



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. Jose Fernando Marquez
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 de 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 menor de 20 años de edad. La dinámica de la población salvadoreña se ha caracterizado por mantener tasas relativamente altas de natalidad y mortalidad y un saldo neto migratorio negativo.

La encuesta FESAL-2008 es la novena de una serie de 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 en edad fértil de El Salvador, incorporando a partir de 1985, importantes temas relacionados con la salud materna e infantil. Los resultados de esta serie de encuestas permiten mantener una evaluación periódica del estado nutricional de la población infantil, del proceso de adopción de los servicios de salud reproductiva, de 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 de 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 es la división administrativa primaria de la República de El Salvador. Su tamaño es de 21,595 viviendas distribuidas en 617 segmentos censales, con la salvedad que desde FESAL-98 se sobre-muestreó el departamento de San Salvador para que las unidades técnico-administrativas del MSPAS, identificadas en FESAL-2008 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 septiembre de 2008, se identificó un total de 13,329 viviendas con mujeres en 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 de 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 V de Vivienda, levantados en el año 2007.

A 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 en el informe final de la encuesta FESAL-2008.



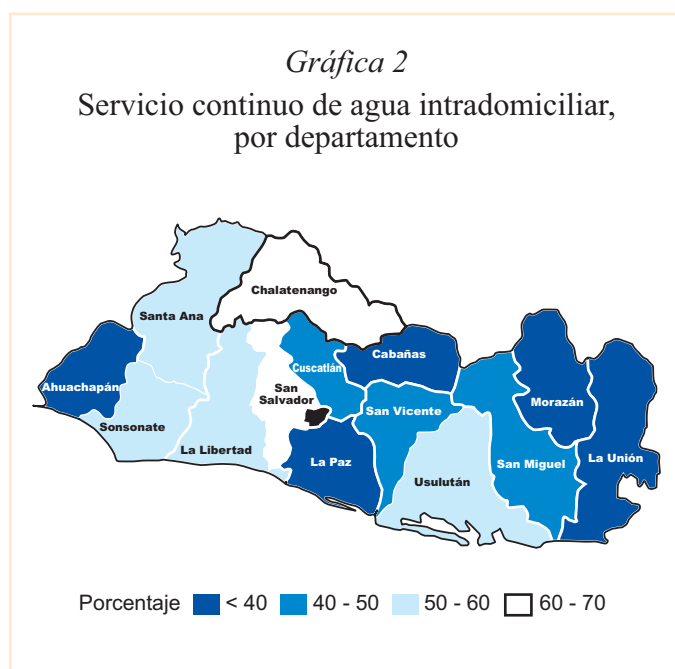
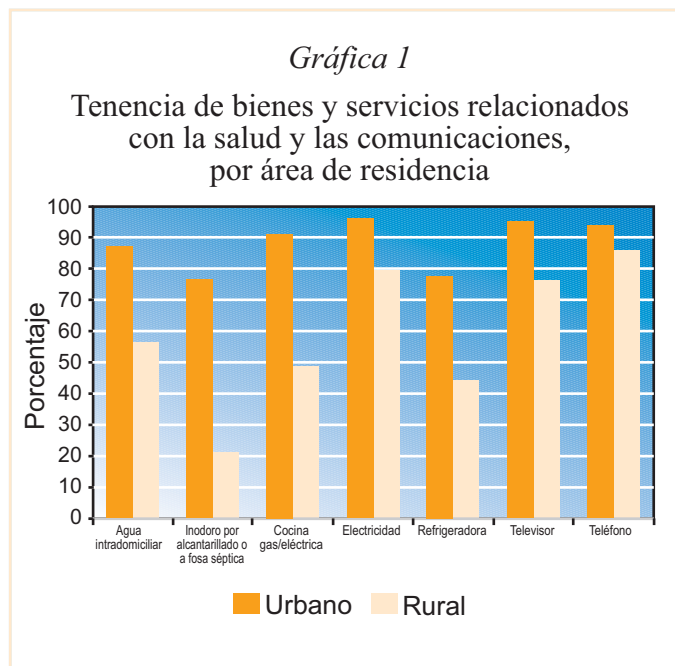
Características generales

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, donde se destaca el incremento de un 20 por ciento en la tenencia de agua intradomiciliar y del 11 por ciento en la tenencia de inodoro en el área rural. En cuanto a la eliminación de excretas, cabe aclarar que a nivel de país, aún existe un 5 por ciento de viviendas que no 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.

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

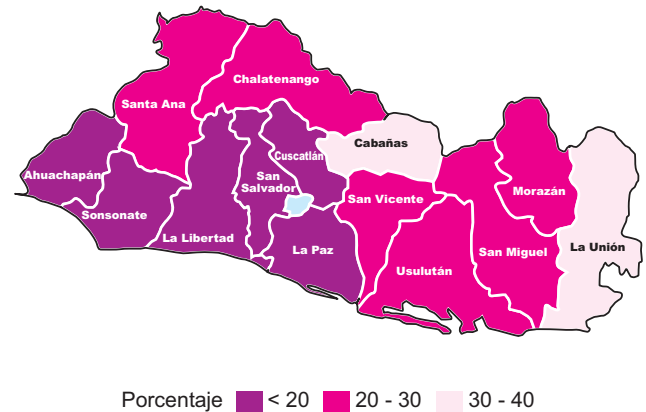
Los resultados de FESAL-2008 indican que en el 36.7 por ciento de los hogares la jefatura recae en las mujeres, cifra que asciende del 32.2 por ciento en el área rural



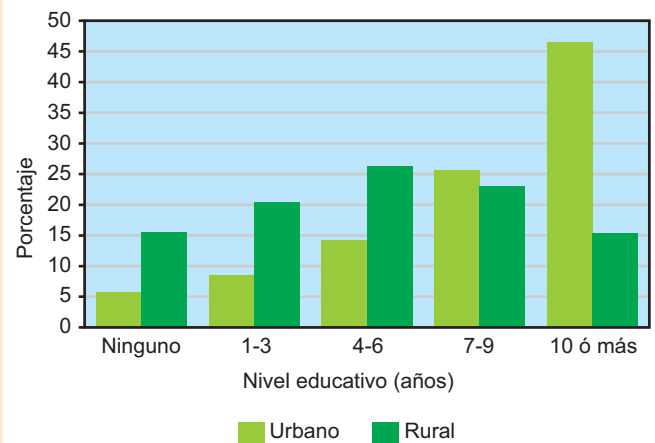
al 40.3 por ciento en la urbana, varía de un 33 por ciento en la región Occidental a un 40 por ciento en la Metropolitana y de un 30 por ciento en el departamento de Sonsonate a un 42 por ciento en Cabañas. Los datos también indican que al menos uno de cada 5 hogares recibe remesas familiares, con variación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

Se encontró que en los últimos 5 años, el porcentaje de mujeres separadas, viudas o divorciadas subió 4 puntos porcentuales, tanto en el área urbana como en la rural. El porcentaje con 1 ó 2 hijos(as) vivos(as) al momento de la entrevista subió alrededor de 3 puntos porcentuales y el grupo con 4 ó más bajó en esa proporción. Con respecto al nivel educativo, el grupo de mujeres sin educación formal descendió 2.6 puntos porcentuales, en cambio, el grupo con 10 ó más años de escolaridad ascendió 4 puntos. Aún con esta mejoría, en la Gráfica 4 se observa que el porcentaje de mujeres sin 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 de escolaridad, triplica el porcentaje del área rural.

Gráfica 3
Hogares que reciben remesas familiares,
por departamento



Gráfica 4
Nivel educativo de las mujeres
de 15 a 49 años



Fecundidad

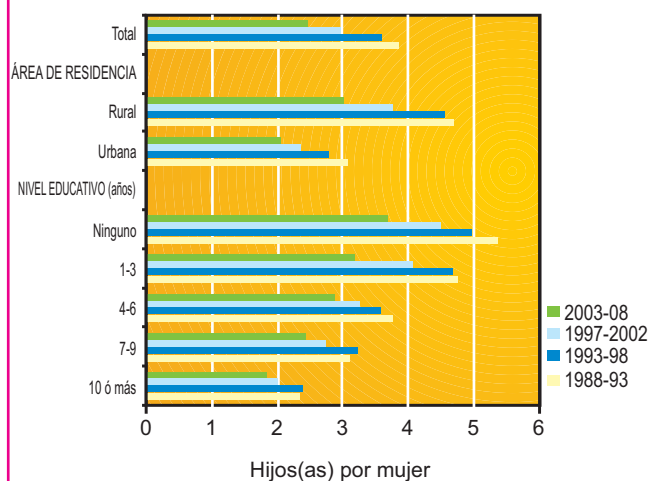
Niveles y tendencias de la fecundidad

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

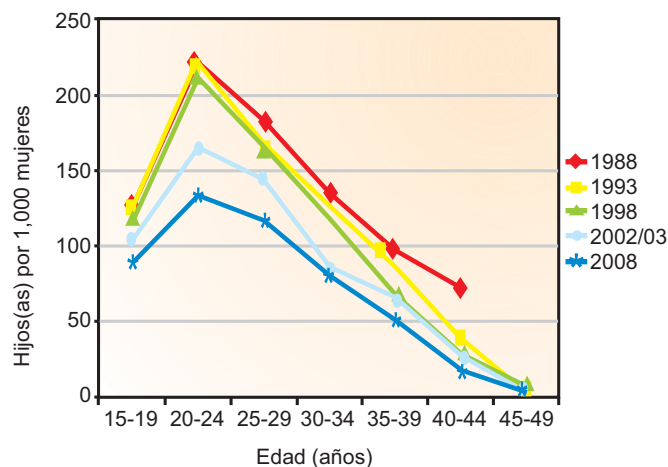
Aún con estos descensos, en El Salvador existen diferencias por área de residencia, nivel educativo o de bienestar de las mujeres. De mantenerse invariables los niveles actuales de fecundidad, las mujeres del área rural tendrían en promedio un(a) hijo(a) más que las mujeres del área urbana, y las mujeres sin educación formal o del nivel de bienestar más bajo tendrían en promedio 3.7 hijos(as), lo que resultaría ser más que el doble de lo estimado para las mujeres con 10 ó más años de escolaridad (1.8) o del nivel de bienestar más alto (1.6). Atendiendo al departamento de residencia, la TGF varía de 2.0 hijos(as) por mujer en San Salvador a 3.4 en Cabañas. La Gráfica 6 muestra las tendencias de las tasas específicas de fecundidad por edad, entre FESAL-88 y FESAL-2008 y las gráficas 7 y 8 los diferenciales antes señalados sobre los hallazgos de 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

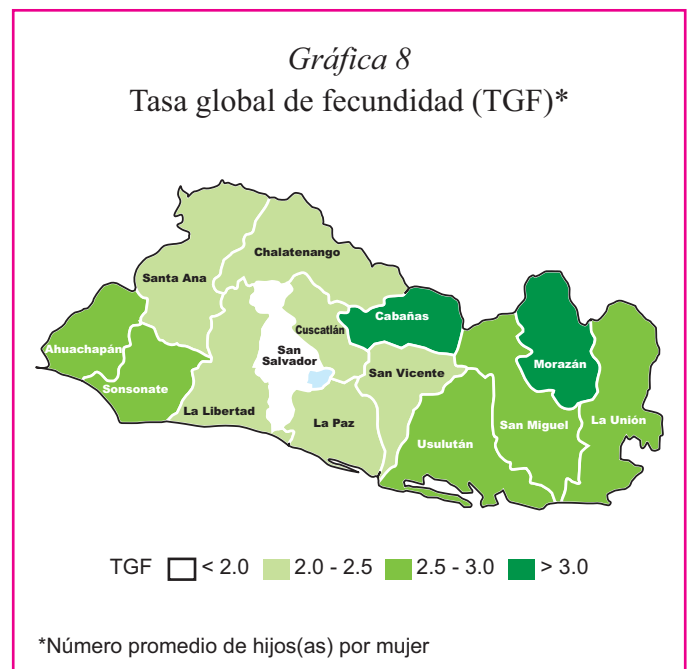
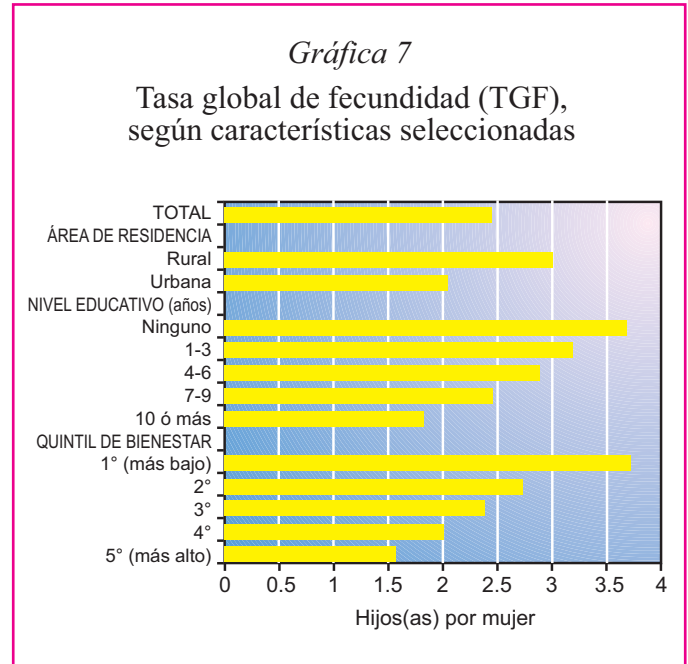
En la encuesta FESAL-2008 se recolectó información sobre diversos factores determinantes de los niveles y tendencias de la fecundidad de un país o región, siendo entre otros: La nupcialidad, la exposición al riesgo de embarazo, la actividad sexual reciente, el intervalo entre los nacimientos, la amenorrea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

Los resultados indican que el 54.3 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años viven en unión conyugal, prevaleciendo entre ellas la unión consensual (29.3 por ciento). Con respecto a la exposición al riesgo de embarazo, se 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) en el último quinquenio, lo que representa un aumento de 1.5 años en los últimos 25 años. Los diferenciales de las edades medianas de estos tres acontecimientos, según nivel educativo, se presentan en la Gráfica 9.

Es evidente que el nivel educativo de la mujer influye de forma determinante en la fecundidad. Entre las mujeres que tienen 10 ó más años de 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 de la encuesta, el 61.4 por ciento de los nacimientos en los últimos 5 años fue planeado, el 19.7 por ciento fue deseado, pero no planeado (no previsto) y el 18.9 por ciento no deseado. Los mayores porcentajes de hijos(as) no deseados(as) se encuentran en los siguientes grupos de mujeres: Según la edad de la madre al nacimiento,

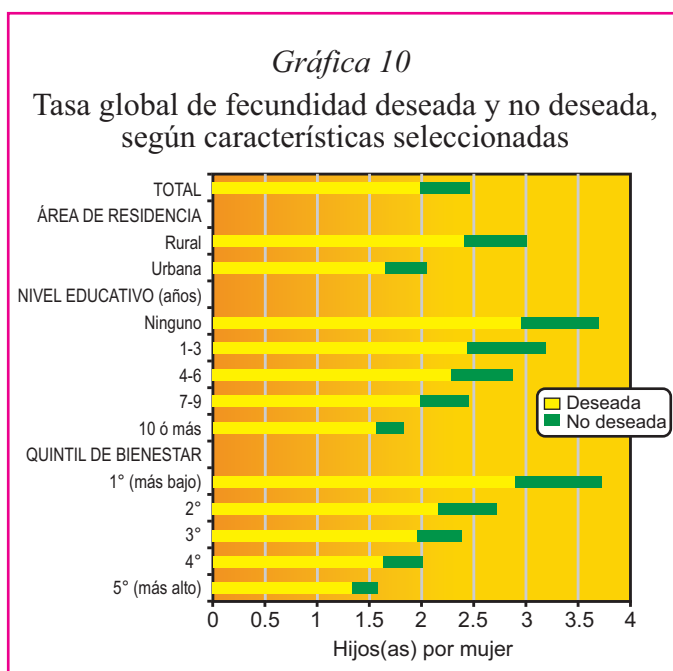
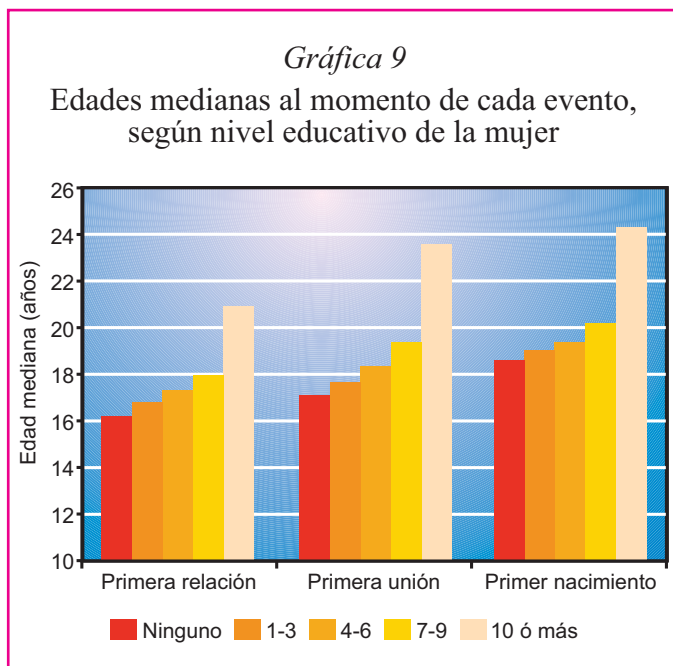


en el grupo de 40 a 49 años (45.9 por ciento), según el estado familiar o civil actual, en el grupo de solteras (37.5 por ciento), según el número de hijos(as) tenidos(as), en el grupo que tenía 6 ó más hijos/as (33.2 por ciento).

Estos hallazgos son consistentes con los que se encuentran al desglosar la fecundidad observada en deseada y no deseada, ya que la TGF deseada para los últimos 5 años es de 2 hijos(as) por mujer, la cual resulta ser una quinta parte (20 por ciento) menor que la TGF observada (2.5 hijos/as por mujer). La TGF deseada expresa el nivel de fecundidad que teóricamente resultaría si todos los nacimientos no 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 no deseada representa una cuarta parte al nivel nacional, las diferencias por área de residencia están disminuyendo. En FESAL-2002/03 se observó que la TGF no deseada era bastante mayor en el área rural con respecto a la urbana (1 contra 0.6 hijos/as, respectivamente) y en FESAL-2008 se 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 de su fecundidad deseada. En la Gráfica 10 se aprecia que entre las mujeres sin educación formal o de 1 a 3 años de escolaridad, la fecundidad no deseada continúa alta (0.75 hijos/as por mujer) y resulta ser el triple con respecto a la no deseada entre las mujeres con 10 ó más años de escolaridad (0.26). En cuanto al nivel de bienestar, llama la atención que la TGF observada (deseada y no deseada) del quintil 5 ó más alto (1.57 hijos/as), es menor que el valor de la TGF necesaria para reemplazar la población (2.1 hijos/as por mujer).



Planificación familiar

Conocimiento de métodos anticonceptivos

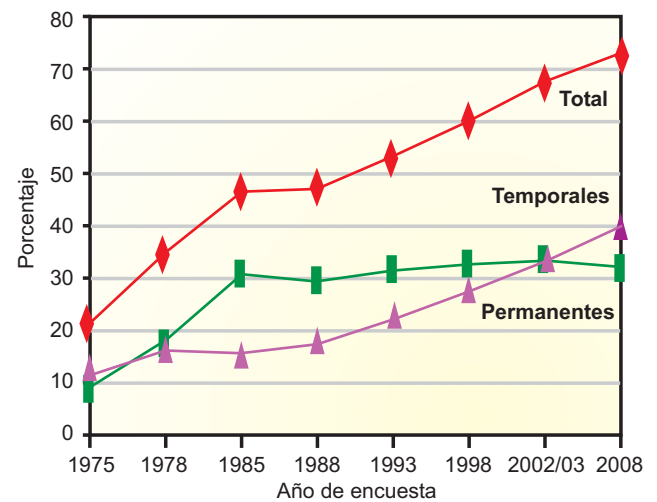
En El Salvador, el 99 por ciento de las mujeres de 15 a 44 años de edad ha oído hablar al menos de un método anticonceptivo, conocimiento que resulta alto aún entre las mujeres solteras (98.2 por ciento). Individualmente, los métodos anticonceptivos conocidos por más del 90 por ciento son los siguientes: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

Tendencias de la prevalencia de uso de anticonceptivos

La prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres casadas/unidas de 15 a 44 años de edad ascendió del 34 por ciento en 1978 al 47 por ciento en 1988, llegando al nivel del 72 por ciento en el año 2008, cifra que resulta ser 5 puntos porcentuales superior a la encontrada en FESAL-2002/03. Entre 1978 y 1988, los incrementos obedecieron principalmente al uso de la esterilización femenina, en cambio entre los siguientes 20 años, al uso de métodos temporales, llegando a sobrepasar a los permanentes (Gráfica 11). En los últimos 5 años, el uso ascendió un poco más en las áreas rurales que en las urbanas. Sin embargo, en el año 2008, el uso en las áreas urbanas (77.5 por ciento) es mayor en 11 puntos porcentuales, que el uso en las áreas rurales (66.7 por ciento). Otros grupos en los que se dieron los mayores incrementos son: Las mujeres menores de 30 años, entre las que tienen solamente un(a) hijo(a) vivo(a) o quienes tienen 6 ó más y entre quienes no tienen educación formal.

Gráfica 11

Tendencias del uso de anticonceptivos, por tipo de método: 1975-2008



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 uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres casadas o unidas (72.5 por ciento) varía de 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 en la prevalencia de uso se encuentra por departamento, variando de alrededor del 80 en los de San Salvador y La Libertad a alrededor del 55 por ciento en los de Cabañas, Morazán y La Unión.

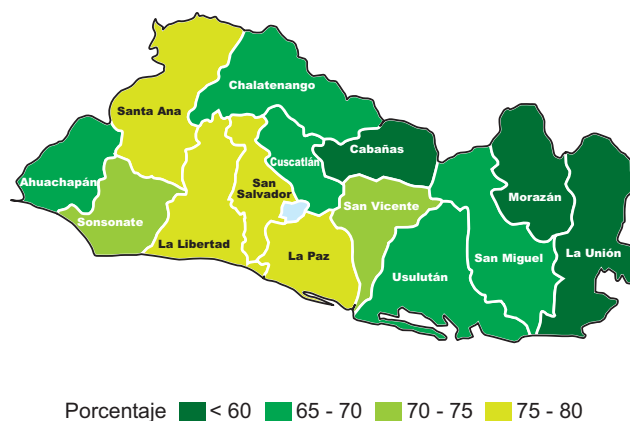
En la Gráfica 13 se puede apreciar que existen diferencias por área de residencia en el uso de métodos anticonceptivos, existe una relación casi directa con el nivel educativo o socioeconómico, pero la religión que las mujeres reportaron profesar, no parece tener mayor influencia en la opción de uso, con la excepción que entre las identificadas como protestantes es un poco mayor el uso de 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.

En el país, los dos métodos de mayor prevalencia son 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 ni el uno por ciento. Aún cuando la esterilización femenina es el método de mayor prevalencia en el país, las mujeres que optan por la esterilización como su primer método de planificación familiar, esperan tener en promedio 3.2 hijos(as) vivos(as), 26.3 años de edad y 7.6 años después de su primera unión conyugal.

Gráfica 12

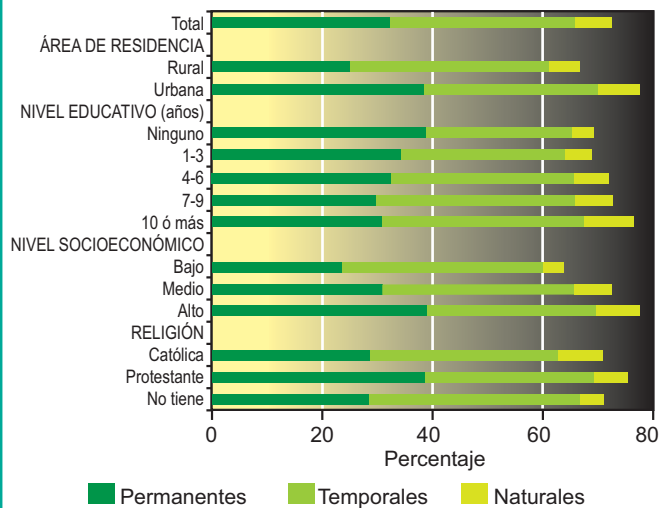
Uso actual de anticonceptivos, por departamento



Porcentaje: < 60, 65 - 70, 70 - 75, 75 - 80

Gráfica 13

Uso de anticonceptivos, por tipo de método, según características seleccionadas



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 de la satisfacción con el uso de anticonceptivos es la eventual preferencia de continuar usando el método actual. Al respecto, los resultados indican que el 80 por ciento de las mujeres seguiría usando el mismo, el 16 por ciento preferiría usar otro y menos del uno por ciento (0.8) reportó que ya no usaría. Ello indica que 8 de 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 de 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.

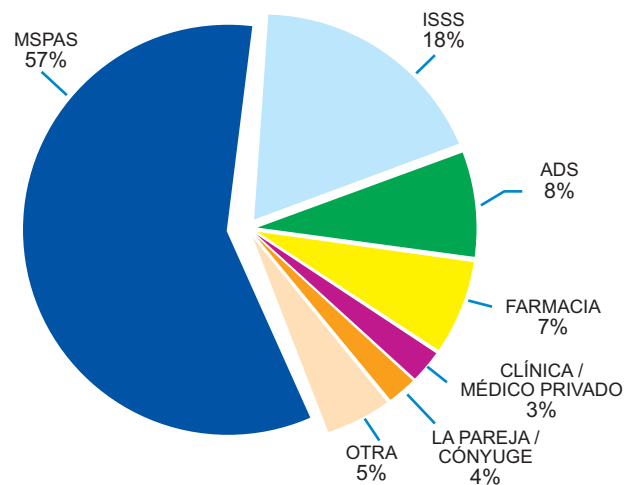
Fuente de anticonceptivos

En 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, de acuerdo al lugar donde obtienen el servicio de anticoncepción.

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

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

Gráfica 14
Fuente de anticonceptivos para las usuarias en 2008



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 de edad no estaba usando un método anticonceptivo en 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 un método. El porcentaje de mujeres que nunca usó un método anticonceptivo varía de un 5 por ciento en los departamentos de San Salvador y La Libertad a entre 17 y 20 por ciento en los departamentos de Cabañas, Morazán y La Unión.

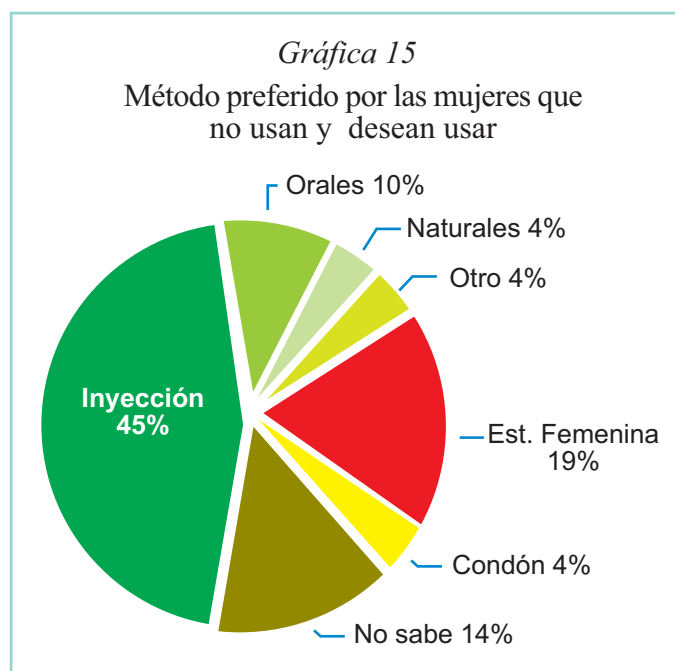
Entre las mujeres que usaron, pero que no usan actualmente, las dos razones expuestas con mayor frecuencia para dejar de usar fueron el deseo de embarazo (35 por ciento) o que tuvieron efectos colaterales (28.9 por ciento). La primera razón resultó más frecuente para quienes dejaron de usar el retiro (50.5 por ciento), mientras que la segunda razón tuvo mayor mención entre quienes dejaron de usar el inyectable bimensual (42.6 por ciento).

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

Del total de mujeres casadas o unidas de 15 a 44 años de 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 donde obtenerlos. El deseo

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

En la Gráfica 15 se muestra que los tres métodos mencionados como los de mayor demanda potencial son los inyectables, la esterilización femenina y los orales, con el 44.9, 18.7 y 9.6 por ciento de preferencia, respectivamente. El MSPAS es la fuente potencial de 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 de un tercio (36 por ciento) del total de mujeres de 15 a 49 años de edad (edad fértil). La exposición temprana de este sector importante de la población al embarazo o a las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/Sida, se constituye en un factor determinante de los niveles de fecundidad de la población, representa graves repercusiones en su salud sexual y reproductiva y puede truncar sus proyectos de vida.

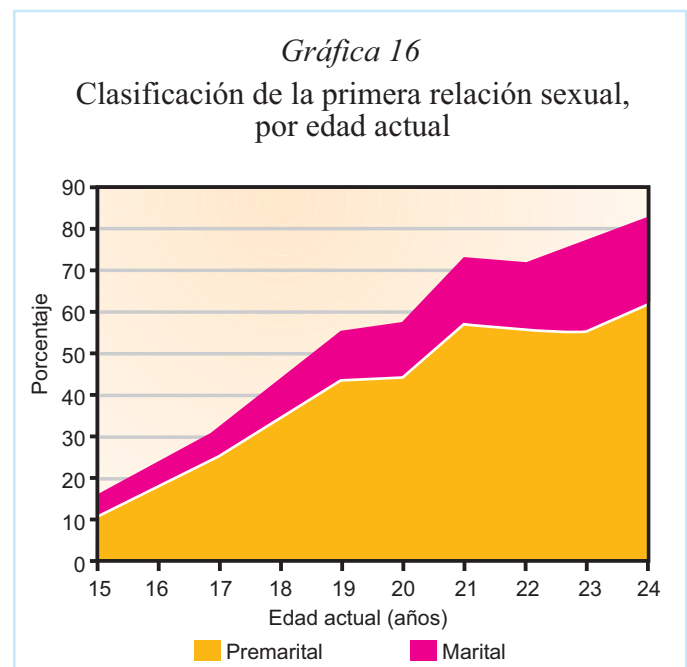
Los resultados de FESAL-2008 muestran que en el grupo de mujeres de 15 a 19 años, alrededor del 18 por ciento tiene al menos un(a) hijo(a) actualmente vivo(a), cifra que asciende a alrededor del 56 por ciento en el grupo de 20 a 24 años de edad. Los datos indican que en promedio las mujeres adolescentes 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 de cada 2 de 20 a 24 años de edad, está actualmente casada o unida.

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 de cada 2 mujeres de 15 a 24 años tiene experiencia sexual. El promedio de edad para iniciar la vida sexual es de 16.3 años y es más frecuente la primera relación clasificada como premarital que la marital: 26.4 por ciento en el grupo de 15 a 19 años y 54.5 por ciento en el grupo de 20 a 24 años de edad. La proporción cuya primera relación sexual fue premarital asciende rápidamente del 11.3 por ciento entre las mujeres de 15 años de edad actual a un 43 por ciento entre las de 19 años y sigue ascendiendo hasta alcanzar un 62 por

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



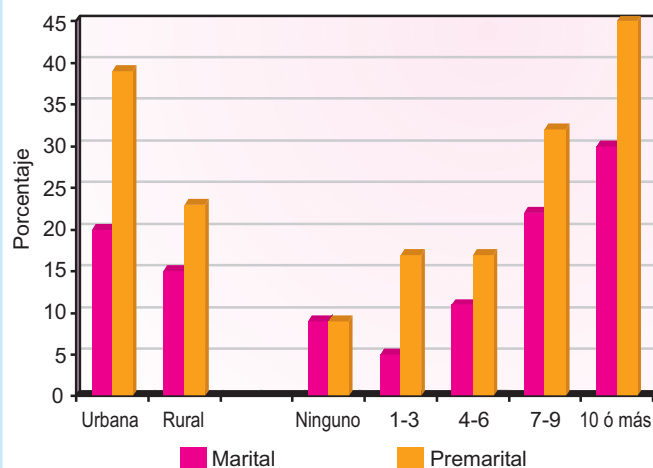
Del total de mujeres de 15 a 24 años de edad con experiencia sexual, el 28.2 por ciento reportó que usó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, proporción que varía de un 16 por ciento cuando la relación fue marital a un 32 por ciento cuando fue premarital. La Gráfica 17 muestra las diferencias de uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por área de residencia y nivel educativo. Según región de salud, el porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que usó algún método anticonceptivo en la primera relación sexual varía del 21 por ciento en 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 uso de anticonceptivos durante la primera relación sexual se incrementó del 9.5 por ciento que se encontró en FESAL-98 al 28 por ciento en FESAL-2008. Este incremento se nota más en la primera relación clasificada como premarital (de 12.6 a 32 por ciento).

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

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



Aún cuando el uso adecuado del condón puede proteger contra los embarazos no deseados y contra las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH, sólo el 22.3 por ciento de las mujeres de 15 a 24 años de edad, cuya primera relación sexual fue premarital, usó el condón en esa oportunidad, sin variación entre el grupo de 15 a 19 y el grupo de 20 a 24 años de 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

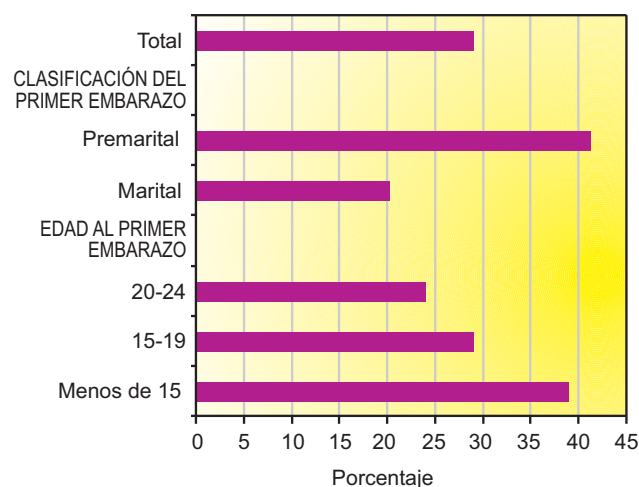
Prácticamente ocho de cada 10 mujeres de 15 a 24 años con experiencia sexual tuvieron al menos un embarazo, pero contrario a la primera relación sexual, es mayor el porcentaje de embarazos que se clasifica como marital que el clasificado como premarital (22.1 contra 17 por ciento). El porcentaje con experiencia de embarazo (marital o premarital) asciende rápidamente del 8.4 por ciento entre las que tienen 15 años de edad a un 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 no podía salir embarazada, proporción que resulta ser el doble en el 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 menos de 15 años cuando quedó embarazada al 24.2 por ciento entre las que tenían de 20 a 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 no 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 no estaba en su 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 menores si la educación en salud sexual y reproductiva fuera generalizada en el Sistema Educativo de

Gráfica 18
Primeros embarazos que ocurrieron cuando pensaban que no podían quedar embarazadas



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

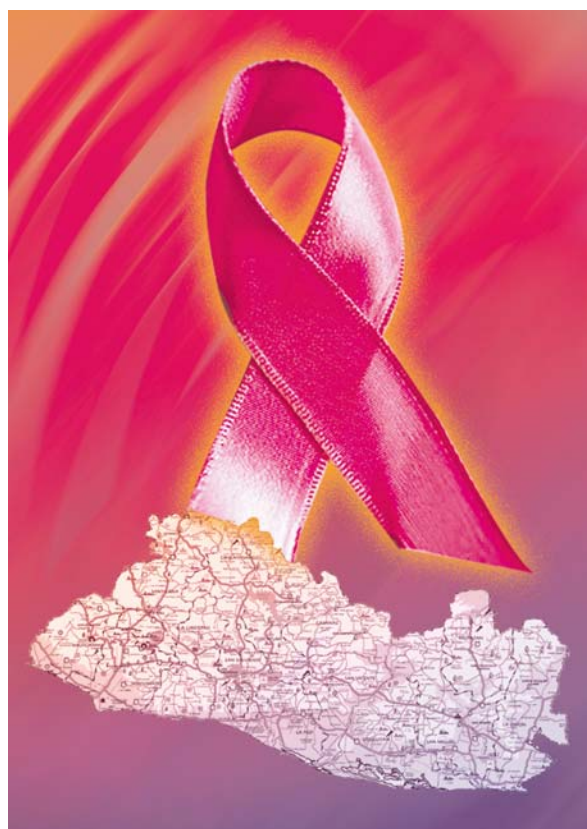
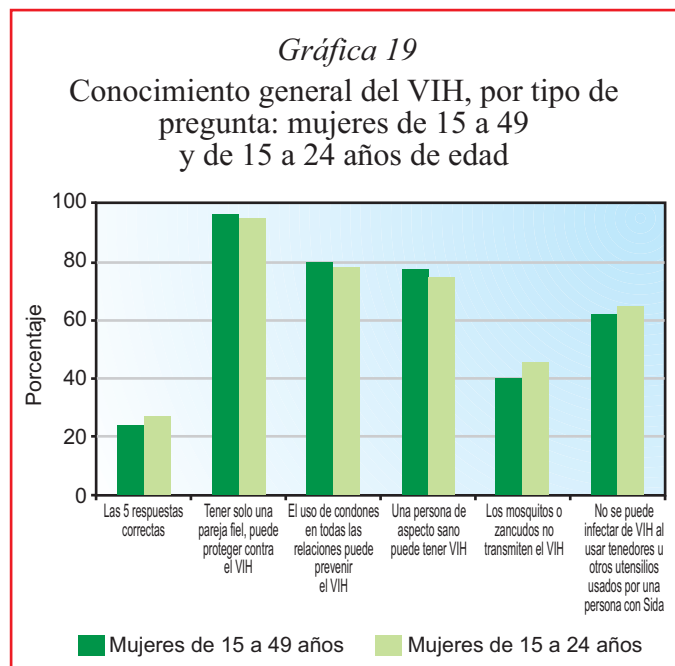
Después de que terminó el primer embarazo, el 41.4 por ciento que estudiaba cuando supo que estaba embarazada, no volvió a estudiar y el 22.5 por ciento que trabajaba no volvió a trabajar. Entre las que no volvieron a estudiar, las tres razones más frecuentes fueron: "No tenía con quien dejar al(a) niño(a)",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

Conocimiento, actitudes y prácticas ante el VIH/Sida

Conocimiento del VIH/Sida

En 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 de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). Esta cifra se conforma por el 52.7 por ciento que lo mencionó espontáneamente y el 46.4 que lo mencionó en forma inducida. Para profundizar en el conocimiento general del VIH, se formuló una serie de preguntas, considerando que existe conocimiento si las mujeres dieron las siguientes 5 respuestas correctas: a) Tener sólo una pareja fiel puede prevenir la transmisión del VIH, b) El uso de condones en todas las relaciones puede prevenir la transmisión del VIH, c) Una persona de aspecto sano puede tener VIH, d) Los mosquitos o zancudos no 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 se muestra en 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 un 46 por ciento de 15 a 24 años, saben que el VIH no se transmite por picadoras de mosquitos o zancudos.

Alrededor del 80 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 de al menos un 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 de 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.

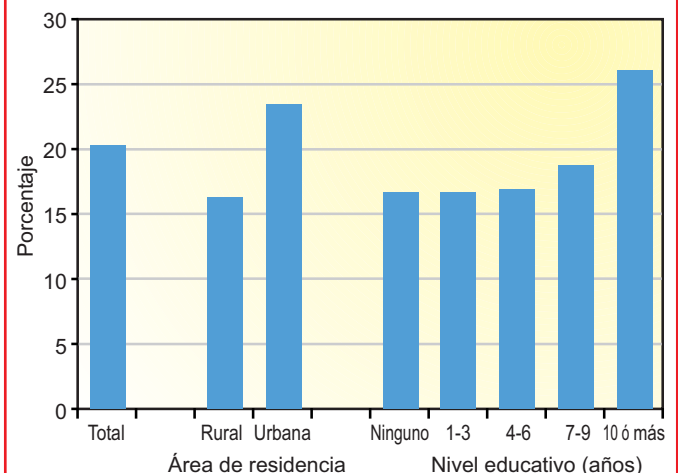
Actitudes ante el VIH/Sida

El 86.3 por ciento de las mujeres de 18 a 49 años de 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 en el grupo sin educación formal al 91.2 por ciento en el grupo con 10 ó más años de escolaridad. Sin embargo sólo el 14.4 por ciento de mujeres de 15 a 49 años que ha oído hablar del VIH/Sida está libre de la carga de estigma y discriminación a las personas que viven con el VIH. Esta cifra varía poco por área y departamento de residencia y región de 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 de contraer el virus, el 68.4 por ciento piensa que no tiene riesgo y el 11.2 por ciento no sabe si tiene o no. En la Gráfica 20 se puede apreciar que el porcentaje que percibe algún riesgo de contraer el VIH/Sida es más alto en el área urbana (23.4 por ciento) que en el área rural (16.3 por ciento) y que con la excepción del grupo con 10 ó más años de escolaridad, el



Gráfica 20
Percepción del riesgo de infectarse del VIH,
por área de residencia y nivel educativo



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

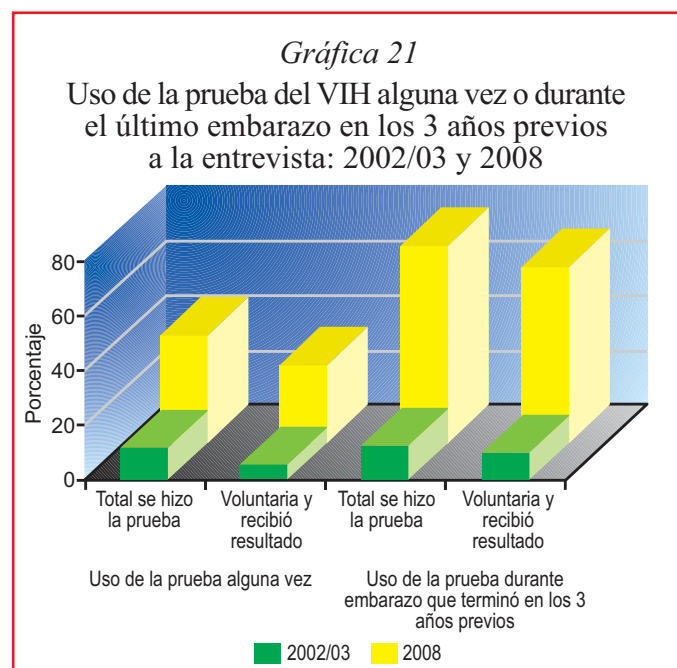
En El Salvador sólo una de cada 5 mujeres percibe riesgo personal de contraer el VIH y sólo una de cada 7 está libre de la carga de estigma y discriminación a las personas que viven con el virus.

Entre las razones para percibir riesgo, la mayoría se asocia a la infidelidad o desconfianza de la pareja (48.7 por ciento), contra un 11.1 que respondió que “no sabe con quién se junta ella” y el 0.4 por ciento de infidelidad propia. Las otras dos razones mencionadas con alguna frecuencia considerable son las asociadas al temor de “mala praxis” en los establecimientos de salud (12.2 por ciento), así como al riesgo profesional en su desempeño laboral (6.2 por ciento). Al contrario, entre las mujeres que no perciben riesgo de contraer el VIH, el 40.7 por ciento reporta que es por no tener actividad o pareja sexual y el 36.9 por ciento porque conoce bien a su pareja. El 11.4 por ciento menciona que es 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 de mujeres en edad fértil, el 39.1 por ciento reportó que se había hecho la prueba del VIH en alguna oportunidad, cifra que se conforma por el 32.6 por ciento a partir de enero de 2005 y 6.5 por ciento antes de esa fecha. Sin embargo sólo el 28.6 por ciento reportó que se la hizo en forma voluntaria y que recibió el resultado. Restringiendo el análisis al grupo de mujeres cuyo último embarazo terminó a partir de enero de 2005, los datos indican que el 72.1 por ciento se hizo la prueba del VIH durante el embarazo y que el 64.7

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



Según región de salud, la proporción que se hizo la prueba alguna vez varía del 35.3 por ciento en la Occidental al 43.8 por ciento en la Metropolitana y la proporción que se la hizo alguna vez en forma voluntaria y recibió el resultado, del 24.9 por ciento a un 31 por ciento en 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 de enero de 2005, varía de alrededor del 69 por ciento en las regiones Paracentral y Oriental al 78.5 por ciento en la Metropolitana y la proporción en 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 de mujeres de 15 a 49 años de edad que tuvo su última relación sexual durante el año previo a la entrevista, el 8 por ciento reportó que usó el condón en 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 en el grupo de 35 a 49 años. Según región de salud varía del 5 por ciento en la Occidental al 12 por ciento en la Metropolitana.

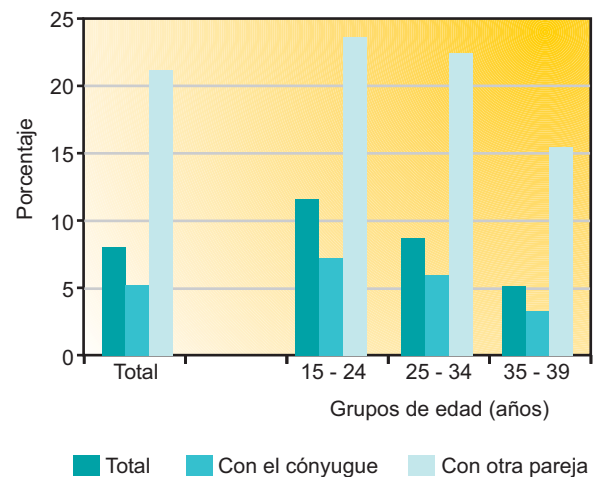
Entre las mujeres que reportaron que su última relación fue con el cónyuge, el 5.2 por ciento usó del condón en esa ocasión, pero entre quienes la tuvieron con otra pareja sexual fue del 21.1 por ciento. En la Gráfica 22 se aprecia el diferencial del uso del condón cuando es con el cónyuge o con otra 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 o divorciadas.

En el caso particular de las mujeres solteras de 15 a 24 años de edad, el 13.2 por ciento reportó que tuvo su última relación sexual (identificada como premarital) en 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, sin diferencia entre ambos grupos de edad.

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

conyugal o con personas que no cohabitan. Del total de mujeres de 15 a 49 años, el 17.5 por ciento reportó que su última relación sexual en 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.

Gráfica 22
Uso del condón en la última relación sexual, por tipo de pareja, según edad actual

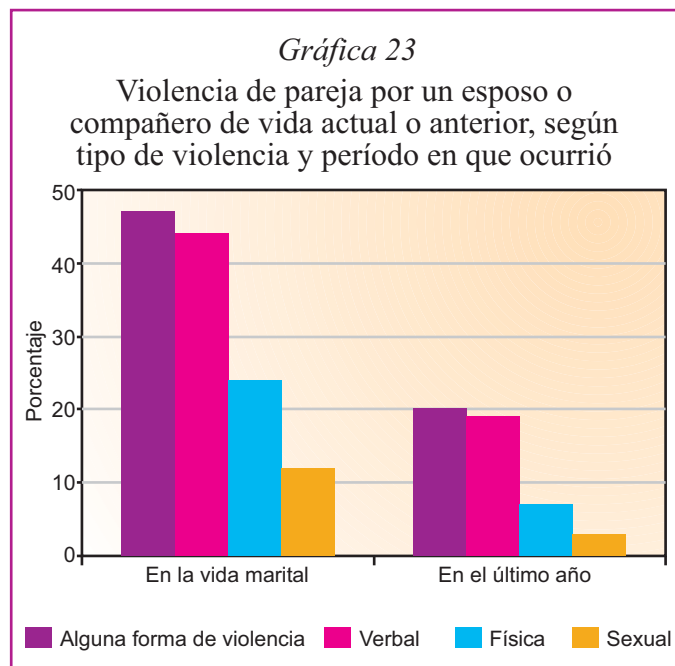


Violencia contra la mujer

Violencia de pareja

Por segunda vez en la serie de encuestas FESAL se incluyó el tema de la violencia de pareja, por su relación con la salud en general y particularmente con la salud sexual y reproductiva, y la salud mental. De similar manera que en FESAL-2002/03, para aplicar todas las preguntas del módulo que permitiera satisfacer los indicadores seleccionados sobre el tema, se 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 se utilizó para medir y 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 Salud (OMS), pero sacrificó la comparabilidad con los resultados de FESAL-2002/03.

A cada mujer alguna vez casada u unida, se le hizo una serie de preguntas sobre diferentes formas de violencia verbal, física y sexual, que podría recibir de un esposo/compañero de vida actual o anterior. Se les dirigió estas preguntas haciendo referencia a dos plazos de tiempo distintos: Durante toda la vida marital de la mujer y durante el año anterior a la entrevista. En la Gráfica 23 se muestra que un 47 por ciento de las mujeres alguna vez casadas o unidas reportó que sufrió alguna forma de violencia de pareja en la vida marital. La violencia verbal fue 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, un 20 por ciento relató que experimentó alguna forma de la violencia. La violencia verbal también fue el tipo más frecuente durante el último año (19 por ciento), seguido de un 7 por ciento con violencia física y de un 3 por ciento con violencia sexual de un esposo o compañero de vida actual o anterior.



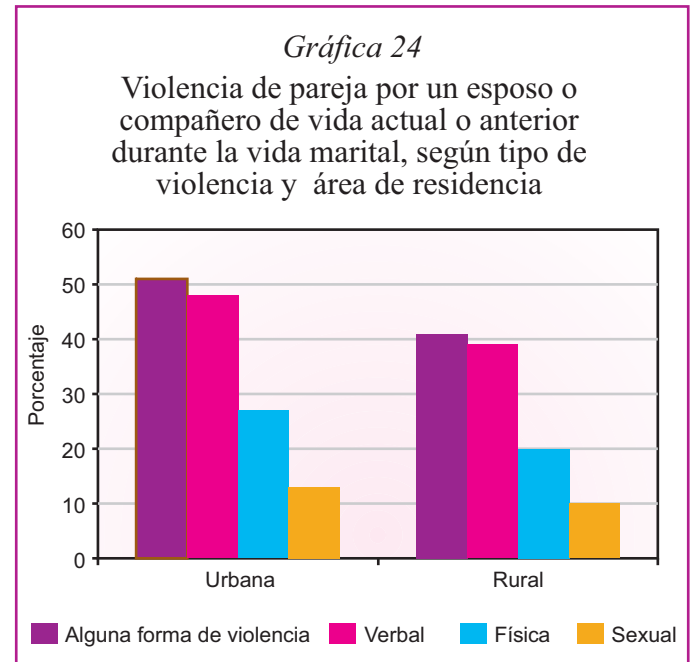
Prácticamente una de cada 2 mujeres alguna vez casadas o unidas reportó que fue objeto de alguna forma de violencia de pareja alguna vez en su vida, incluyendo al menos una de cada 4 de violencia física y al menos una de cada 8, violencia sexual.



En la Gráfica 24 se muestra que las proporciones de mujeres alguna vez casadas o unidas que reportaron sufrir diferentes tipos de violencia en la vida marital, son mayores en 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 de violencia verbal, física, o sexual en su vida marital varía en un rango que va de un 38 por ciento en los departamentos de Ahuachapán y San Miguel, hasta un 54 por ciento en San Salvador, y que la experiencia de violencia física o sexual en la vida, varía de un 20 por ciento en los departamentos de Cabanas y San Miguel, a un 33 por ciento en San Salvador. Según región de salud, la experiencia de violencia de pareja en toda la vida marital varía de un 40 por ciento en la Oriental a un 54 por ciento en la Metropolitana.

Con las mujeres que relataron algún maltrato físico o sexual durante el último año, se profundizó con preguntas sobre las características de la violencia y las consecuencias de la misma. Al preguntarles sobre las situaciones en que ocurrió la violencia física o sexual, las reportadas con más frecuencia fueron: Porque él estaba borracho o drogado (33 por ciento) o por celos de él hacia ella (32 por ciento). Las mujeres maltratadas reportaron que como consecuencia de la violencia, ellas tenían dolores de cabeza o en otra parte del cuerpo (76 por ciento), miedo a una nueva agresión (68 por ciento) o ansiedad/angustia, de tal forma que no podía cumplir con sus obligaciones (66 por ciento). Un 37% relató que le quedó(quedaron) alguna(s) lesión(es) como consecuencia de la violencia.

Entre las mujeres que experimentaron violencia física o sexual durante el último año, más de la mitad (61 por ciento) le contó sobre la situación a alguien de la familia, una amiga o amigo, o a una persona conocida. El 36 por ciento buscó asistencia de alguna institución u organización. Prácticamente 3 de 10 mujeres maltratadas (28 por ciento) no le contaron a nadie sobre su experiencia de violencia.



Violencia sexual

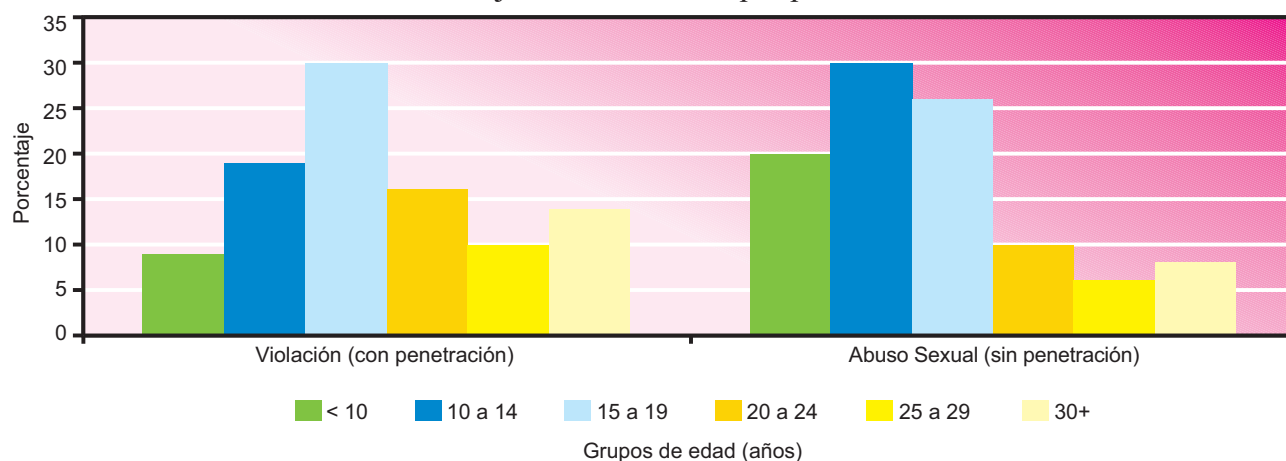
Como parte de este módulo, a todas las mujeres entrevistadas (incluyendo las solteras) se les preguntó sobre si experimentaron alguna forma de violencia sexual en toda la vida y con cualquier persona. Se investigó sobre dos tipos de violencia sexual: 1) La violación sexual con penetración y 2) El abuso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

Fue así que un 9 por ciento reportó violación sexual con penetración y el 10 por ciento, abuso sexual sin penetración. Al preguntarles la edad que tenían cuando fueron violadas con penetración por primera vez, más de 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 de los 15 años de edad, incluyendo una de cada 5 antes de los 10 años (Gráfica 25).

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

Gráfica 25
Violación sexual (con penetración) y abuso sexual (sin penetración), según edad que tenía la mujer cuando ocurrió por primera vez



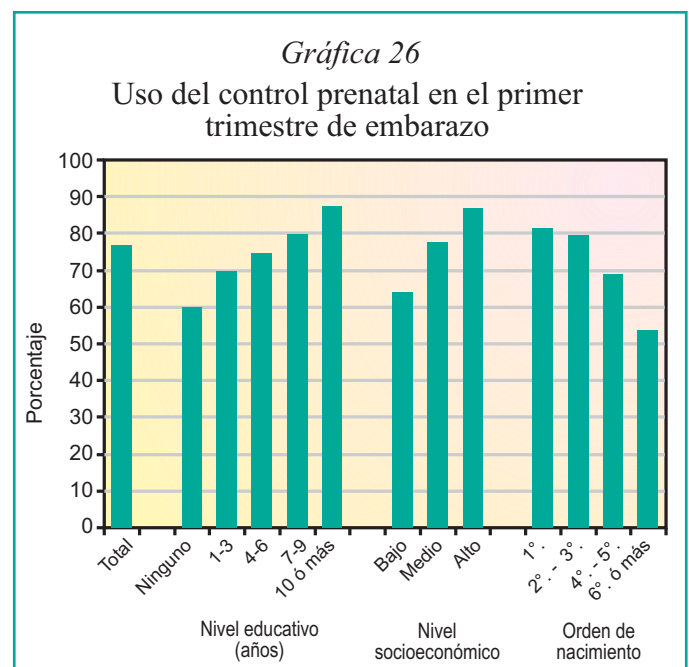
Salud de la mujer

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

A diferencia de las tres encuestas previas de la serie FESAL (FESAL-93, FESAL-98 y FESAL-2002/03), para FESAL-2008 se decidió excluir la razón de mortalidad materna entre los indicadores investigados, debido a que en FESAL-2002/03 se confirmó que la metodología utilizada en encuestas por muestreo aleatorio de viviendas, no permite identificar suficientes casos de muertes maternas para alcanzar la precisión estadística del indicador, por sus intervalos de confianza muy amplios para estimaciones de un período determinado o para analizar tendencias. En la página web http://www.mspas.gob.sv/i_salud4.asp se encuentra el informe del estudio de "Línea de Base de la Mortalidad Materna en El Salvador, de 2005-2006, realizado con una metodología más apropiada (RAMOS prospectiva). Con estas aclaraciones, en la presente sección se enfoca a los principales indicadores asociados a la salud de la mujer.

Uso de los servicios de salud materna

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



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

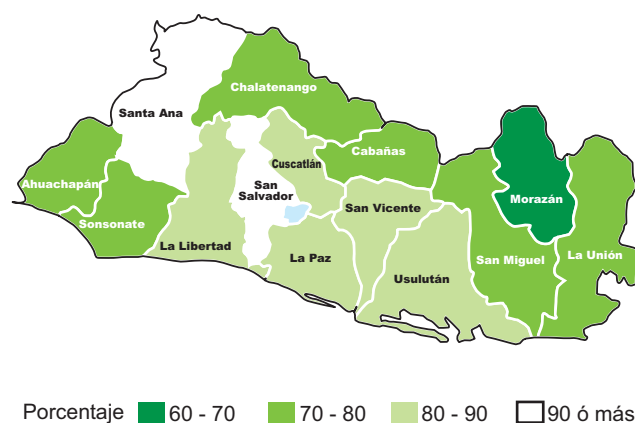
La norma del MSPAS de tener un mínimo de 5 controles, incluyendo el de inscripción al control prenatal se cumplió en un 78 por ciento, baja de un 83 por ciento en el área urbana a un 74 por ciento en el área rural y varía de un 76 por ciento en la región Oriental a un 81 por ciento en la Metropolitana. En resumen, un 70 por ciento cumplió con ambas normas combinadas al iniciar el control prenatal en el primer trimestre de embarazo y tener 5 ó más controles, incluyendo el de 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 de nacidos(as) vivos(as) en el período antes mencionado, un 84 por ciento de los partos tuvo atención intrahospitalaria. La probabilidad de recibir atención intrahospitalaria del parto se incrementa con el nivel educativo y el nivel socioeconómico, pero desciende de un 93 por ciento en el área urbana a un 75 por ciento en 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 en el de Morazán (Gráfica 27). Según región de salud, la atención intrahospitalaria del parto varía de un 94 por ciento en la Metropolitana a un 78 por ciento en la Oriental.

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

Gráfica 27
Atención intrahospitalaria del parto,
por departamento



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

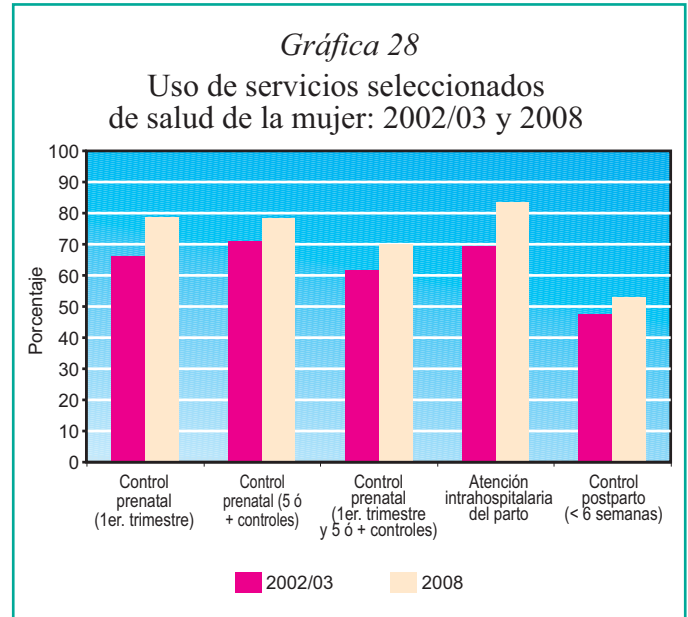
De los 3 servicios de salud materna investigados, el control postparto es el menos utilizado en El Salvador, ya que sólo un 53 por ciento lo tuvo durante las primeras 6 semanas postparto.

En la Gráfica 28 se presenta una medida resumen de los cambios ocurridos en los indicadores seleccionados del uso de los servicios de salud materna, entre los períodos de referencia de FESAL-2002/03 y FESAL- 2008, donde se observa que todos los indicadores presentan mejorías en los últimos 5 años, siendo más evidente el incremento en la atención intrahospitalaria del parto. Al contrario, el incremento menor fue para el control postparto, que a su vez sigue siendo el menos utilizado.

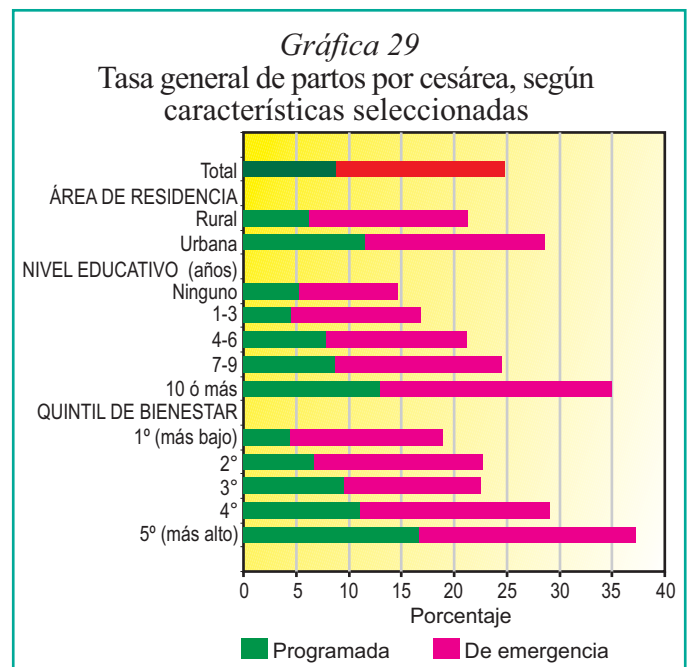
Resultado del último embarazo y partos por cesárea

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

La tasa general de partos por cesárea para el período 2005-2008 resultó ser de un 25 por ciento, lo cual refleja un incremento de 3 puntos porcentuales sobre el 22 por ciento encontrado en el período 2000-2003. La actual tasa general de partos por cesárea está compuesta por un 9 por ciento programada y el 16 por ciento de emergencia. 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.

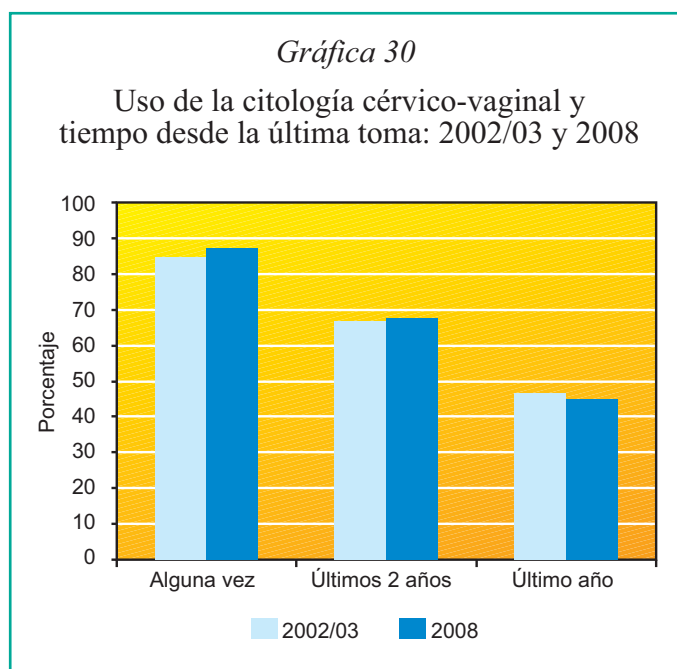


de residencia, la tasa general de partos por cesárea varía del 21.3 por ciento en el área rural al 28.8 por ciento en la urbana. En la Gráfica 29 también se puede observar que la tasa general de partos por cesárea se incrementa con el nivel educativo o el quintil de bienestar, llegando al 35.4 por ciento 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 se hizo el examen de citología cérvico-vaginal en alguna oportunidad, el 67.5 por ciento en los dos últimos años, pero en el último año sólo un 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 de que transcurriera el primer mes posterior a la toma del mismo. En la Gráfica 30 se puede apreciar que la toma de citología para la prevención temprana del cáncer cérvico-uterino, se mantiene al mismo nivel encontrado en FESAL-2002/03, para el último o los dos últimos años previos a la entrevista.

Un indicador nuevo que se incorporó en FESAL-2008, consiste en investigar la tasa de uso 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 se ha tomado alguno de estos exámenes en alguna ocasión, pero descende al 15.7 por ciento en los dos años previos y llega al 8.5 por ciento en el último año previo a la entrevista.



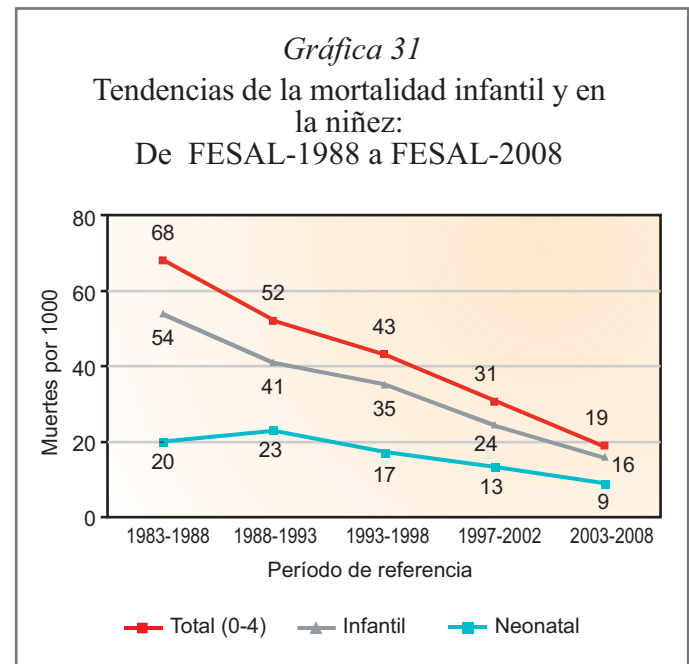
Mortalidad infantil y en la niñez

Tendencias de la mortalidad

La tasa de mortalidad infantil estimada por FESAL-2008 es de 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 un 95 por ciento, lo cual conlleva a que la tasa se mueva en un rango de 12 a 20 por 1000. La cifra puntual refleja un descenso sostenido desde el quinquenio 1983-88, de alrededor del 70 por ciento de la estimada en FESAL-88, que era de 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 un poco más de la mitad (56 por ciento) al pasar de 20 a 9 por mil. En la Gráfica 31 también se puede apreciar que para el total de menores de 5 años, la tasa de mortalidad disminuyó un 72 por ciento, pasando de 68 a 19 por mil en los últimos 20 años.

Entre FESAL-98 y FESAL-2002/03, el descenso de la mortalidad infantil ocurrió principalmente en el área rural, entretanto en los últimos cinco años, FESAL-2008 indica que la reducción fue mayor en el área urbana, pasando de 24 a 13 por mil, mientras que en el área rural la mortalidad infantil pasó de 24 a 18 por mil. Como se mencionó en la sección de “Antecedentes y tamaño de la muestra”, en el informe final se presentará la evaluación estadística de los datos, con énfasis en los intervalos de confianza.

Al examinar otros subgrupos de la población se encontró que los descensos más claros se dieron para las y los niños cuyas madres no tenían educación formal o con menos de 4 años de escolaridad y quienes tenían 10 ó años de escolaridad, así como entre quienes tuvieron un parto hospitalario. La tasa de mortalidad infantil reportada en FESAL-2002/03 para niños(as) que nacieron en un establecimiento hospitalario fue 23 por mil y se redujo a 13 en FESAL-2008 (42 por ciento), mientras que para las y los niños que nacieron en casa con atención de partera u otras personas, la tasa se mantuvo alrededor de 25 por mil.



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

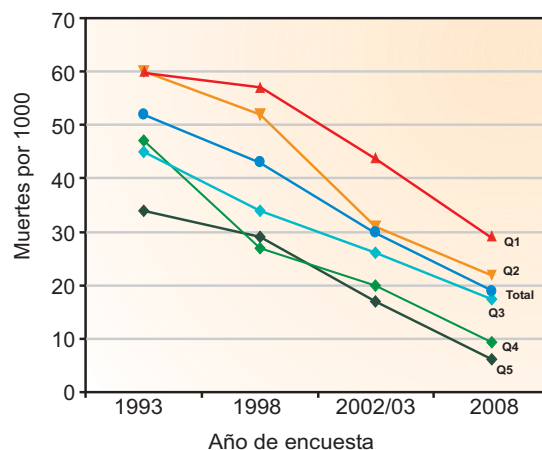
Diferenciales de la mortalidad

Los datos de FESAL-2008 confirman la relación inversa esperada entre el nivel de bienestar y la mortalidad, ya que a mayor bienestar, es menor la tasa de mortalidad en 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 de mortalidad neonatal es de 4 por mil para el quintil de bienestar más alto, mientras que para el quintil más bajo es de 13 por mil, o sea, 3.6 veces mayor. En el periodo postneonatal las diferencias crecen, siendo la tasa del quintil más bajo, más de 7 veces mayor que la estimada para el quintil más alto (13 contra 2 por mil).

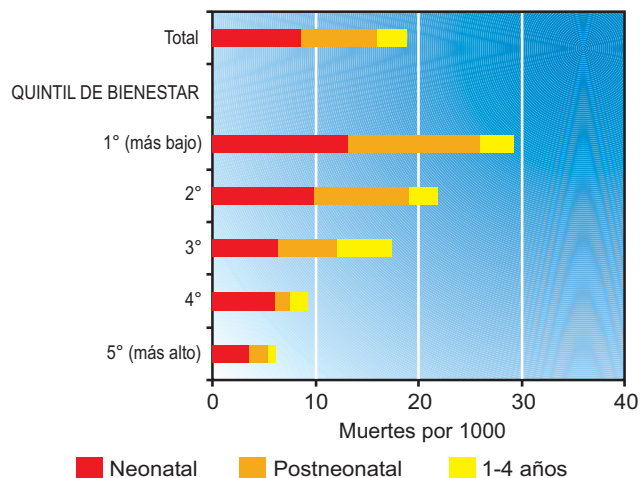
Según región de salud, La región Metropolitana presenta las tasas más bajas de mortalidad infantil y para el total en menores de al 5 años de edad. La tasa de mortalidad infantil varía de 7 por mil en la Metropolitana a 23 en la Oriental y la tasa de mortalidad en menores de 5 años varía de 8 por mil en la Metropolitana a 26 por mil en la Oriental.

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

Gráfica 32
Tendencias de la mortalidad en menores de 5 años, según quintil de bienestar:
Encuestas FESAL 1993, 1998, 2002/03 y 2008

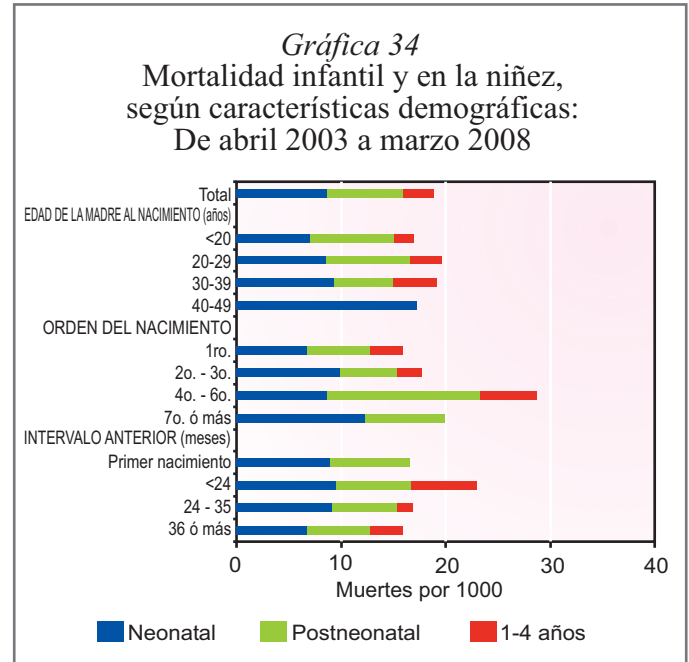


Gráfica 33
Mortalidad Infantil y en la niñez, según quintil de bienestar:
De abril 2003 a marzo 2008

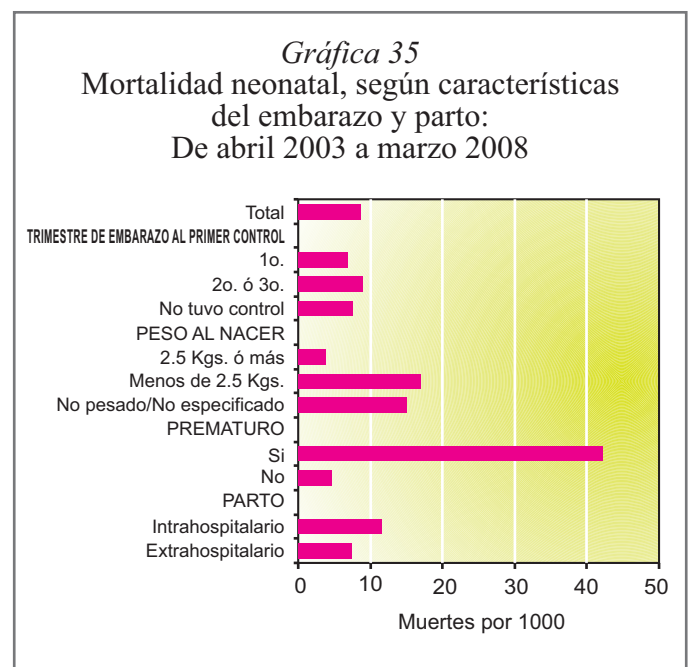


anteriores esta asociación fue más fuerte. Ahora la asociación más fuerte de estos factores demográficos es con la mortalidad neonatal. Los grupos de niños(as) que tienen las tasas menores de mortalidad neonatal son las y los primogénitos (del primer orden de nacimiento), o cuando las madres tenían menos de 20 años de edad al momento del parto (7 por mil). En la Gráfica 34 se muestra que en cambio, los y las niñas que son del séptimo o mayor orden, o cuando las madres tienen de 40 a 49 años de edad, tienen las tasas más altas de 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.

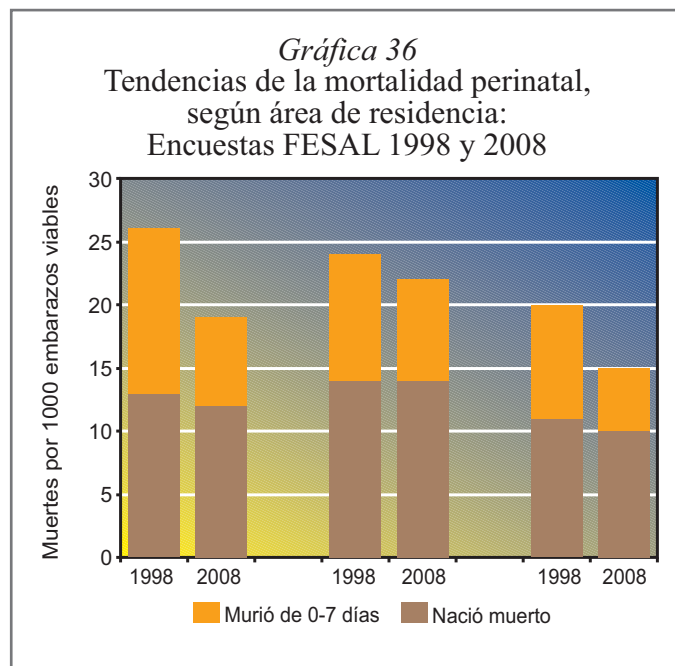


El 55 por ciento de las muertes infantiles identificadas en el período 2003-2008 ocurrió en el período neonatal (de 0 a 28 días), mortalidad que está principalmente asociada a las condiciones y características propias del embarazo y del parto. En la Gráfica 35, se puede apreciar que no existe una tendencia clara de la mortalidad neonatal, según el uso o el trimestre cuando la madre tuvo el primer control prenatal, pero se puede evidenciar que la probabilidad de muerte neonatal es mucho mayor cuando los nacimientos son prematuros o cuando nacen con peso bajo. La mortalidad neonatal de las y los niños con peso bajo al nacer o para quienes las madres no lo especificaron, es 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, es 9 veces mayor que la estimada para quienes nacieron de acuerdo a la edad gestacional esperada. La mortalidad neonatal fue de 7 por mil para quienes nacieron en un hospital, pero cuando los partos son extrahospitalarios, la tasa de mortalidad neonatal se estima en 12 por mil, lo cual significa que los nacimientos de partos hospitalarios tienen un tercio menos de probabilidad de morir.



Mortalidad perinatal

Los resultados de FESAL-2008 muestran que la mortalidad perinatal también declinó en la última década. En FESAL-98 se encontró una tasa de 26 muertes por cada mil embarazos viables, siendo la mitad de nacidos(as) muertos/as (mortalidad intrauterina) y la mitad nacidos/as vivos/as que murieron antes del séptimo día de vida (mortalidad neonatal temprana). A mediados de 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

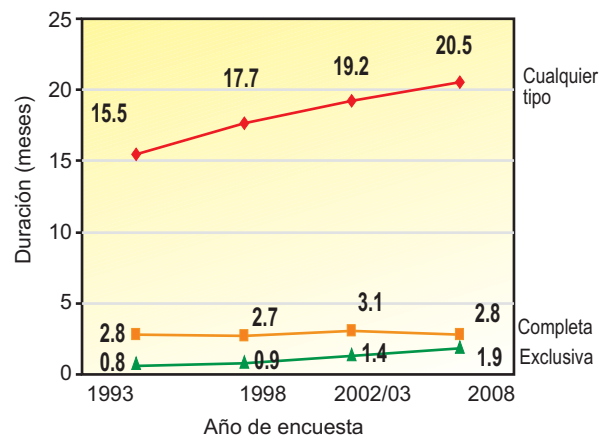
La lactancia materna, que se reconoce en todo el mundo como un factor determinante de la sobrevivencia infantil, es una práctica generalizada en El Salvador, dado que el 96 por ciento de las y los últimos niños nacidos vivos en los 5 años previos a la entrevista, recibió pecho materno en alguna oportunidad.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

Entre FESAL-93 y FESAL-2008 se dio un incremento de 5.1 meses en la duración promedio de cualquier tipo de lactancia materna, pasando de 15.5 a 20.6 meses. En el primer quinquenio subió 2.2 meses, en el segundo 1.5 meses y en el tercero 1.4 meses. Esta tendencia de incrementos a lo largo del tiempo se debe en parte al aumento de lactancia exclusiva, que pasó de 0.8 en 1993 a 1.9 meses en 2008. La duración promedio de la lactancia completa subió a 3.1 meses en FESAL-2002/03, pero volvió a bajar al promedio de 2.8 meses encontrado en 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 u otros líquidos). El promedio de lactancia exclusiva desciende del 47 por ciento para las y los niños menores de 2 meses de edad al 34 por ciento para las y los niños con 2 a 3 meses y baja hasta el 13 por ciento entre los de 4 a 5 meses cumplidos.

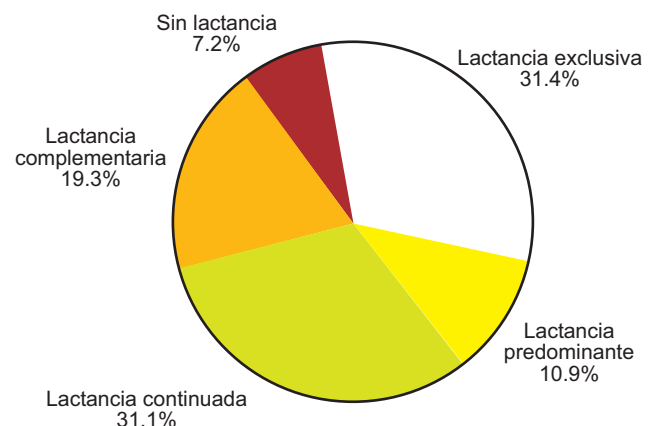
En cifras redondeadas, el restante 57 por ciento está conformado por el 7 por ciento que no recibió ningún tipo de lactancia, el 31 por ciento que además de ser amamantado(a) recibió otro tipo de leche y el 19 por ciento que además recibió atoles o purés (Gráfica 38). Por lo tanto, puede afirmarse que en el país, los alimentos complementarios siguen introduciéndose a edades considerablemente menores a las recomendadas por la OMS y el MSPAS.

Gráfica 37
Tendencias de la duración promedio de lactancia materna, según clasificación de la lactancia



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

Gráfica 38
Tipo de alimentación que recibieron los(las) niños(as) menores de 6 meses de edad



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

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

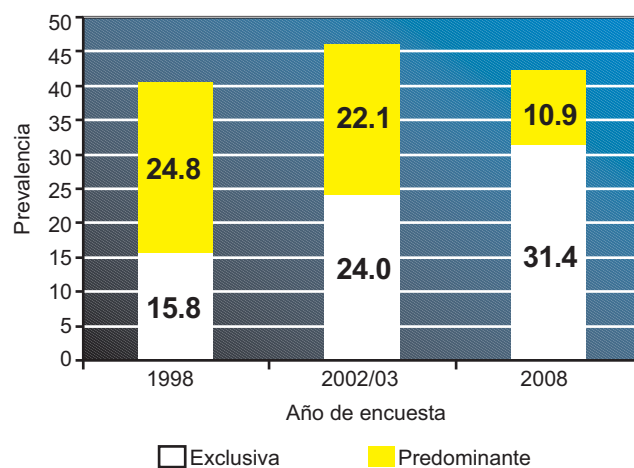
En El Salvador, los alimentos complementarios se introducen a edades considerablemente menores a las recomendadas por la OMS y el MSPAS.

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) menor de 5 años se le tomó una medida de peso y una de talla en el lugar de residencia. Los indicadores antropométricos para cada niño(a) se calcularon con la población de referencia internacional de NCHS/CDC y la nueva población de referencia de la OMS. En ambos casos se incluyó el rango de 3 a 59 meses de edad.

Al utilizar la población de referencia de NCHS/CDC para comparar los resultados de FESAL-2008 con los de ESANES-88, FESAL-93, FESAL-98 y FESAL-2002/03, se puede afirmar que entre 1988 y 1993 ocurrió una mejora importante en los tres indicadores del estado nutricional del(a) menor

Gráfica 39
Tendencias de la prevalencia de lactancia completa en niños(as) menores de 6 meses de edad



de 5 años, que entre 1993 y 1998 no se dio mayor cambio, que entre 1998 y 2002/03 se volvió a experimentar una nueva mejora en el indicador de talla para la edad y que entre 2002/03 y 2008 volvieron a mejorar los tres indicadores.

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

En El Salvador, la baja talla para la edad de la población menor de 5 años continúa 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.

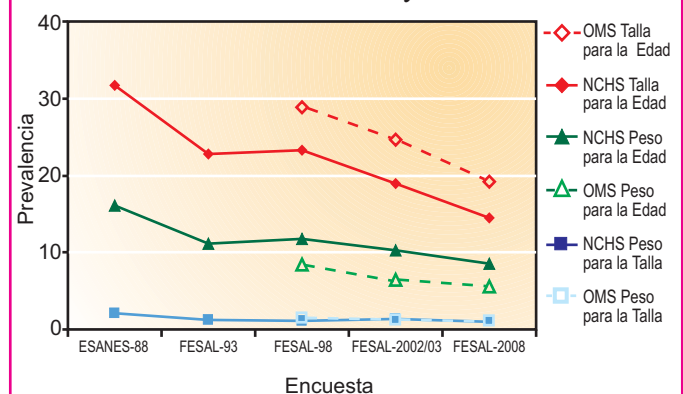
Utilizando la población de referencia de la OMS, los resultados de FESAL-2008 muestran que los niveles más altos del indicador de baja talla para la edad (retardo en crecimiento) se encuentran entre los(las) hijos(as) de mujeres sin educación

formal o con 1 a 3 años de 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 en el área rural (24.2 por ciento). Siempre utilizando la población de referencia de la OMS, los niveles de baja talla para la edad son similares en todos los grupos de edad (alrededor del 20 por ciento), con la excepción del grupo de 3 a 11 meses (11.9 por ciento).



Gráfica 40

Tendencias de la prevalencia de Baja Talla para la Edad, Bajo Peso para la Talla y de Bajo Peso para la Edad, utilizando las poblaciones de referencia de NCHS/CDC y 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.

De acuerdo a la nueva población de referencia de la OMS, las prevalencias más altas de retardo en crecimiento se encuentran en los departamentos de 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 en La Unión y San Salvador, con 11.6 y 14.8 por ciento, en su orden (Gráfica 41).

Prevalencia de anemia

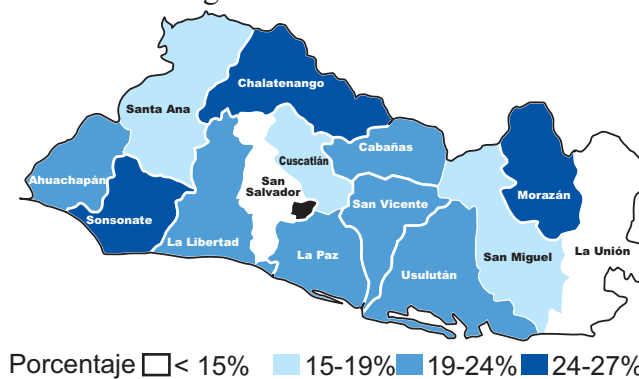
Para los(las) niños(as) de 12 a 59 meses de edad también se estimó la prevalencia de anemia, tomando una muestra de sangre capilar en el lugar de residencia, que se analizó inmediatamente en un "Hemocue" y se dio el resultado antes de salir de cada vivienda donde se realizó la entrevista.

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

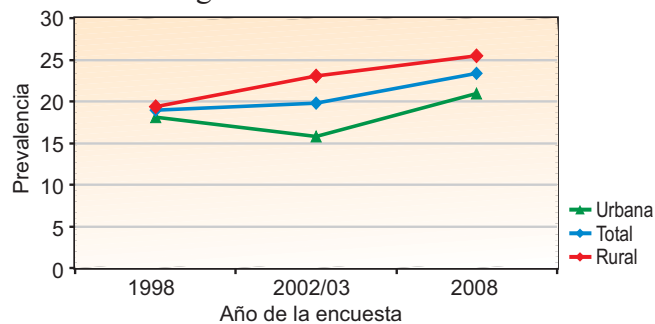
Según la edad del(a) niño(a), en la Gráfica 43 se aprecia que la prevalencia de anemia desciende de un 42 por ciento entre los(las) niños(as) de 12 a 17 meses a menos del 20 por ciento entre los(las) que tienen 3 ó 4 años cumplidos.

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.

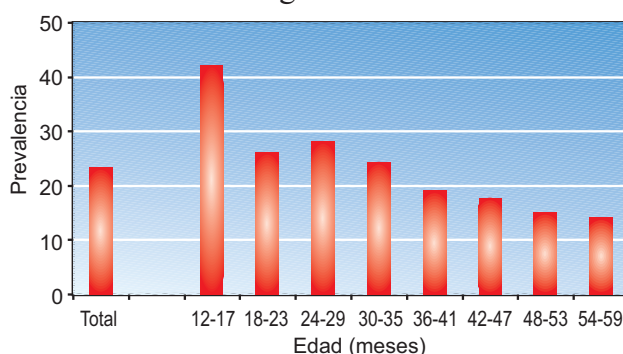
Gráfica 41
Prevalencia de retardo en crecimiento (Baja Talla para la Edad), por departamento, según referente de OMS



Gráfica 42
Tendencias de la prevalencia de anemia en niños(as) menores de 5 años, según área de residencia



Gráfica 43
Prevalencia de anemia en niños(as), según edad



Salud del(a) niño(a)

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

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

Del total de niños(as) que fueron 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 se observa en la Gráfica 44, las máximas coberturas de este servicio se encuentran en los departamentos de Sonsonate, Chalatenango, La Paz y San Miguel con un 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 de salud la cobertura varía de un 64 por ciento en la Oriental a un 50 por ciento en la Metropolitana.

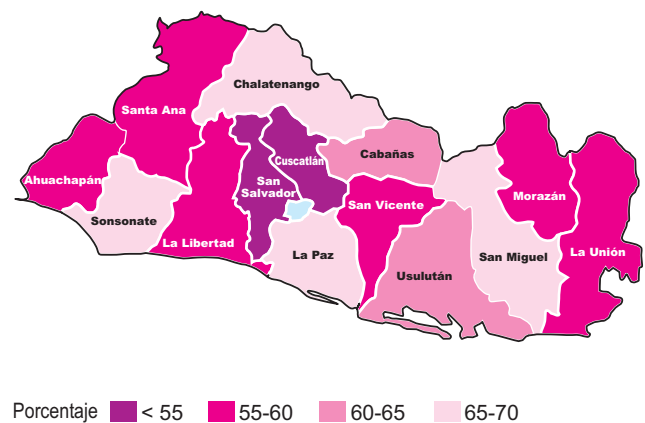
Seis de cada 10 niños(as) fueron inscritos durante el primer mes de edad en el programa de monitoreo del crecimiento y desarrollo del(a) menor de 5 años.

Los establecimientos del MSPAS se mantienen sin variación como la mayor fuente para este servicio, ya que en ellos se atendió a un 79 por ciento de los(las) niños(as) que lo recibieron. Esta cifra varía del 91.1 por ciento para quienes residen en el área rural al 66.2 por ciento para quienes residen en la urbana y de un rango del 90 al 95 por ciento en los departamentos de 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 su mayor participación con este servicio en 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).



Gráfica 44

Uso del control de crecimiento y desarrollo en el primer mes de edad, por departamento



Niveles de inmunización

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

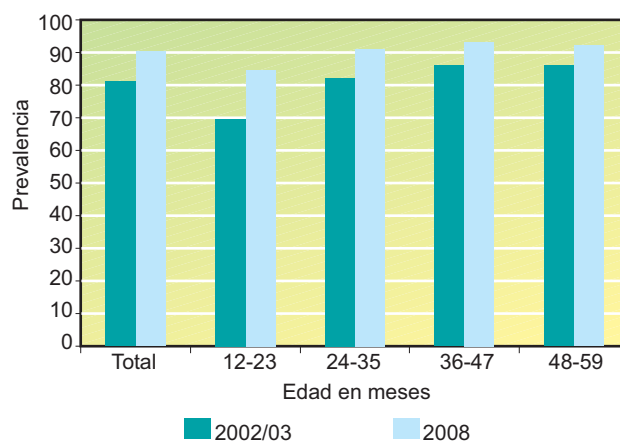
Es conveniente aclarar que los datos que se presentan en este documento se basan, tanto en las dosis documentadas en el carné de vacunación, como en las dosis que la madre reportó que el(la) niño(a) tenía aplicadas, sin mostrar documentación alguna. También conviene aclarar que debido a que por norma, la primera dosis de SPR/MMR se aplica al año de edad, para evaluar el esquema conjunto de los 4 esquemas completos de vacunación, en 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 de inmunización de los(las) niños(as) de 12 a 59 meses de edad, ascendió 9 puntos porcentuales (81.2 por ciento en FESAL-2002/03 y 90.4 por ciento en FESAL-2008). En la Gráfica 45 se muestran las tendencias de esta cobertura, según edad del(a) niño(a), donde se observa que esta medida resumen se incrementó más entre las y los de un año cumplido. Según los resultados de FESAL-2008, la cobertura del esquema conjunto de las 4 vacunas presenta una variación mínima de un 88 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 BCG, DPT/Pentavalente, Polio y Sarampión/SPR.

Un indicador tasador de los niveles de inmunización en las niñas y los niños menores de un año (de 6 a 11 meses), es la cobertura con tres dosis de DPT/Pentavalente. Los resultados indican que un 85 por ciento tiene tres dosis aplicadas. En 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 en la urbana (83.3 por ciento), pero resulta un poco mayor cuando la o el niño se inscribe en el programa de monitoreo del crecimiento y desarrollo antes de cumplir su primer mes de edad (86.3 por ciento) y que varía del 94.2 por ciento cuando la madre es derechohabiente del ISSS al 82.1 por ciento cuando no lo es.

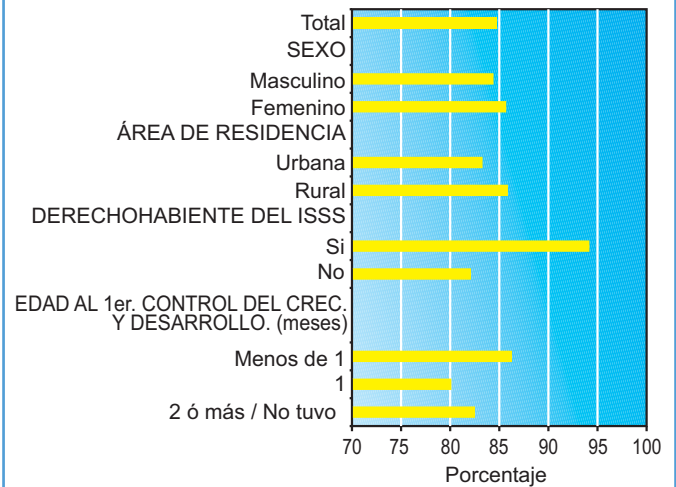
Prevalencia y tratamiento de la diarrea y de las infecciones respiratorias

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

Del total de niños(as) menores de 5 años de edad, el 13.8 por ciento tuvo diarrea en las últimas dos 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 de deshidratación no grave y el 3.6 por ciento con síntomas de deshidratación grave.

La prevalencia de diarrea en el área rural (15.9 por ciento) es 4.4 puntos porcentuales más alta que en la urbana y alrededor de 10 puntos más alta en la región de salud Paracentral que en la Occidental (20.2 contra 9.8 por ciento). La prevalencia de diarrea es más frecuente entre niños/as con un año cumplido (21.7 por ciento) y resulta ser un poco mayor cuando las madres no son derechohabientes del ISSS.

Gráfica 46
Esquema completo de DPT/Pentavalente, por características seleccionadas



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.



Ya sea que fueran combinados o no con otros tratamientos, del total de niños(as) que tuvo diarrea, el 57.6 por ciento recibió sales de rehidratación oral (sobres), cifra que aumenta del 48.6 por ciento para quienes no reportaron síntomas de deshidratación, al 68.6 por ciento para quienes reportaron síntomas de deshidratación grave.

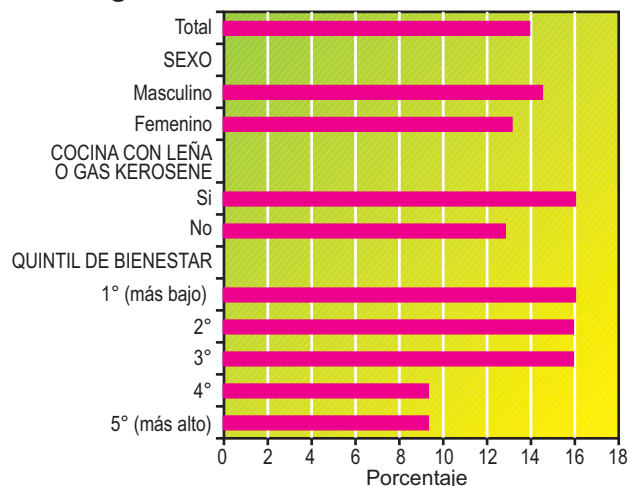
La prevalencia de infecciones respiratorias (definida como la presencia de al menos tos o resfriado) fue del 28 por ciento, cifra que es levemente mayor en el área rural (29.1 por ciento) que en la urbana (26.9 por ciento). Según región de salud, la prevalencia varía de un 26 por ciento en la Metropolitana a un 31 por ciento en la Central.

Según los síntomas reportados por la madre, la prevalencia del 28 por ciento de infecciones respiratorias al nivel nacional, puede clasificarse en las siguientes categorías: 12 por ciento sólo con tos o resfriado, 2.1 por ciento con sibilancia, 8.9 por ciento con neumonía y 5 por ciento con neumonía grave.

La Gráfica 47 muestra que el porcentaje con síntomas reportados por la madre que pueden asociarse a una neumonía (grave o no grave) no presenta mayor diferencia por el sexo del(a) niño(a), pero descienden en forma inversa al quintil de bienestar. También se observa que en las viviendas donde cocinan con leña o kerosene, es 3.2 puntos porcentuales más que donde cocinan con gas propano o electricidad (16 entre las primeras contra 12.8 por ciento en las segundas).

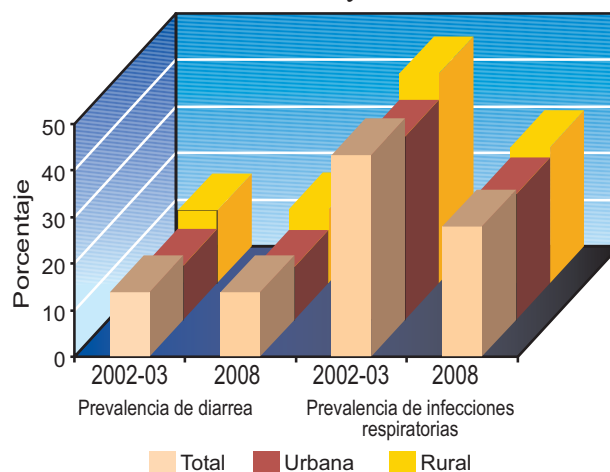
Como se muestra en la Gráfica 48, entre FESAL-2002/03 y FESAL-2008, la prevalencia de diarrea se mantiene muy similar al nivel de país y por área de residencia, pero la prevalencia de infecciones respiratorias disminuyó en forma considerable, independientemente del área de residencia.

Gráfica 47
Prevalencia de síntomas reportados que pueden asociarse a neumonía, según características seleccionadas



De cada 10 niños(as) menores de 5 años, 3 tuvieron infección respiratoria y para uno(a) de cada 2, la madre reportó síntomas asociados a neumonía o neumonía grave.

Gráfica 48
Prevalencia de diarrea e infecciones respiratorias, por área de residencia: 2002/03 y 2008



Situación escolar de la población de 7 a 14 años

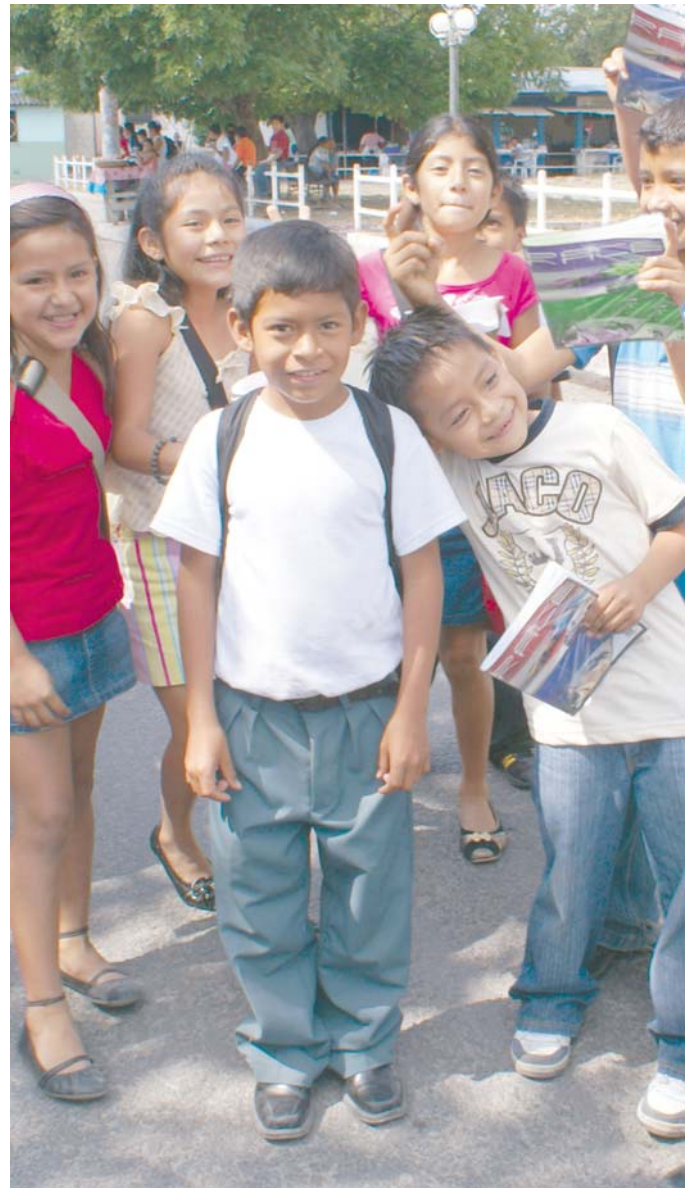
Asistencia escolar

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 en general se constituye en uno de los determinantes centrales del desarrollo económico y social de un país o región.

Con este propósito, en forma similar a las encuestas FESAL de 1998 y 2002/03, en la presente encuesta se 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 resumido se enfoca al rango de 7 a 14 años, dejando el análisis del rango ampliado para el informe final.

Con estas aclaraciones, los resultados de FESAL-2008 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 de 7 años cumplidos, se puede mencionar que el 84.2 por ciento entró a primer grado con 7 ó menos años cumplidos. Por el contrario, la proporción que entró al primer grado con 8 ó más años cumplidos o que aún no lo había comenzado en el año de la encuesta (14.7 por ciento) asciende del 3.8 por ciento para los(las) niños(as) cuyas madres tienen 10 años o más de escolaridad al 29.9 por ciento para los(las) niños(as) cuyas madres no 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 a uno 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.

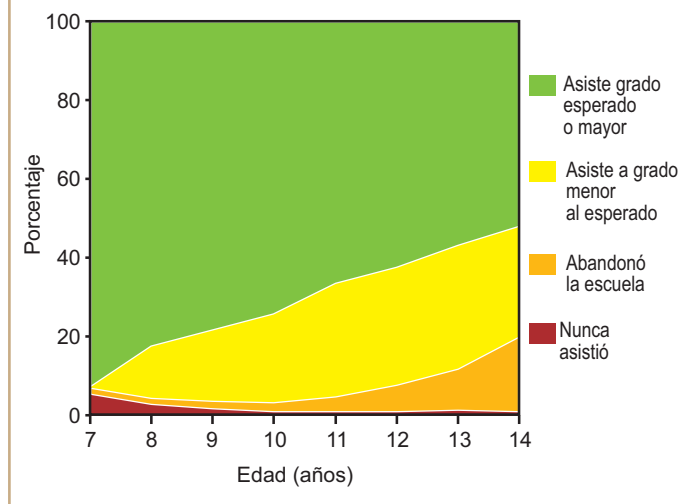
El porcentaje que no estaba estudiando (ya sea que nunca asistió o había abandonado los estudios), asciende del 3.2 por ciento entre los(las) niños(as) con 10 años de edad al 19.9 por ciento entre los(las) de 14 años.

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

La mayoría de las razones para el abandono escolar que fueron reportadas por las madres se pueden atribuir a la demanda. Entre estas sobresalen las siguientes: “Ya no quiso o no 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 de domicilio” y “por accidente o enfermedad” (4.3 y 4.4 por ciento, respectivamente), discapacidad mental o física (1.8 y 1.0 por ciento, respectivamente), porque salió embarazada (0.9 por ciento) y porque se casó o acompañó (1.7 por ciento).

El 4.8 por ciento de las causas de abandono escolar representa una combinación de problemas del medio y la oferta, y se constituye por la mención de respuestas tales como: La delincuencia, falta de seguridad en las escuelas o colegios (rechazo de compañeros/as, acoso del/la docente o de 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 no había grado”, el 5.8 por ciento de razones de abandono escolar se puede atribuir directamente a problemas de la oferta del Sistema Educativo.

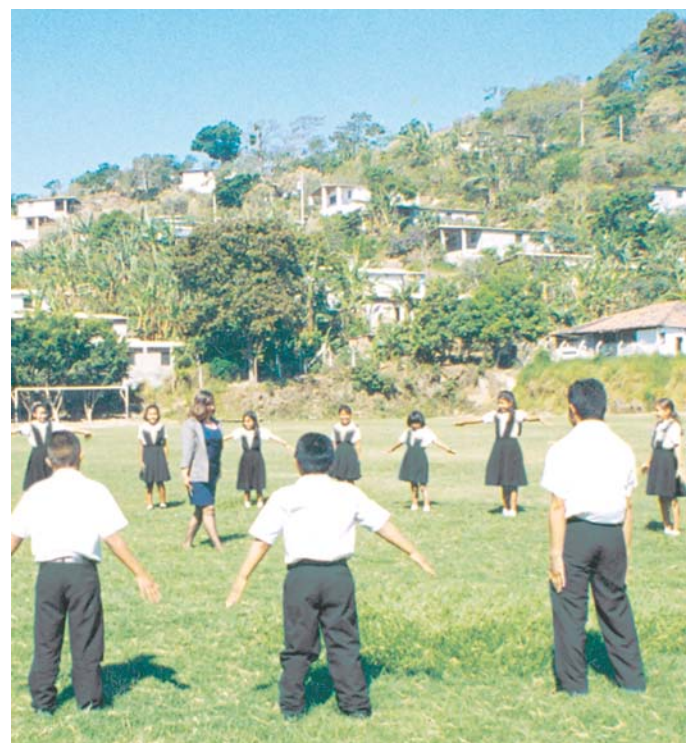
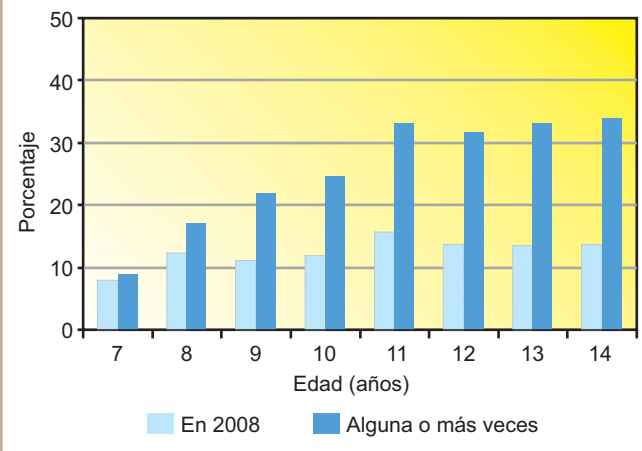
Repitencia escolar

De los(las) niños(as) que estudiaban en el año 2008, alrededor del 12 por ciento estaba repitiendo grado en ese año y uno(a) de cada 4 estaba repitiendo en ese año o había repetido al menos una vez en los años anteriores al 2008. En la Gráfica 50 se puede apreciar que la proporción que estaba repitiendo grado en el 2008 asciende del 8 por ciento entre quienes tenían 7 años de 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 de un 9 por ciento entre los(las) que tenían 7 años de edad a entre 32 y 34 por ciento entre los(las) que tienen de 11 a 14 años de edad. Obviamente esta situación afecta la estimación de la cobertura del Sistema Educativo, particularmente de la Educación Básica.

La proporción que estaba repitiendo grado en el 2008 cambia de un 10 por ciento en el área urbana a un 15 por ciento en el área rural y la que estaba repitiendo en ese año o había repetido al menos una vez en los años anteriores, de un 22 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.

Gráfica 50
Porcentaje de niños(as) de 7 a 14 años que repitieron grado en 2008 y que han repetido alguna o más veces, según edad a principios de 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
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
Se hizo la prueba del VIH durante último embarazo en 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	13.0	9.0	14.0	8.0	13.0	9.0
Tasa de mortalidad postneonatal	11.0	7.0	11.0	5.0	11.0	9.0
Tasa de mortalidad infantil	24.0	16.0	24.0	13.0	24.0	18.0
Tasa de mortalidad en la niñez **	6.0	3.0	6.0	2.0	6.0	4.0
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	30.0	19.0	31.0	15.0	30.0	22.0
Tasa de mortalidad perinatal	23.0	19.0	18.0	15.0	27.0	22.0
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 de 12 a 59 meses de edad con esquema completo de 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 de sales de rehidratación oral para el tratamiento de 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 último 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	16.0	20.0	12.0	7.0	16.0	23.0
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	19.0	23.0	16.0	8.0	19.0	26.0
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 de sales de rehidratación oral para el tratamiento de 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 en 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

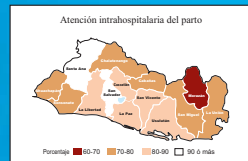
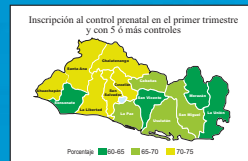
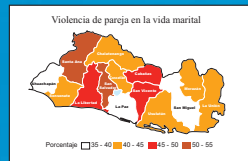
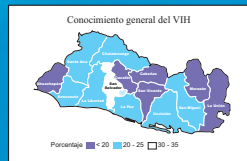
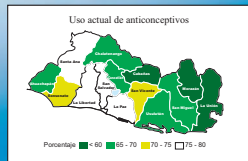
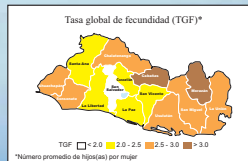
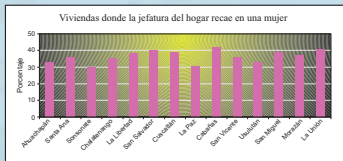
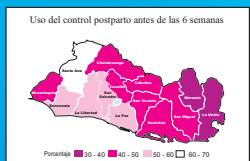
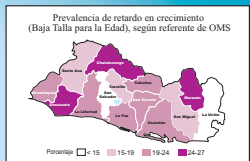
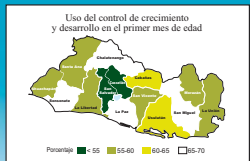
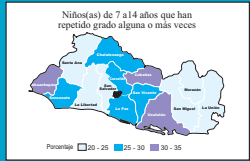
Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL-2008) Indicadores Departamentales

INDICADOR	DEPARTAMENTO										SIBASIS de San Salvador										
	Total	Urbana	Rural	Ahuachapán	Santa Ana	Sonsonate	Chalatenango	La Libertad	San Salvador	Centro	Sur	Norte	Oriente	Cuscatlán	La Paz	Cabañas	San Vicente	Usulután	San Miguel	Morazán	La Unión
Indicadores Demográficos, 2007 (cifras oficiales de la Dirección General de Estadística y Censos) *																					
Población total (ambos sexos)	5,744,113	3,598,836	2,145,277	319,503	523,655	438,960	192,788	660,652	1,567,156					231,480	308,087	149,326	161,645	344,235	434,003	174,406	238,217
Población de menores de 1 año (ambos sexos)	101,884	59,634	42,250	5,886	8,742	8,204	3,097	11,615	25,312					4,354	5,805	2,985	2,758	6,627	8,309	3,588	4,602
Población de menores de 5 años (ambos sexos)	555,893	324,299	231,594	33,599	47,720	44,191	17,710	63,644	136,978					23,706	31,478	16,171	15,419	34,900	45,216	19,624	25,537
Población de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años	1,545,709	1,019,631	526,078	81,622	140,162	115,997	48,557	181,791	455,499					59,764	79,404	36,741	40,731	87,098	115,537	42,664	60,142
Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL-2008)																					
Características de las viviendas (%)																					
Cuenta con servicio continuo de agua intradomiciliar	52.2	66.5	34.6	39.7	56.6	53.0	68.9	54.8	68.6	83.0	63.8	60.8	60.5	41.5	37.4	21.1	45.2	51.0	41.4	25.8	21.0
Dispone de inodoro (alcantarillado o a fosa séptica)	51.3	76.7	19.9	26.4	58.6	44.0	32.6	49.7	81.6	77.6	66.6	80.8	93.7	24.1	40.8	34.5	24.7	31.0	45.3	26.7	26.5
Viviendas con mujeres como jefas de hogar	36.7	40.3	32.2	32.8	35.6	29.8	34.9	38.1	39.8	42.0	46.7	34.8	38.4	39.0	30.7	41.8	35.7	33.0	39.0	36.9	40.5
Hogares que reciben remesas familiares	20.8	21.1	20.4	15.9	23.9	14.7	23.1	18.1	17.3	14.5	16.1	17.6	21.0	14.5	16.4	34.3	21.1	24.0	29.6	24.7	39.8
Fecundidad y sus determinantes																					
Tasa global de Fecundidad (hijos/as por mujer)	2.46	2.05	3.01	2.71	2.37	2.79	2.58	2.45	1.98	1.83	2.30	2.16	1.87	2.50	2.41	3.42	2.47	2.86	2.91	3.02	2.73
Edad mediana a la primera relación sexual (años)	18.4	18.8	17.8	18.4	19.1	18.2	18.3	18.1	18.6	18.8	18.7	18.0	18.9	18.3	17.9	18.1	17.9	18.3	18.6	18.0	17.9
Edad mediana a la primera unión marital (años)	19.9	20.8	18.9	19.2	20.5	19.2	19.7	19.9	20.9	21.2	21.0	19.7	21.5	20.8	19.5	19.9	19.3	19.1	19.4	19.4	18.5
Edad mediana al primer nacimiento (años)	20.8	21.6	19.9	20.3	21.5	20.3	20.9	20.6	21.4	21.8	21.2	20.4	21.8	20.9	20.1	20.5	20.0	20.5	20.6	20.0	20.1
Planificación familiar (%)																					
Prevalencia de uso de anticonceptivos (mujeres casadas/unidas 15 - 44 años)	72.5	77.5	66.7	69.1	76.2	71.0	65.7	79.0	79.1	82.4	75.0	79.4	76.6	69.3	75.3	54.6	70.2	65.9	69.8	54.9	55.9
MSPAS como fuente de anticonceptivos	56.6	44.6	72.6	73.3	55.8	67.1	71.0	54.3	39.4	34.5	43.8	51.8	32.9	62.5	61.1	74.7	75.3	73.0	57.9	68.1	70.7
Conocimiento, actitudes y prácticas ante el VIH/Sida (%)																					
Conocimiento general del VIH (5 respuestas correctas)	24.2	30.1	16.7	17.8	22.6	22.0	24.4	22.5	33.5	36.2	32.6	31.2	32.5	18.2	22.1	18.3	18.6	21.0	21.3	16.0	15.4
Sin carga de estigma y discriminación hacia personas VIH(+)	14.4	15.5	13.0	14.7	12.3	12.5	12.0	15.4	17.0	17.2	18.0	16.9	16.5	13.9	16.2	13.0	10.3	14.7	12.0	11.3	12.1
Se hizo la prueba del VIH alguna vez	39.1	42.1	35.2	30.3	36.9	37.2	39.0	40.7	43.8	45.3	41.3	45.0	42.3	41.0	35.1	41.0	33.3	37.8	37.4	37.8	37.7
Se hizo la prueba del VIH alguna vez voluntariamente y recibió el resultado	28.6	29.6	27.3	21.5	25.9	26.3	31.5	31.5	31.2	29.8	29.4	34.3	31.4	29.5	27.2	27.5	24.5	30.1	27.1	29.2	26.7
Violencia contra la mujer (%)																					
Sufrió algún tipo de violencia de pareja (verbal, física o sexual) en la vida marital	46.5	50.5	41.4	38.1	52.2	42.9	43.4	46.7	53.8	56.5	46.8	55.3	53.5	44.5	39.2	49.4	47.2	41.3	38.4	42.2	40.9
Sufrió algún tipo de violencia de pareja (verbal, física o sexual) en el último año	19.5	20.6	18.2	13.1	25.5	18.7	17.1	18.5	21.7	21.5	17.1	24.1	22.1	18.9	18.3	20.5	24.6	21.0	16.8	15.7	12.1
Salud de la mujer (%)																					
Inscripción al control prenatal en el primer trimestre	76.8	82.1	72.1	74.9	78.2	69.9	79.5	80.2	81.6	82.3	72.9	84.7	82.6	80.5	75.5	75.2	73.3	74.8	72.7	71.6	72.6
Atención intrahospitalaria del parto	83.7	93.2	75.3	78.5	92.2	75.6	79.3	81.4	93.6	97.3	87.7	91.1	94.8	82.4	83.2	76.2	85.8	85.1	78.9	65.6	76.9
Uso del control posparto antes de las primeras 6 semanas	52.8	60.4	45.9	48.4	67.3	55.4	47.7	56.7	59.7	56.3	62.4	60.5	61.4	47.3	54.1	44.1	43.3	40.8	49.9	36.8	32.9
Lactancia materna y estado nutricional de(a) menor de 5 años (%)																					
Inicio de lactancia materna durante la primera hora postparto	32.8	26.9	38.3	31.8	28.3	30.8	35.4	29.7	24.6	20.7	20.3	26.4	30.2	34.6	27.7	42.4	51.1	43.8	45.9	44.1	33.8
Prevalencia de retardo en crecimiento (Baja Talla para la Edad) 1/	19.2	13.6	24.2	20.7	17.2	26.9	26.3	19.9	14.8	11.1	20.3	14.4	16.8	17.7	22.0	21.1	21.9	19.3	18.9	24.6	11.6
Prevalencia de bajo peso para la edad 1/	5.6	3.6	7.4	8.0	4.8	8.4	8.0	6.6	4.3	1.7	6.3	6.3	4.7	4.5	4.7	6.5	5.9	2.9	5.9	6.6	5.2
Prevalencia de anemia en niños(as) de 12 a 59 meses	23.4	21.0	25.5	19.2	19.2	28.1	25.0	28.7	20.0	17.2	25.2	24.6	16.4	24.3	27.1	12.5	24.5	28.5	24.0	25.0	24.1
Salud del(a) niño(a) menor de 5 años (%)																					
Uso del control del crecimiento y desarrollo en el primer mes de edad	59.5	57.0	61.9	59.2	55.9	69.2	70.8	58.9	49.4	48.6	58.3	55.0	40.6	54.1	69.9	64.0	57.5	64.7	67.2	58.5	59.1
Esquema completo de inmunización con las 4 vacunas en conjunto (BCG, DPT/Pentavalente, Polio y Sarampión/SPR)	90.4	90.3	90.5	93.5	92.7	94.4	94.0	90.2	88.2	83.8	91.5	91.2	88.8	90.0	93.8	93.1	86.3	85.4	89.0	89.5	89.8
Asistencia escolar de la población de 7 a 14 años (%)																					
Asistiendo en año 2008	92.4	95.5	89.3	90.1	92.9	91.6	88.1	93.6	96.3	98.3	93.2	94.8	97.5	94.6	92.7	92.4	90.5	91.5	87.1	90.3	85.7
Asistiendo al grado esperado o mayor	71.4	78.9	64.2	62.8	74.2	67.1	70.6	76.1	79.5	81.1	76.2	72.6	86.5	76.1	71.2	66.5	69.4	63.4	63.2	61.8	64.5

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

** 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.





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.