



**Secretariado Técnico de la Presidencia
OFICINA NACIONAL DE ESTADISTICA
DEPARTAMENTO DE ENCUESTAS**



Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples 2006 ENHOGAR 2006

Informe de Avance de Resultados

**Santo Domingo
Diciembre 2006**

Esta Encuesta contó con el apoyo técnico y financiero del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Juventud (UNICEF), en el marco de las Encuestas de Múltiples Indicadores por Conglomerados (MICS).

Personal directivo de la Encuesta

Gerencia

Director Nacional de la Oficina Nacional de Estadística: Pablo *Tactuk*.

Encargado de la Gerencia de Censos y Encuestas: Francisco *Cáceres Ureña*.

Encargada del Departamento de Encuestas: Germania *Estévez Then*.

Asesores Internacionales: Alberto *Padilla Trejo* y Mario *Gutiérrez Sardán*.

Apoyo Institucional

Encargado del Departamento Financiero: *Víctor Valdez*.

Encargada del Departamento Administrativo: *Rosa Calderón*.

Encargado del Departamento de Cartografía: *Juan Arias*.

Encargado del Departamento de Tecnología: *Danilo Duarte*.

Encargada del Departamento de Cooperación Internacional: *Clara Báez*.

Asistente de la Dirección Nacional: *Héctor Marrero*.

Apoyo Internacional

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Juventud (UNICEF).

Responsable del sistema de entrada de datos: Ladys *Ortiz*.

INDICE

Introducción-----	3
Antecedentes y justificación -----	4
Metodología -----	5
Resultados preliminares -----	9
Resultados de las entrevistas de hogar e individuales-----	10
Mortalidad de la niñez -----	13
Desnutrición en la niñez -----	16
Lactancia -----	21
Vacunas en el primer año de vida -----	24
Tratamiento de pulmonía con antibióticos -----	26
Uso de combustibles sólidos en el hogar -----	28
Uso de fuentes mejoradas de agua -----	31
Uso de medios sanitarios para eliminación de excretas-----	34
Uso de anticoncepción-----	39
Asistencia durante el parto -----	43
Registro de nacimiento -----	47
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria-----	51
Paridad de género en la educación -----	55
Asistencia escolar de niños huérfanos -----	58
Matrimonio temprano-----	61
Conocimiento integral sobre transmisión de VIH/SIDA -----	64

INTRODUCCIÓN.

Este informe tiene como propósito presentar los resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples 2006 (**ENHOGAR 2006**) realizada en la República Dominicana por la Oficina Nacional de Estadística (ONE), con apoyo técnico y financiero del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Juventud (UNICEF), en el marco de las Encuestas de Múltiples Indicadores por Conglomerados (MICS).

La **ENHOGAR 2006** se realizó con el objetivo principal de proporcionar información estadística actualizada a nivel nacional y por estratos sociodemográficos sobre indicadores de vivienda y situación de la mujer, niñez y adolescencia. Otro de los objetivos fue proporcionar información comparativa con encuestas anteriores realizadas por la ONE y otras instituciones.

En el presente informe se hace una descripción preliminar de algunos de los aspectos más importantes incluidos en la **ENHOGAR 2006**, principalmente aquellos relacionados con los objetivos de la MICS, apoyados por UNICEF a nivel internacional.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PAÍS.

Características Geográficas.

La República Dominicana comparte la isla Hispaniola con la República de Haití. La isla, segunda en tamaño del archipiélago de las Antillas Mayores, conformado además por Cuba, Jamaica y Puerto Rico, tiene una extensión de 77,914 kilómetros cuadrados, de los cuales la República Dominicana ocupa 48,670. También tiene anexas a su territorio las islas Saona y Beata. El litoral costero alcanza 1,500 Km. de longitud. Las coordenadas geográficas de su ubicación corresponden a los 68 grados 30 minutos longitud oeste y a los 18 grados 20 minutos latitud norte. Los límites naturales son: al norte el Océano Atlántico, al sur el Mar Caribe, al este el Canal de la Mona y al oeste la República de Haití.

El clima es tropical, las temperaturas mínimas y máximas oscilan entre 22 y 32 grados centígrados, respectivamente. La heterogeneidad topográfica genera una gran diversidad en la temperatura y en el patrón de lluvias que está influenciado por los vientos alisios del noroeste. La precipitación media anual es de 1,400 mm., con oscilación desde los 400 mm. en la zona más seca hasta los 2,300 mm. en la más húmeda. La ubicación del país determina una gran influencia en su territorio de fenómenos atmosféricos como tormentas y ciclones.

División Política y Administrativa.

La división territorial considera la provincia como la unidad político-administrativa mayor. A junio de 2006, el país se encontraba dividido en 31 provincias y un Distrito Nacional. Las provincias, a su vez, están divididas en municipios y distritos municipales.

Población.

La población censada en la República Dominicana en 2002 fue 8,562,541 habitantes. Para el año 2006 se estima que la población alcanza 9.4 millones de personas. La estructura de la población es predominantemente joven, con una edad mediana de 22 años, pero con tendencia al envejecimiento, debido principalmente a la drástica reducción de la tasa de fecundidad, que ha pasado de 7.5 hijos por mujer en la década de los años sesenta, a 3.0 hijos por mujer al finalizar el milenio. La densidad poblacional es de 194 habitantes por kilómetro cuadrado y la tasa promedio anual de crecimiento es de 17 por mil habitantes.

ENCUESTA NACIONAL DE HOGARES DE PROPÓSITOS MÚLTIPLES (ENHOGAR 2006).

Antecedentes y justificación.

El país requiere conocer la situación de la niñez para evaluar su progreso hacia las metas planteadas en la Cumbre Mundial sobre la Infancia y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, para poder reorientar su política de desarrollo social y económico, ya que la inversión en la niñez es la mejor garantía de progreso en el futuro.

Para este propósito, es necesario desarrollar una encuesta especializada sobre los diferentes aspectos relacionados con la niñez, desde antes de su nacimiento hasta su paso a la mayoría de edad, a fin de contar con información fiable y oportuna, por cuanto no existe un sistema regular de información estadística que suministre información de manera continua. Una encuesta de similar naturaleza fue desarrollada en el año 2000 por el Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM).

La Oficina Nacional de Estadística de la República Dominicana ha instaurado un programa de encuestas de hogares denominado Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR), orientado a recopilar periódicamente datos sobre diferentes temas sociales, económicos y ambientales, en cuyo marco se llevó a cabo la presente investigación.

La Oficina Nacional de Estadística (ONE) tiene en la actualidad la capacidad suficiente para desarrollar encuestas a nivel nacional, pues cuenta con la experiencia fresca de haber efectuado en 2005 una encuesta de carácter multipropósito, (ENHOGAR 2005) sobre seguridad ciudadana, uso de tecnologías de la información y algunos indicadores de las Metas del Milenio, cuyos resultados fueron difundidos en diciembre de dicho año.

Por su parte, UNICEF tiene un programa de apoyo para las encuestas MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys) que permite brindar asistencia a los países de la región latinoamericana, y que se inició con reuniones técnicas en Panamá y Jamaica en el año 2005.

Asimismo, el Secretariado Técnico de la Presidencia ha solicitado información fiable y actual para evaluar la situación de la niñez con miras a la elaboración de un informe del país para ser presentado en el marco de la reunión que se desarrollará en las Naciones Unidas para ese fin, en el año 2007.

La **ENHOGAR 2006** es importante porque es una fuente de información oportuna y fiable para la toma de decisiones de las autoridades del gobierno y de todos los organismos de cooperación que favorecen el desarrollo de la niñez, la adolescencia y la mujer del país. La información obtenida permitirá evaluar el cambio en la situación de estos grupos poblacionales entre 2000 y 2005, así como los logros en el avance a las metas planteadas en la Cumbre Mundial sobre la Infancia y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. De otra parte también permite evaluar el impacto de los programas puestos en ejecución.

Objetivo.

El objetivo general de la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR 2006), es generar un conjunto de indicadores actualizados a escala nacional y para subgrupos de población sobre la situación de la mujer, de la niñez y la adolescencia en el año 2006, considerando la fase de gestación, nacimiento, infancia y juventud.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- § Conocer la situación de las viviendas y los hogares de los niños y adolescentes.
- § Conocer el grado de acceso de la niñez y la adolescencia a la educación.
- § Conocer el acceso a la salud por parte de la madre y la niñez.
- § Conocer los niveles de desnutrición infantil.

Metodología.

Organización.

Se constituyó un Comité Técnico con representantes de las siguientes instituciones: Oficina Nacional de Estadística (ONE), Oficina Nacional de Planificación (ONAPLAN) y UNICEF. También participaron las siguientes instituciones: Consejo Nacional para la Niñez (CONANI), Oficina de los Objetivos del Milenio (ODM), y Oficina de la Primera Dama, por ser los principales usuarios de la información obtenida.

La Oficina Nacional de Estadística fue la Institución responsable de la ejecución de la encuesta a través de la Gerencia de Censos y Encuestas, cuyo titular asumió la dirección del proyecto y contó con el apoyo de la Gerencia de Tecnología y Sistemas de Información y de los departamentos Financiero y Administrativo. Se contó también con el concurso de un asesor internacional en desarrollo de encuestas y un asesor internacional en procesamiento de datos. Asimismo, se buscó el concurso de consultores locales y la participación de UNICEF, la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) y otras instituciones vinculadas con la niñez, la adolescencia y la mujer. También se contrató un experto internacional para el análisis de la encuesta.

Población objetivo.

La población objetivo está constituida por los hogares y las personas que son miembros permanentes de los hogares de la República Dominicana, con excepción de los habitantes de las islas menores.

La muestra.

El marco muestral empleado corresponde al Registro de Viviendas que sirvió de base para los Censos de Población y Vivienda del año 2002, efectuado por la Oficina Nacional de Estadística. De este marco, una muestra de 1,900 Unidades Primarias de Muestreo fue actualizada para la ENHOGAR 2005, la misma que se constituye en la Muestra Maestra para la ENHOGAR 2006.

La investigación se realizó sobre la base de una muestra de 10,950 hogares seleccionados de manera aleatoria.

Para los fines de esta encuesta, se considera que el grado de aglomeración de la población tiene una correlación positiva con las condiciones de vida de la población en general y de la niñez, la adolescencia y la mujer en particular. Por esta razón se han considerado los siguientes 4 estratos:

- 1) **Ciudad de Santo Domingo**, constituido por el Distrito Nacional y la parte urbana de la provincia de Santo Domingo, a excepción de los municipios de Guerra y Boca Chica.

- 2) **Otras ciudades de más de 100 mil habitantes** estimados al año 2005, que son las siguientes: Santiago, San Cristóbal, La Vega, San Pedro de Macorís, Puerto Plata, San Francisco de Macorís, La Romana e Higüey.
- 3) **Resto urbano.** Son los centros poblados correspondientes a las cabeceras de los Municipios o Distritos Municipales.
- 4) **Rural.** Son las áreas pobladas que no corresponden a las cabeceras de los Municipios y Distritos Municipales.

La muestra es bietápica, siendo las unidades primarias de muestreo (UPM) las denominadas áreas de supervisión en la organización del Censo de Población y Vivienda del 2002. La selección en la primera etapa corresponderá al 50% de las unidades primarias de muestreo seleccionadas en la ENHOGAR 2005, la cual se conocerá como la muestra maestra. Las unidades secundarias de muestreo son las viviendas dentro de las UPM seleccionadas en la primera etapa. Las viviendas fueron seleccionadas en segmentos compactos cuidando de no visitar aquellas que hubieran sido entrevistadas en la ENHOGAR 2005. En las viviendas seleccionadas se entrevistaron a todas las mujeres en edad fértil y a sus hijos. Se tomaron 10 viviendas por UPM en el área urbana y 15 en el área rural.

La muestra es ponderada, es decir, considera probabilidades de selección que pueden diferir de hogar a hogar, en función del tamaño de la población en las distintas etapas de selección y de la composición demográfica de los hogares.

En el Informe Final se presentará el diseño de la muestra de manera completa.

Niveles de inferencia.

Los resultados de la encuesta pueden ser generalizados para el total nacional, total urbano y total rural y para los cuatro estratos (indicados antes) considerados en el diseño muestral. También se pueden hacer inferencias para variables que consideran el total de hogares o de población (mujeres) para regiones de planificación (que se presentan) u otras regionalizaciones que interesen a los investigadores. Para algunas variables se podrán hacer inferencias incluso a nivel de provincias.

Las 10 Regiones de Planificación, creadas como agregados de provincias por Decreto No. 710-04 de fecha 30 de julio de 2004, son:

- I. Cibao Norte: Santiago, Puerto Plata y Espaillat.
- II. Cibao Sur: La Vega, Monseñor Nouel y Sánchez Ramírez.
- III. Cibao Nordeste: Duarte, Samaná, María Trinidad Sánchez y Salcedo.
- IV. Cibao Noroeste: Dajabón, Montecristi, Santiago Rodríguez y Valverde.
- V. Valdesia: Azua, Peravia, San Cristóbal y San José de Ocoa.
- VI. El Valle: San Juan y Elías Piña.
- VII. Enriquillo: Independencia, Bahoruco, Barahona y Pedernales.
- VIII. Yuma: La Altagracia, La Romana y El Seibo.
- IX. Higüamo: Monte Plata, San Pedro de Macorís y Hato Mayo.
- X. Ozama: Distrito Nacional y Santo Domingo.

Los cuestionarios.

Los cuestionarios fueron desarrollados tomando como referencia los modelos básicos de la MICS, de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA 2002) y de la Encuesta de Fuerza de Trabajo del Banco Central. La redacción de las preguntas fue adecuada al lenguaje común del dominicano.

Se utilizaron tres cuestionarios:

- Vivienda y hogar, el cual contiene la información muestral, las características de las viviendas, y las características de los miembros del hogar.
- Mujer de 12 a 49 años, que contiene información sobre la mujer y sus hijos.
- Persona menor de 18 años, con información personal de todos los niños y niñas y jóvenes de esta edad.

Los cuestionarios fueron discutidos con UNICEF y con representantes de instituciones vinculadas con la niñez, la adolescencia y la mujer, se validaron en un grupo focal y en una prueba de campo.

Capacitación.

La capacitación se efectuó en dos fases: en la primera, durante 6 días, se desarrollaron sesiones en sala, donde se discutieron los fundamentos y la forma de operar con las preguntas y además se hicieron entrevistas a personas invitadas. Los dos últimos días fueron dedicados a prácticas de campo para que las entrevistadoras se familiarizaran con el cuestionario y desarrollaran destreza. También para que las supervisoras identificaran el grado de desempeño de las aspirantes. Al finalizar esta fase se seleccionaron a las participantes de mejor rendimiento para continuar con la capacitación.

La segunda fase, de tres días, fue dedicada a la toma de medidas antropométricas. Para este fin, se coordinó con centros de albergue infantil para poder realizar las prácticas. Se contó en esta parte con el concurso de especialistas del sector de la salud.

Trabajo de campo.

El trabajo de campo se realizó en 2 meses, del 18 de mayo al 15 de julio de 2006. Se emplearon 10 equipos constituidos por:

- § Una supervisora.
- § Una antropometrista y consistenciadora de datos.
- § Cuatro entrevistadoras.

Los informantes fueron:

- ¡ Jefe del hogar o una persona adulta residente permanente en el hogar, para la información referida al hogar y a sus miembros.
- ¡ La madre o tutora de los niños que habitaban en el hogar. Donde no hubieron éstas, la información se solicitó al padre o tutor de los niños.
- ¡ Los niños y adolescentes de 10 a 17 años.

La toma de medidas antropométricas fue efectuada de manera simultánea por la antropometrista.

Instrumentos para la encuesta.

Se emplearon kits para las pruebas de sal, tallímetros y balanzas madre/niño marca SECA, utilizadas ampliamente en este tipo de encuestas especializadas, para la obtención de las medidas antropométricas.

Procesamiento.

El procesamiento fue realizado de manera casi paralela a la operación de campo, empleando un sistema *inteligente* de entrada de datos, CSPro, con consistencia preliminar casi

simultánea a la digitación. Se efectuó una doble digitación para asegurar la integridad y la fiabilidad de los cuestionarios introducidos. En la depuración y edición final de los datos y la generación de los Cuadros de este informe se utilizaron el CSPro y el SPSS. Para futuros análisis de la información y la generación de tabulados se tienen las bases en SPSS. Los principales indicadores tendrán sus correspondientes intervalos de confianza y errores estándares, que serán presentados en el Informe Final.

Productos.

Se presenta el Informe Preliminar, con los resultados más importantes en el marco de MICS y de las Metas del Milenio.

Además, se tendrán los siguientes productos:

- Una base de datos depurada.
- Un Informe Final de resultados descriptivo impreso.
- Un informe técnico con la metodología seguida, en forma impresa y en versión electrónica.

RESULTADOS.

En cada una de las viviendas de la muestra seleccionada para la **ENHOGAR 2006** se aplicaron tres cuestionarios: Cuestionario de Hogar, Cuestionario de Mujer y Cuestionario de Menor de 18 Años.

En el Cuestionario de Hogar se registraron las características más importantes de cada uno de los miembros del hogar: relación de parentesco con el jefe del hogar, sexo, edad, estado conyugal, supervivencia y residencia de los padres de los menores de 18 años, nivel de educación alcanzado, matrícula y asistencia escolar, migración y mortalidad de miembros del hogar y trabajo para personas de 10 y más años. También se registraron las características estructurales y servicios básicos de la vivienda, y la disponibilidad de bienes de consumo duradero en el hogar. Por último, en esta sección se hizo prueba de yodo a la sal que utilizan en el hogar para cocinar.

Con el Cuestionario de Mujer se obtiene información sobre las características de la mujer, los nacimientos que tuvo, salud materna y del recién nacido, características del embarazo actual, nupcialidad y conocimiento y actitudes respecto al VIH/SIDA.

En el Cuestionario de Niños y Adolescentes (Menores de 18 años), se registraron, para este segmento de la población, las características generales, tenencia de acta de nacimiento, asistencia a centros de estimulación y aprendizaje temprano, consumo de vitamina A, lactancia, atención a enfermedades de la infancia, inmunización, trato físico y psicológico, discapacidad, uso del tiempo y, por último, antropometría.

En este Informe Preliminar se presenta un adelanto de resultados en función de la necesidad de UNICEF de contar con información referida a ámbitos de la mortalidad de niños y niñas, salud de niños y niñas, entorno, salud reproductiva, desarrollo de niñas y niños, educación, protección de la niñez y, finalmente, VIH/SIDA, comportamiento sexual y niños y niñas huérfanos y vulnerables.

Los resultados preliminares se presentan para región de planificación, área de residencia, estrato, nivel educativo de las madres y quintil de riqueza. Con la finalidad de facilitar la lectura de mapas y gráficos, se ha mantenido la numeración de éstos en correspondencia con el número de cada cuadro.

1. Resultados de las entrevistas de hogar e individuales.

En la **ENHOGAR 2006**, el hogar se definió como una persona o grupo de personas conviviendo y compartiendo una fuente común de alimentos, independientemente de la existencia o no de lazos de parentesco entre ellas.

Las tasas de respuesta o rendimiento de la muestra (que se presentan en el Cuadro 1), a nivel de hogar, resultan de la relación entre el número de hogares con cuestionario completo y el número de hogares que se encontraron ocupados durante el trabajo de campo. Las tasas de respuesta de los cuestionarios individuales, mujeres, por un lado, y menores de 18 años, por otro, están dadas por la relación entre las mujeres entrevistadas exitosamente (o menores de 18 años, según sea el caso) y el número de mujeres enumeradas en el listado del hogar (o menores de 18 años).

Cuadro 1. Resultado de entrevistas de hogar e individuales de mujeres 12-49 y niños 0-17.							
Número de hogares, número de entrevistas y tasas de respuesta, según zona de residencia y estratos. República Dominicana, ENHOGAR 2006.							
Resultado	Zona de residencia		Distrito Nacional y Santo Domingo	Estrato			Total
	Urbano	Rural		Grandes Ciudades	Resto Urbano	Rural	
Entrevistas de hogares							
Hogares seleccionados	6,600	4,350	1,450	1,640	3,510	4,350	10,950
Hogares ocupados	6,581	4,290	1,441	1,635	3,505	4,290	10,871
Hogares entrevistados	6,264	4,213	1,284	1,539	3,441	4,213	10,477
Tasa de respuesta de hogares	95.2	98.2	89.1	94.1	98.2	98.2	96.4
Entrevista individual: mujeres 12-49							
Número de mujeres elegibles	6,639	3,953	1,375	1,582	3,682	3,953	10,592
Número de mujeres entrevistadas	6,440	3,860	1,317	1,529	3,594	3,860	10,300
Tasa de respuesta de mujeres elegibles	97.0	97.6	95.8	96.6	97.6	97.6	97.2
Entrevista individual: menores 0-17							
Número de menores elegibles	9,072	6,553	1,678	1,981	5,413	6,553	15,625
Número de menores elegibles entrevistados	9,012	6,531	1,653	1,967	5,392	6,531	15,543
Tasa de respuesta de menores elegibles	99.3	99.7	98.5	99.3	99.6	99.7	99.5

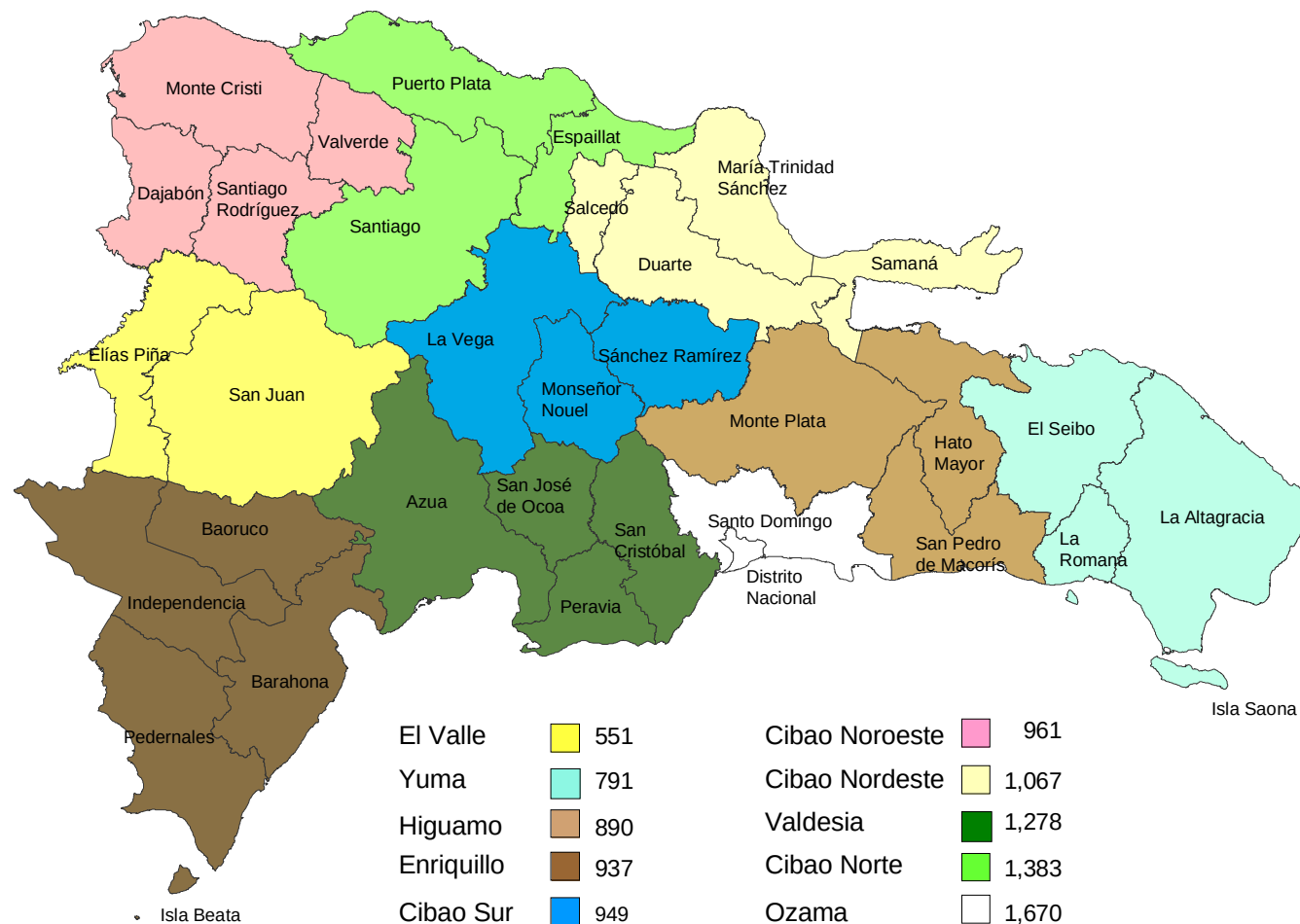
Las tasas globales de respuesta, tanto para mujeres como para menores de 18 años, se calculan multiplicando la tasa de respuesta del hogar por la tasa de respuesta de mujer y la tasa de respuesta del hogar por la tasa de respuesta de menores de 18 años, respectivamente.

- Las tasas de respuesta en el trabajo de campo, como se puede apreciar, son bastante altas. Así, para el país se han logrado coberturas del 96% para los hogares, 97% para las mujeres de 12 a 49 años y casi del 100% para los menores de 18 años.

- Las tasas de respuesta a nivel de hogar son las que más variación presentan en las zonas urbana y rural, con 95% y 98%, respectivamente. Las variaciones son aún mayores para los estratos socio-demográficos, pues cuanto más urbanizado el estrato, menor fue la cobertura; así, en la ciudad de Santo Domingo, se alcanzó una cobertura de 89%, frente a 98% en Resto Urbano y Rural. En general, las coberturas de encuestas de hogares en ciudades grandes, suelen ser incluso más bajas por el poco apoyo a estas investigaciones en los estratos socio económicos altos; en el caso de Santo Domingo, el haber logrado esta cobertura puede calificarse como un trabajo exitoso.
- Las coberturas para las encuestas individuales de mujeres de 12 a 49 años, y de menores de 18 años, son muy altas en todos los niveles. Nuevamente, es en la ciudad de Santo Domingo donde son ligeramente menores las cifras, pero también están en valores que muestran el enorme esfuerzo realizado por los equipos de encuestadoras para lograr estas altas coberturas.
- A nivel de país, de la combinación de las coberturas de hogar y de mujer resulta una cobertura final para mujeres (no en el cuadro) del 94%. Por otro lado, de la combinación de las coberturas de hogar y de menor de 18 años, resulta una cobertura final para menores, del 96%. Son altas y esto, muestra el esfuerzo desplegado por el personal de campo, ya que para lograrlas se tuvo que regresar varias veces a las viviendas seleccionadas.

Por otro lado, en el Mapa 1 de la siguiente página, se presenta el número de hogares entrevistados por región de planificación, para que el lector tenga una primera aproximación de la validez de los resultados a este nivel de desagregación.

Mapa 1. Distribución de hogares en la muestra según regiones de planificación



2. Mortalidad de la niñez.

En la Encuesta de Propósitos Múltiples 2006 (ENHOGAR 2006) se obtuvo la historia de nacimientos de cada una de las mujeres entrevistadas, en la que se averiguó 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 teniendo entre 1 y 23 meses de edad.
- En años para los que fallecieron después de cumplir los 2 años.

Estos datos permiten calcular, para períodos determinados, las siguientes probabilidades de morir:

- Mortalidad neonatal: probabilidad de morir durante el primer mes de vida (MN);
- Mortalidad post-neonatal: probabilidad de morir después del primer mes de vida pero antes del año de edad;
- Mortalidad infantil: probabilidad de morir durante el primer año de vida (${}_1q_0$);
- Mortalidad post-infantil: probabilidad de morir después del primer año de vida pero antes de los 5 años de edad;
- Mortalidad en la niñez: probabilidad de morir antes de cumplir 5 años (${}_5q_0$).

Al igual que las otras variables, la mortalidad está sujeta a errores de declaración en la recolección de la información. 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 error que puede ocurrir es la declaración errónea de la edad al morir o de la fecha de defunción del hijo. En encuestas de otros 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 el traslado de las 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 post-infantil. En el caso de la ENHOGAR 2006 no hay evidencias importantes de desplazamientos de edades al fallecer de menores de 1 año hacia los 12 meses o más en las declaraciones referidas a los 5 años anteriores a la encuesta (en el Informe Final se presentarán Cuadros sobre control de calidad).

En el Cuadro 2 se presentan estimaciones de la mortalidad infantil y en la niñez para el quinquenio anterior a la ENHOGAR 2006, calculadas utilizando métodos directos de estimación a partir de las historias de nacimientos y defunciones obtenidas en las entrevistas a mujeres en edad reproductiva. En el Informe Final se presentarán también resultados obtenidos de la aplicación de técnicas indirectas y otras técnicas directas para un mejor conocimiento de la mortalidad infantil.

Especial atención debe prestarse a la mortalidad durante el primer mes de vida (mortalidad neonatal), pues cuando descende 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 a partir del segundo mes de vida son atribuibles a los condicionantes socio-económicos imperantes en los hogares y en su entorno.

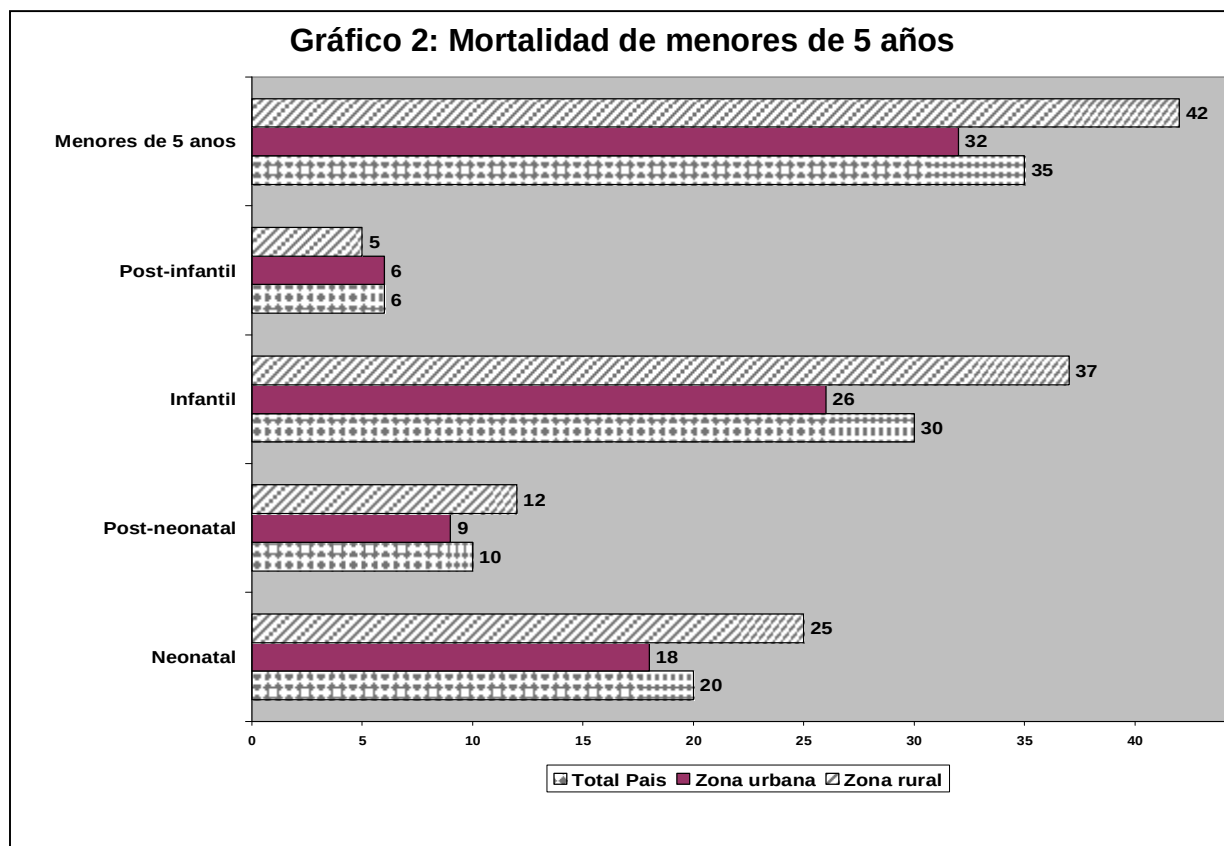
Las muertes neonatales, ocurridas en las primeras 4 semanas de vida, son 20 por cada mil nacimientos para los últimos 5 años. La mortalidad infantil ha sido estimada en 30 muertes antes del año de vida, por cada mil nacidos vivos. La mortalidad para menores de 5 años alcanza a 35 muertes de niños y niñas de esta edad también por cada mil nacidos vivos en los últimos 5 años.

Cuadro 2: Mortalidad de menores de 5 años

Tasas de mortalidad de menores de cinco para el periodo 0-4 años antes de la encuesta, según residencia. República Dominicana, ENHOGAR 2006.

	Neonatal	Post-neonatal	Infantil	Post-infantil	Menores de 5 años
Total país	20	10	30	6	35
Zona urbana	18	9	26	6	32
Zona rural	25	12	37	5	42

Tal como se observa en el siguiente gráfico, la mortalidad neonatal es relativamente alta comparada con la infantil, pero esta situación se presenta al bajar la mortalidad infantil, pues las muertes neonatales son más difíciles de disminuir cuando ya se tienen niveles relativamente bajos de mortalidad, como es el caso de República Dominicana.



También se presentan estimaciones de la mortalidad neonatal, infantil y para menores de 5 años para la residencia urbana y rural (ver Gráfico 2). Las diferencias son importantes en todos los casos, más altas mortalidades en la zona rural que urbana en alrededor de un 30%. Así, de cada 1,000 niños que nacen en la zona rural, 35 mueren antes de su primer cumpleaños, frente a 26 de la zona urbana. Indudablemente que estas cifras muestran las desigualdades entre estas dos zonas, tanto en aspectos relacionados con el neonato (condiciones de salud y nutrición de las madres y condiciones de los servicios de salud) como también en aspectos relacionados con saneamiento, salud y nutrición que afectan a los niños después del mes de nacido.

3. Desnutrición en la niñez.

La desnutrición es un problema de salud pública porque es una entidad nosológica que afecta a un grupo poblacional grande, que tiene consecuencias inmediatas pero que también afecta la vida futura de quienes son ahora niños. Este problema involucra a diversos sectores gubernamentales y necesita, para su resolución, de políticas públicas en materia de salud y en áreas relacionadas.

Durante los primeros 5 años de vida ocurren los cambios más importantes en el crecimiento y desarrollo. El crecimiento alcanza las velocidades más elevadas y el desarrollo se caracteriza por el logro de importantes hitos sucesivos en períodos muy cortos de tiempo.

Es durante esta fase de la vida en la que el menor logra su madurez inmunológica y adquiere habilidades y destrezas en su desarrollo psicomotor que lo preparan para su ingreso exitoso al sistema educativo formal. En un período tan importante para la formación del individuo, la alimentación y la nutrición ocupan un lugar central, al proporcionar la energía y los nutrientes necesarios para soportar las exigencias del crecimiento y propiciar las condiciones para que se manifieste un desarrollo óptimo.

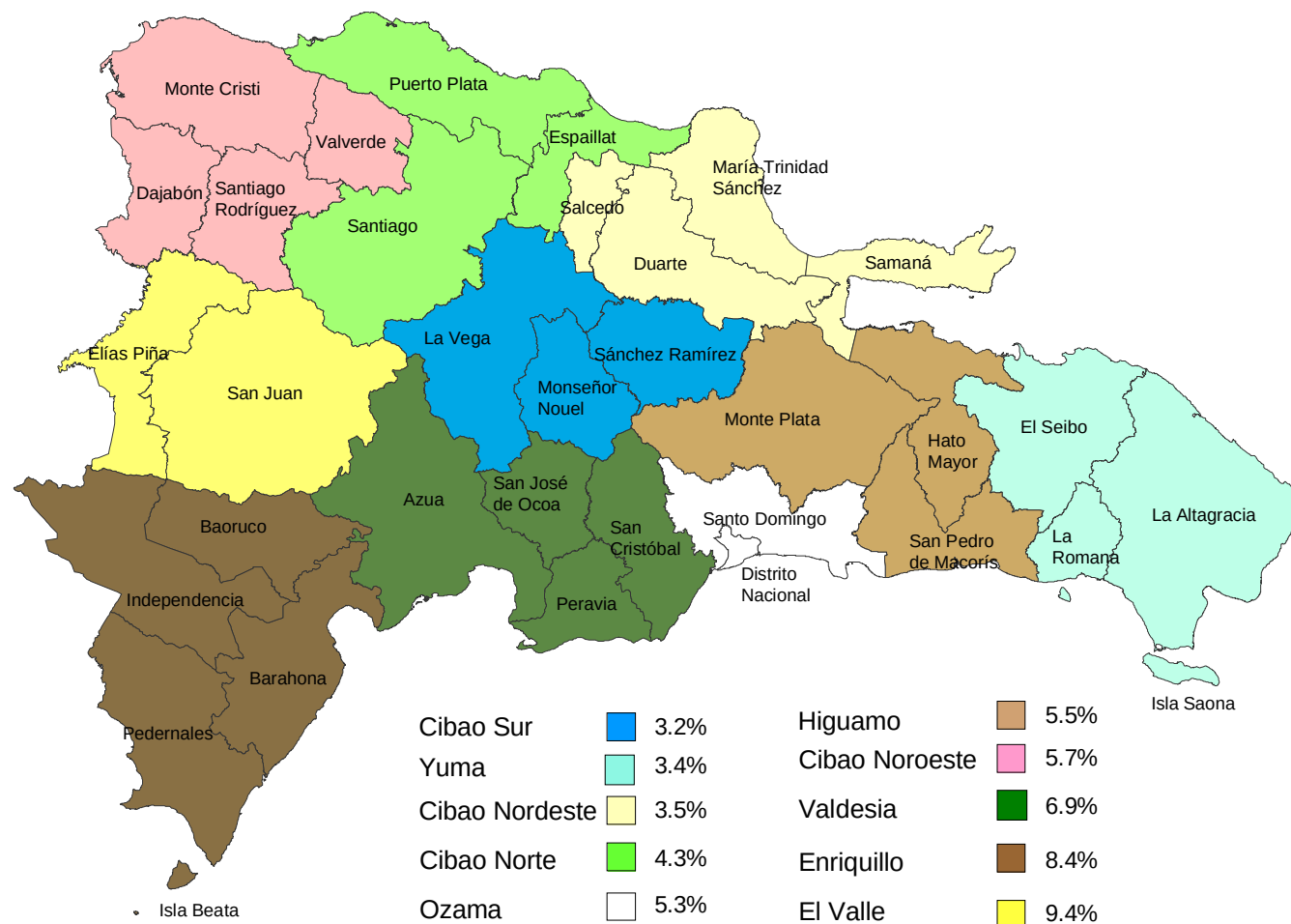
Dado que el estado nutricional de los niños está estrechamente asociado a su morbilidad y mortalidad, en la ENHOGAR 2006 se incluyó un módulo de antropometría en el cual se obtuvo el peso y la talla de niños y niñas nacidos después de mayo de 2000, siguiendo las normas internacionales y utilizando instrumentos de precisión.

Utilizando las mediciones de peso y talla, combinadas con la edad, se han calculado los siguientes índices:

- Talla para la edad como indicador de desnutrición crónica. Los niveles de desnutrición crónica, cuyo resultado es el retardo en el crecimiento para la edad, se determinan al comparar la talla del niño o la niña con la esperada para su edad y sexo. Los niveles de desnutrición crónica en niños y niñas próximos a cumplir los 5 años (48-59 meses, por ejemplo), son un indicador de los efectos acumulativos del retraso en el crecimiento durante todo o gran parte del tiempo vivido por el niño.
- Peso para la talla como indicador de desnutrición aguda (emaciación). 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.
- Peso para la edad como indicador de desnutrición global (o general). 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 el Centro 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. 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. Los resultados se presentan en el Mapa 3 y en el Cuadro 3.1 por región de planificación y características seleccionadas.

Mapa 3. Desnutrición global en la niñez según regiones de planificación



Cuadro 3.1 Desnutrición en la niñez.

Porcentaje de niños/as de 0 a 59 meses que están severamente o moderadamente desnutridos. República Dominicana, ENHOGAR 2006.

		<u>Peso para la edad</u>		<u>Talla para la edad</u>		<u>Peso para la talla</u>		% sobre +2 DE	Número de niños/as de 0 a 59 meses
		% debajo de -2 DE*	% debajo de -3 DE*	% debajo de -2 DE**	% debajo de -3 DE**	% debajo de -2 De***	% debajo de -3 De***		
Regiones	Cibao Norte	4.3	0.0	6.0	1.2	1.7	0.1	6.2	593
	Cibao Sur	3.2	0.4	7.4	1.7	0.3	0.0	3.8	286
	Cibao Nordeste	3.5	0.3	9.1	0.6	0.5	0.0	7.1	227
	Cibao Noroeste	5.7	0.7	7.2	1.0	2.9	0.7	4.3	171
	Valdesia	6.9	1.4	7.5	2.1	1.6	0.0	4.3	439
	El Valle	9.4	2.5	9.0	1.6	5.5	0.2	4.7	137
	Enriquillo	8.4	0.9	10.5	2.6	2.8	0.1	2.4	207
	Yuma	3.4	0.3	5.6	1.0	0.2	0.0	2.5	227
	Higüamo	5.5	0.7	7.4	1.7	0.9	0.0	3.7	288
	Ozama	5.3	0.5	6.6	1.9	1.1	0.2	4.7	1,207
Total		5.3	0.6	7.2	1.6	1.4	0.1	4.6	3,782

* MICS indicador 6; ODM indicador 4

** MICS indicador 7

*** MICS indicador 8

Peso para la edad como indicador de desnutrición global.

- Con relación al peso con la edad, se tiene que el 5% de los menores de 5 años se clasifican como desnutridos y casi 1 de cada 100 como desnutrido severo. Se puede observar que los mayores porcentajes de niños y niñas que tienen el peso bajo para su edad, corresponden a las regiones de El Valle (9%) y Enriquillo (8%). Es preocupante lo que ocurre en la región de El Valle, donde casi el 3% de los menores de 5 años tiene desnutrición severa.
- Los datos sobre desnutrición global coinciden con la situación de mayor pobreza de las regiones. Es pertinente recordar que la región de El Valle está conformada por las provincias San Juan y Elías Piña; y la región de Enriquillo está conformada por las provincias de Independencia, Bahoruco, Barahona y Pedernales.
- Al otro extremo, con menores proporciones de niños con desnutrición global, están las regiones de Yuma (provincias La Altagracia, La Romana y El Seibo) y Cibao Sur (provincias La Vega, Monseñor Nouel y Sánchez Ramírez).
- En cuanto a algunas características seleccionadas (ver Cuadro 3.2), se encuentran los más altos porcentajes de niños y niñas con desnutrición global entre los de 12 a 23 meses y los del quintil más pobre con 9%. El caso de la edad se puede indicar que es la edad del destete y a la que comienzan a moverse los infantes por sí mismos y, posiblemente, a ingerir sustancias no limpias y/o contaminadas.

Talla para la edad como indicador de desnutrición crónica.

- La deficiencia de talla para la edad, que es un indicador de retardo en el crecimiento, se da en el 7% de los niños y niñas en el país; de forma severa, casi en el 2%.

Cuadro 3.2. Desnutrición en la niñez.

Porcentaje de niños/as de 0 a 59 meses que están severamente o moderadamente desnutridos. República Dominicana, ENHOGAR 2006.

		<u>Peso para la edad</u>		<u>Talla para la edad</u>		<u>Peso para la talla</u>			Número de niños/as de 0 a 59 meses
		% debajo de -2 DE*	% debajo de -3 DE*	% debajo de -2 DE**	% debajo de -3 DE**	% debajo de -2 De***	% debajo de -3 De***	% sobre +2 DE	
Zona	Urbano	5.3	0.5	6.7	1.4	1.4	0.1	5.2	2,428
	Rural	5.3	0.8	8.0	2.1	1.4	0.1	3.6	1,354
Estrato	Santo Domingo (1)	5.0	0.4	5.6	1.5	1.3	0.2	6.1	847
	Grandes Ciudades	4.3	0.1	7.0	0.9	1.1	0.0	6.4	623
	Resto Urbano	6.3	0.9	7.5	1.6	1.7	0.2	3.7	958
	Rural	5.3	0.8	8.0	2.1	1.4	0.1	3.6	1,354
Edad	< 6 meses	2.9	0.0	5.7	1.8	2.0	0.5	8.7	275
	6-11 meses	3.9	0.5	7.2	1.3	1.1	0.0	5.5	428
	12-23 meses	9.4	1.7	9.8	3.1	3.2	0.3	5.2	710
	24-35 meses	5.9	0.5	6.0	1.4	1.2	0.1	2.4	782
	36-47 meses	4.2	0.2	6.7	0.8	0.9	0.0	3.4	806
	48-59 meses	3.8	0.5	7.0	1.5	0.7	0.0	5.6	782
	Total	6.3	0.8	7.8	1.2	1.9	0.1	5.0	545
Nivel educativo de la madre	No educación/ preescolar	8.0	0.9	10.4	2.8	1.5	0.1	3.2	1,352
	Primaria	3.7	0.4	5.8	1.4	1.0	0.1	5.7	1,277
	Secundaria	1.9	0.2	2.2	0.0	1.6	0.0	5.0	596
	Superior +	9.6	1.4	12.3	3.0	2.4	0.1	2.8	906
Quintiles de riqueza	Muy pobres	5.3	0.6	7.1	1.9	1.0	0.2	2.3	856
	Segundo quintil	4.2	0.2	6.7	1.4	1.0	0.0	6.0	754
	Quintil medio	2.9	0.6	4.4	0.5	1.4	0.3	6.0	727
	Cuarto quintil	3.1	0.0	3.0	0.6	1.1	0.0	7.6	538
	Mas ricos	5.3	0.6	7.2	1.6	1.4	0.1	4.6	3,782
Total		5.3	0.6	7.2	1.6	1.4	0.1	4.6	3,782

* MICS indicador 6; ODM indicador 4

** MICS indicador 7

*** MICS indicador 8

(1) Ciudad de Santo Domingo que incluye Distrito Nacional y zona urbana de la provincia Santo Domingo

- Se encontró que las regiones de Enriquillo (10%), El Valle (9%) y Cibao Nordeste (9%) son las que presentan mayor desnutrición crónica. Enriquillo y El Valle presentan también tasas altas de desnutrición severa, con 3% y 2% de niños. Esto quiere decir que, en esos porcentajes, los niños de estas regiones tienen una diferencia de tres desviaciones estándar (están muy lejos de la media) con respecto a la talla promedio de niños menores de 5 años calificados con desarrollo normal. Menores porcentajes de niños con desnutrición crónica (alrededor del 6%) se encuentran en las regiones de Yuma y Cibao Norte.
- El nivel educativo de la madre muestra diferentes proporciones de niños y niñas con

desnutrición. El 8% de los hijos e hijas de madres que no tienen nivel de educación presentan desnutrición. Asimismo, se encuentra que un 10% de niños y niñas cuyas madres tienen nivel de educación primaria también están desnutridos. Al contrario, solamente el 2% de niños y niñas de madres con un nivel educativo superior presentan desnutrición, por lo que se podría decir que las madres con mayor nivel educativo tienen más posibilidad y están mejor orientadas acerca de la importancia de la nutrición de niños y niñas.

Peso para la talla como indicador de desnutrición aguda.

- En cuanto al peso para la talla, como indicador de desnutrición aguda, se observa que el 1% de los niños y niñas del país presenta desnutrición. Este porcentaje es bajo pues ocurre que se produce una adecuación o acomodo entre estas dos variables (el peso y la talla), en otras palabras se observan niños con apariencia normal (en peso y talla) sin embargo, estas medidas, no se corresponden con su edad.
- A nivel de regiones sorprende encontrar tan altos porcentajes de desnutridos en El Valle (San Juan y Elías Piña), casi un 6% de niños presentan desnutrición aguda o delgadez. También sorprende casi no encontrar niños con este tipo de desnutrición en Cibao Sur ni Yuma.
- Por características seleccionadas se encuentra un alto porcentaje de desnutridos entre los niños y niñas de 1 año de edad, que es la edad de destete y a la que comienzan a caminar. Por otras características no se encuentran diferencias importantes.
- En la actualidad cobra mayor importancia la observación de sobrepeso, es decir, peso mayor al estándar para la talla. Casi 5 niños y niñas de cada 100 presentan sobrepeso.

4. Lactancia.

Los patrones y posibilidades de alimentación del niño afectan 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 niños de nutrientes adecuados y de inmunización para un gran número de enfermedades comunes en la niñez. Sin embargo, el temprano inicio de la complementación alimenticia sin las medidas de higiene y esterilización adecuadas, limita lo valioso de la lactancia al ponerse al niño en contacto con sustancias contaminadas en el ambiente. Los hábitos de lactancia y destete sin duda están muy relacionados con los riesgos de enfermedad y muerte y con el nivel de nutrición.

La leche materna es el alimento ideal para los recién nacidos, ya que la leche materna proporciona uno de los mayores aportes nutritivos para el crecimiento y desarrollo físico, mental y afectivo de la niñez y es que esta leche contiene anticuerpos que sirven de protección de enfermedades como son: la diarrea, gripe, alergia y otras infecciones de diferentes orígenes

Por otro lado, la duración y la intensidad de la lactancia en el período de posparto 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 inadecuada alimentación y la prevalencia e incidencia de enfermedades infecciosas son determinantes más importantes que los factores genéticos en el crecimiento de los infantes.

Una de las prácticas más importantes para una lactancia óptima consiste en dar lactancia exclusiva durante los primeros seis meses y después dar alimentación complementaria hasta los 2 años de edad.

Lactancia exclusiva se da cuando los niños y niñas reciben sólo leche materna, o leche materna y suplementos de vitaminas y minerales, o medicina. Alimentación complementaria se refiere a que los niños y niñas reciben leche materna y alimentos sólidos o semisólidos.

El estado de lactancia se basa en la información de la madre o persona encargada sobre lo que consumieron los niños y niñas en las 24 horas anteriores a la entrevista. Esta información se presenta en el Cuadro 4 (de la página siguiente) por características seleccionadas, debido al número de casos obtenidos no se presenta información por región de planificación.

- Al principio de la vida (entre 0 y 3 meses de edad), donde se esperaría que casi todos los niños recibieran lactancia exclusiva, sólo cerca del 6% de los niños la reciben. El porcentaje de niños y niñas con lactancia exclusiva sube un poco en la zona rural con un 10% y se tiene una importante diferencia con relación al porcentaje presentado en la zona urbana con sólo 3%.
- Del total de niños y niñas de 0 a 5 meses solamente un 4% recibe alimento con pecho materno exclusivo, cuando se recomienda que todos los niños de esta edad reciban solamente el pecho materno, pues contiene todos los alimentos necesarios.
- Por otro lado, un 36% de niños y niñas de 6 a 9 meses recibe leche materna y comida sólida/blanda, es decir, alimentación complementaria. Ya se dijo antes que a partir de los 6 meses los niños y niñas deberían alimentarse con leche materna y alimentos complementarios. Un porcentaje tan bajo de alimentación complementaria a la leche materna muestra que una cantidad importante de niños y niñas de esta edad no reciben leche materna y, se puede deducir, que tampoco en los primeros meses de vida.

Cuadro 4: Lactancia

Porcentaje de niños/as vivos según estado de lactancia en cada grupo de edad. República Dominicana, ENHOGAR 2006.

		<u>Niños/as de 0 a 3 meses</u>		<u>Niños/as de 0 a 5 meses</u>		<u>Niños/as de 6 a 9 meses</u>		<u>Niños/as de 12 a 15 meses</u>		<u>Niños/as de 20 a 23 meses</u>	
		Porcentaje amamantado exclusivamente	Número de niños/as	Porcentaje amamantado exclusivamente*	Número de niños/as	Porcentaje que recibe leche materna y comida sólida/blanda**	Número de niños/as	Porcentaje amamantado ***	Número de niños/as	Porcentaje amamantado ***	Número de niños/as
Sexo del menor	Varón	6,7	106	5,5	173	35,1	133	41,9	135	15,2	134
	Hembra	3,6	70	2,0	122	36,2	163	32,5	101	14,5	102
Estrato	Santo Domingo (1)	3,7	47	5,6	75	36,4	63	28,7	56	9,8	43
	Ciudades de 100mil y+	2,8	29	1,7	48	32,0	51	43,5	34	15,9	42
	Resto Urbano	2,9	40	1,8	63	32,6	74	35,7	63	13,8	61
	Rural	10,0	58	5,3	110	39,3	108	43,4	83	17,6	90
Zona	Urbano	3,2	117	3,3	186	33,7	188	34,9	153	13,2	147
	Rural	10,0	58	5,3	110	39,3	108	43,4	83	17,6	90
Nivel educativo de la madre	No educación/ preescolar	4,4	19	3,1	26	40,4	28	29,3	26	2,2	30
	Primaria	8,3	75	5,1	121	35,9	103	53,8	91	23,5	78
	Secundaria	1,3	48	0,6	94	37,0	119	28,1	77	13,3	79
	Superior +	5,7	34	8,2	53	24,9	43	27,0	42	12,0	47
Quintiles de riqueza	Muy pobres	7,8	56	5,1	86	41,2	68	55,4	63	15,2	52
	Segundo quintil	5,5	32	3,2	54	43,2	81	45,5	51	26,4	53
	Quintil medio	6,1	33	3,0	68	26,2	55	29,7	41	6,3	51
	Cuarto quintil	4,1	35	2,8	52	42,3	52	37,1	49	14,1	50
	Mas ricos	0,0	19	6,8	36	16,7	41	3,7	33	10,0	29
Total		5,5	175	4,1	296	35,7	296	37,9	236	14,9	237

* MICS indicador 15

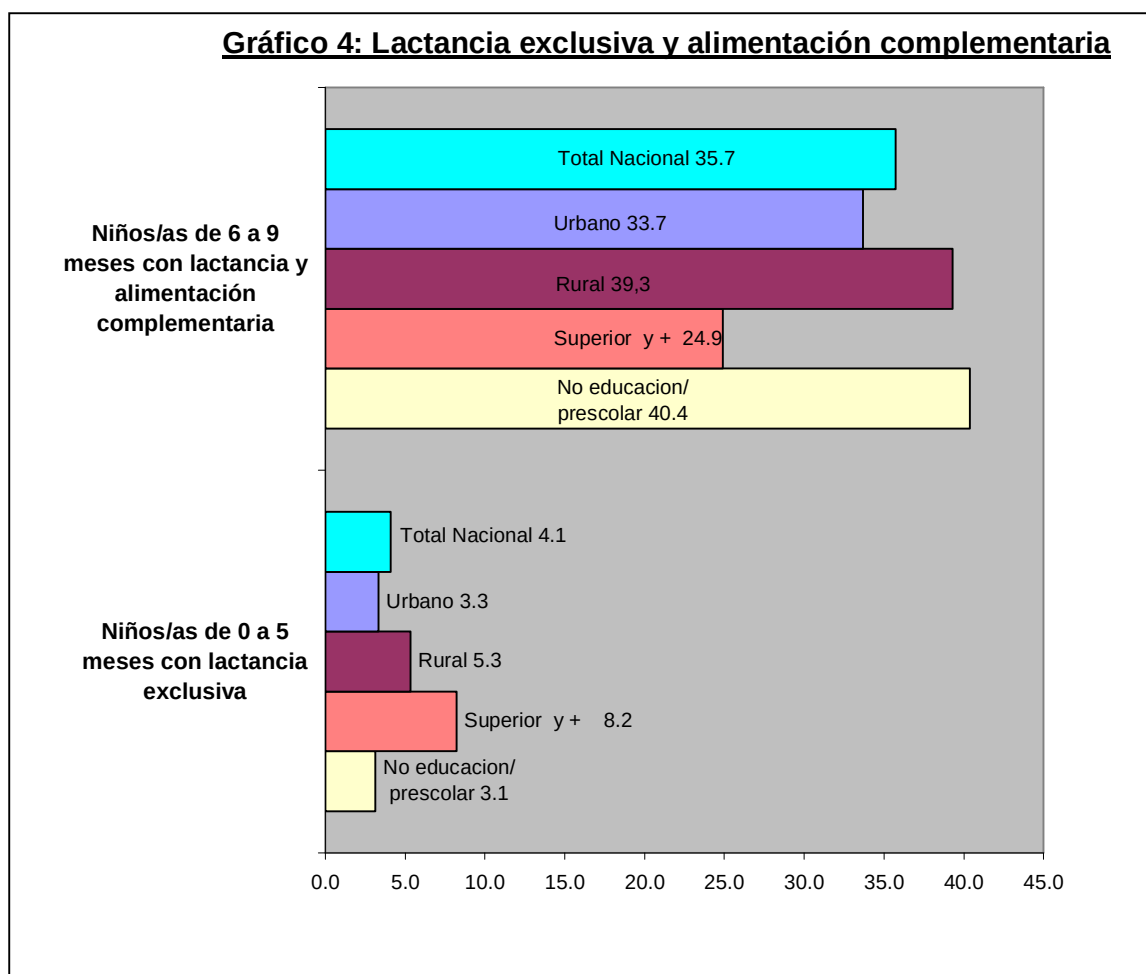
** MICS indicador 17

*** MICS indicador 16

(1) Ciudad de Santo Domingo que incluye Distrito Nacional y zona urbana de la provincia Santo Domingo

- Entre los niños de 12 a 15 meses 38% está lactando y también el 15% de los de 20 a 23 meses. En realidad se puede concluir que un alto porcentaje de niños y niñas no recibe lactancia.
- Por sexo del bebe se observan algunas diferencias en la lactancia materna exclusiva, antes de los 6 meses un 6% de los varones recibe este tipo de alimentación y sólo el 2% de las hembras. Entre los 6 y 9 meses de edad el consumo de la leche materna y comida sólida/blanda no muestra diferencia por sexo.
- Por otro lado, se puede observar que el nivel de educación de la madre es un factor determinante para la lactancia materna exclusiva y la lactancia materna y comida sólida/blanda. El 8% de hijos de madres con nivel de educación superior reciben lactancia exclusiva, mientras que el 3% de hijos de madres sin educaron también lo hacen. Estos resultados sorprenden, pues suele encontrarse mayor lactancia en poblaciones menos educadas.

En sentido general, el estado de lactancia encontrado para el país se presenta en el siguiente Gráfico.



5. Vacunas en el primer año de vida.

En la ENHOGAR 2006 se averiguó también sobre la historia de vacunación de los niños nacidos a partir de mayo de 2000. Se prestó atención a vacunas contra las enfermedades que configuran los principales cuadros de morbilidad infantil: tuberculosis (BCG), PENTA/DPT (Difteria, Tosferina, Tétanos, enfermedades invasivas causadas por Haemo Philus Influenzae Tipo B y Hepatitis B, Polio y Sarampión.

A las entrevistadas que tuvieron hijos nacidos vivos en ese período se les pidió mostrar el carné 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 el carné, 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 el niño ya debe haber recibido todas las vacunas recomendadas (BCG, tres dosis de PENTA/DPT, tres dosis contra la polio y una contra el sarampión) y se conocería la situación alcanzada en el pasado próximo. El Cuadro 5 muestra la vacunación a cualquier edad y en el momento apropiado, es decir, antes del año de edad.

Cuadro 5: Cobertura de vacuna en niños de 12 a 23 meses											
Porcentaje de niños de 12-23 meses de edad inmunizados contra enfermedades de la niñez en cualquier momento antes de la encuesta y antes del primer año de vida. República Dominicana, ENHOGAR 2006.											
	BCG *	DPT 1	DPT 2	DPT 3 **	Polio 1	Polio 2	Polio 3 ****	Sarampión ****	Todas *****	Ninguna	Número de niños 12-23 meses
Vacunados en cualquier momento antes de la encuesta											
Según:											
Tarjeta de vacunación	66,9	66,4	62,7	56,9	66,6	63,8	57,9	42,3	36,7	0,0	756
Información de la madre	28,5	26,3	15,5	7,5	28,4	23,7	11,6	25,2	7,0	1,6	756
Cualquier fuente	95,5	92,7	78,2	64,5	95,0	87,5	69,4	67,5	43,7	1,6	756
Vacunados antes de los 12 meses	94,2	88,4	77,8	64,2	93,9	85,9	66,5	62,8	33,9	1,6	756

* MICS Indicador 25

** MICS Indicador 26

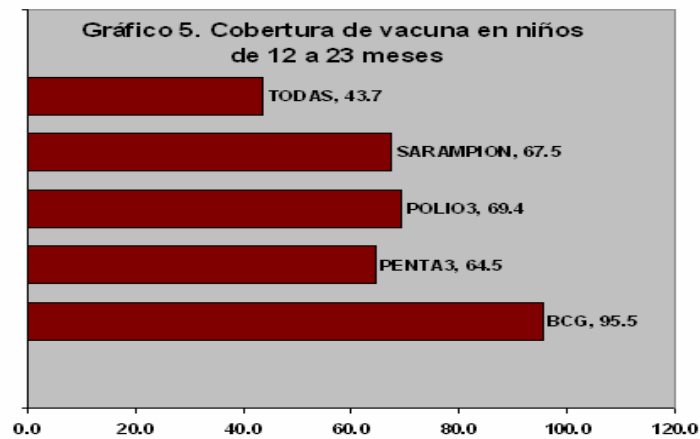
*** MICS Indicador 27

**** MICS Indicador 28 ; ODM Indicador 15

***** MICS Indicador 31

- Este cuadro se basa en la presentación de los datos que hacen referencia a la vacunación en cualquier momento antes de la Encuesta. La mayor información sobre las vacunas se recogió de las tarjetas de vacunación (58%); de la madre se recogió información para el 42% de los niños.

- El 44% de los niños y niñas de 1 año de edad (12 a 23 meses) tienen todas las vacunas del esquema de vacunación: una BCG, tres dosis de antipolio, tres dosis de PENTA o DPT y una de sarampión. (Ver Gráfico 5).



- La vacuna contra la tuberculosis (BCG) ha sido aplicada al 96% de los niños y niñas de 12 a 23 meses.
- Cada una de las vacunas PENTA-DPT y antipolio se aplican en tres dosis y la forma de aplicación es prácticamente paralela, por lo que las coberturas también tienen un comportamiento similar. Las primeras dosis son altas, 93% PENTA y 95% Polio1. Las terceras dosis son bajas, 65% PENTA3 y 69% Polio3. Según las normas y necesidad de la vacunación, a los seis meses de edad todos los niños y niñas deberían estar con las tres dosis de cada vacuna, pues la primera se aplica a los dos meses, la segunda a los cuatro y la tercera a los seis meses de edad.
- La dosis única contra el Sarampión es la vacuna que presenta la menor cobertura, pues solamente el 68% de los niños y niñas de 12 a 23 meses la ha recibido. En realidad esta edad subestima la cobertura real, pues el esquema de vacunación continúa con esta labor en niños de 12 meses y más. Por esta razón también se subestima la vacunación total.
- Antes de los 12 meses de edad, cuando las vacunas deberían ser completas, solamente el 34% recibió todas las dosis de todas las vacunas. Se ve que no existen grandes diferencias en cada vacuna para justificar una diferencia de 10 puntos porcentuales en el total, esto hace suponer que no se aprovechan los contactos con los niños al colocar una vacuna para poner otras más, por lo que se tienen oportunidades perdidas de vacunación.

6. Tratamiento de pulmonía con antibióticos.

La infección respiratoria aguda (IRA), especialmente la pulmonía o neumonía, que es la inflamación del pulmón causada por exposición de los pulmones a gérmenes distintos a los que se encuentran allí normalmente, junto con la diarrea y la desnutrición, constituye una de las principales causas de mortalidad en la infancia y la niñez en los países de América Latina.

Por este motivo se considera importante medir su prevalencia e indagar acerca de las medidas que toman las madres en presencia de esta enfermedad, por lo mismo es fundamental orientar a las familias y a las personas que cuidan a los niños y niñas para que puedan iniciar a tiempo y llevar un buen tratamiento con antibióticos desde el momento que se descubre que los niños y niñas presentan problemas de respiración aguda para que se eliminen a tiempo los virus o bacterias que causan esta enfermedad.

Para ello, en la ENHOGAR 2006 se preguntó a las entrevistadas si sus hijos habían tenido fiebre o tos en las últimas dos semanas. Para los niños que padecieron de tos, se preguntó entonces si durante los episodios de tos el niño había mostrado dificultad en respirar o lo hacía con rapidez, como síntomas de pulmonía o de infección respiratoria aguda del tracto inferior. La búsqueda oportuna de tratamiento con personal calificado en la comunidad o en un establecimiento de salud, puede ayudar a prevenir complicaciones o revertir una situación grave, en los casos de IRA y fiebre, más concretamente, en los casos de presunta pulmonía (por los síntomas referidos por la madre).

En el Cuadro 6 y en el Gráfico 6 (en la página siguiente) se presentan los porcentajes de niños que recibieron antibióticos y la prevalencia de presunta pulmonía en el país por características seleccionadas. La información que se presenta debe ser tomada con cautela, pues el número de niños con presunta pulmonía y que fue llevado a proveedor de salud es pequeño casi para cualquier encuesta.

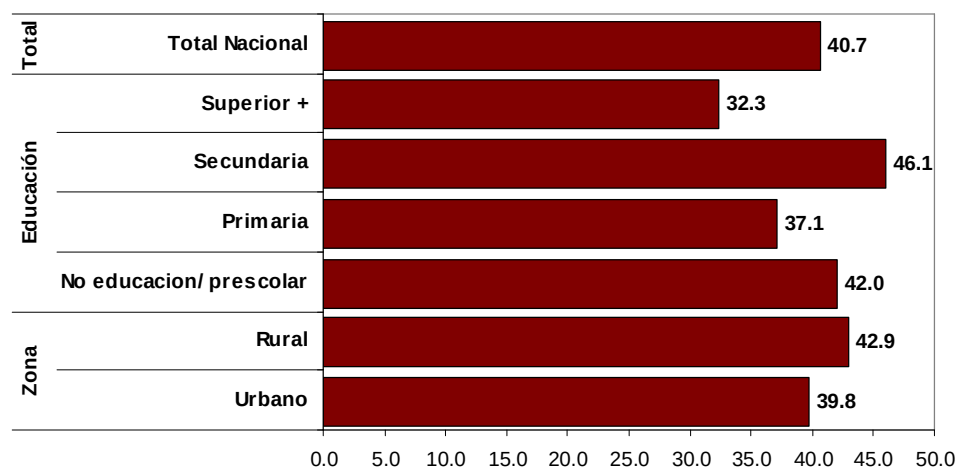
- En el país, alrededor del 10% de los niños y niñas menores de 5 años tenían presunta pulmonía y, de éstos, 4 de cada 10 fueron tratados con antibióticos (41%), este porcentaje es bajo, pues todo niño con síntomas de pulmonía debería recibir antibióticos.
- Casi no hay diferencias en recibir o no tratamiento entre varón y hembra. Las diferencias más importantes se dan entre los quintiles más pobres y más ricos, pues alrededor del 40% de niños y niñas de los quintiles pobres fueron tratados frente al 56% del quintil de más ricos.
- Por otro lado, debe tenerse en cuenta que la presunta pulmonía se da con mayor frecuencia en los quintiles más pobres, pues el doble de niños que en el quintil más rico tienen presunta pulmonía.
- En cuanto a la edad, se observa que casi la mitad de los niños de 24 a 47 meses recibieron antibióticos, comparado con poco más de un tercio de niños más chicos. Esta situación podría mostrar la necesidad de mayor trabajo en el manejo de síntomas y señales de peligro en niños pequeños que aun no hablan.

Cuadro 6. Tratamiento de pulmonía con antibióticos			
Porcentaje de niños / as de 0-59 meses con presunta pulmonía que recibieron tratamiento con antibióticos. República Dominicana, ENHOGAR 2006.			
		Porcentaje de niños/as de 0-59 meses con presunta pulmonía que recibieron antibióticos en las dos últimas semanas *	Número de niños/as de 0-59 meses con presunta pulmonía en las 2 semanas anteriores a la encuesta
Sexo	Varón	39,4	184
	Hembra	41,9	194
Estrato	Santo Domingo (1)	36,1	121
	Ciudades de 100mil y+	37,9	46
	Resto Urbano	45,1	101
Zona	Rural	42,9	111
	Urbano	39,8	267
	Rural	42,9	111
Edad	0-11 meses	37,0	67
	12-23 meses	34,7	87
	24-35 meses	47,1	67
	36-47 meses	46,0	90
	48-59 meses	38,7	67
Educación de la madre	No educación/ preescolar	42,0	59
	Primaria	37,1	142
	Secundaria	46,1	140
	Superior +	32,3	38
Quintiles de riqueza	Muy pobres	41,8	102
	Segundo quintil	36,4	83
	Quintil medio	35,8	74
	Cuarto quintil	39,8	73
	Mas ricos	55,5	46
Total		40,7	378

* MICS indicador 22

(1) Ciudad de Santo Domingo que incluye Distrito Nacional y zona urbana de la provincia Santo Domingo

Gráfico 6. Tratamiento de pulmonía con antibióticos



7. Uso de combustibles sólidos en el hogar.

Al investigar el tipo de combustible utilizado para cocinar e identificar a los hogares que utilizan combustible sólido como: carbón, leña o madera, paja, arbustos, hierba, estiércol de animal, o residuos de cosechas agrícolas, se aprecia la vulnerabilidad de los hogares, pues están expuestos a la contaminación de estos materiales, a los riesgos en su manipuleo y el daño al medio ambiente por deforestación particularmente en la utilización de carbón y leña o madera.

En general se sabe que en algunas sociedades casi ya no se usaba combustible sólido para cocinar, sin embargo, el aumento de los precios de los combustibles despertó el interés en el uso de varios otros tipos de combustible como los forestales para satisfacer las necesidades energéticas de los hogares más pobres. A partir de la década de los 70s a nivel general aumentó el consumo de leña de manera insostenible. El uso de leña así como del carbón como combustible para cocinar causa daño a la salud, a la ecología y al medioambiente. En los resultados de la investigación se observó que el uso de leña o carbón como combustible para cocinar alcanza al 13% de los hogares. (Ver cuadro 7).

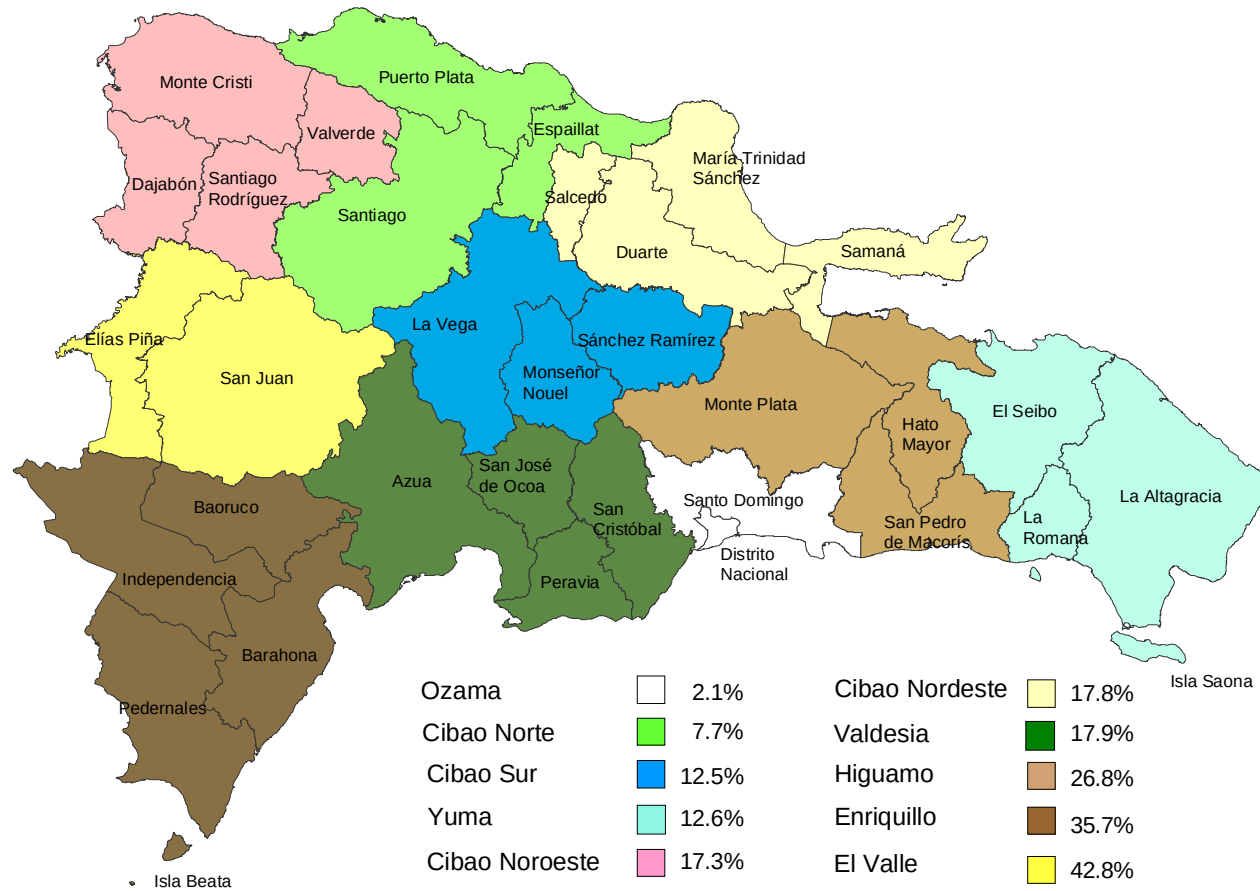
		Tipo de combustible usado para cocinar						Total	Combustibles sólidos para cocinar *	Número de hogares
		Gas Propano	Carbón	Leña	Otro	No cocinan	Sin información			
Regiones	Cibao Norte	83.1	1.5	6.2	0.0	8.6	0.6	100.0	7.7	1,888
	Cibao Sur	81.8	1.2	11.4	0.0	5.3	0.3	100.0	12.5	852
	Cibao Nordeste	75.3	1.4	16.3	0.0	6.6	0.4	100.0	17.8	779
	Cibao Noroeste	77.1	4.8	12.5	0.2	5.3	0.1	100.0	17.3	548
	Valdesia	76.4	4.1	13.8	0.1	5.2	0.3	100.0	17.9	1,120
	El Valle	50.5	5.8	37.0	0.0	5.6	1.2	100.0	42.8	343
	Enriquillo	56.5	17.3	18.4	0.2	6.4	1.2	100.0	35.7	391
	Yuma	78.7	4.8	7.8	0.3	7.5	1.0	100.0	12.6	650
	Higuamo	67.5	6.5	20.3	0.0	5.1	0.6	100.0	26.8	747
	Ozama	90.9	1.9	0.2	0.2	5.4	1.4	100.0	2.1	3,159
Zona	Urbano	88.9	2.7	1.8	0.1	5.6	0.9	100.0	4.5	6,918
	Rural	63.5	4.6	23.8	0.0	7.3	0.7	100.0	28.4	3,559
Estrato	Santo Domingo (1)	22.1	0.3	0.0	0.1	1.3	0.4	24.1	1.1	2,525
	Grandes Ciudades	16.2	0.2	0.1	0.0	1.2	0.1	17.9	1.9	1,876
	Resto Urbano	20.4	1.3	1.1	0.0	1.2	0.1	24.0	9.8	2,516
Educación del jefe	Rural	21.6	1.6	8.1	0.0	2.5	0.2	34.0	28.4	3,559
	Ninguno/ preescolar	61.3	8.5	20.9	0.1	8.1	1.1	100.0	29.4	1,175
	Primaria	76.4	3.8	12.2	0.1	6.7	0.7	100.0	16.1	5,191
	Secundaria	89.6	1.1	2.3	0.1	6.1	0.9	100.0	3.4	2,532
	Superior +	94.8	0.4	0.5	0.1	3.3	0.9	100.0	0.9	1,405
	Sin información/ No sabe	70.8	10.5	14.9	0.0	2.6	1.2	100.0	25.4	173
Quintiles de riqueza	Muy pobres	31.8	12.8	40.2	0.1	13.9	1.1	100.0	53.0	2,210
	Segundo quintil	85.1	2.4	3.3	0.3	8.3	0.6	100.0	5.8	2,120
	Quintil medio	93.0	0.5	0.6	0.0	4.9	0.9	100.0	1.1	2,038
	Cuarto quintil	96.6	0.1	0.1	0.1	2.5	0.5	100.0	0.2	2,038
	Mas ricos	98.5	0.0	0.0	0.0	0.6	0.9	100.0	0.0	2,071
Total		80.3	3.3	9.3	0.10	6.2	0.8	100.0	12.6	10,477

* MICS indicador 24; ODM indicador 29

(1) Ciudad de Santo Domingo, que incluye Distrito Nacional y zona urbana de la provincia Santo Domingo.

- Se encuentran mayores porcentajes de uso de combustibles sólidos en las regiones que tienen altos niveles de pobreza, pues en El Valle, región constituida por las provincias Elías Piña y San Juan, el 43% de los hogares utilizan leña o carbón para cocinar. Igualmente en la región de Enriquillo, conformada por las provincias Independencia, Bahoruco, Barahona y Pedernales, el 36% de los hogares utilizan combustibles sólidos para cocinar. Solamente en las región Ozama (Distrito Nacional y provincia Santo Domingo) y en la región de Cibao Norte (provincias Santiago, Puerto Plata y Espaillat) el uso de leña o carbón se reduce al 2% y al 8% de los hogares. (Ver Mapa 7 en la página siguiente).
- Las diferencias más grandes en el uso o no de leña y carbón se dan entre los quintiles más pobres y más ricos, 53% y 0%, respectivamente.
- El gas propano como combustible para cocinar los alimentos es el elemento principal en los hogares dominicanos, pues un 80% lo usa. Cabe indicar que este combustible está subvencionado por el Estado para fomentar su uso y disminuir la utilización de leña y carbón. El uso de este combustible es mayor en las regiones de Ozama (91%), Cibao Norte (83%) y Cibao Sur (82%).
- No se cocina con electricidad ni con kerosén.

Mapa 7. Uso de combustibles sólidos según regiones de planificación



8. Uso de fuentes mejoradas de agua.

Para evaluar las condiciones socioeconómicas en las que vive la población y la protección contra enfermedades relacionadas con el medio ambiente, se les pidió a los encuestados que proporcionaran información sobre el ambiente domiciliario. Diferentes niveles de satisfacción de las necesidades básicas de salud, educación y vivienda representan variados niveles de bienestar económico y social en una población. La disponibilidad y acceso a servicios básicos adecuados tales como agua, electricidad, servicio sanitario y otros se encuentra asociada con mejores condiciones de salud y supervivencia de la población en general y de los niños en particular. También, el acceso a estos servicios -con prácticas de higiene y saneamiento apropiadas- contribuye a reducir la incidencia de enfermedades infantiles graves, tales como la diarrea y respiratorias.

En general, se define como fuente mejorada de agua cuando el agua para beber proviene de una fuente segura y permanente como tubería, pozo o manantial protegidos permanentemente, agua de lluvia adecuadamente recogida y almacenada o agua embotellada.

Puesto que en República Dominicana la mayoría de los hogares usan agua embotellada como su principal fuente de agua para beber, para fines de este informe, tomando en cuenta que debe tratarse de provisión de agua permanente y segura (por costo y oferta), se ha visto no considerar el agua embotellada como fuente mejorada de agua, tampoco el agua para beber proveniente de camión tanque y, en estos casos, la fuente usada para otros propósitos tales como cocinar y lavarse las manos ha sido considerada para determinar si la fuente es mejorada o no. Por otro lado, pese a la sugerencia de aceptar el agua de lluvia como fuente mejorada, no es recomendable esta clasificación en el caso de República Dominicana por las condiciones en que ésta se recoge, acumula y conserva. Por último, no se ha indagado sobre la protección de pozos y manantiales, por lo que estas fuentes han sido clasificadas como no mejoradas.

Con la finalidad de calcular el número de personas que tienen acceso a fuentes mejoradas, este indicador se obtiene ponderando el número de hogares por el número de miembros del hogar.

- La principal fuente de agua para beber que se utiliza en el país es el agua embotellada (procesada), la que es consumida por el 51% de la población. Las regiones de planificación donde más población bebe agua de botella son Yuma y Cibao Norte, donde el 73% y el 65% utiliza agua de botellón para beber. Al otro extremo, Enriquillo y El Valle, en el sur-oeste del país, son las regiones donde menor proporción de la población bebe agua de botellón. El agua embotellada es consumida por el 61% de la población urbana y por el 33% de la rural. (ver Cuadro 8 y Mapa 8 en las páginas siguientes).
- Como se indicó antes, ha sido considerada como fuente mejorada de agua la que proviene de acueducto, sea para beber o para otros fines como cocinar o lavar. En el país el 74% de la población tiene acceso a fuente mejorada de agua, 83% en la zona urbana y 57% en la zona rural.
- La fuente mejorada varía notablemente en las distintas regiones de planificación del país, como se observa, las regiones donde más del 80% de la población tiene agua mejorada (de tubería) son Ozama, Enriquillo, Valdesia y Cibao Norte. La región donde menos del 50% de la población accede a fuente de agua mejorada es Cibao Nordeste, donde solamente el 48% de la población tiene acceso a este servicio. Llama la atención la convivencia de bajo porcentaje de agua mejorada (señal de pobreza) y alto porcentaje de agua de botellón (señal de no pobreza) que se observa solamente en la región de Yuma.

Cuadro 8: Uso de fuentes mejoradas de agua.						
Distribución porcentual de la población de los hogares que usan fuente mejorada de agua para beber. República Dominicana, ENHOGAR 2006.						
		Fuente mejorada de agua para beber	Fuente no mejorada de agua para beber	Total	Agua de botellón como fuente principal de agua para tomar	Número de miembros del hogar
Regiones	Cibao Norte	81,0	19,0	100.0	64,6	6,669
	Cibao Sur	61,8	38,2	100.0	41,7	3,183
	Cibao Nordeste	47,6	52,4	100.0	44,2	2,812
	Cibao Noroeste	74,5	25,5	100.0	45,5	1,982
	Valdesia	81,2	18,8	100.0	44,3	4,434
	El Valle	73,2	26,8	100.0	18,9	1,460
	Enriquillo	81,8	18,2	100.0	18,7	1,618
	Yuma	62,4	37,6	100.0	73,3	2,228
	Higüamo	56,5	43,5	100.0	45,8	2,781
	Ozama	82,3	17,7	100.0	56,4	11,590
Zona	Urbano	83,2	16,8	100.0	60,5	25,308
	Rural	56,8	43,2	100.0	33,2	13,449
Educación del jefe	Ninguno/	68,7	31,3	100.0	30,8	4,310
	Primaria	69,5	30,5	100.0	43,1	19,499
	Secundaria	79,5	20,5	100.0	62,8	9,185
	Superior +	86,4	13,6	100.0	79,0	5,051
Quintiles de riqueza	Muy pobres	55,5	44,5	100.0	13,9	7,752
	Segundo quintil	68,4	31,6	100.0	40,0	7,770
	Quintil medio	77,4	22,6	100.0	54,0	7,727
	Cuarto quintil	82,1	17,9	100.0	67,4	7,756
	Más ricos	86,6	13,4	100.0	79,7	7,752
Total		74.0	26.0	100.0	51.0	38,757

- Los niveles educativos del jefe y de la jefa del hogar muestran una relación directa con el acceso a fuente mejorada, a mayor educación corresponde mayor acceso. Un 69% de la población cuyos jefes de hogar no tienen instrucción accede a fuente mejorada de agua, frente a un 86% cuando los jefes de hogar tienen instrucción superior.
- El quintil de riqueza muestra la relación existente entre riqueza y acceso a fuente mejorada de agua de manera aun más clara que la educación. En el quintil más pobre el 55% de la población tiene acceso a fuente mejorada frente al 87% de la población del quintil más rico.

Mapa 8. Uso de fuentes mejoradas de agua según regiones de planificación



9. Uso de medios sanitarios para eliminación de excretas.

Las condiciones de la vivienda juegan un papel muy importante al influir en la calidad de vida de los hogares. El acceso a servicios básicos y características de la vivienda pueden determinar si las necesidades básicas satisfacen a los hogares en pro de una mejora de las condiciones de vida en general.

La información recogida en el cuestionario del hogar de la ENHOGAR 2006 permite conocer la disponibilidad de los servicios básicos, en este caso sobre las formas de eliminación de excretas en las viviendas visitadas.

El disponer y acceder a los servicios básicos, como el referente a la eliminación de excretas por medio de facilidades sanitarias mejoradas, se encuentran asociadas con mejores condiciones de vida de la población en general, y, de manera especial, de los niños.

No resulta muy fácil clasificar las instalaciones mejoradas de eliminación de excretas en el caso de la ENHOGAR 2006, es posible que se sobreestime el porcentaje de instalaciones mejoradas al incluir en esta categoría todo tipo de letrina como las sin cajón y/o las letrinas compartidas, pero, se puede considerar que la letrina, así sea sin cajón o compartida, es ya una instalación mejorada. Sin embargo debe tenerse en cuenta que el hecho de disponer de letrinas, algunas muy precarias, con solamente una plancha de hormigón, si bien aíslan los desechos no dejan de ser fuente de contaminación.

Al igual que en caso de disponibilidad de fuentes mejoradas de agua para beber, este indicador se obtiene ponderando el número de hogares por el número de miembros por hogar.

- Teniendo en cuenta las consideraciones antes indicadas, las facilidades sanitarias mejoradas se constituyen en el más eficiente de los servicios. A nivel nacional el 96% de los hogares usa medios sanitarios mejorados para la eliminación de la excretas. (Ver Cuadro 9.1 y Gráfico 9 en las páginas siguientes).
- Se observa que a nivel de regiones de planificación las facilidades sanitarias mejoradas se encuentran en mayor proporción en Cibao Norte, donde 99% de la población accede a ellas y en Ozama, con 98% de población que cuenta con estas facilidades.
- Sin embargo el uso de las letrinas, que en ciertas circunstancias de construcción y mantenimiento pueden ser foco de contaminación, tiene un relativo alto porcentaje de personas que las utilizan en las regiones de Cibao Noroeste y El Valle (con 69% y 60%, respectivamente).
- El servicio sanitario realmente mejorado es el inodoro con arrastre de agua, privado o compartido. Este tipo de servicio sanitario es utilizado por mayor proporción de personas en Ozama, con 77% de usuarios de inodoro privado y 12% de inodoro compartido. También la región de Cibao Norte presenta altos porcentajes de usuarios de inodoro privado (67%) o de inodoro compartido (4%). Proporciones muy bajas de población usuaria de inodoro se encuentran en El valle, Cibao Noroeste y Enriquillo, con menos del 30% de población con acceso a este servicio.
- Es relativamente bajo el porcentaje de personas que no usan sanitarios, aunque en las regiones de El Valle y Enriquillo estos porcentajes son muy altos (13% y 15%, respectivamente).

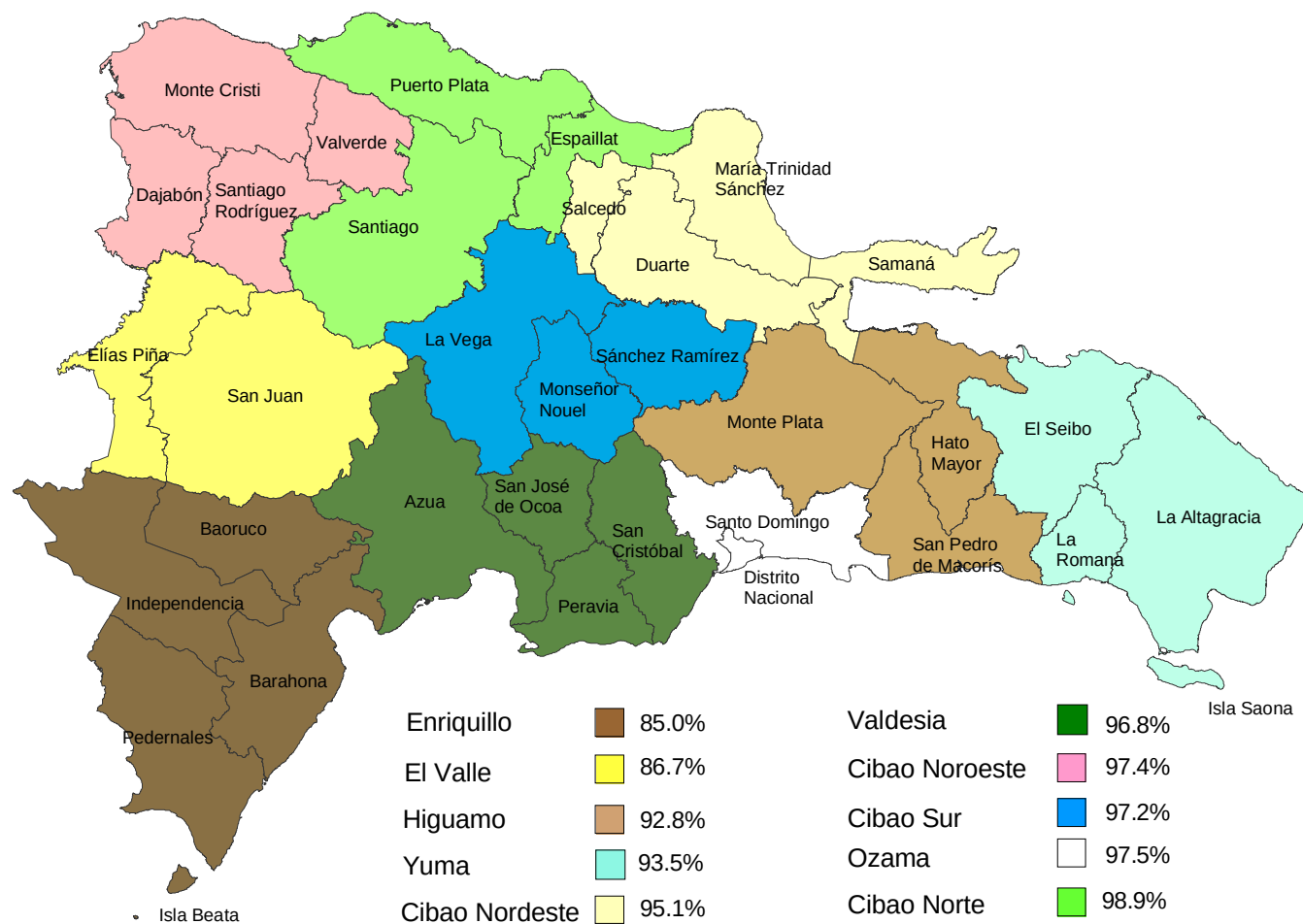
Cuadro 9.1: Uso de medios sanitarios para la eliminación de excretas

Distribución porcentual de población de los hogares, según tipo de facilidad sanitaria usada por el hogar y porcentaje de población de hogares que usan medidas sanitarias de eliminación de excretas. República Dominicana, ENHOGAR 2006.

		Tipo de servicio sanitario usado en el hogar							Total	Porcentaje de población usando servicio sanitario mejorado *	Número de miembros del hogar
		Servicio sanitario mejorado						Servicio sanitario no mejorado			
		Inodoro privado	Inodoro compartido	Letrina privada con cajón	Letrina privada sin cajón	Letrina compartida con cajón	Letrina compartida sin cajón	No hay servicio			
Regiones	Cibao Norte	66.5	4.3	20.2	1.7	5.9	0.3	1.1	100.0	98.9	6,670
	Cibao Sur	54.1	1.4	31.5	2.8	6.8	0.7	2.8	100.0	97.2	3,183
	Cibao Nordeste	41.7	0.7	36.3	4.0	12.1	0.4	4.9	100.0	95.1	2,812
	Cibao Noroeste	27.0	1.2	49.6	5.2	14.2	0.2	2.6	100.0	97.4	1,982
	Valdesia	48.4	5.0	26.6	4.0	11.9	1.0	3.0	100.0	96.8	4,434
	El Valle	25.4	1.2	38.8	10.2	9.5	1.6	13.3	100.0	86.7	1,460
	Enriquillo	29.4	4.4	31.1	2.9	15.5	1.7	14.8	100.0	85.0	1,619
	Yuma	47.4	15.7	13.8	2.2	13.8	0.7	6.5	100.0	93.5	2,228
	Higüamo	36.7	7.1	25.9	5.5	17.0	0.5	7.1	100.0	92.8	2,780
	Ozama	76.5	11.6	4.5	1.5	3.1	0.2	2.1	100.0	97.5	11,589
Total		56.2	6.7	21.0	3.0	8.5	0.5	3.9	100.0	96.0	38,757

* MICS Indicador 12; ODM Indicador 31

Mapa 9. Uso de medios sanitarios para la eliminación de la excreción



Cuadro 9.2: Uso de medios sanitarios para la eliminación de excretas

Distribución porcentual de población de los hogares, según tipo de facilidad sanitaria usada por el hogar y porcentaje de población de hogares que usan medidas sanitarias de eliminación de excretas. República Dominicana, ENHOGAR 2006.

		Tipo de facilidad sanitaria usada por el hogar						Servicio sanitario no mejorado	Total	Porcentaje de población usando servicio sanitario mejorado *	Número de miembros del hogar
		Servicio sanitario mejorado						No hay servicio			
		Inodoro privado	Inodoro compartido	Letrina privada con cajón	Letrina privada sin cajón	Letrina compartida con cajón	Letrina compartida sin cajón				
Estrato	Santo Domingo (1)	79.5	13.1	2.1	1.3	1.9	0.2	1.4	100.0	98.2	9,084
	Ciudades de 100mil y+	73.6	10.7	7.1	2.0	5.5	0.1	1.0	100.0	99.0	6,518
	Resto Urbano	54.1	3.9	24.2	2.5	11.0	0.4	3.8	100.0	96.1	9,706
	Rural	33.7	2.3	38.3	5.1	12.6	1.0	7.0	100.0	92.9	13,449
Zona	Urbano	68.2	9.0	11.9	1.9	6.3	0.3	2.2	100.0	97.6	25,308
	Rural	33.7	2.3	38.3	5.1	12.6	1.0	7.0	100.0	92.9	13,449
Educación del jefe	Ninguno/ preescolar	33.7	5.9	33.7	5.0	12.1	1.5	8.0	100.0	91.9	4,310
	Primaria	47.1	6.5	27.5	3.8	10.1	0.5	4.4	100.0	95.5	19,499
	Secundaria	70.1	8.7	10.2	1.8	6.7	0.2	2.0	100.0	97.8	9,185
	Superior +	87.5	3.7	4.8	0.4	2.1	0.1	1.1	100.0	98.7	5,051
	Sin información/ No sabe	42.7	9.8	21.7	3.7	10.6	2.9	7.0	100.0	91.3	712
Quintiles de riqueza	Muy pobres	1.1	1.3	50.1	7.9	22.5	2.1	15.0	100.0	85.0	7,752
	Segundo quintil	17.8	12.7	42.4	5.2	16.9	0.6	4.0	100.0	95.6	7,770
	Quintil medio	70.8	13.2	11.4	1.6	2.5	0.0	0.3	100.0	99.6	7,727
	Cuarto quintil	92.4	5.5	1.1	0.3	0.5	0.0	0.0	100.0	99.8	7,756
	Mas ricos	99.3	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	99.9	7,752
Total		56.2	6.7	21.0	3.0	8.5	0.5	3.9	100.0	96.0	38,757

MICS Indicador 12; ODM Indicador 31

(1) Ciudad de Santo Domingo que incluye Distrito Nacional y zona urbana de la provincia Santo Domingo.

- A nivel de estrato, la ciudad de Santo Domingo y las ciudades de 100 mil y más habitantes tiene 98% y 99% de hogares con facilidades sanitarias mejoradas. Igualmente, no se encuentran diferencias importantes según educación del jefe, pero sí según quintil de riqueza, se ve que en el quintil más pobre el 85% de personas accede a facilidades mejoradas frente a todas las personas del quintil más rico. (Ver Cuadro 9.2 en la página anterior).

10. Uso de anticoncepción.

El conocimiento de la prevalencia de uso de anticoncepción es de particular importancia para la salud pública y para la formulación de políticas de población. Es el determinante más próximo de la fecundidad, por estar estrechamente relacionado con la salud reproductiva de las mujeres y, por último, es un derecho de las parejas poder decidir de manera informada el tener hijos, cuándo y cuántos tenerlos.

Los administradores de los programas de planificación familiar y los responsables de la formulación de políticas de población y salud del país, encontrarán información relevante sobre los niveles actuales de uso de la anticoncepción, que podrán ser examinados en comparación con las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud realizadas con anterioridad. El adecuado conocimiento del nivel de uso de métodos empleados 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 de métodos anticonceptivos.

A todas las mujeres que no estaban embarazadas en el momento de la entrevista, con el objetivo de evaluar el uso actual de la anticoncepción, se les preguntó si estaban usando algún método para evitar un embarazo. En el Cuadro 10.1 se presenta la prevalencia del uso de anticonceptivos de mujeres casadas o en unión según características seleccionadas. La información se presenta para todos los métodos y por métodos específicos.

Cuadro 10.1: Uso de anticoncepción		Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años actualmente casadas o en unión que están usando (o cuyos compañeros están usando) un método anticonceptivo. República Dominicana, ENHOGAR 2006.										
		No usan ningún método	Esterilización femenina	Píldora	DIU	Inyección	Condomes	Otro método Moderno	Otro método tradicional	Total	Cualquier método moderno	Número de mujeres actualmente casadas o en unión
Regiones	Cibao Norte	36.4	41.4	14.6	1.8	2.9	1.3	0.5	1.1	100.0	62.5	1,029
	Cibao Sur	33.8	48.9	13.1	1.4	1.8	0.6	0.0	0.3	100.0	65.9	426
	Cibao Nordeste	37.0	43.4	13.9	0.6	2.4	1.1	0.4	1.2	100.0	61.8	397
	Cibao Noroeste	43.4	40.6	11.2	0.0	2.7	0.6	0.4	1.1	100.0	55.5	287
	Valdesia	33.6	43.6	13.4	1.4	3.1	2.6	0.7	1.6	100.0	64.8	640
	El Valle	35.4	44.3	9.2	0.9	6.7	1.4	0.9	1.3	100.0	63.4	180
	Enriquillo	35.8	32.2	15.6	1.6	11.0	1.3	1.8	0.8	100.0	63.4	207
	Yuma	41.9	33.8	14.0	0.6	4.4	1.9	0.9	2.5	100.0	55.6	359
	Higuamo	35.3	40.5	13.8	1.0	4.5	2.3	0.6	2.0	100.0	62.7	386
	Ozama	43.5	26.2	15.3	3.5	5.1	3.0	2.0	1.4	100.0	55.1	1,708
Total		38.7	36.9	14.1	1.9	4.1	2.0	1.0	1.3	100.0	60.0	5,619

* MICS indicador 21; ODM indicador 19C

Mapa 10. Uso de anticoncepción según regiones de planificación



- La información que se presenta en el Cuadro 10.1 y de manera resumida en el Mapa 10, muestra que el uso de métodos anticonceptivos es generalizado (61%) sin diferencias importantes a nivel geográfico ni por características seleccionadas.
- La excepción a la afirmación anterior la constituyen las mujeres sin hijos vivos, pues solamente un 30% usa algún método y también las mujeres con un hijo vivo (47% de usuarias). En alguna medida, esto muestra que hay cierta racionalidad en el uso o no uso de métodos, pues, un gran porcentaje de unidas y sin hijos (o con uno) están buscando un embarazo. (Ver Cuadro 10.2 en la página siguiente).
- También, de manera general, se ve que las mujeres dominicanas casi no utilizan métodos tradicionales (1% de usuarias), y sí prefieren los métodos modernos (60%).
- A nivel de regiones de planificación destacan con las mayores proporciones de usuarias Cibao Sur y Valdesia con 66%. Menos usuarias son las mujeres de Ozama y Cibao Noroeste con 57%.
- El método más utilizado es la esterilización femenina, pues el 60% de las mujeres que usan algún método prefieren la esterilización (37% del total de unidas).
- La esterilización femenina, por regiones varía entre el 49% de usuarias en Cibao Sur al 26% en Ozama (Distrito Nacional y provincia Santo Domingo). En Ozama las mujeres tienen niveles más altos de escolaridad, que posiblemente postergan la unión y no necesitan recurrir a métodos de anticoncepción permanentes.
- Se observa el uso de métodos por características seleccionadas, se tiene, como se esperaba, que las mujeres muy jóvenes prácticamente no utilizan la esterilización (1%) y sí las de mayor edad (65%), pues aquéllas, aunque casadas o unidas, tienen pocos hijos o ningún hijo y las mujeres de más edad ya tienen los hijos que querían (y aun más). El uso de la esterilización según edad aumenta más claramente entre los 25 y 35 años de edad. (Ver Cuadro 10.2 en la página siguiente).
- También se observan diferencias muy grandes entre las mujeres que no tienen hijos vivos o tienen uno y las que tienen dos o tres hijos y más, pues las primeras prácticamente no usan la esterilización aunque usen métodos y las segundas (de tres o más hijos) básicamente han optado por este método definitivo, pues más del 60% utiliza la esterilización femenina.
- Prácticamente no se utiliza la esterilización masculina, el DIU, los implantes, el MELA, el ritmo ni el retiro.

Cuadro 10.2: Uso de anticoncepción

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años actualmente casadas o en unión que están usando (o cuyos compañeros están usando) un método anticonceptivo. República Dominicana, ENHOGAR 2006.

		Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años actualmente casadas o en unión que están usando (o cuyos compañeros están usando) un método anticonceptivo									Cualquier método moderno	Número de mujeres actualmente casadas o en unión
		No usan ningún método	Esterilización femenina	Píldora	DIU	Inyección	Condomes	Otro método moderno	Otro método tradicional	Total		
Estrato	Santo Domingo (1)	44.9	25.7	14.3	3.6	5.5	2.5	2.5	1.1	100.0	54.1	1,325
	Grandes Ciudades	38.4	39.1	13.2	1.8	2.6	2.0	0.8	2.1	100.0	59.4	1,041
	Resto Urbano	37.6	39.3	14.4	1.7	4.1	1.6	0.6	0.8	100.0	61.7	1,376
	Rural	35.2	41.8	14.3	0.9	3.9	1.9	0.5	1.5	100.0	63.3	1,877
Zona	Urbano	40.4	34.4	14.0	2.4	4.2	2.0	1.3	1.3	100.0	58.3	3,742
	Rural	35.2	41.8	14.3	0.9	3.9	1.9	0.5	1.5	100.0	63.3	1,877
Edad	15-19	53.2	0.9	26.7	0.3	10.3	5.5	1.4	1.5	100.0	45.3	412
	20-24	46.2	7.5	26.2	4.7	8.1	3.2	1.8	2.3	100.0	51.5	942
	25-29	41.1	23.1	21.3	3.1	6.5	2.0	1.6	1.2	100.0	57.8	1,044
	30-34	34.8	42.7	14.2	1.8	2.1	2.0	0.7	1.8	100.0	63.5	940
	35-39	33.9	55.7	5.9	0.3	2.0	1.0	0.3	0.8	100.0	65.3	939
	40-44	33.9	60.1	2.6	0.7	0.4	0.9	0.5	0.9	100.0	65.2	811
	45-49	31.9	65.1	0.5	0.5	0.2	0.4	0.6	0.7	100.0	67.4	531
Número de niños viviendo	0	70.3	0.3	18.5	0.1	3.3	5.6	0.4	1.5	100.0	28.2	591
	1	52.9	3.4	25.2	4.8	7.3	2.6	1.6	2.3	100.0	44.8	1,068
	2	36.6	30.3	19.4	3.1	5.7	2.1	1.7	1.0	100.0	62.4	1,347
	3	25.5	63.7	6.1	0.2	1.8	0.9	0.6	1.2	100.0	73.3	1,441
	4+	28.4	60.4	5.6	0.9	2.4	0.9	0.6	0.9	100.0	70.7	1,173
Educación de la madre	Sin educación/ preescolar	49.5	38.4	5.7	1.2	4.4	0.0	0.3	0.6	100.0	49.9	272
	Primaria	35.9	45.6	11.3	0.6	3.7	1.0	0.8	1.2	100.0	62.9	2,228
	Secundaria	39.2	31.2	17.5	2.4	4.8	2.5	1.0	1.5	100.0	59.3	2,021
	Superior + Sin información/ No sabe	40.7	29.3	15.9	3.9	3.5	3.6	1.7	1.5	100.0	57.8	1,087
		44.9	21.6	0.0	0.0	18.3	15.2	0.0	0.0	100.0	55.1	11
Quintiles de riqueza	Más pobres	39.6	37.9	14.0	0.3	5.4	0.9	0.7	1.3	100.0	59.1	980
	Segundo quintil	37.8	37.8	15.7	0.7	4.0	1.9	1.2	0.9	100.0	61.3	1,138
	Quintil medio	37.4	38.4	12.9	1.9	5.7	1.8	0.9	1.1	100.0	61.5	1,135
	Cuarto quintil	37.0	34.6	16.3	3.5	3.1	1.8	1.6	2.0	100.0	61.0	1,219
	Más ricos	41.7	36.1	11.5	2.8	2.5	3.4	0.7	1.4	100.0	56.9	1,148
Total		38.7	36.9	14.1	1.9	4.1	2.0	1.0	1.3	100.0	60.0	5,619

MICS indicador 21; ODM indicador 19C

(1) Ciudad de Santo Domingo, que incluye Distrito Nacional y zona urbana de la provincia de Santo Domingo.

11. Asistencia durante el parto.

La información estadística sobre la salud materna e infantil es de vital importancia debido a su relación con dos grupos de población estratégicos en el contexto de las políticas de salud y de desarrollo humano: madres e hijos menores de edad. Afortunadamente, República Dominicana dispone ya de varias Encuestas Nacionales de Demografía y Salud que proporcionan puntos de referencia de importancia y validez trascendental para el diseño de políticas en el sector y ahora, con la ENHOGAR 2006, se actualiza esta información.

La ENHOGAR 2006 contiene una cantidad apreciable de información sobre aspectos relacionados con la salud materna e infantil que no sólo permite evaluar aspectos del pasado inmediato en la materia, sino también proyectar las tendencias futuras. En este informe se presentan los resultados referidos a la atención del parto, tanto sobre la persona que atendió el parto, como también si ocurrió en un establecimiento de salud. Esta información se presenta en el Cuadro 11.1 para las mujeres que dieron a luz en los pasados 2 años.

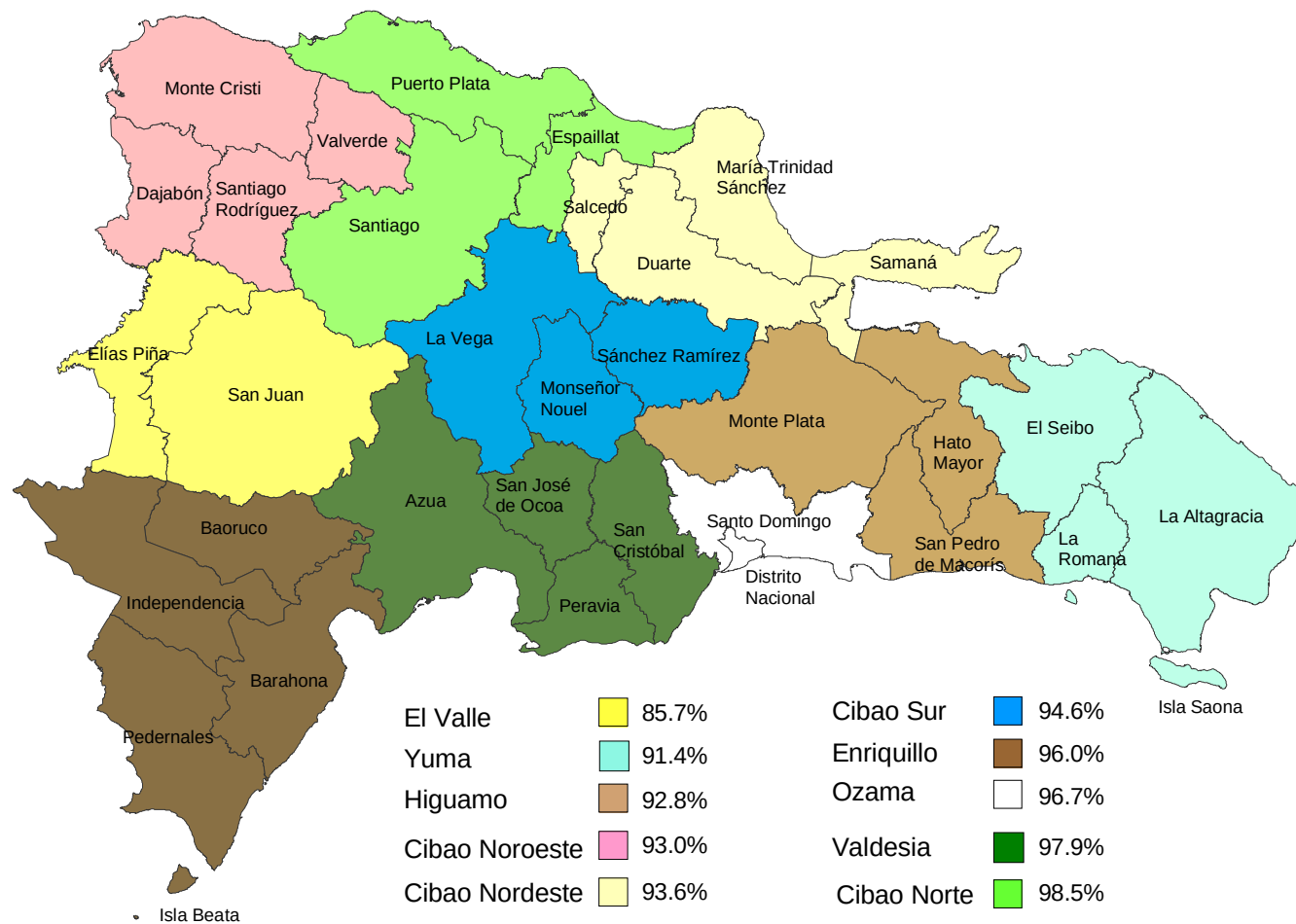
Cuadro 11.1: Asistencia durante el parto												
Distribución porcentual de mujeres de 15-49 años con algún nacimiento en los 2 años anteriores a la encuesta por tipo de personal de salud que asistió al parto. República Dominicana, ENHOGAR 2006.												
		Persona que atendió el parto							Total	Personal profesional en salud *	Parto en centro de salud **	Número de mujeres con hijos en los dos años anteriores a la encuesta
		Médico general	Ginecólogo / obstetra	Médico otra especialidad	Enfermera	Comadrona o partera	Otro	No sabe / sin información				
Regiones	Cibao	32.3	64.6	1.6	0.4	0.5	0.0	0.6	100.0	98.5	98.6	209
	Norte											
	Cibao Sur	32.6	62.0	0.0	2.9	0.0	0.9	1.6	100.0	94.6	97.4	93
	Cibao Nordeste	31.8	60.8	1.0	2.4	1.2	0.0	2.8	100.0	93.6	97.1	78
	Cibao Noroeste	38.8	52.0	1.3	0.0	1.9	0.0	5.1	100.0	93.0	94.3	50
	Valdesia	33.5	6	0.3	2.1	0.0	0.0	0.0	100.0	97.9	98.8	150
	El Valle	36.5	4	3.6	1.9	2.7	2.5	7.2	100.0	85.7	92.2	46
	Enriquillo	36.4	58.4	1.2	3.0	0.3	0.3	0.4	100.0	96.0	98.9	76
	Yuma	38.7	52.7	0.0	3.1	0.9	0.0	4.7	100.0	91.4	97.0	98
	Higuamo	44.6	48.2	0.0	1.0	4.3	0.0	1.9	100.0	92.8	86.8	113
	Ozama	22.6	73.4	0.7	0.0	0.4	0.0	2.9	100.0	96.7	93.5	470
Total		31.2	63.6	0.8	1.1	0.9	0.2	2.3	100.0	95.5	95.3	1,382

* MICS indicador 4; ODM indicador 17

** MICS indicador 5

- La asistencia al parto por personal profesional de salud, médico y/o enfermera, es alta, pues el 96% de las mujeres que tuvieron hijos en los 2 años anteriores a la encuesta fueron atendidas por un médico y el 1% por una enfermera. (Ver Mapa 11).

Mapa 11. Asistencia durante el parto según regiones de planificación



- Prácticamente todas las madres atendidas por un médico tuvieron el parto en un centro de salud (95%).
- Casi todos los partos de las regiones de Cibao Norte (Santiago, Puerto Plata y Espaillat) y Valdesia (Azua, Peravia, San Cristóbal y San José de Ocoa) son atendidos por médico (99% y 98%, respectivamente). Al otro extremo, con el porcentaje más bajo está la región de Enriquillo (Independencia, Bahoruco, Barahona y Pedernales), donde el 86% de los partos son atendidos por médico, esta es la única región que presenta un nivel de atención por médico por debajo de 90%.
- La labor de la enfermera tiene alguna importancia en Enriquillo, Yuma y Cibao Sur con 3% de partos atendidos. La atención de parto de la comadrona tiene también alguna importancia en Higüamo y El Valle con 4% y 3% de partos atendidos por ella. Debe considerarse que todos estos partos son atendidos en la casa de la mujer o casa de la comadrona, aspecto que suma a los riesgos de atención por personal que no siempre tiene la capacitación suficiente.
- La atención del parto por médico según el nivel educativo y quintil de riqueza muestran algunas diferencias entre las mujeres que llegaron a la primaria y las que la superaron y también entre quienes se encuentran en el quintil más pobre y el resto. Sin embargo, si se ve qué tipo de médico atendió el parto, se observan aspectos de importancia: Las mujeres con educación superior y más y las que pertenecen al quintil más rico (básicamente las mismas mujeres), son atendidas por un ginecólogo obstetra posiblemente en clínicas privadas, mientras que las mujeres con educación primaria o menos y las que pertenecen al quintil más pobre (también básicamente las mismas mujeres) son atendidas en un porcentaje muy importante por un doctor (sin la identificación de la especialidad) y posiblemente el parto tuvo lugar en un hospital público. (Ver Cuadro 11.2 en la página siguiente).
- La atención por profesional de la salud no muestra diferencias por lugar de residencia, estrato geográfico/demográfico ni edad de la mujer, pues están constituidos por mujeres de todas las clases sociales y económicas.

Cuadro 11.2: Asistencia durante el parto

Distribución porcentual de mujeres de 15-49 años con algún nacimiento en los 2 años anteriores a la encuesta por tipo de personal de salud que asistió al parto. República Dominicana, ENHOGAR 2006.

		Persona que atendió el parto							Total	Personal profesional en salud *	Parto en centro de salud **	Número de mujeres con hijos en los dos años anteriores a la encuesta
		Médico general	Ginecólogo / obstetra	Médico otra especialidad	Enfermera	Comadrona o partera	Otro	No sabe/ sin información				
Zona	Urbano	28.7	66.6	0.7	1.1	0.4	0.0	2.5	100.0	96.0	95.3	902
	Rural	35.8	57.8	1.1	1.3	1.8	0.5	1.8	100.0	94.7	95.3	480
Estrato	Santo Domingo (1)	23.3	71.4	0.7	0.0	0.6	0.0	4.0	100.0	95.4	92.2	335
	Grandes Ciudades	28.9	67.6	0.0	0.9	0.4	0.0	2.1	100.0	96.6	94.5	246
	Resto Urbano	34.2	60.8	1.2	2.3	0.2	0.0	1.3	100.0	96.2	99.0	321
Edad de la mujer	Rural	35.8	57.8	1.1	1.3	1.8	0.5	1.8	100.0	94.7	95.3	480
	15-19	39.5	54.0	0.8	0.8	1.2	0.0	3.7	100.0	94.4	96.6	229
	20-24	31.7	62.4	0.9	2.0	0.3	0.0	2.7	100.0	95.0	96.4	456
	25-29	30.6	65.1	1.2	0.7	0.8	0.3	1.3	100.0	96.9	95.9	370
	30-34	22.8	73.4	0.4	0.6	0.9	0.5	1.4	100.0	96.6	93.1	205
	35-39	22.1	74.9	0.0	1.0	1.3	0.0	0.7	100.0	97.0	93.6	87
	40-44	42.2	43.5	0.0	0.0	7.1	0.0	7.2	100.0	85.7	80.6	31
	45-49	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0	100.0	4
	Ninguno/Preescolar	55.3	39.6	0.0	1.4	2.0	0.4	1.3	100.0	94.9	97.6	56
	Primaria	40.0	52.5	0.8	1.8	1.7	0.2	3.1	100.0	93.3	95.4	525
Educación de la madre	Secundaria	26.1	70.1	0.7	1.1	0.4	0.2	1.5	100.0	96.9	95.1	528
	Superior+	19.1	77.2	1.3	0.0	0.0	0.0	2.5	100.0	97.5	94.9	269
	Sin información/no sabe	14.0	78.1	0.0	0.0	7.8	0.0	0.0	100.0	92.2	100.0	4
Total		31.2	63.6	0.8	1.1	0.9	0.2	2.3	100.0	95.5	95.3	1,382

* MICS indicador 4; ODM indicador 17

** MICS indicador 5

(1) Ciudad de Santo Domingo, que incluye Distrito Nacional y zona urbana de la provincia Santo Domingo.

12. Registro de nacimiento.

“El niño será inscrito inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos”, esto indica el Artículo 7 de la Convención sobre los Derechos del Niño. Sin embargo la realidad de nuestros países muestra que hay exclusión de niños y niñas.

El registro de nacimiento es el registro oficial del nacimiento de un niño o de una niña mediante un proceso administrativo del estado y está coordinado por una sección particular del gobierno. Es el registro permanente y oficial de la existencia del niño o niña.

La falta de registro de nacimiento implica que los niños y niñas no tienen prueba de edad ni de identidad, carecen de la más mínima protección contra el abuso y la explotación. Al crecer la persona que no está registrada no podrá hacer ni tener cosas tan comunes como la cédula de identidad, la licencia para conducir, no podrá cobrar un cheque ni podrá votar.

La falta de registro implica una vida de exclusión y de invisibilidad, con barreras para acceder a los servicios de salud, educación, de protección social y con riesgo de abuso y explotación

La infancia que no está registrada es fundamentalmente pobre, de padres y cuidadores que no tienen recursos financieros para llegar a las oficinas del registro de nacimientos, o que no conocen la importancia del registro de nacimiento. Además, la falta de identificación tiende a darse entre las generaciones y los niños y niñas de padres sin registro.

En el Cuadro 12 (a continuación dividido en dos páginas por su proporción) se presentan los resultados de la ENHOGAR 2006 sobre el registro de los nacimientos de los últimos 5 años y las razones de no registro.

- El 78% de los niños nacidos en el país en los últimos 5 años fueron registrados. Las regiones de planificación que muestran los porcentajes más altos de registros son Cibao Norte y Cibao Sur, donde 83 de cada 100 niños fueron registrados. Al otro extremo, donde solamente 62 de cada 100 niños fueron registrados, se encuentra la región de El Valle. (Ver Cuadro 12 en las páginas siguientes).
- Según características seleccionadas se encuentran diferencias importantes en los porcentajes de niños registrados. Así, el 82% de los niños nacidos en el área urbana fueron registrados, frente al 70% de los nacidos en el área rural. A nivel de estrato sorprende un poco que el registro de la ciudad de Santo Domingo sea menor que en grandes ciudades, pero las razones por las que no fueron registrados muestran mayores problemas de acceso en Santo Domingo (“debo viajar lejos”, “no se donde registrar”) son claramente mayores en Santo Domingo que en las otras ciudades grandes.
- Por nivel educativo de la madre las diferencias son marcadas, pues el 68% de los hijos de las mujeres que no tienen educación fueron registrados frente al 96% de los hijos de mujeres con educación superior y más. Esto se repite entre los hijos de mujeres según quintil de riqueza.
- Los porcentajes de registros de nacimiento con relación a las regiones de planificación, se presentan en el Mapa 12, posterior a las informaciones del Cuadro 12.

Cuadro 12: Registro de nacimiento

Distribución porcentual de niños/as de 0 a 59 meses según si nacimiento fue registrado y razones de no registro. República Dominicana, ENHOGAR 2006.

		Razón de no registro:												Número de niños/as de 0 a 59 meses sin registro de nacimiento	
		Nacimiento registrado *	No sabe si fue registrado	Número de niños/as de 0 a 59 meses	Cuesta mucho	Debo viajar muy lejos	No sabía que debía ser registrado	No quería pagar multa	No sabe donde registrarlo	Otro	Falta de documentos (cédula/acta)	No sabe como registrarlo	Sin información		Total
Regiones	Cibao Norte	83.5	0.1	623	4.4	6.6	0.0	2.7	2.6	10.8	63.0	3.3	6.7	100.0	79
	Cibao Sur	83.2	1.2	302	1.8	0.0	0.0	4.4	0.0	20.7	64.6	0.0	8.5	100.0	35
	Cibao Nordeste	75.7	1.2	252	8.0	2.7	0.0	1.1	1.5	14.7	62.4	2.2	7.5	100.0	39
	Cibao Noroeste	80.7	0.2	180	4.8	1.0	0.4	0.0	1.6	6.0	21.0	0.8	64.4	100.0	75
	Valdesia	73.7	0.5	461	2.8	8.1	3.9	1.2	0.0	8.3	71.6	1.8	2.2	100.0	81
	El Valle	62.5	1.4	146	4.3	0.8	0.0	0.6	1.8	18.4	30.0	1.4	42.7	100.0	60
	Enriquillo	72.9	0.1	217	1.6	3.9	0.0	2.3	4.7	14.6	50.6	0.0	22.3	100.0	59
	Yuma	80.9	0.2	245	0.6	0.7	0.0	0.0	0.0	9.7	37.2	0.0	51.8	100.0	87
	Higuamo	76.1	0.9	313	5.8	8.8	0.0	0.0	1.6	8.5	67.0	3.8	4.4	100.0	57
	Ozama	77.9	0.6	1,288	4.2	1.1	0.0	0.0	0.0	16.3	47.4	0.0	31.1	100.0	295
Total		77.9	0.6	4,026	3.8	2.9	0.4	0.8	1.0	13.1	49.4	1.0	27.7	100.0	869

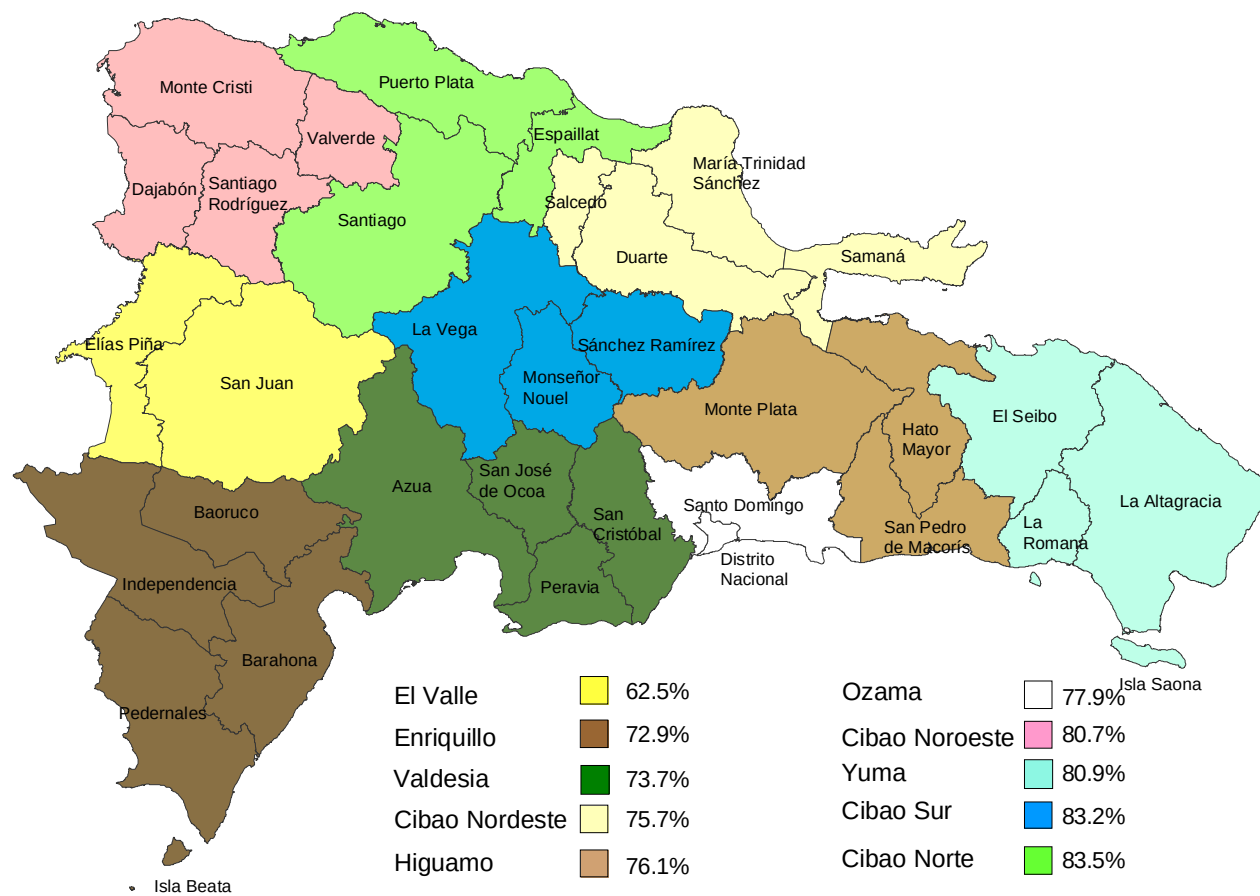
* MICS Indicador 62

Cuadro 12: (Continuación): Registro de Nacimiento																
Distribución porcentual de niños/as de 0 a 59 meses según si nacimiento fue registrado y razones de no registro. República Dominicana, ENHOGAR 2006.																
		Nacimientos Registra-dos *	No sabe si fue registrado	Número de niños/as de 0 a 59 meses	Razón de no registro:										Total	Número de niños /as de 0 a 59 meses sin registro de nacimiento
					Cuesta mucho	Debo viajar muy lejos	No sabía que debía ser registrado	No quería pagar multa	No sabe donde registrarlo	Otro	Falta de documentos (cédula / acta)	No sabe como registrarlo	Sin información			
Zona	Urbano	82.1	0.3	2,595	3.3	2.5	0.1	0.6	0.7	10.3	45.7	0.9	35.9	100.0	539	
	Rural	70.2	1.1	1,430	4.5	3.6	1.0	1.0	1.5	17.6	55.3	1.2	14.3	100.0	331	
Estrato	Santo Domingo (1)	83.4	0.4	909	3.8	1.6	0.0	0.0	0.0	9.7	42.9	0.0	42.0	100.0	202	
	Grandes Ciudades	89.5	0.0	667	1.6	2.7	0.0	1.6	0.0	7.0	46.0	2.5	38.7	100.0	95	
	Resto Urbano	76.2	0.4	1,019	3.6	3.2	0.1	0.7	1.5	12.2	48.0	0.9	29.7	100.0	241	
	Rural	70.2	1.1	1,430	4.5	3.6	1.0	1.0	1.5	17.6	55.3	1.2	14.3	100.0	331	
Edad en meses	0-11	77.9	0.6	4,026	3.8	2.9	0.4	0.8	1.0	13.1	49.4	1.0	27.7	100.0	869	
Educación	No educación/ preescolar	68.5	2.8	595	5.1	2.4	0.0	0.5	2.5	8.3	49.3	1.6	30.2	100.0	192	
	Primaria	66.9	0.4	1,426	4.5	3.4	0.7	1.0	0.9	18.1	57.8	1.0	12.6	100.0	408	
	Secundaria	85.4	0.1	1,343	2.4	3.5	0.3	0.8	0.0	8.4	44.0	0.3	40.4	100.0	197	
	Superior +	95.7	0.0	651	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	9.0	14.7	1.2	75.0	100.0	70	
Quintiles de riqueza	Muy pobres	59.3	1.1	964	8.7	2.6	0.5	1.2	2.3	13.0	54.6	1.2	15.9	100.0	325	
	Segundo quintil	72.1	0.4	904	0.1	4.2	0.9	0.2	0.5	15.0	57.5	0.2	21.4	100.0	231	
	Quintil medio	83.3	0.7	788	2.9	1.2	0.0	0.7	0.0	12.1	48.5	2.9	31.6	100.0	139	
	Cuarto quintil	87.7	0.2	777	0.0	3.4	0.0	1.3	0.0	7.7	39.1	0.0	48.5	100.0	117	
	Mas ricos	96.9	0.4	593	0.0	2.8	0.0	0.0	0.0	19.0	10.2	0.0	68.0	100.0	58	
Total		77.9	0.6	4,026	3.8	2.9	0.4	0.8	1.0	13.1	49.4	1.0	27.7	100.0	869	

* MICS Indicador 62

(1) Ciudad de Santo Domingo, que incluye Distrito Nacional y zona urbana de la provincia Santo Domingo.

Mapa 12. Registro de nacimiento según regiones de planificación



13. Tasa neta de asistencia a la escuela primaria.

El nivel de educación de la población es uno de los factores más frecuentemente usado en los análisis socio-demográficos por su influencia sobre la conducta reproductiva y la salud de los niños, entre otros aspectos.

Aparte del nivel de educación, el cual refleja la educación adquirida por la población a través del tiempo, es importante analizar las tasas actuales de asistencia escolar a los diferentes niveles o ciclos escolares, al igual que las tasas de repetición de grado y las tasas de retiro o deserción que serán presentadas en el informe final.

La *tasa neta de asistencia* es el porcentaje de población en las edades escolares (6-13 años para la escuela primaria y 14-17 para la secundaria) que asiste a la escuela primaria o secundaria, según sea el caso, no puede exceder del 100%. En la tasa neta de asistencia a la escuela primaria se incluyen los niños y niñas que con 13 ó menos años de edad asisten a la secundaria. De igual manera, los jóvenes que con 17 años o menos asisten a la educación superior son considerados para la tasa neta de asistencia a la escuela secundaria, que se ve más adelante. La tasa neta de asistencia es un indicador de la participación escolar entre la población en edad escolar.

La *tasa bruta de asistencia* se expresa como el cociente entre el número total de estudiantes que asiste a primaria (o secundaria), sin importar la edad, y la población oficial en edad escolar en cada caso. Si hay un número considerable de estudiantes por debajo o por encima de las edades oficiales, la tasa bruta puede exceder el 100%. Las tasas netas para la escuela primaria se presentan en el Cuadro 13 y el Mapa 13 (de las páginas siguientes) para el país y características seleccionadas.

- La tasa neta de asistencia a la escuela primaria (TNA), es alta tanto para mujeres como para hombres (93% y 91%, respectivamente) y como resultado también es alta para el total (92%). Si bien son tasas altas, en realidad un niño y una niña de cada diez no asisten a la escuela primaria.
- A nivel de región de planificación es en Higüamo, conformada por las provincias Monte Plata, San Pedro de Macorís y Hato Mayor, donde se tienen las menores tasas de asistencia para niñas y niños, con 90% y 88%, de donde resulta una tasa neta de asistencia de 89%. Las regiones con la TNA más altas para las niñas son Yuma y Cibao Noroeste, ambas con 93% de asistencia neta. Para los niños las coberturas más altas se encuentran en Cibao Noroeste y Cibao Norte con 97% y 96% de asistencia.
- Al observar las tasas por características seleccionadas se encuentran muy pequeñas diferencias, tanto para niñas como para niños, por educación del jefe del hogar y por quintil de riqueza, menor asistencia en los estratos más pobres (y de menor educación del jefe) y mayores tasas en los más ricos. Estas diferencias son más notorias entre los varones.

Cuadro 13: Tasa de asistencia neta a la escuela primaria

Porcentaje de niños/as en edad de escuela primaria** que asisten a la escuela primaria o secundaria (TAN). República Dominicana, ENHOGAR 2006.

		Masculino		Femenino		Total	
		Tasa de Asistencia Neta*	Número de niños	Tasa de Asistencia Neta*	Número de niños	Tasa de Asistencia Neta*	Número de niños
Regiones	Cibao Norte	89.1	570	96.0	512	92.4	1,082
	Cibao Sur	88.0	305	92.6	295	90.2	600
	Cibao Nordeste	92.0	256	93.4	243	92.7	499
	Cibao Noroeste	92.7	192	96.6	167	94.5	360
	Valdesia	91.8	426	94.5	432	93.2	858
	El Valle	89.1	167	91.2	168	90.2	335
	Enriquillo	87.2	169	95.4	160	91.2	328
	Yuma	93.1	191	93.7	219	93.4	410
	Higüamo	89.8	305	87.8	303	88.8	608
	Ozama	93.0	1,047	92.6	979	92.8	2,026
Zona	Urbano	91.2	2,288	93.3	2,182	92.2	4,470
	Rural	90.7	1,342	93.3	1,296	92.0	2,638
Estrato	Santo Domingo	92.6	783	94.0	754	93.3	1,537
	Grandes Ciudades	89.4	549	91.6	540	90.5	1,089
	Resto Urbano	91.1	956	93.7	888	92.3	1,844
	Rural	90.7	1,342	93.3	1,296	92.0	2,638
Edad	6	62.5	417	73.1	399	67.7	816
	7	90.3	476	90.3	447	90.3	923
	8	94.6	440	93.1	456	93.8	896
	9	95.7	459	97.5	418	96.6	877
	10	95.9	466	97.8	423	96.8	888
	11	96.2	435	97.4	461	96.8	896
	12	95.4	443	97.9	424	96.6	867
	13	95.1	494	97.8	450	96.4	944
Educación del jefe	Ninguno/ preescolar	85.3	385	87.2	368	86.3	752
	Primaria	90.3	1,835	92.4	1,749	91.3	3,584
	Secundaria	93.8	881	96.7	892	95.3	1,773
	Superior +	97.1	442	96.2	408	96.7	850
Quintiles de riqueza	Muy pobres	84.9	805	87.8	742	86.3	1,547
	Segundo quintil	89.1	773	91.3	707	90.1	1,480
	Quintil medio	92.7	735	94.9	717	93.8	1,452
	Cuarto quintil	94.6	704	96.3	672	95.4	1,375
	Mas ricos	95.5	613	96.9	640	96.2	1,253
Total		91.0	3,630	93.3	3,478	92.1	7,108

* MICS indicador 55; ODM indicador 6

(1) Ciudad de Santo Domingo, que incluye Distrito Nacional y zona urbana de la provincia Santo Domingo.

Mapa 13. Tasa de asistencia neta a la escuela primaria según regiones de planificación



14. Paridad de género en la educación.

Según el informe de UNICEF 2005 sobre paridad entre los géneros, la educación de las niñas se ha ampliado por todo el mundo, pero no con la rapidez necesaria, ni tampoco de manera uniforme para asegurar la educación básica a millones de niñas que todavía no acuden a la escuela.

El Objetivo de Desarrollo del Milenio 2 (ODM) consiste en lograr la enseñanza primaria universal: asegurar que para el año 2015 todos los niños y las niñas hayan terminado la enseñanza primaria. El Objetivo número 3, sobre igualdad entre los géneros y autonomía de la mujer, exige alcanzar la paridad entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria para 2015, y paridad a todos los niveles (educación, salud, empleo) para el 2015. Los resultados sobre paridad de género en la educación, medidos a través de las tasas netas de asistencia a escuela primaria o secundaria, se presentan en el Cuadro 14 por características seleccionadas.

Cuadro 14: Paridad de género por nivel de educación		Tasa de hembras y varones asistiendo a la escuela primaria y tasas de hembras y varones asistiendo a escuela secundaria. República Dominicana, ENHOGAR 2006.					
		Tasa Neta de Asistencia (TNA), MUJERES	Tasa Neta de Asistencia Primaria (TNA), VARONES	Índice de Paridad de Género (IPG) para escuela primaria	Tasa de Asistencia Neta escuela secundaria (TNA), MUJERES	Tasa de Asistencia Neta escuela secundaria (TNA), VARONES	Índice de Paridad de Género (IPG) para escuela secundaria
Regiones	Cibao Norte	96.0	89.1	1.08	48.9	41.9	1.17
	Cibao Sur	92.6	88.0	1.05	55.6	32.3	1.72
	Cibao Nordeste	93.4	92.0	1.01	55.8	33.2	1.68
	Cibao Noroeste	96.6	92.7	1.04	58.3	30.0	1.94
	Valdesia	94.5	91.8	1.03	45.0	26.0	1.73
	El Valle	91.2	89.1	1.02	38.3	24.5	1.57
	Enriquillo	95.4	87.2	1.09	39.2	14.6	2.70
	Yuma	93.7	93.1	1.01	47.3	33.4	1.41
	Higüamo	87.8	89.8	0.98	35.7	27.2	1.31
	Ozama	92.6	93.0	0.99	64.6	52.4	1.23
Sexo	Masculino	.	91.0	.	.	36.8	.
	Femenino	93.3	.	.	51.9	.	.
Zona	Urbano	93.3	91.2	1.02	55.9	42.4	1.32
	Rural	93.3	90.7	1.03	44.8	27.3	1.64
Estrato	Santo Domingo	94.0	92.6	1.01	66.7	53.0	1.26
	Grandes Ciudades	91.6	89.4	1.02	53.1	42.2	1.26
	Resto Urbano	93.7	91.1	1.03	49.1	34.3	1.43
	Rural	93.3	90.7	1.03	44.8	27.3	1.64
Educación del jefe	Ninguno/ preescolar	87.2	85.3	1.02	27.9	18.5	1.51
	Primaria	92.4	90.3	1.02	44.4	24.6	1.80
	Secundaria	96.7	93.8	1.03	63.0	49.9	1.26
	Superior +	96.2	97.1	0.99	75.5	74.9	1.01
Quintiles de riqueza	Muy pobres	87.8	84.9	1.03	23.5	11.5	2.04
	Segundo quintil	91.3	89.1	1.03	51.6	23.9	2.16
	Quintil medio	94.9	92.7	1.02	46.9	37.2	1.26
	Cuarto quintil	96.3	94.6	1.02	57.4	44.2	1.30
	Mas ricos	96.9	95.5	1.01	77.3	67.6	1.14
Total		93.3	91.0	1.02	51.9	36.8	1.41

* MICS Indicador 61; ODM Indicador 9

(1) Ciudad de Santo Domingo, que incluye Distrito Nacional y zona urbana de la provincia Sto. Domingo.

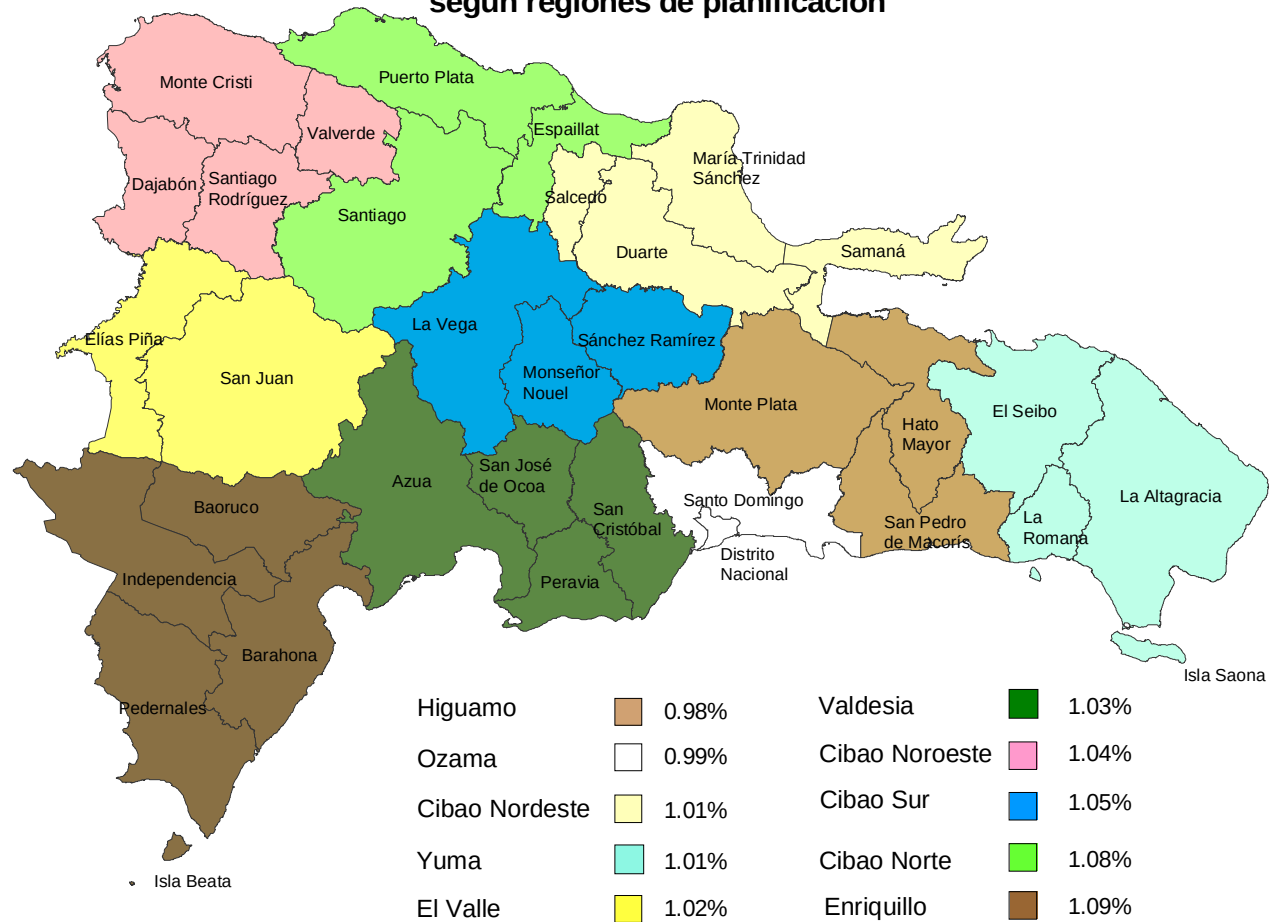
Paridad en la escuela primaria.

- La tasa neta de asistencia a la escuela primaria es de 93% para mujeres y 91% para hombres, de donde resulta una paridad de género de 1.02, es decir que por cada 100 hombres de 6 a 13 años que asisten a la escuela primaria, lo hacen 102 mujeres de la misma edad. Puede observarse que en la región de Higüamo la paridad es negativa para las mujeres, aunque cercana a la unidad (0,98) y no se trata de alta asistencia de hombres, que también es baja, sino de una muy baja asistencia de mujeres. Por otro lado, se encuentra una alta paridad de género en Enriquillo, pero no se atribuye a una completa asistencia de mujeres sino a una muy baja de hombres, de ahí resulta una alta paridad de género entre niñas y niños que esconde la baja asistencia de ambos. (Ver Mapa 14 en la página siguiente).
- A nivel de características seleccionadas no se aprecian diferencias importantes, parece que el tener estratos mas o menos homogéneos hace que las tasas de asistencia no sean tan diferente y por lo tanto hacen que la paridad sea también homogénea, alrededor del 1.02 nacional

Paridad en la escuela secundaria.

- Las tasas neta de asistencia a la escuela secundaria (TNA), considera a las jóvenes y los jóvenes de 14 a 17 años. La TNA, nacional para las jóvenes es del 52% y del 37% para los jóvenes. Es decir que apenas la mitad de las jovencitas que deberían estar asistiendo a la escuela secundaria lo hacen y los jóvenes apenas algo más de un tercio. De la relación anterior resulta un índice de paridad mujeres/hombres de 1.41, índice alto, no por alta asistencia de las mujeres sino por muy baja asistencia de los hombres, y, al final de ambos.
- Las tasas de asistencia de mujeres son relativamente altas en la región de Ozama (65%) y Cibao Noroeste (58%) y muy bajas en Higüamo (36%), El Valle (38%) y Enriquillo (39%). En todas las regiones las tasas para los hombres son aun más bajas que las tasas de asistencia de las mujeres de tal manera que el índice de paridad de género es alto. En algunos casos el índice de paridad es extraordinariamente grande como en Enriquillo, pero la ya baja asistencia de mujeres (39%) es aun peor para los hombres (15%) y resulta un índice de paridad de 2,70, es decir, que en Enriquillo por cada 100 hombres de 14 a 17 años que asisten a la escuela secundaria, lo hacen 270 jovencitas de la misma edad, pero ni siquiera ellas asisten todas, sino sólo 39 de cada 100.
- Por características seleccionadas las mayores tasas de asistencia se dan cuando la educación del jefe de hogar es superior y más y los jóvenes pertenecen al quintil más rico, las tasas en estos estratos son similares entre mujeres y hombres, para resultar en paridad cercana a uno. La paridad menos adecuada se da en los dos quintiles más pobres, pues la TNA de los hombres son menos de la mitad que la de las mujeres, que ya son bajas.
- En resumen, las tasas de asistencia de mujeres a la escuela secundaria son muy bajas pero están aún peor las tasas de los hombres, por lo que se recomienda no mirar el Índice de Paridad de Género solo, sino acompañado de las Tasas Netas de Asistencia a la Escuela Secundaria, pues, se reitera, son muy bajas.

Mapa 14. Paridad de género por educación escuela primaria según regiones de planificación



15. Asistencia escolar de niños huérfanos.

Cada vez se asigna mayor importancia al conocimiento de la situación de orfandad de madre, de padre o de ambos para los menores de 18 años. Se sabe que en países donde la prevalencia e incidencia del VIH/SIDA es grande, la orfandad por esta causa es importante y se hace necesario conocer más sobre la misma. En esos países el SIDA se llevó a la mayoría de sus madres y a buena parte de sus padres. Las mujeres suelen ser más vulnerables ante el virus y por eso se van primero de la vida, generalmente cuando los hombres ya se han ido del hogar. Así que los voluntarios de los hogares o sus abuelos o tíos terminan siendo los padres adoptivos de estos menores.

En el caso de República Dominicana no se ha investigado el tema de orfandad ligado al VIH/SIDA, pero sí sobre orfandad de menores de 18 años. En el Cuadro 15 (en la página siguiente) se presentan comparaciones en la tasa de asistencia escolar de niños huérfanos y no huérfanos, para analizar la vulnerabilidad de esta población sobre un derecho como es la asistencia a la escuela.

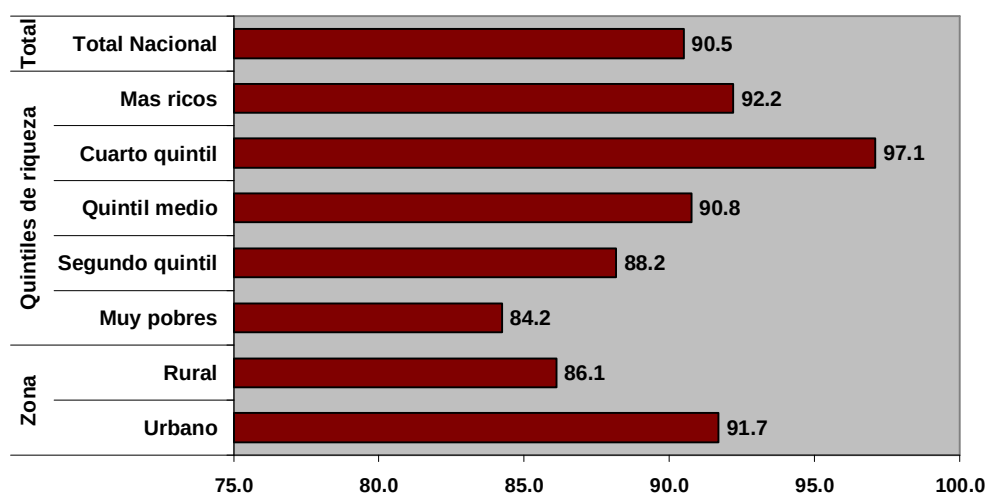
- Puesto que a nivel de país se tienen pocos casos de huérfanos de ambos padres (0,3%), la tasa de asistencia para huérfanos de ambos padres (71%) y la razón de asistencia escolar de huérfanos dobles a no huérfanos (0,74) se presenta solamente para el país en su conjunto y debe tomarse con cautela.
- Por otro lado, tres de cada cuatro niños y niñas de 10 a 14 años tienen a la madre y padre vivos y viven con al menos alguno de ellos (76%). No se aprecian diferencias importantes según características seleccionadas, solamente al estratificar a la población por quintiles de riqueza se nota alguna diferencia entre el quintil más pobre y el más rico (71% y 79% respectivamente); parece que esta diferencia, en perjuicio de los más pobres, se da tanto porque los padres se separan como por orfandad.
- En cuanto a la tasa de asistencia escolar de los niños no huérfanos y que viven con al menos uno de los padres, el 97% nacional no cambia mucho según las características seleccionadas (en general, para cualquier indicador, cuando los porcentajes para un total son muy altos no se presentan diferencias en subgrupos).
- El porcentaje de huérfanos en el país llega al 6% (no huérfanos es su complemento, 94%). La mayor diferencia se da entre los niños del quintil más pobre y los de los quintiles más ricos, pues en el primero el porcentaje de huérfanos casi duplica a los otros dos (9% y 5%, respectivamente).
- La asistencia escolar de niños huérfanos es del 90% en el país con diferencias pequeñas solamente a nivel de quintiles de riqueza. La asistencia escolar de no huérfanos es del 97% a nivel nacional, de donde la razón de asistencia entre huérfanos y no huérfanos es de 0,93, es decir que para un mismo número de huérfanos y no huérfanos, por cada 100 no huérfanos que asisten también lo hacen 93 huérfanos. Solamente en las grandes ciudades y en el cuarto quintil de riqueza (medianamente ricos) la relación se acerca a la unidad, pues no existen diferencias en la asistencia por condición de orfandad o no orfandad. (Ver Gráfico 15 posterior a la información del Cuadro 15).

Cuadro 15: Asistencia escolar de niños/as huérfanos												
Asistencia escolar de niños/as de 10 a 14 años, según orfandad. República Dominicana, ENHOGAR 2006.												
		Porcentaje de niños / as cuya madre y padre han muerto	Tasa de asistencia escolar de niños / as cuya madre y padre han muerto	Porcentaje de niños/as cuya madre y padre están vivos y que vive con la madre y/o el padre	Tasa de asistencia escolar de niños/as cuya madre y padre están vivos y que vive con la madre y/o el padre	Razón de asistencia escolar de huérfanos dobles a asistencia escolar de no huérfanos	Porcentaje de niños/as que son huérfanos	Asistencia escolar de niños/as que son huérfanos	Porcentaje de niños/as que no son huérfanos	Asistencia escolar de niños/as que no son huérfanos ni vulnerables	Razón de asistencia escolar de niños/as huérfanos y vulnerables a asistencia escolar de niños/as que no son huérfanos y vulnerables	Total de número de niños en edad de 10-14 años
Sexo	Masculino	0.3	55.6	76.5	95.8	0.6	5.9	86.5	94.1	95.8	0.90	2,290
	Femenino	0.3	83.2	75.5	98.5	0.8	6.2	92.5	93.8	97.8	0.95	2,132
Estrato	Santo Domingo (1)	0.2	100.0	76.9	98.9	1.0	7.2	92.9	92.8	98.1	0.95	964
	Grandes Ciudades	0.0	.	79.6	95.0	.	4.8	92.0	95.2	94.8	0.97	650
	Resto Urbano Rural	0.6	49.4	73.5	96.5	0.5	5.3	90.2	94.7	96.5	0.93	1,150
Zona	Urbano	0.3	82.0	75.8	97.3	0.8	6.4	86.1	93.6	97.0	0.89	1,658
	Rural	0.3	59.2	76.1	97.0	0.6	5.9	91.7	94.1	96.7	0.95	2,764
	Rural	0.3	82.0	75.8	97.3	0.8	6.4	86.1	93.6	97.0	0.89	1,658
Quintiles de riqueza	Muy pobres	0.4	80.3	71.5	93.9	0.9	8.7	84.2	91.3	93.6	0.90	930
	Segundo quintil	0.3	100.0	77.7	95.8	1.0	5.8	88.2	94.2	95.6	0.92	872
	Quintil medio	0.5	38.6	75.4	97.9	0.4	6.1	90.8	93.9	97.8	0.93	901
	Cuarto quintil	0.2	38.0	76.8	99.1	0.4	4.7	97.1	95.3	98.7	0.98	854
	Más ricos	0.1	100.0	79.1	98.8	1.0	4.9	92.2	95.1	98.4	0.94	864
Total		0.3	71.4	76.1	97.1	0.7	6.0	90.5	94.0	96.8	0.93	4,422

* MICS Indicador 77; ODM Indicador 20

(1) Ciudad de Santo Domingo que incluye Distrito Nacional y zona urbana de la provincia Santo Domingo.

Gráfico 15: Asistencia escolar de niños/as que son huérfanos



16. Matrimonio temprano.

Los programas que abordan la salud reproductiva de las adolescentes y la prevención del VIH se han concentrado principalmente en las jóvenes solteras. Sin embargo, la mayor parte de la actividad sexual reciente sin protección entre las adolescentes de la mayoría de los países en desarrollo ocurre dentro del matrimonio legal o consensual.

Las jovencitas que se casan antes de los 18 años tienen un bajo logro educativo, poca capacidad de generar ingresos y pocas oportunidades de movilidad social. En algunos entornos, se ha observado que las jovencitas casadas presentan tasas más altas de infección por el VIH, que otras jovencitas sexualmente activas que no se han casado.

Cuando las jovencitas se casan a edad temprana, esto con frecuencia se debe a la pobreza, preocupaciones de los padres acerca del sexo y el embarazo prematrimonial, o a otras razones de índole económica o cultural.

En general, es posible indicar que existe una relación entre el matrimonio temprano, la pobreza, el bajo logro educativo y también que las jovencitas casadas tienen desventajas relacionadas con las esferas de la salud, la relación social y económica, obstaculizando la capacidad para mejorar su vida reproductiva y su vida social.

En el Cuadro 16 se presentan los resultados descritos a continuación, posteriormente, el Gráfico 16 muestra los porcentajes de las jovencitas casadas ante de cumplir los 15 años de edad según algunas variables estudiadas.

- A nivel nacional el 11% de las mujeres se casaron o unieron antes de los 15 años, en la zona urbana el 10% y el 14% en la zona rural.
- Se dijo antes que el matrimonio temprano tiene relación directa con la pobreza y la información que se tiene, estratificada por nivel educativo y quintil de riqueza, confirma de manera inequívoca esa afirmación. Se observa que 1 de cada 4 mujeres se unió antes de los 15 años entre las mujeres sin educación, frente a 1 de cada 100 entre las mujeres con educación superior y más (27% y 1% respectivamente).
- Algo casi idéntico que con el nivel educativo ocurre en los quintiles de riqueza, pues las mujeres muy pobres tienen una probabilidad de casarse antes de los 15 años, 5 veces mayor que las del quintil de más ricos (22% y 4%, respectivamente).
- Como en otros indicadores, en el matrimonio temprano, las diferencias se hacen más claras cuando se construyen agrupaciones homogéneas internamente y diferenciadas entre estos estratos (nivel de educación y quintil de riqueza). Algo que se ve es que las diferencias entre una categoría y la siguiente se repite exactamente con la subsiguiente, es decir que las diferencias entre subgrupos estratificados con el mismo criterio son casi lineales.

Cuadro 16: Matrimonio Temprano		Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años en matrimonio o unión antes de cumplir 15 años, porcentaje de mujeres de 20 a 49 años en matrimonio o unión antes de cumplir 18 años, porcentaje de mujeres de 15 a 19 años actualmente casadas o en unión. República Dominicana, ENHOGAR 2006.						
		Porcentaje casadas antes de la edad de 15 años*	Número de mujeres de 15 a 49 años	Porcentaje casadas antes de la edad de 18*	Número de mujeres de 20 a 49 años	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 casadas/en unión**	Número de mujeres de 15 a 19 años	Número de mujeres de 15 a 49 años actualmente casadas/en unión
Zona	Urbano	10.2	6,223	33.4	5,026	17.0	1,184	3,329
	Rural	13.8	2,857	43.7	2,250	19.7	603	1,760
Estrato	Santo Domingo(1)	7.8	2,277	25.9	1,893	17.2	381	1,160
	Grandes Ciudades	10.5	1,671	32.0	1,358	17.9	309	949
	Resto Urbano	12.4	2,274	42.4	1,775	16.2	494	1,220
Edad de la mujer	Rural	13.8	2,857	43.7	2,250	19.7	603	1,760
	15-19	9.7	1,787	.	0	17.9	1,787	320
	20-24	15.0	1,593	40.5	1,576	.	0	787
	25-29	10.3	1,457	38.5	1,457	.	0	928
	30-34	11.7	1,218	38.9	1,218	.	0	875
	35-39	10.3	1,208	32.4	1,208	.	0	885
	40-44	10.5	1,094	31.5	1,094	.	0	778
	45-49	11.8	723	35.0	723	.	0	517
Educación de la madre	No educación/ preescolar	26.6	386	59.3	333	7.9	54	266
	Primaria	20.3	3,134	56.3	2,571	28.9	558	2,068
	Secundaria	7.1	3,618	32.9	2,542	13.8	1,070	1,775
	Superior +	1.5	1,927	9.7	1,820	5.1	100	972
Quintiles de riqueza	Muy pobres	21.8	1,408	57.7	1,111	30.8	296	908
	Segundo quintil	15.0	1,792	47.0	1,390	21.8	399	1,018
	Quintil medio	11.4	1,880	38.9	1,498	14.6	378	1,010
	Cuarto quintil	7.5	1,982	28.9	1,611	14.9	366	1,104
	Mas ricos	4.5	2,018	19.1	1,665	9.2	349	1,048
Total		11.3	9,080	36.6	7,276	17.9	1,787	5,089

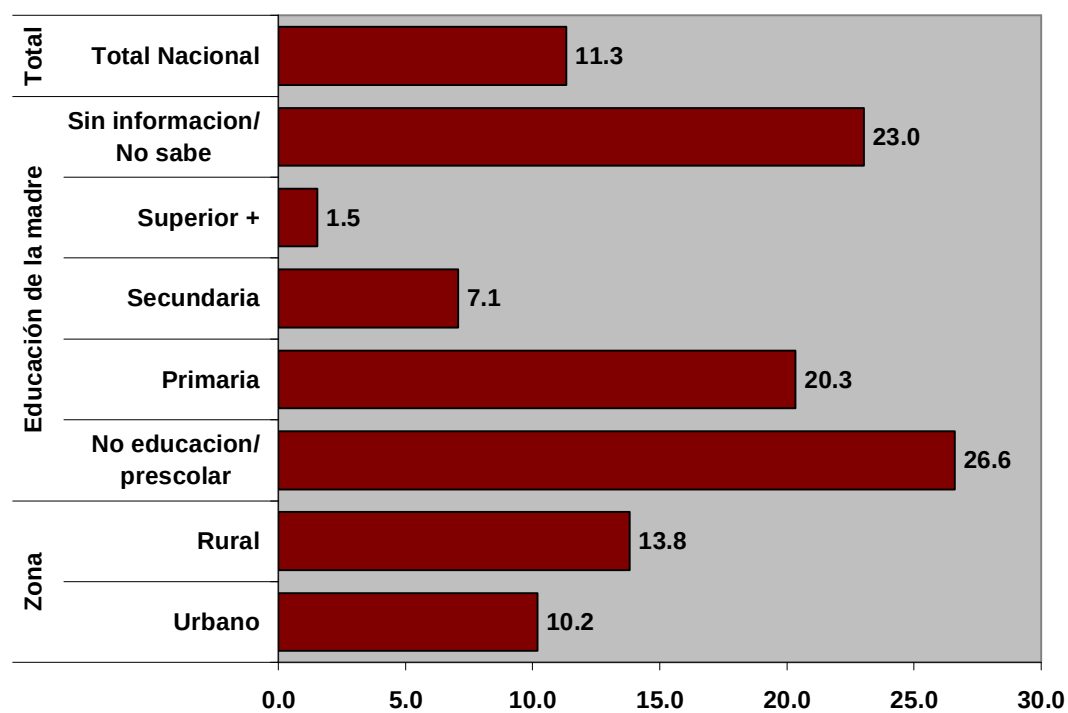
* MICS indicador 67

** MICS indicador 68

*** MICS indicador 70

(1) Ciudad de Santo Domingo que incluye Distrito Nacional y zona urbana de la provincia Santo Domingo.

Gráfico 16: Porcentaje casadas antes de la edad de 15 años



17. Conocimiento integral sobre transmisión de VIH/SIDA.

El SIDA constituye una de las enfermedades de mayor interés para los responsables de la salud pública. El SIDA conforma una pandemia que amenaza a todos los países del mundo por su rápido incremento, alta letalidad y falta de medios eficaces de prevención y tratamiento. La enfermedad afecta especialmente a la población económicamente activa, conduce a la desintegración familiar y a la marginalidad y estigmatiza a las personas afectadas.

El impacto individual, social y económico de la infección VIH/SIDA la convierte en la peor epidemia de la era moderna, pues en un futuro próximo no existirán presupuestos públicos capaces de proveer insumos, equipos y personal necesarios para atender a los enfermos con las complicaciones propias del estadio SIDA.

República Dominicana no está exenta del SIDA, sin embargo se visualiza al SIDA como un "problema de otros". La transmisión está relacionada con la desigualdad en las relaciones sociales y sexuales entre hombres y mujeres, con la deficiente educación sexual, con el comportamiento de la población, con los valores, creencias, tabúes y prácticas, con los patrones de cultura patriarcal y machista, con la falta de involucramiento, con la ignorancia, subvaloración y concepción errónea de que el SIDA es propio de otros países y personas. Todos estos son factores aliados para la expansión de esta enfermedad, principalmente en grupos vulnerables como las mujeres, los adolescentes y jóvenes.

En el Cuadro 17 y en el Gráfico 17 (de las páginas posteriores) se presenta el conocimiento integral sobre el VIH/SIDA obtenido por la ENHOGAR 2006.

- El Cuadro 17 es una construcción de la combinación de una serie de respuestas a preguntas incluidas en el cuestionario ENHOGAR 2006. Por un lado, se han combinado las dos respuestas más frecuentes de maneras correctas de prevenir la transmisión del VIH SIDA: *tener un compañero fiel y no infectado y usar condón cada vez que tienen relación sexual*, estas son las formas más frecuentes de prevenir el VIH/SIDA que respondieron las mujeres de 15 a 49 años en el país.
- Por otro lado, se han tomado las respuestas que identifican correctamente tres ideas equivocadas sobre la transmisión del VIH, esto es, rechazan las dos ideas equivocadas más comunes: Las picaduras de un mosquito puedan transmitir SIDA y que ponerse una inyección con una aguja ya usada puede transmitir el virus (en realidad es una idea correcta); además considera que una persona de apariencia saludable pueda tener SIDA. La combinación de estas tres ideas se presentan en la segunda columna del Cuadro 17. Por último la tercera columna "tiene conocimiento integral", identifica dos métodos de prevención y tres ideas equivocadas, resulta de la combinación de los resultados de las primeras dos columnas de este mismo cuadro.

Conoce prevención.

- El 66% de las mujeres conocen la prevención para evitar el SIDA, es decir, respondieron que se puede prevenir el SIDA al tener una pareja fiel y usar condones. Las regiones de planificación donde hay mayor porcentaje de mujeres con conocimiento, que superan ligeramente el 68%, son Higüamo y Cibao Noroeste, y aquella con menor proporción es Enriquillo, donde solamente el 55% de las mujeres indicó que la forma correcta de prevenir la transmisión del SIDA es *tener un compañero fiel y no infectado y usar condón cada vez que tienen relación sexual*.

Cuadro 17.1: Conocimiento integral sobre la transmisión de VIH/SIDA					
Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que tienen conocimiento integral sobre la transmisión de VIH/SIDA. República Dominicana, ENHOGAR 2006.					
		Conoce 2 maneras de prevenir la transmisión de VIH	Identifica correctamente 3 ideas equivocadas sobre transmisión de VIH	Tiene conocimiento integral (identifica 2 métodos de prevención y 3 ideas equivocadas)*	Número de mujeres
Regiones	Cibao Norte	67.5	47.1	35.1	1,640
	Cibao Sur	64.8	45.7	31.2	717
	Cibao Nordeste	60.5	39.6	26.0	638
	Cibao Noroeste	68.3	48.6	37.4	454
	Valdesia	64.5	45.5	32.2	1,007
	El Valle	66.3	35.1	27.0	276
	Enriquillo	55.3	41.0	26.2	324
	Yuma	64.5	40.7	27.7	539
	Higüamo	65.1	50.2	35.6	627
	Ozama	68.4	52.6	37.3	2,857
Total		66.0	47.3	33.7	9,080

* MICS Indicador 82; ODM Indicador 19b

- No se encuentran diferencias importantes por zona de residencia urbana y rural, tampoco por estratos ni edad de las mujeres, aunque las mujeres de mayor edad presentan menor conocimiento.
- Al revisar el conocimiento por el nivel de instrucción de la mujer y por quintil de riqueza, que resultan ser estratos más homogéneos, se encuentra diferencias entre las menos educadas y del quintil más pobres en relación a las más educadas y del quintil más rico, diferencias que van de alrededor del 45% al 70%.

Identifica correctamente tres ideas.

- No llegan a la mitad (47%) las mujeres que consideran que las picaduras de un mosquito no transmite SIDA, que utilizar una aguja ya usada antes puede transmitir el virus y que una persona de apariencia saludable puede tener VIH. Si bien el conocimiento erróneo de la transmisión vía una picadura de mosquito es alta (40%, no en el cuadro), quizás es preferible que así sea, pues esta creencia no acertada puede traducirse en mayor cuidado de otras enfermedades como fiebre amarilla, dengue y malaria, enfermedades ocasionadas por picaduras de mosquitos.
- En la identificación correcta de 3 ideas, a nivel de región de planificación destaca Ozama con 53%, 18 puntos porcentuales por encima de El Valle (35%).
- El conocimiento adecuado se da en menor medida en mujeres de la zona rural que urbana; entre mujeres de mayor edad que entre las jóvenes y más claramente entre las menos educadas (15%) que las de mayor educación (65%).

Cuadro 17.2: Conocimiento integral sobre la transmisión de VIH/SIDA					
Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que tienen conocimiento integral sobre la transmisión de VIH/SIDA. República Dominicana, ENHOGAR 2006.					
		Conoce 2 maneras de prevenir la transmisión de VIH	Identifica correctamente 3 ideas equivocadas sobre transmisión de VIH	Tiene conocimiento integral (identifica 2 métodos de prevención y 3 ideas equivocadas)*	Número de mujeres
Zona	Urbano	67.0	50.5	36.0	6,223
	Rural	63.8	40.5	28.7	2,857
Estrato	Santo Domingo (1)	67.3	51.4	35.6	2,277
	Grandes Ciudades	65.5	48.9	33.8	1,671
	Resto Urbano	67.7	50.7	38.0	2,274
	Rural	63.8	40.5	28.7	2,857
Edad	15-19	67.8	48.2	36.1	1,804
	20-24	67.8	49.1	36.1	1,590
	15-24	67.8	48.6	36.1	3,394
	25-29	66.0	51.5	37.1	1,447
	30-34	66.3	49.1	34.1	1,215
	35-39	63.2	44.9	29.5	1,215
	40-44	66.4	44.2	31.2	1,092
	45-49	60.6	38.6	25.4	717
Educación de la madre	No educación/ preescolar	44.8	15.4	9.3	386
	Primaria	61.6	34.8	23.3	3,134
	Secundaria	70.1	52.2	37.7	3,618
	Superior +	69.7	65.1	48.0	1,927
	Sin información/ No sabe	49.1	38.0	10.8	15
Quintiles de riqueza	Muy pobres	57.4	31.8	21.5	1,408
	Segundo quintil	64.0	42.1	29.8	1,792
	Quintil medio	69.2	46.0	33.7	1,880
	Cuarto quintil	67.6	50.5	35.6	1,982
	Mas ricos	69.1	60.9	43.8	2,018
Total		66.0	47.3	33.7	9,080

* MICS Indicador 82; ODM Indicador 19b

(*) Identifica las 2 maneras de evitar el SIDA (tener un compañero fiel y no infectado (4084=1) y usar un condón cada vez (4083=1))

(**) Incluye mujeres que identifican correctamente 3 ideas equivocadas sobre la transmisión de VIH (rechazan las 2 ideas equivocadas más comunes (2 de 4082=2 contagio por medio sobrenatural, 4084=2 contagio por picadura de mosquitos, 4086=2 contagio por comida ó 4087=1 inyección con aguja ya usada) y aceptan que una persona que parece saludable puede tener SIDA (4088=1)). Todas las mujeres están incluidas en el denominador, incluyendo aquellas que no han oído sobre SIDA.

(1) Ciudad de Santo Domingo que incluye Distrito Nacional y zona urbana de la provincia Santo Domingo

Tiene conocimiento integral.

- El conocimiento integral está conformado por la identificación de los dos métodos de prevención y las tres ideas equivocadas vistas antes. Apenas un tercio de las mujeres de República Dominicana (34%) tienen conocimiento integral de la transmisión del VIH/SIDA.
- Solamente en las regiones de Ozama y Cibao Noroeste se supera ligeramente el 37% de mujeres que tienen conocimiento integral de la transmisión del VIH/SIDA. Al otro extremo se encuentran Enriquillo y Cibao Nordeste con solamente el 26% de mujeres que manifestaron conocimiento integral.
- Se encuentran menores porcentajes de conocimiento integral en la zona rural que urbana, en las mujeres de mayor edad que las jóvenes y de manera más marcada en las mujeres sin educación y que pertenecen al quintil de mayor pobreza con relación a las mujeres con mayor educación y las del quintil de mayor riqueza, pues éstas son las estratificaciones que muestran mayor igualdad dentro de cada estrato y mayores diferencias entre estratos.

**Mapa 17. Conocimiento Integral sobre VIH/SIDA
según regiones de planificación**

