

República Dominicana

Encuesta Demográfica y de Salud 2002

INFORME
PRELIMINAR

**Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM)
Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)
Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS)**

El programa de Encuestas de Demografía y Salud (Programa DHS+) proporciona asistencia a instituciones gubernamentales y privadas en la implementación de encuestas nacionales en países en vías de desarrollo. Con financiamiento proveniente de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Programa DHS+ es implementado por Macro International Inc., con sede en Maryland, USA. Los objetivos de este programa son a) proporcionar bases de datos y análisis a los organismos ejecutivos en el campo de la población para facilitar la consideración de alternativas y la toma de decisiones bien informadas; b) expandir la base internacional de datos en los campos de población y salud materno-infantil; c) aportar avances en la metodología de encuestas por muestreo; d) consolidar la capacidad técnica y los recursos para la realización de encuestas demográficas complejas en los países participantes.

Incluyendo la encuesta experimental en 1999, el CESDEM ha levantado tres encuestas nacionales de demografía y salud dentro del marco del Programa DHS, la primera en 1996 y la más reciente en 2002 (ENDESA 2002). La financiación de los costos locales de la ENDESA 2002 estuvo a cargo de USAID (República Dominicana) la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS); el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) a través de la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS). Para información adicional sobre las encuestas favor dirigirse a:

CESDEM, Av. Bolívar 911 (anterior 187), Apto. 602, La Julia, Santo Domingo, República Dominicana.

Correo electrónico: cesdem@codetel.net.do

Macro International/DHS+ Program, 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705.

Página web: measuredhs.com

Encuesta Demográfica y de Salud 2002

ENDESA 2002

INFORME PRELIMINAR

**Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM)
Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)
Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS)**

**Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)
Banco Mundial/CERSS
Banco Interamericano de Desarrollo/CERSS**

**Programa *DHS+*/Macro International Inc.
(Asistencia Técnica)**

Enero 2003

CONTENIDO

	Página
CONTENIDO	iii
PRESENTACIÓN	v
INDICADORES BÁSICOS.....	vii
1 INTRODUCCIÓN.....	I
Cuestionarios	I
Diseño de la Muestra	2
Entrenamiento del Personal de Campo.....	3
Trabajo de Campo	4
Entrada de Datos, Crítica y Tabulaciones	4
Cobertura de la Muestra.....	4
2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ENTREVISTADA	6
3 FECUNDIDAD	8
Niveles de Fecundidad	8
Preferencias de Fecundidad.....	9
Edad a la Primera Relación	10
4 PLANIFICACIÓN FAMILIAR	11
Uso de Métodos.....	11
Diferenciales en los Niveles de Uso Actual	12
5 SALUD MATERNO-INFANTIL.....	14
Atención Prenatal y del Parto	14
Fiebre y Enfermedades Respiratorias Agudas.....	16
Tratamiento de la Diarrea	16
Iniciación de la Lactancia.....	17
Nutrición de los Niños	19
Vacunación	21
6 MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ.....	23
7 CONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN DE VIH/SIDA Y ETS	25
Conocimiento del VIH/SIDA.....	25
Transmisión de Madre a Hijo o Perinatal	25
Percepción de los Riesgos de Contraer el SIDA	26
Actitud de la Población Hacia las Personas con SIDA	28
Uso de Condón por Tipo de Compañero.....	29
Prevalencia y Tratamiento de las ETS	32
Número de Parejas Sexuales	33

CUADROS

Página

Cuadro 1.1	Resultados de la muestra para la encuesta de hogares y mujeres.....	5
Cuadro 2.1	Características de la población entrevistada.....	7
Cuadro 3.1	Fecundidad actual.....	8
Cuadro 3.2	Preferencias de fecundidad por número de hijos sobrevivientes	9
Cuadro 3.3	Edad a la primera relación sexual	10
Cuadro 4.1	Uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres entrevistadas, por edad y número de niños vivos	12
Cuadro 4.2	Uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres entrevistadas, por características seleccionadas	13
Cuadro 5.1	Indicadores de atención materna por características seleccionadas.....	15
Cuadro 5.2	Tratamiento de infecciones respiratorias agudas (IRA), fiebre y diarrea	17
Cuadro 5.3	Situación de lactancia para niños menores de tres años	18
Cuadro 5.4	Indicadores de desnutrición para niños menores de cinco años, por características seleccionadas	20
Cuadro 5.5	Vacunación en cualquier momento de los niños de un año, por características seleccionadas	22
Cuadro 6.1	Mortalidad infantil y en la niñez para varios quinquenios.....	24
Cuadro 7.1	Conocimiento del VIH/SIDA	26
Cuadro 7.2	Conocimiento de la transmisión del VIH/SIDA de madre a hijo	26
Cuadro 7.3	Percepción de las mujeres del riesgo de contraer VIH/SIDA	28
Cuadro 7.4	Aspectos sociales sobre el VIH/SIDA	28
Cuadro 7.5	Uso de condón por tipo de compañero(a).....	30
Cuadro 7.6	Conducta de riesgo entre las mujeres con relaciones estables y sexo con más de una persona entre las mujeres sexualmente activas	31
Cuadro 7.7	Uso de condón entre las mujeres	32
Cuadro 7.8	Prevalencia y tratamiento de las ETS	33
Cuadro 7.9	Relaciones monogámicas y número de parejas sexuales de las mujeres.....	34

PRESENTACIÓN

El Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) presenta los resultados preliminares de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA 2002), realizada con los auspicios de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. La asistencia técnica estuvo bajo la responsabilidad de Macro International, Inc.

El objetivo principal de la ENDESA 2002 es proporcionar información actualizada a nivel nacional y por provincias sobre indicadores de los hogares, la fecundidad, la salud en general y la salud reproductiva, nutrición de los niños, mortalidad en los primeros años de vida, mortalidad materna, violencia contra la mujer, morbilidad y gastos en salud de la población dominicana.

Igualmente, la encuesta tiene como propósito medir la seroprevalencia de VIH en la población del país y aportar nuevos datos sobre los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el VIH/SIDA.

Este informe reviste una importancia vital por dar a conocer los primeros resultados de la más amplia investigación realizada a principio del presente siglo en la República Dominicana. Los datos aquí aportados permiten comparar la información sociodemográfica, las tendencias y los cambios en materia de salud materna e infantil y en la fecundidad durante los últimos 15 años sobre las bases de datos de las ENDESAS anteriores y de otros estudios.

En el presente informe se hace una descripción breve de algunos de los tópicos más importantes incluidos en la ENDESA 2002, principalmente aquellos relacionados con los resultados de las entrevistas realizadas a las mujeres en edad reproductiva. A este informe seguirá otro que presentará los resultados finales en forma más detallada. Es importante señalar que las cifras de este informe no incluyen los datos por provincias y deben ser consideradas como provisionales y sujetas a posibles modificaciones en los análisis subsecuentes.

Al entregar estos resultados preliminares, el CESDEM hace pública su gratitud y expresa la satisfacción que siente por el apoyo recibido de las instituciones auspiciadoras, de la acogida brindada por los moradores de los hogares en los cuales se recolectó la información y de todo el personal que participó directa e indirectamente para que la Encuesta Demográfica y de Salud del 2002 concluyera con éxito.

Maritza Molina Achécar
Directora Ejecutiva
CESDEM

Nupcialidad y Fecundidad

Edad mediana a la primera relación sexual para las mujeres 20-24	18.9	18.2
Zona urbana.....	19.4	18.4
Zona rural.....	17.8	17.6
Tasa global de fecundidad para la población total ¹	3.2	3.0
Zona urbana	2.8	2.8
Zona rural	4.0	3.3

Mortalidad Infantil

Tasa de mortalidad infantil ²	47	31
--	----	----

Planificación Familiar entre las Mujeres Actualmente Unidas

Porcentaje de mujeres que actualmente usa un método.....	63.7	69.8
Zona urbana.....	66.4	69.8
Zona rural.....	59.5	69.8
<i>Métodos modernos</i>	59.2	65.8
Píldora.....	12.9	13.5
Dispositivo intrauterino (DIU)	2.5	2.2
Inyecciones	0.5	1.9
Condón	1.4	1.3
Esterilización femenina	40.9	45.8
Esterilización masculina	0.0	0.1
Otros modernos	0.0	0.4
<i>Métodos tradicionales</i>	4.4	4.0
Ritmo	1.8	1.4
Retiro	1.9	1.7
Folclóricos	0.7	0.9

Atención Materna

Porcentaje de nacimientos cuyas madres recibieron:		
Atención de personal profesional durante el embarazo ³	98.3	98.5
Por lo menos una vacuna antitetánica	95.5	95.1
Parto en establecimiento de salud.....	95.3	95.7
Atención de personal profesional durante el parto ⁴	95.5	96.6

Lactancia y Nutrición en la Niñez

Porcentaje de niños de 0 a 3 meses con lactancia exclusiva.....	ND	13.3
Porcentaje de niños de 0 a 5 meses con lactancia exclusiva.....	ND	10.4
Porcentaje de niños menores de cinco años con desnutrición crónica ⁵	10.7	8.9

Vacunación

Porcentaje de niños 12 a 23 meses de edad con tarjeta de salud	52.3	50.3
Porcentaje de niños 12 a 23 meses de edad que ha recibido: ⁶		
BCG.....	89.8	93.5
DPT (las tres dosis)	57.6	56.6
Polio (las tres dosis)	48.1	44.0
Sarampión	78.2	88.3
Todas las vacunas ⁷	38.7	34.9

Prevalencia de Enfermedades en Menores de 5 Años

Porcentaje de niños con diarrea ⁸	15.7	14.0
Niños con diarrea para quienes se buscó tratamiento	35.3	35.9
Niños con diarrea tratados con sobres de rehidratación oral (SRO).....	35.1	28.2
Niños con diarrea que recibieron Terapia de Rehidratación Oral (TRO)	58.3	55.0
Porcentaje de niños con síntomas de IRA ⁹	24.7	19.6
Porcentaje de niños con fiebre	28.8	26.4
Enfermos con síntomas de IRA o con fiebre para quienes se buscó tratamiento.....	51.6	60.8

ND: No disponible

¹ Para los tres años que precedieron la encuesta (estimación del número de hijos promedio por mujer al final del período reproductivo con las tasas actuales de fecundidad por edad)

² Defunciones durante el primer año por cada mil nacidos vivos para los cinco años anteriores a la encuesta

³ Tomando como base todos los nacimientos ocurridos durante los cinco años anteriores a la encuesta

⁴ Tomando como base los últimos nacimientos ocurridos durante los cinco años anteriores a la encuesta

⁵ Porcentaje de niños con talla inferior a la esperada para su edad, basado en los porcentajes observados en una distribución estándar

⁶ Información obtenida de la tarjeta de salud y de la información proporcionada por la madre

⁷ Incluye BCG, tres dosis de polio, tres dosis de DPT, y sarampión

⁸ Menores de cinco años cuyas madres declararon que aquéllos tuvieron diarrea durante las dos semanas anteriores a la encuesta

' Síntomas de IRA: niños enfermos con tos acompañada de respiración agitada, durante las dos semanas que precedieron la encuesta

Este informe tiene como propósito presentar los primeros resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud del año 2002 (ENDESA 2002) realizada en la República Dominicana por el Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) en coordinación con la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) y la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS). La ENDESA 2002 se realizó con el objetivo principal de proporcionar información estadística actualizada a nivel nacional y por provincias sobre indicadores de vivienda, fecundidad, salud en general y salud reproductiva, nutrición de los niños, mortalidad en los primeros años de vida e indicadores demográficos de la población dominicana. Otro de los objetivos de la ENDESA 2002 es el de proporcionar información comparativa con la encuesta anterior que también realizó el CESDEM dentro del marco del programa *DHS+* (ENDESA 1996).

En el presente informe se hace una descripción breve de algunos de los aspectos más importantes incluidos en la ENDESA 2002, principalmente aquellos relacionados con los resultados de las entrevistas realizadas a las mujeres en edad reproductiva. Se advierte que las cifras de este informe deben ser consideradas como provisionales y sujetas a posibles modificaciones.

CUESTIONARIOS

Para la recolección de información en la ENDESA 2002 se utilizaron 4 cuestionarios: un cuestionario del hogar aplicado en 27,135 hogares; un cuestionario individual de mujeres aplicado a 23,383 mujeres de 15 a 49 años de edad en esos hogares, un cuestionario de hombres aplicado en uno de cada 7 hogares, con el que se entrevistó a 2,833 hombres de 15 a 59 años; y un cuestionario de morbilidad y gastos en salud, aplicado aproximadamente en la mitad de los hogares totales visitados.

El contenido del **cuestionario del hogar** comprende los siguientes temas:

- Residentes habituales y visitantes del hogar
- Relación de parentesco, sexo y edad de cada miembro del hogar
- Supervivencia de los padres de los miembros menores de 15 años
- Peso y talla de los niños
- Asistencia a establecimientos preescolar o de aprendizaje temprano (niños de 3 y 4 años)
- Datos de la vivienda y del hogar
- Características demográficas de la población de 5 años y más.

El contenido del **cuestionario individual de mujeres** comprende los siguientes grandes temas:

- Antecedentes de la mujer entrevistada
- Reproducción e historia de nacimientos
- Anticoncepción
- Embarazo y lactancia para los hijos menores de 5 años
- Vacunación y salud para los hijos menores de 5 años
- Nupcialidad
- Preferencias de fecundidad
- Antecedentes del marido, residencia y trabajo de la mujer
- SIDA: conocimiento y prevención
- Violencia doméstica (en la mitad de los hogares)
- Mortalidad materna (en la mitad de los hogares).

El cuestionario individual de hombres contiene las siguientes secciones:

- Antecedentes de los entrevistados
- Reproducción
- Anticoncepción
- Nupcialidad y actividad sexual
- Preferencias de fecundidad
- Participación en el cuidado de la salud de los hijos
- SIDA y enfermedades de transmisión sexual: conocimiento y prevención
- Actitudes hacia la mujer.

El cuestionario de morbilidad y gastos en salud comprende los siguientes temas:

- Características económicas de los miembros del hogar de 10 años o más
- Morbilidad y atención en salud
- Accesibilidad, utilización y percepción de los servicios de salud
- Gastos directos e indirectos en salud
- Coberturas de los seguros de salud.

DISEÑO DE LA MUESTRA

Diseño de la Muestra

El marco muestral utilizado para el diseño y selección de la **ENDESA 2002** fue preparado con el material cartográfico del último Censo de Población y Vivienda del 2002. El diseño proporciona una muestra probabilística a nivel nacional, que es estratificada y bietápica. Dentro de cada provincia las áreas censales fueron estratificadas en áreas de residencia urbano y rural y dentro de éstas por municipios. En una primera fase se seleccionaron áreas censales y en una segunda fase viviendas dentro de ellas. Independientemente del tamaño de las provincias, para la mayoría se definió un tamaño de alrededor de 900-1,000 viviendas. Sin embargo, dado el tamaño poblacional del Distrito Nacional, Santo Domingo, Santiago y San Cristóbal, en estas provincias se fijó un tamaño muestral de 1,400-1,600 viviendas. Para Puerto Plata, Duarte, La Vega, San Pedro de Macorís y La Romana, la meta se fijó en alrededor de 1,100-1,200 viviendas en cada provincia.

Las unidades de análisis son las mujeres en edad fértil, los niños menores de cinco años localizados en los hogares entrevistados y los hombres de 15-59 en una submuestra de hogares. En total se listaron 35,013 hogares en 34,930 viviendas encontradas y se completaron entrevistas en 27,135 hogares. La diferencia entre los hogares listados y los hogares encontrados obedece a la alta proporción de viviendas desocupadas, en construcción y de uso temporal, no identificadas como tales en la cartografía suministrada por la Oficina Nacional de Estadística (ONE).

Objetivos del Diseño de la Muestra

La muestra de la **ENDESA 2002** fue diseñada para proveer análisis a diferentes niveles de subdivisión geográfica, tales como la residencia actual de la población (urbano o rural), y de la actual división regional y provincial del país. Los mayores dominios de estudio para las tabulaciones del cuestionario individual y para sus correspondientes tabulaciones del cuestionario del hogar son el total del país, el total del área urbana y del área rural, separadamente; y cada provincia.

El universo poblacional para el cuestionario individual de mujeres de la **ENDESA 2002** se definió como la población femenina de 15 a 49 años de edad de todo el país. La población entrevistada

con el cuestionario individual fue identificada en 27,135 hogares ocupados seleccionados, donde también se aplicó el cuestionario del hogar.

ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL DE CAMPO

Al reclutamiento de personal se presentaron 206 candidatas y 127 candidatos para los puestos de supervisores y encuestadores de los cuales se preseleccionaron un total de 42 candidatas(os) a supervisoras(es) y 160 candidatas(os) a encuestadores para participar en los entrenamientos. Se organizaron dos talleres de entrenamiento de personal: uno para personal de supervisión y otro para el personal de entrevistas.

Para el entrenamiento del personal de campo se adaptaron los cuestionarios y manuales preparados por el Programa DHS, uno para supervisión y crítica y otro para entrevistadoras. También se preparó un instructivo para recolección de muestra oral de VIH con el dispositivo ORASURE; e igualmente se diseñó un juego de formularios de control para la entrega y recepción de asignaciones de trabajo y para el monitoreo diario del rendimiento del personal de campo a nivel de encuestadoras y de equipos.

En el taller de entrenamiento de supervisoras, iniciado el día 15 de abril de 2002 y conducido por el equipo de CESDEM con la asesoría de Macro International, resultaron seleccionadas 12 candidatas a supervisoras. Al finalizar la capacitación se realizó una prueba piloto para evaluación final del personal y prueba de los cuestionarios. La evaluación en la zona urbana fue llevada a cabo en el barrio San Miguel de Santo Domingo el día 3 de mayo y en la zona rural en la comunidad de Sainaguá, provincia San Cristóbal, el día 4 de mayo de 2002.

El taller de entrenamiento de entrevistadores y entrevistadoras se inició el 20 de mayo de 2002 y se prolongó durante 6 semanas hasta el 28 de junio, para garantizar el dominio total de los cuestionarios y proporcionar las capacitaciones complementarias requeridas para el óptimo desempeño del personal de campo. Debido al gran número de participantes fue necesario organizar el taller en dos sesiones simultáneas. Las personas seleccionadas en el entrenamiento de supervisoras también apoyaron la facilitación en la observación y evaluación de los candidatos, sirviendo como guías de grupo, entre otras tareas. En este taller resultaron seleccionados 28 supervisores y 90 encuestadores.

En el entrenamiento se incluyó una sesión de sensibilización sobre la problemática del SIDA y la toma de la muestra oral a cargo de un equipo de médicos y psicólogos terapeutas. Este entrenamiento en particular tuvo una duración de dos días. También se incluyó la capacitación de peso y talla de los niños menores de cinco años a las personas que harían las labores de antropometría en los diferentes equipos. La estandarización de mediciones se llevó a cabo en uno de los centros de atención del Consejo Nacional de la Niñez (CONANI).

Las prácticas finales de los cuestionarios se realizaron en las urbanizaciones Los Restauradores y Bella Vista en Santo Domingo y en la comunidad de Pedro Brand, los días 28 y 29 de junio. Mientras que la práctica final para la aplicación de la Prueba Oral de VIH se realizó en el Barrio La Yuca de Santo Domingo, el día 2 de julio de 2002.

Antes del inicio del trabajo de campo se realizó una jornada de entrenamiento adicional con las críticas, supervisoras y jefes de campo para instruirles en el manejo de los formularios de control y reforzar sus habilidades de crítica.

TRABAJO DE CAMPO

Para la ejecución del trabajo de campo se conformaron 18 equipos, cada uno de los cuales contaba con una supervisora, una crítica o editora de campo, 4 entrevistadoras, un entrevistador y un chofer, también se designaron tres jefes de trabajo de campo para la coordinación y supervisión. Se asignaron 6 equipos a cada jefe de campo para supervisar directamente. Posteriormente, por conveniencias del trabajo y como resultado de la salida de personal, los equipos se redujeron a 16. De estos equipos, 15 recibían las asignaciones rutinarias de viviendas y un equipo se especializó en visitar de nuevo las áreas asignadas para contactar otra vez los hogares y minimizar la no respuesta de hogares, entrevistas y pruebas de VIH, estrategia que contribuyó sensiblemente al aumento de la cobertura.

El recorrido de los equipos alcanzó las 32 provincias del país y cubrió 1,280 conglomerados que cubrieron tanto la zona urbana como la rural. El trabajo de campo se inició el día 4 de julio del 2002 en el Suroeste, abarcando las provincias de Barahona, Pedernales, Bahoruco e Independencia; en esta fase los equipos estuvieron estrechamente acompañados por el equipo directivo de la encuesta. El trabajo de campo se extendió hasta el día 10 de diciembre del 2002.

Al finalizar la recolección de datos de la primera asignación de trabajo se realizó una reunión de retroalimentación con las supervisoras y críticas de campo, para compartir las observaciones de monitoreo del equipo directivo e incorporar las sugerencias. Durante todo el trabajo los directivos de la encuesta continuaron el acompañamiento a los equipos y jefes de campo en labores de monitoreo y retroalimentación. Los equipos también fueron monitoreados por personal de Macro International y de USAID. Todas las semanas se condujeron reuniones de seguimiento con los jefes de campo y cuando el caso lo ameritaba, con supervisores y críticos.

ENTRADA DE DATOS, CRITICA Y TABULACIONES

La primera etapa del procesamiento de la información se implementó en el terreno, donde las supervisoras y editoras verificaban la consistencia de los cuestionarios. Una vez recibidos los cuestionarios en la oficina central fueron codificados, digitados y verificados para proceder con la crítica mediante microcomputadoras, con el programa interactivo **CSPro**, versión para Windows del programa **ISSA** (Sistema Integrado para Análisis de Encuestas). El ingreso de datos se realizó mediante una red bajo Windows para el almacenamiento interactivo de datos y se efectuó doble digitación en el 100 por ciento de los cuestionarios. **CSPro** es un programa avanzado para microcomputadoras diseñado por Macro Internacional, el Census Bureau de Estados Unidos y la compañía **SERPRO**, específicamente para encuestas complejas como la **ENDESA 2002**, que permite agilizar el ingreso de información, crítica, corrección y elaboración de tabulaciones, lo que hace posible la presentación de resultados al poco tiempo del término del trabajo de campo. El programa también se utiliza para preparar tabulaciones con el objeto de realizar evaluaciones de la calidad de la información a partir de los primeros días de trabajo de campo, con retroalimentación a las supervisoras y entrevistadoras.

La digitación y verificación computarizada fue realizada por 30 digitadores en dos turnos de seis horas, apoyados por 13 codificadores-editores y un supervisor por turno. El trabajo se inició el 30 de julio y se completó el 14 de diciembre del 2002.

COBERTURA DE LA MUESTRA

En el Cuadro 1.1 se presentan los resultados del trabajo de campo en términos del número de entrevistas y las tasas de cobertura. Como se puede apreciar, durante el trabajo de campo se visitó un total de 34,930 viviendas en los conglomerados seleccionados para la **ENDESA 2002**. En estas viviendas se encontraron 27,712 hogares ocupados y en 27,135 se logró realizar la entrevista, lo cual

equivale a una tasa de respuesta del 98 por ciento al excluir del cálculo los hogares ausentes, las viviendas desocupadas, destruidas y no encontradas. De un total de 25,202 mujeres elegibles se pudo entrevistar 23,384, obteniéndose una tasa de respuesta del 93 por ciento. En la submuestra de hogares para las entrevistas a hombres se encontraron 3,521 hombres elegibles de los cuales se logró entrevistar 2,833 para una tasa de respuesta del 81 por ciento. Estas tasas son bastante satisfactorias para este tipo de encuestas, sobre todo tomando en cuenta las difíciles condiciones que presentan algunas áreas y poblaciones de la República Dominicana para el trabajo de campo.

Cuadro 1.1 Resultados de la muestra para la encuesta de hogares y mujeres

Resultados de las entrevistas de hogares e individuales en la encuesta de mujeres, por provincia y zona de residencia, República Dominicana 2002

Residencia	Vivien- das encon- tradas	Hogares			Mujeres		
		Ocu- pados	Entrevis- tados	Tasa de respuesta	Ele- gibles	Entrevis- tadas	Tasa de respuesta
Zona de residencia							
Urbana	19,751	16,141	15,674	97.1	15,874	14,633	92.2
Rural	15,179	11,571	11,461	99.0	9,328	8,751	93.8
Provincia							
Santo Domingo	1,686	1,383	1,302	94.1	1,352	1,214	89.8
Distrito Nacional	1,663	1,240	1,094	88.2	1,240	1,064	85.8
Azua	1,032	832	820	98.6	801	753	94.0
Bahoruco	993	774	767	99.1	621	563	90.7
Barahona	1,003	774	767	99.1	727	682	93.8
Dajabón	965	760	754	99.2	629	601	95.5
Duarte	1,213	1,031	1,013	98.3	971	914	94.1
Elias Piña	916	677	673	99.4	570	511	89.6
El Seibo	1,001	755	744	98.5	564	532	94.3
Españat	966	791	781	98.7	769	729	94.8
Independencia	936	728	726	99.7	653	590	90.4
La Altagracia	1,000	805	784	97.4	673	620	92.1
La Romana	1,219	1,021	998	97.7	1,022	954	93.3
La Vega	1,217	1,015	1,001	98.6	957	904	94.5
María Trinidad Sánchez	963	775	773	99.7	621	591	95.2
Monte Cristi	982	736	734	99.7	582	536	92.1
Pedernales	931	690	676	98.0	623	558	89.6
Peravia	1,005	815	802	98.4	871	795	91.3
Puerto Plata	1,229	955	936	98.0	836	785	93.9
Salcedo	954	762	755	99.1	715	669	93.6
Samaná	959	747	739	98.9	673	640	95.1
San Cristóbal	1,514	1,241	1,226	98.8	1,185	1,123	94.8
San Juan	1,032	792	780	98.5	683	614	89.9
San Pedro de Macorís	1,180	948	917	96.7	865	814	94.1
Sánchez Ramírez	972	822	811	98.7	752	703	93.5
Santiago	1,694	1,365	1,332	97.6	1,373	1,267	92.3
Santiago Rodríguez	906	691	686	99.3	575	549	95.5
Valverde	957	762	753	98.8	674	624	92.6
Monseñor Nouel	971	795	780	98.1	778	733	94.2
Monte Plata	966	843	841	99.8	682	658	96.5
Hato Mayor	979	726	716	98.6	600	569	94.8
San José de Ocoa	926	661	654	98.9	565	525	92.9
Total	34,930	27,712	27,135	97.9	25,202	23,384	92.8

En todas las viviendas de la muestra seleccionada para la ENDESA 2002 se aplicó el cuestionario del hogar en el cual se registraron las características más importantes de cada uno de los miembros del hogar: relación de parentesco con el jefe del hogar, si la residencia del miembro es de facto o de jure (de hecho o de derecho), sexo, edad, educación, asistencia a centros regulares de enseñanza, supervivencia y residencia de los padres, y datos de la vivienda y el hogar. Esa información está disponible para todos los hogares de la muestra total. Los datos que aquí se presentan se refieren fundamentalmente a la población de facto.

En el Cuadro 2.1 se presenta la distribución de la población entrevistada (mujeres de 15-49 años y hombres de 15-59 años), según diversas características consideradas de vital importancia para interpretar los resultados que se presentan en este informe. Para cada característica se muestran el número de casos ponderados y sin ponderar como punto de referencia para el análisis del resto del informe. Las cifras sin ponderar son el número de entrevistas efectivamente realizadas en cada grupo (provincia, por ejemplo) mientras que las ponderadas reflejan el ajuste que se requiere para llevar las cifras muestrales a la real participación de las provincias en el total de la población del país.

En lo que se refiere a las mujeres y comparando con los datos de la ENDESA-96, el Cuadro 2.1 muestra que continúa la tendencia a una mayor concentración de las mismas en las edades superiores del tramo reproductivo, lo que se inscribe dentro del envejecimiento general de la población resultante de la disminución de la fecundidad registrada en el país desde los años sesenta del pasado siglo. De este modo, mientras en 1996 las mujeres de 15 a 24 años representaban el 40 por ciento del total en edad fértil y las de 35 y más años el 29 por ciento, en el 2002 las cifras respectivas son 37 y 33 por ciento. En otras palabras, las mujeres en edad de procreación son, relativamente, cada vez menos jóvenes.

Relacionadas en parte con los cambios en la estructura por edad, se observan también variaciones en la distribución por estado conyugal: las mujeres en el 2002 presentan menor porcentaje de solteras -nunca casadas o unidas- (23 por ciento) que seis años atrás, en 1996 (26 por ciento), así como mayor porcentaje de separadas y divorciadas (17 por ciento en ENDESA 2002 contra 15 por ciento en ENDESA-96). También es interesante señalar que en el período examinado se ha producido un fuerte incremento en la proporción de mujeres en unión consensual: 71 por ciento del total de casadas o unidas en 2002 contra 62 por ciento en 1996.

Por otro lado, más de las dos terceras partes de las mujeres entrevistadas en la última encuesta (69 por ciento) residían en áreas urbanas, en tanto la mitad (51 por ciento) tenía algún grado de estudios secundarios o universitarios aprobado (frente a 44 por ciento en 1996).

En el caso de los hombres la comparación de los resultados de ENDESA-96 y ENDESA 2002 se afecta ligeramente por el hecho de que en la primera encuesta se entrevistaron hombres de 15 a 64 años y en la segunda de 15 a 59; sin embargo las cifras correspondientes permiten apreciar tendencias similares a las observadas para las mujeres: menor proporción, en 2002, de hombres jóvenes y solteros, mayor proporción de separados y divorciados, e igualmente incrementos relativos significativos en los que residen en áreas urbanas y en los de niveles de estudios secundarios o universitarios.

Por último, al comparar las distribuciones para hombres y mujeres dadas por ENDESA 2002 procede destacar -con las reservas de lugar, en especial en cuanto a educación, por los diferentes límites de edad considerados en los dos géneros- que los hombres tienen una proporción bastante más alta que las mujeres en la categoría de solteros (36 por ciento contra 23 por ciento), lo que se debe a la mayor edad promedio a que tradicionalmente se casan o unen los primeros. Se observa además que las mujeres presentan porcentajes más elevados de residentes en zonas urbanas y niveles promedios de educación más altos que los hombres.

Cuadro 2.1 Características de la población entrevistada

Distribución porcentual de mujeres en edad fértil y hombres entrevistados por características seleccionadas, República Dominicana 2002

Característica	Mujeres			Hombres		
	Porcentaje ponderado de mujeres	Número ponderado	Número sin ponderar	Porcentaje ponderado de hombres	Número ponderado	Número sin ponderar
Edad						
15-19	19.5	4,550	4,808	19.6	555	557
20-24	17.7	4,148	4,043	16.4	466	427
25-29	15.5	3,624	3,530	13.3	377	363
30-34	14.1	3,287	3,279	12.8	363	345
35-39	13.6	3,170	3,120	11.7	331	321
40-44	10.3	2,404	2,466	9.2	260	260
45-49	9.4	2,201	2,138	6.5	185	207
50-54	na	na	na	6.7	189	209
55-59	na	na	na	3.8	107	144
Estado conyugal						
Nunca en unión	23.0	5,383	5,112	36.1	1,024	996
Casada(o)	17.3	4,052	3,779	15.6	443	390
Unida(o)	42.5	9,944	10,725	33.8	959	1,047
Divorciada(o)/separada(o)	16.6	3,881	3,647	14.2	402	392
Viuda(o)	0.5	124	121	0.2	6	8
Zona de residencia						
Urbana	68.6	16,035	14,633	63.4	1,797	1,568
Rural	31.4	7,349	8,751	36.6	1,036	1,265
Educación						
Sin educación	3.8	897	1,197	5.2	147	188
Primaria 1-4	16.2	3,785	4,461	18.4	522	690
Primaria 5-8	29.4	6,865	7,096	35.2	996	980
Secundaria	33.9	7,919	7,395	31.0	879	752
Superior	16.8	3,918	3,235	10.2	290	223
Total	100.0	23,384	23,384	100.0	2,833	2,833

Nota: La educación se refiere al nivel más alto alcanzado, sin importar si el nivel fue completado.
na = No aplica

FECUNDIDAD

La fecundidad es una de las variables demográficas más importantes para evaluar la tendencia de crecimiento de la población. Esta variable ha descendido en forma importante en el país en las últimas décadas, pero su nivel es todavía elevado en ciertos subgrupos poblacionales. La reducción de la fecundidad es considerada importante porque constituye una de las estrategias para la disminución de la mortalidad infantil y materna.

En la ENDESA 2002 se recolectó información detallada sobre el comportamiento reproductivo de la mujer. Para cada entrevistada se cuenta con datos sobre la historia de nacimientos: el número de hijos nacidos vivos, la fecha de nacimiento y el sexo de cada uno de los hijos, su condición de supervivencia al momento de la entrevista y la edad al morir de los fallecidos. Esta información permite obtener estimaciones de los niveles actuales y las tendencias de la fecundidad y la mortalidad.

En este capítulo del informe se describe la fecundidad actual por edad y área de residencia. Se incluye también información sobre las preferencias de fecundidad y la edad a la primera relación sexual.

NIVELES DE LA FECUNDIDAD

La estimación que se presenta del nivel de fecundidad más reciente está referido a los tres años precedentes a la encuesta. Como el trabajo de campo de la encuesta se desarrolló entre comienzos de septiembre y mediados de diciembre del 2002, los resultados así obtenidos estarían centrados a mediados del año 2001 (período 1999-2002).

En el Cuadro 3.1 se presentan, por área de residencia, las tasas de fecundidad por edad, expresadas en nacimientos por cada mil mujeres. Un indicador sintético de los niveles de fecundidad que facilita las comparaciones es la Tasa Global de Fecundidad (TGF). La TGF combina las tasas de fecundidad en todos los grupos quinquenales de edad de las mujeres en edad fértil (MEF) durante un período determinado y puede ser interpretada como el promedio de hijos nacidos vivos que tendrían las mujeres durante toda su vida reproductiva, si las tasas de fecundidad por edad obtenidas del estudio se mantuviesen invariables en el tiempo y las mujeres sobre-vivieran todo su período reproductivo. La TGF se calcula como la suma de las tasas específicas de fecundidad para los grupos quinquenales, multiplicada por cinco.

Otros indicadores calculados en el Cuadro 3.1 son la Tasa de Fecundidad General (TFG), la cual muestra el número de nacimientos que anualmente ocurren, en promedio, por cada mil mujeres de 15 a 49 años; y la Tasa Bruta de Natalidad (TBN), la cual indica el número de nacimientos que ocurren anualmente, en promedio, por cada mil personas en los hogares entrevistados.

Cuadro 3.1 Fecundidad actual

Tasas específicas de fecundidad para los tres años anteriores a la encuesta, tasa global de fecundidad (TGF), tasa de fecundidad general (TFG) y tasa bruta de natalidad (TBN), según lugar de residencia urbana-rural, República Dominicana 2002

Edad/Tasa	Residencia		Total
	Área urbana	Área rural	
15-19	104	145	116
20-24	179	215	190
25-29	144	146	145
30-34	98	95	97
35-39	36	53	41
40-44	7	10	8
45-49	1	2	1
TGF	2.8	3.3	3.0
TFG	103	121	109
TBN	25.3	24.9	25.2

Nota: Las tasas para el grupo 45-49 pueden estar ligeramente sesgadas debido a truncamiento.
 TGF: Tasa Global de Fecundidad para las edades 15-49, está expresadas po mujer.
 TFG: La Tasa de Fecundidad General (nacimientos divididos por número de mujeres de 15-44), expresada por mil mujeres.
 TBN: La Tasa Bruta de Natalidad, expresada por mil habitantes .

Los valores de la Tasa Global de Fecundidad indican que los niveles de procreación en el país descendieron ligeramente, de 3.2 a 3.0 hijos por mujer, entre los períodos considerados en las ENDESAS de 1996 y 2002. Sin embargo, mientras el valor de dicha tasa permaneció invariable en las áreas urbanas, al nivel de 2.8 hijos en ambas encuestas (de hecho desde la ENDESA-91 se mantiene en este valor), en la zona rural se produjo un reducción sustancial en los últimos seis años, de 4.0 a 3.3 hijos. La ENDESA 2002 muestra además que la Tasa Bruta de Natalidad es ligeramente menor en la zona rural que en la urbana, lo que se explica por el hecho de que, al reducirse las diferencias por zona entre las tasas de fecundidad por edad, llega a pesar más en el valor de la TBN la mayor concentración de mujeres en edad fértil de la zona urbana respecto de la rural.

PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

En la ENDESA 2002 se preguntó a aquellas mujeres que deseaban más hijos, cuánto tiempo les gustaría esperar para tener otro (o para tener el primero para aquellas sin hijos). Específicamente, a las nulíparas se les preguntó si deseaban tener hijos; al resto, si deseaban más hijos. A las mujeres que deseaban más hijos se les preguntaba sobre cuánto tiempo deseaban esperar para tener el próximo y si la mujer estaba embarazada se le preguntaba por el deseo de más hijos después del nacimiento del que esperaba.

Esta información permite clasificar a las mujeres en dos grupos: las que desean espaciar y las que desean limitar los nacimientos. Cuando esta información se combina con el uso de anticoncepción, permite realizar estimaciones sobre la necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar y la demanda total de servicios para distintos subgrupos poblacionales. La distribución de las mujeres en unión de acuerdo con las preferencias de fecundidad (el deseo o no de más hijos) se presenta en el Cuadro 3.2 por número de hijos sobrevivientes.

Cuadro 3.2 Preferencias de fecundidad por número de hijos sobrevivientes								
Distribución porcentual de las mujeres en unión por preferencias de fecundidad, según número de hijos sobrevivientes, República Dominicana 2002								
Preferencia	Número de hijos sobrevivientes ¹							Total
	0	1	2	3	4	5	6+	
No desea más hijos								
No quiere más	2.8	10.1	27.1	19.9	25.4	20.7	28.9	20.3
Esterilizada ²	0.8	4.5	34.2	69.4	69.4	73.0	65.6	45.9
Desea más hijos								
Tener otro pronto ³	65.6	23.3	10.4	3.7	1.3	2.0	2.1	12.0
Tener otro después ⁴	20.7	57.4	23.0	4.4	1.9	1.7	0.8	17.9
Tener otro, no sabe cuando	1.3	0.9	0.7	0.2	0.2	0.1	0.0	0.5
Indecisa	0.0	0.4	1.4	0.2	0.1	0.0	0.1	0.5
Se declara infecunda	8.8	3.3	3.1	2.1	1.2	1.9	2.4	2.9
Sin información	0.0	0.1	0.1	0.2	0.4	0.6	0.2	0.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número de mujeres	898	2,305	3,338	3,845	1,833	890	887	13,996

¹ Incluye el embarazo actual ² Incluye esterilización femenina y masculina
³ Desea otro hijo antes de dos años ⁴ Desea esperar dos o más años

Según la Endesa 2002, el 66 por ciento (63 por ciento en 1996) del total de mujeres casadas o unidas o bien han limitado definitivamente la procreación, es decir se han esterilizado ellas o sus maridos (46 por ciento), o no desean tener más hijos (20 por ciento). Este indicador asciende a 89 por ciento en las mujeres con tres hijos vivos incluido el embarazo actual y a cerca de 95 por ciento entre las de cuatro hijos o más (véase el Cuadro 3.2).

En cuanto a las mujeres que desean tener más hijos (30 por ciento de las casadas o unidas), más de la mitad de éstas (18 por ciento del total) prefiere esperar dos o más años para tener el próximo hijo. Por otro lado, un 3 por ciento de las mujeres se declaró infértil.

EDAD A LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

La edad de inicio de las relaciones sexuales es uno de los factores que inciden en los niveles y tendencias de la fecundidad, a través del grado de exposición al riesgo de embarazo, En el Cuadro 3.3 se presenta la información correspondiente a este aspecto obtenida en la ENDESA 2002, según grupos de edad de las mujeres entrevistadas. Cabe destacar que la edad mediana a la primera relación sexual continúa mostrando una tendencia decreciente, ya que en el 2002 era de 18.4 años y en las ENDESAS de 1991 y 1996 había sido de 18.9 y 18.7 años respectivamente, considerando el total de mujeres de 25 a 49 años. Si se comparan las distintas cohortes (grupos de edad) del Cuadro 3.3 se confirma esa tendencia, pues la edad mediana es menor entre las mujeres más jóvenes. La señalada tendencia se manifiesta también en las proporciones de mujeres que han tenido relaciones sexuales antes de una edad determinada. Por ejemplo, entre 1996 y 2002 el porcentaje de mujeres que tuvieron su primera relación antes de los 18 años pasó de 44 a 46 por ciento; y de 60 a 64 por ciento antes de los 20 años.

Cuadro 3.3 Edad a la primera relación sexual

Porcentaje de mujeres que ha tenido relaciones sexuales antes de ciertas edades exactas, porcentaje que nunca ha tenido relaciones y edad mediana a la primera relación, según edad actual, República Dominicana 2002

Edad actual	Porcentaje de mujeres que ha tenido relaciones antes de cumplir:					Porcentaje que nunca ha tenido relaciones	Número de mujeres	Edad mediana a la primera relación
	15	18	20	22	25			
15-19	12.8	na	na	na	na	63.5	4,580	a
20-24	15.5	47.8	65.4	na	na	22.6	4,148	18.2
25-29	15.3	47.4	66.5	77.7	87.8	7.3	3,624	18.2
30-34	13.8	44.3	63.7	75.9	85.8	3.5	3,287	18.5
35-39	16.8	44.7	62.1	74.5	84.9	1.6	3,170	18.6
40-44	17.2	45.6	65.2	74.6	84.9	0.9	2,404	18.4
45-49	18.0	47.9	64.1	75.4	85.7	0.8	2,201	18.2
25-49	16.0	45.9	64.4	75.8	85.9	3.2	14,686	18.4

na = No aplicable

a = Se omite, pues menos del 50 por ciento de las mujeres han tenido un nacimiento antes de los 15 años

Los administradores de los programas, tanto públicos como privados, de planificación familiar y los responsables de la formulación de políticas de población y salud del país, encontrarán en este capítulo información relevante sobre los niveles actuales de uso de la anticoncepción, que podrán ser examinados en forma comparativa con la encuesta realizada en 1996. El adecuado conocimiento del nivel de uso y la mezcla de métodos empleados por las parejas para planificar la familia permitirá también evaluar la efectividad de los programas desarrollados en el pasado reciente e identificar los grupos menos favorecidos por las acciones de los proveedores de los servicios de orientación, comercialización o distribución.

Tal como se acostumbra en las encuestas que participan en el programa DHS, el cuestionario de ENDESA 2002 incluyó una sección completa sobre el conocimiento, el uso pasado y el uso actual de métodos de planificación familiar. La medición del conocimiento se hizo preguntando a la entrevistada sobre qué métodos conocía o había oído hablar para demorar o evitar un embarazo. Para cada método no mencionado espontáneamente se le leía a la mujer el nombre del método, se hacía una breve descripción y se indagaba nuevamente si había oído hablar de él. En este sentido, "conocer un método" no significa necesariamente que la mujer o el hombre tenga un buen nivel de información sobre el mismo; basta con que por lo menos lo conozca de nombre o tenga una idea de cómo se emplea. Con el objeto de evaluar la práctica pasada y actual de métodos anticonceptivos en la ENDESA 2002, se les preguntó a todas las mujeres que declararon conocer algún método si lo habían usado alguna vez. A todas las mujeres que habían usado métodos y que no estaban embarazadas en el momento de la entrevista se les preguntó si ellas o el esposo o compañero estaban usando algún método para evitar un embarazo, con el objetivo de evaluar el uso actual de la anticoncepción.

USO DE MÉTODOS

La prevalencia del uso de anticonceptivos según edad y número de nacidos vivos de las mujeres casadas o unidas al momento de la encuesta se presenta en el Cuadro 4.1. La información se presenta para todos los métodos y por métodos específicos. Siete de cada 10 mujeres en unión conyugal (70 por ciento) usaban algún método anticonceptivo a la fecha de la encuesta, lo que representa un incremento importante respecto del valor de 64 por ciento encontrado en la ENDESA-96. Este aumento correspondió en su totalidad a los métodos modernos, cuya prevalencia pasó de 59 a 66 por ciento entre las dos encuestas mientras la de los métodos tradicionales se mantuvo en un 4 por ciento.

En cuanto al uso de métodos específicos, dos tercios de la prevalencia total está determinada por la esterilización femenina, a la que recurre actualmente el 46 por ciento de las mujeres casadas o unidas. Cabe hacer notar que la proporción de mujeres esterilizadas en 1996 era de 41 por ciento, por lo que la mayor parte del aumento en la prevalencia total en los últimos seis años se debe al uso de este método. El segundo método más usado es la píldora, con una prevalencia de 13 por ciento de las casadas o unidas, el mismo nivel observado en 1996. En un lejano tercer lugar figuran el dispositivo intrauterino (DIU) y la inyección, con 2 por ciento cada uno, en tanto el uso de preservativo o condón (masculino) sólo es reportado por el 1 por ciento de las mujeres.

Cuadro 4.1 Uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres entrevistadas, por edad y número de niños vivos

Distribución porcentual de las mujeres actualmente unidas por método usado actualmente, según edad y número de niños vivos, República Dominicana 2002

Característica	Métodos modernos										Tradicionales				Número de mujeres en unión	
	Cualquier método	Total métodos modernos	Esterilización femenina	Esterilización masculina	Píldora	DIU	Inyección	Norplant	Condón	MELA ¹	Total métodos tradicionales	Abstinencia periódica	Retiro	Folclóricos		No usa
Edad																
15-19	41.5	37.6	1.1	0.0	26.4	1.4	5.4	0.5	1.6	1.3	3.9	1.3	1.8	0.8	58.5	1,017
20-24	54.8	49.1	9.5	0.0	27.0	4.0	4.4	1.1	2.1	0.9	5.7	1.1	3.1	1.5	45.2	2,158
25-29	68.4	63.4	31.6	0.2	21.5	3.9	2.9	0.9	1.7	0.7	5.0	1.2	2.7	1.1	31.6	2,496
30-34	75.5	71.4	53.5	0.1	12.3	2.8	0.9	0.3	1.3	0.2	4.0	2.0	1.5	0.6	24.5	2,553
35-39	78.3	74.9	65.5	0.1	5.7	1.1	1.0	0.2	1.1	0.1	3.4	1.8	0.9	0.7	21.7	2,409
40-44	81.2	78.4	74.0	0.3	2.8	0.5	0.0	0.0	0.9	0.0	2.8	1.2	0.8	0.7	18.8	1,832
45-49	75.1	73.2	72.0	0.2	0.3	0.4	0.0	0.0	0.3	0.0	1.9	0.6	0.8	0.5	24.9	1,532
Niños vivos																
0	20.5	16.9	0.3	0.3	12.9	0.8	1.2	0.2	1.2	0.0	3.6	2.0	1.3	0.3	79.5	1,199
1-2	62.0	56.0	22.0	0.2	23.0	4.2	3.1	0.7	2.1	0.6	6.1	2.3	2.7	1.1	38.0	5,597
3-4	84.7	82.3	72.0	0.1	6.5	1.0	1.2	0.3	0.9	0.3	2.4	0.7	0.9	0.7	15.3	5,473
5+	81.8	79.4	71.3	0.0	5.5	0.7	0.9	0.3	0.4	0.3	2.4	0.3	1.3	0.8	18.2	1,727
Total	69.8	65.8	45.8	0.1	13.5	2.2	1.9	0.5	1.3	0.4	4.0	1.4	1.7	0.9	30.2	13,996

Nota: Los porcentajes no necesariamente suman los subtotales o el 100 por ciento debido a redondeo. Si la mujer está usando más de un método, sólo se considera el más efectivo.

¹ Método de la amenorrea por lactancia

DIFERENCIALES EN LOS NIVELES DE USO ACTUAL

La información recolectada en la ENDESA 2002 permite analizar en qué medida la prevalencia de la práctica contraceptiva varía de un sector a otro de la población femenina dominicana. El Cuadro 4.2 detalla los diferenciales actuales en los niveles de uso de métodos específicos para distintos subgrupos poblacionales dependiendo del tipo de lugar de residencia y el nivel de educación de las mujeres.

Se aprecia que la prevalencia en la zona rural ha igualado la de las áreas urbanas (70 por ciento), incluso en lo que se refiere al uso de métodos modernos (66 por ciento). Entre 1996 y 2002 la prevalencia total aumentó apenas 4 puntos porcentuales en la zona urbana al pasar del 66 por ciento a 70 por ciento, mientras que el aumento en la zona rural fue de 10 puntos porcentuales al pasar de 60 a 70 por ciento. Por otra parte, la prevalencia de uso ha alcanzado en el 2002 el 75 por ciento o más en las mujeres mayores de 30 años y supera al 80 por ciento entre las mujeres que tienen tres o más hijos vivos al momento de la encuesta.

Por último, es de destacar que los diferenciales de uso de métodos según nivel de educación se han reducido sensiblemente en años recientes, siendo la prevalencia actualmente de 64 por ciento en las mujeres sin educación y variando apenas entre 69 y 72 por ciento en los demás niveles. En 1996 los valores eran de 53 por ciento en el grupo sin instrucción y entre 63 y 70 por ciento en los restantes.

Cuadro 4.2 Uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres entrevistadas, por características seleccionadas

Distribución porcentual de las mujeres actualmente unidas por método usado actualmente, según características seleccionadas, República Dominicana 2002

Característica	Cual- quier método	Métodos modernos								Tradicionales				Número de mujeres en unión		
		Total méto- dos moder- nos	Esteri- lización feme- nina	Esteri- lización mascu- nina	Píl- dora	DIU	Inyec- ción	Nor- plant	Con- dón	MELA ¹	Total méto- dos tra- dicio- nales	Absti- nencia perió- dica	Reti- ro		Folcló- ricos	No usa
Zona de residencia																
Urbana	69.8	65.5	44.2	0.2	14.1	2.7	1.9	0.5	1.4	0.5	4.2	1.6	1.7	0.9	30.2	9,131
Rural	69.8	66.3	48.7	0.1	12.4	1.3	2.0	0.3	1.2	0.2	3.5	0.9	1.7	0.8	30.2	4,865
Educación																
Sin educación	64.5	62.0	52.3	0.0	6.8	0.3	1.2	0.1	0.5	0.8	2.4	0.2	1.2	1.1	35.5	707
Primaria 1-4	70.2	68.0	56.3	0.0	7.9	1.2	1.8	0.1	0.3	0.5	2.2	0.3	1.2	0.7	29.8	2,784
Primaria 5-8	69.2	65.4	47.2	0.1	13.8	1.1	1.6	0.3	0.9	0.4	3.8	0.7	1.9	1.2	30.8	4,458
Secundaria	69.9	66.5	39.4	0.2	18.2	3.0	2.1	1.1	2.2	0.3	3.4	1.2	1.5	0.7	30.1	4,011
Superior	71.9	63.6	38.5	0.5	13.8	5.2	2.7	0.1	2.2	0.6	8.4	5.2	2.6	0.6	28.1	2,037
Total	69.8	65.8	45.8	0.1	13.5	2.2	1.9	0.5	1.3	0.4	4.0	1.4	1.7	0.9	30.2	13,996

Nota: Los porcentajes no necesariamente suman los subtotales o el 100 por ciento debido a redondeo. Si la mujer está usando más de un método, sólo se considera el más efectivo. Todas las distribuciones porcentuales a nivel provincial están basadas en más de 300 casos sin ponderar.

¹ Método de la amenorrea por lactancia

La ENDESA 2002 contiene una cantidad apreciable de información sobre aspectos relacionados con la salud materno-infantil. Como factores importantes de la calidad de la atención de salud materno infantil y reductores de la morbi-mortalidad infantil y materna, en esta sección se evalúan las condiciones y elementos de los servicios prenatales y de atención al parto. También se presentan los resultados sobre la cobertura de las vacunas y la prevalencia y tratamiento de ciertas enfermedades, especialmente la diarrea e infecciones de las vías respiratorias. El objetivo básico es el de identificar los grupos más vulnerables y así contribuir para la planificación de los programas de salud materno-infantil. La situación nutricional de los niños se presenta al final de la sección.

ATENCIÓN PRENATAL Y DEL PARTO

En el Cuadro 5.1 se presenta, para el último nacimiento de cada mujer en los cinco años anteriores a la encuesta, los porcentajes que recibieron atención prenatal de un profesional de la salud según tipo de profesional y por lo menos una inyección contra el tétanos y hierro en pastillas o en jarabe. Igualmente se muestra, para todos los nacidos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta, el porcentaje cuyo parto fue atendido por profesional y el porcentaje de partos en una institución de salud. Los resultados se presentan por edad de la madre y orden de nacimiento, al igual que por lugar de residencia y nivel de educación.

Monitoreo del Embarazo

Al igual que para encuestas anteriores, es notorio que casi la totalidad (99 por ciento) de los embarazos registrados en la encuesta fueron atendidos por personal profesional de la salud, es decir, médicos, obstetras y enfermeras, sin diferencias notorias por edad de la mujer, orden de nacimiento, zona de residencia o educación de la madre. La atención especializada por un ginecólogo/obstetra fue recibida en el 65 por ciento de los casos.

Toxoide Tetánico

La aplicación de la vacuna antitetánica durante el embarazo es una de las principales medidas de preservación de la salud del infante, evitando que contraiga tétanos neonatal por contaminación durante el parto. De las mujeres que tuvieron hijos en los cinco años anteriores a la encuesta el 95 por ciento recibió al menos una dosis de Toxoide Tetánico durante el embarazo del último nacimiento. Entre las mujeres sin educación la cobertura es de 85 por ciento en tanto que entre las que alcanzaron educación superior es de 96 por ciento.

Suplemento de Hierro

La deficiencia de hierro entre las embarazadas puede acarrear problemas de salud a la madre y al feto, por lo cual es importante que los servicios de salud provean suplementos de este mineral a las embarazadas y lactantes. En la encuesta se indagó si la madre recibió suplemento y por cuanto tiempo durante el embarazo.

Cuadro 5.1 Indicadores de atención materna por características seleccionadas

Entre las mujeres que tuvieron nacidos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta, porcentaje que recibieron: atención prenatal de un profesional de la salud, por lo menos una inyección contra el tétano y hierro en pastillas o en jarabe; y entre los nacimientos de los últimos cinco años, el porcentaje cuyo parto fue atendido por profesional y el porcentaje que ocurrió en una institución de salud, por características seleccionadas, República Dominicana 2002

Característica	Atención prenatal para mujeres para el nacimiento más reciente					Atención del parto para los nacimientos en los últimos cinco años				
	Tipo de atención		Por lo menos una inyección anti-tetánica	Hierro en pastillas o jarabe	Número de mujeres	Tipo de atención		Tipo de establecimiento		
	Atención prenatal profesional	Ginecólogo/obstetra				Atención del parto por profesional	Ginecólogo/obstetra	Parto en establecimiento de salud	Sector público	Número de nacimientos
Edad de la madre al nacimiento										
<20	98.6	57.2	94.2	87.5	1,631	96.9	39.5	97.3	85.3	2,673
20-34	98.5	67.2	95.5	90.0	5,680	96.8	37.7	96.8	72.6	7,652
35+	97.3	64.7	94.7	84.6	556	93.1	36.5	93.1	69.6	661
Orden de nacimiento										
1	98.8	67.7	95.7	92.0	2,317	98.3	37.9	98.2	73.2	3,548
2-3	98.5	66.6	95.7	89.5	3,934	96.8	39.5	97.1	73.5	5,289
4-5	98.4	60.7	94.0	87.5	1,163	95.1	35.3	94.8	83.5	1,499
6+	96.4	48.1	90.2	75.2	452	89.2	33.2	89.6	85.8	651
Zona de residencia										
Urbana	98.6	67.6	95.5	90.0	5,277	97.8	38.5	97.8	73.5	7,182
Rural	98.2	59.7	94.3	87.3	2,589	94.4	37.3	94.6	79.1	3,804
Educación										
Sin educación	94.2	40.4	84.6	71.8	284	86.2	31.0	86.5	83.0	469
Primaria 1-4	98.7	51.1	93.0	81.3	1,328	94.1	38.7	94.1	89.5	2,043
Primaria 5-8	98.5	59.7	95.2	89.3	2,490	97.0	37.7	97.5	85.2	3,588
Secundaria	98.5	70.7	97.0	92.7	2,543	98.2	41.3	98.2	71.1	3,346
Superior	99.0	84.6	96.0	93.7	1,221	98.8	33.2	98.1	41.3	1,540
Total	98.5	65.0	95.1	89.1	7,866	96.6	38.1	96.7	75.5	10,986

Nota: Se considera atención profesional la prestada por médico, ginecólogo/obstetra y enfermera. Las estimaciones se refieren a los nacimientos en el período 0-59 meses que precedieron la encuesta, incluyéndose así los nacimientos en el mes de la entrevista. Sólo se incluye el último nacimiento de la mujer.

Durante el embarazo del nacimiento más reciente, el 89 por ciento de las mujeres entrevistadas reportó que tomó pastillas o jarabe de hierro, cobertura que se reduce a 72 por ciento entre las mujeres sin educación. También se aprecia una pequeña diferencia en la cobertura por zona de residencia: 90 por ciento en la zona urbana en comparación con el 87 por ciento en la rural.

Tipo de Atención del Parto

El 97 por ciento de los partos fue asistido por profesional de la salud. Las mujeres de más edad (93 por ciento), las de alta paridez (89 por ciento) y las que no tienen instrucción (86 por ciento) son las que presentan menores coberturas. Los partos atendidos por un especialista (ginecólogo/obstetra) fueron el 38 por ciento, sin diferencias importantes para las categorías presentadas.

Tipo de Establecimiento del Parto

El 97 por ciento de los partos fueron institucionales, con diferencias significativas sólo para las mujeres de mayor paridez (90 por ciento) y las mujeres sin educación (87 por ciento). El 75 por ciento de los partos institucionales ocurrieron en establecimientos del sector público, siendo las mujeres con educación superior las que menos acudieron a este tipo de establecimiento (41 por ciento).

FIEBRE Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS

Junto con la diarrea y la desnutrición, las infecciones respiratorias agudas (IRA), especialmente la neumonía, constituyen una de las principales causas de mortalidad en la infancia y la niñez en los países del Tercer Mundo. Por este motivo se considera importante medir su prevalencia e indagar acerca de las medidas que las madres toman en presencia de esta enfermedad y por qué no acuden en ciertos casos a establecimientos de salud cuando el niño tiene IRA. Por ello, en ENDESA 2002 se preguntó a las entrevistadas por síntomas de infección respiratoria aguda del tracto inferior: si sus hijos habían tenido tos en las últimas 2 semanas; y en este caso, se preguntó además si durante el episodio de tos el niño había mostrado dificultad en respirar. Los resultados se presentan en el Cuadro 5.2.

Del total de niños reportados con padecimiento de IRA en las dos semanas precedentes a la encuesta (20 por ciento del total), para un 61 por ciento de ellos se buscó tratamiento. En general, el porcentaje de niños para quienes se buscó tratamiento disminuye a medida que aumenta la edad del niño y la educación de la madre.

TRATAMIENTO DE LA DIARREA

Se ha podido constatar que la terapia de rehidratación oral, ya sea la solución casera con azúcar, agua y sal o los sobres de rehidratación, constituye un medio efectivo y barato de impedir la muerte de los niños por deshidratación. En el Cuadro 5.2 también se incluyen los resultados sobre la búsqueda de tratamiento para la diarrea. Se presentan igualmente los resultados sobre tratamiento de la diarrea con terapia de rehidratación oral en general y con sobres de rehidratación en particular. Los resultados se presentan por edad, sexo del niño, lugar de residencia y nivel de educación de las madres. Debe recordarse que la información obtenida en ENDESA 2002 se obtuvo en el período comprendido entre el 4 de julio al 10 de diciembre del 2002, período en el cual puede aumentar la prevalencia de diarrea, dado que hasta noviembre corresponde la estación lluviosa en el país.

Entre los niños que padecieron de diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta (14 por ciento del total), un 36 por ciento fue llevado a un proveedor de servicios de salud, un 28 por ciento recibió sales de rehidratación y el 55 por ciento se manejó con terapia de rehidratación, ya fuera administración de sales (suero casero u otro), o aumento de líquidos. En la zona rural un 31 por ciento recibió sales de rehidratación, en comparación con el 26 por ciento de los casos en la zona urbana.

Cuadro 5.2 Tratamiento de infecciones respiratorias agudas (IRA), fiebre y diarrea

Porcentaje para quienes se buscó tratamiento entre los niños menores de cinco años con síntomas de IRA (durante las dos semanas que precedieron la encuesta) o fiebre; o con diarrea; y entre aquellos enfermos con diarrea, porcentaje que recibió rehidratación oral, por características seleccionadas, República Dominicana 2002

Característica	Niños con síntomas de IRA o con fiebre		Niños con diarrea			Número de niños con diarrea
	Porcentaje de niños para quienes se buscó tratamiento	Número de niños con IRA	Porcentaje de niños llevado a proveedores de salud ¹	Porcentaje que recibió sales de rehidratación	Porcentaje que recibió terapia de rehidratación ²	
Edad en meses						
<6	74.1	282	41.3	27.3	40.5	124
6-11	66.6	443	40.4	28.6	49.9	268
12-23	62.6	869	36.8	32.5	58.4	505
24-35	64.3	733	32.2	25.5	60.9	266
36-47	49.9	593	29.7	25.3	51.7	176
48-59	53.7	548	33.5	20.7	58.8	124
Sexo						
Hombre	60.5	1,776	35.6	29.3	55.2	779
Mujer	61.2	1,690	36.2	26.9	54.8	685
Zona de residencia						
Urbana	61.6	2,255	34.2	26.3	53.8	925
Rural	59.3	1,212	38.7	31.4	57.1	539
Educación						
Sin educación	56.5	165	44.2	34.7	51.3	63
Primaria 1-4	58.8	686	31.4	32.2	52.8	350
Primaria 5-8	60.7	1,150	35.3	29.9	55.8	519
Secundaria	64.8	1,025	37.1	25.3	58.2	409
Superior	56.5	441	42.6	15.7	49.4	122
Total	60.8	3,467	35.9	28.2	55.0	1,463

Nota: Las estimaciones se refieren a los niños nacidos en el período de 1-59 meses que precedieron la encuesta, excluyéndose así los nacidos en el mes de la entrevista.

¹ Incluye hospitales, centros y puestos de salud, promotores, farmacias y médicos privados. Se excluye farmacia, tienda y curandero.

² Incluye sales de rehidratación (SRO), solución casera recomendada, o aumento de líquidos

INICIACIÓN DE LA LACTANCIA

Los patrones de alimentación del niño influyen en su estado nutricional, el que a su vez condiciona su potencial de desarrollo y crecimiento. En este sentido, la práctica de la lactancia materna provee a los infantes de nutrientes adecuados y les brinda inmunidad para un gran número de enfermedades comunes en la infancia. Sin embargo, el inicio temprano de la complementación alimentaria sin las medidas de higiene y esterilización adecuadas limita lo valioso de la lactancia materna al exponer al niño a sustancias contaminadas por el ambiente. Los hábitos de lactancia y alimentación complementaria están, pues, muy relacionados con el grado de nutrición y con los riesgos de enfermedad y muerte.

Por otro lado, la duración y la intensidad de la lactancia en el período de postparto, influyen en el intervalo entre nacimientos y los niveles de fecundidad resultantes, los que, a su vez, condicionan las posibilidades de sobrevivencia de los hijos futuros y de las madres. Asimismo, la alimentación inadecuada y la prevalencia e incidencia de enfermedades infecciosas son determinantes más importantes que los factores genéticos en el crecimiento de los infantes. Por ello, la desnutrición infantil es una de las variables más sensibles a las condiciones de vida.

En la ENDESA 2002 se les preguntó a las madres sobre la práctica de la lactancia, su inicio, frecuencia y el uso de alimentación complementaria de cada hijo nacido vivo desde enero de 1996. A partir de información sobre la situación de la lactancia en las 24 horas antes de la encuesta, en el Cuadro 5.3 se presenta la distribución porcentual de los niños sobrevivientes por meses transcurridos desde el nacimiento: si están lactando o no; y si están lactando, si lo hacen exclusivamente o si reciben sólo agua o complementación alimenticia. También se detalla, por edad del niño, la prevalencia de la alimentación con biberón.

Aunque la práctica de lactancia es bastante extendida entre las madres dominicanas, los resultados evidencian que la suplementación con otro tipo de alimentos se inicia muy tempranamente lo cual se ha comprobado que disminuye significativamente los beneficios inmunitarios y nutricionales de la leche materna para el niño amamantado. También es notorio que una significativa proporción de madres abandona la práctica a medida que el niño va creciendo, antes de que alcance el período mínimo recomendado de seis meses.

Mientras entre los niños menores de dos meses de vida un 20 por ciento recibía lactancia exclusiva y sólo un 4 por ciento no era lactado, un 39 por ciento de los de 4-5 meses de edad no era lactado y sólo un 4 por ciento lo era exclusivamente. El principal complemento alimenticio que reciben los niños que lactan es la leche no materna: un 62 por ciento de los menores de dos meses y un 52 por ciento de los de dos a tres meses de edad reciben este tipo de alimento. Más de las tres cuartas partes de los niños desde dos hasta once meses de edad reciben alimentación con biberón.

Cuadro 5.3 Situación de lactancia para niños menores de tres años

Distribución porcentual de los niños menores de tres años que viven con la madre por situación de lactancia y porcentaje de niños menores de tres años que usan biberón según la edad en meses, República Dominicana 2002

Edad en meses	Niños que no están lactando	Niños que lactan					Total	Número de últimos hijos que viven con la madre	Alimentación con biberón	Número de menores de tres años
		Lactan exclusivamente	Lactan y reciben							
			Sólo agua	Líquidos (agua/jugos)	Leche no materna	Complementos				
<2	3.6	20.2	9.4	4.6	61.6	0.6	100.0	282	69.6	288
2-3	20.6	8.2	11.9	2.7	51.7	5.0	100.0	384	79.3	388
4-5	39.3	3.8	5.7	2.6	29.2	19.4	100.0	289	84.4	294
6-7	53.4	1.1	2.4	1.6	8.9	32.6	100.0	321	88.4	335
8-9	47.1	0.2	1.2	0.2	3.3	48.0	100.0	336	81.1	344
10-11	61.2	0.1	0.7	0.6	2.4	35.1	100.0	340	87.7	361
12-15	70.1	0.2	0.2	1.1	0.3	28.1	100.0	705	86.8	774
16-19	81.8	0.0	0.4	0.1	0.3	17.5	100.0	511	86.3	599
20-23	84.4	0.0	0.4	0.1	0.0	15.1	100.0	654	83.6	810
24-27	91.8	0.0	0.1	0.0	0.0	8.2	100.0	597	84.7	811
28-31	95.6	0.0	0.0	0.1	0.0	4.3	100.0	422	76.0	632
32-35	95.6	0.0	0.0	0.0	0.0	4.4	100.0	441	79.6	757
<6	21.2	10.4	9.3	3.2	47.8	8.0	100.0	955	78.0	971
6-9	50.2	0.6	1.8	0.9	6.0	40.5	100.0	658	84.7	679
0-3	13.4	13.3	10.8	3.5	55.9	3.1	100.0	666	75.2	677
4-9	46.9	1.6	3.0	1.4	13.1	34.1	100.0	946	84.6	973

Nota: Se incluye el último nacido vivo de las mujeres entrevistadas, es decir, el niño más pequeño. La situación de lactancia se refiere al periodo de 24 horas antes de la entrevista (el día o la noche anterior). Los niños clasificados como 'lactan y reciben sólo agua' no reciben otros alimentos. La alimentación complementaria puede incluir alimentos sólidos o semisólidos. Aquellos niños que recibieron leche materna y otros líquidos pero no recibieron alimentos complementarios fueron clasificados en la categoría de 'líquidos' aunque ellos hayan consumido agua también. Los niños que consumieron alimentos complementarios fueron clasificados en esa categoría solamente si también están siendo lactados.

NUTRICIÓN DE LOS NIÑOS

Dado que el estado nutricional de los niños está estrechamente asociado a su morbilidad y mortalidad, en la ENDESA 2002 se incluyó un módulo de antropometría, en el cual se obtuvo el peso y la talla de todos los niños menores de 5 años presentes en el hogar, siguiendo las normas internacionales de medición para lo cual se utilizaron instrumentos de precisión (balanzas digitales SECA 890 de UNICEF y tallímetros Shorr). De la información sobre peso y talla se han calculado los siguientes índices:

- **Desnutrición crónica** a partir de la talla para la edad. Los niveles de desnutrición crónica, es decir, retardo en el crecimiento en estatura para la edad, se determina al comparar la estatura del niño con la esperada para su edad y sexo. Los niveles de desnutrición crónica en niños próximos a cumplir los cinco años, por ejemplo, son un indicador de los efectos acumulativos del retraso en el crecimiento.
- **Desnutrición aguda (emaciación)** a partir del peso para la talla. El peso para la talla es un indicador de desnutrición reciente, conocido también como desnutrición aguda o emaciación, que mide el efecto del deterioro en la alimentación y de la presencia de enfermedades en el pasado inmediato. Se diría que obedece a situaciones de coyuntura.
- **Desnutrición global (o general)** a partir del peso para la edad. El peso para la edad es considerado como un indicador general de la desnutrición, pues no diferencia la desnutrición crónica, que se debería a factores estructurales de la sociedad, de la aguda, que corresponde a pérdida de peso reciente.

La evaluación del estado nutricional se hace comparando la población en estudio con el patrón tipo establecido como población de referencia por el Centro Nacional para Estadísticas de Salud (NCHS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC). El patrón internacional es útil porque facilita la comparación entre poblaciones y subgrupos en un momento dado o a través del tiempo. Una ventaja adicional consiste en la disponibilidad de un patrón "estandarizado" en el sentido de que la media y la mediana de las distribuciones coinciden. La proporción de niños que están por debajo de dos desviaciones estándar con respecto a esta población de referencia se utiliza como indicador del nivel de desnutrición en la población en estudio (la proporción por debajo de tres desviaciones o más se consideran con desnutrición severa). Por supuesto que en cualquier población existe una variación natural en peso y talla, variación que aproxima los porcentajes encontrados en la distribución normal, la cual incluye 2.3 por ciento por debajo de 2 desviaciones estándar. Los resultados se presentan en el Cuadro 5.4 por edad del niño, sexo, orden de nacimiento, edad de la madre, lugar de residencia y educación.

Durante la encuesta fueron medidos y pesados un total de 10,347 niños de edades comprendidas entre 3 a 59 meses, 5,236 de sexo masculino y 5,111 de sexo femenino. Como se aprecia en el Cuadro 5.4.1, el total de niños con desnutrición crónica asciende al 9 por ciento, el 2 por ciento considerada como severa. Apenas el 2 por ciento sufren de desnutrición aguda y el 5 por ciento de desnutrición global. El porcentaje más elevado de niños con desnutrición crónica (12 por ciento) y aguda (2 por ciento) se concentra en las edades de 12 a 23 meses. Hay más niños (10 por ciento) que niñas (8 por ciento) afectados de desnutrición crónica.

Cuadro 5.4 Indicadores de desnutrición para niños menores de cinco años, por características seleccionadas

Entre los niños menores de cinco años, porcentaje clasificado como desnutrido según tres indicadores antropométricos: talla para la edad, peso para la talla y peso para la edad, por características demográficas seleccionadas, República Dominicana 2002

Característica	Desnutrición crónica (Talla para la edad)		Desnutrición aguda (Peso para la talla)		Desnutrición global (Peso para la edad)		Número de niños
	Severa ¹	Total ²	Severa ¹	Total ²	Severa ¹	Total ²	
Edad en meses							
<6	0.1	3.7	0.6	2.8	0.0	0.5	803
6-9	1.4	6.5	0.5	2.6	0.6	4.6	637
10-11	1.8	7.9	0.0	1.4	1.3	6.8	358
12-23	2.8	12.1	0.3	2.4	0.7	6.3	2,128
24-35	2.9	9.4	0.2	1.4	0.9	6.6	2,242
36-47	3.1	9.2	0.1	1.6	0.6	5.2	2,106
48-59	2.0	7.9	0.1	1.2	0.1	4.6	2,116
Sexo							
Hombre	2.7	10.2	0.3	1.9	0.7	5.4	5,265
Mujer	2.0	7.7	0.1	1.6	0.4	5.2	5,125
Edad de la madre							
15-19	2.2	12.2	0.2	1.8	0.6	6.7	983
20-24	2.9	8.8	0.2	1.7	0.3	5.1	3,123
25-29	2.3	8.9	0.3	1.9	0.9	5.3	2,968
30-34	1.8	7.0	0.2	1.7	0.1	5.0	1,966
35-49	2.5	9.6	0.2	1.6	0.9	5.0	1,350
Estatus de las madres							
Madres entrevistadas	2.3	8.9	0.2	1.7	0.5	5.2	8,923
Madres no entrevistadas							
Pero en el hogar	3.6	11.6	0.0	0.8	0.4	6.2	319
No en el hogar	5.2	8.5	0.0	0.0	5.2	8.8	50
Zona de residencia							
Urbana	1.9	7.9	0.2	1.5	0.4	4.3	6,621
Rural	3.3	10.8	0.2	2.2	0.9	6.9	3,769
Educación							
Sin educación	3.4	12.9	0.8	2.7	0.9	7.7	421
Primaria 1-4	5.0	15.3	0.5	2.0	1.2	10.3	1,737
Primaria 5-8	2.1	9.2	0.1	2.3	0.3	5.2	2,983
Secundaria	1.6	6.7	0.1	1.3	0.5	3.4	2,798
Superior	0.8	3.6	0.1	0.5	0.1	1.2	1,296
Total	2.4	8.9	0.2	1.8	0.5	5.3	10,390

Nota: Las estimaciones se refieren a los niños nacidos en el período 3-59 meses anteriores a la encuesta (se excluyen los menores de 3 meses) y que durmieron en el hogar la noche anterior. Cada índice se expresa en términos del número de desviaciones estándar (DE) de la media del patrón internacional utilizado por NCHS/CDC/OMS. Los niños se clasifican como desnutridos si están 2 o más desviaciones estándar (DE) por debajo de la media de la población de referencia.

¹ Niños que están **3 DE o más** por debajo de la media

² Niños que están **2 DE o más** por debajo de la media. Incluye los niños que están **3 DE o más** por debajo de la media.

Entre las madres sin ningún nivel educativo se detectó un 13 por ciento de niños con desnutrición crónica. Entre los hijos de madres con educación primaria incompleta un 15 por ciento de los niños padecen desnutrición crónica y un 11 por ciento de desnutrición global.

Si se analizan los resultados por zona de residencia, un 8 por ciento de los niños de la zona urbana se clasifican con desnutrición crónica en comparación con el 11 por ciento en la zona rural, en tanto que la desnutrición global afecta al 4 por ciento de los residentes en zona urbana y al 7 por ciento de la zona rural.

VACUNACIÓN

Al igual que en las encuestas anteriores, en la ENDESA 2002 se indagó también sobre la historia de vacunación de los niños nacidos en los cinco años anteriores a la encuesta. Para facilitar la recolección de la información, se incluyeron los niños nacidos a partir de enero de 1996. Se prestó atención a vacunas contra las enfermedades que configuran los principales cuadros de morbilidad infantil: tuberculosis (BCG), DPT (difteria, tosferina y tétanos), polio y sarampión. A las entrevistadas que tuvieron hijos nacidos vivos en ese período se les pidió mostrar la tarjeta de salud de cada uno de ellos a fin de registrar las vacunas que el niño había recibido y las fechas en que habían sido administradas. Cuando la madre no tenía la tarjeta, o por algún motivo no lo mostraba, la encuestadora sondeaba cuidadosamente para saber si el niño había recibido las principales vacunas. Obviamente, los datos captados por este último medio son menos confiables por estar sujetos a posibles errores de memoria y declaración. Este hecho y el que la información provenga de encuestas en hogares representativos de la población en vez de registros de personas o de eventos, exige extrema cautela al hacer comparaciones con otras estimaciones de la cobertura de vacunación.

Para poder evaluar la situación reciente de la cobertura de las vacunaciones se presenta la información para los niños de 12 a 23 meses. Se supone que a esa edad ya se deben haber recibido la mayoría de las vacunas recomendadas. En República Dominicana durante el primer año de vida generalmente se aplican las vacunas BCG, DPT y Polio y la de Sarampión si bien en años recientes se está sustituyendo la DPT por la Pentavalente que inmuniza además contra la Hepatitis B y la Hemofiloinfluenza tipo B.

El número de niños y niñas de 1 año (12-23 meses) vacunados a cualquier edad (antes o después de cumplir un año) por fuente de información (tarjeta o información de la madre) permite calcular el porcentaje de niños que ha recibido cada vacuna por fuente de información (según la tarjeta y según la madre) y la cobertura total combinando las dos fuentes. En el Cuadro 5.5 se presentan las coberturas estimadas de vacunación de los niños de 12-23 para cada una de las vacunas recomendadas: BCG; cada una de las tres dosis de DPT; Polio al nacer y otras tres dosis; y Sarampión, por características seleccionadas. La mitad de los niños poseía tarjeta de salud con información sobre las vacunas recibidas y para el resto se tomó la información de la madre. Se registró información para 1,154 niños y 1,030 niñas de 1 año.

Más del 90 por ciento de los niños y niñas recibieron la vacuna BCG y las primeras dosis de DPT y Polio. Si bien el 88 por ciento recibió la vacuna antisarampionosa, sólo un 35 por ciento había recibido todas las vacunas correspondientes, el 57 por ciento las tres dosis de DPT y el 44 por ciento las correspondientes de polio. Los mayores diferenciales en la cobertura de vacunación se presentan según el nivel de instrucción y el orden de nacimiento.

Cuadro 5.5 Vacunación en cualquier momento de los niños de un año, por características seleccionadas

Entre los niños de 12-23 meses, porcentaje con tarjeta de salud visto por la entrevistadora y porcentaje que recibió cada vacuna en cualquier momento, según la tarjeta de salud o el informe de la madre, por características seleccionadas, República Dominicana 2002

Característica	BCG	DPT ¹			Polio				Anti-sarampionosa	Todas las vacunas ²	Ninguna	Con tarjeta de salud	Número de niños
		DPT 1	DPT 2	DPT 3	Polio 0	Polio 1	Polio 2	Polio 3					
Sexo													
Hombre	93.0	95.2	81.3	53.4	79.7	90.1	71.3	42.3	88.4	33.6	1.6	49.4	1,154
Mujer	94.1	94.8	83.5	60.3	77.6	94.4	76.6	45.9	88.3	36.3	1.3	51.4	1,030
Orden de nacimiento													
1	96.3	96.3	86.4	65.7	80.4	94.9	81.4	52.5	90.1	43.7	0.8	58.1	688
2-3	94.1	95.5	83.6	56.2	78.6	90.8	73.1	41.7	89.9	33.1	1.7	48.4	1,079
4-5	88.5	92.2	76.1	46.0	77.1	90.6	66.5	40.0	79.9	27.5	1.1	46.0	295
6+	84.2	90.3	64.0	34.9	74.4	91.8	55.3	25.9	84.7	18.4	4.1	34.0	123
Zona de residencia													
Urbana	94.5	95.3	83.1	59.0	78.6	91.9	74.3	44.7	89.5	36.2	1.5	49.9	1,430
Rural	91.6	94.4	80.9	52.2	78.9	92.6	72.9	42.6	86.0	32.4	1.4	51.1	754
Educación													
Sin educación	83.6	85.6	65.6	42.8	63.5	88.9	60.4	27.6	70.1	13.1	5.2	38.7	85
Primaria 1-4	89.0	91.3	76.2	43.3	77.4	91.3	64.6	33.9	85.2	26.5	2.1	43.8	418
Primaria 5-8	93.9	95.8	79.1	53.0	79.5	89.6	71.4	39.3	85.3	30.5	1.0	48.9	650
Secundaria	96.1	97.0	88.4	64.9	81.3	94.9	80.4	53.4	92.9	43.0	0.8	55.0	725
Superior	95.3	96.4	88.0	66.8	76.9	93.0	79.5	50.0	93.3	42.5	2.1	54.7	306
Total	93.5	95.0	82.4	56.6	78.7	92.1	73.8	44.0	88.3	34.9	1.5	50.3	2,184

Nota: La cobertura total estimada es la suma de la cobertura proveniente de la tarjeta de salud o vacunación y la información de la madre. Las cifras encerradas en paréntesis corresponden a 25-49 casos sin ponderar.

¹ La cobertura de DPT incluye la Pentavalente. La cobertura para niños sin tarjeta se asume la misma que para la Polio, sobre la cual se preguntó específicamente a las madres. Polio 0 es polio al nacer.

² Niños con vacunación completa (i.e., aquellos que han recibido BCG, tres dosis de DPT o de Pentavalente, tres de polio y la vacuna antisarampionosa).

MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

Al igual que en la ENDESA-96, en la ENDESA 2002 se obtuvo la historia de los nacimientos para cada una de las mujeres entrevistadas, en la que se registró el sexo, fecha de nacimiento, edad actual y la condición de sobrevivencia de cada hijo nacido vivo. En el caso de los nacidos vivos que fallecieron se registraba la edad a la que había ocurrido el deceso, con tres variantes:

- En días para niños que murieron durante el primer mes de vida;
- En meses para los que perecieron entre uno y 23 meses; y
- En años para los que fallecieron después de cumplir los dos años.

Los datos recolectados en las historias de nacimientos permiten calcular, para períodos determinados, las siguientes probabilidades de morir:¹

- Mortalidad neonatal: probabilidad de morir durante el primer mes de vida (MN);
- Mortalidad infantil: probabilidad de morir durante el primer año de vida (${}_1q_0$);
- Mortalidad post-infantil: probabilidad condicional de morir entre el primero y el quinto aniversario (${}_4q_1$);
- Mortalidad en la niñez: probabilidad de morir antes de cumplir 5 años (${}_5q_0$).

Al igual que las otras variables demográficas, la mortalidad está sujeta a errores de declaración. La confiabilidad de las estimaciones de la mortalidad depende de los niveles de omisión de hijos que han fallecido al poco tiempo de nacer, especialmente cuando la defunción ha ocurrido bastante tiempo antes de la encuesta. Es importante, de igual manera, la calidad diferencial de la declaración de las fechas de nacimiento de hijos sobrevivientes e hijos muertos. Otro problema que puede ocurrir es la declaración errónea de la edad al morir o de la fecha de defunción del hijo. En encuestas en muchos países se ha observado una tendencia en las madres a redondear hacia "un año" (12 meses) como edad del hijo al morir, aún cuando el niño hubiera fallecido no exactamente a los 12 meses sino en meses próximos a esa edad. Este redondeo hace que en el mes 12 se produzca una gran concentración de defunciones. Cuando la magnitud del traslado de muertes ocurridas a los 10 u 11 meses de vida, hacia el año, es grande, se origina una subestimación de la mortalidad infantil y la sobreestimación de la mortalidad postinfantil. En el caso de la ENDESA 2002 y al igual que en la ENDESA-96, no hay evidencias significativas de desplazamientos de edades al fallecer informadas para los menores de un año hacia los 12 meses o más en las declaraciones referidas a los 5 años anteriores a la encuesta.

En el Cuadro 6.1 se presentan estimaciones de la mortalidad infantil y en la niñez para varios quinquenios anteriores a la ENDESA 2002, calculadas a partir de la historia de nacimientos y defunciones obtenidas en las entrevistas a mujeres en edad reproductiva. Especial atención debe prestarse a la mortalidad durante el primer mes de vida (mortalidad neonatal), pues cuando desciende la mortalidad se espera que los riesgos tiendan a concentrarse en el primer mes de vida, por provenir ellos fundamentalmente de razones congénitas. En cambio, las causas de las defunciones entre los 2 y

¹ Las estimaciones de mortalidad no son *tasas* sino probabilidades calculadas siguiendo los procedimientos estándar de tablas de mortalidad. Para cada período calendario se tabulan las muertes y las personas expuestas para los intervalos de edad en meses: 0, 1-2, 3-5, 6-11, 12-23, 24-35, 36-47 y 48-59, para luego calcular probabilidades de sobrevivencia en cada intervalo de edad. Finalmente se calculan las probabilidades de morir multiplicando las respectivas probabilidades de sobrevivir y restando de 1. Una descripción detallada del método para calcular las probabilidades de morir se encuentra en Rutstein, Shea. *Infant and child mortality: levels, trends and demographic differentials*. Edición Revisada. Estudio Comparativo No 43 EMF. Voorburg, Netherlands: ISI (1984).

los 11 meses son atribuibles a los condicionantes socio-económicos imperantes en los hogares y en su entorno.

Como se observa en el Cuadro 6.1, la mortalidad durante el primer año de vida para el quinquenio 1997-2002 se estima en 31 defunciones por mil nacidos vivos. En el mismo cuadro se aprecia una tendencia a la disminución de este indicador, la que se ha observado, a diferentes niveles, en las ENDESAS anteriores. Esta tendencia es el resultado de la disminución en la mortalidad postneonatal, pues la mortalidad durante el primer mes se ha mantenido en el mismo nivel, alrededor de 22 muertes por mil nacidos vivos. También se observa una reducción importante en la mortalidad postinfantil.

Cuadro 6.1 Mortalidad infantil y en la niñez para varios quinquenios						
Mortalidad neonatal, postneonatal, infantil, postinfantil y en la niñez para varios quinquenios anteriores a la encuesta, República Dominicana 2002						
Años antes de la encuesta	Años calendario aproximados ¹	Mortalidad neonatal (MN)	Post-neonatal ² (MPN)	Mortalidad infantil (₁ q ₀)	Post-infantil (₄ q ₁)	En la niñez (₅ q ₀)
0-4	1997-2002	22	10	31	7	38
5-9	1992-1997	21	17	38	11	49
10-14	1987-1992	22	23	45	14	58

¹ Como el trabajo de campo se realizó entre el 4 de julio y el 10 de diciembre del año 2002, las tasas para el período 1997-2002 se refieren aproximadamente al período octubre 1997- octubre 2002 (en forma similar para los otros períodos).

² Calculada como la diferencia entre la tasa de mortalidad infantil y la de mortalidad neonatal.

Cobra singular importancia la información proveniente de las personas entrevistadas en la ENDESA 2002, respecto al conocimiento que tienen sobre el SIDA, percepción de riesgos, formas de prevención y conducta de riesgo. Aunque se han logrado progresos significativos en la prolongación de la vida de las personas con SIDA, se depende de la prevención para disminuir/evitar la propagación del VIH/SIDA y en este aspecto el conocimiento, aunado a la percepción de los riesgos y las formas de transmisión de la enfermedad, probablemente sean los aspectos de mayor incidencia en el cambio de conducta de las personas que les lleve a adoptar acciones tendentes a disminuir los riesgos de contraer la enfermedad.

CONOCIMIENTO DE VIH/SIDA

En relación con el conocimiento y la prevención de VIH/SIDA, a los entrevistados se les preguntó si habían escuchado hablar del SIDA y si creían que existían formas de evitar el VIH/SIDA. Los resultados se presentan en el Cuadro 7.1 para hombres y mujeres por características seleccionadas: edad, estado conyugal, educación y lugar de residencia.

Prácticamente toda la población entrevistada (99 por ciento) había oído hablar de la infección por VIH y porcentajes altos de la población creen conocer formas de evitar el contagio con el virus, sin diferencias entre hombres y mujeres. Sin embargo, al considerar el conocimiento por los diferentes grupos étnicos, la proporción de mujeres que se manifestó enterada es siempre mayor que la de hombres. La proporción de jóvenes, hombres y mujeres que conocen de la enfermedad es menor que la población adulta.

El estado conyugal no permite establecer diferencias en el conocimiento de VIH/SIDA. Los porcentajes de entrevistados que conocen sobre el VIH/SIDA aumentan con la escolaridad al pasar del 94 por ciento en la población analfabeta al 100 por ciento entre la población con educación superior.

Uno de cada diez del total de personas entrevistadas no cree que haya formas de evitar el contagio, mientras tres de cada diez personas sin escolaridad tienen esta concepción.

TRANSMISIÓN DE MADRE A HIJO O PERINATAL

Para investigar el conocimiento de la transmisión de madre a hijo o perinatal, se planteó la pregunta general (si era posible que la madre transmitiera el VIH a su hijo) y las preguntas específicas: si esta transmisión se efectuaba durante el embarazo, el parto o la lactancia. Los resultados se presentan en el Cuadro 7.2.

Cuatro de cada cinco mujeres entrevistadas conoce que el VIH/SIDA puede ser transmitido de la madre al hijo y durante el embarazo. Disminuye significativamente la proporción de mujeres que conocen otras formas de contagio; es decir, durante el parto y durante la lactancia, el 70 y el 66 por ciento respectivamente.

Cuadro 7.1 Conocimiento del VIH/SIDA

Porcentaje de mujeres y hombres que han oído hablar de la infección VIH/SIDA y porcentaje que cree que hay formas válidas de evitar el VIH/SIDA, según características seleccionadas, República Dominicana 2002

Característica	Mujeres			Hombres		
	Ha oído hablar del VIH/SIDA	Cree que hay forma de evitar el VIH/SIDA	Número de mujeres	Ha oído hablar del VIH/SIDA	Cree que hay forma de evitar el VIH/SIDA	Número de hombres
Edad						
15-19	99.2	92.2	4,550	98.7	93.1	555
20-24	99.2	94.3	4,148	98.7	94.4	466
25-29	99.4	94.6	3,624	99.4	97.1	377
30-39	99.5	94.9	6,457	99.3	95.5	695
40-49	99.1	93.4	4,606	99.4	96.2	445
50-59	na	na	na	98.6	93.0	296
Estado conyugal						
Nunca casada(o)/unida(o)	99.4	93.7	5,383	98.6	93.6	1,024
Casada(o)/unida(o)	99.3	93.6	13,996	99.3	95.9	1,401
Divorciada(o)/separada(o)/viuda(o)	99.3	95.3	4,005	99.1	94.7	408
Zona de residencia						
Urbana	99.5	95.5	16,035	99.7	96.7	1,797
Rural	98.9	90.5	7,349	97.9	91.8	1,036
Educación						
Sin educación	94.2	75.3	897	94.9	77.7	147
Primaria 1-4	98.4	87.9	3,785	97.6	91.0	522
Primaria 5-8	99.4	93.0	6,865	99.3	95.6	996
Secundaria	99.8	97.4	7,919	99.8	97.6	879
Superior	100.0	98.7	3,918	100.0	100.0	290
Total	99.3	93.9	23,384	99.0	94.9	2,833

na = No aplicable.

Cuadro 7.2 Conocimiento de la transmisión del VIH/SIDA de madre a hijo

Entre las mujeres que conocen VIH/SIDA, porcentaje con conocimiento de formas de transmisión de la madre al hijo, por características seleccionadas, República Dominicana, 2002

Característica	Porcentaje que dice que VIH/SIDA puede ser transmitido de madre al hijo	Porcentaje que dice que la transmisión puede ser:			Porcentaje que menciona las tres formas	Número de mujeres
		Durante el embarazo	Durante el parto	Durante la lactancia		
Edad						
15-19	82.8	78.1	66.2	63.1	53.6	4,512
20-24	84.8	81.0	69.4	67.7	58.9	4,114
25-29	83.9	80.8	70.7	66.7	59.3	3,603
30-34	85.1	81.8	71.9	66.8	60.2	3,273
35-39	84.2	81.1	70.6	67.4	60.7	3,152
40-44	84.1	80.6	72.6	66.2	59.9	2,380
45-49	81.8	78.4	69.5	67.6	60.7	2,183
Estado conyugal						
Nunca casada/unida	86.5	81.2	68.9	63.7	54.2	5,349
Casada	89.1	85.4	74.4	67.2	59.6	4,042
Unida	80.6	77.8	67.8	66.9	59.6	9,850
Divorciada/separada	83.3	80.1	71.4	67.4	61.2	3,852
Viuda	78.9	72.5	75.0	68.2	61.4	124
Zona de residencia						
Urbana	85.4	81.8	71.6	66.7	59.2	15,951
Rural	80.5	76.9	66.0	65.5	57.4	7,266
Educación						
Sin educación	63.8	59.9	51.0	53.4	46.5	844
Primaria 1-4	74.2	71.4	63.1	63.5	57.1	3,725
Primaria 5-8	80.3	77.1	67.0	66.0	58.9	6,823
Secundaria	88.3	84.7	73.2	68.0	59.7	7,907
Superior	94.8	89.5	78.4	68.7	60.0	3,918
Total	83.9	80.3	69.8	66.3	58.6	23,217

Los porcentajes más bajos de población que opina que esta enfermedad puede transmitirse durante el parto y durante la lactancia se encuentran entre las adolescentes (66 por ciento) y las mujeres sin educación (51 por ciento).

PERCEPCIÓN DE LOS RIESGOS DE CONTRAER EL SIDA

A las entrevistadas se les preguntó sobre su propia percepción de los riesgos de contraer el SIDA: si eran pequeños, moderados, grandes o si no tenía ningún riesgo. Los resultados se presentan en el Cuadro 7.3 por características seleccionadas.

Prácticamente la mitad (53 por ciento) de las mujeres entrevistadas no se perciben con riesgo de contraer VIH/SIDA y un número insignificante (0.1 por ciento) admite tener SIDA. La edad, el nivel educativo y el estado conyugal más que la zona de residencia, amplían la distancia entre la proporción de mujeres que se percibe en riesgo. Así, el 39 por ciento de mujeres con educación superior, el 59 sin educación y el 60 por ciento con estudios de primero a cuarto de primaria creen que no tienen ningún riesgo de contagio.

Aproximadamente una por cada diez mujeres (11 por ciento) tienen la percepción de que se encuentran con grandes posibilidades de riesgo de contraer la enfermedad. Esta percepción no varía sustancialmente con la edad, con el estado conyugal, la zona de residencia y la escolaridad.

Cuadro 7.3 Percepción de las mujeres del riesgo de contraer VIH/SIDA

Distribución porcentual de las mujeres según percepción del riesgo de contraer VIH/SIDA, por características seleccionadas, República Dominicana 2002

Característica	Percepción de riesgo de contraer VIH/SIDA				Admite tener SIDA	Total	Número de mujeres
	Pequeño	Moderado	Grande	Ninguno			
Edad							
15-19	19.6	5.1	9.6	65.5	0.1	100.0	4,512
20-24	28.0	10.1	10.1	51.8	0.0	100.0	4,114
25-29	28.6	9.8	11.8	49.5	0.1	100.0	3,603
30-34	30.5	11.7	12.3	45.1	0.1	100.0	3,273
35-39	30.6	10.1	12.3	46.6	0.1	100.0	3,152
40-44	28.5	8.2	11.6	51.5	0.1	100.0	2,380
45-49	26.5	8.0	10.7	54.7	0.1	100.0	2,183
Estado conyugal							
Nunca casada/unida	21.0	7.1	9.0	62.7	0.1	100.0	5,349
Casada	33.1	11.4	11.4	43.8	0.0	100.0	4,042
Unida	27.4	8.8	12.0	51.5	0.1	100.0	9,850
Divorciada/separada	28.3	9.1	11.4	51.1	0.0	100.0	3,852
Viuda	27.1	8.9	9.1	52.8	2.3	100.0	124
Zona de residencia							
Urbana	28.0	9.2	10.7	51.7	0.1	100.0	15,951
Rural	25.0	8.2	11.8	54.8	0.1	100.0	7,266
Educación							
Sin educación	23.3	5.1	11.8	59.1	0.2	100.0	844
Primaria 1-4	23.6	6.1	10.5	59.6	0.1	100.0	3,725
Primaria 5-8	23.5	8.0	11.9	56.3	0.2	100.0	6,823
Secundaria	27.7	9.1	10.4	52.5	0.0	100.0	7,907
Superior	36.0	13.6	11.5	38.8	0.0	100.0	3,918
Total	27.1	8.9	11.1	52.7	0.1	100.0	23,217

ACTITUD DE LA POBLACIÓN HACIA LAS PERSONAS CON SIDA

Se espera que la información recolectada por la ENDESA 2002 permita conocer mejor algunas de las actitudes de las mujeres en edad fértil hacia la enfermedad, en lo que concierne a la comunicación con su pareja, así como la aceptación de las personas que han contraído el virus o sufren la enfermedad. En el Cuadro 7.4 se incluyen las respuestas a ciertas preguntas específicas de actitud, al igual que el conocimiento de las mujeres de lugares donde se puede hacer la prueba del SIDA.

El 93 por ciento de las mujeres que han escuchado hablar de VIH/SIDA entienden que la apariencia saludable de la persona no impide que esta puede padecer de la enfermedad. Esta concepción está presente en una proporción mayor de mujeres de la zona urbana (94 por ciento), con educación secundaria (96 por ciento) y con educación superior (99 por ciento). En este aspecto no existen diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos de edades estudiados.

Cuadro 7.4 Aspectos sociales sobre el VIH/SIDA							
Entre las mujeres que han escuchado sobre el SIDA, porcentaje que dio respuestas específicas a preguntas sobre aspectos sociales del VIH/SIDA, según características seleccionadas, República Dominicana 2002							
Característica	Actitud hacia persona con SIDA						Número de mujeres
	Persona que parece saludable puede tener el virus del SIDA	Cree debe mantenerse en secreto condición de SIDA de persona	Está dispuesta a cuidar en el hogar a familiar con SIDA	Se debe permitir trabajar a empleado con SIDA	Cree que a estudiante con SIDA se le debe permitir seguir asistiendo	Conoce lugar donde hacerse la prueba del SIDA	
Edad							
15-19	90.8	47.2	79.4	47.8	64.8	80.2	4,512
20-24	94.2	40.9	82.2	49.5	65.5	94.5	4,114
25-29	93.2	31.9	80.5	48.0	63.0	97.0	3,603
30-34	94.3	30.1	81.9	47.0	60.6	96.8	3,273
35-39	92.6	31.4	83.2	44.5	56.8	95.0	3,152
40-44	93.0	30.4	84.3	41.2	54.7	94.0	2,380
45-49	91.5	28.1	85.5	39.0	50.9	92.7	2,183
Estado conyugal							
Nunca casada/unida	93.1	46.2	83.9	54.1	71.0	81.6	5,349
Casada	96.6	32.4	83.9	53.8	69.0	97.1	4,042
Unida	90.5	31.6	79.7	38.4	51.7	94.6	9,850
Divorciada/separada	94.2	34.9	83.5	46.4	60.3	96.0	3,852
Viuda	94.5	32.1	80.1	46.9	57.1	97.7	124
Zona de residencia							
Urbana	94.2	38.1	82.4	49.3	64.5	93.0	15,951
Rural	89.7	30.2	81.2	39.1	52.0	90.8	7,266
Educación							
Sin educación	72.5	26.1	71.9	23.5	29.1	83.7	844
Primaria 1-4	85.3	26.8	75.8	27.9	38.6	90.5	3,725
Primaria 5-8	91.9	33.6	80.8	38.7	52.9	91.9	6,823
Secundaria	96.4	39.8	84.9	54.0	71.1	91.9	7,907
Superior	98.7	41.4	86.5	65.2	80.7	97.3	3,918
Total	92.8	35.6	82.0	46.1	60.6	92.3	23,217

En cuanto a la actitud de la población en relación con las personas que padecen la enfermedad, más de un tercio de la población (36 por ciento) piensa que las personas enfermas de VIH/SIDA no deben socializar su situación, sino que debe ser un secreto. Sin embargo, cuatro de cada cinco mujeres mostraron disposición positiva para cuidar de un familiar enfermo. Con esta actitud se encontraron mayores porcentajes entre mujeres con educación superior (87 por ciento) que analfabetas (72 por ciento) y más entre las mujeres casadas (84 por ciento) que entre las viudas (80 por ciento). En este sentido la zona de residencia y la edad establecen menos diferencias que los aspectos antes citados.

Las mujeres entrevistadas expresaron mayor grado de tolerancia con los estudiantes que padecen la enfermedad que con la fuerza laboral incorporada al trabajo. Sólo el 46 por ciento piensa que se le debe permitir trabajar a una persona con SIDA y el 61 por ciento considera que se le debe permitir seguir asistiendo a los centros de estudio. Estas concepciones son compartidas en mayor medida por las mujeres adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años; las nunca casadas o unidas; las residentes en la zona urbana y las que poseen estudios de nivel superior.

El 92 por ciento de las mujeres conocen algún lugar donde pueden hacerse la prueba del VIH/SIDA.

USO DE CONDÓN POR TIPO DE COMPAÑERO

La conducta sexual individual y el uso de condones son determinantes claves del nivel de riesgo de contraer ETS. Cuando esta información se agrega a nivel de la población permite describir el contexto en el cual se deben diseñar e implementar los programas preventivos de VIH/SIDA y ETS, al igual que los programas curativos de ETS y de alivio de VIH/SIDA. Por lo tanto, en la ENDESA 2002 se hicieron preguntas sobre uso de condón tanto a hombres como a mujeres que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses. Se trató de conocer la relación de parentesco con la persona con quien los entrevistados tuvieron la relación para distinguir la pareja sexual regular de la no regular, cohabitante o no. Los resultados se detallan en el Cuadro 7.5.

El uso del condón es poco extendido entre las mujeres y los hombres. Tan sólo el 2 por ciento de las mujeres y el 1 por ciento de los hombres usaron condón en su última relación sexual con su esposo(a) o compañero(a). Se observaron mayores proporciones de uso entre las jóvenes de 20-24 años (3 por ciento), en las mujeres divorciadas o separadas (5 por ciento) y entre aquellas con mayor educación (3 por ciento).

La proporción de hombres y mujeres que usaron el condón en su última relación aumentó significativamente cuando se trató del compañero(a) con quien no vive. Aproximadamente una cuarta parte de las mujeres (25 por ciento) y la mitad de los hombres (50 por ciento) usaron el condón en las circunstancias señaladas.

Dentro de las medidas preventivas importantes de las ETS-VIH/SIDA, se encuentran las de usar condón al tener relaciones sexuales y tratar de tener relaciones estables monogámicas. Los resultados sobre la conducta de riesgo entre las mujeres en uniones estables y el número de parejas entre las mujeres sexualmente activas se presentan en el Cuadro 7.6. El uso de condones y la relación de parentesco con la persona con quien la mujer tuvo la última relación sexual en los últimos 12 meses se presenta en el Cuadro 7.7.

Cuadro 7.5 Uso de condón por tipo de compañero(a)

Entre las personas que tuvieron relaciones sexuales el año anterior a la encuesta, porcentaje que usaron condón en la última relación con el esposo(a) o compañero(a), con compañero(a) con quien no vive, y con cualquier compañero(a), según características seleccionadas, República Dominicana 2002

Característica	Usó condón con esposo (a) o compañero(a)		Usó con compañero(a) con quien no vive		Usó condón con cualquier compañero(a)	
	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número
MUJERES						
Edad						
15-19	2.2	1,069	28.6	540	10.6	1,584
20-24	3.1	2,237	29.0	797	9.5	2,992
25-29	2.5	2,516	26.1	594	6.8	3,090
30-39	1.9	4,971	23.8	736	4.5	5,671
40-49	1.1	3,276	13.8	392	2.5	3,656
Estado conyugal						
Nunca casada/unida	na	na	28.6	830	28.3	843
Casada/unida	2.0	13,607	28.7	177	2.0	13,680
Divorciada/separada/viuda	4.5	449	23.5	2,050	19.9	2,470
Zona de residencia						
Urbana	2.2	9,175	26.4	2,341	6.8	11,427
Rural	1.8	4,894	21.3	716	4.1	5,566
Educación						
Sin educación	0.6	709	17.1	86	1.8	786
Primaria 1-4	0.7	2,817	18.9	412	2.6	3,196
Primaria 5-8	1.8	4,501	24.0	876	5.0	5,319
Secundaria	3.0	4,028	28.0	1,083	8.1	5,086
Superior	3.2	2,015	27.4	601	8.8	2,605
Total	2.1	14,069	25.2	3,058	5.9	16,993
HOMBRES						
Edad						
15-19	0.0	16	50.8	216	46.9	228
20-24	2.8	118	53.3	284	35.8	377
25-29	0.9	208	57.6	193	22.4	343
30-39	1.4	476	47.3	265	13.2	660
40-49	1.2	341	46.3	125	9.1	417
50-59	0.0	225	33.8	66	6.7	266
Estado conyugal						
Nunca casado/unido	na	na	52.6	559	52.5	560
Casado/unido	1.1	1,361	53.9	268	2.1	1,389
Divorciado/separado/viudo	5.0	23	43.2	322	40.7	341
Zona de residencia						
Urbana	1.4	872	49.3	770	21.2	1,483
Rural	0.7	512	52.2	379	18.3	807
Educación						
Sin educación	0.3	71	29.4	62	13.4	128
Primaria 1-4	0.0	307	44.6	172	14.8	438
Primaria 5-8	1.6	481	50.4	383	19.0	775
Secundaria	1.1	352	52.9	402	24.7	694
Superior	2.5	173	59.1	130	23.6	255
Total	1.2	1,384	50.3	1,149	20.2	2,290

na = No aplicable

Cuadro 7.6 Conducta de riesgo entre las mujeres con relaciones estables y sexo con más de una persona entre las mujeres sexualmente activas

Entre las mujeres en unión, porcentaje que no usó condón en la última relación con persona diferente al esposo/compañero; y porcentaje con relaciones con más de una pareja en el último mes y en el último año, por características seleccionadas, República Dominicana 2002

Característica	No usó condón en última relación fuera de la unión		Sexo con más de una persona entre quienes tuvieron relaciones en el último mes		Sexo con más de una persona entre quienes tuvieron relaciones en últimos 12 meses ¹	
	Conducta de riesgo	Número de mujeres casadas/unidas	Sexo con más de una persona	Número de mujeres	Sexo con más de una persona	Número de mujeres
Edad						
15-19	2.0	1,017	5.5	1,225	5.8	1,584
20-24	1.7	2,158	4.6	2,472	4.5	2,992
25-29	0.7	2,496	2.6	2,662	2.7	3,090
30-34	0.5	2,553	1.3	2,562	1.7	2,930
35-39	0.5	2,409	1.7	2,395	1.7	2,741
40-44	0.9	1,832	1.1	1,765	1.3	2,012
45-49	0.3	1,532	0.8	1,426	0.9	1,644
Estado conyugal						
Nunca casada/unida	na	na	13.1	486	9.9	843
Casada	0.5	4,052	0.3	3,618	0.3	3,904
Unida	1.0	9,944	1.1	9,154	1.1	9,776
Divorciada/separada	na	na	14.2	1,237	9.7	2,445
Viuda	na	na	*	10	*	25
Zona de residencia						
Urbana	0.9	9,131	2.8	9,604	3.0	11,427
Rural	0.8	4,865	1.8	4,902	1.9	5,566
Educación						
Sin educación	1.2	707	2.4	687	2.3	786
Primaria 1-4	0.8	2,784	2.2	2,789	2.4	3,196
Primaria 5-8	0.9	4,458	2.7	4,609	2.9	5,319
Secundaria	0.8	4,011	2.3	4,271	2.6	5,086
Superior	0.9	2,037	2.4	2,151	2.4	2,605
Total	0.9	13,996	2.5	14,506	2.6	16,993

na = No aplicable. No se calculan los porcentajes para menos de 30 casos sin ponderar (*).

¹Incluye las mujeres sexualmente activas en el último mes

Cuadro 7.7 Uso de condón entre las mujeres 15-39 años

Entre las mujeres de 15-39 años que tuvieron relaciones sexuales en el último año, porcentaje que usó condón en la última relación, según tipo de persona con quien tuvo la relación, por características seleccionadas, República Dominicana 2002

Característica	No usó condón	Persona con quien usó condón				Total	Número de mujeres
		Esposo/marido	Ex-esposo/ex-marido ¹	Novio/prometido	Amigo ¹		
Edad							
15-19	89.4	1.4	1.1	6.8	1.2	100.0	1,584
20-24	90.5	2.3	1.1	5.3	0.7	100.0	2,992
25-29	93.2	2.0	1.0	3.1	0.6	100.0	3,090
30-34	95.7	1.7	0.4	1.2	0.8	100.0	2,930
35-39	95.2	1.7	0.6	1.3	1.1	100.0	2,741
Estado conyugal							
Nunca casada/unida	71.8	0.1	0.3	25.0	2.7	100.0	829
Casada	97.0	3.0	0.0	0.0	0.0	100.0	2,560
Unida	97.9	2.0	0.0	0.0	0.1	100.0	7,895
Divorciada/separada	78.2	0.9	5.3	11.0	4.0	100.0	2,039
Viuda	*	*	*	*	*	100.0	15
Zona de residencia							
Urbana	92.1	2.0	0.9	4.0	0.9	100.0	8,989
Rural	95.3	1.7	0.7	1.6	0.7	100.0	4,348
Educación							
Sin educación	98.1	0.7	0.2	0.3	0.4	100.0	481
Primaria 1-4	96.6	0.8	0.4	1.1	1.0	100.0	2,122
Primaria 5-8	94.4	1.5	0.9	2.2	1.0	100.0	4,238
Secundaria	91.0	2.5	1.2	4.3	0.8	100.0	4,361
Superior	90.3	2.7	0.6	5.8	0.6	100.0	2,135
Total	93.1	1.9	0.8	3.2	0.8	100.0	13,337

Nota: No se calcula la distribución porcentual para menos de 30 casos sin ponderar (*).

PREVALENCIA Y TRATAMIENTO DE LAS ETS

En la **ENDESA 2002** se investigó el conocimiento de parte de las mujeres en edad fértil de los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual, tanto para los hombres como para las mujeres. Asimismo, se investigó también la prevalencia de estas enfermedades entre las mismas mujeres, directamente por medio de una pregunta específica, e indirectamente preguntando el padecimiento en el último año de algunos de sus síntomas más clásicos. Los niveles de prevalencia y de tratamiento reportados por las mujeres entrevistadas se presentan en el Cuadro 7.8.

El 9 por ciento de las mujeres entrevistadas sexualmente activas padecieron alguna ETS en el último año. La prevalencia es mayor entre las adolescentes y jóvenes (15 a 29 años), entre la población residente de la zona rural y entre las mujeres con educación primaria de quinto a octavo. La mayoría, 75 por ciento, buscó asistencia médica para sus padecimientos de ETS.

Cuadro 7.8 Prevalencia y tratamiento de las ETS

Entre las mujeres sexualmente activas en el último año, porcentaje de mujeres que reportaron ETS; y entre estas, porcentaje que buscó tratamiento en establecimientos de salud, por características seleccionadas, República Dominicana 2002

Característica	Mujeres con ETS		Mujeres con ETS que buscaron tratamiento	
	Porcentaje con ETS	Mujeres sexualmente activas último año	Acudió a establecimiento de salud	Número de mujeres
Edad				
15-19	9.8	1,663	63.5	164
20-24	10.1	3,212	72.5	324
25-29	10.7	3,361	78.0	361
30-34	8.4	3,171	78.3	266
35-39	7.1	3,118	78.9	222
40-44	6.4	2,384	71.3	153
45-49	6.7	2,185	75.4	146
Estado conyugal				
Nunca casada/unida	7.9	1,092	62.0	86
Casada	7.5	4,052	80.9	303
Unida	9.4	9,944	73.7	938
Divorciada/separada	7.8	3,881	75.9	302
Viuda	5.9	124	*	7
Zona de residencia				
Urbana	7.9	12,995	74.9	1,021
Rural	10.1	6,098	74.5	616
Educación				
Sin educación	7.4	864	64.2	64
Primaria 1-4	9.7	3,586	69.9	349
Primaria 5-8	10.0	5,890	75.3	589
Secundaria	7.7	5,732	75.6	442
Superior	6.4	3,021	83.9	193
Total	8.6	19,093	74.8	1,637

Nota: No se presentan los porcentajes para menos de 30 casos sin ponderar (*).

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES

A las mujeres que tuvieron relaciones sexuales en los 12 meses anteriores a la ENDESA 2002 se les preguntó por las personas con quienes tuvieron relaciones. Los resultados se presentan en el Cuadro 7.9 tanto para las mujeres en unión como para las mujeres no unidas.

Entre las mujeres en unión, prácticamente la totalidad tuvieron relaciones solamente con el esposo o compañero. Entre las mujeres no unidas, casi una de cada tres (el 31 por ciento), tiene pareja sexual. Casi el 4 por ciento de las mujeres no unidas admitieron tener 2 o más parejas sexuales (el 6 por ciento entre las mujeres alguna vez unidas y aquellas unidas del grupo 25-29 años).

Cuadro 7.9 Relaciones monogámicas y número de parejas sexuales de las mujeres

Entre las mujeres en unión, porcentaje de mujeres que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses únicamente con el esposo o compañero; y distribución porcentual de las mujeres no unidas por el número de parejas con quienes tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses, según características seleccionadas, República Dominicana 2002

Característica	Relaciones sexuales en últimos 12 meses		Número de parejas en los últimos 12 meses						
	Sólo con esposo/compañero	Mujeres en unión	Ninguna pareja	1 pareja	2+ parejas	No sabe/sin información	Total	Promedio de parejas	Mujeres no unidas
Edad									
15-19	96.8	1,017	85.3	12.5	1.9	0.2	100.0	0.1	3,533
20-24	97.4	2,158	62.5	32.4	5.0	0.0	100.0	0.4	1,990
25-29	98.8	2,496	49.7	44.3	6.0	0.0	100.0	0.5	1,128
30-39	98.8	4,961	53.7	41.8	4.5	0.1	100.0	0.5	1,495
40-49	98.9	3,363	70.5	27.3	2.1	0.2	100.0	0.3	1,242
Estado conyugal									
Nunca casada/unida	na	na	84.4	13.9	1.6	0.1	100.0	0.2	5,383
Divorciada/separada/viuda	na	na	48.7	45.1	6.1	0.1	100.0	0.5	4,005
Zona de Residencia									
Urbana	98.4	9,131	67.8	28.4	3.8	0.1	100.0	0.3	6,904
Rural	98.6	4,865	73.2	23.8	2.6	0.3	100.0	0.3	2,484
Educación									
Sin educación	97.5	707	62.0	33.9	4.0	0.0	100.0	0.4	190
Primaria 1-4	98.5	2,784	62.4	32.5	5.1	0.0	100.0	0.4	1,001
Primaria 5-8	98.4	4,458	66.1	29.4	4.5	0.0	100.0	0.4	2,407
Secundaria	98.4	4,011	73.3	23.6	2.9	0.3	100.0	0.3	3,909
Superior	99.0	2,037	69.1	28.3	2.6	0.0	100.0	0.3	1,881
Total	98.5	13,996	69.2	27.2	3.5	0.1	100.0	0.3	9,388

na = No aplicable

