71 –

En ese mismo período la tasa promedio – 76 – según FESAL – era superada en 5 o más puntos en ciertos grupos de MEF:

- las madres con 10 o más años de escolaridad – 93.4 – y las que tienen entre 7 y 9 años de escolaridad – 84.1 –
- las de alto nivel socioeconómico – 90.3 – y las de medio nivel – 84 –
- en 2 Departamentos: Chalatenango – 84.8 – y San Salvador – 83.5 –
- cuando se trata del primer parto – 84 –
- en el área urbana – 82.5 –

11.2. Atención al parto.

La proporción de mujeres entre 15 y 49 años de edad – MEF – que fueron atendidas en su último parto en un hospital por personal de salud calificado ha aumentado de 42.3 en 1990 a 55 en el 2000. A este ritmo se lograría una atención universal – 100% – de este tipo en 2036.

En 1998 la tasa de atención hospitalaria cualificada de ciertos grupos de MEF fue inferior en 10 o más puntos al promedio nacional – 58 - según FESAL –:

- cuando se trata del 6° o posterior parto – 32.8 – y del 4° o 5° – 45.1 –
- las madres sin escolaridad – 34.5 – y las que tienen entre 1 y 3 años de escolaridad – 44.0 –
- en 7 Departamentos: Chalatenango – 36 –, Cabañas – 41.3 –, Morazán – 41.4 – y otros.
- las de nivel socioeconómico bajo – 40.6 –
- en el área rural – 42.7 –
- las que tienen entre 40 y 49 años de edad – 45.5 –

En ese mismo año la tasa promedio – 58 según FESAL – era superada en 10 o más puntos en ciertos grupos de MEF:

- las madres con 10 o más años de escolaridad – 93.4 – y las que tienen entre 7 y 9 años de escolaridad – 84.1 –
- las cotizantes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social -ISSS – 91.6 – y las beneficiarias del mismo – 79.1 –
- las madres con 10 o más años de escolaridad – 89.3 – y las que tienen entre 7 y 9 años – 74.9 –
- en el Departamento de San Salvador – 82.6 –
- las de nivel socioeconómico alto – 85.9 – y las de nivel medio – 78.8 –
- en el área urbana – 77.8 –
- en los casos del primer parto – 70.6 –

La proporción de mujeres entre 15 y 49 años de edad – MEF –que fueron atendidas en su último parto por personal de salud calificado, en un hospital o en la casa por partera –ha crecido de 85.6 en 1990 a 91.6 en 2000. A este ritmo se lograría una atención universal – 100% – de este tipo en 2014.

11.3. Atención obstétrica⁵⁹

12. Bajo peso al nacer.

La tasa de bajo peso al nacer como la proporción de niños nacidos vivos que pesaron por debajo de 2.5 kg. o 5.5 libras ha disminuido de 14 en 1990 a 10 en 2000, con lo que no se da cumplimiento a la meta. A este ritmo se lograría una tasa 0 en 2028.

⁵⁹ Se carece de información

13. Anemia por deficiencia de hierro.

La prevalencia de anemia en MEF, como la proporción de mujeres entre 15 y 49 años de edad⁶⁰ con niveles de hemoglobina en la sangre por debajo de los 12 gr. / 100 ml. –fue del 8.8% en 1998.

En ese año las mayores diferencias se dieron entre los Departamentos del país.

- Los índices máximos estaban (1) en la zona occidental del departamento de San Salvador – 14.6 –, (2) en el Departamento de La Paz – 13.4– y (3) en la zona central del departamento de San Salvador –13 .
- Los mínimos (1) en el Departamento de Santa Ana – 3.8 –, (2) en la zona sur de San Salvador – 4.5 –.

14. Yodización de la sal.

14.1. Consumo de sal yodada

La proporción de hogares que consumen sal correctamente yodada ha aumentado de 91.1 en 1995 a 96.34 en 2000, lo que puede considerarse como un consumo virtualmente universal.

En 1995 esa proporción era más baja (1) en la región oriental – 68 – formada por los Departamentos de Usulután, San Miguel, Morazán, y La Unión, (2) en el área rural – 88 – y (3) en los hogares cuyo jefe era una mujer – 88 –.

Los retos son: (a) garantizar permanentemente que la sal sea universal y adecuadamente yodada y (b) lograr el consumo de sal yodada por parte de más de 180.000 niños, niñas y adolescentes entre 4 y 17 años de edad que todavía no lo hacen.

En El Salvador, en 1990, el 25% de los niños, niñas y adolescentes entre 7 y 14 años de edad padecían de algún grado de bocio; la tasa era mayor entre las niñas – 28 % – y en los Departamentos de Ahuachapán y Sonsonate.

14.2. Bajo nivel de yodo en orina

En 1998 el 94.4 % de población escolar presentaba niveles de yodo en orina por debajo de los 10 microgramos por 100 ml..

15. Deficiencia en Vitamina A y sus consecuencias.

15.1. Niños que reciben suplementos de Vitamina A.

⁶⁰ Madres de niños y niñas entre 3 y 59 meses de edad. FESAL-98.

La proporción de niños y niñas entre 6 y 59 meses de edad – menores de 5 años – que reciben una ingesta adecuada de vitamina A ha ascendido de 64 en 1990 a 69 en 2000. De seguir este ritmo se lograría un 100% de ingesta adecuada en 2062.

En cuanto a la disponibilidad de vitamina A en los niños menores de 5 años, el país parece haber dado un avance sustancial entre 1988 y 1998, de manera especial en el área rural. Este cambio es coherente con la política de fortificación del azúcar con vitamina A y con otras medidas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS.

15.2. Madres que reciben suplementos de Vitamina A.⁶¹

15.3. Bajo nivel de Vitamina A⁶²

16. Lactancia materna.

16.1. Tasa de lactancia materna exclusiva.

La lactancia materna exclusiva – LME –durante los primeros 4 meses de vida – 120 días – se ha expandido del 19.2% en 1990 al 21.7% en el 2000. La meta – 100% – no solo no ha sido alcanzada sino que es prácticamente inalcanzable a este ritmo de crecimiento.

En 1998 las tasas de LME durante los primeros 4 meses de vida de ciertos grupos de niños y niñas fueron inferiores en 5 o más puntos al promedio nacional – 21.2 –:

- los niños y niñas de hogares de nivel socioeconómico alto – 7.5 –
- los hijos de madres que trabajan, fuera del hogar – 10.7 – o dentro del hogar – 11.3 –
- los hijos de madres con 10 o más años de escolaridad – 14.1 –, o
- los niños y niñas que residen en el área urbana – 15,6 –

Por otro lado las tasas de ciertos grupos de niños y niñas fueron superiores en 5 o más puntos al promedio nacional – 21.2 –:

- los hijos de madres con menos de 4 años de escolaridad – 30.3 –
- los niños y niñas de hogares de nivel socioeconómico bajo – 28.1 –
- los niños y niñas que residen en el área rural – 26.6 –

La lactancia materna exclusiva – LME –durante los primeros 6 meses de vida – 180 días – apenas se ha expandido del 14.8% en 1990 al 15.4% en el 2000. Prácticamente la tasa ha permanecido estable alrededor del 15%.

⁶¹ Se carece de información

⁶² Se carece de información

16.2. Tasa de alimentación complementaria

La tasa de alimentación complementaria de los niños y niñas entre 6 y 9 meses de edad – entre 180 y 299 días – quienes son alimentados con leche materna y con otros alimentos complementarios se ha expandido de 72.4% en 1990 al 84.2% en el 2000. La meta – 100% – no ha sido alcanzada; a este ritmo podría ser alcanzada en el 2014.

16.3. Tasa de lactancia materna continuada.

La tasa de alimentación materna continuada de los niños y niñas entre 12 y 15 meses de edad se ha expandido de 55.1% en 1990 al 63.7% en el 2000. La meta – 100% – no ha sido alcanzada; a este ritmo sería alcanzada en el 2043.

La tasa de alimentación materna continuada de los niños y niñas entre 20 y 23 meses de edad se ha expandido de 26.7% en 1990 al 36.3% en el 2000. La meta – 100% – no ha sido alcanzada; a este ritmo podría ser alcanzada en el 2067.

16.4. Número de unidades de servicio para la Iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños.

Para 1996 el 76.9 % – 9 – de los hospitales y maternidades habían sido designados como “amigos de los niños” dentro de los criterios globales de la Iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños.⁶³

El MSPAS emite en abril de 1992 la Declaración de Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna en respuesta a las recomendaciones de la Declaración Conjunta de OMS y UNICEF de 1989 en Ginebra, a la Declaración de Innocenti en Florencia, Italia, en 1990 y al compromiso de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia.

Se han modificado rutinas hospitalarias en los servicios de parto y puerperio para favorecer el apego precoz y el alojamiento conjunto. Se pretende que esta iniciativa se extienda más allá de los muros de los hospitales y maternidades.

17. Crecimiento y desarrollo de los niños y niñas.

La cobertura de monitoreo de crecimiento y desarrollo⁶⁴ de los niños y niñas menores de 5 años se ha expandido del 75.3% en 1990 al 93.5% en el 2000. A este ritmo, la meta 100 puede ser lograda en el 2004.

⁶³ Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000); SICA (1999); según Lima y Gonzalez durante el año 1996 “se pretende nominar a los 6 hospitales restantes, con lo que se estaría alcanzando el 100% de los hospitales y maternidades”.

⁶⁴ Se considera aquí que hubo control si el niño fue llevado al menos 1 vez; FESAL-98, p. 344.

En 1998 la cobertura de monitoreo de crecimiento y desarrollo de algunos grupos de niños y niñas menores de 5 años fue inferior en 5 o más puntos al promedio nacional – 89.9 –:

- los niños y niñas que residen en los Departamentos de Ahuachapán – 79 – y San Salvador Zona Occidental – 84.1 –.
- los hijos de madres sin escolaridad alguna – 82.8 –

Por otro lado la cobertura de monitoreo de ciertos grupos de niños y niñas fue superior en 5 o más puntos al promedio nacional – 89.9 –:

- los niños y niñas que residen en el Departamento de Chalatenango – 96.7 –
- los niños y niñas de hogares con alto nivel socioeconómico – 96.4 –
- los hijos de madres con 10 o más años de escolaridad – 96.1 –

18. Seguridad alimentaria del hogar.

Por su propia definición, la tasa de hogares “en pobreza extrema” es un buen indicador del nivel de inseguridad alimentaria en el país; pero también lo es la tasa de hogares en “pobreza relativa”, ya que la presión por responder a necesidades insatisfechas de techo, vestido, etc. incide negativamente en la capacidad alimentaria del hogar.

La tasa de hogares en pobreza⁶⁵ ha disminuido de 59 en 1990 a 41.5 en el 2000. Ello constituye un decremento del 29.7% de la tasa de 1990. A este ritmo se podría lograr una disminución del 50% de esa tasa en el año 2007, y una tasa 0 en 2073.

La tasa de hogares en pobreza extrema ha disminuido de 29 en 1990 a 16.5 en el 2000. Ello constituye un decremento del 43.1% de la tasa de 1990. A este ritmo se podría lograr una disminución del 50% de esa tasa en el año 2021.

En 1998 había en el país 603,717 hogares en situación de pobreza y 252, 871 hogares en situación de pobreza extrema.

La sociedad salvadoreña había logrado entonces que de un total de 1,080,360 niños, niñas y adolescentes, el 40.8%, contaran con el apoyo de hogares que han superado el nivel de pobreza relativa. En contraposición con ello, una cantidad mayor, 1,568,368, el 59.2% de todos los niños y adolescentes, continuaban viviendo en hogares pobres que no contaban con los recursos necesarios para cubrir los costos de la canasta básica ampliada y garantizar adecuadamente el goce de sus derechos a vivienda, educación, salud, vestido, etc; y una buena parte de éstos, 737,553, el 27.9% de todos los niños, niñas y adolescentes del país, vivían en hogares en pobreza extrema que ni siquiera podían atender a sus necesidades básicas de alimentación.

⁶⁵ Aquí se incluyen los hogares en “pobreza relativa” y los hogares en “pobreza extrema”. Por su propia definición, la tasa de hogares “en pobreza extrema” es un buen indicador del nivel de inseguridad alimentaria en el país; pero también lo es la tasa de hogares en “pobreza relativa”, ya que la presión por responder a necesidades insatisfechas de vestido, etc. incide negativamente de hecho en la capacidad alimentaria del hogar.

En el área rural, el 69% de los niños, niñas y adolescentes vivían en hogares en situación de pobreza, y el 37% en hogares en situación de pobreza extrema.

El costo mensual de la canasta básica alimentaria para el área rural (900 colones) casi duplica el ingreso mensual de uno de los 50,905 hogares más pobres en el área rural (461.59 colones), y el costo de la canasta ampliada (1,800 colones) casi lo cuadriplica.

La disponibilidad de calorías por persona disminuyó de 2,688 en 1975 a 2,057 en 1982, y creció a 2,140 en 1995; de continuar este ritmo de crecimiento 82-95 la disponibilidad en el año 2000 sería de 2172, se alcanzaría el nivel recomendado – 2,200 – en 2005, y se recuperaría el nivel de 1975 en 2080.

La disponibilidad de proteínas por persona disminuyó de 68 g. en 1975 a 43 g. en 1982, y creció a 58 g. en 1995, superando entonces el nivel recomendado – 47 g. –; de continuar este ritmo de crecimiento 82-95 la disponibilidad en el año 2000 sería de 64 g, y se recuperaría el nivel de 1975 en 2004.

19. Poliomielitis.

Desde 1989 no ha sido reportado ningún caso confirmado de poliomielitis. Su erradicación fue certificada en agosto de 1994 por la Comisión Internacional para la Erradicación de la Poliomielitis. La meta ha sido alcanzada.

20. Tétanos Neonatal.

Con la excepción de un breve repunte de casos de tétanos neonatal, la tendencia a la disminución a partir de 1990 ha sido clara, hasta que en 1998 no se reporta caso alguno. Con tres años de retraso (1998) se logra alcanzar la meta (1995).

21. Sarampión.

21.1. Defunciones por sarampión de niñas y niños menores de 5 años

En la población de niñas y niños menores de 5 años, no se registran desde 1991 defunciones confirmadas por sarampión. La meta 2000 – reducción del 95% – ha sido alcanzada.

21.2. Casos de sarampión

Tampoco se registran en esa misma población casos confirmados de sarampión desde 1998 . La meta – reducción del 90% – ha sido lograda.

22. Cobertura de la vacunación.

22.1. Cobertura de inmunización contra DPT

En general se observa – sobre todo a partir de los datos de FESAL y EHPM – una tendencia hacia el crecimiento de la cobertura; y al mismo tiempo se advierte una considerable disparidad entre las cifras aportadas por estas dos fuentes. Según el promedio de los datos de FESAL y EHPM para el año 2000, la cobertura de inmunización con DPT contra la difteria, tos ferina y tétanos, de los niños y niñas menores de 1 año de edad, habría sido incrementada hasta un 82%. La meta propuesta de 90% no ha sido alcanzada.

En 1998 la cobertura en el área urbana –62.5– fue 5.1 puntos inferior a la del área rural –67.6–.

22.2. Cobertura de inmunización contra sarampión

En lo que respecta a la cobertura de inmunización de sarampión de los niños y niñas menores de 1 año de edad, se advierte en la década una considerable irregularidad; las coberturas más altas – entre 83% y 91% – son logradas a media década; el período termina con coberturas significativamente más bajas – entre 55% y 72 % – muy similares a las del inicio de la década. Hay señales de capacidad para alcanzar la meta pero no hay señales de sostenerla en forma sistemática e institucionalizada.

FESAL-98 reporta una cobertura del 63.3% en el área urbana y 49.6% en el área rural. Estas cifras están lejos de la cobertura del 90%, meta para el 2000.

22.3. Cobertura de inmunización contra la poliomielitis

La cobertura de inmunización de polio de los niños y niñas menores de 1 año de edad a través de la década muestra una conducta irregular similar a la observada en el caso anterior: después de una primera mitad ascendente – a partir de 60% –, los logros mayores – alrededor del 90% de cobertura – se ubican en la mitad de la década. La diferencia está en que las coberturas de la segunda mitad son superiores a las de la primera; en ese sentido se puede hablar de un cierto crecimiento general de cobertura. Pero esto no garantiza el logro de la meta y sobre todo la sostenibilidad de ese logro.

En 1998 la cobertura del área rural – 67.8% – superó en más de 5 puntos a la del área urbana – 62.3 % –.

22.4. Cobertura de inmunización contra la tuberculosis

La cobertura de inmunización con BCG contra la tuberculosis de los niños y niñas menores de 1 año de edad ha crecido de 74.2% en 1990 a una cobertura universal – 96.6% –. Se ha logrado alcanzar la meta.

En 1998 la diferencia de cobertura promedio entre el área urbana y rural era algo más de 1 punto.

23. Diarrea.

23.1. Defunciones por diarrea de menores de cinco años.⁶⁶

23.2. Casos de diarrea

La prevalencia de casos de diarrea en niñas y niños menores de 5 años se ha reducido de 27.2 en 1990 a 18 en el 2000, superando así la meta establecida – 20.4 – de una reducción del 25%.

En 1998 la prevalencia de casos de diarrea en ciertos grupos de niños y niñas menores de 5 años era superior en 5 o más puntos al promedio nacional – 19.8 –:

- los niños y niñas en los Departamentos de San Miguel – 31.8 –, La Unión – 29.3 – y La Paz – 27.9 –, Usulután – 26.9 – y en Cabañas – 26.3 –.
- los niños y niñas entre 12 y 23 meses cumplidos de edad – 28.9 –.

Por el contrario en otros grupos el índice de prevalencia era inferior en 5 o más puntos al promedio nacional – 19.8 –:

- los niños y niñas de 3 años – 14 – y de 4 años – 9.5 – cumplidos.
- los hijos de madres con 10 o más años de escolaridad – 12.6 –.
- los niños y niñas de hogares de alto nivel socioeconómico – 10.5 –.

Mientras que en el área urbana el índice de prevalencia en ese año era 17, en el área rural era 22; esta diferencia se amplía sustancialmente al interior del grupo de niños y niñas menores de 1 año de edad.

A mediados de la década se advertía que la prevalencia era menor entre los niños y niñas que se alimentaban exclusivamente de la leche materna, entre los que no utilizaban pacha o biberón, entre los hijos de madre alfabeta, entre los niños y niñas en viviendas con servicio de agua apta para el consumo humano o en viviendas con servicio de inodoro o letrina, especialmente si éste era privado.

Una de las estrategias para disminuir la prevalencia de la diarrea ha sido la de invertir fondos de compensación social para aumentar la cobertura de infraestructura de agua y saneamiento. El reto siempre vigente está en lograr que tales acciones y otras similares tengan un componente educativo adecuado.

23.3. Tasa de uso de la terapia de rehidratación oral – TRO –

La tasa de uso de la terapia de rehidratación oral – TRO – con sales de rehidratación oral o con soluciones caseras apropiadas en niñas y niños de 0 a 59 meses – menores de 5 años – que tuvieron diarrea en las dos últimas semanas, ha crecido de 44% en 1990 a 60.8% en 2000, lo

⁶⁶ Se carece de información.

que constituye un incremento del 38.2 puntos. De continuar con este ritmo el país lograría una tasa 100 en el 2024.

En 1998 la TRO ocupa el primer lugar entre los tratamientos utilizados – 57.4 – por la población menor de 5 años en general, aunque seguido muy de cerca por el uso de antidiarreicos – 56.9 –; pero a partir de los 2 años de edad la TRO pasa a ocupar una segunda posición detrás del uso de antidiarreicos. El uso de la TRO es mayor en el área urbana – 59.6. Los principales motivos aducidos para no utilizar las sales de rehidratación oral en particular son modificables: (a) “no le gustan al niño” – 34.1 – y (b) “se terminaron o no hay disponibilidad donde consultó” – 15.2 –.

A mediados de la década la TRO se aplicaba más (a) a las niñas, (b) a los niños y niñas que recibían el cuidado directo de su madre, (c) a aquellos del área urbana cuyas madres eran alfabetas.

23.4. Manejo domiciliario de la diarrea⁶⁷

24. Infecciones respiratorias agudas – IRA –

24.1. Defunciones por infecciones respiratorias agudas de menores de cinco años

La tasa de defunciones por infección respiratoria aguda – IRA – en niños y niñas menores de 5 años se ha reducido de 20 en 1990 a 13.75 en 2000, lo que constituye un decremento del 31.3%, que es superior a la meta establecida en Lima – -25% – pero que no alcanza la meta definida por CMI – -33.34% –.

La prevalencia de IRA como la proporción de niños y niñas de 0 a 59 meses de edad – menores de 5 años – que tuvieron infección respiratoria aguda – IRA – en las dos últimas semanas, ha disminuido de 67.4 en 1990 a 22.3 en 2000, lo que constituye un decremento del 67% y supera la meta prevista de -33.34%.

En 1998 las tasas de prevalencia en ciertos grupos de niños y niñas menores de 5 años fueron superiores en 5 o más puntos al promedio nacional – 32.9 –:

- los niños y niñas en hogares en los que se quema la basura – 46.6 –
- en los Departamentos de Ahuachapán – 41.6 –, La Paz – 39.4 – y Sonsonate – 38 –

En otros grupos las tasas de prevalencia fueron inferiores en 5 o más puntos al promedio nacional – 32.9 –:

- en los Departamentos de San Salvador, Zona Sur – 20 –, Morazán – 25.4 –, San Miguel – 27 –, y La Libertad – 27.9 –.
- los hijos de madres con 10 años o más de escolaridad – 25.7 –
- los niños y niñas con alto nivel socioeconómico – 27.3 –

⁶⁷ Se carece de información

24.2. Búsqueda de atención para infecciones respiratorias agudas

La proporción de niños y niñas de 0 a 59 meses de edad – menores de 5 años – que tuvieron infección respiratoria aguda – IRA – en las dos últimas semanas y que recibieron una apropiada atención de salud creció de 41.9 en 1990 a 56.7 en 2000, lo que implica un incremento del 35.4%. De mantenerse constante este ritmo se logrará universalizar – 100% – este tipo de atención para el año 2030.

25. Dracunculiasis⁶⁸

26. Actividades de estimulación temprana

26.1. Desarrollo pre-escolar:

- La **tasa de desarrollo inicial** como la proporción de niños y niñas entre 0 y 3 años cumplidos de edad que asisten a algún centro de educación era de 2 % en 1998.⁶⁹

En ese año son 616,166 los niños y niñas que no asisten; entre los que asisten, 6,952 son niños – 55% – y 5,650 niñas – 45% –. Mientras en el Área Metropolitana de San Salvador – AMSS – asiste el 3%, en el área rural únicamente el 1%; mientras el 4.9% de los niños y niñas en las 133,762 familias de mayor ingreso en el país asiste, solamente lo hace el 1.1% de los niños y niñas de las 133,762 familias de menor ingreso lo hace.

- La **tasa de desarrollo inicial parvulario** como la proporción de niños y niñas entre 0 y 6 años cumplidos de edad que son atendidos en educación inicial y parvularia ha sido incrementada de 14.7 en 1990 a 20.1 en 2000. A este ritmo una tasa 100 sería inalcanzable en el presente siglo.

El 50% de los que eran atendidos en 1998 eran niños y el 50% niñas. Eran 890,459 los niños y niñas que no eran atendidos. Mientras que en el AMSS el 26% de los niños y niñas recibían este servicio, en el área rural solamente el 15%; y mientras que el 36% de los niños y niñas de los 133,762 hogares de mayor ingreso en el país lo recibían, solamente el 13% de los niños y niñas de los 133,762 hogares de menor ingreso.

- La **tasa de educación parvularia** como la proporción de niños y niñas entre 4 y 6 años cumplidos de edad que son atendidos en educación parvularia ha sido incrementada de 19.4 en 1990 a 49.7 en el 2000. A este ritmo una tasa 100 sería alcanzada en 2019.

⁶⁸ No es pertinente en El Salvador.

⁶⁹ Dirección General de Estadística y Censos – DIGESTYC – (1999), EHPM-1998: son 616,166 los niños y niñas que no asisten; entre los que asisten, 6,952 son niños (55%) y 5,650 niñas (45%).

En 1998 eran 98,191 los niños (49.6%) y 99,609 las niñas (50.4%) que asistían al sistema parvulario; quedaban fuera de él 274,293 niños y niñas. Mientras que en el AMSS asistía el 57% de los niños y niñas, en el área rural únicamente el 31%; y mientras que el 83.5% de los niños y niñas de los 133,762 hogares de mayor ingreso asistía, apenas el 27% de los niños y niñas de los 133,762 hogares de menor ingreso lo hacían.

26.2. Prevalencia de bajo peso⁷⁰

Indicadores adicionales para monitorear los derechos de los niños

1. En 1998 se detectó en el país un total de 54,400 niños y niñas **menores de 14 años** de edad que **trabajaban**

Más de 15,600 niños y niñas que ni siquiera han cumplido los 12 años forman parte de esa fuerza de trabajo.

2. En 1998 se detectó en el país un total de 185,283 niños y adolescentes **entre los 10 y los 17 años cumplidos que trabajan**, lo que representa el 16.86% de la totalidad de ese grupo etario⁷¹.

Este grupo representa el 8.4% del total de la fuerza de trabajo del país. El 70.7% son del sexo masculino y el 29.3% del sexo femenino. La principal actividad económica a la que se dedican estos niños y adolescentes (49.5%) es la agropecuaria, que es la actividad de menor productividad en el país. Por otro lado, el 94.1% de esos niños, niñas y adolescentes trabajan en el “sector privado”.

Las tasas de ocupación de los niños, niñas y adolescentes entre 10 y 17 años cumplidos son claramente superiores en el área rural – 23.24 – a las que se dan en el AMSS – 8.85 –, y son inversamente proporcionales al ingreso del hogar al que pertenecen: cuanto mayor el ingreso menor la tasa.

Dado el contenido de pobreza que tiene en el país la ruralidad, ambos elementos tienden a señalar a la pobreza como factor inductor del trabajo entre los niños, niñas y adolescentes. Pero no parece deba despreciarse la presencia de otros factores, más bien de tipo cultural, que pudieran explicar las tasas considerables entre los niños y adolescentes de los hogares con mayor ingreso. Éste es uno de los casos en que se hace necesario manejar conceptos mejor elaborados del trabajo de los niños, niñas y adolescentes; no debería desecharse a priori la hipótesis de que el trabajo de los niños, niñas y adolescentes en los hogares de mayor ingreso tenga un contenido y significado sustancialmente diferentes a los del trabajo de los niños y adolescentes en los hogares más pobres.

⁷⁰ Ver arriba 3.1.

⁷¹ EHPM (1998). Se asumirá aquí que la totalidad de los niños y adolescentes que trabajan se ubican en este grupo etario.

A mayor tasa de ocupación de las personas adultas en el hogar corresponde una menor tasa de ocupación de niños, niñas y adolescentes en ese hogar, y viceversa. Esto parece sugerir la existencia de una especie de competición de facto por el trabajo escaso entre las personas adultas y los niños, niñas y adolescentes, competición sostenida por quienes ofrecen el trabajo a los niños y adolescentes en lugar de ofrecerlo a las personas adultas.

Al comparar el ingreso promedio mensual de la población ocupada en el país con el ingreso promedio de los niños y adolescentes ocupados a nivel nacional, el primero (2,017.93 colones) es casi 6 veces el segundo (346.71 colones); dicho de otro modo, emplear a un niño o a un adolescentes es por lo menos 6 veces más barato que emplear a una persona adulta. Desde el punto de vista del hogar este hecho es negativo, en el sentido de que si esa ocupación fuera ofrecida a uno de sus miembros adultos la situación resultante sería mejor.

Por lo demás, también aquí se reproducen las diferencias de ingreso entre los niños y adolescentes de los hogares más pobres y los de los niños y adolescentes de los hogares de mayor ingreso. El ingreso promedio en el ámbito nacional de los niños y adolescentes en los hogares ubicados en el decil 10° – el de mayor ingreso – contiene casi 13 veces el ingreso promedio de los niños y adolescentes en los hogares ubicados en el decil 1° – el de menor ingreso.

Es necesario trabajar en la construcción de una definición más compleja de ese fenómeno que se suele denominar como “trabajo infantil”, que apunte a sus implicaciones y significados, y que sienta la base para comprender que el trabajo de las personas adultas y el trabajo de los niños, niñas y adolescentes son dos realidades sustancialmente diferentes o, quizá con mayor precisión, que el trabajo es una actividad propia de las personas adultas únicamente.

Se parte aquí de que la actividad esencial y propia de los niños, niñas y adolescentes a través de sus diversos momentos de desarrollo es precisamente la de participar en sus procesos educativos, dentro de los cuales juega un papel sustancial el sistema escolar construido por la sociedad. De ella depende su presente y su futuro, el que logren ser parte de una situación de igualdad de oportunidades. La sociedad no puede estar satisfecha con conocer simplemente que el niño, niña o el adolescente que asume una actividad determinada “también asiste” a la escuela. Toda actividad debe tener para ellos un componente educativo sustantivo y primordial y otro de salud integral.

A este respecto, en 1998⁷² el 48.3% de la niñez trabajadora ha abandonado el sistema escolar. De estos, el 69.9% son del sexo masculino y el 30.1% del femenino; el 32.6% se ubican en zonas urbanas y el 67.4% en zonas rurales.

3. A partir del 1° de marzo de 1995, fecha en que entra en vigor la Ley del Menor Infractor – LMI - todos los adolescentes menores de 18 años, en conflicto con la ley, son tratados bajo un régimen especial.

⁷² Ver ibid..

De la sana aplicación de esta ley son responsables, además de los Tribunales de Menores, la familia y la comunidad, y un conjunto de instituciones: El Instituto Salvadoreño de Protección al Menor – ISPM –⁷³, la Procuraduría General de la República – PGR –⁷⁴, la Fiscalía General de la República – FGR –⁷⁵, la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos – PDDH –⁷⁶ y el Ministerio de Gobernación (antes Ministerio de Seguridad Pública y Justicia, el cual es responsable de formular y coordinar institucionalmente la política criminal para la prevención de la delincuencia juvenil⁷⁷.

Entre el 13% y el 15% de los delitos son atribuibles a jóvenes menores de 18 años.

4. Los adolescentes son remitidos a centros de internamiento para desarrollar programas reeducativos que faciliten su reinserción, separados del sistema penitenciario de adultos.
5. El maltrato físico y psicológico, negligencia, violación, incesto – son delitos de acción pública, que deben ser **denunciados**⁷⁸ por las personas que conozcan de los hechos, o por la sociedad en general.

Además el Código de Familia⁷⁹ garantiza la protección de la niñez y adolescencia menor de 18 años contra todo daño físico o moral proveniente de otras personas, y obliga a toda autoridad o persona a velar por el cumplimiento de esta disposición y a informar de ello al Instituto Salvadoreño de Protección al Menor.

Indicadores para monitorear VIH / SIDA

1. En 1998 la tasa de conocimiento de prevención del SIDA / VIH, entendida como la proporción de mujeres entre 15 y 49 años de edad – MEF – que mencionan correctamente las formas de evitar la infección SIDA / VIH⁸⁰ fue 48.3%.

En ese año las tasas en ciertos grupos de mujeres entre 15 y 49 años de edad – MEF – eran inferiores en 5 o más puntos al promedio nacional:

- mujeres que residen en el área rural – 40.6 –
- en 7 de los Departamentos del país, tales como Ahuachapán – 33.2 –, La Unión – 34.6 – y Morazán – 34.7 –.

Por otro lado en otros grupos las tasas eran superiores en 5 o más puntos al promedio nacional:

⁷³ Ver Asamblea Legislativa (1994), op. cit. arts. 2, 9, 26, 39, 44, 128.

⁷⁴ Ver Asamblea Legislativa (1994), op. cit. arts. 31, 34, 49, 55, 69, 83, 84, 93, 99, 100, 118.

⁷⁵ Ver Asamblea Legislativa (1994), op. cit. arts. 40, 50, 53, 55, 56, 58, 59, 67–73, 75, 78, 81, 83–85, 89, 93, 99, 100, 118, 128, 130.

⁷⁶ Ver Asamblea Legislativa (1994), op. cit. arts. 6, 55.

⁷⁷ Ver Asamblea Legislativa (1994), op. cit. art. 127.

⁷⁸ Código Procesal Penal, art. 232.

⁷⁹ Art. 386.

⁸⁰ Al menos mencionan dos formas.

- mujeres que residen en el área urbana – 53.9 –
 - en 2 de los Departamentos del país: Santa Ana – 57.7 – y San Salvador – 55.8 –
2. La tasa de incidencia de SIDA, como la cantidad de personas infectadas por 10⁵ habitantes ha ascendido de 0.02 en 1984 a 7.19 en marzo del 2000.
 3. La tasa de incidencia de VIH⁺, como la cantidad de personas infectadas por 10⁵ habitantes ha ascendido de 0 en 1984 a 7.99 en marzo del 2000.
 4. En 1998:
 - el 7.6% de las mujeres entre 15 y 49 años de edad – MEF –⁸¹ identificaban como errónea la creencia de que el VIH es transmitido al utilizar hojas de afeitar ya usadas
 - el 36.8% de las mujeres entre 15 y 49 años de edad – MEF –⁸² identificaban como errónea la creencia de que el VIH es transmitido al ser picado por zancudos –
 - el 51% de las mujeres entre 15 y 49 años de edad – MEF –⁸³ identificaban como errónea la creencia de que el VIH es transmitido al ser besado en la boca .
 - el 83.5% de las mujeres entre 15 y 49 años de edad – MEF –⁸⁴ identificaban como errónea la creencia de que el VIH es transmitido al dar la mano a otra persona
 - el 85.5% de las mujeres entre 15 y 49 años de edad – MEF –⁸⁵ identificaban como errónea la creencia de que el VIH es transmitido al ser besado en la frente .
 - el 96.1% de las mujeres entre 15 y 49 años de edad – MEF –⁸⁶ identifican correctamente el nacimiento como un medio de transmisión de VIH de madre a hijo.
 - el 91.7% de las mujeres entre 15 y 49 años de edad – MEF –⁸⁷ identifican correctamente el amamantar como un medio de transmisión de VIH de madre a hijo.
 - el 28% de mujeres entre 15 y 49 años de edad – MEF –⁸⁸ afirman que su pareja aceptaría su solicitud de usar el condón.

Este promedio nacional disminuye en 5 o más puntos en ciertos grupos de mujeres: en el área rural – 20.3 –,

⁸¹ De las que han oído hablar del SIDA.

⁸² De las que han oído hablar del SIDA.

⁸³ De las que han oído hablar del SIDA.

⁸⁴ De las que han oído hablar del SIDA.

⁸⁵ De las que han oído hablar del SIDA.

⁸⁶ De las que han oído hablar del SIDA.

⁸⁷ De las que han oído hablar del SIDA.

⁸⁸ Mujeres con actividad sexual reciente que han oído hablar del SIDA y del condón y que reportaron tener pareja sexual.

- ⇒ entre las mujeres de bajo nivel socioeconómico – 18.8 –.
- ⇒ en las mujeres que tienen entre 1 y 3 años de escolaridad – 18.2 –
- ⇒ entre las mujeres que carecen de escolaridad – 13.3 –,

Por otro lado este promedio aumenta en 5 o más puntos en otros grupos de mujeres: - 33

- ⇒ en el área urbana – 34 –
- ⇒ entre las mujeres separadas, viudas o divorciadas – 39.7 –
- ⇒ entre las de alto nivel socioeconómico – 41.2 –
- ⇒ entre las que tienen 10 o más años de escolaridad – 45 –
- ⇒ entre las solteras – 53 –

5. La edad media de jóvenes / mujeres en su **primer embarazo** ha aumentado de 20.2 en 1990 a 20.6 en 2000, un incremento de 0.4 puntos.

En 1998 la edad media de ciertos grupos era menor en 0.4 puntos o más que el promedio nacional de ese año – 20.5 –:

- ⇒ en el área rural – 19.6 –,
- ⇒ en 3 Departamentos del país: La Paz, – 19.7, Sonsonate – 19.5 – y Ahuachapán – 19.4 –
- ⇒ las jóvenes que tenían entre 4 y 6 años de escolaridad – 19.5 –
- ⇒ las jóvenes que tenían entre 1 y 3 años de escolaridad – 19.2 –
- ⇒ las jóvenes que no tenían escolaridad alguna – 18.9 –

En ese mismo año la edad media de otros grupos era mayor en 0.4 puntos o más que el promedio nacional de ese año – 20.5 –: 20.9

- ⇒ en el Departamento de San Salvador – 21.2: Zona Occidente – 22.3 – y Zona Centro – 21.8 –
- ⇒ en el área urbana – 21.4 –
- ⇒ entre las mujeres con 10 o más años de escolaridad – 24.3 –.

IV. LECCIONES APRENDIDAS

La presencia de metas mundiales y regionales es un factor positivo que facilita el surgimiento en el país de una cierta disposición inicial generalizada y favorable ante proyecciones deseables. Pero la experiencia enseña que la sola presencia de tales metas no puede garantizar de manera automática la construcción de consensos eficaces y transformadores de la realidad del propio país; es necesario que éste se proponga desarrollar estrategias y procesos para asimilar esas metas y apropiarse de ellas, para lo cual algunas acciones – entre otras – resultan ser eficaces:

- que las metas no se proyecten simplemente en forma de promedios nacionales sino que den cabida al descubrimiento y enfrentamiento de las desigualdades sectoriales escondidas dentro de esos promedios, de tal manera que todos las personas y grupos de personas se sientan representados en ellas;
- que se conviertan en tema permanente de debate público, tanto a nivel nacional como local;
- que su presencia y exigencias sean permanentes y no queden limitadas a momentos especiales “formales”, tales como la media década o el final de década;
- que sean capaces de incidir eficazmente en las políticas y en el presupuesto de la nación.

Por otro lado, este tipo de procesos de apropiación de las metas para conformar a su alrededor consensos nacionales es condición necesaria para cualificar la participación del país en el proceso de definición de metas mundiales y regionales: (a) para que esa participación logre ser activa y propositiva, en cuanto a planteamientos, nuevas metas y nuevos indicadores, y (b) para que quienes participen estén directamente ligados a la toma de decisiones sobre recursos y presupuesto.

La desaparición en 1995 de MIPLAN como resultado de una reestructuración administrativa del GOES afectó al PNA, el cual no ha sido ampliamente conocido por la ciudadanía. Y aunque el tema de los derechos de los niños y adolescentes en general ha ganado espacios en el debate, opinión y discurso, nacionales, la presencia del PNA como tal ha sido insuficiente en los procesos legislativos y en las amplias propuestas nacionales, en la opinión pública y en la movilización de la sociedad civil. En estos momentos la SNF se plantea enfrentar este reto, para lo que será necesario, entre otras cosas, mantener sistemática y periódicamente informada a la población del progreso del PNA.

La idea de que los niños y adolescentes tienen derechos se ha venido expandiendo en el país sin enfrentar aparentemente y de manera pública un rechazo formal; aunque algunas dificultades han surgido:

- la tradicional prevalencia de enfoques autoritarios en el país junto con la débil experiencia de la población en general en el manejo integral del binomio derechos – responsabilidades

hacen que la proclamación de los derechos de los niños y adolescentes pueda ser entendida como un llamamiento a la irresponsabilidad.

- es particularmente difícil para la población visualizar de manera creativa los modos de expresión del derecho de los niños y adolescentes a la participación en la vida de la comunidad.

La necesidad de la descentralización en la ejecución del PNA se ha hecho patente. Las municipalidades deberán priorizar programas a favor de la niñez y adolescencia y reflejarlos en sus respectivos planes de acción, acorde a los lineamientos de la Política Nacional para el Desarrollo Integral de la Niñez y Adolescencia.

A lo largo de la década se ha logrado ejecutar ciertas intervenciones sostenibles, tales como algunas de las campañas de vacunación, y el sistema de Educación con participación de la Comunidad - EDUCO.

El país ha realizado esfuerzos importantes en la coordinación entre diversas instituciones gubernamentales, no gubernamentales, sector privado y organismos de cooperación, para identificar a la población más desfavorecida y para involucrarla en la identificación de sus problemas, en la definición de objetivos y para facilitarles su incorporación a los programas de desarrollo. Como consecuencia de esta participación se podría fortalecer las condiciones que potenciaría a su vez la capacidad del conjunto para optimizar la utilización de los recursos, lograr impactos y alcanzar las metas previstas a favor de la niñez, adolescencia y familia.

En este largo proceso, al mismo tiempo nacional y global, el papel de las agencias donantes internacionales ha sido importante y fundamentalmente positivo:

- Han contribuido a mantener viva en el país la presencia y la exigencia de las metas;
- Han posibilitado y promovido la elaboración oportuna de análisis y estudios que han sido claves para el seguimiento y la promoción de esas metas;
- Han contribuido a financiar ciertos programas relacionados con la promoción de esas metas.

Pero todo ello no disminuye la responsabilidad fundamental de la sociedad salvadoreña en su conjunto en estas funciones. En este sentido es de particular importancia:

- El que la sociedad salvadoreña y su Gobierno garanticen el funcionamiento adecuado de las instituciones creadas en el país para promover los derechos de los niños y adolescentes;
- El que las instituciones del país dedicadas a la investigación y a la enseñanza superior asuman la responsabilidad de realizar, de manera sistemática y oportuna, aquellos análisis y estudios sobre la niñez y adolescencia en el país que las convierta efectivamente en las mejores especialistas en el tema.

V. ACCIÓN FUTURA

Los contenidos de este Informe plantean un conjunto de retos a la sociedad salvadoreña y a su Gobierno:

1. Contribuir activamente en el proceso establecido de metas globales, regionales y de las Reuniones Ministeriales.
- 1.1. En la preparación de los encuentros internacionales:
 - Garantizar el liderazgo de una institución nacional específica, la cual recibirá un mandato apropiado para ello, coordinará a todos los actores involucrados, y a la que se le asignará el presupuesto necesario.
 - Construir, en base a la articulación, cualificación y desarrollo, de los sistemas e instrumentos dispersos ya existentes, un Sistema de Información que facilite el análisis social, el diseño de estrategias y la implementación oportuna de programas, que garantice el seguimiento de las metas establecidas.
 - Convocar al conjunto de universidades y centros de investigación del país a articular esfuerzos para investigar sistemáticamente la situación y los procesos de crecimiento de la niñez y adolescencia en el país.
 - Integrar a los organismos nacionales encargados de la producción, del manejo de los recursos y del presupuesto.
 - En base al análisis sistemático de la propia problemática nacional elaborar propuestas en materia de planteamientos, metas e indicadores.
- 1.2. Durante los encuentros internacionales:
 - Asumir una posición de participación activa con aportes integrados en materia de planteamientos, metas e indicadores.
 - Garantizar la participación integrada en los encuentros internacionales de los organismos nacionales encargados de la producción, del manejo de los recursos y del presupuesto.
 - Promover y establecer procesos de cooperación mutua tanto a nivel bilateral como a nivel subregional – especialmente centroamericano – y regional.
- 1.3. En el cumplimiento de las metas internacionales:
 - Garantizar el monitoreo y cumplimiento de todas las metas acordadas.
 - Evaluar periódicamente los procesos de cumplimiento y tomar las decisiones pertinentes e caso de retrasos advertidos.

- Emitir informes periódicos públicos de progreso en el cumplimiento de las metas.
 - Mantener una articulación permanente y eficaz de todos los organismos, gubernamentales y no gubernamentales, con responsabilidad en el cumplimiento de las metas.
 - Elaborar el Plan de Acción para la Década 2001–2010, y Planes Operativos anuales.
 - Garantizar que todos los actores participen en la elaboración de los Planes.
2. Involucrar específicamente a las comunidades y a sus gobiernos locales en el cumplimiento de las metas en el marco del desarrollo local.
 - Garantizar que tales comunidades y gobiernos reciban periódicamente la información pertinente a ellas de parte del Sistema de Información y Análisis Social y de los demás actores nacionales.
 - Promover que cada comunidad cuente con su propio Plan de Acción y otros instrumentos necesarios
 3. Enfocar la atención de manera especial en (a) brindar los apoyos necesarios a las familias para erradicar progresivamente el trabajo infantil en sus peores formas para que puedan incorporarse al sistema educativo, (b) lograr una nutrición adecuada para todos los niños, niñas y adolescentes del país, (c) ampliar la cobertura de los servicios de agua potable y de saneamiento en todas las regiones del país, (d) completar los procesos de vacunación iniciados y llevarlos hasta una cobertura del 90%, (e) mejorar el acceso de los servicios de salud de la mujer antes, durante y después del parto y (f) tratar con la debida urgencia los problemas de SIDA y VIH.
 4. Acortar sustancialmente las diferencias en la calidad de vida actualmente existentes entre diferentes grupos de niños, niñas y adolescentes en el país.
 5. Completar y perfeccionar los procesos de readecuación legal y fortalecerlos con (a) la creación de un Código de la Niñez y Adolescencia que garantice la armonización de la legislación en materia de niñez, adolescencia y familia, y (b) la construcción de instrumentos efectivos para garantizar el respeto y cumplimiento de la legislación vigente.

APÉNDICE ESTADÍSTICO

27. Mortalidad de niños y niñas.

1.3. Mortalidad infantil.

a. Meta:

Reducción – entre 1990 y 2000 – de la tasa de mortalidad infantil a la cifra que sea menor: o en un tercio de la tasa de 1990 o a 50 por 1000 nacidos vivos.

b. Definición de indicador.

Tasa de mortalidad infantil – TMI –: probabilidad de morir entre el momento de nacer y el momento exacto de cumplir un año de edad, por 1000 nacidos vivos.

c. Datos nacionales.

AÑO	MORTALIDAD INFANTIL < 1 año n / 1000 n. v.	
	ADS-FESAL	Otras fuentes
1979		110 ⁸⁹
1980		84 ⁹⁰
1983	59.2	75 ⁹¹
1984	56.6	
1983-1987	54 ⁹²	
1985	54	
1986	51.4	
1987	48.8	
1988	46.2	
1989	43.6	
1988-1992	41 ⁹³	
1990	41	56 / 42.2 ⁹⁴
1991	39.8	
1992	38.6	

⁸⁹ Centro Latinoamericano de Demografía – CELADE –

⁹⁰ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991)

⁹¹ Centro Latinoamericano de Demografía – CELADE –

⁹² ADS, *FESAL-98*, P. 279, se refiere formalmente al período Marzo 1983-Febrero 1988; en realidad se trata con mayor exactitud del período 1983-1987.

⁹³ ADS, *FESAL-98*, P. 279, se refiere formalmente al período Marzo 1988-Febrero 1993; en realidad se trata con mayor exactitud del período 1988-1992.

⁹⁴ La cifra oficial presentada por el GOES es 56. SICA (1999) considera que la TMI de este año es de 42.2

1993	37.4	46 ⁹⁵
1994	36.2	
1993-1997	35 ⁹⁶	
1995	35	41 ⁹⁷
1996	34.8	
1997	34.6	
1998	35.4	32 ⁹⁸
1999	35.1	
2000	35	
META:	27.3 ⁹⁹	

1.4. Mortalidad de niños y niñas menores de cinco años de edad.

a. Meta:

Reducción – entre 1990 y 2000 – de la tasa de mortalidad de niños y niñas menores de cinco años de edad a la cifra que sea menor: o en un tercio de la tasa de 1990 o a 70 por 1000 nacidos vivos.

b. Definición de indicador.

Tasa de mortalidad de niños y niñas menores de cinco años de edad: probabilidad de morir entre el momento de nacer y el momento exacto de cumplir cinco años de edad, por 1000 nacidos vivos.

c. Datos nacionales.

AÑO	MORTALIDAD EN NIÑOS < 5 años n / 1000 n. v..	
	ADS-FESAL	Otras fuentes
1980		122 ¹⁰⁰
1983	74.4	75 ¹⁰¹
1984	71.2	
1983-1987	68 ¹⁰²	
1985	68	
1988-1992	52 ¹⁰³	

⁹⁵ MSPAS y Lima y Cortez (1996) reportan 46 para 1993

⁹⁶ ADS, *FESAL-98*, p. 279.

⁹⁷ MSPAS; Lima y Cortez (1996)

⁹⁸ SICA (1999).

⁹⁹ 41 – (41/3)

¹⁰⁰ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991).

¹⁰¹ Centro Latinoamericano de Demografía – CELADE –

¹⁰² ADS, *FESAL-98*, P. 279, se refiere formalmente al período Marzo 1983-Febrero 1988; en realidad se trata con mayor exactitud del período 1983-1987.

1990	52	52.9 ¹⁰⁴
1993	46.6	47.5 ¹⁰⁵
1993-1997	43 ¹⁰⁶	
1995	43	60 ¹⁰⁷
1998	37.6	32 ¹⁰⁸
2000	34	
	34.7 ¹⁰⁹	34.9 ¹¹⁰
META:		

28. Mortalidad materna.

a. Meta:

Reducción – entre 1990 y 2000 – de la tasa de mortalidad materna en un 50%.¹¹¹

b. Definición de indicador.

Razón de mortalidad materna – RMM –: número de defunciones por año de mujeres por causas relacionadas con la maternidad, (1) durante el embarazo o (2) dentro de los 42 días posteriores al embarazo, por 100,000 niños y niñas nacidos vivos.¹¹²

c. Datos nacionales.

AÑO	RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA / 100,000
-----	---

¹⁰³ ADS, *FESAL-98*, P. 279, se refiere formalmente al período Marzo 1988-Febrero 1993; en realidad se trata con mayor exactitud del período 1988-1992.

¹⁰⁴ Proyección sobre la base de FESAL. La cifra oficial presentada por el GOES fue 84, Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991). SICA (1999) considera que la Tasa en 1990 fue de 87.

¹⁰⁵ Proyección FESAL. MSPAS y Lima y Cortez (1996) reportan 63 para 1993

¹⁰⁶ ADS, *FESAL-98*, p. 279.

¹⁰⁷ MSPAS; Lima y Cortez (1996)

¹⁰⁸ SICA (1999).

¹⁰⁹ 52 – (52/3)

¹¹⁰ Así han calculado la meta Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991) y Lima y Cortez (1996). Sin embargo aquí parece haber un error de cálculo: al reducir en un tercio la Tasa de 1990 – 84 – el resultado sería 56. Si se partiera de una Tasa de 87 en 1990 – SICA (1999) – la meta resultante sería 58

¹¹¹ Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000), p. 29. Las mediciones se realizan no más de una vez cada tres años. Los niveles moderados y severos deben informarse separadamente de los niveles severos.

¹¹² Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF – (2000); Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000), p. 29; “en países sin sistemas completos de estadísticas vitales, la RMM debe medirse sólo una vez cada 7–10 años; para medir el progreso en el corto plazo deben utilizarse los indicadores de proceso”.

	ADS- FESAL ¹¹³	Otras fuentes
1980		190 ¹¹⁴
1983	193	75 ¹¹⁵
1984	185.7	
1985	178.4	
1986	171.1	
1987	163.8	
1983-1993	158/155 ¹¹⁶	
1988	156.5	
1989	149.2	
1990	141.9	147 / 160 ¹¹⁷
1991	134.6	
1992	127.3	
1988-1998	120 ¹¹⁸	
1993	120	158 ¹¹⁹
1994	112.7	
1995	105.4	60 ¹²⁰
1996	98.1	
1997	90.8	
1998	83.5	120 ¹²¹
1999	76.2	
2000	68.9	
META:	70.95 ¹²²	95 ¹²³

FESAL estima la razón de mortalidad materna – RMM – dividiendo la tasa de mortalidad materna – TMM – entre la tasa general de fecundidad – TGF – y multiplicando el cociente por 100,000. La TMM es entendida como el número de muertes maternas por 1,000 mujeres entre 15 y 49 años de edad; y la TGF es entendida con el número de nacimientos por 1,000 mujeres entre 15 y 49 años de edad.

¹¹³ Los datos y proyecciones de esta columna surgen de dos encuestas: FESAL-93 y FESAL-98. En ambas encuestas las estimaciones se realizaron usando la información de la supervivencia de las hermanas de la entrevistada, hijas de la misma madres.

¹¹⁴ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991)

¹¹⁵ Centro Latinoamericano de Demografía – CELADE –

¹¹⁶ ADS, *FESAL-98*, p. 219. Se reportan dos estimados sobre el mismo período realizados por FESAL-93 y FEA-98.

¹¹⁷ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991); Lima y Cortez (1996). SICA (1999) menciona una TMM de 160 para 1990.

¹¹⁸ ADS, *FESAL-98*, p. 219.

¹¹⁹ Lima y Cortez (1996).

¹²⁰ MSPAS; Lima y Cortez (1996)

¹²¹ SICA (1999).

¹²² 141.9 / 2

¹²³ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991) y Lima y Cortes.

Debido al reducido número de muertes maternas detectadas en las encuestas realizadas por FESAL, el descenso observado no parece estadísticamente significativo.¹²⁴

29. Desnutrición infantil.

3.3. Desnutrición global.

a. Meta:

Reducción en un 50% – entre 1990 y 2000 – de los niveles de desnutrición global – severa y moderada – de los niños y niñas menores de 5 años.¹²⁵

b. Definición de indicadores.

- **Tasa de desnutrición global moderada y severa:** la proporción de niños menores de 5 años de edad que caen bajo dos desviaciones estándar de la media de peso / edad en comparación con una población de referencia internacional de NCHS /CDC/OMS.¹²⁶
- **Tasa de desnutrición global severa:** la proporción de niños menores de 5 años de edad que caen bajo tres desviaciones estándar de la media de peso / edad en comparación con una población de referencia internacional de NCHS /CDC/OMS.¹²⁷

c. Calidad de los datos ESANES-82, FESAL-93 Y FESAL 98.

Un equipo de profesionales de la salud previamente capacitados para ello fue tomando una medida de peso y una de talla a todos los niños y niñas de 3 a 59 meses de edad en su lugar de residencia.

Teniendo en cuenta la distribución de los puntajes z y las desviaciones estándar para las tres encuestas¹²⁸ – alrededor de 1.0 para todos los indicadores y consistentes en cada una de las tres encuestas –, los datos de nutrición a través de los indicadores antropométricos son de alta calidad.¹²⁹

d. Datos nacionales.

3.1. Desnutrición global.

¹²⁴ ADS, *FESAL-98*, pp. 200 y 219.

¹²⁵ Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000), p. 29. Las mediciones se realizan no más de una vez cada tres años. Los niveles moderados y severos deben informarse separadamente de los niveles severos.

¹²⁶ Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000), p. 30; ADS, *FESAL-98*, pp. 297, 320-322.

¹²⁷ Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000), p. 30; ADS, *FESAL-98*, pp. 297, 320-322.

¹²⁸ ADS, *FESAL-98*, Tabla 11.23, p. 323

¹²⁹ ADS, *FESAL-98*, p. 298.

AÑO	DESNUTRICIÓN GLOBAL MODERADA Y SEVERA <-2 d.e. PESO / EDAD % de niños y niñas > 5 años	
	ESANES-FESAL EHPM	Otras fuentes
1980		18 ¹³⁰
1988	16.1 ¹³¹	
1990	14.1 ¹³²	15.2 ¹³³
1993	11.2 ¹³⁴	
1998	11.8 ¹³⁵	11.3 ¹³⁶
2000	12 ¹³⁷	11.45 ¹³⁸
META:	7.1 ¹³⁹	

AÑO	DESNUTRICIÓN GLOBAL SEVERA <-3 d.e. PESO / EDAD % de niños y niñas > 5 años	
	ADS-FESAL	Otras fuentes
1990	1.12	
1991	1.08	
1992	1.04	
1993	1 ¹⁴⁰	
1994	0.96	
1995	0.92	
1996	0.88	
1997	0.80	
1998	0.8 ¹⁴¹	
1999	0.72	
2000	0.68	
META:	0.56	

3.2. Desnutrición crónica.

¹³⁰ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991).

¹³¹ ESANES-88.

¹³² Proyección FESAL

¹³³ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991); Lima y Cortez (1996).

¹³⁴ FESAL-93; Lima y Cortez (1996).

¹³⁵ FESAL-98, p. 313.

¹³⁶ EHPM-98

¹³⁷ Proyección: aplicación a FESAL-98 (11.8) de la razón EHPM-98 (11.3) y EHPM-2000 (11.45)

¹³⁸ EHPM-2000

¹³⁹ 14.14 / 2

¹⁴⁰ ADS, FESAL-93, p. 226

¹⁴¹ ADS, FESAL-98, p. 313.

a. Meta:

Reducción en un 50% – entre 1990 y 2000 – de los niveles de desnutrición crónica – severa y moderada – de los niños y niñas menores de 5 años.¹⁴²

b. Definición de indicadores.

- **Tasa de desnutrición crónica moderada y severa:** la proporción de niños menores de 5 años de edad que caen bajo dos desviaciones estándar de la media de talla / edad en comparación con una población de referencia internacional de NCHS /CDC/OMS.¹⁴³
- **Tasa de desnutrición crónica severa:** la proporción de niños menores de 5 años de edad que caen bajo tres desviaciones estándar de la media de talla / edad en comparación con una población de referencia internacional de NCHS /CDC/OMS.¹⁴⁴

c. Datos nacionales.

AÑO	DESNUTRICIÓN CRÓNICA MODERADA Y SEVERA <-2 d.e. TALLA / EDAD % de niños y niñas > 5 años	
	ESANES-FESAL	Otras fuentes
1980		
1988	31.7 ¹⁴⁵	
1990	27.3 ¹⁴⁶	
1993	22.8 ¹⁴⁷	
1998	23.3 ¹⁴⁸	23.3 ¹⁴⁹ /20.9 ¹⁵⁰
2000	19.9 ¹⁵¹	17.83 ¹⁵²
META:	13.6	

¹⁴² Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000), p. 29. Las mediciones se realizan no más de una vez cada tres años. Los niveles moderados y severos deben informarse separadamente de los niveles severos.

¹⁴³ Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000), p. 30; ADS, FESAL-98, pp. 293, 314.

¹⁴⁴ Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000), p. 30; ADS, FESAL-98, pp. 293, 314.

¹⁴⁵ ESANES-88

¹⁴⁶ Promedio entre ESANES-88 (31.7) y FESAL-93 (22.8)

¹⁴⁷ FESAL-93, p. 221

¹⁴⁸ Promedio entre FESAL-98, p. 313 (23.3) y EHPM-98 (20.90)

¹⁴⁹ SICA, (1999).

¹⁵⁰ EHPM-98

¹⁵¹ Proyección: aplicación de la razón entre EHPM-98 (20.9) y EHPM-2000 (17.83) a FESAL-98 (23.3).

¹⁵² EHPM-2000

AÑO	DESNUTRICIÓN CRÓNICA SEVERA <-3 d.e. TALLA / EDAD % de niños y niñas > 5 años	
	ESANES-FESAL	Otras fuentes
1990	7.14 ¹⁵³	
1993	6.6 ¹⁵⁴	
1998	5.7 ¹⁵⁵	
2000	5.3 ¹⁵⁶	
META:	3.6 ¹⁵⁷	

3.4. Desnutrición aguda.

a. Meta:

Reducción en un 50% – entre 1990 y 2000 – de los niveles de desnutrición aguda severa y moderada de los niños y niñas menores de 5 años.¹⁵⁸

b. Definición de indicadores.

- **Tasa de desnutrición aguda moderada y severa:** la proporción de niños menores de 5 años de edad que caen bajo dos desviaciones estándar de la media de talla / edad en comparación con una población de referencia internacional de NCHS /CDC/OMS.¹⁵⁹
- **Tasa de desnutrición aguda severa:** la proporción de niños menores de 5 años de edad que caen bajo tres desviaciones estándar de la media de talla / edad en comparación con una población de referencia internacional de NCHS /CDC/OMS.¹⁶⁰

c. Datos nacionales.

AÑO	DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA <-2 d.e. PESO / TALLA % de niños y niñas > 5 años	
	ESANES-FESAL	Otras fuentes

¹⁵³ Proyección

¹⁵⁴ FESAL-93, p. 221.

¹⁵⁵ FESAL-98, p. 314.

¹⁵⁶ Proyección

¹⁵⁷ Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000), p. 30.

¹⁵⁸ Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000), p. 29. Las mediciones se realizan no más de una vez cada tres años. Los niveles moderados y severos deben informarse separadamente de los niveles severos.

¹⁵⁹ Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000), p. 30; ADS, FESAL-98, pp. 296, 313, 317-319..

¹⁶⁰ Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000), p. 30; ADS, FESAL-98, pp. 296, 313, 317-319..

1988	2.1 ¹⁶¹	
1990	1.8 ¹⁶²	
1993	1.3 ¹⁶³	
1998	1.1 ¹⁶⁴	1.5 ¹⁶⁵
2000	1.4 ¹⁶⁶	1.96 ¹⁶⁷
META:	0.9 ¹⁶⁸	

AÑO	DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA <-3 d.e. TALLA / EDAD % de niños y niñas > 5 años	
	ESANES-FESAL	Otras fuentes
1990		
1993	0.2 ¹⁶⁹	
1998		
2000		
META:		

FESAL-98 optó por informar sobre la situación de obesidad en el país y no hacerlo sobre la desnutrición aguda severa.

30. Acceso a agua potable.

a. Meta:

Acceso universal a agua potable.¹⁷⁰

b. Definición de indicadores.

- Definición amplia:¹⁷¹

¹⁶¹ ESANES-88.

¹⁶² Proyección.

¹⁶³ FESAL-93, p. 224.

¹⁶⁴ FESAL-98, p. 313.

¹⁶⁵ EHM-98

¹⁶⁶ Proyección: aplicando a FESAL-98 (1.1) la razón entre EHPM-98 (1.5) y EHPM-2000 (1.96).

¹⁶⁷ EHPM-2000

¹⁶⁸ Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000), p. 30.

¹⁶⁹ FESAL-93, p. 224

¹⁷⁰ UNICEF (2000), *National Report on Follow-up to the World Summit for Children. Technical Guidelines for the Statistical Appendix*, p. 9

¹⁷¹ UNICEF (2000), *National Report on Follow-up to the World Summit for Children. Technical Guidelines for the Statistical Appendix*, p. 9

Proporción de la población que usa para beber agua que proviene de alguno de los siguientes tipos de fuente: (1) agua entubada hasta el interior de la vivienda, (2) agua entubada en lugar público – chorro o pila –, (3) agua de pozo de bombeo, (4) agua de pozo sin bomba pero protegido, (5) agua de manantial protegido, (6) agua de lluvia.

- **Definición estricta:**

Proporción de la población que usa para beber agua que proviene de alguno de los siguientes tipos de fuente: (1) agua entubada hasta el interior de la vivienda, (2) agua entubada en lugar público – chorro o pila –.¹⁷²

c. Datos nacionales.

En general los cálculos y estadísticas nacionales han venido utilizando la definición estricta.

Las EHPM más recientes posibilitan sin embargo una buena aproximación a la aplicación de la definición amplia, ya que permiten excluir el número de hogares que se abastecen de “agua de pozo sin tapadera”, “agua de río o quebrada”; aunque no lo hacen con toda exactitud ya que no permiten distinguir entre manantial protegido y no protegido.¹⁷³ En base a la composición de los resultados de la EHPM-98 se reajustan los demás datos resultantes de la aplicación de la definición estricta, de tal manera que se mantenga la tendencia de la década tal como se presenta en esos datos.

AÑO	ACCESO A AGUA POTABLE	
	%	
	Definición estricta	Definición amplia aproximada
1980	51.3 ¹⁷⁴	62.4
1990	47.1 ¹⁷⁵	57.3
1991	54.9 ¹⁷⁶	66.8
1992	55.1 ¹⁷⁷	67.1
1993	55.4 ¹⁷⁸	67.4
1994	58 ¹⁷⁹	70.6
1995	59 ¹⁸⁰	71.8

¹⁷² Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991), p. 29; Lima y Cortez (1996); SICA (1999).

¹⁷³ Esta diferenciación deberá ser tomada en cuenta en las próximas encuestas.

¹⁷⁴ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991).

¹⁷⁵ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991); Lima y Cortez (1996), EHPM; SICA (1999).

¹⁷⁶ Lima y Cortez (1996) EHPM.

¹⁷⁷ Lima y Cortez (1996) EHPM.

¹⁷⁸ Lima y Cortez (1996) EHPM.

¹⁷⁹ Lima y Cortez (1996) EHPM.

¹⁸⁰ Lima y Cortez (1996) EHPM.

1998	66.3 ¹⁸¹	80.7 ¹⁸²
2000	70.4 ¹⁸³	85.7
META:		100

31. Acceso a medios sanitarios de eliminación de excretas.

a. Meta:

Acceso universal a medios sanitarios de eliminación de excretas.¹⁸⁴

b. Definición de indicadores.

Proporción de la población que usa alguno de los siguientes tipos de medios sanitarios de disposición de excretas: (1) sanitario conectado al sistema de alcantarillado, (2) sanitario conectado a fosa séptica, (3) letrina-sanitario con descarga, (4) letrina mejorada, (5) letrina tradicional.¹⁸⁵

c. Datos nacionales.

AÑO	USO DE MEDIOS SANITARIOS DE ELIMINACIÓN DE EXCRETAS	
	%	
	EHPM	Otras fuentes
1980		49.4 ¹⁸⁶
1990		61.1 ¹⁸⁷
1991	78.1	78.1 ¹⁸⁸
1992	79	79 ¹⁸⁹
1993	79.9	79.9 ¹⁹⁰
1994	84.7	84.7 ¹⁹¹
1995	88	88 ¹⁹²

¹⁸¹ EHPM-98; SICA (1999)

¹⁸² EHPM-98

¹⁸³ EHPM-2000

¹⁸⁴ UNICEF (2000), *National Report on Follow-up to the World Summit for Children. Technical Guidelines for the Statistical Appendix*, p. 10

¹⁸⁵ UNICEF (2000), *National Report on Follow-up to the World Summit for Children. Technical Guidelines for the Statistical Appendix*, p. 10

¹⁸⁶ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991); se desconoce la definición utilizada.

¹⁸⁷ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991); Lima y Cortez (1996); SICA (1999).

¹⁸⁸ Lima y Cortez (1996).

¹⁸⁹ Lima y Cortez (1996).

¹⁹⁰ Lima y Cortez (1996).

¹⁹¹ Lima y Cortez (1996).

1998	90	89.6 ¹⁹³
2000	90.35	
META:	100	100

32. Acceso a educación básica.

a. Meta:

(1) Acceso universal a educación básica y (2) finalización completa de la educación primaria por parte de por lo menos el 80% de los niños y niñas en edad de atender a la escuela primaria, a través de una educación formal o no formal con un nivel de aprendizaje comparable, haciendo énfasis en la reducción de las disparidades actuales entre la educación de niños y niñas.¹⁹⁴

b. Definición de indicadores.¹⁹⁵

- **Tasa de retención hasta el quinto grado.**

Proporción de niños y niñas que entran a primer grado e primaria y que eventualmente alcanzan el quinto grado.

- **Tasa neta de matriculación en la escuela primaria**

Proporción de niños en edad de escuela primaria inscritos en escuela primaria.

- **Tasa neta de asistencia a la escuela primaria.**

Proporción de niños en edad de escuela primaria que asisten efectivamente a la escuela primaria.

c. Datos nacionales.

AÑO	TASA DE RETENCIÓN HASTA QUINTO GRADO	
	%	
	EHPM	Otras fuentes
1995	71 ¹⁹⁶	71 ¹⁹⁷
1998		85.4 ¹⁹⁸

¹⁹² Lima y Cortez (1996).

¹⁹³ SICA (1999)

¹⁹⁴ UNICEF (2000), *National Report on Follow-up to the World Summit for Children. Technical Guidelines for the Statistical Appendix*, pp. 11-12.

¹⁹⁵ UNICEF (2000), *National Report on Follow-up to the World Summit for Children. Technical Guidelines for the Statistical Appendix*, pp. 11-12.

¹⁹⁶ EHMM

¹⁹⁷ Lima y González (1996), p. 52

2000		
META:	80	

AÑO	TASA DE RETENCIÓN HASTA NOVENO GRADO %	
	EHPM	Otras fuentes
1990		19 ¹⁹⁹
1994		30 ²⁰⁰
1995		30 ²⁰¹
2000		41 ²⁰²
META	80	

AÑO	TASA NETA DE MATRICULACIÓN EN PRIMARIA 7-12 años / %	
	EHPM	Otras fuentes
1991		77.8 ²⁰³
1992		81.3 ²⁰⁴
1993		79.8 ²⁰⁵
1994		80.3 ²⁰⁶
1995	78.9 ²⁰⁷ /79.3 ²⁰⁸	82.4 ²⁰⁹
1998	83.6 ²¹⁰	
2000	83.3 ²¹¹	

33. Alfabetismo de adultos.

a. Meta:

¹⁹⁸ FESAL-98, p. 386.

¹⁹⁹ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991). p. 27; Lima y Cortez (1996).

²⁰⁰ Lima y Cortez (1996).

²⁰¹ Lima y Cortez (1996).

²⁰² Proyección

²⁰³ Lima y Cortez (1996).

²⁰⁴ Lima y Cortez (1996).

²⁰⁵ Lima y Cortez (1996).

²⁰⁶ Lima y Cortez (1996).

²⁰⁷ EHPM-95

²⁰⁸ EHMMM; 86.7% en el área urbana y 72.1% en el área rural.

²⁰⁹ Lima y Cortez (1996).

²¹⁰ EHPM-98

²¹¹ EHPM-2000

Reducción, entre 1990 y 2000, de la tasa de analfabetismo de adultos a por lo menos la mitad, con especial atención a la alfabetización de las mujeres.²¹²

b. Definición de indicador: tasa de alfabetización de adultos

- **Definición estricta.**

Proporción de la población de 15 o más años cumplidos de edad que puede leer, escribir y comprender un texto corto y sencillo sobre su vida cotidiana.²¹³

- **Definición amplia.**

Proporción de la población de 15 o más años cumplidos de edad que a la pregunta “¿sabe Ud. leer y escribir?” responde “sí”. En realidad es ésta la definición aplicada por la EHPM.

c. Datos nacionales.

AÑO	TASA DE ANALFABETISMO	
	15 + %	
	EHPM	Otras fuentes
1980		37 ²¹⁴
1990		29 ²¹⁵
1991		32.7 ²¹⁶
1992		27.8 ²¹⁷
1993		27 ²¹⁸
1994		25 ²¹⁹
1995		23.4 ²²⁰
1996	21.5 ²²¹	21.5 ²²²
1998	15.8 ²²³	18 ²²⁴
2000	OJO 12.5 ²²⁵ / 19.8 ²²⁶	

²¹² Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000), p. 44.

²¹³ UNICEF (2000), *National Report on Follow-up to the World Summit for Children. Technical Guidelines for the Statistical Appendix*, p. 12.

²¹⁴ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991), p. 28.

²¹⁵ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991), p. 28; Lima y Cortez 1996. SICA (1999) informa de 26.2% para este año

²¹⁶ Lima y Cortez (1996).

²¹⁷ Lima y Cortez (1996).

²¹⁸ Lima y Cortez (1996).

²¹⁹ Lima y Cortez (1996).

²²⁰ Lima y Cortez (1996).

²²¹ EHPM (1996).

²²² N. Saca, J. Donis, G. Garate y C. Moreno (1997), p. 47

²²³ Dirección General de Estadística y Censos – DIGESTYC – (1999), *EHPM-98*; SICA (1999) reporta 18%.

²²⁴ SICA (1999) reporta 18%.

META	14.5 ²²⁷
------	---------------------

AÑO	TASA DE ANALFABETISMO EN MUJERES 15 + %	
	EHPM	Otras fuentes
1980		
1990		33.2 ²²⁸
1991		31.5 ²²⁹
1992		31.2 ²³⁰
1993		30.4 ²³¹
1994		28.3 ²³²
1995		26.3 ²³³
1996	24.4 ²³⁴	
1998	18.1 ²³⁵	
2000	16.1 ²³⁶ ???	
META	16.6	

34. Niños y niñas en circunstancias especialmente difíciles.

a. Meta:

Ofrecer (a) mejor protección a los niños y niñas en circunstancias especialmente difíciles y (b) eliminar las causas fundamentales que conduzcan a tales situaciones.²³⁷

b. Definición de indicador: tasa total de discapacidad infantil.

Proporción de niños y niñas menores de 15 años que han mostrado alguna discapacidad física o mental.²³⁸

²²⁵ Proyección

²²⁶ EHPM-2000

²²⁷ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991), p. 28; Lima y Cortez (1996).

²²⁸ Proyección

²²⁹ Lima y Cortez (1996).

²³⁰ Lima y Cortez (1996).

²³¹ Lima y Cortez (1996).

²³² Lima y Cortez (1996).

²³³ Lima y Cortez (1996).

²³⁴ EHPM (1996), N. Saca, J. Donis, G. Garate y C. Moreno (1997), p. 47

²³⁵ Dirección General de Estadística y Censos – DIGESTYC – (1999), *EHPM-1998*.

²³⁶ Proyección.

²³⁷ Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000), p. 40. UNICEF (2000), *National Report on Follow-up to the World Summit for Children. Technical Guidelines for the Statistical Appendix*, pp. 12 y 13.

c. Datos nacionales.

El país carece de información sistematizada sobre la incidencia de la discapacidad entre niños y niñas .

35. Salud y nutrición de la niñas y de las mujeres embarazadas y en período de lactancia.

9.6. Tasa de mortalidad de niños y tasa de mortalidad de niñas que no han cumplido los cinco años de edad.²³⁹

9.7. Tasa de desnutrición global moderada y severa.²⁴⁰

9.8. Tasa de atención prenatal:

AÑO	ATENCIÓN PRENATAL A MEF EN EMBARZO		
	%		
	FESAL	Otras fuentes	Promedio ²⁴¹
1990	64.3 ²⁴²	28 ²⁴³ / 69 ²⁴⁴	55.7
1993	68.7 ²⁴⁵	68.7 ²⁴⁶	
1998	76 ²⁴⁷	56 ²⁴⁸	
2000	78.9 ²⁴⁹	58.35 ²⁵⁰	68.63

Considerando que la EHPM ha entrado recientemente en este tema, se ha dado prevalencia a mantener la tendencia señalada por FESAL. Sin embargo, teniendo en cuenta el tamaño mayor de la muestra de la EHPM se ve conveniente promediar – al menos provisionalmente – los datos absolutos de las tasas de 1990 y de 2000.

9.9. Tasa de incidencia de VIH:

²³⁸ UNICEF (2000), *National Report on Follow-up to the World Summit for Children. Technical Guidelines for the Statistical Appendix*, p. 12.

²³⁹ Ver arriba

²⁴⁰ Ver arriba

²⁴¹ Promedios FESAL y EHPM

²⁴² Proyección FESAL

²⁴³ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991); Lima y Cortez (1996)

²⁴⁴ SICA (1999) indica un 69 % para 1990.

²⁴⁵ FESAL-93, p. 144.

²⁴⁶ Lima y Cortez (1996).

²⁴⁷ FESAL-98, p. 225.

²⁴⁸ SICA (1999).

²⁴⁹ Proyección FESAL

²⁵⁰ EHPM-2000

La información con que se cuenta se refiere a la población total del país, no a la población entre 15 y 49 años de edad.

AÑO	INCIDENCIA DE SIDA Nº / 10 ⁵ hab.
1984	0.02 ²⁵¹
1998	9.08 ²⁵²
2000	7.19 ²⁵³

9.10. Tasa de incidencia de anemia:

36. Información y servicios para prever ciertos tipos de embarazos.

a. Meta:

Acceso universal – de todas las parejas – a información y servicios para prevenir embarazos (1) demasiado tempranos, (2) demasiado seguidos, (3) demasiado tardíos y (4) en cantidad excesiva.²⁵⁴

b. Definición de indicadores:

(11.1.) Incidencia del uso de contraceptivos: proporción de mujeres entre 15 y 49 años de edad que están usando – o sus contrapartes están usando – algún método contraceptivo – sea éste moderno o tradicional –.

(11.2.) Tasa de fertilidad en mujeres entre 15 y 19 años de edad: número de nacidos vivos de mujeres entre 15 y 19 años de edad por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años de edad.

(11.3.) Tasa global de fertilidad: número promedio de nacidos vivos de mujeres que han llegado al final de su período de gestación.

c. Datos nacionales.

10.4. Incidencia del uso de contraceptivos

AÑO	USO ACTUAL DE ANTICONCEPTIVOS MEF %
-----	--

²⁵¹ Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, MOH 2000.

²⁵² SICA (1999)

²⁵³ Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, MOH 2000.

²⁵⁴ UNICEF (2000), *National Report on Follow-up to the World Summit for Children. Technical Guidelines for the Statistical Appendix*, p. 14.

	FESAL	Otras fuentes	Promedio ²⁵⁵
1990	31.2 ²⁵⁶		28
1993	33.8 ²⁵⁷	33.8 ²⁵⁸	
1994		32 ²⁵⁹	
1998	38.2 ²⁶⁰		
2000	40 ²⁶¹	31.67 ²⁶²	35.8

AÑO	USO ACTUAL DE ANTICONCEPTIVOS MUJERES CASADAS / EN UNIÓN DE 15 A 44 AÑOS %	
	FESAL	Otras fuentes
1980		35 ²⁶³
1990	49.5	47 ²⁶⁴
1993	53.3 ²⁶⁵	
1998	59.7 ²⁶⁶	59.8 ²⁶⁷
2000	62.3	

10.5. Tasa de fertilidad en mujeres entre 15 y 19 años de edad

AÑO	TASA DE FERTILIDAD ENTRE 15 Y 19 AÑOS n° de nacidos vivos x 1000 mujeres
1985	125 ²⁶⁸
1990	124 ²⁶⁹
1995	116 ²⁷⁰
2000	108 ²⁷¹

²⁵⁵ Promedios FESAL y EHPM

²⁵⁶ Proyección FESAL

²⁵⁷ FESAL-93, p. 57.

²⁵⁸ Lima y Cortez (1996)

²⁵⁹ Lima y Cortez (1996); Quinto Ciclo de Medición-Metodología Sitios Centinela.

²⁶⁰ FESAL-98, p. 90.

²⁶¹ Proyección FESAL

²⁶² EHPM-2000

²⁶³ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991).

²⁶⁴ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991; Lima y Cortez (1996); SICA (1999).

²⁶⁵ FESAL-93, p. 57

²⁶⁶ FESAL-98, p. 96.

²⁶⁷ SICA (1999)

²⁶⁸ FESAL 88

²⁶⁹ FESAL-93

²⁷⁰ FESAL-98

²⁷¹ Proyección

10.6. Tasa global de fertilidad

AÑO	TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD 15-49 años promedio de nacidos vivos por mujer
1990	3.85 ²⁷²
1995	3.58 ²⁷³
2000	3.31 ²⁷⁴

37. Atención a la mujer embarazada.

a. Meta:

Acceso universal de todas las mujeres gestantes (1) a atención prenatal, (2) a atención de personal capacitado para asistirlos en el alumbramiento, y (3) a los servicios de consulta y atención para los embarazos de alto riesgo y emergencias obstétricas.²⁷⁵

b. Definición de indicadores:

(11.1.) Atención prenatal: proporción de mujeres entre 15 y 49 años de edad atendidas al menos una vez durante el embarazo por personal de salud calificado.

(11.2.) Atención al parto: proporción de partos atendidos por personal de salud calificado.

(11.3.) Atención obstétrica:

- número de unidades de servicio que ofrecen atención obstétrica **integral** esencial por cada 500.000 personas.
- número de unidades de servicio que ofrecen atención obstétrica **básica** esencial por cada 500.000 personas.

c. Datos nacionales.

²⁷² FESAL-98, p. 49

²⁷³ FESAL-98, p. 49

²⁷⁴ Proyección en base a FESAL

²⁷⁵ UNICEF (2000), *National Report on Follow-up to the World Summit for Children. Technical Guidelines for the Statistical Appendix*, pp. 14-15.

11.4. Atención prenatal.

AÑO	ATENCIÓN PRENATAL A MEF EN EMBARZO		
	%		
	FESAL	Otras fuentes	Promedio ²⁷⁶
1990	68.7 ²⁷⁷	28 ²⁷⁸ /69 ²⁷⁹	58.4
1995	76 ²⁸⁰		
2000	83.3 ²⁸¹	58.35 ²⁸²	70.8

Considerando que la EHPM ha entrado recientemente en este tema, se ha dado prevalencia a mantener la tendencia señalada por FESAL. Sin embargo, teniendo en cuenta el tamaño mayor de la muestra de la EHPM se ve conveniente promediar – al menos provisionalmente – los datos absolutos de las tasas de 1990 y de 2000.

11.5. Atención al parto.

- Indicador 32 (a) / META 2000: Cuidados del nacimiento / Proporción de mujeres entre 15 y 49 años de edad – MEF –que fueron atendidas en su último parto en un hospital por personal de salud calificado.²⁸³

AÑO	ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIA A MEF EN ÚLTIMO PARTO		
	%		
	FESAL	Otras fuentes	Promedio ²⁸⁴
1980		35 ²⁸⁵	
1990	46.8 ²⁸⁶	41 ²⁸⁷ /50 ²⁸⁸	42,3
1993	51 ²⁸⁹	51 ²⁹⁰	

²⁷⁶ Promedios FESAL y EHPM

²⁷⁷ FESAL-93, p. 144; Lima y Cortez (1996).

²⁷⁸ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991); Lima y Cortez (1996).

²⁷⁹ SICA (1999).

²⁸⁰ FESAL-98, p. 225.

²⁸¹ Proyección

²⁸² EHPM-2000

²⁸³ Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000), p. 37: “personal de salud capacitado sólo incluye médicos, enfermeras y parteras; no debe incluir comadronas – entrenadas o sin entrenar”.

²⁸⁴ Promedios FESAL y EHPM

²⁸⁵ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991).

²⁸⁶ Proyección

²⁸⁷ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991); Lima y Cortez (1996).

²⁸⁸ SICA (1999)

1998	58 ²⁹¹	87 ²⁹²	
2000	60.8 ²⁹³	49.20 ²⁹⁴	55

Considerando que la EHPM ha entrado recientemente en este tema, se ha dado prevalencia a mantener la tendencia señalada por FESAL. Sin embargo, teniendo en cuenta el tamaño mayor de la muestra de la EHPM se ve conveniente promediar – al menos provisionalmente – los datos absolutos de las tasas de 1990 y de 2000.

AÑO	ATENCIÓN EN HOSPITAL O EN LA CASA CON PARTERA. ²⁹⁵ A MEF EN ÚLTIMO PARTO %
1990	85.6 ²⁹⁶
1993	87 ²⁹⁷
1995	90.4 ²⁹⁸
2000	91.6 ²⁹⁹

11.6. Atención obstétrica³⁰⁰

38. Bajo peso al nacer.

a. Meta:

Reducción de la tasa de bajo peso al nacer – menos de 2.5 kg. o 5.5 libras – a menos de 10 %.³⁰¹

b. Definición de indicador: Peso al nacer menor que 2.5 kg.

Proporción de nacidos vivos que pesan menos de 2500 gramos.

²⁸⁹ FESAL-93, p. 154.

²⁹⁰ Lima y Cortez (1996).

²⁹¹ FESAL-98, p. 232

²⁹² SICA (1999).

²⁹³ Proyección FESAL.

²⁹⁴ EHPM-2000

²⁹⁵ Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000), p. 37: “personal de salud capacitado sólo incluye médicos, enfermeras y parteras; no debe incluir comadronas – entrenadas o sin entrenar”.

²⁹⁶ Proyección FESAL

²⁹⁷ FESAL-93, p. 154.

²⁹⁸ FESAL-98, p. 230

²⁹⁹ Proyección FESAL

³⁰⁰ Se carece de información

³⁰¹ UNICEF (2000), *National Report on Follow-up to the World Summit for Children. Technical Guidelines for the Statistical Appendix*, p. 15.

c. Datos nacionales.

AÑO	BAJO PESO AL NACER > 2.5 kg. %
1990	14 ³⁰²
1994	12 ³⁰³
1998	11 ³⁰⁴
2000	10 ³⁰⁵
META	> 10

39. Anemia por deficiencia de hierro.

a. Meta:

Reducción de la anemia por deficiencia de hierro en las mujeres a un tercio del nivel de 1990.³⁰⁶

b. Definición de indicador: Anemia.

Proporción de mujeres entre 15 y 49 años de edad con niveles de hemoglobina (1) debajo de los 12 gramos por 100 ml. de sangre para las mujeres no embarazadas y (2) debajo de los 11 gramos por 100 ml de sangre para las mujeres embarazadas.

c. Datos nacionales.

40. Anemia por deficiencia de hierro.

a. Meta:

Eliminación virtual de desórdenes por deficiencia de yodo.³⁰⁷

b. Definición de indicadores.

(15.1.) Consumo de sal iodada: proporción de hogares que consumen de manera adecuada sal iodada

³⁰² Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991); Lima y Cortez (1996).

³⁰³ Lima y Cortez (1996).

³⁰⁴ SICA (1999).

³⁰⁵ Proyección.

³⁰⁶ UNICEF (2000), *National Report on Follow-up to the World Summit for Children. Technical Guidelines for the Statistical Appendix*, pp. 15-16.

³⁰⁷ UNICEF (2000), *National Report on Follow-up to the World Summit for Children. Technical Guidelines for the Statistical Appendix*, p. 16.

(15.2.) Bajo nivel de yodo en orina: proporción de la población – (1) niños en edad escolar o (2) población en general – con niveles de yodo en orina por debajo de los 10 microgramos por 100 ml. de orina.³⁰⁸

c. Datos nacionales.

14.3. Consumo de sal yodada

- Indicador 9 / META 2000: Consumo de sal yodada / Proporción de hogares que consumen sal correctamente yodada.³⁰⁹

AÑO	CONSUMO ADECUADO DE SAL YODADA % de hogares	
	FESAL	Otras fuentes
1990		
1995	91.1 ³¹⁰	91.1 ³¹¹
1997		92 ³¹²
1998		98 ³¹³ /91 ³¹⁴
2000	96.34 ³¹⁵	

14.4. Bajo nivel de yodo en orina

41. Deficiencia en Vitamina A y sus consecuencias.

a. Meta:

Eliminación virtual de la deficiencia en Vitamina A y de sus consecuencias, incluyendo la ceguera.³¹⁶

b. Definición de indicadores.

³⁰⁸ Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000), p. 31: “para medirse a nivel nacional sólo cuando el 90% o más de los hogares consumen sal correctamente yodada”; Lima y González (1996) se refieren a este indicador pero no aportan datos.

³⁰⁹ Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000), p. 31; Lima y González (1996); Lima y Cortez (1996); SICA (1999) se refiere al “porcentaje de consumo de sal yodada”..

³¹⁰ EHMMM.

³¹¹ EHMMM, Lima Y González (1996), Lima y Cortez (1996)

³¹² MSPAS, Monitoreo Nacional.

³¹³ MSPAS, Monitoreo Nacional.

³¹⁴ SICA (1999).

³¹⁵ EHPM-2000

³¹⁶ UNICEF (2000), *National Report on Follow-up to the World Summit for Children. Technical Guidelines for the Statistical Appendix*, p. 17.

(15.1.) Niños que reciben suplementos de Vitamina A: proporción de niños entre 6 y 59 meses de edad que han recibido una ingesta adecuada de Vitamina A

(15.2.) Madres que reciben suplementos de Vitamina A: proporción de madres que han recibido una ingesta adecuada de Vitamina A antes de que el hijo cumpla 8 semanas de edad.

(15.3.) Bajo nivel de Vitamina A: proporción de niños entre 6 y 59 meses de edad con retinol sérico por debajo de 20 microgramos /100 ml.³¹⁷

c. Datos nacionales.

15.4. Niños que reciben suplementos de Vitamina A.

AÑO	INGESTA ADECUADA DE VITAMINA A > 5 años %
1980	67 ³¹⁸
1990	64 ³¹⁹
1998	68 ³²⁰
2000	69 ³²¹
META	100 ³²²

15.5. Madres que reciben suplementos de Vitamina A.³²³

15.6. Bajo nivel de Vitamina A.³²⁴

42. Lactancia materna.

a. Meta:

³¹⁷ Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000), p. 32. Lima Y González (1996), p. 36, hacen referencia a “la proporción de niños y niñas de 6 meses a 6 años de edad con niveles séricos de vitamina “A” debajo de 20 microgramos/dl” como un indicador de deficiencia de Vitamina A.

³¹⁸ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991)

³¹⁹ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991); Lima y Cortez (1996).

³²⁰ SICA (1999).

³²¹ Proyección

³²² Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000). Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991) y Lima y Cortez (1996) apuntan a una meta 2000 de 95%.

³²³ Se carece de información

³²⁴ Se carece de información

Lograr que todas las mujeres (1) utilicen exclusivamente la lactancia materna durante los primeros 6 meses y (2) continúen la lactancia con alimentación complementaria hasta el segundo año.³²⁵

b. Definición de indicadores.

(16.1.) Tasa de lactancia materna exclusiva: proporción de infantes menores de 4 meses – 120 días – de edad que son alimentados exclusivamente con leche materna

(16.2.) Tasa de alimentación complementaria: proporción de infantes entre 6 y 9 meses – entre 180 y 299 días – de edad que son alimentados con leche materna y con otros alimentos complementarios.

(16.3.) Tasa de lactancia materna continuada: proporción de niños entre 12 – 15 meses y 20 – 23 meses de edad que son alimentados con leche materna.³²⁶

(16.4.) Número de unidades de servicio para la Iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños: número de hospitales y maternidades que han sido designados como “amigos de los niños” dentro de los criterios globales de la Iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños – IHAN.

c. Datos nacionales:

16.5. Tasa de lactancia materna exclusiva.

AÑO	TASA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA % de niños entre 0 y 120 días	
	FESAL	Otras fuentes
1990	19.2 ³²⁷	19.9 ³²⁸
1993	20 ³²⁹	20 ³³⁰
1997		28 ³³¹
1998	21.2 ³³²	
2000	21.7 ³³³	

³²⁵ UNICEF (2000), *National Report on Follow-up to the World Summit for Children. Technical Guidelines for the Statistical Appendix*, p. 18.

³²⁶ Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000), p. 38; Lima y Cortez (1996) y Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991) retoman esta meta “hasta bien entrado el segundo año”, pero no tratan el indicador.

³²⁷ Proyección

³²⁸ Lima y Cortez (1996).

³²⁹ FESAL-93, p. 247.

³³⁰ Lima y Cortez (1996).

³³¹ Lima y Cortez (1996) asignan un 28% a 1995 sobre la base de la EHMMM (1995); pero según Lima y González (1996) dicha EHMMM arroja el dato de que “del 85% de los niños y niñas menores de 4 meses que están lactando actualmente, sólo el 28.6% lo hace exclusivamente.”

³³² FESAL-98, p. 310

META	100 ³³⁴
------	--------------------

AÑO	TASA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA % de niños entre 0 y 180 días	
	FESAL	Otras fuentes
1990		
1993	15 ³³⁵	
1995	19 ³³⁶	
1997		
1998	15.3 ³³⁷	
2000		
META	100 ³³⁸	

16.6. Tasa de alimentación complementaria

- Indicador 37 / META 2000: Tasa de alimentación complementaria / Lograr que el 100% de los niños y niñas entre 6 y 9 meses de edad – entre 180 y 299 días – sean alimentados con leche materna y con otros alimentos complementarios.³³⁹

AÑO	TASA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA % de niños entre 6 y 9 meses	
	FESAL	Otras fuentes
1990	72.4 ³⁴⁰	56 ³⁴¹
1993	75.9 ³⁴²	
1995		54.9 ³⁴³
1997		

³³³ Proyección

³³⁴ Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000); Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991), Lima y Cortez (1996) y Lima y González (1996) apuntan a una meta 2000 de 90.

³³⁵ FESAL-93, p. 247

³³⁶ Según Lima y González (1996) la EHMM (1995) arroja el dato de que “del 81% de los niños y niñas menores de 6 meses que están lactando actualmente, sólo el 23.1% lo hace en forma exclusiva.”

³³⁷ FESAL-98, p. 310.

³³⁸ Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000); Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991), Lima y Cortez (1996) y Lima y González (1996) apuntan a una meta 2000 de 90.

³³⁹ Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000), p. 38; Lima y Cortez (1996) y Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991) retoman esta meta pero no tratan el indicador.

³⁴⁰ Proyección

³⁴¹ Proyección en base a FESAL. SICA (1999) reporta 56

³⁴² FESAL-93, p. 247; se incluye el agua como alimento.

³⁴³ Según Lima y González (1996) la EHMM (1995) arroja el dato de que “El 54.9% de los niños y niñas continúan lactando hasta el primer año de vida...”

1998	81.8 ³⁴⁴	77.9 ³⁴⁵
2000	84.2 ³⁴⁶	
META	100	

16.7. Tasa de lactancia materna continuada.

- Indicador 38 (a) / META 2000: Tasa de lactancia materna continuada – LMC – (a) / Lograr que el 100% de los niños y niñas entre 12 y 15 meses de edad continúen recibiendo pecho.³⁴⁷

AÑO	TASA DE LACTANCIA CONTINUADA % de niños entre 12 y 15 meses	
	FESAL	Otras fuentes
1990	55.1 ³⁴⁸	
1993	57.7 ³⁴⁹	
1998	62 ³⁵⁰	
2000	63.7 ³⁵¹	52.4 ³⁵²
META	100	

AÑO	TASA DE LACTANCIA CONTINUADA % de niños entre 20 y 23 meses	
	FESAL	Otras fuentes
1990	26.7 ³⁵³	
1993	29.6 ³⁵⁴	
1995	31.9 ³⁵⁵	
1998	34.4 ³⁵⁶	
2000	36.3 ³⁵⁷	
META	100	

³⁴⁴ FESAL-98, p. 310.

³⁴⁵ SICA (1999).

³⁴⁶ Proyección

³⁴⁷ Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000), p. 38; Lima y Cortez (1996) y Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991) retoman esta meta “hasta bien entrado el segundo año”, pero no tratan el indicador.

³⁴⁸ Proyección

³⁴⁹ FESAL-93, p. 247.

³⁵⁰ FESAL-98, p. 310.

³⁵¹ Proyección

³⁵² EHPM-2000

³⁵³ Proyección

³⁵⁴ FESAL-93, p. 247.

³⁵⁵ Según Lima y González (1996) la EHMM (1995) arroja el dato de que “la lactancia materna hasta los dos años se reduce al 31.9% ...”

³⁵⁶ FESAL-94, p. 310.

³⁵⁷ Proyección

16.8. Número de unidades de servicio para la Iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños.

43. Crecimiento y desarrollo de los niños y niñas.

a. Meta:

AÑO	MONITOREO DE DESARROLLO Y CRECIMIENTO % de niños entre 0 y 5 años	
	FESAL	Otras fuentes
1990	75.3 ³⁵⁸	
1993	80.8 ³⁵⁹	
1995		
1998	89.9 ³⁶⁰	
2000	93.5 ³⁶¹	
META	100	

44. Seguridad alimentaria del hogar.

a. Meta:

Difusión de (a) conocimientos y de (b) servicios de apoyo para aumentar la producción de alimentos a fin de garantizar la seguridad alimentaria familiar.³⁶²

b. Datos nacionales:

Por su propia definición, la tasa de hogares “en pobreza extrema” es un buen indicador del nivel de inseguridad alimentaria en el país; pero también lo es la tasa de hogares en “pobreza relativa”, ya que la presión por responder a necesidades insatisfechas de vestido, etc. incide negativamente de hecho en la capacidad alimentaria del hogar.

AÑO	HOGARES EN POBREZA %
1990	59 ³⁶³

³⁵⁸ Proyección

³⁵⁹ FESAL-93, p. 159

³⁶⁰ FESAL-98, p. 344.

³⁶¹ Proyección

³⁶² UNICEF (2000), *National Report on Follow-up to the World Summit for Children. Technical Guidelines for the Statistical Appendix*, p. 18.

³⁶³ Proyección

1994	52 ³⁶⁴
1998	45 ³⁶⁵
2000	41.5 ³⁶⁶

AÑO	HOGARES EN POBREZA EXTREMA %
1990	29 ³⁶⁷
1994	24 ³⁶⁸
1998	19 ³⁶⁹
2000	16.5 ³⁷⁰

- **La disponibilidad de calorías por persona** disminuyó de 2,688 en 1975 a 2,057 en 1982, y creció a 2,140 en 1995; de continuar este ritmo de crecimiento 82-95 la disponibilidad en el año 2000 sería de 2172, se alcanzaría el nivel recomendado – 2,200 – en 2005, y se recuperaría el nivel de 1975 en 2080.
- **La disponibilidad de proteínas por persona** disminuyó de 68 g. en 1975 a 43 g. en 1982, y creció a 58 g. en 1995, superando entonces el nivel recomendado – 47 g. –; de continuar este ritmo de crecimiento 82-95 la disponibilidad en el año 2000 sería de 64 g, y se recuperaría el nivel de 1975 en 2004.

45. Poliomieltitis.

a. Meta:

Erradicación global de la poliomieltitis para el año 2000.³⁷¹

b. Definición de indicador.

Casos de Poliomieltitis: número anual de casos de poliomieltitis.

c. Datos nacionales:

46. Tétanos Neonatal.

³⁶⁴ Dirección General de Estadística y Censos – DIGESTYC – (1995), EHPM-1994.

³⁶⁵ Dirección General de Estadística y Censos – DIGESTYC – (1999).EHPM-1998.

³⁶⁶ Proyección

³⁶⁷ Proyección

³⁶⁸ EHPM-1994.

³⁶⁹ EHPM-1998.

³⁷⁰ Proyección

³⁷¹ UNICEF (2000), *National Report on Follow-up to the World Summit for Children. Technical Guidelines for the Statistical Appendix*, p. 19.

a. Meta:

Eliminación del Tétanos Neonatal para 1995.³⁷²

b. Definición de indicador.

Casos de Tétanos Neonatal: número anual de casos de Tétanos Neonatal.

c. Datos nacionales:

AÑO	TETANOS NEONATAL Nº de casos
1980	61 ³⁷³
1990	18 ³⁷⁴ / 21 ³⁷⁵ / 26 ³⁷⁶
1991	14 ³⁷⁷
1992	25 ³⁷⁸
1993	18 ³⁷⁹
1994	9 ³⁸⁰
1995	3 ³⁸¹
1998	0 ³⁸²
1999	
2000	

47. Sarampión.

a. Meta:

³⁷² UNICEF (2000), *National Report on Follow-up to the World Summit for Children. Technical Guidelines for the Statistical Appendix*, p. 19.

³⁷³ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991).

³⁷⁴ SICA (1999)

³⁷⁵ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991).

³⁷⁶ Documentos oficiales de epidemiología del MSPAS informan de 26 casos; ver también Lima y Cortez (1996).

³⁷⁷ MSPAS; Lima y Cortez (1996)

³⁷⁸ MSPAS; Lima y Cortez (1996)

³⁷⁹ MSPAS; Lima y Cortez (1996)

³⁸⁰ MSPAS; Lima y Cortez (1996)

³⁸¹ MSPAS; Lima y Cortez (1996)

³⁸² SICA (1999).

Reducción (1) del 95% de las defunciones y (2) del 90% de los casos de sarampión – en comparación con los niveles previos a la inmunización – para 1995, como paso importante para erradicar a largo plazo el sarampión en todo el mundo.³⁸³

b. Definición de indicador.

(21.1.) Defunciones por sarampión de niñas y niños menores de 5 años: número anual de defunciones por sarampión de niños y niñas menores de 5 años.³⁸⁴

(21.2.) Casos de sarampión: número anual de casos de Sarampión en niños y niñas menores de 5 años.

c. Datos nacionales:

21.3. Defunciones por sarampión de niñas y niños menores de 5 años

AÑO	DEFUNCIONES POR SARAMPIÓN < 5 años Nº
1980	48 ³⁸⁵
1989	350 ³⁸⁶
1990	21 ³⁸⁷
1991	0 ³⁸⁸
1992	0 ³⁸⁹
1993	0 ³⁹⁰
1994	0 ³⁹¹
1995	0 ³⁹²

21.4. Casos de sarampión

³⁸³ UNICEF (2000), *National Report on Follow-up to the World Summit for Children. Technical Guidelines for the Statistical Appendix*, p. 20.

³⁸⁴ Esto implica una reducción de esta magnitud como promedio de tres años; Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000). Lima y González (1996), Resumen Ejecutivo, p. II. Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991) hace referencia al número de defunciones por 100.000 habitantes.

³⁸⁵ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991).

³⁸⁶ Lima y González (1996), p. 22.

³⁸⁷ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991); Documentos oficiales de epidemiología del MSPAS; Lima y Cortez (1996).

³⁸⁸ MSPAS; Lima y Cortez (1996)

³⁸⁹ MSPAS; Lima y Cortez (1996)

³⁹⁰ MSPAS; Lima y Cortez (1996)

³⁹¹ MSPAS; Lima y Cortez (1996)

³⁹² MSPAS; Lima y Cortez (1996)

AÑO	CASOS DE SARAMPIÓN < 5 años N
1990	37 ³⁹³
1993	38 ³⁹⁴
1998	0 ³⁹⁵

48. Cobertura de la vacunación.

a. Meta:

Mantenimiento de un alto nivel de cobertura de inmunización – vacunación – (1) de por lo menos un 90% de los niños y niñas menores de 1 año de edad, para el año 2000 contra (a) la difteria, (b) la tos ferina, (c) el tétanos, (d) el sarampión, (e) la poliomielitis, y (f) la tuberculosis; y (2) de las mujeres en edad de procrear – MEF – contra el tétanos..³⁹⁶

b. Definición de indicador.

(22.1.) Cobertura de inmunización contra DPT: proporción de niños de un año de edad inmunizados contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT).

(22.2.) Cobertura de inmunización contra sarampión: proporción de niños de un año de edad inmunizados contra el sarampión.

(22.3.) Cobertura de inmunización contra la poliomielitis: proporción de niños de un año de edad inmunizados contra la poliomielitis.

(22.4.) Cobertura de inmunización contra la tuberculosis: proporción de niños de un año de edad inmunizados contra la tuberculosis.

(22.5.) Niños protegidos contra el tétano neonatal: Proporción de niños de un año protegidos contra el tétano neonatal a través de la inmunización de sus madres.

c. Datos nacionales:

22.5. Cobertura de inmunización contra DPT

AÑO	INMUNIZADOS CONTRA DPT %
-----	-----------------------------

³⁹³ SICA (1999).

³⁹⁴ Lima y Glonzález (1996), p. 20. Resultado de la epidemia centroamericana.

³⁹⁵ SICA (1999).

³⁹⁶ UNICEF (2000), *National Report on Follow-up to the World Summit for Children. Technical Guidelines for the Statistical Appendix*, p. 20.

	FESAL	Otras fuentes
1980		55 ³⁹⁷
1990	60%	72 ³⁹⁸ 75 ³⁹⁹ /76 ⁴⁰⁰
1991		60 ⁴⁰¹
1992		61 ⁴⁰²
1993	62 ⁴⁰³	79 ⁴⁰⁴
1995		84.3 ⁴⁰⁵
1998	65.4 ⁴⁰⁶	65.4 ⁴⁰⁷
2000	66.8	96.8 ⁴⁰⁸
META	90	

22.6. Cobertura de inmunización contra sarampión

AÑO	INMUNIZADOS CONTRA EL SARAMPIÓN < 1 año %
1980	48 ⁴⁰⁹
1990	72/76/77 ⁴¹⁰
1991	62 ⁴¹¹
1992	55 ⁴¹²
1993	86 ⁴¹³
1994	83 ⁴¹⁴
1995	88 ⁴¹⁵ / 90.9 ⁴¹⁶
1998	55.4 ⁴¹⁷

³⁹⁷ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991)

³⁹⁸ SICA (1999) calcula un 72% de cobertura en inmunizaciones en general a niños y niñas menores de 1 año de edad.

³⁹⁹ Documentos Oficiales de Epidemiología del MSPAS y Lima y Cortez (1996).

⁴⁰⁰ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991)..

⁴⁰¹ Lima y Cortez (1996).

⁴⁰² Lima y Cortez (1996).

⁴⁰³ Lima y Cortez (1996)

⁴⁰⁴ Lima y Cortez (1996)

⁴⁰⁵ EHPM-95

⁴⁰⁶ **FESAL-98**, p. 349

⁴⁰⁷ SICA (1999) refiere esta tasa al conjunto de inmunizaciones de niños menores de 1 año de edad.

⁴⁰⁸ EHPM-2000

⁴⁰⁹ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991)

⁴¹⁰ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991). Documentos Oficiales de Epidemiología del MSPAS y Lima y Cortez (1996) informan de un 77%; SICA (1999) calcula un 72% de cobertura en inmunizaciones en general a niños y niñas menores de 1 año de edad.

⁴¹¹ Lima y Cortez (1996).

⁴¹² Lima y Cortez (1996).

⁴¹³ Lima y Cortez (1996).

⁴¹⁴ Lima y Cortez (1996).

⁴¹⁵ Lima y Cortez (1996).

⁴¹⁶ EHPM-95

2000	71.89 ⁴¹⁸
META	90

22.7. Cobertura de inmunización contra la poliomielitis

AÑO	INMUNIZADOS CONTRA LA POLIOMIELITIS < 1 año %
1990	61.4 ⁴¹⁹
1991	60 ⁴²⁰
1992	62 ⁴²¹
1993 F	61.8 ⁴²²
1993	63.6 ⁴²³
1994	89 ⁴²⁴
1995	83.10 ⁴²⁵ / 90 ⁴²⁶
1998 F	65.4 ⁴²⁷
1998	67.2 ⁴²⁸
2000	68.6 ⁴²⁹ / 96.85 ⁴³⁰
META	90 ⁴³¹

22.8. Cobertura de inmunización contra la tuberculosis

AÑO	INMUNIZADOS CONTRA
-----	--------------------

⁴¹⁷ *FESAL-98*, p. 349; SICA (1999) reporta 73.8 para el conjunto de inmunizaciones de niños menores de 1 año de edad.

⁴¹⁸ EHPM-2000

⁴¹⁹ Proyección en base a FESAL. Los Documentos Oficiales de Epidemiología del MSPAS reportan 76, y Lima y Cortez (1996) informan de un 77%; Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991) no toma en cuenta este indicador. SICA (1999) calcula un 72% de cobertura en inmunizaciones en general a niños y niñas menores de 1 año de edad.

⁴²⁰ Lima y Cortez (1996).

⁴²¹ Lima y Cortez (1996).

⁴²² FESAL-93, p. 176.

⁴²³ Proyección en base a FESAL; Lima y Cortez (1996) reporta 79.

⁴²⁴ Lima y Cortez (1996).

⁴²⁵ EHPM-95

⁴²⁶ Lima y Cortez (1996).

⁴²⁷ Asociación Demográfica Salvadoreña – ADS – (2000), *FESAL-98*, p. 349.

⁴²⁸ Proyección FESAL; SICA (1999) reporta 73.8 para el conjunto de inmunizaciones de niños menores de 1 año de edad.

⁴²⁹ Proyección sobre la base de FESAL-93 y FESAL-98.

⁴³⁰ EHPM-2000

⁴³¹ Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000), p. 34.

	LA TUBERCULOSIS CON BCG < 1 año %
1990	58 / 72 / 77 / 79.8 ⁴³²
1991	66 ⁴³³
1992	62 ⁴³⁴
1993	79 / 80.9 ⁴³⁵ / 86.5 ⁴³⁶
1994	82 ⁴³⁷
1995	78.3 / 81 ⁴³⁸
1998	73.8 ⁴³⁹ / 92.1 ⁴⁴⁰
2000	97.23 ⁴⁴¹
META	90 ⁴⁴²

22.9. Niños protegidos contra el tétano neonatal

AÑO	INMUNIZADAS CON TOXOIDE TETÁNICO MEF %
1990	73.3 ⁴⁴³ / 78.4 ⁴⁴⁴
1988-1993	79.4 ⁴⁴⁵
1995	88 ⁴⁴⁶
1998	69 ⁴⁴⁷ / 89.6 ⁴⁴⁸

⁴³² Proyección en base a FESAL. Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991) reporta 58; Documentos Oficiales de Epidemiología del MSPAS y Lima y Cortez (1996) informan de un 77%; SICA (1999) calcula un 72% de cobertura en inmunizaciones en general a niños y niñas menores de 1 año de edad.

⁴³³ Documentos Oficiales de Epidemiología del MSPAS y Lima y Cortez (1996).

⁴³⁴ Documentos Oficiales de Epidemiología del MSPAS y Lima y Cortez (1996).

⁴³⁵ FESAL-93, p. 174.

⁴³⁶ Documentos Oficiales de Epidemiología del MSPAS y Lima y Cortez (1996) reportan 79.

⁴³⁷ Documentos Oficiales de Epidemiología del MSPAS y Lima y Cortez (1996).

⁴³⁸ Documentos Oficiales de Epidemiología del MSPAS y Lima y Cortez (1996). Según Lima y González (1996) la EHMM (1995) indica una cobertura de 78.3% en niños y niñas menores de 5 años de edad.

⁴³⁹ SICA (1999) reporta 73.8 para el conjunto de inmunizaciones de niños menores de 1 año de edad.

⁴⁴⁰ Asociación Demográfica Salvadoreña – ADS – (2000), *FESAL-98*, p. 349; SICA (1999) reporta 73.8 para el conjunto de inmunizaciones de niños menores de 1 año de edad.

⁴⁴¹ EHPM-2000

⁴⁴² Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000).

⁴⁴³ Proyección

⁴⁴⁴ SICA (1999) reporta 12 refiriéndose a la inmunización de TT2 en embarazadas.

⁴⁴⁵ FESAL-93, p. 150.

⁴⁴⁶ EHMM (1995) en Lima y González (1996), pp. 17-18: “Se encontró que más del 88% de las mujeres en edad fértil habían tenido la aplicación de por lo menos una dosis con el toxoide tetánico. El esquema de vacunación indica que se necesita un mínimo de 2 dosis ... con un período de tiempo entre cada dosis de un mes, y luego la aplicación de 3 refuerzos a los 6 meses, 2 y 5 años.”

⁴⁴⁷ SICA (1999) reporta 69 como la tasa a la cobertura de TT2 en embarazadas

2000	98.8 ⁴⁴⁹
META	90 ⁴⁵⁰

49. Diarrea.

a. Meta:

Reducción (1) en un 50% de las muertes de niños y niñas menores de 5 años causadas enfermedades diarreicas, y reducción (2) en un 25% de la tasa de incidencia de la diarrea en niños y niñas menores de 5 años.⁴⁵¹

b. Definición de indicadores.

(23.1.) Defunciones por diarrea de menores de cinco años: número anual de defunciones por diarrea de menores de cinco años

(23.2.) Casos de diarrea: número promedio anual de episodios de diarrea por niño menor de cinco años

(23.3.) Tasa de uso de la terapia de rehidratación oral – TRO =: proporción de niños entre 0 y 59 meses de edad que tuvieron diarrea en las últimas dos semanas y que fueron tratados con sales de rehidratación oral o con soluciones caseras apropiadas.

(23.4.) Manejo domiciliario de la diarrea: proporción de niños entre 0 y 59 meses de edad que tuvieron diarrea en las últimas dos semanas que recibieron abundantes líquidos y alimentación continuada durante el episodio.

c. Datos nacionales:

23.5. Defunciones por diarrea de menores de cinco años⁴⁵²

23.6. Casos de diarrea

AÑO	NIÑOS CON DIARREA EN LAS DOS SEMANAS ÚLTIMAS < 5 años TASA
1990	24.9 ⁴⁵³ / 27.2 ⁴⁵⁴

⁴⁴⁸ FESAL-98, p. 230.

⁴⁴⁹ Proyección en base a FESAL-93 y FESAL-98.

⁴⁵⁰ Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000), P. 34.

⁴⁵¹ UNICEF (2000), *National Report on Follow-up to the World Summit for Children. Technical Guidelines for the Statistical Appendix*, p. 21-22.

⁴⁵² Se carece de información

1988-1993	24.4 ⁴⁵⁵
1993	22.1 ⁴⁵⁶
1998 F	19.8
1998	19.8 ⁴⁵⁷
2000	18 ⁴⁵⁸
META F	20.4

23.7. Tasa de uso de la terapia de rehidratación oral – TRO –

- Indicador 26 / META 2000: Tasa de uso de la terapia de rehidratación oral – TRO – / proporción de niños y niñas de 0 a 59 meses – menores de 5 años de edad – que tuvieron diarrea en las dos últimas semanas y que fueron tratados con sales de rehidratación oral o con soluciones caseras apropiadas.⁴⁵⁹

AÑO	USO DE TRO < 5 años Tasa
1990 F	44
1990	48.2 ⁴⁶⁰
1993	49 ⁴⁶¹
1995	65 ⁴⁶²
1998	57.4 ⁴⁶³
2000	60.8

23.8. Manejo domiciliario de la diarrea⁴⁶⁴

⁴⁵³ Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991) reporta 39; Documentos Oficiales de Epidemiología del MSPAS y Lima y Cortez (1996); SICA (1999) no hace referencia a este indicador.

⁴⁵⁴ Promedio

⁴⁵⁵ FESAL-93. Lima y Cortez (1996)

⁴⁵⁶ Proyección en base a FESAL; reporta 24.4.

⁴⁵⁷ Asociación Demográfica Salvadoreña – ADS – (2000), *FESAL-98*, pp. 337, 354, 355. La tasa de diarrea con deshidratación grave era de 10.1.

⁴⁵⁸ Proyección en base a FESAL-93 y FESAL-98.

⁴⁵⁹ Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000), p. 35; Lima y Cortez (1996). Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991) no lo considera como indicador, así como tampoco SICA (1999). Según Lima y González (1996), “Cuando un niño o niña padece de diarrea y en lugar de ponerlo a dieta, administrarle algún antibiótico y/o amarrarle algún emplasto al ombligo, como una mala práctica del pasado, se le aumentan los líquidos, se le administran sales de rehidratación oral y continúa comiendo y/o lactando al pecho, se dice que el niño está utilizando la Terapia de Rehidratación Oral (TRO)”.

⁴⁶⁰ Documentos Oficiales de Epidemiología del MSPAS y Lima y Cortez (1996) reportan 56.

⁴⁶¹ FESAL-93.

⁴⁶² EHMMM, Lima y Cortez (1996), Lima y González (1996).

⁴⁶³ Asociación Demográfica Salvadoreña – ADS – (2000), *FESAL-98*, pp. 338, 358.

⁴⁶⁴ Se carece de información

50. Infecciones respiratorias agudas – IRA –

a. Meta:

Reducción en un tercio de las defunciones a raíz de las infecciones respiratorias agudas en los niños menores de 5 años.⁴⁶⁵

b. Definición de indicadores.

(24.1.) Defunciones por infecciones respiratorias agudas de menores de cinco años: número anual de defunciones de menores de cinco años por infecciones respiratorias agudas:

(24.2.) Búsqueda de atención para infecciones respiratorias agudas: proporción de niños entre 0 y 59 meses de edad que tuvieron alguna infección respiratoria aguda en las dos últimas semanas y tuvieron los servicios de salud apropiados.

c. Datos nacionales:

24.3. Defunciones por infecciones respiratorias agudas de menores de cinco años

AÑO	DEFUNCIONES POR IRA < 5 años Nº/Tasa
1990	20 ⁴⁶⁶
1998	15 ⁴⁶⁷
2000	13.75 ⁴⁶⁸
META	13.4 ⁴⁶⁹

AÑO	PREVALENCIA DE IRA < 5 años Tasa
1990	62.1 ⁴⁷⁰ / 67.4 ⁴⁷¹
1993	59.4 ⁴⁷²

⁴⁶⁵ UNICEF (2000), *National Report on Follow-up to the World Summit for Children. Technical Guidelines for the Statistical Appendix*, p. 22.

⁴⁶⁶ SICA (1999)

⁴⁶⁷ SICA (1999).

⁴⁶⁸ Proyección en base a SICA (1999).

⁴⁶⁹ SICA (1999)

⁴⁷⁰ Proyección en base a FESAL. Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991) y Lima y Cortez (1996) reportan 70.

⁴⁷¹ Proyección

⁴⁷² Asociación Demográfica Salvadoreña – ADS – (1994), *FESAL-93*, p. 214.

1998	32.9 ⁴⁷³
2000 F	22.3

24.4. Búsqueda de atención para infecciones respiratorias agudas

Cuidados para las infecciones respiratorias agudas / Proporción de niños y niñas de 0 a 59 meses de edad – menores de 5 años – que tuvieron infección respiratoria aguda – IRA – en las dos últimas semanas y que tuvieron una apropiada atención de salud.⁴⁷⁴

AÑO	ATENCIÓN A IRA < 5 años Proporción
1990	41.9 ⁴⁷⁵
1993	46.3 ⁴⁷⁶
1998	53.7 ⁴⁷⁷
2000	56.7 ⁴⁷⁸

51. Dracunculiasis

a. Meta:

Eliminación de la dracunculiasis para el año 2000.⁴⁷⁹

b. Definición de indicador.

Casos de dracunculiasis: número anual de casos de dracunculiasis en la población total.

No se dan casos.

52. Actividades de estimulación temprana

a. Meta:

⁴⁷³ Asociación Demográfica Salvadoreña – ADS – (2000), *FESAL-98*, p. 363.

⁴⁷⁴ Secretaría Pro Tempore en Infancia y Política Social, Acuerdo de Lima (2000), p. 35. Lima y Cortez (1996), Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (1991) y SICA (1999) no retoman este indicador así expresado.

⁴⁷⁵ Proyección FESAL-93 y FESAL 98.

⁴⁷⁶ Asociación Demográfica Salvadoreña – ADS – (1994), *FESAL-93*, p. 216.

⁴⁷⁷ Asociación Demográfica Salvadoreña – ADS – (2000), *FESAL-98*, p. 367.

⁴⁷⁸ EHPM-2000.

⁴⁷⁹ UNICEF (2000), *National Report on Follow-up to the World Summit for Children. Technical Guidelines for the Statistical Appendix*, p. 22.

Expandir las actividades de estimulación temprana – de desarrollo en la primera infancia – incluyendo las intervenciones – apropiadas y – de bajo costo a nivel de – con base en – la familia y la comunidad.⁴⁸⁰

b. Definición de indicador.

(26.1.) Desarrollo pre-escolar:

- La **tasa de desarrollo inicial** como la proporción de niños y niñas entre 0 y 3 años cumplidos de edad que asisten a algún centro de educación era 2 % en 1998.⁴⁸¹
- La **tasa de desarrollo inicial parvulario** como la proporción de niños y niñas entre 0 y 6 años cumplidos de edad que son atendidos en educación inicial y parvularia ha sido incrementada de 14.7 en 1990 a 20.1 en 2000. A este ritmo una tasa 100 sería inalcanzable en el presente siglo.

AÑO	EDUCACIÓN PARVULARIA 4 - 6 AÑOS %
1990	19.4
1991	22.2 ⁴⁸²
1992	22.3 ⁴⁸³
1993	24 ⁴⁸⁴
1994	27.5 ⁴⁸⁵
1995	27.4 ⁴⁸⁶
1998	42 ⁴⁸⁷
2000	47.7
META	(50)? ⁴⁸⁸

- La **tasa de educación parvularia** como la proporción de niños y niñas entre 4 y 6 años cumplidos de edad que son atendidos en educación parvularia ha sido incrementada de 19.4 en 1990 a 49.7 en 2000. A este ritmo una tasa 100 sería alcanzada en 2019.

(26.2.) Prevalencia de bajo peso⁴⁸⁹

⁴⁸⁰ UNICEF (2000), *National Report on Follow-up to the World Summit for Children. Technical Guidelines for the Statistical Appendix*, p. 23.

⁴⁸¹ Dirección General de Estadística y Censos – DIGESTYC – (1999), EHPM-1998: son 616,166 los niños y niñas que no asisten; entre los que asisten, 6,952 son niños (55%) y 5,650 niñas (45%).

⁴⁸² EHPM en Lima y Cortez (1996).

⁴⁸³ EHPM en Lima y Cortez (1996).

⁴⁸⁴ EHPM en Lima y Cortez (1996).

⁴⁸⁵ EHPM en Lima y Cortez (1996).

⁴⁸⁶ EHPM en Lima y Cortez (1996).

⁴⁸⁷ Dirección General de Estadística y Censos – DIGESTYC – (1999), *EHPM-98*; son 274,293 los niños y niñas que no asisten; de los que asisten 98,191 son niños (49.6%) y 99,609 son niñas (50.4%).

⁴⁸⁸ Lima y Cortez (1996).

⁴⁸⁹ Ver arriba 3.1.

Indicadores adicionales para monitorear los derechos de los niños

Indicadores para monitorear VIH / SIDA