



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



República de El Salvador, C.A.



Encuesta Nacional de Salud Familiar

FESAL 2008



INFORME RESUMIDO

FEBRERO DE 2009



Presentación

El presente informe contiene un resumen de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL-2008), conducida bajo la responsabilidad directa de la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS), con la participación activa del Comité Consultivo Interinstitucional coordinado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) e integrado también por: El Ministerio de Educación (MINED), la Secretaría Técnica de la Presidencia (STP), la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC), la Secretaría Nacional de la Familia (SNF), el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU), el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), la Asociación Nacional de Pediatría de El Salvador (ASOPEDES), la Asociación Nacional de Ginecología y Obstetricia de El Salvador (ASOGOES), la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador (UES), la Alianza para la Salud Sexual y Reproductiva en El Salvador, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), Plan El Salvador, y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID/El Salvador), que a su vez está brindando más del 90 por ciento del apoyo financiero para la ejecución de la encuesta, bajo los términos del Convenio de Cooperación No. 519-A-00-07-00049-00. En todo este proceso se contó con la asistencia técnica de la División de Salud Reproductiva de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), Atlanta, Georgia, de los Estados Unidos de Norte América.

Al poner a disposición el presente informe resumido de FESAL-2008, las instituciones participantes mantenemos como propósito central, satisfacer las necesidades de información sobre población y salud de las instituciones y personas que dedican esfuerzos para implantar políticas, estrategias y programas, que contribuyan a mejorar la calidad de vida y especialmente la salud de la población y la familia salvadoreña.

Como Presidente de la Asociación Demográfica Salvadoreña deseo expresar mi especial agradecimiento a todas las instituciones que con su apoyo permitieron en tan corto tiempo, poner a su disposición este primer informe para la toma de decisiones, manteniendo el compromiso de distribuirles el informe final de los resultados de FESAL-2008, en el tercer trimestre del año 2009, cumpliendo así nuestro compromiso con el país.



Ing. José Fernando Márquez
Presidente

San Salvador, febrero de 2009

Índice de Contenido

Presentación

Antecedentes y tamaño de la muestra	3
Características generales	4
Fecundidad	6
Niveles y tendencias de la fecundidad	6
Determinantes de la fecundidad.....	7
Preferencias reproductivas.....	7
Planificación familiar	9
Conocimiento de métodos anticonceptivos.....	9
Tendencias de la prevalencia de uso de anticonceptivos	9
Diferenciales en la prevalencia de uso de anticonceptivos.....	10
Fuente de anticonceptivos.....	11
Población que no usa anticonceptivos	12
Salud sexual y reproductiva de las mujeres de 15 a 24 años de edad	13
Primera experiencia sexual y uso de anticonceptivos.....	13
Primer embarazo y sus consecuencias.....	15
Conocimiento, actitudes y prácticas ante el VIH/Sida.....	16
Conocimiento del VIH/Sida.....	16
Actitudes ante el VIH/Sida.....	17
Prácticas preventivas y conductas de riesgo	18
Violencia contra la mujer	20
Violencia de pareja	20
Violencia sexual.....	22
Salud de la mujer.....	23
Uso de los servicios de salud materna.....	23
Resultado del último embarazo y partos por cesárea	25
Uso de servicios para la detección del cáncer cérvico-uterino y de mamas	26

Mortalidad infantil y en la niñez	27
Tendencias de la mortalidad	27
Diferenciales de la mortalidad	28
Mortalidad perinatal	30
Lactancia materna y estado nutricional del(a) menor de 5 años.....	31
Lactancia materna	31
Indicadores antropométricos	32
Prevalencia de anemia	34
Salud del(a) niño(a)	35
Monitoreo del crecimiento y desarrollo del(a) menor de 5 años	35
Niveles de inmunización.....	36
Prevalencia y tratamiento de la diarrea y de las infecciones respiratorias.....	37
Situación escolar de la población de 7 a 14 años.....	39
Asistencia escolar.....	39
Repitencia escolar	41
Tendencias de los indicadores seleccionados, por área de Residencia: FESAL-2002/03 y FESAL-2008	42
Datos básicos, por región de salud.....	44
Aspectos metodológicos.....	46
Anexo: Indicadores departamentales, encuesta FESAL - 2008.....	47

Antecedentes y tamaño de la muestra

El Salvador es uno de los países más pequeños del Continente Americano. La DIGESTYC estimó una población de 5.7 millones habitantes para el año 2007, en un territorio de 21,040.79 Kms. ², y como resultado, una tasa de densidad poblacional de 273 habitantes por Km. ². Para este mismo año se estimó que el 62.7 por ciento de la población residía en áreas urbanas y que el 44.4 por ciento era de 15 a 49 años de edad. La dinámica de la población salvadoreña ha sido caracterizada por mantener tasas relativamente altas de natalidad y mortalidad y un saldo neto migratorio negativo.

La encuesta de la novena de las encuestas que desde 1973 ha realizado la ADS, para estudiar los diferenciales y las tendencias de la fecundidad y la prevalencia del uso de anticonceptivos entre las mujeres de edad fértil en El Salvador, incorporando a partir de 1985, importantes temas relacionados con la salud materna e infantil. Los resultados de estas encuestas permiten mantener una evaluación periódica del estado nutricional de la población infantil, del proceso de adopción de los servicios de salud reproductiva, una amplia gama de indicadores de salud y su impacto en los niveles de mortalidad materna e infantil. En esta oportunidad también se incluyó otros módulos importantes como el de violencia contra la mujer, asistencia escolar de la población de 5 a 19 años de edad y se fortaleció el módulo de indicadores VIH. Sin embargo, a diferencia de FESAL-2002/03, en esta ocasión ya no fue posible hacer la encuesta con hombres, por falta de financiamiento y de evidencia del uso institucional de los resultados.

Para la realización de la encuesta FESAL-2008, se seleccionó una muestra probabilística, aleatoria y representativa al nivel de departamento, que cubre la división administrativa primaria de la República de El Salvador. El tamaño de la muestra es de 21,595 viviendas distribuidas en 617 segmentos censales, con la salvedad que FESAL-98 sobre-muestreó el departamento de San Salvador para que las unidades técnico-administrativas del MSPAS, identificadas como sistemas básicos

de salud integral (SIBASI's), tuvieran similar representatividad con el resto de los departamentos del país.

Con el trabajo de campo realizado del 7 de abril al 21 de septiembre de 2008, se identificó un total de 13,329 viviendas con mujeres de edad fértil de 15 a 49 años de edad, elegibles para entrevista y se entrevistó a 12,008 mujeres, logrando obtener una tasa de entrevistas completas del 90 por ciento. La metodología para la selección de la muestra y para la ponderación (expansión) de los resultados, tomó la distribución de viviendas del marco muestral del VI Censo Nacional de Población y Vivienda, levantados en el año 2007.

En la continuación se encuentran los resultados sobre los indicadores seleccionados para este primer informe, con la aclaración que los comentarios sobre la evaluación estadística de los datos, y particularmente, los intervalos de confianza para los indicadores centrales investigados, serán presentados al final de la encuesta FESAL-2008.



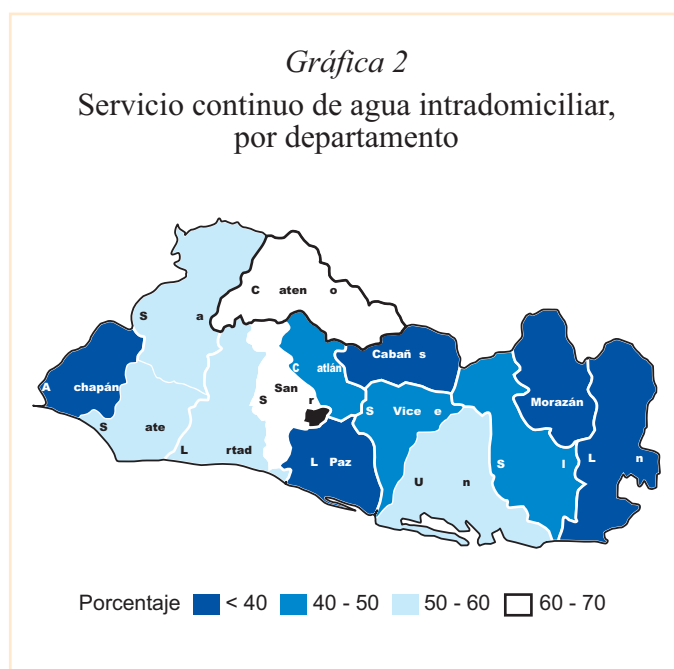
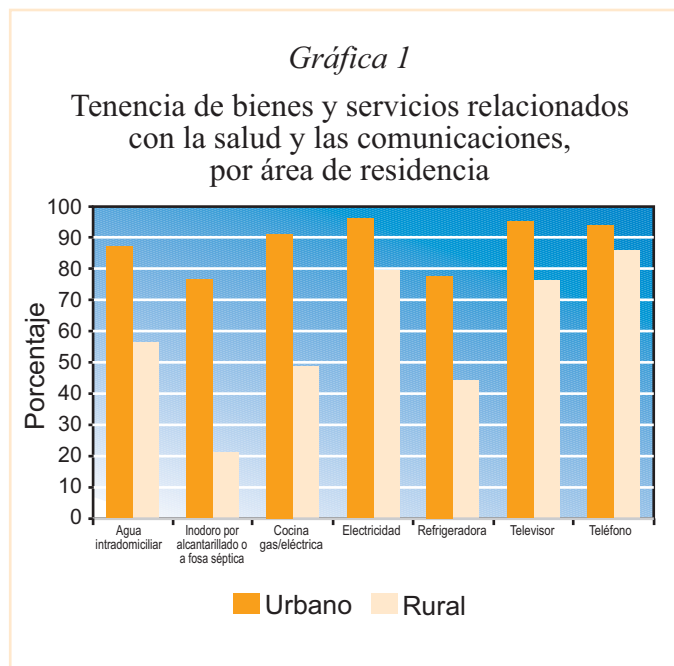
Características generales

De acuerdo con los resultados de las encuestas FESAL-2002/03 y FESAL-2008, en los 5 últimos años se observan mejorías en cuanto a la tenencia de bienes y servicios en la vivienda, que pueden influir en las condiciones de salud, así como en las comunicaciones, destaca el incremento del 11 por ciento en la tenencia de agua intradomiciliar y del 11 por ciento en la tenencia de electricidad en el área rural. En cuanto a la eliminación de excretas, cabe aclarar que a nivel del país, aún existe el 5 por ciento de viviendas que cuentan con ningún tipo de servicio sanitario.

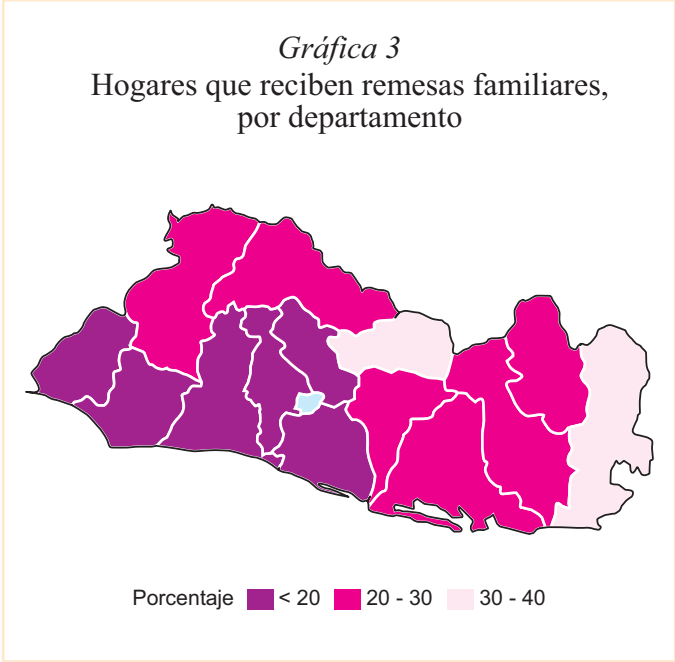
A pesar de las mejorías en la tenencia de bienes y servicios en el país, las viviendas rurales aún disponen de menor cantidad de bienes o servicios que las urbanas.

Desde el inicio de FESAL-2002/03 se incluyó el indicador de servicio continuo de agua intradomiciliar, que mide como el hogar recibe agua por cañería los 7 días de la semana con 4 ó más horas diarias. Este indicador subió 7 puntos porcentuales a nivel del país, el mínimo fue en el área urbana, pero el área rural subió 14 puntos porcentuales. La Gráfica 2 observa que para 2008, solamente los departamentos de San Salvador y Chalatenango reciben servicio continuo de agua intradomiciliar arriba del 60 por ciento. Según la región de salud, el porcentaje varía entre el 37 ó 38 por ciento en las regiones Paracentral y Oriental, a 69 por ciento en la región Metropolitana.

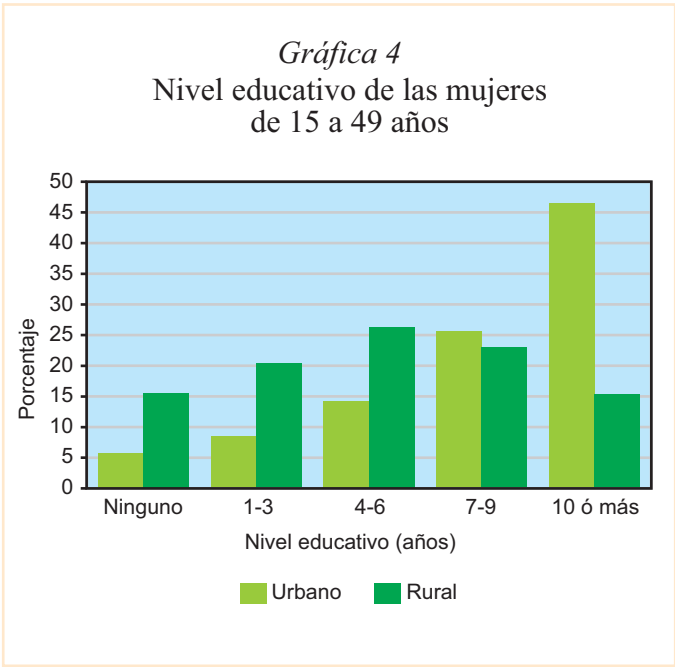
Los resultados de FESAL-2008 indican que en el 36.7 por ciento de los hogares la jefatura recae en las mujeres, cifra que asciende del 32.2 por ciento en el área rural



al 40.3 por ciento la urbana, varía 33 por ciento la región Occidental a 40 por ciento la Metropolitana y 30 por ciento el departamento de Sonsonate a un 42 por ciento en Cabañas. Los datos también indican que al cada 5 hogares recibe remesas familiares, con variación mínima por área residencia, pero perciben diferencias por departamento. la Gráfica 3 aprecia que Cabañas y La Unión los departamentos con porcentaje mayor hogares que reciben remesas familiares.



Se encontró que en los últimos 5 años, el porcentaje de mujeres separadas, viudas divorciadas subió 4 puntos porcentuales, tanto el área urbana como la rural. El porcentaje con 1 ó hijos(as) vivos(as) al momento la entrevista subió alrededor 3 puntos porcentuales y el grupo con 4 ó más bajó esa proporción. Con respecto al nivel educativo, el grupo mujeres educación formal descendió 2.6 puntos porcentuales, cambio, el grupo con 10 ó más años escolaridad ascendió 4 puntos. Aún con esta mejoría, en la Gráfica 4 observa que el porcentaje mujeres educación formal del área rural casi triplica el porcentaje del área urbana. Al contrario, el porcentaje de mujeres del área urbana con 10 ó más años escolaridad, triplica el porcentaje del área rural.



Fecundidad

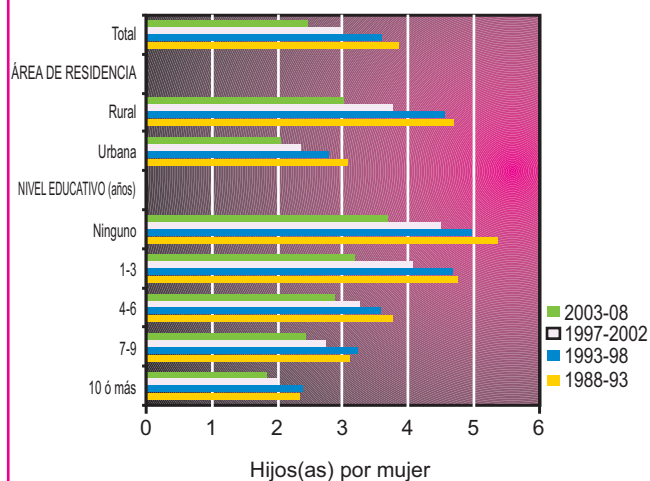
Niveles y tendencias de la fecundidad

La tasa global fecundidad (TGF) las mujeres 15 a 49 años edad descendió alrededor del 60 por ciento los últimos 30 años, pasando 6.3 hijos(as) por mujer el período 1973-1978 a 2.5 hijos(as) por mujer el período 2003-2008. Entre FESAL-98 y FESAL-2002/03, la TGF bajó 3.6 a 3.0 hijos(as) por mujer y además 0.5 hasta FESAL-2008. Como muestra la Gráfica 5, el quinquenio último, el descenso más notorio el área rural (0.8 hijos/as), los grupos ninguna con 4 años escolaridad (0.8 y 0.9 hijos/as por mujer, respectivamente). Con esta tendencia, la TGF El Salvador ha llegado a ubicar el segundo lugar entre las más bajas la región Centro América, después Costa Rica.

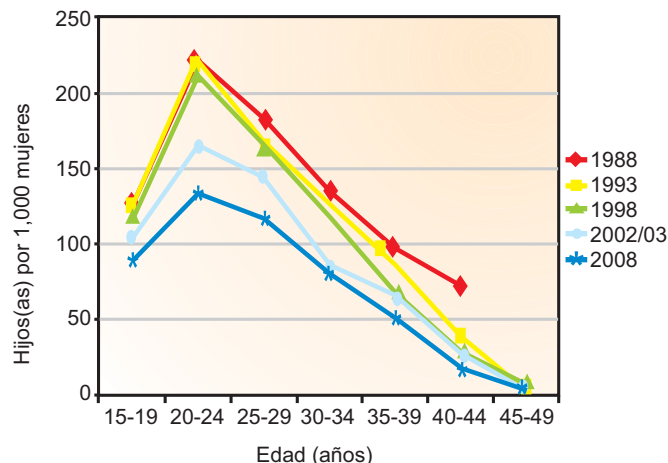
Aún con estos descensos, en El Salvador existen diferencias por área de residencia, nivel educativo o de bienestar de las mujeres. De mantenerse invariables los niveles actuales fecundidad, las mujeres del área rural tendrían en promedio un(a) hijo(a) más que las mujeres del área urbana, y las mujeres educación ormal del ivel bienestar ás bajo tendrían promedio 3.7 hijos(as), lo que resultaría más que el doble lo estimado para las mujeres con 10 ó más años escolaridad (1.8) del nivel bienestar más alto (1.6). Atendiendo al departamento residencia, la TGF varía 2.0 hijos(as) por mujer San Salvador a 3.4 Cabañas. La Gráfica 6 muestra las tendencias las tasas específicas fecundidad por edad, entre y las gráficas 7 y los diferenciales antes señalados sobre los hallazgos FESAL-2008.

Las mujeres del área rural tendrían en promedio casi un(a) hijo(a) más que las del área urbana, y las de nivel educativo o de bienestar más bajo tendrían 3.7 hijos(as), lo que resulta ser más que el doble que la TGF observada para los niveles altos.

Gráfica 5
Tendencias de la tasa global de fecundidad (TGF): FESAL 1993, 1998, 2002/03 y 2008



Gráfica 6
Tendencias en las tasas específicas de fecundidad, por edad (por 1,000 mujeres)



NOTA: No aplica en FESAL-88 para el grupo de 45-49 años.

Determinantes de la fecundidad

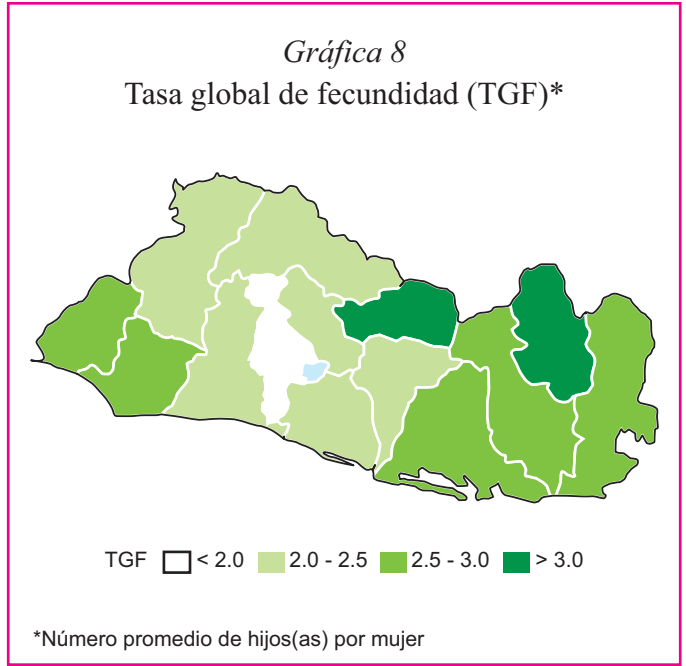
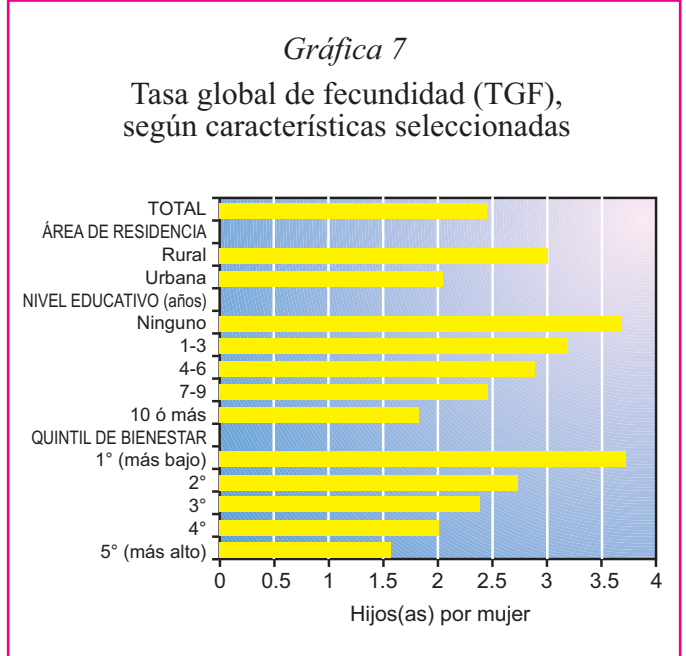
En la encuesta FESAL-2008 se recolectó información sobre diversos factores determinantes los niveles y tendencias de la fecundidad de un país o región, siendo entre otros: La nupcialidad, la exposición al riesgo embarazo, la actividad sexual reciente, el intervalo entre los nacimientos, la amenorrea y la abstinencia sexual postparto.

Los resultados indican que el 54.3 por ciento de las mujeres 15 a 49 años viven unión conyugal, prevaleciendo entre ellas la unión consensual (29.3 por ciento). Con respecto a la exposición al riesgo embarazo, encontró que la edad mediana a la primera relación sexual (18.4 años) y la edad mediana a la primera unión (19.9 años) no cambiaron desde FESAL-2002/03, pero la edad mediana al primer nacimiento (20.8 años) subió 0.3 años (casi 4 meses) el último quinquenio, lo que representa aumento 1.5 años los últimos 25 años. diferenciales las edades medianas estos tres acontecimientos, según nivel educativo, presentan en la Gráfica 9.

evidente que el nivel educativo la mujer influye forma determinante en la fecundidad. Entre las mujeres que tienen 10 ó más años escolaridad, las edades medianas resultan ser mayores que entre quienes no tienen educación formal, en el siguiente orden: 4.7 años a la primera relación sexual, 6.5 años a la primera unión marital y 5.7 años al primer nacimiento.

Preferencias reproductivas

Atendiendo a los resultados la encuesta, el 61.4 por ciento los nacimientos los últimos 5 años planeado, el 19.7 por ciento fue deseado, pero no planeado (no previsto) y el 18.9 por ciento deseado. mayores porcentajes hijos(as) deseados(as) encuentran los siguientes grupos mujeres: Según la edad la madre al nacimiento,



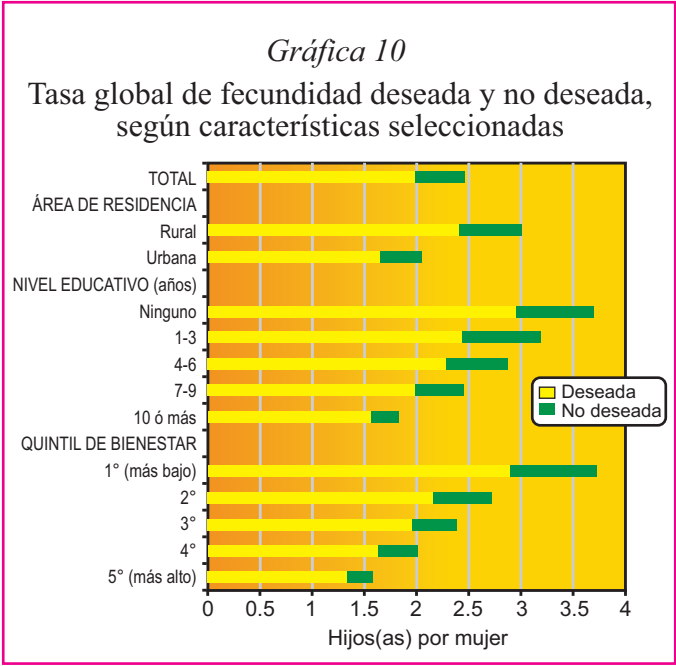
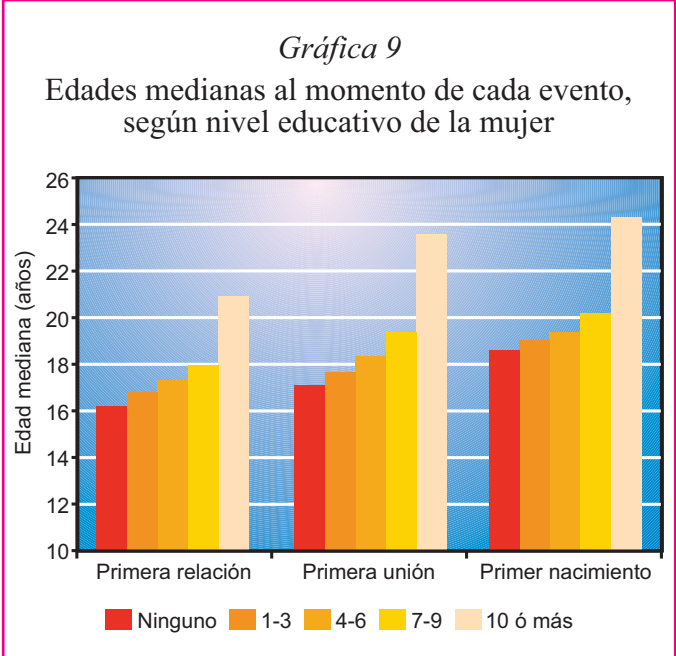
el grupo 40 a 49 años (45.9 por ciento), según el estado familiar civil actual, el grupo solteras (37.5 por ciento), según el número hijos(as) tenidos(as), el grupo que tenía 6 ó más hijos/as (33.2 por ciento).

Estos hallazgos consistentes con los que encuentran al desglosar la fecundidad observada deseada y deseada, ya que la TGF deseada para los últimos 5 años hijos(as) por mujer, la cual resulta una quinta parte (20 por ciento) que la TGF observada (2.5 hijos/as por mujer). La TGF deseada expresa el nivel de fecundidad que teóricamente resultaría todos los nacimientos deseados se hubieran evitado.

Si las mujeres salvadoreñas pudieran evitar los(las) hijos(as) no deseados(as), la tasa global de fecundidad de El Salvador se reduciría de 2.5 a 2 hijos(as) por mujer y llegaría al nivel de reemplazo.

Mientras la diferencia entre la fecundidad deseada y la deseada representa una cuarta parte al nivel nacional, las diferencias por área residencia están disminuyendo. FESAL-2002/03 observó que la TGF deseada era bastante mayor el área rural con respecto a la urbana (1 contra 0.6 hijos/as, respectivamente) y observa que la diferencia disminuyó (0.6 contra 0.4) mostrando cambios importantes en el área rural. Al mismo tiempo, los datos también indican que las poblaciones urbana y rural están llegando cada vez más cerca fecundidad deseada.

la Gráfica 10 aprecia que entre las mujeres educación formal 1 a 3 años escolaridad, la fecundidad deseada continúa alta (0.75 hijos/as por mujer) y resulta ser el triple con respecto a la deseada entre las mujeres con 10 ó más años escolaridad (0.26). cuanto al nivel bienestar, llama la atención que la TGF observada (deseada y deseada) del quintil 5 ó más alto (1.57 hijos/as), que el valor la TGF necesaria para reemplazar la población (2.1 hijos/as por mujer).



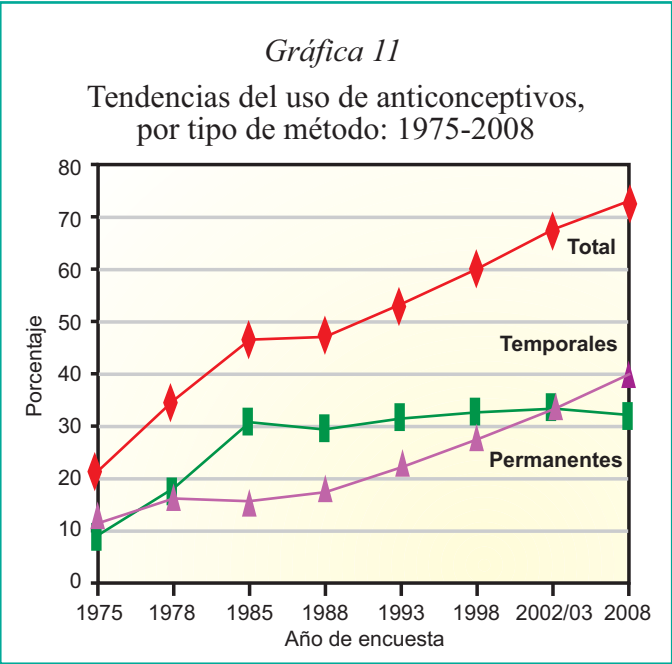
Planificación familiar

Conocimiento de métodos anticonceptivos

El Salvador, el 99 por ciento las mujeres 15 a 44 años edad ha oído hablar al método anticonceptivo, conocimiento que resulta alto aún entre las mujeres solteras (98.2 por ciento). Individualmente, los métodos anticonceptivos conocidos por más del 90 por ciento los siguientes: El condón masculino, los inyectables, los orales y la esterilización femenina. Entre los métodos anticonceptivos conocidos rango del 35 al 60 por ciento están el dispositivo intrauterino (DIU), el método del ritmo, la esterilización masculina vasectomía, el parche anticonceptivo, los métodos vaginales (óvulos, espumas, cremas, jaleas tabletas) y el condón femenino. métodos conocidos por menos del 35 por ciento de las mujeres de 15 a 44 años de edad son los siguientes: El retiro, el método de lactancia y amenorrea (MELA), la anticoncepción gencia (PAE), el Norplant y el método Billings.

Tendencias de la prevalencia de uso de anticonceptivos

La prevalencia el métodos anticonceptivos entre las mujeres casadas/unidas 15 a 44 años edad ascendió del 34 por ciento 1978 al 47 por ciento 1988, llegando al nivel del 72 por ciento el año 2008, cifra que resulta 5 puntos porcentuales superior a la encontrada 2002/03. Entre 1978 y 1988, los incrementos obedecieron principalmente al la esterilización femenina, cambio entre los siguientes años, al métodos temporales, llegando a sobrepasar a los permanentes (Gráfica 11). los últimos 5 años, el uso ascendió un poco más en las áreas rurales que las urbanas. embargo, el año 2008, el las áreas urbanas (77.5 por ciento) mayor 11 puntos porcentuales, que el las áreas rurales (66.7 por ciento). Otros grupos los que los mayores incrementos son: Las mujeres menores de 30 años, entre las que tienen solamente un(a) hijo(a) vivo(a) quienes tienen 6 ó más y entre quienes tienen educación formal.



En la actualidad, un 72 por ciento de las mujeres casadas/unidas usa métodos anticonceptivos, en comparación con el 47 por ciento en 1988.



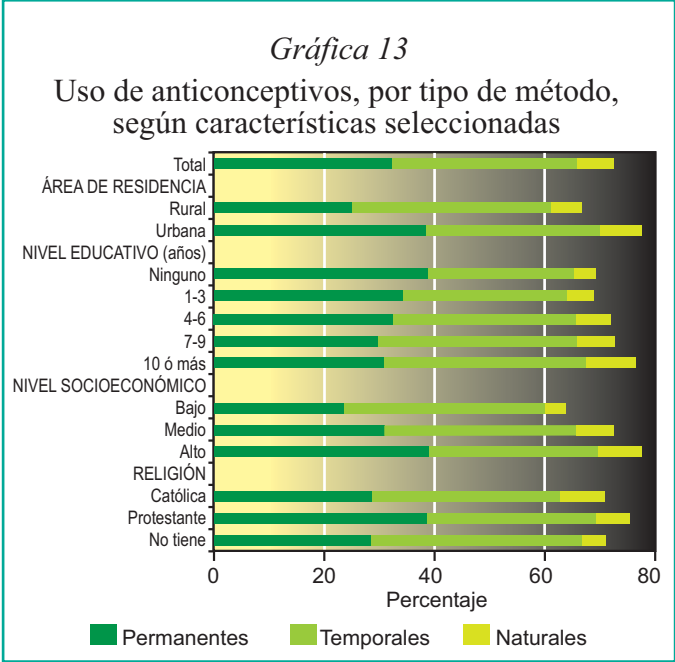
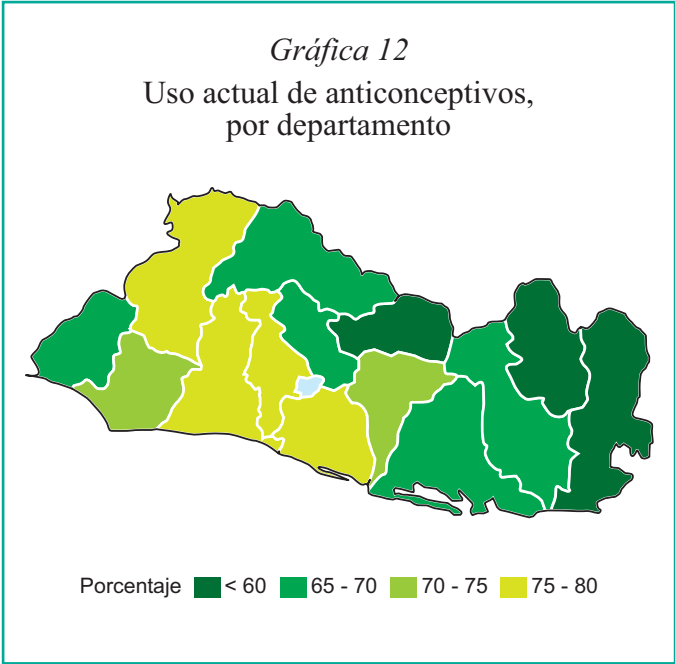
Diferenciales en la prevalencia de uso de anticonceptivos

La prevalencia actual del métodos anticonceptivos entre las mujeres casadas unidas (72.5 por ciento) varía un 64 por ciento en la región Oriental a un 79 por ciento en la Metropolitana. En la Gráfica 12 se muestra que la mayor brecha la prevalencia encuentra por departamento, variando alrededor del los San Salvador y La Libertad a alrededor del 55 por ciento los Cabañas, Morazán y La Unión.

la Gráfica 13 puede apreciar que existen diferencias por área residencia el métodos anticonceptivos, existe una relación casi directa con el nivel educativo socioeconómico, pero la religión que las mujeres reportaron profesar, parece tener mayor influencia la opción uso, con la excepción que entre las identificadas como protestantes poco ayor l métodos permanentes.

El uso de anticonceptivos presenta una asociación casi directa con el nivel educativo de la mujer, en cambio la religión que profesan no parece tener mayor influencia en la opción por el uso.

el país, los métodos mayor prevalencia la esterilización femenina (32.1 por ciento) y los inyectables (22.4 por ciento). Muy por abajo aparece el condón masculino, los orales, el ritmo/Billings y el retiro con el 5.5, 4.6, 3.7 y 2.6 por ciento, respectivamente. Los otros métodos como el DIU, MELA, Norplant y la vasectomía, individualmente no alcanzan el por ciento. Aún cuando la esterilización femenina el método mayor prevalencia el país, las mujeres que optan por la esterilización como primer método planificación familiar, esperan tener promedio 3.2 hijos(as) vivos(as), 26.3 años edad y 7.6 años después de su primera unión conyugal.



La esterilización femenina es el método más utilizado en El Salvador y prácticamente una de cada tres mujeres casadas o unidas está esterilizada.

Un indicador la satisfacción con el anticonceptivos la eventual preferencia continuar usando el método actual. Al respecto, los resultados indican que el por ciento las mujeres seguiría usando el mismo, el 16 por ciento preferiría usar otro y menos del uno por ciento (0.8) reportó que ya usaría. Ello indica que cada 10 usuarias están satisfechas con el método actual y el uso de anticonceptivos en general. El porcentaje que desea continuar con el mismo método varía del 86.7 para ritmo/Billings al 64.5 por ciento para el condón. Entre las usuarias actuales que preferirían cambiar método, la mayoría preferiría usar la esterilización femenina (39.8 por ciento), seguida de los inyectables (32.3 por ciento).

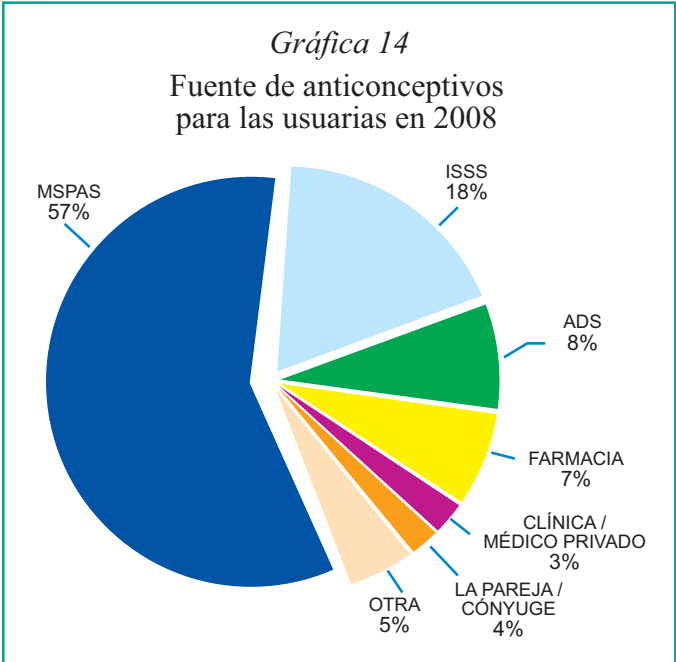
Ocho de cada 10 mujeres seguirían usando el método que usan actualmente, aunque pudieran cambiar de método.

Fuente de anticonceptivos

la presente encuesta, los datos sobre "fuente" están referidos a la distribución porcentual de las mujeres casadas o unidas de 15 a 44 años de edad que usan anticonceptivos, acuerdo al lugar obtienen el servicio anticoncepción.

la Gráfica 14 muestra que El Salvador las fuentes más frecuentes para la obtención métodos anticonceptivos el MSP y el ISSS, que brindan servicios anticoncepción al 57 y 18 por ciento las usuarias, respectivamente. ADS/Pro-Familia y la farmacias

privadas disputan el tercer lugar, con el 8.2 y 7.4 por ciento, respectivamente. El MSP mantiene como la primera fuente, indistintamente del área departamento residencia las usuarias. El ubica como la segunda fuente las áreas urbanas y 9 los 14 departamentos. De los 5 restantes, la farmacias privadas la segunda fuente para las usuarias Chalatenango, Cabañas y La Unión. ADS/Pro-Familia es la segunda fuente los departamentos Santa Ana y Morazán y comparte el segundo lugar con el las áreas rurales. Según región salud, la participación del MSP como fuente anticonceptivos varía 66 por ciento en la Paracentral y Oriental a un 39 por ciento en la Metropolitana.



El MSPAS se mantiene como la primera fuente de servicios de anticoncepción, indistintamente del área o departamento de residencia de las usuarias.

Población que no usa anticonceptivos

El 27.5 por ciento de las mujeres casadas/unidas de 15 a 44 años edad estaba usando método anticonceptivo los 30 días previos a la entrevista, proporción constituida por el 18.5 por ciento que usó, pero no estaba usando, y el 9 por ciento que nunca usó método. El porcentaje mujeres que nunca usó método anticonceptivo varía 5 por ciento los departamentos San Salvador y La Libertad a entre 17 y 20 por ciento en los departamentos de Cabañas, Morazán y La Unión.

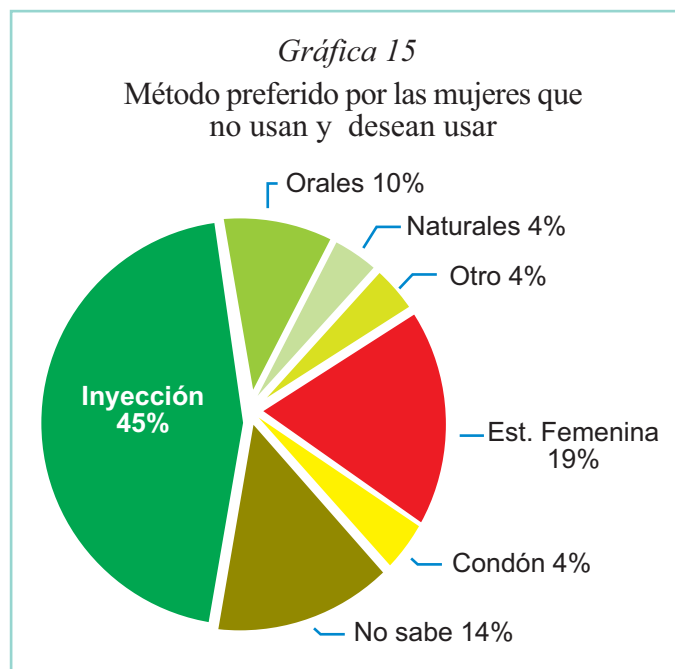
Entre las mujeres que usaron, pero que usan actualmente, las razones expuestas con mayor frecuencia para dejar usar el embarazo (35 por ciento) que tuvieron efectos colaterales (28.9 por ciento). La primera razón resultó más frecuente para quienes dejaron de usar el retiro (50.5 por ciento), mientras que la segunda razón tuvo mayor mención entre quienes dejaron usar el inyectable bimensual (42.6 por ciento).

Prácticamente cada tres mujeres que usan actualmente (hayan usado vida reproductiva), mencionaron una razón para usar que está relacionada con el embarazo, la fecundidad la actividad sexual. El 29.6 por ciento mencionó una razón sociocultural que puede contrarrestada mediante la ampliación programas sistemáticos información, educación comunicaciones, con énfasis a través los canales interpersonales. Entre este segundo grupo razones sobresale el temor a los efectos colaterales (10.5 por ciento), que el triple del porcentaje que reporta que no usa actualmente porque los experimentó (3.3 por ciento).

Del total mujeres casadas unidas 15 a 44 años edad que no usan actualmente, el 57.2 por ciento desea usar un método anticonceptivo en el presente o en el futuro y de ellas, el 94.4 por ciento conoce obtenerlos. El

de usar desciende del 64.5 por ciento en el área urbana al 51.8 por ciento el área rural, pero muy similar el conocimiento de la fuente para obtenerlos.

la Gráfica 15 muestra que los tres métodos mencionados como los ayor demanda potencial los inyectables, la esterilización femenina y los orales, con el 44.9, 18.7 y 9.6 por ciento preferencia, respectivamente. El MSP la fuente potencial anticonceptivos más mencionada, independientemente del método preferido.



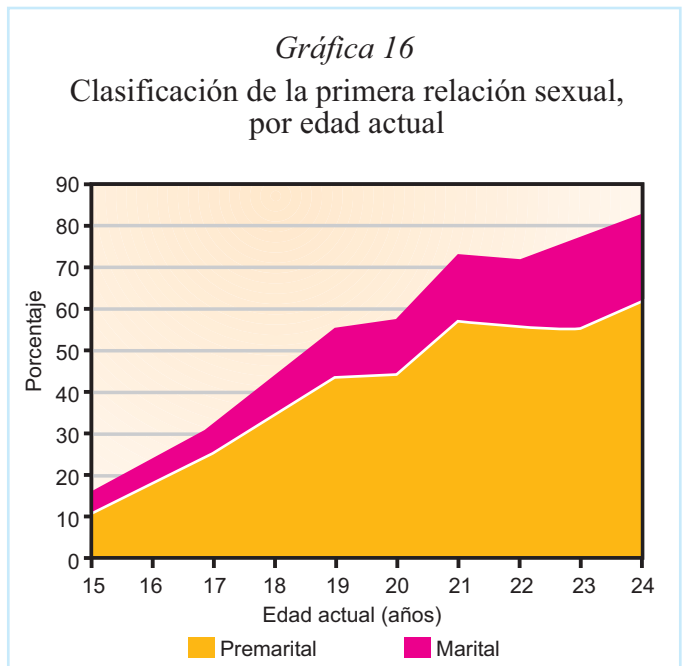
Los inyectables anticonceptivos resultan ser el método de mayor preferencia entre las mujeres que desean usar.

Salud sexual y reproductiva de las mujeres de 15 a 24 años de edad

En El Salvador, las mujeres de 15 a 24 años representan un poco más tercio (36 por ciento) del total mujeres 15 a 49 años edad (edad fértil). La exposición temprana en este sector importante la población al embarazo a las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/Sida, constituye factor determinante los niveles fecundidad de la población, representa graves repercusiones salud sexual y reproductiva y puede truncar proyectos de vida.

resultados muestran que el grupo mujeres 15 a 19 años, alrededor del 18 por ciento tiene al un(a) hijo(a) actualmente vivo(a), cifra que asciende a alrededor del 56 por ciento en el grupo de 20 a 24 años de edad. datos indican que promedio las mujeres adolescentes o jóvenes quedan embarazadas de hombres de mayor edad que ellas, siendo la edad promedio de 17.3 años para ellas y 22.5 años para ellos. También se encuentra que al menos una de cada 5 mujeres de 15 a 19 y prácticamente una cada a 24 años edad, está actualmente casada o unida.

ciento el grupo con 24 años edad. la Gráfica 16 puede apreciar el predominio la primera relación premarital sobre la marital todas las edades específicas.



El 18 por ciento de mujeres de 15 a 19 y el 56 por ciento de mujeres de 20 a 24 años de edad tiene al menos un(a) hijo(a) actualmente vivo(a).

Primera experiencia sexual y uso de anticonceptivos

Una cada mujeres 15 a 24 años tiene experiencia sexual. El promedio edad para iniciar la vida sexual 16.3 años y es más frecuente la primera relación clasificada como premarital que la marital: 26.4 por ciento en el grupo 15 a 19 años y 54.5 por ciento el grupo a 24 años edad. La proporción cuya primera relación sexual premarital asciende rápidamente del 11.3 por ciento entre las mujeres 15 años edad actual a 43 por ciento entre las de 19 años y sigue ascendiendo hasta alcanzar un 62 por



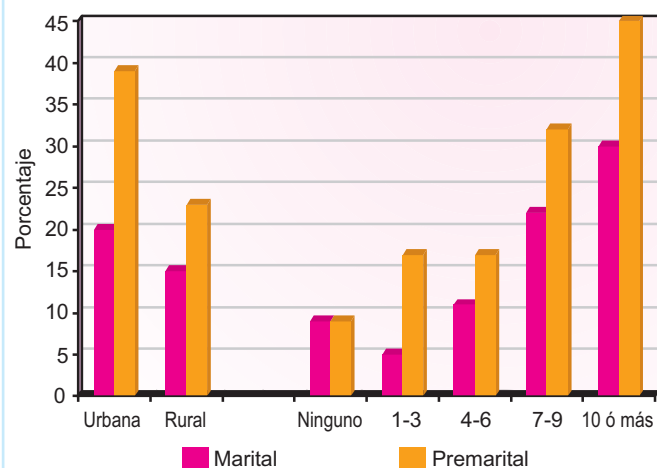
Del total mujeres 15 a 24 años edad con experiencia sexual, el 28.2 por ciento reportó que usó algún método anticonceptivo primera relación sexual, proporción que varía 16 por ciento cuando la relación marital a 32 por ciento cuando fue premarital. La Gráfica 17 muestra las diferencias métodos anticonceptivos la primera relación sexual por área residencia y nivel educativo. Según región salud, el porcentaje mujeres 15 a 24 años que usó algún método anticonceptivo la primera relación sexual varía del 21 por ciento la Occidental al 40 por ciento en la Metropolitana.

Prácticamente 2 de cada 3 mujeres de 15 a 24 años de edad cuya primera relación sexual fue premarital, no usaron un método anticonceptivo en esa ocasión, que en promedio fue a los 16.3 años de edad.

El anticonceptivos durante la primera relación sexual incrementó del 9.5 por ciento que encontró 98 al por ciento FESAL-2008. Este incremento nota más la primera relación clasificada como premarital (de 12.6 a 32 por ciento).

De acuerdo a los resultados FESAL-2008, entre las mujeres cuya primera relación marital y usaron, las razones más frecuentes para hacerlo que “quería embarazo” (30.4 por ciento), que “no los conocía” (15.4 por ciento) y que “no esperaba tener relaciones sexuales momento” (10.4 por ciento). Por parte, entre quienes primera relación premarital y usaron, las razones más frecuentes que “no esperaba tener relaciones momento” (40.9 por ciento) que “no los conocía” (15.1 por ciento). La oposición la pareja resultó muy similar con la reportada por quienes tuvieron primera relación marital (alrededor del 8 por ciento).

Gráfica 17
Uso anticonceptivos la primera relación sexual, por área de residencia y nivel educativo, según clasificación de la relación sexual

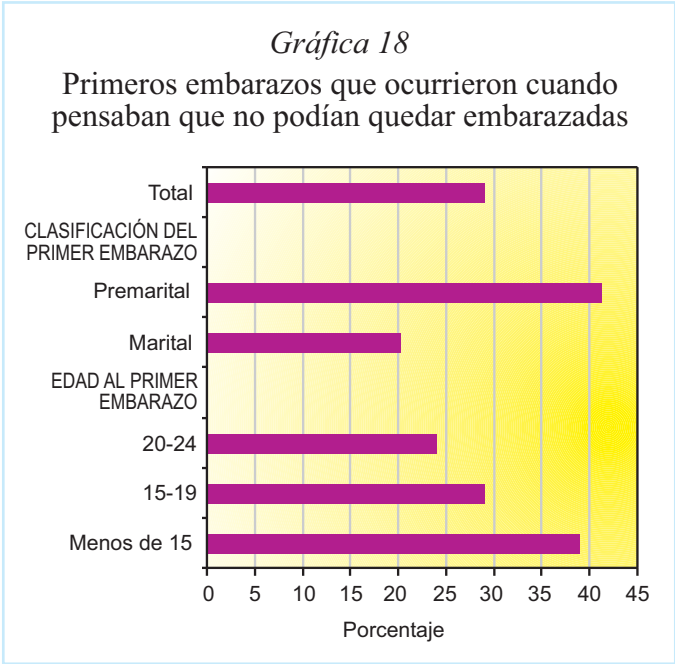


Aún cuando el adecuado del condón puede proteger contra los embarazos no deseados y contra las infecciones transmisión sexual, incluyendo el VIH, sólo el 22.3 por ciento las mujeres 15 a 24 años edad, cuya primera relación sexual premarital, usó el condón esa oportunidad, variación entre el grupo 15 a 19 y el grupo a 24 años edad. Por diferencia, prácticamente 4 de cada 5 mujeres de 15 a 24 años de edad, tuvieron una relación premarital desprotegida ante el VIH.

Primer embarazo y sus consecuencias

Prácticamente ocho de cada 10 mujeres de 15 a 24 años con experiencia sexual tuvieron al primer embarazo, pero contrario a la primera relación sexual, mayor el porcentaje de los primeros embarazos que se clasifican como maritales que el clasificado como premarital (22.1 contra 17 por ciento). El porcentaje de los primeros embarazos con experiencia sexual (marital premarital) asciende rápidamente del 8.4 por ciento entre las que tienen 15 años de edad a 43 por ciento entre quienes tienen 19, hasta llegar al 73 por ciento en el grupo de 24 años de edad actual.

Un 29 por ciento de los primeros embarazos ocurrió cuando la mujer pensaba que podía salir embarazada, proporción que resulta el doble del embarazo que se clasifica como premarital, comparado con el que se clasifica como marital (41.2 contra 20.2 por ciento) y desciende del 39 por ciento entre las que tenían 15 años cuando quedó embarazada al 24.2 por ciento entre las que tenían 24 años (Gráfica 18).



Una de cada 5 mujeres de 15 a 24 años de edad pensaba que no podía quedar embarazada cuando ocurrió el primer embarazo premarital, porque "era la primera vez", "no tenía relaciones frecuentes" o por falta de información.

Las razones más frecuentes para pensar que saldrían embarazadas fueron: "No tenía relaciones frecuentes" y por "falta de información" (18 por ciento cada una), "era la primera vez" (16.4 por ciento) y "creía que estaba en período fértil" (13.1 por ciento). Por otra parte, el 42.5 por ciento no planeó su primer embarazo, proporción que varía del 23.3 por ciento entre los clasificados como maritales al 67.4 por ciento para los premaritales. Probablemente estas cifras serían diferentes si la educación en salud sexual y reproductiva fuera generalizada en el Sistema Educativo de

El Salvador, pero en los centros educativos, sólo el 70 por ciento de las mujeres de 15 a 24 años reporta que recibió información sobre el embarazo y el 64 por ciento sobre los métodos anticonceptivos.

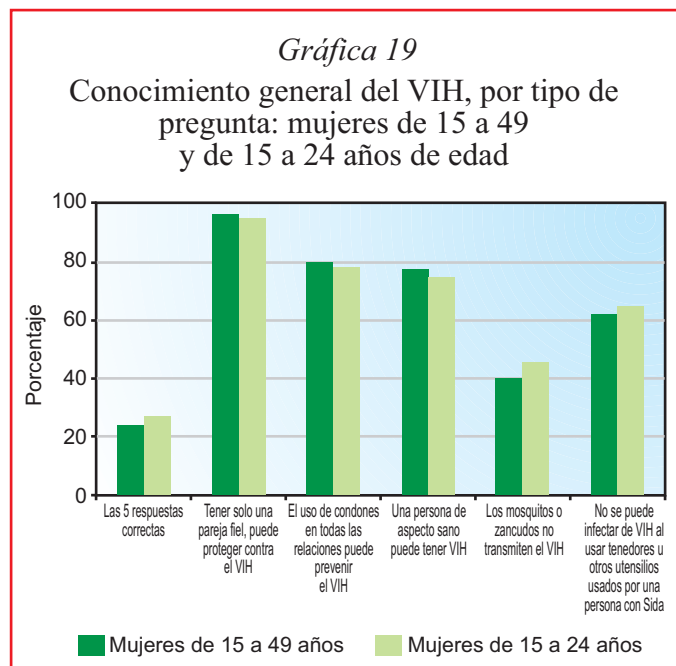
Después de que terminó el primer embarazo, el 41.4 por ciento que estudiaba cuando supo que estaba embarazada, volvió a estudiar y el 22.5 por ciento que trabajaba volvió a trabajar. Entre las que no volvieron a estudiar, las tres razones más frecuentes fueron: "No tenía con quien dejar al(a) niño(a)", "ya quiso continuar" y "tenía que trabajar" (37.4, 24.1 y 12.2 por ciento, respectivamente). Por otra parte, entre las que volvieron a trabajar, las razones más frecuentes fueron: "no tenía con quien dejar al niño(a)" (57.1 por ciento), "por oposición del esposo o compañero" (26.9 por ciento).

Conocimiento, actitudes y prácticas ante el VIH/Sida

Conocimiento del VIH/Sida

El Salvador, el 99.1 por ciento de las mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) ha oído hablar del VIH/Sida (Virus Inmunodeficiencia Humana/Síndrome Deficiencia Adquirida). Esta cifra confirma por el 52.7 por ciento que lo mencionó espontáneamente y el 46.4 que lo mencionó de forma inducida. Para profundizar en el conocimiento general del VIH, se formuló una encuesta con 5 preguntas, considerando que existe conocimiento en las mujeres de las siguientes 5 respuestas correctas: a) Tienen sólo una pareja fiel puede prevenir la transmisión del VIH, b) El uso de condones en todas las relaciones sexuales puede prevenir la transmisión del VIH, c) Una persona de aspecto sano puede tener VIH, d) Los mosquitos o zancudos transmiten el VIH y e) No se puede infectar del VIH al usar tenedores, vasos u otros utensilios usados por una persona con Sida. De esta manera se encontró que solamente el 24.2 por ciento del total de mujeres de 15 a 49 años de edad supo dar las 5 respuestas correctas. Esta cifra sube al 27.3 por ciento al retomar únicamente el grupo de mujeres de 15 a 24 años de edad. Como muestra la Gráfica 19, alrededor del 95 por ciento del total de mujeres en edad fértil y del grupo de 15 a 24 años, sabe que la fidelidad mutua puede prevenir la transmisión del VIH, pero solo un 40 por ciento del total de mujeres y 46 por ciento de las de 15 a 24 años, saben que el VIH se transmite por picadoras de mosquitos o zancudos.

Alrededor del 76.1 por ciento de las mujeres de 15 a 24 años mencionó que el uso de condones en todas las relaciones sexuales puede prevenir la transmisión sexual y el 76.1 por ciento sabe dónde puede obtenerlos. El conocimiento del lugar para obtener los condones varía del 66.1 por ciento en el área rural al 84.8 por ciento en la urbana y del 50.4 por ciento entre quienes no tienen educación formal al 93.3 por ciento en el grupo con 10 ó más años de escolaridad.



El 86 por ciento del total de mujeres sabe que el VIH puede transmitirse la madre al(a) hijo(a), pero al preguntar por cada período específico, el 79.7 por ciento mencionó que se puede transmitir durante el embarazo, el 76.1 por ciento durante el parto y el 77 por ciento por la lactancia materna. Al contrario, sólo el 63.4 por ciento mencionó que se puede prevenir evitando la lactancia materna.

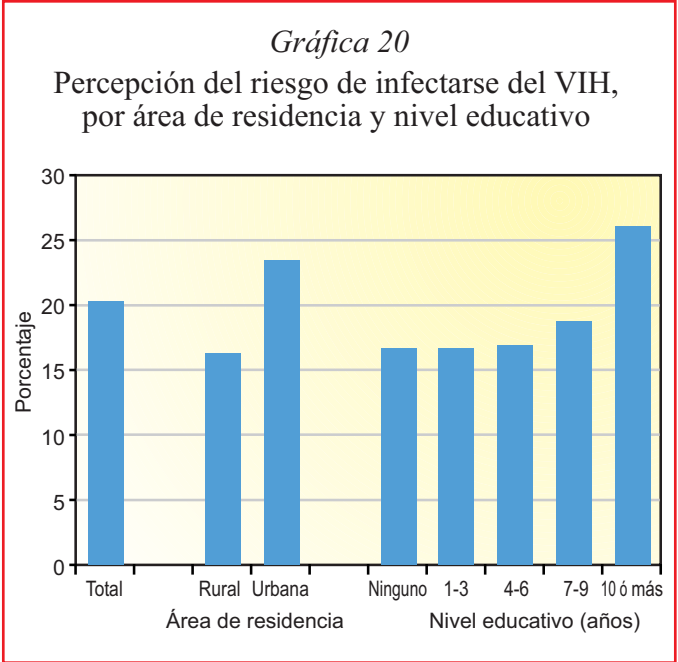
El 99 por ciento de mujeres ha oído hablar del VIH/Sida, pero sólo una de cada 4 de 15 a 49 años pudo responder en forma correcta a las 5 preguntas sobre el conocimiento del VIH.



Actitudes ante el VIH/Sida

El 86.3 por ciento las mujeres 18 a 49 años edad considera que se les debe hablar a las y los niños de 12 a 14 años sobre el uso del condón para protegerse del Sida, cifra que asciende del 75.4 por ciento el grupo educación formal al 91.2 por ciento el grupo con 10 ó más años escolaridad. Sin embargo sólo el 14.4 por ciento de mujeres 15 a 49 años que ha oído hablar del VIH/Sida está libre la carga estigma y discriminación a las personas que viven con el VIH. Esta cifra varía poco por área y departamento residencia y región salud, incluso por nivel educativo.

Entre las mujeres que han oído hablar del VIH/Sida, el 20.3 por ciento considera que tiene algún riesgo personal contraer el virus, el 68.4 por ciento piensa que tiene riesgo y el 11.2 por ciento sabe tiene no. la Gráfica puede apreciar que el porcentaje que percibe algún riesgo contraer el VIH/Sida más alto el área urbana (23.4 por ciento) que el área rural (16.3 por ciento) y que con la excepción del grupo con 10 ó más años de escolaridad, el



porcentaje que percibe riesgo mantiene entre el 16 y 19 por ciento. Según región salud, la percepción riesgo varía del 16 por ciento la Occidental al 26.1 por ciento la Metropolitana.

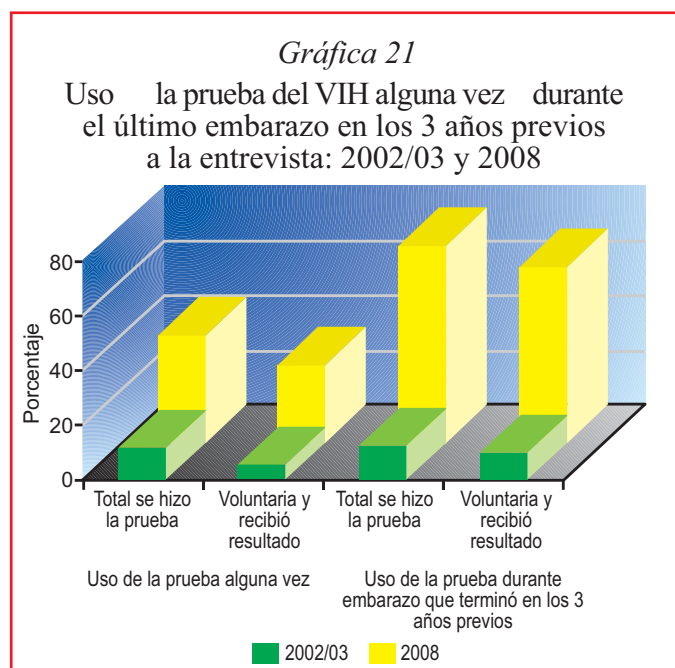
En El Salvador sólo una de cada 5 mujeres percibe riesgo personal de contraer el VIH y sólo una de cada 7 está libre de la carga de estigma y discriminación a las personas que viven con el virus.

Entre las razones para percibir riesgo, la mayoría asocia a la infidelidad desconfianza la pareja (48.7 por ciento), contra 11.1 que respondió que “no sabe con quién junta ella” y el 0.4 por ciento de infidelidad propia. Las otras dos razones mencionadas con alguna frecuencia considerable las asociadas al temor “mala praxis” los establecimientos salud (12.2 por ciento), así como al riesgo profesional desempeño laboral (6.2 por ciento). Al contrario, entre las mujeres que perciben riesgo contraer el VIH, el 40.7 por ciento reporta que por tener actividad o pareja sexual y el 36.9 por ciento porque conoce bien a su pareja. El 11.4 por ciento menciona que porque tiene sólo una pareja sexual y solamente el 1.1 por ciento porque usa el condón.

Prácticas preventivas y conductas de riesgo

Del total mujeres edad fértil, el 39.1 por ciento reportó que había hecho la prueba del VIH alguna oportunidad, cifra que conforma por el 32.6 por ciento a partir 2005 y 6.5 por ciento antes esa fecha. embargo sólo el 28.6 por ciento reportó que la hizo forma voluntaria y que recibió el resultado. Restringiendo el análisis al grupo mujeres cuyo último embarazo terminó a partir 2005, los datos indican que el 72.1 por ciento hizo la prueba del VIH durante el embarazo y que el 64.7

por ciento la hizo voluntariamente y recibió el resultado. la Gráfica 21 muestran los incrementos considerables en el uso de la prueba en alguna oportunidad y durante el último embarazo que terminó alrededor tres años previos a la entrevista, así como la proporción que la hizo forma voluntaria y recibió el resultado.



Según región salud, la proporción que hizo la prueba alguna vez varía del 35.3 por ciento la Occidental al 43.8 por ciento en la Metropolitana y la proporción que se la hizo alguna vez forma voluntaria y recibió el resultado, del 24.9 por ciento a 31 por ciento la Central y la Metropolitana. Por su parte, la proporción de mujeres que se hizo la prueba del VIH durante el último embarazo que terminó a partir 2005, varía alrededor del 69 por ciento las regiones Paracentral y Oriental al 78.5 por ciento la Metropolitana y la proporción forma voluntaria y recibió el resultado, de un 60 por ciento en la región Occidental a un 70 por ciento en la Metropolitana.

Aproximadamente 4 de cada 10 mujeres se han hecho la prueba del VIH alguna vez, pero sólo 3 de cada 10 reportan que fue voluntaria y recibieron el resultado.

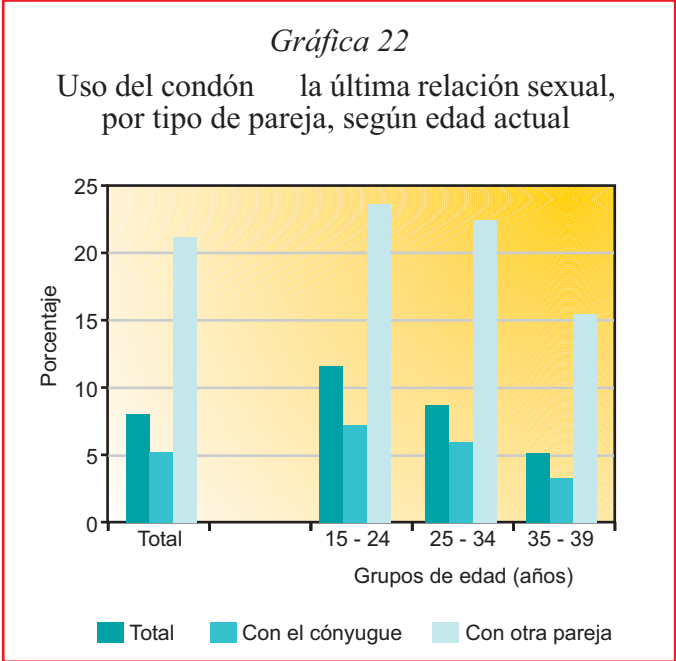
Del total mujeres 15 a 49 años edad que tuvo última relación sexual durante el año previo a la entrevista, el 17.5 por ciento reportó que usó el condón esa ocasión. Esta cifra desciende del 11.6 por ciento entre las mujeres de 15 a 24 años, al 8.7 en el grupo de 25 a 34 y baja al 5.2 por ciento el grupo 35 a 49 años. Según región salud varía del 5 por ciento en la Occidental al 12 por ciento en la Metropolitana.

Entre las mujeres que reportaron que su última relación fue con el cónyuge, el 5.2 por ciento usó del condón esa ocasión, pero entre quienes la tuvieron con otra pareja sexual el 21.1 por ciento. La Gráfica 22 aprecia el diferencial del uso del condón cuando se relaciona con el cónyuge con otra pareja sexual, según la edad de las mujeres. Cabe aclarar que en general, las mujeres que reportaron que su última relación fue con una persona que no cohabita o no es su cónyuge, son mujeres solteras, separadas, viudas divorciadas.

En el caso particular de las mujeres solteras de 15 a 24 años edad, el 13.2 por ciento reportó que tuvo su última relación sexual (identificada como premarital) el año previo a la entrevista, cifra que asciende del 9.1 por ciento en el grupo de 15 a 19 años al 22.5 por ciento en el grupo de 20 a 24 años. De ese 13.2 por ciento, el 28.4 por ciento reportó que usó el condón en esa última relación premarital, una diferencia entre ambos grupos de edad.

Un indicador de riesgo potencial de transmisión del VIH, es la proporción que tiene relaciones sexuales estando en unión

conyugal con personas que no cohabitan. Del total de mujeres de 15 a 49 años, el 17.5 por ciento reportó que en su última relación sexual el año previo a la entrevista, la tuvo con una pareja con la cual no cohabita. Esta cifra varía del 13.7 por ciento en el área rural al 20.5 por ciento en la urbana.

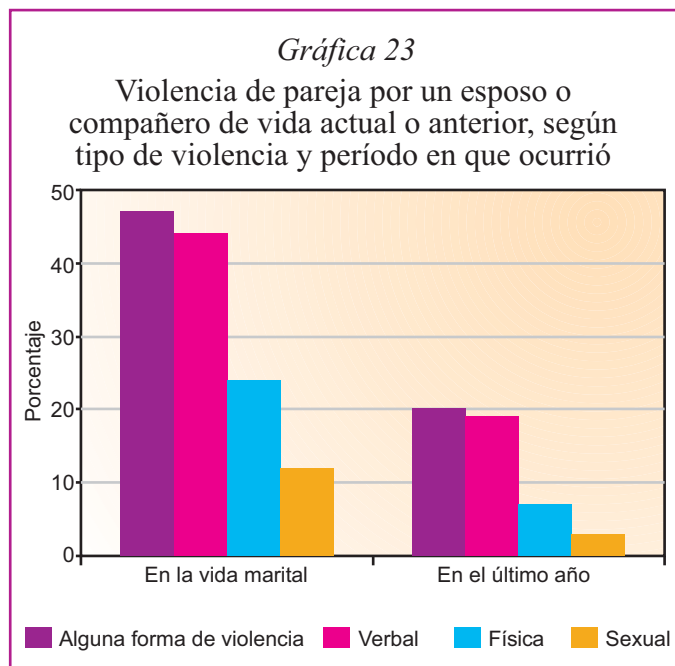


Violencia contra la mujer

Violencia de pareja

Por segunda vez en la serie de encuestas FESAL se incluyó el tema la violencia pareja, por relación con la salud general y particularmente con la salud sexual y reproductiva, y la salud mental. De similar manera que FESAL-2002/03, para aplicar todas las preguntas del módulo que permitiera satisfacer los indicadores seleccionados sobre el tema, mantuvo como condiciones indispensables, que la mujer seleccionada para la entrevista estuviera sola o que nadie más escuchara la conversación. Sin embargo, cabe aclarar que el cuestionario que utilizó para caracterizar la violencia en la encuesta anterior, se modificó para introducir mayor comparabilidad con los instrumentos promulgados a nivel mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero sacrificó la comparabilidad con los resultados de FESAL-2002/03.

Para cada mujer alguna vez casada o unida, se le hizo una serie de preguntas sobre diferentes formas de violencia verbal, física y sexual, que podría recibir de su esposo/compañero en su vida actual o anterior. Se le dirigió estas preguntas haciendo referencia a plazos de tiempo distintos: Durante toda la vida marital o la mujer y durante el año anterior a la entrevista. La Gráfica 23 muestra que 47 por ciento de las mujeres alguna vez casadas o unidas reportó que sufrió alguna forma de violencia de pareja en su vida marital. La violencia verbal es el tipo más frecuente (44 por ciento), seguido por la violencia física (24 por ciento) y la sexual (12 por ciento). Durante el último año, 20 por ciento relató que experimentó alguna forma de la violencia. La violencia verbal también es el tipo más frecuente durante el último año (19 por ciento), seguido por la violencia física y de un 7 por ciento con violencia sexual de su esposo o compañero en su vida actual o anterior.



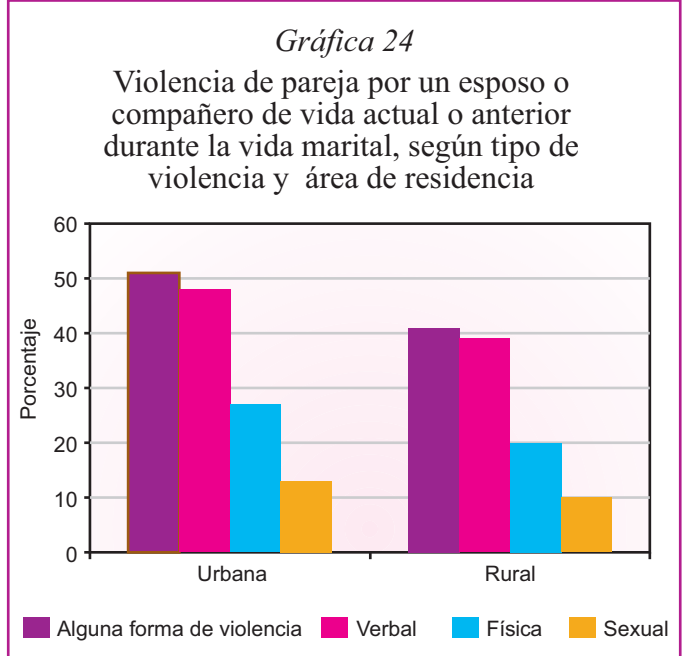
Prácticamente una de cada 2 mujeres alguna vez casadas o unidas reportó que fue objeto de alguna forma de violencia de pareja alguna vez en su vida, incluyendo al menos una de cada 4 de violencia física y al menos una de cada 8, violencia sexual.



la Gráfica 24 muestra que las proporciones mujeres alguna vez casadas o unidas que reportaron sufrir diferentes tipos violencia la vida marital, mayores las áreas urbanas que en las rurales, con la excepción de la violencia sexual, que presenta una diferencia leve. Adicionalmente, cabe señalar que la proporción que reportó algún tipo violencia verbal, física, o sexual en su vida marital varía en rango que va 38 por ciento los departamentos Ahuachapán y San Miguel, hasta 54 por ciento San Salvador, y que la experiencia violencia física sexual la vida, varía por ciento los departamentos Cabanas y San Miguel, a 33 por ciento San Salvador. Según región de salud, la experiencia de violencia de pareja toda la vida marital varía 40 por ciento la Oriental a un 54 por ciento en la Metropolitana.

Con las mujeres que relataron algún maltrato físico o sexual durante el último año, profundizó con preguntas sobre las características la violencia y las consecuencias la misma. Al preguntarles sobre las situaciones en que ocurrió la violencia física sexual, las reportadas con más frecuencia fueron: Porque él estaba borracho o drogado (33 por ciento) por celos él hacia ella (32 por ciento). Las mujeres maltratadas reportaron que como consecuencia la violencia, ellas tenían dolores de cabeza o en otra parte del cuerpo (76 por ciento), a una nueva agresión (68 por ciento) ansiedad/angustia, tal forma que podía cumplir con obligaciones (66 por ciento). Un 37% relató que le quedó(quedaron) alguna(s) lesión(es) como consecuencia la violencia.

Entre las mujeres que experimentaron violencia física sexual durante el último año, más la mitad (61 por ciento) le contó sobre la situación a alguien la familia, una amiga amigo, a una persona conocida. El 36 por ciento buscó asistencia alguna institución ganización. Prácticamente 3 10 mujeres maltratadas (28 por ciento) le contaron a nadie sobre su experiencia de violencia.



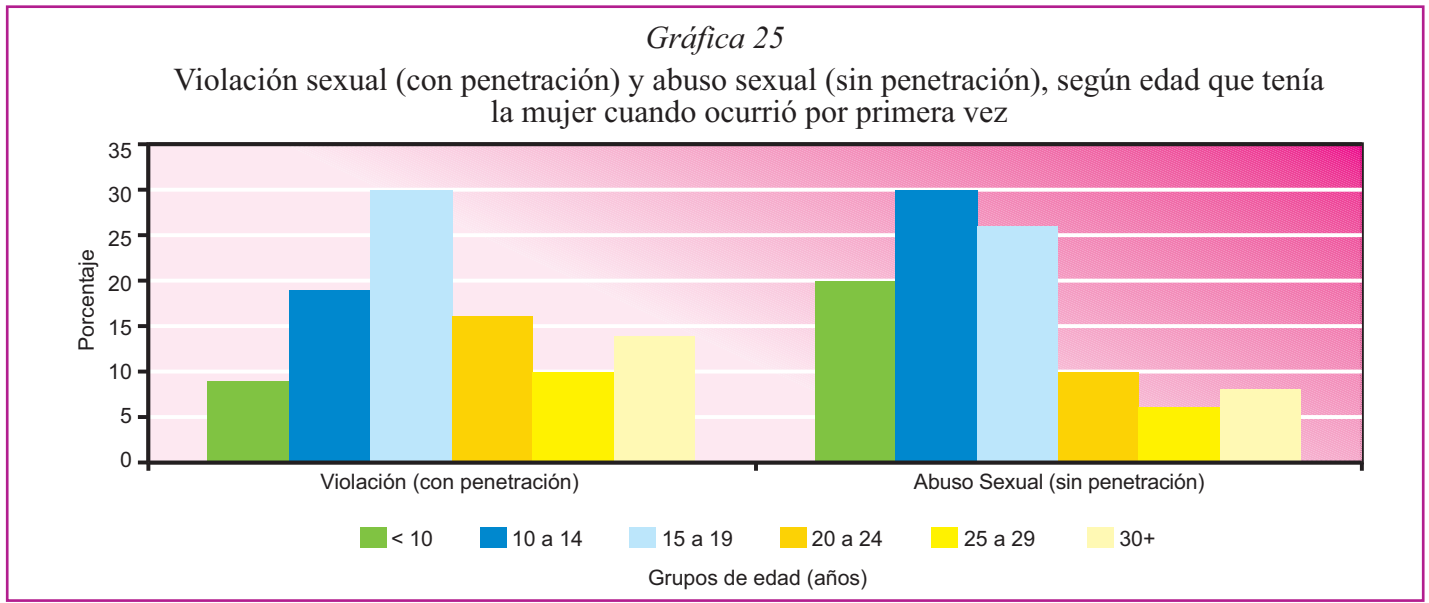
Violencia sexual

Como parte de este módulo, a todas las mujeres entrevistadas (incluyendo las solteras) les preguntó sobre experimentaron alguna forma de violencia sexual en toda la vida y con cualquier persona. investigó sobre tipos de violencia sexual: 1) La violación sexual con penetración y 2) El abuso sexual. Llegar al punto anterior, preguntando alguien le había obligado a realizar algo como a desvestirse, tocarle dejarse tocar las partes íntimas, a besar, abrazar hacer cualquier otro acto sexual, sin llegar a la penetración.

así que 9 por ciento reportó violación sexual con penetración y el 10 por ciento, abuso sexual sin penetración. Al preguntarles la edad que tenían cuando violadas con penetración por primera vez, más la mitad reportó que fue antes que cumpliera los 20 años, incluyendo una de cada 4 antes de los 15 años de edad. Por otra parte, entre las mujeres que reportaron violación sexual sin penetración, la mitad mencionó que la primera vez ocurrió antes los 15 años edad, incluyendo una de cada 5 antes los 10 años (Gráfica 25).

Al preguntarles quién la persona que les violó (con penetración), más del 85 por ciento reportó que alguien conocido la entrevistada. Para la violación sexual con penetración, primer lugar ubica “un ex-esposo ex-compañero de vida” con 42 por ciento, y el segundo lugar, “el esposo/compañero de vida actual” con 24 por ciento. cambio, los casos de abuso sexual sobresale “un vecino, amigo conocido diferente familiar”, representando 27 por ciento los responsables, seguido por “un ex-esposo o ex-compañero de vida”.

Prácticamente una de cada 10 mujeres reportó violación sexual con o sin penetración y para más de la mitad de ellas, la primera vez ocurrió cuando tenían menos de 20 años de edad.



Salud de la mujer

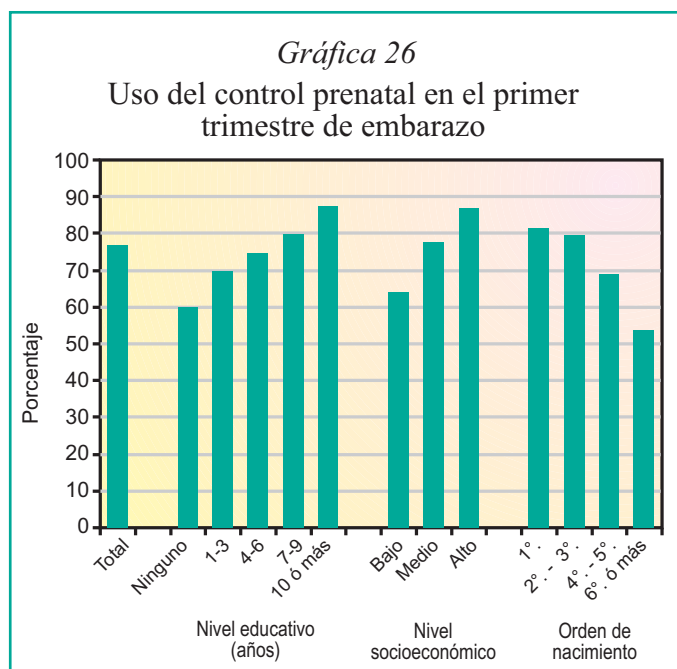
El descenso la fecundidad y el incremento el oportuno y adecuado los servicios salud la mujer y particularmente la salud materna, los determinantes próximos que se constituyen en los dos principales factores que pueden reducir la morbilidad y mortalidad materna.

diferencia de las tres encuestas previas de la serie FESAL (FESAL-93, FESAL-98 y FESAL-2002/03), para decidió excluir la razón mortalidad materna entre los indicadores investigados, debido a que FESAL-2002/03 confirmó que la metodología utilizada encuestas por muestreo aleatorio viviendas, permite identificar suficientes casos muertes maternas para alcanzar la precisión estadística del indicador, por intervalos confianza muy amplios para estimaciones período determinado para analizar tendencias. la página web http://www.mspas.gob.sv/i_salud4.asp encuentra del estudio "Línea Base la Mortalidad Materna El Salvador, 2005-2006, realizado con una metodología más apropiada (RAMOS prospectiva). Con estas aclaraciones, la presente sección enfoca a los principales indicadores asociados a la salud de la mujer.



Uso de los servicios de salud materna

Del total nacimientos vivos(as) ocurridos abril 2003 a marzo 2008, el 94 por ciento las madres tuvo al control prenatal, 77 por ciento tuvo la inscripción durante el primer trimestre embarazo y 78 por ciento tuvo 5 ó más controles, incluyendo el inscripción, tal como lo establecen las normas del MSPAS. El porcentaje que tuvo primer control prenatal durante el primer trimestre de embarazo varía del 82 por ciento en el área urbana al 72 por ciento la rural, por ciento la región Metropolitana a 73 por ciento la Oriental y alrededor del 80 por ciento en los departamentos de Chalatenango, La Libertad, San Salvador y Cuscatlán, a 70 por ciento



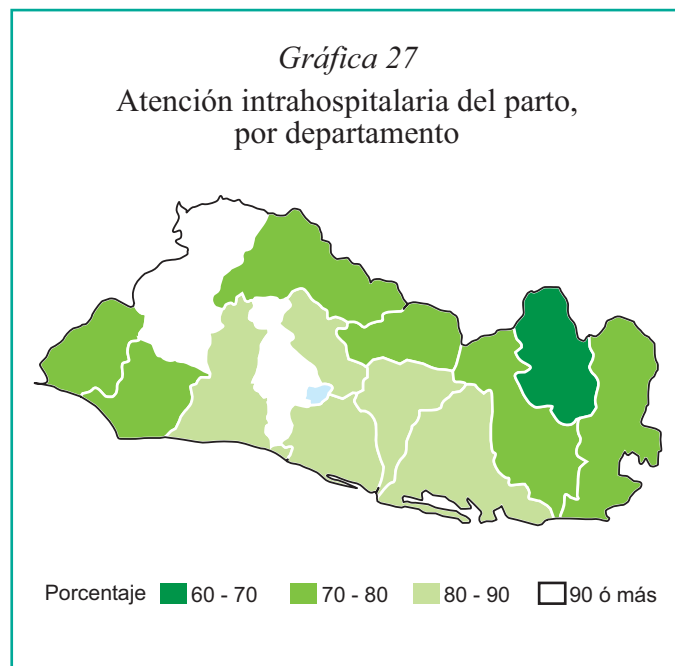
Sonsonate. Como aprecia la Gráfica 26, esta proporción incrementa con el nivel educativo socioeconómico la mujer, pero desciende con el del nacimiento.

La norma del MSP tener mínimo 5 controles, incluyendo el inscripción al control prenatal cumplió 78 por ciento, baja 83 por ciento el área urbana a 74 por ciento el área rural y varía 76 por ciento en la región Oriental a un 81 por ciento en la Metropolitana. resumen, 70 por ciento cumplió con ambas normas combinadas al iniciar el control prenatal el primer trimestre embarazo y tener 5 ó más controles, incluyendo el inscripción, con predominio del área urbana sobre la rural (75.5 contra 64.8 por ciento).

El 70 por ciento de los embarazos cumplió con ambas normas del MSPAS sobre la inscripción al control prenatal en el primer trimestre y recibir un mínimo de 5 controles, incluyendo el de inscripción.

Del total nacidos(as) vivos(as) 1 período antes mencionado, 84 por ciento los partos tuvo atención intrahospitalaria. La probabilidad recibir atención intrahospitalaria del parto incrementa con el nivel educativo y el nivel socioeconómico, pero desciende 93 por ciento el área urbana a 75 por ciento el área rural. El diferencial mayor se encuentra por departamento, ya que varía de un 94 por ciento en el de San Salvador a un 66 por ciento el Morazán (Gráfica 27). Según región salud, la atención intrahospitalaria del parto varía 94 por ciento en la Metropolitana a un 78 por ciento en la Oriental.

El control postparto resulta ser el servicio de salud materna utilizado El Salvador, ya que sólo el 58.5 por ciento las madres recibió este servicio. Esta cifra desciende al 52.8 por ciento, cuando restringe el análisis a la recepción



del servicio antes las primeras 6 semanas posteriores al parto. El del control postparto antes las primeras 6 semanas baja 60 por ciento el área urbana a 46 por ciento el área rural, varía 60 por ciento la región Metropolitana a 42 por ciento la Oriental y 67 por ciento el departamento Santa Ana a 33 por ciento en el departamento de La Unión.

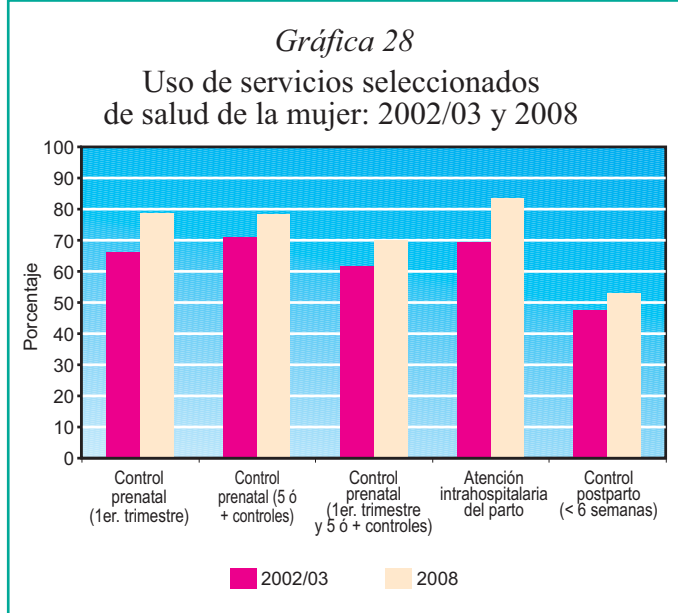
De los 3 servicios de salud materna investigados, el control postparto es el menos utilizado en El Salvador, ya que sólo un 53 por ciento lo tuvo durante las primeras 6 semanas postparto.

la Gráfica presenta una medida los cambios ocurridos en los indicadores seleccionados del uso los servicios salud materna, entre los períodos referencia FESAL-2002/03 y 2008, observa que todos los indicadores presentan mejorías en los últimos 5 años, más evidente el incremento la atención intrahospitalaria del parto. Al contrario, el incremento para el control postparto, que a vez sigue el menos utilizado.

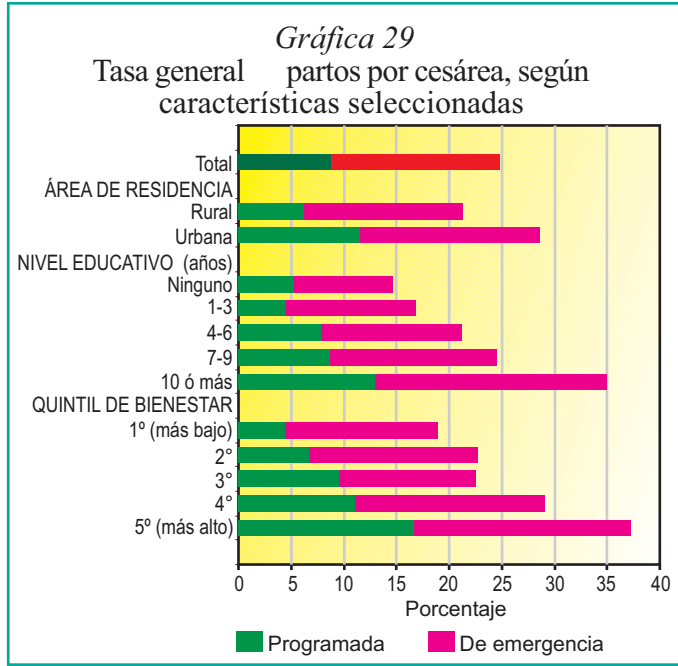
Resultado del último embarazo y partos por cesárea

El 94 por ciento de los últimos embarazos ocurridos a partir 2005 resultó nacimiento vivo, el 5.3 por ciento pérdida aborto y el 0.7 por ciento mortinato. Cabe señalar que los embarazos que terminaron pérdidas abortos, el 85.2 por ciento los casos hospitalizado.

La tasa general partos por cesárea para el período 2005- resultó 25 por ciento, lo cual refleja incremento 3 puntos porcentuales sobre el por ciento encontrado en el período 2000-2003. La actual tasa general partos por cesárea está compuesta por 9 por ciento programada y el 16 por ciento gencia. Según el área



Uno de cada 4 partos ocurridos en el período 2005-2008 fue por cesárea, pero entre las mujeres con mayor nivel educativo o del quintil más alto de bienestar, la relación fue casi 4 de cada 10.



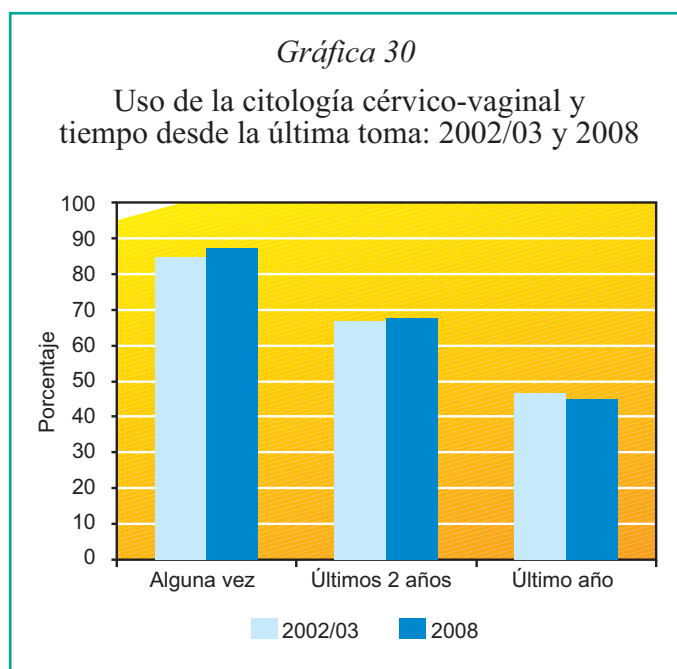
de residencia, la tasa general de partos por cesárea varía del 21.3 por ciento en el área rural al 28.8 por ciento en la urbana.

la Gráfica 29 también puede observar que la tasa general de partos por cesárea incrementa con el nivel educativo del quintil de bienestar, llegando al 35.4 por ciento entre las mujeres con 10 ó más años de escolaridad y al 37.4 por ciento entre las del quintil más alto.

Uso de servicios para la detección del cáncer cérvico-uterino y de mamas

los resultados de la encuesta indican que del total de mujeres de 15 a 49 años de edad con experiencia sexual, el 87.2 por ciento hizo el examen de citología cérvico-vaginal alguna oportunidad, el 67.5 por ciento en los últimos años, pero en el último año sólo el 45 por ciento. El 82.7 por ciento supo el resultado del último examen, pero sólo el 43 por ciento de ellas lo supo antes que transcurriera el primer mes posterior a la toma del mismo. En la Gráfica 30 puede apreciarse que la toma de citología para la prevención temprana del cáncer cérvico-uterino, mantiene al nivel encontrado en FESAL-2002/03, para el último de los dos últimos años previos a la entrevista.

Un indicador nuevo que incorporó FESAL-2008, consiste en investigar la tasa de exámenes diagnósticos para detectar signos del cáncer de mama (mamografía, ultrasonografía de mamas o radiografía de los pechos) entre las mujeres de 40 a 49 años de edad. Los datos indican que el 24.3 por ciento ha tomado alguno de estos exámenes alguna ocasión, pero desciende al 15.7 por ciento en los últimos años previos y llega al 8.5 por ciento en el último año previo a la entrevista.



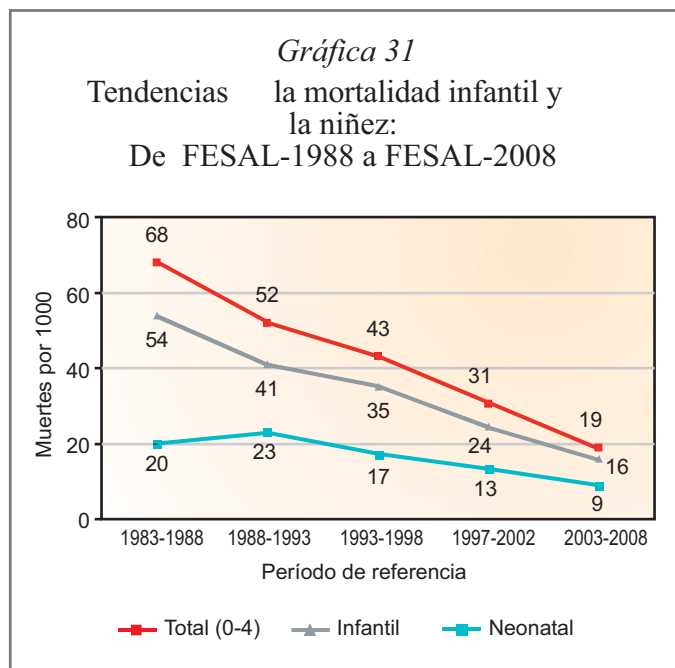
Mortalidad infantil y en la niñez

Tendencias de la mortalidad

La tasa de mortalidad infantil estimada por FESAL-2008 es 16 defunciones por mil nacidos(as) vivos(as) para el periodo de abril del 2003 a marzo de 2008, con un intervalo de confianza de 95 por ciento, lo cual conlleva a que la tasa nueva rango 12 a por 1000. La cifra puntual refleja descenso sostenido el quinquenio 1983-88, alrededor del 70 por ciento la estimada FESAL-88, que era 54 por mil. El descenso obedece sobre todo a la disminución en la mortalidad postneonatal, la cual bajó un poco más de tres cuartos, al pasar de 34 a 7 por mil. La mortalidad neonatal bajó poco más la mitad (56 por ciento) al pasar a 9 por mil. La Gráfica 31 también puede apreciar que para el total 5 años, la tasa mortalidad disminuyó 72 por ciento, pasando 68 a 19 por mil los últimos años.

Entre FESAL-98 y FESAL-2002/03, el descenso la mortalidad infantil ocurrió principalmente el área rural, entretanto los últimos cinco años, indica que la reducción mayor el área urbana, pasando 24 a 13 por mil, mientras que el área rural la mortalidad infantil pasó 24 a 18 por mil. Como mencionó la sección “Antecedentes y tamaño la muestra”, la final presentará la evaluación estadística los datos, con énfasis los intervalos confianza.

Al examinar otros subgrupos la población encontró que los descensos más claros para las y los niños cuyas madres no tenían educación formal o con menos de 4 años escolaridad y quienes tenían 10 ó años escolaridad, así como entre quienes tuvieron parto hospitalario. La tasa mortalidad infantil reportada FESAL-2002/03 para niños(as) que nacieron establecimiento hospitalario 23 por mil y redujo a 13 (42 por ciento), mientras que para las y los niños que nacieron casa con atención partera otras personas, la tasa mantuvo alrededor de 25 por mil.



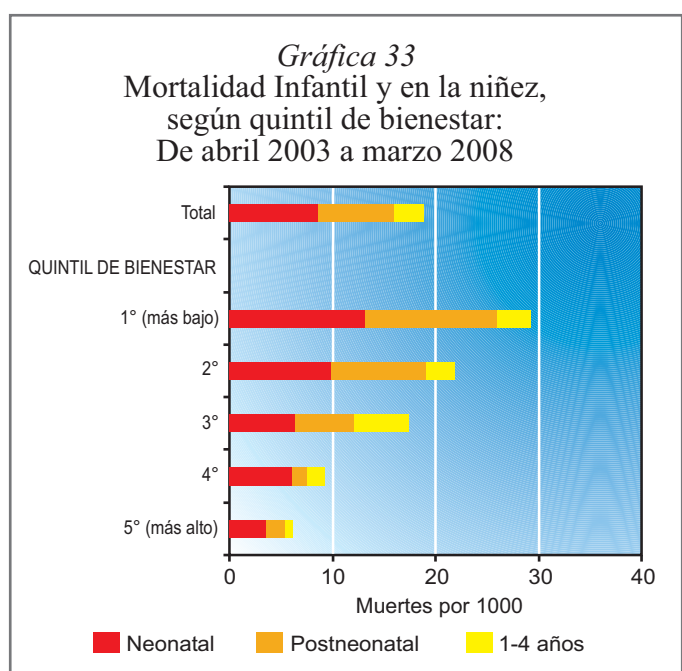
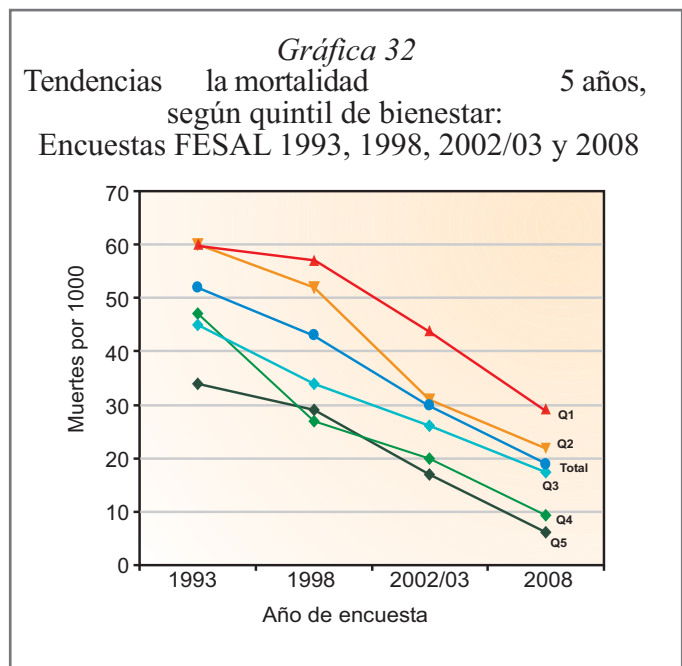
Considerando en quintil de bienestar como medida resumen las condiciones socioeconómicas las viviendas, la Gráfica 32 puede apreciar que los descensos la mortalidad niños y niñas 5 años, ocurrieron los 5 quintiles. También evidencia que la última década sobresalen los descensos la mortalidad el primer quintil (más bajo) y el segundo. Como muestra las secciones anteriores, puede afirmar que el descenso sostenido la fecundidad y el incremento el los servicios de salud materno-infantil en la última década, han contribuido al descenso la mortalidad infantil y la niñez, particularmente los subgrupos mayor riesgo.

Diferenciales de la mortalidad

datos confirman la relación inversa esperada entre el nivel bienestar y la mortalidad, ya que a mayor bienestar, la tasa mortalidad todas las edades analizadas. Con la excepción del periodo neonatal, las tasas estimadas para el primer quintil (más bajo) son 4.7 veces mayores que las estimadas para el quintil más alto (Gráfica 33). La estimación mortalidad neonatal 4 por mil para el quintil bienestar más alto, mientras que para el quintil más bajo 13 por mil, sea, 3.6 veces mayor. el periodo postneonatal las diferencias crecen, la tasa del quintil más bajo, más 7 veces mayor que la estimada para el quintil más alto (13 contra por mil).

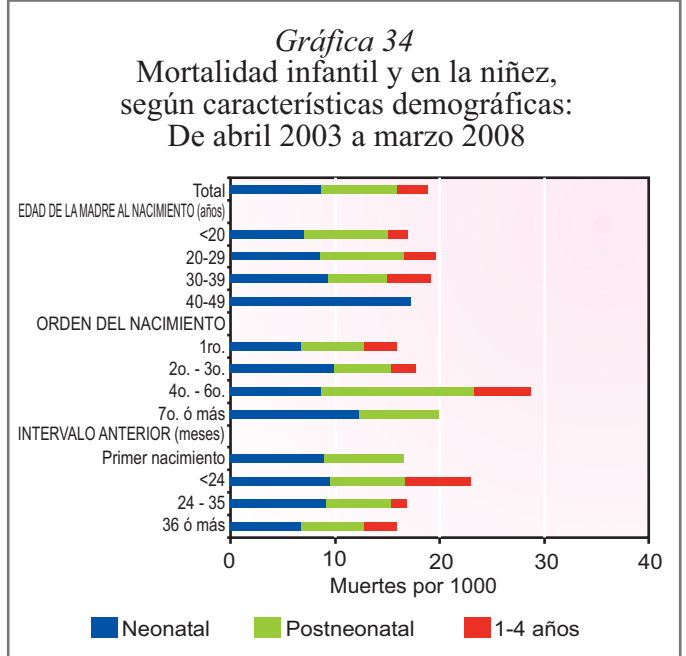
Según región salud, La región Metropolitana presenta las tasas más bajas mortalidad infantil y para el total menores de al 5 años de edad. La tasa de mortalidad infantil varía 7 por mil la Metropolitana a 23 la Oriental y la tasa mortalidad 5 años varía por mil la Metropolitana a 26 por mil la Oriental.

Por lo general, la mortalidad infantil (0 a 11 meses) está asociada al espacio intergenésico, a la edad la madre al momento del parto y a la paridad previa. encuestas

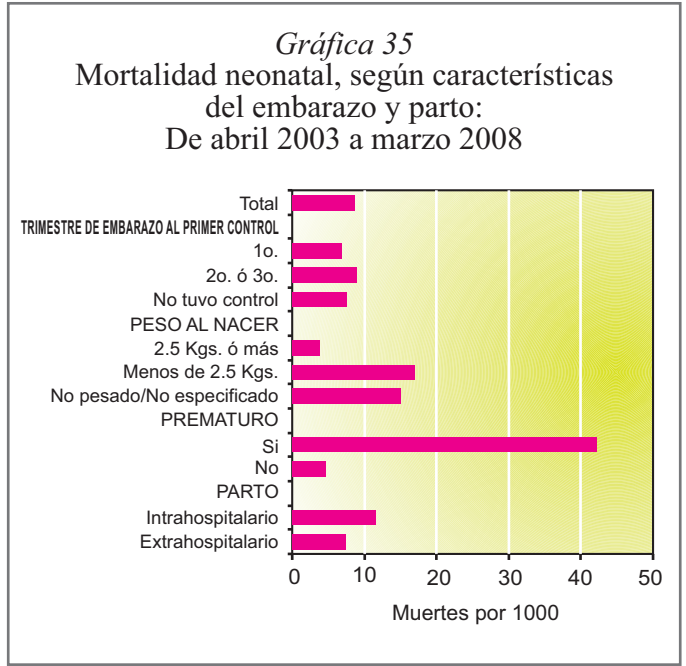


anteriores esta asociación más fuerte. Ahora la asociación más fuerte estos factores demográficas con la mortalidad neonatal. grupos niños(as) que tienen las tasas mortalidad neonatal las y los promogénitos (del primer orden de nacimiento), o cuando las madres tenían menos de años edad al momento del parto (7 por mil). la Gráfica 34 muestra que cambio, los y las niñas que del séptimo mayor orden, cuando las madres tienen 40 a 49 años edad, tienen las tasas más altas mortalidad neonatal (12 y 17 por mil, respectivamente).

A mayor paridad o si los partos ocurren cuando las mujeres tienen más de 39 años, es mayor la probabilidad de muerte neonatal.

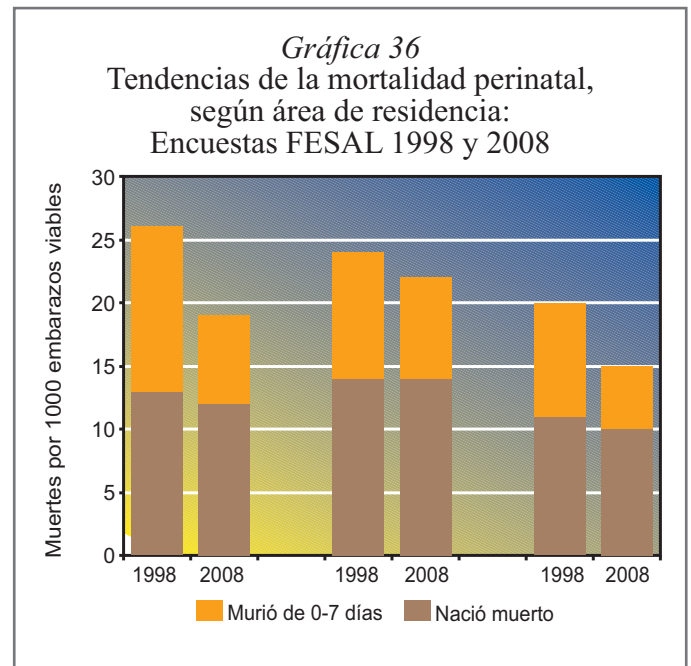


El 55 por ciento de las muertes infantiles identificadas en el período 2003-2008 ocurrió el período neonatal (de a días), mortalidad que está principalmente asociada a las condiciones y características propias del embarazo y del parto. En la Gráfica 35, se puede apreciar que no existe una tendencia clara la mortalidad neonatal, según el trimestre cuando la madre tuvo el primer control prenatal, pero puede evidenciar que la probabilidad muerte neonatal mucho mayor cuando los nacimientos prematuros cuando nacen con peso bajo. La mortalidad neonatal las y los niños con peso bajo al nacer para quienes las madres lo especificaron, 4 veces mayor que la estimada para quienes pesaron 2.5 Kgs. ó más y entre los(las) niños(as) que las madres reportaron como prematuros, 9 veces mayor que la estimada para quienes nacieron acuerdo a la edad gestacional esperada. La mortalidad neonatal 7 por mil para quienes nacieron hospital, pero cuando los partos extrahospitalarios, la tasa mortalidad neonatal estima 12 por mil, lo cual significa que los nacimientos partos hospitalarios tienen tercio de probabilidad de morir.



Mortalidad perinatal

Los resultados de FESAL-2008 muestran que la mortalidad perinatal también declinó la última década. En 1998 se encontró una tasa de 26 muertes por cada mil embarazos viables, la mitad nacidos(as) muertos/as (mortalidad intrauterina) y la mitad nacidos/as vivos/as que antes del séptimo día de vida (mortalidad neonatal temprana). Mediados la década 1998-2008, la tasa de mortalidad neonatal bajó 3 puntos, llegando a 23 muertes por cada mil embarazos viables. Al final de la década, la tasa disminuyó 4 puntos más por mil embarazos viables, bajando a 19 por mil, que representa un descenso del 26 por ciento desde FESAL-98. Es interesante observar que el descenso ocurrió en ambas áreas (urbana y rural) y obedeció a la reducción de las muertes antes del séptimo día de vida. La mortalidad intrauterina permaneció estable (Gráfica 36).



La mortalidad perinatal se redujo en una cuarta parte entre las encuestas de 1998 y 2008, debido al descenso de la mortalidad antes de cumplir los primeros 7 días de vida.



Lactancia materna y estado nutricional del(a) menor de 5 años

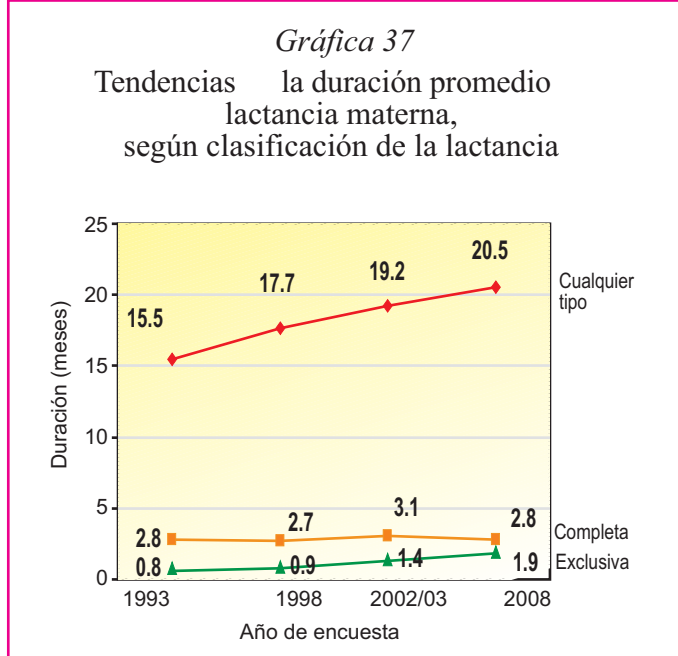
Lactancia materna

La lactancia materna, que reconoce todo el como un factor determinante de la sobrevivencia infantil, es una práctica generalizada El Salvador, dado que el 96 por ciento de las y los últimos niños nacidos vivos en los 5 años previos a la entrevista, recibió pecho materno alguna oportunidad. El 69 por ciento dichos(as) niños(as) empezó a lactar durante el primer día, incluyendo 33 por ciento que empezó durante la primera hora postparto.

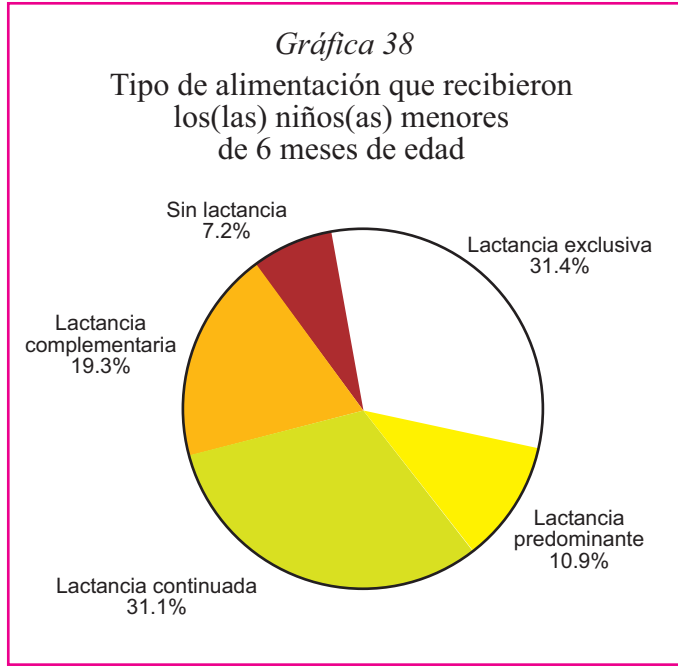
Entre FESAL-93 y incremento la duración promedio cualquier tipo lactancia materna, pasando 15.5 a 20.6 meses. el primer quinquenio subió 2.2 meses, el segundo 1.5 y el tercero 1.4 meses. Esta tendencia incrementos a lo largo del tiempo debe parte al aumento lactancia exclusiva, que pasó 0.8 1993 a 1.9 2008. La duración promedio la lactancia completa subió a 3.1 FESAL-2002/03, pero volvió a bajar al promedio 2.8 encontrado FESAL-93 (Gráfica 37).

Del total de niños(as) menores de 6 meses, en promedio, el 31 por ciento recibió lactancia exclusiva (sólo pecho) y el 11 por ciento recibió lactancia predominante (pecho y agua otros líquidos). El promedio lactancia exclusiva desciende del 47 por ciento para las y los niños edad al 34 por ciento para las y los niños con 2 a 3 meses y baja hasta el 13 por ciento entre los 4 a 5 cumplidos.

cifras redondeadas, el restante 57 por ciento está conformado por el 7 por ciento que recibió ningún tipo lactancia, el 31 por ciento que además amamantado(a) recibió otro tipo de leche y el 19 por ciento que además recibió atoles o purés (Gráfica 38). Por lo tanto, puede afirmarse que el país, los alimentos complementarios siguen introduciéndose a edades considerablemente a las recomendadas por la OMS y el MSPAS.



Prácticamente sólo 3 de cada 10 niños(as) menores de 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva.



Al acumular el porcentaje que recibió lactancia predominante (11 por ciento) con el de exclusiva (32 por ciento), se puede afirmar que la mitad los(las) niños(as) de 6 meses recibió lactancia completa. Como se muestra en la Gráfica 39, la proporción con lactancia completa muy similar a la estimada en FESAL-98, con un cambio positivo a favor a la lactancia exclusiva (en lugar la lactancia predominante), llegando casi al doble la cifra que estimó en FESAL-98.

Según región salud, el porcentaje niños(as) de 6 meses de edad que recibió lactancia materna exclusiva varía del 22.4 por ciento la región Oriental al 49.1 por ciento en la Paracentral.

En El Salvador, los alimentos complementarios se introducen a edades considerablemente menores a las recomendadas por la OMS y el MSPAS.

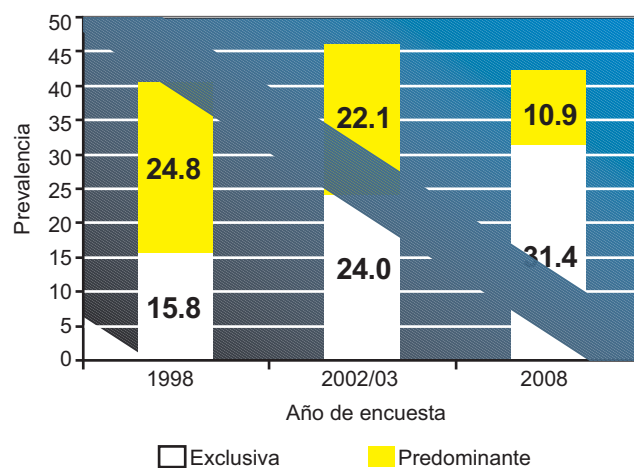
Indicadores antropométricos

Para las estimaciones de los indicadores de baja talla para la edad, bajo peso para la talla y bajo peso para la edad, a cada niño(a) 5 años le tomó una medida peso y una talla el lugar residencia. indicadores antropométricos para cada niño(a) calcularon con la población referencia internacional NCHS/CDC y la nueva población referencia la OMS. ambos casos se incluyó el rango de 3 a 59 meses de edad.

Al utilizar la población referencia NCHS/CDC para comparar los resultados con los ESANES-88, FESAL-93, FESAL-98 y FESAL-2002/03, puede afirmar que entre 1988 y 1993 ocurrió una mejora importante los tres indicadores del estado nutricional del(a)

Gráfica 39

Tendencias de la prevalencia de lactancia completa en niños(as) menores de 6 meses de edad



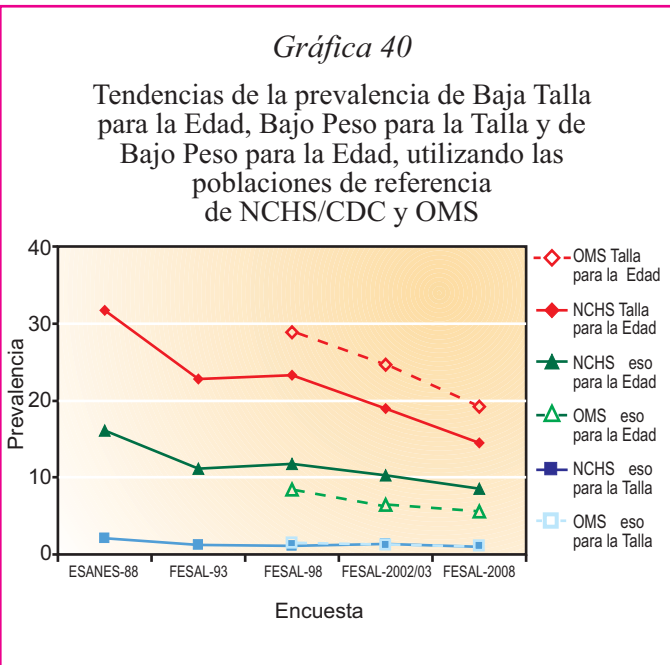
5 años, que entre 1993 y 1998 mayor cambio, que entre 1998 y 2002/03 volvió a experimentar una nueva mejora el indicador talla para la edad y que entre 2002/03 y volvieron a mejorar los tres indicadores.

embargo, la OMS introdujo abril 2006 patrón nuevo y mejor para evaluar el estado nutricional la población 5 años. Utilizando esta nueva población de referencia para analizar las tendencias de las últimas tres encuestas con tamaños muestra representativas por departamento, la Gráfica 40 observa que la tendencia consistente con la observada al utilizar la población referencia NCHS/CDC, pero las estimaciones la prevalencia de baja talla para la edad resultan más altas con la población de referencia de la OMS y las estimaciones de la prevalencia bajo peso para la edad resultan más bajas que las estimadas con la población referencia NCHS/CDC. Por ejemplo, para el 2008, la prevalencia baja talla para la edad 19.2 por ciento con la referencia de OMS y 14.5 por ciento con la referencia NCHS/CDC, en cambio, la prevalencia bajo peso para la edad 5.6 y 8.6 por ciento, respectivamente. Mayor información sobre la diferencia entre ambas poblaciones referencia encuentra la página web: www.who.int/nutrition/media_page/tr_summary_spanish.pdf

formal con 1 a 3 años escolaridad (36.6 y 26.6 por ciento, respectivamente), entre los(las) del nivel de bienestar bajo (31.3 por ciento) y los(las) que viven el área rural (24.2 por ciento). Siempre utilizando la población de referencia de la OMS, los niveles baja talla para la edad son similares en todos los grupos edad (alrededor del 20 por ciento), con la excepción del grupo 3 a 11 (11.9 por ciento).



En El Salvador, la baja talla para la edad de la población menor de 5 años continua bajando, según la serie de estimaciones con base en la referencia NCHS/CDC, descenso que se confirma al utilizar la población de referencia de la OMS.



La nueva referencia de OMS indica que en El Salvador, uno(a) de cada 5 niños(as) menores de 5 años presenta baja talla para la edad.

Utilizando la población referencia la OMS, los resultados muestran que los niveles más altos del indicador de baja talla para la edad (retardo en crecimiento) encuentran entre los(las) hijos(as) mujeres educación

De acuerdo a la nueva población referencia la OMS, las prevalencias más altas retardo crecimiento encuentran los departamentos Sonsonate, Chalatenango y Morazán (26.9, 26.3 y 24.6 por ciento, respectivamente). Al contrario, las prevalencias más bajas de este indicador se encuentran La Unión y San Salvador, con 11.6 y 14.8 por ciento, en su orden (Gráfica 41).

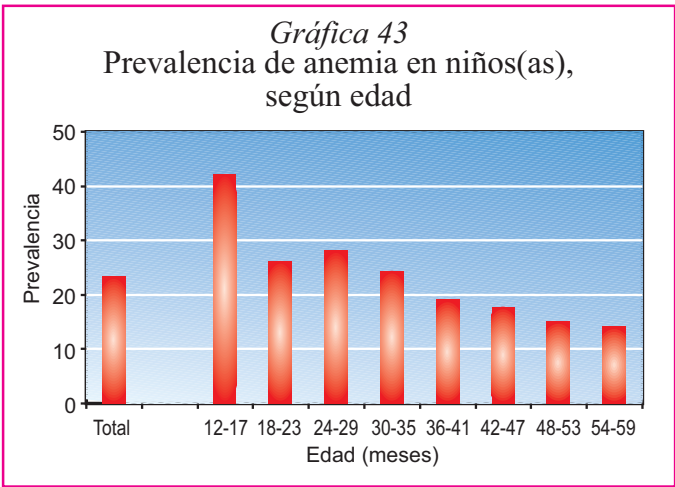
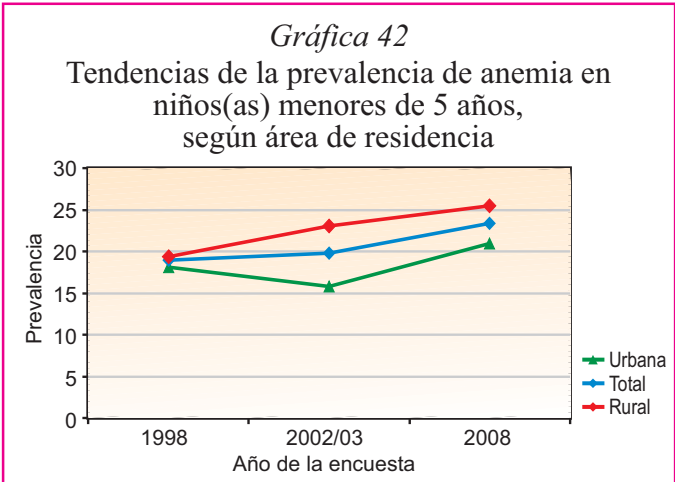
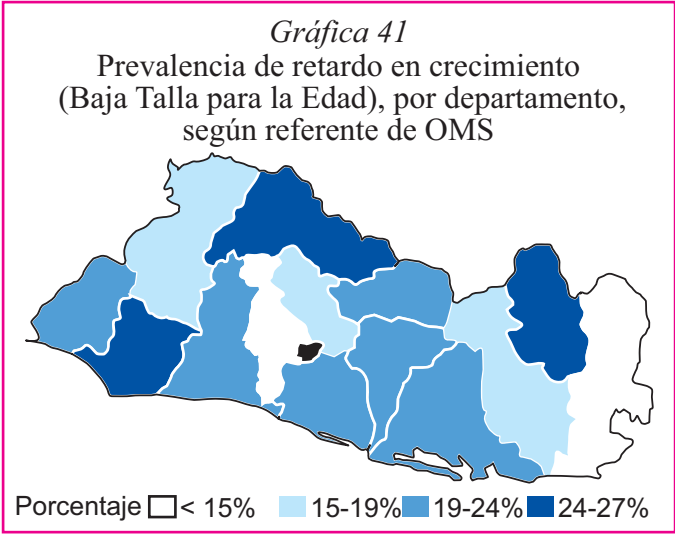
Prevalencia de anemia

Para los(las) niños(as) de 12 a 59 meses de edad también se estimó la prevalencia anemia, tomando una muestra sangre capilar el lugar residencia, que analizó inmediatamente "Hemocue" y el resultado antes salir cada vivienda realizó la entrevista.

Los resultados de FESAL-2008 indican que el 23 por ciento los(las) niños(as) presenta algún grado anemia, 3 puntos más que la cifra encontrada en FESAL-2002/03, y sube del 21 por ciento el área urbana al 26 por ciento el área rural. embargo, la Gráfica 42 observa que las tendencias por área residencia diferentes. Entre las encuestas 1998 y 2002/03, la prevalencia anemia del área urbana tendió a la baja y entre las encuestas 2002/03 y al incremento, mientras que el área rural, mantuvo la tendencia al incremento en los dos quinquenios.

Según la edad del(a) niño(a), la Gráfica 43 aprecia que la prevalencia anemia desciende 42 por ciento entre los(las) niños(as) 12 a 17 a del por ciento entre los(las) que tienen 3 ó 4 años cumplidos.

Al menos un(a) de cada 5 niños(as) menores de 5 años del área urbana y uno(a) de cada 4 del área rural presenta algún grado de anemia.



Salud del(a) niño(a)

Monitoreo del crecimiento y desarrollo del(a) menor de 5 años

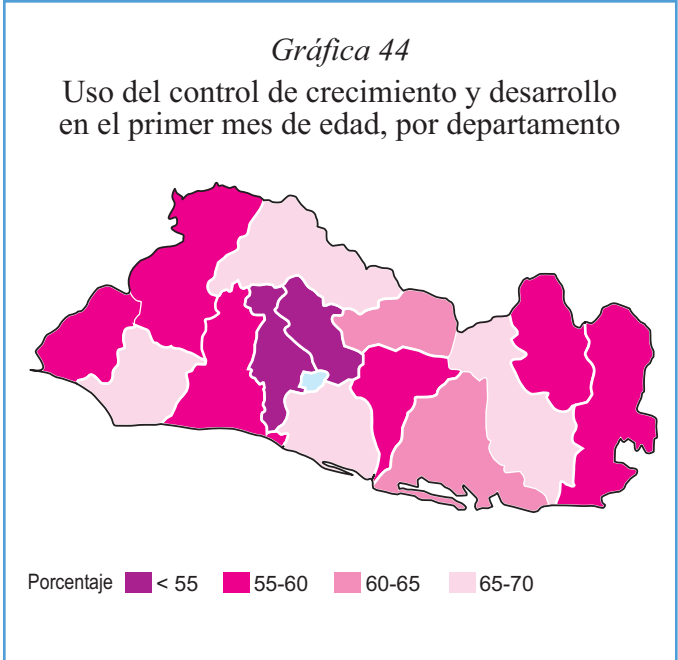
Del total niños(as) que nacieron entre abril 2003 y marzo de 2008, el 97.4 por ciento tuvo al menos un control del crecimiento y desarrollo del(a) 5 años y el 89.0 por ciento estaba sano(a) cuando atendido(a) por primera vez.

Del total niños(as) que llevados(as) a control, el 59.5 por ciento tuvo el primero antes de cumplir un mes de edad, lo que indica que esa sería la máxima proporción que tuvo "atención del(a) recién nacido(a)". Como observa la Gráfica 44, las máximas coberturas este servicio encuentran los departamentos Sonsonate, Chalatenango, La Paz y San Miguel con rango del 65 al 70 por ciento. Los departamentos de Cabañas y Usulután se encuentran en el segundo lugar con una cobertura entre el 60 y 65 por ciento. Según región salud la cobertura varía 64 por ciento en la Oriental a un 50 por ciento en la Metropolitana.



Seis de cada 10 niños(as) fueron inscritos durante el primer mes de edad en el programa de monitoreo del crecimiento y desarrollo del(a) menor de 5 años.

establecimientos del MSP mantienen variación como la mayor fuente para este servicio, ya que ellos atendió a 79 por ciento los(las) niños(as) que lo recibieron. Esta cifra varía del 91.1 por ciento para quienes el área rural al 66.2 por ciento para quienes la urbana y rango del 90 al 95 por ciento los departamentos Ahuachapán, Chalatenango, Cabañas, San Vicente, Morazán y La Unión, al 62 por ciento en el de San Salvador. Por su parte, los establecimientos del ISSS tienen mayor participación con este servicio el área urbana (25.1 por ciento) y en los departamentos de San Salvador y La Libertad (29.5 y 19.2 por ciento, respectivamente).



Niveles de inmunización

Hasta FESAL-98, mantuvo como criterio que un(a) niño(a) tenía el esquema completo vacunación con BCG y sarampión cuando le habían aplicado una dosis, y para Polio y DPT cuando le habían aplicado tres dosis. partir FESAL-2002/03, el criterio incluye la Pentavalente combinación sustitución la DPT y la SPR/MMR sustitución la vacuna contra el sarampión.

La BCG previene formas invasoras de tuberculosis, la Polio oral protege contra la poliomielitis, la DPT contra la difteria-tétanos-tosferina y la Pentavalente, además contra la hepatitis B y la haemophilus influenzae tipo B. La SPR/MMR (triple viral) protege contra l sarampión, paperas y ubéola.

conveniente aclarar que los datos que presentan este documento basan, tanto las documentadas el carné vacunación, como las que la madre reportó que el(la) niño(a) tenía aplicadas, mostrar documentación alguna. También conviene aclarar que debido a que por norma, la primera SPR/MMR aplica al año edad, para evaluar el esquema conjunto los 4 esquemas completos vacunación, el denominador entran las y los niños de 12 a 59 meses de edad.

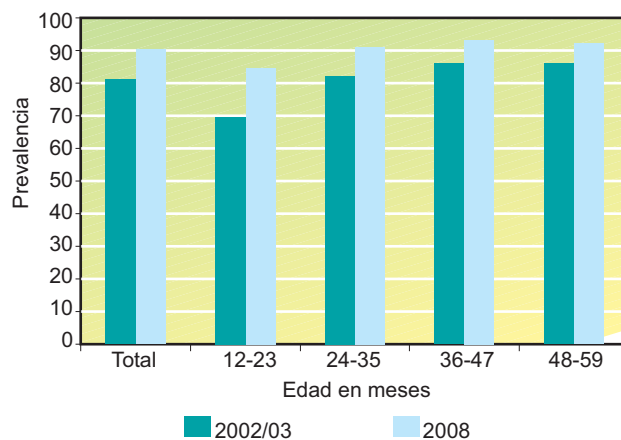
Con estas salvedades, los resultados indican que los últimos 5 años, la cobertura con el esquema completo inmunización los(las) niños(as) 12 a 59 edad, ascendió 9 puntos porcentuales (81.2 por ciento FESAL-2002/03 y 90.4 por ciento FESAL-2008). la Gráfica 45 muestran las tendencias esta cobertura, según edad del(a) niño(a), observa que esta medida incrementó más entre las y los año cumplido. Según los resultados FESAL-2008, la cobertura del esquema conjunto las 4 vacunas presenta una variación mínima por ciento en las regiones Metropolitana y Oriental a un 94 por ciento en la Occidental.



Nueve de cada 10 niños(as) de 12 a 59 meses de edad tenía el esquema completo de inmunización con las 4 vacunas en conjunto: BCG, DEP/Pentavalente, Polio y Sarampión/SPR

Gráfica 45

Esquema completo de inmunización con las 4 vacunas en conjunto*, por edad del(a) niño(a): 2002/03 y 2008



* Tiene esquema completo de CG, DPT/Pentavalente, Polio y Sarampión/SPR.

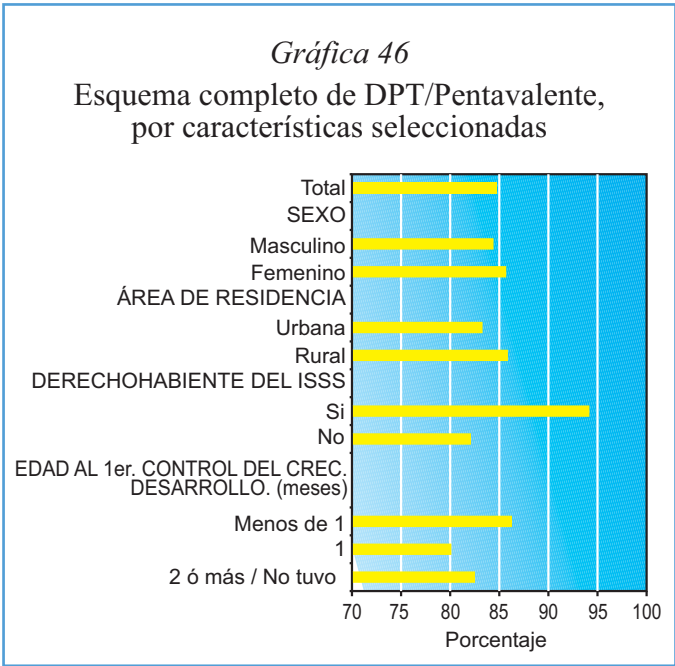
Un indicador tasador los niveles inmunización las y los niños año (de 6 a 11 eses), la cobertura con tres DPT/Pentavalente. resultados indican que 85 por ciento tiene tres aplicadas. la Gráfica 46 se observa que esta cobertura no difiere según el sexo del(a) menor de 5 años, es levemente superior en el área rural (85.9 por ciento) que la urbana (83.3 por ciento), pero resulta poco mayor cuando la el niño inscribe el programa monitoreo del crecimiento y desarrollo antes cumplir primer edad (86.3 por ciento) y que varía del 94.2 por ciento cuando la madre derechohabiente del al 82.1 por ciento cuando lo es.

Prevalencia y tratamiento de la diarrea y de las infecciones respiratorias

El análisis la salud los(las) niños(as) 5 años también comprende las estimaciones prevalencia y tratamiento de las enfermedades diarreicas, así como de las infecciones respiratorias. Ello obedece a que El Salvador, estas morbilidades pueden asociarse fuertemente a la mortalidad postneonatal (1 a 11 meses) y la niñez (1 a 4 años cumplidos).

Del total niños(as) 5 años edad, el 13.8 por ciento tuvo diarrea las últimas semanas previas a la entrevista. Esta proporción la conforma el 5.6 por ciento que no reportó síntomas de deshidratación, el 4.6 por ciento que reportó síntomas deshidratación grave y el 3.6 por ciento con síntomas deshidratación grave.

La prevalencia diarrea el área rural (15.9 por ciento) 4.4 puntos porcentuales más alta que la urbana y alrededor 10 puntos más alta la región salud Paracentral que la Occidental (20.2 contra 9.8 por ciento). La prevalencia diarrea más frecuente entre niños/as con un año cumplido (21.7 por ciento) y resulta ser un poco mayor cuando las madres derechohabientes del ISSS.



Alrededor de 15 de cada 100 niños(as) menores de 5 años tuvieron diarrea y entre ellos(as) sólo un 58 por ciento recibió sales de rehidratación oral en su tratamiento.



Situación escolar de la población de 7 a 14 años

Asistencia escolar

Las encuestas de esta naturaleza presentan una oportunidad singular para ofrecer al Sistema Educativo nuevos elementos de juicio que le permitan evaluar el estado actual de la educación básica en El Salvador, ya que el nivel educativo de la población general constituye los determinantes centrales del desarrollo económico y social de un país o región.

Con este propósito, en forma similar a las encuestas FESAL 1998 y 2002/03, la presente encuesta incluyó un módulo para investigar la situación escolar de la población de 7 a 14 años de edad, pero ampliando el rango de edad para el grupo de 5 a 19 años. Sin embargo, por la importancia de tener la posibilidad de comparar con resultados previos, el contenido del informe enfoca al rango de 7 a 14 años, dejando el análisis del rango ampliado para el informe final.

Con estas aclaraciones, los resultados indican que el ingreso a edad temprana al primer grado es muy común en El Salvador, ya que según lo reportado por las madres, prácticamente uno(a) de cada tres niños/as (31.3%) comenzó a estudiar antes de los 7 años cumplidos. Acumulando esta proporción con la que entró a los 7 años cumplidos, puede mencionarse que el 84.2 por ciento entró a primer grado con 7 o más años cumplidos. Por el contrario, la proporción que entró al primer grado con 6 años o más años cumplidos que aún no había comenzado el año de la encuesta (14.7 por ciento) asciende del 3.8 por ciento para los(as) niños(as) cuyas madres tienen 10 años más de escolaridad al 9.9 por ciento para los(as) niños(as) cuyas madres tienen educación formal.

Del total de niños(as) de 7 a 14 años de edad, el 92.4 por ciento estaba estudiando durante el año escolar de 2008 y el 71.4 por ciento asistía al grado esperado o superior.



Prácticamente 7 de cada 10 niños(as) en edad escolar asisten al grado esperado para su edad o a uno superior, el resto ha experimentado barreras para su desarrollo educativo normal.

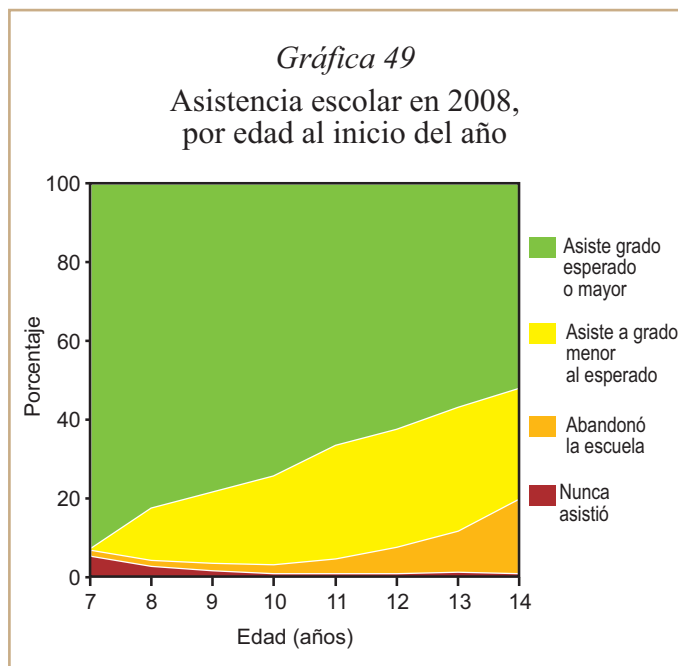
El porcentaje que estaba estudiando (ya sea que nunca asistió había abandonado los estudios), asciende del 3.2 por ciento entre los(las) niños(as) con 10 años edad al 19.9 por ciento entre los(las) de 14 años.

Para apreciar mejor la importancia relativa las tres barreras antes señaladas, la Gráfica 49 presentan los resultados, considerando la distribución la población edad escolar en cada edad específica, donde se observa que el porcentaje que nunca asistió a la escuela colegio baja del 5.2 por ciento entre los(las) niños(as) 7 años cumplidos al 2.7 por ciento entre los(las) de 8 años, al 1.4 por ciento entre los(las) de 9 años, y es inferior al uno por ciento entre los(las) de 10 a 14 años. El abandono escolar más crítico a partir los 12 años edad, subiendo rápidamente del 7 por ciento a partir esa edad al 19.2 por ciento entre los(las) 14 años cumplidos.

La mayoría las razones para el abandono escolar que reportadas por las madres pueden atribuir a la demanda. Entre estas sobresalen las siguientes: “Ya quiso le gustó” (40.6 por ciento), “por problemas económicos” (19.5 por ciento), “por bajo rendimiento” (4.7 por ciento), “por problemas familiares” (3.7 por ciento), y “tenía que trabajar” (4.3 por ciento). Otras respuestas incluyen “cambió domicilio” y “por accidente enfermedad” (4.3 y 4.4 por ciento, respectivamente), discapacidad mental física (1.8 y 1.0 por ciento, respectivamente), porque salió embarazada (0.9 por ciento) y porque casó acompañó (1.7 por ciento).

El 4.8 por ciento las causas abandono escolar representa una combinación problemas del y la oferta, y constituye por la mención respuestas tales como: La delincuencia, falta seguridad las escuelas colegios (rechazo compañeros/as, acoso del/la docente alumnos/as) y maltrato. Acumulando el 3.3 por ciento que mencionó “muy lejos” y el 2.5 por ciento que respondió que

Gráfica 49
Asistencia escolar en 2008, por edad al inicio del año



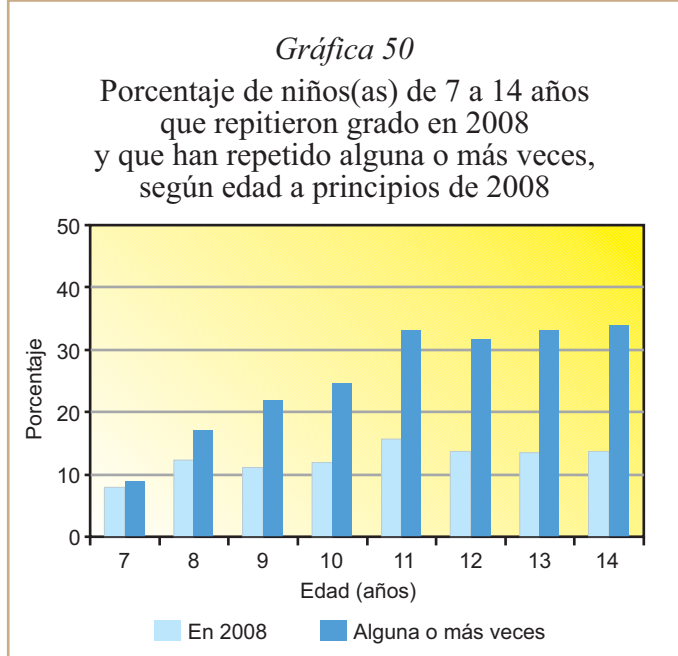
“ya había grado”, el 5.8 por ciento razones abandono escolar puede atribuir directamente a problemas la oferta del Sistema Educativo.

Repitencia escolar

De los(las) niños(as) que estudiaban el año 2008, alrededor del 12 por ciento estaba repitiendo grado año y uno(a) cada 4 estaba repitiendo año había repetido al menos una vez en los años anteriores al 2008. En la Gráfica 50 puede apreciar que la proporción que estaba repitiendo grado el asciende del por ciento entre quienes tenían 7 años edad al 15.6 por ciento entre quienes tenían 11 años de edad y se mantiene entre el 13 y el 14 por ciento entre las edades de 12 a 14 años. La gráfica también resalta que la proporción de niños(as) que estaba repitiendo en ese año o había repetido una ó más veces en los años anteriores al 2008, asciende 9 por ciento entre los(las) que tenían 7 años edad a entre 32 y 34 por ciento entre los(las) que tienen 11 a 14 años edad. Obviamente esta situación afecta la estimación la cobertura del Sistema Educativo, particularmente de la Educación Básica.

La proporción que estaba repitiendo grado el cambia 10 por ciento el área urbana a 15 por ciento el área rural y la que estaba repitiendo año había repetido al una vez los años anteriores, a un 29 por ciento, respectivamente.

Prácticamente uno(a) de cada 8 niños(as) de 7 a 14 años estaba repitiendo grado en el 2008 y uno(a) de cada 4 estaba repitiendo en ese año o repitió al menos una vez en los años anteriores al 2008.



Tendencias de indicadores seleccionados, por área de residencia: FESAL-2002/03 y FESAL-2008

Indicadores	Total		Urbana		Rural	
	2002/03	2008	2002/03	2008	2002/03	2008
Tamaño de la muestra:						
Viviendas seleccionadas	18,450	21,595	10,260	11,620	8,190	9,975
Viviendas con mujeres elegibles	11,723	13,329	6,355	7,185	5,368	6,144
Población de la muestra:						
Mujeres de 15 a 49 años de edad	10,689	12,008	5,657	6,312	5,032	5,696
Mujeres casadas/unidas de 15 a 49 años de edad	6,188	6,618	3,080	3,298	3,108	3,320
Mujeres de 15 a 24 años de edad	3,753	3,775	1,920	1,856	1,833	1,919
Nacidos(as) vivos(as) en los 5 años previos a la encuesta	5,868	5,173	2,431	2,263	3,437	2,906
Características de las viviendas (%):						
Cuenta con servicio de agua intradomiciliar	61.8	73.5	82.6	87.4	36.0	56.2
Cuenta con servicio continuo de agua intradomiciliar	45.3	52.2	65.3	66.5	20.4	34.6
Dispone de inodoro (alcantarillado o a fosa séptica)	43.7	51.3	72.0	76.7	8.5	19.9
Viviendas con mujeres como jefas de hogar	36.9	36.7	42.0	40.3	30.6	32.2
Hogares que reciben remesas familiares	18.2	20.8	17.4	21.1	19.3	20.4
Fecundidad y sus determinantes:						
Tasa global de fecundidad observada (hijos/as por mujer)	3.0	2.5	2.4	2.1	3.8	3.0
Tasa global de fecundidad deseada (hijos/as por mujer)	2.2	2.0	1.8	1.7	2.8	2.4
Mujeres casadas/unidas de 15 a 44 años de edad (%)	55.7	54.3	52.9	51.6	59.3	57.9
Edad mediana a la primera relación sexual (años)	18.4	18.4	18.8	18.8	17.8	17.8
Edad mediana a la primera unión marital (años)	19.8	19.9	20.7	20.8	18.8	18.9
Edad mediana al primer nacimiento (años)	20.5	20.8	21.0	21.6	19.7	19.9
Planificación familiar (%):						
Condición de uso de anticonceptivos (casadas/unidas de 15 a 44 años de edad):						
Nunca usó	15.1	9.0	10.4	6.0	20.6	12.5
Usó, pero no usa actualmente	17.7	18.5	16.2	16.5	19.3	20.8
Usa actualmente	67.3	72.5	73.4	77.5	60.1	66.7
Usa actualmente métodos temporales	33.9	40.1	34.9	38.8	32.8	41.4
Usa actualmente métodos permanentes	33.3	32.4	38.5	38.7	27.3	25.2
MSPAS como fuente de anticonceptivos	55.9	56.6	45.6	44.6	70.6	72.6
Salud sexual y reproductiva en mujeres de 15 a 24 años de edad (%):						
Con experiencia sexual	51.7	50.7	52.2	48.1	51.0	53.6
Con experiencia sexual premarital	39.3	38.8	43.9	41.1	33.4	36.1
Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual	17.8	28.2	23.4	36.0	10.3	20.2
Con al menos un embarazo	40.9	39.2	38.3	33.8	44.2	45.2
Cuyo primer embarazo fue premarital	18.1	17.0	20.6	17.0	14.9	17.0

Conocimiento, actitudes y prácticas ante el VIH/Sida (%):	Total		Urbana		Rural	
	2002/03	2008	2002/03	2008	2002/03	2008
Conocimiento general del VIH (5 respuestas correctas)	14.1	24.2	18.5	30.1	8.3	16.7
Percepción de riesgo personal de infectarse del VIH	26.3	20.3	31.1	23.4	19.6	16.3
Sin carga de estigma y discriminación hacia personas VIH(+) *	11.3	14.4	11.8	15.5	10.5	13.0
Se hizo la prueba del VIH alguna vez	11.9	39.1	15.6	42.1	7.0	35.2
hizo la prueba del VIH durante último embarazo los 3 años previos a la entrevista	12.7	72.1	16.3	78.7	9.3	65.8
Salud de la mujer (%):						
Inscripción al control prenatal en el primer trimestre	66.0	76.8	73.6	82.1	59.5	72.1
Inscripción en primer trimestre y con 5 ó más controles	61.9	69.9	70.4	75.5	54.6	64.8
Atención intrahospitalaria del parto	69.4	83.7	87.3	93.2	54.1	75.3
Uso del control postparto antes de las primeras 6 semanas	47.6	52.8	53.8	60.4	42.3	45.9
Tasa general de partos por cesárea	22.0	24.9	29.5	28.8	14.8	21.3
Mortalidad infantil y en la niñez (por 1,000 n.v.):						
Tasa de mortalidad neonatal	13	9	14		13	9
Tasa de mortalidad postneonatal	11	7	11	5	11	9
Tasa de mortalidad infantil	24	16	24	13	24	18
Tasa de mortalidad en la niñez **	6	3	6		6	4
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	30	19	31	15	30	
Tasa de mortalidad perinatal	23	19	18	15	27	
Lactancia materna y estado nutricional del(a) menor de 5 años (%):						
Niños(as) que nunca fueron amamantados(as)	5.6	3.9	6.4	4.3	4.9	3.5
Niños(as) menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva	24.0	31.4	18.7	25.1	29.8	38.5
Niños(as) de 3-59 meses con:						
Retardo en crecimiento (Baja Talla para la Edad) ^{1/}	18.9	14.5	11.0	10.2	25.6	18.3
Prevalencia de sobrepeso en menores de 5 años ^{1/}	3.6	4.2	5.1	4.9	2.4	3.6
Bajo Peso para la Edad ^{1/}	10.3	8.6	6.9	6.8	13.2	10.2
Prevalencia de anemia en niños(as) de 12-59 meses	19.8	23.4	15.8	21.0	23.1	25.5
Salud del(a) niño(a) (%):						
Inscripción al control del crecimiento y desarrollo del(a) menor de 5 años en el primer mes	41.2	59.5	36.5	57.0	45.3	61.9
Niños(as) de 6-11 meses de edad con tercera dosis de DPT/Pentavalente	72.2	84.7	75.9	83.3	68.6	85.9
Niños/as 12 a 59 edad con esquema completo las 4 vacunas (BCG, DPT/Pentavalente, Polio y Sarampión/SPR)	81.2	90.4	81.4	90.3	81.0	90.5
Prevalencia de diarrea en menores de 5 años	13.8	13.8	11.6	11.5	15.6	15.9
Uso sales rehidratación oral para el tratamiento la diarrea	51.4	57.6	55.0	59.5	49.0	56.3
Prevalencia de infecciones respiratorias en menores de 5 años	42.3	28.0	39.3	26.9	45.0	29.1
Asistencia escolar de la población de 7 a 14 años de edad (%):						
Asiste actualmente	88.4	92.4	92.0	95.5	84.9	89.3
Asiste al grado esperado o mayor	61.7	71.4	72.1	78.9	51.9	64.2

* Se refiere a la proporción con actitudes de aceptación frente a las personas que viven con el VIH.

** Se refieren a las defunciones que ocurren después de cumplir un año y antes de cumplir 5 años de edad (por 1,000 niños/as que sobreviven a su primer cumpleaños).

^{1/} Utilizando la población de referencia internacional de NCHS/CDC.

Datos básicos, por región de salud

Indicadores demográficos 2007 (cifras oficiales de la Dirección General de Estadística y Censos)*	Total	Occidental	Central	Metropolitana	Paracentral	Oriental
Población de menores de 1 año (ambos sexos)	101,884	22,832	14,712	25,312	15,902	23,126
Población de menores de 5 años (ambos sexos)	555,893	125,510	81,354	136,978	86,774	125,277
Población de 5 a 19 años de edad (ambos sexos)	1,991,639	451,663	299,595	483,896	321,005	435,480
Mujeres de 15 a 24 años	560,722	124,072	84,078	149,195	83,646	119,731
Mujeres de 15 a 44 años	1,403,544	307,414	209,168	410,811	198,242	277,909
Población total de mujeres	3,024,742	663,738	447,196	838,359	443,555	631,891
Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL-2008						
Tamaño de la muestra:						
Viviendas seleccionadas	21,595	4,130	2,800	5,460	4,375	4,830
Viviendas con mujeres elegibles	13,329	2,633	1,690	3,479	2,680	2,847
Población de la muestra:						
Mujeres de 15 a 49 años de edad	12,008	2,466	1,515	2,991	2,415	2,621
Mujeres casadas/unidas de 15 a 44 años de edad	6,618	1,430	844	1,593	1,314	1,437
Mujeres de 15 a 24 años de edad	3,775	751	488	844	794	898
Nacidos(as) vivos(as) en los 5 años previos a la encuesta	5,173	1,106	647	1,064	1,088	1,268
Características de las viviendas (%):						
Cuenta con servicio de agua intradomiciliar	73.5	73.9	73.7	90.5	66.3	55.6
Cuenta con servicio continuo de agua intradomiciliar	52.2	51.2	58.2	68.6	37.3	38.2
Dispone de inodoro (alcantarillado o a fosa séptica)	51.3	45.6	45.6	81.6	32.6	34.9
Cocina con gas propano/electricidad	72.3	64.5	73.3	94.8	61.9	58.3
Viviendas con mujeres como jefas de hogar	36.7	32.9	37.3	39.8	35.5	37.2
Hogares que reciben remesas familiares	20.8	18.8	19.3	17.3	19.8	29.2
Fecundidad y sus determinantes:						
Tasa global de fecundidad observada (hijos/as por mujer)	2.5	2.6	2.5	2.0	2.6	2.9
Tasa global de fecundidad deseada (hijos/as por mujer)	2.0	2.1	1.9	1.5	2.2	2.4
Mujeres casadas/unidas de 15 a 49 años de edad (%)	54.3	57.2	54.1	52.4	53.0	54.8
Edad mediana a la primera relación sexual (años)	18.4	18.6	18.1	18.6	18.0	18.3
Edad mediana a la primera unión marital (años)	19.9	19.8	19.8	20.9	19.9	19.1
Edad mediana al primer nacimiento (años)	20.8	20.8	20.7	21.4	20.4	20.4
Planificación familiar (%):						
Condición de uso de anticonceptivos (casadas/unidas de 15 a 44 años de edad):						
Nunca usó	9.0	10.3	6.1	5.4	9.6	13.9
Usó, pero no usa actualmente	18.5	17.2	18.0	15.6	21.0	22.4
Usa actualmente	72.5	72.5	75.9	79.1	69.4	63.7
Usa actualmente métodos temporales	40.1	43.2	47.7	36.2	39.8	36.0
Usa actualmente métodos permanentes	32.4	29.3	28.2	42.9	29.6	27.7
MSPAS como fuente de anticonceptivos	56.6	63.9	57.6	39.4	65.8	66.3
Salud sexual y reproductiva en mujeres de 15 a 24 años de edad (%):						
Con experiencia sexual	50.7	48.4	50.5	51.9	51.4	51.2
Con experiencia sexual premarital	38.8	34.8	40.6	48.1	41.6	29.2
Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual	28.2	21.0	30.1	40.0	25.2	22.3
Con al menos un embarazo	39.2	40.3	35.0	36.6	41.5	42.1
Cuyo primer embarazo fue premarital	17.0	16.7	16.2	21.5	19.1	11.5

*Ministerio de Economía, Dirección General de Estadística y Censos. VI Censo de Población y V de vivienda 2007. San Salvador, 2008.

Conocimiento, actitudes y prácticas ante el VIH/Sida (%):	Total	Occidental	Central	Metropolitana	Paracentral	Oriental
Conocimiento general del VIH (5 respuestas correctas)	24.2	21.2	23.0	33.5	19.9	19.4
Percepción de riesgo personal de infectarse del VIH	20.3	16.0	18.5	26.1	19.8	19.0
Sin carga de estigma y discriminación hacia personas VIH(+) **	14.4	13.0	14.5	17.0	14.0	12.7
Se hizo la prueba del VIH alguna vez	39.1	35.3	40.2	43.8	37.2	37.6
Se hizo la prueba del VIH en último embarazo 3 años previos	72.1	70.1	72.6	78.5	69.9	68.9
Violencia contra la mujer (%):						
Violada con penetración alguna vez (incluye el cónyuge)	9.2	8.6	9.2	12.3	7.9	6.4
Mujeres alguna vez casadas/unidas que recibieron algún tipo de violencia:						
En toda la vida marital	46.5	45.2	46.0	53.8	43.4	40.2
En el ultimo año de vida marital	19.5	19.8	18.2	21.7	19.9	17.0
Buscó ayuda en una institución u organización por la situación de violencia	36.0	26.8	37.1	41.2	31.0	40.0
Salud de la mujer (%):						
Inscripción al control prenatal en el primer trimestre	76.8	74.3	80.0	81.6	76.3	73.2
Recibió 5 ó más controles prenatales	78.3	79.6	78.5	81.1	76.2	75.7
Inscripción en primer trimestre y con 5 ó más controles	69.9	69.9	71.2	74.3	68.6	65.7
Atención intrahospitalaria del parto	83.7	82.7	80.9	93.6	81.9	78.5
Uso del control postparto antes de las primeras 6 semanas	52.8	58.3	54.6	59.7	48.6	42.1
Tasa general de partos por cesárea	24.9	23.1	19.1	30.9	28.3	22.7
Mortalidad infantil y en la niñez (por 1,000 n.v.):						
Tasa de mortalidad infantil	16		12	7	16	23
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	19	23	16		19	26
Lactancia materna y estado nutricional del(a) menor de 5 años (%):						
Niños(as) que nunca fueron amamantados(as)	3.9	3.6	2.8	4.9	4.3	3.5
Niños(as) menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva	31.4	26.8	34.3	30.6	48.0	22.2
Retardo en crecimiento (Baja Talla para la Edad) ^{1/}	19.2	21.5	21.3	14.8	20.7	18.5
Prevalencia de sobrepeso en menores de 5 años ^{1/}	6.0	5.6	7.6	5.6	4.7	6.5
Bajo Peso para la Edad ^{1/}	5.6	6.9	6.9	4.3	5.3	4.9
Prevalencia de anemia en niños(as) de 12-59 meses	23.4	22.2	28.0	20.0	22.7	25.6
Salud del/a niño/a (%):						
Inscripción al control del crecimiento y desarrollo del(a) menor de 5 años en el primer mes de edad	59.5	61.5	61.7	49.4	62.6	63.7
Niños(as) de 6-11 meses de edad con tercera dosis de DPT/Pentavalente	84.7	86.2	88.4	79.6	87.3	84.2
Niños(as) de 12 a 59 meses de edad con esquema completo de las 4 vacunas (BCG, DPT/Pentavalente, Polio y Sarampión/SPR)	90.4	93.5	91.1	88.2	91.5	88.1
Prevalencia de diarrea en menores de 5 años	13.8	9.8	17.2	10.4	20.2	14.7
Uso sales rehidratación oral para el tratamiento la diarrea	57.6	58.0	51.5	60.0	64.2	54.1
Prevalencia de infecciones respiratorias en menores de 5 años	28.0	28.3	30.8	25.6	27.7	28.6
Asistencia escolar de la población de 7 a 14 años de edad						
Porcentaje que asiste actualmente	92.4	91.6	92.0	96.3	92.7	88.4
Porcentaje que asiste al grado esperado o mayor	71.4	68.5	74.5	79.5	71.1	63.3
Repitiendo grado en el año 2008	12.3	11.4	13.7	10.6	14.3	13.4
Repitiendo grado una o más veces	25.2	27.2	23.8	20.8	28.4	26.8

** Se refiere a la proporción con actitudes de aceptación frente a las personas que viven con el VIH.

^{1/} Utilizando la población de referencia internacional de OMS.

Aspectos metodológicos

El diseño muestral de la encuesta FESAL-2008 fue probabilístico, estratificado por departamento y multietápico, utilizando una metodología muy similar a la utilizada en las encuestas FESAL-98 y FESAL-2002/03.

La selección de la muestra de FESAL-2008 se realizó en tres etapas. La primera consistió en seleccionar en forma aleatoria los segmentos censales de cada departamento, para la realización de las entrevistas. La selección se realizó aplicando sistemáticamente un intervalo de muestreo a partir de un arranque aleatorio, con una probabilidad de selección proporcional al número de viviendas existentes en cada segmento del marco muestral utilizado para los Censos Nacionales VI de Población y V de Vivienda de El Salvador, levantados en mayo de 2007.

La segunda etapa consistió en seleccionar 35 viviendas en forma aleatoria dentro de cada segmento censal (después de actualizar la cartografía), con el fin de asegurar que todas las viviendas de cada segmento tuvieran igual probabilidad de selección. Para ello se seleccionó al azar una vivienda de partida entre la número 1 y "n", siendo "n" el número total de viviendas del segmento, para iniciar las visitas y entrevistas hasta completar las 35 viviendas.

La tercera etapa consistió en seleccionar en forma aleatoria a una mujer en edad fértil (MEF) de 15 a 49 años de edad en cada vivienda. La probabilidad de selección de la mujer elegible para entrevista, fue inversamente proporcional al número de MEF's en la vivienda. Para ciertos indicadores de salud en la niñez también se seleccionó en forma similar a un(a) niño(a) menor de 5 años. Para compensar las probabilidades desiguales de selección de cada una de las etapas, se aplicó factores de ponderación para obtener estimaciones representativas de los universos de análisis: Viviendas, mujeres y niños(as) de El Salvador.

Cabe mencionar que el enfoque y fuente de información de FESAL-2008 son las MEF's y sus hijos(as) y que los resultados no necesariamente reflejan las situaciones de las niñas y niños que no tienen o no viven con sus madres biológicas respectivas. En cuanto a las viviendas, en términos generales se espera que las características socioeconómicas de las viviendas donde hay MEF's, sean muy similares a las características de las viviendas sin MEF's.



Información adicional en Español sobre el contenido del presente informe puede solicitarse comunicándose a la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS) a la siguiente dirección: 25 avenida Norte # 583, Edificio Pro-Familia, Apartado Postal 1338, San Salvador, El Salvador, C.A., Fax (503) 2244-8179 y teléfonos (503) 2244-8107, E-mail jose.caceres@ads.org.sv ó juan.salguero@ads.org.sv Información adicional Inglés puede solicitarse comunicándose a la División de Salud Reproductiva de Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 4770 Buford Highway, NE Mailstop K-35, Atlanta, Georgia 30341, USA. Fax (770) 488-6242, teléfono (770) 488-6385, E-mail zux3@cdc.gov.

Este informe también está disponible en la página Web de la encuesta:

www.fesal.org.sv



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo del pueblo de los Estados Unidos de América, a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo los términos del Convenio de Cooperación No. 519-A-00-07-00049-00. Las opiniones y puntos de vista aquí expresados por los autores, no necesariamente reflejan aquellos de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos de América.