

Resumen General

Introducción

La encuesta FESAL-2002/03 es la octava de una serie de encuestas que desde 1973 ha venido realizando la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS), con la participación activa de un Comité Consultivo Interinstitucional desde FESAL-93. Entre los objetivos que ha mantenido esta serie de encuestas FESAL se encuentran estudiar los niveles y tendencias de la fecundidad, como de sus determinantes, incluida la prevalencia del uso de anticonceptivos, así como de una gama importante de temas sobre la salud materna e infantil. En esta oportunidad también se realizó por primera vez una encuesta con hombres, que aborda sus propios indicadores sobre la salud reproductiva y un módulo sobre violencia de pareja, comparable con el incorporado también por primera vez en la encuesta con mujeres.

Metodología

Para la realización de la encuesta con mujeres, 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 18,450 viviendas distribuidas en 610 segmentos censales (más otros 5 sub-segmentos). Con el trabajo de campo realizado entre el 4 de noviembre de 2002 y el 15 de abril de 2003, se identificó un total de 11,723 viviendas con mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad, elegibles para entrevista, y se entrevistaron 10,689 mujeres, logrando obtener una tasa de entrevistas completas de 91 por ciento.

Para la realización de la encuesta con hombres, se seleccionó una sub-muestra de la muestra de la encuesta con mujeres, representativa al nivel de tres estratos de residencia. Su tamaño es de 2,700 viviendas distribuidas en 90 segmentos censales. Con el trabajo de campo realizado entre el 5 de mayo y el 30 de junio de 2003, se identificó un total de 1,650 viviendas con hombres en edad fértil de 15 a 59 años de edad, elegibles para entrevista, y se entrevistaron 1,315 hombres, logrando obtener una tasa de entrevistas completas de 80 por ciento.

Para el ingreso de los datos se utilizó el programa CSPro, para la producción de las tablas que contiene el informe el “Sistema de Análisis Estadístico” (SAS) y el paquete SUDAAN para el cálculo de los errores de muestreo y las pruebas de los cambios significativos de las estimaciones entre FESAL-98 y FESAL-2002/03.

Características de las unidades de análisis e indicadores de migración

Entre los períodos analizados en las encuestas FESAL-98 y FESAL-2002/03, se observan mejorías en cuanto a la tenencia de bienes y servicios en la vivienda, que pueden influir en las condiciones de salud de la familia, así como en las comunicaciones, sobresaliendo el incremento de casi 23 puntos porcentuales en la tenencia de teléfono (fijo o celular). Sin embargo, a pesar de estas mejorías, el país aún mantiene diferencias significativas por área de residencia, con claras desventajas para la población que reside en las áreas rurales. Por ejemplo, la brecha reciente en la tenencia de agua potable intradomiciliar es de alrededor de 45 puntos porcentuales a favor del área urbana (83 contra 37.8 por ciento). Esta brecha se mantiene muy similar al considerar las viviendas que reciben dicho servicio los siete días de la semana y al menos durante cuatro horas diarias, indicador identificado como “Servicio de agua potable continuo”, cuya cobertura al nivel de país resulta ser del 46.5 por ciento, pero varía del 65.7 por ciento en el área urbana al 21.3 por ciento en el área rural.

Entre estas dos últimas encuestas fueron mínimos los cambios en la distribución de las mujeres, por edad y número de hijos(as) vivos(as) al momento de la entrevista, no así con respecto al nivel educativo. En los últimos 5 años, el grupo de mujeres sin educación formal descendió 3 puntos porcentuales, al contrario, el grupo con 10 ó más años de escolaridad ascendió 4 puntos. El incremento en el nivel educativo fue muy similar en ambas áreas de residencia, pero en 2002/03, por cada mujer del área urbana sin educación formal, existen 3 en el área rural, y al contrario, por cada mujer del área rural con 10 ó más años de escolaridad, existen 3 con dicho nivel en el área urbana. Aún con las mejorías observadas al nivel de país y en el área urbana.

De acuerdo a los resultados de la presente encuesta, el 62.7 por ciento de las mujeres declaró que la jefatura de su hogar recae en un hombre y por diferencia, que el 37.3 por ciento de hogares está bajo la responsabilidad de una mujer. La jefatura de la mujer varía del 43.2 por ciento en el área urbana al 30.7 por ciento en el área rural.

Con respecto a la migración internacional, una de cada 10 mujeres reportó que al menos una persona integrante de su familia vive o ha vivido en otro país desde 1998. La migración internacional resulta ser diferencial por sexo, siendo un poco más que el doble en el sexo masculino con respecto al femenino (68.2 contra 31.8 por ciento). Uno de sus efectos positivos es la recepción de remesas familiares. De acuerdo con los

resultados de FESAL-2002/03, se puede afirmar que uno de cada 5 hogares salvadoreños reciben remesas familiares, ya que la cifra reportada al nivel nacional en la encuesta con mujeres (19.3 por ciento) fue muy similar a la reportada en la encuesta con hombres (21 por ciento) y en el área rural exactamente la misma (20.9 por ciento), aún cuando fueron distintas las viviendas visitadas para cada encuesta.

Fecundidad

La tasa global de fecundidad (TGF), de las mujeres de 15 a 49 años de edad, ha descendido de 3.6 hijos(as) por mujer en el período 1993-1998 a 3.0 en el período 1997-2002, descenso que fue más notorio en el área rural y en el grupo con 1 a 3 años de escolaridad. Entre los períodos 1993-1998 y 1997-2002 se observa una transformación importante en la tendencia de la fecundidad por edad. Los mayores descensos ocurrieron entre las mujeres de 30 a 34 años, seguido por las de 20 a 24, 25 a 29, y 15 a 19, en este orden. Al mismo tiempo, las tasas para las mujeres mayores de 35 años casi no han cambiado. Con estos descensos, la TGF de El Salvador se ubica en el segundo lugar entre las más bajas de la región Centroamericana, después de la TGF de Costa Rica estimada en 2.1 hijos(as) por mujer. Aún con esta transformación, en El Salvador existen fuertes diferencias por área de residencia y nivel educativo. Las mujeres del área rural tienen en promedio casi 1.4 hijos(as) más que las mujeres del área urbana, y las mujeres sin educación formal tienen en promedio 2.5 hijos(as) más que las mujeres con 10 ó más años de escolaridad.

En los últimos 25 años, las edades medianas a la primera relación sexual (18.4 años) y al primer nacimiento (20.5 años) sólo han subido 1.1 y 1.2 años, respectivamente, pero la edad mediana a la primera unión ha subido 2.1 años (de 18.5 a 20.6 años), lo cual implica que la tasa de embarazos premaritales se ha incrementado. 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, la edad mediana a estos tres eventos resultó ser mayor que entre quienes no tienen educación formal, en 5.1 años la primera relación sexual, 6.5 años a la primera unión marital y 5.8 años al primer nacimiento.

El 58 por ciento de los nacimientos en los últimos 5 años fue planeado, el 18 por ciento fue deseado, pero no planeado y un 24 por ciento no deseado. Los mayores porcentajes de hijos(as) no deseados(as) se encuentran entre las solteras o las que ya tienen 7 ó más hijos/as (45 por ciento), las que no tienen educación formal (32 por ciento) y las de 40 a 49 años (52 por ciento). Estos hallazgos se refuerzan al desglosar la fecundidad observada en deseada y no deseada, ya que la TGF deseada para los últimos 5 años es de 2.2 hijos(as) por mujer, la cual resulta ser el 25 por ciento menor que la TGF observada (3.0 hijos/as por mujer).

De acuerdo a lo reportado por los hombres, el 74.5 por ciento de los nacimientos en los últimos 5 años fue planeado, el 12.3 por ciento deseado, pero no planeado y el 11 por ciento no deseado. Es común que los hombres piensen que sus parejas comparten su visión sobre la planeación de las y los hijos, pero no necesariamente es así, ya que el porcentaje de hijos(as) no deseados(as) por parte de las mujeres resulta ser el doble del reportado por los hombres (24.2 contra 11 por ciento).

También es importante considerar que al momento de la entrevista, el 78.4 por ciento de las mujeres casadas/unidas de 15 a 44 años de edad no deseaba tener un embarazo, porque el 27.7 por ciento quería posponerlos y el 50.7 por ciento limitarlos. El primero de estos porcentajes aumenta con la edad, pasando del 9 por ciento en el grupo de 15 a 19 años al 82 por ciento en el grupo de 40 a 44 años. Entre los hombres, sólo el 42.5 por ciento no desea tener más hijos(as). Como era de esperarse, la proporción de hombres que no desea más hijos(as) aumenta de acuerdo con número de hijos(as) vivos(as) que ya tienen, pasando del 20.5 por ciento en el grupo con un(a) hijo(a) al 83.6 por ciento en el grupo con 6 ó más.

El número ideal de hijos(as) deseados(as) por los hombres es de 3.5, lo cual resulta ser un poco mayor que el promedio de 3.1 hijos(as) deseados(as) por las mujeres. Este número ideal está disminuyendo con el tiempo para ambos sexos, lo cual se refleja en la preferencia por 2 ó 3 hijos(as), particularmente entre las y los de 15 a 24 años de edad. Sin embargo, la preferencia de las mujeres por tener menos hijos(as) es más fuerte que la reportada por los hombres.

Además del uso de métodos anticonceptivos, hay dos factores que parecen haber contribuido al reciente descenso de la fecundidad. Uno es el aumento en el intervalo entre nacimientos. En El Salvador, la duración mediana del intervalo entre un nacimiento y el próximo, se incrementó en 3.4 meses en los 10 años previos a FESAL-98, llegando a ser de 39.6 meses, pero en los últimos 5 años el incremento fue de 14.2 meses, llegando a ser de 53.8 meses, lo que representa un poco más de cuatro veces el valor del incremento observado en la década precedente. Entre las dos últimas encuestas, la mediana de los intervalos aumentó 20 meses en el área urbana (de 50.2 a 70.2 meses), mientras que en el área rural sólo aumentó 7.8 meses (de 35.2 a 43). El aumento también fue menor para los nacimientos de mujeres con ninguna o poca escolaridad en comparación con los nacimientos del grupo con el nivel educativo más alto. El incremento considerable en la mediana de los intervalos desde FESAL-98, en contraste con los períodos anteriores, tiene que ver con el cambio en la tendencia de la fecundidad por edad. Antes de 1998, las reducciones mayores de la fecundidad estaban asociadas a la limitación de los y las hijos(as) a partir de los 35 años de edad. En FESAL-2002/03

se observa un fuerte desplazamiento de todas las tasas específicas de fecundidad hacia las edades abajo de los 35 años.

El otro factor es el tiempo promedio de vida no marital (fuera de unión) entre las mujeres alguna vez casadas o unidas. Se puede concluir que la mayor frecuencia de las disoluciones de las uniones más recientes, como el tiempo mayor fuera de unión en ciertos grupos que tradicionalmente han aportado más a la fecundidad, son factores que han contribuido a su descenso en el último quinquenio, en el sentido de que los estados civiles diferentes de casada o unida representan una disminución en la exposición a los embarazos.

Mientras que buena parte de las mujeres van entrando al estado civil casada o acompañada a medida que aumenta la edad, otra parte en aumento se separa o pierde su pareja y entra a la viudez. Por ejemplo, el porcentaje de mujeres viudas aumenta con la edad, llegando al 8.1 por ciento entre las mujeres de 45 a 49 años. En el período de la encuesta, el 10.8 por ciento estaba separada, porcentaje que aumenta del 12.3 por ciento en el grupo de 25 a 29 al 20.9 por ciento en el grupo de 45 a 49 años. Una implicación de la viudez, las separaciones y de nuevas uniones, es que en general las mujeres pasen parte de su vida reproductiva fuera de una unión.

Se encontró que las uniones más recientes son menos estables que las uniones que ocurrieron en períodos anteriores. Entre las mujeres que tuvieron su primera unión conyugal antes de 1985, el 5.1 por ciento terminó al llegar al segundo aniversario del evento. Esta cifra sube hasta el 10.4 por ciento al cumplir el quinto aniversario. En contraste, entre las que tuvieron su primera unión después de 1994, el 8.2 por ciento terminó al llegar el segundo aniversario y 17.8 al llegar el quinto. Ello indica que la disolución de las uniones ha aumentado en una forma significativa en los últimos 15 años.

Planificación familiar

Más del 95 por ciento de mujeres y hombres en edad fértil conoce al menos un método anticonceptivo. El uso de los métodos anticonceptivos por las mujeres casadas/unidas de 15 a 44 años de edad ascendió del 59.7 por ciento en 1998 al 67.3 por ciento en 2002/03. El aumento en el uso se debe al incremento de los métodos temporales, sobre todo a los inyectables. El total de uso ascendió 5.6 puntos porcentuales en el área urbana y 8.9 en el área rural, llegando al 73.4 por ciento en la primera y al 60.1 por ciento en la segunda. Los incrementos más notables ocurrieron en los grupos de mujeres de mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna, y entre

las mujeres que antes tenían menos disposición o tuvieron menor oportunidad de obtener un método anticonceptivo. Dado que la prevalencia de uso del 68.1 por ciento reportada por los hombres en unión de 15 a 59 años de edad, resulta ser muy similar a la reportada por las mujeres en unión de 15 a 44 años de edad (67.3 por ciento), se puede inferir en que la mayoría de los salvadoreños en unión está consciente y sabe qué métodos están utilizando sus respectivas cónyuges.

El Salvador tiene una prevalencia de uso de anticonceptivos muy similar a la de Nicaragua (68.6 por ciento), pero es 13 puntos porcentuales menor que la de Costa Rica (80 por ciento). Honduras y Guatemala están 5 y 24 puntos porcentuales, respectivamente, debajo de la prevalencia reportada por las mujeres salvadoreñas.

La esterilización femenina es el método de mayor prevalencia en el país (32.7 por ciento), seguida por los inyectables (18.3 por ciento) y los orales (5.8 por ciento). El condón, ritmo/Billings, el retiro y el DIU están individualmente por debajo del 3 por ciento. El uso de métodos naturales (ritmo, Billings y retiro) en conjunto, representa el 5.5 por ciento. Para las usuarias de anticonceptivos, el MSPAS continúa siendo el mayor proveedor, indistintamente del área y departamento de residencia, participación que aumentó en 8.8 puntos porcentuales en los últimos 5 años, subiendo del 47.1 al 55.9 por ciento. El ISSS se ubica como la segunda fuente en el área urbana, mientras que la ADS es la segunda fuente en el área rural.

Población que no usa anticonceptivos

Entre las mujeres que no estaban usando anticonceptivos, prácticamente 2 de cada 3 mencionaron una razón para no usar que está relacionada con el embarazo, la fertilidad o la actividad sexual. La proporción restante mencionó una razón sociocultural que puede ser contrarrestada con la ampliación de programas sistemáticos de información, educación o comunicaciones, con énfasis a través de los canales interpersonales. Entre los hombres, el 78.3 por ciento mencionó una razón para no usar relacionada con el embarazo, la fertilidad o la actividad sexual, con el 28.8 por ciento citando infertilidad del entrevistado o de su cónyuge.

Del total de mujeres casadas/unidas de 15 a 44 años de edad que no estaban usando métodos anticonceptivos y que no reportaron problemas de fertilidad, el 52.1 por ciento manifestó su deseo de usar un método en el presente o en el futuro, cifra que varía del 55.5 por ciento en el área urbana al 49.4 por ciento en el área rural. En general, el 93.5 por ciento de las

mujeres conoce donde obtenerlos. Los tres métodos mencionados como los de mayor demanda potencial entre las mujeres, son los inyectables (43.4 por ciento), la esterilización femenina (23.5 por ciento) y los orales (11.2 por ciento). El MSPAS fue la fuente potencial de anticonceptivos más mencionada por las mujeres (71.6 por ciento), seguida del ISSS (12.2 por ciento) y las farmacias particulares (6.3 por ciento).

Violencia intrafamiliar

Una de las novedades de FESAL-2002/03 es haber incursionado por primera vez en el campo de violencia intrafamiliar. El hecho de haber visto durante la niñez o la adolescencia, maltrato entre el padre y la madre de familia, ha sido identificado como uno de los mayores factores de riesgo para el maltrato en las edades adultas. Al respecto, el 23.5 por ciento de las mujeres reportó haber observado maltratos contra la mujer en su hogar en esas etapas de la vida y el 56 por ciento que había recibido al menos un tipo de castigo. Entre los hombres, estas cifras son del 20 y 76 por ciento, en su orden. Para ambos sexos, el castigo más común fue de tipo físico (42.5 y 62.6 por ciento para las mujeres y los hombres, respectivamente). Las mujeres reportaron en mayor medida que fue la madre de familia quien les castigaba más seguido (59.5 por ciento), en comparación con la proporción que reportó que fue el padre de familia (26.6 por ciento). Entre los hombres no se encuentra mayor diferencia (44.9 por ciento el papá y 41.9 por ciento la mamá).

Con respecto a violación y abuso sexual, el 6 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años de edad reportó que en el transcurso de la vida fue violada (con penetración), y el 8.5 por ciento mencionó alguna situación de abuso sexual (sin penetración). Casi el 2 por ciento de las mujeres reportó que había sido víctima de ambos tipos de violencia sexual. Las mujeres con bajo o ningún nivel educativo reportaron violación con mayor frecuencia. Por su parte, el 0.7 por ciento de los hombres de 15 y 59 años de edad reportó que en el transcurso de la vida fue violado, y el 2.4 por ciento abusado sexualmente.

Con respecto a la violencia de pareja, en la vida, el 35.8 por ciento de las mujeres alguna vez casadas o acompañadas reportó que había recibido maltratos verbales o psicológicos, el 18 por ciento algún tipo de violencia patrimonial, el 19.7 por ciento violencia física, y el 8 por ciento violencia sexual por parte de alguna pareja o ex-pareja. Los porcentajes de mujeres que reportaron estos cuatro tipos de violencia durante los últimos 5 años o en el último año, fueron: Para violencia verbal/psicológica, 22.7 y 15.6 por ciento, en su orden. Para violencia patrimonial 9.9 y 5.9 por ciento, respectivamente. Para violencia física, 10.2 y 5.5 por ciento. Para violencia

sexual 4.2 por ciento en los últimos 5 años y 2.1 por ciento durante el último año. De las mujeres que reportaron violencia en los últimos 5 años, únicamente el 26.3 por ciento buscó ayuda. Esta proporción varía del 27.6 por ciento entre las mujeres con violencia verbal/psicológica, al 44.4 por ciento entre las mujeres que reportaron violencia sexual de pareja. El porcentaje que buscó ayuda fue menor en el grupo de 15 a 24 años de edad, las que no tienen trabajo fuera de la casa y las solteras. Generalmente, el porcentaje que buscó ayuda fue mayor entre las mujeres que trabajan fuera del hogar y entre las separadas, viudas o divorciadas. Entre las mujeres que no buscaron ayuda, la mayoría no lo consideró necesario (57.4 por ciento). El 10.5 por ciento mencionó que hicieron las paces, el 9.2 por ciento reportó que no sabía donde acudir y el 7.4 por ciento que tenía miedo.

En cuanto a la violencia de pareja, el 31.9 por ciento de los hombres alguna vez casados o acompañados reportó que había recibido maltratos verbales o psicológicos en toda la vida de pareja, el 11.5 por ciento algún tipo de violencia patrimonial, el 8.7 por ciento violencia física, y el 1.0 por ciento violencia sexual por parte de alguna pareja o ex-pareja. Al preguntarles si ellos habían ejercido alguno de estos tipos de violencia, el 19.1 por ciento reportó haber ejercido violencia verbal o psicológica, el 7.3 por ciento violencia patrimonial, el 11 por ciento violencia física y el 3.4 violencia sexual. Al comparar estos resultados con los reportados por las mujeres e incluso con la reportada como recibida por ellos, se confirma el supuesto de que los hombres no declaran completamente el ejercicio de la violencia de pareja, por la percepción de que se trata de un comportamiento “negativo”.

Salud reproductiva en la población de 15 a 24 años de edad

Las mujeres y los hombres de 15 a 24 años de edad constituyen un segmento poblacional de considerable importancia en salud pública, tanto por su relación con la fecundidad, como en el control de la epidemia del VIH/SIDA. Los resultados de la encuesta FESAL-2002/03 indican que el 51.7 por ciento de las mujeres y el 66.4 por ciento de los hombres de 15 a 24 años, ha tenido al menos una relación sexual. La proporción de mujeres con experiencia sexual es muy similar en el área urbana y rural (52.2 y 51 por ciento, en su orden). En cambio, se encontró un mayor porcentaje de hombres de las áreas urbanas con experiencia sexual (alrededor del 75 por ciento) que los que viven en el área rural (57.1 por ciento).

La edad promedio de los hombres a la primera relación sexual resulta ser menor que la de las mujeres (15 contra 16.4 años). En El Salvador, los y las adolescentes y jóvenes inician su

vida sexual con parejas generalmente mayores que ellos y ellas, conllevando así a un mayor riesgo reproductivo, y probablemente limitando su capacidad de autodeterminación para iniciar o no la actividad sexual. Del total de mujeres de 15 a 24 años de edad, el 39.3 por ciento ha tenido relaciones sexuales premaritales y el 12.4 por ciento maritales. Las cifras correspondientes para los hombres son 55 y 1.4 por ciento, respectivamente. Cabe señalar que el 2.1 por ciento de las mujeres reportó que su primera relación sexual fue por violación y que el 5.3 por ciento de los hombres dijo que la primera pareja sexual fue una MTS.

De las mujeres de 15 a 24 años de edad con experiencia sexual, el 17.8 por ciento reportó haber usado un método anticonceptivo en la primera relación sexual, cifra que resulta ser el doble de la encontrada en FESAL-98. En cambio, de los hombres del mismo grupo de edad con experiencia sexual, el 42.7 por ciento reportó haber usado un método anticonceptivo en la primera relación sexual. Entre las que no usaron en la primera relación sexual marital, la razón con mayor frecuencia para no usarlos fue “quería embarazarse” (37.7 por ciento), seguida por “no conocía los métodos anticonceptivos” (20 por ciento). En cambio, cuando la primera relación fue premarital, las dos razones más frecuentes fueron que “no esperaba tener relaciones sexuales en ese momento” (45.5 por ciento) o que “no conocía los métodos anticonceptivos” (18.7 por ciento). Estas mismas dos razones fueron reportadas con más frecuencia por los hombres cuya primera experiencia sexual fue premarital, pero con diferente frecuencia (37.7 y 29.8, en su orden).

El 40.9 por ciento de las mujeres de 15 a 24 años de edad ha tenido al menos un embarazo (el 18.1 por ciento premarital y el 22.8 por ciento marital). Con respecto a la edad, la proporción con al menos un embarazo asciende del 6.9 por ciento entre las de 15 años al 40.8 por ciento entre las de 19 años, y alcanza el 76.1 por ciento entre las de 24 años. El 28.5 por ciento no pensaba que podía quedar embarazada cuando ocurrió la primera vez, proporción que sube al 38.8 por ciento cuando ocurrió antes de los 15 años de edad y al 41.9 por ciento cuando el primer embarazo se clasifica como premarital. Como consecuencia del primer embarazo, casi el 81 por ciento que interrumpió sus estudios cuando supo que estaba embarazada, no volvió a estudiar y un 67 por ciento que tuvo que dejar de trabajar no volvió a trabajar, después de que terminó el embarazo. Para ambas situaciones la principal razón fue que “no tenía con quien dejar al(a) niño(a)”, seguida de que “ya no le quedaba tiempo”. Cabe mencionar que casi el 20 por ciento de los hombres de 15 a 24 años no cree que una mujer pueda quedar embarazada en la primera relación sexual o sin tener relaciones frecuentes. Adicionalmente, sólo el 18 por ciento de los hombres podía identificar correctamente el período fértil de las mujeres.

Conocimiento, actitudes y prácticas ante el VIH/SIDA

Con la excepción del VIH/SIDA, el conocimiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), es bajo entre las mujeres de 15 a 49 y entre los hombres de 15 a 59 años, incluso para la gonorrea y la sífilis, que han sido las dos ITS tradicionales en el país. Al nivel nacional, después del VIH/SIDA, ninguna otra ITS es reconocida por las mujeres arriba del 62 por ciento, y entre los hombres, arriba del 80 por ciento. En el caso particular del VIH/SIDA, el 96.1 por ciento de las mujeres y el 98 por ciento de los hombres reconoce su existencia, pero sólo el 58.8 por ciento de las mujeres y el 71.6 por ciento de los hombres, lo mencionó en forma espontánea.

En la presente encuesta se investigaron varios indicadores del conocimiento del VIH/SIDA que la ONUSIDA propone. Los hallazgos indican que tanto entre las mujeres, como entre los hombres en edad fértil, existe un desconocimiento considerable sobre el VIH/SIDA, ya que sólo el 60.2 por ciento de las mujeres y el 46.3 por ciento de los hombres conoce en conjunto, las tres formas de prevención de la transmisión sexual del VIH (la abstinencia sexual, la fidelidad y el uso de condones en todas las relaciones sexuales). Otro ejemplo es que, casi el mismo porcentaje de hombres y mujeres (alrededor del 73 por ciento) cree que la picada de un mosquito o zancudo es un mecanismo de transmisión del VIH.

También se hizo una serie de preguntas a las mujeres y a los hombres para conocer sus actitudes de aceptación frente a las personas que viven con el VIH. Los resultados indican que en El Salvador todavía existe un grado alto de estigma y discriminación hacia las personas infectadas por el VIH, siendo por lo general más alto entre las mujeres que entre los hombres (88.7 contra 85.9 por ciento).

Únicamente el 26.3 por ciento de las mujeres y el 27.2 por ciento de los hombres cree que tiene algún riesgo personal de adquirir el VIH/SIDA. Los hombres y las mujeres que más consideran que tienen dicho riesgo viven en las áreas urbanas. Entre las mujeres que no perciben algún riesgo, las razones más frecuentes fueron: Que “conoce bien a su pareja” (32.4 por ciento), “ella es fiel” (19.5 por ciento), “no tiene relaciones sexuales” o “no tiene pareja sexual” (34.6 por ciento, entre ambas). En cambio, entre los hombres que no perciben riesgo, las razones más mencionadas fueron: Que “tiene una sola pareja sexual” (39.2 por ciento), “no tiene relaciones sexuales con desconocidas” (18.5 por ciento) y “no tiene sexo con MTS” (12.9 por ciento). Otro 16.1 por ciento reportó que no tiene relaciones o no tiene pareja.

Al nivel nacional, prácticamente 7 de cada 10 mujeres y hombres han oído hablar de la prueba del VIH, pero sólo el 11.9 y el 13.1, respectivamente, se ha realizado la prueba, y la mayoría de ellas y ellos se la hizo a partir de enero de 2000, lo cual puede indicar que el acceso a la prueba y/o su promoción ha sido de mayor importancia en los años más recientes. Entre las mujeres y los hombres que nunca se han realizado la prueba del VIH, la principal razón mencionada para no habérsela realizado, es que “no lo ha considerado necesario”.

Para efectos programáticos, además de investigar el conocimiento y uso de la prueba del VIH en cualquier momento de la vida de la mujer, a las mujeres que tuvieron un embarazo que terminó a partir de enero de 2000, se les aplicó un juego de preguntas para investigar el uso de la prueba durante el embarazo, como una medida para evitar la transmisión vertical del VIH o perinatal. El 28.3 por ciento de las mujeres reportó que le habían orientado sobre la prueba del VIH durante su control prenatal, y que sólo a la mitad de ellas le ofrecieron la oportunidad de realizársela.

Considerando que en El Salvador, la relación sexual desprotegida es la vía de transmisión más frecuente del VIH, en el cuestionario de la encuesta con hombres se incluyó una serie de preguntas para indagar el nivel de actividad sexual durante el año previo a la entrevista. Los resultados indican que el 78.4 por ciento estuvo sexualmente activo. De ellos, el 77.2 por ciento reportó haber tenido relaciones sexuales con una sola pareja. El 13.3 por ciento con 2 parejas, el 5.6 por ciento reportó haber tenido 3 y el 3.9 por ciento con 4 ó más. El porcentaje que tuvo 2 ó más parejas sexuales es un poco mayor entre los que viven en áreas urbanas (alrededor del 25 por ciento) en comparación con los del área rural (20 por ciento).

Del total de hombres de 15 a 59 años de edad con experiencia sexual, el 59.5 por ciento ha usado condones en alguna oportunidad y el 35.5 por ciento los usó en el año previo a la entrevista. Sin embargo, al preguntarles si lo usaron en la última relación sexual, el porcentaje baja al 20.3 por ciento. Estos resultados indican que el uso del condón no es consistente. Entre los hombres que usaron el condón en el año previo, el 85.7 por ciento reportó que los usó para evitar el embarazo, el 86.2 por ciento para evitar el VIH/SIDA y el 84.7 por ciento para evitar otras ITS. Sólo el 57.6 por ciento los usó como “doble protección” (para evitar el embarazo y el VIH/SIDA u otras ITS).

Salud materna

El uso oportuno y adecuado de los servicios de salud materna puede contrarrestar los riesgos de morbilidad y mortalidad. Los resultados indican que de todas las mujeres de 15 a 49

años de edad con experiencia sexual, el 84.7 por ciento se ha realizado la citología cérvico vaginal en alguna oportunidad, el 66.7 por ciento en los dos últimos años, pero en el último año sólo el 46.8 por ciento. Alrededor del 80 por ciento supo el resultado del último examen, pero sólo el 38 por ciento de ellas lo supo antes de que transcurriera el primer mes posterior a fecha de la toma.

En cuanto a la prevención del cáncer de mama, sólo al 27.4 por ciento le han practicado el examen de los pechos en alguna consulta de salud. Al 33.8 por ciento le han enseñado como hacerse el auto-examen de los pechos y de ellas, la mayoría se lo ha realizado en alguna oportunidad (83.5 por ciento). La probabilidad de haberse realizado el auto-examen en los últimos 4 meses es mayor entre las mujeres de 35 a 49 años de edad y entre las de nivel socioeconómico alto.

Del total de niños(as) nacidos(as) vivos(as) entre noviembre de 1997 y octubre de 2002, el 86 por ciento de las madres tuvo al menos un control prenatal. En cuanto al cumplimiento de la “Normativa Técnica” del MSPAS, el 66 por ciento tuvo el primer control durante el primer trimestre de embarazo y un 71 por ciento tuvo al menos 5 controles. El porcentaje que tuvo su primer control prenatal durante el primer trimestre varía del 74 por ciento en el área urbana al 59 por ciento en la rural. Esta proporción se incrementa con el nivel educativo de la mujer o socioeconómico de la vivienda. De las mujeres que tuvieron al menos un(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a) en el mismo período de referencia, el 63.3 reportó tener 3 ó más dosis de toxoide tetánico y el 69 por ciento de los partos tuvo atención intrahospitalaria. Esta cifra última desciende de un 87 por ciento en el área urbana a un 54 por ciento en el área rural y se incrementa con el nivel educativo de la mujer o el socioeconómico de la vivienda.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su plan de reducción de la mortalidad materna, indica que las tasas de cesárea deben estar en un rango de 5 a 15 por ciento, ya que una tasa abajo del límite inferior indica inaccesibilidad al procedimiento y una sobre el límite superior, indica abuso del mismo, en el sentido de que puede representar una práctica innecesaria. Del total de partos al nivel nacional, el 22 por ciento fue por cesárea, proporción conformada por el 14.4 por ciento de emergencia y el 7.6 por ciento programada. Comparando estos resultados con las encuestas previas, en El Salvador se percibe un aumento en la tasa general de partos por cesárea, en el transcurso de los últimos 10 años.

El control postparto resulta ser el servicio de salud materna menos utilizado en El Salvador, ya que sólo el 54.2 por ciento de las madres recibió este servicio. Esta cifra cambia del 60.4 por ciento en el área urbana al 49 por ciento en el área rural. Sin embargo, al considerar la “Normativa Técnica” del MSPAS,

que indica que el primer control postparto debe darse en el transcurso de las primeras seis semanas, se puede mencionar que la cobertura de este servicio resulta del 47.6 por ciento, con una diferencia de 11.5 puntos porcentuales a favor del área urbana sobre la rural (53.8 contra 42.3 por ciento).

En general, la mayoría de indicadores del uso de servicios de salud materna presentan incrementos importantes al compararlos con los resultados de FESAL-98, incluyendo el porcentaje de partos atendidos en hospitales que subió alrededor de 11 puntos porcentuales, pasando del 58 al 69.4 por ciento en tan solo 5 años, a pesar de los dos terremotos del año 2001, que afectaron en forma considerable la infraestructura hospitalaria del MSPAS.

Mortalidad infantil y en la niñez

La tasa de mortalidad infantil estimada por FESAL-2002/03 para el período de 1997-2002 es de 25 defunciones por mil nacidos(as) vivos(as). Esta tasa refleja un descenso de 10 muertes por mil de la estimada en FESAL-98 para el período 1993-1998. Al retroceder un poco más en el tiempo, se aprecia que entre los períodos 1983-1988 y 1997-2002, el descenso de la mortalidad infantil fue de 29 muertes por mil, indicando que un tercio del descenso en los últimos 15 años ocurrió durante el período de 1997-2002. A pesar de estos descensos, la tasa de mortalidad infantil de El Salvador resulta ser más que el doble de la estimada para Costa Rica (10 por mil).

El reciente descenso de 10 muertes por mil obedece tanto a la disminución en la mortalidad postneonatal (29 días a 11 meses), la cual bajó de 18 a 12 por mil, como a la disminución en la mortalidad neonatal (0 a 28 días), la cual bajó de 17 a 13 por mil. Ahora, la mortalidad neonatal representa un poco más de la mitad de la mortalidad infantil de El Salvador. Por su parte, la tasa de mortalidad en la niñez (1 a 4 años), se ha reducido de 8 por mil en el período 1993-1998 a 6 por mil en el período 1997-2002.

El análisis de los datos sobre la composición de los nacimientos en los períodos 1993-98 y 1997-2002 revelan que, los aumentos en el uso de los servicios de salud materna, más la disminución de los intervalos cortos entre los nacimientos, más los mejoramientos en los niveles socioeconómico y educativo, han jugado papeles importantes en el descenso reciente de la mortalidad infantil y en la niñez en El Salvador. Estos cambios en la composición de los nacimientos, en parte resultan como consecuencia del descenso de la fecundidad que El Salvador está experimentando.

Los datos de la presente encuesta indican que la reducción de las tasas de mortalidad postneonatal y en la niñez, dependerá mucho del mejoramiento en las condiciones socioeconómicas,

del nivel educativo, especialmente de las madres, así como del acceso a los servicios básicos, como el de agua potable intradomiciliar, entre otros. Además, entre las características demográficas de los nacimientos se destaca el valor de la planificación familiar, como parte de cualquier programa de salud materna e infantil, ya que los espacios intergenésicos cortos, la paridad alta y edad temprana o tardía al momento del parto, están fuertemente asociadas a un mayor riesgo de muerte infantil.

Lactancia materna y nutrición materno infantil

La lactancia materna es el alimento más completo que un(a) infante puede recibir, ya que incluye todos los nutrientes que éste(a) necesita en los primeros meses de vida, y por lo general está exenta de contaminación. En El Salvador la lactancia materna es una práctica generalizada, dado que el 94.4 por ciento de los(las) últimos(as) niños(as) nacidos(as) vivos(as) en los 5 años previos a la encuesta ha recibido pecho materno en alguna oportunidad, porcentaje que se ha mantenido estable durante los últimos 10 años, pero al nivel nacional, la duración promedio de la lactancia materna (de cualquier tipo) ha subido de 15.5 meses en FESAL-93 a 19.2 meses en FESAL-2002/03, lo que representa un incremento de 3.7 meses en dicho período. Sin embargo, los incrementos en la duración promedio de la lactancia exclusiva o la completa, han sido mínimos. En los 5 años, la duración promedio de lactancia exclusiva para todos(as) los(las) niños(as) es solamente de 1.4 meses y para la lactancia completa es de 3.1 meses. Por lo tanto, puede afirmarse que en El Salvador, los alimentos complementarios están siendo introducidos a edades considerablemente menores a las recomendadas por la OMS y el MSPAS. Cabe mencionar que aun cuando la OMS recomienda que todos(as) los(las) niños(as) menores de 6 meses deben recibir leche materna exclusiva, sólo el 24 por ciento la recibe.

La estimulación y fomento del “apego precoz” puede influir considerablemente en el incremento de la lactancia materna exclusiva. Esta práctica no está siendo generalizada en El Salvador, ya que sólo el 31.8 por ciento de los(as) niños(as) amamantados(as) recibió la leche materna antes de que transcurriera la primera hora después del parto y otro 28.4 por ciento la recibió entre una hora y 23 horas después. En resumen, 6 de cada 10 niños(as) amamantados(as) empezaron a recibir pecho antes de que transcurriera el primer día postparto (las 24 horas). Para el resto, esperaron a que transcurriera al menos el primer día.

Según los datos de FESAL-2002/03, el 18.9 por ciento de los(as) niños(as) de 3 a 59 meses de edad presenta retardo en el crecimiento (baja talla para edad), siendo mayor entre los(las) niños(as) que viven en el área rural (25.6 por ciento) que entre los(las) que viven en el área urbana (11 por ciento). La

proporción de niños(as) en esta condición desciende con el nivel educativo de la madre, del 31.7 por ciento entre los(as) niños(as) cuyas madres no tienen educación formal al 6.2 por ciento entre los(las) niños(as) cuyas madres tienen 10 ó más años de escolaridad. Entre FESAL-98 y FESAL-2002/03, el porcentaje con retardo en crecimiento se redujo 4.4 puntos porcentuales.

La emaciación (peso para la talla) no parece ser un problema de salud pública en El Salvador, debido a que su nivel en niños(as) menores de 5 años (1.4 por ciento) está por debajo del valor esperado en los países industrializados (2.3 por ciento). Sin embargo, con base en los datos de peso para talla se empieza a visualizar un problema de sobrepeso en los(las) niños(as) del área urbana, con una cifra 2.2 veces mayor que el porcentaje esperado. Este nuevo problema está coexistiendo con una alta prevalencia de retardo en crecimiento (principalmente en el área rural). El Salvador está en el principio de lo que puede llegar a ser una epidemia de sobrepeso para las nuevas generaciones.

En ausencia de problemas de emaciación, el indicador Peso para Edad se comporta como el indicador Talla para Edad y por lo tanto, las tendencias observadas para el retardo en crecimiento, se repiten para este indicador, sólo que en magnitud menor. Bajo estas circunstancias, el indicador Peso para Edad es un indicador aproximado del retardo en crecimiento. Por ejemplo el bajo peso para edad del área rural se estima en un 13 por ciento, en comparación con un 7 por ciento en el área urbana, para un promedio al nacional del 10.3 por ciento.

En 2002/03 el 19.8 por ciento de los(las) niños(as) de 12 a 59 meses de edad presenta anemia, lo que indica que la situación no ha mejorado desde 1998. La prevalencia en el área rural es 1.5 veces mayor que en el área urbana (23.1 contra 15.8 por ciento), y asciende del 12.9 por ciento entre los(las) niños(as) cuyas madres tienen 10 ó más años de escolaridad a un 23 por ciento en el grupo de madres con bajo nivel educativo.

Los datos de FESAL-2002/03 muestran que el bajo peso no es un problema de salud pública entre las madres salvadoreñas, ya que sólo el 2.8 por ciento presenta esta condición. Sin embargo, el sobrepeso (35.8 por ciento) y la obesidad (18.4 por ciento), son grandes problemas de salud pública. En general, entre el 36 y el 65 por ciento de las madres salvadoreñas de 15 a 49 años, con hijos(as) menores de 5 años de edad, presentan sobrepeso y obesidad.

Los resultados indican que al nivel nacional el 8.8 por ciento de las madres presentó anemia y que no hubo variación entre el área urbana y la rural. Las madres con 10 ó más años de escolaridad, o que pertenecen al nivel socioeconómico alto

presentaron las prevalencias más bajas (6 y 5.4 por ciento, en su orden). Las madres con 4 ó más hijos(as) menores de 5 años, o que tienen de 40 a 44 años, presentaron las prevalencias más altas (entre el 10 y 15 por ciento).

Salud del(a) niño(a)

De acuerdo con lo reportado por las madres, del total de niños(as) que nacieron entre noviembre de 1997 y octubre de 2002, el 85.8 por ciento fue reconocido legalmente por su progenitor, pero al preguntarles directamente a los hombres sobre el reconocimiento legal de sus hijos(as) biológicos(as), la cifra resulta un poco mayor (94.3 por ciento). Cabe señalar que pero en ambos casos, el porcentaje que reportó que fue en forma involuntaria, fue menor del uno por ciento.

En cuanto al monitoreo y control de crecimiento y desarrollo del(a) menor de 5 años, a pesar de que la gran mayoría reportó haber hecho uso de dicho servicio (95 por ciento), únicamente 4 de cada 10 fueron inscritos(as) durante el primer mes de vida, tal como lo indica la norma, y una proporción muy similar (43.2 por ciento) se esperó que transcurriera el primer mes para llevarle. La mayoría recibió este servicio en los establecimientos del MSPAS (81 por ciento), proporción que varía del 92 por ciento para quienes residen en el área rural al 69 por ciento en la urbana. Por su parte, el ISSS tiene su mayor participación con este servicio en el área urbana (22 por ciento).

Debido a que en El Salvador existe poca información con respecto a la participación de los hombres en el uso de los servicios de salud materna e infantil, en FESAL-2002/03 se incluyeron algunas preguntas al respecto. De acuerdo con lo reportado por los hombres, el servicio en el cual participan más es el de la atención del parto (70.3 por ciento), seguido por el control del crecimiento y desarrollo del(a) menor de 5 años (59 por ciento), siendo un poco menor en el control prenatal (57.1 por ciento). Los porcentajes de hombres que reportaron haber estado pendientes del desarrollo del parto en el lugar de atención, resultan muy similares, indistintamente del área de residencia, pero el acompañamiento al control prenatal o al monitoreo y control del crecimiento y desarrollo del(la) menor de 5 años se incrementa con el nivel de urbanización de dicha área. A los hombres de 15 a 59 años de edad que no acompañaron a la(s) pareja(s) a cada uno de los servicios de salud materno infantil, se les preguntó la razón principal para no hacerlo. La razón más mencionada para los tres servicios fue que "tenía que trabajar", la cual varía de alrededor del 83 por ciento para los servicios de control prenatal o del monitoreo y control del crecimiento y desarrollo del(a) menor de 5 años, al 46.5 por ciento para no estar presente o pendiente en el lugar de atención del parto.

Con respecto a los niveles de inmunización en menores de 5 años, comparando los resultados de FESAL-2002/03 con los estimados en FESAL-93, se puede mencionar que las coberturas de BCG, Polio y DPT/Pentavalente han mostrado mejorías en los últimos 10 años, tanto al nivel de país como por área de residencia, pero las mejorías no han sido uniformes en el tiempo ni por área de residencia. La cobertura contra el Sarampión/SPR prácticamente no ha cambiado. Como medida resumen, la inmunización completa para las 4 vacunas en conjunto no refleja un cambio significativo al nivel de país y menos aún en el área urbana. Podría decirse que únicamente se observa un cambio en el área rural donde pasó del 74.4 por ciento en 1993 al 81 por ciento en 2002/03, llegando actualmente a presentar niveles muy similares con el área urbana. En general, los datos indican que si el(la) niño(a) es inscrito(a) en el monitoreo y control del crecimiento y desarrollo antes de cumplir los dos meses de edad, tiene mayor probabilidad de contar con los esquemas completos de inmunización.

Al investigar sobre la prevalencia de las enfermedades en la población menor de 5 años, se encontró que alrededor del 14 por ciento tuvo diarrea en las dos semanas previas a la entrevista. El porcentaje reportado en el área rural (15.6 por ciento) es 4 puntos porcentuales más alto que en la urbana. La prevalencia de diarrea es más frecuente entre los(as) niños(as) con un año cumplido (20 por ciento) y presenta una relación inversa con respecto al nivel educativo de la madre. Clasificando la prevalencia de la diarrea de acuerdo a la gravedad de los signos y síntomas identificados por la madre, se encuentra que el 2.7 por ciento tuvo diarrea sin llegar a la deshidratación, el 7.4 por ciento presentó síntomas asociados a la deshidratación no grave y el 3.7 por ciento con deshidratación grave.

Ya sea que fueran combinados o no con otros tratamientos, del total de niños(as) que tuvo diarrea, el 51.4 por ciento recibió sales de rehidratación oral (sobres), el 51.2 por ciento antidiarreicos y el 40.8 por ciento antibióticos. También cabe señalar que durante el último episodio de diarrea, las madres dieron más líquidos que los acostumbrados en un 46 por ciento de los casos, un 51 por ciento no cambió la cantidad y alrededor del 3 por ciento dio al(a) niño(a) menos líquidos que lo acostumbrado.

La prevalencia de infecciones respiratorias, definida como la presencia de al menos tos o resfriado, fue alrededor del 42.3 por ciento, cifra que varía del 39.3 por ciento en el área urbana al 45 por ciento en el área rural. De acuerdo con las características del medio, la prevalencia de infecciones respiratorias asciende del 39 por ciento para los(las) niños(as) que residen en viviendas clasificadas como del nivel socioeconómico alto al 44.9 por ciento en las del nivel bajo. Según la clasificación de la gravedad con base en los signos y síntomas presentados, al nivel nacional, el 5.8 por ciento

tuvo sólo tos o resfriado, el 7.4 por ciento tos o resfriado con síntomas asociados a una enfermedad grave, el 3.4 por ciento a sibilancia, el 14.3 por ciento a neumonía no grave y el 11.4 por ciento reportó síntomas asociados a neumonía grave.

Casi la totalidad de niños(as) que tuvo infección respiratoria recibió tratamiento (96 por ciento). Aún cuando existe la posibilidad de que los tratamientos sean combinados, el tratamiento más frecuente fue alguna medicina para la fiebre (82.5 por ciento), seguido por el uso de antibióticos (52.9 por ciento), siendo este último mayor en el área urbana (61.4 por ciento) que en el área rural (46.4 por ciento). Sólo el 1.2 por ciento del total de niños(as) con infección respiratoria llegó a ser hospitalizado, cifra que resulta baja para quienes reportaron síntomas asociados a neumonía grave (2.7 por ciento).

Con respecto a la administración de micronutrientes, los datos indican que el 47.8 por ciento de los(as) niños(as) ha recibido al menos una dosis de vitamina A, cifra que varía del 54.6 por ciento en el área rural al 39.9 por ciento en el área urbana. El 62.9 por ciento de los(as) niños(as) ha recibido jarabe de hierro alguna vez, pero en los 2 meses previos a la entrevista, sólo el 7.6 por ciento. La administración de hierro alguna vez es mayor en el área urbana (65.5 por ciento) que en el área rural (60.7 por ciento). Junto a la administración de micronutrientes se investigó sobre la administración de antiparasitarios, encontrando que el 69.6 por ciento de los(as) niños(as) de 24 a 59 meses ha recibido al menos una dosis, cifra que resulta levemente mayor en el área urbana (71.4 por ciento) que en el área rural (68.1 por ciento).

Situación escolar de niños(as) de 7 a 14 años de edad

En el cuestionario individual de la encuesta FESAL-2002/03 se incluyó un módulo de preguntas sobre la asistencia escolar en el año 2002, de los(las) hijos(as) de 7 a 14 años de las mujeres entrevistadas. El enfoque principal de las preguntas estaba orientado a identificar los grupos con alto riesgo de abandonar la escuela o de atrasarse en su progreso dentro del sistema educativo. En este contexto, los datos indican que el 61.7 por ciento de dichos(as) niños(as) asistió al grado esperado o a uno superior. Por diferencia, el 38.3 por ciento había experimentado al menos una de las tres barreras para su desarrollo normal dentro del sistema educativo (entran tarde al sistema, lo abandonan, o no progresan de grado a grado como se espera). En el grupo de 7 años de edad, el 84.7 por ciento asistió al grado esperado o a uno superior, pero el porcentaje baja considerablemente a sólo 44.1 por ciento en el grupo de 14 años de edad.

El abandono escolar se vuelve crítico a partir de los 11 años de edad, subiendo rápidamente del 4.3 por ciento en dicho grupo al 20.4 por ciento en el grupo de 14 años. Al comparar estos resultados al nivel nacional con los de FESAL-98, se encuentra que el porcentaje de niños(as) de 7 a 14 años que no estaba asistiendo a la escuela o colegio, bajó del 15.3 por ciento en 1998 al 11.6 por ciento en 2002.

El ingreso tardío al primer grado está asociado con un eventual abandono del sistema educativo. Solamente el 6.6 por ciento de los(as) niños(as) que entraron de 7 años de edad había abandonado la escuela, en comparación con el 10.3 por ciento para quienes entraron de 8 años, y el 16.7 por ciento para quienes lo hicieron con 9 ó más años de edad. Al contrario, los(as) hijos(as) de mujeres con nivel educativo o socioeconómico más alto, y quienes no tienen o sólo tienen un(a) hermano(a), son los(as) que de acuerdo con su edad tienen mayor probabilidad de mantenerse en el sistema educativo y asistir al grado esperado o a uno superior.

Un factor importante para el atraso en el sistema educativo y el eventual abandono, es la repetencia de grado. Considerando toda la historia escolar, en El Salvador, del total de estudiantes de 7 a 14 años, uno(a) de cada 3 ha repetido de grado una o más veces. Un hallazgo impresionante es que de las y los niños matriculados en el primer grado, el 37.8 por ciento lo estaba repitiendo. Una probable explicación es que una alta proporción de niños(as) que entra al primer grado con menos de 7 años de edad tenga que repetirlo. Después del primero, el porcentaje disminuye con cada grado llegando a sólo 3.5 por ciento entre quienes asistieron al sexto grado o uno superior. También se observó que la proporción que estaba repitiendo grado es mayor entre los niños que entre las niñas, y que aumenta en la medida en que disminuye el nivel educativo de las madres o el nivel socioeconómico de la vivienda.

Las razones principales para abandonar la escuela o colegio mencionadas por las madres con hijos(as) de 7 a 14 años de edad, que no estaban asistiendo en el año escolar 2002, incluyen que el(a) niño(a) ya no quiso seguir o ya no le gustó estudiar (32.3 por ciento). Uno(a) de cada 5 abandonó la escuela o colegio por problemas económicos y prácticamente uno(a) de cada 10 por bajo rendimiento.