

CAPÍTULO 1

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PAÍS

1.1 INTRODUCCIÓN

La Encuesta Demográfica y de Salud 1996 (ENDESA-96) fue realizada por el Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM), con la colaboración de la Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia (PROFAMILIA) y la Oficina Nacional de Planificación (ONAPLAN). Se desarrolló en el marco de la tercera fase del programa mundial de Encuestas de Demografía y Salud (DHS) que Macro International Inc. viene implementando en diversos países en desarrollo desde la década de los ochentas. El financiamiento de la encuesta provino de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) a través del programa DHS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Oficina de Coordinación Técnica de la Comisión Nacional de Salud (OCT/CNS) con fondos provenientes del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial, el Programa Integrado de Salud en el Suroeste (PRISA/SESPAS), y el Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (INFOTEP).

La información recolectada en la Encuesta Demográfica y de Salud 1996 (ENDESA-96) constituye un valioso aporte para los diseñadores de políticas en el campo social, puesto que permite identificar las condiciones generales de la población dominicana y sus hogares.

La ENDESA-96 proporciona información sobre los niveles y tendencias de la fecundidad, la mortalidad infantil y los menores de cinco años, mortalidad materna, planificación familiar, nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo, salud materno-infantil, nutrición de las mujeres en edad fértil y de sus hijos menores de cinco años, conocimientos sobre el SIDA y enfermedades de transmisión sexual y formas de prevención, morbilidad general y gastos en salud, migración interna, trabajo e ingresos.

Desde la fase de planificación de la encuesta, se conformó un comité consultivo de apoyo técnico constituido por representantes de agencias internacionales, instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Este comité se reunía periódicamente con el fin de conocer el avance de los trabajos, enriqueció con aportes técnicos la revisión de los cuestionarios y fue clave para identificar las actividades de diseminación y los diferentes análisis a profundidad que próximamente se realizarán a partir de los datos de esta investigación.

Este informe constituye un análisis descriptivo del comportamiento de las principales variables de la investigación. Pese a que el acervo de datos que presentamos es bastante amplio se hace necesario continuar el proceso de análisis a los fines de profundizar en algunos temas que expliquen con más claridad determinados aspectos o fenómenos.

1.2 HISTORIA, GEOGRAFÍA Y ECONOMÍA

La República Dominicana ocupa la parte oriental de la isla de Santo Domingo, la segunda en tamaño de las Antillas Mayores, situadas entre el Mar Caribe y el Océano Atlántico. De la superficie total de la isla, 77,914 kilómetros cuadrados, a la República Dominicana corresponden 48,442 (ver mapa).

La isla de Santo Domingo fue la primera colonia de los españoles en América. A finales del siglo XVII España perdió el control de la parte occidental—ocupada hoy por la República de Haití—a manos de Francia, manteniéndolo en la parte oriental, con excepción de algunos años, hasta 1822. En este año Haití, que se había independizado de Francia en 1804, invadió la parte oriental y ejerció el dominio de toda la isla hasta que, en 1844, los dominicanos proclamaron su independencia. En 1861, sin embargo, al producirse la anexión del país a España, se inicia una segunda lucha por la independencia, denominada Guerra de la Restauración, que terminó en 1865 con la salida definitiva de los españoles.

Durante la mayor parte del presente siglo la economía del país estuvo basada principalmente en la producción y exportación de azúcar, café, cacao, tabaco y otros productos agropecuarios. A partir de los años setenta la minería comenzó a adquirir importancia con la explotación de ferroníquel, oro y plata. También desde esa década se han desarrollado rápidamente las zonas francas industriales de exportación—localizadas principalmente en las ciudades de Santiago, San Pedro de Macorís, La Romana, Santo Domingo y otras 20 ciudades del interior—y el turismo, cuya infraestructura se concentra en alto grado en las zonas playeras del norte y del extremo oriental del país.

Las zonas francas han tenido su mayor crecimiento desde 1984-85 con las oportunidades brindadas por la Iniciativa para la Cuenca del Caribe (ICC). En 1996 existían 32 parques industriales de zonas francas con 476 empresas y unos 176 mil trabajadores; asimismo, en dicho año se disponía de casi 36 mil habitaciones hoteleras y los ingresos por turismo, de más de 1,700 millones de dólares, representaban la mayor fuente de divisas del país.

A pesar del dinamismo mostrado por las áreas económicas de desarrollo más reciente, los problemas de desempleo, bajos ingresos y otros problemas sociales asociados a éstos, como los de alimentación y salud, han continuado afectando a amplios segmentos de la población. Al respecto cabe señalar que el sector de zonas francas no emplea más del 5 por ciento de la fuerza de trabajo del país y que su desarrollo se sustenta en gran medida en niveles salariales relativamente bajos. El turismo, por su parte, no ha generado empleos en cantidades importantes en relación con la magnitud de las inversiones que ha conllevado, estimándose que en años recientes el sector aportaba unos 35 mil empleos directos y unos cien mil indirectos.

Por otra parte, durante las últimas décadas los sectores tradicionales agropecuario e industrial han visto disminuir su peso relativo en la producción de bienes y servicios, en tanto se mantiene estancada la fuerza de trabajo ocupada en los mismos y el salario real que ésta devenga, lo que ha dado lugar al incremento del empleo informal de baja productividad.

En lo que concierne a los aspectos geográfico-administrativos, el país se divide en 29 provincias y un Distrito Nacional, donde está situada la capital, Santo Domingo, que se subdividen a su vez en 154 municipios y distritos municipales. Cada municipio o distrito comprende una área urbana (localidad cabecera) y un número variable de áreas rurales (secciones y parajes). Para los propósitos de la planificación económica y social el país se divide en tres grandes regiones y siete subregiones: la región del Cibao, que comprende al Cibao Occidental, Central y Oriental; la región Sureste, integrada por las subregiones de Valdesia y Yuma, y la región Suroeste, conformada por Enriquillo y El Valle.

En la ENDESA-96, como en las encuestas previas en este campo, se ha utilizado la regionalización de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), que abarca ocho regiones de salud. Esta división regional, sin embargo, es básicamente igual a la empleada para la planificación a nivel general, como se muestra a continuación.

La región del Cibao, y sobre todo el área comprendida en las regiones de salud II y III, es la mejor dotada en cuanto a recursos naturales y la de mayor productividad agropecuaria. La región II concentra el grueso de las actividades industriales y comerciales del Cibao, incluyendo las del sector turismo. La región VII (Cibao Occidental) es más deprimida que las otras dos tanto en materia de recursos naturales como en la actividad económica en general.

Las regiones de salud del Sureste, 0 y I y V, presentan características bien diferenciadas entre sí. La región 0 o Distrito Nacional concentra el 90 por ciento de su población en la ciudad de Santo Domingo, que constituye el principal centro industrial, comercial, financiero y administrativo del país. La región I, por el contrario, es mucho más rural y atrasada en lo económico y social, aunque en la provincia de San Cristóbal

Región de Planificación	Subregión de Planificación	Región de Salud	Provincias
Sureste	Valdesia	0 I	Distrito Nacional Peravia, San Cristóbal y Monte Plata
	Yuma	V	La Romana, La Altagracia, El Seibo, San Pedro de Macorís y Hato Mayor
Cibao	Cibao Central	II	Santiago, Puerto Plata, La Vega, Espaillat y Monseñor Nouel
	Cibao Oriental	III	Salcedo, Duarte, Ma. Trinidad Sánchez, Samaná y Sánchez Ramírez
	Cibao Occidental	VII	Valverde, Dajabón, Santiago Rodríguez y Monte Cristi
Suroeste	Enriquillo	IV	Barahona, Pedernales, Bahoruco e Independencia
	El Valle	VI	San Juan, Azua y La Estrelleta

existe una importante área industrial-portuaria. La región V, a su vez, depende en gran medida de la producción azucarera y la ganadería extensiva, pero además comprende una alta proporción de las empresas industriales de zonas francas y de la infraestructura turística.

Por último, las regiones de salud IV y VI, que conforman el Suroeste, son las más carentes de recursos naturales, los que se caracterizan por "la poca riqueza forestal, las escasas lluvias y las altas temperaturas," así como por "un suelo árido en la extensión lineal fronteriza Norte-Sur principalmente, un suelo salino de poca productividad y una severa salinidad de las aguas subterráneas"; por otro lado, las mismas adolecen de "un aparato industrial muy débil, una insuficiente artesanía y una depredada dotación lacustre, aunque con algunos recursos mineros" (CONES, 1986).

Las condiciones de vida de la población en las distintas regiones de salud se pueden sintetizar en los datos del Cuadro 1.1, que presenta la distribución de los hogares en tres estratos de satisfacción de necesidades básicas, en 1991. Estas cifras reflejan las importantes diferencias socioeconómicas entre el Distrito Nacional y las demás regiones, así como las situaciones más críticas que afectan a las regiones III, IV, VI y VII.

Cuadro 1.1 Necesidades básicas

Porcentajes de hogares de las distintas regiones de salud, clasificados en tres estratos de satisfacción de necesidades básicas, en 1991

Región	Porcentaje de hogares con necesidades:		
	Mayormente Insatisfechas	Medianamente Satisfechas	Mayormente Satisfechas
Distrito Nacional	11.8	39.8	48.4
I	42.7	39.9	17.4
II	32.0	39.7	28.3
III	50.8	37.2	12.0
IV	59.7	30.2	10.0
V	38.7	42.0	19.4
VI	59.2	32.3	8.5
VII	51.0	39.1	9.9
Total	33.7	38.4	28.0

Nota: Los aspectos considerados fueron:

- 1) Calidad de la vivienda/Hacinamiento;
- 2) Acceso a servicios básicos;
- 3) Posesión de bienes/Combustible para cocinar, y
- 4) Nivel educativo (jefe de hogar)/Asistencia escolar.

Fuentes: OPS (1991); Ramírez (1993).

1.3 POBLACIÓN

La población total de la República Dominicana en 1996 según las proyecciones en uso—en proceso de revisión y actualización a la fecha de elaboración de este informe—se estimaba entre 7.8 (Hipótesis Baja) y 8.1 (Hipótesis Media o Recomendada) millones de personas. Cabe señalar, sin embargo, que las cifras preliminares del último censo nacional de población, realizado en septiembre de 1993, arrojaron un total de 7.1 millones de habitantes, en contraposición con las cifras de 7.4 y 7.6 millones estimadas para mediados de ese año según las primera y segunda hipótesis antes mencionadas.

Dentro de los factores que podrían explicar las diferencias entre la población censada y las cifras proyectadas se encuentran: a) la omisión censal, cuya magnitud al nivel nacional no ha sido establecida; b) la evolución de la fecundidad durante la década de los ochenta, más próxima a la considerada en la Hipótesis Baja que a la estimada en la Media (de acuerdo a los datos de las encuestas demográficas y de salud de 1986 y 1991), y c) una emigración al exterior más fuerte que lo contemplado en las proyecciones—según se verá más adelante. En el Cuadro 1.2 figuran los principales indicadores demográficos derivados de las proyecciones de referencia.

Durante los años ochenta y principios de los noventa, junto con la continuación de los descensos regulares en la fecundidad y la mortalidad, en el país se registró una intensa movilidad territorial tanto interna como en relación con el exterior. La emigración de dominicanos hacia otros países desde 1961, estimada en alrededor de un millón de personas, experimentó un incremento extraordinario en años recientes, sobre todo en el período 1985-1991. Para este último año se calculó que uno de cada seis hogares existentes en el país tenía al menos un miembro actual o anterior que había emigrado. Sólo las visas de emigrantes permanentes otorgadas a dominicanos por los Estados Unidos ascendieron de unas 67 mil en el quinquenio 1976-80 a 125 mil en el período 1986-90; a partir de 1991 estas visas oscilaron entre 40 mil y 50 mil por año.

Cuadro 1.2 Indicadores demográficos

Indicadores demográficos básicos de la República Dominicana según dos hipótesis de proyección, para varios quinquenios en el período 1985-2000

Indicador	Hipótesis Media			Hipótesis Baja		
	1985-1990	1990-1995	1995-2000	1985-1990	1990-1995	1995-2000
Tasa de Natalidad	31.3	28.3	25.2	28.8	25.5	22.7
Tasa Global de Fecundidad	3.8	3.3	3.0	3.4	2.9	2.6
Tasa de Mortalidad	6.8	6.2	5.8	6.6	6.1	5.8
Tasa de Crecimiento Natural	24.5	22.1	19.4	22.1	19.4	16.9
Tasa de Crecimiento Total	22.2	9.8	17.1	19.8	17.1	14.6
Esperanza de Vida al Nacer (años)	65.9	67.6	69.0	65.9	67.6	69.0

Nota: Los valores de las tasas se expresan por mil habitantes, salvo la TGF que representa hijos por mujer.

Fuente: ONE y CLD (1985).

La inmigración desde otros países hacia la República Dominicana también estaría experimentando una tendencia creciente en los últimos lustros, si bien persiste un alto grado de imprecisión en las estimaciones al respecto, sobre todo en lo que concierne a su principal componente, la migración haitiana. Un recuento ordenado por el gobierno en 1991 al nivel nacional arrojó, según informaciones no oficiales, alrededor de 240 mil haitianos.

En cuanto a los desplazamientos internos de población, los datos del Cuestionario de Hogar Ampliado de la ENDESA-91 establecieron que los flujos urbano-urbanos han predominado en períodos recientes, comprendiendo el 44 por ciento del total de migrantes entre localidades detectados en la encuesta, mientras los movimientos rural-urbanos se sitúan en segundo lugar con un 25 por ciento de los migrantes.

Un hallazgo importante de dicha encuesta es el referente a la reorientación de las corrientes migratorias interregionales durante el último quinquenio (1986-1991): en este período se redujo notablemente la proporción de migrantes que se dirigen al Distrito Nacional (región 0)—si bien el mismo continúa siendo el principal punto de destino de la migración interna—aumentando en cambio la emigración desde esta área a otras regiones. En contraste, las regiones II (Cibao Central) y V (Yuma) tuvieron un incremento en la inmigración y una reducción en la proporción de emigrantes. Se estima que estos cambios tienen estrecha relación con el acelerado desarrollo de las zonas francas industriales de exportación durante la segunda mitad de los años ochenta y su alta concentración en las regiones II y V.

Para completar este punto, en el Cuadro 1.3 se presenta la distribución de la población total por regiones de salud de acuerdo a los censos de 1981 y 1993, así como las respectivas tasas de crecimiento promedio anual durante el período. Puede observarse que la única región con un incremento significativo de su proporción de población en el total del país fue la 0, mientras el peso relativo de las demás permaneció prácticamente invariable o se redujo ligeramente, siendo este descenso más fuerte en las regiones III, IV y VI.

Debe señalarse, no obstante, que aunque la tasa de crecimiento intercensal de la región Distrito Nacional fue la más alta, 2.8 por ciento anual, ésta representa sólo la mitad de la registrada en el período 1970-1981, que era de 5.6 por ciento; esta reducción sólo se compara con la verificada en la región VI entre esos mismos períodos: desde 2.5 a 1.2 por ciento. Al presente no se ha precisado en qué medida la variación en el ritmo de crecimiento demográfico del Distrito Nacional se explica por factores como el incremento de la emigración al exterior, la reorientación de las migraciones internas y la reducción de la fecundidad, y en qué grado se debe a la omisión o subenumeración censal.

Cuadro 1.3 Población según censos

Distribución de la población total censada en 1981 y 1993, y tasas de crecimiento intercensal, según regiones de salud, República Dominicana 1996

Región de salud	Censo de 1981		Censo de 1993		Crecimiento Anual 1981-1993 por ciento
	Población (miles)	por ciento	Población (miles)	por ciento	
Distrito Nacional	1,540.8	27.8	2,134.8	30.1	2.81
I	614.0	11.1	771.7	10.9	1.96
II	1,288.8	23.2	1,622.7	22.9	1.97
III	606.1	10.9	725.7	10.2	1.54
IV	270.8	4.9	314.7	4.4	1.28
V	502.4	9.1	654.4	9.2	2.27
VI	434.3	7.8	500.6	7.1	1.21
VII	288.5	5.2	364.5	5.1	2.00
Total	5,545.7	100.0	7,089.0	100.0	2.11

Fuente: ONE (1981); ONE (1993).

1.4 POLÍTICAS DE POBLACIÓN Y PROGRAMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En la República Dominicana, como en la mayoría de países de América Latina y el Caribe, no se ha implementado una política de población propiamente dicha. En consecuencia, las acciones desarrolladas en el país, con efectos en el volumen y crecimiento poblacional se reducen, básicamente, a la diseminación de información, medios y conductas tendentes a reducir la fecundidad.

Desde 1968, el Estado dominicano viene participando en el desarrollo de actividades de planificación familiar con la creación del Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA). Esa entidad estatal es la encargada de la dirección, coordinación y supervisión de las actividades de planificación familiar en el sector público. El CONAPOFA desarrolla actividades de planificación familiar y relacionadas con salud materno-infantil, a través de establecimientos de salud del Estado a nivel nacional.

Los métodos anticonceptivos distribuidos por el Estado, a través del CONAPOFA, son: píldora y minipíldora, tabletas vaginales, condón, DIU, Norplant e inyecciones. Además se practica la esterilización femenina; y en la actualidad se realizan vasectomías en dos hospitales, uno localizado en Santo Domingo y el otro en la ciudad de Santiago.

Esas actividades se desarrollan a partir de 729 establecimientos de salud diseminados a lo largo y ancho de la geografía nacional. Se dispone así, de 56 hospitales, 72 subcentros de salud, 59 clínicas urbanas, 454 clínicas rurales, 42 consultorios y 46 centros sanitarios o dispensarios.

Actividades educativas, de consejería y referimientos son desarrolladas por 6,127 promotoras de salud, quienes normalmente están vinculadas a una clínica rural, salvo en el caso de aquellas comunidades rurales donde no existe ese tipo de establecimiento. Las promotoras de salud del CONAPOFA también participan en tareas de distribución comunitaria de métodos anticonceptivos no clínicos como: píldoras, condones y métodos vaginales.

No obstante el Estado tener casi 30 años de trabajo en el área, las actividades en materia de planificación familiar se iniciaron en la República Dominicana a partir de la creación de la Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia (PROFAMILIA) en el año 1966. Esta entidad, entre otros servicios, ofrece los de salud comunitaria y planificación familiar.

La institución presta estos servicios utilizando varios medios de acceso a la población. A través de una clínica en Santo Domingo y otra en Santiago se ofrecen servicios de planificación familiar integrados a la atención materno-infantil, salud reproductiva y servicios de laboratorio. También se proporciona salud comunitaria y planificación familiar mediante dos tipos de agentes que operan en el terreno. Una red de 396 promotoras que laboran a nivel nacional bajo la coordinación de 44 encargadas de promotoras. Otro trabajo a nivel comunitario es el desarrollado por las 12 Técnicas Comunitarias con que cuenta la institución.

PROFAMILIA utiliza una cuarta modalidad de servicios, las clínicas asociadas. Se trata de una serie de centros de salud que, mediante un acuerdo con la institución, ofrecen servicios de planificación familiar temporal y permanente, control médico y detección oportuna de cáncer cérvico-uterino. En la actualidad se cuenta con 104 clínicas asociadas distribuidas en el Distrito Nacional y 24 provincias del país.

Existen otras dos estrategias diseñadas por PROFAMILIA con la finalidad de contribuir a elevar los niveles de salud sexual y reproductiva de la población. El programa de Mercadeo Social de Anticonceptivos tiene la finalidad expresa de aumentar la cobertura y eficiencia de los servicios de anticoncepción y otros relacionados con la salud sexual y reproductiva. La segunda estrategia consiste en el desarrollo de actividades de Salud y Educación Sexual y Reproductiva con jóvenes, en dos vertientes. Por un lado está el

Programa de Jóvenes, desarrollado en las zonas Sur y Este de la ciudad de Santo Domingo, a través de 120 jóvenes multiplicadores voluntarios, quienes imparten conocimientos sobre educación sexual y SIDA entre jóvenes de sus barrios. Y por el otro, se trabaja con jóvenes a través del sistema formal de enseñanza secundaria, en coordinación con la Secretaría de Estado de Educación, Bellas Artes y Cultos, utilizando como metodología al adolescente multiplicador como entrenador de sus compañeros de aula.

En el año 1986 surgió la Asociación Dominicana de Planificación Familiar (ADOPLAFAM), como la segunda entidad no gubernamental cuyas actividades están relacionadas con la planificación familiar. De manera específica, las acciones de esta entidad están direccionadas en las cuatro vías siguientes: a) distribución de métodos anticonceptivos no clínicos (píldoras, condones y tabletas vaginales); b) Tratamiento de Rehidratación Oral; c) prevención de cáncer cérvico-uterino; y d) referimientos de las voluntarias para consultas pediátricas y ginecológicas y pruebas de VIH.

Las actividades de ADOPLAFAM se iniciaron en las regiones Distrito Nacional y V de salud, extendiéndose luego a las regiones I y III. Esas acciones se realizan a partir del trabajo desarrollado por 454 Asistentes Voluntarios de Salud; 110 barberos; 420 operadoras de salones de belleza; 48 Otros voluntarios, quienes distribuyen métodos anticonceptivos; y 58 médicos comunitarios asociados, a quienes les son referidas las personas demandantes de consultas pediátricas y ginecológicas, y pruebas de VIH.

En forma más reciente, ADOPLAFAM incorporó los servicios de "Otros Barberos" en el Distrito Nacional y en la región V; el trabajo de estos recursos, básicamente, en la distribución de condones entre sus clientes. Desde finales de 1991, el Consejo Estatal del Azúcar ofrece servicios de planificación familiar en todos sus ingenios, a través de unos nueve dispensarios para estos propósitos y alrededor de 250 promotoras de salud. Mujeres en Desarrollo (MUDE) inició, en 1990, un programa de salud materno-infantil en algunas áreas de la Región VII de salud. Uno de los componentes contemplados por este programa es la planificación familiar. La píldora, el condón y las tabletas vaginales son los métodos anticonceptivos inicialmente proporcionados por el programa de MUDE. Ya para finales de 1993 los servicios se habían extendido con referimientos para esterilizaciones y para inserción de Norplant y DIU. Desde 1996, la cobertura del programa se amplió a una parte de las regiones I, II y VI. Otras instituciones como: CARE, Instituto Dominicano de Desarrollo Integral (IDDI), y otras ONG's ofrecen servicios de salud materno-infantil y planificación familiar a través de promotores(as).

1.5 PRIORIDADES Y PROGRAMAS DE SALUD

Existen evidencias de que la mortalidad en la República Dominicana ha descendido desde inicios de la década de los 50's, como parte del proceso de transición de la mortalidad experimentado por la mayoría de países del Tercer Mundo, y de manera particular, los de América Latina. Para 1950, la esperanza de vida al nacer se estimaba en 43 años, mientras que la tasa de mortalidad infantil era del orden de 150 por mil nacidos vivos (Mellon, 1966). Cuatro décadas más tarde (alrededor de 1990), la esperanza de vida al nacer se estimaba en unos 67 años (ONE y CLD, 1985), mientras que la mortalidad infantil era del orden de 45 por mil nacidos vivos (IEPD, 1992).

No obstante el aumento observado en los niveles de sobrevivencia de la población, la mortalidad infantil, a juzgar por niveles actuales, es aún elevada. Lo mismo ocurre con la mortalidad materna, cuya tasa fue estimada en alrededor de 180 por cien mil nacidos vivos para la primera mitad de la década de los 80's. Esos elevados niveles de mortalidad son resultantes de condiciones de vida precarias que se manifiestan en indicadores de salud de índole diversa. Conforme a la ENDESA-91, cerca del 60 por ciento de los episodios mórbidos experimentados por la población durante los últimos 30 días se originaron en problemas infecciosos y respiratorios. El 17 por ciento de los menores de cinco años tuvo diarrea y alrededor de un 22 por ciento tuvo problemas respiratorios durante las dos semanas previa a la encuesta. En forma adicional, el 19 por ciento de los menores de cinco años presentaba desnutrición crónica.

A su vez, las aludidas condiciones de vida precarias que afectan a la salud, entre otras formas, se manifiestan en las malas condiciones de las viviendas, tanto en lo referente a los materiales de construcción como al saneamiento básico. Para 1991, conforme a la ENDESA-91, más de la mitad (52 por ciento) de las viviendas de la zona rural no disponían de energía eléctrica; sólo el 20 por ciento de las viviendas del país disponían de agua potable en su interior; apenas el 51 por ciento de las viviendas urbanas disponían de un inodoro para uso exclusivo del grupo familiar y casi un cuarto (23 por ciento) de las viviendas rurales tenían piso de tierra.

Durante los últimos años se han desarrollado estrategias con miras a la reducción de la morbi-mortalidad materno-infantil. De esa forma, en la segunda mitad de la década de los 80's, aunque con menor impacto que en la primera, se continuó con las campañas nacionales de vacunación iniciadas en 1983 con la finalidad de reducir los efectos que sobre la niñez tienen enfermedades como: la poliomielitis, tuberculosis, sarampión y difteria/tétanos/tosferina. Sin embargo, a juzgar por los niveles de inmunización prevalecientes en 1991 entre los niños de 12-23 meses de edad, esas medidas parecen no alcanzar los niveles de cobertura deseados. El 67 por ciento de esos niños habían recibido la vacuna BCG y el 48 por ciento había sido prevenido contra el sarampión. Por otra parte, al 89 por ciento se le había suministrado la primera dosis de la vacuna contra el polio y al 83 por ciento la primera dosis de DPT. No obstante, las proporciones de niños inmunizados con la tercera dosis de estas vacunas apenas alcanzaba al 55 por ciento y 48 por ciento, respectivamente.

Otras acciones en materia de salud en la niñez son la continuación del Plan Nacional de Supervivencia Infantil que viene siendo desarrollado por el Gobierno desde 1987. Las iniciativas más recientes en materia de salud materno-infantil de una u otra forma se enmarcan dentro de los lineamientos trazados por la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. Entre esas medidas cabe destacar el Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna desarrollado por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, bajo la coordinación del Comité Nacional de Mortalidad Materna.

1.6 ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA ENDESA-96

1.6.1 Población Bajo Estudio

La Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA-96) es una encuesta de hogares de cobertura nacional, representativa de las ocho regiones de salud del país y por zona urbana y rural. La población en estudio está constituida por todos los hogares asentados en las viviendas particulares del país. Se obtiene información de la vivienda y el hogar, la composición y características de todos los miembros del hogar. A través de las entrevistas individuales se recolecta información de las mujeres en edad fértil, de sus hijos menores de 5 años y de los hombres entre 15-64 años.

1.6.2 Cuestionarios

La recolección de los datos se efectuó mediante la aplicación de cuatro cuestionarios: de hogar, individual de mujeres, individual de hombres, y de morbilidad y gastos en salud. El de hogar se aplicó en todos los hogares seleccionados. El individual de mujeres, aplicado a todas las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años que durmieron en el hogar la noche anterior, contiene, entre otras, información sobre los hijos nacidos a esas mujeres entre enero de 1991 y la fecha de la entrevista en 1996. El tercer cuestionario se aplicó a todos los hombres de 15 a 64 años de una submuestra de 2,000 hogares. El cuestionario sobre morbilidad y gastos en salud se aplicó en una submuestra de 5,000 hogares.

Cuestionario de hogar

Se utilizó para recolectar información de la vivienda y de cada uno de los miembros del hogar. Los temas tratados fueron:

- . Condiciones habitacionales del hogar
- . Parentesco
- . Residencia habitual
- . Sexo
- . Edad
- . Orfandad materna
- . Nivel educativo
- . Asistencia escolar
- . Prueba de sal yodada
- . Migración
- . Características Económicas

Cuestionario individual hombres

Se utilizó para recolectar información de los hombres. El cuestionario contiene las siguientes secciones:

- . Antecedentes
- . Reproducción
- . Anticoncepción
- . Nupcialidad
- . Preferencias de fecundidad
- . Enfermedades de transmisión sexual y SIDA

Cuestionario individual mujeres

Se utilizó para recolectar información de las mujeres y sus hijos. El cuestionario contiene las siguientes secciones:

- . Antecedentes de la mujer
- . Reproducción
- . Anticoncepción
- . Embarazo y lactancia
- . Vacunación y salud infantil
- . Peso y talla de niños y mujeres
- . Nupcialidad
- . Preferencias de fecundidad
- . Antecedentes del marido y trabajo de la mujer
- . Enfermedades de transmisión sexual y SIDA
- . Mortalidad materna

Cuestionario morbilidad y gastos en salud

El cuestionario que obtuvo información de todos los miembros del hogar, contiene las siguientes secciones:

- . Ingresos
- . Incidencia de enfermedades y problemas de salud
- . Consultas e internamiento
- . Tipos de servicios de salud utilizados
- . Gastos directos e indirectos en salud
- . Cobertura de los seguros de salud

1.6.3 Diseño de la muestra

La ENDESA-96 utilizó la información cartográfica del VII Censo de Población y de Vivienda levantado en septiembre de 1993. El material censal cartográfico, que comprende la lista de áreas censales y de sus estimaciones de viviendas, constituyó el marco muestral para la ENDESA-96. La muestra es estratificada para las ocho regiones de salud, agrupando dentro de cada región las áreas censales por provincia, municipios, secciones, parajes, y por condición urbano-rural. El número total de entrevistas fue optimizado para las ocho regiones. Dentro de cada región, la muestra se distribuyó en las provincias en forma proporcional a su tamaño poblacional. En cada provincia se hizo una selección sistemática de áreas de supervisión censales con probabilidad proporcional a su tamaño. Finalmente, y una vez identificada cada área, se seleccionaron los hogares manteniendo uniforme la fracción muestral por provincia. Con este procedimiento fueron seleccionadas 10,210 viviendas en las cuales se esperaba entrevistar 8,500 mujeres elegibles (mujeres de 15-49 años de edad que hubiesen pasado la noche anterior en dicho hogar).

1.6.4 Capacitación del personal de campo

La capacitación del personal de campo se organizó en dos cursos: el primero, con una duración de dos semanas, se realizó del 10 al 30 de junio, fue dirigido a supervisoras y editoras, quienes también tuvieron a su cargo la prueba piloto; el segundo duró tres semanas, desde el 10 de agosto al 3 de septiembre, mediante el cual fueron entrenadas(os) las(os) encuestadoras(es) y antropometristas.

1.6.5 Recolección de la información

El trabajo de campo se inició el 5 de septiembre con ocho equipos de trabajo, compuesto cada uno por 8 personas: una supervisora, una editora de campo, cinco entrevistadores (cuatro para mujeres y uno para hombres) y un chofer. La recolección de la información se completó el 13 de diciembre. Los equipos iniciaron el trabajo de campo en el Distrito Nacional, luego se desplazaron a las demás regiones del país.

1.6.6 Entrada de datos, crítica y tabulaciones

A la semana de haberse iniciado la recolección de datos se inició la digitación de la información, la cual se terminó dos semanas después de finalizado el trabajo de campo. En las etapas de recepción, crítica, digitación y supervisión trabajaron 14 personas. Se utilizó el programa interactivo ISSA (Sistema Integrado para Análisis de Encuestas) para micro-computadores, programa especialmente diseñado para agilizar la grabación, la crítica y la obtención de tabulados. El programa ISSA permite verificar interactivamente los rangos de las variables, detectar inconsistencias y controlar el flujo interno de los datos durante la digitación de los cuestionarios.

1.6.7 Control de Calidad

El trabajo de campo fue supervisado por la directora técnica de la ENDESA-96 y coordinado por una jefa del trabajo de campo quien realizó numerosas visitas al terreno. Durante el trabajo de campo se llevó un riguroso control, a nivel de cada equipo, sobre el proceso de recolección, mediante la detección de errores por parte de la editora de campo y su corrección en el terreno. Adicionalmente se mantuvo un estricto control, por parte del personal directivo de la ENDESA-96, de la cobertura y la calidad de la información mediante el uso periódico de tablas especiales de control de calidad. Durante el trabajo de campo se realizaron cuatro reuniones con las supervisoras y entrevistadoras en Santo Domingo para efectos de estandarización de procedimientos de la recolección de datos.

El procesamiento de la información se hizo en forma interactiva y por áreas de supervisión censal con el programa ISSA, lo cual permitió además obtener periódicamente, a nivel central, resultados parciales para analizar los datos recolectados hasta ese momento, mediante la producción de numerosas tablas de avance de los datos y control de calidad. La información, tabulada para los diversos equipos, permitió la retroalimentación al personal de campo y mejorar así la calidad.

1.6.8 Cobertura de la encuesta

La ENDESA-96 se realizó en 375 áreas de supervisión censal seleccionadas en las 30 provincias del país y 134 municipios y Distritos Municipales. Como puede verse en el Cuadro 1.4, en un total de 10,210 viviendas seleccionadas se encontraron 10,534 hogares y de esos 9,026 tenían miembros presentes; en el 98 por ciento (8,831) tuvieron entrevista completa. Del total de 9,034 mujeres elegibles—de 15 a 49 años de edad—93 por ciento (8,422) tuvieron entrevista completa; el rechazo fue de menos de 1 por ciento, las ausencias de 4 por ciento y el resto no se entrevistó por otras razones.

Cuadro 1.4 Resultados de las entrevistas

Resultados de las entrevistas de hogar e individual, República Dominicana 1996

Tipo de entrevista	Urbana	Rural	Total
Mujeres			
Hogares en muestra	5,869	4,665	10,534
Hogares encontrados	5,072	3,954	9,026
Hogares entrevistados	4,945	3,886	8,831
Hogares tasa de respuesta	97.5	98.3	97.8
Mujeres elegibles	5,553	3,481	9,034
Mujeres entrevistadas	5,126	3,296	8,422
Mujeres tasa respuesta	92.3	94.7	93.2
Hombres			
Hogares en muestra	1,521	1,233	2,754
Hogares encontrados	1,306	1,054	2,360
Hogares entrevistados	1,271	1,038	2,309
Hogares tasa de respuesta	97.3	98.5	97.8
Hombres elegibles	1,516	1,321	2,837
Hombres entrevistados	1,201	1,078	2,279
Hombres tasa respuesta	79.2	81.6	80.3

