PN-ACM-062
109959

REPUBLICA DOMINICANA

BATEYES DEL ESTADO

Encuesta Socioeconómica y de Salud
de la Población Materno-Infantil de los Bateyes Agrícolas del CEA,
diciembre de 1999

Realizada por
Argelia Tejada Yangüela, Ph.D.

para la Agencia de los Estados Unidos
para el Desarrollo Internacional
(USAID)

Santo Domingo, R.D.
Febrero 2001

A

DECLARACION: Todo el contenido de esta publicación, incluyendo el análisis, conclusiones y recomendaciones, no representa el punto de vista del Gobierno Norteamericano ni de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Portada
Niños de un batey de Hato Mayor participan cargando Materiales en un proyecto de reconstrucción del huracán Georges.

Cubierta
Nelson Arias

Diagramación
Argelia Tejada, Sara Cuervo,
Teresa Mella y Arlette Tejada

Impresión
Amigo del Hogar
Santo Domingo
República Dominicana
Febrero del 2001

ISBN 99934-23-16

B

PERSONAL DE LA ENCUESTA

DISEÑO, MUESTREO Y DIRECCION
Argelia Tejada Yangüela

SUPERVISORAS
Josefina Espinal y María Segura de la Rosa

ENTRENAMIENTO PRUEBA HEMOCUE
Jacqueline Dicló

ENTRENAMIENTO MEDICIONES ANTROPOMETRICAS
Claudia Bautista, María Segura de la Rosa, Josefina Espinal y Mercedes Beltré

PERSONAL DE ANTROPOMETRIA Y PRUEBA HEMOCUE
Ana Mercedes Lluberes, antropometrista del IDAN
Teresa Lidia Rodríguez Pérez, enfermera de Pediatría del Hospital de Los Minas

ASISTENTES DE ANTROPOMETRIA
María Luz Alcántara y Arelis Amparo Segura de la Rosa

ENTREVISTADORAS
Daisi Rosado, Mercedes Beltré, Lucrecia Hernández, Alexandra de la Cruz Ramírez, Nurys Deschamp, Patricia Sánchez Díaz, Merfis Frías, Clara Elizabeth de los Santos

CHOFERES
Santiago Espinal y Antonio Radhamés Almonte

CODIFICADORA Y CRITICA OFICINA
Carmen Amarílis Muñoz

PROCESAMIENTO ELECTRONICO
Gisela Quiterio

ENTRADA DE DATOS
Kenia Mejía, Joel Tavarez, Maritza Quiterio y Argelia Tapia

CONTADORA
Arlette Tejada de Ramia

APOYO LOGISTICO
María Esther Fernández (USAID)

OFICIAL DEL PROYECTO
Robert Kolesar (USAID)

ELABORACION INFORME FINAL
Argelia Tejada Yangüela

AGENCIA FINANCIADORA
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)

C

CONTENIDO

		Página
	PERSONAL DE LA ENCUESTA	iii
	CONTENIDO	v
	TABLA DE CONTENIDO DE CUADROS	xi
	TABLA DE CONTENIDO DE GRAFICOS	xvii
	LISTA DE ACRONIMOS	xix
	PRESENTACION	xxi
	AGRADECIMIENTO	xxiii
	MAPA	xxv
1	**ANTECEDENTES Y PROCEDIMIENTOS METODOLOGICOS DE LA ENCUESTA**	
1.1	INDUSTRIA ESTATAL AZUCARERA: AUGE Y CRISIS	1
	Antecedentes	1
	Localización y tenencia de las plantaciones cañeras	1
	Crisis del CEA	3
	Proceso de capitalización del CEA	9
1.2	ANOTACIONES CONCEPTUALES E HISTORICAS SOBRE LA POBLACIÓN DE LOS BATEYES	11
	Definición etimológica del batey	11
	Definición sociológica del batey	12
	Origen de la inmigración haitiana a los bateyes dominicanos	13
	Explicación del proceso migratorio y sus efectos en la sociedad dominicana	15
1.3	ESTIMACION DE LA POBLACION TOTAL DE LOS BATEYES	19
1.4	ASPECTOS METODOLOGICOS	21
	Población meta	21
	Momento de la encuesta	21
	Cuestionario	21
	Organización y realización del estudio	23
	Precisión de los resultados: control de errores no muestrales	24
	Características de la muestra	25
	Precisión de los resultados: medición de errores muestrales	26
	Cobertura de la encuesta	28
2	**CARACTERISTICAS DE LA POBLACION PERMANENTE**	
2.1	CARACTERISTICAS GENERALES	29
	Población de referencia	29
	Población de los hogares por edad y sexo	29
	Tiempo de residencia en el hogar	30
	Composición del hogar	31

2.2 NIVEL DE EDUCACIÓN Y ASISTENCIA ESCOLAR..... 32

Aumento de la educación primaria..... 32
Analfabetismo..... 35
Asistencia escolar y educación pública versus privada..... 36
Educación secundaria y superior..... 37
Nivel de educación y asistencia escolar según género..... 38

2.3 NACIONALIDAD Y ESTATUS JURIDICO..... 38

Problemática..... 38
Definición del estatus jurídico..... 41
Medición de la nacionalidad en la encuesta..... 42
Lenguaje y etnia..... 43
Lugar de nacimiento, inmigración y estatus jurídico..... 45
Nivel de educación y país de nacimiento..... 48

2.4 EL CEA Y LA ASIGNACION DE VIVIENDA EN LOS BATEYES..... 49

Tenencia de la vivienda..... 49
Diferencias en las condiciones y servicios de las viviendas..... 50

2.5 BIENES DE CONSUMO DURADERO..... 52

2.6 CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS MADRES..... 52

Características de las viviendas con jefatura femenina..... 54
Lugar de nacimiento y documentación de las madres..... 55
Atención a niños y niñas de madres que trabajan..... 56

2.7 SINTESIS..... 56

3 OFERTA DE MANO DE OBRA, NIVEL DE EMPLEO E INGRESO

3.1 CONSIDERACIONES CONCEPTUALES..... 61

El ciclo de empleo en la industria azucarera..... 61
Tasa global de participación y definición de la población económicamente activa de manera Convencional..... 62
Definición de la población económicamente activa de manera no convencional..... 62
Categoría ocupacional..... 63
Rama ocupacional y sector económico..... 63

3.2 POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA Y NO ACTIVA DURANTE EL PERIODO MUERTO..... 64

3.3 RAMAS DE ACTIVIDAD ECONOMICA..... 67

3.4 CATEGORIA OCUPACIONAL DE LA PEA NO CONVENCIONAL, SEGUN GENERO Y GRUPO DE EDAD..... 68

3.5 OCUPACION EN SECTORES SELECCIONADOS DE LA ECONOMIA..... 71

3.6 INGRESO PERSONAL POR TRABAJO PRINCIPAL..... 72

Parámetros utilizados en la medición de la pobreza..... 72
Ultimo ingreso mensual por trabajo principal..... 72
Ingreso por trabajo principal durante los seis meses del periodo muerto, según características demográficas..... 74
Medias de ingreso por trabajo principal durante los seis meses del período muerto, según características sociodemográficas..... 76

3.7 INGRESO EN EL HOGAR DURANTE EL PERIODO MUERTO..... 82

Ingreso en el hogar durante el periodo muerto por trabajo principal de miembros, comparados con salarios mínimos..... 82
Ingreso del hogar total durante el período muerto, comparado con costo de la canasta familiar..... 83
Número de miembros en el hogar como estrategia de supervivencia..... 87
Ingreso en el hogar por trabajo principal según variables sociodemográficas..... 87

3.8 EMPLEO E INGRESO DURANTE LA ULTIMA ZAFRA..... 89

Empleo en la última zafra, durante el periodo 1998-1999..... 89
Ingreso en el hogar por trabajos de la población permanente durante la última zafra 1998-1999..... 92
Deuda del CEA con los trabajadores cancelados..... 95

3.9 SINTESIS Y CONCLUSIONES..... 95

4 EFECTOS DEL HURACAN GEORGES Y PROGRAMA DE ALIMENTOS

4.1 ANTECEDENTES..... 99

4.2 DAÑOS DEL HURACAN GEORGES..... 99

Daños en el territorio nacional..... 99
Daños causados a la población meta..... 100
Daños a viviendas, paralización de servicios y otras pérdidas..... 104

4.3 RECONSTRUCCION..... 107

4.4 PROGRAMA DE ALIMENTOS..... 108

Características de los hogares beneficiados..... 108
Instituciones donantes y consumo de alimentos donados..... 111
Seguridad alimentaria..... 113

4.5 VALORACION SUBJETIVA DEL BIENESTAR EN EL HOGAR..... 117

4.6 ANALISIS Y CONCLUSIONES..... 119

5 RIESGO A CONTRAER ENFERMEDADES

5.1 RIESGOS ASOCIADOS AL HABITAT..... 123

Tipo y tenencia de la vivienda..... 123
Condiciones de las viviendas y servicios básicos..... 125

5.2 ACCESO A SERVICIOS DE SALUD..... 132

Lejanía sentida de los centros de salud y problema sentido del transporte..... 133
Dificultad de obtener recursos para costear prescripciones..... 134

5.3 ACTITUDES Y PRACTICAS AMENAZANTES A LA SALUD DE LAS MADRES..... 136

Temor a visitar los centros de salud..... 136
Practicas amenazantes a la salud..... 138

5.4 CONCLUSION..... 140

6 PLANIFICACION FAMILIAR

6.1 ASPECTOS CONCEPTUALES..... 144

6.2 USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR..... 145

Uso de métodos en el pasado..... 145
Uso actual de métodos..... 149

6.3 RIESGO DE EMBARAZO NO DESEADO..... 155

6.4 ACTITUDES HACIA LA PLANIFICACION..... 156

Actitud del compañero sexual..... 156
Número ideal de hijos e hijas..... 157

6.5 CONCLUSIONES..... 159

7 SALUD MATERNO INFANTIL

7.1 ASISTENCIA PRENATAL Y AL PARTO..... 161

Atención prenatal..... 162
Toxoide antitetánico..... 164
Mediciones antropométricas, presión arterial, y exámenes de orina y sangre..... 166
Suplementos de hierro..... 167
Asistencia al parto..... 169

7.2 VACUNACIONES..... 170

7.3 ENFERMEDADES RESPIRATORIAS..... 173

Atención médica a la subpoblación infantil con IRA y/o fiebre..... 175
Prevalencia de IRA en los bateyes comparado con prevalencia nacional..... 176

7.4 AUMENTO DE OTRAS ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS DESPUES DEL HURACAN GEORGES..... 177

7.5 ENFERMEDADES DIARREICAS..... 178

Prevalencia de la diarrea..... 178
Conocimientos y creencias sobre la diarrea..... 181
Tratamiento de la diarrea..... 184

7.6 NIÑOS Y NIÑAS ENFERMOS CON IRA, FIEBRE O DIARREA..... 188

7.7 ANALISIS..... 189

8 LACTANCIA Y NUTRICION

8.1 LACTANCIA..... 194

Iniciación de la lactancia materna..... 194
Lactancia y alimentación suplementaria según la edad..... 196
Uso del biberón..... 198
Frecuencia y duración de la lactancia..... 200

8.2 DESNUTRICION..... 201

Aspectos conceptuales..... 201
Unidades de medición de desnutrición por deficiencia de proteínas y calorías..... 202
Desnutrición en menores de cinco años y diferencias con la población nacional..... 204
Niveles de desnutrición según variables seleccionadas..... 205
Diferencias en el estado nutricional de la población infantil participante y no participante en el Programa de alimentos..... 210

8.3 CONCLUSIONES..... 210

9	**MICRONUTRIENTES**	
9.1	INTRODUCCION	213
9.2	ANTECEDENTES SOBRE DEFICITS DE MICRONUTRIENTES EN EL TERRITORIO NACIONAL	214
9.3	CONSUMO DE VITAMINA A DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6-59 MESES DE EDAD	214
9.4	CONSUMO DOMESTICO DE SAL YODADA	217
9.5	MEDICION DEL NIVEL DE CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA EN LA SANGRE	218
	Instrumento de medición y control de calidad	218
	Valores críticos en la determinación de anemia por deficiencia de hierro	218
	Hallazgos de anemia en niños y niñas de 12-59 meses	219
	Asociación entre prevalencia de anemia y participación en programas de donación de alimentos	221
	Prevalencia de anemia según niveles de desnutrición	222
	Déficit de hierro en las madres	225
9.6	ANALISIS Y CONCLUSIONES	226
10	**PREVENCION DEL VIH/SIDA**	
10.1	ANTECEDENTES	229
10.2	CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE EL VIH/SIDA	230
10.3	RIESGO SENTIDO DE CONTRAER VIH/SIDA	235
	Razones por no sentir o por sentir un riesgo bajo de contraer el VIH/SIDA	237
	Razones por sentir riesgo alto o moderado de contraer el VIH/SIDA	240
10.4	CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL	241
10.5	CONCLUSIONES	245
11	**RECOMENDACIONES**	249
	BIBLIOGRAFIA CITADA	255
	ENTREVISTAS	261
	ANEXO A: EL CUESTIONARIO	263
	ANEXO B: MARCO MUESTRAL	285

TABLA DE CONTENIDO DE CUADROS

1.1 EXPLOTACIONES DE CAÑA POR TAMAÑO Y REGIONES SEGUN PRODUCCION Y PRODUCTIVIDAD, CENSO DE1981 2

1.2 PRODUCCION DEL SECTOR AZUCARERO EN LA ZAFRA 1997-1998 4

1.3 PORCENTAJE DE LA POBLACION QUE TRABAJA SEGUN RAMA DE ACTIVIDAD DURANTE EL PERIODO 1960-1999 6

1.4 PRODUCCION DE AZUCAR DESPUES DE LA CAPITALIZACION DEL CEA, Y CUOTA DE EXPORTACION EN EL MERCADO PREFERENCIAL NORTEAMERICANO, ZAFRA 1999-2000 10

1.5 NUMERO DE BATEYES SEGUN INGENIO 20

1.6 TEMAS Y PRINCIPALES VARIABLES INVESTIGADAS 22

1.7 VALORES DEL ERROR ESTANDAR Y DE LOS LIMITES DE CONFIANZA PARA DIFERENTES PROPORCIONES 27

2.1 COMPOSICION DE LA POBLACION 30

2.2 TIEMPO DE RESIDENCIA EN EL HOGAR, DURANTE LOS ULTIMOS 6 MESES ANTES DE LA ENCUESTA, SEGUN GRUPOS DE EDAD 31

2.3 COMPOSICION DE LOS HOGARES 32

2.4 CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS DE LA POBLACION DE SEIS Y MAS AÑOS SEGUN GRUPO DE EDAD 34

2.5 NIVEL DE EDUCACION DE LA POBLACION MASCULINA Y FEMENINA DE 6 Y MAS AÑOS DE EDAD SEGUN GRUPOS DE EDAD Y ASISTENCIA ESCOLAR 39

2.6 CONOCIMIENTO DE CREOLE DE LA POBLACION SEGUN ETNIA 44

2.7 PAIS DE NACIMIENTO Y PERIODO DE INMIGRACION DE LOS EXTRANJEROS SEGUN PAIS DE EMISION DEL ACTA DE NACIMIENTO 47

2.8 NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA POBLACION MAYOR DE 5 AÑOS SEGUN SEXO Y PAIS DE NACIMIENTO 48

2.9 TENENCIA DE LAS VIVIENDAS DEL CEA VERSUS FORMAS DE TENENCIA, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS 51

2.10 BIENES DE CONSUMO DURADERO 52

2.11 CARACTERISTICAS DE LAS MADRES 53

2.12 JEFATURA DEL HOGAR SEGUN CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA 54

2.13 LUGAR DE NACIMIENTO Y ACTA DE NACIMIENTO DE LA MADRE, SEGUN ETNIA 55

2.14 ATENCION A NIÑOS Y NIÑAS DE MADRES QUE TRABAJAN 56

3.1 POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA Y NO ACTIVA, MEDIDA DE FORMA CONVENCIONAL Y NO CONVENCIONAL, SEGUN GENERO 65

3.2 RAMA DE ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA PEA NO CONVENCIONAL DURANTE EL TIEMPO MUERTO, SEGUN GRUPO DE EDAD Y GENERO..... 67

3.3 CATEGORIA OCUPACIONAL DE LA PEA NO CONVENCIONAL OCUPADA Y CESANTE DURANTE EL PERIODO MUERTO, SEGUN GRUPO DE EDAD Y GENERO..... 69

.3.4 PRINCIPALES SECTORES DE LA ECONOMIA QUE COMPRAN FUERZA LABORAL DURANTE EL TIEMPO MUERTO, SEGUN GENERO Y EDAD..... 71

3.5 INGRESO PERSONAL POR TRABAJO PRINCIPAL REALIZADO DURANTE EL PERIODO MUERTO Y PERCIBIDO EN EL ULTIMO MES, SEGUN GRUPO DE EDAD Y GENERO..... 73

3.6 INGRESO POR TRABAJO PRINCIPAL PERCIBIDO DURANTE LOS SEIS MESES DEL PERIODO MUERTO, SEGUN GRUPO DE EDAD Y GENERO..... 75

3.7 DIFERENCIAS EN LAS MEDIAS DE INGRESOS POR TRABAJO PRINCIPAL PERSONAL, DURANTE LOS SEIS MESES DEL PERIODO MUERTO, SEGUN GENERO, GRUPO DE EDAD Y NIVEL DE EDUCACION..... 77

3.8 MEDIAS DE INGRESO POR TRABAJO PRINCIPAL PERSONAL, DURANTE LOS SEIS MESES DEL PERIODO MUERTO, OBSERVADAS Y AJUSTADAS SEGUN EL EFECTO COMBINADO DEL GENERO, EL GRUPO DE EDAD Y EL NIVEL DE EDUCACION..... 79

3.9 DIFERENCIAS EN LAS MEDIAS DE INGRESO POR TRABAJO PRINCIPAL PERSONAL, DURANTE SEIS MESES DEL PERIODO MUERTO, SEGUN TENENCIA DE ACTA DE NACIMIENTO Y RESIDENCIA DE LA MADRE AL NACER..... 80

3.10 DIFERENCIAS EN LAS MEDIAS DE INGRESO POR TRABAJO PRINCIPAL PERSONAL, DURANTE LOS SEIS MESES DEL PERIODO MUERTO, SEGUN SECTOR, RAMA ECONOMICA Y CATEGORIA OCUPACIONAL..... 81

3.11 COSTO DE LA CANASTA FAMILIAR NACIONAL MENSUAL COMPARADO CON EL PROMEDIO DE INGRESO TOTAL EN EL HOGAR DE LOS BATEYES DURANTE EL PERIODO MUERTO, POR QUINTILES..... 85

3.12 FUENTES DE INGRESOS ADICIONALES EN EL HOGAR DURANTE EL AÑO ANTERIOR A LA ENCUESTA..... 86

3.13 MEDIA DE INGRESO MENSUAL EN EL HOGAR DURANTE EL TIEMPO MUERTO POR TAMAÑO DEL HOGAR..... 87

3.14 HOGARES INDIGENTES, POBRES Y MENOS POBRES Y MEDIA DE INGRESOS POR TRABAJO PRINCIPAL DE SUS MIEMBROS, DURANTE SEIS MESES DEL PERIODO MUERTO, SEGUN CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS..... 88

3.15 OCUPACION EN LA ZAFRA DE 1998-1999, SEGUN GRUPO DE EDAD Y SEXO..... 90

3.16 TRES NIVELES DE INGRESO Y MEDIAS DE INGRESOS EN LOS HOGARES POR TRABAJOS DE SUS MIEMBROS PARA EL CEA DURANTE LA ULTIMA ZAFRA DE 1998-1999, SEGUN CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS..... 94

4.1 CARACTERISTICAS DE LAS VIVIENDAS Y LOS HOGARES DE REFUGIADOS..... 102

4.2 CARACTERISTICAS DE LOS REFUGIOS Y PROPORCION DE REFUGIADOS..... 103

4.3 VIVIENDAS TOTALMENTE DESTRUIDAS POR EL HURACAN GEORGES, SEGUN LA ETNIA DE LA MADRE Y LAS CONDICIONES DE LOS DIFERENTES COMPONENTES ESTRUCTURALES DE LA VIVIENDA..... 105

4.4 DAÑOS PARCIALES A LA VIVIENDA, Y OTROS EFECTOS DEL HURACAN GEORGES, SEGUN ETNIA DE LA MADRE Y TENENCIA DE LA VIVIENDA..... 106

4.5 DAÑOS CAUSADOS POR EL HURACAN GEORGES EN LOS BATEYES, POR INGENIO..... 107

4.6 RECONSTRUCCION DEL HABITAT, REHABILITACION DE SERVICIOS BASICOS Y DE EMPLEOS, Y DISMINUCION DE ENFERMEDADES..... 108

4.7 HOGARES QUE RECIBIERON ALIMENTOS SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS..... 110

4.8 DONACION DE ALIMENTOS SEGUN EL HOGAR FUESE O NO DAMNIFICADO..... 111

4.9 CONSUMO DE ALIMENTOS Y DESVIO A OTROS USOS..... 113

4.10 SEGURIDAD ALIMENTARIA SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS..... 115

4.11 PERCEPCION DE LA SITUACION ACTUAL, COMPARADA CON SITUACION DEL HOGAR ANTES DEL HURACAN GEORGES..... 118

5.1 TIPO DE VIVIENDA SEGUN FORMA DE TENENCIA Y NACIONALIDAD DE LA MADRE..... 124

5.2 CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA..... 126

5.3 TIEMPO EMPLEADO EN BUSCAR AGUA Y CONEXIONES INTRADOMICILIARIAS SEGUN ETNIA DE LA MADRE..... 130

5.4 DIFICULTAD DE LA MADRE PARA ACCESAR A LOS SERVICIOS DE SALUD DEBIDO A NO TENER CENTROS CERCANOS O ACCESO A TRANSPORTE, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS..... 134

5.5 DIFICULTAD DE LA MADRE PARA OBTENER RECURSOS PARA COMPRAR MEDICINAS, Y TEMOR DE NO SER ATENDIDA O DE QUE LAS MALTRATEN EN EL CENTRO, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS..... 135

5.6 TEMOR DE LA MADRE DE ASISTIR SOLA A CENTROS DE SALUD Y DE SER ATENDIDA POR PERSONAL MASCULINO, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS..... 137

5.7 RIESGO A LA SALUD DE LA MADRE DEBIDO AL HABITO DE FUMAR Y DE DORMIR SIN MOSQUITERO, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS..... 139

5.8 METODO UTILIZADO PARA DESCONTAMINAR EL AGUA DE BEBER..... 140

6.1 USO ALGUNA VEZ DE ANTICONCEPTIVOS..... 146

6.2 USO ALGUNA VEZ ANTICONCEPTIVOS SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS..... 148

6.3 USO ACTUAL DE METODOS ANTICONCEPTIVOS..... 150

6.4 USO ACTUAL DE METODOS ADICIONALES..... 151

6.5 USO ACTUAL DE METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGUN DETERMINANTES DE LA ANTICONCEPCION..... 153

6.6 NUMERO DE HIJOS AL USAR ANTICONCEPTIVOS POR PRIMERA VEZ..... 155

6.7 ACTITUD DEL COMPAÑERO SEXUAL SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR..... 157

6.8 PROMEDIO IDEAL DE HIJOS SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS..... 158

7.1 CUIDADO PRENATAL POR CARACTERISTICAS DE LA MADRE Y EL HOGAR..... 163

7.2 NUMERO DE VISITAS PRENATALES Y ETAPAS DEL EMBARAZO..... 164

7.3 VACUNAS CONTRA EL TOXOIDE TETANICO POR CARACTERISTICAS SELECCIONADAS..... 165

7.4 EXAMENES DE ORINA Y SANGRE, PRESION ARTERIAL Y MEDICIONES ANTROPOMETRICAS..... 167

7.5 SUPLEMENTO DE HIERRO EN LAS EMBARAZADAS..... 168

7.6 LUGAR DEL PARTO POR CARACTERISTICAS SELECCIONADAS..... 171

7.7 VACUNACION POR FUENTE DE INFORMACION..... 172

7.8 PREVALENCIA Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y DE FIEBRE POR CARACTERISTICAS SELECCIONADAS..... 174

7.9 INCIDENCIA DE SARAMPION, MALARIA Y DENGUE DURANTE EL AÑO ANTERIOR A LA ENCUESTA, POR GRUPOS DE EDAD..... 177

7.10 PREVALENCIA DE DIARREA POR CARACTERISTICAS SELECCIONADAS..... 180

7.11 CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS DE LA MADRE SOBRE PRACTICAS ALIMENTICIAS DURANTE LA DIARREA..... 182

7.12 CREENCIAS MAGICAS SOBRE LA DIARREA SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS..... 183

7.13 TRATAMIENTO DE LA DIARREA..... 185

7.14 PRACTICAS ALIMENTARIAS DURANTE LA DIARREA..... 187

8.1 LACTANCIA INICIAL EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE DOS AÑOS, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS..... 194

8.2 COMPARACION DE LA LACTANCIA INICIAL CON PARAMETROS NACIONALES..... 196

8.3 TIPO DE LACTANCIA SEGUN EDAD..... 197

8.4 LACTANCIA Y ALIMENTACION COMPLEMENTARIA POR EDAD..... 199

8.5 FRECUENCIA Y MEDIANA DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA..... 200

8.6 NIVELES CRITICOS DE LAS CATEGORIAS DE DESNUTRICION DE LOS INDICADORES DE TALLA PARA LA EDAD Y PESO PARA LA EDAD..... 203

8.7 TRES NIVELES DE DESNUTRICION INFANTIL SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS..... 206

8.8 INDICADORES DE DOS NIVELES DE DESNUTRICION INFANTIL POR CARACTERISTICAS SELECCIONADAS..... 209

9.1 SUPLEMENTO DE VITAMINA A SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS..... 215

9.2 PUNTAJES CRITICOS EN LA DETERMINACION DE CONCENTRACION BAJA DE HEMOGLOBINA EN LA SANGRE..... 219

9.3 ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO EN LA SANGRE EN LA POBLACION INFANTIL DE 12-59 MESES DE EDAD, SEGUN CARACTERISTICA SELECCIONADAS 220

9.4 PREVALENCIA DE ANEMIA EN LA POBLACION INFANTIL DE 12-59 MESES DE EDAD SEGUN NIVELES DE DESNUTRICION..... 223

9.5 ANEMIA EN LAS MADRES POR CARACTERISTICA SELECCIONADAS..... 225

10.1 CONOCIMIENTO DEL VIH/SIDA..... 231

10.2 CREENCIA MAGICA SOBRE EL CONTAGIO DEL VIH/SIDA..... 232

10.3 PERCEPCION DEL RIESGO DEL VIH/SIDA..... 234

10.4 RIESGO SENTIDO DE CONTRAER VIH/SIDA SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS..... 236

10.5 RAZONES PRINCIPALES POR LAS CUALES LAS MADRES NO SIENTEN NINGUN O MUY BAJO RIESGO DE CONTRAER EL VIH/SIDA, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS..... 238

10.6 CAUSAS DEL RIESGO SENTIDO MODERADO A ALTO A CONTRAER EL VIH/SIDA SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS..... 240

10.7 COMPORTAMIENTO PARA PREVENIR EL VIH/SIDA SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS..... 242

10.8 FRECUENCIA DEL USO DEL CONDON POR LA PAREJA PARA EVITAR EL VIH/SIDA..... 244

TABLA DE CONTENIDO DE GRAFICOS

2.1 COMPOSICION DEL HOGAR..... 33

2.2 PORCENTAJE DE ILETRADOS EN LA POBLACION ADULTA DE 15 Y MAS AÑOS DE EDAD EN EL TERRITORIO NACIONAL DURANTE EL PERIODO 1960-1993, Y EN LOS BATEYES EN EL AÑO 1999..... 35

2.3 PROBLEMAS DE SOBREEDAD, INASISTENCIA Y DESERCION EN LA POBLACION DE 6 A 18 AÑOS DE EDAD..... 37

2.4 AUTODEFINICION DE ETNIA DE LA MADRE Y LOS MIEMBROS DEL HOGAR..... 43

2.5 CONOCIMIENTO DEL CREOLE ENTRE LAS MADRES SEGUN NACIONALIDAD..... 45

2.6 LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR..... 46

2.7 PAIS DE EMISION DE ACTA DE NACIMIENTO..... 47

2.8 TENENCIA DE LA VIVIENDA..... 50

3.1 POBLACION DE 10 Y MAS AÑOS ECONOMICAMENTE ACTIVA, MEDIDOS DE FORMA CONVENCIONAL Y NO CONVENCIONAL, SEGUN GENERO..... 66

3.2 POBLACION DE 10 Y MAS AÑOS ECONOMICAMENTE ACTIVA, MEDIDOS DE FORMA CONVENCIONAL Y NO CONVENCIONAL, SEGUN GENERO..... 66

3.3 SEGMENTACION DEL MERCADO LABORAL SEGUN GENERO..... 69

3.4 CATEGORIA CONVENCIONAL DE LA PEA NO CONVENCIONAL..... 70

3.5 INGRESO EN EL HOGAR POR TRABAJO PRINCIPAL DURANTE LOS SEIS MESES DEL TIEMPO MUERTO, COMPARADO CON SALARIOS MINIMOS..... 83

3.6 CLASIFICACION DE LA POBREZA EN EL HOGAR SEGUN INGRESO POR TRABAJO PRINCIPAL DURANTE LOS SEIS MESES DEL TIEMPO MUERTO..... 84

3.7 OCUPACION DE LA PEA OCUPADA Y CESANTE DURANTE EL PERIODO MUERTO O QUE TRABAJO PARA EL CEA EN LA ULTIMA ZAFRA, SEGUN GENERO 91

3.8 RAMA DE ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA POBLACION MASCULINA DE 10 Y MAS AÑOS DE EDAD QUE TRABAJO EN LA ULTIMA ZAFRA DEL CEA, 1998-1999..... 92

4.1 RECONSTRUCCION DEL HABITAT Y REHABILITACION DE SERVICIOS, TRABAJOS Y FINCAS FAMILIARES, 15 MESES DESPUES DEL HURACAN GEORGES..... 109

4.2 INSTITUCIONES DONANTES DE ALIMENTOS DESPUES DEL HURACAN GEORGES..... 112

4.3 DIAS CON HAMBRE DURANTE LA SEMANA SEGUN ETNIA DE LA MADRE..... 116

4.4 INCIDENCIA DEL INGRESO MENSUAL EN EL HOGAR EN LA SEGURIDAD ALIMENTARIA DE SUS MIEMBROS..... 117

4.5 PERCEPCION DE MEJORIA ACTUAL DE LA MADRE COMPARADO CON SU SITUACION DE DIAS ANTES DEL HURACAN GEORGES..... 119

5.1 CONDICIONES DE LOS MATERIALES DE CONSTRUCCION DE LAS VIVIENDAS..... 127

5.2 SISTEMA DE ELIMINACION DE EXCRETAS..... 128

5.3 CONEXIONES DE AGUA EN EL PATIO O EN EL INTERIOR DE LA VIVIENDA SEGUN LA ETNIA DE LA MADRE..... 131

5.4 SISTEMA DE ELIMINACION DE DESECHOS SOLIDOS..... 132

6.1 RIESGO DE EMBARAZO NO DESEADO..... 156

7.1 VACUNA CONTRA EL TOXOIDE TETANICO DURANTE EL EMBARAZO..... 166

7.2 LUGAR DEL PARTO DEL ULTIMO EMBARAZO DURANTE EL PERIODO 1994-1999..... 169

7.3 NIÑOS Y NIÑAS CON IRA O FIEBRE QUE CONSULTARON CON PERSONAL DE SALUD, CALIFICADO Y NO CALIFICADO..... 176

7.4 PREVALENCIA DE IRA, FIEBRE Y DIARREA EN LOS BATEYES Y EN LA ZONA RURAL DEL PAIS..... 179

7.5 MENORES DE CINCO AÑOS CON IRA, FIEBRE O DIARREA..... 188

8.1 PRACTICAS DE ALIMENTACION INICIAL..... 195

8.2 PESO Y TALLA PARA LA EDAD EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS..... 204

8.3 PESO Y TALLA PARA LA EDAD SEGUN GRUPOS DE EDAD..... 207

9.1 PREVALENCIA DE ANEMIA EN INFANTES DE 12-59 MESES..... 221

9.2 ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 12-59 MESES, SEGUN EL PESO ESPERADO PARA LA EDAD Y SEXO Y EL NIVEL DE HEMOGLOBINA EN LA SANGRE..... 224

10.1 RIESGO SENTIDO DE CONTRAER VIH/SIDA..... 235

10.2 PERCEPCION DE RIESGO DE CONTRAER VIH/SIDA ENTRE MADRES DE LOS BATEYES EN 1999 Y LA POBLACION DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE LAS ZONAS RURAL Y URBANA EN 1996..... 237

LISTA DE ACRONIMOS

CCS	Comité Comunitario de Salud
CDE	Corporación Dominicana de Electricidad
CEA	Consejo Estatal del Azúcar
CENISMI	Centro Nacional de investigaciones en Salud Materno Infantil
CFIH	Corporación de Fomento de la Industria Hotelera
CORDE	Corporación Dominicana de Empresas Estatales
CORPHOTEL	Corporación de Fomento de la Industria Hotelera
CRA	Cruz Roja Americana
CRD	Cruz Roja Dominicana
CREP	Comisión de Reforma de la Empresa Pública
EDA	Enfermedades Diarréicas Agudas
ENDESA	Encuesta Demográfica y de Salud
ENGIH	Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares
FISB	Fondo de Inversión Social para los Bateyes
FONDOPREI	Fondo de Pre-Inversión
IDAN	Instituto Dominicano de Alimentación y Nutrición
IDSS	Instituto Dominicano de Seguro Social
INAZUCAR	Instituto Nacional del Azúcar
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
INFOTEP	Instituto de Formación Técnico Profesional
INSALUD	Instituto Nacional de Salud
INVI	Instituto Nacional de la Vivienda
IPC	Indice de Precios al Consumidor
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
ISTI	International Science and Technology Institute, Inc.
OCB	Organización Comunitaria de Base
ONG	Organización No Gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAHO	Organización Panamericana de la Salud
PF	Planificación Familiar
PL	Ley Pública

PMA	Programa Mundial de alimentos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PROCETS	Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida
SEA	Secretaria de Agricultura
SESPAS	Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
SSID	Servicio Social de Iglesias Dominicanas
TRO	Terapia de Rehidratación Oral
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VITAL	Programa de Vitamina A para América Latina
WHO	Organización Mundial de la Salud

Presentación

Nos place poner en sus manos el estudio *Bateyes del Estado*, (Encuesta Socioeconómica y de Salud de la Población Materno-Infantil de los Bateyes Agrícolas del CEA, diciembre de 1999). El estudio analiza la situación de salud de los niños y niñas de los bateyes desde un enfoque multisectorial, lo cual hace posible relacionar efectos con causas inmediatas para superar las condiciones de pobreza en que actualmente vive esta población.

La realización de esta encuesta fue producto de la evaluación del programa de alimentos de emergencia que se desarrolló en el país para mitigar la inseguridad alimentaria provocada por los vientos e inundaciones del Huracán Georges, el 22 de septiembre de 1998. Las ráfagas del huracán golpearon fuertemente la República Dominicana, causando daños significativos en la infraestructura y agricultura del país, y afectando especialmente a la población más pobre. Con la intención de mostrar solidaridad al pueblo dominicano y de aliviar el desastre causado por el Huracán Georges, el Gobierno de los Estados Unidos, junto a otros organismos nacionales e internacionales, inmediatamente ofreció su ayuda.

Los bateyes del Consejo Estatal del Azúcar (CEA) fueron de las comunidades más perjudicadas. Esta situación se hizo más evidente para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), durante la ejecución de los programas de emergencia de alimentos y de proyectos de reconstrucción en las áreas de atención primaria en salud, agua y saneamiento. Se identificaron comunidades severamente afectadas que además carecían de medios de vida para subsistir. De ahí surge la necesidad de obtener datos estadísticos claros y confiables sobre los bateyes del CEA, una de las poblaciones de mayor vulnerabilidad en el territorio dominicano.

Confiamos que la encuesta sea de utilidad al Gobierno Dominicano, a las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), al sector privado, a la comunidad donante y a otras entidades relacionadas directa o indirectamente con los bateyes. Esperamos que al tomar decisiones sobre estas comunidades, los datos puedan aportar conocimientos que ayuden a orientar las intervenciones y a aliviar la pobreza existente en la población de los bateyes de la República Dominicana.

Elena L. Brineman
Directora de la Misión
USAID
República Dominicana

AGRADECIMIENTO

Un estudio es el producto del trabajo y el apoyo de muchas personas. Al finalizarlo, una queda endeudada con las instituciones y las personas que lo hicieron posible. En primer lugar, deseo expresar agradecimiento por la confianza depositada en mi persona por la oficina de Reconstrucción de la AID, que encomendara la encuesta, en la persona de Robert Kolesar. Robert no sólo facilitó aspectos de logística, aportó ideas y artículos pertinentes al tema, sino que también fue un gran apoyo personal en los momentos de intenso trabajo que una encuesta demanda. Tuvo también la gentileza de leer todos los capítulos y aportar sugerencias al reporte final, facilitando el tiempo para que el análisis de los datos no se limitara a los hallazgos de la encuesta.

En adición a otras actividades logísticas, Robert Kolesar junto a María Esther Fernández coordinaron las actividades de apoyo de ONGs, instituciones estatales e internacionales. Las ONGs que trabajan en bateyes prepararon los listados de madres con niños y niñas menores de cinco años, actividad que requirió esfuerzo y dedicación y permitió seleccionar los hogares en la segunda etapa del procedimiento muestral. En adición a las entrevistas, el estudio requirió determinar el estado de desnutrición por deficiencia proteico-calórica y por deficiencia de hierro en la población infantil; así como establecer el consumo de sal yodada en el hogar. Estas mediciones necesitan un instrumental especializado y costoso, el cual fue prestado por diferentes instituciones a quienes deseamos hacer explícito nuestro agradecimiento. Las escalas electrónicas 890 de UNICEF y los tallímetros fueron facilitados por la Cruz Roja Americana. Los equipos de HemoCue fueron prestados por la OPS y SESPAS y el kit para medir el contenido de yodo en la sal de consumo doméstico fue donado por UNICEF. Gracias a esta colaboración, el estudio presenta datos de salud de la población materno-infantil de mucho valor.

Entre las ONGs que aportaron personal para construir los listados de madres con niños y/o niñas menores de cinco años, deseamos agradecer la participación de la Cruz Roja Americana y del voluntariado de la Cruz Roja Dominicana, de manera especial, a Melissa Quimby y Ricardo Caivano, de la Cruz Roja Americana. En particular, deseamos agradecer el trabajo de rastrear las madres al voluntariado de la Cruz Roja Dominicana del Distrito Nacional, San Pedro de Macorís y Barahona. Tomando el riesgo de omitir a alguien sin ser nuestra intención, agradecemos la colaboración particular de Edalio Cordero, Colasa Castillo, Lucas López, David Martes, Christian Espinal, Erick Arturo, Julio Cesar Abreu, Johny Luis, Kenny Olivero, Josué Augusto, Julio Cesar J.C., y José Andújar. Entre todos construyeron los listados en las comunidades de Realidad, Doña Ana, Las Pajas, La Jagua, Don Juan, Paraíso, Alemán, Vasca, Paloma, El Rancho, Gallareta, Eureka, Jagual, Experimental, Alejandro Bass, Pantoja, Guanuma, Piragua, El Blanco, y Las Parras. Entre los bateyes pertenecientes al Ingenio de Barahona, construyeron los listados en Batey 1, Batey 2, Batey 3, Batey 5, Batey 6, Isabela, Santa María, Bombita y Palo Alto.

Además de la Cruz Roja, se agradece la desinteresada colaboración del Cuerpo de Crisis, en batey San José; y de Erida Castro, de COTEDO, en Cojobal. ALA Dominicana, bajo la coordinación de Bolívar Terrero, realizó los listados en los bateyes de Doña María, Gonzalo, San

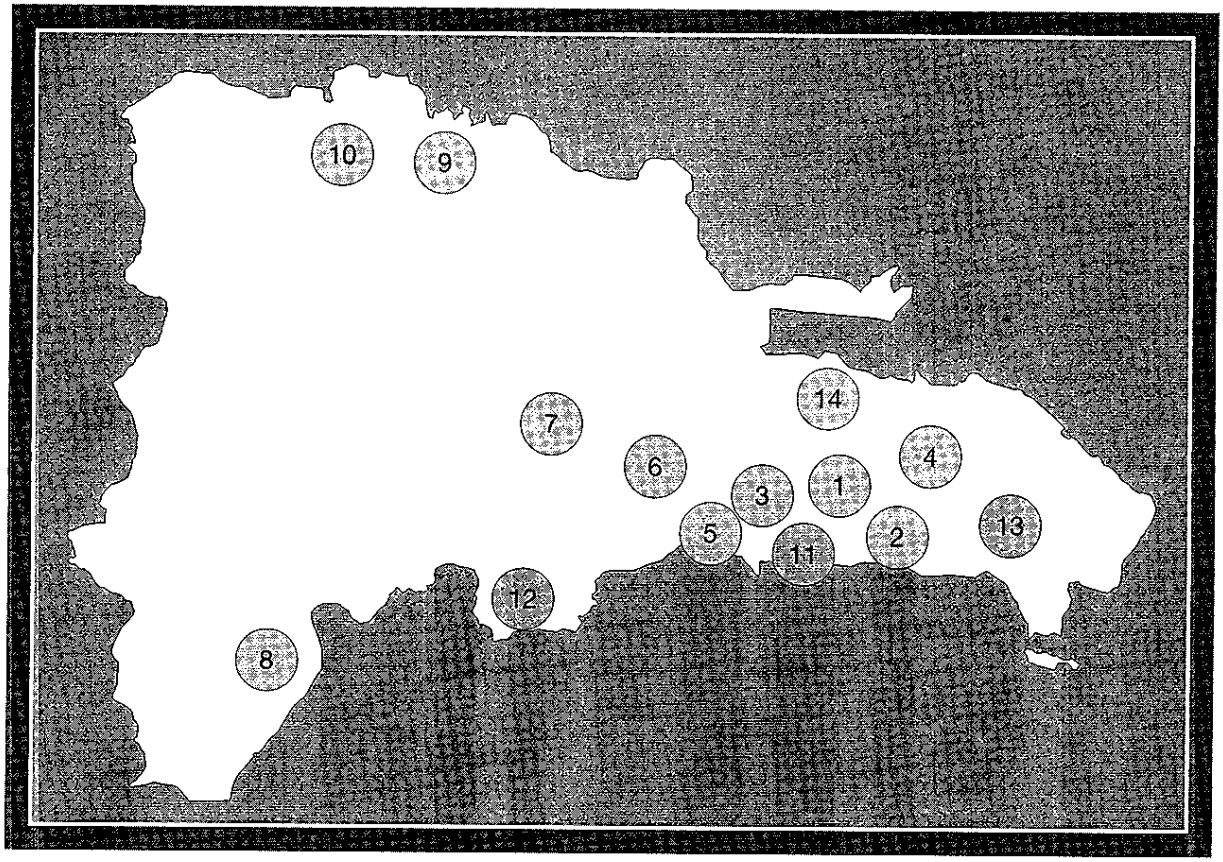
Pedro y El Caño. El Instituto de Acción Comunitaria (IDAC), dirigido por Antonio Florian, y con la participación de María Cristina E. y José Andújar, realizó los listados en las comunidades de Mamey, Culata, San Juan, Naranjo, La Ceiba, Piragua, La Mula, Gautier, Victoriana, Hato Viejo II y Hato Viejo III. CASCO, coordinado por Betania Betances y Elizardo Puello, construyó los listados en las comunidades de Caballona, Palmareja, Palavé y Lechería; en este trabajo agradecemos particularmente a Jenny Altagracia Santos, Angela Perdomo, Santa de Rosario, Anita Dora, y Elmacheris. MUDHA, construyó los listados bajo la dirección de Herminia Castillo en las comunidades de Aserradero, Nuevo de Juan Sánchez, y la Estrella. ODEMOBA, coordinado por Gricelda Saldivia, realizó los listados de madres en las comunidades de Bienvenido, García, Los Guineos y Los Llanos. Ana Patricia Matos del PMA construyó los listados en Batey 7 y Batey 8 del Ingenio de Barahona y FUNDAMOPLA, el listado en la comunidad de Bermejo.

De gran importancia fue la colaboración en el terreno de las promotoras de salud del CEA. Ellas ayudaron a agilizar el proceso de recolección de datos identificando las viviendas de las madres que fueron seleccionadas en la muestra. Se agradece además a la dirección del Instituto Dominicano de Alimentación y Nutrición (IDAN), el haber cedido por un mes a Ana Mercedes Lluberes, para la realización de las mediciones antropométricas y la prueba del HemoCue durante la encuesta; y a Pedro Arias y Ricardo Vargas, administradores del Centro de Educación Popular, del Sector Buenos Aires de Herrera, por permitirnos usar el local para entrenamiento antropométrico con infantes de ése sector.

Entre las personas participantes en la encuesta, quiero agradecer la actitud de entrega y colaboración en todo el personal, muy en particular las supervisoras, Josefina Espinal y María Segura, así como Daisi Rosado, quienes además participaron en la prueba del instrumento y el entrenamiento de las entrevistadoras. El procesamiento de los datos fue una ardua tarea que Gisela Quiterio asumió a pesar de sus muchas responsabilidades. Por último, pero no menos importante, quedamos todos y todas endeudadas con las madres de Herrera que facilitaron sus hijos e hijas para el entrenamiento, y con toda las madres, niños, niñas y población de las comunidades entrevistadas. Esperamos que los resultados de la encuesta sean de utilidad en el conocimiento de la situación de los bateyes del CEA y en la búsqueda de soluciones eficientes a los problemas y carencias que aquí se presentan.

Argelia Tejada Yangüela
Autora

MAPA DE LOS INGENIOS AZUCAREROS DEL CEA Y LOS PRIVADOS



Ingenios Azucareros del CEA

CONSORCIO AZUCARERO DEL CARIBE
Consuelo 1
Quisqueya 3
Boca Chica 5
Ozama 6
Río Haina 7

CENTRAL AZUCARERO DEL ESTE
Santa Fe 2
Porvenir 4

CONSORCIO CAÑA BRAVA
Montellano 9
Amistad 10

CENTRAL PRINGAMOSA, C. X A.
Central Pringamosa, C. x A. 14

CONSORCIO AZUCARERO CENTRAL
Barahona 8

Ingenios Privados

CENTRAL ROMANA CORPORATION

Central Romana 13

GRUPO VICINI

Cristóbal Colón 11
Caei 12

Fuente: INAZUCAR, diciembre 2000.

CAPITULO 1

ANTECEDENTES Y PROCEDIMIENTOS METODOLOGICOS DE LA ENCUESTA

1.1 INDUSTRIA ESTATAL AZUCARERA: AUGE Y CRISIS

1.1.1 ANTECEDENTES

El monocultivo de la caña durante la primera mitad del Siglo XX correspondió a un modelo macroeconómico agroexportador que prevaleció hasta finales de la década de los cuarenta. Durante la dictadura Trujillista, de 1930 a 1961, la industria azucarera fue el eje principal de la economía dominicana. Hacia 1950, fecha de inicio del proceso de industrialización para el mercado interno, Cassá (1982, 201) estima que la producción azucarera aportó más del 50 por ciento del total de las exportaciones dominicanas, ocupó el 14 por ciento de las tierras laborables de todo el país y contribuyó el 27 por ciento del valor del producto bruto interno. La importancia económica y social del sector azucarero se evidencia al convertirse en el principal empleador, pagando el 61 por ciento de sueldos y jornales y empleando el 45 por ciento de los obreros y empleados del sector manufacturero industrial.

En la década de los 50, el dictador Rafael Leonidas Trujillo adquiere y nacionaliza los ingenios propiedad de extranjeros, con la excepción del Central Romana, y establece tres nuevos ingenios: Río Haina, Catarey y Esperanza. En 1961, después del ajusticiamiento de Trujillo, el Estado Dominicano hereda el emporio azucarero del Trujillato y el día 20 de agosto de 1966, mediante la Ley No. 7, fue creado el Consejo Estatal del Azúcar (CEA). La finalidad del consorcio estatal fue la de administrar el complejo agroindustrial de la caña de azúcar, con aproximadamente la propiedad de las dos terceras partes del total de terrenos dedicados al cultivo de la caña en el territorio nacional.

1.1.2 LOCALIZACION Y TENENCIA DE LAS PLANTACIONES CAÑERAS

La estructura de tenencia y uso de la tierra en la industria del azúcar es altamente concentrada, como muestran los datos del último censo agropecuario realizado en 1981. El Cuadro 1.1 presenta el tamaño de las explotaciones de caña de azúcar y las regiones donde éstas se localizan según el número de fincas, la extensión de las áreas cañeras sembradas y cosechadas, y la producción de las fincas en las plantaciones del CEA y las privadas. La tenencia se traduce en 59 explotaciones mayores de 16,000 tareas de tierra que concentran 68 por ciento de los 4,8 millones de tareas sembradas de caña. En el otro extremo, 1,046 fincas de 200 a 799 tareas ocupan 6 por ciento de las tierras. Las 402 fincas medias, de 800 a 1,599 tareas, ocupan el 5 por ciento de las tierras sembradas, y el restante 20 por ciento está constituido por fincas grandes con una extensión de 1,600 a 15,999 tareas.

Geográficamente la industria se concentra en el Sureste del país, con el 86 por ciento de los terrenos sembrados de caña, particularmente en las provincias de San Pedro de Macorís, La Romana, San Cristóbal, y el Distrito nacional. Estas cuatro divisiones políticas contienen el 80 por ciento de las áreas sembradas de caña en todo el país, seguido de los Ingenios de Barahona y Puerto Plata que en conjunto representan el 11 por ciento de las áreas sembradas.

CUADRO 1.1 EXPLOTACIONES DE CAÑA POR TAMAÑO Y REGIONES SEGUN PRODUCCION Y PRODUCTIVIDAD, CENSO DE 1981

Distribución porcentual y superficie sembrada, y cosechada en tareas según producción en toneladas y productividad

TAMAÑO (Tareas)	NUMERO FINCAS	SUPERFICIE SEMBRADA (Tareas) A	%	SUPERFICIE COSECHADA (Tareas) B	PRODUCCION (Toneladas) C	PRODUCTIVIDAD ** (Ton/tareas) C/A
TOTAL	**2,014**	**4,745,539**	**100.00**	**3,759,932**	**17,978,573**	**3.79**
De 200 a 799	1,046	272,630	5.74	254,483	1,142,026	4.19
De 800 a 1,599	402	257,994	5.44	236,719	1,264,918	4.90
De 1,600 a 3,199	315	405,454	8.54	375,650	1,661,516	4.10
De 3,200 a 7,999	143	361,205	7.61	330,168	1,537,654	4.26
De 8,000 a 15,999	49	205,200	4.32	206,102	1,111,528	5.42
De 16,000 y más	59	3,243,056	68.34	2,356,810	11,260,931	3.47
REGION POR PROVINCIAS						
CIBAO	**158**	**290,858**	**6.13**	**236,693**	**1,356,159**	**4.66**
Prov. La Vega	7	19,197	0.40	17,328	84,264	4.39
Prov. Puerto Plata	125	147,302	3.10	135,564	722,799	4.91
Prov. Sánchez Ramírez	10	55,790	1.18	35,564	198,356	3.56
Prov. Valverde	3	67,408	1.42	47,076	342,950	5.09
Otras Provincias	13	1,161	0.02	1,161	7,790	6.71
SUROESTE	**23**	**368,791**	**7.77**	**371,781**	**1,843,130**	**5.00**
Prov. Barahona	11	367,772	7.75	370,772	1,838,854	5.00
Otras Provincias	12	1,019	0.02	1,009	4,276	4.20
SURESTE	**1,833**	**4,085,890**	**86.10**	**3,151,458**	**14,779,284**	**3.62**
Distrito Nacional	596	671,316	14.15	595,053	2,499,684	3.72
San Cristóbal	411	910,801	19.19	766,592	3,364,708	3.69
El Seibo	305	179,758	3.79	179,478	792,442	4.41
La Altagracia	135	118,710	2.50	109,257	520,670	4.39
La Romana	58	1,082,999	22.82	936,440	3,965,998	3.66
San Pedro de Macorís	311	1,119,852	23.60	562,414	3,616,636	3.23
Otra (Peravia)	**17**	**2,454**	**0.05**	**2,224**	**19,146**	**7.80**

NOTAS: * Productividad=Producción en toneladas/área sembrada en tareas.
**En la Provincia de Barahona, el área cosechada excede el área sembrada en 3,000 tareas. Este puede ser un error de medición en el Censo, o la diferencia puede ser debido a retoños de la zafra anterior en terrenos que no fueron sembrados después de la última zafra.

FUENTE: Elaborado con datos del Censo Nacional Agropecuario de 1981.

1.1.3 CRISIS DEL CEA

1.1.3.1 Indicadores de la crisis

Aunque la crisis de la industria azucarera estatal madura en la década de los ochenta, vinculada a la crisis del modelo macroeconómico dominante, los datos censales del Cuadro 1.1 muestran la baja productividad de las fincas estatales a inicios de la década de los ochenta. Midiendo productividad como la razón entre la producción en toneladas y el área sembrada en tareas, tenemos que las explotaciones de más de 16,000 tareas son las menos eficientes, con una productividad de 3.47 ton/tarea en comparación con las restantes que alcanzan un promedio de 4.47 ton/tarea. El análisis según provincias muestra que la provincia de San Pedro de Macorís tiene la productividad más baja de 3.23 ton/tarea. Esta provincia concentra la producción estatal del azúcar. La producción privada la concentra la transnacional Central Romana, localizada en la Romana y también con baja productividad de 3.66 ton/tarea. Ambas provincias son responsables del 46.4 por ciento de todas las áreas cañeras del territorio nacional.

Durante la década de los ochenta, la macroeconomía dominicana experimentó cambios estructurales que afectaron la producción del CEA, como se explica en el próximo acápite. A partir del año 1988, el CEA redujo su producción en cerca de un 50 por ciento. La consecuencia inmediata de la reducción de la producción fue el desabastecimiento nacional de azúcar en el mercado local, lo cual llevó al Estado Dominicano en 1990 a recurrir a importaciones de azúcar refinada para abastecer el mercado interno. Hasta esa fecha, el área cañera alcanzaba aproximadamente 185 mil hectáreas de terreno--2,941,500 tareas—correspondientes al 18.5 por ciento del área total bajo cultivo, y al 3.86 por ciento de la superficie del territorio nacional (Alvarez 1990). Tomando en consideración el total de área sembrada de caña según el Censo Agropecuario de 1981, el área cañera del CEA abarcaba casi las dos terceras partes (62.0 por ciento) del total de superficie sembrada entre La Central Romana, el Grupo Vicini y el CEA.

La reducción de la producción azucarera del CEA se mantuvo hasta su arrendamiento al final de la década de los noventa, como puede verse en el Cuadro 1.2. En este cuadro se presenta la zafra de 1997-1998, comparada con la producción del sector privado, dado que la última zafra del CEA, correspondiente al período 1998-1999 fue severamente afectada por el Huracán Georges y no es representativa de la producción en años normales. En el Cuadro 2.1 puede observarse que la producción de 1998 de caña molida y de azúcar cruda en los 10 ingenios del CEA se redujo casi a la mitad de la producida por el Central Romana Corporation. Por otra parte, los dos pequeños ingenios del Grupo Vicini, produjeron cerca de la mitad de la caña y el azúcar cruda producida en el Consorcio Estatal. La magnitud del descenso relativo de la producción del CEA puede apreciarse si se toma en cuenta que el CEA controlaba las dos terceras partes del total de terrenos dedicados a la siembra de la caña.

En 1999, la producción del CEA se redujo al limite más bajo en su historia. La meta del CEA para la zafra 1998-1999, de producir 148,000 toneladas métricas solo fue lograda en un 60 por ciento, a pesar de haber sido la meta más baja desde los inicios del CEA. Para cumplir con sus compromisos en el mercado preferencial de los Estados Unidos de exportar 190,657 toneladas métricas, el CEA recurrió a las importaciones de azúcar en el mercado internacional y pasó de

producir cerca de las dos terceras partes del azúcar producido en el país a producir menos del 15 por ciento, con deudas por encima de 250 millones de dólares (USDA 1999).

CUADRO 1.2 PRODUCCION DEL SECTOR AZUCARERO EN LA ZAFRA 1997-1998*

Distribución de la producción de caña molida, azúcar, mieles finales, y furfural y exportaciones de azúcar en los tres consorcios de la industria, durante el periodo de la zafra de diciembre 1997 a junio 1998

CONSORCIO	CAÑA MOLIDA (TM)	AZUCAR (TM crudas)	EXPORTACION (TM)	MELAZA (Galones Americanos)	FURFURAL (Producción)
CEA	1,573,999	139,520	72,697	14,535,948	No produce
CENTRAL ROMANA	2,630,485	277,225	68,847	17,472,757	28,714
GRUPO VICINI	702,294	62,949	2,310	6,744,610	No Produce
TOTAL	**4,204,484**	**416,745**	**141,544**	**32,008,705**	**28714.0**

NOTA: *La última zafra del CEA tuvo lugar durante el período 1998-1999. Pero, la zafra de ese año fue afectada por el Huracán Georges y los datos no son comparables con años anteriores.

FUENTE: INAZUCAR. *Así Va la Zafra.* Santo Domingo, Julio de 1998.

1.1.3.2 Causas de la crisis

1) Estrechamiento del mercado externo

A la baja productividad de los ingenios del CEA, se sumó a inicios de los ochenta, el estrechamiento del mercado internacional del azúcar y de la oferta extranjera de mano de obra. Los Estados Unidos de América anunciaron que para el año 1990 finalizaría su programa de compras preferenciales de caña de azúcar. En el ámbito internacional, la implementación de nuevas técnicas para extraer azúcar a partir del jarabe de maíz incidieron en la disminución de la demanda y la depreciación del valor de las exportaciones de azúcar de caña. En el orden interno, durante el período 1985-1988, la escasez de mano de obra para el tiro y corte de la caña afectó la producción de azúcar (Alvarez 1990). Esta escasez, estuvo relacionada con la situación política haitiana a raíz de la caída de la dictadura duvalierista.

A pesar de su anuncio, el mercado preferencial norteamericano no cerró, aunque la cuota azucarera preferencial pasó de 460,996 toneladas métricas durante la zafra correspondiente al período 1989-1990 a 190,657 toneladas métricas para el período 1998-1999. Internamente, 45 por ciento de la cuota se asignó al CEA, 45 por ciento al Central Romana y 10 por ciento al Grupo Vicini. A pesar de la reducción a un 41 por ciento de la cuota vigente la década anterior, en el año 2000, la RD obtuvo la mayor cuota del mercado internacional, correspondiente a 185,346 toneladas métricas. El segundo país, Brasil, obtuvo una cuota de 152,700 TM, seguido de las Filipinas, con 142,169 toneladas métricas (INAZUCAR 2000). Esto implica, que la cuota asignada a República Dominicana es la más elevada en el mercado internacional, razón por la

cual aporta beneficios adicionales a las compañías azucareras a través del mercadeo del dulce; atractivo que no pasa inadvertido al sector privado, nacional e internacional, interesado en asociarse a la empresa estatal del azúcar

2) Agotamiento del modelo económico y surgimiento de la economía de servicios

La política nacional azucarera se definió en los años 1984-1986, a partir de los acuerdos con el FMI. En 1984, los acuerdos del gobierno de Salvador Jorge Blanco con el Fondo Monetario internacional (FMI) sentaron la base político-legal para la integración de la República Dominicana al mercado mundial por la vía de zonas francas de exportación y turismo, ambos fundamentados en servicios y fuerza de trabajo barata. La política económica de la industria azucarera, al menos la estatal, se orientó a la transformación del uso y tenencia de la tierra. La disminución de las áreas de siembra fueron iniciadas con la finalidad de traspasar tierras a empresas de capital privado que orientarían la producción a rublos de exportación no tradicionales.

En el ámbito interno, el cambio de política obedeció al agotamiento del modelo de industrialización basado en la sustitución de importaciones. Miguel Ceara (1984) explica como más allá de la política de ajuste con el FMI, se produjo una transformación del modelo económico de sustitución de importaciones. Este último, sólo llegó a alcanzar el nivel de desarrollo de una industria básicamente de ensamblaje altamente protegida.

El modelo de sustitución de importaciones había penalizado al sector agrario de exportación de productos tradicionales—azúcar, cacao, café y tabaco— a través de la política cambiaria. Se lograba transferir valor creado en el agro a las importaciones de materia prima para la industria (Tejada Yangüela 1984; Vedovato 1986; Vargas-Lundius; 1991). La imposibilidad de cambios significativos en la estructura agraria incrementó el éxodo rural, pasando el porcentaje de la población que reside en áreas urbanas de un 23.8 por ciento en 1950 a un 52.0 por ciento en 1981 (Censos Nacionales de 1950 y 1981). Desde una óptica continental, la República Dominicana registró el mayor incremento relativo de urbanización para el período 1950-1980 en toda la América Latina (Lozano y Duarte 1992).

En abril de 1984, la crisis social explotó en los centros urbanos en respuesta a ajustes frente a la crisis económica generada por la deuda externa a partir de mediados de la década de los setenta. El incremento de los precios del petróleo en 1973 y un importante aumento al inicio de la década de los ochenta, fue acompañado por el rechazo de los bancos internacionales de cubrir las deudas con nuevos préstamos (Banco Interamericano de Desarrollo 1990). La tasa de inflación saltó vertiginosamente de un 7.7 por ciento en 1983 a un 38.1 por ciento en 1984 (Banco Central 1985). El alza súbita de los precios de alimentos de primera necesidad, particularmente el aceite importado, encendió la chispa de la protesta popular. El estallido social terminó con cientos de muertos y heridos graves.

Las transformaciones del viejo modelo de sustitución de importaciones se iniciaron de forma paulatina y no por decreto. La reordenación de la economía hacia la exportación durante la década de los ochenta se hizo principalmente a través de las zonas francas industriales. Durante el período de diez años de 1975 a 1985 fueron construidos cinco nuevos parques industriales,

pero en el corto período de 1985 a 1990 se construyeron 17 nuevos parques y el número de empresas instaladas creció de 136 a 331, aumentando el aporte en divisas de 54.6 millones a 214 millones de dólares (Martínez Manzueta 1994).

El Cuadro 1.3 presenta las proporciones de la mano de obra ocupada en las principales ramas durante el período 1960-1999. A partir de los años ochenta, los sectores de servicios, restaurantes, hoteles y el comercio desplazaron a los sectores de la industria y la agricultura como principales captadores de mano de obra. La agricultura presenta el más violento desplazamiento. Mientras en 1960 el 61 por ciento de la población que trabaja se ubica en la agricultura, en el transcurso de 20 años la población ocupada en esta rama disminuye a cerca de la mitad (34.5 por ciento), en 1991 ocupa el 25.3 por ciento y en 1999 el 17.5 por ciento. La rama industrial (manufactura, construcción, minería y electricidad) se mantiene estancada durante la década de los sesenta y los setenta, absorbiendo un 11 por ciento de la población ocupada. Pero, aumenta a un 30.3 por ciento en 1980 debido a la política de penalización de la agricultura en favor de la industria. El agotamiento del modelo se manifiesta en la disminución al 16.9 por ciento en 1991, manteniéndose a un bajo nivel durante la década de los noventa (17.5 por ciento). La contraparte de ésta disminución es el aumento en las ramas de servicios, la cual crece de 17.9 por ciento a 37.9 por ciento durante el período de 1970-1991. El comercio y la rama ligada al turismo (hoteles y restaurantes) pasan de 6.4 por ciento en 1970 a 26.7 por ciento en 1999.

CUADRO 1.3 PORCENTAJE DE LA POBLACION QUE TRABAJA SEGUN RAMA DE ACTIVIDAD DURANTE EL PERIODO 1960-1999

ACTIVIDADES ECONOMICAS	1960 %	1970 %	1980 %	1991 %	1999 %
Agropecuarias	60.6	45.3	34.5	25.3	17.5
Industriales*	11.4	10.9	30.3	16.9	25.4
Comercio/restaurantes/hoteles	6.7	6.4	15.8	19.9	26.7
Servicios	18.1	17.9	28.4	37.9	30.4
No especificado	3.2	19.5	1.0	0.0	0.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

NOTA: *Incluye manufactura, construcción, minería y electricidad.

FUENTE: Censos Nacionales de 1960 y 1970; Nelson Ramírez. La Fuerza de Trabajo en la RD. IEPD-PROFAMILIA, 1993; y Boletín del Banco Central, 1999.

3) Causa estructural

En el orden interno, el manejo de un emporio económico por el estado, contradice la forma institucional que le corresponde jugar en el conjunto de la sociedad. El poder político no puede organizar la producción económica de acuerdo a criterios políticos y a la vez asumir su función de proteger y sancionar el conjunto de normas y relaciones sociales que conforman la sociedad.

Claus Ofee y Volker Ronge (1982, 249-259) definieron cuatro elementos para describir la forma institucional del poder político: (1) el carácter *privado* de la propiedad, el cual determina que las decisiones sobre el uso de capital y trabajo sean producto de la libertad privada y no del poder político. De aquí la prohibición de que el estado capitalista asuma la organización de la producción; (2) la dependencia del poder político del volumen de acumulación privada, a través de la recaudación de impuestos; (3) la necesidad de los políticos de que se produzcan todas las condiciones necesarias para un crecimiento económico "sano," del cual depende el poder estatal y el cual se ve imposibilitado de organizar; y (4) el acceso al poder a través del voto electoral. Estos elementos definen el rol del estado de garantizar el valor de intercambio de todos los actores individuales de la sociedad, lo que significa, el interés común de todas las clases en sus relaciones de intercambio.

Cuando todos los actores en la sociedad no pueden intercambiar el valor de sus servicios o productos en el mercado, de forma que satisfagan sus expectativas, no siempre estas bajan y se aceptan las opciones posibilitadas por el mercado. Surgen otras opciones como la emigración, la delincuencia y la revuelta política. Para evitar las revueltas y la delincuencia, el estado utiliza alimentos y subsidios o garantiza una forma de subsistencia que proviene de fuentes diferentes a la venta de valor (trabajo y capitales) en el mercado. Pero, el costo de mantener una fuerza de trabajo obsoleta, resulta elevado y en vez de aumentar, disminuye los recursos del estado, intensificando de esta manera una crisis fiscal. Por esta razón, Ofee y Ronge (1982) plantean que la opción dominante que de forma más exclusiva utilizan los estados capitalistas para solucionar el problema de actores obsoletos en el mercado, es el de crear las condiciones en que los valores puedan funcionar como mercancías.

La tesis que aquí se plantea, es la de que el CEA, al igual que las demás empresas estatales formadas después de la caída de Trujillo, han servido como fuente de subsidio para mantener artificialmente el empleo de trabajadores que no pueden vender su mano de obra en el mercado. El resultado es el fracaso económico de las empresas, dado que la racionalidad de la empresa capitalista no funciona cuando intereses ajenos a mejorar la productividad y eficientizar la organización del trabajo asumen la dirección de la industria. Es decir que, el traspaso de valor fuera del ámbito de producción de las empresas estatales, no responde necesariamente a los intereses particulares de los administradores, ni obedece completamente a partidos en el poder por complacer a su clientela electoral. El motivo responde más bien al esfuerzo del estado por mantener el equilibrio social del sistema, subsidiando por otros medios, a la población que no puede intercambiar su valor en el mercado. Su propósito final es el de evitar los efectos desestabilizadores de delincuencia y revuelta social que pueden causar en toda la sociedad los desempleados o grupos muy insatisfechos por el precio de intercambio que reciben por su trabajo o sus productos.

4) Corrupción política

La racionalidad económica de los ingenios basada en la acumulación de capital durante el régimen de Trujillo, fue sustituida a partir de 1961 por otra racionalidad que buscaba por una parte mantener el equilibrio de las clases sociales del sistema, y por otra, pagar con empleos, tierras y concesiones el favor de la militancia política de los partidos en el poder. Al clientelismo político se añadió la corrupción administrativa a través de la apropiación de bienes en beneficio

personal, de familiares y amigos. La corrupción política se convierte de esta manera en otra de las causas de crisis en el CEA. Estas actividades, por su naturaleza, no pueden ser justificadas según las normas establecidas por el mismo estado que las ejecuta. Pero, en países sin sistema de seguridad social, con niveles altos de desempleo, y con dirigentes políticos que dependen para su acceso al poder del voto popular, no es de extrañar que las empresas estatales además de financiar la mano de obra obsoleta, se conviertan también en fuente de financiamiento de los partidos que controlan la administración de la cosa pública y en fuente de movilización social de los políticos que manejan los dineros del estado. Las empresas son administradas de forma tal, que se mantienen ocultos los mecanismos a través de los cuales se transfiere valor y se disminuye el patrimonio estatal, facilitándose así la apropiación fraudulenta de bienes de parte de administradores y empleados. Esta ausencia de transparencia contradice los principios democráticos en que se sustenta el poder y convierte a los gobiernos en blanco fácil de los partidos de oposición.

El peso de la corrupción política en la crisis del CEA fue especial objeto de denuncia del anterior presidente de la República, Dr. Leonel Fernández, al iniciar su período de gobierno. En su discurso sobre el CEA (1996), Fernández señala que "la corrupción ha arropado a casi todas las instancias del CEA y ha estado presente en casi todas las administraciones" y describe los mecanismos usados para desviar los recursos de la empresa a intereses particulares. Primero, a través del pago de comisiones, las cuales llegaron a alcanzar el 40 por ciento del valor de las ordenes de compra; segundo, a través del arrendamiento y venta de terrenos; tercero, en las compras simuladas de piezas y repuestos; cuarto, en las compras de insumos y fertilizantes; quinto, en el proceso de comercialización de los azúcares y mieles; y sexto en las importaciones del CEA.[1]

El resultado de la corrupción fue valorizado. Fernández informó al país que durante el período 1991-1996, el CEA perdió el 44 por ciento de sus propiedades. De cerca de 5 millones de tareas de tierra que inicialmente poseía, en 1996 solamente tenía 2 millones 800 mil tareas. De 12 ingenios, dos habían sido cerrados. Según Fernández, la corrupción no sólo afectó los bienes del Estado, pero también a los trabajadores de la industria. Mensualmente se les descontaba dinero para pensiones y servicios de salud que no eran pagados al Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS). En 1996, El CEA adeudaba al IDSS 250 millones de pesos; argumento utilizado por el IDSS para no pagar sus pensiones y proporcionar los servicios de salud requeridos por los empleados del CEA. Mientras tanto, las administraciones del CEA se apropiaron de cerca de 85 millones de pesos que tenía en fondo el plan de retiro de los trabajadores (Fernández Reyna, 1996).

Las denuncias se concretizaron el día 30 de abril del año 1997 con la promulgación de la Ley General de Reforma de la Empresa Pública No. 141-97, la cual incluye al CEA, junto a las empresas de CORDE, la CDE y la Corporación de Fomento Industrial Hotelera. En uno de sus considerandos, la ley enuncia "que para asegurar un manejo apropiado de las empresas públicas se requiere introducir en ellas importantes reformas internas, incluyendo una decisiva

[1] El ex mandatario citó ejemplos para ilustrar sus alegatos. En 1974, durante el gobierno de Balaguer, mientras el precio en el mercado internacional del azúcar llegó hasta US$60.00 el quintal, las autoridades del CEA lo vendieron a menos de US$15.00, impidiendo que el país recibiera más de 600 millones de dólares. De igual manera, durante el gobierno del PRD en 1981, el azúcar se vendió a US$16.20 el quintal, pudiéndose haber vendido a US$46.00.

participación privada en su patrimonio y gestión." El párrafo I del artículo 13 establece que la capitalización se realizará por un aumento de capital, mediante aportes nuevos provenientes de inversionistas privados, nacionales y/o extranjeros. El número de acciones suscritas mediante los nuevos aportes de capital, no puede "exceder el 50 por ciento del total de acciones efectivamente pagadas por las sociedades objeto de capitalización."

La promulgación de la Ley de Reforma de la Empresa Pública se realiza un año después que el Partido de la Liberación Dominicana ascendiera al poder. La organización interna de este partido--de cuadros políticos y no de masas--le facilitó el proceso de reformar las empresas públicas. La demanda de bienes de sus cuadros podía ser satisfecha a través de empleos públicos y otros tipos de programas en que directamente se transfería dinero a seguidores y opositores desestabilizadores del régimen, como es el caso del Programa de Empleo Mínimo Eventual (PEME) y el de Acción Barrial (PRODABA). Ambos programas se financiaron de la cuenta especial 140, de excedentes presupuestarios del Fondo General de la Nación. El expediente contra el director y los ex funcionarios que manejaron estos programas, los acusa de un fraude de 1,458,460,660.63 pesos (Rumbo, 11 de Diciembre, 2000). Esta vez, el ex mandatario Fernández justificó el programa ante la nación dominicana, con la ya conocida frase de *se pega o se paga.*

1.1.4 PROCESO DE CAPITALIZACIÓN DEL CEA

1.1.4.1 Compañías arrendatarias

El organismo ejecutor del proceso de capitalización de los ingenios del CEA es la Comisión de Reforma de la Empresa Pública (CREP). La capitalización consiste en asociarse a empresas del sector privado con capacidad para aportar una suma de dinero igual o mayor al valor de la empresa que se intenta capitalizar, con el objetivo de formar una compañía nueva, con capital duplicado, en el que el Estado será dueño de un 50 por ciento y el socio privado de otro 50 por ciento. Luego de escogido el socio, la Ley General de Reforma de la Empresa Pública establece el traspaso de la administración de la nueva sociedad capitalizada, de acuerdo a estatutos elaborados por la CREP. Los recursos aportados por el socio privado, deben ser invertidos exclusivamente en la rehabilitación y desarrollo de la nueva empresa (CREP 1998).

Durante la primera mitad del mes de diciembre de 1999 fueron arrendados los 10 ingenios del CEA. El Consorcio *Conazúcar*, formado por inversionistas mexicanos, contrató cinco ingenios (Río Haina, Consuelo, Ozama, Boca Chica, y Quisqueya) por 6,395,700 dólares anuales. Los ingenios Porvenir y Santa Fe fueron traspasados a la empresa Central Azucarera del Este, la cual tiene como mayor accionista al Consorcio Pringamosa, por 2,350,599 dólares anuales. El ingenio de Barahona fue arrendado al Consorcio Agroindustrial Dominicano Franco-Americano (CDFA) por 1,305,000 dólares anuales y los ingenios de Amistad y Montellano al consorcio Cañabrava Agroindustrial por 450,000 dólares anuales (USDA 1999; El Siglo, 6 de Diciembre, 1999). El mapa presentado anteriormente ubica las nuevas compañías por ingenio,con datos de INAZUCAR.

El Cuadro 1.4 presenta la producción de caña molida, azúcar cruda y exportada por las compañías privadas y los nuevos socios del CEA durante la zafra 1999-2000. Las nuevas compañías lograron producir 1,594,385 toneladas métricas de caña molida, con la excepción del

Consorcio Pringamosa, que se abstuvo de producir. Esta cantidad está por encima de las 1,573,999 toneladas métricas producidas durante la zafra 1997-1998, la última no afectada por el Huracán Georges. Sin embargo, la producción de azúcar disminuyó, con una diferencia de 36,177 toneladas cortas[2]. Pero, se espera que la capitalización y administración privada de los ingenios del CEA mejore sustancialmente la eficiencia y modernización de la industria. Los datos de esta primera zafra pueden considerarse atípicos de la producción futura, dado que durante el período muerto de siembra, limpieza y mantenimiento de la caña, los campos estuvieron más bien abandonados.

CUADRO 1.4 PRODUCCION DE AZUCAR DESPUES DE LA CAPITALIZACION DEL CEA, Y CUOTA DE EXPORTACION EN EL MERCADO PREFERENCIAL NORTEAMERICANO, ZAFRA 1999-2000

Distribución de los consorcios según producción de azúcar al 30 de Septiembre, 2000

CONSORCIO	CAÑA MOLIDA	AZÚCAR		CUOTA DE EXPORTACIÓN DE AZÚCAR	
	(TM)	(Ton cortas)	%	(TM)	%
Ingenios privados					
Central Romana	2,817,264	313,550	58.2	80,625.5	43.5
Grupo Vicini	826,474	70,815	13.1	17,607.9	9.5
Ingenios CEA	**1,594,385**	**154,454**	**28.7**	**87,112.6**	**47.0**
Conazúcar	915,317	83,814	15.6	49,302.0	26.6
Azucarero del Este	328,692	35,000	6.5	14,086.3	7.6
Azucarero Central	223,878	15,432	2.9	11,306.1	6.1
Caña Brava	126,498	20,208	3.8	6,857.8	3.7
Pringamosa		0	0.0	5,560.4	3.0
Total	**5,238,123**	**538,819**	**100.0**	**185,346.0**	**100.0**

FUENTE: INAZUCAR, Boletín Estadístico, Septiembre 2000.

NOTA. Una tonelada corta equivale a 2,000 libras y una tonelada métrica 2,204.6 libras.

La cuota preferencial en el mercado de los Estados Unidos, es uno de los atributos que tiene la industria estatal para atraer capital privado, como se presenta en el Cuadro 1.4. La cuota de exportación en el mercado preferencial favorece a los ingenios del CEA bajo la administración de los socios privados. Mientras los tradicionales ingenios del Central Romana y el Grupo Vicini tienen asignados el 53 por ciento de la cuota de 185,346 toneladas métricas, los nuevos consorcios tienen una cuota mayor en relación con su producción. En conjunto, los ingenios capitalizados del CEA sólo produjeron el 28.7 por ciento del azúcar y se beneficiaron con el 47 por ciento de la cuota de exportación del dulce.

[2] La diferencia se encuentra después de transformar a libras las toneladas cortas y métricas. Una tonelada corta equivale a 2,000 libras y una tonelada métrica 2,204.6 libras.

1.1.4.2 Efecto en los bateyes

El proceso de capitalización de los ingenios, no previó la transferencia de los servicios sociales que el CEA administraba a los bateyes a las nuevas compañías. El Director del CEA, Manuel Báez, afirmó ante los medios televisivos que los socios del Estado no tienen porqué hacer labor social, porque ellos son capitalistas. Báez recordó que durante el tiempo muerto, el CEA mantenía cerca del 80 por ciento del personal cobrando, para que no murieran de hambre. Aunque también ofreció el dato de que el 83 por ciento de la población económicamente activa (PEA) de los bateyes no tiene vínculos con los ingenios y se dedican a otras actividades. Señaló, como indicador del empobrecimiento de la población, que la Iglesia Católica le había solicitado la donación de ataúdes porque pobladores usaban las tablas y las puertas de sus viviendas para enterrar a sus muertos (Hoy 21 de diciembre, 2000).

Durante el período de recolección de datos de esta encuesta, la población encuestada desconocía las intenciones de la CREP con respecto a las viviendas y servicios que ofrecía el CEA. La falta de comunicación a la población de los bateyes marcó el proceso de capitalización y aumentó la angustia e incertidumbre de la población, particularmente en las familias que ocupaban viviendas que estaban siendo medidas sin que ellos conocieran los fines de esta actividad. Posteriormente, pobladores de bateyes pertenecientes al Ingenio Montellano han denunciado en los periódicos el rechazo a la oferta de 30 a 40 mil pesos para que desalojen sus viviendas y construyan otra en solares donados de 200 metros. Los ocupantes consideran que el uso de las viviendas durante décadas les da el derecho de posesión (Listín Diario, 1 de diciembre, 1999). Un año después de la encuesta, el CEA todavía no había contactado a los ocupantes de terrenos del CEA en la zona rural para fines de compra de terrenos ocupados. Pero, el Director del Departamento Inmobiliario del CEA, José Fortuna Quiñones, declaró que dentro del anuncio del Presidente Hipólito Mejía de aportar 200 mil soluciones habitacionales anuales, el CEA aportará 50 mil dentro de los bateyes, "al titular a quienes están ocupando y han decidido pagar el valor de las tierras que detecta (Listín Diario, 30 de diciembre, 2000).

El retraso del CEA en el pago de las prestaciones laborales de los empleados constituyó otro elemento de angustia y empobrecimiento. En el Capítulo 3 de este estudio se presentan datos sobre las deudas pendientes del CEA con los trabajadores al momento de la encuesta.

1.2 ANOTACIONES CONCEPTUALES E HISTORICAS SOBRE LA POBLACION DE LOS BATEYES

1.2.1 DEFINICION ETIMOLOGICA DEL BATEY

La palabra *batey* tiene un origen taíno. El término se refiere al juego de pelota aborigen así como al espacio físico, que usualmente estaba ubicado en las cercanías de las poblaciones indígenas y era utilizado para actividades sociales y ceremoniales (Moya Pons 1974; Cassá 1974; Báez Evertsz 1986). La extensión del término fuera del ámbito cultural taíno es posible que se iniciara durante el período Colonial, como resultado del uso de fuerza de trabajo indígena, junto a la africana, en los primeros trapiches de producción azucarera de la primera mitad del Siglo XVI (Moya Pons 1974).

La evolución histórica define al batey de finales del Siglo XIX como organización y como espacio físico y social, sin ninguna similitud a los bateyes taínos precolombinos. El término también se ha generalizado para incluir comunidades que aportan fuerza de trabajo a otras plantaciones diferentes a la azucarera, como es el caso de las comunidades de la Región Noroeste que laboran en las plantaciones bananeras del Estado. En el presente, la palabra *batey* ha sido asimilada por La Real Academia Española de la Lengua, definiéndola como inclusiva del complejo industrial azucarero y la totalidad de sus viviendas (Báez Evertsz 1986).

Los bateyes se clasifican en *centrales* y *agrícolas* El batey central de cada ingenio es el núcleo de la cadena agroindustrial, donde se muele y procesa la caña. Este tiene características urbanas y en muchos casos, como es el de la ciudad de la Romana y el sector de Haina en la ciudad de Santo Domingo, se transforma y evoluciona con independencia de las actividades de la industria azucarera. Los bateyes agrícolas forman una red alrededor del batey central, y sirven de asentamiento a la fuerza laboral del sector agrícola del complejo agroindustrial.
Es difícil demarcar los límites de un batey central del resto de la población donde se ubica el asentamiento cañero. Más que marcar límites, la CREP inició a finales del año 1999 un censo de sus viviendas. En esos momentos, la CREP carecía de información suficiente para demarcar los límites de bateyes centrales localizados en zonas urbanas.[3]

1.2.2 DEFINICION SOCIOLOGICA DEL BATEY

Conceptualmente, un ingenio y sus bateyes constituyen una plantación. Eric Wolf y Sydney Mintz (1975, 498) definen la plantación como una propiedad agrícola operada por propietarios dirigentes, un capital abundante, una fuerza de trabajo supeditada y organizada para aprovisionar un mercado de gran escala, con el objetivo de fomentar la acumulación de capital sin ninguna relación con las necesidades de estatus de los dueños. Las condiciones necesarias para el surgimiento de la plantación, asociada en el Caribe al desarrollo de la agroindustria azucarera, son sintetizadas por los autores en cinco factores: (1) *tecnología* adecuada para la producción de un excedente; (2) *estratificación de clases* en la cual los trabajadores consideren su remuneración "sobre la base de normas culturales antecedentes y no en función de otras que todavía no conocen;" (3) producción para un *mercado*; (4) *acumulación de capital* o posibilidades de la misma; y (5) un sistema *político-legal* que pueda favorecer el funcionamiento de la plantación. Todas estas condiciones se presentan en el complejo agroindustrial de la caña de azúcar.

No es este el lugar para una exposición histórica ampliamente documentada sobre la configuración de las plantaciones azucareras y los debates que ésta ha suscitado en torno a su articulación o desvinculación del resto de la economía y sociedad dominicana (Melvin Knight 1939; Báez Evertsz 1978; Lozano 1976; Cassá 1982). Se trata más bien de afirmar que las condiciones descritas por Wolf y Mintz convergieron en el país a finales del Siglo XIX y principios del Siglo XX en territorio dominicano. Los ingenios rudimentarios, movidos por tracción animal, fueron sustituidos por máquinas movidas a vapor. Las transnacionales azucareras aportaron tecnología, mercado y capital, pero necesitaron la intervención del poder político para lograr un cambio del sistema político-legal del régimen de propiedad de la tierra y la migración de trabajadores extranjeros para el corte de la caña.

[3] La autora realizó una muestra de bateyes rurales para la CREP durante los meses de noviembre-diciembre de 1998 y fue consultada sobre el censo de viviendas.

1.2.3 ORIGEN DE LA INMIGRACION HAITIANA A LOS BATEYES DOMINICANOS

La industria azucarera no es la causa fundamental de la inmigración haitiana al territorio dominicano. El autor haitiano Jean Price Mars (1953) explica el origen de la emigración en términos demográficos, independientemente de los intereses del sector azucarero. Para el autor, la población haitiana que en tiempos de la independencia era de 500 a 600 mil personas, llegó a los 3 millones un siglo y medio después, dentro de la misma área de 27,000 Km. cuadrados. A este fenómeno, el autor suma la erosión y creciente disminución de la productividad de la tierra, encareciendo los medios de subsistencia. De aquí, que la explosión demográfica "explica la obstinación de nuestros compatriotas en franquear, a cualquier precio, la frontera haitiano, dominicana, sea por vía legal o clandestina y aún después de la matanza de 1937"(1953, 525). Así, el dinero pagado por Trujillo en indemnización por la matanza haitiana, sirvió para crear tres centros de colonias agrícolas "destinadas a retener a los campesinos de la región limítrofe sobre el suelo haitiano" pero "los campesinos, insatisfechos, desertaron de las colonias agrícolas, y--cosa extraordinariamente extraña--, comenzaron a emigrar nuevamente a la República Dominicana, y en forma clandestina"(1953, 515).

En su tratado sobre Trujillo y Haití, Bernardo Vega (1988, 21-22) describe como en 1920, el primer censo nacional enumera 28,258 haitianos como residentes permanentes, equivalentes a un 3 por ciento de la población. El 71 por ciento de los haitianos se concentraban en las provincias fronterizas y además en el Cibao Central, no en la zona azucarera del Este. Por esta razón, el autor concluye, que la matanza del 1937 se inició y concentró en la zona de Montecristi y el Cibao, no en el Sureste, donde se localizan la mayoría de las plantaciones azucareras.

Bernardo Vega (1988, 20) cita a Hostos[4] como fuente de la presencia extranjera en el corte de la caña en 1844. Entre los 6,000 trabajadores de la industria azucarera, solamente 500 cortadores eran extranjeros—antillanos de lengua inglesa conocidos como "cocolos," puertorriqueños y haitianos. Es decir, que el corte de la caña fue realizado casi exclusivamente por trabajadores nacionales dominicanos. De 1874 a 1882 se crean más de treinta ingenios con una fuerte demanda de mano de obra.. Vega (1988, 19) señala como los dueños de ingenios, en su casi totalidad norteamericanos, optaron por la mano de obra haitiana por su menor costo; aunque los primeros braceros haitianos legalmente autorizados a entrar al país aparecen registrados en 1919, durante la ocupación norteamericana. Ya para 1930, la inmigración angloparlante había cesado, y aunque muchos haitianos regresaban a su país después de la zafra, otros se quedaban, particularmente del 1920 al 1924, ya que beneficiaba a los norteamericanos dueños de ingenios en Santo Domingo y reducía el desempleo en Haití, donde la industria azucarera se desarrolló poco.

Báez Evertsz (1986, 45), en su estudio sobre los braceros haitianos, señala el origen de la emigración haitiana en la desestructuración de la economía campesina haitiana durante la intervención Americana de 1915-1934. Ante la reacción campesina armada de 1911-15, 1918-20 y 1929, y dado que otros países del Caribe como Cuba y Dominicana también estaban bajo el control de los Estados Unidos y experimentaban una expansión de la industria azucarera y de escasez de mano de obra, las autoridades norteamericanas emprendieron una "vigorosa política

[4] "Falsa Alarma Crisis Agrícola," en, Rodríguez Demorizi, *Hostos en Santo Domingo*, 1939, p160.

de reclutamiento para la emigración." Como resultado, en República Dominicana se importó masivamente mano de obra haitiana para el corte de la caña.

La depresión mundial de los años treinta repercutió en el Caribe, deprimiendo aún más la economía haitiana, pero también cerrando las puertas a la masiva emigración hacia las plantaciones azucareras de Cuba y República Dominicana, debido a la aguda crisis de la industria. Cuba cerró las puertas a la emigración haitiana y expulsó aproximadamente 70, 000 migrantes laborales haitianos, contribuyendo de esta manera a la expulsión de trabajadores haitianos a la República Dominicana (Báez Evertsz, 1986). Este hecho influyó, junto al antihaitianismo de Trujillo y los intelectuales dominicanos que lo promovieron, aunque de ninguna manera justifica, la matanza de ciudadanos haitianos en territorio dominicano durante el régimen Trujillista en 1937.[5]

De 1942 a 1952 los braceros haitianos para la industria cañera entraron al país de forma clandestina. Posteriormente, fueron firmados tres acuerdos entre ambos gobiernos, aprobados por el Congreso Dominicano, por un período de cinco años cada uno. Estos fueron firmados el 5 de Enero de 1952, el 24 de diciembre de 1959 y el 14 de noviembre de 1971. El primer acuerdo estipulaba que los jornaleros agrícolas que habían entrado antes de 1952 debían de ser repatriados. La reglamentación acordada entre ambos gobiernos durante el período 1952-1971 anexaba un contrato individual entre cada bracero y la empresa contratante. En opinión de Ramón Antonio Veras (1983) los acuerdos posteriores que se realizaron entre el Gobierno de Haití y el CEA, eran ilegales, debido a que el CEA carecía de facultad para este tipo de negociación, con el gravamen, de que los contratos individuales fueron suspendidos y el gobierno haitiano recibió 1,225,000 dólares por la entrega de 15,000 braceros en 1978; 2,761,740 pesos por la entrega de 16,000 braceros en 1979; y se estima en 2,900,000 dólares la cantidad entregada por 16,000 braceros en 1981 (Veras 1983, 49-64).[6]

Bernardo Vega (1988, 413-414) describe como entre 1962 y 1984 los ingenios estatales fueron responsables de implementar un acuerdo entre los dos gobiernos para cubrir la inmigración temporal, parte de los cuales pasarían luego a trabajar en los ingenios privados. Pero, el sistema de fianzas, que garantiza el retorno del bracero al finalizar la zafra, dejó de exigirse desde los años cincuenta. Para el año 1988, el grueso de la inmigración clandestina era tal, que los braceros entraban en forma ilegal, al rehusar el gobierno haitiano firmar un nuevo acuerdo.

[5] En su extensa obra sobre Trujillo y Haití, Bernardo Vega (1988) documenta todas las fuentes y concluye que la matanza de haitianos se inició el 28 de septiembre de 1937 al sur de Dajabón. El asesinato con machetes y palos de la población haitiana duró cerca de 12 días y afectó la frontera, la línea noroeste, y el Cibao, incluyendo La Vega, Bonao, Samaná y Puerto Plata. No fueron afectados los residentes en la capital, San Juan, San Cristóbal ni los ingenios azucareros. No existe un registro del número de haitianos que fueron asesinados por los militares de Trujillo. Jean Price Mars, a pesar de reconocer que "resulta imposible determinar con exactitud a qué número se elevó la cantidad de personas muertas, ya que ninguna investigación oficial lo ha fijado," cita cálculos sin ofrecer fuentes que oscilan entre 12,000 a 25,000 personas. El autor acepta como válido la cantidad de 12,136 muertos y 2,419 heridos, pero no ofrecer ningún criterio ni fuente que justifique su selección (1953, 513). Bernardo Vega señala que con excepción de Prestol Castillo y Quentin Reynolds, todas las fuentes sobre la matanza haitiana fueron escritas entre nueve y 46 años después del hecho. El autor ofrece 54 estimaciones diferentes que han sido publicadas sobre el número de haitianos asesinados en 1937. Las estimaciones van desde "varios cientos" mencionados en los reportes de la Legación Norteamericana en Santo Domingo, hasta la cifra de 35 mil, citada por Lil Despradel en 1974. Según pasan los años, la cifra aumenta. En 1937, la cifra más elevada fue de 12,168 muertos, en la década de los cuarenta se citan entre 5,000 y 25,000; en los sesenta, entre 3,000 y 20,000; en los setenta, entre 10,000 y 35,000; y en los ochenta, el mínimo es de 12,000 y el promedio de 20,000 personas (1988, 384-387).

[6] La fuente citada ofrece el dato en pesos para el año 1979.

Militares haitianos y dominicanos, así como "buscones" civiles, se encargaban del reclutamiento y el tráfico ilegal.

En la actualidad, el empeoramiento de las condiciones políticas y económicas en Haití durante la década de los noventa y el auge de la construcción en la RD han aumentado la inmigración ilegal de nacionales haitianos. Durante la zafra pasada 1999-2000, la decisión del gobierno de no importar braceros haitianos, fue acompañada de las declaraciones del Secretario de Trabajo en el sentido de que "la mejor forma de lograr que se incorporen al corte y tiro de la caña, tanto los extranjeros como los nacionales, es, sencillamente, jugando con el mercado de trabajo, es decir, con la ley de la oferta y la demanda." Para atraer a los trabajadores, el Secretario de Trabajo recomendó mejorar las condiciones en los campos de caña y ofrecer salarios más atractivos (Listín Diario, 18 de Enero, 2000).

Esta política se pronuncia en momentos en que el CEA desaparece como administrador de los 10 ingenios estatales y la presión internacional porque se regularice la situación de los ilegales aumenta (OEA 1999). A finales de 1999, la OEA estimó entre 500 a 700 mil el número de haitianos en el país, de los cuales sólo el 5 por ciento posee documentos de identidad. La OEA recomendó al gobierno dominicano tomar medidas para regularizar la situación de los indocumentados," mediante la entrega de cédulas de trabajo y de residencia; y a legalizar la situación de sus hijos, en los casos que proceda de acuerdo con el principio *jus soli* conforme al artículo 11 de la Constitución." Otro informe de la ONU consideró que el manejo inadecuado de los emigrantes perjudica no sólo a los emigrantes, pero también a los trabajadores nacionales y afirmó que la causa de los bajos salarios no es la migración, sino la desprotección de los migrantes, que son contratados en condiciones de desventaja (Listín Diario, 17 de noviembre, 1999).

La ausencia de una real política sobre el uso de mano de obra haitiana y su reglamentación por el gobierno dominicano se manifestó en el pronunciamiento contradictorio de los funcionarios del gobierno de Fernández Reyna a finales del año 1999. El ex Secretario de Obras Públicas, Diandino Peña, reaccionó ante repatriaciones de indocumentados declarando que la mano de obra haitiana "resulta imprescindible" para la industria de la construcción y crucial para la agilización y terminación de las obras del Estado, en las que se concentra más del 60 por ciento de obreros de nacionalidad haitiana. El ex mandatario Fernández Reyna contestó al Secretario de obras Públicas, citando el Código de Trabajo, en su artículo 135, el cual establece en un 20 por ciento el máximo de mano de obra extranjera que legalmente puede ser empleada por una empresa (Listín Diario 7 de noviembre, 1999).

1.2.4 EXPLICACION DEL PROCESO MIGRATORIO Y SUS EFECTOS EN LA SOCIEDAD DOMINICANA

La contratación de mano de obra ilegal y su inserción en mercados segmentados a precios por debajo de lo que el valor socialmente necesario para producir una mercancía determina, levanta muchos interrogantes. Tanto desde la óptica del polo expulsor como del polo receptor, es necesario hacer las preguntas claves si se quiere encontrar solución en el Siglo XX1 al problema de la importación de braceros en condiciones infrahumanas iniciado en el Siglo XIX. ¿Cómo se explica la importación de mano de obra en una sociedad con niveles altos de pobreza, empleo y

subempleo como es la RD? ¿Porqué el obrero haitiano acepta condiciones de vida que han sido categorizadas como indignas de la condición humana? ¿De que manera afecta la importación de fuerza laboral extranjera a la clase obrera dominicana y a la sociedad en su conjunto?

El proceso migratorio haitiano fue estudiado por Báez Evertz desde una óptica de conjunto de los dos países. El proceso migratorio lo explica el autor por la existencia de una "sobrepoblación relativa" en los campos haitianos y el proceso de "sobre-explotación laboral" de los inmigrantes en las plantaciones cañeras dominicanas, a través de la migración temporal, "y la regulación de la movilidad del inmigrante y obstaculización de su integración socio-política"(1986, 18). Otra explicación construye una tesis de la *esclavitud* del trabajo haitiano. La *esclavitud* ha sido sustentada por grupos de exiliados haitianos, intelectuales dominicanos y grupos internacionales de derechos humanos. Según esta tesis, los trabajadores haitianos son engañados sobre los salarios que recibirán en el corte, y una vez en territorio dominicano, son forzados a permanecer en los bateyes. La presencia de una guardia de seguridad en el CEA y la situación de indocumentación de los braceros que los mantiene en estado de exclusión de las leyes laborales, son elementos en que se fundamenta la tesis esclavista. Esta explicación implica la venta del trabajador, interpretada como tal por el pago que en el pasado recibiera el gobierno haitiano por el tráfico de braceros a los cañaverales dominicanos, o por el pago a nacionales haitianos o "buscones" que cruzan la frontera para traer haitianos clandestinamente al país que son contratados para el corte de la caña. Pero, la tesis esclavista, no puede explicar el poco control que el CEA ha podido ejercer para evitar que sus braceros sean contratados por el Grupo Vicini y el Central Romana, busquen trabajo fuera de los bateyes en otras actividades económicas, ni tampoco explica porqué, al finalizar la zafra, los "esclavos" evaden la repatriación para insertarse en otros mercados laborales del territorio dominicano.[7]

Otra explicación al proceso migratorio la constituye la supuesta teoría del rechazo tradicional del dominicano al corte de la caña. José del Castillo (1978) demostró que el trabajador dominicano se había integrado al corte de la caña, pero al bajar los salarios durante la década de los ochenta del Siglo XIX, abandonó esta actividad substituyéndola por la economía campesina. Las explicaciones sobre el "rechazo" de los dominicanos al corte de la caña se debilitan aún más cuando se estudia la actual sustitución de la mano de obra dominicana por inmigrantes haitianos en la recolección del café y del arroz, así como en los trabajos no calificados de la construcción. En estas ramas de la economía, en la medida que se desvalora la fuerza de trabajo, la población dominicana abandona la actividad y ésta es sustituida por fuerza laboral haitiana.

Es la opinión de la autora, que el desplazamiento migratorio de fuerza laboral haitiana obedece por una parte al desarrollo desigual de los dos países, que tiende a expulsar trabajadores desde Haití hacia RD; y desde la óptica del país receptor, por el proceso de valorización del trabajo, determinado por la globalización de la economía y la debilidad de las organizaciones de

[7] El Capítulo V del Reporte Anual de 1991 de la *Comisión Inter-Americana de Derechos Humanos* de la OEA analiza la situación de los haitianos en la RD aludiendo al rol represivo de la policía y los militares en el reclutamiento de los braceros y los abusos cometidos por el CEA. El informe se refiere al reporte de junio 11 de 1991 de *Americas Watch* ante el Congreso de los Estados Unidos sobre las violaciones a los derechos humanos de los braceros de la caña, llamando la atención particularmente a lo que consideró un "sistema de trabajo forzado" cuyas peores víctimas son niños que trabajan para el CEA. El entonces Presidente de la RD, Dr. Joaquín Balaguer respondió con el decreto 233-91, del día 13 de junio del mismo año, ordenando la repatriación de los extranjeros menores de 16 años y mayores de 60 años que habían entrado al territorio dominicano para trabajar en la industria azucarera, estatal y privada (OAS 1992).

trabajadores dominicanas para reclamar reivindicaciones salariales para ellos y para los emigrantes. Los cambios macroeconómicos de las últimas dos décadas han permitido a la mano de obra dominicana desplazarse hacia actividades económicas en que puede reproducirse en mejores condiciones que en las tradicionales labores agrícolas, incluyendo la opción migratoria ilegal hacia otros países. Al mismo tiempo, los inmigrantes haitianos se orientan hacia polos de actividades económicas que han perdido valor y atractivo para la población dominicana, pero que representan una alternativa para trabajadores haitianos en peores condiciones y con menos opciones de desarrollo en su país de origen. Los datos presentados en el Cuadro 3.1 avalan esta tesis. La fuerza de trabajo se desplaza del sector agrícola creando un déficit laboral en el agro, particularmente durante los períodos de demanda intensiva de mano de obra, como son la recolección y corte del café, arroz, algodón y otros rubros. Este déficit lo suplen los trabajadores haitianos.[8]

Este cambio sucede de forma paulatina. Una vez la fuerza laboral dominicana es escasa en una rama de producción, particularmente en los momentos de corte y recolección de diversos productos agrícolas, los inmigrantes haitianos son contratados por el sector empresarial, creando mercados laborales segmentados, reservados a trabajadores haitianos. Estos, no sólo trabajan por un salario inferior al requerido por los dominicanos, sino que aceptan condiciones laborales infrahumanas. Repetidamente en los medios de comunicación se hace alusión al hecho de que los emigrantes no demandan y no reciben electrificación, transporte a las fincas, viviendas o servicios en condiciones mínimas de seguridad y saneamiento.

La creación de un mercado segmentado basado en diferencias étnicas y en el carácter de ilegalidad de los nacionales haitianos, abarca dos ramas importantes de la economía dominicana, la construcción y la agricultura. La operación de este mercado, no puede realizarse sin tener un impacto en la clase obrera y el conjunto de la sociedad dominicana. De acuerdo a un estudio realizado en 1981 por el Secretariado Técnico de la Presidencia y ONAPLAN, las fincas de caña pagaban los salarios más bajos de todas las actividades agrícolas y normalmente no llegaba al salario mínimo legal para la agricultura. Esta diferencia salarial, contribuyó a la tendencia de la mano de obra extranjera, a partir de la década de los setenta, a insertarse en mercados diferentes a la caña; tendencia difícil de revertir debido a las denuncias internacionales de grupos de haitianos y organizaciones de defensa de derechos humanos sobre el carácter esclavista del trabajo en los bateyes. Pero, para poder continuar con el flujo de mano de obra barata en los bateyes, el gobierno dominicano ha auspiciado la inmigración ilegal y el arresto de haitianos en territorio dominicano fuera de los bateyes, no necesariamente para su deportación, sino para ser enviados a los ingenios. Es precisamente el uso de ésta fuerza extra-económica lo que ha fundamentado la posición de muchos grupos del carácter esclavista de los braceros de la industria azucarera.

La importación de trabajadores extranjeros ha incidido en la desvalorización del trabajo agrícola del campesinado dominicano. En la década de los setenta, el líder sindical, Julio de Peña Valdéz,

[8] Este desplazamiento ocurre no sólo dentro de la economía formal, sino también en el sector informal. Los vendedores ambulantes y los denominados motoconchistas, enmascaran el desempleo urbano. Estas actividades informales indican que aún en ausencia de empleos, la electrificación y la inversión en las ciudades, constituyen polos de atracción para la migración rural-urbana nacional, e incluso para la emigración clandestina haitiana. Esta última compite con los vendedores ambulantes y lanza a niños y jóvenes mujeres a mendigar a las calles de las principales ciudades y avenidas del país en competencia con los discapacitados y ancianos dominicanos.

en su historia del movimiento sindical dominicano (1978, 9) atribuyó la debilidad política y sindical de la clase obrera dominicana, a la importación de trabajadores emigrantes del Caribe y de Haití para la principal industria del país. Peña Valdéz estimaba que en 1920, residían 50,000 trabajadores emigrantes, de los cuales 28,000 eran haitianos; en 1977, el número de nacionales haitianos trabajando en diferentes rubros agrícolas se estimaba en 200,000 personas.[9]

Recientemente, la protesta de la Asociación de Trabajadores Agrícolas del Noroeste, a través de su vocero, Ramón Humberto Santana, desmiente la tesis de los empresarios y del mismo director general de Migración, General Trajano Moreta Cuevas, de que "los dominicanos no quieren trabajar en el campo y la construcción" por lo que las autoridades tienen que ser flexibles con los haitianos, pese a ser ilegales (Listín Diario, noviembre 1, 2000). Santana declaró que por el contrario, en la línea Noroeste hay personas desempleadas y pasando hambre que desean trabajar para subsistir, pero los grandes agricultores, ganaderos, hacendados y contratistas, prefieren a los haitianos "porque se someten más al régimen de trabajo que aplican en la mayoría de los casos en violación del Código Laboral, y las normas de la Organización del Trabajo (OIT). Los trabajadores dominicanos no aceptarían trabajar 10 horas por un jornal de 150 pesos, pero los haitianos lo aceptan, sin importar las condiciones que les impongan." En caso de que los dominicanos acepten el jornal, son descalificados con el argumento de que los ilegales de Haití "son más disciplinados y exigen menos." Como solución, el dirigente sindical, consideró necesario la aprobación del proyecto de Ley sobre Emigración que descansa en el senado de la República.

Si bien los intereses particulares de las empresas y del estado empresarial a través del CEA han favorecido la segmentación del mercado en el presente, el mantenimiento del estatus quo se hace cada vez más contradictorio. Los emigrantes en condiciones de pobreza desbordan el espacio del batey y arropan la zona rural y muchos barrios marginados de las ciudades. La discriminación ha perdido fuerza ideológica debido al carácter permanente y no temporal de los emigrantes (OAS 1992; OEA 1999). Esta situación no puede mantenerse ignorada en el seno de la sociedad dominicana actual, la cual está sumergida en profundos cambios, tendientes al mejoramiento de la calidad de vida.

Las medidas de reformas sometidas por el actual gobierno y aprobadas por el Congreso, determinan que a partir del 2001, los impuestos internos sustituirán en una proporción importante las recaudaciones fiscales que en todo el pasado de la República se obtenían de los aranceles aduanales. Pero, la legitimación de la nueva carga tributaria, con una larga historia de evasiones, requiere que el gobierno demuestre transparencia en el manejo del dinero y justifique la recaudación con un plan de inversión social llamado a erradicar la pobreza. La inversión social, conocido con el eslogan oficialista de *invertir en la gente*, y darle *un rostro humano* a las reformas, se traduce en invertir en salud, educación y vivienda para el año 2001. Este nuevo clima de crear un estado de seguridad social para todos, entra en contradicción con los intereses particulares que por más de un siglo se beneficiaron del tráfico de braceros y la contratación de fuerza laboral haitiana barata, desorganizada, y sin derechos legales.

[9] No existen datos precisos sobre el número de inmigrantes haitianos ni sobre su descendencia. El carácter clandestino de la inmigración haitiana determina la práctica del cambio de nombres y apellidos al castellano y de ocultar su origen nacional. En 1991, el entonces canciller Joaquín Ricardo, en carta a Edith Marquez Rodriguez, Secretaria Ejecutiva de la Comisión Inter-Americana de Derechos Humanos, estimó en más de un millón de personas, el número de haitianos en el territorio dominicano (OAS 1992).

La contradicción entre los intereses particulares de empresarios y el interés general de la sociedad dominicana en su conjunto se ha manifestado en foros internacionales a través de la solicitud del actual Presidente Hipólito Mejía, de que la comunidad internacional ayude al vecino país de Haití. En búsqueda de concretizar soluciones, el actual secretario de Relaciones Exteriores de la República Dominicana, Hugo Tolentino Dipp, alega que "la RD no puede con el peso social que significa esa migración, porque en la RD los servicios sociales apenas alcanzan para los dominicanos." Por esta razón, la Cancillería está preparando las propuestas de reformas a la Ley de Migración que se encuentra en el Congreso, debido a que ésta sólo contempla la inmigración de temporeros. Según el Canciller, los empleadores dominicanos deben asumir "el equilibrio social" y deben pensar que "ese inmigrante haitiano debería estar reglamentado e identificado y debe venir en función de cuotas específicas como existe en otras partes."(Hoy, 23 de Noviembre, 2000).[10] El "equilibrio social" hace alusión a la necesidad de redistribución de ingresos y aumento de la calidad de vida de la población en su conjunto, pero es preocupante que el Canciller no hiciera referencia a la necesidad de igualar condiciones de trabajo entre los obreros, independientemente de su nacionalidad.

El número de inmigrantes haitianos en República Dominicana fue estimado en 700 mil en el documento de la OEA (1999). Pero también en más de un millón por la cancillería dominicana, hace cerca de una década (OAS 1992). Su carácter permanente y no temporero demanda, al igual que la sociedad en su conjunto, derechos de seguridad social que no pueden ser ignorados dentro de un sistema de participación democrática, bajo el mito del tránsito de la inmigración haitiana. Se levanta así una nueva interrogante, ¿puede la RD insertarse en la economía globalizada integrando una masiva inmigración haitiana?

1.3 ESTIMACION DE LA POBLACION TOTAL DE LOS BATEYES

La estimación de la población total de los bateyes debe diferenciarse entre la población que permanece el año entero residiendo en el batey y la población temporera que se inserta durante aproximadamente seis meses del período de zafra. La población residente el año entero está conformada por personas que laboran en actividades agrícolas de siembra y mantenimiento de la caña y en diferentes actividades económicas que no dependen directamente de la industria azucarera. La estimación de la población de los bateyes no es precisa debido al subregistro de los censos nacionales, al subregistro del CEA de las familias de los braceros temporeros, y a la presencia de braceros que entran al territorio nacional de forma clandestina. El extenso estudio *El Batey* (Moya Pons et al., 1986) ofrece información sobre la población de los bateyes, después de realizar un rastreo de los datos censales de 1981 y sólo poder localizar 172 bateyes de un listado de 223 bateyes proporcionados por el CEA. El Censo de 1981 en los 172 bateyes del CEA reporta un total de 72,582 personas residentes en los 12 ingenios del CEA durante el período de zafra. El 32.2 por ciento corresponde a 17,667 nacionales haitianos censados.[11]

---

[10] La ausencia de regulación de los inmigrantes no es exclusiva de los nacionales haitianos. El Canciller Hugo Tolentino Dipp admitió que la Secretaría de Relaciones Exteriores, Migración y la Oficina Nacional de Estadísticas carecen de datos confiables sobre el número de extranjeros residentes en el país. Admitió que se ha registrado un incremento de ciudadanos provenientes de España, Alemania, Italia, China, Cuba y los demás países latinoamericanos. Se desconoce el objetivo de su presencia y se sospecha de la ilegalidad de muchos en el país (Hoy, 23 de noviembre, 2000).

[11] Excluye a los *arellanos*(hijos de haitianos y dominicanos) y los *am bas fils*. Estos últimos cruzan la frontera ilegalmente sin ampararse en contratos de trabajos.

Los investigadores estiman que el 44 por ciento llegaron al país antes de 1966 y que en los bateyes del CEA la población de nacionalidad dominicana, por nacimiento, es mayoritaria. Pero, proyectaban en ese entonces, que dado el ritmo de la inmigración haitiana, que aumenta significativamente en 1978, la situación se invertiría demográficamente en menos de una década. Los bateyes del CEA pasarían a ser demográficamente haitianos, en sus palabras "territorio y lugar de vida y trabajo de los nacionales haitianos."

Es obvio que en el presente esta proyección no se ha cumplido y la población de los bateyes se define por su derecho a la nacionalidad dominicana, no haitiana. Los investigadores de *El Batey* no previeron en 1986 que el inmigrante haitiano no está sobredeterminado por las necesidades de la industria azucarera. Como se presentará en este estudio, los bateyes se han transformado en comunidades diversificadas con una población permanente inserta en diferentes mercados laborales en adición a las tareas agrícolas propias de la plantación cañera.

En 1992, Nelson Ramírez también encontró dificultad para construir el marco muestral a partir de los datos censales de 1981 para la realización de un estudio sobre planificación familiar en todos los bateyes, incluyendo los privados. El autor detectó contradicciones, omisiones y duplicaciones, en listados de diferentes fuentes y estimó el número total de bateyes entre 350 y 400, correspondiendo las dos terceras partes a ingenios del CEA. El estudio arrojó un estimado de 24,052 hogares y una población de 140 mil personas..

El estudio de la CREP (Pineda y Ramos 1999) estimó en 220 los bateyes en los 10 ingenios del CEA con un total de 43,154 hogares residentes durante el período muerto y un estimado de 200,000 personas.

La estimación de la CREP se basó en resultados de entrevistas estructuradas a tres informantes claves en cada batey, las cuales fueron revisadas por la autora. Estas estimaciones tuvieron la limitante de que los tres informantes de cada batey no eran siempre consistentes. Los sesgos de este procedimiento determinaron que en la elaboración del marco muestral para este estudio, se optara por utilizar los datos del mapa de la pobreza de ONAPLAN (Morillo 1997) basados en datos censales de 1993 y en complementarlos con datos de la CREP, cuando los bateyes no se encontraban registrados en el Censo de 1993. Siguiendo este procedimiento se localizaron 230 bateyes y 30,865 hogares. El Cuadro 1.5 presenta el número de bateyes por ingenio, y en el caso del Ingenio Haina, por sus tres divisiones.

CUADRO 1.5 NUMERO DE BATEYES SEGUN INGENIO

Ingenios	No. de Bateyes
Amistad	5
Montellano	14
Consuelo	26
Santa Fe	20
Quisqueya	16
Porvenir	19
Haina, Enriquillo	34
Haina, Duquesa	13
Haina, Guanuma	19
Ozama	19
Boca Chica	25
Barahona	20
TOTAL	**230**

FUENTE: Marco muestral de la encuesta de este estudio, ver Anexo B.

La población total puede estimarse a partir de los resultados de la encuesta, con las limitaciones de los errores del censo de 1993 y la limitante de que la encuesta no fue diseñada para estimación de totales. El tamaño promedio de personas en hogares con niños y niñas menores de cinco años es de 5.3 (Capítulo 2), por lo que se estima la población total de los bateyes agrícolas del CEA durante el período muerto en aproximadamente 164,199 personas.[12]

1.4 ASPECTOS METODOLOGICOS

1.4.1 POBLACION META

La población meta de la encuesta son los hogares durante el período muerto donde residen niños y niñas menores de cinco años de edad. La encuesta es representativa de la población permanente materno-infantil en el conjunto de los bateyes agrícolas de los 10 ingenios azucareros del CEA.

Debido a la dinámica migratoria cíclica que impone la industria azucarera durante el período de zafra, la definición de la población permanente incluye a miembros de la familia que en los seis meses previos a la encuesta se encontraban trabajando o estudiando en otros lugares, pero que conservaban vínculos familiares estrechos con los miembros del hogar, así como la intención de regresar al mismo una vez finalizada la actividad económica o de estudios.

1.4.2 MOMENTO DE LA ENCUESTA

El período de prueba de instrumentos, capacitación, y recolección de datos, tuvo lugar durante los meses de noviembre y diciembre de 1999. En ese momento, el CEA estaba en el proceso de capitalización. Por primera vez en su historia, las actividades agrícolas previas a la zafra azucarera estaban paralizadas. Los campos de caña se reducían a retoños escuálidos de la zafra anterior. La caña, disminuida, reflejaba el ánimo de los pobladores. Este desaliento no aparece en los datos de la encuesta, que no buscó medir estados psicológicos ni tampoco niveles de sufrimiento.

1.4.3 CUESTIONARIO

La recolección de la información se realizó a través de un cuestionario que se presenta en al Anexo A. Este se divide en un cuestionario de hogar (Sección A.1, A.2, A.3 y A.4) y un cuestionario individual dirigido a las madres de niños menores de cinco años. La sección sobre embarazo y planificación familiar fue aplicada a las madres biológicas en edad reproductiva, y las demás secciones a todas las madres. El cuestionario contiene información sobre niñas y niños nacidos entre diciembre de 1994 y la fecha de la entrevista. De 856 hogares entrevistados fueron aceptados 844 cuestionarios.

Los temas tratados en el cuestionario se presentan en el Cuadro 1.6. A través de las madres, biológicas o de crianza, la encuesta recoge información de salud sobre los niños y niñas menores de cinco años y sobre conocimientos, creencias actitudes y prácticas de salud de las madres.

[12] Se utiliza el número promedio sin redondear de 5.3199052.

Además, la encuesta colecta datos demográficos y económicos de los miembros del hogar y de las condiciones de la vivienda y los servicios del hábitat.

CUADRO 1.6 TEMAS Y PRINCIPALES VARIABLES INVESTIGADAS

CUESTIONARIO DE HOGAR

Variables sociodemográficas	**Variables económicas**
• Parentesco • Residencia habitual • Sexo • Edad • Orfandad • Nivel de escolaridad • Asistencia escolar pública y privada • Problemas de sobreedad y deserción escolar • Nivel de conocimiento del creole • País y lugar de nacimiento • País del acta de nacimiento • Migración • Autodefinición de nacionalidad	• Ocupación y desocupación durante el período muerto • Ramas de actividad económica • Ocupación por sectores seleccionados • Empleo en la última zafra e ingresos • Ultimo ingreso mensual por trabajo principal de la población ocupada • Ingreso en el hogar en el período muerto • Ingresos anuales adicionales al trabajo principal fuentes de éstos • Deuda del CEA con los trabajadores • Bienes de consumo duradero en el hogar • Condiciones de la vivienda
Efectos del Huracán Georges y programa de alimentos	**Riesgo a contraer enfermedades**
• Hogares participantes en programas de alimentos e instituciones ejecutoras • Consumo de alimentos • Hogares que buscaron refugio, tipos y tiempo de permanencia • Daños causados por el huracán • Seguridad alimentaria • Comparación de hogares participantes y no participantes en el programa	• Riesgos asociados al hábitat • Riesgos asociados a las viviendas del CEA en comparación a otros tipos de viviendas • Acceso a servicios de salud • Actitudes y prácticas de la madre que dificultan el acceso a servicios de salud • Tratamiento del agua de beber • Prueba de sal yodada

CUESTIONARIO INDIVIDUAL SOBRE LA MADRE Y MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD

• Características sociodemográficas de la madre • Características de las viviendas con jefatura femenina • Lugar de nacimiento y nacionalidad de las madres • Cuido de menores de madres que trabajan • Anticoncepción • Preferencias de fecundidad • Asistencia prenatal y al parto • Embarazo y lactancia	• Vacunación y salud infantil • Prevalencia de diarrea e infecciones agudas respiratorias • Peso y talla de niños y niñas menores de cinco años • Prueba del nivel de concentración de hemoglobina en la sangre de menores de 12-59 meses y en las madres • Ingesta de vitamina A en niños y niñas de 6-59 meses de edad e ingesta de hierro durante el último embarazo de la madre • Prevención del VIH/SIDA

Como puede observarse en la descripción de las variables del Cuadro 1.6, además de la entrevista, durante la encuesta se realizaron dos tipos de mediciones antropométricas, de peso y talla, en niños y niñas menores de cinco años, con el objetivo de determinar la desnutrición por deficiencia proteico-calórica; se recogieron muestras de sangre de las madres y los niños y niñas de 12-59 meses de edad, para determinar desnutrición por deficiencia de hierro; y se realizó la prueba de yodación en la sal.

1.4.4 ORGANIZACION Y REALIZACION DEL ESTUDIO

Las actividades para desarrollar este estudio se iniciaron a mediados de octubre de 1999, con la elaboración de la muestra multietápica por la autora y la construcción del cuestionario. Una vez seleccionadas las comunidades incluidas en la primera etapa de selección de la muestra, dos personas del equipo de Reconstrucción del USAID, Robert Kolesar y María Esther Fernández, iniciaron durante el mes de noviembre el listado de las madres con niños y niñas menores de cinco años en las comunidades seleccionadas, a través de la colaboración de diversas instituciones que trabajan en los bateyes. El voluntariado de la Cruz Roja Dominicana aportó la mayor proporción de listados, dada su presencia en estas comunidades como implementador del programa de alimentos de emergencia de la PL-480 donados por la USAID. La construcción de los listados finalizó durante la primera semana de diciembre. Las madres fueron seleccionadas de manera aleatoria de los listados, los cuales incluían nombre y dirección del padre, la madre y el número de menores de cinco años en cada hogar.

De manera paralela, el cuestionario fue probado durante la segunda y tercera semana del mes de noviembre; actividad en que participaron las dos supervisoras de la encuesta, Josefina Espinal y María Segura y la entrevistadora Daisy Rosado, junto a la autora. Se realizaron tres pruebas del cuestionario en diferentes bateyes que no fueron seleccionados en la muestra y se seleccionó una proporción mayor de madres haitianas para quienes la entrevista pudiese resultar más larga y penosa. Durante la prueba, pudo determinarse que no era necesario incluir intérpretes, dado que en los casos excepcionales que la madre no entendía el castellano, esta podía buscar a una amiga de confianza o un familiar que le tradujese. Adicionalmente, la experiencia sirvió para omitir y/o simplificar algunas preguntas debido a la dificultad de muchas madres para recordar los datos.

Durante la última semana de noviembre se realizó el entrenamiento del personal de campo, por un período de ocho días. La recolección de los datos fue realizada del 30 de noviembre al 22 de diciembre del año 1999 por dos equipos de entrevistadoras y dos equipos de personal de salud. Estas últimas estuvieron encargadas de las mediciones antropométricas y de tomar las muestras de sangre para determinar la concentración de hemoglobina.

El procesamiento electrónico de los datos se realizó a partir de la tercera semana de diciembre, después que los cuestionarios fueron criticados y codificados en la oficina. Se desarrolló un proceso de doble digitación y análisis de consistencia de los datos que no terminó hasta finales del mes de marzo. Gisela Quiterio estuvo encargada del procesamiento electrónico de los datos bajo la dirección de la autora.

El reporte y análisis de los datos de este estudio fue interrumpido debido a que desde principios de diciembre se inició de forma paralela la evaluación del programa de alimentos de emergencia

en comunidades afectadas por el Huracán Georges. La autora inició el análisis y redacción de este reporte en el mes de abril y fue finalizado en la primera semana del mes de julio. Para fines de publicación, de mediados de Octubre a finales de Diciembre del año 2000, el estudio fue revisado y sus datos comparados con otras fuentes de encuestas nacionales, particularmente la ENDESA de 1996, la ENDESA inédita de 1999 y la Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares realizada por el Banco Central, de octubre de 1997 a septiembre de 1998.

1.4.5 PRECISIÓN DE LOS RESULTADOS: CONTROL DE ERRORES NO MUESTRALES

Por tratarse de una encuesta por muestreo y no de un censo, los resultados están afectados por dos tipos de errores: el error del muestreo y los errores que no son muestrales. Estos últimos son aquellos que se introducen durante el proceso de recolección de la información y durante el procesamiento de los datos. El error de muestreo puede ser medido, no así los errores que no son de muestreo. Para minimizar los errores no muestrales se tomaron medidas de control en los procesos siguientes:

1.4.5.1 Capacitación del personal de campo

Se capacitaron entrevistadores/as profesionales en la aplicación de encuestas y se elaboró un manual de capacitación con instrucciones para cada pregunta del cuestionario y cada procedimiento a seguir. El curso de capacitación duró ocho días para las entrevistadoras, incluyendo dos días de práctica en bateyes no seleccionados en la muestra. El entrenamiento estuvo a cargo de la autora y las dos supervisoras que habían participado en la prueba del instrumento y tenían vasta experiencia en este tipo de estudio, incluyendo ENDESAs previas.

Las antropometristas fueron entrenadas por la Dra. Claudia Bautista, directora regional del primer censo nacional en escolares de primer grado de primaria (1993) y las dos supervisoras del estudio, con experiencia previa en mediciones antropométricas como supervisoras en encuestas demográficas y de salud. El entrenamiento práctico se realizó con niños y niñas menores de cinco años de edad, en el consultorio de salud del sector de Herrera de Santo Domingo, y siguiendo procedimientos convencionales de estandarización. Se formaron dos equipos de antropometría, conformados cada uno por la persona encargada y una ayudante. Ambas antropometristas son enfermeras con vasta experiencia en mediciones de este tipo, una en el IDAN y la otra en el Hospital de Pediatría de Los Minas.

La prueba del HemoCue para medir la concentración de hemoglobina en la sangre fue realizada por las dos enfermeras antropometristas, asistidas por dos ayudantes entrenadas. El entrenamiento fue realizado por la analista de laboratorio de la Clínica Abel González, Dra. Jacqueline Dicló, con experiencia en este tipo de instrumento. La calibración del fotómetro de medición se verificó diariamente en cada comunidad, previo al uso del equipo.

1.4.5.2 Recolección de la información

El trabajo de campo se organizó con una supervisión estricta. Se constituyeron dos equipos formados cada uno por 8 personas: una supervisora, cuatro entrevistadoras, una antropometrista, una ayudante y un chofer. Ambos equipos trabajaron juntos en la zona Sureste,

iniciando el trabajo el 30 de noviembre, y luego se desplazaron uno al Suroeste y el otro al Norte del Cibao. La recolección de datos finalizó el día 22 de diciembre de 1999.

1.4.5.3 Crítica, entrada de datos y tabulación

A los tres días de haberse iniciado la recolección de datos se inició el proceso de crítica y codificación en la oficina. Durante la primera semana se realizaban reuniones diarias con las supervisoras para detectar problemas encontrados en el campo, retroalimentar sobre el resultado de las entrevistas y lograr mayor estandarización de los procedimientos de campo. A las dos semanas se inició el proceso de digitación. Se utilizó el programa EPI-INFO para la entrada de datos usando un proceso de doble digitación por diferentes digitadores. De esta manera, la comparación de ambas bases de datos, permite reducir al mínimo los errores de digitación. Los resultados fueron sometidos a un proceso de crítica y análisis de consistencia para mejorar la calidad de los datos.

1.4.6 CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

1.4.6.1 Marco muestral

En la construcción del marco muestral se utilizó la información por comunidades del mapa de la pobreza de ONAPLAN (Morillo 1977) y los datos de la auditoria social de los bateyes del CEA, recogidos por la CREP (1999). El estudio de ONAPLAN usó como fuente los datos del Censo Nacional de Población y Viviendas 1993. Una comparación de los datos censales con los proporcionados por la auditoría de la CREP, reveló inconsistencias. Se procedió a completar el listado censal añadiendo el número de bateyes excluidos del listado de la CREP. El marco muestral se presenta en el Anexo B. Este contiene el número de viviendas, barracones y hogares en cada batey, ordenados por ingenio según provincia y municipio.

1.4.6.2 Diseño de la muestra

La muestra es probabilística en dos etapas, a través de la selección en la primera etapa de pares de unidades primarias de muestreo (UPM) o conglomerados, recomendado cuando los conglomerados no son necesariamente del mismo tamaño (Kish, p.223). Este diseño, facilita la selección estratificada en varias etapas del muestreo, utilizando un procedimiento de probabilidad de selección proporcional al tamaño (PPS) para seleccionar elementos con la misma fracción de muestreo, y con un número fijo b de elementos de cada conglomerado. Los estratos o zonas no representan dominios de estudio y tienen en el diseño una función estadística. La muestra es pues, autoponderada y representativa de todos los bateyes del CEA.

El procedimiento seguido fue el de ordenar primero todos los bateyes por ingenio, provincia y municipio (Ver Anexo B). Cada batey fue subdividido en unidades primarias de muestreo (UPM) de aproximadamente 100 hogares. Luego se procedió a conformar estratos para seleccionar dos pares de conglomerados (UPM) en cada estrato. El número total de hogares según las dos fuentes utilizadas es de N=30,865 hogares. Se deseaba una muestra de n=858 hogares y submuestras pequeñas de b=11 hogares de cada conglomerado. Las pequeñas

submuestras garantizan un número elevado de conglomerados, y permiten una muestra más representativa de la población, reduciendo así el error muestral y el efecto del diseño.

Cada hogar recibió la misma probabilidad de ser seleccionado, siguiendo dos etapas de selección. Previo a este procedimiento, el número de hogares de cada batey fue multiplicado por el mismo factor de reducción 0.45, dado que no se esperaba encontrar madres con niños menores de cinco años en todos los hogares. Esto significa, que la medida del tamaño del universo de hogares con niños menores de cinco años se redujo a 13,889 hogares en el diseño de la muestra. La igual probabilidad de selección de los elementos se denota por el empleo de la misma fracción de muestreo f=858/13,889=1/16.187=0.061778 en la selección de los hogares de la muestra. Si se agrega la segunda condición de que de cada UPM se seleccione un número fijo de elementos, b=11, se deduce que las unidades de la primera etapa se deben seleccionar con probabilidad proporcional a los tamaños $N\alpha$ de las UPM. Esto es, $(N\alpha/Fb) \cdot (b/N\alpha) = 1/F = f$. En la segunda etapa, para lograr una fracción fija de selección f=1/F y una fracción variable $b/N\alpha$, las unidades primarias son seleccionadas con la probabilidad $N\alpha/F$, proporcional a los tamaños $N\alpha$.

El número de conglomerados a en que se subdivide el universo de hogares N, se definió por la fórmula a=n/b =858/11=78 conglomerados. Esto determina la creación de 39 estratos o zonas de selección. El tamaño de las zonas se define por la fórmula 2Fb. En el que F es el inverso de la fracción del muestreo f. De aquí se calculó el tamaño de cada estrato o zona, dado que f=858/13,889=1/16.187, cada zona tiene un tamaño aproximado de 356 hogares =(16.187)(2)(11). De cada zona se seleccionaron dos conglomerados, utilizando el intervalo de selección = N/a=13,889/78=178.06.

La selección final de las 11 madres por conglomerado en la muestra se realizó de manera sistemática a partir del conteo realizado por diversas instituciones de los hogares con niños menores de cinco años en los bateyes seleccionados con el procedimiento descrito. No fue posible actualizar la cartografía del censo de 1993, debido a la necesidad de reducir costos y tiempo. La creación de los listados fue una alternativa viable gracias a la gran participación de organizaciones no gubernamentales que ofrecieron su apoyo para realizar los listados en el terreno. Estos listado permitieron la selección de los hogares desde la oficina y no en el campo.

1.4.7 PRECISIÓN DE LOS RESULTADOS: MEDICION DE ERRORES MUESTRALES

Como el diseño con probabilidad de selección proporcional al tamaño le da a cada elemento (hogar) la misma probabilidad de selección y tiene un tamaño de la muestra fija, la media de la muestra (o proporción porcentual) es un estimador sin sesgo de la media de la población (Kish 1996). Esto no significa que se puedan obviar los errores debido a estimaciones basadas en muestras y no en un censo. Por razones de tiempo no se han calculado los intervalos de confianza de las diferentes proporciones estimadas en el estudio, pero, en su lugar se presentan pruebas de hipótesis cuando se relacionan dos variables. Las pruebas de significación estadística son necesarias porque permiten determinar si las conclusiones basadas en observaciones muestrales pueden ser inferidas a la población de donde la muestra fue seleccionada.

Para datos nominales en forma de tablas con variables cruzadas, la pregunta básica que este estudio responde es, ¿cuál es la probabilidad que la relación observada en datos muestrales pueda ser obtenida de una población en que no se observe relación entre las dos variables? Solamente si existe una pequeña probabilidad ($p<.05$, equivalente a menos de 1 chance en 20) de que se observe la relación en la muestra cuando no existe relación en la población, se realizan inferencias de los datos muestrales a la población.

Debido a que casi todas las variables se presentan en forma de proporciones, la distribución muestral utilizada en las pruebas estadísticas para evaluar hipótesis sobre la población, proviene de distribuciones de Chi Cuadrado, con un nivel de probabilidad para rechazar las hipótesis nulas (de no diferencia) de $p<.05$. En vez de reportar directamente el Coeficiente del Chi cuadrado (χ^2) se reporta el Coeficiente Cramer's V. Esto así, porque el valor del coeficiente (χ^2) es muy sensible al tamaño de la muestra. El valor de Cramer's V se obtiene extrayendo la raíz cuadrada de (χ^2) y dividiéndola por el doble del tamaño de la muestra. Este procedimiento estandariza el valor del coeficiente, el cual, en tablas 2x2 es semejante al coeficiente Phi, equivalente al coeficiente de correlación. Los diferentes niveles de significación estadística se presentan de manera convencional en forma de asteriscos agregados a los coeficientes de asociación. Los niveles reportados en el estudio son de *$p<.05$, **$p<.01$, *** $p<.001$, y ****$p<.0001$.

Cuando las variables medidas son continuas, se utilizan post hoc comparaciones para pruebas de hipótesis de diferencias entre las medias de subpoblaciones, utilizando un análisis de varianza (ANOVA). En estos casos las variables independientes corresponden al tratamiento, dado que los datos no surgen de situaciones experimentales. La estadística de la prueba es la F, formada por la razón de dos estimaciones de medias cuadradas de la varianza en las subpoblaciones.

CUADRO 1.7 VALORES DEL ERROR ESTANDAR Y DE LOS LIMITES DE CONFIANZA PARA DIFERENTES PROPORCIONES

Valores calculados para una muestra de 844 entrevistas con un nivel de confianza del 95 %

Proporción	Error Estándar	Coeficiente de Variación relativa	Límites de Confianza	
(p)	(Sp)	(Sp/p)	Inferior	Superior
0.95	0.015	0.015	0.92	0.98
0.90	0.020	0.022	0.86	0.94
0.80	0.027	0.033	0.75	0.85
0.70	0.031	0.044	0.64	0.76
0.60	0.033	0.054	0.54	0.66
0.50	0.033	0.067	0.43	0.57
0.40	0.033	0.082	0.34	0.46
0.30	0.031	0.102	0.24	0.36
0.20	0.027	0.133	0.15	0.25
0.10	0.020	0.200	0.06	0.14
0.05	0.015	0.290	0.02	0.08

Por otra parte, debido al número elevado de variables incluidas en el estudio y a limitaciones de tiempo, no se calcularon los intervalos de confianza de las estimaciones en variables de interés. Pero, el Cuadro 1.7 ofrece una idea de los errores de muestreo con la muestra de 844 madres según las proporciones encontradas. Estos errores disminuyen para la población de niños y niñas menores de cinco años (1,287), y para la población de miembros del hogar (4,490 personas); y aumentan en subpoblaciones donde el tamaño de la muestra es menor.

1.4.8 COBERTURA DE LA ENCUESTA

Las entrevistas se realizaron en un total de 78 conglomerados, del conjunto de 393 conglomerados en que fue subdividida la población. Los 78 conglomerados pertenecen a 70 bateyes de los 230 que fueron ubicados en el marco muestral. El Cuadro B.2 del Anexo B presenta un listado de los bateyes incluidos en la muestra, por ingenio, provincia y municipio. De 858 hogares esperados, se realizaron 844 entrevistas, con una cobertura del 98.4 por ciento.

CAPITULO 2

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION PERMANENTE

2.1 CARACTERISTICAS GENERALES

2.1.1 POBLACION DE REFERENCIA

La población de referencia de este estudio se define por dos parámetros. Primero, representa el total de hogares donde residen niños o niñas menores de cinco años de edad de los bateyes agrícolas de los 10 Ingenios del CEA. Segundo, se limita a la población permanente, la cual reside en los bateyes de manera permanente y de forma independiente de la población de inmigrantes que anualmente llega durante el período de la zafra azucarera. Esto significa que las características generales de la población serían diferentes si la muestra hubiera sido seleccionada del total de hogares o durante el período de zafra. Por lo tanto, los datos de esta encuesta no tienen la misma población de referencia--universo de hogares, con y sin niños menores de cinco años--de los datos poblacionales de los censos nacionales ni tampoco de la encuesta de hogar en las Encuestas Demográficas y de Salud de 1996 y 1999 (ENDESA-RD). Pero, los datos de la ENDESA fueron recogidos con dos instrumentos diferentes, una encuesta de hogar y otra encuesta dirigida a la madre y sus niños y niñas menores de cinco años. Esta última encuesta es comparable con los datos aquí recogidos que serán presentados en los próximos capítulos.

En cada uno de los hogares incluidos en la muestra, se aplicó un cuestionario de hogar—Anexo B—para recoger datos sociodemográficos y económicos de cada uno de los miembros. Debido al ciclo migratorio de aproximadamente seis meses que impone el cultivo de la caña de azúcar, la definición convencional de residencia de facto no fue utilizada. La población de hogares de madres con niños y niñas menores de cinco años y residentes en el batey de manera permanente, incluye a miembros del hogar que en el momento de la encuesta se encontraban ausentes por un período de seis meses o menos, pero, cuyos hijos o hijas menores de cinco años permanecían en el hogar junto a su madre o atendidos por una sustituta. Adicionalmente, se recoge información sobre el tiempo y el motivo de la ausencia.

La madre biológica o de crianza es la informante principal durante toda la entrevista. Pero, en la sección de hogar del cuestionario, las entrevistas se hicieron directamente a cada miembro presente al momento de la encuesta.

2.1.2 POBLACION DE LOS HOGARES POR EDAD Y SEXO

La composición de los hogares de la población permanente--que permanecen en los bateyes después de la zafra-- se presenta en el Cuadro 2.1, por edad y sexo. En los 844 hogares incluidos en la muestra, la población total es de 4,490 personas, de las cuales, el 49.4 por ciento es de sexo masculino y el 50.6 por ciento de sexo femenino.

El 28.7 por ciento de la población tiene menos de cinco años y el 54.5 por ciento menos de 15 años de edad. De la población femenina total, 41.6 por ciento constituye la población en edad fértil de 15 a 49 años. Incluyendo ambos sexos, este grupo de mujeres representan el 21.4 por ciento del total de la población estudiada. Los grupos en edad reproductiva y activa de 15 a 64 años constituyen el 43.9 por ciento de la población, y las personas de 65 y más años el 1.6 por ciento.

Como era de esperarse, la proporción de niños y niñas menores de 5 y de 15 años de edad es mayor que en la población nacional, la cual representa todos los hogares, incluyendo los que no tienen niños o niñas menores de cinco años. En 1996 (ENDESA-RD, Cuadro 2.1) solamente el 12.8 por ciento de la población nacional tenía menos de cinco años y 36.7 por ciento menos de 15 años.

2.1.3 TIEMPO DE RESIDENCIA EN EL HOGAR

El Cuadro 2.2 presenta datos sobre el período de residencia de los miembros del hogar durante los seis meses previos a la encuesta. El 97.5 por ciento de los miembros de hogares con niños y niñas menores de cinco años reside todo el año en el hogar. El 1.9 por ciento ha estado ausente menos de un mes, de los cuales, el 1.3 por ciento trabaja o estudia fuera y regresa semanalmente al hogar. Solamente 0.6 por ciento reside fuera del hogar por razones de trabajo, de uno a seis meses.

Según grupo de edad, los miembros menores de 19 años son los más estables. El 99.6 por ciento reside el año entero, en contraste no marcado con el 94.4 por ciento del grupo de 19 y más años. La gran estabilidad de esta población es inesperada, pero se explica por varios factores. Primero, el posible aumento de las emigraciones de familias enteras de cortadores de caña hacia otras comunidades; debido a la incertidumbre creada por el proceso de capitalización. Segundo, el incremento de las repatriaciones durante los meses de noviembre y diciembre de 1999, las cuales coincidieron con el período de recolección de datos.

CUADRO 2.1 COMPOSICION DE LA POBLACION

Distribución porcentual de la población por grupos quinquenales de edad, según sexo

	GENERO		TOTAL EDAD	
	HOMBRE	MUJER	%	Personas
Edad en años				
0-4	29.4	27.9	28.7	1,287
5-9	16.2	15.9	16.0	720
10-14	10.0	9.6	9.8	440
15-19	6.5	8.4	7.4	334
20-24	6.1	9.9	8.0	359
25-29	6.9	8.8	7.8	351
30-34	6.1	6.2	6.1	275
35-39	5.5	4.4	5.0	223
40-44	4.2	2.7	3.4	154
45-49	2.3	2.1	2.2	99
50-54	2.2	1.3	1.7	78
55-59	0.9	1.0	0.9	42
60-64	1.6	0.8	1.2	54
65-69	0.7	0.3	0.5	23
70-74	0.6	0.4	0.5	24
75+	0.9	0.4	0.6	27
TOTAL	100.0	100.0	100.0	
% del Total	**49.4**	**50.6**	**100.0**	
Personas	2,218	2,272		4,490

CUADRO 2.2 TIEMPO DE RESIDENCIA EN EL HOGAR, DURANTE LOS ULTIMOS 6 MESES ANTES DE LA ENCUESTA, SEGUN GRUPOS DE EDAD

	Residencia permanente	Meses fuera del hogar < 1 mes	Meses fuera del hogar 1 a 6 meses	Total Grupos Edad %	Total Grupos Edad Personas
Edad en años					
0-4	99.8	0.1	0.1	100.0	1,287
5-9	100.0	0.0	0.0	100.0	720
10-18	98.9	1.0	0.1	100.0	709
19-24	94.1	3.8	2.1	100.0	422
25-44	94.1	4.7	1.2	100.0	1,003
45-+	95.7	3.8	0.6	100.1	346
% del Total	**97.5**	**1.9**	**0.6**	**100.1**	**4,487**

NOTA: 3 casos sin información fueron excluidos

2.1.4 COMPOSICION DEL HOGAR

La composición del hogar se presenta en el Cuadro 2.3 según el género de la persona jefa, y otras características del hogar. Según los resultados de la encuesta, el 15.0 por ciento de los hogares con niños y niñas menores de cinco años tiene jefatura femenina. Por definición, esta es una población donde predominan las parejas jóvenes, por lo que se espera, que la proporción de hogares con jefatura femenina sea menor que la de la población en su conjunto, con un ciclo de vida más extenso y mayores probabilidades de que la mujer sea jefa del hogar debido a viudez, divorcio o separación. En 1996, 19.8 por ciento de todos los hogares a nivel rural del territorio nacional tenían jefatura femenina (ENDESA-RD, Cuadro 2.2).

El tamaño promedio de los hogares es de 5.3 personas por hogar, superior al tamaño promedio nacional y también rural de 4.3 personas por hogar (ENDESA-RD, 1996, Cuadro 2.2). Los hogares unipersonales por definición del universo están excluidos. Los hogares de una madre con su hijo o hija constituyen el 2.4 por ciento del total de los hogares; 58.5 por ciento está conformado por hogares de tres a cinco personas; y 31.9 por ciento por hogares de más de cinco personas.

La estructura familiar presenta una proporción alta de hogares compuestos, dado que solamente 64.4 por ciento de la subpoblación menor de 15 años reside con ambos padres biológicos. El 13.3 por ciento no reside con ningún padre o madre biológica, 20.8 por ciento reside solamente con la madre biológica y 1.5 por ciento con el padre biológico. En conjunto, el 12.6 por ciento de los hogares tiene niños o niñas adoptados que no viven con ninguno de sus padres biológicos.

La composición de los hogares según parentesco con el jefe o jefa de hogar se presenta en el Gráfico 2.1. El grupo más numeroso está constituido por hijas o hijos biológicos, que constituye el 45.6 por ciento de la población y por los de crianza y/o políticos que conforman el 7.2 por ciento. El 35.1 por ciento lo representa el jefe del hogar con su esposa o la jefa del hogar.

CUADRO 2.3 COMPOSICION DE LOS HOGARES*

Distribución porcentual de los hogares según género de la cabeza, tamaño y presencia de hijos adoptados; y distribución de menores de 15 años según la convivencia con padres o madres biológicas

	%	Hogares
Jefatura del hogar		
Masculino	85.0	717
Femenino	15.0	127
Tamaño del hogar		
Una persona	0.0	0
Dos	2.4	20
Tres	16.7	141
Cuatro	19.2	162
Cinco	22.6	191
Seis	15.5	131
Siete	9.8	83
Ocho	6.6	56
Nueve y más	7.1	60
Total	100.0	844
Tamaño promedio	**5.3**	
% menores 15 años que residen con		Niños
Ambos padres biológicos	64.4	1574
Madre biológica solamente	20.8	509
Adoptados	13.3	324
Padre biológico solamente	1.5	36
Hogares con hijos adoptados <5 años/b		Hogares
Adoptados**	12.6	106
Padre o madre biológica	87.4	738

NOTAS: * Incluye residentes y miembros ausentes en los últimos 6 meses.

**El término adoptado designa a niños que no viven con ninguno de sus padres biológicos, aunque legalmente no sean adoptados.

La expresión de la familia extendida se manifiesta en el 12.1 por ciento de los miembros del hogar, constituida en su mayoría por nietos y nietas (8.4 por ciento) y por otros parientes (3.0 por ciento). Solamente 0.7 por ciento de la población residente no tiene lazos de parentesco con el jefe o jefa del hogar.

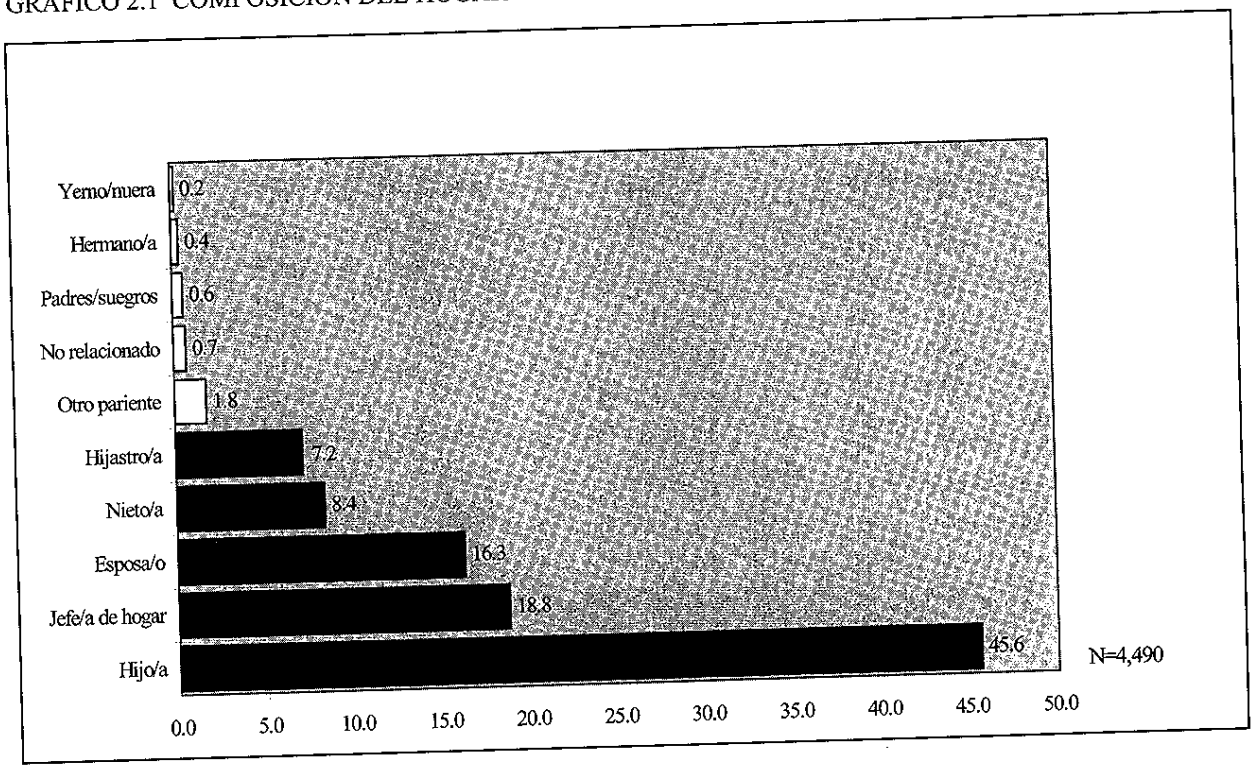
Estos resultados ponen de manifiesto que la familia nuclear es dominante en los bateyes. Así, las relaciones de parentesco con el jefe o jefa del hogar son principalmente la de esposo o esposa con sus hijos e hijas. Esta última relación no excluye la posibilidad de que uno de los hijos o hijas adultas resida en el hogar de sus padres sin su pareja. Pero, la proporción de parejas jóvenes residiendo en el hogar de sus padres es insignificante (0.2 por ciento). La situación contraria, representada por la proporción de suegros y/o suegras o de padres y/o madres (0.6 por ciento) que dependen de sus hijos adultos es también casi inexistente.

2.2 NIVEL DE EDUCACION Y ASISTENCIA ESCOLAR

2.2.1 AUMENTO DE LA EDUCACION PRIMARIA

La educación es un factor esencial en el desarrollo sostenible de los pueblos. Es una verdad aceptada que en el proceso de globalización de la economía actual, la internacionalización está determinada tanto para los pueblos como para los individuos, por su nivel de educación. Particularmente la educación de la madre incide de manera importante y estadísticamente significativa en las variables de interés en este estudio. El Cuadro 2.4 presenta el nivel de educación, la asistencia escolar, el tipo de institución de enseñanza pública o privada y el conocimiento de lectura y escritura de los miembros del hogar de seis y más años de edad, según grupos quinquenales de edad.

GRAFICO 2.1 COMPOSICION DEL HOGAR



En conjunto, 22.3 por ciento de la población de seis y más años no tiene ningún nivel escolar; 45.5 por ciento termina por lo menos un grado del primero al cuarto de primaria y 19.6 por ciento del quinto al octavo grado; 6.2 por ciento finaliza por lo menos un grado de secundaria y 1.1 por ciento por lo menos un grado universitario. Al distribuirlos por grupos quinquenales de edad, los datos de la encuesta proporcionan evidencia de un crecimiento del nivel de escolaridad a través del tiempo. Con la excepción del grupo de 6 a 9 años, la proporción sin nivel educativo disminuye con la edad. La subpoblación más vieja de 65 y más años tiene un 57 por ciento sin ningún nivel educativo, proporción que se reduce a un 33 por ciento en el grupo de 35-39 años, a un 17 por ciento en el de 25-29 años, a un 11 por ciento en el de 15-19 años y a un 6 por ciento en el de 10-14 años. Se observa un cambio brusco de aumento en la escolaridad, entre las personas menores de 35 años de edad.

El aumento de la escolaridad cada cinco años se manifiesta adicionalmente por el incremento de la proporción con habilidades de lectura y escritura entre los grupos más jóvenes de la población adulta de 15 y más años. El mayor porcentaje de personas alfabetizadas (80.5 por ciento) se encuentra en el grupo etario de 15 a 19 años, proporción que disminuye con la edad del grupo, hasta alcanzar un 54.7 por ciento entre las personas de 35 a 39 años, y un 35 por ciento entre las de 65 y más años de edad.

A pesar del aumento en la escolaridad, el grupo de 6-9 años de edad tiene un elevado 31.1 por ciento de la población sin haber logrado ningún nivel escolar. Esta proporción responde parcialmente a 12.5 por ciento que no asiste a la escuela y otro porciento que por su tierna edad no ha terminado el primer grado.

CUADRO 2.4 CARACTERISTICAS EDUCATIVAS DE LA POBLACION DE SEIS Y MAS AÑOS SEGUN GRUPO DE EDAD

Distribución porcentual de la población por características educativas, según grupos de edad

	ASISTENCIA ESCOLAR			TOTAL		TIPO DE ESCUELA			TOTAL EDAD	
	Asiste	No	NS/SR	%	Número	Pública	Privada	SR	%	Número
Edad en años										
6-9	86.7	12.5	0.8	17.3	518	93.3	6.2	0.4	41.1	449
10-14	93.4	6.4	0.2	14.7	440	96.4	3.6	0.0	37.6	411
15-19	46.7	52.7	0.6	11.1	334	96.2	3.8	0.0	14.3	156
20-24	9.5	90.0	0.6	12.0	359	97.1	2.9	0.0	3.1	34
25-29	5.4	92.9	1.7	11.7	351	78.9	21.1	0.0	1.7	19
30-34	4.7	93.1	2.2	9.2	275	100.0	0.0	0.0	1.2	13
35-39	3.6	94.6	1.8	7.4	223	87.5	12.5	0.0	0.7	8
40-44	1.9	96.1	1.9	5.1	154	100.0	0.0	0.0	0.3	3
45-49	0.0	100.0	0.0	3.3	99	0.0	0.0	0.0	0.0	0
50-54	0.0	94.9	5.1	2.6	78	0.0	0.0	0.0	0.0	0
55-59	0.0	97.6	2.4	1.4	42	0.0	0.0	0.0	0.0	0
60-64	0.0	100.0	0.0	1.8	54	0.0	0.0	0.0	0.0	0
65+	0.0	95.9	4.1	2.5	74	0.0	0.0	0.0	0.0	0
% Total	**36.4**	**62.4**	**1.2**	**100.0**		**94.8**	**5.0**	**0.2**	**100**	
Número	1,093	1,872	36		3,001	1,036	55	2		1,093

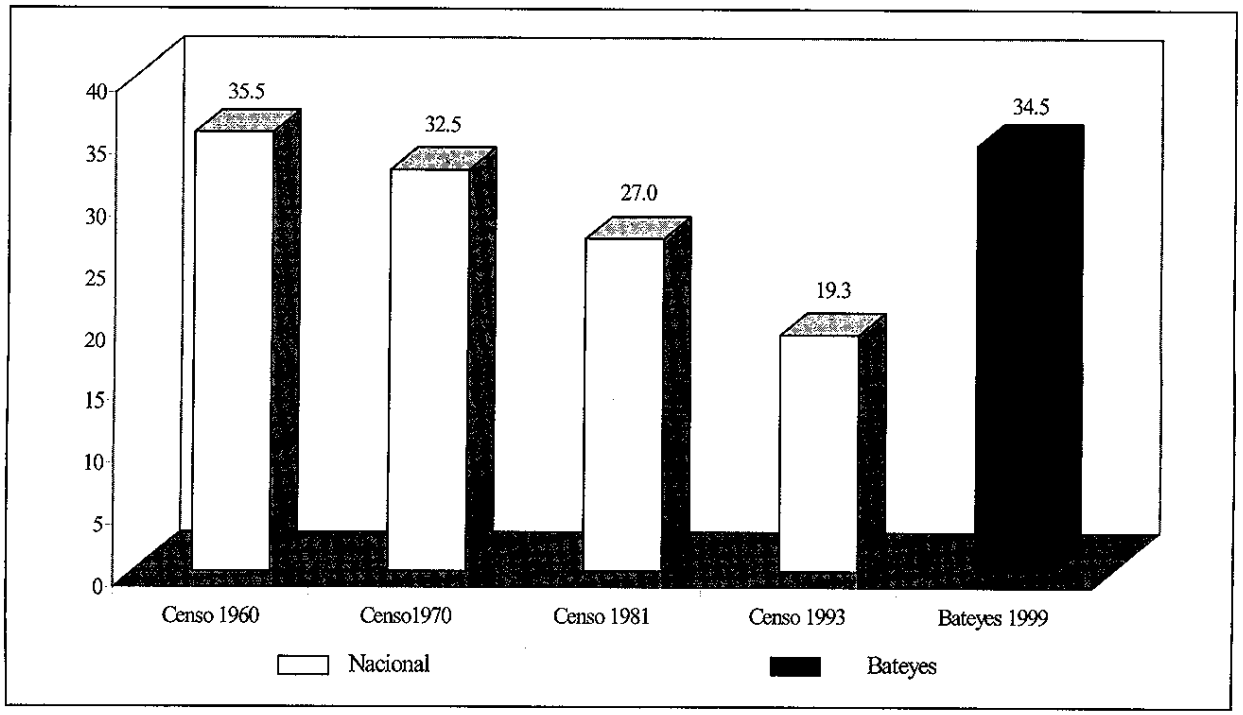
	NIVEL DE EDUCACION						ALFABETISMO			TOTAL	
	Ninguno	Primaria		Secundaria	Universitaria	SR	LEE Y ESCRIBE			GRUPOS EDAD	
		1-4	5-8	1-4	1-4		SI	NO	NS/SR	%	Número
Edad en años											
6-9	31.1	68.5	0.0	0.0	0.0	0.4	17.6	81.5	1.0	17.3	518
10-14	5.9	79.3	14.3	0.5	0.0	0.0	61.4	38.2	0.5	14.7	440
15-19	10.5	37.7	40.4	10.5	0.3	0.6	80.5	19.2	0.3	11.1	334
20-24	15.6	34.3	32.9	10.3	2.2	4.7	74.7	25.3	0.0	12.0	359
25-29	17.4	32.5	27.4	12.8	2.6	7.4	71.8	27.9	0.3	11.7	351
30-34	17.8	29.5	30.5	11.6	1.1	9.5	68.7	30.5	0.7	9.2	275
35-39	33.2	29.1	15.2	7.6	3.6	11.2	54.7	44.4	0.9	7.4	223
40-44	35.7	29.9	13.6	5.8	2.6	12.3	52.6	46.8	0.6	5.1	154
45-49	38.4	31.3	13.1	7.1	0.0	10.1	46.5	53.5	0.0	3.3	99
50-54	38.5	33.3	12.8	3.8	0.0	11.5	51.3	47.4	1.3	2.6	78
55-59	38.1	31.0	14.3	0.0	0.0	16.7	50.0	50.0	0.0	1.4	42
60-64	50.0	33.3	90.3	0.0	0.0	7.4	31.5	68.5	0.0	1.8	54
65+	56.8	25.7	5.4	0.0	0.0	12.2	35.1	64.9	0.0	2.5	74
% Total	**22.3**	**45.5**	**19.6**	**6.2**	**1.1**	**5.2**	**56.4**	**43.1**	**0.5**	**100.0**	
Número	670	1,366	589	187	33	156	1,692	1294	15		3,001

2.2.2 ANALFABETISMO

El alfabetismo fue medido en la población de cinco y más años por la población que podía leer y escribir. En caso afirmativo, se preguntaba si podía leer el periódico. La persona se registraba como analfabeta si no tenía la habilidad de lectura requerida a este nivel. La madre fue la informante para los miembros del hogar ausentes al momento de la encuesta.

A pesar del aumento en los niveles de educación de la población más joven, el analfabetismo se sitúa en el 43.1 por ciento de la población de 6 y más años de edad. La proporción que no completó ningún grado de la primaria alcanza el 22.3 por ciento, lo que significa que casi la mitad de la población analfabeta completó algún grado escolar pero no adquirió las habilidades de lectura y escritura. Entre la población adulta de 15 y más años de edad, el 34.9 por ciento es analfabeta y 23.6 por ciento no completó ningún grado escolar. En comparación con la tasa nacional, la tasa de analfabetismo en la población adulta de 15 y más años de los bateyes solo es comparable a la tasa que prevaleció en el país en la misma población a principios de la década de los años sesenta, como se presenta en el Gráfico 2.2.

GRAFICO 2.2 PORCENTAJES DE ILETRADOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE 15 Y MAS AÑOS DE EDAD EN EL TERRITORIO NACIONAL, DURANTE EL PERIODO 1960-1993, Y EN LOS BATEYES EN EL AÑO 1999



En 1998, la Encuesta del Banco Central determinó la tasa de analfabetismo a nivel nacional para la población de 15 y más años en 15.5 por ciento. A nivel rural excluyendo la zona rural del Distrito nacional, el analfabetismo fue estimado en 27.1 por ciento (ENGIH Vol. III, 1999, 24).

2.2.3 ASISTENCIA ESCOLAR Y EDUCACION PUBLICA VERSUS PRIVADA

Como es de esperar, la asistencia escolar es inversamente proporcional al grupo de edad de la población de seis y más años de edad. El 87 por ciento de los niños de seis a nueve años asisten a la escuela y el 93 por ciento del grupo de 10 a 14 años, el grupo etario con mayor nivel de asistencia. Después de esta edad, la deserción escolar aumenta, para dejar en la escuela solamente al 46.7 por ciento en el grupo de 15 a 19 años, la edad legal para la secundaria. En el grupo de 20 a 24 años, el 9.5 por ciento asiste a la escuela, proporción que disminuye a cero para los mayores de 44 años de edad. El 92 por ciento de la población de 6 y más años que asiste a la escuela, estudia en escuelas públicas y el 4.9 por ciento en escuelas privadas.

Aunque la calidad de la educación está fuera de los alcances de este estudio, los datos recogidos en la encuesta muestran problemas de deserción, inasistencia y sobreedad o atraso escolar. Para detectar estos problemas, se han calculado las proporciones de desertores que completaron algún grado escolar, inasistentes o desertores que no lograron completar ningún grado, estudiantes atrasados y estudiantes con el grado adecuado para su edad, entre la población estudiantil de 6 a 18 años. A los seis años se espera que el niño o niña asista al primer grado y todavía no haya completado el primer grado escolar El cálculo de grado apropiado, se basa en completar por lo menos del primero al cuarto grado de los 7 a 10 años de edad; y del quinto al octavo grado de la primaria, de los 11 a los 14 años. La edad legal para la secundaria es de los 15 a los 18 años. Los resultados basados en este criterio se presentan en el Gráfico 2.3.

Entre la población de 6 a 14 años, solamente el 30 por ciento tiene el grado adecuado para la edad, la mayoría (60 por ciento) tiene por lo menos un grado atrasado, el 2 por ciento ha abandonado la escuela y 8 por ciento no tiene ningún grado aprobado. La sobreedad es el principal contribuyente a la deserción que ocurre después de los 14 años, que como se viera anteriormente, aumenta al 53 por ciento en el grupo de 15-19 años de edad.[1]

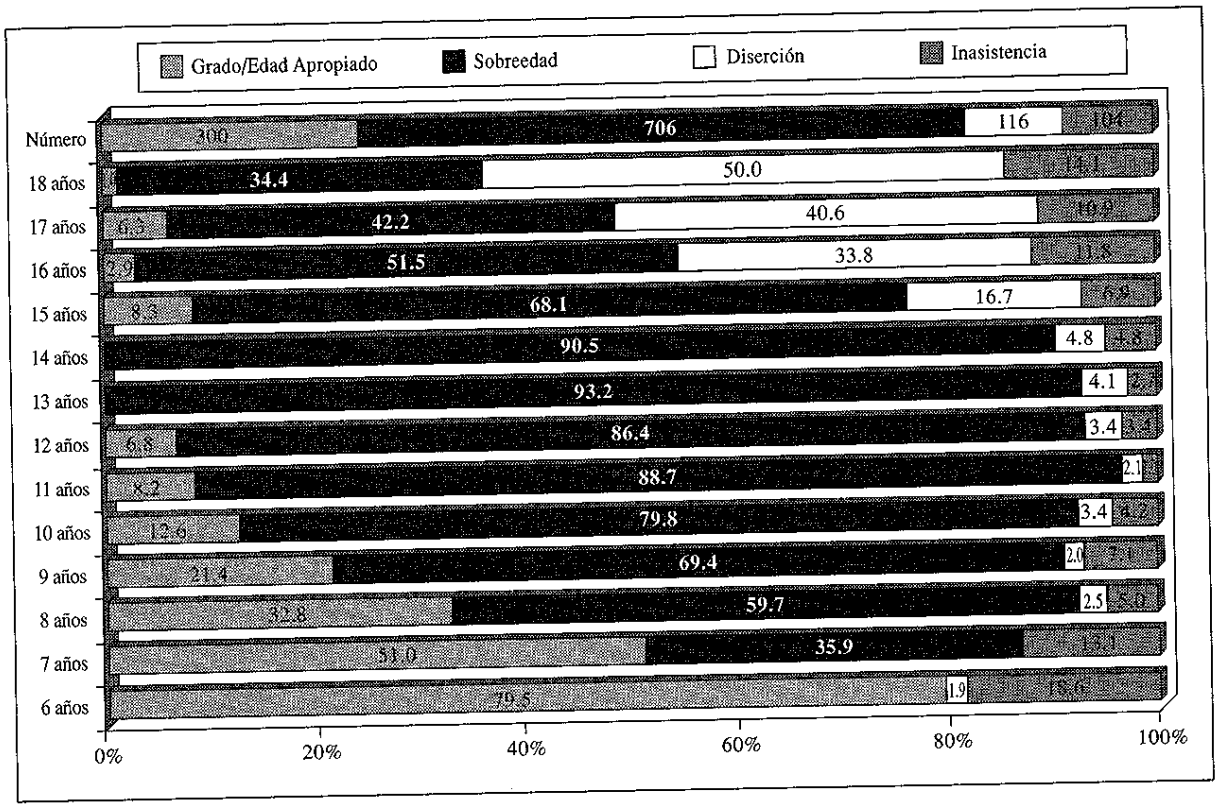
El Gráfico 2.3 muestra además como la subpoblación en edad escolar que nunca ha asistido a la escuela disminuye con la edad. A los seis años, edad en que el niño o niña debería estar cursando el primer grado, la proporción de los que no asisten es la mayor (19 por ciento), disminuyendo al 13 por ciento a los siete años y al 5 por ciento a los ocho años. Entre los estudiantes de 15 y más años, la inasistencia aumenta, poniendo de manifiesto un comportamiento diferente entre los grupos de edad y el aumento en la inscripción escolar en los últimos 10 años.

Las causas de la sobreedad son la inscripción tardía y la repetición de curso. El problema de sobreedad se presenta a los 7 años, en que el 36 por ciento de los niños no tiene aprobado el primer grado. Cada año el problema se agudiza. A los ocho años la mayoría de los niños y niñas (60 por ciento) están atrasados para su edad y a los nueve años, la sobreedad alcanza al 69 por ciento. A pesar de que en el grupo de 10 a 14 años el 93 por ciento asiste a la escuela, el 80 por ciento de la población estudiantil de 10 años de edad está atrasado para su edad, proporción que aumenta rápidamente hasta alcanzar a todos los que asisten a la escuela a la edad de 13 y 14 años. A la edad de 15 años, solamente el 8 por ciento finaliza el noveno año; a los 16 años, el 3

[1] No fueron investigados la edad a que la población adolescente comienza a trabajar ni la edad a que inicia su primera unión marital. Cuando el estudiante está atrasado, estos eventos compiten con la escuela, causando la deserción en los primeros grados.

por ciento completa el décimo año; a los 17 años el 6 por ciento termina el undécimo año; y a los 18 años el 1 por ciento finaliza sin sobreedad el duodécimo año de la secundaria.

GRAFICO 2.3 PROBLEMAS DE SOBREEDAD, INASISTENCIA Y DESERCIÓN EN LA POBLACION DE 6 A 18 AÑOS DE EDAD



Aunque la deserción escolar se mantiene relativamente baja durante los 6 a 14 años de edad, alcanzando un 4 y 5 por ciento a los 13 y 14 años respectivamente, a los 15 años se inicia la gran deserción, en que el 17 por ciento los estudiantes abandonan el aula. La deserción aumenta rápidamente después de los 15 años, hasta alcanzar el 50 por ciento de la población de 18 años de edad.

2.2.4 EDUCACION SECUNDARIA Y SUPERIOR

La cobertura de la educación de secundaria y superior en la población de 15 y más años de edad en los bateyes se ha mantenido estancada. La ausencia de crecimiento se observa entre los grupos quinquenales de 15-19 a 45-49 años. Entre los que logran algún grado de secundaria, la mayor proporción (12.8 por ciento) corresponde al grupo de 25-29 años de edad. Este comportamiento indica que por lo menos en la última década, la cobertura de la población de los bateyes con niveles de educación superior a la primaria no ha crecido. La emigración ofrece una explicación alterna al estancamiento, pero no es probable que estudiantes jóvenes obtengan recursos para independizarse y estudiar fuera del hogar de sus padres.

2.2.5 NIVEL DE EDUCACION Y ASISTENCIA ESCOLAR SEGUN GENERO

El Cuadro 2.5 presenta el nivel de educación alcanzado por la población masculina y femenina de 6 y más años de edad, por asistencia escolar y grupo de edad. El 19.8 por ciento de los hombres de 6 y más años de edad no alcanza ningún nivel de educación, comparado con el 24.7 por ciento de las mujeres. Esta situación refleja mejores condiciones para los hombres y peores para las mujeres que la establecida en 1996 en la zona rural a nivel nacional (ENDESA Cuadros 2.4 y 2.5). La estadística a nivel nacional indica que el 21.6 por ciento de los hombres de 6 y más años y el 18.9 por ciento de las mujeres no habían alcanzado ningún nivel educativo.

En la población de los bateyes, 44 por ciento de los hombres alcanza el primer nivel de primaria y 19 por ciento el segundo nivel, comparado con el 47 por ciento de las mujeres que alcanzan el primer nivel y el 20 por ciento el segundo nivel. Solamente 7 por ciento de los hombres y 8 por ciento de las mujeres alcanza algún nivel de educación secundaria o superior. En cambio, a nivel nacional en 1996, el 23.2 por ciento de los hombres alcanzó algún nivel de secundaria o superior, comparado con el 27.3 por ciento de las mujeres. Si las comparaciones se realizan con niveles nacionales rurales, las diferencias disminuyen, dado que solamente 9.5 por ciento de los hombres y 11.8 por ciento de las mujeres alcanzan algún nivel de secundaria o superior.

La asistencia escolar también se presenta en el Cuadro 2.5. El porcentaje de personas que no han finalizado ningún nivel educativo pero asisten a la escuela es del 18.6 por ciento para hombres y mujeres. El porcentaje que asiste a nivel de la primaria es ligeramente superior en los hombres y el que asiste a la escuela secundaria o universitaria es ligeramente superior en las mujeres, aunque las diferencias pueden ser explicadas por el error de muestreo.

El análisis del nivel educativo según la nacionalidad de la persona se realiza en la próxima sección de este capítulo. Es necesario presentar primero las definiciones conceptuales y operacionales de las variables usadas en este estudio para medir nacionalidad y estatus jurídico.

2.3 NACIONALIDAD Y ESTATUS JURIDICO

2.3.1 PROBLEMATICA

La Constitución Dominicana ha sido objeto de interpretaciones contradictorias entre diferentes actores, unos que por un lado rechazan el derecho de los hijos e hijas de haitianos indocumentados nacidos en territorio dominicano a la ciudadanía dominicana, y otros que defienden este derecho. Según el Artículo 11 de la Constitución, todas las personas que nacieren en el territorio de la República son dominicanos, con dos excepciones: los hijos legítimos de los extranjeros residentes en el país en representación diplomática o los que están de tránsito en él. La ausencia de especificación sobre quién está o no en tránsito constituye el punto clave objeto de interpretación. Esta ambigüedad fue reconocida por la anterior Comisionada de la Reforma Judicial, Aura Celeste Fernández, quién señalara que se requiere que el Artículo 11 de la Constitución de la República sea definido con claridad (Listín Diario, 2 de noviembre, 1999).

CUADRO 2.5 NIVEL DE EDUCACION DE LA POBLACION MASCULINA Y FEMENINA DE 6 Y MÁS AÑOS DE EDAD SEGUN GRUPOS DE EDAD Y ASISTENCIA ESCOLAR

	NIVEL DE EDUCACION						TOTAL	
Grupo De Edad	Ninguna	Primaria		Secundaria	Universitaria	NS/SR	Grupo de edad	
Hombres		1ro.-4to.	5to.-8vo.	1ro.-4to.	1ro.-4to.		%	Número
6-9	31.4	68.2	0.0	0.0	0.0	0.4	17.5	255
10-14	7.2	78.3	14.5	0.0	0.0	0.0	15.1	221
15-19	5.6	44.4	41.7	8.3	0.0	0.0	9.9	144
20-24	11.1	31.1	34.1	8.1	3.7	11.9	9.2	135
25-29	8.6	31.6	29.6	11.8	2.6	15.8	10.4	152
30-34	13.3	25.2	30.4	12.6	0.0	18.5	9.2	135
35-39	30.3	25.4	13.1	9.0	3.3	18.9	8.4	122
40-44	24.7	29.0	15.1	7.5	3.2	20.4	6.4	93
45-49	30.8	28.8	13.5	7.7	0.0	19.2	3.6	52
50-54	33.3	25.0	18.8	6.3	0.0	16.7	3.3	48
55-59	25.0	15.0	25.0	0.0	0.0	35.0	1.4	20
60-64	51.4	34.3	5.7	0.0	0.0	8.6	2.4	35
65+	51.0	24.5	6.1	0.0	0.0	18.4	3.4	49
Asistencia Escolar								
Asiste	11.3	69.6	14.9	3.1	1.1	0.0	37.2	543
No Asiste	24.8	29.3	21.8	7.3	1.1	15.7	61.9	905
SR/NS	30.8	30.8	15.4	0.0	0.0	23.1	0.9	13
% del TOTAL	**19.8**	**44.3**	**19.2**	**5.7**	**1.1**	**9.9**	**100.0**	
Número	290	647	280	83	16	145		1,461
Mujeres								
6-9	30.8	68.8	0.0	0.0	0.0	0.4	17.1	263
10-14	4.6	80.4	14.2	0.9	0.0	0.0	14.2	219
15-19	14.2	32.6	39.5	12.1	0.5	1.1	12.3	190
20-24	18.3	36.2	32.1	11.6	1.3	0.4	14.5	224
25-29	24.1	33.2	25.6	13.6	2.5	1.0	12.9	199
30-34	22.1	33.6	30.7	10.7	2.1	0.7	9.1	140
35-39	36.6	33.7	17.8	5.9	4.0	2.0	6.6	61
40-44	52.5	31.1	11.5	3.3	1.6	0.0	4.0	61
45-49	46.8	34.0	12.8	6.4	0.0	0.0	3.1	47
50-54	46.7	46.7	3.3	0.0	0.0	3.3	1.9	30
55-59	50.0	45.5	4.5	0.0	0.0	0.0	1.4	22
60-64	47.4	31.6	15.8	0.0	0.0	5.3	2.4	35
65+	68.0	28.0	4.0	0.0	0.0	0.0	3.4	49
Asistencia Escolar								
Asiste	11.9	66.7	13.5	5.8	2.0	0.2	35.7	550
No Asiste	31.9	35.8	23.8	7.3	0.6	0.5	62.8	967
NS/SR	26.1	26.1	21.7	4.3	0.0	21.7	1.5	23
% del TOTAL	**24.7**	**46.7**	**20.1**	**6.8**	**1.1**	**0.7**	**100.0**	
Número	380	719	309	104	17	11		1,540

El Artículo 11 de la Constitución, es más específico sobre la extensión de la ciudadanía dominicana a hijos de dominicanos nacidos en el extranjero y a los naturalizados y el Artículo 12 especifica el ejercicio de los derechos de ciudadanía a los 18 años cumplidos o antes en el caso de matrimonio legal. Los siguientes artículos son claros al especificar los derechos que la ciudadanía dominicana confiere y las acciones por las que estos se pueden perder.[2]

Tres argumentos fundamentan el rechazo a otorgar la ciudadanía dominicana a la descendencia de haitianos indocumentados en el país. El primer argumento razona que los haitianos que trabajan para las compañías azucareras entran con un permiso de trabajo por un tiempo determinado y luego deben regresar a su país de origen. Esta situación no le otorga a los trabajadores de la zafra ni a los que entran ilegalmente al país el derecho a la residencia en territorio nacional, por lo tanto, se definen como *en tránsito*.

El segundo argumento plantea que los haitianos no documentados, ya sea por haber permanecido ilegalmente en el país después de terminada la zafra, o por haber entrado de manera clandestina, tienen un estatus ilegal. Se razona que la ilegalidad no puede engendrar legalidad, y en consecuencia, su descendencia es haitiana.

El tercer argumento se fundamenta en que los hijos de haitianos, de acuerdo a la Constitución Haitiana, son ciudadanos de Haití, donde la nacionalidad se concede por la sangre, sin importar el país de nacimiento. Por ésta razón, la falta de documentación se plantea como un problema de las autoridades haitianas que no facilitan la documentación de sus ciudadanos. El Cardenal Nicolás de Jesús López Rodriguez, es vocero de esta posición, quién afirma que es Haití el país que tiene que cumplir con su deber de reglamentar la documentación de sus ciudadanos. De esta manera, las reglas estarían claras sobre su entrada a RD como visitantes, residentes o trabajadores transitorios. El Prelado alude a la Constitución Haitiana, la que establece que todo niño haitiano que nazca en el extranjero tiene la nacionalidad haitiana por el derecho que le otorga la sangre de sus padres (Listín Diario, 8 de Noviembre, 1999). El anterior fiscal, Francisco Domínguez Brito, planteó que a los hijos de haitianos se les otorgue un certificado, "no de nacimiento, de acuerdo con las certificaciones de nacimiento de que es dominicano, sino

---

[2] En su Artículo 11, la Constitución Dominicana establece: Son dominicanos:
1. Todas las personas que nacieren en el territorio de la República, con excepción de los hijos legítimos de los extranjeros residentes en el país en representación diplomática o los que están de tránsito en él.
2. Las personas que al presente estén investidas de esta calidad en virtud de constituciones y leyes anteriores.
3. Todas las personas nacidas en el extranjero, de padre o madre dominicanos, siempre que, de acuerdo con las leyes del país de su nacimiento, no hubieren adquirido una nacionalidad extraña; o que, en caso de haberla adquirido, manifestaren, por acto ante un oficial público remitido al Poder Ejecutivo, después de alcanzar la edad de diez y ocho (18) años, su voluntad de optar por la nacionalidad dominicana.
4. Los naturalizados. La ley dispondrá las condiciones y formalidades requeridas para la naturalización.
ART. 12.- Son ciudadanos todos los dominicanos de uno y otro sexo que hayan cumplido 18 años de edad, y los que sean o hubieren sido casados, aunque no hayan cumplido esa edad.
ART. 13.- Son derechos de los ciudadanos:
1. El de votar con arreglo a la ley para elegir los funcionarios a que se refiere el Artículo 90 de la Constitución.
2. El de ser elegibles para ejercer los mismos cargos a que se refiere el párrafo anterior.
ART. 14.- Los derechos de ciudadanía se pierden por condenación irrevocable por traición, espionaje o conspiración contra la República, o por tomar las armas, prestar ayuda o participar en cualquier atentado contra ella.
ART. 15.- Los derechos de ciudadanía quedan suspendidos en los casos de:
a. Condenación irrevocable a pena criminal, hasta la rehabilitación.
b. Interdicción judicial legalmente pronunciada, mientras ésta dure.
c. Por admitir en territorio dominicano función o empleo de un gobierno extranjero sin previa autorización del Poder Ejecutivo.

una certificación como se hace en otros países." La certificación contaría con los datos de los padres y la confirmación del nacimiento del niño. Estos se tramitarían a las autoridades consulares haitianas para que ellos emitan el certificado de nacimiento (Listín Diario, 10 de Noviembre, 1999).

La posición que busca legalizar y otorgar ciudadanía dominicana a los hijos e hijas de haitianos indocumentados, nacidos en territorio dominicano, argumenta que de acuerdo a la Constitución Dominicana todos los hijos de extranjeros que nacen en territorio dominicano cuyos padres no son diplomáticos adquieren la nacionalidad dominicana al nacer. El *Ius Solis* ha definido la nacionalidad dominicana en la vida de la República. Se razona que una población que permanece en el territorio nacional no puede estar en tránsito, el cual deja de ser tal en 30 días. Por tanto, los hijos e hijas de nacionales haitianos deben recibir la nacionalidad dominicana al nacer. El Comité dominicano de los Derechos Humanos anunció el 7 de noviembre del pasado año 1999 que recurriría ante tribunales internacionales por el caso de los niños haitianos nacidos en RD. Virgilio Almánzar, presidente de la entidad, afirmó que defendería en todos los tribunales nacionales, incluyendo la Suprema Corte de Justicia, el derecho de esos niños y niñas a ser reconocidos como dominicanos (Listín Diario, 8 de noviembre,1999).

Esta posición se fundamenta además en razones humanitarias, ante una población que no conoce a Haití ni desea residir en ese país. La haitiana Jocelyn Mayas, en un seminario reciente organizado por el Movimiento de Mujeres Domínico-Haitianas (MUDHA), abogó por que se elimine el término *ilegal*. "No hay seres humanos ilegales, pueden estar indocumentados, o vivir en una situación irregular, pero nadie debe ser llamado ilegal." Ernest Banatte, emigrante haitiano en Estados Unidos, analiza que la discriminación que sufren los haitianos no se reduce a la nacionalidad, lo es por raza, género y clase (Rumbo, 18 de Diciembre, 2000).

El mantenimiento de la ilegalidad, la tolerancia frente a la contratación de braceros indocumentados, así como a la entrada ilegal de ciudadanos haitianos, favorece a empresarios particulares y a grupos de contrabandistas dominicanos. A la fecha, a pesar de presiones internacionales y nacionales, la ciudadanía dominicana de hijos e hijas de indocumentados no ha sido reconocida por la Justicia Dominicana. Tampoco se ha puesto en práctica una política de Emigración que regularice el estatus de los trabajadores indocumentados o intente facilitar la documentación necesaria para otorgar ciudadanía haitiana a los hijos de haitianos indocumentados.

2.3.2 DEFINICION DEL ESTATUS JURIDICO

El instrumento que viabiliza la obtención de la ciudadanía al nacer es el *acta de nacimiento*. En posesión de un acta de nacimiento dominicana, la persona puede adquirir a los 18 años la *cédula de identidad y electoral*, la cual le confiere todos los derechos de ciudadanía dominicana. La *nacionalidad* se define de forma distinta al concepto de *ciudadanía*. Mientras la ciudadanía implica un estatus jurídico, la nacionalidad ha sido definida como ese sentimiento de apego, de pertenencia a la comunidad grande, la comunidad "imaginada" de que Benedict Anderson (1983) hablara y que se remonta a nuestros orígenes, nuestra lengua, y todas las costumbres que en términos culturales nos diferencian del *Otro*. Para los dominicanos, el *Otro* está al otro lado de la única frontera. Los hijos de haitianos, que no conocen el país de nacimiento de sus padres, se

refieren a nuevos emigrantes haitianos que llegan al batey a cortar la caña como *kongoses*, diferenciándose consciente o inconscientemente de los haitianos recién llegados que no hablan castellano ni conocen la cultura de la nación que los recibe. Cuando se les pregunta por su nacionalidad, se definen como domínico-haitianos. Nacidos en territorio dominicano, aprendieron primero la lengua de su madre, el creole de Haití, para luego integrarse al sistema de educación dominicano, aún ambivalente ante su presencia, e ignorante de sus dificultades para aprender el castellano.

En cambio, la *ciudadanía*, como estatus jurídico, puede ser adscrito a cualquier nacionalidad. Le confiere a una persona todos los derechos y obligaciones legales propios de las relaciones definidas por el estado. Ser ciudadano no implica hablar determinada lengua, pertenecer a una religión en particular o ser de una raza, nacionalidad o etnia específica. Ser ciudadano de un mismo país o Estado-Nación, implica regirse por las mismas leyes y tener los mismos derechos y deberes.

2.3.3 MEDICION DE LA NACIONALIDAD EN LA ENCUESTA

Aunque la emigración haitiana en el presente desborda el batey, éste le confiere un espacio territorial definido por un contenido y forma sociocultural y étnica. No es posible entender la realidad de los bateyes sin comprender la diferenciación de nacionalidades o etnias de sus habitantes. La historia de la plantación azucarera definió el batey como el destino de un mercado segmentado en que los extranjeros de las islas vecinas del Caribe, y luego de Haití, tenían asignado el corte de la caña. Pero, su condición de trabajador, no reduce al migrante a ser una máquina de producción. Emigra con su familia y recrea en el suelo del batey sus fiestas, su idioma, sus costumbres y su fe religiosa.

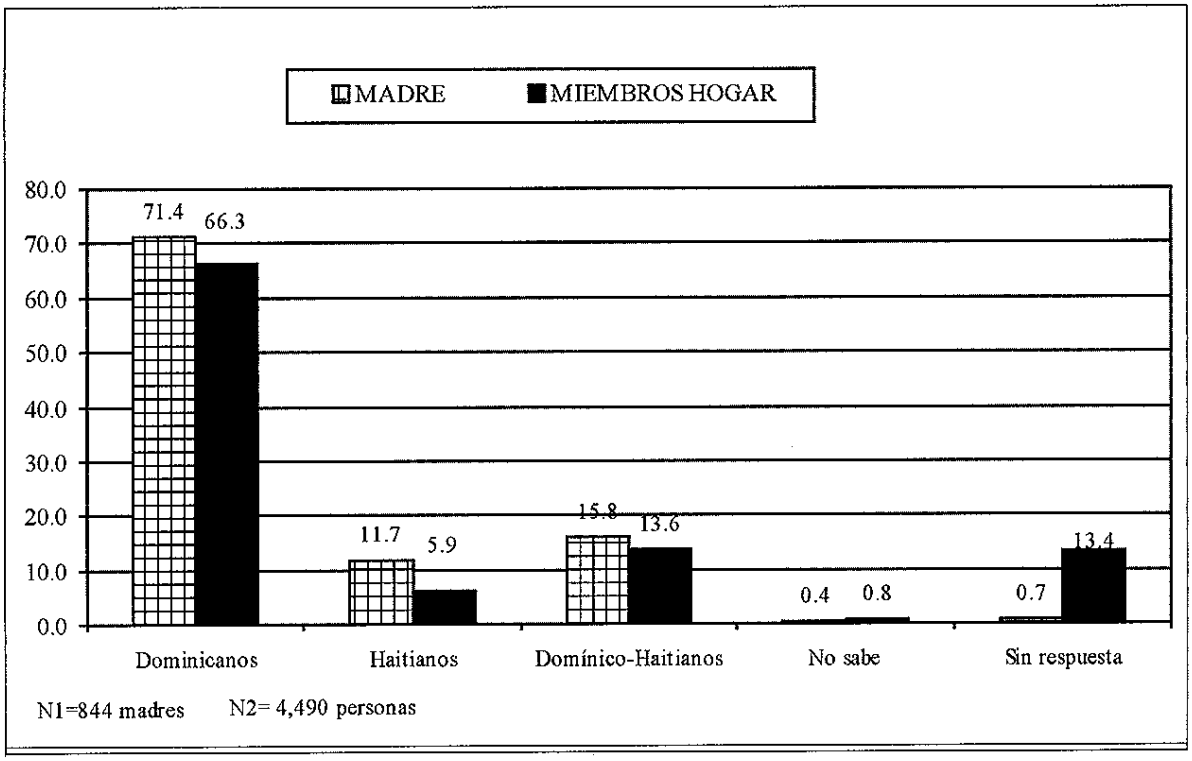
En el batey existe el peligro de pugnas entre grupos étnicos diferentes coexistentes, pero también se desarrolla un proceso de hibridación que alcanza tres generaciones. La fusión de elementos culturales y de intercambio de dos pueblos, en que se aprende la lengua del otro, no son muy conocidos ni divulgados en el país. Pero, lo cierto es que en el batey se rompen las fronteras geográficas e imaginadas que separan a los pueblos haitianos y dominicanos. Por eso el batey es lugar de encuentro, no de dos culturas monolíticas, sino de subculturas de pobreza de dos pueblos con lenguas y costumbres diferentes, que han creado una subcultura domínico-haitiana.

En este estudio se ha pretendido medir, de que manera, ese complejo político, cultural y racial que hemos denominado indistintamente *nacionalidad* o *etnia*, incide en las prácticas, actitudes, creencias y conocimientos relacionados con la salud reproductiva de la mujer y la salud de sus hijos e hijas. Pero, también la nacionalidad define a un sujeto observado, identificado por su idioma, su cultura y su raza, por la que puede ser tratado discriminatoriamente, integrado a la cultura dominante, o temido como ente político. De aquí que, la pertenencia a una nacionalidad en particular, puede afectar la seguridad alimentaria del hogar, las condiciones del hábitat y los servicios, la actividad económica que desempeña y el ingreso que recibe.

La medición de la nacionalidad o etnia puede ser compleja y casi imposible, si se intenta definirla de acuerdo a una escala multivariada que responda al tinglado sociocultural que el término implica. Por eso, se adopta una definición desde el interior, en que la misma persona se

autodefine. La etnia de la subpoblación infantil se define por la madre. Cuando el padre está ausente al momento de la encuesta, se opta por dejar la información sin respuesta, dada la subjetividad que implica la autodefinición. A las entrevistadas se les preguntó: ¿Cómo definiría usted su nacionalidad, dominicana, haitiana o domínico-haitiana? Luego, se les preguntó por la nacionalidad de sus hijos. El Gráfico 2.4 presenta los resultados sobre la nacionalidad de la madre y la nacionalidad del conjunto de la población.

GRAFICO 2.4 AUTODEFINICION DE ETNIA DE LA MADRE Y LOS MIEMBROS DEL HOGAR



El 71 por ciento de las madres se define como dominicana, el 12 por ciento como haitiana y el 16 por ciento como domínico-haitiana. En la población en general, las proporciones se aproximan a la autodefinición de la madre, con la excepción de la nacionalidad haitiana que se reduce a la mitad y a la categoría *sin respuesta*, que alcanza el 13 por ciento debido a la proporción de hombres ausentes al momento de la encuesta.

2.3.4 LENGUAJE Y ETNIA

El conocimiento del lenguaje creole es un indicador importante de la nacionalidad haitiana y domínico-haitiana, debido a que los hijos de madres haitianas aprenden el creole como primer idioma, como fuera observado en el trabajo de campo y en estudios cualitativos anteriores (Tejada 1992). Sin embargo, no puede establecerse una relación unívoca, dado que puede constatarse que nacionales dominicanos también entienden y/o hablan el creole. El Cuadro 2.6 presenta el nivel de conocimiento del creole de Haití de la población de cinco y más años y de la

madre, según la autodefinición de su nacionalidad. El 49.5 por ciento de la población de 5 y más años no entiende el creole y 43.4 por ciento lo habla y lo entiende; 4.9 por ciento no lo habla pero lo entiende y 1.5 por ciento lo lee y escribe.

CUADRO 2.6 CONOCIMIENTO DE CREOLE DE LA POBLACION SEGUN ETNIA

Distribución porcentual de la población de 5 y mas años por conocimiento del creole, según etnia

	ETNIA POBLACION			TOTAL conocimiento creole		Coeficiente
	Dominicana	Haitiana o D-H	NS/SR	%	Numero	Cramer's V
Conocimiento del Creole						
No conoce	63.0	10.5	43.8	**49.5**	1,584	.30388****
Habla y entiende	30.9	81.1	47.2	**43.4**	1,390	
Entiende solamente	5.1	4.3	4.7	**4.9**	157	
Lee y escribe	0.2	3.7	3.4	**1.5**	47	
NS/SR	0.9	0.3	1.0	**0.8**	25	
% del Total	62.0	18.7	19.3	**100.0**	3,203	
Número	1,987	599	617			

Distribución porcentual de las madres por conocimiento del creole, según su nacionalidad

	ETNIA DE LA MADRE			TOTAL conocimiento creole		Coeficiente
	Dominicana	Haitiana o D-H	NS/SR	%	Numero	Cramer's V
Conocimiento del Creole*						
Ninguno	57.5	4.3	55.6	**42.9**	361	No concluyente
Habla y entiende	35.5	87.9	44.4	**50.0**	421	
Entiende solamente	6.3	1.7	0.0	**5.0**	42	
Lee y escribe	0.2	6.1	0.0	**1.8**	15	
Sin respuestas	0.5	0.0	0.0	**0.4**	3	
% del Total	71.5	27.4	1.1	**100.0**	842	
Número	602	231	9			

NOTA: *Dos casos omitidos sin información

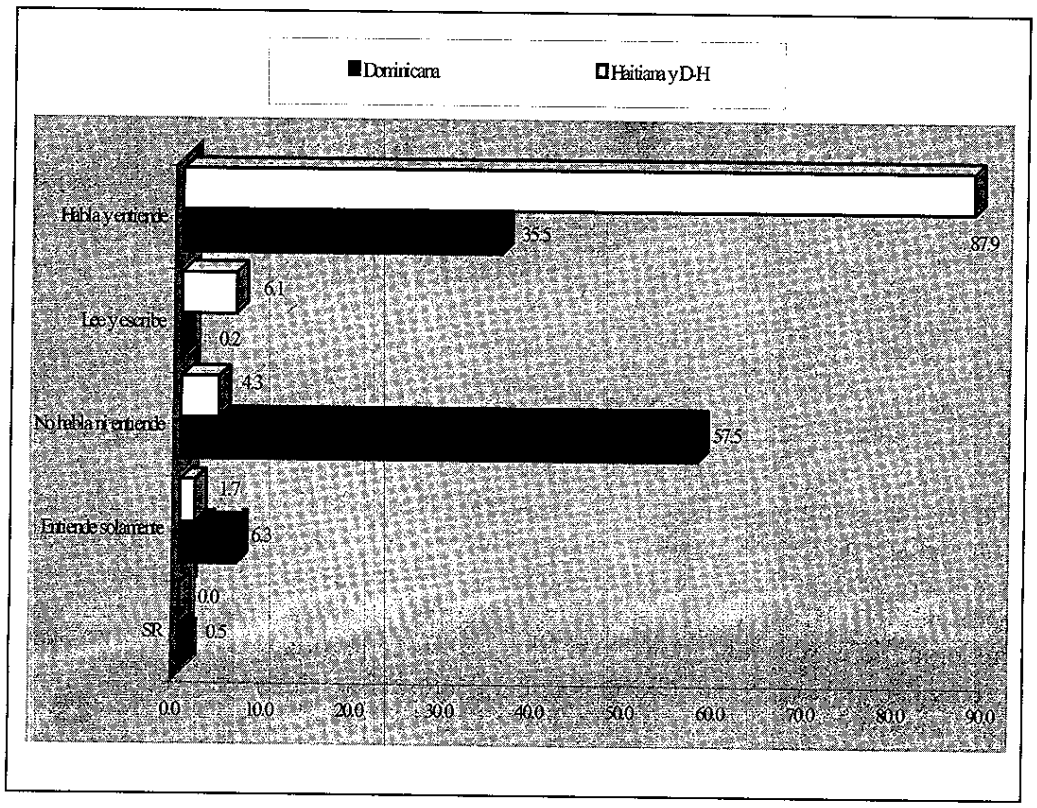
El 63 por ciento de la población dominicana no habla ni entiende el creole, en contraste con el 10.5 por ciento de la población haitiana y domínico-haitiana. Las y los dominicanos que leen, hablan y escriben el creole constituyen el 31 por ciento, en contraste con el 85 por ciento de haitianos y domínico-haitianos. La categoría sin datos sobre la nacionalidad tiene un 43.8 por ciento de personas que no entienden y un 51 por ciento de personas que lo hablan y entienden, incluyendo un 3.4 por ciento que lo puede leer y escribir.

La etnia de la madre es un dato más preciso que la etnia de la población en general, debido a que solamente el 1.1 por ciento de las madres no pudo responder la pregunta. El 71.5 por ciento de las madres se identifica como dominicana y el 27.4 por ciento como haitiana o domínico-

haitiana.. El Gráfico 2.5 presenta el porcentaje de distribución de las madres por conocimiento del creole según nacionalidad.

El 57.5 por ciento de las madres dominicanas no tiene ningún conocimiento del creole, comparado con el 4.3 por ciento de las que se definen como haitianas o domínico-haitianas. Las madres dominicanas que pueden hablar y entender el creole, incluyendo a las que lo escriben, alcanza el 35.7 por ciento, comparado con el 94 por ciento de las haitianas y domínico-haitianas. Los datos reflejan no solamente que la población haitiana y de ascendencia haitiana mantiene su idioma, el principal exponente de su cultura, sino que más de la tercera parte de las madres que se autodefinen como dominicanas también lo hablan.

GRAFICO 2.5 CONOCIMIENTO DEL CREOLE ENTRE LAS MADRES SEGUN NACIONALIDAD

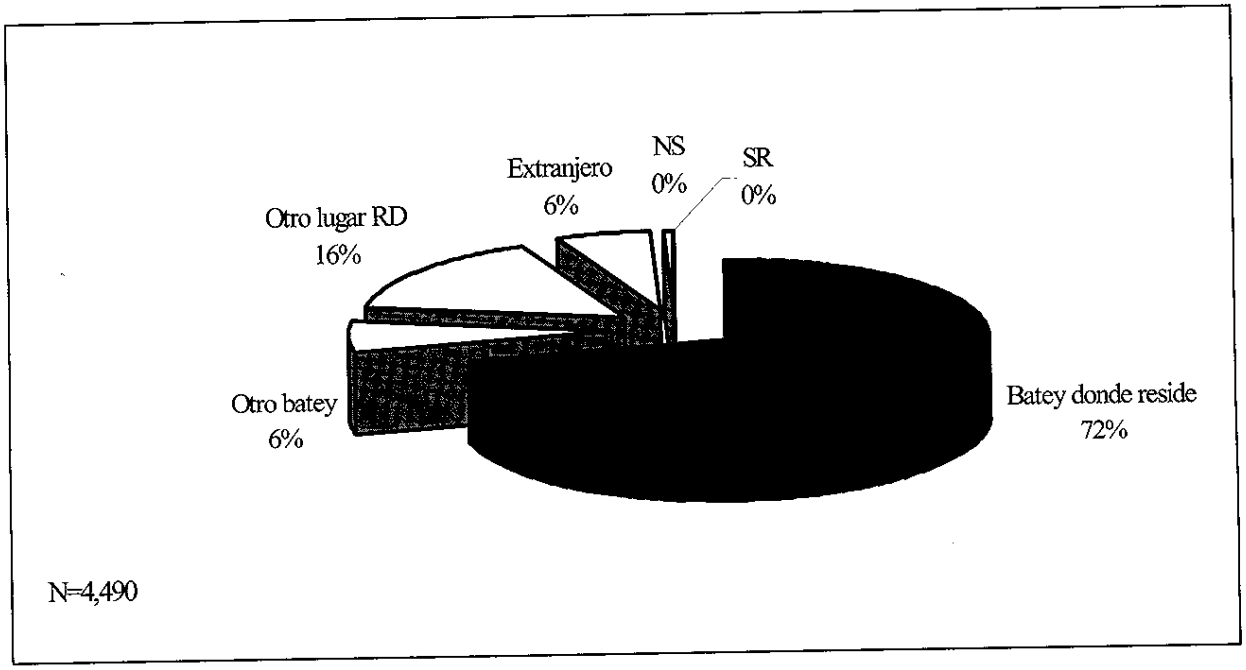


2.3.5 LUGAR DE NACIMIENTO, INMIGRACION Y ESTATUS JURIDICO

El Gráfico 2.6 presenta el lugar de nacimiento de la población de referencia. Los datos sobre lugar de nacimiento de la población reflejan la gran estabilidad de los hogares de la población materno-infantil de los bateyes, donde el 72 por ciento ha nacido en la comunidad. Aproximadamente una tercera parte emigra de Haití,de otros bateyes y de otras comunidades dominicanas. La proporción de personas reportada con nacimiento haitiano corresponde exactamente al 5.9 por ciento de la población registrada como haitiana por ellos mismos o por su

madre. Esto significa que *ninguna persona nacida en suelo dominicano, pero de padre o madre haitiana fue autodefinida o definida por su madre como haitiana* sino como dominicana o domínico-haitiana. Este dato refleja el sentimiento de pertenencia al país donde residen habitualmente y posiblemente, su intención de no regresar a Haití.

GRAFICO 2.6 LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR



La medición del estatus jurídico de la persona se establece por la tenencia de un acta de nacimiento. Este permite a quién lo posea adquirir la cédula electoral, como lo establece la constitución de la República. A las personas entrevistadas se les preguntó si tenían acta de nacimiento de RD, Haití o de otro país. Algunas madres enseñaban voluntariamente la documentación, pero, por delicadeza, la misma no fue requerida. El carácter altamente sensible de las preguntas sobre nacionalidad y documentación, determinó que éstas se dejaran para el final de la entrevista.

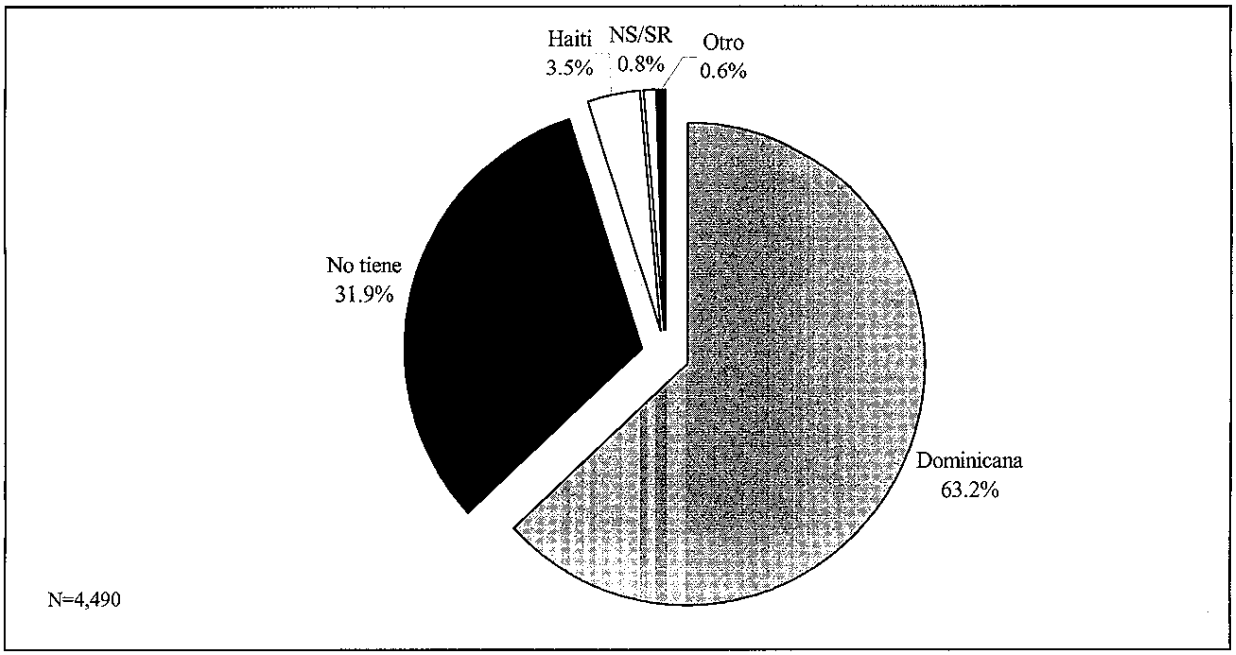
El Cuadro 2.7 relaciona el país de emisión del acta de nacimiento, o la carencia del mismo, con el país de nacimiento de toda la población, así como el período de emigración de los extranjeros. En conjunto, 63 por ciento de la población tiene acta de nacimiento de RD, 4 por ciento de Haití, 0.6 por ciento de otro país, y 32 por ciento no tiene acta de nacimiento. El 99 por ciento de la población que informa tener acta de nacimiento de la RD reporta ser dominicano de nacimiento, y 0.4 por ciento haitiano de nacimiento. De los que reportan acta de nacimiento haitiana, 85 por ciento informan haber nacido en Haití, y 14 por ciento en RD. Del 32 por ciento de la población sin acta de nacimiento, el 92 por ciento reporta nacimiento en RD y el 8 por ciento en Haití. El Gráfico 2.7 ilustra la situación de documentación de todos los miembros del hogar.

CUADRO 2.7 PAIS DE NACIMIENTO Y PERIODO DE INMIGRACION DE LOS EXTRANJEROS SEGUN PAIS DE EMISION DEL ACTA DE NACIMIENTO

	PAÍS DE EMISIÓN DEL ACTA DE NACIMIENTO						Total país nacimiento	
	RD	Haití	Otro	No tiene	NS	SR	%	Número
País de nacimiento								
RD	98.9	14.1	85.2	91.7	16.7	84.8	93.4	4,193
Haití	0.4	85.3	14.8	7.9	16.7	9.1	5.9	265
NS/SR	0.7	0.6	0.0	0.4	66.7	6.1	0.7	32
% del total	**63.1**	**3.5**	**0.6**	**31.9**	**0.1**	**0.7**	**100.0**	
Número	2,835	156	27	1,433	6	33		4,490
Período de inmigración*								Total período
1900-1937	0.0	0.0	0.0	1.8	0.0	0.0	0.8	2
1938-1961	0.0	6.1	5.3	5.3	0.0	0.0	5.3	14
1962-1977	27.3	13.0	0.0	16.8	0.0	0.0	14.8	39
1978-1985	36.4	22.1	0.0	19.5	0.0	66.7	21.7	57
1986-1999	27.3	45.0	50.0	44.2	100.0	0.0	43.7	115
NS/SR	9.1	13.7	50.0	12.4	0.0	33.3	13.7	36
% del Total	**4.2**	**49.8**	**1.5**	**43.0**	**0.4**	**1.1**	**100.0**	
Número	11	131	4	113	1	3		263

NOTA: *Dos casos omitidos sin respuesta

GRAFICO 2.7 PAIS DE EMISION DE ACTA DE NACIMIENTO



El período de inmigración de los extranjeros fue dividido en cinco categorías. Solamente el 6 por ciento de la población emigrante lo hizo antes y durante el período Trujillista. De 1962 a 1977 emigró el 15 por ciento y de 1978 a 1985 el 22 por ciento. A partir de 1986, la emigración se intensifica, alcanzando el 44 por ciento de los emigrantes. Un alto 14 por ciento no pudo recordar o no quiso informar el año de su llegada al país. Relacionando estos períodos, puede afirmarse que por lo menos el 65 por ciento de la población emigrante lo hizo después de 1978, período que coincide con la gran apertura democrática en el país.

La distribución de los emigrantes según documentación refleja cierta irregularidad, dado que el 4.2 por ciento reporta haber emigrado y luego reporta tener acta de nacimiento dominicana. La naturalización es la situación posible para los emigrantes. Sin embargo, observaciones de campo proporcionan evidencias de que algunos emigrantes obtienen actas de nacimientos pagando dinero a empleados de las oficinas que emiten los documentos.

2.3.6 NIVEL DE EDUCACION Y PAIS DE NACIMIENTO

El Cuadro 2.8 presenta el nivel de escolaridad por género de la población de cinco y más años según el país de nacimiento. Las diferencias según país de nacimiento son importantes, reflejando una gran desigualdad entre los niveles de escolaridad.

CUADRO 2.8 NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA POBLACION MAYOR DE 5 AÑOS SEGUN SEXO Y PAIS DE NACIMIENTO

	PAÍS DE NACIMIENTO			Total escolaridad hombres	
Nivel de educación	RD	Haití	SR	%	Número
Hombres					
Ninguno	21.4	46.0	31.8	**23.7**	371
1-4 Primaria	45.3	19.4	18.2	**42.6**	667
5-8 Primaria	18.9	7.9	18.2	**17.9**	280
1-4 Secundaria	5.5	3.6	4.5	**5.3**	83
1-4 Universitario	1.1	0.7	4.5	**1.0**	16
NS/SR	8.0	22.3	22.7	**9.5**	148
% Total hombres	89.7	8.9	1.4	**100.0**	1,565
Numero	1,404	139	22		
Mujeres				Total escolaridad mujeres	
Ninguno	24.0	76.2	55.6	**28.1**	460
1-4 Primaria	47.1	16.4	33.3	**44.7**	733
5-8 Primaria	20.1	4.1	11.1	**18.9**	309
1-4 Secundaria	6.7	2.5	0.0	**6.3**	104
1-4 Universitario	1.1	0.0	0.0	**1.0**	17
NS/SR	0.9	0.8	0.0	**0.9**	15
% Total mujeres	92	7.4	0.5	**100.0**	1,638
Numero	1,507	122	9		

La proporción de hombres nacidos en RD sin ningún nivel de escolaridad es del 21 por ciento y la de mujeres del 24 por ciento. En cambio, el 46 por ciento de los hombres y el 76 por ciento de las mujeres nacidos en Haití no tienen ningún nivel escolar. En adición, cerca de la mitad de los hombres (45.3 por ciento) y las mujeres (47.1 por ciento) de nacimiento dominicano lograron finalizar algún grado de primero a cuarto de primaria, muy por encima del 19.4 por ciento de los hombres y el 16.4 por ciento de las mujeres con nacimiento haitiano.

Además de las diferencias por nacionalidad, los datos muestran que los niveles de educación según género tienen una tendencia contraria en cada país. Mientras en RD la tendencia es a mayores niveles de educación para las mujeres, entre los emigrantes haitianos los hombres alcanzan mayores niveles de educación.

2.4 EL CEA Y LA ASIGNACION DE VIVIENDA EN LOS BATEYES

La conformación de los bateyes como núcleos poblacionales es producto de la industria azucarera, con el objetivo de lograr una mano de obra accesible a las necesidades de la plantación. Para atraer la mano de obra, la industria durante diferentes etapas de su historia construyó diversos tipos de viviendas que fueron heredadas por el Estado Dominicano después de la caída del Trujillato. Subsecuentemente, otros proyectos habitacionales fueron añadidos.[3]

2.4.1 TENENCIA DE LA VIVIENDA

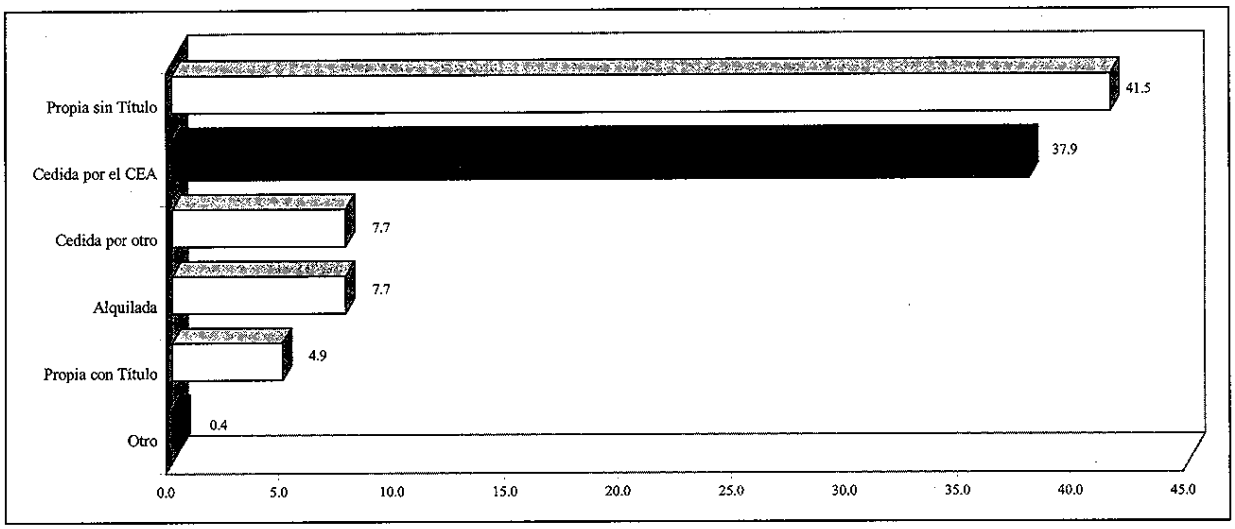
Las viviendas del CEA son cedidas a sus trabajadores. Por lo general, las casas individuales se ceden a empleados que permanecen el año entero trabajando para la industria y los barrancones son asignados a los cortadores de caña contratados temporalmente durante el período de zafra. El CEA no tiene un control absoluto de sus propiedades, dado que la población que emigra a otros bateyes o comunidades, cede sus viviendas a particulares o las traspasa por dinero.[4]

El Gráfico 2.8 presenta la tenencia de la vivienda de la población meta estudiada. El 41.5 por ciento de las viviendas son propias pero sin títulos, la mayoría construidas en terrenos del CEA. Más de la tercera parte de las viviendas (38 por ciento) han sido cedidas por el CEA y el 15.8 por ciento se usa bajo otras formas de tenencia. La pobreza de la población, desde la óptica de la vivienda, se manifiesta en la reducida proporción (4.9 por ciento) de los hogares con título de propiedad de su vivienda.

[3] Las definiciones sobre tipo de viviendas son adoptadas del Censo Nacional de 1993. La vivienda "se define como todo local o recinto estructuralmente separado o independiente que ha sido construido, hecho o convertido para fines de alojamiento permanente o temporal de personas, así como cualquier clase de albergue fijo o móvil, ocupado como lugar de alojamiento" a la fecha de la entrevista. Esta puede estar construida por un conjunto de cuartos o por un cuarto, apartamento o casa destinada a alojar a un grupo de personas o a una sola persona. La *casa individual* es aquella en que los habitantes no tienen que pasar por aposento de otro. Puede tener acceso directo desde la calle o pasando por un patio, pasillos y escaleras de uso común. El *apartamento* es aquella vivienda que es parte de un edificio, y generalmente contiene todas las dependencias de una casa individual. El *barrancón*, conocido también como *cuartería*, constituye un conjunto de cuartos o piezas donde viven varias familias. La pieza, es un cuarto o varios cuartos que forman parte de una vivienda particular, habitados por una persona o familia, los cuales representan un hogar. En este estudio se consideraron las casas en hileras, llamadas así por tener más de una pieza y compartir una pared con otra vivienda.

[4] Entrevistas no estructuradas a residentes. Al momento de realizarse la encuesta, el CEA tenía personas midiendo y contando sus viviendas.

GRAFICO 2.8 TENENCIA DE LA VIVIENDA



2.4.2 DIFERENCIAS EN LAS CONDICIONES Y SERVICIOS DE LAS VIVIENDAS

El Cuadro 2.9 presenta la distribución de las viviendas según tenencia del CEA o bajo otras formas de tenencia, clasificadas según características sociodemográficas del jefe o jefa del hogar y según condiciones y servicios del habitat. El 38 por ciento corresponde a viviendas del CEA y 62 por ciento a viviendas propias, alquiladas, cedidas por familiares y amigos y otros tipos de tenencia. Las viviendas del CEA que son *casas individuales* o en *hileras* son deseadas, no así los *barrancones*. Estos últimos son estructuras rectangulares divididas en piezas. Se puede asignar una pieza por hogares de uno o varios miembros, pero generalmente constituyen viviendas *colectivas*, compartidas por un conjunto de braceros sin vínculos familiares, y que hacen vida común por razones del trabajo. Carecen de servicios de agua, cocinas y sanitarios.

Las viviendas del CEA aparentan estar en mejor estado que las otras viviendas. Entre las que tienen paredes construidas de bloques de cemento, el 72 por ciento son cedidas por el CEA y el 28 por ciento son ocupadas bajo las restantes formas de tenencia. Sin embargo, la proporción de viviendas con pisos y techos en buen estado es menor en las viviendas del CEA. Adicionalmente, existen diferencias estadísticamente significativas importantes según las viviendas tengan o no letrinas privadas, inodoros privados, energía eléctrica, usen estufas de gas propano para cocinar, tengan servicios adecuados de eliminación de desechos sólidos y servicios intradomiciliarios de agua. En todos los casos, las proporciones de viviendas con servicios son mucho más elevadas en la categoría de viviendas que *no* son del CEA que en las del CEA. Estas estadísticas reflejan las malas condiciones de las viviendas del CEA y sus servicios, particularmente en los barrancones. [5]

[5] Aquí se refleja también la presencia predominante de barrancones, que como se analizará en el Capítulo 4 en el contexto de riesgo a la salud de los moradores, constituyen el 63 por ciento de las viviendas del CEA.

CUADRO 2.9 TENENCIA DE LAS VIVIENDAS DEL CEA VERSUS OTRAS FORMAS DE TENENCIA, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS	TENENCIA		TOTAL HOGARES		Coeficiente
	CEA	Otro	%	No.	Cramer's V
Vivienda					
Piso en buen estado/a	30.0	70.0	**28.4**	240	.10688**
Techo en buen estado/b	46.9	53.1	**47.7**	401	.17857****
Paredes cemento/ladrillo/c	71.6	28.4	**37.1**	313	.54449****
Sanitarios					
No tiene	43.3	56.7	**69.8**	589	.16878****
Letrina privada	25.4	74.6	**30.0**	252	
Inodoro privado	33.3	66.7	**.4**	3	
Servicios					
Electrificación	29.8	70.2	**68.7**	580	.24706****
Gas propano para cocinar	33.6	66.4	**66.6**	562	.12478**
Eliminación adecuada de basura	14.5	85.6	**9.0**	76	.15727****
Agua intradomiciliaria/d	20.4	79.6	**33.2**	280	.25498****
Nacimiento jefe/a hogar					
Rep. Dominicana	35.4	64.6	84.1	710	.12158***
Haití	51.5	48.5	15.9	134	
Etnia de la madre/e					
Dominicana	31.7	68.3	72.2	603	.20508****
Haitiana/ y domínico-haitiana	53.9	46.1	27.8	232	
% del Total	**38.0**	**62.0**	**100.0**		
Número	320	521		844	

NOTAS: a) Las 240 viviendas con piso en buen estado corresponden a las viviendas con pisos de mosaico o granito (0.7 por ciento), de cemento sin grietas (26.1 por ciento), y de madera en buen estado (1.7 por ciento), correspondientes a las categorías 4, 5 y 6 de la pregunta 52 en el cuestionario. Entre las viviendas con pisos en mal estado se encuentran, 15.3 por ciento con piso de tierra, 55.5 por ciento con piso de cemento agrietado, y 0.7 por ciento con piso de madera en mal estado.

b) Las 401 viviendas con techos en buen estado corresponden a 1.1 por ciento con techos de cana en buen estado, 24.6 por ciento con techos de zinc sin óxido ni goteras, 2.9 por ciento con techos de asbesto, 18.8 por ciento con plato de concreto, y 0.4 por ciento con techo de concreto y tejas, correspondientes a las categorías 5, 6, 7, 8 y 9 de la pregunta 54 del cuestionario.

c) Las viviendas con paredes de tejamanil, yagüa o materiales de desecho sólo conforman el 8.9 por ciento del total de las viviendas; en cambio, las viviendas con paredes de tablas de palma alcanzan el 7.9 por ciento y las de madera el 42.2 por ciento. Un 3.9 por ciento fue definido en la categoría de *otro*

d) Incluye conexiones dentro de la vivienda y en el patio de la vivienda.

e) Se omitieron 9 casos sin información

Una mayor proporción de viviendas del CEA son cedidas a hogares con madres haitianas o domínico-haitianas (54 por ciento) que a madres dominicanas (32 por ciento). De igual manera, 35 por ciento de los hogares con jefatura de nacimiento dominicano reside en viviendas cedidas por el CEA, por debajo del 52 por ciento cuando el jefe o jefa del hogar nace en Haití.

2.5 BIENES DE CONSUMO DURADERO

El uso de bienes de consumo duradero constituye un indicador de la calidad de vida en los hogares y está relacionada con la existencia de energía eléctrica en las comunidades, con la excepción de radios, los cuales pueden ser usados con energía de baterías. El Cuadro 2.10 contrasta los bienes de consumo duradero en los hogares de los bateyes con los establecidos por el ENDESA en 1996 para el área rural en el territorio nacional (Cuadro 2.8) y por la Encuesta del Banco Central en 1998 (ENGIH Vol. III, , 1999), la cual excluye la zona rural del Distrito Nacional del resto rural.

La cobertura de energía eléctrica es ligeramente superior en los bateyes que en la zona rural del territorio nacional. De aquí, que en condiciones culturales y económicas similares, se pueden esperar proporciones de bienes duraderos ligeramente superior en los bateyes.

Los datos de la Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos del Banco Central, a pesar de excluir la zona rural del Distrito Nacional, indican una calidad de vida en la zona rural ligeramente superior a la de los bateyes, desde la óptica de posesión de electrodomésticos.

En la zona rural, el 65 por ciento de los hogares tenía radio grabadora en 1998, comparado con el 41 por ciento en los bateyes. La proporción con los electrodomésticos más importantes es mayor en la zona rural: 30 por ciento de los hogares tienen refrigeradores, frente a 25 por ciento en los bateyes; aunque, la proporción de hogares con estufas de gas es parecida (68 por ciento en los bateyes y 70 por ciento en la zona rural), así como la proporción con máquinas de lavar (19 por ciento en la zona rural y 22 por ciento en los bateyes). Los datos sobre televisores no son comparables porque la encuesta de 1998 recoge información solamente para los televisores a color.

2.10 BIENES DE CONSUMO DURADERO

	Bateyes	NACIONAL	
	Rurales 1999	Rural 1996	Rural 1998
Electrodomésticos			
Radio o grabadora	40.9	58.0	65.2
Abanico eléctrico	41.8	33.3	--
Equipos música/CD	5.3	7.0	--
Televisión	64.3	51.8	25.8*
Lavadora de ropa	21.8	8.9	18.8
Refrigerador	25.3	26.9	30.1
Estufa	67.8	56.4	70.0
Plancha eléctrica	25.9	32.0	--

NOTA: *Dato sólo incluye tv a color.

FUENTES: ENDESA RD-1996 y ENGIH Vol. III, 1998 para los datos nacionales y esta encuesta para datos sobre los bateyes.

2.6 CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS MADRES

El Cuadro 2.11 presenta datos sociodemográficos de todas las madres, biológicas y de crianza. Aproximadamente una tercera parte de las madres tienen 15-24 años de edad, un poco más de la tercera parte tienen 25-34 años, 22 por ciento tiene

35-49 años y 6 por ciento tiene 50 y más años de edad.

El 14.1 por ciento de las madres no son madres biológicas de los niños menores de cinco años. Entre éstas, 88.7 por ciento son abuelas o madrastras.

El 85 por ciento de las madres están unidas, y solamente el 6.9 por ciento ha legalizado la unión con el matrimonio por la ley o la iglesia. Las madres alguna vez unidas las componen el restante 15.0 incluyendo 1.3 por ciento de las madres que reporta ser madre soltera. Esta categoría se define por las madres que mantienen o mantuvieron en el pasado relaciones sexuales ocasionales con el padre de sus hijos pero sin cohabitar con él.

El nivel educativo de las madres está por debajo del nivel nacional, cuando se comparan con los datos del ENDESA-RD/1996 (Cuadro 2.9) para las mujeres en edad fértil. En los bateyes, 28.0 por ciento no tiene ninguna educación y 36.0 por ciento alcanza algún curso del primer nivel de la primaria, mientras a nivel nacional, solamente 7.0 por ciento no alcanzó ningún nivel de educación.

A nivel nacional el 30.4 por ciento de las mujeres de 15-49 años terminó por lo menos un grado de la secundaria y 13.2 por ciento por lo menos un grado universitario. En los bateyes, las que logran completar un grado de secundaria o educación superior es del 8.5 por ciento y el 1.3 por ciento respectivamente.

En síntesis, a nivel nacional, el 75 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años de edad alcanza niveles de educación del quinto grado de la primaria y más, frente al 35 por ciento de las madres en los bateyes.

La etnia autodefinida por las madres es mayoritariamente dominicana (71.4 por ciento), seguido por la domínico-haitiana (15.8 por ciento) y la haitiana (11.7 por ciento).

CUADRO 2.11 CARACTERISTICAS DE LAS MADRES

CARACTERISTICAS	%	% Acum	Número
Edad			
15-19	11.4	11.4	96
20-24	22.9	34.3	193
25-34	37.4	71.7	316
35-49	22.2	93.9	187
50+	6.2	100.1	52
Estado marital			
Unida	78.1	78.1	659
Casada	6.9	85.0	58
Separada	11.6	96.6	98
Divorciada	0.1	96.7	1
Viuda	2.0	98.7	17
Madre soltera	1.3	100.0	11
Nivel de Educación			
Ninguno	28.0	28.0	236
1-4 Primaria	36.0	64.0	304
5-8 Primaria	25.0	89.0	211
1-4 Secundaria.	8.5	97.5	72
1-4 Universidad	1.3	98.8	11
Sin respuesta	1.2	100.0	10
Etnia			
Dominicana	71.4	71.4	603
Haitiana	11.7	83.1	99
Domínico-Haitiana	15.8	98.9	133
Sin respuesta	1.1	100.0	9
Madres biológicas			
Biológicas	85.9	85.9	725
De crianza	14.1	100.0	119
TOTAL	100.0		844

2.6.1 CARACTERISTICAS DE LAS VIVIENDAS CON JEFATURA FEMENINA

El Cuadro 2.12 presenta las características de las viviendas de jefatura masculina y femenina. No existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción de hogares con jefatura masculina y femenina según las viviendas sean cedidas por el CEA o sean ocupadas bajo otras formas de tenencia. En el 87 por ciento de las viviendas del CEA y el 85 por ciento de viviendas bajo otras formas de tenencia, residen hogares con jefatura masculina. Mientras en el 13 por ciento de las viviendas del CEA y el 15 por ciento de las viviendas bajo otras formas de tenencia, habitan hogares con jefatura femenina.

CUADRO 2.12 JEFATURA DEL HOGAR SEGUN CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

	JEFATURA DEL HOGAR		TOTAL CARACTERISTICAS		
CARACTERÍSTICAS	Masculina	Femenina	%	No.	Cramer's V
Tenencia vivienda					
Cedida por el CEA	86.6	13.4	38.0	320	n.s.
Otro	85.2	14.8	62.0	521	
Servicios sanitarios					
Ninguno	85.2	14.8	69.8	589	n.s.
Letrina privada	86.5	13.5	29.9	252	
Inodoro privado	66.7	33.3	0.4	3	
Agua intradomiciliaria*					
Tiene	83.9	16.1	32.0	280	n.s.
No tiene	86.3	13.7	66.8	564	
Tipo de vivienda					
Casas individuales	84.8	15.2	56.2	475	n.s.
Casas en hileras	82.8	17.2	6.9	58	
Pieza	87.1	12.9	10.1	85	
Barracón	87.2	12.8	26.8	226	
Piso de la vivienda*					
Mal estado	84.4	15.6	71.4	603	n.s.
Buen estado	88.3	11.7	28.4	240	
Otro	100.0	0.0	0.1	1	
Paredes de la vivienda*					
Mal Estado	85.3	14.7	8.9	75	n.s.
Palma o Madera	85.3	14.7	50.1	423	
Ladrillo o Cemento	85.9	14.1	37.1	313	
Otro	84.8	15.2	3.9	33	
% del Total	**85.0**	**15.0**	**100.0**		
Total Viviendas	717	127		844	

NOTA: * Ver definiciones operacionales de estas variables en las notas del cuadro 2.9.

Además, tampoco existen diferencias estadísticamente significativas entre los hogares con jefaturas femenina y masculina, según las viviendas tengan o no servicios sanitarios, letrinas o inodoros; tengan o no servicios intradomiciliarios de agua; sean de diferentes tipos; y estén en condiciones diferentes, según el estado de las paredes y del piso.

2.6.2 LUGAR DE NACIMIENTO Y DOCUMENTACION DE LAS MADRES

El Cuadro 2.13 presenta el país de nacimiento de las madres distribuidos según las madres estén o no documentadas con actas de nacimiento de su país de origen. A las entrevistadas se les preguntó: ¿En qué lugar vivía su madre cuando usted nació? En el Cuadro 2.13 se observa que el 52.8 por ciento de las madres reporta haber nacido en el batey en que fue entrevistada y 10.5 por ciento en otro batey. Sólo el 12.4 por ciento indica haber nacido en el extranjero, mientras 24.1 por ciento informa provenir de otra comunidad de RD diferente a un batey.[6]

CUADRO 2.13 LUGAR DE NACIMIENTO Y ACTA DE NACIMIENTO DE LA MADRE, SEGUN ETNIA

CARACTERISTICAS	ETNIA DE LA MADRE			Total Lugar Nacimiento	
	Dominicana	Haitiana y D-H	NS/SR	%	Número
Lugar de nacimiento					
Batey de la entrevista	58.9	38.4	22.2	**52.8**	446
Otro Batey	11.8	6.5	33.3	**10.5**	89
Otra localidad	28.5	12.1	33.3	**24.1**	203
En el extranjero	0.8	42.7	11.1	**12.4**	105
NS/SR	0.0	0.4	0.0	**0.1**	1
Acta de nacimiento				Total acta nacimiento	
República Dominicana	77.8	37.9	66.7	**66.7**	563
Haití	0.3	22.0	0.0	**6.3**	53
Otro país	0.2	0.4	0.0	**0.2**	2
No tiene	21.2	38.8	33.3	**26.2**	221
NS/SR	0.5	0.9	0.0	**0.6**	5
% TOTAL	71.4	27.5	1.1	100.0	
NUMERO	603	232	9		844

El porcentaje de madres que se define como dominicana representa al grupo con menos proporción de madres migrantes de otra localidad de RD, dado que el 58.9 por ciento nació en el batey de la entrevista, comparado con el 38.4 por ciento de las madres haitianas y domínico-haitianas. La emigración desde Haití fue reportada por el 42.7 por ciento de las madres que se definen como haitianas o domínico-haitianas y por el 0.8 por ciento de las que se definen como dominicanas.

[6] Debido a lo sensitivo del tema no se solicitó ver la documentación. Los datos representan el testimonio verbal de los entrevistados.

En conjunto, 66.7 por ciento de las madres reportan tener acta de nacimiento de RD, 6.3 por ciento de Haití, 0.2 por ciento de otro país y 26.2 por ciento reportan no tener ningún acta de nacimiento. Es decir, que una de cuatro madres en los bateyes no posee acta de nacimiento. Esta proporción es menor para las dominicanas que para las haitianas y las de ascendencia haitiana. Aproximadamente, una de cinco madres dominicanas (21 por ciento) no tiene acta de nacimiento, en comparación con dos de cada cinco madres haitianas o de ascendencia haitiana (39 por ciento). Por otra parte, una de cada cinco madres haitianas o de ascendencia haitiana (22 por ciento) reportan tener acta de nacimiento de Haití.

2.6.3 ATENCION A NIÑOS Y NIÑAS DE MADRES QUE TRABAJAN

El Cuadro 2.14 presenta datos sobre la persona que cuida los niños cuando la madre tiene que trabajar. Un poco más de la mitad de las madres (54 por ciento) no trabaja o trabajó antes del nacimiento de sus hijos e hijas y el 12 por ciento trabaja dentro del hogar y cuida a sus hijos. Un 1.8 por ciento de las madres se lleva a los pequeños al trabajo y no requiere que alguien los atienda.

Entre las madres que trabajan y requieren la atención de una persona para sus pequeños, se encontró que las abuelas cumplen este rol en mayor proporción que las demás personas (38 por ciento. Después de las abuelas, la hermana mayor (26 por ciento) y otro familiar (22 por ciento) cuidan a los niños y niñas en ausencia de la madre. Las restantes modalidades son utilizadas por una proporción relativamente pequeña de las madres. La proporción de vecinas que cuidan a los niños de las madres que trabajan (5.9 por ciento) es superior a la proporción de madres que pagan por este servicio (2.4 por ciento).

CUADRO 2.14 ATENCION A NIÑOS Y NIÑAS DE MADRES QUE TRABAJAN

	TOTAL MADRES		MADRES QUE TRABAJAN FUERA DEL HOGAR	
	%	Número	%	Número
Relación con persona que atiende				
Trabajó antes nacimiento/no trabaja/no aplica	53.6	452	--	--
Ninguna, trabaja dentro del hogar/no aplica	12.1	102	--	--
Ninguna, lleva niño al trabajo	0.8	7	2.4	7
Ninguna, menor asiste a escuela	0.4	3	1.0	3
Abuela	13.2	111	38.3	111
Hermana mayor	8.9	75	25.9	75
Otro familiar	7.6	64	22.1	64
Vecina	2.0	17	5.9	17
Paga a alguien	0.8	7	2.4	7
Sin respuesta	0.7	6	2.1	6
Total	100.1	844	100.1	290

2.7 SINTESIS

Los hogares que conforman la población materno-infantil de los bateyes durante el período muerto, constituyen familias estables con profundas raíces comunitarias. La generalidad de los miembros permanece en su hogar después del período de zafra y cerca de tres de cada cuatro personas nació en el batey en que reside. Esta estabilidad constituye un indicador de su importancia para el mantenimiento de las plantaciones de caña de azúcar. También indica la posibilidad que tiene esta población de insertarse en mercados de trabajo diferentes a la oferta del CEA. Unicamente el 6 por ciento de la población y el 12 por ciento de las madres reportó haber nacido en Haití.

La jefatura femenina del hogar fue medida por la ausencia del padre. Esta constituye el 15 por ciento del total de hogares en la población meta. Esta proporción está por debajo del nivel nacional y de la zona rural (19.8 por ciento) con datos de 1996. La diferencia puede explicarse debido a que la subpoblación materno-infantil representa a mujeres relativamente de menor edad que el universo de mujeres en edad fértil. Por otra parte, los hogares con jefatura femenina no residen en viviendas que se diferencian de los hogares con jefatura masculina por las condiciones de los materiales de construcción de las paredes y los pisos. Tampoco se diferencian por el acceso a servicios básicos.

La estructura familiar que prevalece en los bateyes es nuclear. Solamente 12.1 por ciento de los miembros del hogar no son parte de la familia nuclear. Los hogares extendidos se caracterizan principalmente por la presencia de nietos y nietas, lo cual señala la importancia de la abuela en la crianza de la población infantil. El tamaño promedio de los hogares es de 5.3 personas, superior a la media de 4.3 personas encontrada en 1996 a nivel nacional y en la zona rural. Como se presentará en el próximo capítulo, los hogares numerosos en los bateyes tienen un valor económico, porque aumentan la media del ingreso mensual en el hogar.

Los hallazgos del estudio aportan evidencia del proceso de hibridación sociocultural que tiene lugar en el espacio territorial de los bateyes, y la vigencia del creole haitiano como medio de comunicación, aún durante el período muerto. Aunque las dos terceras partes de la población y siete de cada diez madres se definen como dominicanas, el conocimiento del creole haitiano se extiende más allá de los límites de la nacionalidad. Entre las madres que se autodefinen como dominicanas el 35.7 por ciento entiende y habla creole, proporción que asciende al 94 por ciento entre las que se definen como haitianas o domínico-haitianas. Las madres domínico-haitianas alcanzan el 15.8 por ciento y las haitianas el 11.7 por ciento del total de madres en la población meta.

Los bajos niveles de escolaridad en los bateyes reflejan el desarrollo desigual entre estas comunidades y el resto de la población. Aunque el análisis de grupos quinquenales de edad señala un aumento de la escolaridad en las últimas décadas, la proporción de iletrados en la población adulta de 15 y más años es del 34.5 por ciento, muy por encima de la tasa de analfabetismo nacional de 19.3 por ciento en 1993 y 15.5 por ciento en 1998. Por otra parte, el analfabetismo entre las madres es del 28 por ciento, por encima del 7 por ciento encontrado en el territorio nacional en 1996 en mujeres de 15 a 49 años de edad. Esta diferencia es de gran

importancia, dado que la educación de la madre incide más que ninguna otra variable en las variables de interés analizadas en este estudio.

La proporción elevada de iletrados en los bateyes es la otra cara de los logros insignificantes en la educación primaria, secundaria y universitaria. Solamente el 20 por ciento de la población de 6 y más años alcanza finalizar por lo menos un grado del quinto al octavo de primaria; 6 por ciento termina por lo menos un grado de la secundaria y el 1 por ciento alcanza a inscribirse en la universidad. Entre las madres, el 25 por ciento completa por lo menos un grado de quinto a octavo de la primaria; 8.5 por ciento alcanza completar por lo menos un grado de la secundaria; y 1.3 por ciento, un grado universitario. En cambio, en el territorio nacional, entre las mujeres de 15 a 49 años con datos de 1996, el 30.4 por ciento había finalizado por lo menos un grado de secundaria, y 13.2 por ciento un grado universitario.

La educación en los bateyes es predominantemente pública y no privada. Entre la población de 6 y más años que asiste a la escuela, pudo determinarse, que el 92 por ciento estudia en escuelas públicas y 4.9 por ciento en escuelas privadas. Una proporción alta de niños y niñas en edad escolar se inscribe en la escuela de forma tardía. Así, sólo el 87 por ciento de la subpoblación de 6-9 años de edad asiste a la escuela, mientras el 93 por ciento del grupo de 10-14 años asiste. Pero, la deserción escolar aumenta abruptamente después de los 14 años y solamente el 47 por ciento en el grupo de 15-19 años permanece en la escuela.

El estudio no incluye datos sobre la calidad del proceso de enseñanza-aprendizaje en el salón de clase. A pesar de esta limitante, la información recogida permite enfocar algunos de los problemas que aquejan la educación formal en los bateyes. La inscripción tardía y la repetición de grado causan el atraso en el grado apropiado para la edad, o sobreedad, la cual afecta la permanencia del estudiante en la escuela, incidiendo finalmente en su deserción del sistema escolar. Entre la población de 6-14 años de edad, el 30 por ciento tiene el grado adecuado para la edad, la mayoría (60 por ciento) está atrasada para la edad, el 2 por ciento ha desertado y el 8 por ciento no ha completado ningún grado. Cada año, el problema de sobreedad se agudiza. A los 7 años, solamente el 51 por ciento cursa el grado apropiado; a los 9 años, sólo el 21 por ciento cursa el grado apropiado, hasta reducirse a cero en los estudiantes de 13 y 14 años, edad correspondiente al séptimo y octavo grado respectivamente. A los 15 años, edad legal para entrar en la secundaria, se inicia la gran deserción, la cual abarca el 53 por ciento de la población de 15 a 19 años.

Además de las dificultades que tiene cualquier estudiante pobre para asistir a la escuela, en los bateyes inciden dos obstáculos adicionales. Primero, la alfabetización en castellano, dirigida por maestros que desconocen las dificultades que enfrentan los estudiantes cuya lengua materna es extranjera; y segundo, la vigencia de una legislación que prohibe acreditar el título de la educación primaria a estudiantes sin acta de nacimiento. Una entrevista para este estudio con la ex-Secretaria de Educación, Lic. Ligia Amado Vda. Cardona (Octubre 7, 2000), permitió verificar que en la Secretaria de Estado de Educación y Cultura existe un reglamento interno que requiere el acta de nacimiento antes de la inscripción de los niños y niñas en la escuela y además, existe una legislación que prohibe acreditar a estudiantes sin actas de nacimiento el título de primaria al finalizar el 8vo. grado.

Los datos en este estudio proveen suficiente evidencia para concluir que las inscripciones escolares se realizan sin actas de nacimiento, dado que 92 por ciento de la población que asiste a escuelas estudia en escuelas públicas. En este sentido, la ex Secretaria de Educación afirmó durante la entrevista, que todos los años (1996-2000) envió circulares a los Directores de Escuela para que inscribieran a los niños sin actas de nacimiento, y para que motivaran a los padres a sacar actas de nacimiento tardías. Pero, también informó, que la titulación de octavo grado sin acta de nacimiento no puede ser ordenada por la Secretaría de Educación, ya que existe una legislación que lo prohibe.

El poder de estas normas para obstaculizar el derecho de los niños de los bateyes a recibir una educación, es evidente cuando se considera que el 32 por ciento de la población meta no tiene actas de nacimiento. En la práctica, la norma interna ha sido abolida, y no ofrece obstáculo a la inscripción de los niños, pero no así la legislación, la cual permanece vigente. Pero, el hecho de que solamente una ínfima proporción de la población alcanza la secundaria, puede significar que muy pocas personas sufren la consecuencia de la ley que niega la titulación de octavo grado, sencillamente porque la proporción que se gradúa de octavo es muy baja y probablemente tenga acta de nacimiento. En la medida que la educación mejore y más niñas y niños indocumentados intenten permanecer en la escuela más allá de la primaria, la legislación puede ser una traba infranqueable, a menos que se establezca una política de proveer con acta de nacimiento a todo niño o niña que nazca en territorio dominicano y de no permitir la entrada al país de personas extranjeras sin documentación. De esta manera, la intención de la legislación, de forzar a los padres a sacar las actas de nacimiento de sus hijos, puede ser lograda.

Por otra parte, la legislación no contempla la situación de niños, niñas y adolescentes de ascendencia haitiana en situación de indocumentados e impedidos de lograr actas de nacimiento por la aplicación de la ley. Negarle a estos niños y niñas el derecho a la educación primaria no es congruente con la práctica actual a nivel de educación superior, adoptada por varias instituciones y universidades como la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), que permiten la inscripción de estudiantes haitianos al mismo costo de los estudiantes dominicanos.

Otro aspecto estudiado en este capítulo es la calidad de vida a través de la vivienda, servicios y posesión de bienes duraderos. La vivienda en los bateyes adquiere una característica diferente al resto de las comunidades rurales debido a la tenencia corporativa del 38 por ciento de las viviendas de la población meta. La dependencia del CEA se establece además, por la construcción privada en terrenos del CEA de una proporción aún mayor del 41.5 por ciento de las viviendas, las cuales carecen de título de propiedad. Sólo el 5 por ciento de los hogares residen en viviendas con título de propiedad.

Las viviendas del CEA aparentan estar en mejor estado que las restantes debido a que constituyen el 72 por ciento de las viviendas con paredes de bloques de cemento, característica que como se verá más adelante, las hace más resistentes a los vientos de huracanes. Sin embargo la proporción de pisos y techos en buen estado es menor en las viviendas del CEA. Este dato refleja la renuencia o imposibilidad que tienen los inquilinos para reparar viviendas que no son de su propiedad, así como la ausencia de un programa de mantenimiento de parte del CEA.

La comparación de las viviendas y los servicios básicos entre construcciones del CEA y de particulares, refleja la poca importancia que la industria le ha dado al medio ambiente, la calidad de vida y la salud de sus moradores. Un hallazgo sorprendente es que el 70 por ciento de las viviendas no tienen letrinas particulares y tres de cada cuatro viviendas con letrinas son viviendas particulares, no del CEA. El acceso a todos los servicios privilegia a las viviendas particulares. Así, entre las viviendas con electricidad, 70 por ciento son particulares; entre las que tienen eliminación adecuada de basura, 86 por ciento son particulares; entre las que cuentan con conexiones de agua en el patio o en la vivienda, 80 por ciento son particulares; y entre las que usan gas propano para cocinar, 66 por ciento son particulares.

La habilidad de los moradores de viviendas que no son cedidas por el CEA para vivir en mejores condiciones que los moradores de viviendas del CEA se explica por dos factores. La ausencia de programas sociales efectivos de parte del CEA y la mayor proporción de haitianos y domínico-haitianos residiendo en viviendas del CEA. Entre los hogares con madres dominicanas, una de cada tres hogares reside en viviendas del CEA, razón que sobrepasa a una de cada dos viviendas cuando la madre es haitiana o domínico-haitiana.

Desde la óptica de calidad de vida proporcionada por bienes duraderos, mayormente electrodomésticos, los hogares de los bateyes no tienen diferencias de importancia con los hogares de la zona rural del país. Este hallazgo está relacionado con una cobertura de electricidad ligeramente superior en los bateyes que en la zona rural del territorio nacional. Se encontró que el 25 por ciento de los hogares tiene refrigerador, el 68 por ciento cocina con gas propano, el 64 por ciento tiene televisor, el 41 por ciento tiene radio grabadora, el 41 por ciento tiene abanico eléctrico, el 26 por ciento usa plancha eléctrica y el 22 por ciento lava la ropa con máquina eléctrica.

CAPITULO 3

OFERTA DE MANO DE OBRA, NIVEL DE EMPLEO E INGRESO

3.1 CONSIDERACIONES CONCEPTUALES

3.1.1 EL CICLO DEL EMPLEO EN LA INDUSTRIA AZUCARERA

La cadena agroindustrial del azúcar impone un ritmo de trabajo definido por dos períodos de aproximadamente seis meses de duración cada uno: el período de *zafra* o corte de la caña de azúcar, que por lo general se inicia durante el mes de diciembre y finaliza a finales de mayo o durante el mes de junio, y el período denominado *muerto*, que se extiende aproximadamente de junio a noviembre. Durante el período de la zafra, la industria demanda fuerza laboral adicional a la proporcionada por los trabajadores agrícolas que permanecen el año entero en los bateyes. Después de la zafra, la fuerza laboral excedente emigra a otros lugares de trabajo o permanece en los bateyes durante el período muerto. El destino de la población haitiana que participa en la zafra se ha diversificado en los últimos años y se confunde con la migración que de manera ilegal cruza la frontera para residir en territorio dominicano.

La población que emigra del batey al finalizar la zafra azucarera no es meta de este estudio, sino por el contrario, la población que permanece en el batey. De la población que emigra con cada zafra puede decirse, que no existen estadísticas que puedan identificar el número de braceros que regresa a Haití y el número que se queda ilegalmente en el país—el CEA no controla este proceso ni dispone de estadísticas fiables. Al finalizar la zafra, muchos braceros encuentran en suelo dominicano otros mercados de trabajo, como son la zafra cafetalera de las montañas del Suroeste y el trabajo agrícola en cultivos como el arroz, cacao, frutas y vegetales, etc.—donde la mano de obra haitiana ha ido substituyendo al semiproletariado agrícola y su familia. La ciudad también ofrece opciones a los hombres en actividades formales de la industria de la construcción, y en actividades informales de transporte y comercio. Las mujeres encuentran empleo doméstico en casas de familia o se dedican a actividades comerciales en el sector informal de la economía.

El momento de aplicación de la encuesta coincidió con el primer mes de inicio de zafras anteriores, pero debido al proceso de capitalización de los ingenios del CEA, durante el mes de diciembre de 1999 en ninguno de los ingenios se había iniciado la zafra al momento de la encuesta. Los campos de caña se reducían a retoños de la cosecha anterior. De aquí que la población encuestada representa a la población que reside de manera permanente que no emigra del batey después de la zafra.

3.1.2 TASA GLOBAL DE PARTICIPACION Y DEFINICION DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA DE MANERA CONVENCIONAL

La *tasa global de participación* se define de manera convencional por la proporción de la población de 10 y más años que está ocupada o busca trabajo la semana anterior a la encuesta. Las personas se clasifican como ocupadas si estaban empleadas o hicieron algún trabajo por el cual recibieron pago, o realizaron algún trabajo no remunerado, en su casa o en cualquier establecimiento o negocio de la familia.

La población económicamente activa (PEA), está constituida por la mano de obra disponible para la producción de bienes y servicios. En otras palabras, representa la oferta de trabajo existente en la economía a la fecha de la encuesta (diciembre de 1999). Se divide en *ocupados* y *desocupados*. Estos últimos a su vez se subdividen en *cesantes* y *activos que buscan su primer trabajo*. Los cesantes son las personas que no trabajaron durante la semana anterior a la encuesta (período de referencia convencional) pero habían trabajado antes y no eran jubilados ni pensionados. Los que *buscan su primer trabajo*, corresponden a personas que no trabajaron durante la semana de referencia, pero estuvieron buscando trabajo.

La controversia en la definición de la PEA se presenta en su medición. En países desarrollados, las personas desocupadas que no están pensionadas ni jubiladas y que tampoco están buscando trabajo la semana anterior a la encuesta, se clasifican como población *no económicamente activa*, y por lo tanto, no son categorizados como desocupados dentro de la PEA. Esta medición también se usa en países en vías de desarrollo, pero tiende a presentar una tasa de desocupación menor a la real.

3.1.3 DEFINICION DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA DE MANERA NO CONVENCIONAL

En nuestro país, al igual que en otros países con indicadores de desarrollo económico bajos, la oferta de trabajo es relativamente inferior a la de los países desarrollados. Por esta razón, el excedente de mano de obra no calificada se inserta en mercados informales o espera oportunidades de trabajo a través de redes de amistades y familiares. Muchas personas desean trabajar, pero se encuentran frustradas por haber buscado trabajo en ocasiones anteriores sin encontrarlo. En este contexto de abundancia de mano de obra, el instrumento de medición de su oferta, no puede ser igual que en los contextos de países desarrollados donde la mano de obra es más bien escasa. Por esta razón, la medición de la oferta de mano de obra en los bateyes que se adopta en este estudio como válida no es convencional.

Para construir la *PEA no-convencional*, se asume que la persona que no busca trabajo la semana anterior a la encuesta no es necesariamente parte de la población *económicamente no ac*tiva. El indicador de la PEA no convencional define como *cesante* a personas de 10 y más años que la semana anterior a la encuesta estaban sin trabajar, habían trabajado durante los 6 meses antes de la encuesta (correspondiente al período muerto de la industria azucarera), y estaban en disposición de trabajar—aunque no hubiesen estado buscando trabajo la semana anterior a la encuesta. En cambio, la medición convencional solamente incluye como cesantes los que habían trabajado antes y buscaban trabajo la semana anterior a la encuesta. En este acápite, ambos

indicadores han sido calculados, aunque solamente el indicador de la PEA no convencional se adopta y utiliza en los análisis posteriores.

3.1.4 CATEGORIA OCUPACIONAL

La categoría ocupacional denota las diferentes relaciones sociales que se establecen en la producción de bienes y servicios y representa el eje clave en la definición de clases en las sociedades industrializadas modernas. La persona ocupada o cesante se incorpora al proceso de trabajo de formas diversas. La persona *empleadora o patrona*, es aquella que dirige su propia empresa económica, o que ejerce una profesión u oficio, para lo cual contrata uno o más empleados o empleadas. Se distingue del *trabajador por cuenta propia*, porque este último trabaja en su profesión u oficio pero no contrata empleados.

El trabajador o trabajadora asalariada es la persona que trabaja para un patrón, público o privado y recibe una remuneración en forma de sueldo (empleados de oficina y profesionales), salario, comisión, propina, pago por destajo o pago en especie. El trabajador por *destajo* o *ajuste*, recibe un pago global por la realización de un trabajo previamente acordado, y es la forma que utiliza la industria azucarera para pagar el corte de la caña. Como el tiempo no es contabilizado, el trabajo a destajo puede perjudicar al trabajador, pues este no recibe prestaciones laborales por su desempeño ni recibe los beneficios de vacaciones, licencias por enfermedad, partos, etc.

El *trabajador o trabajadora familiar no pagada* es la persona que trabaja sin remuneración en una empresa económica explotada por un familiar que es parte del hogar. No incluye pues, el trabajo doméstico que no tiene un fin económico y que realizan los miembros del hogar de forma cotidiana, particularmente la mujer y sus hijas. Muchos adolescentes y mujeres trabajan en empresas familiares sin recibir pagos. Cuando el hombre es autoritario y se apropia de los beneficios, este trabajo puede perjudicar a los demás miembros de la familia. Por último, la categoría *ocasional* denota a personas que no trabajan todo el tiempo, y que fue imposible para la entrevistadora determinar en cual categoría ocupacional ubicarlas. Todas las categorías se aplicaron a los ocupados y a los cesantes durante el período muerto, correspondiente a seis meses antes de la encuesta.

3.1.5 RAMA DE ACTIVIDAD Y SECTOR ECONOMICO

La *rama de actividad* se refiere al sector de la economía dentro de la cual la persona ejerce la ocupación o lo hizo en el pasado. La rama de la economía se aplicó a los ocupados y los cesantes durante el período muerto. Además, se midió el *sector económico*, definido por la agregación de varias ramas con características comunes, ya sea por constituir una sola empresa de gran importancia, como es el caso del CEA; por configurar diversas industrias bajo una ley específica de producción, como son las empresas de zona franca; o por el objetivo específico de la actividad económica, como son las diferentes empresas orientadas al turismo, la construcción o la agricultura en fincas privadas diferentes al CEA. Estos sectores fueron seleccionados porque se esperaba encontrar en ellos una proporción importante de personas ocupadas. La categoría residual de *otro*, denomina a las ramas que no pudieron ser clasificadas en ninguna de las explícitamente indagadas.

3.2 POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA Y NO ACTIVA DURANTE EL PERIODO MUERTO

A todos los miembros del hogar de 10 y más años de edad que estuvieron presentes al momento de la entrevista se les preguntó: ¿Durante los últimos 7 días, tuvo usted algún empleo o trabajo por paga o ganancia, o sin paga para un familiar? Si la persona no estaba trabajando se le preguntó por su situación la semana anterior y además, si estaría dispuesta a trabajar por paga o ganancia en caso de encontrar trabajo. La madre contestó la pregunta en ausencia de miembros del hogar.

Los datos indican que al momento de la encuesta, medido de forma convencional, la *tasa global de participación* es de 47.1 por ciento, la tasa de ocupación es del 44.0 por ciento y la tasa de desocupación del 6.6 por ciento.[1] A nivel nacional, la encuesta del Banco Central estableció a finales de 1998 la tasa global de participación en 57.6 por ciento, la tasa de ocupación en 49.1 por ciento y la de desocupación en 14.7 por ciento (ENGIH, Vol. III, 1999, 30). Estos resultados indican menor tasa global de participación y menor tasa de ocupación en los bateyes durante el período muerto. Pero, la tasa de desocupación en la población de los bateyes, no puede ser medida de manera convencional debido a los niveles de marginalidad de la población. Cuando se considera la PEA no convencional, la tasa de desocupación en los bateyes asciende al 42.9 por ciento, 23.2 por ciento son desocupados cesantes y 19.7 por ciento personas que desean entrar al mercado laboral por primera vez, como se presenta en el Cuadro 3.1.

El Cuadro 3.1 presenta la tasa de desocupación por género, calculado de manera convencional y no convencional, para toda la población de 10 años y más de edad, y desagregada según la población sea cesante o busque trabajo por primera vez. De manera convencional, solamente las personas que trabajaban y aquellas que estaban buscando trabajo la semana anterior a la encuesta se registran dentro de la población económicamente activa. Esta definición arroja una proporción de 6.6 por ciento de desocupados. Esta medición arroja una proporción de hombres desocupados mayor que la de mujeres. El 7.0 por ciento de los hombres son desocupados cesantes (habían trabajado antes) y 0.1 por ciento buscan trabajo por primera vez. En cambio, entre las mujeres, 4.8 por ciento son cesantes y 0.3 por ciento buscan trabajo por primera vez. Es decir que calculado convencionalmente, el nivel de desocupación es mínimo y existe muy poca diferenciación en los índices de desocupación entre los géneros.

La diferenciación por género medida de forma no convencional revela la dificultad de la mujer para entrar al mercado de trabajo. El 38 por ciento de las mujeres son desocupadas cesantes, en contraste con el 11 por ciento de los hombres; y el 31 por ciento de las mujeres desean entrar al mercado laboral por primera vez, en contraste con el 11 por ciento de los hombres. El Gráfico 3.1 ilustra estos resultados utilizando ambas metodologías.

El resto de la población se considera no económicamente activa (PNEA), y corresponde a personas que no buscaban trabajo ni trabajaban fuera de la esfera doméstica al momento de la encuesta. De manera convencional, en el conjunto de la población inactiva, el 55.3 por ciento se dedica a quehaceres domésticos, el 38.5 por ciento está constituido por estudiantes y el 5.3 por personas jubiladas, pensionadas o con otra condición.

[1] La tasa de desocupación corresponde al porcentaje de la PEA que está desocupada.

CUADRO 3.1 POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA Y NO ACTIVA, MEDIDA DE FORMA CONVENCIONAL Y NO CONVENCIONAL, SEGUN GENERO*

Distribución porcentual de la población de 10 y más años, según su clasificación como PEA o PNEA, según género

MEDICION CONVENCIONAL

	HOMBRE		MUJER		TOTAL PEA	
Población económicamente activa (PEA)	%	No.	%	No.	%	No.
Ocupados	92.9	814	94.9	278	**93.4**	1,092
Desocupados cesantes	7.0	61	4.8	14	**6.4**	75
Desocupados que buscan por primera vez	0.1	1	0.3	1	**0.2**	2
Total Género	74.9	876	25.2	293	**100.1**	1,169
Población no económicamente activa (PNEA)						
					TOTAL PNEA	
Quehaceres domésticos	8.2	27	71.0	699	**55.3**	726
Estudiantes	74.2	245	26.4	260	**38.5**	505
Jubilados/pensionados/Otros	15.8	52	1.8	18	**5.3**	70
No Sabe/sin respuesta	1.8	6	0.7	7	**1.0**	13
Total Género	25.1	330	74.9	984		1,314
Total población económicamente activa y no activa	48.6	1,206	51.4	1,277	**100.0**	2,483

MEDICION NO CONVENCIONAL

	HOMBRE		MUJER		TOTAL PEA	
Población económicamente activa (PEA)	%	No.	%	No.	%	No.
Ocupados	78.3	814	31.9	278	**57.1**	1,092
Desocupados cesantes	11.2	116	37.6	329	**23.2**	445
Desocupados buscan por primera vez	10.6	110	30.5	267	**19.7**	377
Total	54.3	1040	45.7	874	**100.0**	1,914
Población no económicamente activa (PNEA)						
					TOTAL PNEA	
Quehaceres domésticos	4.8	8	59.3	239	**43.4**	247
Estudiantes	80.1	133	35.5	143	**48.5**	276
Jubilados/pensionados/Otros	13.3	22	3.7	15	**6.5**	37
No Sabe/sin respuesta	1.8	3	1.5	6	**1.6**	9
Total Género	29.2	166	30.7	403	**100.0**	569
Total población económicamente activa y no activa	48.6	1,206	51.4	1277	**100.0**	2,483

NOTA:* La medición convencional de la PEA incluye a las personas que trabajaban al momento de la encuesta y los desocupados que buscaban trabajo 7 días antes de la encuesta. La medición no convencional adicionalmente incluye a las personas desocupadas que no estaban buscando trabajo durante los 7 días previos a de la encuesta, pero estaban dispuestas a trabajar. Además, se incluyeron jubilados por el CEA que estaban en disposición de trabajar. Estas jubilaciones obedecieron al cierre del CEA, no a causas de salud o edad.

GRAFICO 3.1 POBLACION DE 10 Y MÁS AÑOS ECONÓMICAMENTE ACTIVA, MEDIDOS DE FORMA CONVENCIONAL Y NO CONVENCIONAL, SEGUN GENERO

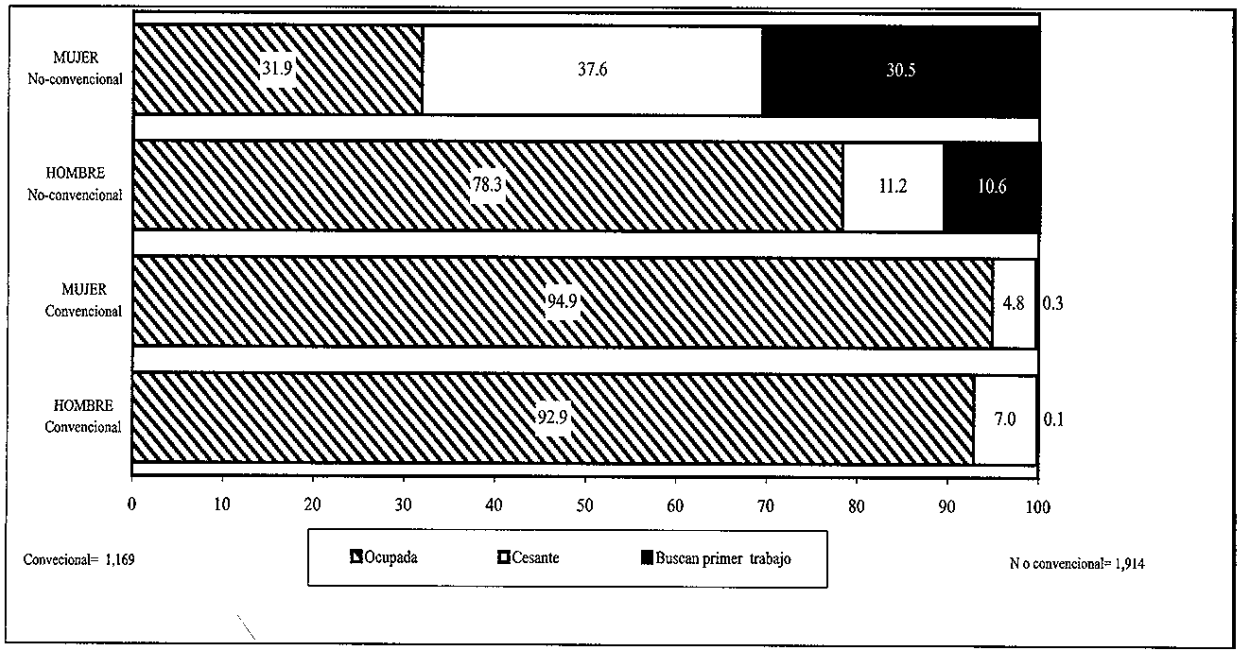
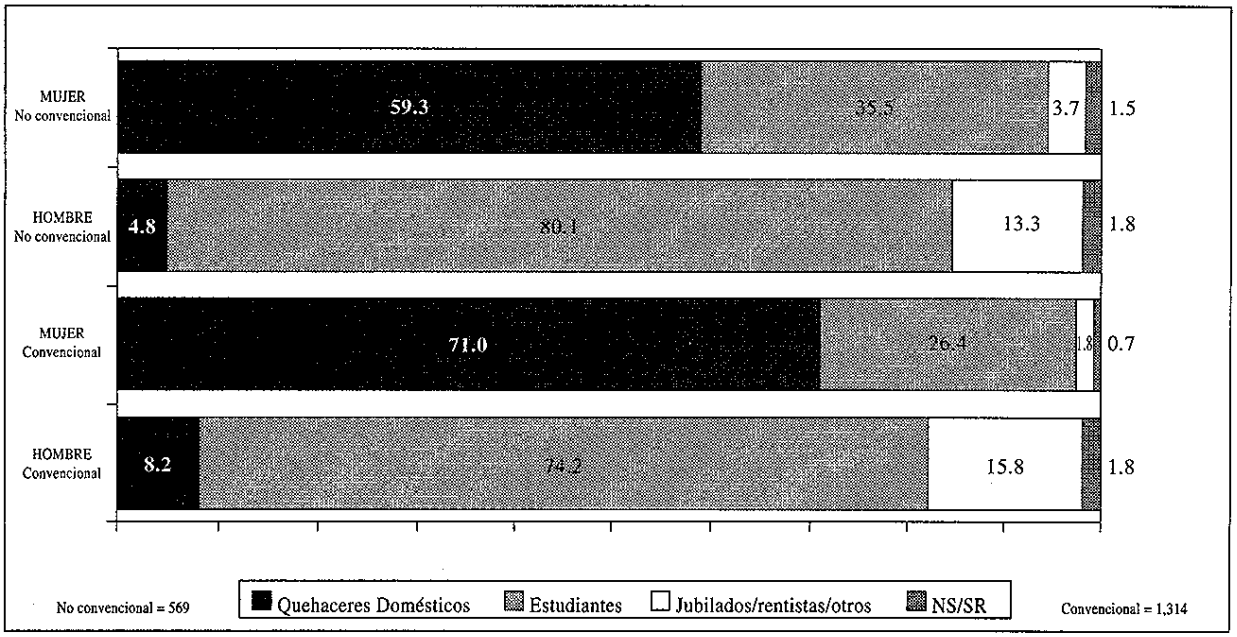


GRAFICO 3.2 POBLACION DE 10 Y MÁS AÑOS NO ECONÓMICAMENTE ACTIVA, MEDIDOS DE FORMA CONVENCIONAL Y NO CONVENCIONAL, SEGUN GENERO



La comparación de la población mayor de 10 años no económicamente activa, medida con las dos metodologías se ilustra en el Gráfico 3.2. En la medición no-convencional, la proporción de mujeres dedicadas a quehaceres domésticos se reduce de un 71 por ciento a un 59 por ciento; y la de hombres de un 8 a un 5 por ciento. Esto hace que la proporción de estudiantes no económicamente activos aumente, alcanzando el 36 por ciento entre las mujeres y el 80 por ciento entre los hombres. Adicionalmente, una mayor proporción de hombres (13.3 por ciento) que de mujeres (3.7 por ciento) son jubilados, rentistas o tienen otros medios de subsistencia. De cualquier manera que se mida, los datos revelan la situación de desventaja de la mujer con respecto a los hombres al examinar su situación de seguridad social.

3.3 RAMAS DE ACTIVIDAD ECONOMICA

El Cuadro 3.2 presenta las diferentes ramas de actividad económica de las personas de 10 y más años que habían trabajado después de la última zafra. Es decir, la PEA no convencional, excluyendo los que buscan trabajo por primera vez. Las principales ramas corresponden al trabajo doméstico remunerado, alcanzando el 19 por ciento, seguido por agricultura y/o pesca (18 por ciento), comercio (15 por ciento), operarios de construcción (14 por ciento), y transporte (8 por ciento). Los obreros industriales alcanzan el 3 por ciento y los no especializados el 4 por ciento. El grupo agregado de otras ocupaciones es del 14 por ciento.

CUADRO 3.2 RAMA DE ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA PEA NO CONVENCIONAL DURANTE EL TIEMPO MUERTO, SEGUN GRUPO EDAD Y GENERO*

	EDAD EN AÑOS				GENERO		TOTAL RAMA	
	10-18	19-24	25-44	45+	Masculino	Femenino	%	Número
Rama de actividad								
Empleado Oficina	1.4	2.0	2.6	0.7	1.7	2.5	**2.0**	31
Comercio	13.6	13.1	14.6	16.3	8.3	23.3	**14.5**	223
Agricultura / Pesca	15.6	6.4	15.6	37.0	28.1	2.8	**17.7**	271
Transporte	3.4	6.7	10.6	5.8	14.0	0.2	**8.3**	127
Operarios de construcción	9.5	16.8	14.9	8.3	22.2	1.3	**13.6**	208
Operarios industriales	0.7	4.4	4.1	0.7	1.9	5.0	**3.2**	49
Obrero no especializado	4.8	5.0	3.9	4.8	6.4	1.4	**4.4**	67
Trabajadores domésticos	21.8	28.5	16.2	14.1	0.4	44.8	**18.8**	288
Vendedor ambulante	6.8	2.0	3.2	2.2	1.8	5.0	**3.1**	48
Otra ocupación	20.4	14.1	14.1	9.4	14.7	12.8	**13.9**	213
Sin respuesta	2.0	1.0	0.2	0.7	0.6	0.8	**0.7**	10
Cramer's V		.19085****			.73845****			
% Total edad y género	9.6	19.4	53.0	18.0	58.7	41.3	**100.0**	
Número	147	298	814	276	901	634		1,535

NOTA: PEA se refiere a personas de 10 y más años que trabajaban o estaban cesantes una semana antes de la encuesta, incluyendo entre los cesantes los que estaban en disposición de trabajar. Los que buscan trabajo por primera vez se han excluido.

La edad y el sexo de las personas explican parcialmente su ocupación. El 28 por ciento de los hombres se dedica a la agricultura, 22 por ciento a la construcción, 14 por ciento al transporte, 8 por ciento al comercio y 6 por ciento son obreros no especializados. Es decir, que en conjunto estas cinco ramas absorben el 79.0 por ciento de las ocupaciones masculinas. En cambio, 45 por ciento de las mujeres están empleadas en trabajos domésticos, 23 por ciento en comercio, 5 por ciento en ventas ambulantes y 5 por ciento son operarias industriales; absorbiendo estas cuatro ramas 78.1 por ciento del trabajo femenino. El elevado porcentaje de las mujeres en trabajos domésticos, es un indicador de las condiciones deplorables de su subsistencia. Esto así, porque el mismo no está protegido por la ley en términos de prestaciones laborables de igual manera que otros trabajos, y además, se valora poco en el mercado.

Adicionalmente, existen diferencias estadísticamente significativas en las categorías ocupacionales según los grupos de edad que se presentan en el Cuadro 3.2, pero la asociación es débil y solamente en algunas ramas se presenta una asociación moderada o fuerte. Este es el caso de la agricultura y pesca, donde predominan las personas de más edad, (37 por ciento de la población de 45 y más años), mientras la proporción es de un 15 por ciento para las personas de 25 a 44 y de 10 a 18 años, y del 6 por ciento para las de 19 a 24 años. La proporción de operarios de construcción es mayor en los dos grupos intermedios con el rango de 19 a 44 años, y la de transportistas es mayor en el grupo de 25 a 44 años. Las ocupaciones en que los grupos más jóvenes predominan son las de trabajadoras domésticas (22 por ciento en el grupo de 10 a 18 años y 29 por ciento en el de 19 a 24 años), vendedores ambulantes y la categoría residual de *otras* ocupaciones.

La fuerte asociación entre el sexo de la persona y la ocupación que realiza (con un coeficiente de un 0.73845 y un nivel del 99.9 por ciento de confianza) es un indicador de la existencia de un mercado segmentado según el género de la persona trabajadora. Esta segmentación se entiende mejor prediciendo el sexo si se conoce la rama de actividad del o la trabajadora; en otras palabras, se asume el sexo como variable dependiente y la rama como variable explicativa.

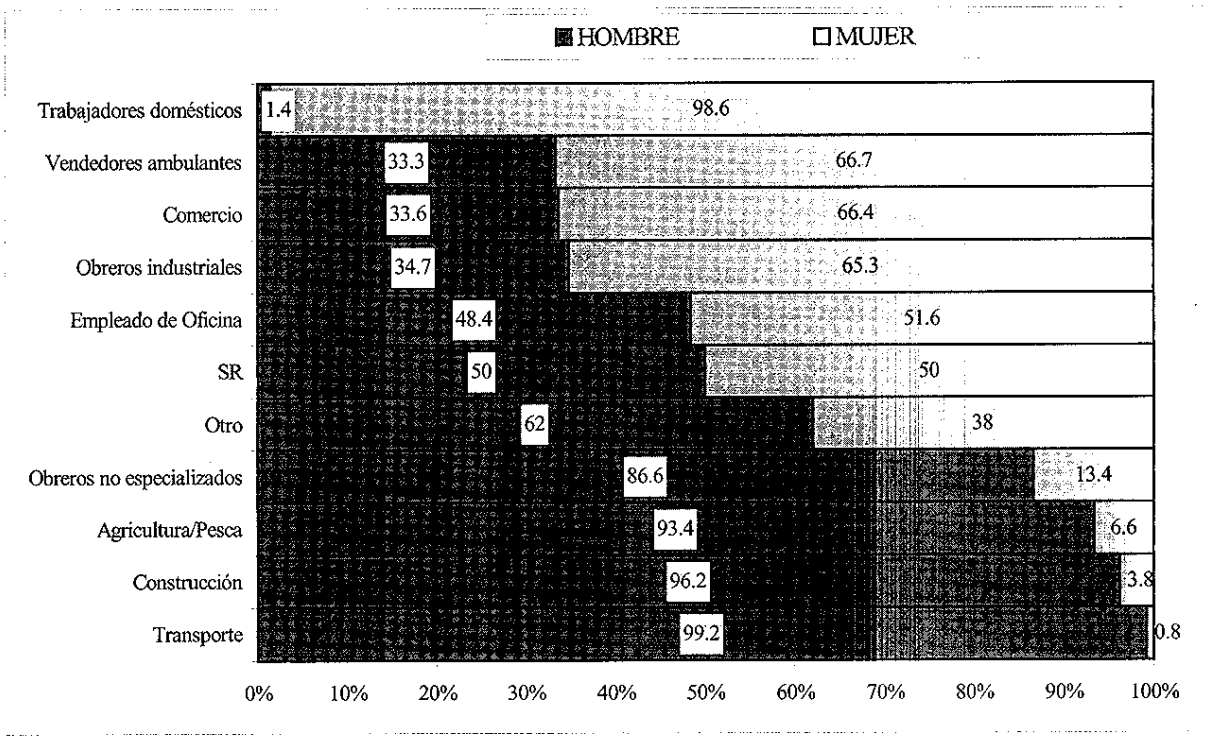
El Gráfico 3.3 presenta estos resultados. Los hombres dominan las ramas de agricultura y pesca (94 por ciento), transporte (99 por ciento), operarios de la construcción (96 por ciento), obreros no especializados (87 por ciento), y otros grupos no identificados (62 por ciento). En cambio las mujeres dominan el comercio (66 por ciento), operarios industriales (65 por ciento), trabajo doméstico (99 por ciento) y ventas ambulantes (67 por ciento). La segmentación del mercado laboral perjudica a la mujer. En las ramas feminizadas de la economía, el trabajo se paga a menor costo, por lo que el hombre, se aleja de éstas ramas por el bajo salario, además del menor estatus que adquieren estas ramas al convertirse en "trabajo de mujeres."

3.4 CATEGORIA OCUPACIONAL DE LA PEA NO CONVENCIONAL, SEGUN GENERO Y GRUPO DE EDAD

La población ocupada y la cesante que trabajó alguna vez durante el tiempo muerto, se presenta clasificada según la categoría ocupacional a que pertenece, por género y edad. Los resultados se presentan en el Cuadro 3.3. Más de las dos terceras partes de la PEA durante los seis meses

anterior a la encuesta, vendió su fuerza de trabajo de forma *asalariada* o a *destajo*. Este es un hallazgo importante que refleja una economía básicamente de mercado, propia de centros urbanos y no rurales. Es probable que obedezca a la localización peri-urbana, o próxima a centros urbanos de muchos bateyes.

GRAFICO 3.3 SEGMENTACION DEL MERCADO LABORAL SEGUN GENERO



CUADRO 3.3 CATEGORIA OCUPACIONAL DE LA PEA NO CONVENCIONAL OCUPADA Y CESANTE DURANTE EL PERIODO MUERTO, SEGUN GRUPO DE EDAD Y GENERO*

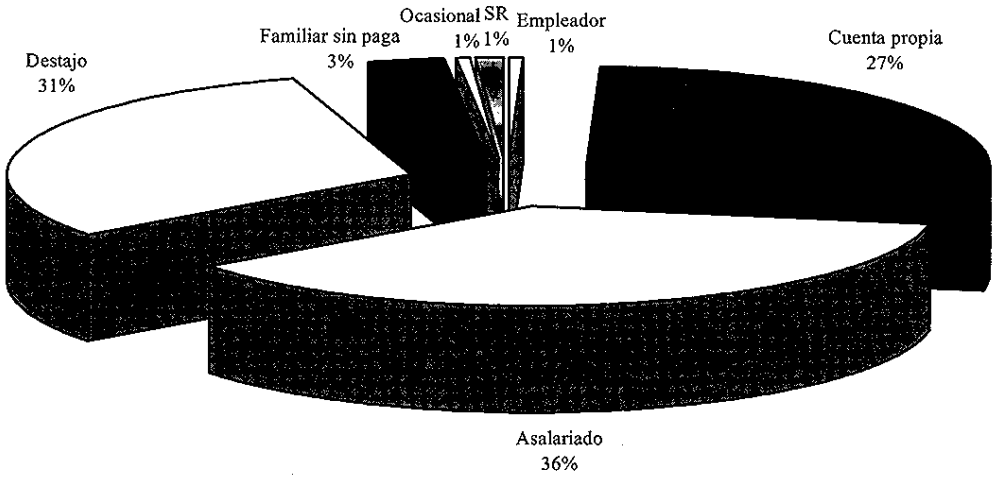
	EDAD EN AÑOS				GENERO		Total Categoría Ocupacional	
	10-18	19-24	25-44	45+	Masculino	Femenino	%	Número
Categoría ocupacional								
Empleador/a	0.0	0.7	0.6	0.4	0.6	0.5	**0.5**	8
Cuenta Propia	29.3	17.8	28.5	33.7	25.9	29.7	**27.4**	421
Asalariado/a	26.5	48.3	38.5	25.7	25.5	53.2	**36.9**	567
Trabajador a destajo	25.9	29.9	29.9	35.5	44.0	11.4	**30.5**	468
Familiar sin paga	15.6	1.7	1.5	2.2	2.4	3.8	**3.0**	46
Ocasional	0.7	0.7	0.6	0.7	0.6	0.8	**0.7**	10
NS / SR	2.0	1.0	0.5	1.8	1.1	0.8	**1.0**	15
%Total Edad y Género	9.6	19.4	53.0	18.0	58.5	41.5	**100.0**	
Número	147	298	814	276	907	644		1,535

La próxima categoría de importancia es la de *trabajador por cuenta propia*, que representa el 27.4 por ciento de la PEA. En conjunto estas tres categorías constituyen el 95 por ciento de la PEA. La categoría de empleadores es casi inexistente, reflejando la escasez de la microempresa en estas comunidades y la incapacidad de los *cuentapropistas* para acumular capital y comprar fuerza laboral. El Gráfico 3.4 ilustra estos resultados.

El análisis por género de la categoría ocupacional de la PEA no convencional, excluyendo los que buscan trabajo por primera vez, presenta diferencias importantes en las categorías de asalariados y de trabajadores a destajo. El 53 por ciento de las mujeres son asalariadas, más del doble de la proporción de hombres asalariados; y el 44 por ciento de los hombres son trabajadores a destajo, casi cuatro veces más la proporción de mujeres que trabajan por ajuste o destajo. Estas diferencias se explican por los datos presentados en el Cuadro 3.2 sobre la segmentación de los mercados de trabajo por género. Una proporción alta de las mujeres son trabajadoras domésticas (44.8 por ciento) y operarias industriales (5 por ciento) en parques de zonas francas. Ambas actividades se realizan de forma asalariada. En cambio, los hombres se concentran en la agricultura (28 por ciento) y la construcción (22 por ciento), ambas actividades caracterizadas por el trabajo realizado por ajuste o destajo.

El análisis por grupo de edad presenta diferencias más marcadas entre el grupo más joven de trabajadores menores de 19 años y los demás grupos. De forma esperada, la proporción de trabajadores familiares no remunerados se concentra en este grupo (16 por ciento); siendo de 7 a 10 veces mayor que la proporción en los demás grupos.

GRAFICO 3.4 CATEGORIA OCUPACIONAL DE LA PEA NO CONVENCIONAL



3.5 OCUPACION EN SECTORES SELECCIONADOS DE LA ECONOMIA

A las personas entrevistadas se les preguntó, ¿a qué se dedica la empresa, institución o negocio en que trabaja (o trabajó) por última vez? La distribución de la población permanente y económicamente activa de 10 y más años según sectores de la economía se presenta en el Cuadro 3.4. Los principales sectores de la economía que subsumen fuerza de trabajo de los bateyes agrícolas son el sector de fincas privadas agrícolas (17 por ciento), el sector de la construcción (13 por ciento), el CEA (5 por ciento), el sector de las zonas francas (3.4 por ciento), y el sector turístico (2 por ciento). En conjunto, los tres últimos sectores emplean el 10.3 por ciento de la población que trabaja en tiempo muerto, proporción menor que la subsumida por el sector de la construcción o el agrícola. De forma agregada, en la categoría residual de *otro*, se incluye al 59 por ciento de la PEA que no fue incluida en los sectores anteriormente descriptos.

Existe una fuerte asociación entre los sectores de las ramas económicas y el género. La proporción de la PEA masculina subsumida por la construcción es del 21 por ciento y por el sector agrícola del 23 por ciento. Estos dos sectores explican el empleo en más de dos de cada cinco hombres y en muy pocas mujeres. El CEA solamente emplea al 7 por ciento de la PEA masculina y el 2 por ciento de la PEA femenina. Cuatro de cada cinco mujeres encuentra empleo en mercados informales. Pero, aunque las mujeres tienen más participación que los hombres en zonas francas (6.5 por ciento) y en el sector turístico (2.5 por ciento), la participación en estos dos sectores no alcanza a explicar el empleo de una de cada diez mujeres.

CUADRO 3.4 PRINCIPALES SECTORES DE LA ECONOMIA QUE COMPRAN FUERZA LABORAL DURANTE EL TIEMPO MUERTO, SEGUN GENERO Y EDAD

Distribución porcentual de la PEA, excluyendo los que buscan trabajo por primera vez, por sector de la economía, según grupo de edad y género

	EDAD EN AÑOS				GENERO		Total Sector	
	10-18	19-24	25-44	45+	Masculino	Femenino	%	Número
Sector								
Zona Franca	1.4	4.4	4.5	0.0	1.2	6.5	**3.4**	52
CEA	3.4	1.0	3.4	13.0	6.8	1.7	**4.7**	72
Construcción	7.5	16.4	14.3	6.5	21.1	0.6	**12.6**	194
Turismo	0.7	2.3	2.8	1.1	2.0	2.5	**2.2**	34
Fincas Privadas	17.7	10.7	15.7	25.4	23.3	7.3	**16.7**	256
Otro	66.7	64.1	58.7	51.8	44.6	80.1	**59.3**	910
NS/SR	2.7	1.0	0.5	2.2	1.0	1.3	**1.1**	17
Cramer's V	.16315****				.45005****			
% Total Edad y Género	10.3	19.2	52.7	17.8	58.5	41.5	**100**	1,535
Número	160	298	817	276	907	644		

La participación de la PEA en diferentes sectores varía según el grupo de edad y el género. La proporción de personas empleadas en el sector de zonas francas, construcción y turismo es

mayor en los grupos de 19 a 44 años, en cambio, en el CEA y en fincas privadas la proporción del grupo de más de 44 años de edad es mayor que en los otros grupos. En la categoría de *otros*, que incluye trabajos domésticos y actividades de la economía informal, la proporción de trabajadores subsumida es inversamente proporcional al grupo de edad. En esta categoría se encuentra el 80 por ciento de las mujeres y el 45 por ciento de los hombres.

3.6 INGRESO PERSONAL POR TRABAJO PRINCIPAL

3.6.1 PARAMETROS UTILIZADOS EN LA MEDICION DE LA POBREZA

La cuantificación del ingreso se fundamenta en el supuesto de un nivel mínimo de calidad de vida, denominada línea de pobreza. La persona con niveles de consumo o ingreso por debajo de ésa línea se considera pobre. La recomendación del Banco Mundial (1990), entre otros, para calcular una línea de pobreza per cápita, comparable entre varios países, es la de utilizar US$60.0 mensuales en paridad de poder adquisitivo (ppa) de 1985 y una de US$30.0 mensuales para definir la indigencia o pobreza extrema. En 1995, ese monto en moneda nacional era equivalente a US$46.

La Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares, realizada por el Banco Central de Octubre de 1997 a Septiembre de 1998, justificó adoptar una línea de pobreza per cápita equivalente a US$60.0 de 1998 a la tasa de cambio promedio de venta del mercado extrabancario vigente durante la aplicación de la encuesta, es decir, de RD$14.90. El resultado es un monto de RD$894.0 per cápita al mes, lo cual es equivalente a RD$3,754.8 por hogar al mes, tomando en consideración el tamaño promedio de 4.2 personas por hogar (ENGIH Vol. V, 1999, 18).

Por otra parte. las categorías utilizadas para analizar los ingresos en este estudio son equivalentes a los montos de salario mínimo fijados por el Banco Central en 1999, y vigentes durante el período de recolección de datos. Los salarios mínimos establecidos en el territorio nacional son de 878 pesos para actividades agrícolas; 1,757 pesos para empresas con capital de hasta 200,000 mil pesos; 1,987 para las de 200 a 500,000 pesos; y el salario mínimo más alto de 2,895 pesos, para las empresas con capital superior al medio millón de pesos (Banco Central, Boletín Trimestral abril-junio, 1999). Adicionalmente, se tomó en cuenta el monto de la canasta familiar establecida en 1999 por el Banco Central y se calculó el ingreso per cápita tomando como referencia los ingresos de la PEA durante el período de seis meses anteriores a la encuesta, período que se inicia después de la zafra azucarera.

3.6.2 ULTIMO INGRESO MENSUAL POR TRABAJO PRINCIPAL

A cada persona de 10 y más años se le preguntó, el número de horas diarias que dedicaba a su trabajo y el período que estuvo sin trabajar en los últimos seis meses. Además, se indagó el monto del pago recibido y si este se recibía diario, semanal, quincenal, mensual o anual. A los que recibían el pago diario, se les preguntó cuántos días a la semana trabajaban, para poder calcular el ingreso mensual. En caso de ausencia del hombre, la mujer fue la informante principal. Con esta información se calcularon los ingresos recibidos durante el último mes que trabajó después de la zafra azucarera.

El Cuadro 3.5 presenta los ingresos del último mes trabajado por dos subpoblaciones diferentes: las personas de 10 y más años, así como la subpoblación económicamente activa ocupada y subocupada (cesante durante parte del período muerto). El 40.1 por ciento de la población de 10 y más años no percibe ningún ingreso, dado que 38.1 por ciento pertenecen a la población económicamente no activa o están buscando trabajo por primera vez.

CUADRO 3.5 INGRESO PERSONAL POR TRABAJO PRINCIPAL REALIZADO DURANTE EL PERIODO MUERTO Y PERCIBIDO EN EL ULTIMO MES, SEGUN GRUPO DE EDAD Y GENERO

POBLACION DE 10 Y MAS AÑOS DE EDAD

	EDAD DE MIEMBROS DEL HOGAR				GENERO		Total ingreso	
	10-18	19-24	25-44	45+	Masculino	Femenino	%	Número
Ingreso mensual								
Ninguno/No trabajó	82.7	30.7	19.9	22.5	27.3	52.2	**40.1**	995
1-878	8.9	13.5	14.4	19.6	8.5	18.0	**13.4**	332
879-1,756	4.5	23.4	19.8	21.3	15.6	16.9	**16.3**	404
1,757-2,895	2.7	14.7	21.8	21.0	21.6	8.5	**15.0**	373
2,896-5,000	1.1	12.5	16.7	10.1	19.5	2.2	**10.6**	263
5,001-10,000	0.0	.4.5	6.4	4.6	6.9	1.3	**4.0**	99
10,001 y más	0.1	0.7	1.0	0.9	0.7	0.6	**0.7**	17
Cramer's V	.33246****				.41615****			
% Total Edad y Género	28.6	17.0	40.4	14.0	48.6	51.4	**100.0**	2,483
Número	710	423	1,003	347	1206	1277		

PEA DE 10 Y MAS AÑOS DE EDAD OCUPADOS Y DESOCUPADOS CESANTES

	EDAD DE MIEMBROS DEL HOGAR				GENERO		Total ingreso	
	10-18	19-24	25-44	45+	Masculino	Femenino	%	Número
Ingreso mensual								
Ninguno	15.8	1.7	1.5	2.5	2.6	3.8	**3.1**	47
1-878	43.2	19.1	17.7	24.6	11.3	36.2	**21.6**	332
879-1,756	21.9	33.2	24.4	26.8	20.9	34.0	**26.3**	404
1,757-2,895	13.0	20.8	26.9	26.4	28.9	17.8	**24.3**	373
2,896-5,000	5.5	17.8	20.5	12.7	26.1	4.4	**17.1**	263
5,001-10,000	0.0	6.4	7.9	5.8	9.2	2.5	**6.4**	99
10,001 y más	0.7	1.0	1.2	1.1	1.0	1.3	**1.1**	17
Cramer's V	.19605****				.42723****			
% Total Edad y Género	9.5	19.4	53.1	18.0	58.6	41.4	**100.0**	
Total	146	298	815	276	900	635		1,535

Considerando solamente la población económicamente activa ocupada o desocupada cesante, el porcentaje de los que trabajan y no perciben ingresos se reduce al 3.1 por ciento. El 22 por ciento recibe el equivalente al salario mínimo rural de 878 pesos o menos; 26 por ciento recibe más que el salario mínimo rural de 878 pesos y menos del salario mínimo en las empresas más pequeñas, equivalente a 1,757 pesos; 24 por ciento recibe más del mínimo de las empresas

pequeñas hasta el salario mínimo de las empresas grandes, de 2,895 pesos; 17 por ciento percibe más del salario mínimo de las empresas grandes hasta 5,000 pesos; 6.4 por ciento recibe de 5,001 a 10,000 pesos mensuales y el 1.1 por ciento recibe más de 10,000 pesos.

En conjunto, los niveles de ingresos mensuales de la PEA ocupada y cesante—población que trabajó algún tiempo durante el período muerto--se pueden clasificar en tres estratos: 2 de cada cuatro personas (51.0 por ciento) que no reciben ingresos o lo reciben por debajo del salario mínimo en las empresas más pequeñas; una de cada cuatro personas (24.3 por ciento) que alcanza el equivalente al salario mínimo de 1,757 a 2,895 pesos, y una de cuatro personas (24.6 por ciento) que recibe más del equivalente al salario mínimo en empresas grandes.

La distribución por grupos de edad permite establecer una asociación moderada con el nivel de ingreso. Entre la subpoblación de 10 y más años de edad, el 83 por ciento de las personas de 10 a 18 años no recibe ningún ingreso, dado que en este grupo se encuentra la gran parte de la población económicamente no activa. Entre las personas de 19 a 24 años, la proporción que no recibe ingresos se reduce al 31 por ciento; entre las de 25 a 44 años, al 20 por ciento; y entre las de 45 y más años, al 22 por ciento. Por otra parte, los estratos de ingresos superiores al salario mínimo tienen proporciones mayores de personas en los grupos de 25 a 44 años de edad.

Entre la PEA ocupada y desocupada cesante, el 53.1 por ciento está conformado por personas de 25 a 44 años de edad, mientras los trabajadores de 45 y más años solamente conforman el 18 por ciento y los jóvenes de 10 a 18 años el 9.5 por ciento. El trabajo de los jóvenes es el menos valorado, dado que 80.9 por ciento recibe por debajo del equivalente al salario mínimo en las empresas pequeñas, mientras esta proporción se reduce casi a la mitad (43.6 por ciento) en el grupo de edad de 25 a 44 años. La división del trabajo según género también muestra que mientras el 74 por ciento de las mujeres reciben ingresos equivalentes a menos del salario mínimo en las empresas pequeñas, la proporción de hombres se reduce a menos de la mitad (34.8 por ciento).

3.6.3 INGRESO POR TRABAJO PRINCIPAL DURANTE LOS SEIS MESES DEL PERIODO MUERTO, SEGUN CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

El Cuadro 3.6 presenta los ingresos percibidos por la población de 10 y más años y por la población económicamente activa ocupada y cesante durante el tiempo muerto correspondiente a los seis meses anteriores a la encuesta. El 40.1 por ciento de la población de 10 y más años, correspondiente al 3.1 por ciento de la población de la misma edad ocupada y desocupada cesante, no recibió ingresos durante los seis meses del período muerto. Entre la población ocupada y desocupada cesante, la gran mayoría (65 por ciento) recibió un ingreso inferior al equivalente al salario mínimo de 1,757 pesos (0 a 10,536 pesos durante seis meses). El 17.9 por ciento recibe el equivalente al salario mínimo durante seis meses, y 17.3 por ciento recibe ingresos por encima del equivalente al salario mínimo. Estos datos reflejan mayores niveles de pobreza que los presentados anteriormente sobre el último salario devengado. Este resultado es esperado porque los datos durante el período de seis meses reflejan el subempleo y períodos de cesantía. Por esta razón, el ingreso durante el período muerto, constituye un mejor indicador para medir el ingreso que el anterior de ingreso por sólo un mes de trabajo.

CUADRO 3.6 INGRESO POR TRABAJO PRINCIPAL PERCIBIDO DURANTE LOS SEIS MESES DEL PERIODO MUERTO, SEGUN GRUPO DE EDAD Y GENERO

POBLACION DE 10 Y MAS AÑOS DE EDAD

	EDAD MIEMBROS HOGAR				GENERO		Total Ingresos	
	10-18	19-24	25-44	45+	Masculino	Femenino	%	Número
Ingresos miembros hogar en TM								
Ninguno	82.7	30.7	19.9	22.5	27.3	52.2	**40.1**	995
1 a 5,268	10.6	25.8	29.1	39.2	21.7	27.4	**24.6**	612
5,269 a 10,536	3.4	18.0	18.6	14.4	16.1	11.2	**13.6**	337
10,537 a 17,370	2.3	13.2	15.7	13.0	16.4	6.0	**11.0**	274
17,371 a 30,000	1.0	8.5	11.3	7.2	13.0	1.9	**7.3**	181
30,001 a 60,000	0.0	3.3	4.8	3.5	5.1	1.0	**3.0**	74
60,001 y más	0.1	0.5	0.6	0.3	0.4	0.4	**0.4**	10
Cramer's V	.32814****				.35670****			
% Total Edad y Género	28.6	17.0	40.4	14.0	48.6	51.4	**100.0**	2,483
Número	710	423	1003	347	1,206	1,277		

POBLACION DE 10 Y MAS AÑOS DE EDAD ECONOMICAMENTE ACTIVA OCUPADA Y CESANTE

	EDAD MIEMBROS HOGAR				GENERO		Total Ingresos	
	10-18	19-24	25-44	45+	Masculino	Femenino	%	Número
Ingresos de miembros en TM								
Ninguno	15.8	1.7	1.5	2.5	2.6	3.8	**3.1**	47
1 a 5,268	51.4	36.6	35.8	49.3	29.1	55.1	**39.9**	612
5,269 a 10,536	16.4	25.5	22.9	18.1	21.6	22.5	**22.0**	337
10,537 a 17,370	11.0	18.8	19.3	16.3	22.0	12.0	**17.9**	274
17,371 a 30,000	4.8	12.1	13.9	9.1	17.4	3.8	**11.8**	181
30,001 a 60,000	0.0	4.7	5.9	4.3	6.8	2.0	**4.8**	74
60,001 y más	0.7	0.7	0.7	0.4	0.6	0.8	**0.7**	10
Cramer's V	.16955****				.32554****			
% Total Edad y Género	9.5	19.4	53.0	18.0	58.6	41.4	**100.0**	1,535
Número	146	298	814	276	900	635		

La división sexual del trabajo se manifiesta cuando se toma en cuenta el conjunto de la población mayor de 10 años. Mientras 27 por ciento de los hombres no participan en el mercado laboral o no reciben ningún ingreso, la proporción alcanza el 52 por ciento entre las mujeres. La alta proporción de mujeres sin trabajo refleja la asignación de la mujer a actividades domésticas mientras el hombre asume la esfera de actividades económicas fuera del hogar. En el estrato menos pobre, el 18.5 por ciento de los hombres percibe ingresos por encima del equivalente a seis salarios mínimos en las empresas de mayor capital, frente a 3.3 por ciento de las mujeres.

La segmentación del mercado laboral que fuera analizado anteriormente, asigna a la mujer determinados trabajos que tienden a pagarse a un costo inferior a los trabajos asignados a los hombres. Esta segmentación se refleja en los ingresos de la subpoblación ocupada o desocupada

cesante durante los seis meses del período muerto presentados en la parte inferior del Cuadro 3.6. El estrato más pobre, correspondiente a trabajadores familiares sin paga y a los que trabajan por el equivalente al salario mínimo rural o menos, corresponde al 31.7 por ciento de los hombres y al 58.9 por ciento de las mujeres. Mientras, uno de cada cuatro hombres (24.8 por ciento) recibe ingresos superiores al equivalente de seis salarios mínimos industriales, en comparación con solamente 17.3 por ciento de las mujeres.

3.6.4 MEDIAS DE INGRESOS POR TRABAJO PRINCIPAL DURANTE LOS SEIS MESES DEL PERIODO MUERTO, SEGUN CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

1) Ingreso per cápita mensual

La media de ingresos generados por la población de 10 y más años en su trabajo principal durante el período de seis meses es de 6,295 pesos (equivalente a 1,049 pesos mensuales o US$66[2]); presentado en el Cuadro 3.7. En el conjunto de la población, la media de ingresos por trabajo principal per cápita es de 3,481 pesos durante seis meses, equivalente a 580 pesos mensuales o US$36 a la tasa de cambio promedio de venta del mercado extrabancario vigente durante la aplicación de la encuesta .[3] Cuando se toman en cuenta los ingresos adicionales en el hogar (calculado en el acápite 3.7.2 de este capítulo) el ingreso per cápita mensual asciende a 658.68 pesos, equivalente a US$41. En ambos casos, ingreso per cápita, está muy por debajo de la línea de la pobreza de US$60.00, y se aproxima a la línea de indigencia o pobreza extrema de US$30.00.

2) Desigualdad en medias de ingreso según genero y edad

El análisis de varianza (ANOVA) es el método utilizado en este acápite para verificar las hipótesis de que existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de ingresos devengados durante el periodo muerto por diferentes subpoblaciones definidas por características sociodemográficas. El Cuadro 3.7 presenta los resultados de las pruebas tomando en cuenta la población completa de 10 y más años y la subpoblación ocupada o desocupada cesante que trabajó durante el tiempo muerto.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las medias de ingresos percibidos por diferentes subpoblaciones sociodemográficas durante los seis meses de tiempo muerto Las diferencias de género son más marcadas en la subpoblación de personas de 10 y más años porque un mayor número de mujeres pertenece a la población no económicamente activa. Entre los que trabajaron alguna vez en el período muerto (población ocupada y cesante al momento de la encuesta) la diferencia en medias de ingreso se mantiene alta. Mientras la media masculina es de 12,546 pesos la femenina es de 6,835 pesos, casi la mitad de la recibida por los hombres.

La edad de la persona, incide además en el ingreso que esta genera. Las personas más jóvenes de

[2] El dólar calculado a US$1.00=RD$16.00.

[3] Esta media excluye ingresos adicionales en el hogar diferentes a las actividades económicas principales de cada miembro de 10 y más años de edad. En el acápite 3.8.2 se explican las razones por excluir estos ingresos, principalmente su carácter excepcional debido a las donaciones recibidas para paliar los efectos del Huracán Georges y a las prestaciones laborables recibidas por cancelaciones debido a la privatización de los Ingenios del CEA.

10 a 18 años y las mayores de 45 años devengan menores ingresos que las personas adultas de 19 a 44 años de edad. Entre toda la población mayor de 10 años el grupo más joven percibe una media de 1,410 pesos, muy por debajo de los grupos restantes debido a que la mayoría de los niños no trabajan. Pero, cuando se considera la población económicamente activa ocupada y cesante, los ingresos de la población adolescente se mantienen bajos (5,564 pesos), equivalente a la mitad de los ingresos que percibe la población adulta de 25 a 44 años (11,364 pesos) y por debajo de los ingresos del grupo de más edad. En cambio, la diferencia entre los grupos de 19-24 y 25-44 es menor, equivalente a un promedio de 1,000 pesos.

CUADR0.3.7 DIFERENCIAS EN LAS MEDIAS DE INGRESOS POR TRABAJO PRINCIPAL PERSONAL, DURANTE LOS SEIS MESES DEL PERIODO MUERTO, SEGUN GENERO, GRUPO DE EDAD Y NIVEL DE EDUCACION

Distribución de medias de ingresos percibidos por trabajo principal de las personas, entre la población de 10 y más años y entre la PEA ocupada y cesante al momento de la encuesta

CARACTERISTICAS	POBLACIÓN DE 10+ AÑOS			PEA OCUPADA Y CESANTE		
	Media	Número	Coeficiente F	Media	Número	Coeficiente F
	RD$			RD$		
Género						
Masculino	9,362	1,206	225.7585****	12,546	900	95.54****
Femenino	3,399	1,277		6,835	635	
Lee y escribe						
Si	7,172	1,601	16.4330****	11,448	1,003	17.7742****
No	4,682	872		7,761	526	
SR	6,590	10		10,983	6	
Grupo de edad						
10-18 años	1,144	710	97.2033****	5,564	146	12.0970****
19-24 años	7,383	423		10,480	298	
25-44 años	9,234	1,003		11,364	815	
45+ años	7,013	347		8,818	276	
Nivel de educación						
Ninguno	5,310	509	35.5511****	7,744	349	17.2143****
1-4 primaria	4,650	1,011		8,870	530	
5-8 primaria	6,867	589		11,362	356	
Alguno secundaria	7,815	187		11,241	130	
Alguno universitaria	20,313	33		23,941	28	
NS/SR	13,316	154		14,441	142	
MEDIA DEL TOTAL	**6,295**	2,483		**10,183**	1,535	

3) Efecto de la educación en el ingreso

Entre toda la población de 10 y más años, el saber leer y escribir aumenta el ingreso a una media de 7,172 pesos, en contraste estadísticamente significativo con una media de 4,682 pesos para los

que no pueden leer ni escribir.[4] Esta diferencia es mayor entre la subpoblación económicamente activa. El ingreso medio es de 11,448 pesos para los que pueden leer y escribir y se reduce a 7,761 pesos para los que no pueden.

Las diferencias en las medias según el nivel de educación establece una relación directamente proporcional de mayores ingresos para las personas a partir del segundo nivel de la primaria (5to. a 8vo. grado). Entre la PEA ocupada y cesante al momento de la encuesta, el efecto de la educación en el ingreso se manifiesta a tres niveles: las personas que alcanzan algún grado universitario, con un ingreso promedio de 23,941 pesos; las que alcanzara algún grado entre el 5to de la primaria al 12vo. de la secundaria, con una media de 11 mil pesos; y las que no tienen ningún nivel o solamente aprobaron algún grado inferior al 5to de la primaria. En este último estrato, la media de los que no aprobaron ningún año escolar (7,744 pesos, no es muy diferente de la población que aprobó de uno a cuatro grados de la educación básica (8,870 pesos).

4) Interacción de la edad, educación y género en la determinación del ingreso

Para medir la interacción de la edad, el nivel educativo y el género, se construyó un modelo de análisis de varianza con un enfoque de regresión, en que cada media es ajustada manteniendo constante el efecto de las demás variables en el modelo. El Cuadro 3.8 presenta los resultados observados y ajustados al combinar las tres variables además de los valores estandarizados de los errores residuales del modelo. El modelo especifica las medias de ingreso para 42 tipos de subpoblaciones según el género, edad y nivel educativo, y establece la fortaleza de la relación entre la media del ingreso y las variables independientes que la determinan.

Las tres variables en el modelo son estadísticamente significativas, como indican los niveles de confianza de los valores de los coeficientes F. Pero además, los coeficientes parciales Eta Cuadrada, para cada una de las variables--miden la proporción en la varianza de ingreso que puede ser explicada por cada una de las variables independientes--tienen un alto valor explicativo. El género de la persona puede explicar el 53.5 por ciento de la varianza en el ingreso, manteniendo fijo el efecto de las variables restantes. El nivel educativo puede explicar el 44.3 por ciento de la varianza del ingreso, manteniendo fijo el efecto de las otras variables en el modelo, y el grupo de edad puede explicar el 30.0 por ciento.

La desigualdad de ingresos según género--ya sea por menor paga por el mismo trabajo o por la segmentación de las ramas económicas--puede ser observada sin ajustar los ingresos en el modelo. Para ello, solo es necesario comparar los mismos niveles de edad y educación para ambos sexos. Se observa como en el grupo de edad que percibe ingresos más altos (25-44 años) los hombres sin ningún nivel educativo devengan por su trabajo principal una media de 9,717 pesos, comparado con 6,186 pesos para las mujeres sin nivel educativo. Los hombres que alcanzan algún grado del 1ro. al 4to. de primaria logran una media de ingresos de 13,064 pesos, comparado con la media de 5,904 pesos devengada por mujeres del mismo nivel. La desigualdad se mantiene aún en los niveles educativos más altos, siendo la media de 31,545 pesos para los hombres con nivel universitario (1 a 4 años de educación) y de 22,712 pesos para las mujeres del mismo nivel y grupo de edad.

[4] A las personas que reportaban habilidad de lectura-escritura se les preguntaba si podían leer el periódico.

CUADRO 3.8 MEDIAS DE INGRESOS POR TRABAJO PRINCIPAL PERSONAL, DURANTE SEIS MESES DEL PERIODO MUERTO, OBSERVADAS Y AJUSTADAS SEGUN EL EFECTO COMBINADO DEL GENERO, EL GRUPO DE EDAD Y EL NIVEL DE EDUCACION

Distribución de medias de ingresos percibidos por trabajo principal de las personas entre la PEA ocupada y cesante al momento de la encuesta

	MEDIAS DE INGRESOS EN RD$ POR TRABAJO EN 6 MESES					
	HOMBRE			MUJER		
	Observada	Ajustada	RESIDUAL Estandarizado	Observada	Ajustada	RESIDUAL Estandarizado
Educación por edad						
10-18 años de edad						
Ninguno	9,634	5,997	.21697	3,288	511	.16562
1-4 de Primaria	4,024	7,172	-.18778	3,551	1,686	.11128
5-8 Primaria	7,618	9,059	-.08598	11,442	3,573	.46940
1-4 Secundaria	8,720	8,683	.00221	12,600	3,197	.56094
1-4 Universidad	--	--	--	--	--	--
NS/SR	--	--	--	4,800	4,223	.03442
19-24 años de edad						
Ninguno	20,143	11,026	.54389	4,494	5,540	-.06246
1-4 de Primaria	13,219	12,201	.06073	6,865	6,715	-.00889
5-8 Primaria	15,838	14,088	.14441	7,620	8,602	-.05861
1-4 Secundaria	9,750	13,712	-.23632	5,839	8,227	-.14247
1-4 Universidad	8,250	26,174	-1.06929	20,250	20,688	-.02614
NS/SR	12,322	14,738	-.14412		9,252	-.50425
25-44 años de edad						
Ninguno	9,717	11,425	-.10190	6,186	5,940	.01465
1-4 de Primaria	13,064	12,600	.02767	5,904	7,115	-.07224
5-8 Primaria	15,067	14,487	.03459	7,138	9,002	-.11122
1-4 Secundaria	17,845	14,111	.22276	6,041	8,626	-.15424
1-4 Universidad	31,545	26,572	.29666	22,712	21,087	.09693
NS/SR	16,567	15,137	.08532	13,200	9,652	.21169
45+ años de edad						
Ninguno	7,408	9,523	-.12616	6,572	4,037	.15125
1-4 de Primaria	11,057	10,697	-.02144	8,964	5,212	.22386
5-8 Primaria	12,773	12,585	-.01126	3,235	7,099	-.23053
1-4 Secundaria	8,899	12,209	-.19747	2,385	6,723	-.25881
1-4 Universidad	--	--	--	-	--	--
NS/SR	10,692	13,234	-.15165	--	--	--
TOTAL MEDIA	**12,546**	13,116		**6,835**	7,462	
Número de casos	900			635		

	GENERO	EDAD	EDUCACION
Prueba de significación	F=36.81***	F= 4.57**	F=5.10**
Medida de Asociación Parcial ETA cuadrada	.53498	.29980	.44326

5) Efecto de la nacionalidad y la documentación en el ingreso

El Cuadro 3.9 presenta dos indicadores diferentes de nacionalidad para la población mayor de 10 años y para la PEA ocupada y cesante al momento de la encuesta. El lugar de residencia de la madre al nacer la persona no tiene una relación estadísticamente significativa con el ingreso devengado, tanto si se considera la PEA como el conjunto de la población económicamente activa y no activa mayor de 10 años de edad. En ambos casos, la media se aproxima a la media general de 6,295 pesos para la PEA y la PNEA y a 10,183 pesos para la PEA ocupada y cesante. En cambio, el estatus legal que confiere el acta de nacimiento, si establece una diferencia estadísticamente significativa en las medias de ingresos.

CUADRO 3.9 DIFERENCIAS EN LAS MEDIAS DE INGRESO POR TRABAJO PRINCIPAL PERSONAL, DURANTE SEIS MESES DEL PERIODO MUERTO, SEGUN TENENCIA DE ACTA DE NACIMIENTO Y RESIDENCIA DE LA MADRE AL NACER

Distribución de medias de ingreso percibido por trabajo principal de las personas, entre la población de 10 y más años y entre la PEA ocupada y cesante al momento de la encuesta

	POBLACIÓN DE 10+ AÑOS			PEA OCUPADA Y CESANTE		
	Media	Número	Coeficiente F	Media	Número	Coeficiente F
Residencia de la madre al nacer						
RD	6,218	2,206	n.s.	10,282	1,334	n.s.
Haití	6,535	251		9,215	178	
No Sabe	10,550	26		11,926	23	
Acta de nacimiento						
De RD	6,748	1,724	3.0344*	11,229	1,036	5.7331****
De Haití	5,997	137		8,648	95	
De otro país	7,240	6		14,480	3	
No tiene	5,037	590		7,842	379	
NS/SR	6,175	26		7,297	22	
TOTAL MEDIA	**6,295**	2,483		**10,183**	1,535	

Entre la población que trabaja, se pueden destacar mejor las diferencias de ingresos según la tenencia del documento de acta de nacimiento. El ingreso mayor por trabajo realizado lo devengan personas con actas de nacimiento extranjeras diferente a la haitiana (media de 14,480 pesos). Pero, por su escaso número de solamente 3 personas en la muestra, este grupo no tiene importancia social. En cambio, el grupo con acta de nacimiento dominicano tiene una media de ingreso de 11,229 pesos, superior a la media general, mientras los que tienen acta de nacimiento de Haití tienen una media de ingresos menor de 8,648 pesos. La media más baja de 7,842 pesos se encuentra entre los indocumentados. El acta de nacimiento es importante porque en su ausencia, no se puede obtener la cédula de identidad y electoral. Sin la cédula, la persona está incapacitada de realizar transacciones legales en territorio dominicano. La diferencia de ingresos entre documentados y no documentados, es una evidencia de que la ausencia de documentos legales constituye un mecanismo que propicia su menor remuneración.

6) Efecto en el ingreso de la rama de actividad, el sector y la categoría ocupacional

Los factores económicos, como son la rama y el sector de la economía, así como la categoría ocupacional, están relacionados de manera estadísticamente significativa con la media de ingreso recibido por trabajo realizado. El Cuadro 3.10 presenta estos datos.

CUADRO 3.10 DIFERENCIAS EN LAS MEDIAS DE INGRESO POR TRABAJO PRINCIPAL PERSONAL, DURANTE SEIS MESES DEL PERIODO MUERTO, SEGUN SECTOR, RAMA ECONOMICA Y CATEGORIA OCUPACIONAL

Distribución de medias de ingreso percibido por trabajo principal de la PEA ocupada y cesante al momento de la encuesta

	PEA OCUPADA Y CESANTE				
	Media	Número		Media	Número
Sector			**Categoría Ocupacional**		
Construcción	15,918	194	Cuenta propia	11,505	421
Turismo	13,950	34	Familia sin paga	0	46
Sin respuesta	12,276	13	Total	10,183	1,535
Otro	9,640	910	Otro	14,827	10
CEA	9,099	72	Empresario	10,833	8
Zona franca	8,601	52	Asalariado	8,854	567
Fincas privadas	7,824	256	Trabajador a destajo	11,469	468
No Sabe	7,800	4	NS/NS	10,992	14
Coeficiente F		9.7418****			9.5869****

	Media	Número	% de participación
Rama de Actividad			
Trabajadora domestica/o	4,404	288	18.8
Agricultura/pesca	6,943	271	17.7
Comercio	10,036	223	14.5
Otra ocupación	10,756	213	13.8
Operario de construcción	16,113	208	13.6
Transporte: chofer o relacionado	16,653	127	8.3
Obrero no especializado	10,152	67	4.4
Operario industrial	9,455	49	3.2
Vendedor/a ambulante	12,214	48	3.1
Empleado de oficina	20,525	31	2.0
Sin respuesta	12,960	10	0.6
Coeficiente F			24.6067****
TOTAL MEDIA	**10,183**	1,535	100.0

Entre las diversas ramas de la economía que subsumen trabajo en los bateyes, se destacan actividades del sector informal y formal. Cuatro ramas subsumen el 65 por ciento de la PEA ocupada y cesante durante el período muerto—trabajo doméstico asalariado, agricultura o pesca, comercio y construcción. Entre estas, las de mayor importancia cuantitativa son el trabajo doméstico asalariado (18.8 por ciento)y la agricultura o pesca (17.7 por ciento), ambas con las

dos medias de ingreso más bajas de todas las ramas. El trabajo doméstico asalariado, devenga una media de 4,404 pesos, seguido de la agricultura o pesca, con una media de 6,943 pesos. El peso de estas dos categorías en la PEA de los bateyes incide en los niveles de pobreza, dado que la proporción de personas subsumidas en estos trabajos es mayor que en las otras ramas. En orden de importancia le siguen el comercio con una media de ingreso de 10,036 pesos y los operarios de construcción con 16,113 pesos.

La media de ingreso más alta (20,524 pesos) es pagada a empleados y empleadas de oficina, aunque esta actividad tiene una importancia económica baja (2.0 por ciento) en las comunidades de los bateyes. El segundo ingreso más elevado (media de16,653 pesos) lo reciben los choferes y personal de transporte, seguido por los operarios de la construcción (media de 16,113 pesos) y los vendedores y vendedoras ambulantes con una media de ingresos de 12,214 pesos.

La categoría ocupacional también está relacionada con la media de ingreso percibido, pero esta asociación es débil. La media de ingreso más baja (8,854 pesos) la perciben las personas asalariadas, con una proporción importante de mujeres asalariadas como trabajadoras domésticas y como operarias industriales, seguido por la proporción mínima de empleadores (microempresarios) que percibe 10,388 pesos. En cambio, las personas que trabajan por cuenta propia y los trabajadores a destajo perciben por encima de los 11,469 pesos.

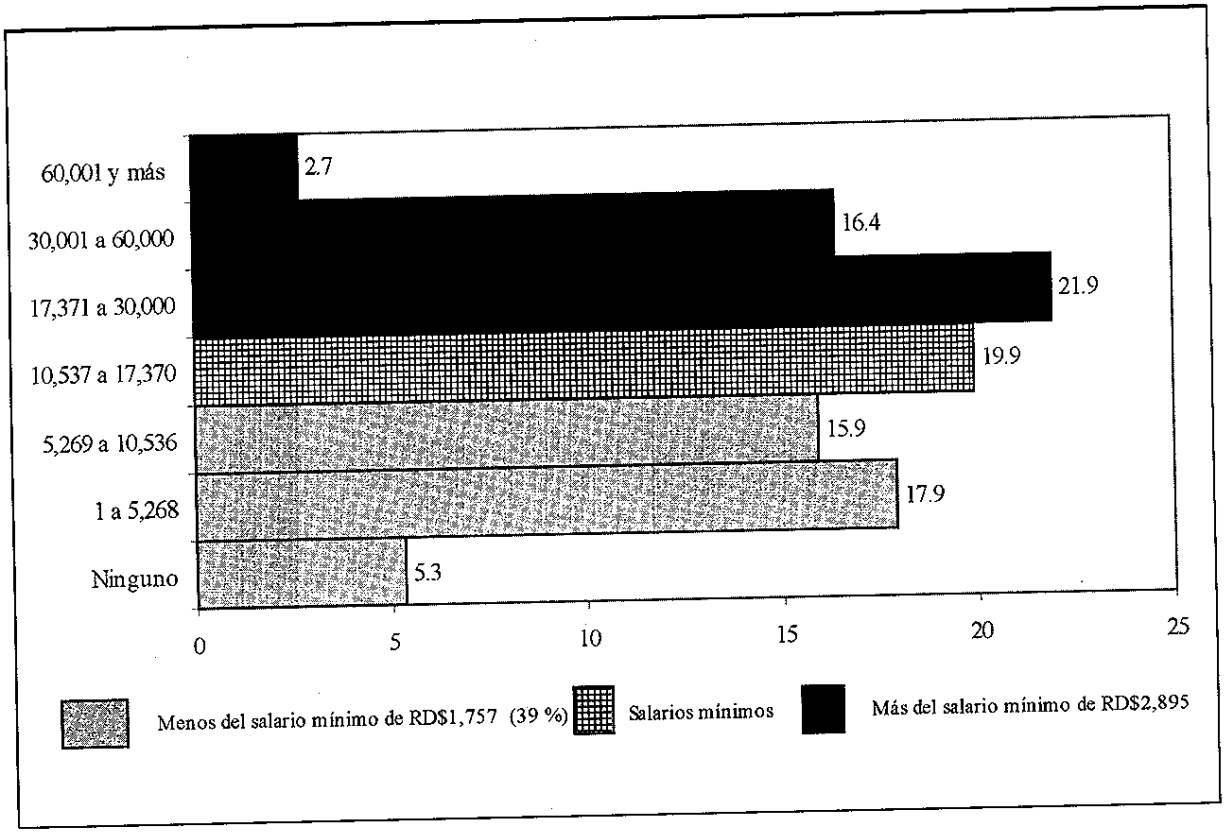
El sector de la economía también incide en la media del ingreso. Los obreros de la construcción perciben los ingresos más altos, con una media de 15,918 pesos, seguidos del sector turístico, con 13,950 pesos y la categoría residual de *otro*. El sector de ingresos más bajos es el agrícola, con 7,824 pesos y las zonas francas con 8,601 pesos. Los empleados del CEA (incluye a trabajadores agrícolas) perciben una media de 9,099 pesos, superior a la media que reciben las trabajadoras y trabajadores de zonas francas.

3.7 INGRESO EN EL HOGAR DURANTE EL PERIODO MUERTO

3.7.2 INGRESO DEL HOGAR DURANTE EL PERIODO MUERTO POR TRABAJO PRINCIPAL DE MIEMBROS, COMPARADOS CON SALARIOS MINIMOS

El Gráfico 3.5 presenta el ingreso del hogar que se percibe por el trabajo principal de los miembros de 10 años y más de edad, durante los últimos seis meses del período muerto o entre zafras. El 39.1 por ciento de los hogares percibe por el trabajo de sus miembros durante seis meses del tiempo muerto menos de 10,537 pesos. Esta cantidad equivale a menos de 1,757 pesos mensuales, el salario mínimo en las empresas de capital más reducido. Este estrato incluye un 5.3 por ciento de los hogares que no perciben ingresos en efectivo por trabajos realizados. El 19.9 por ciento de los hogares tienen ingresos por un valor equivalente al intervalo de salarios mínimos mensuales de 1,757 pesos a 2,895 pesos, con un tope de 17,370 pesos durante los seis meses. El restante 41.0 por ciento de los hogares tiene ingresos superiores a los salarios mínimos, aunque, como veremos más adelante, los salarios mínimos no cubren el costo de la canasta familiar.

GRAFICO 3.5 INGRESO EN EL HOGAR POR TRABAJO PRINCIPAL DURANTE LOS SEIS MESES DEL TIEMPO MUERTO, COMPARADO CON SALARIOS MINIMOS



Tomando en cuenta los salarios mínimos y el costo de la canasta familiar, el Gráfico 3.6 presenta una clasificación de los hogares según tres categorías de indigentes, pobres y menos pobres, en que aproximadamente un quintil corresponde a los menos pobres (19.1 por ciento), dos quintiles a los pobres (41.8 por ciento) y dos quintiles a los hogares indigentes (39.1 por ciento). Los hogares *indigentes*, no alcanzan un monto equivalente al salario mínimo mensual de 1,757 pesos durante el período de seis meses, (de 0 a 10,536 pesos en seis meses). Los *pobres*, son los hogares que logran un ingreso equivalente a los salarios mínimos, pero no superan el equivalente a 5,000 pesos mensuales de ingreso ni alcanzan cubrir el costo de la canasta familiar nacional (de 10,537 a 30,000 pesos durante seis meses). Los hogares *menos pobres*, tienen ingresos superiores a los 5,000 pesos mensuales (de 30,001 a 124,800 pesos durante seis meses) con un tope equivalente a 20,800 pesos.

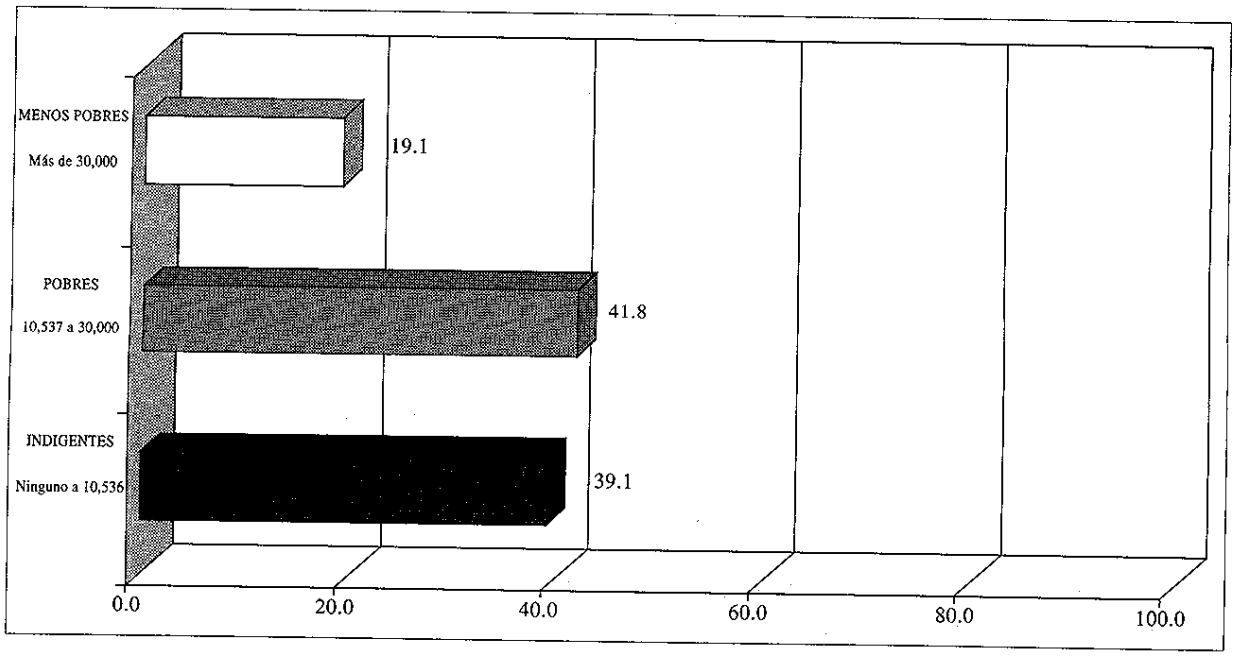
3.7.3 INGRESO DEL HOGAR TOTAL DURANTE EL PERIODO MUERTO, COMPARADO CON COSTO DE LA CANASTA FAMILIAR

El Banco Central estableció en diciembre de 1999 el índice de precios al consumidor, el cual mide el costo promedio de la canasta familiar a nivel nacional en 6,240.84 pesos.[1] Aunque la

[1] La nueva canasta refleja de manera exhaustiva los cambios registrados en los patrones de consumo de la población dominicana durante la última década, determinados a partir de la anteriormente mencionada Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares, realizada sistemáticamente durante un año (octubre de 1997 a septiembre de 1998). La muestra fue de 4,810 hogares

canasta familiar ha sido desagregada en tres categorías—nacional, distrito nacional, resto urbano y resto rural—ninguna es comparable a los bateyes. La estimación que más se aproxima al costo de la vida en los bateyes es la de la zona denominada *resto rural*, con una canasta familiar estimada en 4,065.82 pesos, la cual excluye la zona rural del distrito nacional, donde se ubican muchos de los bateyes (ENGIH Vol. II, 1999, 15). Por este motivo, se ha optado por comparar los quintiles que se presenta en el Cuadro 3.11.

GRAFICO 3.6 CLASIFICACION DE LA POBREZA EN EL HOGAR SEGUN INGRESO POR TRABAJO PRINCIPAL DURANTE LOS SEIS MESES DEL TIEMPO MUERTO



El costo de la canasta familiar nacional mensual del primer quintil, es de 2,528 pesos, cantidad que está cuatro veces por encima de los ingresos totales de los hogares del primer quintil en los bateyes del CEA. La brecha se estrecha en los quintiles siguientes, manteniéndose el costo de la canasta familiar 2.25 veces por encima del ingreso en el segundo quintil, 1.77 veces por encima en el tercer quintil, 1.57 veces por encima en el cuarto quintil y 1.62 veces por encima en el quinto quintil. En promedio, los ingresos totales en los hogares de los bateyes con niños y niñas menores de cinco años están 1.78 veces por debajo del costo de la canasta familiar a nivel nacional.

urbanos y rurales de 1,919,064 hogares existentes en el país. A diferencia de la canasta anterior, estructurada en 1984 y estimada a partir de 200 bienes y servicios agrupados en 4 grandes categorías (viviendas, vestuario, diversos y alimentos, bebidas y tabaco), la nueva canasta incluye 245 bienes y servicios agrupados en 10 categorías: (1) Alimentos, bebidas y tabaco; (2) vestuario y calzado; (3) vivienda; (4) muebles accesorios y equipo doméstico; (5) salud; (6) transporte; (7) diversión, entretenimiento y cultura; (8) educación; (9) hoteles, bares y restaurantes; (10) bienes y servicios diversos. Anteriormente el grupo *diversos* abarcaba las nuevas categorías de salud, educación, transporte, diversión y otros servicios (ENGIH Vol. II, 1999). A nivel nacional, la encuesta encontró que se consumían un total de 2,141 bienes y servicios diferentes, de los cuales se seleccionaron 245 para constituir la canasta del nuevo índice de precios al consumidor (IPC).

CUADRO 3.11 COSTO DE LA CANASTA FAMILIAR NACIONAL MENSUAL COMPARADO CON EL PROMEDIO DE INGRESO TOTAL EN EL HOGAR DE LOS BATEYES DURANTE EL PERIODO MUERTO, POR QUINTILES*

QUINTILES	% HOGARES	VALOR PROMEDIO DE LA CANASTA FAMILIAR MENSUAL (RD$)	VALOR PROMEDIO MENSUAL DEL INGRESO TOTAL DURANTE TIEMPO MUERTO*
		NACIONAL	BATEYES
QUINTIL 1	20.0	2,528.22	610.45
QUINTIL 2	20.0	3,755.08	1,667.05
QUINTIL 3	20.0	4,955.39	2,797.72
QUINTIL 4	20.0	6,694.16	4,254.36
QUINTIL 5	20.0	13,271.38	8,167.62
TOTAL	100.0	6,240.84	3,504.12

NOTA* El ingreso mensual en los bateyes difiere al presentado en el Gráfico 3.5 porque aquí se incluyen los ingresos adicionales en los hogares generados por diversas fuentes como cancelaciones, jubilaciones, donaciones, otros trabajos secundarios y otros.

FUENTES: Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares del Banco Central, Vol. I, 1999 y Encuesta Socioeconómica y de Salud de la Población Materno-Infantil de los Bateyes Agrícolas del CEA, 1999.

Esta desventaja se presenta aún incluyendo la mitad de los ingresos adicionales a los trabajos principales de los miembros del hogar, recibidos durante el año 1999. En los próximos años, estos ingresos adicionales están llamados a disminuir, no a aumentar. Esto así, porque dos fuentes importantes de los mismos fueron las donaciones recibidas en dinero y especie para paliar los efectos del Huracán Georges y el monto recibido por los trabajadores cancelados del CEA.

El Cuadro 3.12 presenta cuatro fuentes de ingresos adicionales al trabajo principal de los miembros del hogar, percibidos durante el año 1999.[2] El 55.1 por ciento de los hogares no recibió ningún ingreso adicional. Las entrevistadas fueron cuestionadas sobre cuatro posibles fuentes de ingreso. Solamente el 0.1 por ciento de los hogares recibió ingresos adicionales por cuatro fuentes diferentes; 2.4 por ciento recibió ingresos por tres fuentes; 12.7 por ciento por dos fuentes y el 30.5 por ciento de los hogares, recibió ingresos adicionales por una sola fuente.

La principal fuente de ingresos adicionales proviene de *remesas y donaciones*: 11.6 por ciento de los hogares como primera fuente adicional, 5.5 por ciento como segunda fuente, y 0.8 por ciento como tercera fuente. La segunda fuente de importancia es la categoría residual de *otros*, correspondiente al 10.5 por ciento de los hogares como ingreso adicional principal, y 10.5 por ciento por concepto de *cancelaciones y bonificaciones*, seguido de 7.2 por ciento *por trabajos adicionales*.

[2] En este cálculo, los datos sobre insumos de donaciones en productos y de alimentos provenientes de pequeñas fincas de autoconsumo, fueron recogidos en el cuestionario según el tipo de artículo, la cantidad recibida, el período en que se recibió y el sexo de la persona beneficiaria. Solamente se excluyó de este listado los alimentos recibidos por los damnificados del Huracán Georges provenientes de diferentes instituciones, que se analizan por separado en el Capítulo 4.

La cantidad de ingresos adicionales recibidos durante el año anterior a la encuesta no son suficientemente importantes para cambiar las condiciones de vida de los habitantes de los bateyes rurales. La primera fuente de ingresos, reportada por el 44.9 por ciento de los hogares, estuvo por debajo de los 3,000 pesos en el 44.5 por ciento de los casos; de los hogares con dos fuentes de ingresos (15.2 por ciento) 9.9 por ciento recibe más de 3 mil pesos y el 1.1 por ciento de los hogares con tres fuentes. Es decir que 34.6 por ciento de los hogares reciben ingresos adicionales equivalentes a 1,500 pesos durante el período muerto—calculados como la mitad de los ingresos adicionales recibidos durante el año 1999--correspondientes a 250 pesos mensuales. Mientras, 10.3 por ciento reciben más de 3,000 pesos, que corresponden a los 10.5 por ciento de trabajadores cancelados debido a la capitalización del CEA.

CUADRO 3.12 FUENTES DE INGRESOS ADICIONALES EN EL HOGAR DURANTE EL AÑO ANTERIOR A LA ENCUESTA

	Primera fuente		Segunda fuente		Tercera fuente		Cuarta fuente	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Fuente de Ingresos								
Ninguna fuente	465	55.1	716	84.8	823	97.5	843	99.9
Trabajos adicionales	61	7.2	11	1.3	2	0.2	0	0.0
Cancelaciones/bonificaciones	73	8.6	14	1.7	2	0.2	0	0.0
Remesas/Donaciones	98	11.6	46	5.5	7	0.8	0	0.0
Rentas/Sanes/Rifas	22	2.6	6	0.7	1	0.1	0	0.0
Conucos/Huertos	28	3.3	19	2.3	4	0.5	0	0.0
Otros	89	10.5	18	2.1	2	0.2	1	0.1
NS/SR	8	8.9	14	1.7	3	0.4	0	0.0
Monto de Ingresos Anuales								
Ninguno	465	55.1	716	84.8	823	97.5	843	99.9
1 a 2,999	376	44.5	45	5.3	12	1.4	1	0.1
3,000 a 4,999	3	0.4	26	3.1	3	0.4	0	0.0
5,000 a 9,999	0	0.0	26	3.1	4	0.5	0	0.0
10000 a 24000	0	0.0	27	3.2	2	0.2	0	0.0
25000 +	0	0.0	4	0.5	0	0.0	0	0.0
Género								
No Recibió Ingreso	465	55.1	716	84.8	823	97.5	843	99.9
Mujeres	192	22.7	72	8.5	16	0.6	1	0.1
Hombres	187	22.2	56	6.6	5	1.9	0	0.0
Total	844	100.0	844	100.0	844	100.0	844	100.0

No existen diferencias importantes según el género de las personas del hogar beneficiarias de los ingresos adicionales. Las primeras fuentes de ingresos se distribuyen de igual manera entre hombres y mujeres, en la segunda y tercera fuente. Los datos presentan una leve tendencia de favorecer a las mujeres.

3.7.4 NUMERO DE MIEMBROS EN EL HOGAR COMO ESTRATEGIA DE SUPERVIVENCIA

El Cuadro 3.13 presenta la media del ingreso mensual total en el hogar durante el período muerto según el tamaño del hogar medido por el número de miembros. Los hogares más pequeños, de dos a cinco miembros por hogar, tienen ingresos medios por debajo de 3,504 pesos, la media global de ingreso. En conjunto, estos hogares suman el 60.9 por ciento de los hogares. Todos los hogares restantes, de 6 a 15 personas, tienen ingresos medios por encima de la media global, con la única excepción del 0.4 por ciento de los hogares con 12 personas. Este dato permite afirmar que en los bateyes, caracterizados por la marginalidad económica, los hogares numerosos permiten alcanzar ingresos medios más altos que los hogares pequeños. Este hecho puede estar reflejando una estrategia de sobrevivencia de aumentar el tamaño del hogar para aumentar los ingresos.

CUADRO 3.13 MEDIA DEL INGRESO MENSUAL EN EL HOGAR DURANTE EL TIEMPO MUERTO POR TAMAÑO DEL HOGAR

Distribución de la media de ingreso mensual total en el hogar durante el tiempo muerto, según el número de miembros del hogar

TAMAÑO HOGAR	MEDIA INGRESO TOTAL HOGAR EN RD$	HOGARES Número	%
2	2,260.83	20	2.4
3	3,381.73	141	16.7
4	3,291.97	162	19.2
5	3,216.70	191	22.6
6	3,729.21	131	15.5
7	3,564.45	83	9.8
8	4,460.61	56	6.6
9	3,563.56	32	3.8
10	5,400.31	9	1.1
11	4,081.89	9	1.1
12	3,209.06	3	0.4
13	7,748.42	4	0.5
14	5,700.0	1	0.1
15	3,940.00	2	0.2
TOTAL	3,504.12	844	100.0

3.7.5 INGRESO EN EL HOGAR POR TRABAJO PRINCIPAL SEGUN VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

En éste acápite, se analiza el ingreso en el hogar como variable que puede ser explicada por diferentes características sociodemográficas en el hogar. El Cuadro 3.14 presenta la distribución del ingreso en las tres categorías de hogares indigentes, pobres y menos pobres, según el género, nivel educativo y país de nacimiento de la cabeza de hogar y según la etnia de la madre.

CUADRO 3.14 HOGARES INDIGENTES, POBRES Y MENOS POBRES Y MEDIA DE INGRESOS POR TRABAJO PRINCIPAL DE SUS MIEMBROS, DURANTE SEIS MESES DEL PERIODO MUERTO, SEGUN CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Distribución porcentual de los hogares por nivel de ingreso y media del ingreso según el género y el país de nacimiento de la cabeza del hogar y el nivel educativo y etnia de la madres

	INGRESOS DEL HOGAR						
	Indigentes	Pobres	Menos pobres	Total características			
	Ninguno a 10,536	10,537 a 30,000	30,001 y más	%	Número	Coeficiente Cramer's V	Media RD$
Género del jefe o jefa del hogar							
Masculino	35.3	44.7	19.9	85.0	717	.18968****	19,255
Femenino	61.5	24.6	13.9	15.0	127		14,267
ANOVA, Valor F =8.4910**							
Nivel Escolar jefe o jefa del hogar							
Ninguno a 4to.Primaria	44.3	39.6	16.0	39.1	449	.08790*	17,044
5to. Primaria y más	34.1	42.9	23.0	41.8	261		20,645
NS/SR	31.3	47.0	21.6	19.1	134		19,414
AOVA, Valor F =3.6925*							
País de origen jefe o jefa de hogar							
Rep. Dominicana	37.5	42.8	20.6	39.1	710	.09897*	18,986
Haití	47.8	41.0	11.2	41.8	134		16,139
ANOVA, Valor F =.09897, valor p=.0853							
Etnia de la madre*							
Dominicana	35.2	43.0	21.9	72.2	603	.12016****	19,905
Haitiana	51.5	44.4	4.0	11.9	99		11,576
Domínico Haitiana	46.6	36.1	17.3	15.9	133		17,645
ANOVA, Valor F =9.9364***							
% del Total y Media General	**39.1**	**41.8**	**19.1**	**100**			**18,534**
Número	330	353	161		844		

NOTA: * 9 casos sin información de etnia omitidos.

Los hogares con jefatura femenina[3] son más pobres que los hogares con jefatura masculina. Los primeros tienen una proporción mayor de hogares en la categoría de indigentes (61.5 por ciento), en comparación con el 35.3 por ciento de los hogares con jefatura masculina. La media del ingreso en el hogar durante los seis meses del período muerto es de 14,267 pesos (2,378 pesos mensuales) en hogares con jefatura femenina y 19,255 pesos (3,209 pesos mensuales) en hogares con jefatura masculina.

[3] La jefatura puede ser definida de distintas maneras, según criterios de poder económico o de toma de decisiones en el hogar. Aquí se adopta una de las definiciones convencionales, según la cual, la ausencia de la pareja masculina en el hogar define los hogares con mujeres como jefas.

La hipótesis de que a mayor nivel educativo del jefe o jefa del hogar, mayor nivel de ingreso, fue fortalecida. Los hogares con jefes o jefas sin ningún nivel educativo o que solamente alcanzan el primer nivel de la primaria, tienen la mayor proporción (44 por ciento) de hogares indigentes con ingresos inferiores a 10,537 pesos durante seis meses (1,756 pesos mensuales o menos). La media del ingreso durante el período estudiado es de 17,043 pesos para hogares con jefes o jefas de educación por debajo del 5to. grado de primaria y de 20,645 pesos cuando la educación es del 5to. grado de la primaria o superior.

El país de nacimiento de la cabeza del hogar incide en el nivel de ingreso, favoreciendo a los hogares con jefatura de nacimiento dominicano. Estos tienen una proporción del 38 por ciento en la categoría de hogares indigentes, mientras la proporción asciende al 48 por ciento cuando el nacimiento ocurre en Haití. Las categorías de hogares pobres tienen proporciones parecidas, no así las de hogares menos pobres, con 21 por ciento cuando el jefe o jefa del hogar nace en RD y 11 por ciento cuando nace en Haití. La media del ingreso en el hogar durante el período muerto es de 18,986 pesos para jefes o jefas de nacimiento dominicano y de 16,139 pesos cuando el nacimiento es en Haití.

La nacionalidad de la madre está asociada al ingreso en el hogar. Las madres haitianas tienden a ser las más pobres (52 por ciento), seguidas de las domínico-haitianas (47 por ciento) y dominicanas (35 por ciento). La diferenciación es casi nula entre las madres del estrato pobre. Pero, entre las menos pobres, los hogares con madres haitianas apenas alcanzan el 4 por ciento, en contraste con las dominicanas (22 por ciento) y las domínico-haitianas (17 por ciento). Estos resultados se reflejan en la media del período de 6 meses: 19,905 pesos para hogares con madres dominicanas, 17,645 pesos cuando la madre es domínico-haitiana y 11,576 pesos cuando es haitiana.

3.8 EMPLEO E INGRESO DURANTE LA ULTIMA ZAFRA

3.8.1 EMPLEO EN LA ULTIMA ZAFRA, DURANTE EL PERIODO 1998-1999

El Cuadro 3.15 presenta la participación de dos subpoblaciones diferentes en la última zafra del CEA, correspondiente a un período de aproximadamente seis meses durante los meses de diciembre de 1998 a junio de 1999. Primero se presenta la distribución de la población de 10 y más años entrevistada durante el período muerto, y luego la distribución de la PEA ocupada o cesante durante el período muerto o que había trabajado en la última zafra del CEA.

El 82 por ciento de la población de 10 y más años no participó en la última zafra, el 11 por ciento participó en actividades diferentes al corte y el 6 por ciento participó en el corte. Pero, estos porcentajes incluyen a la población que no estuvo económicamente activa durante el período muerto, particularmente niños y mujeres. Para valorizar la importancia real de la industria azucarera en la subsistencia de la población del batey, es preferible medir la participación en los trabajos de la industria azucarera a partir de la población económicamente activa, ocupada y cesante, durante el período muerto. Adicionalmente, se incluyen en esta población, los que trabajaron en la última zafra y salieron del mercado laboral al finalizar ésta, permaneciendo en el

batey dentro de la categoría no económicamente activa.[4] De esta manera encontramos que la cuarta parte (25.6 por ciento) de esta subpoblación, trabajó para el CEA en la última zafra; 9.6 por ciento como braceros o picadores de caña y 16 por ciento en otras actividades, como carreteros (4.0 por ciento), supervisores (1.5 por ciento), trabajos agrícolas (3.4 por ciento) y otros.

CUADRO 3.15 OCUPACION EN LA ZAFRA DE 1998-1999, SEGUN GRUPO DE EDAD Y SEXO

Distribución porcentual de la población de 10 y más años de edad y de la PEA ocupada y cesante que trabajó durante el período muerto o trabajó durante la última zafra, por actividad desempeñada, según grupo de edad y sexo

POBLACION DE 10 Y MAS AÑOS DE EDAD

	Edad en Años				Género		Total Actividad	
	10-18	19-24	25-44	45+	Masculino	Femenino	%	Número
Actividad realizada para el CEA en última zafra								
Cortadores de caña	2.4	3.1	8.5	11.8	12.7	0.2	**6.3**	156
Otro en zafra para el CEA	0.8	5.2	15.5	24.2	18.8	3.1	**10.7**	266
No trabajó en última zafra	96.3	91.3	74.9	62.5	67.7	95.7	**82.1**	2,038
NS/SR	0.4	0.5	1.2	1.4	0.8	0.9	**0.9**	22
Cramer's V	.18459****				.37786****			
% Total edad y género	28.6	17.0	40.4	14.0	48.6	51.4	**100.0**	
Número	710	423	1,003	347	1,206	2,483		2,483

PEA OCUPADA Y CESANTE QUE TRABAJO DURANTE EL TIEMPO MUERTO O DURANTE LA ULTIMA ZAFRA

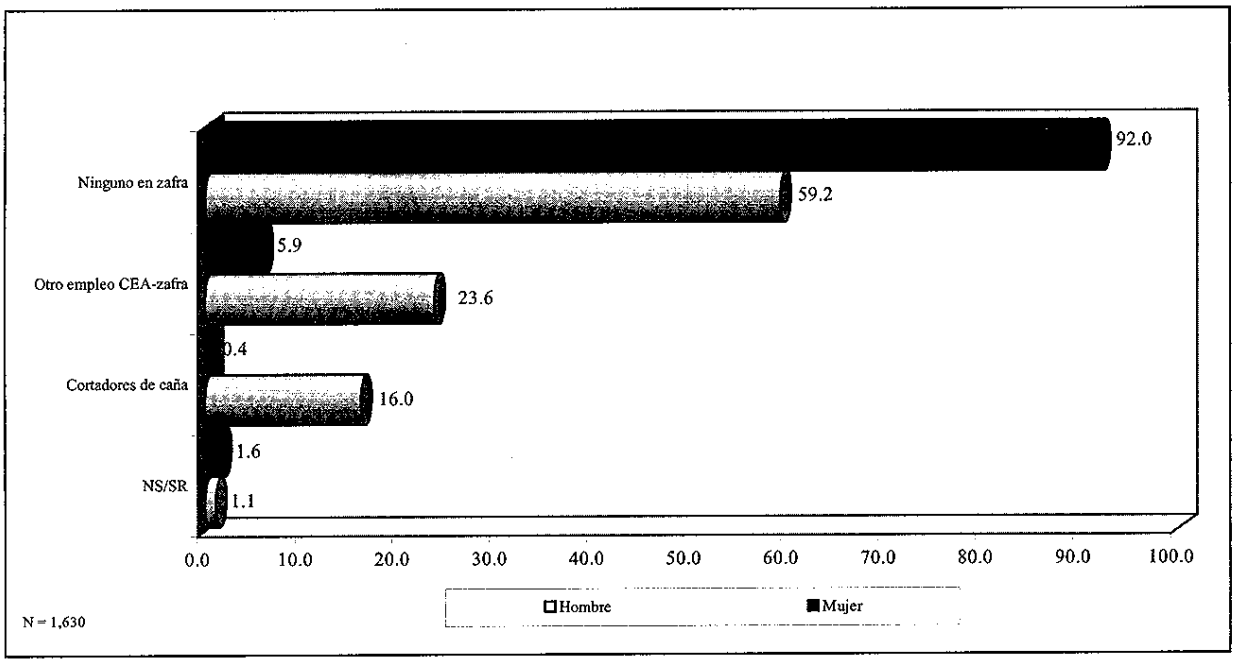
	Edad en Años				Género		Total Actividad	
Actividad realizada en última zafra para el CEA	10-18	19-24	25-44	45+	Masculino	Femenino	%	Número
Cortadores de caña	10.8	4.3	9.8	13.4	16.0	0.4	**9.6**	156
Otro en zafra para el CEA	3.1	7.2	18.1	26.5	23.6	5.9	**16.0**	266
No trabajó en última zafra	85.4	87.9	70.7	57.0	59.2	92.0	**73.0**	1186
NS/SR	0.6	0.7	1.3	2.3	1.1	1.6	**1.4**	22
Cramer's V	.17319****				.40654****			
% Total edad y género	9.6	18.7	52.9	18.7	58.7	41.3	**100.0**	
Número	157	305	863	305	956	674		1,630

Existe una asociación fuerte entre el género y la ocupación en la última zafra. Entre la PEA--que ahora incluye la población que trabajó en la última zafra y no trabajó en el período muerto--

[4]Durante el proceso de capitalización del CEA los empleados fueron cancelados. Algunos de estos permanecen en los bateyes aunque no trabajaran durante el período muerto (pensionados y rentistas), pasando a formar parte de la población no económicamente activa.

el 40 por ciento de los hombres trabajó en el CEA durante la última zafra, proporción que disminuye al 6 por ciento entre las mujeres. Los cortadores de caña constituyen el 16 por ciento de los hombres y el 0.4 por ciento de las mujeres; mientras, 24 por ciento de los hombres y 6 por ciento de las mujeres trabajaron en actividades diferentes al corte. El Gráfico 3.7 ilustra estos resultados.

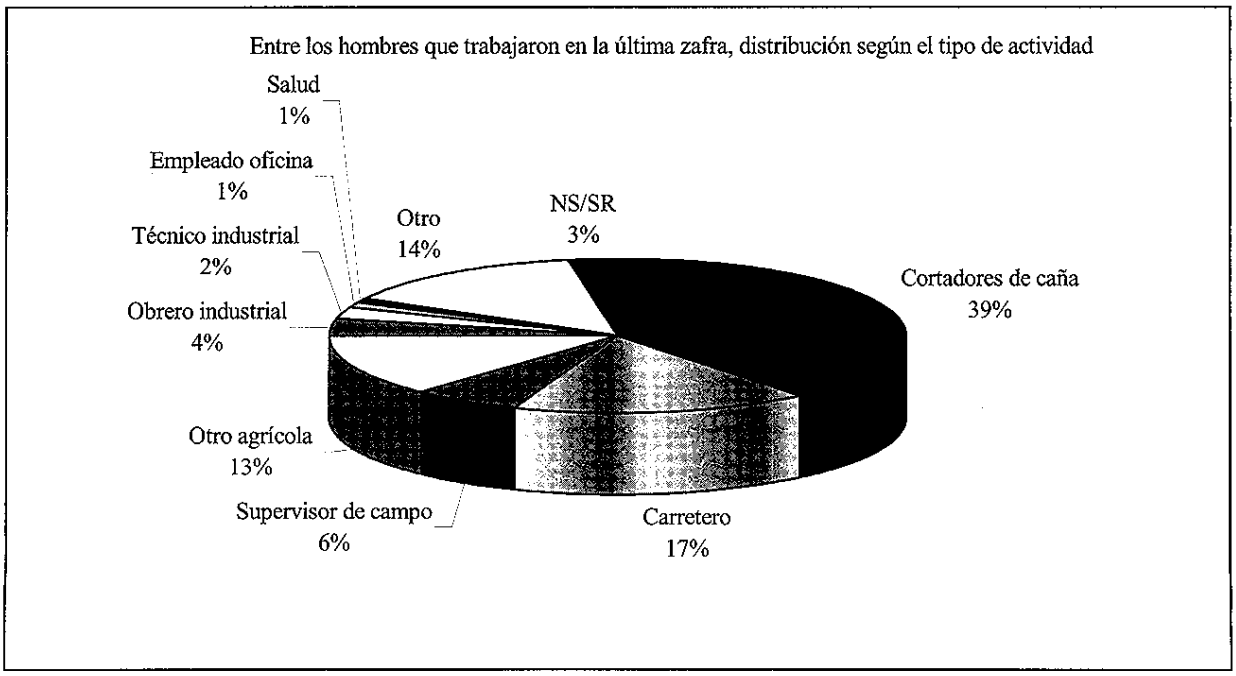
GRAFICO 3.7 OCUPACION DE LA PEA OCUPADA Y CESANTE DURANTE EL PERIODO MUERTO Y/O QUE TRABAJO PARA EL CEA EN LA ULTIMA ZAFRA, 1998-1999, SEGUN GENERO



La proporción de picadores de caña aumenta en los grupos de más edad, aunque, la relación no es lineal, con una proporción de un 10.8 por ciento en el grupo de 10-18 años y de 4.3 por ciento en el de 19-24 años. Por otra parte, la proporción de trabajadores que se inserta en la industria azucarera en otras actividades diferentes al corte, aumenta con el grupo de edad. En el grupo de 45 y más años alcanza el 27 por ciento de la PEA y el 24 por ciento entre la población de 10 y más años.

El Gráfico 3.8 presenta las diferentes actividades laborales de la población masculina mayor de 10 años que participó en la última zafra. En conjunto, 75 por ciento de los hombres participan en actividades agrícolas y solamente 5.9 por ciento trabaja en el área industrial. Los cortadores de caña constituyen la ocupación principal (39 por ciento) seguido del personal que transporta la caña del campo al núcleo industrial (17 por ciento).

GRAFICO 3.8 RAMA DE ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA POBLACIÓN MASCULINA DE 10 Y MAS AÑOS DE EDAD QUE TRABAJO EN LA ULTIMA ZAFRA DEL CEA, 1998-1999



3.8.2 INGRESO EN EL HOGAR POR TRABAJOS DE LA POBLACION PERMANENTE DURANTE LA ULTIMA ZAFRA 1998-1999

Los datos sobre ingreso en la última zafra del CEA no son representativos de la población que reside en los bateyes durante el período de zafra, para serlo, se hubiera requerido una muestra y una encuesta aplicada durante ese período. Los datos representan los hogares de la población residente durante el tiempo muerto que tuvieron algún miembro trabajando para el CEA en los seis meses de la última zafra,--aproximadamente de diciembre 1998 a junio de 1999.

El 55.1 por ciento de los hogares no tuvo ningún miembro que trabajara para el CEA durante la última zafra. Esto significa que el 44.9 por ciento de los hogares tuvo por lo menos un miembro participando en la última zafra de 1998-1999, por un período de aproximadamente seis meses. Este dato refleja la importancia de la población que permanece durante el tiempo muerto en el sostenimiento de las plantaciones azucareras. El Cuadro 3.16 presenta los resultados según el sexo de la persona jefa del hogar, su nivel escolar, lugar de nacimiento, nacionalidad, y actividad económica de la cabeza del hogar durante el período de zafra.

1) Ingreso del hogar durante la zafra según características sociodemográficas

Durante el período de zafra, la hipótesis de que los hogares con jefatura femenina y masculina tienen igual proporción de hogares indigentes y/o pobres no pudo ser rechazada. Este resultado es consistente con el resultado del análisis de varianza: La media del ingreso durante el período

en ambos tipos de jefatura no se diferencian estadísticamente, arrojando una media de 16,525 pesos para los hogares con jefatura masculina y 16,531 pesos para los hogares con jefatura femenina. Estos resultados difieren de los presentados en el cuadro anterior durante el período muerto, en que la hipótesis nula fue rechazada con una diferencia sustantiva en desmedro de los hogares con jefatura femenina.

El análisis de los datos según el nivel educativo de la cabeza de hogar muestra que en el período de zafra, a diferencias del período muerto, el nivel educativo de la cabeza de hogar no está asociado al ingreso. Tanto en el análisis no paramétrico del cuadro de contingencia como en el análisis de comparación de medias de ingresos, los resultados no son estadísticamente significativos. En cambio, al igual que en el período muerto, existe una asociación entre ingreso en el hogar y país de nacimiento del jefe o jefa del hogar. La proporción de hogares indigentes es del 43 por ciento para jefes/as de hogar de nacimiento haitiano y 30 por ciento en hogares con jefes o jefas de nacimiento dominicano. La media del ingreso para hogares con jefatura de nacimiento dominicano es de 17,487 pesos, y de 13,570 pesos para los de nacimiento haitiano.

La nacionalidad de la madre está asociada con un nivel del 94 por ciento de confianza a los resultados de ingresos en el hogar devengados por trabajos en la última zafra. En el estrato medio, correspondiente a los *hogares pobres*, las diferencias son mínimas, pero la proporción de *hogares indigentes* es alta cuando la madre es haitiana (43.8 por ciento) y domínico-haitiana (38 por ciento), para reducirse al 29 por ciento cuando la madre se define como dominicana. Los hogares *menos pobres* alcanzan el 11.3 por ciento cuando la madre es dominicana y 5 por ciento cuando es haitiana o domínico-haitiana. La hipótesis nula de igualdad de medias entre los tres grupos étnicos fue rechazada con un nivel de confianza de 95 por ciento. En promedio, los hogares con madres haitianas tienen una media de ingreso de 12,599 pesos, distanciándose de la media de hogares con madres domínico-haitianas (16,001 pesos), y dominicanas (17,806 pesos).

2) Ingreso del hogar durante la zafra y actividad económica desarrollada

La actividad económica de los trabajadores durante el período de zafra está estadísticamente asociada al nivel de ingreso. Las actividades fueron agregadas en cuatro categorías diferentes: cortadores de caña (37.0 por ciento), trabajadores agrícolas diferentes a los cortadores de caña (37.3 por ciento), obreros industriales, técnicos y empleados de oficina (9.0), y una categoría residual *otro* (16.6 por ciento) que agrega personas con trabajos diversos.

Entre los hogares con jefes picadores de caña, el 39.4 por ciento están en la categoría de hogares indigentes, mientras, la proporción se reduce al 30.5 por ciento de los hogares con jefes que trabajaron en otras actividades agrícolas del CEA. En cambio, entre los hogares con jefes que trabajaron como obreros industriales, oficinistas u otro tipo de actividad, solamente 19 por ciento son indigentes.

Las diferencias entre medias de ingresos según actividad desarrollada son estadísticamente significativas. Los hogares con jefes picadores de caña tienen la media más baja de ingresos (14,698 pesos, equivalente a 2,450 pesos mensuales), seguidos por los otros trabajadores agrícolas con una media de 17,503 pesos y por la categoría residual con media de 18,147 pesos.

Los obreros industriales y oficinistas logran los ingresos más altos con una media de 21,885 pesos (equivalente a 3,648 pesos mensuales).

CUADRO 3.16 TRES NIVELES DE INGRESO Y MEDIAS DE INGRESOS EN LOS HOGARES POR TRABAJOS DE SUS MIEMBROS PARA EL CEA DURANTE LA ULTIMA ZAFRA DE1998-1999, SEGUN CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS*

Distribución porcentual de los hogares estacionarios por nivel de ingreso y media del ingreso de los miembros, generados por trabajos en la última zafra 1998-1999, según características sociodemográficas de los hogares

	INGRESOS DEL HOGAR						
	Indigentes	Pobres	Menos Pobres	TOTAL			
Características de la Persona jefa de hogar	Ninguno a 10,536	10,537 a 30,000	31,001 y más	%	Número	Cramer's V	Media
Género							
Masculino	32.7	59.1	8.2	92.9	352	n.s.	16,525
Femenino	44.4	40.7	14.8	7.1	27		16,531
Valor F de análisis de Varianza = n.s.					379		16,525
Nivel Escolar							
Ninguno a 4to.Primaria	33.9	57.7	8.4	59.9	227	n.s.	15,822
5to. Primaria y más	34.9	53.5	11.6	22.7	86		18,568
NS/SR	30.3	63.6	6.1	17.4	66		16,283
Valor F de análisis de Varianza = n.s.				100.0	379		16,525
País de origen							
Rep. Dominicana	30.4	59.8	9.8	75.5	286	.12266*	17,487
Haití	43.0	51.6	5.4	24.5	93		13,570
Valor F de análisis de varianza=6.7165**					379		16,525
Etnia de la madre**							
Dominicana	28.7	60.0	11.3	61.3	230	0.10978	17,806
Haitiana	43.8	51.6	4.7	17.1	64	p=.06014	12,599
Domínico Haitiana	38.3	56.8	4.9	21.6	81		16,001
Valor de análisis de varianza=4.3126*					375		16,525
Actividad Económica * **							
Cortador de caña	39.4	54.3	6.3	37.0	127	.14045*	14,698
Trabajador Agrícola	30.5	59.4	10.2	37.3	128		17,503
Técnico Industrial/Oficina	19.4	61.3	19.4	9.0	31		21,885
Otro	19.3	71.9	8.8	16.6	57		18,147
Valor F de análisis de Varianza=3.0087*					343		16,968
% del Total	**33.5**	**57.8**	**8.7**	**100.0**			
Número	127	219	33	379			16,525

NOTA:* Solamente se incluye el 44.4% de los hogares en que algún miembro trabajó en la última zafra.
4 casos sin información de etnia omitidos. * 36 casos sin información omitidos.

Pero, estos resultados también indican que los picadores de caña tienen ingresos mayores que los que ganaría un obrero agrícola y un obrero industrial de empresas de capital de hasta 200,000 pesos (salario mínimo de 1,757 pesos) o de capital de 200 a 500,000 pesos (salario mínimo de 1,987 pesos). Su ingreso mensual, que promedia 2,450 pesos es aproximado al máximo definido por la ley como salario mínimo, de 2,898 pesos para empresas con capital superior al medio millón de pesos. Los demás trabajadores del CEA tienen un promedio mensual superior al máximo de las empresas con mayor capital, incluyendo las agrícolas. De aquí que se ha presentado suficiente evidencia para poder afirmar que la renuencia de la población dominicana para participar en el corte de la caña no puede ser explicada por los ingresos bajos que esta actividad genera.

3.8.3 DEUDA DEL CEA CON LOS TRABAJADORES CANCELADOS

Durante el trabajo de campo de prueba del instrumento, diferentes trabajadores que habían sido cancelados por la empresa, mostraron documentos para probar que el CEA no les había pagado el dinero que les correspondía por sus prestaciones laborables. Las quejas provienen de trabajadores fijos, no de cortadores de caña, que por su condición de trabajadores a destajo, no están amparados por la ley para recibir prestaciones. Más bien, estos cuestionaban la justeza de la ley que los abandonaba a su suerte después de años de trabajo. Los datos de la encuesta indican que en diciembre de 1999 el CEA no adeudaba dinero por concepto de prestaciones laborables al 90.9 por ciento de los hogares. El 7 por ciento de los hogares adeudados reportaron montos inferiores a los 5,000 pesos y el 2 por ciento por encima de esta cantidad.

3.9 SINTESIS Y CONCLUSIONES

La tasa global de desocupación, incluyendo las personas de 10 y más años de edad. que no buscaban trabajo al momento de la encuesta pero que estaban en disposición de trabajar, es de 42.9 por ciento. La tasa elevada de desocupación refleja la dificultad de la mujer para insertarse en el mercado de trabajo. Cuando los datos son desagregados por sexo, la tasa de desocupación se reduce al 11.2 por ciento para hombres desocupados cesantes y 10.6 por ciento para los que buscan trabajo por primera vez. En cambio, 37.6 por ciento de las mujeres están cesantes y 30.5 por ciento buscan trabajo por primera vez.

La desigual situación entre los géneros se manifiesta además por la presencia de un mercado segmentado. En otras palabras, la división sexual del trabajo, contribuye a la desigualdad al retribuir menores ingresos a las ramas feminizadas de la economía. Entre la población de 10 años y más económicamente activa durante el período muerto de seis meses de duración, los hombres dominan la rama del transporte (99 por ciento), de la construcción (96 por ciento), de agricultura o pesca (93 por ciento) y de obreros no especializados en diferentes ramas (87 por ciento). En cambio, las mujeres dominan el trabajo doméstico asalariado (99 por ciento), las ventas ambulantes (67 por ciento), el comercio (66 por ciento) y las actividades como obreras industriales especializadas en diferentes ramas (65 por ciento). Los operarios de la construcción y del transporte, ramas dominadas por hombres, tienen una media de ingresos durante el período muerto superior a los 16 mil pesos. En cambio, el trabajo doméstico, la rama con más proporción de personas ocupadas y reservada a la mujer, tiene la media más baja de 4,404 pesos

durante el período de seis meses. Aún la media de operarias especializadas (9,455 pesos) dominada por mujeres, está por debajo del ingreso de los obreros no especializados (10,152 pesos), dominado por hombres.

El 27 por ciento de la población masculina de 10 y más años no estuvo empleada o no recibió ningún ingreso por su trabajo, mientras, entre la población femenina esta proporción alcanza el 52 por ciento. Entre la población ocupada y subocupada durante el período muerto, la distribución del ingreso es también desigual. Una tercera parte de los hombres (32.2 por ciento) recibe ingresos durante el período muerto por debajo del salario mínimo de 1,756 pesos en las empresas de capital pequeño, comparado con siete de cada diez mujeres (70.2 por ciento). En el estrato de mayores ingresos, uno de cada cuatro hombres (24.8 por ciento) recibe ingresos superiores al salario mínimo de 2,895 pesos, en comparación con 17.3 por ciento de las mujeres. Durante los seis meses del período muerto para la industria azucarera, la media de ingresos de la PEA masculina equivale a 2,091 pesos mensuales, y la femenina a 1,139 pesos.

El ingreso no es igual en todas las subpoblaciones de la PEA ocupada y subocupada, durante los seis meses del período muerto. Un modelo multivariado que incluye género, edad y educación indica que el género de la persona explica el 53.5 por ciento de la varianza en el ingreso, la edad el 30.0 por ciento y el nivel educativo el 44.3 por ciento. La media del ingreso es 11,448 pesos si la persona puede leer y escribir en comparación con 7,761 pesos si no tiene estas habilidades; es menor entre la población más joven de 10 a 18 años (5,564 pesos) y la más vieja de 45 y más años (8,818 pesos) en comparación con los grupos adultos de 19 a 44 años (11,127 pesos); aumenta con el nivel de escolaridad, con una media de 7,744 para los que no tienen ningún nivel, hasta alcanzar 11,330 pesos para los que tienen del 5to de la primaria al 4to grado de la secundaria y 23,941 para los que alcanzan algún grado universitario. La residencia de la madre al nacer la persona no incide de manera estadísticamente significativa en el ingreso, pero la documentación por la tenencia de acta de nacimiento si lo hace. La media de ingreso en el período muerto para las personas con actas de nacimiento dominicana es de 11,229 pesos, media que se reduce a 8,648 pesos si tiene acta de nacimiento haitiana y a 7,842 pesos si no tiene acta de nacimiento.

Los datos ofrecen evidencia suficiente para concluir que la ausencia de documentación propicia el menor ingreso de la persona trabajadora. Esta desigualdad puede ser producto del subempleo durante los seis meses considerados, de la segmentación del mercado o de menor paga por el mismo trabajo realizado. En todos los casos se trata de una situación irregular que infringe los derechos humanos de las personas que se ven discriminadas sin posibilidad de regularizar su situación legal. Los indocumentados son inmigrantes ilegales o personas de ascendencia haitiana nacidas en territorio dominicano sin identificación. La presencia de una población incapaz de hacer valer sus derechos por su situación de ilegalidad atenta contra la creación en suelo dominicano de una sociedad de derecho. No sólo sufren los indocumentados sino también la sociedad que lo propicia.

En el conjunto de la población, el ingreso per cápita mensual fue estimado en 658.68 pesos, equivalente a US$41. El ingreso per cápita, está muy por debajo de la línea de la pobreza de US$60.00, y se aproxima a la línea de indigencia o pobreza extrema de US$30.00. Dentro de ésta marcada marginalidad, pudo verificarse que los hogares más pequeños, de dos a cinco

miembros por hogar, tienen ingresos medios por debajo de 3,504 pesos, la media global de ingreso en el hogar que incluye los ingresos adicionales al trabajo principal. Mientras los hogares con más de cinco miembros tienen una media de ingreso mayor a la media global, con la única excepción del 0.4 por ciento de los hogares con 12 personas. De aquí que los datos soportan la tesis que postula el incremento del tamaño del hogar como estrategia de supervivencia.

Tomando en cuenta los salarios mínimos y el costo de la canasta familiar, los hogares se clasificaron en tres categorías: indigentes, pobres y menos pobres, en que aproximadamente un quintil corresponde a los menos pobres (19.1 por ciento), dos quintiles a los pobres (41.8 por ciento) y dos quintiles a los hogares indigentes (39.1 por ciento). Esta categoría de ingreso excluyó los ingresos adicionales al trabajo principal, debido al carácter atípico del año de la encuesta, en que las donaciones debido al Huracán Georges y las prestaciones laborales pagadas como consecuencia del proceso de capitalización del CEA, aumentaron en ese año los ingresos adicionales.

Los hogares *indigentes*, en promedio no alcanzan un monto equivalente al salario mínimo mensual de 1,757 pesos durante el período de seis meses, Este ingreso equivale a menos de 332 pesos mensuales per cápita (inferior a US$21), dado el tamaño promedio de 5.3 personas en el hogar. Los *pobres*, son los hogares que logran un ingreso equivalente a los salarios mínimos, pero no superan el equivalente a 5,000 pesos mensuales de ingreso ni alcanzan cubrir el costo de la canasta familiar. En un mes este ingreso oscila de 1,757 pesos a 5,000 pesos, equivalente a una entrada per cápita de 332 a 943 pesos (US$21 a US$59). Los hogares *menos pobres*, tienen ingresos superiores a los 5,000 pesos mensuales con un tope equivalente a 20,800 pesos mensuales, equivalente a un ingreso per cápita de 944 pesos a 23,547 pesos (US$59 a US$1,472).

Para medir la participación de la población que permanece durante el período muerto en la última zafra del CEA, se adoptó como PEA la población de 10 y más años ocupada y cesante durante el período muerto así como la población de 10 y más años que trabajó para el CEA durante la zafra de 1998-1999 pero permaneció cesante durante todo el período muerto. Entre esta población, el 27 por ciento trabajó en la última zafra, 9.6 por ciento como cortadores y 17.4 por ciento en otras actividades. Cuando la unidad de análisis es el hogar de ésta población, se pone de manifiesto la importancia que tienen los bateyes para el sector azucarero: en el 44.9 por ciento de estos hogares, por lo menos una persona trabajó para el CEA durante la zafra de 1998-1999.

Las características sociodemográficas de la población que participó en la última zafra son diferentes de las características de la PEA del período muerto. En el trabajo del CEA en la zafra anterior no existen diferencias estadísticamente significativas según género y nivel de escolaridad de las personas jefas de hogar, aunque si existen diferencias según variables étnicas. Las cabezas de hogar de nacimiento dominicano ganan más (17, 806 pesos durante seis meses de zafra) que las de nacimiento haitiano (13,570 pesos). Esta desigualdad se fundamenta en la división étnica del mercado al interior del CEA, que asigna a los haitianos la tarea del corte, valorizada a un precio inferior a las demás actividades. La media de los cortadores de caña para el período completo de zafra es de 14,698 pesos, inferior a la media devengada en otras

actividades de campo (17,503 pesos) o a trabajos de oficina, salud o industriales (21,885 pesos). A pesar que los cortadores de caña reciben los peores ingresos, la media es equivalente a 2,450 pesos mensuales, por encima del salario mínimo en empresas pequeñas y por encima de la media de ingresos de la PEA masculina durante el período muerto (2,091 pesos mensuales).

La evidencia presentada en este estudio, descarta que el motivo del rechazo al corte de la caña sean los bajos ingresos, no sólo de los dominicanos, sino además de la población haitiana que reside en el país y se dedica a otras actividades económicas,. La explicación tiene que encontrarse más bien en las condiciones en que esta actividad se realiza, las cuales estuvieron fuera del alcance de este estudio.

Pero, es conocido, y ha sido ampliamente documentado (Moya Pons et al 1986; Báez Evertsz 1986) que el proceso de trabajo en el corte de la caña tiende a no respetar los derechos del trabajador. El corte es una actividad que se realiza a destajo y carece de prestaciones laborables. Los ingresos devengados reflejan días laborables que pueden extenderse a 12 horas de trabajo arduos, sin protección bajo el candente sol. El machete utilizado en el corte requiere un esfuerzo físico que desafía aún a los más fuertes. Luego de cortar la caña, el bracero se ve sometido al horario del carretero y el pesador de la caña para poder entregar el producto de su trabajo. La tardanza no sólo alarga la jornada laboral del bracero, sin ningún beneficio adicional, sino que le perjudica. La caña cortada pierde agua y reduce su peso. Durante días lluviosos, el bracero está imposibilitado de trabajar y no recibe el jornal para el sustento de su familia. A pesar de que la media del ingreso en el corte está por encima del salario mínimo, el trabajo requiere salud y fortaleza física. El día de lluvia o de enfermedad no se cobra. Por ésta razón, los datos de esta encuesta también muestran que el 39.4 por ciento de los hogares con jefes cortadores de caña son indigentes, con promedios de salarios mensuales inferiores a los 1,756 pesos.

CAPITULO 4

EFECTOS DEL HURACAN GEORGES Y PROGRAMA DE ALIMENTOS

4.1 ANTECEDENTES

El Huracán Georges embistió el día 22 de Septiembre de 1998 por más de 16 horas las zonas Sureste, Suroeste y Cibao Central de la República Dominicana. A la destrucción causada por vientos sostenidos que se aproximaron a los 200 kilómetros por hora, se sumó el desbordamiento de presas y ríos, arrasando comunidades y enterrando en lodo pueblos enteros.[1] La OPS estimó que 400,000 personas tuvieron que buscar refugio y por lo menos 600,000 personas fueron damnificadas por pérdida de viviendas y bienes. Los organismos nacionales de socorro y Salud Pública registraron 265,000 personas ubicadas en refugios y 297 muertes, (Castellanos 1998), aunque esta última cifra fue altamente cuestionada por grupos nacionales que estimaron un saldo de muertes superior a las 1,000 personas

La respuesta nacional e internacional al desastre fue inmediata. Un estudio de la CEPAL (1998) informa que el gobierno dominicano gastó US$205 millones durante las operaciones de emergencia de los primeros meses y el Plan Social de la Presidencia reporta haber distribuido 2.7 millones de raciones alimenticias valoradas en US$8 millones durante el primer mes después del huracán. En síntesis, se estimó que a raíz del suceso, mas de US$13 millones fueron donados en forma de alimentos y aproximadamente US$16 millones en efectivo.[2]

El documento de la CEPAL cita a los Estados Unidos de América como el mayor donante; contribuyendo una tercera parte del total de la asistencia recibida. Durante la primera semana, el Cuerpo de Paz, con donaciones de USAID, contribuyó a la distribución aérea de 53 toneladas de alimentos. Diversos diagnósticos de desastres fueron financiados además de proyectos de reconstrucción de viviendas, reparación de sistemas de agua, asistencia a refugios, saneamiento ambiental, reforestación y otras actividades relacionadas con la asistencia a la población afectada.

4.2 DAÑOS DEL HURACAN GEORGES

4.2.1 DAÑOS EN EL TERRITORIO NACIONAL

Las pérdidas económicas sobrepasaron las pérdidas causadas por la última catástrofe natural ocasionada en 1979 por el Huracán David. El citado estudio de la CEPAL, realizado a raíz del

[1] Los vientos corresponden a la categoría 2 en el umbral de 3 en la escala Saffir-Simpson.
[2] Ver estudio realizado para la USAID (Sullivan, Tejada y Mena 1999) que tuvo por objetivo evaluar la necesidad de alimentos adicionales de la LP 480 y ofrecer sugerencias sobre como debería de programarse la asistencia.

evento, estimó en US$2,193.4 millones los daños directos e indirectos.[3] Las cifras de daños directos del Banco Central de la RD aproximaron los daños a US$1,883 millones, lo que representa el 12.3 por ciento del PBI. El sector de la economía más afectado fue el de la construcción. El Instituto Nacional de la vivienda estimó un total de 170,916 viviendas afectadas por el huracán, de las cuales el 29 por ciento quedó totalmente destruido. Las viviendas afectadas representan el 10.5 por ciento del total de 1,629,616 viviendas contadas en el país. La infraestructura vial quedó igualmente afectada. De un total de 112 puentes, 55 fueron destruidos; así como el 20 por ciento de las carreteras y el 40 por ciento de 2,000 km. de caminos de herradura. Estos últimos, son utilizados por campesinos para sacar la producción agrícola al mercado.

La CEPAL estimó que la población con mayor riesgo económico lo constituyó la población activa de las regiones predominantemente agropecuarias, seguido por la población dedicada al comercio de esos frutos y por el sector turístico. La tercera parte de los terrenos cultivados fue afectada, estimándose la pérdida directa en agricultura, ganadería y pesca en US$498 millones. La Secretaría de Agricultura (SEA) estimó las pérdidas en US$484 millones,[4] lo que representa el 26 por ciento del producto agrícola con un 45 por ciento de la tierra dedicada a la agricultura afectada.

El 53.7 por ciento de las áreas afectadas corresponde a cultivos dedicados a la exportación, mayormente cultivos permanentes de cacao y café y plantaciones de caña de azúcar. Las plantaciones de cítricos y palmas para aceites también sufrieron. El restante 46.3 por ciento está básicamente dedicado a alimentos para el mercado interno, y que tienen una alta incidencia en el consumo nacional: plátano y guineos, arroz, habichuelas, maíz, y tubérculos.

Los hogares que viven en condiciones de pobreza (56 por ciento) y de pobreza extrema (19 por ciento) (Morillo 1997) sufrieron con más crudeza los efectos del huracán. El Sistema de Información Epidemiológica de la SESPAS reportó el 26 de septiembre de 1998 el número mayor de personas que buscaron refugio en albergues improvisados. Aproximadamente 301,266 personas se refugiaron en 584 refugios, correspondientes a la población que vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema. Estos refugiados representan aproximadamente el 58 por ciento de la población de la provincia de Bahoruco, el 29 por ciento de la población de la provincia de San Pedro de Macorís, el 8 por ciento de la población de la provincia de Hato Mayor y el 7 por ciento de la población de la provincia de Barahona (SESPAS, DIGEPI, Boletín Epidemiología, octubre-noviembre 1998). Todas estas provincias corresponden a áreas geográficas de ubicación de bateyes del CEA.

4.2.2 DAÑOS CAUSADOS A LA POBLACION META

4.2.2.1 Características de las viviendas de hogares refugiados

El Cuadro 4.1 presenta datos sobre los hogares del universo estudiado que necesitaron buscar refugio a consecuencias del Huracán Georges. Más de la mitad (54.5 por ciento) de los hogares

[3] Los daños indirectos incluyen la producción que no podrá obtenerse como resultado de los daños directos, y los mayores gastos que será necesario efectuar, o los menores ingresos que se percibirán para brindar determinados servicios.

[4] Este estimado incluye daños a las plantaciones y la pecuaria, a las instalaciones de las factorías arroceras y los ingenios azucareros, y daños a las instalaciones de la SEA.

abandonó sus viviendas para buscar refugio en otro local. El análisis de los hogares que buscaron refugio, según la etnia de la madre y según las condiciones de la vivienda, permite identificar elementos de vulnerabilidad ante catástrofes naturales.

La proporción de madres que buscó refugio está asociada a la nacionalidad de la madre. El porcentaje de madres dominicanas y domínico-haitianas que se refugió es técnicamente el mismo, (56 por ciento) pero la proporción de madres haitianas refugiadas es menor (35 por ciento). Este hecho está asociado a la mayor proporción de hogares con jefatura haitiana que residen en viviendas del CEA (Cuadro 2.9).

Una mayor proporción de las paredes de las viviendas del CEA está construida de materiales más seguros y duraderos que la proporción construida con estos materiales en las viviendas restantes. Las paredes de bloques o ladrillo en las viviendas del CEA alcanzan el 71.6 por ciento del total de viviendas con paredes de bloques de cemento o ladrillo, mientras las viviendas bajo otras formas de tenencia solo tienen una proporción del 28.4 por ciento. La resistencia de estos materiales, casi en su totalidad de bloques de cemento, contribuyó para que las viviendas del CEA fuesen más resistentes a los vientos, lluvias e inundaciones causadas por el huracán: el 47 por ciento de los hogares residientes en viviendas del CEA buscó refugio, en contraste con el 59 por ciento de hogares residiendo en viviendas bajo otras formas de tenencia.

Adicionalmente, las condiciones del piso y el techo también inciden en la seguridad que ofrece la vivienda. Las personas de hogares residentes en viviendas con pisos y/o techos en mal estado (71.5 y 52.3 por ciento respectivamente), buscaron refugio en mayor proporción (58.4 y 67.0 por ciento respectivamente) que las que residían en hogares con pisos y/o techos en buen estado (45.0 y 40.6 por ciento respectivamente).

De todos los indicadores de las condiciones de la vivienda, el mejor predictor de resistencia a huracanes es el material de construcción de las paredes de las viviendas. De todas las variables analizadas, la proporción de hogares que buscó refugio es menor cuando las paredes de las viviendas son de ladrillo o bloques de cemento. Así, mientras una alta proporción de hogares residentes en viviendas con paredes en mal estado, construidas de yagüa, tejamanil y materiales de desecho, buscó refugio (69.3 por ciento), lo mismo que hogares residentes en viviendas con paredes de palma o madera (64.3 por ciento), solamente 37.1 por ciento de los hogares residentes en viviendas con paredes de bloques de cemento o ladrillo tuvo que refugiarse. En cambio, las letrinas y los servicios intradomiciliarios de agua no son indicadores de la resistencia de las viviendas a los huracanes. Tampoco lo son las viviendas con letrinas o inodoros, las que tienen conexión de agua en su patio o en el interior de la vivienda. Las viviendas con servicio eléctrico están asociadas a la resistencia a huracanes, pero sin ninguna importancia para ser tomada en cuenta.

CUADRO 4.1 CARACTERISTICAS DE LAS VIVIENDAS Y LOS HOGARES DE REFUGIADOS

Distribución porcentual de hogares refugiados, según etnia de la madre, condiciones de los componentes estructurales de la vivienda y acceso a servicios de agua intradomiciliaria y electricidad.

CARACTERISTICAS	REFUGIADOS SI	REFUGIADOS NO	TOTAL %	TOTAL Número	Coeficiente Cramer's V
Etnia madre					
Dominicana	56.9	43.1	100.0	603	
Haitiana	35.4	64.6	100.0	99	
Domínico-Haitiana	56.4	43.6	100.0	133	.14764**
No Sabe/SR	77.8	22.2	100.0	9	
Tenencia vivienda					
Otro	59.2	40.8	100.0	524	
CEA	46.9	53.1	100.0	320	.111970***
Estado del piso/a					
Mal Estado	58.4	41.6	100.0	603	.12686**
Buen Estado	45.0	55.0	100.0	240	
Estado del techo/b					
Mal Estado	67.0	33.0	100.0	440	.26474****
Buen Estado	40.6	59.4	100.0	401	
Estado de las paredes					
Mal estado/c	69.3	30.7	100.0	75	.27088****
Palma o madera	64.3	35.7	100.0	423	
Ladrillo o cemento	37.1	62.9	100.0	313	
Otro	60.6	39.4	100.0	33	
Sanitarios					
No Tiene	53.8	46.2	100.0	589	
Letrina	55.6	44.4	100.0	252	
Inodoro	100.0	0.0	100.0	3	n.s.
Servicios					
Agua intradomiciliaria/d	51.4	48.6	100.0	280	n.s.
Electricidad	51.7	48.3	100.0	580	.08269*
Total %	**54.5**	**45.5**	**100.0**		
Número	460	384		844	

:NOTAS: a) Las 240 viviendas con piso en buen estado corresponden a las viviendas con pisos de mosaico o granito (0.7 %), de cemento sin grietas (26.1 %), y de madera en buen estado (1.7 %), correspondientes a las categorías 4, 5 y 6 de la pregunta 52 en el cuestionario. Entre las viviendas con pisos en mal estado se encuentran, 15.3 % con piso de tierra, 55.5 % con piso de cemento agrietado, y 0.7 % con piso de madera en mal estado.

b) Las 401 viviendas con techos en buen estado corresponden a 1.1 % con techos de cana en buen estado, 24.6 % con techos de zinc sin óxido ni goteras, 2.9 % con techos de asbesto, 18.8 % con plato de concreto, y 0.4 % con techo de concreto y tejas, correspondientes a las categorías 5, 6, 7, 8 y 9 de la pregunta 54 del cuestionario. Tres casos fueron omitidos.

c) Las viviendas con paredes de tejamanil, yagüa o materiales de desecho sólo conforman el 8.9 % del total de las viviendas; en cambio, las viviendas con paredes de tablas de palma alcanzan el 7.9 % y las de madera el 42.2 %. Un 3.9 % fue definido en la categoría de *otro*

d) Incluye conexiones dentro de la vivienda y en el patio de la vivienda.

4.2.2.2 Ubicación, tipo y tiempo de permanencia en los refugios

La permanencia en refugios puede ser una experiencia traumatizante, debido principalmente a las condiciones de hacinamiento y al riesgo a la salud y seguridad de sus habitantes. La localización del refugio en otra comunidad y la imposibilidad de reconstruir el hogar en un tiempo corto, son factores que agravan la situación de la persona damnificada. El Cuadro 4.2 presenta datos sobre los tipos de refugios, su localización y el tiempo de permanencia en los mismos.

CUADRO 4.2 CARACTERISTICAS DE LOS REFUGIOS Y PROPORCION DE REFUGIADOS

CARACTERISTICAS	Todos los hogares		Refugiados
	Número	%	%
Tipos de refugios			
Otra vivienda	166	19.7	36.1
Barracón	118	14.0	25.7
Centro comunal	5	0.6	1.1
Almacén del CEA	16	1.9	3.5
Iglesia	18	2.1	3.9
Escuela	92	10.9	20.0
Otro	41	4.9	8.9
Sin respuesta	4	0.5	0.9
No se refugiaron	384	45.5	--
Ubicación de los refugios			
En esta comunidad	412	48.8	89.6
Otro batey del ingenio	13	1.5	2.8
Otra comunidad fuera	31	3.7	6.7
Sin respuesta	4	0.5	0.9
No se refugiaron	384	45.5	--
Permanencia en refugio			
0-7 días	292	34.6	63.5
8-29 días	67	7.9	14.6
1-<3 meses	55	6.5	12.0
3-<9 meses	24	2.8	5.2
9+ meses	22	2.6	4.8
No de referencia	384	45.5	--
Hogares que recibieron refugiados			
No recibieron refugiados	754	89.3	--
1-3 personas	30	3.6	33.3
4-7 personas	32	3.8	35.6
8-15 personas	21	2.5	23.3
16-25 personas	7	0.8	7.8
Total	844	100.0	100.0

El 54.5 por ciento de los hogares buscó refugio. Entre éstos, 36.1 por ciento acudió a otras viviendas, 25.7 por ciento buscó refugio en barrancones del CEA, y 20.0 por ciento en escuelas. El restante 18.2 por ciento se refugió en Iglesias, almacenes del CEA y centros comunales, entre otros. Una de cada diez viviendas que no fue abandonada se convirtió en albergue de familiares y amistades.

Los refugios estaban localizados principalmente en la misma comunidad de los refugiados (89.6 por ciento de los hogares). En menor proporción, 6.7 por ciento se refugió en otra comunidad fuera del área del ingenio y 2.8 por ciento en otro batey perteneciente al ingenio de residencia.

La mayoría de los hogares refugiados (63.5 por ciento) no permaneció por más de una semana en los refugios o viviendas particulares y 15 por ciento permaneció de una semana a menos de un mes.

La situación peor fue vivida por 12 por ciento de los hogares que permaneció de uno a menos de 3 meses; 5 por ciento, de tres a menos de nueve meses y otro 5 por ciento con más de nueve meses de estadía, incluyendo algunos que al momento de la encuesta todavía no residían en sus hogares.

4.2.2.3 Daños a viviendas, paralización de servicios y otras pérdidas

1) Destrucción total de la vivienda

El Cuadro 4.3 presenta las estadísticas sobre viviendas totalmente destruidas, según la etnia de la madre, forma de tenencia y condiciones de los tres componentes estructurales de la vivienda. Las viviendas totalmente destruidas alcanzaron el 21.7 por ciento. No existen diferencias estadísticamente significativas entre las proporciones de madres dominicanas, haitianas y domínico-haitianas que perdieron totalmente sus viviendas, aunque con una muestra mayor, podría establecerse una proporción menor de viviendas dominicanas destruidas (19.4 por ciento) que haitianas (25.3 por ciento) o domínico haitianas (29.3 por ciento).

Las diferencias estadísticas significativas se encuentran entre grupos clasificados según la tenencia y las condiciones de la vivienda. Las viviendas cedidas por el CEA son más resistentes a huracanes. Entre éstas, 15.9 por ciento fueron totalmente destruidas, comparado con 25.3 por ciento de las viviendas bajo otras formas de tenencia. Las viviendas con techo en buen estado resistieron más la embestida del huracán, así como las viviendas con paredes de ladrillo o bloques de cemento. Esta última característica de las viviendas constituye el factor que más contribuye a lograr la resistencia a los vientos de huracanes: 11.5 por ciento fueron destruidas, en comparación con 26.5 por ciento de las viviendas con paredes de tablas de palma o madera y 30.7 de las construidas con yagüa, tejamanil, cartón y diversos materiales de desecho. Por otra parte, ni el tipo de piso ni la existencia o no de letrinas constituyen factores asociados a la resistencia de las viviendas a huracanes.

Adicionalmente, se realizó un análisis de varianza para determinar el efecto del ingreso en el hogar a la resistencia de la vivienda a las embestidas del Huracán Georges. La hipótesis nula de no diferencia entre las medias de tres niveles de ingresos en los hogares pudo ser rechazada con un valor de significación de $p=.09$ (y no del convencional $p=.05$). El resultado es una media de ingreso equivalente a 2,773 pesos mensuales para los que perdieron sus viviendas y a 3,176 pesos mensuales para los que no las perdieron.

2) Daños parciales a la vivienda, pérdida de servicios y otros efectos del huracán

El impacto del huracán fue desastroso. No solamente la vivienda fue afectada. La calidad de vida de la mayoría sufrió además por la pérdida de fuentes de agua y energía, así como por el aumento de mosquitos y enfermedades. Adicionalmente, muchos vieron sus ingresos disminuidos al perder la finca o el empleo. Estos datos se presentan en el Cuadro 4.4, según la etnia de la madre y la pertenencia de la vivienda al CEA, versus otras formas de tenencia.

CUADRO 4.3 VIVIENDAS TOTALMENTE DESTRUIDAS POR EL HURACAN GEORGES, SEGUN LA ETNIA DE LA MADRE, Y LAS CONDICIONES DE LOS DIFERENTES COMPONENTES ESTRUCTURALES DE LA VIVIENDA

CARACTERISTICAS	VIVIENDAS		TOTAL		Coeficiente
	Destruidas	Sin Destruir	%	Número	Cramer's V
Etnia de la madre					
Dominicana	19.4	80.6	100.0	603	
Haitiana	25.3	74.7	100.0	99	
Domínico-Haitiana	29.3	70.7	100.0	133	n.s.
No Sabe/SR	22.2	77.8	100.0	9	
Tenencia viviendas*					
CEA	15.9	84.1	100.0	320	
Otro	25.3	74.7	100.0	521	
					.11059**
Estado del techo					
Mal estado	25.7	74.3	100.0	440	
Buen estado	17.0	83.0	100.0	401	.10603**
Estado de las paredes					
Mal estado	30.7	69.3	100.0	75	
Palma o madera	26.5	73.5	100.0	423	
Ladrillo o cemento	11.5	88.5	100.0	313	.19649****
Otro	36.4	63.6	100.0	33	
Estado del piso					
Mal estado	23.4	76.6	100.0	603	
Buen estado	17.5	82.5	100.0	240	
Sin información	0.0	100.0	100.0	1	n.s.
Sanitarios					
No tiene	22.6	77.4	100.0	589	
Letrina	19.8	80.2	100.0	252	
Inodoro	0.0	100.0	100.0	3	n.s.
Total %	**21.7**	**78.3**	**100.0**		
Número	183	661		844	

NOTA: 3 casos excluidos de las variables tenencia de la vivienda y estado del techo.

El 51.5 por ciento de los hogares perdió los techos de sus viviendas y 26.7 por ciento las letrinas, empeorándose así el estado de insalubridad en los bateyes. Las fuentes de ingresos se vieron afectadas para el 29 por ciento de los hogares que perdió sus predios y para aquellos en que algún miembro perdió la fuente de trabajo (11.4 por ciento). A nivel comunitario, la mayoría de los hogares de los bateyes del CEA perdió la fuente de agua (54.5 por ciento) y la energía eléctrica (66.7 por ciento).

La salud de los miembros del hogar también sufrió debido a la degradación del ambiente, las inundaciones producidas por las fuertes lluvias, la movilización de poblaciones y el hacinamiento y carencia de servicios en los refugios improvisados. El 92 por ciento de las madres reportó un aumento de mosquitos y 52 por ciento un incremento de enfermedades. Este efecto negativo en la salud fue sentido por todas las madres; independientemente de su etnia, o de su residencia, en vivienda cedida por el CEA, o con otro tipo de tenencia.

CUADRO 4.4 DAÑOS PARCIALES A LA VIVIENDA, Y OTROS EFECTOS DEL HURACAN GEORGES, SEGUN ETNIA DE LA MADRE Y TENENCIA DE LA VIVIENDA

CARACTERISTICAS	Perdió Techo	Perdió Letrina	Perdió Predio	Perdió Fuente de Agua	Perdió Energía Eléctrica	Perdió Trabajo	Aumento Enferme-dades	Perdió Otros
Etnia de la Madre								
Dominicana	52.9	26.7	27.7	54.4	69	10.4	52.6	18.2
Haitiana	39.4	23.2	32.3	51.5	60.6	8.1	49.5	12.1
Domínico-Haitiana	54.1	27.1	33.1	57.9	59.4	17.3	51.9	24.8
No Sabe	55.5	55.6	22.2	44.4	88.9	22.2	44.4	0.0
Cramer's V	n.s.	.11700*	n.s.	n.s.	n.s.	.10585*	n.s.	n.s.
Tenencia Vivienda								
CEA	38.8	26.3	32.8	53.4	55.3	12.8	51.3	17.8
Otro	59.7	27.1	26.9	54.9	74.1	10.6	52.2	18.8
Cramer's V	.20348****	n.s.	n.s.	n.s.	.19378****	n.s.	n.s.	n.s.
Total %	**51.5**	**26.7**	**29.0**	**54.5**	**66.7**	**11.4**	**52.0**	**18.4**
Número	435	225	245	460	563	96	439	155

El efecto del ingreso en el hogar en la pérdida del techo de la vivienda fue medido a través de un análisis de varianza. Se compararon las medias de ingresos entre hogares residentes en viviendas que perdieron el techo y en las que no lo perdieron. No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las medias. De igual manera, el análisis de varianza para comparar la media de ingresos entre hogares que reportaron aumento de enfermedades y los que no lo reportaron no resultó en una diferencia de medias estadísticamente significativas. En otras palabras, el aumento de las enfermedades y la pérdida de techos en los bateyes como consecuencia del huracán, no puede atribuirse a niveles mayores de pobreza que los experimentados en hogares que no sufrieron esos efectos.

El Cuadro 4.5 presenta un censo de los daños estimados por la gerencia del CEA en 1998, a raíz de la catástrofe. En sus diez ingenios, incluyendo los bateyes centrales de características urbanas, el CEA estimó un total de 16,127 damnificados. Se desconoce el método utilizado para recoger la información, pero no existe correspondencia entre el total de personas damnificadas por ingenio y el número de viviendas destruidas, parcial o totalmente.

CUADRO 4.5 DAÑOS CAUSADOS POR EL HURACAN GEORGES EN LOS BATEYES, POR INGENIO

	Viviendas		Barrancones		Escuelas	Molinos de Viento	Depósitos Agua	TOTAL
	Destruidos	Destechados	Destruidos	Destechados	Destechadas	Destruidos	Desplomados	Damnificados
Ingenios								
Haina Guanuma	281	123	19	55	7	3	1	3,215
Haina Enriquillo	187	49	36	7	9	2	1	2,027
Haina Duquesa	16	39	5	19	4	1	0	1,013
Barahona	173	79	2	4	0	1	0	6,999
Consuelo	1,003	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	679
Boca Chica	193	260	18	23	10	7	6	953
Porvenir	166	155	23	12	11	6	3	802
Santa Fe	20	100	2	9	3	2	0	240
Quisqueya	126	123	9	3	6	4	2	199
Totales	**2,165**	**928**	**114**	**132**	**50**	**26**	**13**	**16,127**

FUENTE: Consejo Estatal del Azúcar, (CEA), Comité General de Emergencia, 1998.

4.3 RECONSTRUCCION

Al momento de la encuesta, en diciembre de 1999, habían transcurrido 15 meses desde la catástrofe provocada por el Huracán Georges. Durante ese período, diferentes instituciones, incluyendo el CEA, trabajaban en los bateyes para lograr paliar los daños del huracán. El Cuadro 4.6 presenta datos sobre la reconstrucción del habitat, la rehabilitación de servicios de agua y electricidad, la puesta en producción de predios agrícolas, el rescate de la actividad económica, y el mejoramiento de la salud en el hogar, logrados durante los 15 meses posteriores al 28 de Septiembre del 1988. Al momento de la encuesta, 5 por ciento del total de viviendas--afectadas y no afectadas por el huracán--permanecían sin reconstruir, frente a 16.7 por ciento reconstruidas. En cambio, la reconstrucción o techado nuevo de las viviendas, constituye una actividad con cobertura masiva, dada la imposibilidad de que las viviendas sean habitadas sin algún tipo de techo. De 51.5 por ciento de los hogares que reportaron haber perdido el techo de sus casas (sin incluir las viviendas totalmente destruidas), 5.7 por ciento no estaban techadas al momento de la encuesta—15 meses después del suceso. Por otra parte, la reconstrucción de letrinas ha sido más lenta que la del techado de las viviendas. De las casas que perdieron sus letrinas (26.7 por ciento), 8.4 por ciento no habían sido reconstruidas al momento de la encuesta.

Los servicios de agua y electricidad están siendo rehabilitados con mayor rapidez que las viviendas. El 54.5 por ciento de los hogares perdieron su fuente de agua y el 66.7 por ciento perdió sus redes de conexión eléctrica. Al momento de la encuesta, casi todos los servicios habían sido rehabilitados, con la excepción de 3.4 por ciento de las viviendas que todavía no habían recuperado su fuente de agua y el 2.8 por ciento cuyas redes de energía eléctrica no habían sido reconectadas. La medición de cambios en la salud no se establece con precisión, sino más bien como opinión subjetiva de los moradores. Del 52 por ciento de hogares que reportó aumento de enfermedades generadas por las condiciones insalubres creadas por el

huracán, 49.2 por ciento afirmó un descenso de las mismas al momento de la encuesta. Está disminución no se relaciona al descenso de mosquitos, dado que la plaga persiste en 62.1 por ciento de los hogares.

CUADRO 4.6 RECONSTRUCCION DEL HABITAT, REHABILITACION DE SERVICIOS BASICOS Y DE EMPLEOS, Y DISMINUCION DE ENFERMEDADES

Distribución porcentual de hogares que han reconstruido sus viviendas; disfrutan de servicios rehabilitados, han recuperado fuentes de empleos y rehabilitado predios familiares; y han mejorado la salud en el hogar

	HABITAT			SERVICIOS	
Condición	Casa	Techo	Letrina	Fuente agua	Electricidad
Sin reconstruir	5.0	5.7	8.4	3.4	2.8
Reconstruido	16.7	45.9	18.2	51.1	63.9
No afectado	78.3	48.5	73.3	45.5	33.3
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

	ECONOMIA			SALUD	
	Sin empleo	Sin predios	Sin otros	Enfermedades	Mosquitos
Persiste	1.2	8.5	7.1	2.8	62.1
No persiste	10.2	20.5	11.3	49.2	30.0
No afectado	88.6	71.0	81.6	48.0	7.9
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

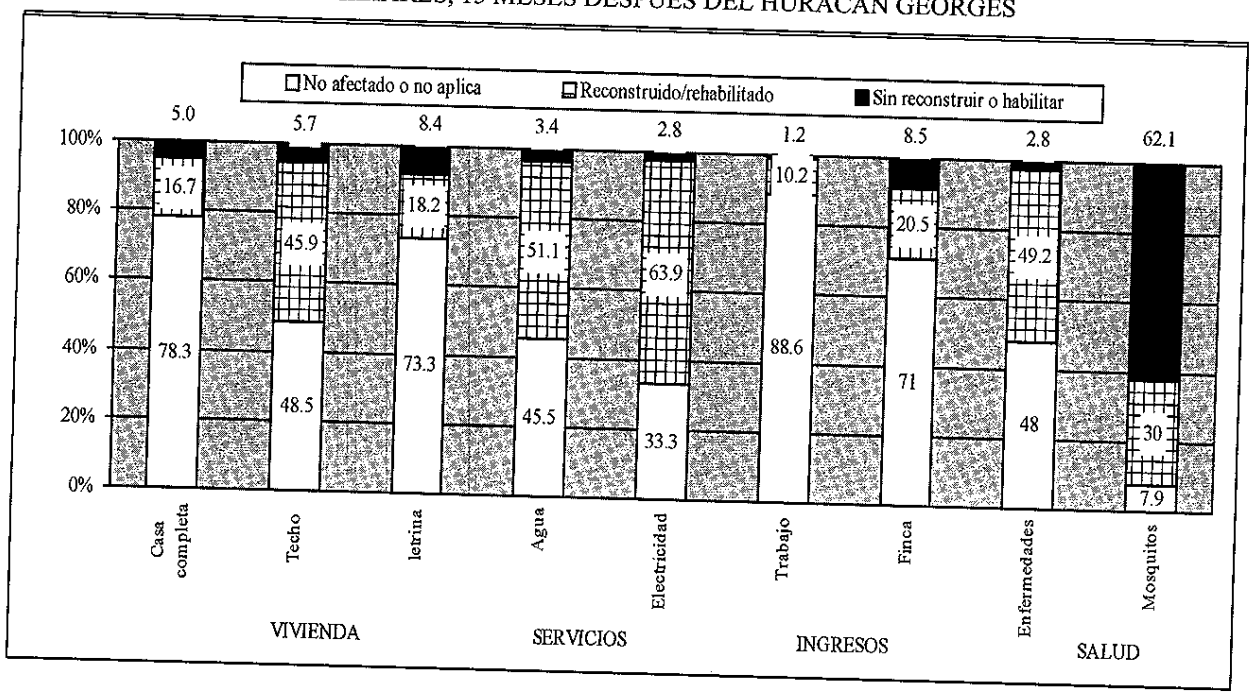
La economía de los hogares afectados por pérdida de trabajos y predios agrícolas ha mejorado considerablemente. De los 11.4 por ciento hogares que reportaron pérdida de trabajos o empleos de por lo menos uno de sus miembros, el 10.2 por ciento lo ha recuperado o se ha insertado en otra actividad productiva. La rehabilitación de predios agrícolas ha sido más lenta, y puede estar asociada no tanto a efectos del huracán, sino al proceso de capitalización del CEA. Del 29 por ciento de los hogares que reportaron haber perdido sus predios agrícolas, cerca de una tercera parte (8.5 por ciento) no lo ha recuperado. El Gráfico 4.1 presenta los resultados del proceso de reconstrucción al momento de la encuesta.

4.4 PROGRAMA DE ALIMENTOS

4.4.1 CARACTERISTICAS DE LOS HOGARES BENEFICIADOS

Por su condición de damnificadas, las comunidades de los bateyes fueron blanco de diversos programas de ayuda internacional y nacional, particularmente para recibir alimentos donados. Las comunidades pertenecientes a los ingenios del CEA en la Región Norte del Cibao--Montellano y Amistad--no recibieron donaciones porque no fueron afectadas por el huracán. El Cuadro 4.7 presenta los datos sobre los hogares que fueron beneficiados con alimentos—independientemente de la fuente—según características sociodemográficas de la madre; nivel del ingreso del hogar medido por el trabajo principal de sus miembros y la tenencia, condiciones y servicios de la vivienda.

GRAFICO 4.1 RECONSTRUCCION DEL HABITAT Y REHABILITACION DE SERVICIOS, TRABAJOS Y FINCAS FAMILIARES, 15 MESES DESPUES DEL HURACAN GEORGES



Los resultados de diferentes pruebas de hipótesis indican la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre los hogares beneficiados por los programas de alimentos clasificados por las características que se presentan en el Cuadro 4.7, con la única excepción del tipo de tenencia de la vivienda. La proporción de hogares residentes en viviendas del CEA que recibió alimentos (32.2 por ciento) es mayor que la proporción de residentes en viviendas bajo otras formas de tenencia, que también recibió alimentos (21.6 por ciento). Cómo se destacara en el Capítulo 2, los hogares residentes en viviendas cedidas por el CEA reciben menos servicios, están en peor estado que las viviendas que tienen otras formas de tenencia, y están ocupadas en mayor proporción por familias haitianas o de ascendencia haitiana.

Adicionalmente a estas pruebas, se realizó un análisis de varianza para comparar las medias de ingreso del hogar durante el período entre zafras, entre los hogares que recibieron y los que no recibieron alimentos. La hipótesis nula de no diferencia entre las medias no pudo ser rechazada. Dado que los beneficiarios del programa de alimentos no se diferencian por indicadores étnicos, de calidad de vida o de ingresos. Además, se realizó una prueba de la hipótesis de que los hogares damnificados fueron receptores de alimentos en mayor medida que los no damnificados. Los hogares fueron calificados como damnificados si perdieron la casa completa, o el techo de la vivienda, o la letrina, o el acceso a un predio agrícola familiar o si algún miembro de la familia perdió su empleo o trabajo después del huracán. Cuadro 4.8 presenta los resultados confirmados de estas pruebas. El 29.5 por ciento de los hogares damnificados recibió alimentos, proporción superior de manera estadísticamente significativa a la proporción de hogares no damnificados que recibió alimentos (17.0 por ciento). Entre estos últimos, pueden encontrarse hogares beneficiarios debido a la presencia de niños o niñas menores de cinco años, aunque el huracán no hubiese afectado sus condiciones de vida, debido a la política de la Cruz Roja Americana/Dominicana, la principal institución donante, en ese sentido (Tejada y Bueno, 2000).

CUADRO 4.7 HOGARES QUE RECIBIERON ALIMENTOS SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERISTICAS	ALIMENTOS Recibió	ALIMENTOS No recibió	TOTAL %	TOTAL Número	Coeficiente Cramer's V
Etnia de la madre					
Dominicana	24.7	75.3	100.0	603	
Haitiana	26.3	73.7	100.0	99	
Domínico-Haitiana	30.1	69.9	100.0	133	n.s.
No Sabe/Sin respuesta	11.1	88.9	100.0	9	
					n.s.
País de nacimiento jefe/a hogar					
República Dominicana	26.6	73.4	100.0	710	
Haití	20.1	79.9	100.0	134	
Jefatura del hogar					
Masculina	26.1	73.9	100.0	717	
Femenina	22.8	77.2	100.0	127	n.s.
Tenencia vivienda					
CEA	32.2	67.8	100.0	320	
Otro	21.6	78.4	100.0	524	.11810***
Condiciones de la vivienda					
Techo en mal estado*	27.3	72.7	100.0	440	n.s.
Techo en buen estado	23.7	76.3	100.0	401	
Piso en mal estado	27.5	72.5	100.0	603	
Piso en buen estado	20.8	79.2	100.0	240	
Otro	0.0	100.0	100.0	1	n.s.
Sanitarios					
No tiene	25.0	75.0	100.0	589	
Tiene letrina	27.4	72.6	100.0	252	
Tiene inodoro	0.0	100.0	100.0	3	n.s.
Servicios					
Sin electricidad	25.7	74.3	100.0	264	
Con electricidad	25.4	74.6	100.0	580	n.s.
Con agua intradomiciliaria	23.9	76.1	100.0	280	
Sin agua intradomiciliaria	26.4	73.6	100.0	564	n.s.
Días con hambre la semana anterior a la encuesta					
Ninguno	25.7	74.3	100.0	538	
1-2 días	26.1	73.9	100.0	138	
3-4 días	23.3	76.7	100.0	129	
5-7 días	30.8	69.2	100.0	39	n.s.
Ingresos en el hogar durante seis meses **					
Ninguno a 10,536	28.2	71.8	100.0	330	
10,537 a 30,000	24.6	75.4	100.0	353	
30,001 +	22.4	77.6	100.0	161	n.s.
Total %	**25.6**	**74.4**	**100.0**	**844**	
Número	216	628		844	

NOTA: * 3 casos excluidos sin información; ** Por trabajo principal de miembros del hogar durante el período entre zafras

CUADRO 4.8 DONACION DE ALIMENTOS SEGUN EL HOGAR FUESE O NO DAMNIFICADO

	Categoría de Hogares		Total donaciones	
	Damnificados	No damnificados	%	Número
Donación de alimentos				
Recibió	29.5	17.0	**25.6**	216
No recibió	70.5	83.0	**74.4**	628
% Total hogares damnificados	68.7	31.3	**100.0**	
Número	580	264		844

NOTA: Los hogares fueron clasificados como damnificados si perdieron la casa completa, el techo de la vivienda, la letrina, la producción de un predio agrícola, o el empleo o trabajo de un miembro de la familia.

4.4.2 INSTITUCIONES DONANTES Y CONSUMO DE ALIMENTOS DONADOS

4.4.2.1 Instituciones donantes

El Gráfico 4.2 presenta datos sobre las instituciones donantes. La Cruz Roja Dominicana fue la institución más frecuentemente reportada como donante--10.5 por ciento del total de hogares y 41 por ciento de los hogares que recibieron alimentos. El 11 por ciento de los hogares beneficiados identificó a diferentes ONGs, el 10 por ciento al Plan Social de la Presidencia, y el 21.3 por ciento reportó otras fuentes como donantes.

El programa del Título II de la Ley Pública 480 de los Estados Unidos de América, coordinado por USAID bajo el equipo de Reconstrucción, fue la fuente de donación de alimentos del Programa Mundial de Alimentos (PMA), la Cruz Roja Americana/Dominicana y varias instituciones identificadas por las entrevistadas en las categorías de ONGs y de *otro*. La donación consistió en 16,479 toneladas métricas de alimentos--arroz, habichuelas, arvejas, trigo, harina de maíz fortificada y aceite--valorados en US$10.1 millones.

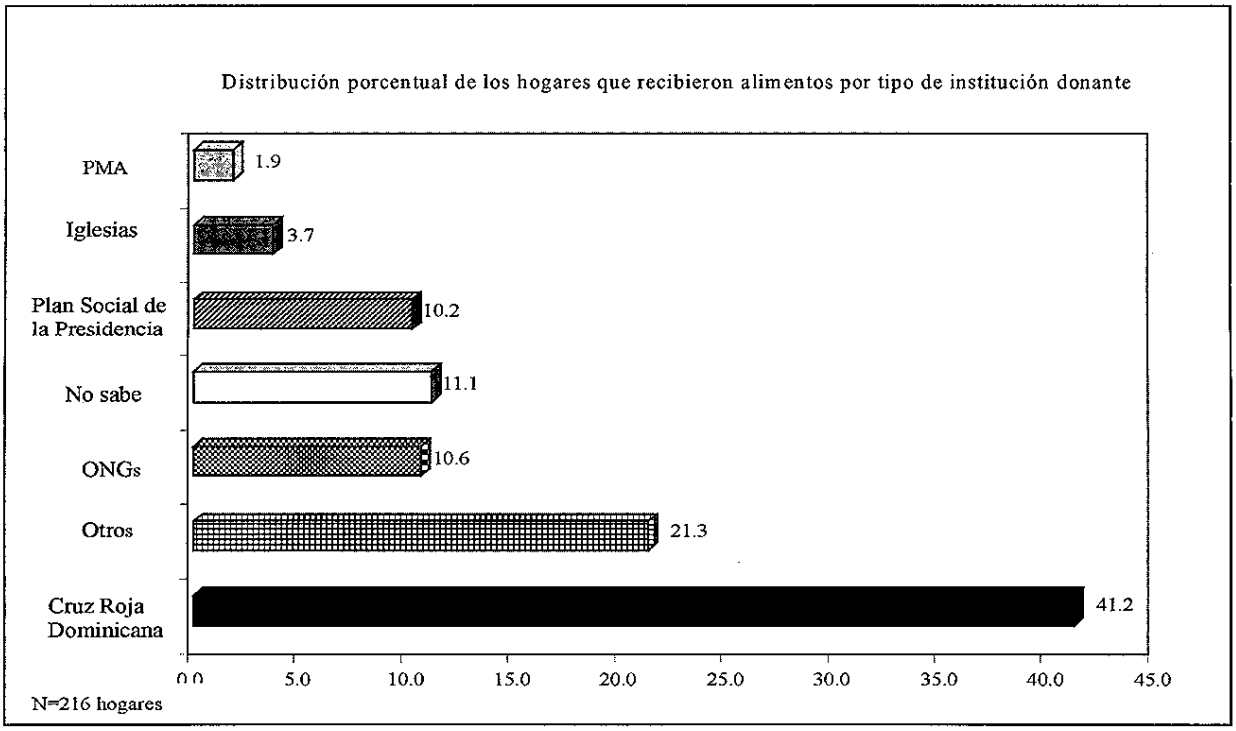
Los datos del equipo de USAID reportan un total de 66,000 familias beneficiadas, estimándose la población total en 330,000 personas afectadas por el Huracán Georges y distribuidas en 16 provincias y el Distrito Nacional. La Cruz Roja Americana (CRA) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA) fueron las organizaciones gestoras de la distribución. La Cruz Roja Americana (CRA) distribuyó los alimentos directamente y conjuntamente con el voluntariado de la Cruz Roja Dominicana a las poblaciones residentes en las zonas cañeras, aunque no con exclusividad. El programa finalizó el 24 de diciembre del año 1999 (Fernández 1999; Kolesar 1999 y 2000; Tejada y Bueno, 2000,).

4.4.2.2 Consumo de alimentos

A las entrevistadas se les preguntó cuantos meses y días tenían recibiendo raciones de arroz, habichuelas, aceite, cereal, trigo y otros. Para tener una variable aproximada de la cantidad de alimentos recibidos, se determinó la unidad de medición por día y tipo de alimento. Así, la ración de un mes de un tipo de alimento se convirtió a días/ración (30 raciones) y luego se

sumaron todas las raciones de diferentes tipos de alimentos (ej. arroz + habichuelas + aceite). Un análisis de varianza para determinar la diferencia entre medias de raciones distribuidas por la Cruz Roja, el PMA, y el resto de las instituciones no pudo diferenciar de manera estadísticamente significativa las medias.[5] En conjunto, la media de raciones recibidas fue de 438 raciones (equivalente a aproximadamente una media de cinco meses recibiendo tres tipos de alimentos diarios) y la Cruz Roja Dominicana resultó con la mayor media de 488 raciones.

GRAFICO 4.2 INSTITUCIONES DONANTES DE ALIMENTOS DESPUES DEL HURACAN GEORGES



Otras pruebas para determinar diferencias de medias en las raciones de diferentes subpoblaciones tampoco pudieron rechazar la hipótesis de no diferencias. No se encontraron diferencias en las medias de raciones recibidas entre hogares que a consecuencias del huracán Georges tuvieron que buscar refugio y los que permanecieron en sus viviendas; entre hogares que perdieron sus viviendas completas y las que no las perdieron; entre hogares que todavía no han reconstruido sus viviendas y las que las han reconstruido; entre hogares que perdieron el techo de sus casas y los que no los perdieron; entre hogares cuyas viviendas todavía no tienen techo y los que han techado sus viviendas; entre hogares que perdieron sus letrinas y los que no las perdieron; entre hogares que perdieron sus fuentes de agua y los que no las perdieron; entre hogares que todavía no tienen fuente de agua y los que ya las tienen; entre hogares que tuvieron un aumento de enfermedades y los que no sufrieron más enfermedades; y entre hogares donde alguien de la familia perdió su trabajo y en los que nadie perdió el trabajo.

[5] La ausencia de significación estadística se debe en parte al tamaño reducido de la muestra de hogares que recibieron alimentos (216 hogares).

La única diferencia estadísticamente significativa entre medias de raciones recibidas fue entre hogares que como efecto del huracán perdieron su fuente de abastecimiento de agua (media de 406 raciones) y las que no las perdieron (media de 482 raciones). Es decir, que los más afectados por perder la fuente de agua recibieron en promedio menos raciones alimenticias.

El Cuadro 4.9 presenta el consumo y los diversos usos que los beneficiarios dieron a los alimentos. Por lo menos el 95 por ciento de los alimentos recibidos fueron consumidos. Una pequeña proporción de los hogares vendió los alimentos con el objetivo de comprar medicamentos (3.2 por ciento), comprar leche (3.7 por ciento), comprar otros tipos de alimentos (5.1 por ciento) y/o darle otros usos (1.9 por ciento).

CUADRO 4.9 CONSUMO DE ALIMENTOS Y DESVIOS A OTROS USOS

Distribución porcentual de hogares que recibieron alimentos y de hogares que no recibieron los alimentos donados

	TOTAL HOGARES	
	%	Número
Donación de Alimentos		
Recibieron alimentos	25.6	216
No recibieron	74.4	628
Total	100	844

	HOGARES QUE RECIBIERON DONACION DE ALIMENTOS			
	Medicinas	Leche	Otros alimentos	Otros usos
Uso de alimentos				
Desvío a otros usos	3.2	3.7	5.1	1.9
Consumidos por beneficiarios	96.8	96.3	94.9	98.1

4.4.3 SEGURIDAD ALIMENTARIA

La supervivencia de la población depende de preservar la vida a corto plazo y preservar sus medios de vida a largo plazo. De forma inmediata, la disponibilidad y el acceso a alimentos de los miembros del hogar de una forma estable, son dos condiciones necesarias para lograr la seguridad alimentaria en el hogar (Frankenberger 1992). Los programas de alimentos de emergencia arriba descriptos, tuvieron como objetivo mitigar la hambruna causada por el Huracán Georges debido al desabastecimiento de productos agrícolas y al daño a las cosechas de alimentos en el país y por otra parte, al limitado acceso a alimentos de las subpoblaciones más pobres y vulnerables a desastres naturales. Pero, al momento de la encuesta, 15 meses después del paso del Huracán Georges, la situación de los bateyes se ubicaba en la necesidad de lograr acceso estable a alimentos, no a mitigar los efectos del desastre. Por esta razón, los programas de alimentos de emergencia finalizaron en diciembre de 1999. Esta finalización fue considerada inoportuna por muchos de los beneficiarios de alimentos en las áreas afectadas por el Huracán Georges (Tejada y Bueno 2000), debido a que a largo plazo, el acceso de la población a medios de vida era incierto.

En los bateyes, la seguridad alimentaria fundamentada en la preservación de los medios de vida se vio afectada por el proceso de capitalización del CEA. La decisión de arrendar los ingenios estatales determinó que durante el período muerto del año 1999 el CEA no invirtiera en la siembra y mantenimiento de sus plantaciones. En diciembre de 1999 los pobladores todavía no sabían si era posible realizar la zafra con los retoños de la siembra anterior. En consecuencia, muchos hogares de los bateyes perdieron sus medios de vida: los empleados del CEA; los cortadores de caña, pesadores y carreteros; y todo el sector comercial y de servicios que orienta su actividad económica a la clientela que depende directamente de la industria azucarera.

El efecto de la inseguridad alimentaria se mide en este estudio en los Capítulos 8 y 9 a través de la desnutrición proteico-calórica en niños y niñas menores de cinco años y la anemia en las madres y en niños y niñas de uno a menos de cinco años de edad. En este capítulo, se presenta una variable que no mide directamente el acceso de los miembros del hogar a alimentos, pero indica de una forma aproximada el *acceso a alimentos de forma suficiente* para paliar el hambre, sin tomar en cuenta el valor nutritivo de la ingesta. El carácter multisectorial de este estudio no permite tratar este tema con mayor profundidad, dado que medir la ingesta con precisión amerita un estudio con este único objetivo.

A las entrevistadas se les preguntó, "en la última semana, ¿hubo personas que se acostaron con hambre? En caso afirmativo, la informante era cuestionada sobre el número de días en que alguien en su hogar se acostó con hambre. Los resultados se presentan en el Cuadro 4.10. El 64 por ciento de las madres afirmaron que ningún miembro de su hogar se acostó con hambre la semana anterior a la encuesta; 16 por ciento reportó que algún miembro se acostó con hambre uno o dos días de la semana, 15 por ciento tres a cuatro días y 5 por ciento cinco a siete días. No existen diferencias estadísticamente significativas entre los números de días con hambre y la participación en programas de alimentos. Sin embargo, la medición del hambre está relacionada con la etnia de la madre, el país de nacimiento del jefe o jefa del hogar y el ingreso del hogar.

En el 69 por ciento de los hogares con madres dominicanas nadie se acostó con hambre la semana anterior a la encuesta, en comparación con el 54 por ciento de los hogares con madres domínico-haitianas y el 41 por ciento de los hogares con madres haitianas. De manera consistente, en hogares con jefatura femenina dominicana o con esposos de nacimiento dominicano, el 68 por ciento no se acostó con hambre la semana anterior a la encuesta, en contraste con el 43 por ciento cuando la mujer cabeza de hogar es haitiana o está casada con un hombre de nacimiento haitiano. El Gráfico 4.3 presenta la distribución del número de días con hambre según la etnia de la madre.

El ingreso es inversamente proporcional a los días de hambre. En hogares con ingresos inferiores al equivalente de 1,757 pesos mensuales, 52 por ciento no padecieron hambre la semana anterior a la encuesta, en contraste con el 68 por ciento en hogares con ingresos de 1,757 pesos a 5,000 pesos mensuales, y 78 por ciento en hogares con ingresos mensuales superiores a los 5,000 pesos.

El análisis de varianza establece diferencias estadísticamente significativas de las medias de ingreso en los hogares por trabajo principal de sus miembros durante los seis meses anterior a la encuesta, según el número de días con hambre. La media de ingreso en el hogar durante el

período de 6 meses es de 20,798 pesos en hogares que no padecieron hambre (equivalente a 3,466 pesos mensuales); de 17,237 pesos, para los hogares en que se padeció hambre uno o dos días (equivalente a 2,873 pesos mensuales); de 12,624 pesos para los hogares en que se padeció hambre de tres a cuatro días (equivalente a 2,104 pesos mensuales); y de 11,437 pesos, en hogares con hambre cinco y más días de la semana (equivalente a 1,906 pesos mensuales).

4.10 SEGURIDAD ALIMENTARIA SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

Distribución porcentual de los hogares con miembros que se acostaron con hambre la semana anterior a la encuesta por participación en programa, y características socioeconómicas

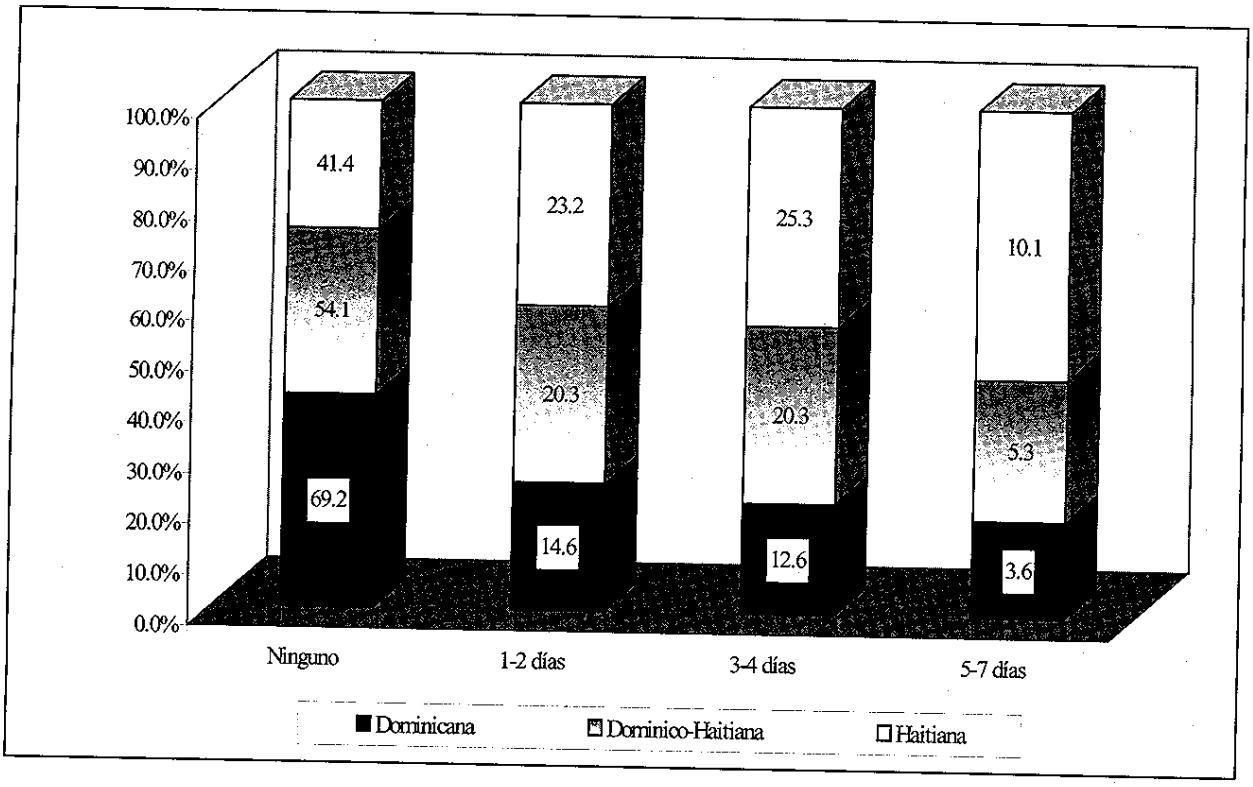
	Días con hambre en la semana				TOTAL		
CARACTERISTICAS	Ninguno	1-2 días	3-4 días	5-7 días	Total %	Número	Cramer's V
Recibió alimentos donados							
Recibe alimentos	63.9	16.7	13.9	5.6	25.6	216	n.s.
No recibe alimentos	63.7	16.2	15.8	4.3	74.4	628	
Etnia de la madre*							
Dominicana	69.2	14.6	12.6	3.6	72.2	603	.14847****
Haitiana	41.4	23.2	25.3	10.1	11.9	99	
Domínico-Haitiana	54.1	20.3	20.3	5.3	15.9	133	
País nacimiento jefe/a hogar							
República Dominicana	67.7	14.4	13.5	4.4	84.1	710	.1939****
Haití	42.5	26.9	24.6	6	15.9	134	
**Ingreso hogar ** **							
Ninguno-10,536 pesos	52.4	18.5	22.4	6.7	39.1	330	.15705****
10,537 a 30,000 pesos	67.7	15.9	12.2	4.2	41.8	353	
30,001 + pesos	78.3	13	7.5	1.2	19.1	161	
Total %	**63.7**	**16.4**	**15.3**	**4.6**	**100**		
Número	538	138	129	39	844		
Media de ingreso en hogar					Global		
Media en RD$ (6 meses)	20,798	17,237	12,624	11,437	18,534		
Media en RD$ (1 mes)	3,466	2,873	2,104	1,906	3,089		
Número hogares	538	138	129	39			
Coeficiente F= 10.5692****							

NOTA: *9 casos sin información omitidos
** Ingresos durante seis meses del período entre zafras, correspondientes a 6 meses antes de la encuesta

El análisis anterior tiene implicaciones sobre la capacidad de los salarios mínimos fijados en 1999 para satisfacer la demanda de seguridad alimentaria de los hogares—ver capítulo 3 sobre ingresos. Se ha encontrado suficiente evidencia para concluir que una familia con un salario mínimo de 1,757 pesos o de 1,987 pesos no puede satisfacer el hambre de todos sus miembros

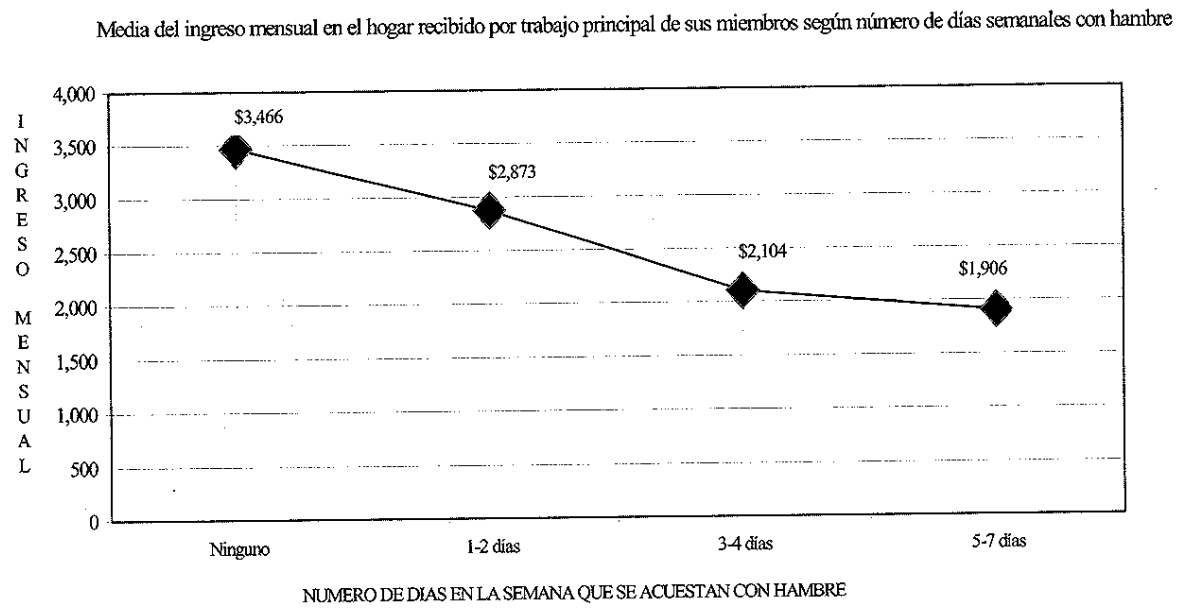
cinco, seis o los siete días de la semana. Los hogares con ingresos equivalentes al salario mínimo más alto, de 2,895 pesos mensuales, pasan hambre de uno o dos días. Para no pasar hambre, sin tomar en cuenta otras necesidades básicas, el salario mínimo tendría que estar por la cifra aproximada de 3,500 pesos. Como se presentara en el acápite 3.7.3 de este estudio, el ingreso medio mensual en el hogar, incluyendo los ingresos adicionales diferentes al trabajo principal de sus miembros, corresponde a 3,504 pesos. Pero solamente los dos quintiles superiores de los hogares reciben este ingreso medio. Esto significa que los hogares indigentes pasan hambre, así como aproximadamente la mitad de los hogares pobres.

GRAFICO 4.3 DIAS CON HAMBRE DURANTE LA SEMANA SEGUN ETNIA DE LA MADRE



El Gráfico 4.4 relaciona el ingreso mensual percibido por el trabajo principal de los miembros mayores de 10 años con la variable indicadora de seguridad alimentaria del hogar. Como puede observarse, la duración de los días con hambre durante la semana está inversamente relacionada al ingreso. Esto era de esperarse, dada la estructura asalariada de los medios de vida en los bateyes, diferente a comunidades rurales donde la producción campesina representa un medio de vida importante. Este hallazgo levanta cuestionantes importantes sobre la sostenibilidad de la seguridad alimentaria en los bateyes. ¿Están las nuevas compañías arrendatarias en capacidad de absorber la mano de obra que fue cancelada por el CEA? ¿Que proporción de mano de obra en la industria azucarera fue producto del clientelismo y la corrupción política en el pasado y que proporción puede ser absorbida bajo una racionalidad capitalista de producción en el presente? ¿Cuáles fuentes alternas de trabajo pueden abrirse en los basteyes?

GRAFICO 4.4 INCIDENCIA DEL INGRESO MENSUAL EN EL HOGAR EN LA SEGURIDAD ALIMENTARIA DE SUS MIEMBROS



4.5 VALORACION SUBJETIVA DEL BIENESTAR EN EL HOGAR

Para conocer el sentimiento subjetivo de percepción de bienestar en general, a las madres se les preguntó: "en estos momentos, ¿dirían que su situación es peor, igual o mejor que días antes del Huracán Georges?" Las respuestas se presentan en el Cuadro 4.11. El 14 por ciento de las madres afirma que su situación ha mejorado; 30.6 por ciento siente que su situación sigue igual; 55 por ciento, que su situación ha empeorado; y 0.4 por ciento no sabe que contestar. Globalmente, la mayoría de los hogares consideran que su situación ha empeorado y una baja proporción piensa que ha mejorado. Estas respuestas, más que medir las condiciones objetivas de empeoramiento de condiciones de vida, miden las expectativas frustradas de mejorar su situación.

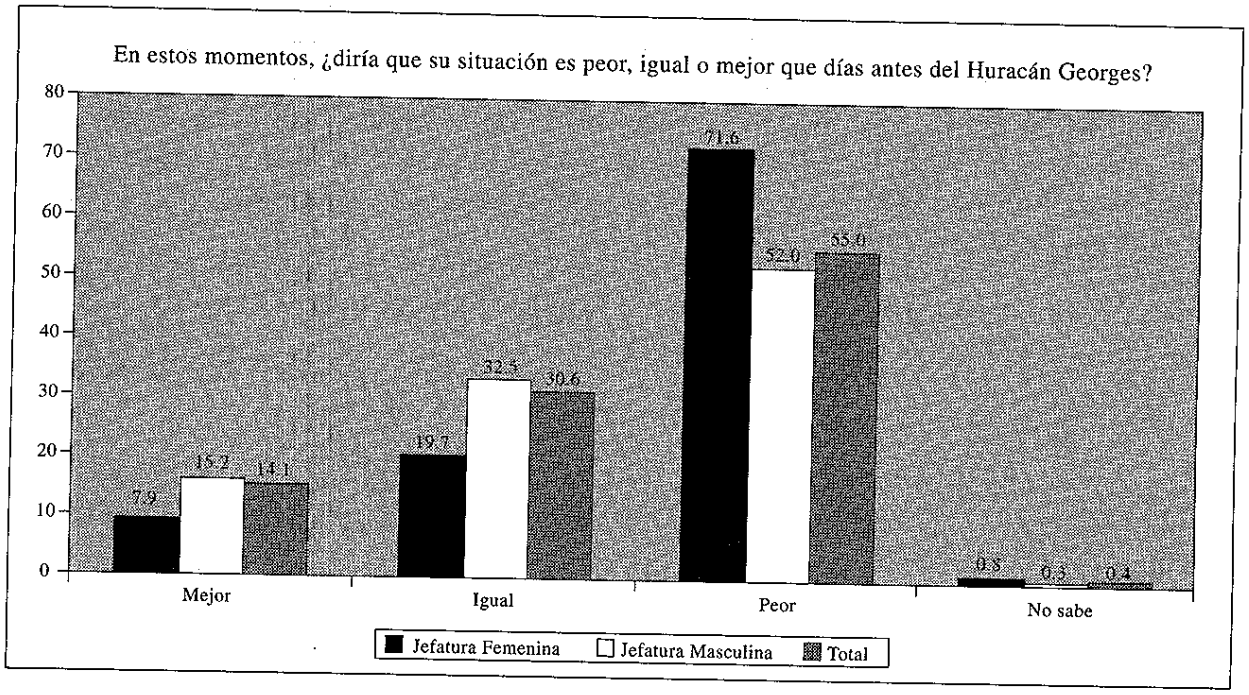
Solamente el 14 por ciento de las madres siente que su situación ha mejorado. Cerca de una tercera parte (31 por ciento) siente que su situación es igual que antes del huracán, y más de la mitad de las madres (55 por ciento) percibe que su situación ha empeorado. Cuando las madres son agrupadas según etnia, jefatura femenina o masculina del hogar, tenencia, condiciones, y servicios de las viviendas; es posible determinar cuáles factores contribuyen al sentimiento de mejoría de las madres. En el Cuadro 4.11 se observa una menor proporción de madres que se sienten peor cuando la etnia de la madre es dominicana, la jefatura del hogar es masculina, las viviendas tienen techos o pisos en buen estado, o están electrificadas. De todas estas variables, la subpoblación que peor se siente es la de las madres jefas de hogar. Entre éstas, solamente el 8 por ciento se siente mejor y el 20 por ciento igual, mientras el 72 por ciento siente que su situación ha empeorado. El Gráfico 4.5 ilustra el efecto del estatus marital en el sentimiento de mejoría de la madre.

4.11 PERCEPCION DE SITUACION ACTUAL, COMPARADA CON SITUACION DEL HOGAR ANTES DEL HURACAN GEORGES

CARACTERISTICAS	PERCEPCION DE MEJORIA				Total Característica		Coeficiente
	Ha mejorado	Igual	Peor	No sabe	%	Número	Cramer's V
Etnia de la madre							
Dominicana	15.6	31.5	52.6	0.3	100.0	603	.09212*
Haitiana	9.1	32.3	57.6	1.0	100.0	99	
Dominico-Haitiana	10.5	26.3	63.2	0.0	100.0	133	
No Sabe	22.2	11.1	66.7	0.0	100.0	9	
Jefatura del hogar							
Masculina	15.2	32.5	52.0	0.3	100.0	717	.16707****
Femenina	7.9	19.7	71.6	0.8	100.0	127	
Tenencia							
CEA	12.2	30.3	57.2	0.3	100.0	320	n.s.
Particular	15.3	30.7	53.6	0.4	99.9	524	
Estado del techo*							
Mal estado	12.0	26.1	61.1	0.7	99.9	440	.14176***
Buen estado	16.5	34.9	48.6	0.0	100.0	401	
Estado del Piso*							
Mal estado	14.9	26.9	57.7	0.5	100.0	603	.09639*
Buen estado	12.1	40.0	47.9	0.0	100.0	240	
Sin información	0.0	0.0	100.0		100.0	1	
Estado de las Paredes*							
Mal estado	14.7	24.0	61.3	0.0	100.0	75	n.s.
Palma o madera	14.9	28.4	56.3	0.5	100.1	423	
Ladrillo/cemento	13.4	33.5	52.7	0.3	99.9	313	
Otro	9.1	45.5	45.5	0.0	100.1	33	
Sanitarios							
No tiene	14.3	32.1	53.3	0.3	100.0	589	n.s.
Tiene letrina	13.5	27.0	59.1	0.4	100.0	252	
Tiene inodoro	33.3	33.3	33.3	0.0	99.9	3	
Conexión de agua en vivienda o patio							
No tiene	13.3	29.1	57.4	0.2	100.0	564	n.s.
Tiene	15.7	33.6	50.0	0.7	100.0	280	
Electricidad							
Sin electricidad	14.0	24.6	61.4	0.0	100.0	264	
Con electricidad	14.1	33.0	52.1	0.5	99.7	580	.10132*
% del Total	**14.1**	**30.6**	**55.0**	**0.4**	**100.0**		
Número	119	258	464	3		844	

NOTA: *Ver nota del Cuadro 4.1 donde se explica la operacionalización de las variables sobre las condiciones del techo, piso y paredes de la vivienda.

GRAFICO 4.5 PERCEPCION DE MEJORIA ACTUAL DE LA MADRE COMPARADO CON SU SITUACION DIAS ANTES DEL HURACAN GEORGES



4.6 ANALISIS Y CONCLUSIONES

El Huracán Georges causó graves daños a la población de los bateyes del CEA. Más de la mitad de los hogares con niños y niñas menores de 5 años de edad buscó refugio (56 por ciento), principalmente en otras viviendas (36 por ciento), en barrancones del CEA (26 por ciento) y en escuelas (20 por ciento). El 90 por ciento de los hogares refugiados encontró albergue en su propia comunidad y un porcentaje alto de los hogares (64 por ciento) permaneció en los refugios menos de una semana. Por el tiempo de permanencia en los refugios puede deducirse que los hogares más afectados corresponden al restante 36 por ciento que permaneció en los refugios más de una semana, y de manera más permanente, al 10 por ciento que permaneció 3 y más meses sin poder regresar a sus viviendas.

Un análisis de los daños declarados por las informantes y de la situación de reconstrucción al momento de la encuesta indica una de tres situaciones. Primero, los daños fueron sobrestimados por las madres; segundo, el Gobierno Dominicano y los organismos nacionales e internacionales que participaron en el proceso de reconstrucción fueron muy eficientes; y tercero, las familias rápidamente reconstruyeron sus viviendas con los mismos materiales caídos. Las madres reportan que el 21.7 por ciento de las viviendas fueron totalmente destruidas. De acuerdo al informe de las madres, este efecto, el más grave de todos, fue superado durante un período de tres meses por aproximadamente la mitad de las personas que perdieron sus viviendas, algo improbable, a menos que muchas de éstas viviendas hubiesen sido reconstruidas con materiales usados dispersos por los vientos del Huracán Georges.

Por otra parte, el censo del CEA reporta un total de 2,165 viviendas destruidas entre todas las viviendas de los bateyes. El censo fue tomado a raíz del evento, por observación, lo cual le confiere una validez mayor que el dato reportado por las madres, pero que no excluye el subconteo debido al acceso difícil a algunas comunidades y a la reconstrucción rápida de las viviendas por los mismos damnificados. El dato de las madres, no fue observado por un tercero, y puede obedecer en algunos casos a expectativas ocultas o a daños que incluyen paredes y techos pero no total destrucción. Tomando como válido el dato del CEA y el número de hogares en los bateyes rurales (marco muestral), se obtiene una proporción del 7.0 por ciento de viviendas totalmente destruidas. Por la rapidez del censo del CEA, este por ciento está probablemente subestimado y en la realidad sea más alto, mientras el reportado por las madres de un 21.7 por ciento puede estar sobrestimado y no corresponde a la totalidad de viviendas destruidas. De aquí que un estimado mínimo puede ser el del 10 por ciento de las viviendas, correspondiente a los hogares damnificados que permanecieron tres o más meses en los refugios y no pudieron reconstruir sus viviendas con materiales de desecho y/o caídos.

El mismo razonamiento aplica para las viviendas destechadas. Pudo ser observado durante el trabajo de campo que muchas viviendas fueron declaradas como destechadas en caso de haber perdido algunas hojas de zinc. Pero, las mismas familias recogieron las planchas de zinc y las usaron para techar de nuevo sus viviendas. Por ésta razón, un dato observado (no reportado) en este estudio es el de que una proporción muy elevada de los techos de las viviendas están en condiciones no operacionales debido al óxido y los agujeros (44.8 por ciento). De aquí que la reconstrucción reportada de un 45.9 por ciento de los techos de las viviendas, no es evidencia suficiente para ser considerado un logro de los programas de reconstrucción en su totalidad. El logro también corresponde a los damnificados que repararon sus propias viviendas.

Una limitación del estudio fue la de no indagar la fuente de los materiales utilizados en la reconstrucción y la organización o personas que participaron en este proceso. De haberse recolectado ésta información, el estudio pudiera precisar los alcances verdaderos de los programas de reconstrucción, discriminándolos de esfuerzos aportado por los propios damnificados con materiales de construcción en mal estado volados por los vientos del huracán. En el último caso, la ausencia de un apoyo técnico y de materiales de construcción en buenas condiciones, resultan en una reconstrucción que reproduce las condiciones paupérrimas y de escasa resistencia a un nuevo huracán.

En síntesis, el estudio permite afirmar que 15 meses después del Huracán Georges, los daños a las viviendas habían sido reparados en su gran mayoría, por instituciones o por los propios damnificados. Del total de viviendas en que reside la población meta—no del total de viviendas afectadas—en diciembre de 1999 quedaban por construir, 5 por ciento de las viviendas y por techar 5.7 por ciento. Esto no significa que un programa de reconstrucción parta de estas cifras. En el Capítulo 2 se presentó evidencia de una alta proporción de viviendas con techos y pisos en mal estado que necesitan ser reparadas y una elevada proporción de viviendas sin letrinas, las que constituyen un riesgo a la salud y seguridad de sus residentes.

La pérdida de agua y de energía eléctrica corresponde a condiciones sufridas por la mayoría de la población dominicana. Para la población meta del estudio, el 54.5 por ciento de los hogares perdió su fuente de agua y el 66.7 por ciento la fuente de energía eléctrica. Al momento de la

encuesta, con dato observado por las entrevistadoras, el nivel de recuperación fue casi total, aunque lamentablemente, a finales de 1999 persistían 3.4 por ciento viviendas sin fuentes de agua y 2.8 por ciento sin energía eléctrica. Las limitaciones del estudio no permitieron recoger más información sobre el tiempo esperado para restablecer estos servicios. Es conocido, que en bateyes de la Provincia de San Pedro de Macorís, las redes eléctricas duraron aproximadamente tres meses para ser de nuevo instaladas.

En 11.4 por ciento de los hogares alguien perdió su fuente de trabajo y en el 29 por ciento se perdieron predios agrícolas. La pérdida de fincas familiares o conucos representó un desabastecimiento de alimentos para cerca de la tercera parte de la población de los bateyes, una pérdida importante para la economía de subsistencia de las familias. La presencia de estos predios explica en parte la subsistencia de hogares con mínimos ingresos por concepto de trabajos realizados. Al momento de la encuesta, 20.9 por ciento de los hogares habían rehabilitado la agricultura de sus predios y 8.5 por ciento los habían perdido. Durante el trabajo de campo pudo observarse que muchos predios agrícolas corresponden a terrenos del CEA ocupados por residentes de los bateyes y por campesinos de comunidades aledañas. Durante entrevistas informales, se recogió información de que muchos ocupantes dejaron de cultivar los terrenos del CEA debido a que temían perder sus cultivos durante el proceso de capitalización de los Ingenios.

La solidaridad internacional y nacional respondió con alimentos donados a la situación de emergencia. Una cuarta parte de los hogares con niños o niñas menores de cinco años recibió alimentos donados por un período con una media de aproximadamente cinco meses de duración. Entre los hogares con niños y niñas menores de cinco años, 29.5 por ciento de alguna manera experimentó pérdidas como efecto del huracán recibió alimentos. Entre los que no sufrieron pérdidas, 17.0 por ciento recibió alimentos.

Entre la población beneficiada, el 41 por ciento recibió alimentos de la Cruz Roja Dominicana, 11 por ciento de diferentes ONGs, 10 por ciento del Plan Social de la Presidencia y el resto de diferentes fuentes, con un alto 11 por ciento de madres que no pudieron identificar la institución distribuidora. Se espera que el alimento contribuyera a paliar la situación de emergencia creada por el huracán. En el momento de la encuesta, los programas habían finalizado y un poco más de la tercera parte de los hogares (36.3 por ciento) tuvieron personas que se acostaron con hambre durante la semana anterior a la encuesta. La peor situación corresponde al 5 por ciento de los hogares, en que por lo menos una persona se acuesta con hambre de cinco a siete días de la semana; y la del 15 por ciento, en que se acuestan con hambre de tres a cuatro días. Es decir, que en uno de cada cinco hogares, por lo menos una persona se acuesta con hambre tres o más días de la semana

No todas las subpoblaciones sienten el hambre de la misma manera. El hambre se siente más entre la subpoblación domínico haitiana y la haitiana. En ésta última, en la mayoría de los hogares (59 por ciento) alguien se acuesta con hambre durante la semana. Como es de esperarse, el hambre está relacionado con el ingreso en el hogar. En el 48 por ciento de los hogares indigentes, alguien se acuesta con hambre algún día de la semana, proporción que desciende al 32.3 entre los hogares pobres y al 22 por ciento entre los menos pobres. Este déficit alimenticio, aunque no sea medido con precisión de acuerdo al número de calorías ingeridas--esta medición

implica otra metodología y un estudio con este objetivo--no deja de ser importante. El resultado de contabilizar los *días con hambre* de manera burda es consistente con la medición de la deficiencia de hierro en la sangre en éste estudio, medida de manera científica y precisa. El hambre en los hogares puede que explique porqué, las madres y la población infantil tienen un nivel tan elevado de anemia, como se verá en el Capítulo 9.

La relación entre ingreso y hambre se estudió con mayor profundidad. Se pudo determinar el monto necesario de ingreso mensual en el hogar--percibido por el trabajo principal de sus miembros--para que las personas en el hogar no sintieran hambre ningún día de la semana. Este monto está por encima de todos los salarios mínimos vigentes en el momento de la encuesta, y se situó exactamente en 3,466 pesos mensuales, cantidad técnicamente equivalente a la cifra de 3,500.00 pesos (equivalente en ese momento a US$219 dólares mensuales). Esta cantidad corresponde también a la media global del ingreso en el hogar (3,504 pesos) cuando se incluyen todos los ingresos adicionales además de los ingresos devengados por el trabajo principal de sus miembros. En el capítulo anterior se pudo verificar, que los hogares de más de cinco personas tienen ingresos por encima de esta media, y los hogares de menos de cinco personas por debajo de esta media. Lo cuál apoya la tesis de aumentar el tamaño de la familia como una estrategia de lograr seguridad alimentaria de forma sostenible.

Las cifras frías no reflejan el sentir de la humanidad que no cuenta con recursos suficientes para satisfacer las necesidades básicas mínimas de alimento. De manera subjetiva, a las madres se les pidió una valorización de su situación actual, comparada con la situación experimentada días antes del huracán. La pregunta surge porque puede esperarse una mejoría, no solamente por el programa de alimentos donados, el cuál permite un ahorro o una inversión del gasto familiar en otras ramas, pero también por la presencia de programas de reconstrucción de viviendas de diferentes organizaciones, las cuales no fueron objeto de este estudio. El resultado muestra que la percepción de mejoría es mínima. Solamente el 14 por ciento de las madres perciben que su situación ha mejorado, con una diferencia no importante entre las madres de distintas etnias, aunque sí entre las madres cabezas de hogar. Solamente el 8 por ciento de éstas últimas percibe mejoría, mientras el 72 por ciento siente que su situación ha empeorado, en comparación con las madres de hogares con jefatura masculina, en que el 15 por ciento percibe mejoría y el 52 por ciento siente que su situación ha empeorado.

CAPITULO 5

RIESGO A CONTRAER ENFERMEDADES

El riesgo de contraer enfermedades se mide en este capítulo de varias maneras. El primer tipo de riesgo que se examina depende del habitat y de las condiciones de seguridad e higiene que ofrece la estructura de la vivienda, así como de los servicios que garantizan un ambiente saneado. Entre otros se presenta el acceso a servicios de agua, de eliminación de excretas y desechos sólidos, y de energía eléctrica. El segundo riesgo está relacionado con el acceso a los servicios de salud, y el cuarto riesgo, a prácticas que ponen en peligro la salud de la madre o de toda la familia.

5.1 RIESGOS ASOCIADOS AL HABITAT

5.1.1 TIPO Y TENENCIA DE LA VIVIENDA

El Cuadro 5.1 presenta el tipo de vivienda según las formas de tenencia. Determinados tipos de viviendas, particularmente los barrancones, las casas en hilera y las piezas al interior de otra vivienda pueden constituir un riesgo a la salud de los miembros del hogar. El hacinamiento extremo ocurre en las cuarterías barrancones. En éstos, familias enteras habitan en una única pieza, casi siempre sin área de cocina ni letrinas. Sus residentes están expuestos a la contaminación de humos y olores; al contagio de diferentes enfermedades debido a la eliminación inadecuada de excreta; a sufrir picaduras de insectos y otros vectores por la ausencia de saneamiento del entorno y de alcantarillado para la disposición de aguas residuales, etc.

Considerando el tipo de vivienda, 44 por ciento de las viviendas de los bateyes pueden ser factores de riesgo a la salud de sus moradores debido a hacinamiento, falta de ventilación, ausencia de área para cocinar independiente de la sala y los dormitorios, y por lo general carencia de letrinas o inodoros. Estas características están asociadas a barrancones (26.8 por ciento), piezas dentro de otra vivienda (10.1 por ciento) y a viviendas en hileras (6.9 por ciento). Estas últimas, en mejor situación que las piezas y los barrancones, constituyen la minoría.

Lo inusual de la estructura de las viviendas en los bateyes, se manifiesta al compararla con el tipo de vivienda predominante a nivel nacional. De acuerdo a la encuesta del Banco Central, con datos recogidos de Octubre de 1997 a Septiembre de 1998, en el territorio nacional el 83 por ciento de los hogares residen en viviendas individuales (ENGIH 1999, Tomo III, 35). Mientras, en los bateyes, solamente 56.3 por ciento de las viviendas son casas individuales.

Cuando se toma en cuenta la tenencia de las viviendas, se observa que la proporción de *viviendas individuales* asciende al 85 por ciento de las tituladas, al 93 por ciento de las propias sin título, al 43 por ciento de las alquiladas, al 46 por ciento de las cedidas, y solamente al 18 por ciento de las viviendas cedidas por el CEA. En cambio, la proporción de viviendas en hileras es mínima entre las viviendas propias, alquiladas y cedidas, alcanzando la mayor proporción (12.8 por ciento) entre las viviendas propiedad del CEA. Los barrancones, que sin duda constituyen el principal riesgo a la salud, conforman el 63.1 por ciento de las viviendas del CEA y el 29.2 por ciento de las viviendas prestadas o cedidas. Es probable que todos los barrancones sean del CEA, pero existe la práctica en los bateyes de traspasar las viviendas del CEA de un usuario a otro, ya sea cedida a familiares o amigos, o traspasada por una suma acordada de dinero. En estos casos, la madre pudo haber reportado que la vivienda fue cedida por un tercero o comprada, aunque legalmente la vivienda le pertenezca al CEA.

Los hogares de madres dominicanas tienen mejores condiciones. El 63 por ciento de los hogares con madres dominicanas reside en casas individuales, en contraste con el 40 por ciento de los hogares con madres haitianas o domínico-haitianas. La peor situación la presentan los barrancones. Mientras que el 20 por ciento de las madres dominicanas residen en barrancones, la proporción de madres haitianas y domínico-haitianas alcanza el 44 por ciento.[1]

CUADRO 5.1 TIPO DE VIVIENDA SEGUN FORMAS DE TENENCIA Y NACIONALIDAD DE LA MADRE

Distribución porcentual de los diferentes tipos de vivienda según la tenencia y la etnia de la madre

	TIPOS DE VIVIENDA *				TOTAL	
CARACTERISTICAS	Individuales	Hilera	Pieza	Barrancón	%	No.
Tenencia						
Propia con Título	85.4	2.4	12.2	0.0	4.9	41
Propia sin Título	92.6	2.6	4.6	0.3	41.5	350
Alquilada	43.1	6.2	49.2	1.5	7.7	65
Prestada o cedida al CEA	18.1	12.8	5.9	63.1	37.9	320
prestada o cedida a otro	46.2	4.6	20.0	29.2	7.7	65
Otro	0.0	0.0	0.0	100.0	0.4	3
Nacionalidad de madre						
Dominicana	62.7	6.8	10.4	20.1	71.4	603
Domínico-haitiana o haitiana	39.7	6.5	9.5	44.4	27.5	232
No sabe/sin respuesta	55.6	22.2	0.0	22.2	1.1	9
% del Total	**56.3**	**6.9**	**10.1**	**26.8**	**100.0**	
Número	475	58	85	226		844

NOTA: *El *barrancón*, conocido también como *cuartería*, está formado por un conjunto de cuartos o piezas. El CEA asigna una familia o un grupo de braceros a cada cuarto. La pieza, es un cuarto o varios cuartos que forman parte de una vivienda particular, habitados por una persona o familia, los cuales representan un hogar. Las casas en hileras son construcciones del CEA que se diferencian del barrancón por tener más de una pieza. Constituyen viviendas individuales que albergan un hogar y comparten una pared con otra vivienda.

[1] Las pruebas estadísticas no fueron concluyentes debido al bajo número de casos en más del 20 por ciento de las categorías cruzadas.

5.1.2 CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS Y SERVICIOS BASICOS

Las condiciones de la vivienda inciden en la salud y la seguridad de los miembros del hogar. Además de seguridad y adecuación al medio ambiente de los materiales de construcción, la vivienda debe de estar provista de los servicios necesarios para proporcionar a sus residentes no solamente bienestar, sino condiciones sanitarias adecuadas que no sean una amenaza a su salud. El Cuadro 5.2 presenta de manera descriptiva las características generales de las viviendas y sus servicios.

5.1.2.1 Materiales de construcción predominantes y condiciones de la vivienda

Los pisos constituyen el componente más deteriorado de las viviendas. Aunque 81.6 por ciento de las viviendas tienen pisos de cemento, la mayoría están agrietados (56 por ciento) y solamente una de cada cuatro viviendas (26.1 %) tiene el piso de cemento en buen estado. Los pisos de madera constituyen la excepción (2.4 por ciento) y 15.3 por ciento de las viviendas tienen pisos de tierra. Estas estadísticas tienen implicaciones para los programas de reconstrucción y atención primaria en salud. No solamente los pisos de tierra constituyen una amenaza a la salud, por dificultar la higiene en el hogar y aumentar el riesgo de contaminación de los alimentos, sino que los pisos de cemento agrietados también contribuyen a obstaculizar la higiene y necesitan ser reparados para que puedan cumplir su función. Desde ésta óptica, 71.5 por ciento de los pisos de las viviendas necesitan reparación o construcción.

Las necesidades de reconstrucción medidas a nivel nacional son subestimadas, dado que solamente se mide el material principal de construcción de los componentes de la vivienda y nunca su verdadero estado ni la capacidad que tienen de cumplir sus funciones. Debido a este sesgo de medición, a nivel nacional se presenta una situación envidiable por países más pobres, con una gran disminución de las viviendas con piso de tierra. En 1981, el Censo de Población y Vivienda encontró 21 por ciento de las viviendas del territorio nacional con piso de tierra. En 1996 los pisos de tierra disminuyeron al 8.6 por ciento (2.5 por ciento en la zona urbana y 18.4 por ciento en la rural) según los resultados de la ENDESA (Cuadro 2.7) y en 1998, se redujeron al 6.8 por ciento (ENGIH Vol. III, 1999, 37).

En la población meta de este estudio, cerca de la mitad de las viviendas tienen techos en buen estado: 22 por ciento de concreto o asbesto[2] y 25 por ciento de zinc. Pero, una proporción importante (44 por ciento) tiene techos de zinc oxidado y con goteras. En los estudios nacionales, sólo se destacan como situaciones a superar las viviendas con techos de yagüa, cana o materiales de desecho. En los bateyes, 8.5 por ciento de las viviendas tienen éste tipo de techo, aproximado al encontrado a nivel nacional del 5.2 por ciento (ENGIH Vol. III, 1999, 37). Este último indicador subestima la verdadera necesidad de reconstrucción, dado que en conjunto, los techos que necesitan ser sustituidos para preservar la salud y seguridad de las viviendas en los bateyes alcanzan el 52.5 por ciento, no el 8.5 por ciento.

[2] Las propiedades cancerígenas del asbesto utilizado como techo de viviendas han sido ignoradas.

CUADRO 5.2 CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

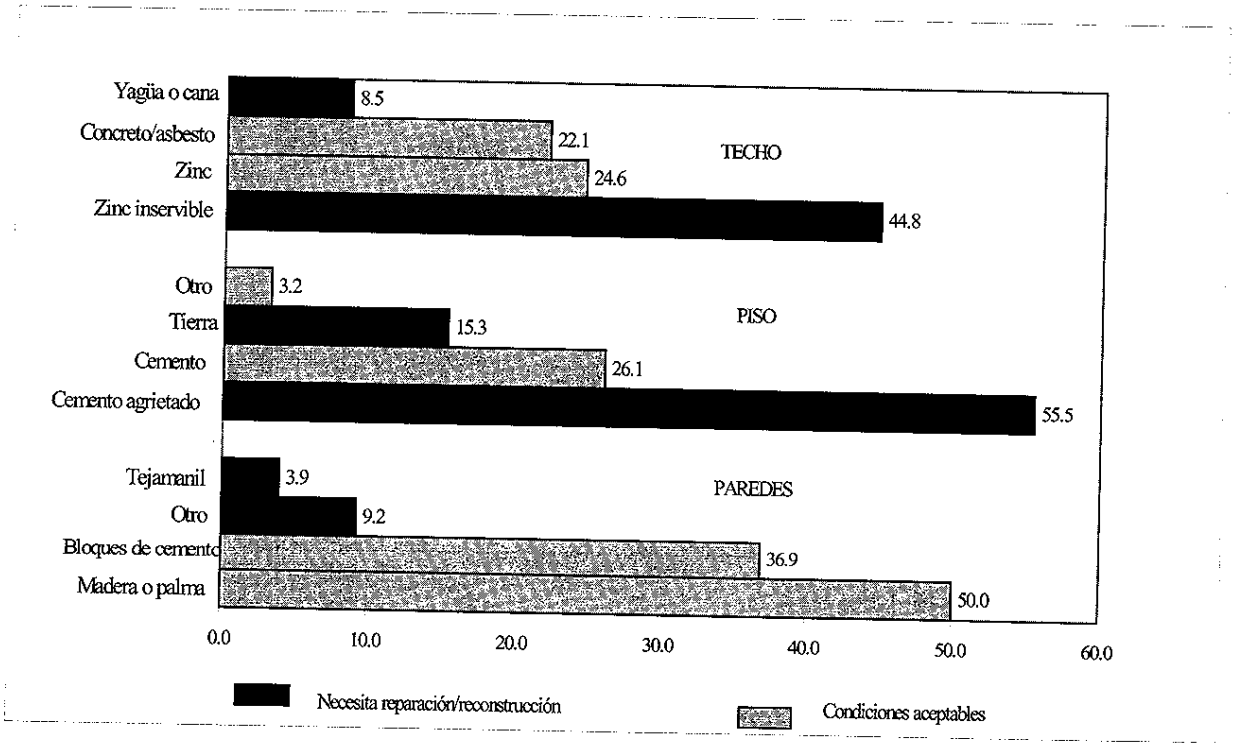
Material predominante del piso	
Tierra	15.3
Madera en mal estado	0.7
Cemento agrietado	55.5
Madera en buen estado	1.7
Cemento en buen estado	26.1
Mosaico/ Granito	0.7
Otro	0.1
Materiales Paredes/a	
Materiales deshecho	4.4
Yagua	0.6
Tejamanil	3.9
Palma	7.9
Madera	42.1
Ladrillos	0.2
Bloques Cemento	36.9
Otro	3.9
Materiales Techo/b	
Techo con grandes hoyos	0.7
Paja/ palma/ yagua/ cana/cartón	7.4
Yagua nueva	0.0
Zinc oxidado y con goteras	44.1
Cana en buen estado	1.1
Zinc en buen estado	24.6
Techo de asbesto-cemento	2.9
Techo de concreto	18.8
Tejas y concreto	0.4
Sin respuesta	0.4
Fuente Principal de Agua/b	
Agua lluvia	1.3
Vendedor ambulante	0.6
Camión tanque	3.8
Represa/ canal	2.7
Manantial/ río/ lago	10.5
Pozo abierto público	7.6
Pozo abierto privado	0.1
Pozo cubierto público	7.2
Pozo cubierto privado	0.2
Llave pública	23.8
Llave patio de la vivienda	24.9
Llave dentro de la vivienda	8.0
Otro	9.1
Sin respuesta	0.1
Total	**100.0**
Número	844

Servicio Sanitario/b	
Directo sobre suelo/ cañaveral	31.6
Hoyo de cemento en la tierra	0.4
Letrina/ inodoro de vecino	17.6
Letrina colectiva	16.6
Letrina privada sin cajón	4.5
Letrina privada con cajón	24.4
Letrina colectiva con bacinete	0.4
Letrina privada con bacinete	1.0
Inodoro privado	0.4
Inodoro colectivo	3.2
Total	100.1
Principal Combustible cocina/b	
Estiércol	0.2
Hojas secas	0.1
Leña	11.1
Carbón	21.0
Kerosene	0.4
Gas Propano	66.6
Electricidad	0.5
Otro	0.1
Total	100.0
Tipo de alumbrado	
Velas, antorchas	0.5
Lámpara de gas kerosene	30.3
Lámpara de gas propano	0.5
Planta eléctrica y/o inversor	0.5
Electricidad del ingenio	14.5
Electricidad CDE	53.8
Total	100.1
Eliminación basura en el hogar/a	
Campo abierto/ cañaveral	50.5
Cañada	2.4
Vertedero público inadecuado	2.5
Hoyo en patio de la vivienda	1.4
La queman	34.0
El Ayuntamiento la recoge	8.9
CEA recoge	0.2
Total	99.9

NOTA: a) Un caso omitido sin información. b) Dos casos omitidos sin información.

Las paredes de las viviendas están construidas mayormente de madera (42 por ciento) o de bloques de cemento (37 por ciento). Las paredes de madera son un legado de las antiguas construcciones de los Ingenios. Las paredes construidas con materiales de baja calidad representan en conjunto el 16.8 por ciento de las viviendas (4.4 por ciento corresponden a materiales de desecho; 0.6 por ciento a yagüa; 3.9 por ciento a tejamanil, material de construcción propio de la zona fronteriza y que se observa en los bateyes del Ingenio Barahona, y 7.9 por ciento tablas de palma). La madera no es un material de construcción abundante en el territorio nacional, donde 56.2 por ciento de las paredes exteriores de las viviendas son de bloc, y sólo el 15.8 por ciento corresponden a paredes exteriores de tabla de palma. El uso de ésta última ha descendido notoriamente desde 1981, en que el Censo Nacional encontró 32 por ciento de las paredes exteriores de las viviendas construidas con tablas de palma. El Gráfico 5.1 resume las condiciones de los materiales de construcción de las viviendas aquí presentadas.

GRAFICO 5.1 CONDICIONES DE LOS MATERIALES DE CONSTRUCCION DE LAS VIVIENDAS



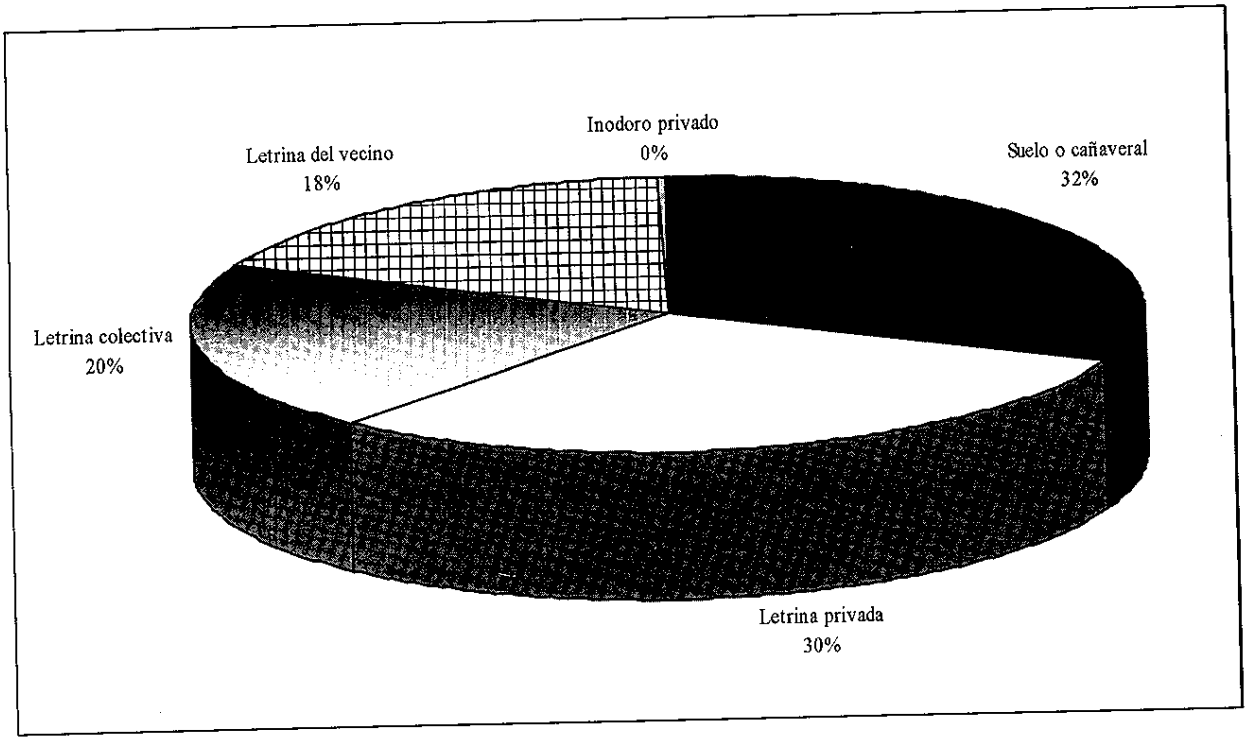
5.1.2.2 Servicios Básicos

1) Sistema de eliminación de excretas

La eliminación de excreta en los bateyes presenta una situación deplorable, muy por debajo de los parámetros nacionales, con 70 por ciento de las viviendas sin letrinas o inodoros. Entre los residentes que carecen de este servicios, los miembros del 32 por ciento de los hogares eliminan directamente la excreta en el suelo o en cañaverales; los restantes, utilizan letrinas colectivas o del vecino. Esta situación contrasta con la encontrada a nivel nacional en 1996, con una tercera

parte de los hogares (32.5 por ciento) sin letrinas o inodoros (ENDESA, Cuadro 2.7) para reducirse a solamente 10.3 por ciento (3.5 urbano y 20.0 por ciento rural) según datos de la ENDESA inédita de 1999. La Encuesta del Banco Central (ENGIH, Vol. III 1999, 42) indica que el 44.6 por ciento de las viviendas del territorio nacional tienen inodoros conectados a pozos sépticos o a un sistema de alcantarillado, mientras otra proporción aproximada (46.0 por ciento) utiliza letrinas y sólo el 9.4 por ciento no dispone de éste servicio. El Gráfico 5.2 ilustra esta situación.

GRAFICO 5.2 SISTEMA DE ELIMINACION DE EXCRETAS



2) Tipo de combustible utilizado para la cocción de alimentos

La fuente del combustible que se utiliza para cocinar es de vital importancia para la política de conservación de los bosques y de las fuentes hidrográficas del país. En las comunidades estudiadas, el gas propano es la fuente principal de energía para cocinar de las dos terceras parte de los hogares (66.6 por ciento), mientras aproximadamente la otra tercera parte (32.1 por ciento) usa carbón vegetal o leña. Esta situación, desde una óptica ecológica, es preocupante.

El consumo de carbón y leña ha disminuido en el territorio nacional. En 1996, (ENDESA, Cuadro 2.7) el carbón y la leña eran usados por 19.4 por ciento de los hogares (5.1 en la zona urbana y 42.1 por ciento en la rural). La ENDESA de 1999 no midió este indicador, pero el estudio del Banco Central determinó que en efecto, el uso de carbón o leña disminuyó a nivel nacional a un 11 por ciento, y en la zona rural a un 28.0 por ciento (ENGIH Vol. III, 1999, 44). Estas estadísticas muestran que el consumo de carbón y leña es mayor en los bateyes que en la

zona rural del país. Se diferencian además, por un mayor consumo de carbón que de leña en los bateyes (21 por ciento de carbón frente a 11.1 por ciento de leña) mientras en la zona rural, con datos de 1996, la situación era inversa (8.7 por ciento de carbón frente a 33.4 por ciento de leña). Por otra parte, la energía eléctrica solamente es utilizada como combustible en los bateyes para cocción de los alimentos en el 0.1 por ciento de los casos.

3) Energía eléctrica

El país depende de hidrocarburos importados para generar la mayoría de su electricidad. La importación encarece el servicio y crea crisis cíclicas cuando el barril de petróleo aumenta de precios en el mercado internacional. Al momento de la encuesta, el Estado Dominicano había terminado el proceso de capitalización de La Compañía Dominicana de Electricidad, proceso difícil debido a las condiciones deplorables de las redes de distribución y de muchas de las plantas, así como de la evasión de pago de parte de los consumidores. A nivel nacional, en 1998, se encontró que 87.7 por ciento de las viviendas poseen electricidad, aunque casi la mitad usa fuentes propias de generación de energía, debido a las conocidas deficiencias de la CDE y solamente 54.4 por ciento pagaba al Estado Dominicano por este servicio. En la zona urbana, la electricidad es generalizada, mientras en la zona rural, el servicio cubre el 63 por ciento de las viviendas (ENGIH Vol. III, 1999, 45).

En los bateyes, 54 por ciento utiliza energía eléctrica pública, 15 por ciento usa los servicios de una planta del ingenio, y 0.5 por ciento tiene planta o inversor en su vivienda. Es decir que 68.3 por ciento de los hogares reciben energía eléctrica pública o del Ingenio, mientras casi la tercera parte (31 por ciento) utiliza lámparas de kerosene para el alumbrado de su vivienda. La carencia de energía de cerca de una tercera parte de las viviendas de los bateyes, le imprime a estas comunidades una característica rural que no se corresponde con el hacinamiento de sus viviendas, propias de barrios pobres urbanos.

4) Abastecimiento y almacenamiento de agua

El acceso a agua suficiente para el aseo personal de los miembros del hogar y para la higiene de la vivienda, constituye un factor importante de salud. Este factor incide positivamente en la tercera parte de la población de los bateyes, que tiene agua en el patio (24.9 por ciento) o en el interior de su vivienda (8.0). Las restantes viviendas carecen de conexiones y deben abastecerse de agua de diferentes formas. Las principales fuentes de abastecimiento en viviendas sin conexiones son las llaves públicas, ubicadas en diferentes zonas del batey (23.8 por ciento); pozos públicos o privados (15.1 por ciento); y fuentes naturales, tales como manantiales y ríos (10.5 por ciento). El restante 17.5 por ciento se abastece de diversas fuentes, que incluyen las aguas contaminadas de canales (2.7 por ciento) y camiones tanques (3.8 por ciento). El proceso de abastecimiento de agua en hogares sin conexiones, esto es, dos de cada tres hogares, tiene riesgo de contaminación debido al uso de envases sucios o inapropiados y al manejo del líquido durante el acarreo y el almacenamiento en el hogar.

A nivel nacional, la mitad (49.6 por ciento) de las viviendas del país se abastecen de agua dentro de la vivienda y 35.2 por ciento fuera de las viviendas a través del acueducto público. Solamente 15.2 por ciento de las viviendas carecen de agua vía el acueducto (ENGIH 1999, 40-41). En la

zona rural, excluyendo la zona rural del Distrito Nacional, el 24.8 por ciento de las viviendas recibe agua de acueducto dentro de la vivienda, comparado con el 8.0 por ciento en los bateyes.

Otro elemento de importancia es el efecto que tiene en los miembros del hogar la escasez del líquido cuando el agua debe de ser transportada. A mayor tiempo y dificultad de acarrear y almacenar el agua, puede esperarse que el líquido será menos abundante para las necesidades de limpieza de la vivienda, lavado de la ropa, y aseo personal de los miembros del hogar. Desde una óptica de género, el acarreo implica además una carga de trabajo adicional para la mujer y sus hijos.

El Cuadro 5.3 presenta los datos sobre el tiempo que toma acarrear el agua y la distribución de los hogares con/sin conexiones intradomiciliarias según la etnia de la madre. El 37.8 por ciento de las madres no emplea tiempo en buscar agua y 30.7 por ciento emplea media hora diaria o menos. Las madres en la peor situación emplean más de media hora a dos horas (25.8 por ciento) y más de dos horas diarias (5.7 por ciento).

CUADRO 5.3 TIEMPO EMPLEADO EN BUSCAR AGUA Y CONEXIONES INTRADOMICILIARIAS SEGUN ETNIA DE LA MADRE

Distribución porcentual del tiempo empleado en buscar agua y de hogares con con/sin conexiones domiciliarias de agua según etnia de la madre

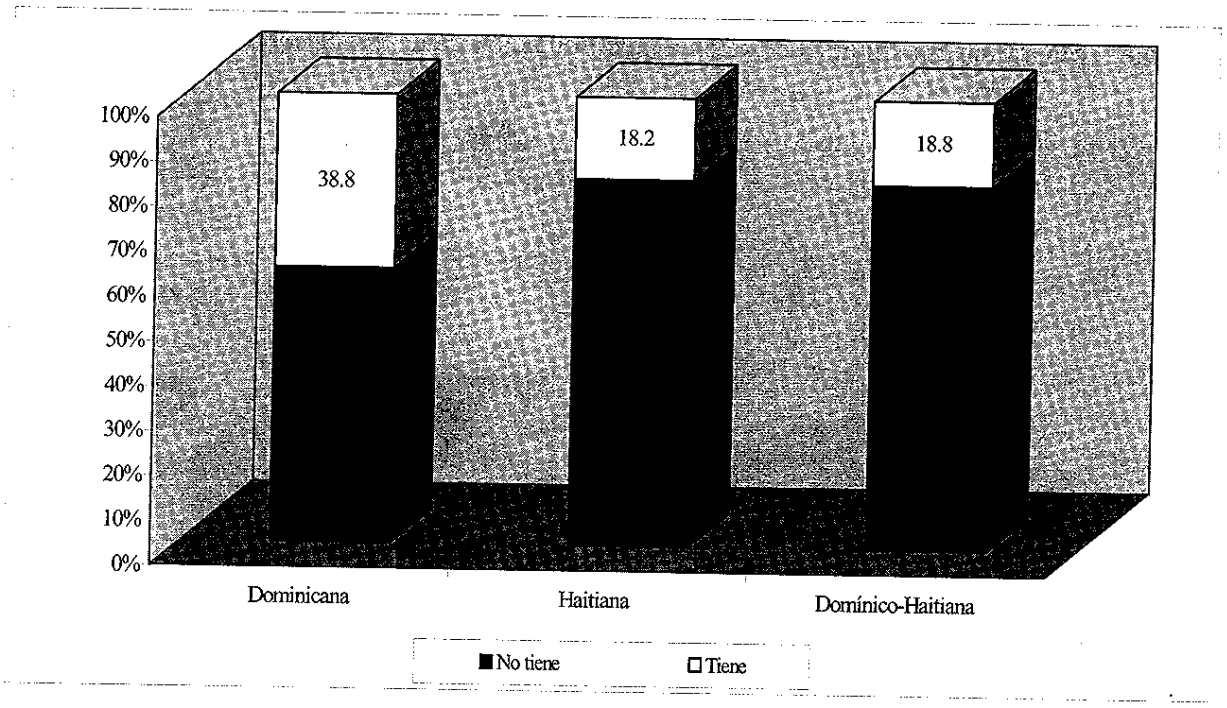
	TOTAL HOGARES		
	%	% Acumulado	Madres
Tiempo de acarreo/a			
Ninguno	37.8	37.8	318
1-5 min.	3.6	41.4	30
6-30 min.	27.1	68.5	228
31-60 min.	13.1	81.6	110
61-120 min.	12.7	94.3	107
Más de 2 horas	5.7	100	48
Total hogares			841

	AGUA INTRADOMICILIARIA/c		Total Etnia Madre	
	Tiene	No tiene	%	Madres
Etnia/b				
Dominicana	38.8	61.2	72.2	603
Haitiana	18.2	81.8	11.9	99
Domínico-Haitiana	18.8	81.2	15.9	133
% Total hogares	**33.2**	**66.8**	**100**	
Número	277	558		835

NOTA: a) Tres casos sin información excluidos.
b)Nueve casos sin información excluidos
c) Incluye conexiones dentro o en el patio de la vivienda.

La etnia de la madre está asociada a las conexiones intradomiciliarias de agua, en el patio o dentro de la vivienda. El 38.8 por ciento de las dominicanas tiene llave intradomiciliaria, en contraste con el 18.2 por ciento de las haitianas y el 18.8 por ciento de las domínico-haitianas. El Gráfico 5.3 ilustra el acceso a conexiones de agua en la vivienda según la etnia de la madre.

GRAFICO 5.3 CONEXIONES DE AGUA EN EL PATIO O EN EL INTERIOR DE LA VIVIENDA SEGUN ETNIA DE LA MADRE



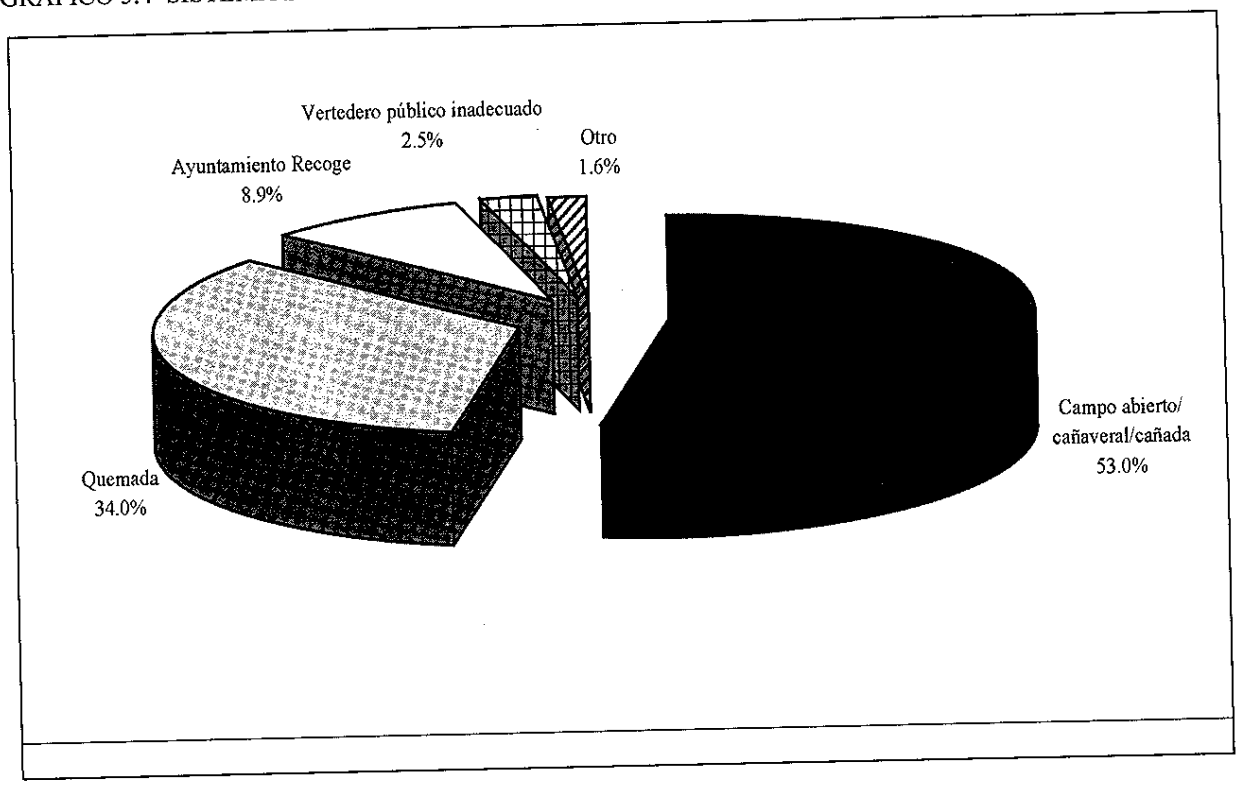
5) Eliminación de desechos sólidos

La eliminación de desechos sólidos solamente es adecuada para el 9.1 por ciento de los hogares, donde el ayuntamiento o el CEA (0.2 por ciento) recogen la basura. Las formas de eliminación más generalizadas son contaminantes del ambiente: 34.0 por ciento la queman y 50.5 por ciento la tiran a campo abierto o entre los cañaverales. Una menor proporción la tiran en cañadas (2.4 por ciento) o en vertederos inadecuados (2.5 por ciento).

En 1999, en el territorio nacional, el estudio del Banco Central determinó que al 55.5 por ciento de las viviendas individuales (82.5 por ciento de todas las viviendas) le recogen la basura, aunque solamente 38.6 por ciento paga por el servicio. La recogida es superior en el Distrito Nacional (75.2 por ciento de las viviendas) y en el resto de las zonas urbanas (78.6 por ciento). En cambio, en las zonas rurales del país la cobertura solo alcanza al 11.0 por ciento de las viviendas. Los datos de la ENDESA del 1996 (Cuadro 2.7) indican que la forma principal de eliminación de la basura en las viviendas de la zona rural es quemarla (48.1 por ciento) o tirarla en el patio (39.3 por ciento).

Aunque la situación de eliminación de desechos sólidos sea parecida en la zona rural y en los bateyes, los efectos no son los mismos. En la zona rural, por lo general las viviendas están dispersas y las familias individuales pueden lograr mayor control de su entorno, así como el reciclaje de desperdicios orgánicos que son utilizados como alimentos de animales o como fertilizantes. En cambio, por la cercanía de sus viviendas, los bateyes rurales se asemejan a pequeños poblados, sin las ventajas que la urbanización conlleva. Las características de tipo y tenencia de las viviendas (solamente el 56 por ciento constituyen viviendas individualizadas y 38 por ciento son propiedad del CEA), y la carencia de servicios básicos le imprimen al batey un aspecto de hacinamiento, suciedad y abandono, que instintivamente capta la atención del visitante. El Gráfico 5.4 sintetiza el sistema de eliminación de desechos sólidos.

GRAFICO 5.4 SISTEMA DE ELIMINACION DE DESECHOS SOLIDOS



5.2 ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Las madres de menores de cinco años, biológicas o de crianza, fueron cuestionadas sobre las dificultades que sentían para accesar los centros de salud cuando están enfermas o necesitan algún tipo de tratamiento, para ellas o sus hijos. Los obstáculos para accesar los centros de salud se han medido de forma subjetiva, según la percepción de las madres, y en torno a seis factores que pueden constituirse en problemas de mayor o menor magnitud.

Dos de los factores que pueden obstaculizar el acceso a los servicios que se proveen en los centros de salud son la distancia y la carencia de transporte, independientemente de los costos del

pasaje. Otro factor es la falta de dinero para pagar el transporte y las prescripciones; así como actitudes internas que pueden inhibir a la mujer y causar la disminución del número de visitas médicas requeridas, con graves consecuencias para su salud y la de sus hijos.

5.2.1 LEJANIA SENTIDA DE LOS CENTROS DE SALUD Y PROBLEMA SENTIDO DEL TRANSPORTE

La dificultad que representa para las madres no tener un centro de salud dentro de una distancia razonable se presenta en el Cuadro 5.4. La lejanía de los centros de salud constituye un problema grande para 79.7 por ciento de las madres, pequeño para 9.6 por ciento y ningún problema para 10.7 por ciento. No existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción del problema entre madres de diferentes grupos de edad; de diferentes niveles de escolaridad; con o sin esposo residente en el hogar; de diferentes etnias; o de madres haitianas jefas de hogar o con esposos nacidos en Haití, frente a madres dominicanas jefas de hogar o con esposos nacidos en Dominicana. La ausencia de efecto de este número importante de características sociodemográficas y étnicas, señalan la generalidad del problema sentido de distancia a los centros de salud.

Aunque la distancia al centro de salud no se midiera de manera objetiva, un problema sentido constituye un problema real que necesita solución. El problema sentido puede o no responder a un centro de salud distante. En los casos de centros localizados a distancias lejanas, de acuerdo a parámetros nacionales, la solución es la construcción de un centro objetivamente cercano. Cuando la distancia es racionalmente cercana, la solución es una campaña de concientización para que las madres den prioridad y asuman control de su salud.

Las madres fueron cuestionadas sobre la dificultad de conseguir transporte para ir a los centros de salud, aunque tuvieran el dinero para costearlo. El Cuadro 5.4 presenta los resultados. Para 63.2 por ciento de las madres, conseguir transporte, aunque se tenga el dinero para pagarlo, es un gran problema; para el 13.3 por ciento, el problema es pequeño. Es decir, que aproximadamente una cuarta parte de las madres (23.6 por ciento) no sienten como problema accesar al transporte público para visitar los centros de salud. Pero, aunque en menor proporción que la distancia al centro de salud, el transporte es un problema sentido para tres de cada cuatro madres.

La dificultad del transporte tiene un sentido subjetivo en mayor medida que la variable que mide la lejanía sentida al centro de salud. Esto así, porque el sentido de dificultad del transporte varía con la edad y el nivel de educación de la madre. Existen diferencias estadísticamente significativas entre las proporciones de madres que no perciben problema de transporte y las que si lo perciben de acuerdo al grupo de edad a que esta pertenece y a su nivel de escolaridad. En cambio, el sentido de dificultad no se diferencia entre madres con o sin maridos residentes, de diferentes etnias, o con jefaturas de hogar de nacimiento haitiano o dominicano.

Las madres más jóvenes y las que tienen niveles de escolaridad más bajos tienden a percibir menos el problema del transporte. Así, 37.5 por ciento de las madres menores de 20 años y 32.1 por ciento de las de 20 a 24 años no perciben ningún problema; mientras, en los grupos de más edad, la proporción de las que no perciben problemas disminuye hasta reducirse al 15 por ciento. En cambio, las madres con niveles de educación más alta perciben más el transporte como problema que las que tienen menos del 5to. grado de primaria o ningún nivel de educación.

CUADRO 5.4 DIFICULTAD DE LA MADRE PARA ACCESAR LOS SERVICIOS DE SALUD DEBIDO A NO TENER CENTROS CERCANOS O ACCESO A TRANSPORTE, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS/a

CARACTERÍSTICAS	PERCEPCION SUBJETIVA DEL PROBLEMA						TOTAL	
	Distancia a Centro			Acceso a Transporte			Características	
	Grande	Pequeño	No es	Grande	Pequeño	No es	%	Número
Edad Madre								
15-19	70.8	10.4	18.8	44.8	17.7	37.5	11.4	96
20-24	76.7	11.4	11.9	56.5	11.4	32.1	22.9	193
25-34	82.0	9.5	8.5	69.3	12.7	18.0	37.4	316
35-49	81.8	8.6	9.6	66.8	13.9	19.3	22.2	187
50 y más	86.5	5.8	7.7	71.2	13.5	15.4	6.2	52
G & K Tau	n.s.				.02522****			
Educación Madre/b								
Ninguno	82.6	10.3	7.3	68.2	15.3	16.5	27.6	236
1-4 Primaria	82.2	7.9	9.9	65.5	11.5	23.0	36.1	304
5-8 Primaria	74.9	8.1	17.1	54.5	15.2	30.3	25.1	211
Secundaria	75.0	18.1	6.9	61.1	9.7	29.2	8.6	72
Universitaria	72.7	18.2	9.1	63.6	9.1	27.3	1.3	11
SR/NS	75.0	12.5	12.5	75.0	0.0	25.0	1.0	8
G & K Tau	n.s.				.012551*			
Etnia Madre/c								
Dominicana	79.4	9.5	11.1	62.0	13.3	24.7	72.0	603
Domínico-Haitiana	79.8	12.1	8.1	64.7	12.8	22.6	15.9	133
Haitiana	82.0	9.0	9.0	68.7	13.1	18.2	11.7	99
SR/NS	33.3	0.0	66.7	66.7	0.0	33.3	0.4	3
G & K Tau	n.s.					n.s.		
Residencia Esposo								
No reside/no tiene	81.0	10.6	8.5	64.8	12.0	23.2	16.8	142
Reside	79.5	9.4	11.1	62.8	13.5	23.6	83.2	702
G & K Tau	n.s.					n.s.		
País Origen Jefe/a								
RD	79.7	9.2	11.1	62.3	13.7	24.1	84.1	710
Haití	79.9	11.9	8.2	67.9	11.2	20.9	15.9	134
G & K Tau	n.s.					n.s.		
Total %	**79.7**	**9.6**	**10.7**	**63.2**	**13.3**	**23.6**	**100.0**	
Número	673	81	90	533	112	199		844

NOTAS: a) Se preguntó sobre la dificultad al transporte "aunque tenga el dinero para pagarlo."
b) Dos casos sin información excluidos.
c) Seis casos sin información excluidos.

5.2.2 DIFICULTAD DE OBTENER RECURSOS PARA COSTEAR PRESCRIPCIONES

La carencia de recursos económicos para comprar medicinas y cumplir con las prescripciones médicas es un gran problema para 80.2 por ciento de las madres y un pequeño problema para el 10.1 por ciento. Solamente 9.7 por ciento de las madres reporta tener dinero para comprar prescripciones o recetas. La carencia de dinero está asociada a varias características étnicas y sociodemográficas de las madres. El Cuadro 5.5 presenta los resultados de pruebas de hipótesis,

pudiéndose verificar que la edad, el nivel de escolaridad, la etnia de la madre, y el país de origen del jefe o jefa de hogar están estadísticamente asociados a la carencia de dinero para resolver problemas de salud.

CUADRO 5.5 DIFICULTAD DE LA MADRE PARA OBTENER RECURSOS PARA COMPRAR MEDICINAS, Y TEMOR DE NO SER ATENDIDA O DE QUE LA MALTRATEN EN EL CENTRO, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

	PERCEPCION SUBJETIVA DEL PROBLEMA							
	Recursos Económicos Para Medicinas			Temor a maltrato o a no ser atendida en Centro de Salud			TOTAL Características	
CARACTERISTICAS	Grande	Pequeño	No es	Grande	Pequeño	No es	%	Número
Edad madre								
15-19	68.8	13.5	17.7	78.1	8.3	13.5	11.4	96
20-24	68.9	13.0	18.1	68.9	9.8	21.2	22.9	193
25-34	85.8	8.2	6.0	74.4	7.6	18.0	37.4	316
35-49	87.2	8.0	4.8	63.6	7.0	29.4	22.2	187
50 y más	84.6	11.5	3.8	61.5	11.5	26.9	6.2	52
G & K Tau	.03815****							
Educación madre/a								
Ninguno	90.7	5.1	4.2	64.0	13.0	30.1	28.0	236
1-4 Primaria	82.6	9.2	8.2	73.4	9.2	17.4	36.1	304
5-8 Primaria	71.6	12.8	15.6	73.0	10.9	16.1	25.1	211
Secundaria	65.3	16.7	18.1	76.4	4.2	19.4	8.6	72
Universitaria	54.5	36.4	9.1	36.4	18.2	45.5	1.3	11
SR/NS	75.0	25.0	0.0	62.5	0.0	37.5	1.0	8
G & K Tau	.03252****							
Etnia madre/b								
Dominicana	77.4	11.4	11.1	69.3	9.0	21.7	72.0	603
Domínico-Haitiana	84.2	9.0	6.8	73.7	8.3	18.0	15.9	133
Haitiana	92.9	2.0	5.1	75.8	3.0	21.2	11.7	99
SR/NS	33.3	33.3	33.3	33.3	33.3	33.3	0.4	3
G & K Tau	.01585***					n.s.		
Residencia esposo								
No reside/no tiene	83.1	9.9	7.0	74.6	7.7	17.6	16.8	142
Reside	79.6	10.1	10.3	69.5	8.4	22.1	83.2	702
G & K Tau	n.s.					n.s.		
País origen jefe/b								
RD	77.6	11.1	11.3	69.0	8.7	22.3	84.1	710
Haití	91.0	4.5	1.5	77.6	6.0	16.4	15.9	134
G & K Tau	.01623****							
Total %	**80.2**	**10.1**	**9.7**	**70.4**	**8.3**	**21.3**	**100.0**	
Número	677	85	82	594	70	180		844

NOTAS: a) Dos casos sin información excluidos.
b) Seis casos sin información excluidos.

Las madres más jóvenes y las que tienen más nivel educativo sienten menos el problema de no tener dinero para prescripciones que las de más edad y las de menores niveles de escolaridad. El

69 por ciento de las madres menores de 25 años, tienen un gran problema por carecer de dinero para comprar prescripciones, pero esta proporción aumenta a 85 por ciento y más, en los grupos de madres de más edad. El nivel de escolaridad de la madre tiene un efecto aún mayor que la edad. Para 91 por ciento de las madres sin ningún nivel escolar, el problema de no conseguir dinero para prescripciones es grande; proporción que disminuye sistemáticamente a un 83 por ciento para las madres con algún grado del 1ro. al 4to. grado de primaria, y se reduce a 55 por ciento si finalizan un grado universitario.

Las subpoblaciones étnicas sienten la escasez de dinero de forma diferenciada. Como era de esperarse, las madres haitianas son las más vulnerables, alcanzando el 93 por ciento las que reportan un gran problema por no tener dinero para medicamentos, seguido por 84 por ciento de las domínico-haitianas y 77 por ciento de las dominicanas.

Por otra parte, 78 por ciento de las madres dominicanas cabezas de hogar, o con esposos de nacimiento dominicano, carecen de recursos, proporción que aumenta al 94 por ciento cuando la jefatura es haitiana de nacimiento. A pesar de las diferencias, la proporción de madres sin recursos es alta para todas las etnias, alcanzando por lo menos a tres de cada cuatro madres, independientemente de su nacionalidad.

5.3 ACTITUDES Y PRACTICAS AMENAZANTES A LA SALUD DE LAS MADRES

5.3.1 TEMOR A VISITAR LOS CENTROS DE SALUD

El temor de las madres a visitar los centros de salud impide o retrasa el diagnóstico adecuado en el momento oportuno, lo que puede acarrear el empeoramiento de las condiciones de salud de ella y sus hijos. El temor tiene causas diversas. En este estudio fueron probadas tres hipótesis sobre las causas del temor en las madres: tener que visitar el centro de salud sin una persona que la acompañe; recibir los servicios médicos de un hombre y no de una mujer; y tener la expectativa de ser maltratada o no atendida por el personal del centro. Los resultados de este estudio indican que el miedo a no ser atendida o a ser maltratada constituye la principal causa de temor, seguido por el miedo a visitar al médico sin acompañante. En cambio, para la gran mayoría, el sexo de la persona que administra los servicios médicos no constituye problema.

El temor a ser maltratadas o no atendidas es un gran problema para el 70.4 por ciento de las madres, un problema pequeño para el 8.3 por ciento y ningún problema para el 21.3 por ciento--Cuadro 5.5. El miedo a no ser atendida es generalizado, alcanzando cuatro de cada cinco mujeres, independientemente de que esta se defina como dominicana, haitiana o domínico-haitiana e independientemente de que su esposo resida o no en el hogar. En cambio, la edad, el nivel de escolaridad, y el país de origen del jefe o jefa del hogar, inciden en este temor. Las madres en los grupos de edad de 35 y más años tienen menos temores que las más jóvenes. La educación incide pero no de forma lineal. Los grupos de edad con mayor proporción de madres sin temores se encuentran entre las que no tienen ningún nivel de educación y las que han alcanzado algún grado universitario. El problema no es sentido por las madres del 22.3 por ciento de los hogares con personas jefas nacidas en RD y el 16.4 por ciento de los hogares con jefatura de nacimiento haitiano.

El Cuadro 5.6 presenta las respuestas de las madres sobre el problema que significa para ellas visitar solas los centros de salud. Para la mayoría de las madres este no es un problema, aunque constituye un problema grande para el 42.7 por ciento. Las madres en los estratos más jóvenes temen menos visitar solas los centros de salud. Entre las adolescentes, la proporción que no tiene problemas es de un 51 por ciento, en contraste con 40.4 por ciento de las madres de 20 a 24 años, 35.9 por ciento de las madres de 25 a 34 años, 31.6 por ciento en el grupo de 35 a 49 años y 26.9 por ciento en las mayores de 49 años.

CUADRO 5.6 TEMOR DE LA MADRE DE ASISTIR SOLA A CENTROS DE SALUD Y DE SER ATENDIDA POR PERSONAL MASCULINO, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

	PERCEPCION SUBJETIVA DEL PROBLEMA							
	Temor de asistir sola a centro de salud			Temor de ser atendida por personal masculino			TOTAL Características	
CARACTERÍSTICAS	Grande	Pequeño	No es	Grande	Pequeño	No es	%	Número
Edad Madre								
15-19	33.3	15.6	51.0	18.8	14.6	66.7	11.4	96
20-24	41.5	18.1	40.4	18.7	9.8	71.5	22.9	193
25-34	44.3	19.6	36.1	20.9	9.8	69.3	37.4	316
35-49	44.9	23.5	31.6	20.3	8.6	71.1	22.2	187
50 y más	46.2	26.9	26.9	21.2	15.4	63.5	6.2	52
G & K Tau	.001059*							
Educación Madre/a								
Ninguno	49.6	25.4	25.0	26.7	11.0	62.3	28.0	236
1-4 Primaria	42.1	19.1	38.8	17.8	8.9	73.4	36.1	304
5-8 Primaria	37.0	17.5	45.5	20.4	12.3	67.3	25.1	211
Secundaria	45.8	16.7	37.5	11.1	11.1	77.8	8.6	72
Universitaria	18.2	18.2	63.6	0.0	0.0	100.0	1.3	11
SR/NS	12.5	12.5	75.0	12.5	12.5	75.0	1.0	8
G & K Tau	.02176***							
Etnia Madre/b								
Dominicana	39.6	20.4	40.0	17.4	10.3	72.3	72.0	603
Domínico-Haitiana	48.1	21.1	30.8	19.5	11.3	69.2	15.9	133
Haitiana	54.5	18.2	27.3	37.4	11.1	51.5	11.7	99
SR/NS	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	100.0	0.4	3
G & K Tau	.01163**					.01924****		
Residencia Esposo								
No reside/no tiene	45.1	21.1	33.8	19.0	14.8	66.2	16.8	142
Reside	42.2	19.9	37.9	20.2	9.5	70.2	83.2	702
G & K Tau	n.s.					n.s.		
País Origen Jefe/a								
RD	40.8	19.2	40.0	17.7	10.4	71.8	84.1	710
Haití	52.2	25.4	22.4	32.1	10.4	57.5	15.9	134
G & K Tau	.01000***					.01183****		
Total %	**42.7**	**20.1**	**37.2**	**20.0**	**10.4**	**69.5**	**100.0**	
Número	360	170	314	169	88	587		844

NOTAS: a) Dos casos sin información excluidos.
b) Seis casos sin información excluidos.

A mayor educación, menor temor de ir a los centros de salud sola. Para el 75 por ciento de las madres sin ningún nivel escolar, ir solas a los centros de salud, constituye un problema grande o pequeño. En cambio, la proporción es de un 54.5 por ciento en las madres que alcanzan de un 5to. a 8vo. grado, y de un 36.4 por ciento si alcanzan algún grado de secundaria o universitario.

La etnia de la madre constituye un determinante importante de temor. Mientras 40 por ciento de las madres dominicanas no tienen problemas de ir solas a los centros de salud, 31 por ciento de las domínico-haitianas y solamente 27.3 por ciento de las haitianas no tienen problemas. De igual manera, 40 por ciento de las madres donde la persona jefa de hogar nace en RD no sienten temor de visitar sola el centro de salud, en contraste con 22 por ciento de las madres cuando el país de nacimiento es Haití.

El temor de ser atendidas por hombres y no por mujeres no constituye problema para la mayoría de las madres. Solamente 20 por ciento de las madres lo reporta como un gran problema--Cuadro 5.6. La edad de la madre no tiene efecto en este temor, pero si el nivel de educación. El 62 por ciento de las madres sin ningún nivel de escolaridad no siente problemas, proporción que aumenta al 78 por ciento en las que tienen algún grado de secundaria y al 100 por ciento en las que tienen algún grado universitario. La etnia de la madre también es importante. Las madres dominicanas tienen menos temor (72 por ciento) que las domínico-haitianas (69 por ciento) y las haitianas (52 por ciento).

5.3.2 PRACTICAS AMENAZANTES A LA SALUD

1) Hábito de fumar de la madre

Las madres fueron cuestionadas sobre dos factores de riesgo a su salud relacionados con sus hábitos personales: la práctica de fumar y de dormir sin mosquiteros. El Cuadro 5.7 presenta los resultados. El 19.1 por ciento de las madres reportó fumar y 29.9 por ciento reportó no utilizar mosquitero para dormir.

El hábito de fumar está relacionado con la edad y la educación de la madre, pero no depende de la etnia ni de la residencia del esposo en el hogar. Los grupos de edad más altos tienen las proporciones mayores de madres fumadoras: 31.6 por ciento de madres de 35 a 49 años de edad fuman y 36.5 por ciento de madres mayores de 49 años. En cambio, solamente 5.2 por ciento de las madres menores de 20 años fuman, proporción que aumenta con la edad a 9.3 por ciento en el grupo de 20 a 24 años y a 19.0 por ciento en el de 25 a 34 años de edad.

La educación de la madre incide pero no de forma lineal. El 23 por ciento de las madres sin ninguna educación y el 21 por ciento de las madres que alcanzan el primer nivel de la primaria, fuma. Esta proporción baja a 17 por ciento para las madres que alcanzaron el segundo nivel de la primaria y a 4.2 por ciento para las que alcanzaron la secundaria. De manera no esperada, las madres con algún nivel universitario que fuman alcanzan el 27.3 por ciento. Ni la etnia de la madre, ni la del jefe o jefa del hogar, ni la residencia del esposo inciden en el hábito de fumar.

2) Hábito de dormir sin mosquitero

El dormir sin mosquitero, particularmente en bateyes que carecen del saneamiento adecuado, expone al riesgo de picaduras de mosquitos que transmiten la malaria y el dengue. Aproximadamente una de tres madres duerme sin mosquitero (29.9 por ciento). La edad de la madre no está relacionada con este hábito ni la residencia del esposo en el hogar, pero si su nivel educacional y su etnia. A mayor nivel educativo mayor uso de mosquiteros. El 39 por ciento de las madres sin ningún nivel educativo no duerme con mosquitero, porcentaje que desciende al 28 por ciento para las madres de los dos niveles de primaria, al 13.9 por ciento para las madres con nivel de secundaria y al 9 por ciento para las de nivel universitario.

CUADRO 5.7 RIESGO A LA SALUD DE LA MADRE DEBIDO AL HABITO DE FUMAR Y DE DORMIR SIN MOSQUITERO, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

CARACTERÍSTICAS	Madres que fuman	Madres que duermen sin mosquiteros	Total Características %	Total Características Número
Edad Madre				
15-19	5.2	35.4	11.4	96
20-24	9.3	30.6	22.9	193
25-34	19.0	69.9	37.4	316
35-49	31.6	25.1	22.2	187
50 y más	36.5	32.7	6.2	52
G & K Tau	.01418****	n.s.		
Educación Madre*				
Ninguno	22.9	39.4	28.0	236
1-4 Primaria	21.1	28.6	36.1	304
5-8 Primaria	17.1	28.0	25.1	211
Secundaria	4.2	13.9	8.6	72
Universitaria	27.3	9.1	1.3	11
SR/NS	12.5	12.5	1.0	8
G & K Tau	.01733*	.02765***		
Etnia Madre				
Dominicana	19.4	24.2	71.4	603
Domínico-Haitiana	21.1	45.9	15.8	133
Haitiana	14.1	43.4	11.7	99
SR/NS	22.2	22.2	1.1	9
G & K Tau	n.s.	.04077****		
Residencia Esposo				
No reside/no tiene	22.5	35.9	16.8	142
Reside	18.4	28.6	83.2	702
G & K Tau	n.s.	n.s.		
País Origen Jefe/a				
RD	19.6	28.2	84.1	710
Haití	16.4	38.8	15.9	134
G & K Tau	n.s.	.00722*		
Total %	**19.1**	**29.9**	**100.0**	
Número	161	252		844

NOTAS:* Dos casos sin información excluidos.

Existe una diferencia importante en el hábito de dormir con mosquitero entre las madres dominicanas y las domínico-haitianas y haitianas. Mientras 75.8 por ciento de las dominicanas duermen con mosquiteros, la proporción es mucho menor entre las haitianas (56.6 por ciento) y las domínico-haitianas (54.1 por ciento). En los hogares con jefatura femenina dominicana o esposo de nacimiento dominicano, 28 por ciento duermen sin mosquitero, y 39 por ciento si el esposo es de nacimiento haitiano o en su ausencia, la madre es haitiana.

3) Práctica de no hervir o clorificar el agua de beber

A las madres se les preguntó, ¿trata el agua de beber hirviéndola, echándole cloro, filtrándola o ésta llega limpia y no tiene que hacerle nada? Las respuestas se presentan en el Cuadro 5.8. El 60.7 por ciento de los hogares consume agua sin ningún tratamiento. Esta proporción incluye 51.0 por ciento de las madres que reportan no utilizar ningún procedimiento para purificar el agua, 6.2 por ciento que reporta solamente tratar el agua del bebé, 1.4 por ciento que reporta otros procedimientos no confiables, y 2.1 por ciento que hierve el agua por menos de 10 minutos. El procedimiento más común utilizado para potabilizar el agua es la utilización de cloro o yodo (23.4 por ciento), con proporciones bajas de madres que utilizan otros tipo de procedimiento, y 12.9 por ciento que consume agua comercial embotellada. La proporción de madres que hierve el agua por más de 10 minutos solo alcanza el 2.0 por ciento de las madres.

CUADRO 5.8 METODO UTILIZADO PARA DESCONTAMINAR EL AGUA DE BEBER

	Número	%	% Acumulado
Tipo de tratamiento			
Hierve más de 10 min.	17	2.0	2.0
Hierve menos de 10 min.	18	2.1	4.1
Usa cloro / yodo	197	23.4	27.6
Filtra	8	1.0	28.5
Agua de botella	109	12.9	41.4
Bebe sin tratar	429	51.0	92.4
Solo trata agua de bebé	52	6.2	98.6
Otro	12	1.4	100.0
Agua tratada			
Consumen agua tratada	331	39.3	39.3
Consumen agua sin tratar	511	60.7	100.0
Total	**844**	**100.0**	

5.4 CONCLUSION

A diferencia de las comunidades rurales, donde en la mayoría de los casos las viviendas se encuentran dispersas y cada familia puede tener más control de su entorno inmediato, el espacio en los bateyes se distribuye con características urbanas, pero sin recibir los servicios básicos que la planificación urbana demanda. Desde sus orígenes, el batey fue planificado y construido por

el ingenio. El ingenio aportó los servicios que en el resto del país dependían de los ayuntamientos. Esta dependencia , a la larga, no ha sido beneficiosa para las comunidades de los bateyes. La carencia o deficiencia de servicios en los bateyes deprime más la calidad de vida que una situación similar en la zona rural. En los bateyes, el hacinamiento de las viviendas multiplica los factores contaminantes del ambiente. El monocultivo de la caña, convierte al batey en espacio rural sin el beneficio de árboles que brinden belleza, sombra, y conformen una barrera natural contra el polvo.

Para atender las necesidades mínimas de salud de la población de los bateyes, El CEA creó su propia cadena de servicios. Llevó agua a muchas comunidades; instaló plantas eléctricas allí donde las redes de la Compañía Eléctrica Dominicana no llegaban; creó redes de limpieza y recolección de basura; construyó dispensarios y los abasteció con algunos medicamentos; nombró y pagó promotoras de salud. Tampoco se olvidó de crear su propia guardia campestre, para imponer el orden. En los bateyes del CEA, el orden público es del Ingenio. Por esta razón, la población de los bateyes, es aún más vulnerable en el presente. El proceso de capitalización del CEA desmantela la estructura de servicios y del orden vigente sin prever suplirlos ni integrar los bateyes a los servicios de por sí deficitarios que reciben las demás comunidades del país. Pero esta integración no sucederá de manera mecánica. Demanda esfuerzos de todas las secretarías y gobiernos provinciales y municipales que tengan bateyes dentro de sus demarcaciones políticas. Demanda además derribar la barrera invisible creada por la imagen del batey como isla de nadie, separada del resto del territorio dominicano por décadas de indiferencia y olvido.

En el presente, el tipo y la tenencia de la vivienda en los bateyes, confiere a estas comunidades un sello de hacinamiento más urbano que rural. Su pasado histórico, de satisfacer las necesidades de mano de obra de la plantación azucarera, no las necesidades de las familias, se transparenta en el presente, con la presencia de los barrancones y las casas en hileras, habitadas por una tercera parte de los hogares con niños y niñas menores de cinco años. En otras palabras, los barrancones no son solamente para braceros sin familias, la infancia desprotegida también los habita.

Al hacinamiento en la vivienda, se suma la carencia de servicios de eliminación de excreta en el 70 por ciento de éstas, y la práctica de la mitad de los hogares de tirar la basura a campo abierto, o de una tercera parte de contaminar el aire, quemándola. Solamente se recoge la basura en el 9 por ciento de las viviendas. La degradación ambiental surge pues, de la ausencia de soluciones a los problemas de eliminación de excreta y de desechos sólidos. La prevalencia de enfermedades infecto-contagiosas en los bateyes, muy por encima de la prevalencia en la zona rural del país--se presenta en el Capítulo 7--está ligada a la contaminación del ambiente aquí descrita.

El problema de insalubridad se agrava además, por la utilización de carbón y leña como combustible para cocinar. Este consumo es mayor en los bateyes que en la zona rural del país. Esta práctica no solo es nociva para los comunitarios, sino que amenaza los bosques y todo el sistema ecológico en la isla. Su uso probablemente aumenta en grandes proporciones durante los seis meses de zafra, dado que los barrancones que se usan para albergar a los braceros no disponen de estufas de gas.

Otro problema en necesidad de solución en los bateyes es la carencia de energía eléctrica en cerca de una tercera parte de los hogares. La energía eléctrica es imprescindible en la vida moderna. En su ausencia, no solamente la calidad de vida y la seguridad de la persona se ve afectada, pero también su salud. La ausencia de electricidad convierte las vías de tránsito en espacios inseguros, aísla a comunidades enteras de las informaciones y corrientes de pensamiento compartidas por conciudadanos de otras comunidades; también priva a las familias del confort cotidiano que disfruta la población urbana en casi su totalidad, a través del uso de aparatos de música, máquinas de lavar, neveras y otros electrodomésticos. La imposibilidad de refrigerar los alimentos que no son consumidos en su totalidad después de preparados, se traduce en la ingesta de alimentos contaminados y, por otra parte, aumenta el trabajo doméstico y rutinario en el hogar. En el contexto de la sociedad en su conjunto, la ausencia de electricidad incentiva la emigración hacia las luces de la zona urbana.

Además de los riesgos a la salud inherentes al habitat, a prácticas insalubres y a la carencia de servicios básicos, el acceso a centros de salud, es de vital importancia en la prevención y cura de enfermedades. La gran mayoría de las madres considera que la lejanía a los centros de salud es un problema grande para ellas; independientemente de la edad, etnia, escolaridad y estado marital. El transporte al centro, aunque se tenga dinero para pagarlo, así como conseguir dinero para el transporte y lograr comprar las prescripciones médicas constituyen también graves problemas para la mayoría. Además de estas dificultades externas, las madres sienten temor de no ser atendidas o de ser maltratadas por el personal que atiende los centros de salud.

CAPITULO 6

PLANIFICACION FAMILIAR

El conocimiento y uso de métodos de anticoncepción es importante desde la perspectiva de formulación de políticas de población y salud en el territorio nacional. Pero, además es de gran importancia para la salud física y mental de la mujer y para mejorar la calidad de vida de los miembros del hogar. La característica multisectorial de este estudio limita el alcance de las preguntas sobre PF. El capítulo presenta información de la mujer y no del hombre; obvia preguntas sobre conocimiento de métodos para privilegiar datos sobre uso pasado y actual de los mismos; analiza factores determinantes de la anticoncepción; reporta las actitudes del esposo hacia la planificación familiar a través de la percepción de la mujer; y presenta el número ideal de hijos e hijas.

El alcance limitado de este componente implica que las instituciones que inciden en ésta área necesitan indagar con mayor profundidad el conocimiento real de las mujeres sobre los diferentes métodos y el acceso a mercados de anticonceptivos. Tampoco se presenta la fecundidad; el uso de anticonceptivos para espaciar embarazos; el intervalo genésico entre embarazos; la historia del uso e interrupción de diferentes métodos; ni las causas que determinan que la población meta utilice casi con exclusividad contraceptivos orales y la esterilización quirúrgica femenina.

Para el análisis de la planificación familiar las madres de crianza o no-biológicas han sido excluidas, así como todas las madres mayores de 49 años, edad tomada como límite de la reproducción biológica. Dos poblaciones de referencia son analizadas: las madres biológicas en edad reproductiva actualmente unidas—casadas o en unión consensual—y todas las madres biológicas en edad reproductiva. Esta última categoría incluye a las madres actualmente unidas y las que al momento de la encuesta estaban separadas, divorciadas, viudas o mantenían relaciones sin cohabitar con su pareja sexual.

Las comparaciones realizadas con otros estudios deben de hacerse sin ignorar las características de la muestra en este estudio. Algunos datos se han comparado con la ENDESA de 1996, para tener un punto de referencia, pero el universo de mujeres en la ENDESA no es el mismo del universo en este estudio. La ENDESA seleccionó a todas las mujeres en edad reproductiva, independientemente de su estado marital. En este estudio, la población meta se limita a madres de niños y niñas menores de cinco años. Esta característica crea un sesgo de la muestra que excluye a madres con niños y niñas de cinco y más años, pero también, a mujeres solteras sin hijos en edad reproductiva.

6.1 ASPECTOS CONCEPTUALES

Los métodos anticonceptivos se han clasificado en *modernos* y *tradicionales*. Los métodos *tradicionales* son aquellos que no requieren insumos químicos o mecánicos. Los más comunes son los métodos del ritmo, MELA, retiro y abstinencia. Los métodos *modernos* son diversificados y pueden clasificarse entre *reversibles* e *irreversibles*. La *esterilización quirúrgica femenina* y *masculina*, es el único método que en la práctica muchos consideran irreversibles y 100 por ciento efectivos (NRC 1989), aunque su efectividad también está condicionada a la aplicación correcta del procedimiento quirúrgico. Como se verá más adelante, la esterilización quirúrgica femenina es el segundo método de preferencia de la población meta de este estudio. La popularidad de este método se debe al desarrollo de técnicas quirúrgicas relativamente seguras y sencillas en las últimas décadas.

Entre los métodos modernos reversibles se encuentran los *contraceptivos orales*, conocidos en el país como la *píldora*. La contracepción oral es el método más utilizado por la población estudiada. Los contraceptivos orales fueron desarrollados en la década de los 50 y revolucionaron la planificación familiar, al permitir un método relativamente sencillo e independiente del acto sexual, aunque no esté completamente libre de efectos secundarios. Otros métodos intervienen en el acto sexual, como es el caso del *condón*, *diafragmas* y *espermicidas*, lo cual se piensa limita su selección por una proporción elevada de parejas (NRC 1989). A pesar de la ausencia de un método ideal, que sea "absolutamente seguro para todas las usuarias, 100 por ciento efectivo, conveniente, barato, reversible, y que no intervenga con el coito sexual," en el presente, se cuenta con una variedad de métodos anticonceptivos que son seguros y efectivos para satisfacer las necesidades de la mayoría de las parejas (Miller, Shane y Murphy 1998, 7).

La selección de un método en particular es producto de muchos factores. Entre otros, se pueden enumerar: (1) la oferta y la información que la posible usuaria tenga sobre el método en particular; (2) la accesibilidad al método como función del lugar y el costo; (3) el deseo de retardar o de no tener más hijos; (4) la aceptación de la pareja; (5) la preocupación de salud de la usuaria; y (6) el riesgo y los efectos positivos asociados a diferentes métodos. Estas determinantes reflejan la complejidad de los servicios que ofertan las instituciones que proveen métodos de planificación familiar y reflejan además preferencias culturales y cambiantes con el tiempo.

Esta diversidad de factores condicionantes apunta a diferencias en la selección del método aún dentro de la misma cultura o subcultura; diferencias determinadas por el sexo del o la usuaria, el estado civil, la salud y la etapa de la vida. De aquí que, mientras las opciones sean mayores, aumentan las posibilidades de que las parejas encuentren el método adecuado. Las instituciones que ofrecen uno o muy pocos métodos alternos, corren el riesgo de no poder satisfacer las necesidades de las parejas cuando sus necesidades de contracepción cambien o se encuentren insatisfechos con el método usado. El resultado puede ser el abandono de la práctica de planificación con la secuela de embarazos no deseados.

Las instituciones de servicios de planificación familiar deben lograr diversificar la oferta de métodos y además, transmitir a su clientela información suficiente sobre cada método para que la

persona pueda hacer una selección voluntaria e informada. Esta información debe incluir la comprensión de la efectividad y el uso correcto de cada método, los efectos secundarios posibles, los riesgos y beneficios a la salud de la usuaria o usuario, el reconocimiento de señales y síntomas que requieran atención médica, información sobre el retorno a la fertilidad después que el método es discontinuado, e información sobre protección de enfermedades de transmisión sexual (Miller, Shane y Murphy 1998).

6.2 USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

6.2.1 USO DE METODOS EN EL PASADO

Los datos del ENDESA-1996 sobre el uso de anticonceptivos en República Dominicana son altos, dado que dos de cada tres mujeres en edad fértil han usado alguna vez un método de PF y 85 por ciento de las mujeres actualmente unidas. Los contraceptivos orales conforman el método más generalizado entre las mujeres actualmente unidas (57 por ciento), seguido por la esterilización quirúrgica femenina (41 por ciento). Otros métodos usados son el condón y el retiro (20 por ciento), el DIU (13 por ciento) y las inyecciones (3 por ciento).

En los bateyes, el uso de anticonceptivos en el pasado entre las madres actualmente unidas y en edad reproductiva está por debajo del nivel nacional. El Cuadro 6.1 presenta los datos de uso alguna vez en el pasado para todas las madres biológicas en edad reproductiva—incluye las madres alguna vez unidas y las actualmente unidas— y para las madres biológicas actualmente unidas. El 74.1 por ciento de todas las madres ha usado algún anticonceptivo y 76.2 por ciento de las madres actualmente unidas. Estos datos se presentan en el Cuadro 6.1 según la edad de la madre y en el Cuadro 6.2 según su nivel de escolaridad, etnia e ingreso en el hogar.

Las proporciones de madres que usaron algún método anticonceptivo según diferentes grupos de edad no presentan diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los dos grupos de madres. En ambos, los métodos modernos fueron alguna vez usados en su generalidad. Solamente 0.6 por ciento de las madres reportan haber usado un método tradicional y ningún método moderno. El uso ínfimo de métodos tradicionales contrasta con el uso extenso de los modernos: 73 por ciento de todas las madres y 75 por ciento de las actualmente unidas.

Los contraceptivos orales constituyen el método más usado: 63.7 por ciento de todas las madres y 65.5 por ciento de las actualmente unidas; seguido por la esterilización quirúrgica femenina, usado por 17.4 por ciento de todas las madres y 18.6 por ciento de las actualmente unidas. Los demás métodos han sido usados alguna vez por una proporción pequeña de las madres: entre todas las madres, 2.5 por ciento usó el DIU alguna vez; 3.5 por ciento usó inyecciones; 0.4 por ciento usó tabletas, espumas u óvulos; 2.4 por ciento usó el condón; 0.3 por ciento implantes, y ninguno de sus compañeros sexuales estuvo esterilizado. Entre los métodos tradicionales el más utilizado alguna vez es el retiro (1.1 por ciento), la abstinencia periódica fue usada por sólo 0.4 por ciento de todas las madres, y solamente 0.1 por ciento usó el MELA.[1]

[1] Infertilidad temporal como efecto de la lactancia materna exclusiva.

CUADRO 6.1 USO ALGUNA VEZ DE ANTICONCEPTIVOS

Porcentajes de las madres biológicas en edad reproductiva que usaron algún método anticonceptivo, por método específico y edad

TODAS LAS MADRES BIOLOGICAS EN EDAD REPRODUCTIVA

			Métodos Modernos									Métodos Tradicionales		
	Algún método	Total modernos	Píldora	DIU	Inyección	Tableta Espuma	Condón	Esterilización Femenina	masculina	Implante	Total Tradicional	Ritmo	Retiro	MELA
Edad en años														
15-19	64.9	64.9	60.6	0.0	5.3	0.0	3.2	0.0	0.0	1.1	0.5	0.0	2.1	0.0
20-24	75.4	75.0	69.8	1.6	3.1	0.5	3.1	6.8	0.0	0.0	0.8	0.5	0.5	0.5
25-34	77.0	75.3	64.8	3.9	4.3	0.7	1.6	23.9	0.0	0.3	2.0	0.7	1.3	0.0
35-49	71.9	70.9	54.3	2.4	0.8	0.0	2.4	30.5	0.0	0.0	1.2	0.0	0.8	0.0
Cramer's V	n.s.	--	.12346**	--	n.s.	--	--	.21335****	n.s.	--	--	--	--	--
% del Total	**74.1**	**73.1**	**63.7**	**2.5**	**3.5**	**0.4**	**2.4**	**17.4**	**0.0**	**0.3**	**1.1**	**0.4**	**1.1**	**0.1**
Número	531	524	457	18	25	3	17	125	0.0	2	8	3	8	1

MADRES BIOLOGICAS EN EDAD REPRODUCTIVA ACTUALMENTE UNIDAS

			Métodos Modernos									Métodos Tradicionales		
	Algún método	Total Modernos	Píldora	DIU	Inyección	Tableta/ Espuma	Condón	Esterilización Femenina	masculina	Implante	Total Tradicional	Ritmo	Retiro	MELA
Edad en años														
15-19	66.2	66.2	62.3	0.0	5.2	0.0	3.9	0.0	0.0	1.3	0.0	0.0	1.3	0.0
20-24	77.4	76.9	71.6	1.8	3.6	0.6	2.4	7.7	0.0	0.0	1.2	0.6	0.6	0.6
25-34	79.2	77.3	66.5	4.1	3.7	0.7	1.9	25.6	0.0	0.0	1.5	0.7	1.5	0.0
35-49	74.3	73.1	55.6	2.8	0.9	0.0	2.8	31.2	0.0	0.0	0.9	0.0	0.9	0.0
Cramer's V	n.s.	--	.13073**	--	n.s.	--	--	.21239****	n.s.	--	--	--	--	--
% del Total	**76.2**	**75.1**	**65.5**	**2.7**	**3.4**	**0.5**	**2.4**	**18.6**	**0.0**	**0.2**	**1.1**	**0.5**	**1.1**	**0.2**
Número	475	468	408	17	21	3	15	116	0	1	7	3	7	1

Las pruebas de hipótesis realizadas para establecer diferencias entre los grupos de edad no fueron estadísticamente significativas o no fueron concluyentes, con la excepción de la prueba con madres que alguna vez usaron contraceptivos orales o están quirúrgicamente esterilizadas. La proporción de todas las madres biológicas de 35 a 49 años que ha usado *contraceptivos orales* alguna vez es menor que la proporción en los tres grupos etarios más jóvenes. Entre las madres menores de 35 años, el estrato de adolescentes tiene una proporción menor de uso de contraceptivos orales. En cambio, la proporción de madres esterilizadas es nula en el grupo de las madres adolescentes y aumenta con el grupo de edad, pasando del 6.8 por ciento para las madres de 20 a 24 años, al 23.9 por ciento para las de 25 a 34 años y al 30.5 por ciento para las de 35 a 49 años. En el grupo de madres actualmente unidas el comportamiento es semejante.

El Cuadro 6.2 presenta el resultado de pruebas de hipótesis para los dos grupos de madres analizados que usaron alguna vez métodos según el nivel de educación, la etnia y tres estratos de ingresos en el hogar. La proporción de madres que alguna vez ha tratado de evitar el embarazo está asociado al nivel de educación de la madre. El 61 por ciento de todas las madres biológicas en edad reproductiva sin ninguna educación ha tratado alguna vez de evitar un embarazo, porcentaje que aumenta con el nivel educativo de la madre, hasta alcanzar el 81 por ciento para las que lograron un grado del 5to. a 8vo. de la primaria y 88 por ciento para las que alcanzaron la secundaria o más. La etnia de la madre también está asociada al uso de métodos en el pasado. La proporción de madres biológicas que alguna vez ha usado métodos anticonceptivos es mayor entre las dominicanas (78.8 por ciento), y menor entre las haitianas (59 por ciento). En cambio, no existen diferencias estadísticamente significativas en el uso pasado de métodos entre los tres estratos de ingresos de los hogares durante el período entre zafras. Entre las madres actualmente unidas, las diferencias son ligeramente más elevadas.

Para cada método individual, las pruebas de hipótesis sobre diferencias en las proporciones de madres que los usaron según el nivel educativo y la etnia de la madre, y según el ingreso en el hogar, no fueron estadísticamente significativas o concluyentes; con la excepción del uso pasado de *contraceptivos orales* y de la *esterilización quirúrgica femenina*. El uso de contraceptivos orales en el pasado aumenta con el nivel educativo de la madre: 51.6 por ciento de las madres sin ningún nivel escolar usaron alguna vez este método, proporción que aumenta a 62.3 por ciento en las madres con algún grado del primer nivel de primaria, a 72.6 por ciento en las que alcanzaron el segundo nivel y ligeramente superior en las de secundaria y mayor nivel escolar. La etnia de la madre también está asociada al uso de contraceptivos orales. Una proporción mayor de madres dominicanas (67.0 por ciento) usó alguna vez este método, en contraste con una proporción menor (50.0 por ciento) de madres haitianas. En cambio, el uso de contraceptivos orales es independiente del nivel de ingreso en el hogar, aunque el uso *actual* de contraceptivos orales está relacionado, como se verá en el acápite 6.2.2.1.

El método de *esterilización quirúrgica femenina* está asociado al nivel educativo de la madre. La proporción de madres quirúrgicamente esterilizadas aumenta con el nivel de educación, comenzando con 11.4 por ciento de madres esterilizadas entre las madres sin ningún nivel de educación hasta alcanzar el 23.5 por ciento en las madres con algún nivel de secundaria o superior. El método es usado por el 22 por ciento de las dominicanas y por una proporción baja de haitianas (7.6 por ciento) y domínico-haitianas (6.0 por ciento). El nivel de ingreso en el hogar no incide en la selección de este método.

CUADRO 6.2 USO ALGUNA VEZ ANTICONCEPTIVOS SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

Distribución de madres por métodos principales según nivel de educación, etnia de la madre, e ingreso en el hogar

	Algún método	Total Moderno	Contraceptivos Orales	Esterilización Femenina	Total Tradicional
TODAS LAS MADRES BIOLOGICAS EN EDAD REPRODUCTIVA					
Educación Madre					
Ninguno	60.7	59.8	51.6	11.4	0.5
1-4 Primaria	73.7	73.3	62.3	17.7	0.8
5-8Primaria	81.3	80.2	72.6	19.7	2.0
Secundaria+	87.7	86.4	74.1	23.5	1.2
NS/SR	75.0	62.5	62.5	25.0	0.0
Cramer's V	.20574****	--	.14933****	.15937****	.14999****
Etnia Madre					
Dominicana	78.8	77.7	67.0	22.0	1.2
Haitiana	59.3	58.7	50.0	7.6	1.1
Domínico-Haitiana	64.1	63.2	59.0	6.0	0.9
No sabe	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0
Cramer's V	.18246****	--	.13671***	.17737****	--
Ingreso hogar					
Ninguno a 10,536	73.3	71.3	64.0	15.0	1.8
10,537 a 30,000	80.2	73.4	63.5	18.0	1.0
31,001 y más	86.4	75.9	63.8	20.6	0.0
Cramer's V	62.5	--	n.s.	n.s.	--
% del Total	**74.1**	**73.1**	**63.7**	**17.4**	**1.1**
Número	531	524	457	125	8
MADRES BIOLOGICAS EN EDAD REPRODUCTIVA ACTUALMENTE UNIDAS					
Educación Madre					
Ninguno	60.6	59.6	52.2	11.2	0.6
1-4 Primaria	76.0	75.6	63.3	18.0	0.9
5-8 Primaria	86.2	84.9	77.1	23.4	1.8
Secundaria+	89.9	88.4	76.8	24.6	1.4
NS/SR	66.7	50.0	50.0	33.3	0.0
Cramer's V	.24732****.	--	.17999****	.19585****	--
Etnia Madre					
Dominicana	81.9	80.7	69.6	23.7	1.1
Haitiana	54.5	53.8	46.2	6.4	1.3
Domínico-Haitiana	66.7	65.7	60.6	6.1	1.0
No sabe	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0
Cramer's V	.23497****	--	.17016****	.21262****	--
Ingreso hogar					
Ninguno a10,536	73.1	71.8	64.8	16.1	1.9
10,537 a 30,000	77.4	76.2	65.6	19.1	1.1
31,001 y más	79.0	78.4	66.4	21.6	0.0
Cramer's V	n.s.	--	n.s.	n.s.	--
% del Total	**76.2**	**75.1**	**65.5**	**18.6**	**1.1**
Número	475	468	408	116	7

6.2.2 USO ACTUAL DE METODOS

El 54.4 por ciento de todas las madres y 58.5 por ciento de las actualmente unidas están usando algún método anticonceptivo, como se observa en el Cuadro 6.3. Los métodos modernos son usados por el 53.5 por ciento y el 57.5 por ciento de todas las madres y de las actualmente unidas respectivamente. En cambio, la proporción de madres que usan métodos tradicionales es solamente del 0.8 por ciento en todas las madres y 0.9 por ciento en las actualmente unidas.

En el presente, el método más usado por todas las madres (28.4 por ciento) y por las actualmente unidas (31.1 por ciento) es el de *contraceptivos orales*. Le sigue *la esterilización quirúrgica femenina* con un 20.2 por ciento de todas las madres y un 21.7 por ciento de las actualmente unidas. Los métodos restantes no son muy utilizados. Entre todas las madres, los restantes métodos modernos que se utilizan son las inyecciones (2.4 por ciento), el DIU (1.3 por ciento), el condón (0.6 por ciento) y el implante (0.5 por ciento). Entre las madres actualmente unidas, las proporciones son semejantes, ligeramente superior para la proporción que usa inyecciones (2.6 por ciento), igual para el DIU, y ligeramente inferior para el condón y el implante.

Los métodos tradicionales casi no son utilizados. El 0.4 por ciento de las mujeres actualmente unidas usa el MELA y 0.6 por ciento el retiro. Entre todas las madres, 0.3 por ciento usa el MELA y 0.5 por ciento el retiro. El método del ritmo no fue reportado.

Las madres fueron también interrogadas sobre el uso actual de algún método adicional al principal. El Cuadro 6.4 presenta las respuestas de todas las madres biológicas. Los métodos adicionales fueron reportados únicamente por 3 por ciento de las madres. El condón (1.3 por ciento) es el método adicional mas utilizado, seguido por contraceptivos orales (1.1 por ciento), y por los métodos de tabletas, óvulos o inyecciones (0.4 por ciento).

6.2.2.1 Determinantes de la anticoncepción: edad, nivel educativo, etnia, e ingreso en el hogar

Los dos métodos más utilizados, el de *contraceptivos orale*s y la *esterilización quirúrgica femenina*, representan en conjunto el 90.4 por ciento de los métodos utilizados. Las pruebas estadísticas se presentan en el Cuadro 6.3 para ambos métodos, relacionados con cuatro grupos de edad y en el Cuadro 6.5, relacionados con la etnia y el nivel de educación de la mujer, así como el nivel de ingreso en el hogar. Con la excepción del uso de contraceptivos orales y esterilización femenina, las pruebas de no diferencias entre las usuarias según grupos de edad, etnia, nivel educativo e ingreso en el hogar no pueden realizarse debido al escaso número de casos en diversas categorías y en el conjunto de las usuarias de estos métodos.

La *esterilización quirúrgica femenina* está asociada al grupo de edad de la mujer, aumentando la proporción de madres esterilizadas con el grupo de edad. Las madres adolescentes no están esterilizadas. Entre las madres actualmente unidas, la proporción esterilizada aumenta con la edad, con 10.1 por ciento esterilizadas en el grupo de jóvenes de 20 a 24 años; 29.5 por ciento, en el de 25 a 34 años; y 31.4 por ciento, en el de 35 a 49 años. La diferencia entre los dos últimos cohortes parece señalar--no se preguntó la edad en que la esterilización fue realizada--que la mayoría de las esterilizaciones tienen lugar entre los 25 a 34 años de edad.

CUADRO 6.3 USO ACTUAL DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

Distribución porcentual de todas las madres biológicas en edad reproductiva, alguna vez y actualmente unidas, que usan métodos anticonceptivos en el presente, por método específico y edad

TODAS LAS MADRES BIOLOGICAS EN EDAD REPRODUCTIVA

			Métodos Modernos									Métodos Tradicionales				
	Algún Método	Total Modernos	Píldora	DIU	Inyección	Tableta Espuma	Condón	Esterilización Femenina	Esterilización Masculina	Implante	Total Tradicional	Retiro	MELA	Total %	Número
Edad en años															
15-19	53.3	53.3	45.3	0.0	5.3	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7	0.0	0.0	0.0	12.1	75
20-24	50.3	49.4	32.9	1.9	3.1	0.0	1.9	8.9	0.0	0.6	0.6	0.0	0.6	25.5	158
25-34	58.1	57.7	26.4	1.5	1.9	0.0	0.4	27.5	0.0	0.0	0.4	0.4	0.0	42.8	265
35-49	52.1	49.6	16.5	0.8	0.8	0.0	0.0	31.4	0.0	0.0	2.5	1.6	0.8	19.5	121
% del Total	**54.4**	**53.5**	**28.4**	**1.3**	**2.4**	**0.0**	**0.6**	**20.2**	**0.0**	**0.5**	**0.8**	**0.5**	**0.3**	**99.9**	**619**
Número	337	331	176	8	15	0	4	125	0	3	5	3	2		
Cramer's V:	n.s.	--	.17640****	--	--	--	--	.21880****	--	--	--	--	--		

MADRES BIOLOGICAS EN EDAD REPRODUCTIVA ACTUALMENTE UNIDAS

			Métodos Modernos									Métodos Tradicionales				
	Algún Método	Total modernos	Píldora	DIU	Injección	Tableta Espuma	Condón	Esterilización Femenina	Esterilización Masculina	Implante	Total Tradicional	Retiro	MELA	Total %	Número
Edad en años															
15-19	61.7	61.7	53.3	0.0	6.7	0.0	0.0	0.0	0.0	1.7	0.0	0.0	0.0	11.2	60
20-24	54.0	52.9	35.5	2.2	3.6	0.0	0.7	10.1	0.0	0.7	0.7	0.0	0.7	25.8	138
25-34	61.5	61.1	28.2	1.3	1.7	0.0	0.4	29.5	0.0	0.0	0.4	0.4	0.0	43.8	234
35-49	55.9	52.9	18.6	1.0	1.0	0.0	0.0	32.4	0.0	0.0	2.9	2.0	1.0	19.1	102
% del Total	**58.5**	**57.5**	**31.1**	**1.3**	**2.6**	**0.0**	**0.4**	**21.7**	**0.0**	**0.4**	**0.9**	**0.6**	**0.4**	**100.0**	**534**
Número	313	307	166	7	14	0	2	116	0	2	5	3	2		
Cramer's V:	n.s.	--	.18546****	--	--	--	--	.22295****	--	--	--	--	--		

NOTA: Varias pruebas de hipótesis no son conclusivas y no se reportan. Aparecen con el signo (--). Un caso sin información omitido.

CUADRO 6.4 USO ACTUAL DE METODOS ADICIONALES

Distribución porcentual de las madres biológicas en edad reproductiva según grupo de edad

	TODAS LAS MADRES BIOLOGICAS							
	Ninguno Adicional	Píldora	DIU	Inyección	Tableta/ óvulos	Condón	No usa Método	SR
Edad en años								
15-19	50.7	1.3	0.0	0.0	0.0	1.3	46.7	0.0
20-24	44.0	2.5	0.0	0.6	0.0	1.9	49.7	1.3
25-34	55.1	0.8	0.0	0.0	0.0	1.5	41.9	0.8
35-49	50.8	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0	47.5	0.8
% del Total	**50.9**	**1.1**	**0.0**	**0.2**	**0.2**	**1.3**	**45.6**	**0.8**
Número	316	7	0	1	1	8	283	5

Como era de esperarse, el uso de *contraceptivos orales* está también determinado por la edad, pero en dirección inversa a la esterilización quirúrgica femenina. Entre las madres actualmente unidas, este es el método preferido de las madres más jóvenes (53.3 por ciento), siendo su uso inversamente proporcional al grupo de edad. La proporción de usuarias de contraceptivos orales se reduce al 35.5 por ciento en las madres de 20 a 24 años; al 28.2 por ciento, entre las de 25-34 años; y al 18.6 por ciento, en las de 35 a 49 años.

El Cuadro 6.5 presenta los datos de uso actual de anticonceptivos distribuidos según el nivel educativo y la etnia de la madre, así como los niveles de ingreso en el hogar. El uso actual de anticonceptivos está asociado de forma moderada y significativa al nivel educativo y a la etnia de la madre, así como al nivel de ingreso en el hogar durante el período entre zafras. Mientras un poco más de una de cada tres madres sin ningún nivel de educación (37 por ciento) actualmente se planifica, más de la mitad de las madres con algún nivel de primaria (56 por ciento), y casi tres de cuatro madres con nivel de secundaria o superior (73 por ciento) lo hacen. Entre las madres actualmente unidas, dos de cada tres madres (67 por ciento) en el segundo nivel de primaria y casi cuatro de cada cinco madres (79 por ciento) con nivel de secundaria o superior, se planifican.

Las madres haitianas son las menos planificadas (32 por ciento) en comparación con un porcentaje ligeramente superior (40 por ciento) entre las domínico-haitianas y aproximadamente el doble entre las dominicanas (62 por ciento). La asociación entre etnia y planificación actual es todavía más fuerte entre las madres actualmente unidas. El 66.1 por ciento de las madres dominicanas actualmente unidas se planifican, en contraste con 32.8 por ciento de las haitianas y 42.5 por ciento de las domínico-haitianas. Las diferencias de ingresos inciden en el uso de métodos anticonceptivos. El porcentaje de madres planificadas es menor en los hogares indigentes (48 por ciento) que en los demás hogares pobres y menos pobres (60 y 55 por ciento respectivamente). En la población de madres actualmente unidas la incidencia del ingreso en el hogar no está relacionado con el uso de anticonceptivos.

CUADRO 6.5 USO ACTUAL DE METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGUN DETERMINANTES DE LA ANTICONCEPCION

Porcentajes de las madres biológicas en edad reproductiva alguna vez y actualmente unidas que usan algún método por nivel de educación, etnia e ingreso en el hogar

TODAS LAS MADRES BIOLOGICAS EN EDAD REPRODUCTIVA

			Métodos Modernos									Métodos Tradicionales				
CARACTERISTICAS	Algún Método	Total modernos	Píldora	DIU	Inyección	Tableta Espuma	Condón	Esterilización Femenina	Esterilización masculina	Implante	Total Tradicional	Ritmo	Retiro	MELA	Total %	Total Número
Educación Madre																
Ninguno	37.4	37.4	20.4	0.0	2.7	0.0	0.0	13.6	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	23.7	147
1ro.-4to. Primaria	55.8	54.7	28.5	0.9	3.3	0.0	0.5	21.0	0.0	0.5	0.9	0.0	0.5	0.5	34.7	215
5to.-8vo. Primaria	59.6	59.0	33.1	0.0	2.2	0.0	1.1	21.9	0.0	0.6	0.6	0.0	0.6	0.0	28.7	178
Secundaria+	73.0	70.3	35.1	8.1	0.0	0.0	1.4	25.7	0.0	0.0	2.7	0.0	1.4	1.4	11.9	74
NS/SR	33.3	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	6
Cramer's V	.22191****	--	.16321****	--	--	--	--	.16255****	--	--	--	--	--	--	100.0	620
Etnia de la Madre																
Dominicana	61.5	60.7	30.5	1.8	1.8	0.0	0.7	25.2	0.0	0.7	0.7	0.0	0.5	0.2	71.1	441
Haitiana	32.1	32.1	16.7	0.0	6.4	0.0	0.0	9.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.6	78
Dominico-haitiana	40.2	38.1	27.8	0.0	2.1	0.0	1.0	7.2	0.0	0.0	2.1	0.0	1.0	1.0	15.6	97
NS/SR	50.0	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	4
Cramer's V	.22877****	--	.17540****	--	--	--	--	.18066****	--	--	--	--	--	--	99.9	620
Ingreso Hogar																
Ninguno a 10,536	47.7	47.3	24.9	0.8	2.1	0.0	0.4	17.7	0.0	1.3	0.4	0.0	0.4	0.0	38.2	237
10,537 a 30,000	60.0	59.1	33.7	1.5	3.0	0.0	0.4	20.5	0.0	0.0	0.8	0.0	0.8	0.0	42.7	265
31,001 y más	55.1	53.4	23.7	1.7	1.7	0.0	1.7	24.6	0.0	0.0	1.7	0.0	0.0	1.7	19.0	118
Cramer's V	.11134*	--	.09370*	--	--	--	--	.08863*	--	--	--	--	--	--	99.9	620
% del Total	**54.4**	**53.5**	**28.4**	**1.3**	**2.4**	**0.0**	**0.6**	**20.2**	**0.0**	**0.5**	**0.8**	**0.0**	**0.5**	**0.3**		
Número	337	331	176	8	15	0	4	125	0.0	3	5	0.0	3	2		

CUADRO 6.5 (CONTINUACION) USO ACTUAL DE METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGUN DETERMINANTES DE LA ANTICONCEPCION

Porcentajes de las madres biológicas en edad reproductiva actualmente unidas que usan algún método anticonceptivo por nivel de educación, etnia e ingreso en el hogar

MADRES BIOLOGICAS ACTUALMENTE UNIDAS EN EDAD REPRODUCTIVA

			Métodos Modernos								Métodos Tradicionales					
	Algún Método	Total Modernos	Píldora	DIU	Injección	Tableta Espuma	Condón	Esterilización		Implante	Total Tradicional	Ritmo	Retiro	MELA	Total %	Total Número
CARÁCTERÍSTICAS								Femenina	masculina							
Educación de la madre																
Ninguno	39.4	39.4	22.0	0.0	3.1	0.0	0.0	13.4	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	23.7	127
1ro.-4to. Primaria	57.9	56.6	30.2	1.1	3.2	0.0	0.5	21.7	0.0	0.0	1.1	0.0	0.5	0.5	35.5	190
5to.-8vo. Primaria	67.1	66.4	37.5	0.0	2.6	0.0	0.0	25.7	0.0	0.7	0.7	0.0	0.7	0.0	28.4	152
Secundaria+	79.0	75.8	38.7	8.1	0.0	0.0	1.6	27.4	0.0	0.0	3.2	0.0	1.6	1.6	11.6	62
NS/SR	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	4
Cramer's V	.25466****	--	.18763****	--	--	--	--	.18857****	--	--	--	--	--	--	99.9	535
Etnia de la Madre																
Dominicana	66.1	65.3	33.2	1.8	2.1	0.0	0.5	27.2	0.0	0.5	0.8	0.0	0.5	0.3	72.3	387
Haitiana	32.8	32.8	18.8	0.0	6.3	0.0	0.0	7.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.0	64
Dominico-haitiana	42.5	40.0	30.0	0.0	2.5	0.0	0.0	7.5	0.0	0.0	2.5	0.0	1.3	1.3	15.0	80
NS/SR	50.0	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	4
Cramer's V	.25679****	--	.19510****	--	--	--	--	.20054****	--	--	--	--	--	--	100.0	535
Ingreso																
Ninguno a 10.536	53.5	52.9	28.9	1.1	2.7	0.0	0.0	19.3	0.0	1.1	0.5	0.0	0.5	0.0	35.0	187
10.537 a 30,000	62.3	61.3	35.0	1.2	2.9	0.0	0.4	21.8	0.0	0.0	0.8	0.0	0.8	0.0	45.6	244
31,001 y más	58.7	56.7	26.0	1.9	1.9	0.0	1.0	26.0	0.0	0.0	1.9	0.0	0.0	1.9	19.4	104
Cramer's V	n.s.	--	n.s.	--	--	--	--	n.s.	--	--	--	--	--	--	100.0	535
% del Total	**58.5**	**57.5**	**31.1**	**1.3**	**2.6**	**0.0**	**0.4**	**21.7**	**0.0**	**0.4**	**0.9**	**0.0**	**0.6**	**0.4**		
Número	313	307	166	7	14	.0.0	2	116	0	2	5	0	3	2		

El nivel de educación de la madre es un factor determinante del método de *esterilización femenina quirúrgica*. A mayor nivel educativo mayor es la proporción de madres esterilizadas. Entre las madres actualmente unidas que no tienen ningún nivel educativo sólo 13 por ciento están esterilizadas, proporción que alcanza el 27 por ciento en madres con niveles de educación secundaria o superior. Adicionalmente, la etnia de la madre incide en la opción por este método, usado en la población de madres actualmente unidas por 27 por ciento de las dominicanas y solamente 8 por ciento de las haitianas y las domínico-haitianas. En cambio, el nivel de ingreso en el hogar no está asociado a la selección de la esterilización quirúrgica como método de planificación familiar. La población de las madres biológicas siguen el mismo comportamiento, con la excepción de la asociación con el nivel de ingreso en el hogar en que la proporción de madres esterilizadas aumenta con el ingreso en el hogar.

La etnia y el nivel educativo de la madre también son determinantes del uso de *contraceptivos orales*. Este aumenta con el nivel educativo de la madre, siendo el método preferido de las que tienen mayor nivel educativo (38.7 por ciento), para reducirse a 22.0 por ciento en las madres sin ninguna escolaridad actualmente unidas. El patrón de comportamiento de las usuarias de contraceptivos orales determinado por la etnia es diferente al del método de esterilización femenina. La proporción de madres actualmente unidas que usan contraceptivos orales es muy parecida entre las dominicanas (33.2 por ciento) y las domínico-haitianas (30.0 por ciento); diferenciándose ambos grupos de las haitianas, con sólo 18.8 por ciento usando este método. El nivel de ingreso en el hogar no está relacionado con esta selección de método, aunque sí lo está cuando se consideran todas las madres unidas y alguna vez unidas.

6.2.2.2 Número de hijos al usar anticonceptivos por primera vez

El número de hijos de la mujer constituye otro factor determinante de su decisión de usar anticonceptivos para retrasar otro embarazo o para no tener más hijos o hijas. Por esta razón, las madres fueron cuestionadas sobre el número de hijos e hijas sobrevivientes que tenían al usar contraceptivos por vez primera. El Cuadro 6.6 presenta estos datos, según cuatro grupos de edad y etnia de la madre. Una de cada cuatro madres (26 por ciento) nunca ha usado anticonceptivos. El uso de anticonceptivos por primera vez es mayor después del primer hijo (27 por ciento) y el segundo hijo (16 por ciento) y es usado por una proporción menor de madres para retrasar el nacimiento del primer hijo (8 por ciento).

El uso de anticonceptivos para retrasar el nacimiento del primer hijo se presenta como una tendencia reciente. La mayor proporción (23 por ciento) corresponde a las madres más jóvenes menores de 20 años. La proporción disminuye a 10 por ciento en las madres de 20 a 24 años, y a 5 por ciento en las madres de 25 a 34 años. El grupo de madres mayores de 34 años no usó anticonceptivos antes del nacimiento del primer hijo.

El uso de anticonceptivos después del primer hijo es más común entre los dos grupos de madres más jóvenes, menores de 25 años de edad, y poco común en el estrato de madres mayores de 34 años. Entre las madres menores de 20 años, una proporción pequeña del 7.4 por ciento usa anticonceptivos después del nacimiento del segundo hijo y las restantes no usan anticonceptivos o no tienen todavía un segundo hijo. La práctica anticonceptiva después de los dos hijos es menor (7 por ciento) entre las madres menores de 20 años y mayor (19 por ciento) entre las

madres de 20 a 24 años de edad. El uso de anticonceptivos después del tercero, cuarto y más hijos corresponde a los grupos de madres de más edad. Entre las madres de 35 a 49 años, el 35 por ciento usa anticonceptivos después del cuarto hijo mientras el 33 por ciento lo usa después del primero, segundo o tercer hijo.

CUADRO 6.6 NUMERO DE HIJOS AL USAR ANTICONCEPTIVOS POR PRIMERA VEZ

Distribución porcentual de madres biológicas en edad reproductiva por número de hijos vivos al usar anticonceptivos por primera vez, según grupo de edad y etnia

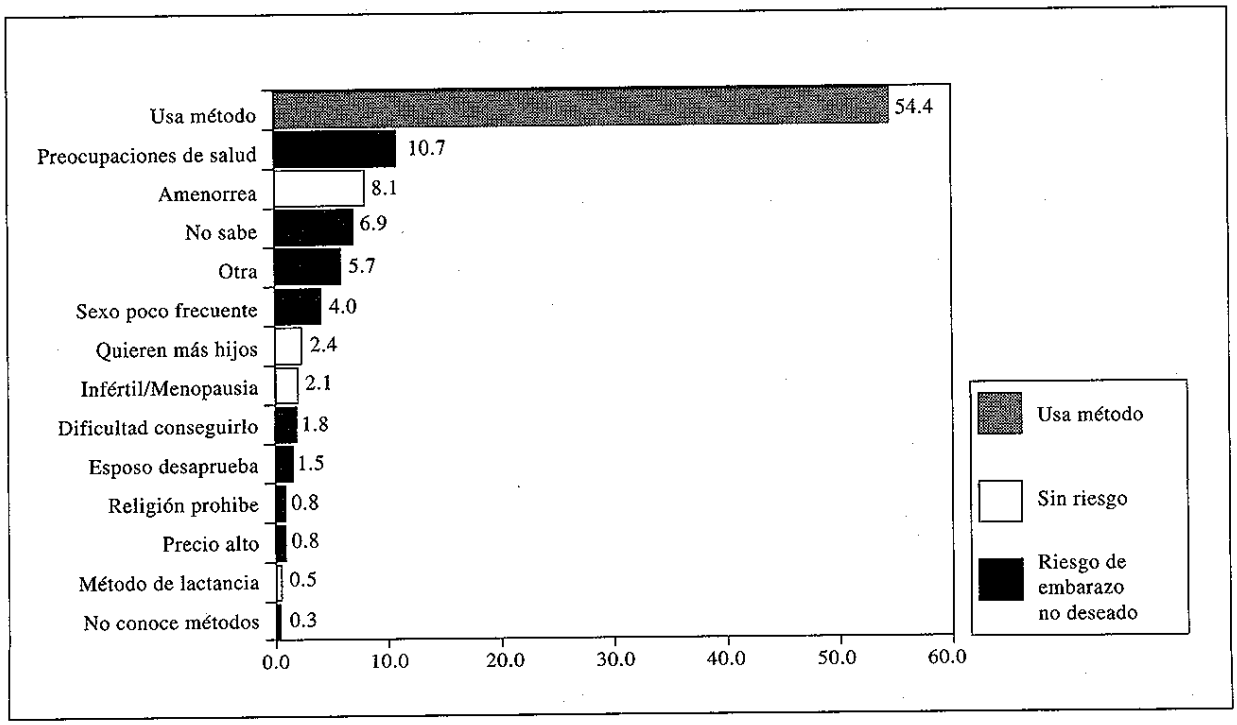
	Nunca ha	Ningún	Número hijos					Total Características	
CARACTERÍSTICAS	usado	hijo	1	2	3	4+	NS/SR	%	Número
Edad de la Madre									
15-19	35.1	23.4	34.0	7.4	0.0	0.0	0.0	13.1	94
20-24	24.5	10.4	36.5	19.3	6.8	1.0	1.6	26.7	192
25-34	23.0	4.9	26.6	17.7	14.8	12.8	0.3	42.4	305
35-49	27.9	0.0	8.5	13.2	11.6	34.9	3.9	17.9	129
Cramer's V	0.30094****							100.0	720
Etnia de la Madre									
Dominicana	21.1	9.7	29.8	16.6	9.7	11.5	1.6	70.3	506
Haitiana	40.2	0.0	15.2	14.1	14.1	16.3	0.0	12.8	92
Domínico-Haitiana	35.9	6.0	23.1	14.5	8.5	11.1	0.9	16.3	117
No sabe	0.0	20.0	40.0	20.0	20.0	0.0	0.0	0.7	5
Cramer's V	-- --	--	--	--	--	--	--		720
% del Total	**25.8**	**7.9**	**26.9**	**16.0**	**10.1**	**11.9**	**1.3**	**100.0**	
Número	186	57	194	115	73	86	9		720

6.3 RIESGO DE EMBARAZO NO DESEADO

A todas las madres biológicas que no estaban embarazadas ni usando anticonceptivos se les preguntó, ¿porqué Ud. y su marido no están usando algún método para no quedar embarazada? El Gráfico 6.1 presenta las respuestas. Del 45.6 por ciento de las madres que no usan anticonceptivos, solamente no incurren en ningún tipo de riesgo de embarazo no deseado las madres que desean más hijos (2.4 por ciento) y las infértiles (2.1 por ciento). Las madres amenorréicas (8.1 por ciento) y las que lactan con exclusividad (0.5 por ciento) tienen menos riesgo de salir embarazadas que las que ofrecieron otras razones por el no uso de anticonceptivos.

De aquí que por lo menos, una tercera parte de las madres biológicas (32.5 por ciento) no tiene las necesidades de uso de anticonceptivos satisfechas. Este porcentaje aumenta si se consideran las madres embarazadas al momento de la encuesta, dado que solamente el 22.7 por ciento deseaba el embarazo en ese momento. El 56.8 por ciento de las embarazadas no quería tener más hijos y 20.5 por ciento deseaba retardar el embarazo.

GRAFICO 6.1 RIESGO DE EMBARAZO NO DESEADO



6.4 ACTITUDES HACIA LA PLANIFICACION

6.4.1 ACTITUD DEL COMPAÑERO SEXUAL

A las madres biológicas actualmente unidas se las cuestionó: "Ahora me gustaría preguntarle sobre los puntos de vista de su esposo sobre planificación familiar. ¿Piensa Ud. que su esposo está de acuerdo o en desacuerdo con que las parejas usen métodos para evitar un embarazo? El Cuadro 6.7 presenta las respuestas de las madres distribuidas por grupos de edad, nivel de educación, etnia e ingreso en el hogar.

El 80 por ciento de las madres percibe que su esposo está de acuerdo, 13.9 por ciento cree que está en desacuerdo y 6.1 por ciento desconoce la actitud de su esposo. La actitud del esposo sobre el uso de anticonceptivos es independiente del grupo de edad de la madre y del nivel de ingreso en el hogar, pero está relacionado con el nivel educativo de la madre y posiblemente con la etnia. La proporción de esposos que están de acuerdo con la planificación familiar, según lo perciben las esposas, aumenta con el nivel educativo de éstas. El 71 por ciento de los esposos de madres sin ninguna educación está de acuerdo con la planificación familiar, porcentaje que aumenta con el nivel educativo hasta alcanzar el 90 por ciento de las madres con nivel de secundaria o superior. La prueba de hipótesis que relaciona la etnia de la madre con la actitud del esposo no es concluyente, pero podría serlo con un número mayor de casos. Se observa una

diferencia importante entre las mujeres dominicanas y los dos grupos restantes. Los esposos del 11.5 por ciento de las madres dominicanas no están de acuerdo con el uso de anticonceptivos, proporción que aumenta al 21 por ciento cuando la madre es haitiana y al 18 por ciento cuando es domínico-haitiana.

6.4.2 NUMERO IDEAL DE HIJOS E HIJAS

El número ideal de hijos e hijas es el número que la mujer tendría, o hubiese tenido, si pudiera o hubiese podido elegir. A nivel nacional (ENDESA DR-1996, Cuadro 6.7) el promedio general de hijas e hijos deseados pasó de 3.2 a 3.1 durante el período 1991-1996. En la zona urbana el número ideal promedio fue de 3.0 y 3.4 en la zona rural. El Cuadro 6.8 presenta el promedio ideal de hijos e hijas según el nivel educativo y la etnia de la madre, por categoría de edad. En conjunto, el número ideal de hijas e hijos es 3.0, semejante al promedio urbano y no rural en 1996.

CUADRO 6.7 ACTITUD DEL COMPAÑERO SEXUAL SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR

Distribución de madres biológicas actualmente unidas por actitud del esposo hacia PF según variables seleccionadas

				Total Características		
	De acuerdo	En desacuerdo	No sabe	%	Número	Cramer's V
Edad Madre						
15-19	75.3	13.0	11.7	12.3	77	n.s.
0-24	79.3	14.8	5.9	27.1	169	
25-34	84.1	11.9	4.1	43.3	270	
35-49	74.1	18.5	7.4	17.3	108	
Educación de la Madre						
Ninguno	70.6	19.4	10.0	25.7	160	.10952*
1-4 Primaria	81.5	13.1	5.4	35.5	221	
5-8Primaria	82.6	12.6	4.8	26.8	167	
Secundaria+	89.9	7.2	2.9	11.1	69	
NS/SR	83.3	16.7	0.0	1.0	6	
Etnia						
Dominicana	83.1	11.5	5.4	71.0	443	--
Haitiana	71.4	20.8	7.8	12.3	77	
Domínico-Haitiana	73.7	18.2	8.1	15.9	99	
No sabe	60.0	40.0	0.0	0.8	5	
Ingreso hogar						
Ninguno a 10,536	77.3	13.4	9.3	34.6	216	n.s.
10,537 a 30,000	80.2	14.5	5.3	45.4	283	
30,001 y más	84.0	13.6	2.4	20.0	125	
% del Total	**80.0**	**13.9**	**6.1**	**100.0**		
Número	499	87	38		624	

El numero promedio ideal de hijos e hijas está asociado al grupo de edad de la madre y aumenta con la edad. Las madres más jóvenes menores de 20 años tienen un número promedio ideal de 2.4, aumentando a 2.8 entre las madres de 20 a 24 años, a 3.1 entre las madres de 25 a 34 años y a 3.3 entre el grupo de más edad de 35 a 49 años. Estas preferencias indican cambios generacionales, con una tendencia a desear familias menos numerosas.

Entre las madres menores de 20 años, las diferencias de promedios ideales de hijos e hijas, según el nivel de escolaridad de la madre, es mínima. Adicionalmente no existe una relación directamente proporcional entre el promedio ideal y el nivel de escolaridad de la madre en este grupo. En los demás grupos de edad, el promedio ideal disminuye con el nivel de escolaridad, con la excepción de la categoría de educación secundaria del grupo de más edad.

En los tres grupos de edad más jóvenes, el promedio ideal de hijos e hijas es mayor entre las madres haitianas y casi igual entre las dominicanas y domínico-haitianas. En cambio, en el grupo de madres de 35 a 49 años, el comportamiento es diferente. Las haitianas tienen un número promedio ideal inferior a los otros dos grupos.

CUADRO 6.8 PROMEDIO IDEAL DE HIJOS SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

Promedio ideal de hijos e hijas de las madres biológicas por grupo de edad, según el nivel de educación y la etnia de la madre

	Edad de la Madre			
CARACTERISTICAS	15-19	20-24	25-34	35-49
Educación de la Madre				
Ninguno	2.2	3.2	3.3	3.7
1-4 Primaria	2.5	2.8	3.1	3.2
5-8Primaria	2.3	2.7	3.2	
Secundaria+	2.4	2.5	2.6	3.5
NS/SR	2.5	2.0	2.7	--
Etnia de la Madre				
Dominicana	2.4	2.7	3.1	3.4
Haitiana	2.6	3.8	3.2	3.0
Domínico-Haitiana	2.4	2.8	3.0	3.3
No sabe	3.0	2.7	--	3.0
Promedios de grupos etarios	**2.4**	**2.8**	**3.1**	**3.3**
Número	91	185	285	120
Promedio para toda la población:	**3.0**			
Nivel de Significancia F=8.6578****				

NOTA: Fueron omitidos 39 casos de madres que no dieron respuestas numéricas, tales como "lo que Dios mande" o "no sabe".

6. 5 CONCLUSIONES

En la población de madres con niños y niñas menores de cinco años, dos de cada cinco madres no usa anticonceptivos y una de cada cuatro nunca lo ha usado. La ausencia de planificación familiar no está asociada a la edad de la madre, pero si a su nivel educativo, su etnia y el nivel de ingreso en el hogar. Mientras solamente el 27 por ciento de las madres con algún nivel de secundaria o superior no usan anticonceptivos, la proporción aumenta al 63 por ciento entre las madres sin ningún nivel. Entre las madres haitianas, 68 por ciento no usan anticonceptivo y entre las domínico-haitianas 60 por ciento; mientras, entre las madres dominicanas, el no uso se reduce al 38 por ciento. Las diferencias encontradas según el estrato de ingreso son menos importantes.

La incidencia de la nacionalidad en el no uso de anticonceptivos está asociada a la alta tasa global de fecundidad (TGF) que prevalece en Haití. En promedio, la TGF de Haití es de 4.7 hijos promedios por mujer en edad reproductiva, segunda solamente en todo el Continente Americano a Guatemala, con un promedio de 5.0 hijos. En República Dominicana, la TGF es de 3.1 hijos, todavía superior al promedio en el Caribe de 2.6 (PRB 2000, 4).

Los *contraceptivos orales* constituyen la opción preferida de la población meta de éste estudio, seguido de la *esterilización femenina*. En este sentido, la población de los bateyes tiene la misma preferencia, que la población de mujeres en edad reproductiva a nivel nacional tiene por estos dos métodos. Las características jóvenes de la población meta en los bateyes—fueron seleccionadas por ser madres de niños menores de cinco años—incide para que el uso de la píldora sea casi tres veces mayor (31 por ciento) que en la población nacional de mujeres en unión; y para que la esterilización femenina se reduzca a casi la mitad (22 por ciento) de la población esterilizada a nivel nacional. Pero, estas diferencias no pueden atribuirse con exclusividad a la mayor proporción de madres jóvenes en la población meta de los bateyes y a la prevalencia de contraceptivos orales entre las madres menores de 25 años de edad. Fue posible verificar que además de la edad, la etnia, el nivel de escolaridad y el estrato de ingreso en el hogar, son determinantes del uso de contraceptivos y de las preferencias de métodos.

El nivel de conocimiento de la madre y la etnia inciden para aumentar o disminuir la proporción de madres que usan *contraceptivos orales* y que han optado por la *esterilización quirúrgica*. Pero, la etnia constituye un factor con más poder explicativo. El uso de contraceptivos orales entre madres dominicanas en unión (33 por ciento), se asemeja al de las domínico-haitianas (30%); pero ambas se diferencian del reducido uso de éste método en madres haitianas (19%). En cambio, la irreversibilidad de la esterilización crea una brecha de diferenciación nacional diferente: 27 por ciento de las madres dominicanas en unión están esterilizadas, frente al 8 por ciento de las haitianas y las domínico-haitianas.

La concentración en el uso de dos métodos anticonceptivos evidencia que las alternativas son estrechas. Solamente 3 por ciento de la población de madres usa otros métodos modernos y 1 por ciento métodos tradicionales. La escasa diversidad de métodos en el menú de anticonceptivos que ofertan SESPAS y las ONGs, constituye un factor no conducente a satisfacer la demanda de planificación familiar de las parejas. La selección de métodos anticonceptivos obedece a un conjunto de factores que se relacionan no sólo con el deseo de retardar o no tener

hijos ni hijas, sino con la aceptación de la pareja del método, su acceso y costo, el nivel de información de la pareja sobre los riesgos y efectos positivos en la salud, la reversibilidad o no del método, y su característica de no intervenir mecánicamente en el acto sexual, entre otros.

Entre la subpoblación de madres con riesgo de un embarazo no deseado, la razón principal por la cuál no usan algún método anticonceptivo es el temor a los efectos secundarios del método en su salud (33 por ciento). En otras palabras, la tercera parte de las no usuarias con riesgo de un embarazo no deseado, temen principalmente al uso de contraceptivos orales, dado que ésta es la opción principal y por ende la más conocida. Sin embargo, los métodos de barrera, sin efectos secundarios a la salud, no son utilizados, con la excepción de 0.4 % de las madres en unión que reporta el uso del condón. De aquí la urgencia de diversificar la oferta de métodos, incluyendo la lactancia exclusiva cómo método de planificación familiar. Esta última opción puede tener un efecto positivo en la salud no sólo de la madre, pero también de su bebé.

Otra razón para diversificar la oferta de anticonceptivos lo constituye el reducido uso del condón como método anticonceptivo en todas las subpoblaciones estudiadas. El rechazo implícito al condón constituye una práctica de consecuencias nefastas para la salud sexual y reproductiva de la población, ante el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA.

Otro determinante de la fecundidad es el número de hijos al usar anticonceptivos por primera vez. Entre las madres más jóvenes menores de 25 años de edad, se observa la tendencia a iniciar la contracepción para retardar el nacimiento del primer y del segundo hijo. En cambio, el grupo de edad de 35-49 años de edad no planificó el nacimiento del primer hijo, y solamente proporciones pequeñas de madres usaron anticonceptivos después del primer, segundo y tercer hijo. Esta práctica, unido a la tendencia a disminuir el número ideal de hijos en los grupos de edad más jóvenes, y al incremento de la asistencia escolar de niños y niñas en edad escolar, señalado en el Capítulo 2, tenderá a reducir el riesgo de embarazos no deseados en un futuro. Esta tendencia se ve limitada en los casos de madres haitianas y dominico-haitianas debido a la mayor percepción de que sus parejas sexuales se oponen al uso de métodos anticonceptivos y a la mayor proporción de madres haitianas (40 por ciento) y dominico haitianas (36 por ciento) que nunca han usado métodos anticonceptivos, en comparación con el 21 por ciento de las dominicanas.

CAPITULO 7

SALUD MATERNO INFANTIL

La salud no es únicamente un derecho de la madre y el niño o niña, sino también una necesidad para lograr el desarrollo de los pueblos. De aquí se deriva la importancia de eficientizar y ampliar la cobertura de los programas de atención primaria en salud dirigidos a la población materno-infantil e implementados por instituciones gubernamentales y no-gubernamentales. Adicionalmente, el diseño de los programas necesita tomar en cuenta la naturaleza de la madre que se responsabiliza del cuido y salud del/a bebé. La asistencia prenatal y al parto obviamente se orientan a las madres biológicas, pero los programas educativos necesitan incluir a las abuelas y otras personas que sustituyen a las madres biológicas en sus funciones.

La población meta de este estudio incluyó a las madres biológicas y sus sustitutas, debido al role que asumen estas últimas en la crianza de los/as niños/as. Los análisis de los datos en este capítulo utilizan la muestra completa de madres biológicas y de crianza entrevistadas, con excepción de la sección sobre cuidado prenatal y al parto, en que sólo las madres biológicas en edad reproductiva son consideradas.

7.1 ASISTENCIA PRENATAL Y AL PARTO

La asistencia prenatal y la asistencia durante el parto son importantes para la salud de la madre y del recién nacido. Muchas causas de mortalidad perinatal están asociadas al estado de salud de la madre. La atención prenatal debe incluir pruebas y tratamientos para la sífilis y la anemia, entre otras enfermedades importantes, así como el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión inducida por el embarazo. A través de la consulta prenatal, la mujer obtiene información sobre dieta apropiada, prácticas saludables, y el reconocimiento de señales de complicaciones en su embarazo, así como el lugar apropiado para buscar la asistencia necesaria. Durante el parto, la atención en un centro de salud por una persona acreditada, favorece que se tomen medidas rápidas y adecuadas ante posibles complicaciones durante y después del parto.

En la encuesta se indagó sobre seis aspectos de la asistencia prenatal y al parto del último embarazo nacido vivo. Estos fueron: (1) especialidad en el área de salud de la persona que prestó el servicio de atención perinatal; (2) meses de embarazo cuando la mujer tuvo el primer control; (3) número de controles prenatales; (4) número de dosis de vacuna antitetánica; (5) componentes de la atención prenatal recibida; y (6) lugar de ocurrencia del parto según centro de atención de SESPAS, CEA, privado, o de otras instituciones.

7.1.1 ATENCION PRENATAL

En República Dominicana la atención prenatal alcanza a casi todas las mujeres embarazadas, independientemente de su lugar de residencia, edad, orden de nacimiento, y nivel de escolaridad (ENDESA-RD/1996 Cuadro 8.1 y ENDESA-RD/1999 Cuadro 8.01). Sin embargo, la atención prestada por un/a ginecólogo/obstetra que debe de recibir toda mujer embarazada no es generalizada, dependiendo de la subpoblación a que esta pertenezca. Así, los datos de 1996 de la ENDESA indican que la proporción de mujeres embarazadas que recibe atención especializada es mayor entre las mujeres con residencia urbana (68 por ciento) que entre las que tienen residencia rural (36 por ciento). Esta diferencia se ensancha si se compara la atención especializada entre las embarazadas que residen en el Distrito Nacional (77 por ciento) con las que residen en la antigua Región VI de Salud (29 por ciento); la de menor atención especializada. Este tipo de atención prenatal depende además del nivel de escolaridad de la mujer: alcanza el 70 por ciento entre las mujeres con algún grado de educación secundaria o universitaria y el 26 por ciento entre las que carecen de algún nivel escolar.[1]. En los bateyes, marcados por niveles bajos de escolaridad y de pobreza, podría esperarse una cobertura pobre de la atención prenatal especializada.

La madre biológica fue cuestionada sobre la especialidad del personal de salud que la atendió durante las diferentes visitas prenatales en su último embarazo, correspondiente al quinquenio previo a la encuesta. Las respuestas se presentan en el Cuadro 7.1. El 96.4 por ciento de las madres recibió control prenatal de parte de personal de salud profesional, de nivel especializado o sin especialización; 3.3 por ciento no recibieron control prenatal; y 0.3 por ciento reportaron otro tipo de asistencia no profesional, diferente a la ofertada por auxiliares de enfermería o comadronas tradicionales.

La atención prenatal ofrecida por personal especializado en los bateyes (44 por ciento) es más elevada que en la zona rural del país (36 por ciento), este último medido por la ENDESA en 1996. En los bateyes, 52 por ciento de las mujeres en su último embarazo fueron atendidas en sus consultas prenatales por personal profesional no especializado; solamente 0.3 por ciento fueron chequeadas por enfermeras; ninguna por auxiliares de enfermería o por comadronas tradicionales; y 0.1 por ciento consultó con personal no calificado registrado como *otro*.

El control del embarazo es independiente de la edad y la etnia de la madre, pero está relacionado con el nivel escolar y con el ingreso del hogar. A mayor nivel de educación de la madre y a mayor nivel de ingreso en el hogar, mayor proporción de madres que se controlan el embarazo con médicos especializados y no con médicos generales. Entre las madres sin ningún nivel educativo, 35.3 por ciento consultó con ginecólogos/obstetras, porcentaje que aumenta con el nivel escolar hasta alcanzar el 61 por ciento de las madres con nivel de secundaria o universitario. De igual manera, en los hogares indigentes, 36 por ciento de las madres visitaron ginecólogos/obstetras en sus consultas prenatales, para alcanzar el 58 por ciento en los hogares menos pobres.

La calidad del control prenatal depende de la frecuencia de los controles y del momento del primer control durante los nueve meses de gestación. Los datos de calidad del control se

[1] En 1999, la ENDESA no distinguió entre médicos generales y especializados.

presentan en el Cuadro 7.2. La calidad del control es independiente de la edad y la etnia de la madre. El 84 por ciento de los embarazos recibió 4 o más controles prenatales y el 13 por ciento recibió de uno a tres controles. La mediana de controles prenatales es 7.0, lo que significa que 50 por ciento de las embarazadas fueron chequeadas más de siete veces durante el embarazo.

CUADRO 7.1 CUIDADO PRENATAL POR CARACTERISTICAS DE LA MADRE Y EL HOGAR*

Distribución porcentual del último embarazo de madres biológicas alguna vez unidas en edad reproductiva, según edad, educación y etnia de la madre, e ingreso del hogar

	Persona que brindó el cuidado						
	Médico	Ginecólogo/	Enfermera	Otro	Nadie	Total Características	
CARACTERÍSTICAS	General	Obstetra				%	Número
Edad de la Madre							
15-19	46.8	44.7	0.0	1.1	7.4	13.1	94
20-24	50.0	46.9	0.0	0.0	3.1	26.7	192
25-34	53.8	43.6	0.3	0.0	2.3	42.4	305
35-49	55.8	40.3	0.8	0.0	3.1	17.9	129
Cramer's V	n.s.	n.s.	--	--	--	100.1	720
Educación de la Madre							
Ninguno	59.8	35.3	0.5	0.0	4.3	25.6	184
1-4 Primaria	52.8	42.7	0.4	0.4	3.6	34.4	248
5-8Primaria	49.7	47.2	0.0	0.0	3.0	27.6	199
Secundaria+	39.5	60.5	0.0	0.0	0.0	11.3	81
NS/SR	50.0	37.5	0.0	0.0	12.5	1.1	8
Cramer's V	.11788*	.14767**	--	--	n.s.	100.0	720
Etnia de la Madre							
Dominicana	50.8	45.7	0.2	0.0	3.4	70.3	506
Haitiana	60.9	35.9	0.0	0.0	3.3	12.8	92
Domínico-Haitiana	53.0	41.9	0.9	0.9	3.4	16.3	117
No sabe	20.0	80.0	0.0	0.0	0.0	0.7	5
Cramer's V	n.s.	n.s.	--	--	--	100.1	720
Ingreso hogar							
Ninguno a 10,536	60.8	35.5	0.0	0.0	3.7	37.9	273
10,537 a 30,000	50.3	45.4	0.3	0.0	3.6	42.5	306
30,001 y más	39.7	57.4	0.7	0.3	2.1	19.6	141
Cramer's V	.15519***	.16048****	--	--	n.s.	100.0	720
% del Total	**52.2**	**44.0**	**0.3**	**0.1**	**3.3**	**100.0**	
Número	376	317	2	1	24	720	

NOTA: *Nadie se chequeo con enfermeras auxiliares o con parteras/comadronas. En los casos que se reportaron chequeos con varias personas se identificó a la de mayor especialidad.

El 71.1 por ciento de las madres tuvo su primera visita prenatal durante los primeros tres meses de embarazo, 20.1 por ciento durante el 4to y 5to mes y 5 por ciento durante los seis a nueve meses de embarazo. Es decir, que el 91.2 por ciento recibió el primer control antes de los seis meses del embarazo y el 3.3 por ciento careció de controles prenatales.

CUADRO 7.2 NUMERO DE VISITAS PRENATALES Y ETAPAS DEL EMBARAZO

Distribución porcentual del último embarazo de madres biológicas en edad reproductiva

CARACTERISTICA	Total	
	%	Número
Meses del embarazo al primer control		
Ninguno	3.3	24
Menos de 4 meses	71.1	512
4-5 meses	20.1	145
6-7 meses	4.2	30
8-9 meses	0.8	6
No sabe	0.4	3
TOTAL	99.9	720
Número de controles prenatales/a		
Ninguno	3.3	24
1	1.4	10
2-3	11.4	82
4-6	28.1	202
7-10	48.3	348
11+	7.4	53
No sabe	0.1	1
TOTAL	100.0	720
Mediana/b	**7.0**	

NOTAS: a) No existe relación entre los controles prenatales y la edad o etnia de la madre.
b) Para calcular la mediana se omitieron casos sin datos.

Esta situación revela una calidad ligeramente inferior a la documentada a nivel nacional en 1996 y 1999. En 1996, el 93.8 por ciento de todos los embarazos ocurridos en el quinquenio previo a la encuesta recibió el primer control antes de los seis meses, y solamente el 1.7 por ciento no tuvo control prenatal. En 1999, el 95.2 por ciento de los embarazos del último nacido vivo en el quinquenio previo a la encuesta, recibió el primer chequeo prenatal antes de los 6 meses de embarazo y el 0.4 por ciento nunca fue atendido. Esta situación no es muy distinta de la encontrada en los bateyes, donde el 91.2 por ciento del último embarazo recibió su primer control antes de los seis meses y 3.3 por ciento no recibió ningún control. El número de controles también está ligeramente por debajo del número establecido por el ENDESA a nivel nacional. En 1996, el 87.6 por ciento de los embarazos fue controlado con 4 o más visitas prenatales, proporción que ascendió al 92.1 por ciento en 1999 (ENDESA 1999, Cuadro 8.02).

7.1.2 TOXOIDE ANTITETANICO

En esta encuesta se les preguntó a las madres biológicas si en el último embarazo nacido vivo habían recibido la vacunación con el toxoide antitetánico y cuantas veces lo recibieron. El Cuadro 7.3 presenta los datos. El 83.8 por ciento de las madres recibió dos o más dosis del antitetánico y 6.7 por ciento no recibió ninguna dosis. Este porcentaje es semejante al encontrado a nivel nacional en la zona urbana (83.1 por ciento) e inferior al rural (89.9 por ciento) (ENDESA-RD 1999, Cuadro 8.03).

No se observan diferencias estadísticamente significativas entre las proporciones de madres con cobertura de dos y más dosis y las madres con menos cobertura cuando se distribuyen por grupos de edad y etnia de la

madre, así como por el nivel de ingreso en el hogar. Pero, el nivel educativo de la madre incide en la cobertura.

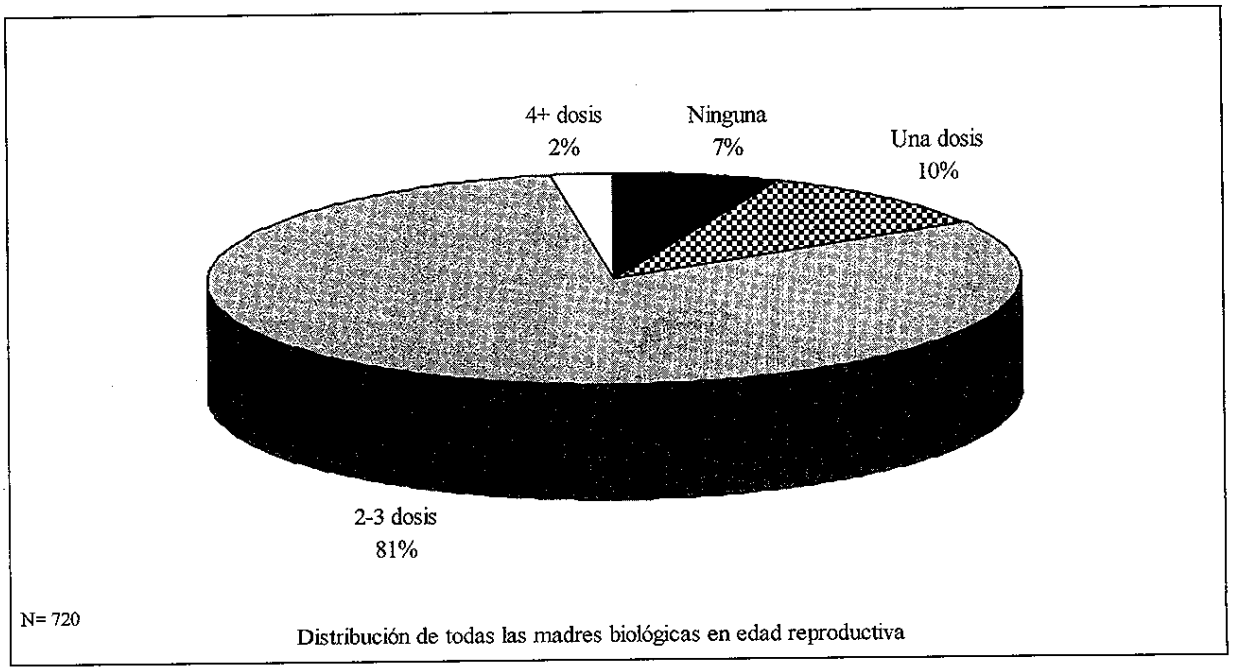
Entre las madres sin ningún nivel escolar, la proporción inmunizada con dos o más dosis es del 78 por ciento, proporción que aumenta con el nivel escolar hasta alcanzar el 95 por ciento entre las madres que alcanzaron algún grado de secundaria o universitario. El Gráfico 7.1 ilustra la cobertura de inmunización según número de dosis.

CUADRO 7.3 VACUNAS CONTRA EL TOXOIDE TETANICO POR CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

Distribución porcentual del embarazo del último nacido vivo, por número de vacunas contra el toxoide tetánico, según características de la madre y el hogar

	Número de vacunas contra el tétano			Total Característica		
CARACTERÍSTICAS	Ninguna	Una Dosis	Dos dosis o más	%	Número	Cramer's V
Edad de la Madre						n.s.
15-19	12.8	9.6	77.7	13.1	94	
20-24	5.7	9.9	84.4	26.7	192	
25-34	5.6	9.2	85.2	42.4	305	
35-49	6.2	10.1	83.7	17.9	129	
Educación de la Madre						.10738*
Ninguno	10.9	10.9	78.3	25.6	184	
1-4 Primaria	6.5	11.3	82.3	34.4	248	
5-8Primaria	5.0	9.0	85.9	27.6	199	
Secundaria+	1.2	3.7	95.1	11.3	81	
NS/SR	12.5	0.0	87.5	1.1	8	
Etnia de la Madre						n.s.
Dominicana	5.7	8.9	85.4	70.3	506	
Haitiana	8.7	12.0	79.3	12.8	92	
Domínico-Haitiana	9.4	11.1	79.5	16.3	117	
No sabe	0.0	0.0	100.0	0.7	5	
Ingreso hogar						n.s.
Ninguno a 10,536	6.6	8.1	85.3	37.9	273	
10,537 a 30,000	7.5	11.4	81.0	42.5	306	
30,001 y más	5.0	8.5	86.5	19.6	141	
% del Total	**6.7**	**9.6**	**83.8**	**100.0**		
Número	48	69	603		720	

GRAFICO 7.1 VACUNA CONTRA EL TOXOIDE TETANICO DURANTE EL EMBARAZO



7.1.3 MEDICIONES ANTROPOMETRICAS, PRESION ARTERIAL, Y EXAMENES DE ORINA Y SANGRE

Las mediciones antropométricas son importantes para monitorear el desarrollo del embarazo y controlar la dieta de la madre. La madre embarazada necesita comer un poco más que antes y tener una ingesta adecuada de alimentos. Este control permite que el niño nazca con un peso suficiente, lo cual significa que ha tenido un adecuado crecimiento en el vientre de la madre. Una alimentación insuficiente o inadecuada de la madre causa bajo peso en el niño al nacer y dependiendo del inicio de esta insuficiencia produce daños irreversibles al niño o niña.

A las madres entrevistadas se les preguntó si durante su visita al médico en su último embarazo le habían hecho cada uno de los controles prenatales. El Cuadro 7.4 presenta los resultados. Se omitieron los resultados de pruebas de hipótesis de que relacionan el número de controles prenatales con la edad y etnia de la madre, y con el ingreso en el hogar. Estas pruebas resultaron en diferencias que no son estadísticamente significativas. En cambio, se pudo verificar que la calidad de las visitas de control prenatal depende del nivel educativo de la madre.

Aunque 96.7 por ciento de las madres reportan haber tenido por lo menos un chequeo prenatal, no todas reciben los controles completos. El 93 por ciento de las madres recibe el control de peso, pero la proporción es inferior en las madres sin ningún nivel educativo (89 por ciento) y aumenta con el nivel escolar hasta alcanzar el 99 por ciento en las madres con algún grado de secundaria o educación universitaria. La medición de talla es ligeramente inferior a la de peso, alcanzando el 87 por ciento de todas las madres. El 85 por ciento de las madres sin nivel educativo fueron medidas, en contraste con 98 por ciento de las madres con educación secundaria o universitaria.

CUADRO 7.4 EXAMEN DE ORINA Y SANGRE, PRESION ARTERIAL Y MEDICIONES ANTROPOMETRICAS

Distribución porcentual del embarazo del último nacido vivo por diferentes tipos de controles prenatales, según el nivel de educación de la madre

Características	ANTROPOMETRÍA				PRESIÓN ARTERIAL		EXÁMENES				Total	
	Peso		Talla				Orina		Sangre			
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	%	Madres
Educación de la Madre												
Ninguno	89.1	10.9	84.8	15.2	91.3	8.7	84.2	15.8	84.2	15.8	25.6	184
1-4 Primaria	93.1	6.9	86.3	13.7	96.0	4.0	89.5	10.5	88.7	11.3	34.4	248
5to primaria	95.5	4.5	85.4	14.6	95.5	4.4	91.0	9.0	92.0	8.0	27.6	199
Secundaria+	98.8	1.2	97.5	2.5	100.0	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	11.3	81
Ninguno NS/SR	87.5	12.5	87.5	12.5	87.5	12.5	87.5	12.5	87.5	12.5	1.1	8
Cramer's V	0.12353*		0.11337*		0.12408*		0.14748**		0.15219**		100.0	720
% Total	**93.3**	**6.7**	**86.9**	**13.1**	**95.0**	**5.0**	**89.7**	**10.3**	**89.7**	**10.3**		
Número	672	48	626	94	684	36	646	74	646	74		

La presión arterial puede subir con el embarazo, afectando negativamente la salud de la madre cuando esta no se chequea. Una proporción alta del 95 por ciento de las madres recibió este control por lo menos una vez durante su último embarazo. Al 91 por ciento de las madres sin ningún nivel educativo se les tomó la presión arterial, proporción que aumenta al 100 por ciento en las madres con algún grado de secundaria o educación universitaria.

Los exámenes de orina y de sangre son de gran importancia en el control prenatal. A través del examen de sangre se puede conocer la presencia de anemia y sífilis, entre otros. Los exámenes de orina permiten detectar infecciones y orientar el diagnóstico de hipertensión inducida por el embarazo(albúmina), así como otras anormalidades que pueden afectar la salud del niño y la madre. Al 90 por ciento de las madres se les hizo un examen de orina y de sangre durante su último embarazo nacido vivo previo a la encuesta. Las madres que menos análisis de orina y sangre tuvieron fueron aquellas sin ningún nivel escolar (84 por ciento); porcentaje que aumenta con la educación lograda, hasta alcanzar el 100 por ciento en las madres con algún grado de secundaria o educación universitaria.

El ENDESA-RD/1996 reporta solamente los análisis de orina y sangre. En la zona rural en 1996, el 82 por ciento de los embarazos durante los cinco años anteriores a la encuesta, recibió controles de exámenes de orina y sangre, proporción inferior a la encontrada en los bateyes en 1999.

7.1.4 SUPLEMENTOS DE HIERRO

La ingesta de hierro durante el embarazo es importante para la salud de la madre y el niño. El feto depende de la madre para la ingestión de nutrientes, por lo que la mujer embarazada, no solamente debe aumentar de peso, sino consumir cantidades y proporciones óptimas de

nutrientes esenciales, como el hierro y el yodo. El Cuadro 7.5 presenta los datos de las madres que ingirieron hierro durante su último embarazo, distribuidas por dos grupos de edad, nivel educativo, etnia e ingreso en el hogar. El 74 por ciento de las madres ingirieron hierro. Esta práctica es independiente de la edad de la madre, pero depende de su nivel educativo, su etnia y el nivel de ingreso en el hogar. Solamente 60 por ciento de las madres sin ningún nivel educativo ingirieron hierro, proporción que aumenta al 71 por ciento entre las que alcanzaron algún grado del primer nivel de la primaria, 83 por ciento entre las madres con grados del 5to. al 8vo. de la primaria y 93 por ciento entre las madres con niveles de secundaria o educación universitaria.

CUADRO 7.5 SUPLEMENTO DE HIERRO EN LAS EMBARAZADAS

Distribución porcentual del embarazo del último nacido vivo por suplementos de hierro, según características seleccionadas de la madre y el hogar

CARACTERÍSTICAS	Ingesta de hierro		Total Característica		Cramer's V
	Sí	No	%	Número	
Edad de la Madre					
15-24	75.5	24.5	39.7	286	n.s.
24- 49	73.0	27.0	60.3	434	
Educación de la Madre					
Ninguno	59.8	40.2	25.6	184	0.24798****
1-4 Primaria	71.0	29.0	34.4	248	
5-8Primaria	83.4	16.6	27.6	199	
Secundaria+	92.6	7.4	11.3	81	
NS/SR	75.0	25.0	1.1	8	
Etnia de la Madre					
Dominicana	79.2	20.8	70.3	506	0.19691****
Haitiana	55.4	44.6	12.8	92	
Domínico-Haitiana	65.8	34.2	16.3	117	
NS/SR	80.0	20.0	0.7	5	
Ingreso hogar					
Ninguno a 10,536	70.0	30.0	37.9	273	0.12043**
10,537 a 30,000	72.9	27.1	42.5	306	
30,001 y más	84.4	15.6	19.6	141	
% del Total	**74.0**	**26.0**	**100.0**		
Número	533	187		720	

Las madres que se identifican como dominicanas tienen la mayor proporción (79 por ciento) de embarazos con suplementos de hierro y las madres haitianas la menor proporción (55 por ciento). El ingreso en el hogar también incide en el consumo del mineral. El suplemento es menor en

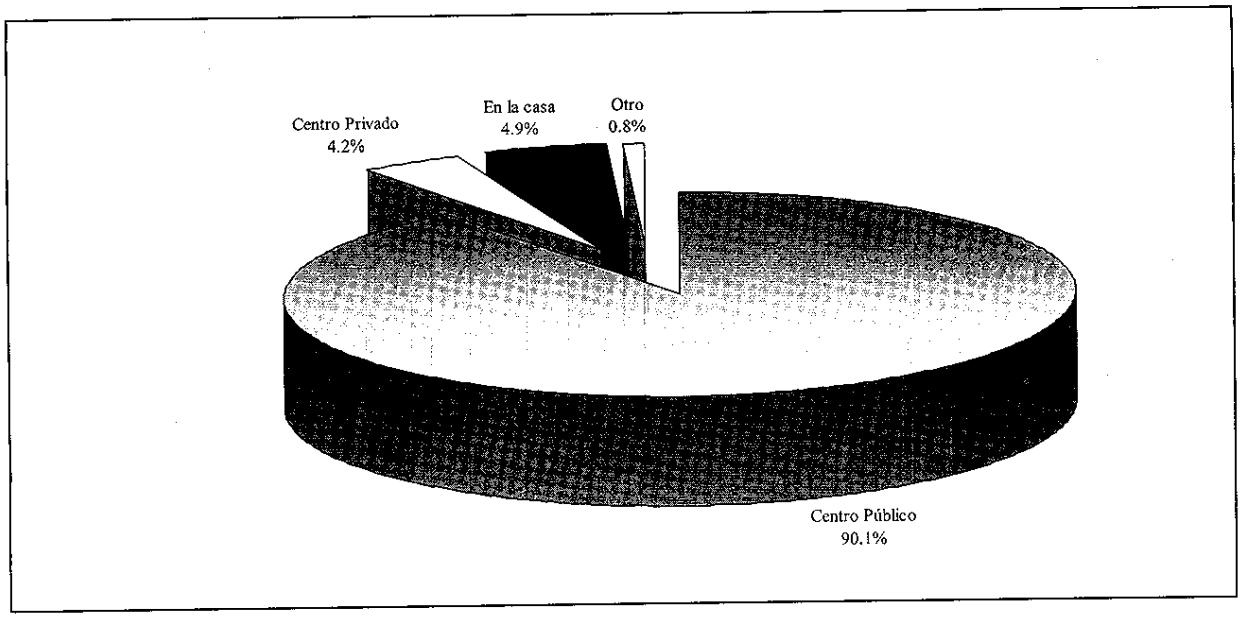
madres de hogares indigentes (70 por ciento) y pobres (73 por ciento) y mayor en los hogares menos pobres (84 por ciento).

7.1.5 ASISTENCIA AL PARTO

Todas las embarazadas corren un riesgo no predecible, y por lo tanto necesitan acceso a asistencia médica cuando las complicaciones se presentan. El lugar del parto debe de estar preparado para realizar cirugías y proveer anestesia, transfusiones de sangre, inyecciones de drogas intravenosas, otros tratamientos médicos, y cuidado especial para los recién nacidos (Population Reference Bureau 1997). La mayoría de estas condiciones se presentan en muchos hospitales del país, ya sean Públicos, de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional. No así en clínicas rurales y subcentros de SESPAS, dispensarios del CEA, y clínicas privadas pequeñas en zonas marginadas del territorio nacional.

A nivel nacional la atención con médicos generales (62.3 por ciento) y ginecólogos/obstetras (29.4 por ciento) es del 92 por ciento (ENDESA-RD/1996, Cuadro 8.6). En los bateyes se indagó sobre el lugar, no sobre la persona que atendió el parto. Se asume que todos los nacimientos en la maternidad fueron atendidos por personal especializado o personal médico en formación de especialidad en ginecología y obstetricia (31.4 por ciento) mientras los nacimientos en hospitales y subcentros de SESPAS, hospitales del IDSS, las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, así como en clínicas privadas, se asume atendidos por médicos generales (61.4 por ciento). Esto significa una cobertura de profesionales de la medicina semejante para la población de los bateyes y la población nacional, a pesar de que este procedimiento subestima la atención especializada en los bateyes. El Gráfico 7.2 presenta los lugares del parto según la naturaleza pública o privada del centro de salud. En éste se destaca el predominio de los hospitales públicos en la asistencia al parto de la población de los bateyes rurales del CEA en los últimos cinco años.

GRAFICO 7.2 LUGAR DEL PARTO DEL ULTIMO EMBARAZO DURANTE EL PERIODO 1994-1999



Los centros de la Secretaría de Estado de Salud Pública (SESPAS) conforman el 88 por ciento de los lugares de nacimiento, seguido por las viviendas de las madres (5 por ciento) y las clínicas privadas (4 por ciento). En el IDSS y los dispensarios del CEA, los nacimientos son ocasionales (1.8 por ciento), al igual que los nacimientos en los hospitales de las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional, y las clínicas rurales (1.1 por ciento); éstas últimas no están preparadas para partos ni cirugías. Estas estadísticas reflejan la ausencia de cobertura que ofrece el CEA, ya sea directamente o a través del Instituto Dominicano de Seguro Social, pero también reflejan la amplia cobertura que reciben las embarazadas a través de los servicios públicos del Estado.[2] Los datos sobre el lugar del parto se presentan en el Cuadro 7.6 distribuidos según características seleccionadas de la madre y el hogar.

En los bateyes, la proporción de partos atendidos en centros públicos y privados se aproxima al de la población general encontrado en 1999, que alcanza el 97.0 en la zona urbana y el 96.4 por ciento en la rural (ENDESA-RD/1999, Cuadro 8.05). La diferencia más importante entre la población nacional y la de los bateyes se presenta en el tipo de institución en que el parto es atendido. Mientras a nivel nacional, 71 por ciento de los partos durante el período 1991-1996 fueron atendidos en instituciones públicas y 25 por ciento en instituciones privadas (ENDESA-RD/1996, Cuadro 8.5), en los bateyes, 90 por ciento de los últimos partos de nacidos vivos atendidos en el período 1994-1999 se realizaron en instituciones públicas y 4 por ciento en privadas. Los datos de la ENDESA de 1999 no diferencian entre centros de salud públicos y privados.

El tipo de institución pública o privada que atiende el parto es independiente del grupo de edad de la madre y depende del nivel de ingreso en el hogar. Las pruebas para determinar la incidencia en el lugar del parto de la etnia y el nivel educativo de la madre no son concluyentes, debido a la poca convergencia de casos en varias categorías de las variables. Pero, no se observan diferencias importantes de haberse podido realizar la prueba. El patrón observado favorece a las madres dominicanas o de mayor nivel escolar. Un 10 por ciento de las madres haitianas y domínico-haitianas dan a luz en sus casas y ninguna es atendida en clínicas privadas. En cambio, 6 por ciento de los partos de dominicanas ocurren en clínicas privadas y sólo 3 por ciento en sus casas. Por otra parte, en los hogares indigentes, se observa la proporción más baja de partos en centros de salud privados (1.8 por ciento) y la proporción más alta de partos en el hogar (7.3 por ciento) y en lugares no convencionales (1.8 por ciento). En cambio, en los hogares menos pobres se observa el porcentaje más alto de partos en clínicas privadas (11.3 por ciento) y el más bajo de partos en el hogar (1.4 por ciento).

7.2 VACUNACIONES

La incidencia devastadora de enfermedades como la tuberculosis, poliomielitis, sarampión, tétano, difteria e infecciones respiratorias en menores de cinco años de edad ha sido prácticamente eliminada en países desarrollados. La prevención de estas enfermedades es

[2] En República Dominicana, los nacimientos en centros con profesionales de la medicina entrenados son más altos que en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Usando los estudios del DHS como fuente, El Population Reference Bureau (1997) comparó las estadísticas de varios países, con Kazakstan en primer lugar (99 por ciento) y RD en segundo lugar (92 por ciento). Otros países tienen cobertura de 87 por ciento en Jordania; 77 por ciento en Botswana; 76 por ciento, Turquía; 53 por ciento, Perú; 47 por ciento, Bolivia; 46 por ciento, Haití; 19 por ciento Pakistán; y 10 por ciento Bangladesh.

posible porque se conocen los factores que determinan estas enfermedades en países pobres: niveles bajos de inmunización, infección a muy temprana edad, estado de desnutrición, presencia de otras enfermedades, y falta de servicios de atención primaria en salud (Galway, Wolff y Sturgis 1987, 19).

CUADRO 7.6 LUGAR DEL PARTO POR CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

Distribución porcentual del lugar del parto del último hijo nacido vivo, según características de la madre y del hogar

CARACTERÍSTICAS	LUGAR DEL PARTO				Total Características		
	Público	Privado	En la casa	Otro	%	Madre	Cramer's V
Edad de la Madre							
15-24	92.7	3.1	3.5	0.7	39.7	286	n.s.
24- 49	88.5	4.8	5.8	0.9	60.3	434	
Educación de la Madre							
Ninguno	89.1	0.0	9.2	1.6	25.6	184	--
1-4 Primaria	93.1	1.6	4.4	0.8	34.4	248	
5-8Primaria	88.4	8.0	3.5	0.0	27.6	199	
Secundaria+	88.9	9.9	0.0	1.2	11.3	81	
NS/SR	75.0	25.0	0.0	0.0	1.1	8	
Etnia de la Madre							
Dominicana	90.5	5.9	3.0	0.6	70.3	506	--
Haitiana y DH	89.0	0.0	9.6	1.4	29.0	209	
NS/SR	100.0	0.0	0.0	0.0	0.7	5	
Ingreso hogar							
Ninguno a 10,536	89.0	1.8	7.3	1.8	37.9	273	
10,537 a 30,000	92.5	2.9	4.2	0.3	42.5	306	.15579****
30,001 y más	87.2	11.3	1.4	0.0	19.6	141	
% del Total	**90.1**	**4.2**	**4.9**	**0.8**	**100.0**		
Número	649	30	35	6		720	

NOTA: Las pruebas son inconclusas debido al número bajo de madres que dieron a luz en el hogar u otro lugar.

En la encuesta se incluyó un conjunto de preguntas para determinar los niveles de inmunización entre niños y niñas que al momento de la encuesta tenían de 12 a 23 meses de edad. Debido a que las enfermedades se inician temprano en la vida del infante, la inmunización efectiva debe ocurrir antes del primer año de vida. Al mismo tiempo, las vacunaciones que se administran a muy temprana edad pueden ser neutralizadas por la inmunidad heredada de la madre. De aquí que existe un período relativamente breve en el cual el infante debe de recibir todas las vacunas, y que justifica descartar del universo a infantes que ya tienen dos años y a menores de un año de edad.

Durante el levantamiento de la información, se preguntó a la madre biológica o de crianza si tenía tarjeta de vacunación para cada niño o niña en el grupo de edad señalado. Si la madre tenía la tarjeta, se pedía que se mostrara y la información sobre las vacunas se tomaba de la tarjeta. En caso de que la misma no existiese se indagaba si la había tenido alguna vez y se procedía a preguntar si el niño había recibido cada una de las vacunas. Estas preguntas se hicieron para los niños sobrevivientes.[3]

En 1996, en todo el territorio nacional, 39 por ciento de la subpoblación infantil de 12 a 23 meses de edad habían sido inmunizados con todas las vacunas según cualquier fuente, siendo el nivel de cobertura mayor en la zona urbana (43 por ciento) que en la rural (32 por ciento) (ENDESA-RD/1996, Cuadro 8.9). En 1999, la cobertura se reduce al 36 por ciento, pero esta vez es mayor en la zona rural (40 por ciento) que en la urbana (33 por ciento) (ENDESA-RD/1999, Cuadro 8.10). Los datos sobre esquema de vacunación completo en los bateyes se presentan en el Cuadro 7.7 según la fuente de información. El 36 por ciento de los niños y niñas de 12-23 meses de edad había recibido todas las vacunas en cualquier momento y de cualquier fuente. Este esquema de vacunación es semejante al nacional medido en el mismo año e inferior a la cobertura de la zona rural.

Cuadro 7.7 VACUNACION POR FUENTE DE INFORMACION

Entre los niños de 12-23 meses, distribución de porcentajes con carnet de vacunación revisado por la entrevistadora, sin carnet reportado por la madre, y porcentajes según el carnet y el informe de la madre

	Porcentajes de niños/as que han recibido:										
	DPT				POLIO					COBERTURA	
CARACTERÍSTICAS	BCG	DPTI	DPT2	DPT3	Polio al nacer	Polio1	Polio2	Polio3	Saram-pión	Todas	Niños
Vacunación en cualquier momento											
Según carnet	30.0	28.5	23.8	20.3	31.3	30.1	25.8	22.3	25.4	16.0	86
Según la madre	52.0	45.7	39.5	30.1	53.5	50.0	37.5	29.7	41.4	20.2	170
Cualquier fuente	82.0	74.2	63.3	50.4	84.8	80.1	63.3	52.0	66.8	36.2	256
Niños vacunados	**210**	**190**	**162**	**129**	**217**	**205**	**162**	**133**	**171**		

Sólo una tercera parte de estos/as niños/as (33.6 por ciento) tenían carnet de vacunación al momento de la encuesta, mientras a nivel nacional casi la mitad (49.3 por ciento) lo tenía (ENDESA-RD/1999, Cuadro 8.10). La madre y no el carnet de vacunación es la principal fuente de información, mientras a nivel nacional la principal fuente es el carnet. Por vacuna, una mayor

[3] Durante el trabajo de campo se hizo evidente la dificultad de las madres para recordar y/o guardar documentación de niños que habían fallecido. Por esta razón se determinó no incluirlos. Adicionalmente, el sesgo que puede implicar no reportar los fallecidos es mínimo, dado que en el grupo de edad de 0-23 meses solamente se reportaron tres niños muertos.

proporción de niños recibió la BCG (82 por ciento), polio al nacer y el primer refuerzo de polio (85 y 80 por ciento respectivamente). La proporción se reduce para los demás refuerzos, disminuyendo a 52 por ciento para la tercera dosis.

7.3 ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen el tipo de enfermedad más común en niños y niñas, independientemente del país de residencia y el nivel de desarrollo del mismo. La diferencia entre países pobres y ricos se establece porque las IRA causan mayor mortalidad en los países pobres (Galway, Wolff y Sturgis 1987, 23). En República Dominicana, las IRA son la causa principal de consulta externa y en menores de cinco años constituyen una de las principales causas de muerte (PNUD 2000, 29).

Las IRA se transmiten principalmente de persona a persona a través del aire. Los factores asociados a la transmisión son densidad poblacional alta, hacinamiento en la vivienda, y cambios climatológicos que facilitan la divulgación de la enfermedad. Estas condiciones se agudizaron a finales de 1998 con el paso del Huracán Georges, como viéramos en el Capítulo 4 de este estudio. Los principales factores de riesgo asociados a las infecciones respiratorias son la temprana edad, peso bajo al nacer, y desnutrición. Deficiencia de Vitamina A, reconocido como la causa principal de ceguera durante la infancia, también está asociado a enfermedades respiratorias agudas. Se le atribuye causar cambios físicos en las membranas internas de los pulmones y tractos digestivos que favorecen la infección bacterial (Galway, Wolff y Sturgis 1987, p. 23). La encuesta indagó sobre la ingesta de vitamina A en la subpoblación de 6-59 meses de edad. Los resultados se presentan en el Capítulo 8.

A las madres se les preguntó si sus hijos/as biológicos/as o de crianza menores de cinco años tuvieron tos durante las últimas dos semanas. En caso afirmativo se preguntó cuantos días le duró la tos y si la misma estuvo acompañada de respiraciones más rápidas de lo acostumbrado. Adicionalmente se indagó si el niño o niña había tenido fiebre en las últimas dos semanas. El Cuadro 7.8 presenta los casos de niños con IRA según grupos de edad y otras características seleccionadas. Entre la subpoblación infantil enferma, se presenta el porcentaje de niños que fue llevado a centros o proveedores de salud.

Al momento de la encuesta, 33 por ciento de menores de 5 años de edad tenían (IRA), medidas por la presencia de tos acompañada de respiración agitada durante las dos semanas previas a la encuesta. Las IRA tienen una asociación moderada con la edad del niño. Los niños de 48-59 meses tienen la menor proporción de infecciones pulmonares (24 por ciento) y los de 12-23 meses, la proporción más alta (38 por ciento). No pudo establecerse otro tipo de asociación según sexo, nivel de educación o etnia de la madre, nivel de ingreso en el hogar, servicio de agua corriente en el patio o interior de la vivienda o servicio de energía eléctrica. El saneamiento ambiental, este último medido por la presencia o carencia de letrina o inodoro en la vivienda, está asociado con un nivel de confianza del 94%. Cuando las viviendas no tienen letrina las infecciones son más frecuentes (35 por ciento) que cuando las tienen (29 por ciento).

CUADRO 7.8 PREVALENCIA Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y DE FIEBRE POR CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

Entre la población infantil menor de 5 años de edad, porcentaje que estuvo enfermo con tos y respiración rápida y porcentaje que estuvo con fiebre, durante las dos semanas previas a la encuesta; y entre los/as enfermos/as, porcentaje que recibió tratamiento o consultó con proveedores de salud

CARACTERÍSTICAS	Porcentaje de niños con: Tos y respiración rápida	Fiebre	Número de Niños/as	% Enfermos que consulta centro salud
Sexo				
Masculino	35.1	45.5	646	52.0
Femenino	30.4	41.7	641	48.7
Cramer's V	n.s.	n.s.	1,287	n.s.
Edad del niño en meses				
Menos de 6 meses	35.6	37.1	132	64.6
6-11 meses	33.1	57.7	130	51.4
12-23 meses	38.3	47.7	256	56.5
24-35 meses	35.1	47.5	259	47.4
36-47 meses	31.9	40.2	251	40.8
48-59 meses	24.3	35.1	259	48.1
Cramer's V	.14701****	.18274****	1,287	.13751**
Educación de la madre				
Ninguno	32.9	44.5	380	44.8
1-4 primaria	32.8	44.2	473	53.0
5-8 primaria	32.1	42.9	308	49.3
Secundaria+	34.2	42.1	114	60.0
NS/SR	33.3	25.0	12	80.0
Cramer's V	n.s.	n.s.	1,287	.08186*
Etnia de la madre				
Dominicana	31.0	41.0	903	49.5
Haitiana	36.5	45.5	167	45.3
Domínico-Haitiana	37.9	52.9	206	56.8
NS/SR	27.3	54.5	11	83.3
Cramer's V	--	--	1,287	n.s.
Ingreso del hogar				
Ninguno- 10,536	35.2	45.6	522	44.1
10,537-30,000	32.2	44.5	537	54.6
30,001 y más	28.5	36.8	228	56.3
Cramer's V	n.s.	n.s.	1,287	.10901**
Sanitarios				
Sin letrina	34.6	45.5	897	50.3
Con letrina	28.7	39.2	390	50.6
Cramer's V	.07413*	.07642*	1,287	n.s.
% del Total	**32.8**	**43.6**		**50.4**

NOTA: Las pruebas de hipótesis de no diferencias en proporciones de niños enfermos de neumonía o fiebre según tengan o no energía eléctrica o agua en el patio o dentro de la vivienda, no resultaron en diferencias estadísticamente significativas

La fiebre es más incidente que las enfermedades pulmonares. El 44 por ciento de los menores de cinco años tenía fiebre las dos semanas previas a la encuesta. Las diferencias entre sexos no son significativas pero si las diferencias de edad. Al igual que para las IRA, los niños de 48-59 meses de edad tienen la menor proporción de casos con fiebre (35 por ciento). La proporción más alta de menores con fiebre se encuentra entre los de 6-11 meses de edad (58 por ciento), edad que coincide con el período del destete.

Al igual que con las IRA, no fue posible rechazar la hipótesis de no diferencia entre proporciones de niños/as con fiebre, distribuidos por el nivel educativo o la etnia de la madre, nivel de ingreso en el hogar, servicio de agua corriente o de energía eléctrica. Pero, fue posible establecer una relación entre la mayor incidencia de fiebre y la ausencia de servicios de disposición de excreta en el hogar (46 por ciento), frente a una menor incidencia en hogares con letrinas o inodoros (39 por ciento).

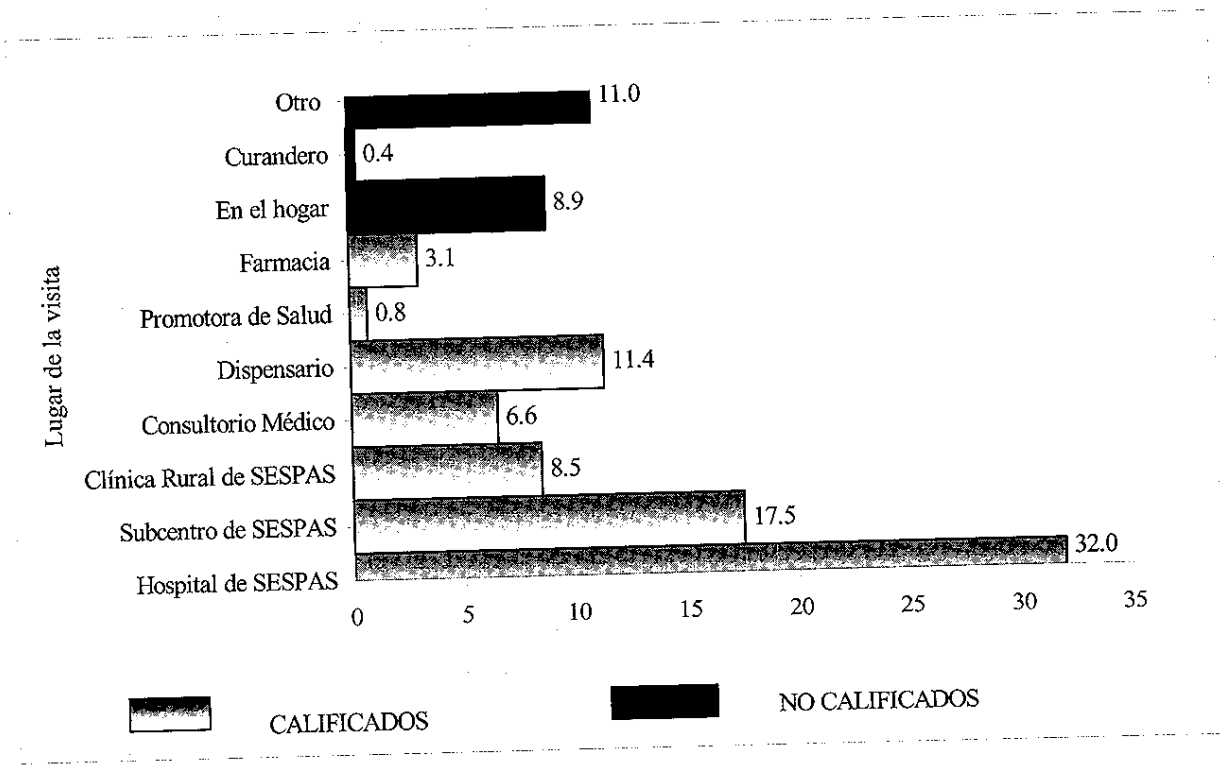
7.3.1 ATENCION MEDICA DE LA SUBPOBLACION INFANTIL CON IRA Y/O FIEBRE

La atención médica a tiempo puede salvar la vida del niño o niña con neumonía o fiebre. La atención se hace más urgente en los bateyes, debido al elevado nivel de desnutrición y anemia—se presentan en los capítulos 8 y 9—y a otros factores de riesgo provenientes de la insalubridad del medio ambiente, la pobreza, y la baja escolaridad de la madre para prestar los cuidados que el o la niña requiere. Sólo la mitad de los niños y niñas enfermas (50.4 por ciento) visitaron un centro de salud o recibieron consejo profesional. La cobertura de los tratamientos recibidos incluyen 1.9 por ciento que recibió consejos en farmacias y 0.5 por ciento que los recibió de las promotoras de salud. La visita a los centros de salud fue más frecuente en menores de 6 meses (65 por ciento) y de 12-23 meses (57 por ciento). Es decir, que la otra mitad de menores enfermos solamente recibió la atención que la madre fue capaz de ofrecerles.

La hipótesis de no asociación entre el nivel escolar de la madre con la visita a un centro de salud no pudo ser rechazada al nivel de confianza convencional, pero si con un 92 por ciento de confianza. Las madres sin ningún nivel de escolaridad con niños enfermos fueron las que menos frecuentaron los centros de salud (45 por ciento). Las visitas aumentan con el nivel de escolaridad, alcanzando el 60 por ciento de las madres con algún grado de secundaria o universitario. Las diferencias según la etnia de la madre no son estadísticamente significativas, pero, en los hogares indigentes, una menor proporción de madres con niños o niñas enfermos de IRA visitaron los centros de salud o consultaron con personas proveedoras de salud (44 por ciento) que las madres de hogares pobres y menos pobres (55 y 56 por ciento respectivamente).

Los lugares o personas consultadas para atender a la subpoblación infantil enferma se presentan en el Gráfico 7.3. Aquí se incluyen proveedores no calificados consultados que fueron excluidos en los datos presentados en el Cuadro 7.8. El mayor proveedor es el Estado Dominicano a través de SESPAS (58 por ciento). Los consultorios privados en los que debe pagarse por la consulta, solamente constituyen 6.6 por ciento de los proveedores visitados. El CEA provee 6 por ciento de los servicios, las ONGs 2 por ciento y las Iglesias 3 por ciento (incluidos en las categorías de dispensarios y promotoras de salud).

GRAFICO 7.3 NIÑOS Y NIÑAS CON IRA O FIEBRE QUE CONSULTARON CON PERSONAL DE SALUD, CALIFICADO Y NO CALIFICADO



La categoría de otros proveedores (11 por ciento) agrupa a proveedores calificados y no calificados. Entre los calificados se encuentran centros de salud de las Fuerzas Armadas, el IDSS, la Policía Nacional y otros no identificados. Por otra parte, más del 10 por ciento de los proveedores no son calificados (hogar, curanderos y otros). Esto excluye al 3.1 por ciento que visita farmacias, en las que se desconoce si tienen o no personal farmacéutico acreditado.

7.3.2 PREVALENCIA DE IRA EN LOS BATEYES COMPARADO CON PREVALENCIA NACIONAL

La prevalencia de infecciones respiratorias agudas en los bateyes es superior a la encontrada en el territorio nacional, agregadas o por zonas rural y urbana. El porcentaje de niños/as menores de cinco años con tos y respiración rápida en 1996 fue del 24.7 por ciento, y en las zonas rurales del 27.4 por ciento (ENDESA-RD/1996, Cuadro 8.12). En 1999, la prevalencia no disminuyó, alcanzando el 26.9 por ciento a nivel nacional, correspondiente al 25.9 por ciento en la zona urbana y 28.1 por ciento en la rural (ENDESA-RD/1999, Cuadro 8.12).

Ambos porcentajes están distantes de la prevalencia de IRA del 32.8 por ciento encontrado en los bateyes. La diferencia de niños y niñas con fiebre es aún mayor. En 1996, 28.8 por ciento de los niños a nivel nacional y 29.7 por ciento a nivel rural tenían fiebre durante las dos semanas previas a la encuesta, prevalencia que disminuyó en 1999 al 24.5 por ciento y al 23.0 por ciento en la zona rural (ENDESA-RD/1999, Cuadro 8.12). En este estudio la proporción con fiebre en

la misma población alcanzó un elevado 43.6 por ciento. El Gráfico 7.4 que se presenta en el acápite 7.5.1 muestra estas comparaciones incluyendo la prevalencia de diarrea.

7.4 AUMENTO DE OTRAS ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS DESPUES DEL HURACAN GEORGES

Como fuera presentado en el Capítulo 4, el Huracán Georges creó condiciones favorables al desarrollo de enfermedades infecto-contagiosas debido al desplazamiento de poblaciones, al hacinamiento en refugios y viviendas, y al aumento de lluvias y mosquitos. Adicionalmente, la cuarta parte de las viviendas perdieron sus letrinas, aumentando las condiciones insalubres del ambiente después del Huracán Georges. El aumento de las enfermedades fue avalado por 52 por ciento de las madres.

A las madres se les preguntó si durante el año anterior a la encuesta sus hijos menores de cinco años habían sufrido de sarampión, dengue o malaria. El Cuadro 7.9 presenta los resultados por grupos de edad. El sarampión fue la enfermedad más frecuente, afectando al 2.6 por ciento de los niños, seguido por la malaria, con el 1.2 por ciento y el dengue, con el 0.8 por ciento. Los datos son consistentes con la opinión de expertos de salud de SESPAS y la OPS (Gómez y Castellanos 1999) de que a raíz del Huracán Georges no se habían producido epidemias.

La incidencia mayor de malaria y dengue se encuentra en niños/as de 6-11 meses de edad, coincidiendo con el período de destete. En cambio, la mayor incidencia de sarampión se presenta en niños y niñas de 24-35 meses. Ninguna de las tres enfermedades se presenta en menores de 6 meses de edad.

CUADRO 7.9 INCIDENCIA DE SARAMPION, MALARIA Y DENGUE DURANTE EL AÑO ANTERIOR A LA ENCUESTA, POR GRUPOS DE EDAD

CARACTERÍSTICAS	Porcentaje con Sarampión	Porcentaje Dengue	Porcentaje Malaria	Número Niños/as
Edad en meses				
menos de 6 meses	0.0	0.0	0.0	132
6-11 meses	1.5	1.5	2.3	130
12-23 meses	2.3	0.8	1.2	256
24-35 meses	5.0	0.8	0.8	259
36-47 meses	3.2	0.4	1.2	251
48-59 meses	1.5	1.2	1.9	259
% del Total	**2.6**	**0.8**	**1.2**	
Número	33	10	16	1,287

7.5 ENFERMEDADES DIARREICAS

La diarrea es conocida por ser una causa principal de mortalidad infantil y una de las enfermedades que más contribuye a la desnutrición. La diarrea es un síntoma de un número elevado de enfermedades intestinales, causadas por bacterias, parásitos, virus o una combinación de éstas. Tienen el efecto común de alterar la función intestinal, al incrementar la pérdida de líquidos en el cuerpo y disminuir la retención de nutrientes. La diarrea mata por deshidratación. Sin tratamiento, los episodios agudos de diarrea pueden reducir los líquidos del cuerpo más rápidamente de lo que se pueden sustituir.

La diarrea se transmite de persona a persona a través de manos sucias, y de agua y alimentos que han sido contaminados por materias fecales humanas. Por esta razón, la diarrea es endémica en ambientes donde el saneamiento y los hábitos de higiene personal son pobres. Aunque la diarrea se puede presentar a cualquier edad, los niños y niñas menores de 2 años son más vulnerables a la enfermedad. En el territorio nacional, los episodios de diarrea se encuentran dentro de las dos primeras causas de consulta, hospitalización y emergencia; y dentro de las 10 primeras causas de muerte intrahospitalaria (PNUD 2000, 29).

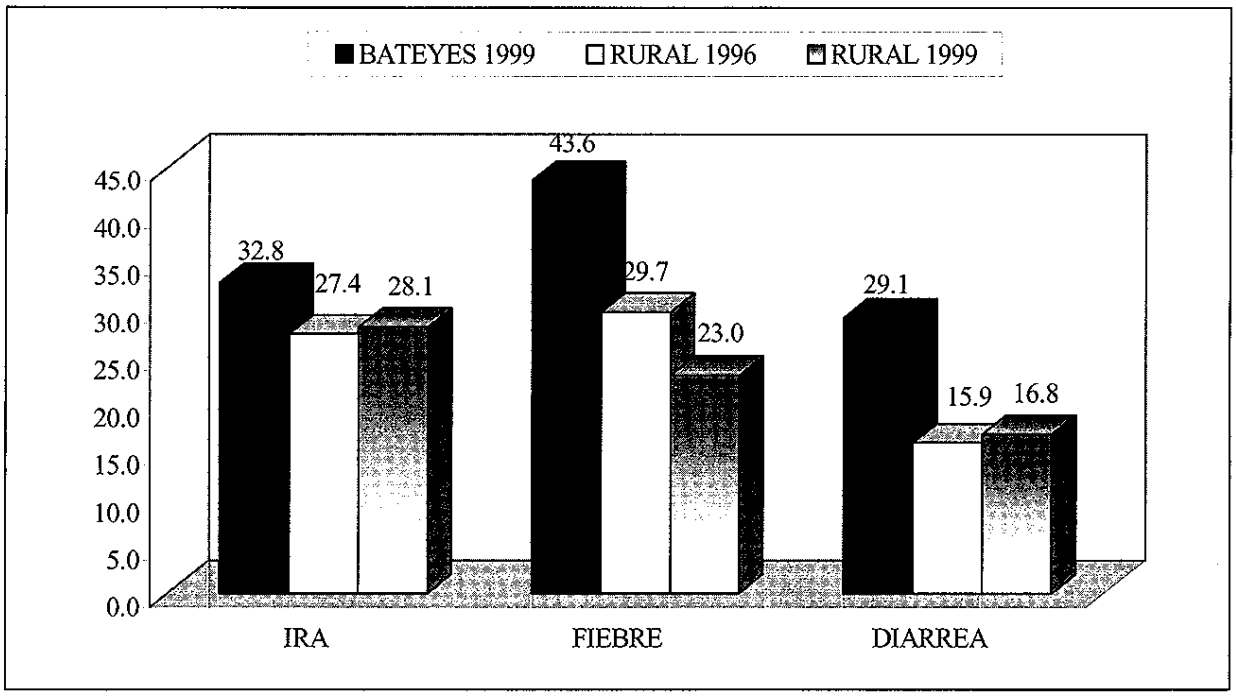
La deshidratación causada por la diarrea se combate con el suero de rehidratación oral (TRO). Esta terapia consiste en la administración de una solución simple de azúcar y sales acompañada de alimentación continuada y visita médica cuando el caso lo requiere. La alimentación continua durante los episodios de diarrea disminuyen el riesgo a la desnutrición. Particularmente en los casos de la subpoblación lactante, es importante amamantarles con mayor frecuencia. Esta terapia puede ser usada independientemente de la causa de la diarrea. Desafortunadamente, el sentido común hace que muchas madres disminuyan la ingesta de alimentos durante la enfermedad, dado que notan una mayor eliminación de fluidos en conjunción con la cantidad consumida.

7.5.1 PREVALENCIA DE LA DIARREA

La prevalencia de diarrea se determinó por la proporción de infantes menores de cinco años de edad con episodios diarréicos en las últimas dos semanas previas a la encuesta. Para medir la gravedad de la diarrea se preguntó a la madre sobre el período de duración de los episodios, la presencia de sangre en las heces fecales y el número de evacuaciones en el peor día de la enfermedad. Adicionalmente, se indagó sobre el tratamiento que la madre proporcionó al/a enfermo/a, sobre el conocimiento de la madre de prácticas alimenticias durante la diarrea, así como sobre creencias que pueden impedir la terapia de rehidratación oral (TRO). El Cuadro 7.10 presenta datos sobre la prevalencia de la diarrea y sus características según variables seleccionadas.

La prevalencia de diarrea en los bateyes alcanza al 29.1 por ciento de todos los niños y niñas menores de cinco años de edad. Comparado con el nivel nacional y rural (15.7 y 15.9 por ciento respectivamente en 1996, y 16.4 y 16.8 por ciento en 1999), se puede concluir que la prevalencia es casi el doble en niños/as de los bateyes (ENDESA-RD/1996, Cuadro 8.13 y ENDESA-RD/1999, Cuadro 8.13). El Gráfico 7.4 presenta la comparación de las prevalencias de diarrea, IRA y fiebre en los bateyes con las de la zona rural del país en 1996 y 1999.

GRAFICO 7.4 PREVALENCIA DE IRA, FIEBRE Y DIARREA EN LOS BATEYES Y EN LA ZONA RURAL DEL PAIS



La prevalencia no es la misma para las subpoblaciones. Las determinantes encontradas fueron la edad del/a niño/a y la carencia o no de servicio sanitario en el hogar. No pudieron establecerse diferencias estadísticamente significativas en la proporción de infantes con diarrea según sexo, nivel educativo o etnia de la madre, nivel de ingreso en el hogar, servicio o no de agua corriente en el patio o el interior de la vivienda, o el servicio o no de energía eléctrica.

La mayor incidencia de diarrea se encuentra en niños/as de 6-11 meses y 12-23 meses (39 y 42 por ciento respectivamente) y la menor incidencia en niños/as que ya tienen los cuatro años cumplidos. El coeficiente de asociación indica una relación moderada entre la edad del niño y la incidencia de enfermedades diarréicas. La incidencia mayor coincide con el período de destete y el inicio del niño o niña a ingerir alimentos como un adulto al cumplir su primer año. Después de cumplir los dos años de vida, la prevalencia de diarrea disminuye con la edad.

La asociación entre enfermedades diarréicas y el saneamiento del entorno—determinado por la presencia o no de letrinas o inodoros privados en el hogar—es menos fuerte, pero no deja de ser importante. En hogares que no tienen letrina o inodoro la prevalencia de diarrea es del 31 por ciento, comparado con un 25 por ciento en los que tienen. La presencia de sangre en las materias fecales se detectó en el 8.4 por ciento de los niños afectados de diarrea. Este es un síntoma de severidad en el episodio de diarrea y está asociado al a la edad del niño y al saneamiento del entorno. Los niños más jóvenes menores de 6 meses de edad tienen la mayor prevalencia de materias fecales con sangre (18 por ciento). Por otra parte, en los hogares con servicios sanitarios la presencia de sangre en las heces fecales disminuye al 4 por ciento, frente al 10 por ciento en hogares sin estos servicios.

CUADRO 7.10 PREVALENCIA DE DIARREA POR CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

Entre niños y niñas menores de cinco años, porcentaje con diarrea durante las dos semanas previas a la encuesta, porcentaje que tuvo diarrea con sangre, promedio de días que duró la diarrea y promedio de evacuaciones en el peor día, por características seleccionadas

	PORCENTAJES				PROMEDIOS			
	Diarrea últimas 2 semanas		Diarrea con sangre Últimas 2 semanas		Promedio días duró la diarrea		Promedio evacuaciones/día	
CARACTERÍSTICAS	%	Niños	%	Niños	%	Niños	%	Niños
Sexo								
Masculino	31.0	646	7.5	214	4.7	200	5.9	200
Femenino	27.3	641	9.3	193	4.8	175	5.6	175
Cramer's V	n.s.	1287	n.s.	407	n.s.	375	n.s.	375
Edad del niño en meses								
< 6 meses	29.5	132	17.1	41	5.4	39	4.6	39
6-11 meses	39.2	130	4.5	66	5.4	51	4.7	51
12-23 meses	41.8	256	8.3	109	4.7	107	7.4	107
24-35 meses	31.3	259	7.3	82	4.9	81	5.3	81
36-47 meses	23.9	251	7.6	66	4.4	60	6.0	60
48-59 meses	14.3	259	9.3	43	4.0	37	4.2	37
Cramer's V	.20955****	1287	.21700*	407	F=7.2155****	375	n.s.	375
Educación de la madre								
Ninguno	29.2	380	10.5	124	5.3	111	5.3	111
1-4 primaria	29.0	473	8.8	147	5.0	137	6.6	137
5-8 primaria	28.6	308	4.2	96	4.0	88	4.3	88
Secundaria+	29.8	114	11.4	35	4.7	34	5.2	34
NS/SR	41.7	12	0.0	5	2.8	5	22.2	5
Cramer's V	n.s.	1287	--	407	F=2.6443*	375	n.s.	375
Etnia de la madre								
Dominicana	28.5	903	7.4	282	4.5	257	6.0	257
Haitiana	31.7	167	12.5	56	5.7	53	6.1	53
Domínico-Haitiana	31.6	206	8.7	69	5.2	65	4.4	65
Cramer's V	n.s.	11	n.s.	407	F=3.3402*	375	n.s.	375
		1287						
Ingreso del hogar								
Ninguno- 10,536	30.8	522	8.0	176	4.9	161	5.7	161
10,537-30,000	28.5	537	11.0	163	5.0	153	5.8	153
30,001+	26.8	228	2.9	68	3.9	61	5.9	61
Cramer's V	n.s.	1287	n.s.	407	n.s.	375	n.s.	375
Sanitarios								
Sin letrina	30.8	897	9.9	293	4.7	276	4.8	276
Con letrina	25.4	390	4.4	114	5.2	99	8.3	99
Cramer's V	.07549*	1287	.14592*	407	n.s.	375	F=7.6867**	375
% del Total	**29.1**		**8.4**		**4.8**		**5.7**	

NOTA: Los servicios de energía eléctrica y conexiones de agua en el hogar no son estadísticamente significativos y no se presentan.

El Cuadro 7.10 presenta además el promedio de días de duración de la diarrea, de 4.8 días para toda la población. El promedio de días difiere en distintas subpoblaciones. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el promedio de días de duración de la diarrea entre los sexos, entre los niveles de ingreso en el hogar, ni entre las viviendas con/sin letrinas o inodoros. La duración de la diarrea se encuentra asociada a la etnia y nivel educativo de la madre, lo que significa que la duración depende de la prácticas o tratamientos que la madre busca. Depende además de la edad del/a infante, con una tendencia a durar menos días al aumentar la edad. La diarrea es más prolongada en el grupo de menores de 12 meses de edad (5.4 días promedio) y más corta en el de 48-59 meses (4.0 días promedio).

En madres sin ningún nivel educativo, los episodios de diarrea de sus hijos/as duran en promedio 5.3 días, y 5.0 días cuando la madre solamente alcanza algún grado de 1ro. a 4to. de la primaria. En cambio, la duración es menor en madres con algún grado de 5to. a 8vo. (4.0 días) y con algún grado de secundaría o universitario (4.7 días). La etnia de la madre incide en favor de las madres dominicanas, cuyos hijos tienen en promedio episodios más cortos (4.5 días) que los hijos de madres domínico-haitianas (5.2 días) o haitianas (5.7 días).

7.5.2 CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE LA DIARREA

La encuesta indagó los conocimientos de la madre sobre prácticas alimenticias que deben de acompañar a la terapia de rehidratación oral, así como sobre creencias que pueden causar la interrupción de la terapia. El Cuadro 7.11 presenta las respuestas de las madres sobre el patrón de bebidas y comidas que debe de administrarse a niños/as con diarrea. Estas preguntas se hicieron a todas las madres, independientemente de la presencia de niños niñas con diarrea.

Las respuestas sobre la práctica correcta de aumentar los líquidos es más generalizada, no así el procedimiento a seguirse con alimentos sólidos. El 73 por ciento de las madres piensa que los niños con diarrea deben beber líquidos más de lo usual. Este conocimiento es técnicamente igual al de las madres a nivel nacional (74 por ciento) y mayor al de las madres rurales (69 por ciento) según datos de 1996 (ENDESA-RD, Cuadro 8.14). El conocimiento aumenta con las madres de más edad, siendo muy bajo en las adolescentes (55 por ciento). Por otra parte, 56 por ciento de las madres piensan que los/as niños/as con diarrea deben recibir menos alimentos sólidos de lo usual. Este desconocimiento es mayor en las madres haitianas (68 por ciento) y en las madres sin ningún nivel educativo (64 por ciento).

Existen creencias en la religiosidad popular dominicana y haitiana que pueden afectar la salud de la población infantil. Una de ellas está relacionada con las causas de la diarrea. Si después de dos o tres días el flujo diarreico continúa, independientemente del uso de sueros de rehidratación y de los medicamentos que el médico prescriba, muchas madres interpretan que la causa de la diarrea no es normal, sino producto de un maleficio. El supuesto de las madres es que la terapia debe de parar el flujo, y si este continúa, el/a niño/a corre el riesgo de morir. Es en este momento cuando acude a curanderos, brujos o personas con "poderes" para deshacer el maleficio que causa la diarrea. Si el niño o niña no esta bautizada, se recurre al bautismo como instrumento de protección. Esta creencia y prácticas asociadas pueden ser inofensivas en los casos que la madre no interrumpa la terapia de rehidratación oral y/o el tratamiento médico (Tejada 1992).

CUADRO 7.11 CONOCIMIENTO Y CREENCIAS DE LA MADRE SOBRE PRACTICAS ALIMENTICIAS DURANTE LA DIARREA

Porcentaje de las madres biológicas o de crianza con menores de cinco años de edad por conocimientos y creencias de prácticas alimenticias durante la diarrea, según características seleccionadas

	PATRON DE BEBIDAS				PATRON DE COMIDAS				
CARACTERÍSTICAS	Menos bebida	Misma bebida	Más Bebidas	No sabe	Menos comida	Misma comida	Más comida	No sabe	Número Madres
Edad Madre									
15-19 años	20.8	20.8	55.2	3.1	56.3	26.0	16.7	1.0	96
20-24 años	11.4	17.6	69.9	1.0	56.5	28.0	11.4	4.1	193
25-34 años	11.1	10.4	77.5	0.9	50.6	28.2	20.6	0.6	316
35-49 años	11.8	12.8	74.3	1.1	63.1	18.7	15.0	3.2	187
50 y más	9.6	11.5	78.8	0.0	55.8	34.6	7.7	1.9	52
Cramer's V	.09805*					.10338**			844
Educación Madre									
Ninguno	13.1	17.4	66.9	2.5	63.6	24.2	11.4	0.8	236
1-4 primaria	13.5	13.2	73.0	0.3	52.6	26.6	19.1	1.6	304
5-8 primaria	10.5	11.9	76.5	10.0	53.1	27.9	16.0	3.1	294
Secundaria+	10.0	10.0	80.0	0.0	40.0	30.0	30.0	20.0	10
Cramer's V	--					.10900***			844
Etnia Madre									
Dominicana	10.9	13.9	74.5	0.7	53.1	28.2	16.1	2.7	603
Haitiana	18.2	12.1	67.7	2.0	67.7	16.2	16.2	0.0	99
Domínico-Haitiana	14.3	15.8	67.7	2.3	57.1	24.8	16.5	1.5	133
NS/SR	11.1	0.0	77.8	11.1	77.8	22.2	0.0	0.0	9
Cramer's V	--				--				844
Ingreso Hogar									
Ninguno-10,536	11.5	15.2	72.4	0.9	55.2	27.9	16.1	0.9	330
10,537-30,000	13.6	15.0	69.5	2.0	55.6	25.4	15.8	3.1	354
30,001 y más	11.3	8.8	80.0	0.0	56.9	24.4	16.3	2.5	160
Cramer's V	--				n.s.				844
% del Total	**12.3**	**13.9**	**72.6**	**1.2**	**55.7**	**26.2**	**16.0**	**2.1**	

Para conocer si las creencias de las madres afectan la salud del/a enfermo/a debido a la interrupción de la terapia del suero de rehidratación oral, a las madres se les preguntó, ¿en caso de que usted crea que la diarrea es producida por mal de ojo o por brujas, le continuaría dando el suero? Adicionalmente se indagó, ¿ha tenido que llevar a un hijo suyo al curandero o brujo alguna vez? En caso afirmativo se preguntó el número de visitas realizadas. El Cuadro 7.12 presenta las respuestas a estas preguntas y el número de veces que las madres llevaron a sus hijos e hijas con enfermedades diarréicas agudas (EDA) a ser tratados por personas con supuestos poderes mágicos para deshacer las causas supranaturales a que atribuyen la diarrea.

CUADRO 7.12 CREENCIAS MAGICAS SOBRE LA DIARREA SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

Porcentajes de las madres biológicas y de crianza con menores de cinco de años de edad que discontinuaría la TRO y porcentaje que ha visitado curanderos para tratar la diarrea, según variables seleccionadas

	Continuaría suero aunque crea diarrea no es enfermedad				Veces curandero ha tratado niño o niña				
Características	Si	No	No cree	No sabe	Ninguna	1	2-3	4+	Número
Edad de la madre									
15-19 años	59.4	33.3	5.2	2.1	77.1	8.3	12.5	2.1	96
20-24 años	71.5	19.2	6.2	3.1	72.5	9.3	14.5	3.6	193
25-34 años	65.8	19.3	12.7	2.2	75.0	9.8	10.8	4.4	316
35-49 años	60.4	17.1	21.4	1.1	74.3	9.6	12.3	3.7	187
50 y más	61.5	23.1	13.5	1.9	78.8	9.6	9.6	1.9	52
Cramer's V	.11912***				n.s.				844
Educación de la madre									
Ninguno	60.2	24.2	14.0	1.7	72.5	11.4	12.3	3.8	236
1-4 primaria	68.8	20.1	9.5	1.6	72.7	9.5	13.2	4.6	304
5-8 primaria	65.3	18.0	13.0	2.7	78.2	7.8	11.2	2.7	294
Secundaria+	50.0	30.0	10.0	10.0	90.0	10.0	0.0	0.0	10
Cramer's V	n.s.				n.s.				844
Etnia de la madre									
Dominicana	67.7	18.6	11.8	2.0	73.3	9.8	12.3	4.6	603
Haitiana	48.5	34.3	14.1	3.0	79.8	11.1	9.1	0.0	99
Domínico-Haitiana	65.4	18.8	13.5	2.3	76.7	7.5	13.5	2.3	133
NS/SR	55.6	33.3	11.1	0.0	88.9	0.0	11.1	0.0	9
Cramer's V	.08277*				--				844
Ingreso del hogar									
Ninguno-10,536	59.7	22.7	14.5	3.0	76.4	7.6	12.7	3.3	330
10,537-30,000	65.8	22.0	10.2	2.0	70.9	12.1	12.7	4.2	354
30,001 y más	73.8	13.1	12.5	0.6	80.0	7.5	9.4	3.1	160
Cramer's V	.09242*				n.s.				844
% del Total	**64.9**	**20.6**	**12.3**	**2.1**	**74.8**	**9.5**	**12.1**	**3.7**	

La quinta parte de las madres (21 por ciento) interrumpirían la terapia de rehidratación oral si piensan que los síntomas de la diarrea no obedecen a causas naturales. En estos casos la creencia es dañina. Esta última proporción puede ser mayor, si se incluyen las madres que reportaron no saber lo que harían (2 por ciento). Solamente 10 por ciento de las madres respondieron no creer en maleficios y 3 por ciento respondió "ser cristiana," respuesta que implica la prohibición de las Iglesias a actuar basándose en este tipo de creencias.

Para identificar diferencias en subpoblaciones se hicieron varias pruebas de hipótesis, no todas concluyentes debido a la presencia de categorías con casos por debajo de los necesarios. La

creencia tiende a disminuir con la edad, con evidencia significativa de que las madres adolescentes son las más probables a interrumpir el tratamiento (33 por ciento) así como las madres haitianas (34 por ciento) frente a una proporción semejante de madres dominicanas y domínico-haitianas (19 por ciento).

Aunque no de manera concluyente, se observa que la proporción de madres que interrumpirían la terapia disminuye con el nivel de educación alcanzado. Mientras 24 por ciento de las madres sin ningún nivel educativo interrumpirían la TRO, solamente el 16 por ciento de las madres con algún grado de secundaria o universitario lo harían. Adicionalmente, se pueden establecer diferencias significativas según el nivel de pobreza. Las madres de hogares menos pobres interrumpirían menos la TRO (13 por ciento) que las madres de hogares indigentes y pobres (23 y 22 por ciento respectivamente).

A las madres se les preguntó directamente si habían llevado algún hijo con diarrea a un curandero o brujo, y en caso afirmativo se indagó sobre el número de veces. Mientras la pregunta anterior mide una actitud, esta pregunta mide la práctica fundamentada en la creencia. Esta es una pregunta sensitiva y fácilmente se subestima la práctica real, particularmente por la labor de Iglesias de denominación cristiana, que abiertamente condenan esta práctica. El 25 por ciento de las madres ha llevado sus hijos/as a curanderos, ya sea una vez (10 por ciento), de dos a tres veces (12 por ciento) y de cuatro a veintiuna vez (4 por ciento). Estos datos indican que la proporción de madres que invierte en tratamientos para limpiar los supuestos maleficios que causan diarrea es mayor que la proporción que afirma interrumpir la terapia de rehidratación oral en casos de supuestos maleficios, conocidos en Dominicana como "trabajos." Todas las pruebas de hipótesis realizadas para establecer diferencias en el número de visitas según características socioculturales de las madres--grupo de edad, nivel de escolaridad y etnia de la madre--y según el nivel de pobreza en el hogar, fracasaron en rechazar la hipótesis de no diferencias entre las subpoblaciones.

7.5.3 TRATAMIENTO DE LA DIARREA

El Cuadro 7.13 presenta los datos sobre el tratamiento que las madres biológicas y de crianza dieron a sus hijos/as con diarrea durante las dos semanas previas a la encuesta. En esta sección el universo se reduce a los/as niños/as con infecciones gastrointestinales. De esta subpoblación, 23 por ciento recibe terapia de rehidratación oral con sobres de sales comercializadas en el mercado local o donada a través de instituciones y 4 por ciento con soluciones caseras. El suero de preparación casera requiere de conocimientos precisos para su correcta preparación. Es necesario conocer las proporciones necesarias de sal y azúcar y utilizar agua estéril. Por esta razón, en diferentes ocasiones SESPAS ha discontinuado la enseñanza y promoción del suero de preparación casera en favor del suero de sobre o ya disuelto, los cuales no requieren mezclar los ingredientes.

Las pruebas realizadas para establecer diferencias entre subpoblaciones de niños que recibieron o no paquetes de sales resultaron no significativas entre niños de sexos diferentes y significativas entre los diferentes grupos de edad. Los niños y niñas de 6-11 meses recibieron la menor proporción de SRO con paquetes comerciales de sales (14 por ciento) y los de 12-23 meses la

mayor proporción (31 por ciento). No se pudo establecer diferencias significativas según los niveles de educación ni la etnia de la madre. Tampoco según los niveles de pobreza en el hogar.

CUADRO 7.13 TRATAMIENTO DE LA DIARREA

Entre menores de cinco años que tuvieron diarrea las dos semanas previas a la encuesta, porcentaje que recibió terapia de rehidratación oral (TRO) y porcentaje que recibió otros tratamientos, según características seleccionadas

	TIPO DE TRO		OTROS TRATAMIENTOS			
CARACTERÍSTICAS	Suero comercial	Suero casero	Antibióticos	Inyección	Remedio casero/ Otros	Niños con diarrea
Sexo						
Masculino	22.9	6.5	16.4	2.3	35.5	214
Femenino	21.8	2.1	11.4	0.5	31.1	193
Cramer's V	n.s.	.11748*	n.s.	--	n.s.	407
Edad niño en meses						
Menos de 6 meses	17.1	7.3	4.9	4.9	22.0	41
6-11 meses	14.3	7.6	13.6	3.2	27.3	66
12-23 meses	31.2	2.8	20.2	0.9	33.9	109
24-35 meses	24.4	1.2	14.6	0.0	35.4	82
36-47 meses	18.2	3.0	12.1	0.0	40.9	66
48-59 meses	20.9	9.3	9.3	2.3	37.2	43
Cramer's V	.28340****	--	.22177****	--	.21977****	407
Educación Madre						
Ninguno	18.5	4.8	13.7	3.2	37.9	124
1-4 primaria	27.2	4.1	15.0	0.7	29.3	147
5-8 primaria	21.9	31.0	11.5	0.0	36.5	96
Secundaria+	20.0	8.6	17.1	0.0	25.7	35
NS/NS	0.0	0.0	20.0	20.0	40.0	5
Cramer's V	--	--	--	--	--	407
Etnia Madre						
Dominicana	20.6	3.5	16.7	2.1	33.0	282
Haitiana	30.4	1.8	8.9	0.0	32.1	56
Dominico-Haitiana	23.2	10.1	7.2	0.0	36.2	69
Cramer's V	n.s.	--	n.s.	--	n.s.	407
Ingreso Hogar						
Ninguno- 10,536	21.0	5.1	13.1	2.3	33.0	176
10,537-30,000	26.4	3.7	13.5	1.2	35.0	163
30,001+	16.2	4.4	17.6	0.0	30.9	68
Cramer's V	n.s.	n.s.	n.s.	--	n.s.	407
% del Total	**22.4**	**4.4**	**14.0**	**1.5**	**33.4**	

El uso del suero casero es tan reducido (4 por ciento) que no es posible realizar pruebas de hipótesis para relacionar factores incidentes en su uso. A pesar de esto, en el Cuadro 7.13 puede

observarse que el patrón de uso es inverso al de las sales comerciales. Por otra parte, el uso de suero casero no está relacionado de manera significativa con el nivel de ingreso en el hogar. Es decir que la motivación económica para preparar y no comprar las sales no determina su uso.

Los tratamientos de antibióticos e inyecciones intramusculares obedecen a consultas médicas, aunque en el país los antibióticos se venden sin prescripciones. El 14 por ciento de los niños y niñas con diarrea fueron tratados con antibióticos y el 2 por ciento con inyecciones musculares. No se registraron internamientos con sueros intravenosos. La edad es el único factor significativo en el uso de antibióticos. Diferencias en proporciones de niñas y niños tratados con antibióticos según sexo, etnia de la madre y nivel de ingreso en el hogar no son estadísticamente significativas y las diferencias según del nivel educativo de la madre no son concluyentes.

Los remedios caseros constituyen la práctica más generalizada: 33 por ciento de los niños y niñas con diarrea fueron tratados con remedios caseros, diferentes a los sueros de rehidratación oral. En muchos casos, los remedios caseros son tisanas y otros brebajes que coadyuvan a la hidratación del niño o niña enferma, pero no con la misma eficacia de las terapias de rehidratación oral, de preparación comercial o casera. Pero, en otros casos los remedios pueden afectar negativamente la salud. Como fuera expuesto anteriormente, la cuarta parte de las madres reportan haber llevado a sus hijos/as con diarrea a curanderos, cuyos tratamientos se incluyen en esta categoría y no fueron investigados en este estudio.[4]

El uso de remedios caseros no está determinado por el sexo de la niña o niño enfermo, por la etnia de la madre o el ingreso en el hogar. Tiene una asociación moderada con la edad del niño o niña. El estrato más joven de menores de 6 meses tiene la proporción más baja de tratamientos caseros (22 por ciento) mientras el grupo de tres a cuatro años tiene la proporción mas alta (41 y 37 por ciento respectivamente).

7.5.3.1 Practicas alimenticias de niños y niñas con diarrea

El Cuadro 7.14 presenta los patrones de alimentación seguido por las madres durante los episodios de diarrea. La frecuencia de la lactancia se midió en la población menor de 24 meses de edad con diarrea y la frecuencia de alimentos sólidos en la menor de cinco años con diarrea. Entre la subpoblación lactante con diarrea, 35 por ciento recibieron el seno más veces y 50 por ciento lo recibieron igual que antes de la diarrea. Es decir que 85 por ciento de los/as lactantes reciben alimentación adecuada durante los períodos de diarrea. La práctica incorrecta se observa únicamente en 5 por ciento de las madres que disminuyen la lactancia y 11 por ciento que no están conscientes del patrón seguido. Ninguna de las pruebas realizadas para determinar diferencias entre proporciones de subpoblaciones son concluyentes, aunque se observan patrones de comportamiento que pueden ser significativos con una muestra mayor

[4] En un estudio con 18 grupos focales en los bateyes de Barahona realizado por la autora para CARE-Dominicana (1992) se reportaron tratamientos que incluían "baños al revés", en que el/a infante se bañaba con aguas residuales y orina de la madre. Muchas "botellas" recetadas por "brujos" contenían líquidos desconocidos para las madres. Los tratamientos se acompañaban con "resguardos" para alejar a las "brujas" que se "chupaban" a los niños y niñas, incluyendo el feto en la mujer embarazada.

CUADRO 7.14 PRACTICAS ALIMENTICIAS DURANTE LOS EPISODIOS DE DIARREA

Entre niños/as de 0-23 meses con diarrea, distribución porcentual de prácticas de lactancia; y entre niños/as de 0-59 meses distribución de patrón de alimentación, según características seleccionadas

	LACTANCIA MENORES DE 24 MESES CON DIARREA					PATRON COMIDAS EN MENORES DE 0-59 MESES CON DIARREA				
Características	Menos seno	Igual	Más seno	No sabe	No. Niños	Menos comida	Misma cantidad	Más cantidad	No sabe	No. Niños
Sexo										
Masculino	5.1	52.5	37.3	5.1	59	49.5	36.0	10.0	4.5	200
Femenino	3.8	47.2	32.1	17.0	53	40.6	43.4	12.6	3.4	175
Cramer's V	--				112	n.s.				375
Edad del niño en meses										
Menos de 6 meses	5.9	55.9	35.3	2.9	34	38.5	33.3	15.4	12.8	39
6-23 meses	3.8	47.4	34.6	14.1	78	47.5	41.8	9.5	1.3	158
24-35 meses	NA	NA	NA	NA		42.0	40.7	13.6	3.7	81
36-59 meses	NA	NA	NA	NA		47.4	37.1	10.3	5.2	97
Cramer's V	--				112	--				375
Educación de la madre										
Ninguno	6.7	53.3	30.0	10.0	30	47.7	37.8	9.9	14.5	111
1-4 primaria	6.7	46.7	33.3	13.3	45	49.6	39.4	8.8	2.2	137
5-8 primaria	0.0	50.0	43.3	7.7	26	42.0	37.5	13.6	6.8	88
Secundaria+	0.0	60.0	30.0	10.0	10	32.4	50.0	14.7	2.9	34
NS/SR	0.0	0.0	100.0	0.0	1	20.0	40.0	40.0	0.0	5
Cramer's V	--				112	--				375
Etnia de la madre										
Dominicana	4.1	45.9	37.8	12.2	74	38.1	45.5	11.7	4.7	257
Haitiana	0.0	66.7	25.0	8.3	12	60.4	26.4	13.2	0.0	53
Domínico-Haitiana	7.7	53.8	30.8	7.7	26	61.5	26.2	7.7	4.6	62
Cramer's V	--				112	.16482**				375
Ingreso del hogar										
Ninguno- 10,536	0.0	50.0	45.7	4.3	46	42.9	37.9	14.3	4.9	161
10,537-30,000	6.0	46.0	32.0	16.0	50	49.0	36.6	10.5	7.0	153
30,001 y más	12.5	62.5	12.5	12.5	16	42.6	50.8	4.9	2.9	61
Cramer's V	--				112	n.s.				375
% del Total	**4.5**	**50.0**	**34.8**	**10.7**		**45.3**	**39.5**	**11.2**	**4.0**	

En el grupo de niños menores de 6 meses con diarrea, 91 por ciento recibieron el seno normal o con más frecuencia; y en infantes de 6-23 meses, el 82 por ciento. Una mayor proporción de madres haitianas aumenta o mantiene la frecuencia de la lactancia (92 por ciento) que la de madres dominicanas (84 por ciento) o domínico-haitianas (85 por ciento). Según el estrato de pobreza en el hogar, la proporción de madres que aumenta o mantiene la frecuencia de la lactancia es mayor entre hogares indigentes (96 por ciento) que entre los pobres (78 por ciento) y los menos pobres (75 por ciento).

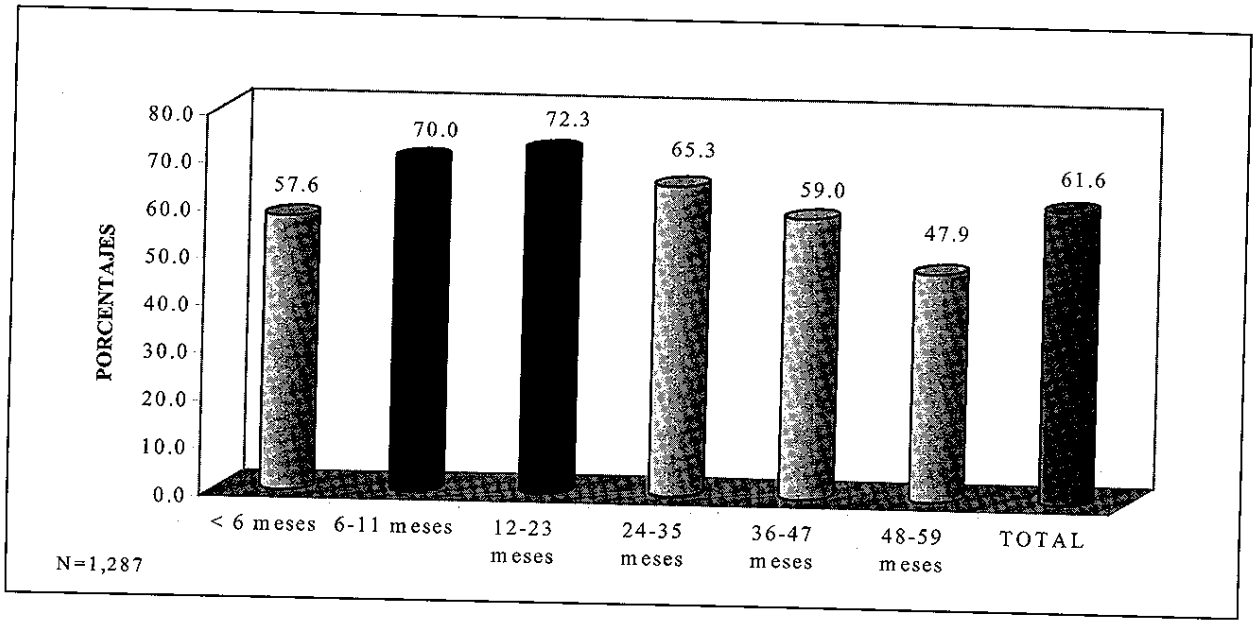
El patrón de alimentos sólidos que se ofrece a niños con diarrea muestra una preocupante proporción del 45 por ciento de la población menor de cinco años con diarrea que recibe menos alimentos, mientras 40 por ciento recibe la misma cantidad y e 11 por ciento una cantidad mayor. A nivel nacional, la proporción de niños y niñas menor de 5 años de edad y con EDA que recibe menos cantidad de alimentos sólidos durante los episodios, es casi la mitad (23 por ciento) que la proporción mal alimentada de la subpoblación con EDA en los bateyes (45 por ciento) (ENDESA-RD 1999, Cuadro 8.15a).

El consumo de alimentos sólidos muestra patrones de comportamiento en diferentes subpoblaciones que podrían ser significativos con una muestra mayor. El patrón alimenticio está más bien determinado por el nivel educativo y las prácticas culturales de la madre. En el grupo de madres sin ningún nivel educativo o con solamente algún grado de 1ro. a 4to., la proporción de niños alimentados normalmente o con más cantidad de alimentos, es de 48 por ciento. Esta proporción aumenta a 51 por ciento en madres con grados de 5to. a 8vo. de primaria y a 65 por ciento cuando alcanzan algún grado de secundaria o más. La incidencia de prácticas culturales medidas por la etnia de la madre se observa en la mayor proporción de niños y niñas de madres dominicanas alimentados correctamente (57 por ciento) frente a una proporción menor cuando la madre es haitiana (40 por ciento) o domínico-haitiana (34 por ciento).

7.6 NIÑAS Y NIÑOS ENFERMOS CON IRA, FIEBRE O DIARREA

El Gráfico 7.5 presenta la proporción de niños y niñas menores de cinco años que tenían infecciones respiratorias agudas (IRA), fiebre o diarrea dos semanas previas a la encuesta, según grupos de edad. Del total de la población infantil, 62 por ciento estaba afectada. Estos datos no significan que 38 por ciento estuviesen en buen estado de salud, dado que las madres no fueron cuestionadas sobre otro tipo de posibles enfermedades.

GRAFICO 7.5 MENORES DE CINCO AÑOS CON IRA, FIEBRE O DIARREA



Las subpoblaciones de 6-11 meses y de 12-23 meses tienen las proporciones más elevadas de niños y niñas enfermos/as (70 y 72 por ciento respectivamente). La prevalencia de estas tres infecciones disminuye con la edad, alcanzando la proporción más baja entre la subpoblación de 48-59 meses.

7.7 ANALISIS

El control prenatal y la asistencia al parto demuestran que la población de los bateyes tiene acceso y busca atención profesional en centros de salud públicos cuando lo considera necesario, a pesar de la ausencia de clínicas rurales en estas comunidades. Enseña además, que afirmaciones en informes internacionales sobre la ausencia de servicios de salud a hijos/as de haitianos indocumentados, carecen de validez. Los hospitales públicos de SESPAS prestan atención profesional perinatal y durante el parto a las mujeres embarazadas independientemente de su etnia. Aún más, debido a la pobreza de la población en los bateyes, el uso de los servicios públicos de salud es más generalizado en la población de mujeres de los bateyes que en la población de mujeres de las zonas urbana o rural del territorio nacional.

La calidad del control perinatal, es también independiente de la etnia de la madre y no es muy diferente al recibido por el resto de las embarazadas en el territorio nacional. La calidad ha sido medida por la frecuencia y el momento del primer control durante el período de gestación; y por la cobertura del análisis de sangre y orina, vacunaciones, control de peso y medición de la presión arterial durante el último embarazo nacido vivo de las madres biológicas.

Por otra parte, el acceso a los servicios públicos y la calidad del control perinatal depende fundamentalmente del nivel de escolaridad de la madre, y en algunos casos, del ingreso en el hogar. Las madres con niveles superiores al básico o primaria, de manera mayoritaria, controlan sus embarazos con ginecólogos/obstetras en vez de médicos generales. Adicionalmente, reciben en forma generalizada la vacunación con toxoide antitetánico y en un 98 a 100 por ciento logran todos los controles prenatales necesarios durante el embarazo.

No es posible explicar las causas que hacen del nivel de escolaridad una variable tan determinante de la mayoría de las prácticas relacionadas con la salud, dado que los conocimientos sobre embarazo y supervivencia infantil no se imparten en los grados de la educación básica. Aparentemente, durante el proceso de socialización que tiene lugar en la escuela, se desarrollan actitudes y disposición al aprendizaje continuado, que determinan cambios difíciles de medir en la psiquis de la persona. Es probable que el resultado sea el aumento de la autoestima y la capacidad para integrar conocimientos en áreas nuevas. Por esta razón, puede plantearse la tesis de que el proceso prolongado de la educación formal a partir de una edad temprana, incide en la mujer para que ésta asuma control de su vida y responsabilidad por la salud de sus futuros hijos e hijas. Frente a servicios de salud públicos deficientes, las madres con mayores niveles de escolaridad están más dispuestas a solicitar servicios y/o más convencidas de la necesidad de los mismos.

La atención recibida por la población infantil menor de cinco años de edad es precaria. Debido a la variedad de las vacunas requeridas y a sus posteriores reforzamientos, la posesión del carnet y

el cumplimiento puntual del esquema de vacunaciones constituyen indicadores importante de la responsabilidad que la madre asume, así como de su capacidad para velar por la salud de su hijo o hija. Por esta razón, aunque la proporción de la subpoblación infantil de 12-23 meses que recibió todas las vacunas es semejante en los bateyes que en el resto de la población, no lo es el registro de las vacunaciones en la tarjeta del niño o niña.. Mientras a nivel nacional casi la mitad de ésta subpoblación de infantes tiene carnets (49 por ciento), en los bateyes, sólo una tercera parte lo tiene.

La ausencia de carnet para dos de cada tres niños/as en los bateyes aumenta la probabilidad de que los datos sobre cobertura de vacunaciones estén sobrestimados, dado que dependen en gran medida de la memoria de las madres. También constituye un indicador de que la madre está inconsciente de la importancia de las vacunas en la prevención de enfermedades. En ausencia de la responsabilidad personal de la madre, la salud de la población infantil depende de las campañas esporádicas de SESPAS en el presente y el CEA en el pasado.

Uno de los hallazgos principales del estudio lo constituye el alarmante nivel de morbilidad de la población infantil. La prevalencia de EDA y fiebre casi duplica la encontrada en el mismo año en la zona rural del territorio nacional, mientras la prevalencia de IRA alcanza la tercera parte de la población infantil menor de cinco años de edad. En conjunto, la mayoría (62 por ciento) de esta población tenía uno de los tres síntomas de infecciones durante las dos semanas previas a la encuesta. En los tres casos, el análisis por grupos de edad demuestra la mayor prevalencia en la población de 12-23 meses de edad, con cerca de tres de cada cuatro niños/as (72.3 por ciento) con síntomas de fiebre, EDA y/o IRA durante las dos semanas previas a la encuesta.

En el estudio, solamente se encontró evidencia de posible causalidad de éstas infecciones a la edad del niño o niña y a la carencia de servicios de eliminación de excretas en el hogar. No fue posible rechazar las pruebas de hipótesis de no diferencias en prevalencia de éstos síntomas en grupos distribuidos según el sexo del/a niño/a, la educación o etnia de la madre, el nivel de ingreso en el hogar, la carencia o no de servicios de energía eléctrica o de agua corriente en el patio o el interior de la vivienda.

El poder explicativo de las dos variables asociadas a infecciones se fundamenta en las características de la lactancia en los bateyes, y en las condiciones contaminantes del ambiente, particularmente de las viviendas que carecen de letrinas o inodoros. En el capítulo siguiente se evidencian las prácticas incorrectas de lactancia materna en la mayoría de la subpoblación infantil menor de dos años de edad. No solamente la lactancia exclusiva en menores de 4 meses alcanza una proporción mínima de infantes, sino que por su corta duración, constituye un riesgo a la salud, particularmente a la del grupo de 12-23 meses de edad.

La ausencia de letrinas o inodoros constituye un grave problema en los bateyes, como fuera visto en el Capítulo 5, debido a que la gran mayoría de los hogares carece de este servicio (70 por ciento) y una alta proporción de la población de estos hogares defeca en campo abierto (32 por ciento). Por otra parte, en el Capítulo 5 también se presentó evidencia de que el riesgo a la salud debido a la contaminación ambiental y al hacinamiento es grande. Solamente 56 por ciento de los hogares con niños y niñas menores de cinco años de los bateyes residen en viviendas con estructuras independientes y uno de cada cuatro de los hogares tiene como vivienda un

barrancón. Esta situación se agrava porque la mayoría de las madres no utilizan ningún tratamiento para potabilizar el agua.

La prevalencia de enfermedades infecto-contagiosas en proporciones mucho mayores que en la población rural o urbana del país es también producto de otros factores ligados al acceso a los servicios de salud. Las madres de los bateyes (80 por ciento) sienten como un "gran problema" el acceso a los centros de salud, independientemente de su etnia, nivel educativo, grupo de edad, país de origen o lugar de residencia del esposo, como se presentó en el Capítulo 5. Es decir, que el círculo de enfermedades no se interrumpe por un tratamiento profesional adecuado, como fuera evidenciado con el caso de las IRA, en que solamente la mitad de la población infantil afectada recibió consejo de personal de salud. Concomitantemente, las creencias en mal de ojo y el poder de los hechizos afectan por lo menos a los hijos e hijas de una de cada cuatro de las madres, quienes reportaron haber visitado una o más veces al brujo o curandero para tratarles la diarrea.

Por último, para lograr cambiar las prácticas que son amenazantes a la salud de los niños y niñas, es necesario que los mensajes de lactancia, nutrición, higiene y prevención de enfermedades sean comprendidos y aplicados no solamente por la madre, sino por su sustituta. En el Capítulo 2 se presentan datos, que sustentan esta propuesta. El 7.8 por ciento de los hogares tiene hijos/as menores de cinco años adoptados, definidos por aquellos que no conviven con ninguno de sus padres biológicos. Tomando el niño como unidad de análisis, el 13.3 por ciento de los menores de 15 años son adoptados y criados por la madre de crianza, que en muchos casos es la abuela del niño o niña. Adicionalmente, el lazo de parentesco del 8.4 por ciento de los miembros con la cabeza del hogar se define por la relación de nieto o nieta; y el 7.2 por ciento, por la de hijastro o hijastra. Este patrón de parentesco, unido a la juventud de una proporción importante de las madres (11.4 por ciento son adolescentes y 34.3 por ciento tienen de 20 a 24 años) fundamenta la propuesta de incluir a las abuelas en los programas de atención primaria en salud debido a su influencia directa o indirecta en la crianza de la subpoblación infantil.

CAPITULO 8

LACTANCIA Y NUTRICION

La lactancia materna es importante en la nutrición de la población infantil, sobretodo hasta los dos años de edad. La leche materna no solamente provee todos los nutrientes requeridos por el/a bebé durante los primeros cuatro a seis meses de edad, sino que le transmite las defensas de la madre, fortalece su sistema inmunológico y le protege de muchas enfermedades que son comunes en la infancia. La leche materna rehidrata y provee de nutrientes esenciales a la población infantil enferma, particularmente a la afectada por diarrea. Otras ventajas de la lactancia es que la leche materna es fácil de digerir, y el/a infante la recibe siempre limpia, a temperatura adecuada, nunca se daña ni se agria, e independientemente de su color, densidad o sabor, la leche materna es normal y apropiada para las necesidades del/a bebé. La lactancia materna ofrece además ventajas psicológicas, al crear una relación afectiva entre el/a infante y su madre.

La lactancia materna también ofrece ventajas a la madre. Reduce el riesgo de la mujer a hemorragias después del parto, provee de un método natural para evitar el embarazo hasta seis meses después del parto, reduce el riesgo de cáncer de los ovarios y senos, y reduce el riesgo de osteoporosis. Adicionalmente, la madre ahorra tiempo y dinero, dado que no tiene que preparar ni comprar la leche, ni tampoco tiene que gastar en medicamentos debido al efecto preventivo de la lactancia. Por otra parte, la comunidad y el gobierno ahorran dinero con la prevención de enfermedades y la anticoncepción natural después del parto.

La temprana iniciación de alimentos y agua, aunque la lactancia continúe, puede limitar los efectos beneficiosos de la lactancia exclusiva. Se recomienda lactancia exclusiva hasta los seis meses de edad, con la única excepción de medicinas y vitaminas. Cuando la lactancia se complementa con otros alimentos, el niño o niña se expone al contacto con contaminantes del medio ambiente. De aquí que las prácticas incorrectas de lactancia y destete estén relacionadas con la prevalencia de enfermedades y aumento en la desnutrición del/a infante.

En este capítulo se analiza la práctica de la lactancia inicial, el tipo y duración de la lactancia, y el uso del biberón, en la población de sobrevivientes menores de dos años de edad. Además, se investiga la práctica basada en creencias populares de ofrecerle a recién nacidos/as laxantes caseros durante la primera semana de vida. En la segunda parte de este capítulo se presentan los hallazgos sobre el estado nutricional de niños y niñas menores de cinco años. El estado nutricional se define por mediciones antropométricas de peso y talla para la edad.

8.1 LACTANCIA

8.1.1 INICIACION DE LA LACTANCIA MATERNA

El Cuadro 8.1 presenta las características de la lactancia inicial en los dos años anteriores a la encuesta. Se presentan cuatro tipos de indicadores de prácticas de lactancia durante la primera semana de nacimiento del niño o niña: el porcentaje de niños que alguna vez lactó, el porcentaje que lactó durante la primera hora de haber nacido, el que lactó durante el primer día, y el porcentaje que recibió un laxante durante la primera semana de su nacimiento.

CUADRO 8.1 LACTANCIA INICIAL EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE DOS AÑOS, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

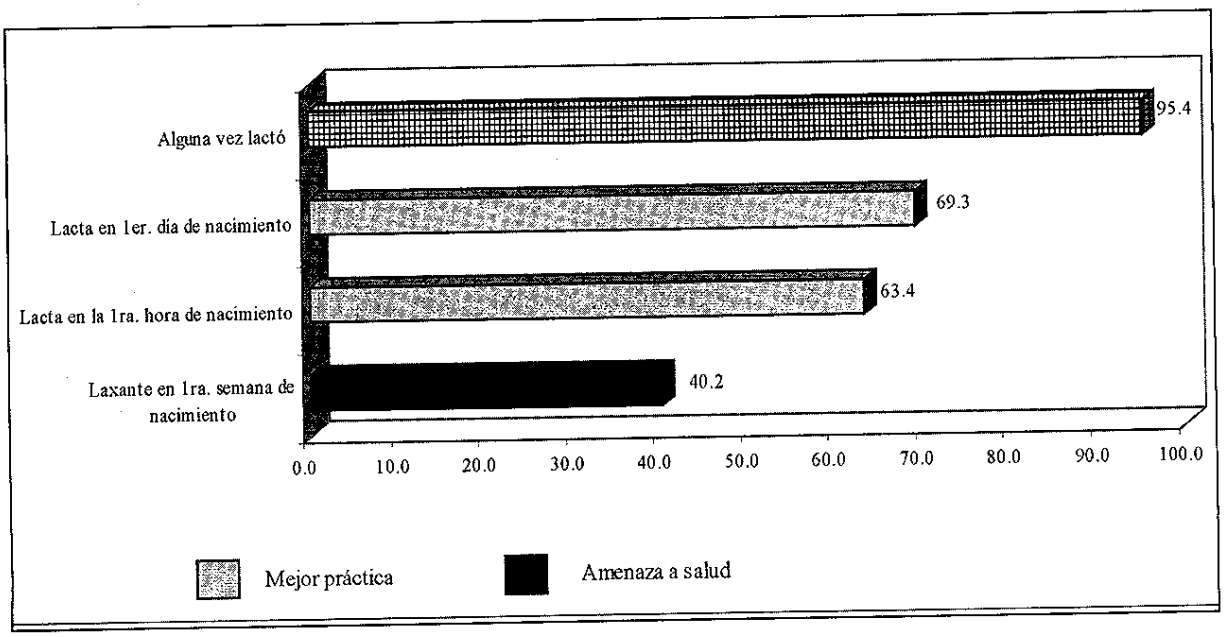
Entre niños y niñas nacidos vivos menores de dos años antes de la encuesta, porcentaje que recibió lactancia materna en algún momento, porcentaje que empezó a lactar dentro de la primera hora y dentro del primer día de su nacimiento, y porcentaje que recibió un laxante durante la primera semana, por características seleccionadas

CARACTERÍSTICAS	LACTARON				USO DE LAXANTES	Total Característica
	Alguna vez/1	Dentro de la 1ra. hora de nacido/2	Dentro del 1er día de nacido/3	Total Nacidos Vivos	Laxante durante 1era semana de nacido/4	Nacidos Vivos
Sexo						
Masculino	95.7	62.2	68.0	259	37.1	259
Femenino	95.0	64.8	70.8	243	43.6	241
				502		500
Educación de la madre						
Ninguno	95.7	60.4	67.1	143	38.7	142
1-4 primaria	96.6	65.2	68.5	178	43.6	179
5-8 primaria	94.0	64.4	71.9	135	38.1	134
Secundaria+	92.1	66.7	71.8	39	34.2	38
NS/SR	100.0	42.9	71.4	7	57.1	7
				502		500
Etnia de la madre						
Dominicana	95.6	63.0	67.8	345	35.3	340
Haitiana	92.2	67.7	73.8	65	43.8	64
Domínico-Haitiana	96.7	62.9	70.8	89	57.0	93
NS/SR	100.0	33.3	100.0	3	0.0	3
				502		500
Ingreso del hogar						
Ninguno- 10,536	95.4	67.3	74.0	196	41.6	197
10,537-30,000	95.7	63.0	66.2	210	40.4	208
30,001 y más	94.7	56.3	66.7	96	36.8	95
				502		500
% del Total	**95.4**	**63.4**	**69.3**		**40.2**	

NOTAS: Excluidos los siguientes casos sin información: 1) 23 casos; 2) 18 casos; 3) 19 casos; y 4) 2 casos. 3) Incluye niños/as que lactaron en la primera hora de su nacimiento.

El 95 por ciento de los niños y niñas han lactado alguna vez. Este porcentaje es casi el mismo para las diferentes subpoblaciones analizadas. El momento de iniciación de la lactancia es importante y tiene lugar durante la primera hora después del nacimiento para el 63 por ciento de los nacimientos vivos y dentro de las 24 horas después del nacimiento para el 69 por ciento; proporción última que incluye nacimientos dentro de la primera hora. Los datos indican que a pesar de la práctica generalizada de haber lactado alguna vez, solamente un poco menos de dos de cada tres niños/as recibe el pecho por primera vez durante la primera hora de su nacimiento y que solamente una proporción muy pequeña de infantes (6 por ciento) que no lacta durante la primera hora, es lactado después de la primera hora en el mismo día de su nacimiento. El Gráfico 8.1 presenta las prácticas de lactancia inicial, así como la práctica de darle a bebés recién nacidos un laxante durante su primera semana de vida.

GRAFICO 8.1 PRACTICAS DE ALIMENTACION INICIAL



No se observan diferencias de importancia en el patrón de lactancia entre las subpoblaciones estudiadas, con excepción de la distribución por nivel de ingreso en el hogar. Una proporción mayor de madres de hogares indigentes lacta dentro de la primera hora (67 por ciento) que la proporción de hogares pobres (63 por ciento) o menos pobres (56 por ciento).

Al comparar los datos de lactancia inicial en los bateyes con los parámetros nacionales rural y urbano de 1996 y 1999--Cuadro 8.2--se observa una proporción aproximadamente igual de menores que lactaron alguna vez. De igual manera, la proporción de lactantes durante la primera hora de nacimiento no es muy desigual entre las subpoblaciones comparadas con datos de 1996 y 1999. Pero, la brecha aumenta cuando se comparan lactantes durante el primer día de nacimiento. Durante el período de 1996-1999, la lactancia durante el primer día aumentó del 81 al 83 por ciento en la zona urbana y se redujo al 84 por ciento en la rural, mientras que en los bateyes, dos años antes de la encuesta, solamente alcanza el 69 por ciento.

CUADRO 8.2 COMPARACION DE LA LACTANCIA INICIAL CON PARAMETROS NACIONALES

Porcentaje que recibió lactancia materna en algún momento, porcentaje que empezó a lactar dentro de la hora de nacimiento y porcentaje que empezó dentro del primer día de su nacimiento

CARACTERÍSTICAS	PORCENTAJE DE NIÑOS/AS QUE LACTÓ: Alguna vez	Dentro de la 1ra. hora de nacido	Dentro del 1er día de nacido	Número de Niños
Bateyes Rurales 1999/a	95.4	63.4	69.3	500
Zona Urbana, ENDESA 1996/b	92.1	59.2	80.4	2,551
Zona Rural, ENDESA 1996 /b	94.7	68.8	87.2	1,828
Zona Urbana, ENDESA 1999/b	93.9	62.6	82.8	335
Zona Rural, ENDESA 1999/b	96.2	68.0	83.5	263

NOTAS: a) Menores de dos años nacidos vivos antes de la encuesta, excluyendo casos sin información.
b) Menores de cinco años nacidos vivos antes de la encuesta.

Por otra parte, el Cuadro 8.1 presenta una práctica en los bateyes que puede afectar negativamente el organismo de la población infantil. Una alta proporción de 40 por ciento de las madres reporta haberle suministrado a sus bebés un laxante durante la primera semana de nacimiento. Esta práctica no es exclusiva de los bateyes. En noviembre de 1993, CARE-Dominicana encontró que 44 por ciento de los niños y niñas menores de 3 años de las áreas rurales de las cuatro provincias del Noroeste y siete provincias del Suroeste recibían un laxante durante la primera semana de su nacimiento. La replicación del estudio en septiembre de 1995 encontró que la proporción disminuyó al 39 por ciento, después de la aplicación de un programa de educación materno-infantil en la zona estudiada (Tejada 1996).

El suministro de laxantes según subpoblaciones no presenta diferencias importantes, con la excepción de las subpoblaciones de menores definidas por la nacionalidad de la madre. La proporción de madres que dan laxantes a recién nacidos/as es mayor entre las domínico-haitianas (57 por ciento) y menor entre las dominicanas (35 por ciento).

8.1.2 LACTANCIA Y ALIMENTACION SUPLEMENTARIA SEGUN LA EDAD

Los datos sobre diferentes tipos de lactancia en la población menor de 2 años se presentan en el Cuadro 8.3. Al momento de la encuesta, 91 por ciento de la subpoblación menor de dos meses de edad estaban siendo amamantados. La proporción de lactantes disminuye según aumenta la edad, bajando al 53 por ciento en infantes de 10-11 meses, y al 28 por ciento en los/as de 18-19 meses. Al acercarse a los dos años de edad, la lactancia prácticamente finaliza, alcanzando apenas 2 por ciento en menores de 22-23 meses.

CUADRO 8.3 TIPO DE LACTANCIA SEGUN EDAD

Distribución porcentual de niños y niñas sobrevivientes menores de dos años, por condiciones de lactancia durante las 24 horas que precedieron a la encuesta, según la edad en meses

	No están lactando	Lactancia exclusiva	Lactan y reciben: Sólo agua	Lactan y reciben: Complementos	Total Grupos de Edad %	Total Grupos de Edad Niños
Edad en meses						
0-1	8.7	15.2	13.0	63.0	100.0	46
2-3	9.3	11.6	11.6	67.4	100.0	43
4-5	11.4	4.5	4.5	79.5	100.0	44
6-7	21.4	0.0	9.5	69.0	100.0	42
8-9	35.0	0.0	0.0	65.0	100.0	40
10-11	47.4	0.0	0.0	52.6	100.0	38
12-13	50.0	0.0	0.0	50.0	100.0	54
14-15	65.9	0.0	0.0	34.1	100.0	44
16-17	69.2	0.0	0.0	30.8	100.0	39
18-19	72.1	0.0	0.0	27.9	100.0	43
20-21	73.0	0.0	0.0	27.0	100.0	37
22-23	97.6	0.0	0.0	2.4	100.0	41
0-3	9.0	13.5	12.4	65.2	100.0	89
4-6	16.4	3.0	4.5	76.1	100.0	67
7-9	28.8	0.0	5.1	66.1	100.0	59
10-23	67.2	0.0	0.0	32.8	100.0	296
% del Total	**46.0**	**2.7**	**3.3**	**47.9**	**100.0**	
Niños	235	14	17	245		511

Nota: 8 casos excluidos sin información.

La lactancia exclusiva es recomendada durante los primeros seis meses de vida. A nivel nacional es relativamente baja, alcanzando el 36 por ciento en niños y niñas de 0-1 mes de vida, 14 por ciento en el grupo de 2-3 meses de edad y sólo 6 por ciento para el grupo de 4-5 meses de edad (ENDESA-RD/1996, Cuadro 9.2).[1] En la población de menores de dos años de los bateyes, la lactancia exclusiva es mucho menor. Entre infantes de 0-1 mes de vida, solamente 15 por ciento lactaba con exclusividad al momento de la encuesta, proporción que se reduce al 12 por ciento en niños y niñas de 2-3 meses y al 5 por ciento en niños y niñas de 4-5 meses de edad.

La complementación alimenticia con agua, líquidos y alimentos sólidos, se inicia a una edad extremadamente temprana. Entre bebés de 0-1 mes de vida, tres de cada cuatro reciben un suplemento alimenticio: 13 por ciento lactan y reciben agua y 63 por ciento lactan y reciben otros

[1] Los datos inéditos del ENDESA-RD/99 se presentan agregados debido al tamaño pequeño de la muestra. De solamente 37 niños menores de 4 meses muestreados a nivel nacional, el 88.5 por ciento lactaba con exclusividad al momento de la encuesta, y el 59.7 por ciento en el grupo de 4-6 meses de edad. Se desconoce el procedimiento de muestreo y el error que se le asigna a estos resultados inesperados, excesivamente altos en relación al ENDESA de 1996. Por esta razón es preferible tomar los datos nacionales de 1996 como referencia para esta variable y no los de 1999.

alimentos. Entre los niños y niñas de 2-3 meses de edad, 12 por ciento reciben solo agua con el seno y 67 por ciento reciben otros complementos; y entre los/as de 4-5 meses de edad, 5 por ciento reciben solo agua además de la leche materna y 80 por ciento reciben otros alimentos complementarios.

Los tipos de complementos alimenticios para niños y niñas menores de dos años se presentan en el Cuadro 8.4. Los datos se presentan por separado para infantes lactantes y no lactantes. La leche de fórmula para bebé es suministrada a niños/as menores de 6 meses solamente. Pero, antes de alcanzar el segundo mes de vida, la tercera parte de los niños y niñas reciben otros tipos de leche, y cerca de las dos terceras partes reciben otros líquidos, como jugos, sopas y tisanas.

Entre la subpoblación lactante menor de cuatro meses de edad, 10 por ciento recibe cereal; 3 por ciento alguna forma de puré de plátano, papa, u otros tipos de tubérculos; 4 por ciento recibe legumbres; 4 por ciento compotas de frutas y vegetales; y 4 por ciento algún tipo de carne o derivado de un producto animal –yogur, queso, mantequilla y aceite. Entre la subpoblación no-lactante menor de 4 meses, 75 por ciento son alimentados con otros tipos de leche; 38 por ciento con otros líquidos; y 13 por ciento con compotas de frutas y vegetales.

Al cumplir los cuatro meses de edad se observa un cambio en el patrón alimenticios de ambos grupos. La lactancia exclusiva y la leche de fórmula disminuyen drásticamente. Consecuentemente, la proporción de niños y niñas que ingieren otros tipos de leche aumenta, así como la proporción alimentada con diferentes tipos de complementos.

Entre la subpoblación no-lactante, se observa una mayor proporción de niños y niñas de 4-5 meses alimentados con complementos, que entre la lactante. Pero, en el conjunto de niños y niñas de 12-23 meses, edad en que el organismo requiere los alimentos de una persona adulta, la ingesta de alimentos sólidos y líquidos entre ambos grupos de lactantes y no lactantes es semejante, con la excepción del complemento con otras leches, que es mayor entre los no lactantes, como se puede esperar.

Las madres que nunca lactaron a sus bebés (4.6 por ciento) fueron cuestionadas sobre las razones que impidieron la lactancia. La principal razón ofrecida por más de la mitad de las madres se fundamenta en el rechazo del infante a ser amamantado. Las demás madres ofrecieron diferentes razones, como enfermedad del niño, niña o de la madre; problemas de los pezones; leche insuficiente; muerte del bebé; necesidad de la madre de trabajar; o sencillamente no sabe porqué no lo hizo o no quiso amamantar.

8.1.3 USO DEL BIBERON

El uso del biberón es intenso y prolongado, tanto entre lactantes como entre no-lactantes. Entre infantes menores de 4 meses de edad que lactan, las dos terceras partes usa biberón; el uso disminuye ligeramente al 60 por ciento entre infantes de 10-23 meses de edad. Entre los no lactantes, el uso del biberón es generalizado antes de los ocho meses y disminuye al 72 por ciento en el grupo de 10-23 meses de edad.

CUADRO 8.4 LACTANCIA Y ALIMENTACION COMPLEMENTARIA POR EDAD

Entre niños/as menores de dos años y sobrevivientes, porcentajes que recibieron alimentos específicos en las últimas 24 horas antes de la encuesta y porcentajes que usan biberón, por edad y condición de lactancia

	Entre lactantes, porcentaje de niños/as que reciben complementos/a										
	Lactancia exclusiva	Leche para bebé	Otras leches	Otros líquidos	Alimentos sólidos					Usa biberón	Niños Sobre-vientes
					Cereal	Víveres	Legumbres	Frutas Vegetales	Carne/yogur queso/huevo aceite/otro		
	INFANTES LACTANTES AL MOMENTO DE LA ENCUESTA										
Edad en meses											
0-1	15.2	19.0	31.0	64.3	4.8	2.4	2.4	2.4	0.0	66.7	42
2-3	11.6	23.1	35.9	69.2	15.4	2.6	5.1	5.1	7.7	66.7	39
4-5	4.5	10.3	59.0	89.7	28.2	12.8	33.3	23.1	17.9	71.8	39
6-7	0.0	0.0	59.4	96.9	56.3	21.9	37.5	31.3	31.3	65.6	32
8-9	0.0	0.0	61.5	100.0	53.8	23.1	26.9	38.5	50.0	73.1	26
10-11	0.0	0.0	75.0	100.0	70.0	45.0	60.0	70.0	75.0	80.0	20
12-13	0.0	0.0	51.9	96.3	85.2	25.9	66.7	63.0	51.9	55.6	27
14-15	0.0	0.0	73.3	100.0	60.0	46.7	40.0	60.0	46.7	73.3	15
16-17	0.0	0.0	41.7	100.0	66.7	41.7	66.7	58.3	83.3	50.0	12
18-23	0.0	0.0	34.8	100.0	91.3	43.5	78.3	56.5	60.9	43.5	23
0-3	14.8	21.0	33.3	66.7	9.9	2.5	3.7	3.7	3.7	66.7	81
4-6	3.6	7.1	64.3	92.9	37.5	16.1	37.5	25.0	17.9	75.0	56
7-9	0.0	0.0	53.7	97.6	53.7	22.0	26.8	36.6	48.8	63.4	41
10-23	0.0	0.0	54.6	99.0	77.3	39.2	63.9	61.9	61.9	59.8	97
% del Total	**5.1**	**7.6**	**50.2**	**88.0**	**45.8**	**21.1**	**35.3**	**33.5**	**33.8**	**68.5**	
	INFANTES NO LACTANTES/b										
Edad en meses											
0-1	NA	0.0	100.0	25.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	4
2-3	NA	0.0	66.7	50.0	0.0	0.0	0.0	25.0	0.0	100.0	4
4-5	NA	20.0	80.0	100.0	60.0	20.0	0.0	40.0	40.0	100.0	5
6-7	NA	0.0	100.0	80.0	37.5	12.5	50.0	30.0	30.0	100.0	10
8-9	NA	0.0	92.3	92.9	76.9	38.5	46.2	64.3	64.3	78.6	14
10-11	NA	0.0	83.3	100.0	94.4	22.2	50.0	66.7	55.6	66.7	18
12-13	NA	0.0	91.3	85.2	82.6	43.5	47.8	55.6	59.3	70.4	27
14-15	NA	0.0	82.1	89.7	67.9	35.7	50.0	58.6	51.7	69.0	29
16-17	NA	0.0	77.8	96.3	70.4	44.4	70.4	66.7	55.6	77.8	27
18-23	NA	0.0	74.7	91.8	76.8	37.9	60.0	50.0	63.3	72.4	98
0-3	NA	0.0	75.0	37.5	0.0	0.0	0.0	12.5	0.0	100.0	8
4-6	NA	11.5	88.9	81.8	44.4	11.1	22.2	27.3	27.3	100.0	11
7-9	NA	0.0	94.1	94.4	70.6	35.3	47.1	61.1	61.1	76.5	18
10-23	NA	0.0	79.1	92.0	77.0	37.7	57.6	55.8	59.3	71.9	199
% del Total		**0.5**	**80.5**	**89.8**	**73.8**	**35.7**	**54.3**	**53.4**	**55.9**	**69.4**	

NOTAS: a)Los porcentajes por tipo de alimentos pueden sumar más de 100 por ciento debido a que un infante por lo general recibe más de un alimento.
b)Entre los no lactantes, se omitieron 15 casos sin respuesta para las variables leche para bebé, otras leches, cereales, víveres y legumbres.

8.1.4 FRECUENCIA Y DURACION DE LA LACTANCIA

CUADRO 8.5 FRECUENCIA Y MEDIANA DE DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA

Porcentaje de infantes menores de 6 meses que recibieron pecho 6 o más veces durante las 24 horas que precedieron la encuesta, según características seleccionadas y duración mediana

CARACTERÍSTICAS	Pecho 6+ veces en últimas 24 hrs.	Número Niños/as	Cramer's V
Sexo			
Masculino	80.6	62	
Femenino	60.3	58	.22319*
		120	
Alimentación diferente a leche materna			
Lactancia exclusiva	85.7	14	
Pecho y agua	69.2	13	
Lactancia complementada	68.8	93	--
		120	
Educación de la madre			
Ninguno	77.5	40	
1-4 primaria	67.6	34	
5-8 primaria	63.3	30	
Alguno secundaria	69.2	13	
NS/SR	100.0	3	n.s.
		120	
Etnia de la madre			
Dominicana	67.1	79	
Haitiana	75.0	12	
Domínico-Haitiana	78.6	28	
NS/SR	100.0	1	--
		120	
Ingreso del hogar			
Ninguno- 10,536	73.2	41	
10,537-30,000	73.1	52	
30,001 y más	63.0	27	n.s.
		120	
% del Total	70.8		

DURACIÓN PROMEDIO Y MEDIANA DE LA LACTANCIA DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 24 MESES

Tipo de lactancia	Mediana en meses	Promedio en meses	Número Niños
Lactancia exclusiva	1.9	2.2	14
Lactancia con agua	3.7	3.5	17
Total que lactan	**7.1**	**8.2**	

El Cuadro 8.5 presenta la distribución de porcentaje de menores de seis meses que fueron amamantados por seis o más veces durante las últimas 24 horas previas a la entrevista, según características seleccionadas del niño, la madre y el hogar. Adicionalmente, el cuadro presenta la duración promedio y la mediana de la lactancia en niños y niñas menores de dos años de edad.

Entre los/as lactantes menores de seis meses de edad, 71 por ciento recibió el seno seis o más veces durante las 24 horas previas a la encuesta. Este porcentaje es mayor que el 59 por ciento encontrado a nivel nacional en 1996 y el 57.4 por ciento encontrado en 1999 (ENDESA-RD/1996, Cuadro 9.6 y ENDESA-RD/1999, Cuadro 9.06).

La intensidad de la lactancia no es la misma en las diferentes subpoblaciones. Existen diferencias estadísticamente significativas que permiten concluir que los varones son amamantados con más frecuencia que las hembras (81 por ciento frente a 60 por ciento respectivamente).

La frecuencia de la lactancia en menores de 6 meses en las últimas 24 horas antes de la encuesta no está asociada al nivel de educación de la madre o al estrato de ingreso en el hogar; y no son concluyentes para subpoblaciones definidas por la nacionalidad de la madre.

Con una muestra mayor, el tipo de lactancia podría estar asociado de manera estadísticamente significativa a la frecuencia de la lactancia. Se observa que una mayor proporción de infantes lactados de manera exclusiva recibió el seno más de seis veces durante las últimas 24 horas previas a la encuesta (86 por ciento) que la subpoblación de niños y niñas que recibió complementos de agua y otros alimentos (69 por ciento en ambos casos). Este hecho constituye un argumento más en favor de la lactancia exclusiva.

La lactancia promedio de infantes menores de dos años es de 8.2 meses y la mitad de ellos lacta por debajo de 7.1 meses. El promedio está por debajo del encontrado a nivel nacional en 1996, de 10.5 meses en menores de tres años de edad.

Pero, la mediana de duración de la lactancia en los bateyes (7.1 meses) es aproximada a la nacional de 7.6 meses para menores de tres años (ENDESA-RD, Cuadro 9.6). La mediana es una estadística más estable que el promedio, dado que no es afectada por observaciones extremas como son afectados los promedios, y como puede ser el caso cuando se selecciona la población de infantil de menores de tres años en vez de dos años de edad.

8.2 DESNUTRICION

8.2.1 ASPECTOS CONCEPTUALES

Es ampliamente aceptado que la desnutrición y la mortalidad infantil son resultado de la pobreza extrema (Mason 1984; Caldwell 1987; Mora et al 1990; UNICEF 1992). Su eliminación es una meta alcanzable a largo plazo que solamente se logra con la erradicación de la pobreza. Por esta razón, los indicadores de mortalidad y del estatus nutricional de la población infantil han dejado de ser únicamente indicadores de salud, para convertirse en índices económico y de desarrollo social de los pueblos.

La pobreza como causa primera define factores de causación intermedia e inmediata que pueden ser intervenidos para lograr reducir los efectos nefastos de la desnutrición a mediano o corto plazo. UNICEF (1998, 23) desarrolló un marco teórico que define las dos causas inmediatas de la desnutrición: *la alimentación inadecuada y las enfermedades*. Estas crean un círculo vicioso, (Pelletier 1994) dado que la desnutrición reduce la capacidad inmunológica del organismo, lo cual lleva a episodios de enfermedades cada vez más frecuentes y prolongados. A su vez, las infecciones causan pérdida de apetito, absorción deficiente de nutrientes y cambios en el metabolismo y la conducta.

La alimentación adecuada no es posible sin seguridad alimentaria. Esta última se define por la *disponibilidad* de cantidades suficientes de alimentos de calidad apropiada, ofertada a través de la producción doméstica o de importaciones; el *acceso* de los hogares o personas a recursos adecuados para poder adquirir alimentos apropiados para una dieta nutritiva; y el *uso* de los alimentos a través de una dieta adecuada, agua, saneamiento y atención a la salud (WFS 1996).

La desnutrición puede ser el resultado de deficiencias en la ingesta de uno de los tres grupos principales de nutrientes: proteínas, calorías y micronutrientes como las vitaminas y los

minerales. La más estudiada en nuestro país es la desnutrición por deficiencia de proteínas y calorías, la cual ocurre cuando la ingesta total proteico-calórica no es suficiente para el crecimiento normal del niño o niña. Esta deficiencia se mide en este capítulo utilizando dos métodos antropométricos de adecuación de peso y talla para la edad. La desnutrición por deficiencia de hierro en la sangre ha sido menos estudiada, y se mide en este estudio en las madres y niños y niñas menores de 12-59 meses. Aunque los micronutrientes son requeridos por el organismo en pequeñas cantidades, su ausencia tiene graves consecuencias para el organismo. La deficiencia de hierro en la sangre y la ingesta de yodo en el hogar y de vitamina A en niños y niñas menores de 6-59 meses de edad, se analiza en el Capítulo 9.

Como viéramos en los Capítulos 2, 3, 4 y 5 de este estudio, la población de los bateyes reúne las condiciones para que el círculo vicioso desnutrición-infección afecte negativamente la salud de la población más vulnerable. La disponibilidad y el acceso a alimentos es escaso y su uso no es apropiado. No existe una dieta suficiente para satisfacer el hambre de la población debido a los escasos recursos económicos que esta recibe por su trabajo. El ambiente no está saneado por el predominio de sistemas inadecuados de eliminación de excreta y desechos sólidos. Siete de cada diez hogares carecen de letrinas y menos de uno de cada diez recibe servicios de recolección de basura. A esta situación se añade las condiciones insalubres y de inseguridad de las viviendas, donde la mayoría tiene pisos de cemento agrietado y techos de materiales de desecho o de zinc oxidado y con goteras. Las dos terceras partes de la población carece de agua en su patio o dentro de la vivienda, y una tercera parte cocina con leña o carbón. Los servicios de salud son considerados por la gran mayoría distantes y de difícil acceso, con el agravante de que ocho de cada diez madres consideran un gran problema obtener el dinero para medicinas y siete de cada diez tienen temor de que en los centros de salud no las atiendan o las maltraten.

8.2.2 UNIDADES DE MEDICION DE DESNUTRICION POR DEFICIENCIA DE PROTEINAS Y CALORIAS

Las mediciones antropométricas de peso y talla para la edad constituyen el procedimiento utilizado para medir la desnutrición por deficiencias de calorías y proteínas. La población estudiada es comparada con una población de referencia recomendada por la OMS, la del Centro Nacional de Estadística de Salud de los Estados Unidos (NCHS-siglas en Inglés). Esta población ha sido establecida como patrón tipo, y ha sido normalizada para que la media y la mediana de la distribución de casos coincidan. Por razones estadísticas, las mediciones utilizadas para medir la desnutrición en este estudio se relacionan con la población de referencia por medio de valores de desviación estándar (valores Z), en vez de expresarlas como adecuaciones a la mediana de la población de referencia. [2]

En este estudio se realizaron mediciones antropométricas de peso y talla de niños y niñas menores de cinco años en todos los hogares de la muestra. Para ello, se siguieron las normas internacionales de entrenamiento, recolección, estandarización y análisis. Todas las mediciones

[2] Los valores Z son usados porque tienen la propiedad de tener una distribución normal; por esto, pueden proveer promedios y desviaciones estándares de la media fácilmente interpretables. La población de referencia tiene una distribución normal con una media de cero y una distribución estándar de uno. La proporción de la población que cae por debajo del puntaje Z de menos 2, es comparable con la población de referencia en que el 2.3% está por debajo de este puntaje (-2 desviaciones estándares). En cambio, la distribución de percentiles por lo general no es normal. Esto dificulta la consistencia de resultados entre diferentes niveles de edad y sexo.

fueron realizadas por dos equipos formados por una antropometrista y una asistente. Estas antropometristas son profesionales de la salud que normalmente realizan funciones de mediciones antropométricas con niños. [3]

La recolección de datos se hizo utilizando instrumentos de precisión. Los pesos de los niños se obtuvieron con la balanza electrónica UNISCALE 890 de UNICEF (SECA), la cual permite pesar infantes menores de dos años en los brazos de la madre. La medición de las tallas y longitudes de niños menores de dos años recostados, se tomaron siguiendo los procedimientos establecidos por I. J. Shorr (1986) utilizando tallímetros especiales de madera denominados *Shorr Board-Infant/Child/Adult Model.*

Los niveles críticos utilizados en este estudio para clasificar a tres categorías de desnutridos se presentan en el Cuadro 8.6. La medición de la desnutrición leve (-2 DE a <-1 DE) se fundamenta en evidencia reciente que la señala como factor de riesgo de mortalidad infantil. Pelletier (1994) encontró una asociación estadísticamente significativa entre la desnutrición leve a moderada y la mortalidad infantil, como resultado de revisar 28 investigaciones diferentes en 12 países de Asia y Africa. Los resultados consistentes de estos estudios muestran que el riesgo a la mortalidad está inversamente relacionado a indicadores antropométricos de estado nutricional; y que además, existe un riesgo alto de morir en el rango de desnutrición leve a moderada. Los resultados indican que 16 a 80 por ciento de las muertes asociadas a desnutrición están relacionadas a niveles de desnutrición leve a moderada en vez de severa; y en la mayoría de los estudios, el hallazgo es en el 46 a 80 por ciento de los casos. Pelletier señala como esta proporción de muertes causadas por desnutrición leve a moderada, es ignorada por políticas y programas que tienden a enfocar de manera predominante o exclusiva la desnutrición severa.

CUADRO 8.6 NIVELES CRITICOS PARA LAS CATEGORIAS DE DESNUTRICION DE LOS INDICADORES DE TALLA PARA LA EDAD Y PESO PARA LA EDAD

NIVELES CRÍTICOS*	INTERPRETACIÓN NUTRICIONAL	
	Peso/Edad Estado Nutricional Global	Talla/Edad Estado Nutricional Pasado
< –3 DE	Desnutrición Severa	Retardo Severo
–3 DE a < –2 DE	Desnutrición Moderada	Retardo Moderado
–2 DE a < –1 DE	Desnutrición Leve	Retardo Leve

NOTA: DE significa desviación estándar y es el resultado de comparar el valor antropométrico de un niño con el promedio de la población de referencia del mismo sexo y edad.

FUENTES: OMS. *Informe de una Discusión sobre Propósito, Uso e Interpretación de Indicadores Antropométricos de Estado Nutricional*, OMS, Ginebra 12-14, octubre 1983; e INCAP. *Indices e Indicadores Antropométricos*. Guatemala: INCAP, 1986.

[3] Ambas antropometristas tienen amplia experiencia en mediciones de niños. Una es la encargada de antropometría en el IDAN y otra es enfermera de pediatría. Adicionalmente, las supervisoras tenían experiencia con el instrumental de medición en ENDESAs previas.

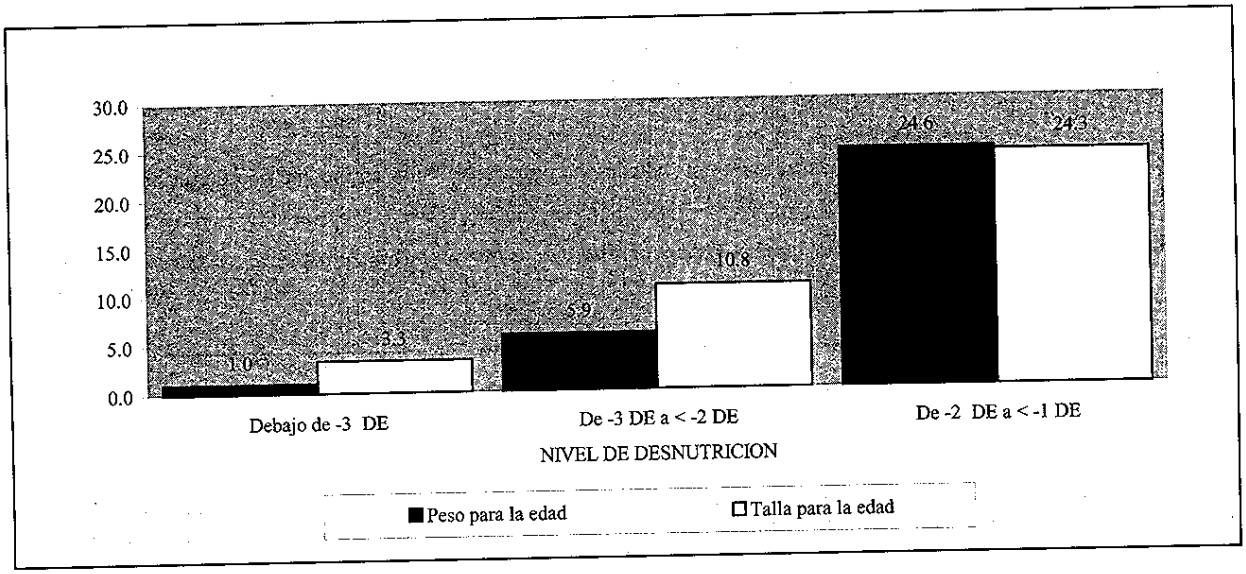
En el presente estudio se adoptaron dos indicadores para medir desnutrición: peso y talla para la edad en niños y niñas menores de cinco años. El peso para la talla no se presenta debido a que es un indicador de desnutrición *aguda* o *emaciación*, típico de sometimiento a hambrunas que no son prevalentes en República Dominicana. En la última encuesta nacional de salud donde se midió el estado nutricional (ENDESA-RD/1996), solamente 1 por ciento de la población menor de cinco años de edad presentó síntomas de desnutrición aguda.

Otro aspecto que amerita mención es el del uso de poblaciones de referencia de países desarrollados en países con índices económicos pobres. Este tema ha sido discutido en relación a la población de raza Maya de Guatemala, con características de estatura relativamente baja en comparación con otras razas. En esencia, la adopción de poblaciones de referencia de países desarrollados para comparar poblaciones de países con altos índices de pobreza, se fundamenta en atribuir los patrones de crecimiento de peso y talla en la población menor de cinco años de edad a factores ambientales y no genéticos. La revisión de Martorell (1975) plantea que el impacto de factores étnicos en el crecimiento de preescolares en países pobres es reducido, en comparación con las diferencias causadas por el medio ambiente y la clase social.

8.2.3 DESNUTRICION EN MENORES DE CINCO AÑOS Y DIFERENCIAS CON LA POBLACION NACIONAL

El Gráfico 8.2 presenta el resultado de las mediciones antropométricas de peso para la edad de la población meta de menores de cinco años. El peso para la edad es considerado como un indicador general del estado nutricional y de la situación alimentaria de la población. Los resultados de las mediciones de peso para la edad evidencian que cerca de la tercera parte de la población infantil de los bateyes de menores de cinco años tiene un peso menor que el esperado para su edad y sexo. La desnutrición por bajo peso para la edad es severa para el 1 por ciento de esta población, moderada para el 5.9 por ciento y leve para el 24.6 por ciento.

GRAFICO 8.2 PESO Y TALLA PARA LA EDAD EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS



Los niveles de retardos en el crecimiento esperado para la edad alcanzan una proporción mayor en niños y niñas menores de cinco años (38.4 ciento) que la proporción de esta población afectada por bajo peso para la edad (31.5 por ciento). El 3.3 por ciento de la población infantil menor de cinco años de edad padece de desnutrición crónica o retardo severo del crecimiento, 10.8 por ciento presenta retardo moderado y 24.3 por ciento retardo leve.

En comparación con parámetros nacionales, la desnutrición severa por bajo peso para la edad es semejante al indicador nacional en 1996; la moderada por bajo peso para la edad es ligeramente superior al 5 por ciento nacional e inferior al 7.3 por ciento determinado en la zona rural del país. Las estadísticas de adecuación de talla para la edad indican una situación de retardo en el crecimiento ligeramente superior al retardo encontrado a nivel nacional. El retardo en el crecimiento severo nacional encontrado en 1996 fue de 2.8 por ciento y el moderado de 7.9 por ciento (ENDESA-RD, Cuadro 9.7). El retardo leve no es calculado por la ENDESA.

8.2.4 NIVELES DE DESNUTRICION SEGUN VARIABLES SELECCIONADAS

El Cuadro 8.7 presenta los resultados de las mediciones antropométricas distribuidos en tres niveles de desnutrición según sexo y edad de la población infantil, según el nivel educativo y la etnia de la madre, y según el nivel de pobreza en el hogar. Solamente el sexo del/a menor y el nivel de pobreza, medido por la categoría de ingreso en el hogar, no inciden de manera estadísticamente significativa en el valor esperado de talla para la edad ni de peso para la edad.

La población menor de un año de edad es la menos desnutrida según la talla esperada para la edad. Antes de cumplir los 6 meses de edad, 3.8 por ciento presenta retardo severo en el crecimiento y 6.8 por ciento retardo moderado. Sin embargo, el grupo de 6-11 meses se recupera del retardo severo mientras aumenta la proporción con retardo moderado al 9.2 por ciento. Al mismo tiempo, la población con retardo leve de crecimiento pasa del 13.6 por ciento al 19.2 por ciento. Es probable que el porcentaje de menores de 6 meses con retardo moderado a severo refleje nacimientos prematuros y/o con bajo peso.

A partir del primer año, el retardo en el crecimiento aumenta para disminuir ligeramente entre menores de dos a tres años. La población de 12-23 meses de edad tiene la mayor proporción de retardos en el crecimiento esperado para la edad: 17.6 por ciento con retardos severos a moderados, mientras en menores de 6 meses esta proporción es de 10.6 por ciento y en la población de 6-11 meses de 9.2 por ciento. Estas estadísticas pueden reflejar el efecto del destete. La recuperación de la población con retardo severo de crecimiento de 12-23 meses de edad es lenta, disminuyendo de 4.3 por ciento a 2.3 por ciento en el grupo de 4 años de edad. Los niveles críticos de desnutrición moderada a leve se mantienen, dado que solamente 3.2 por ciento de infantes de 48-59 meses se recuperan de los retrasos de crecimiento moderado a leve medidos en la población infantil de 12-23 meses. La desnutrición severa a moderada por bajo peso para la edad es también mayor en la subpoblación de 12 a 23 meses (10.2 por ciento) y menor en infantes de 0- 6 meses de edad (3.1 por ciento). De los dos años en adelante, la desnutrición leve persiste, aunque la proporción de desnutrición severa a moderada disminuye lentamente, reduciéndose a 5.8 por ciento en el grupo de cuatro años de edad. El Gráfico 8.3 ilustra los diferentes niveles del estado nutricional de peso y talla para la edad según los diferentes grupos de edad de la población meta infantil.

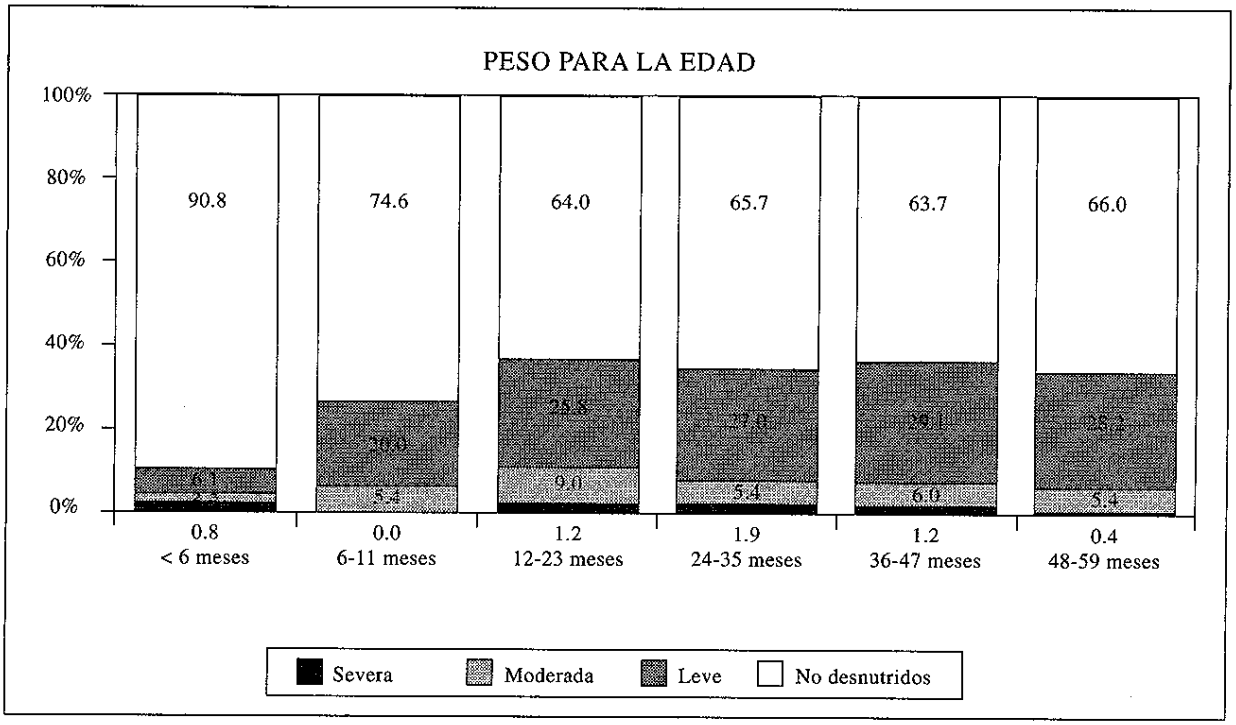
CUADRO 8.7 TRES NIVELES DE DESNUTRICION INFANTIL SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS*

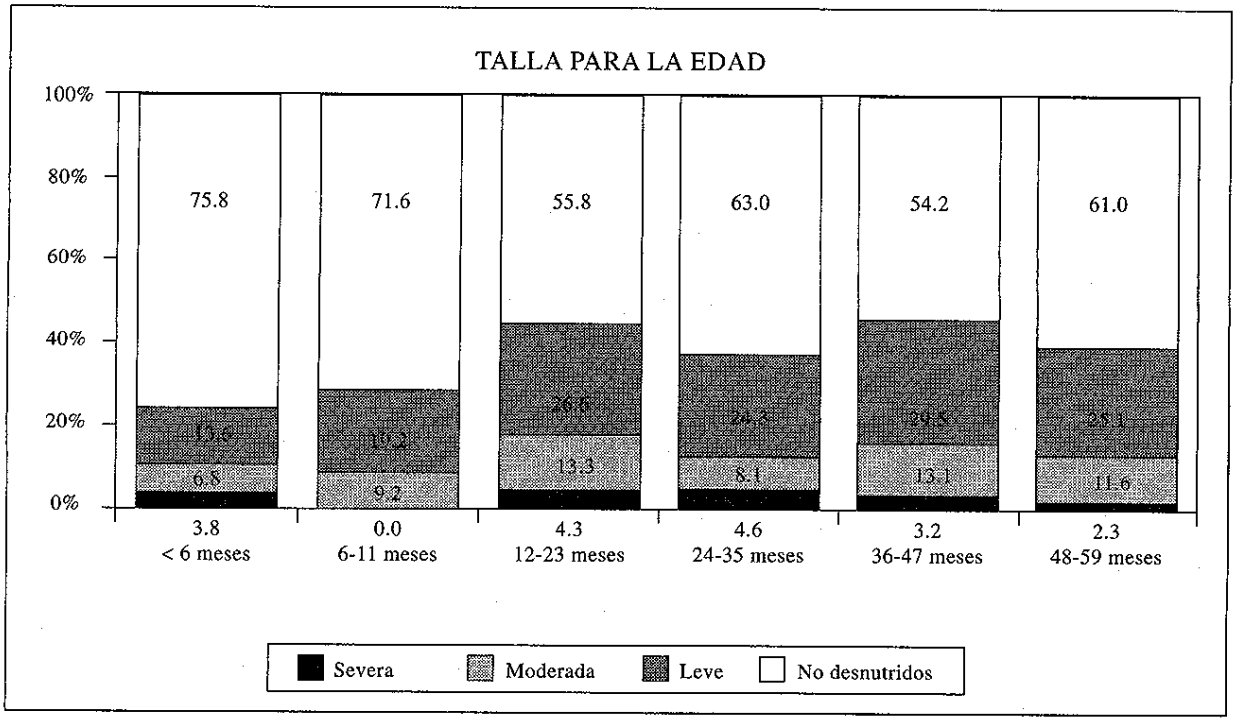
Entre niños y niñas menores de cinco años, distribución de porcentajes clasificados como desnutridos/as según dos índices antropométricos: talla para la edad y peso para la edad, según sexo y edad del niño y variables seleccionadas de la madre y el hogar

	PESO PARA LA EDAD			TALLA PARA LA EDAD			Total Características	
Características	< -3 DE Severa	-3 DE a <-2 DE Moderada	-2 DE a <-1 DE Leve	<-3 DE Severa	-3DE a <-2 DE Moderada	-2 DE a <-1 DE Leve	%	Niños
Sexo								
Masculino	0.8	5.4	26.3	3.7	10.7	25.4	50.2	646
Femenino	1.2	6.4	22.8	2.8	10.9	23.2	49.8	641
Cramer's V	n.s.			n.s.			100.0	1,287
Edad del niño en meses								
< 6 meses	0.8	2.3	6.1	3.8	6.8	13.6	10.3	132
6-11 meses	0.0	5.4	20.0	0.0	9.2	19.2	10.1	130
12-23 meses	1.2	9.0	25.8	4.3	13.3	26.6	19.9	256
24-35 meses	1.9	5.4	27.0	4.6	8.1	24.3	20.1	259
36-47 meses	1.2	6.0	29.1	3.2	13.1	29.5	19.5	251
48-59 meses	0.4	5.4	28.2	2.3	11.6	25.1	20.1	259
Cramer's V		.12994***			.11801****		100.0	1,287
Educación de la madre								
Ninguno	2.1	8.4	25.3	6.1	11.3	28.4	29.5	380
1-4 primaria	0.6	5.9	26.6	2.5	13.1	23.0	36.8	473
5-8 primaria	0.6	4.5	21.4	2.3	8.4	24.7	23.9	308
Secundaria+	0.0	1.8	21.9	0.0	6.1	16.7	8.9	114
NS/SR	0.0	0.0	25.0	0.0	8.3	8.3	0.9	12
Cramer's v	--				.09616****		100.0	1,287
Etnia de la madre								
Dominicana	0.7	5.2	23.8	2.8	10.2	22.9	70.2	903
Haitiana	2.4	12.0	31.1	6.0	14.4	34.7	13.0	167
Domínico-Haitiana	1.5	4.4	22.8	3.4	11.2	22.3	16.0	206
NS/SR	0.0	0.0	18.2	0.0	0.0	18.2	0.9	11
Cramer's v	--				.08729**		100.1	1,287
Ingreso del hogar								
Ninguno- 10,536	1.1	5.9	25.9	3.8	11.5	24.5	40.6	522
10,537-30,000	1.1	6.5	25.3	3.0	11.4	25.0	41.7	537
30,001 y más	0.4	4.4	19.7	2.6	7.9	22.4	17.7	228
Cramer's V	n.s.			n.s.			100.0	1,287
% del Total	**1.0**	**5.9**	**24.6**	**3.3**	**10.8**	**24.3**		

NOTA: * De 1,287 niños y niñas menores de 5 años en la muestra, un total de 42 niños no fueron pesados y 44 no fueron medidos, es decir que se logró un 97 por ciento de las mediciones. Estos casos son incluidos sin respuesta, en los cálculos de la prevalencia de desnutrición. La ENDESA-RD/199 reporta un 84 por ciento de mediciones logradas.

GRAFICO 8.3 PESO Y TALLA PARA LA EDAD SEGUN GRUPOS DE EDAD





El nivel educativo y la etnia de la madre inciden en los niveles de retardo del crecimiento. Una proporción mayor de menores alcanzan retardos de crecimiento entre las madres sin ningún nivel educativo y entre las que solo alcanzan de 1ro. a 4to. de la primaria. Entre las madres con algún grado de secundaria o universitario no hay retardos severos, 6 por ciento de los niños y niñas tienen retardos moderados y 17 por ciento leves. Por otra parte, la proporción de retardos severos en el crecimiento es mayor cuando la madre es haitiana (6.0 por ciento) que cuando es domínico-haitiana (3.4 por ciento) o dominicana (2.8 por ciento). Los retardos en el crecimiento moderados y leves también son mayores en infantes de madres haitianas (14.4 y 34.7 por ciento respectivamente) que en infantes de madres domínico-haitianas (11.2 y 22.3 por ciento respectivamente) o dominicanas (10.2 y 22.9 por ciento).

El Cuadro 8.8 presenta los niveles de desnutrición severa a moderada de forma agregada. El 14.1 por ciento de los niños y niñas tienen retrasos de crecimiento severo a moderado y el 6.9 desnutrición severa a moderada por bajo peso para la edad. No se pudieron rechazar las hipótesis de no diferencias en el estado nutricional de peso ni en el de talla para la edad de niños y niñas, según su sexo; según la pobreza en el hogar, medido por el nivel de ingresos; y según la participación o no del hogar en programas de donación de alimentos, creados con la finalidad de paliar los efectos del Huracán Georges. Pero, fue posible rechazar las hipótesis de no diferencias entre las poblaciones infantiles según los grupos de edad a que pertenecen, el nivel de educación y la etnia de la madre.

La población con retardos de crecimiento severo a moderado alcanza el 17 por ciento entre las madres sin ningún nivel de educación formal, proporción que disminuye al aumentar el nivel de educación de la madre, hasta reducirse al 6 por ciento entre las que tienen algún grado de educación secundaria o universitaria. El factor étnico también es importante. Los hijos e hijas de madres haitianas alcanzan la mayor proporción de menores de cinco años con retardos de crecimiento severo a moderado (20 por ciento); proporción que disminuye cuando la madre es domínico-haitiana (15 por ciento) o dominicana (13 por ciento).

La deficiencia de peso para la edad depende, al igual que el retardo en el crecimiento, del nivel de escolaridad y la etnia de la madre. Entre madres sin ningún nivel educativo, 11 por ciento de sus niños/as menores de cinco años tienen deficiencia de peso severa a moderada. Esta proporción disminuye cuando el nivel de escolaridad aumenta, reduciéndose al 5 por ciento en niños/as con madres que alcanzan el segundo nivel de la primaria y al 2 por ciento en menores con madres que tienen algún grado de secundaria o universitario. Por otra parte, la deficiencia severa a moderada de peso para la edad en infantes de madres dominicanas y dominico-haitianas alcanza el 6 por ciento, proporción que se eleva al 14 por ciento cuando la madre es haitiana. La deficiencia de peso para la edad leve también es mayor cuando la madre es haitiana (31 por ciento) en vez de dominicana (24 por ciento) o dominico-haitiana (23 por ciento).

En conclusión, se han encontrado evidencias de que las determinantes de sexo y de pobreza, este último medido por la categoría de ingresos en el hogar, no tienen incidencia estadísticamente significativa en el estado nutricional de adecuación de talla y peso para la edad de menores de cinco años de la población de los bateyes dominicanos del CEA. Las determinantes incidentes son más bien de naturaleza cultural y educativa. Este hallazgo se asemeja a resultados de otros estudios, en los que se ha encontrado desnutrición aún cuando los alimentos sean suficientes, el habitat sea sano, y el hogar tenga acceso a servicios de salud (UNICEF 1998, 27).

ORO 8.8 INDICADORES DE DOS NIVELES DE DESNUTRICION INFANTIL POR CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

Entre niños y niñas menores de cinco años, distribución de porcentajes clasificados como desnutridos según dos índices antropométricos: talla para la edad y peso para la edad, según sexo y edad del niño y variables seleccionadas de la madre y el hogar

CARACTERÍSTICAS	PESO PARA LA EDAD <-2 DE Severa a Moderada	PESO PARA LA EDAD -2 DE a <-1 DE Leve	TALLA PARA LA EDAD <-2 DE Severa a Moderada	TALLA PARA LA EDAD -2 DE a <-1 DE Leve	Total %	Total Niños/as
Sexo						
Masculino	6.2	26.3	14.4	25.4	50.2	646
Femenino	7.6	22.8	13.7	23.2	49.8	641
Cramer's V	n.s.		n.s.		100.0	1287
Edad del niño en meses						
Menos de 6 meses	3.0	6.1	10.6	13.6	10.3	132
6-11 meses	5.4	20.0	9.2	19.2	10.1	130
12-23 meses	10.2	25.8	17.6	26.6	19.9	256
24-35 meses	7.3	27.0	12.7	24.3	20.1	259
36-47 meses	7.2	29.1	16.3	29.5	19.5	259
48-59 meses	5.8	28.2	13.9	25.1	20.1	251
Cramer's V	.14629****		.12897****		100.0	1287
Educación de la madre						
Ninguno	10.5	25.3	17.4	28.4	29.5	380
1-4 primaria	6.6	26.6	15.6	23.0	36.8	473
5-8 primaria	5.2	21.4	10.7	24.7	23.9	308
Secundaria+	1.8	21.9	6.1	16.7	8.9	114
NS/SR	0.0	25.0	8.3	8.3	0.9	12
Cramer's V	.09216**		.09918***		100.0	1287
Etnia de la madre						
Dominicana	5.9	23.8	13.0	22.9	70.2	903
Haitiana	14.4	31.1	20.4	34.7	13.0	167
Domínico-Haitiana	5.8	22.8	14.6	22.3	16.0	206
NS/SR	0.0	18.2	0.0	18.2	0.9	11
Cramer's V	.08476**		.08539***		100.1	1287
Ingreso del hogar						
Ninguno- 10,536	7.1	25.9	15.3	24.5	40.6	522
10,537-30,000	7.6	25.3	14.3	25.0	41.7	537
30,001+	4.8	19.7	10.5	22.4	17.7	228
Cramer's V	n.s.		n.s.		100.0	1287
Recibe alimentos						
Si	5.3	25.1	11.6	24.5	24.8	319
No	7.4	24.4	14.9	24.3	75.2	968
Cramer's V	n.s.		n.s.		100.0	1287
% del Total	**6.9**	**24.6**	**14.1**	**24.3**		

8.2.5 DIFERENCIAS EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACION INFANTIL PARTICIPANTE Y NO PARTICIPANTE EN EL PROGRAMA DE ALIMENTOS

En el Cuadro 8.8 se presentan las estadísticas de desnutrición de niños y niñas menores de cinco años según su participación o no en el programa de alimentos donados, anteriormente descripto en el Capítulo 4 de este estudio. No fue posible rechazar la hipótesis de no diferencia en el estado nutricional de niños y niñas participantes en el programa de alimentos y no participantes. La proporción con desnutrición severa a moderada por bajo peso para la edad es del 5.3 por ciento en menores de hogares participantes y 7.4 por ciento en menores de hogares no participantes. La proporción de desnutridos/as leves es de 25.1 por ciento en hogares participantes y de 24.4 por ciento en hogares no participantes. Las diferencias son causadas por errores de muestreo y no obedecen a diferencias reales en la población.

La ausencia de significación estadística no es un evento concluyente en este caso que permita afirmar que el programa no tuvo impacto en el estado nutricional de los menores de cinco años. En otras palabras, los resultados no son concluyentes. Esto así, porque se carece de una medición inicial. No es posible descartar la explicación alternativa de que inicialmente los hogares seleccionados para el programa de alimentos tenían una proporción mayor de menores con bajo peso y retardos en su crecimiento que los hogares no seleccionados (Campbell y Stanley, 1966). De hecho, el programa ejecutado por la Cruz Roja aplicó encuestas para seleccionar los hogares más pobres--aunque el estado nutricional no fuera medido y no todos los bateyes participaran. Es una posibilidad que no puede ser descartada por este estudio, que la desnutrición disminuyera en la población infantil de hogares participantes en el programa de alimentos hasta igualar el estado nutricional de la población infantil no participante.

8.3 CONCLUSIONES

Como indicáramos al principio, el estado nutricional de niños y niñas menores de cinco años es uno de los indicadores más importantes para medir el grado de bienestar y desarrollo de una nación, debido a su función de definir el riesgo de mortalidad y morbilidad de la población infantil. De aquí que la comparación de los niveles de desnutrición de la población de los bateyes con las del resto del país, constituya un análisis de importancia, considerando que es la primera vez que este tipo de medición se realiza en la población de los bateyes del CEA.

Dada las condiciones infrahumanas en que se encuentran las poblaciones de los bateyes, según se presentara en capítulos anteriores, la prevalencia de desnutrición puede considerarse inferior a lo esperado. Se hace necesario explicar las razones por las cuales la proporción de desnutridos/as es ligeramente mayor en las áreas rurales de la nación dominicana que en los bateyes rurales del CEA. Esta explicación puede fundamentarse en varios factores:

Primero, los bateyes rurales, en su mayoría conforman un entorno geográficamente próximo al batey central, este último ubicado generalmente en zonas urbanas importantes de las provincias o en el mismo Distrito Nacional de Santo Domingo. La proximidad a núcleos poblacionales urbanos de importancia implica la incidencia de los mismos servicios y oportunidades que muestran las estadísticas de las poblaciones residentes en zonas urbanas, aunque esta incidencia

se debilita en los bateyes localizados a mayor distancia de los centros urbanos. Esta tesis se fortalece con el hallazgo en este estudio del acceso de las mujeres embarazadas a los centros públicos de salud y la atención al parto que reciben en las maternidades y hospitales del estado dominicano. En el ámbito económico, la población encuentra oportunidades de empleo en los sectores formales e informales de la economía, independientemente de la proporción relativamente pequeña que trabaja en el CEA—ver Capítulo 3.

Segundo, los datos se refieren a la población que reside de manera permanente en los bateyes, excluyendo la población migratoria que busca ocupación durante el período de la zafra azucarera. Es posible que una medición de la población infantil durante el período de zafra arroje mayores proporciones de desnutrición que la encontrada durante el período de siembra de la caña. Esto así, porque la migración cíclica es asumida por la población más pobre. Además, la movilidad impide la integración de la madre a programas educativos que puedan mejorar sus prácticas de salud y nutrición. Y por último, en la generalidad de los casos, la migración cíclica es asumida por familias de nacionalidad haitiana. Sistemáticamente, las madres autodefinidas con la nacionalidad haitiana, presentan las prácticas más amenazantes a su propia salud y a la de sus hijos/as, y estos últimos, mantienen la más elevada prevalencia de desnutrición.

Tercero, los datos sobre desnutrición en la zona rural de la nación fueron recolectados en 1996 mientras los datos de los bateyes representan la realidad de diciembre de 1999. Es probable que la situación en las zonas rurales haya mejorado durante el período de más de tres años de diferencia, y que de hecho, la desnutrición en los bateyes sea peor que en las zonas rurales. Esta tesis es avalada por la tendencia histórica de República Dominicana a mejorar la situación nutricional de su población infantil. La ENDESA de 1986 presenta una proporción de infantes entre 6 y 36 meses de edad con desnutrición severa a moderada por bajo peso para la edad de 12.5 por ciento a nivel nacional y 16.6 por ciento en la zona rural de la nación (Cuadro 8.11). En 1991, la proporción de menores de cinco años con desnutrición severa a moderada por bajo peso para la edad se redujo a 10.4 por ciento a nivel nacional y en 1996 a 5.9 por ciento (ENDESA-RD 1991 y 1996).

Por otra parte, las estadísticas de desnutrición en los bateyes son muy elevadas cuando se toman en cuenta subpoblaciones en su interior. Como toda sociedad, los bateyes son sociológicamente heterogéneos, pero, las brechas económicas en su interior son más reducidas que las del resto del país. Esto así, porque la pobreza es extensiva a casi todos los hogares que no logran cubrir el costo de la canasta familiar. Pero, la cultura y el nivel de escolaridad de las madres determinan subpoblaciones que presentan riesgo elevado de morbilidad y muerte. Así, mientras el 55.1 por ciento de niños/as de madres haitianas sufren de algún grado de desnutrición crónica, esta proporción es inferior en infantes de madres dominicanas (35.9 por ciento) o domínico-haitianas (36.9 por ciento).

De igual manera, la desnutrición crónica en menores de madres que finalizaron la educación primaria se reduce a menos de la mitad cuando se compara con infantes de madres sin ningún nivel educativo (45.8 por ciento de sus hijos/as menores de cinco años presentan algún nivel de desnutrición crónica). Esta última población de madres sin nivel de escolaridad no es despreciable, dado que afecta el 29.5 por ciento de la población de menores de cinco años de edad y las dos terceras partes de esta población cuando se incluyen las madres que solo lograron

completar del 1ro. al 4to. grado de la Primaria. De aquí que la movilización de recursos escasos para socorrer a la población más vulnerable de los bateyes puede ser dirigida a hogares de nacionalidad haitiana y a madres sin ningún nivel de escolaridad o con niveles inferiores al 5to. de la Primaria.

Otro hallazgo importante es el impacto de la lactancia materna en mejorar el estado nutricional de la población menor de un año de edad. Este impacto está implícito en el salto que muestra un empeoramiento de la desnutrición después del primer año y en la ausencia de otra teoría alternativa. La lactancia materna tiene impacto a pesar de que la lactancia exclusiva solamente alcanza el 13.5 por ciento de la población menor de 4 meses de edad; a pesar de que tres de cada cuatro menores 0-1 mes de edad recibe alimentos complementarios y 9 por ciento no lactan; y a pesar de la duración relativamente corta de la lactancia materna--después del primer año de vida, la mitad de los menores de dos años no lactaban al momento de la encuesta.

El empeoramiento del estatus nutricional, que se inicia después de los seis meses de edad, refleja prácticas incorrectas de destete. Es necesario estudiar de manera cualitativa los patrones de alimentación durante el período de 6-18 meses de vida. Estos patrones pueden estar ligados a la creencia de que la infancia durante ese período requiere pocas cantidades de alimentos y los que cumplen un año de vida no necesitan la variedad de nutrientes que demanda un adulto. De igual manera, la creencia en la necesidad de laxantes durante la primera semana de vida, necesita ser documentada—motivaciones, tipo y cantidad de laxantes, efectos en el organismo, etc.--para poder desarrollar una estrategia adecuada que la neutralice. Otra práctica que necesita ser mejorada, relacionada a la lactancia, es su iniciación durante las primeras 24 horas del nacimiento. El porcentaje de bebés lactando durante el primer día está por debajo de los estándares nacionales, a pesar de que la proporción de parturientas de los bateyes que dan a luz en centros de salud públicos, es mayor que la de la población en general.

CAPITULO 9

MICRONUTRIENTES

9.1 INTRODUCCION

Entre todos los micronutrientes[1] que el organismo requiere, la vitamina A, el hierro y el yodo son de gran importancia para la supervivencia infantil. La baja concentración de hemoglobina en la sangre designa a la anemia por insuficiencia de hierro; la carencia de yodo resulta en bocio y cretinismo; y la deficiencia de vitamina A está asociada a ceguera y defensas bajas del sistema inmunológico. Existe evidencia de que la deficiencia de estos micronutrientes conlleva a un riesgo mayor de mortalidad infantil que la presencia de desnutrición por deficiencia de proteínas y calorías. La deficiencia de hierro es la mayor causa de anemia, enfermedad que afecta a aproximadamente la mitad de los niños y de las mujeres embarazadas en los países pobres. La deficiencia de yodo, cuando afecta a mujeres embarazadas, tiene serias consecuencias, ya que los infantes nacidos en estas circunstancias corren el riesgo de sufrir de algún tipo de retardo mental. La consecuencia más grave es el cretinismo, en que los niños nacen sordomudos, retardados mentales y con problemas de desarrollo motor (Galway, Wolff y Sturgis 1987, 31).

En la Cumbre Mundial de la Niñez celebrada en Nueva York en septiembre de 1990, los dirigentes políticos de los países miembros, de la cual la República Dominicana es signataria, acordaron la eliminación virtual para el año 2000 de la deficiencia de vitamina A y de yodo. El interés internacional en eliminar las deficiencias de micronutrientes en el organismo se fundamenta en nuevos hallazgos científicos. Un estudio del International Science and Technology Institute, Inc.(ISTI) documenta como el aumento en el consumo de micronutrientes puede afectar "dramáticamente" la salud, la supervivencia infantil, la productividad y la calidad del trabajo mental (Sanghvi 1992). De aquí que el costo económico de las intervenciones para eliminar las deficiencias de micronutrientes está muy por debajo del costo económico y humano de enfrentar los efectos de estas deficiencias en la población.

En este estudio se midió el suplemento de la dieta con pastillas de vitamina A en la subpoblación infantil menor de 6-59 meses de edad, durante el período de seis meses previos a la encuesta; la yodación de la sal de consumo doméstico; y la deficiencia de hierro en la sangre de madres y menores de 12-59 meses de edad. El consumo de yodo fue determinado aplicando una prueba de yodación de la sal encontrada en el hogar al momento de la encuesta, y el nivel de concentración

[1] Las vitaminas y minerales esenciales para el crecimiento y funcionamiento del cuerpo humano se conocen como micronutrientes (nutrientes necesarios en pequeñas cantidades). Dada la importancia de las deficiencias de vitamina A, hierro, y yodo, el término por lo general se utiliza para estos micronutrientes en particular, aunque otras deficiencias de nutrientes como el calcio, zinc y las vitaminas B y C entre otros, también pueden ser críticos (Sanghvi 1992).

de hemoglobina en la sangre fue medido utilizando la prueba del HemoCue. Este método permite la medición al momento de ser tomada la muestra de sangre, evitándose los problemas de transporte y almacenamiento para el análisis en laboratorio.

9.2 ANTECEDENTES SOBRE DEFICITS DE MICRONUTRIENTES EN EL TERRITORIO NACIONAL

En 1995, CENISMI y otras 10 instituciones realizaron una encuesta nacional sobre déficit de micronutrientes en niños y niñas de la República Dominicana (Mendoza y Soriano 1995). Se examinaron 4,033 niños y niñas escolares para investigar la presencia de bocio. En una submuestra de 837 niños y niñas, se investigó la excreción urinaria de yodo y flúor; la concentración de hemoglobina en la sangre; y el hematócrito entre otros. En otra muestra de 765 niños menores de cinco años de edad se investigó la concentración de hemoglobina en la sangre, el hematócrito y retinol plasmático.

Entre otros resultados, el estudio determinó que 5.3 por ciento de los escolares examinados tenían bocio y 74.2 por ciento mostraron una deficiente excreción de yodo, con 42.4 por ciento identificados con excreción baja grave. Estos niños provenían de hogares donde no se detectó yodo en la sal consumida. El 30.7 por ciento de los niños tenía anemia con Hb debajo de 11 gr. en preescolares y 12 gr. en escolares. En el grupo de edad de 1 a 4 años, se encontró una prevalencia de anemia del 27.3 por ciento, siendo ésta mayor en el grupo de edad de 10-14 años donde alcanzó el 50.5 por ciento.

Entre otras recomendaciones, los autores requerían a mediano plazo el enriquecimiento de alimentos de amplio consumo con determinados nutrientes, particularmente suplir el azúcar con vitamina A; garantía de la yodación de la sal de consumo humano y animal; y optimización en el suministro y calidad del agua con fluoración adecuada. En términos inmediatos se recomendó, entre otros, asegurar el tratamiento y alimentación adecuada del niño diarreico y complementar la alimentación de preescolares y escolares con vitamina A y hierro.

9.3 CONSUMO DE VITAMINA A DE NIÑOS Y NIÑAS DE 6-59 MESES DE EDAD

El organismo requiere vitamina A para el funcionamiento apropiado del sistema inmunológico, siendo esencial para asegurar la integridad del epitelio de los sistemas digestivos y respiratorios que protegen a la población infantil de infecciones. Diferentes estudios aportan suficiente evidencia de que el suplemento de la dieta con pastillas de vitamina A cada cuatro a seis meses reducen sustancialmente el riesgo de mortalidad infantil en niños y niñas menores de cinco años.[2] La deficiencia de vitamina A está asociada a la ceguera y el tratamiento del sarampión con vitamina A reduce en un 50 por ciento el riesgo a la mortalidad infantil así como las complicaciones asociadas a la enfermedad (Sanghvi 1992).

[2] El estudio de Indonesia documenta una reducción en la mortalidad de un 34 por ciento en niños menores de seis años que recibieron dosis altas de vitamina A cada seis meses (Sommer et al. 1986); en Nepal se encontró una reducción de un 30 por ciento en menores de cinco años (West et al. 1991); en India, una reducción de un 54 por ciento (Vijayaraghavan et al 1990); y en Java, Indonesia de un 46 por ciento (Muhilal 1988), citados en el estudio de VITAL (Sanghvi 1992).

El Cuadro 9.1 presenta los resultados de la encuesta en los bateyes sobre el consumo de vitamina A de niños y niñas de 6-59 meses de edad durante los seis meses previos a la encuesta. La información fue suministrada por la madre biológica o de crianza.

CUADRO 9.1 SUPLEMENTO DE VITAMINA A SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

Entre los niños de 6-59 meses de edad, porcentaje que recibió una tableta de vitamina A durante los seis meses previos a la encuesta

CARACTERÍSTICAS	SUPLEMENTO DE VITAMINA A			Total Característica	
	Si	No	SR/SR	%	Número
Sexo					
Masculino	14.0	83.8	2.3	49.6	573
Femenino	15.8	81.8	2.4	50.4	582
Cramer's V	n.s.			100.0	1,155
Edad del niño en meses					
6-11 meses	11.5	77.7	10.8	11.3	130
12-23 meses	16.4	82.8	0.8	22.2	256
24-35 meses	15.8	83.4	0.8	22.4	259
36-47 meses	14.7	83.3	2.0	21.7	251
48-59 meses	14.3	84.2	1.5	22.4	259
Cramer's V	.14387****			100.0	1,155
Educación de la madre					
Ninguno	8.1	89.0	2.9	29.8	344
1-4 primaria	13.1	84.5	2.3	37.0	427
5-8 primaria	22.0	75.8	2.2	23.6	273
Secundaria	24.2	74.7	1.0	8.6	99
NS/SR	33.3	66.7	0.0	1.0	12
Cramer's V	.12346****			100.0	1,155
Etnia de la madre					
Dominicana	15.7	81.7	2.6	70.4	813
Haitiana	12.3	86.4	1.3	13.3	154
Domínico-Haitiana	12.4	85.4	2.2	15.4	178
NS/SR	30.0	70.0	0.0	0.9	10
Cramer's V	--			100.0	1,155
Ingreso del hogar					
Ninguno- 10,536	11.2	86.5	2.3	41.1	475
10,537-30,000	15.7	81.8	2.5	41.9	484
30,001+	21.9	76.0	2.0	17.0	196
Cramer's V	.06673*				1,155
% del Total	**14.9**	**82.8**	**2.3**	**100.0**	

El 15 por ciento de los niños y niñas estudiados recibió vitamina A en pastillas que suministra SESPAS, durante el período de junio-diciembre de 1999. Este suplemento es bajo, tomando en cuenta la inseguridad alimentaria de esta población. En la población nacional de niños y niñas de 12-59 meses, Mendoza y Soriano (1995) encontraron un bajo nivel de retinol en la sangre en el 22 por ciento de esta población, a pesar de que ésta última cuenta con mayores recursos económicos y niveles de educación en el hogar.

El complemento de la dieta con tabletas de vitamina A depende de la edad del niño o niña, pero no de su sexo; del nivel educativo de la madre y del grado de pobreza en el hogar. La asociación con la edad del niño es débil pero estadísticamente significativa. El grupo de infantes de 6-11 meses de edad es el que menos consume tabletas de vitamina A (solamente 12 por ciento) mientras el grupo de niños y niñas de 12-23 meses alcanzó el mayor consumo (16 por ciento).

Las madres con mayor nivel educativo suplen en mayor proporción la dieta de sus bebés con pastillas de vitamina A. El 8 por ciento de los niños y niñas de 6-59 meses con madres sin ningún nivel de escolaridad reciben la vitamina en pastilla, proporción inferior al 24 por ciento de niños y niñas con madres que tienen algún grado de secundaria o educación universitaria. Por otra parte, la asociación con la etnia de la madre no es concluyente, pero tampoco se observa un patrón de importancia. En cambio, el nivel de ingreso en el hogar incide de manera significativa. Los hogares menos pobres tienen una proporción mayor de niños fortalecidos con vitamina A (22 por ciento) que los pobres y los indigentes (16 y 11 por ciento respectivamente).

En conjunto, se ha presentado evidencia que permiten concluir que el fortalecimiento de la dieta con pastillas de vitamina A es deficiente para todas las subpoblaciones estudiadas. Esta situación puede representar un grave problema de deficiencia de vitamina A para la población infantil de los bateyes, donde se ha verificado que prevalece una situación de inseguridad alimentaria. Es importante planificar una estrategia que permita no sólo lograr la disponibilidad y acceso de alimentos ricos en micronutrientes, sino también orientar a la población sobre nutrición. Una estrategia nutricional implica que la población pueda escoger una dieta variada y rica en micronutrientes, particularmente en alimentos que concentran la vitamina A y se cultivan en nuestro país, como es el caso del mango maduro, la papaya, la zanahoria, y hojas verdes como la espinaca y la hoja de la yuca. Además, muchas frutas pueden ser secadas con la tecnología apropiada y de esta manera aumentar la disponibilidad de alimentos ricos en vitamina A durante todo el año.

Otra alternativa que no excluye la dieta rica en micronutrientes, es la fortificación con vitamina A de alimentos de consumo masivo. Es conocido que en los países desarrollados la margarina y la mantequilla se fortifican con esta vitamina. En nuestro país, la fortificación del azúcar es una alternativa que tendría un alcance masivo, y que además se facilita por la magnitud de la producción nacional para el mercado interno, así como la participación del estado en esta industria. El suplemento individual con pastillas de vitamina A que debe de suplir la SESPAS a la población infantil, hasta el momento no ha sido una alternativa viable, por lo menos en los bateyes.

9.4 CONSUMO DOMESTICO DE SAL YODADA

La insuficiencia de yodo en el organismo humano crea desordenes que varían desde crecimiento de la glándula tiroides a problemas serios de cretinismo. El déficit de yodo en el organismo humano es la principal causa de retardo mental en el mundo que puede prevenirse. Dos estudios conducidos en Ecuador y Zaire (Hetzel et al. 1987, citado por Sanghvi 1992, 10) encontraron que el nivel del coeficiente de inteligencia (I. Q) de niños nacidos de madres con déficit de yodo, estaba 15 por ciento por debajo del I. Q. del grupo nacido de madres sin deficiencia de yodo. En adición, a este conocido efecto en la habilidad mental de la persona, el déficit de yodo está asociado a la pérdida del sentido del oído.

Durante la última década, las organizaciones internacionales han logrado establecer normas en la mayoría de los países del planeta para agregar de 30 a 100 mg. de yoduro de potasio por kilogramo de sal. La meta fue la de lograr que toda la sal utilizada en el consumo humano fuese fortificada con yodo para finales del Siglo XX, y así eliminar los desordenes provocados por insuficiencia de yodo.

Para medir los niveles de yodo en la sal de consumo doméstico de la población meta de la encuesta, se investigó la disponibilidad de sal refinada en el hogar y se sometió a una prueba utilizando el kit donado por UNICEF.[3] El kit contiene un reactivo especial que reacciona con una muestra de la sal utilizada para cocinar. En hogares con consumo exclusivo de sal en grano la prueba no se aplicó, dado que es conocido que la sal en grano no está yodada.

El resultado de la prueba en los hogares presenta niveles mínimos de consumo de sal yodada. El 80 por ciento de los hogares utiliza sal en grano para cocinar, la cual no es yodada. En el 20 por ciento de los hogares restantes, el 15.9 por ciento utiliza sal envasada sin marca y solamente el 4.1 por ciento consume sal de envases con marca. En la submuestra de 169 hogares que consumen sal refinada, se encontró que en cuatro de cada cinco hogares (79.5 por ciento) la sal consumida no tiene ningún nivel de yodación.

Tomando la población en su conjunto, de acuerdo a los resultados de la encuesta, 96.3 por ciento de los hogares no consume sal yodada. La pequeña proporción que consume sal yodada corresponde a sal marca *Perla* (1.7 por ciento), *Linda* (0.7 por ciento), *Condesa* (0.6 por ciento) y una categoría residual (0.7 por ciento). Adicionalmente, solamente el 2.6 por ciento alcanza niveles de yodación de 75 y 100 y el restante 1.4 por ciento alcanza niveles de 25 y 50, de acuerdo a la escala de yodación utilizada de cuatro niveles.

Estos resultados evidencian un estado alarmante de deficiencia en el consumo de sal yodada, tanto para las madres embarazadas como para la población infantil. A nivel nacional, los datos recogidos en 1996 revelan un consumo mayor de yodo que el consumo de la población actual de los bateyes, pero sin dejar de tener deficiencias graves. Los datos nacionales del ENDESA reportaron en 1996 a nivel nacional que el 87 por ciento de la población no consume sal yodada.

La fortificación con yodo de la sal refinada es una práctica generalizada en el mercado dominicano, no así en el caso de la sal en grano. Lamentablemente, las poblaciones más

[3] Ver explicaciones técnicas ofrecidas por Diosady, Alberti et al. (1999, 215) en el manual del kit.

vulnerables a tener déficit de yodo consumen sal en grano por su bajo costo. Pero, en la actualidad, la fortificación de la sal refinada tampoco resuelve el problema del déficit de yodo. La encuesta en los bateyes, al igual que la ENDESA de 1996, aportan evidencia de que la sal refinada, aunque haya sido yodada por los productores, pierde su contenido de yodo en alguna etapa del procesamiento, empaque, transporte o almacenamiento. Aparentemente, el proceso no tiene control de calidad para garantizar que la sal llegue yodada a la mesa de los consumidores.

9.5 MEDICION DEL NIVEL DE CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA EN LA SANGRE

9.5.1 INSTRUMENTO DE MEDICION Y CONTROL DE CALIDAD

La determinación de la concentración de hemoglobina en la sangre se realizó utilizando el Método de HemoCue. Este método tiene ventajas particularmente beneficiosas para el trabajo de campo sobre otros métodos, como son el sulfato de cobre y el método internacional de referencia HiCN. En los dos últimos se utiliza sulfato de cobre y cianuro respectivamente, tóxicos que deben ser tratados como desechos contaminantes y que con un manejo incorrecto, pueden ser fuentes de contaminación. Las microcubetas HemoCue se utilizan una sola vez y se pueden depositar en contenedores de desperdicios. Al incinerarse, el plástico de la microcubeta se convierte en agua anhídrido carbónico.

La aplicación de la prueba en el campo la realizaron dos enfermeras con práctica en pediatría y mediciones antropométricas, asistidas por dos ayudantes. El entrenamiento fue realizado por la analista de laboratorio de la Clínica Abel González, con experiencia en este tipo de instrumento. El manejo correcto de la prueba se realizó aplicando alcohol en el área de la prueba, con guantes y microcubetas desechables. Estos últimos se recogían para ser desechados en vertederos municipales fuera de las comunidades.

La calibración del fotómetro de medición de la concentración de hemoglobina en la sangre se verificó diariamente en cada comunidad, previo al uso del equipo. Este contiene una microcubeta de control para monitorear la función del fotómetro, calibrado de fábrica de acuerdo al método internacional de referencia (HiCN) para la determinación de la concentración total de hemoglobina en la sangre. La calibración de fábrica de 14 g/dl, tolera un máximo de desviación de ± 0.3 g/dl. El rango de concentración aceptado es de 0-23.5 g/dl. Más allá de este valor, se debe de obtener confirmación utilizando un método de laboratorio.

9.5.2 VALORES CRITICOS EN LA DETERMINACION DE ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO

Los valores críticos de concentración de hemoglobina en la sangre se presentan en el Cuadro 9.2. Las madres se consideran anémicas si la concentración de Hb en la sangre está por debajo de 12 g/dl. En la población infantil de 12-59 meses de edad, el nivel crítico de anemia se define por valores debajo de 11 g/dl.

CUADRO 9.2 PUNTAJES CRITICOS EN LA DETERMINACION DE CONCENTRACION BAJA DE HEMOGLOBINA EN LA SANGRE

CARACTERISTICAS	NIVELES DE Hb A NIVEL DEL MAR	
	NORMAL	ANEMIA
Hombre adulto	13.0-17.0 g/dl	< 13.0 g/dl
Mujer adulta	12.0-16.0 g/dl	< 12.0 g/dl
Menores de 12-59 meses	11.0-15.0 g/dl	< 11.0 g/dl

FUENTES: Para niveles de concentración en las madres, se adoptó el valor crítico menor de 12.0 g/dl recomendado por la OMS y citado en el manual operativo de HemoCue Hemoglobina en la sangre. Para niveles de concentración en menores de cinco años se adoptó el seleccionado por CENISMI, Déficit de Micronutrientes en Niños de la RD. Editado por Hugo Mendoza, Santo Domingo: CENISMI, 1995.

9.5.3 HALLAZGOS DE ANEMIA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 12-59 MESES

El Cuadro 9.3 presenta la distribución de niños y niñas de 12-59 meses de edad con deficiencia de hierro en la sangre según características demográficas del/a menor y características socioeconómicas de la madre y el hogar. En conjunto, 54 por ciento de los niños y niñas tienen menos de 11.0 gr./dl de hemoglobina en la sangre. En algunas subpoblaciones de niños y niñas, el nivel de anemia es aún mayor. Las diferencias no se presentan por el sexo, pero si por la edad del niño o niña; por el nivel de educación y la etnia de la madre; por el nivel de pobreza en el hogar; y por el nivel de desnutrición proteico-calórica del/a infante.

La mayor proporción de niños y niñas anémicas (72 por ciento) se encuentra en el grupo de 12-23 meses de edad. A partir de ésta edad, la proporción disminuye por grupo de edad, hasta reducirse al 39 por ciento en menores de 48-59 meses. Esta estadística es consistente con las presentadas en capítulos anteriores sobre la mayor prevalencia de IRA, diarrea y desnutrición por bajo peso para la edad en niños y niñas de 12-23 meses. El Gráfico 9.1 ilustra estos resultados.

El nivel educativo de la madre es un factor de determinante importancia en la alimentación de niños y niñas. La mayor proporción de menores anémicos según el nivel educativo de la madre se encuentra en niños/as con madres sin ningún nivel de educación (61 por ciento). La proporción de menores anémicos/as desciende en la medida que aumenta el nivel educativo de las madres, hasta reducirse al 43 por ciento en madres que lograron algún grado de enseñanza secundaria o universitaria. En menor medida, la etnia de la madre está asociada a prácticas culturales que inciden en el patrón de alimentos que ofrecen a sus hijos/as. Las madres domínico-haitianas tienen la mayor proporción (66 por ciento) de niños y niñas anémicas, seguido de las haitianas (61 por ciento) y las dominicanas (50 por ciento).

El poder adquisitivo en los hogares es otro factor incidente en la anemia de los menores. Los hogares menos pobres con mayores posibilidades para comprar alimentos tienen la menor proporción de niños/as anémicos/as (47 por ciento) frente al 56 y 54 por ciento en los hogares pobres e indigentes respectivamente.

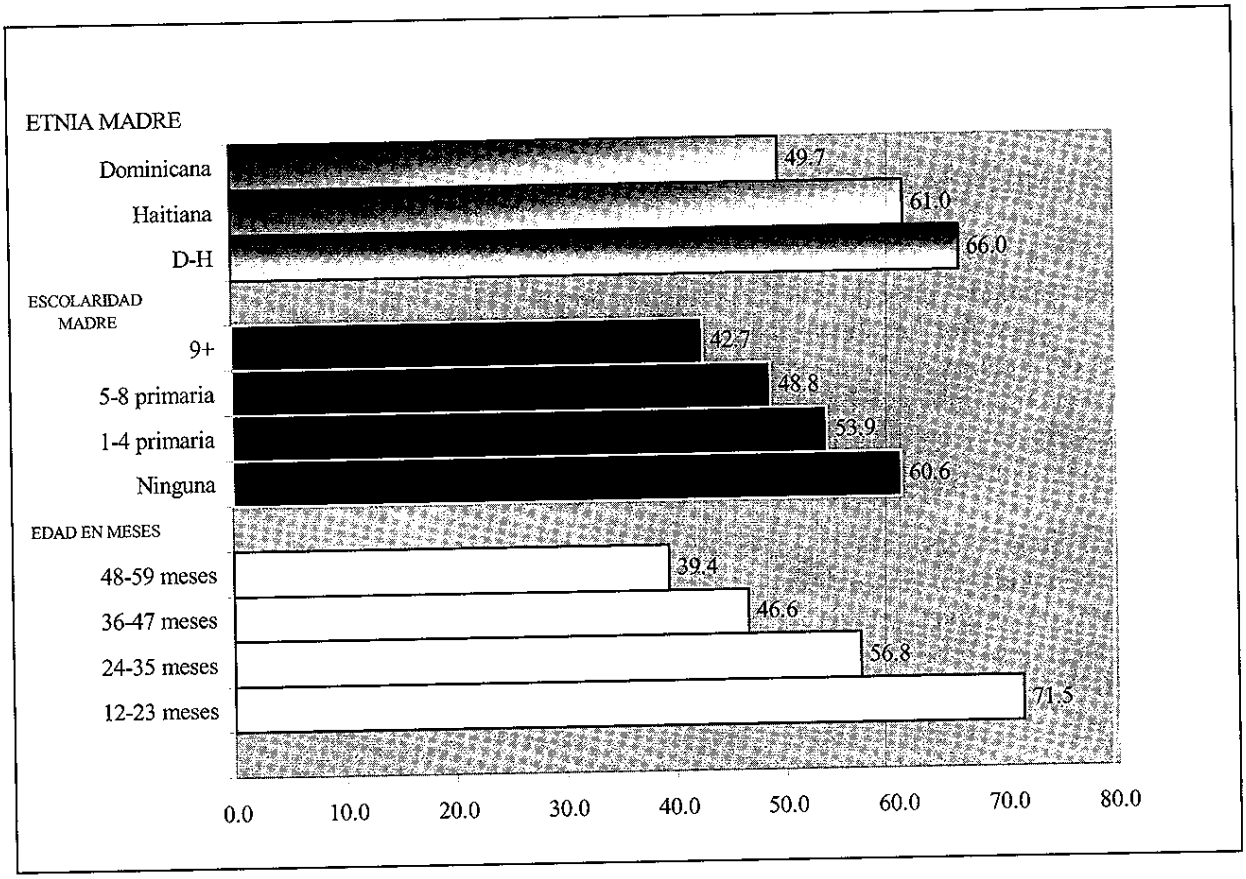
CUADRO 9.3 ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO EN LA SANGRE EN LA POBLACION INFANTIL DE 12-59 MESES DE EDAD, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

Entre niños y niñas de 12-59 meses se edad, distribución porcentual de menores de 12-59 meses de edad con menos de 11.0 gr/dl de hemoglobina en la sangre, según características seleccionadas

CARACTERÍSTICAS	ANEMIA < 11.0 g/dl	NORMAL 11.0-15.0 g/dl	SR	Niños
Sexo				
Masculino	55.8	41.6	2.6	507
Femenino	51.4	46.1	2.5	518
Cramer's V	n.s.			1,025
Edad del niño en meses				
12-23 meses	71.5	24.2	4.3	256
24-35 meses	56.8	41.3	1.9	259
36-47 meses	46.6	51.8	1.6	251
48-59 meses	39.4	58.3	2.3	259
Cramer's V	.18616****			1,025
Educación de la madre				
Ninguno	60.6	39.9	2.6	312
1-4 primaria	53.9	42.0	4.0	371
5-8 primaria	48.8	50.4	0.8	242
Secundaria+	42.7	56.2	1.1	89
NS/SR	36.4	63.6	0.0	11
Cramer's V	.10766**			1,025
Etnia de la madre				
Dominicana	49.7	47.5	2.9	727
Haitiana	61.0	39.0	0.0	136
Domínico-Haitiana	66.0	30.7	3.3	153
NS/SR	44.4	55.6	0.0	9
Cramer's V	.13008***			1,025
Ingreso del hogar				
Ninguno-10,536	53.5	44.1	2.4	424
10,537-30,000	56.3	42.0	1.6	426
30,001+	46.9	48.0	5.1	175
Cramer's V	.06691*			1,025
Participación en programa de alimentos				
Participó	53.0	45.4	1.6	249
No participó	53.7	43.4	2.8	776
Cramer's V	n.s.			1,025
% del Total	**53.6**	**43.9**	**2.5**	**100.0**
Número	549	450	26	1,025

NOTA: No se obtuvo información para 26 niños y niñas debido a ausencias o rechazos de la madre por razones de enfermedad. Estos casos se incluyen sin respuesta. La cobertura de las muestras de sangre tomadas es del 97.5 por ciento de los niños y niñas.

GRAFICO 9.1 PREVALENCIA DE ANEMIA EN INFANTES DE 12-59 MESES DE EDAD



9.5.4 ASOCIACION ENTRE PREVALENCIA DE ANEMIA Y PARTICIPACION EN PROGRAMAS DE DONACION DE ALIMENTOS

El Cuadro 9.3 también presenta la asociación que tiene la deficiencia de hierro con la participación o no del hogar en programas de alimentos donados, iniciados para paliar los efectos negativos en la seguridad alimentaria de los hogares como consecuencia del Huracán Georges. Los resultados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de anemia entre niños y niñas de hogares participantes (53 por ciento anémicos/as) y no participantes (54 por ciento). Sin embargo, entre las madres se encontraron diferencias significativas, como se muestra más adelante en el Cuadro 9.5. Una mayor proporción de madres anémicas (41 por ciento) no habían participado en el programa de donación de alimentos que la proporción de madres anémicas en el grupo de participantes (33 por ciento).

A pesar de estos resultados, no se puede afirmar que la proporción de madres con niveles de concentración de hemoglobina en la sangre normales, aumentara como consecuencia de su participación en programas de alimentos donados. Esto así, porque se carece de una medición de línea de base. En otras palabras, se desconoce si en la selección inicial de hogares de los programas de alimentos, hubo una proporción menor de madres anémicas que la proporción de anémicas entre madres no participantes en los programas. Idéntico razonamiento aplica para sus

hijos/as. En la ausencia de una medición inicial, no se puede afirmar que el programa careciera de impacto, dado que no puede descartarse la explicación alternativa de que inicialmente la subpoblación infantil participante tuviera una mayor prevalencia de anemia que la no participante; y que como efecto del programa, la prevalencia disminuyera hasta igualar a la de la subpoblación que no recibió alimentos.

9.5.5 PREVALENCIA DE ANEMIA SEGUN NIVELES DE DESNUTRICION

El Cuadro 9.4 presenta la prevalencia de anemia según niveles de bajo peso y de retardo en el crecimiento esperado para la edad. Adicionalmente, el cuadro presenta el porcentaje de categorías cruzadas por las dos variables del total de niños y niñas menores de cinco años. Los porcentajes del total expresan el estatus nutricional de los niños y niñas de 12-59 meses de edad, tomando en cuenta ambas variables a la vez, situación que se presenta visualmente en el Gráfico 9.2. La descripción conjunta de ambas variables identifica mejor la situación nutricional de la subpoblación infantil que cuando se toman por separado.

Entre ambos tipos de desnutrición, proteico-calórica y por deficiencia de hierro, existe una fuerte asociación denotada por el coeficiente Cramer's V que alcanza un valor elevado de .54708 para la asociación de el nivel de anemia con el peso esperado para la edad y el sexo; y de .53628 cuando la anemia se asocia a al indicador de talla esperada para la edad y sexo, ambos a un nivel de p=.0000.

Entre niños y niñas con peso normal para la edad, 51 por ciento tienen baja la concentración de hemoglobina en la sangre. Esta proporción es mayor en menores con bajo peso. Entre el grupo de menores con desnutrición leve por bajo peso para la edad, la proporción de anémicos/as aumenta al 59 por ciento, y entre menores con desnutrición moderada a severa la proporción alcanza un alarmante 68 por ciento.

En la subpoblación con talla normal para la edad, se encuentra una elevada proporción de menores (69 por ciento) que tienen baja la concentración de hemoglobina en la sangre. La proporción de niños y niñas con deficiencia de hierro es menor en aquellos/as con retardos de crecimiento que en los/as que no presentan retardos. Así, en el grupo con retardo de crecimiento leve, la proporción con anemia es del 55 por ciento, y en la subpoblación con desnutrición moderada a severa, la proporción es del 50 por ciento.

El Gráfico 9.2 presenta la proporción del total de la población de menores de 12-59 meses de edad distribuidos en cuatro cuadrantes, según convergen o no los dos tipos de deficiencia de hierro y proteico-calórica de bajo peso para la edad, severa a moderada a leve. El gráfico ilustra los datos de porcentajes de totales presentados en paréntesis en el Cuadro 9.4. El cuadrante I muestra la situación más saludable, en que 30.4 por ciento del total de la población infantil tienen peso esperado para la edad y concentración normal de Hb en la sangre. El cuadrante II presenta la situación de 13.3 por ciento de la población infantil, que solamente tiene deficiencia proteico-calórica; y el cuadrante IV, la del 32 por ciento que únicamente tiene deficiencia de hierro. La situación con más riesgo a la salud se presenta en el cuadrante III, y corresponde al 21.4 por ciento de la población de total que tienen ambos tipos de deficiencias.

CUADRO 9.4 PREVALENCIA DE ANEMIA EN LA POBLACION DE 12-59 MESES DE EDAD SEGUN NIVELES DE DESNUTRICION

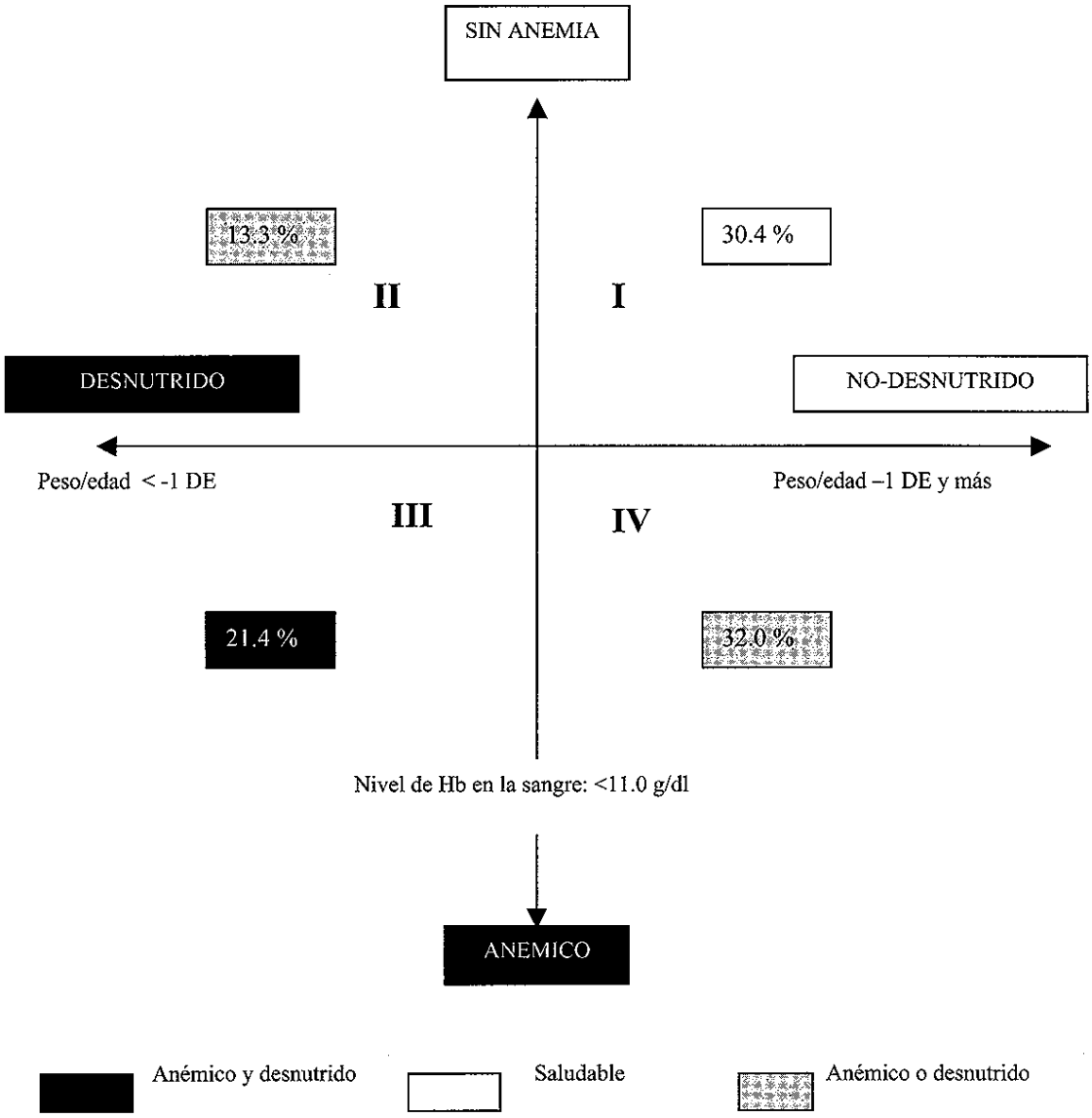
Entre niños y niñas de 12-59 meses de edad, porcentaje de menores con menos de 11.0 gr./dl de Hb en la sangre según niveles de desnutrición proteico-calórica.

	NIVEL DE HB EN LA SANGRE			Total Características	
	<11.0 g/dl	11.0-16.0 g/dl	SR	%	Número
CARACTERÍSTICAS	Anemia	Normal			Niños/as
Peso para la edad					
Debajo -2 DE (severa a moderada)	67.9	29.5	2.6	7.6	78
% del total	(5.2)	(2.2)	(0.2)		
De -2 DE a <-1 DE (leve)	58.9	40.4	0.7	27.5	282
% del total	(16.2)	(11.1)	(0.2)		
-1 DE y más (no desnutridos)	50.9	48.4	0.6	62.8	644
% del total	(32.0)	(30.4)	(0.4)		
SR	9.5	4.8	85.7	2.1	21
% del total	(0.2)	(0.1)	(1.8)		
Cramer's V	.54708****			100.0	1,025
Talla para la edad					
Debajo -2 DE (severa a moderada)	50.3	49.0	0.7	56.4	578
% del total	(10.4)	(4.6)	(0.1)		
De -2 DE a <-1 DE (leve)	54.8	44.1	1.1	26.3	270
% del total	(14.4)	(11.6)	(0.3)		
-1 DE y más (no desnutridos)	69.0	30.3	0.6	15.1	155
% del total	(28.4)	(27.6)	(0.4)		
SR	13.6	4.5	81.8	2.1	22
% del total	(0.3)	(0.1)	(1.8)		
Cramer's V	.53628****				1,025
Cualquier nivel de desnutrición	**53.6**	**43.9**	**2.5**	**100.0**	
Niños	549	450	26		1,025

El retardo en el crecimiento afecta a una proporción mayor de menores que la desnutrición global de bajo peso para la edad. Por esta razón, la subpoblación de niños/as con anemia y a la vez con retardos de crecimiento severo a moderado es mayor (10.4 por ciento) que la situación de niños/as con anemia y a la vez deficiencia severa a moderada de peso para la edad (5.2 por ciento).

GRAFICO 9.2 ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 12-59 MESES DE EDAD, SEGUN EL PESO ESPERADO PARA LA EDAD Y SEXO, Y SEGUN EL NIVEL DE HEMOGLOBINA EN LA SANGRE

Entre menores de 12-59 meses de edad, distribución según condición de desnutrición por bajo peso para la edad (por debajo de –1 DE) y de concentración de hemoglobina en la sangre por debajo de 11.0 g/dl.



NOTA: Se omiten 26 casos (2.6 por ciento) en que se desconoce la concentración de Hb en la sangre. El gráfico ilustra los datos del Cuadro 9.4.

9.5.6 DEFICIT DE HIERRO EN LAS MADRES

Para realizar la prueba del HemoCue se logró tomar muestras de sangre del 94 por ciento de las madres, de un total de 844 seleccionadas en la muestra. El cálculo del porcentaje de prevalencia de anemia incluye en el total los casos de madres que rechazaron la prueba. Los resultados indican que 39 por ciento de todas las madres tienen baja concentración de Hb en la sangre. El Cuadro 9.5 presenta los resultados de la prueba del HemoCue en las madres, analizadas según la edad, nivel de educación, etnia, ingreso en el hogar y participación o no de la madre en el programa de alimentos de emergencia.

A través de pruebas estadísticas no fue posible asociar la anemia en la madre con su edad, nivel de escolaridad, ni nivel de ingreso en el hogar. Pero, se pudo asociar de manera significativa con dos sub-poblaciones definidas por su etnia y su participación o no en programas de alimentos de emergencia donados, presentados en el Capítulo 4 de este estudio.

CUADRO 9.5 ANEMIA EN LAS MADRES POR CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

	NIVEL DE HB EN LA SANGRE			TOTAL	
CARACTERÍSTICAS	< 12.0 gr/dl	12.0-18.4 gr/dl	SR	%	Madres
Edad de la madre					
15-19 años	46.9	51.0	2.1	11.4	96
20-24 años	37.3	57.0	5.7	22.9	193
25-34 años	39.6	54.1	6.3	37.4	316
35-49 años	39.6	54.0	6.4	22.2	187
50 y más	25.0	63.5	11.5	6.2	52
Cramer's V	n.s.			100.1	844
Educación de la madre*					
Ninguno	44.5	50.0	5.5	28.0	236
1-4 primaria	38.5	54.9	6.6	36.0	304
5-8 primaria	32.7	61.1	6.2	25.0	211
Secundaria+	39.8	55.4	4.8	9.8	83
NS/SR	50.0	40.0	10.0	1.2	10
Cramer's V	n.s.			100.1	844
Etnia de la madre					
Dominicana	35.5	57.9	6.6	71.4	603
Haitiana	52.5	45.5	2.0	11.7	99
Domínico-Haitiana	44.4	50.4	5.3	15.8	133
NS/SR	44.4	33.3	22.2	1.1	9
Cramer's V	.10460**			100.0	844
Recibe alimentos					
Si	33.2	62.2	4.6	25.7	217
No	41.0	52.5	6.5	74.3	627
Cramer's V	.08638*			100.0	844
Ingreso del hogar					
Ninguno-10,536	37.9	56.1	6.1	39.1	330
10,537-30,000	36.7	57.3	5.9	41.9	354
30,001+	46.3	47.5	6.3	19.0	160
Cramer's V	n.s.			100.0	844
% del Total	**39.0**	**55.0**	**6.0**	**100.0**	
Madres	329	464	51	844	

La proporción mayor de madres anémicas se encuentra entre las madres haitianas (53 por ciento), seguido de las domínico-haitianas (44 por ciento) y las dominicanas (36 por ciento). Por otra parte, la prevalencia de madres anémicas es mayor (41 por ciento) entre las que no recibieron alimentos de los programas, que entre las participantes en los mismos (33.2 por ciento). Pero, como fuera señalado anteriormente en el acápite 9.4.4, no es posible atribuir causación de disminución de la prevalencia de anemia en las madres a los programas de alimentos, aunque esta posibilidad tampoco es descartable.

9.6 ANALISIS Y CONCLUSIONES

Los resultados de la encuesta sobre consumo de micronutrientes y deficiencia de hierro en la hemoglobina son alarmantes. Unicamente el 15 por ciento de la población infantil de 6-59 meses de edad recibió vitamina A en su dieta durante los seis meses anteriores a la encuesta y en solamente 3.7 por ciento de los hogares se encontró sal yodada. Esta carencia se hace más peligrosa en la población infantil de los bateyes debido a que la pérdida de minerales y vitaminas es mayor que en el resto del país, rural o urbano. Esta afirmación se fundamenta en hallazgos del capítulo anterior: la prevalencia de diarrea alcanza el 29 por ciento de la población infantil menor de cinco años de edad, y la mayoría de las madres creen que un bebé diarreico debe de recibir menos alimentos sólidos que en condiciones normales.

El bajo consumo de sal yodada es consistente con la situación prevalente en el país, aunque en los bateyes la carencia de sal yodada es extensiva a casi todos los hogares. A nivel nacional, el estudio de CENISMI (1995) encontró una excreción deficiente de yodo en el 74.2 por ciento de la población escolar y baja grave en el 42.4 por ciento. Aunque en este estudio no se analizó la excreción urinaria, el consumo generalizado de sal en grano o refinada sin yodar, hace pensar que la deficiencia de yodo debe de ser aún peor que los parámetros nacionales encontrados en el estudio de 1995. Esto así, porque en este último, fue posible establecer una asociación entre excreción deficiente de yodo y consumo de sal no yodada en el hogar.

La deficiencia de hierro en la sangre afecta a la mayoría de la población infantil, pero es todavía más peligrosa en menores de 12-23 meses de edad, donde alcanza al 71.5 por ciento de esta subpoblación. A través del estudio, el riesgo de la población entre uno y dos años de vida se evidencia con todos los indicadores de salud y de nutrición estudiados. Es en esta edad que una mayor proporción de niños y niñas sufren de infecciones respiratorias agudas, fiebre y diarrea. Pero también, es en esta edad donde la prevalencia de desnutrición severa a moderada y leve es mayor. Y como muestran las estadísticas, la recuperación después de los dos años es lenta, y la mayoría ya no se recupera.

Los resultados de déficit de hierro en la sangre, unido al bajo nivel supletorio de vitamina A y de yodo en la subpoblación infantil, indican un riesgo alto de mortalidad infantil, si se toma en cuenta la situación de inseguridad alimentaria en que vive la población. Es necesario que el gobierno tome medidas para reforzar con vitamina A alimentos de consumo masivo como el azúcar, controlar la calidad del proceso de yodación de la sal de consumo doméstico y yodar la sal en grano, o sacarla del mercado.

Otras medidas son necesarias para garantizar que la población tenga disponible y pueda accesar una dieta diversificada y rica en micronutrientes. El costo de aliviar los efectos irreversibles de la disminución del coeficiente de inteligencia; la disminución de la productividad de los trabajadores; la secuela de enfermedades, debido al debilitamiento del sistema inmunológico y a impedimentos en la visión y la audición por déficit de vitamina A; así como las consecuencias de la anemia en madres embarazadas, no puede compararse con el costo menor de evitar las deficiencias a través de políticas de seguridad alimentaria.

CAPITULO 10

PREVENCION DEL VIH/SIDA

10.1 ANTECEDENTES

La prevalencia del VIH en el territorio nacional fue estimada en 1998 en 2.2 por ciento, usando la base de datos de la vigilancia centinela que monitorea la infección del VIH en embarazadas del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA (PROCETS). Esta proporción corresponde a aproximadamente 112,020 personas seropositivas, de las cuales, 40 por ciento son mujeres y cerca de 5,000 son menores de cinco años de edad. La proyección realizada para el año 2,000 es que 4.6 por ciento de la población adulta estará infectada, lo que representa a 250,000 personas infectadas (PNUD 2000, 26-27).

No existen estudios que determinen el efecto de la migración haitiana en la epidemiología del VIH/SIDA en el territorio nacional. Según estimaciones de ONUSIDA y la OMS de finales de 1997 (PRB 2000, 10) la proporción de adultos de 15 a 49 años con VIH/SIDA era de 1.9 por ciento en República Dominicana y 5.2 por ciento en Haití. En comparación con los restantes países de Norte América, America Latina y el Caribe, Haití presenta la prevalencia más alta, seguido por Bahamas con 3.8 por ciento. República Dominicana comparte con Belice el quinto lugar. La alta prevalencia en Haití implica que el tráfico clandestino de emigrantes haitianos y la contratación anual de braceros azucareros sin controles sanitarios introduce un riesgo a aumentar la prevalencia de VIH/SIDA en República Dominicana; y puede, en el caso particular de los bateyes, aumentar aún más el riesgo al contagio en estas comunidades.

Al interior de los bateyes, la prevalencia de VIH/SIDA es mayor entre la población haitiana que entre la dominicana. El reporte sobre Desarrollo Humano en República Dominicana (PNUD 2000, 28) cita datos de un estudio no identificado de 1987, realizado en los bateyes dominicanos, que permitió establecer un 10 por ciento de prevalencia del VIH. La prevalencia encontrada fue mayor entre nacionales haitianos (15 por ciento) que entre dominicanos (4.5 por ciento).[1] Otro estudio sobre conocimientos y prevención del VIH/SIDA en mujeres de bateyes de un ingenio privado, determinó que éstas tienen un riesgo mayor de VIH/SIDA que el resto de las mujeres de República Dominicana y una prevalencia semejante a la de las trabajadoras sexuales (Brewer, Hasbún, et al 1997).

En esta encuesta no se realizan pruebas de laboratorio para determinar la prevalencia del VIH/SIDA. Su objetivo es el de determinar conocimientos, creencias, actitudes y prácticas en la población de madres biológicas o de crianza de menores de cinco años. El alcance de la encuesta referente al VIH/SIDA es reducido, dado el carácter multisectorial de la misma.

[1] Se desconoce el diseño de muestreo utilizado, pero el tamaño reducido de la muestra (259 casos) en ausencia de un muestreo aleatorio simple, implica un error de muestreo alto para un nivel de confianza del 95%.

PREVIOUS PAGE BLANK

10.2 CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE EL VIH/SIDA

A nivel nacional, el 99.7 por ciento de las mujeres en edad reproductiva tienen conocimiento del VIH/SIDA, proporción mayor que el conocimiento sobre otras enfermedades de transmisión sexual (ENDESA-RD/96). En esta encuesta, 95.1 por ciento de las madres con menores de cinco años de los bateyes había oído hablar del VIH/SIDA. El Cuadro 10.1 presenta los datos según características seleccionadas. Ni la edad de la madre ni la residencia del esposo en el hogar inciden en este conocimiento, más bien, el conocimiento está relacionado con el nivel de educación y la etnia de la madre.

Las madres que han logrado alcanzar niveles educativos más altos, conocen más sobre el VIH/SIDA. El 88 por ciento de las madres sin ningún nivel educativo ha oído hablar del VIH/SIDA, proporción que aumenta al 97 por ciento para las que alcanzan del 1ro. al 4to. de primaria y al 99 por ciento para las de mayor nivel de educación. Por otra parte, cuando los hogares tienen personas jefas nacidas en Haití, la proporción de madres que ha oído hablar del VIH/SIDA se reduce al 83 por ciento, en contraste con el 98 por ciento cuando el jefe o jefa del hogar nace en RD. De manera consistente, la proporción de madres haitianas que han oído hablar del VIH/SIDA es menor (81 por ciento) que la proporción de madres dominicanas y domínico-haitianas (98 y 95 por ciento respectivamente).

Solamente 85 por ciento de las madres piensan que se puede hacer algo para evitar el VIH/SIDA. Este porcentaje baja a un 74 por ciento para las madres sin educación escolar y aumenta con el nivel alcanzado. La etnia de la madre también incide. La proporción de madres que piensa que se puede hacer algo para prevenir el VIH/SIDA es menor entre las haitianas (70 por ciento) que entre las dominicanas y domínico-haitianas (87 y 84 por ciento respectivamente). De manera similar, la proporción de madres de hogares con jefes nacidos en Haití o con jefatura femenina haitiana (69 por ciento) es menor que la proporción cuando la persona jefa de hogar nace en RD (88 por ciento). Por otra parte, ni la edad ni la residencia de la pareja masculina en el hogar tienen incidencia en el conocimiento sobre prevención del VIH/SIDA.

Para aproximarse al conocimiento sobre creencias mágicas relacionadas con el VIH/SIDA, a la madre se le preguntó, ¿cree usted que el VIH/SIDA puede contagiarse por un *trabajo* de alguien que quiera hacerle daño? Las respuestas a esta pregunta se presentan en el Cuadro 10.2 según características seleccionadas de la madre. Una proporción alta de las madres (29 por ciento) piensa que el VIH/SIDA puede contagiarse sin contacto sexual o intravenoso, a través de algún tipo de maleficio y el 14 por ciento no sabe que contestar al respecto. En conjunto, ambas categorías alcanzan el 43 por ciento de las madres.

La creencia en medios mágicos de transmisión tiene una asociación moderada con el riesgo sentido por la madre de que puede contagiarse. El 41 por ciento de las madres que sienten un riesgo alto a moderado de contraer el VIH/SIDA creen que pueden infectarse como resultado de un maleficio. En cambio, entre las madres que no sienten ningún riesgo o poco riesgo de contraer la enfermedad, la creencia en maleficios disminuye al 27 por ciento.

CUADRO 10.1 CONOCIMIENTO DEL VIH/SIDA

Distribución porcentual de madres que han oído hablar del VIH/SIDA o que piensan que el VIH/SIDA se puede prevenir, según características demográficas

CARACTERÍSTICAS	HA OÍDO HABLAR DEL VIH/SIDA		EL VIH/SIDA SE PUEDE PREVENIR			TOTAL CARACTERISTICAS	
	Sí	No	Sí	No	No sabe	%	Madres
Edad de la madre							
15-19	94.8	5.2	80.2	8.3	11.5	11.4	96
20-24	96.4	3.6	88.1	4.7	7.3	22.9	193
25-34	95.9	4.1	87.7	4.8	7.6	37.3	316
35-49	93.0	7.0	79.7	6.4	13.9	22.2	187
50 y más	94.2	5.8	83.0	1.9	15.1	6.3	52
Cramer's V	n.s.		n.s.				
Educación de la madre							
Ninguno	88.1	11.9	74.2	4.2	21.6	28.0	236
1-4 de Primaria	97.0	3.0	87.8	5.3	6.9	36.0	304
5-8 Primaria	99.1	0.9	91.0	5.7	3.3	25.0	211
1-4 Secundaria	98.6	1.4	93.1	4.2	2.8	8.5	72
1-4 Universitario	100.0	0.0	72.7	27.3	0.0	1.3	11
Ninguno NS/SR	90.0	12.5	62.5	12.5	25.0	1.2	10
Cramer's V	.21057****		.20188****				
Residencia esposo							
No reside/no tiene	95.8	4.2	86.6	4.2	9.2	16.8	142
Reside	95.0	5.0	84.5	5.6	10.0	83.2	702
Cramer's V	n.s.		n.s.				
Etnia de madre							
Dominicana	97.5	2.5	87.1	5.8	7.1	71.4	603
Domínico-Haitiana	94.7	5.3	84.2	3.8	12.0	11.7	99
Haitiana	80.8	19.2	70.1	5.1	24.2	15.8	133
No sabe	100.0	0.0	100.0	0.0	0.0	1.1	9
Cramer's V	.24785****		.13598****				
País de origen jefe/a de hogar							
Rep. Dominicana	97.5	2.5	87.9	4.6	7.5	84.1	710
Haití	82.8	17.2	68.7	9.0	22.4	15.9	134
Cramer's V	.06184****		.20178****				
% Total	**95.1**	**4.9**	**84.8**	**5.3**	**9.8**	**100.0**	
Número	803	41	716	45	83		844

Otras variables que inciden en la creencia son el nivel de escolaridad de la madre y la etnia. Por el contrario, ni la edad de la madre ni su estatus marital están relacionados con esta creencia. La

proporción de madres que creen en el contagio por *trabajos* o maleficios es menor en las madres que tienen niveles de educación superior al 4to. grado de la primaria. Las respuestas distribuidas según la etnia de la madre se pueden interpretar agregando las categorías afirmativas con la de "no sabe." De esta manera, se observa que una mayor proporción de madres dominicanas (62 por ciento) niegan el contagio por maleficio, frente a 50 por ciento de madres domínico-haitianas y 37 por ciento de haitianas. De manera consistente, cuando el jefe o jefa del hogar es de nacimiento haitiano, la negación de la creencia es menor (46 por ciento) que cuando nace en RD (59 por ciento).

CUADRO 10.2 CREENCIA MAGICA SOBRE EL CONTAGIO DEL VIH/SIDA

Distribución porcentual sobre riesgo sentido de contagio inmaterial, según características seleccionadas

	CONTAGIO VÍA MALEFICIO			Total Características		
CARACTERÍSTICAS	Sí	No	No sabe	%	Número	Cramer's V
Riesgo sentido de contraer VIH/SIDA						
Ninguno o bajo	27.3	62.4	10.3	72.4	611	.31664****
Moderado o alto	41.3	52.7	6.0	17.8	150	
No Sabe	16.9	24.1	59.0	9.8	83	
Edad de la madre						
15-19	31.3	53.1	15.6	11.4	96	n.s.
20-24	28.5	58.5	13.0	22.9	193	
25-34	32.3	56.6	11.1	37.4	316	
35-49	24.1	56.7	19.3	22.2	187	
50 y más	21.2	59.6	19.2	6.2	52	
Educación de la madre						
Ninguno	29.2	43.2	27.5	28.0	236	.20919****
1-4 Primaria	33.9	53.6	12.5	36.0	304	
5to Primaria+	23.5	71.4	5.1	34.8	294	
NS/SR	20.0	50.0	30.0	1.2	10	
Estado marital						
Unida /Casada	28.9	56.3	14.8	84.8	716	n.s.
Sin Unión	28.1	60.2	11.7	15.2	128	
Etnia de madre						
Dominicana	29.5	61.7	8.8	71.4	603	.20167****
Domínico-Haitiana	28.6	50.4	21.1	15.8	133	
Haitiana	24.2	37.4	38.4	11.7	98	
No Sabe	33.3	44.4	22.2	1.1	9	
País de origen jefe/a de hogar						
Rep. Dominicana	30.6	59.0	10.4	84.1	710	.25820****
Haití	19.4	45.5	35.1	15.9	134	
% Total	**28.8**	**56.9**	**14.3**	**100.0**		
Número	243	478	121	844		

El Cuadro 10.3 presenta los resultados de diferentes preguntas que tienen que ver de manera más concreta con el conocimiento de las madres sobre el comportamiento del VIH/SIDA. A las madres se les preguntó si es posible que una persona que se vea sana pueda tener el virus del VIH/SIDA. El 74 por ciento respondió afirmativamente, 13 por ciento no sabía y otro 13 por ciento respondió negativamente.

El conocimiento difiere ampliamente en las diversas subpoblaciones de madres. Las mujeres en grupos de edad por debajo de los 35 años tienen mayor proporción de respuestas correctas que las de mayor edad. El nivel de educación y la etnia de la madre también inciden en la percepción del VIH/SIDA. Las madres sin ninguna educación tienen una proporción baja de respuestas correctas (53 por ciento), que asciende abruptamente en cada nivel hasta alcanzar el 97 por ciento en las que tienen educación secundaria y 100 por ciento en las que alcanzan algún grado universitario.

La diferenciación étnica se polariza entre la menor proporción de madres haitianas con respuestas correctas (48 por ciento) y la mayor proporción de respuestas correctas entre las madres domínico-haitianas y dominicanas (más del 70 por ciento). De igual manera, 49 por ciento de las madres de hogares donde la persona jefa nace en Haití, piensan que una persona de apariencia sana puede tener el virus del VIH/SIDA, mientras la proporción aumenta al 79 por ciento cuando nace en RD. Por otra parte, la residencia del marido en el hogar no tiene incidencia.

A nivel nacional, las mediciones de la ENDESA en 1996 y 1999 (ENDESA 1996, Cuadro 10.6 y 1999, Cuadro 10.06) aportan evidencia de que la percepción del riesgo al contagio del VIH/SIDA, medido por el convencimiento de que una persona de apariencia saludable puede tener VIH/SIDA, pasó de 94 a 90 por ciento en la zona urbana y de 81 a 83 por ciento en la rural. En cambio en la población de madres de los bateyes es menor (74 por ciento).

A las madres se las cuestionó sobre la posibilidad de que alguien que esté enfermo de VIH/SIDA pueda curarse. El 86 por ciento responde negativamente, 6 por ciento opina que se puede curar y 9 por ciento no sabe que pensar. La incidencia de la edad no sucede de forma lineal. Por otra parte, las respuestas correctas aumentan con el nivel de escolaridad, con la etnia dominicana o domínico-haitiana de la madre y con el nacimiento de la cabeza del hogar en RD en vez de Haití. Comparado con las respuestas nacionales, de nuevo, la población de referencia de los bateyes demuestra tener menos conocimiento. A nivel nacional, en 1996, 94 por ciento de las mujeres en edad reproductiva y 95 por ciento de las mujeres de la zona rural, afirman que el VIH/SIDA no puede curarse (ENDESA 1996, Cuadro 10.6).

A la pregunta sobre si una mujer embarazada y enferma de VIH/SIDA puede transmitirle la enfermedad a su bebé, 89 por ciento de las madres responden correctamente y 1 por ciento negativamente, mientras 10 por ciento no saben que responder. El conocimiento aumenta con el nivel de escolaridad de la mujer, la etnia dominicana o domínico-haitiana, y el nacimiento en RD de la persona jefa de hogar. A nivel nacional, 96 por ciento de las mujeres en edad reproductiva piensan que el VIH/SIDA puede ser transmitido de madre a hijo y 95 por ciento de las mujeres residentes en la zona rural (ENDESA 1996, Cuadro 10.6); evidenciando de nuevo el menor nivel de conocimiento de las mujeres de los bateyes.

CUADRO 10.3 PERCEPCIÓN DEL RIESGO DEL VIH/SIDA

CARACTERÍSTICAS	Persona saludable puede tener VIH/SIDA			VIH/SIDA puede curarse			VIH/SIDA se transmite de madre a hijo			Conoce persona con VIH/SIDA		Madres
	Sí	No	No sabe	Sí	No	No sabe	Sí	No	No sabe	Sí	No	
Edad de la mujer												
15-19	69.8	12.5	17.7	9.4	83.3	7.3	88.5	1.0	10.4	46.9	53.1	96
20-24	77.2	12.4	10.4	4.7	86.5	8.8	88.1	4.7	7.3	44.6	55.4	193
25-34	81.3	9.8	8.9	5.0	88.9	6.0	87.0	3.5	9.5	54.7	45.2	316
35-49	64.2	18.7	17.1	5.9	81.3	12.8	79.7	7.5	12.8	41.7	58.3	187
50 y más	64.2	20.8	18.9	3.8	82.7	15.1	81.1	3.8	15.1	39.6	60.4	52
Cramer's V	.12744**			.13711***			n.s.			.12106*		
Educación de la madre												
Ninguno	52.5	19.9	27.5	4.2	77.1	18.6	70.3	8.9	20.8	31.8	68.2	236
1-4 de Primaria	74.3	15.5	10.2	6.6	86.2	7.2	90.8	2.3	6.9	46.1	53.9	304
5-8 Primaria	88.2	8.1	3.8	4.7	92.9	2.4	91.5	3.3	5.2	60.2	39.8	211
1-4 Secundaria	97.2	1.4	1.4	6.9	90.3	2.8	95.8	1.4	2.8	65.3	34.7	72
1-4 Universitario	100.0	0.0	0.0	9.1	90.9	0.0	90.9	9.1	0.0	63.6	36.4	11
NS/SR	50.0	10.0	40.0	0.0	60.0	40.0	50.0	0.0	50.0	50.0	50.0	10
Cramer's V	.26036****			.17006****			.20607****			.23767****		
Residencia esposo												
No tiene/no reside	76.1	9.2	14.8	6.3	83.8	9.9	85.9	5.6	8.5	52.1	47.9	142
Reside	73.5	14.2	12.3	5.3	86.0	8.7	85.3	4.1	10.5	46.7	53.3	702
Cramer's V	n.s.			n.s.				n.s.			n.s.	
Etnia de madre												
Dominicana	78.9	12.4	8.6	6.0	88.4	5.6	89.9	4.0	6.1	54.7	45.3	603
Domínico-Haitiana	69.9	15.8	14.3	3.0	88.0	9.0	85.0	3.0	12.0	23.2	76.8	99
Haitiana	47.0	16.2	36.4	6.1	65.7	28.3	59.6	9.1	31.3	33.1	66.9	133
No Sabe	88.9	11.1	0.0	0.0	88.9	11.1	77.8	0.0	22.2	55.6	44.4	9
Cramer's V	.19864****			.18325****			.20392****			.23676****		
País de origen jefe/a de hogar												
Rep. Dominicana	78.7	12.3	9.0	5.5	88.3	6.2	89.2	3.9	6.9	51.3	48.7	710
Haití	48.5	19.4	32.1	5.2	71.6	23.1	65.7	6.7	27.6	28.4	71.6	134
Cramer's V	.27875****			.21787****			.25920****					
% Total	**73.9**	**13.4**	**12.7**	**5.5**	**85.7**	**8.9**	**85.4**	**4.4**	**10.2**	**47.6**	**52.4**	
Número	624	113	107	46	723	75	721	37	86	402	442	844

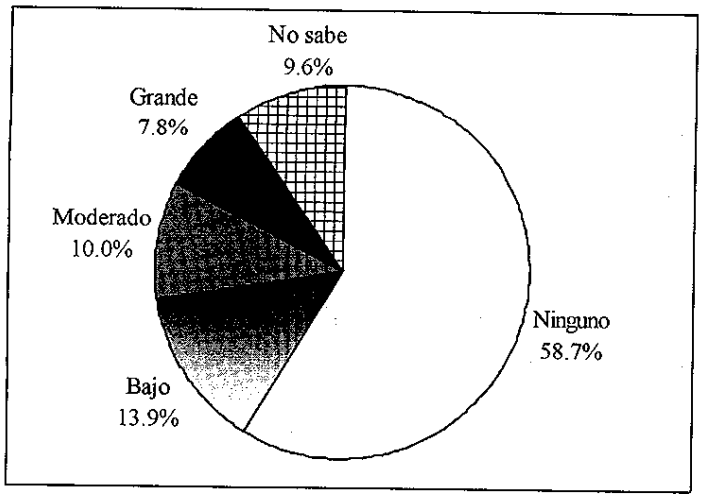
El 48 por ciento de las madres ha conocido o conoce a alguien con VIH/SIDA. Las madres en grupos menores de 35 años tienen la proporción más alta de personas que conocen a alguien con VIH/SIDA, así como aquellas con niveles de escolaridad superior al 4to. grado de la educación

primaria. La etnia también está relacionada con el conocimiento de personas con VIH/SIDA. El 55 por ciento de las dominicanas conoce a alguien con VIH/SIDA, en contraste con 33 por ciento de las domínico-haitianas y 23 por ciento de las haitianas. La diferencia es también sustantiva si se toma en cuenta el país de nacimiento de la persona jefa de hogar, siendo la proporción de madres que conoce a alguien con VIH/SIDA de 51 por ciento si el nacimiento es en RD y 28 por ciento si es en Haití. A nivel nacional, 66 por ciento de las mujeres en edad reproductiva ha conocido a alguien con VIH/SIDA, y 64 por ciento en la zona rural, estadísticas que evidencian mayor conocimiento en las mujeres del territorio nacional (ENDESA 1996, Cuadro 10.6).

10.3 RIESGO SENTIDO DE CONTRAER VIH/SIDA

La población de los bateyes siente más el riesgo de contraer VIH/SIDA que la población nacional. El 71 por ciento de las mujeres en edad reproductiva del territorio nacional contestó que no tenía ninguna posibilidad de contraer el VIH/SIDA, 19 por ciento reconoce un riesgo bajo, 7 por ciento moderado, y solamente 3 por ciento siente una posibilidad grande de contraer la enfermedad (ENDESA 1996, Cuadro 10.6).[2] Los datos de los bateyes presentados en el Cuadro 10.4 muestran que a pesar de que las madres tienen menor conocimiento sobre el VIH/SIDA, una menor proporción (59 por ciento) que las mujeres en edad reproductiva a nivel nacional, piensa que no tiene ninguna posibilidad de contraer el VIH/SIDA. El 14 por ciento reconoce tener posibilidades bajas, 10 por ciento posibilidades moderadas, y 8 por ciento posibilidades grandes. El grupo de madres que no sabe asciende al 10 por ciento. El no saber en este caso puede tener implicaciones de riesgo a la infección. El Gráfico 10.1 visualiza estos resultados.

GRAFICO 10.1 RIESGO SENTIDO DE CONTRAER VIH/SIDA



El riesgo a contraer la enfermedad está asociado a la etnia, edad y otras características de la mujer. Las madres mayores de 34 años sienten menos riesgo de contagio que las menores de esa edad. Las madres con algún grado universitario y las que no tienen o no residen con el compañero sexual sienten menos riesgo que las restantes.

[2] En 1999 la percepción de riesgo sentido no fue medido por la ENDESA.

CUADRO 10.4 RIESGO SENTIDO DE CONTRAER VIH/SIDA SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

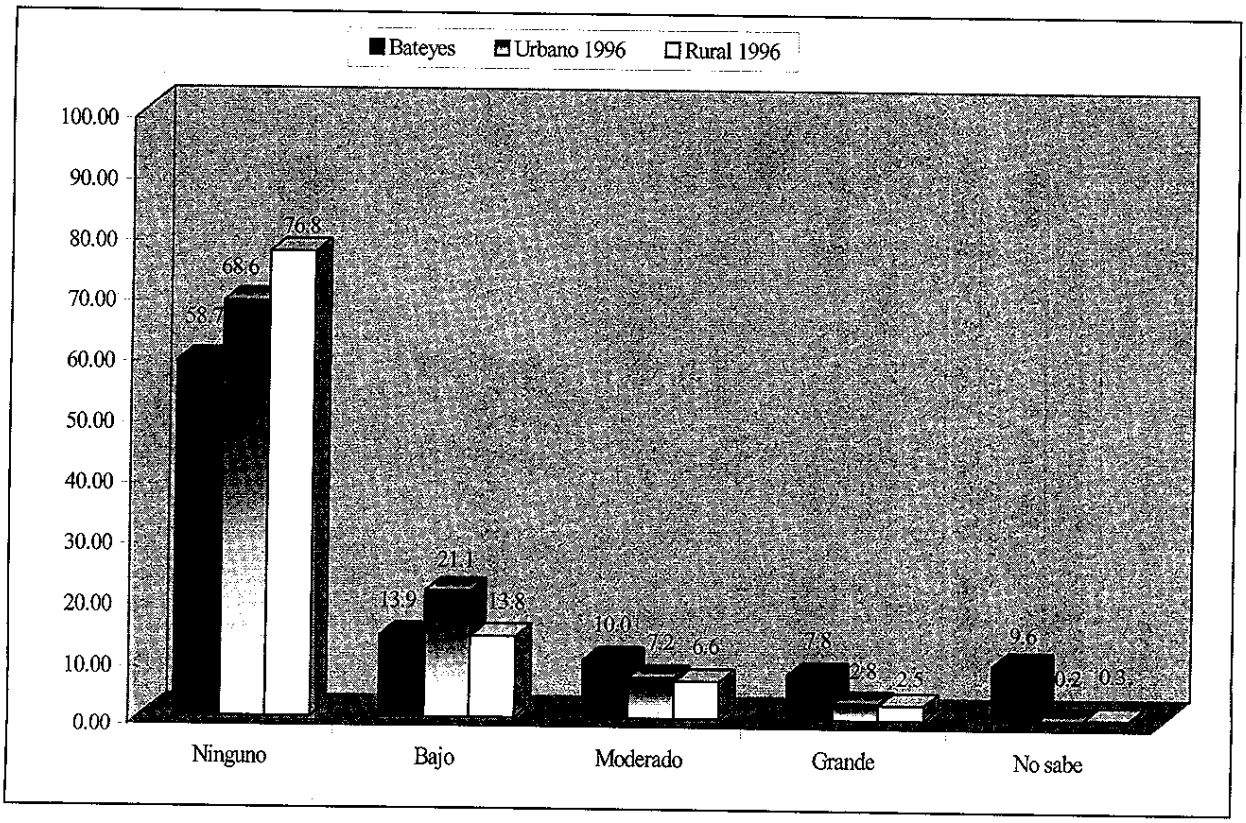
CARACTERÍSTICAS	TIPO DE RIESGO					Madres	Cramer's V
	Ninguno	Bajo	Moderado	Grande	No sabe		
Edad de la mujer*							
15-19 años	54.2	17.7	8.3	12.5	7.3	96	0.10512
20-24	58.0	13.5	11.4	6.2	10.9	193	
25-34	53.2	16.9	11.5	8.9	9.6	314	
35-49	64.7	9.1	9.6	5.9	10.7	187	
50 y más	79.2	7.5	0.0	5.7	5.7	52	
Educación de la madre*							
Ninguna	59.6	11.9	5.5	5.5	17.4	235	.12811****
1-4Primaria	60.9	12.2	9.2	8.9	8.9	304	
5-8 Primaria	57.1	15.7	13.3	9.5	4.3	210	
1-4 Secundaria	51.4	22.2	13.9	8.3	4.2	72	
1-4 Universitario	36.4	27.3	36.4	0.0	0.0	11	
NS/SR	75.0	0.0	12.8	0.0	12.5	8	
Residencia esposo							
No tiene/no reside	73.2	9.9	4.2	5.6	7.0	142	.13821**
Reside	55.7	14.7	11.1	8.3	10.1	700	
Etnia de madre							
Dominicana	58.5	16.6	11.5	6.8	6.6	602	.17177****
Domínico-Haitiana	60.9	6.8	9.8	13.5	9.0	133	
Haitiana	55.1	7.1	2.0	6.1	29.6	98	
No sabe	77.8	11.1	0.0	11.1	0.0	9	
País de origen jefe/a de hogar							
Rep. Dominicana	58.2	15.0	11.4	8.2	7.2	708	.22110****
Haití	61.2	8.2	2.2	6.0	22.4	134	
% Total	**58.7**	**13.9**	**10.0**	**7.8**	**9.6**	**100.0**	
Número	494	117	84	66	81	842	

NOTAS: *Se excluyen dos casos sin información y cuatro para la variable sobre educación de la madre

Los datos referentes a la etnia no son fácilmente interpretables debido a la elevada proporción de madres haitianas que no quisieron o pudieron contestar la pregunta (30 por ciento), así como de madres de hogares con jefatura de nacimiento haitiano (22 por ciento). Una mayor proporción de madres domínico-haitianas (13.5 por ciento) que de madres dominicanas o haitianas (6.8 y 6.1 por ciento respectivamente) siente un riesgo grande de contraer el VIH/SIDA. De manera consistente, el riesgo sentido es mayor en la madre cuando la cabeza de hogar nace en República Dominicana (8.2 por ciento) y no en Haití (6.0 por ciento). Sin embargo el carácter selectivo de las omisiones (preponderancia de hogares haitianos) indica que la proporción de madres haitianas o casadas con haitianos que siente un alto riesgo podría ser mucho mayor que el de las otras dos etnias y por lo tanto los resultados no son concluyentes.

El Gráfico 10.2 presenta los resultados de percepción del riesgo de contraer VIH/SIDA en las zonas urbana y rural del territorio nacional, medidos por la ENDESA de 1996 y comparados con los resultados de la encuesta en los bateyes de 1999. El porcentaje alto (9.6 por ciento) de madres que no pudieron contestar la pregunta, está relacionado con el menor nivel de conocimiento de las madres de los bateyes sobre el VIH/SIDA y con la proporción elevada de madres haitianas que no contestaron la pregunta.

GRAFICO 10.2 PERCEPCION DE RIESGO DE CONTRAER VIH/SIDA ENTRE MADRES DE LOS BATEYES EN 1999 Y LA POBLACION DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE LAS ZONAS RURAL Y URBANA EN 1996



1) Razones por no sentir o por sentir un riesgo bajo de contraer VIH/SIDA

El Cuadro 10.5 presenta las respuestas a la pregunta ¿por qué cree usted que (no tiene o tiene poca) posibilidad de contagiarse? Los porcentajes presentados representan únicamente a este universo de mujeres, excluyéndose los casos de madres que dijeron tener una posibilidad moderada o alta, o que no saben o no contestaron la pregunta. Existe una fuerte asociación denotada por el coeficiente Cramer's V entre estado marital y las razones por las cuales las mujeres no sienten o sienten un riesgo pequeño de contraer el VIH/SIDA. Entre las mujeres actualmente unidas, la razón principal por la cual no sienten riesgo o el riesgo sentido es bajo es la *confianza en la fidelidad sexual de su compañero* (65 por ciento) o a su propia restricción a *una sola pareja sexual* (28 por ciento)..

CUADRO 10.5 RAZONES PRINCIPALES POR LAS CUALES LAS MADRES NO SIENTEN NINGUN O MUY BAJO RIESGO DE CONTRAER EL VIH/SIDA, SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

Entre madres que no sienten ningún o muy bajo riesgo de contraer el VIH/SIDA, distribución porcentual de las razones que justifican su actitud, según características sociodemográficas de la madre/1

	Compañero Sexual es fiel		Tiene un sólo Compañero		Frecuencia de Relaciones sexuales		Uso del condón		Religión Fidelidad por religión		Otras Razones		
CARACTERÍSTICAS	Sí	No	Sí	No	No tiene	Tiene	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Madres
Estado marital													
Unida /Casada	64.9	35.1	28.1	71.9	1.6	98.4	3.0	97.0	5.6	94.4	3.0	97.0	501
Sin Unión	3.7	96.3	4.6	95.4	77.8	22.2	7.4	92.6	4.6	95.4	7.4	92.6	108
Cramer's V	.46878****		.21037****		.81253****		.08843*		n.s.		.08843**		
Educación de la madre													
Ninguno	40.5	59.5	31.0	69.0	22.6	77.4	3.0	97.0	6.5	93.5	0.6	99.4	168
1-4 Primaria	61.5	38.5	28.1	71.9	10.0	90.0	2.7	97.3	7.2	92.8	4.1	95.9	221
5to Primaria+	56.6	43.4	14.6	85.4	14.2	85.8	5.7	94.3	2.8	97.2	6.1	93.9	212
NS/SR	62.5	37.5	12.5	87.5	25.0	75.0	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	100.0	8
Cramer's V	n.s.		.16833***		.14457**		n.s.		n.s.		.11662*		
Etnia de la madre													
Dominicana	55.6	44.4	22.2	77.8	15.1	84.9	3.3	96.7	3.8	96.2	4.7	95.3	450
Dominico-Haitiana	54.4	45.6	25.6	74.4	12.2	87.8	0.0	100.0	12.2	87.8	2.2	97.8	90
Haitiana	39.3	60.7	32.8	67.2	19.7	80.3	7.8	92.2	8.2	91.8	0.0	100.0	61
No Sabe	75.0	25.0	37.5	62.5	12.5	87.5	12.5	87.5	0.0	100.0	0.0	100.0	8
Cramer's V	.10828*/2		n.s.		n.s.		.11658*		.13961**		n.s.		
País de origen jefe/a de hogar													
Rep. Dominicana	54.8	45.2	22.5	77.5	15.5	84.5	4.1	95.9	4.7	95.3	4.5	95.5	516
Haití	49.5	50.5	32.3	67.7	12.9	87.1	2.2	97.8	9.7	90.3	0.0	100.0	93
Cramer's V			.08238*				n.s.		.07986*		.08411*		
% Total	**54.0**	**46.0**	**24.0**	**76.0**	**15.1**	**84.9**	**3.8**	**96.2**	**5.4**	**94.6**	**3.8**	**96.2**	
Número	329	280	146	463	92	517	23	586	33	576	23	586	609

NOTAS: 1) Pregunta con respuestas múltiples y espontáneas, por lo que la unidad de análisis no es la madre, sino la categoría de respuestas--totales no suman 100 por ciento.
2)La prueba de hipótesis no se rechaza con el convencional valor $p < .05$ si no con una significación ligeramente menor de $p<.0680$.

En cambio, las mujeres que realmente no están expuestas por no mantener relaciones sexuales (1.6 por ciento) o menos expuestas por usar el condón con su pareja (3.0 por ciento) conforman una proporción muy baja de la subpoblación en unión marital. Entre las mujeres alguna vez unidas sin pareja estable al momento de la encuesta, la actitud de confianza en no contraer el VIH/SIDA se fundamenta en una de dos prácticas: 78 por ciento no siente riesgo por no estar sexualmente activa y 7.4 por ciento por usar *el co*ndón con su pareja. Solamente el 3.7 por ciento de las madres que no tienen pareja estable se expone al riesgo confiando en la *fidelidad de su pareja sexual.*

El sentimiento de la mujer de bajo o ningún riesgo de contagio debido a la fidelidad del compañero sexual no es estadísticamente significativo entre mujeres de diferentes niveles de escolaridad o de edad,[3] pero si lo es entre mujeres de diferentes etnias con un nivel de confianza de un 93.2 por ciento. Una menor proporción de madres haitianas (39 por ciento) confía en la fidelidad sexual de su compañero que la proporción que confía entre las madres dominicanas (56 por ciento) o domínico-haitianas (54 por ciento). La mayor desconfianza en el compañero sexual entre las madres haitianas se manifiesta en una mayor proporción de haitianas que usa el condón con su compañero (8 por ciento) que entre las domínico-haitianas (3 por ciento) o las dominicanas (0 por ciento).

La segunda razón ofrecida por 24 por ciento de las madres para fundamentar el bajo riesgo sentido de contraer el VIH/SIDA es que solamente *tienen un solo compañero sexual.* Esta no debe entenderse como una única razón, dado que la pregunta admite múltiples respuestas. Las madres sin ningún nivel de educación, o con niveles por debajo del 4to grado de la primaria ofrecieron en su mayoría esta respuesta. Solamente el 15 por ciento de las madres con niveles de escolaridad más altos mencionó su propia fidelidad como garantía de no contraer la enfermedad.

La tercera razón que explica el bajo riesgo sentido en el 15 por ciento de esta subpoblación es no tener *relaciones sexuales.* Esta causa está relacionada de manera estadísticamente significativa con el nivel de educación y el estado marital pero no con la etnia de la madre. Las mujeres sin escolaridad en este grupo de madres son más propensas a no tener relaciones sexuales, así como aquellas que actualmente no están unidas. Entre las unidas, únicamente 2 por ciento reporta no tener relaciones sexuales, en contraste con 78 por ciento de las alguna vez unidas.

El *uso del condón* como fundamento del poco o ningún riesgo sentido es solamente mencionado por 4 por ciento de las madres. El nivel educativo no tiene incidencia estadísticamente significativa, aunque si lo tiene el estado marital y la etnia de la madre. El uso del condón es mayor en mujeres actualmente no unidas (7 por ciento) que no tienen un compañero sexual fijo, comparado con 3 por ciento de las mujeres actualmente unidas, y es más usado por las haitianas (7.8 por ciento) que por las domínico-haitianas (0 por ciento) y las dominicanas (3.3 por ciento).

Otras razones solamente fueron ofrecidas por 4 por ciento de las madres. Las mismas están asociadas al conocimiento de este pequeño grupo del riesgo ligado a las transfusiones de sangre, el uso de jeringas y las relaciones homosexuales. La proporción de madres que ofreció por lo menos una de estas explicaciones aumenta de manera estadísticamente significativa con el nivel

[3] La prueba de hipótesis que relaciona la razón ofrecida con la edad no fue presentada por no ser significativa y ocupar mucho espacio en los cuadros.

de escolaridad de la madre, con su estatus de alguna vez unida, y con el nacimiento en RD y no en Haití de la persona jefa o jefe del hogar.

2) Razones por sentir riesgo alto a moderado de contraer VIH/SIDA

Existen tres razones importantes que explican el temor de las madres a contraer el VIH/SIDA. Primero, la certeza de que su compañero sexual tiene *relaciones extramaritales* con una o más mujeres; segundo, la duda, por no saber *lo que el marido hace en la calle*; y tercero, el hecho de *no usar el condón* con su pareja. Todas las demás explicaciones no alcanzan el 9 por ciento de las madres que sienten riesgo moderado o alto de contraer el VIH/SIDA. Los porcentajes se presentan en el Cuadro 10.6, referidos al universo de madres que sienten riesgo alto o moderado.

CUADRO 10.6 CAUSAS DEL RIESGO SENTIDO MODERADO A ALTO A CONTRAER EL VIH/SIDA SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

Entre las madres que sienten riesgo moderado a alto de contraer el VIH/SIDA, distribución porcentual de las causas del temor a contraer el VIH/SIDA, según características sociodemográficas de la madre*

	Hombre con Múltiples Parejas		No sabe lo que el compañero hace en la calle		No usa condones		Otras Razones		
CARACTERÍSTICAS	Sí	No	No sabe	Sabe	Sí	No	Sí	No	Madres
Educación de la madre									
Ninguno	61.5	38.5	19.2	80.8	3.8	96.2	0.0	100.0	26
1-4 Primaria	61.8	38.2	10.9	89.1	10.9	89.1	10.9	89.1	55
5to Primaria y más	26.5	73.5	32.4	67.6	4.4	95.6	8.8	91.2	68
NS/SR	100.0	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	1
Cramer's V	.36224***			.27766**		n.s.		--	
Estado marital									
Unida /Casada	47.8	52.2	23.2	76.8	7.2	92.8	8.7	91.3	138
Sin Unión	25.0	75.0	16.7	83.3	8.3	91.7	8.3	91.7	12
Cramer's V	n.s.			n.s.		n.s.		--	
Etnia de madre									
Dominicana	40.9	59.1	22.7	77.3	7.3	92.7	10.0	90.0	110
Domínico-Haitiana	25.0	75.0	37.5	62.5	25.0	75.0	0.0	100.0	31
Haitiana	67.7	32.3	19.4	80.6	3.2	96.8	6.5	93.5	8
No Sabe	100.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0	1
Cramer's V	.25353*			n.s.		n.s.		--	
País de origen jefe/a de hogar									
Rep. Dominicana	46.0	54.0	22.3	77.7	6.5	93.5	9.4	90.6	139
Haití	45.5	54.5	27.3	72.7	18.2	81.8	0.0	100.0	11
Cramer's V	n.s.			n.s.		n.s.		--	
% Total	**46.0**	**69.0**	**22.7**	**77.3**	**7.3**	**92.7**	**8.7**	**91.3**	
Número	54	81	34	116	11	139	13	137	150

NOTA: Pregunta de respuestas múltiples. El Cuadro no presenta 38 casos (25.3 por ciento) de madres que no ofrecieron respuesta.

El 46 por ciento de las madres que sienten riesgo alto a moderado explican su temor por *la certeza de que su marido tiene relaciones extramaritales con una o más mujeres*. Esta actitud está relacionada con el nivel de educación y la etnia de la madre. A mayor nivel educativo de la madre, menor es la posibilidad sentida de que su pareja mantenga relaciones extramaritales. Así, 27 por ciento de las madres con cinco o más años de educación formal sienten riesgo moderado a grande de contraer el VIH/SIDA por esta causa, proporción que aumenta al 62 por ciento cuando la madre no tiene ningún nivel o sólo alcanza menos de cinco años de educación primaria. Por otra parte, la etnia de la madre indica que el grupo de madres que más percibe riesgo moderado a alto debido a la infidelidad de su compañero es el de las haitianas (68 por ciento), seguido de las dominicanas (41 por ciento) y en menor proporción las domínico-haitianas (25 por ciento).

La segunda explicación al riesgo moderado a alto de contraer el VIH/SIDA la ofrecen el 23 por ciento de las mujeres que *no saben con certeza si sus compañeros sexuales son fieles o no*. Esta duda esta asociada de forma estadísticamente significativa al nivel de educación de la mujer pero no fue posible rechazar la hipótesis de que existen diferencias étnicas o determinadas por el estado marital de la madre. Las mujeres que alcanzan el 5to. grado de la primaria o más, son más propensas a sentir dudas en este sentido (33 por ciento) que las mujeres sin ninguna educación (19 por ciento) o que no alcanzan el 5to. grado de la primaria (11 por ciento). La explicación referida a su propia fidelidad al esposo, no se presenta en el Cuadro 10.6 porque sólo una mujer informó sentir riesgo alto por tener relaciones extramaritales.

El 7.3 por ciento de las madres siente riesgo por *no usar el condón*. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en diferentes grupos de madres según las características seleccionadas. Por último, varias causas del riesgo sentido fueron agregadas en la variable denominada otras razones, que incluye únicamente al 9 por ciento de las madres. El reducido número de casos en diversas categorías de las variables agregadas, impide establecer diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes subpoblaciones.

10.4 CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL

El Cuadro 10.7 presenta las respuestas del total de madres a la pregunta, ¿desde que usted empezó a oír hablar del VIH/SIDA, ha cambiado su comportamiento sexual, para evitar contagiarse de la enfermedad? El 54 por ciento de las entrevistadas declaró no haber cambiado de comportamiento por sentir que no está en peligro y el 5 por ciento no ha cambiado porque su compañero sexual rehusa cooperar con ella. Este comportamiento se asemeja al de las mujeres en edad reproductiva del territorio del país con datos de 1996. A nivel nacional, 58 por ciento de las mujeres en edad reproductiva no había cambiado de comportamiento y a nivel de la zona rural, 61 por ciento (ENDESA 1996, Cuadro 10.7).

El cambio del comportamiento está asociado al riesgo sentido de contraer la enfermedad. Entre las madres que reportan no cambiar de comportamiento, 65 por ciento corresponde a mujeres que sienten poco o ningún riesgo de contraer la enfermedad, y 26 por ciento a las que sienten riesgo alto o moderado. La ausencia de cambio es mayor entre las madres sin ningún nivel de educación (60 por ciento), las que están actualmente unidas (56 por ciento), y las dominicanas (54 por ciento) o domínico-haitianas (55).

CUADRO 10.7 COMPORTAMIENTO PARA PREVENIR EL VIH/SIDA SEGUN CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

Distribución de porcentajes de madres por cambio en el comportamiento para evitar el VIH/SIDA, según características seleccionadas*

CARACTERISTICAS	Cambió comportamiento			Esposo permite cambio			Abstención de relaciones	Pidió fidelidad o Esposo dejó otra mujer	Empezó a usar Condón	Sexo con un compañero	Redujo compañeros	
	NO	SI	NS/SR	NO	SI	NS/SR	SI	SI	SI	SÍ	SI	Número
Percepción del VIH/SIDA												
Sin Riesgo/ bajo	64.6	35.4	0.0	5.1	94.9	0.0	4.3	13.3	4.4	6.2	0.3	611
Riesgo Moderado/Grande	26.0	74.0	0.0	4.7	95.3	0.0	0.7	28.0	10.0	9.3	2.0	150
No sabe/Sin información	24.1	24.1	51.8	1.2	47.0	51.8	0.0	8.4	1.2	6.0	0.0	83
Cramer's V	.54044****			--				.50807****	.50093****	.49778****	--	
Edad de la mujer												
15-24	55.4	40.5	4.2	5.2	90.7	4.2	2.1	12.8	5.2	6.6	0.3	289
25-49	51.5	42.9	5.6	4.4	90.0	5.6	2.6	17.5	5.6	7.6	0.8	503
50 y más	67.3	26.9	5.8	3.8	90.4	5.8	15.4	9.6	0.0	0.0	0.0	52
Cramer's V	n.s.			--			--	--	.11497**	--	--	
Educación de la madre												
Ninguno	59.7	28.0	12.3	2.5	85.2	12.3	5.5	9.7	2.5	8.1	0.4	236
1-4 Primaria	52.6	44.4	3.0	5.3	91.8	3.0	2.6	18.1	6.9	7.6	1.0	304
5to. Primaria y más	50.0	48.6	1.4	5.8	92.9	1.4	2.0	17.7	5.4	5.1	0.3	294
NS/SR	60.0	30.0	10.0	0.0	90.0	10.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10
Cramer's V	.17681****			.--				--	.15719****	.15569****	--	
Estado marital												
Actualmente Unida	56.0	38.7	5.3	4.7	89.9	5.3	0.6	17.5	3.9	6.4	0.4	717
Alguna vez Unida	41.4	54.7	3.9	3.9	92.2	3.9	18.0	3.9	11.7	8.6	1.6	127
Cramer's V	.11664**			n.s.				.13948***	.12837***	n.s.	--	
Etnia de madre												
Dominicana	54.4	43.0	2.7	4.6	92.7	2.7	3.2	17.1	4.1	6.6	0.7	603
Dominico-Haitiana	54.9	39.8	5.3	7.1	72.7	20.2	3.0	15.0	10.5	8.3	0.8	133
Haitiana	48.5	31.3	20.2	3.0	91.7	5.3	3.0	7.1	3.0	6.1	0.0	99
No Sabe	55.6	44.4	0.0	0.0	100.0	0.0	11.1	0.0	11.1	0.0	0.0	9
Cramer's V	.18108****			.18571****			--	.18841****	.19656****	.18211****	--	
País de origen jefe/a de hogar												
Rep. Dominicana	54.1	43.1	2.8	4.8	92.4	2.8	3.4	16.8	4.8	7.0	0.7	710
Haití	52.2	30.6	17.2	3.7	79.1	17.2	2.2	8.2	6.7	5.2	0.0	134
Cramer's V	.24315****			.23853****			.23884****	.24671****	.24264****	.23874****		--
% Total	**53.8**	**41.1**	**5.1**	**4.6**	**90.3**	**5.1**	**3.2**	**15.4**	**5.1**	**6.8**	**0.6**	
Número	454	347	43	39	762	43	27	130	43	57	5	844

NOTA: *Pregunta con respuestas múltiples y espontáneas, por ésta razón las respuestas no suman 100 por ciento. Entre las que dijeron haber cambiado, el 24.5 por ciento no explicó el cambio.

El 74 por ciento de la subpoblación de madres que sienten riesgo moderado a alto de contraer VIH/SIDA indica haber cambiado su comportamiento después de sentir el riesgo a la infección, pero, el 24 por ciento se abstuvo de explicar la naturaleza del cambio. La ausencia de una respuesta puede significar una ausencia de cambio real. Es probable que esta categoría esté sobrestimada debido al efecto de aquiescencia social. Este efecto sesga las respuestas de las madres en el sentido de afirmar cambios que en la práctica no ocurrieran, dado lo difícil que resulta admitir que continúan la relación sin prácticas de protección seguras a pesar del riesgo que significa para sus vidas.

Los métodos utilizadas por las mujeres y sus parejas para prevenir contraer el virus VIH/SIDA son múltiples. La más importante es la de solicitar fidelidad al compañero sexual o esposo (15 por ciento), reportada exitosa en 4 por ciento de las parejas. El uso del condón sólo es iniciado por 5 por ciento de las madres, cambio importante debido a que ofrece cierto nivel de seguridad, aunque como se verá más adelante, el condón no es usado de manera sistemática por la mayoría de las madres que reportan su uso. Otras medidas incluyen dejar de tener relaciones sexuales y/o no iniciarlas en el caso de mujeres que no están actualmente unidas (3 por ciento); reducir el número de compañeros sexuales (0.6 por ciento); y limitarse a un solo compañero sexual (7 por ciento).[4]

El *poder de negociación de la mujer con su pareja* se manifiesta en las madres que logran establecer el diálogo para solicitar a su pareja la finalización de las relaciones extramaritales, y se manifiesta además, en las parejas que acuerdan utilizar el condón. En el Cuadro 10.7 se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre las proporciones de mujeres con cierto poder de negociación según las características sociodemográficas seleccionadas. La proporción de mujeres que ha negociado la fidelidad de su compañero es mayor entre el grupo que siente un riesgo moderado o alto de contagio (28 por ciento) versus las que sienten un riesgo bajo o no lo sienten (13 por ciento); es mayor entre las que han alcanzado algún nivel de educación (18 por ciento) que entre las que no tienen ningún nivel (10 por ciento); es mayor entre las mujeres actualmente unidas (18 por ciento) que entre las que estuvieron alguna vez unidas (4 por ciento); es mayor entre las dominicanas (17 por ciento) y las domínico-haitianas (15 por ciento) que entre las haitianas (7 por ciento); y es mayor en los hogares con jefaturas de personas nacidas en RD (17 por ciento) frente a las nacidas en Haití (8 por ciento).

La proporción de mujeres que *usa el condón con su pareja* es diferente en las subpoblaciones. Como era de esperarse, la proporción de mujeres que usa el condón es mayor entre las mujeres que actualmente no están unidas (12 por ciento) que entre las que están unidas (4 por ciento). Esto así porque es más difícil para una mujer en una relación permanente negociar el uso del condón que para la que no cohabita con su compañero sexual. El uso del condón también está asociado al riesgo sentido de contraer el VIH/SIDA así como al nivel educativo y la etnia de la madre. Es superior de forma estadísticamente significativa en el grupo de mujeres que siente riesgo alto a moderado de contraer la enfermedad (10 por ciento) que en las que no sienten o sólo sienten riesgo pequeño de contraer el VIH/SIDA (4 por ciento). Es mayor entre las madres con algún nivel de educación (5 a 7 por ciento) que entre las que no tienen escolaridad (3 por ciento). Es mayor entre las domínico-haitianas (11 por ciento) que entre las dominicanas (4 por ciento) y

[4] Una sola mujer reportó dejar de inyectarse con agujas.

las haitianas (3 por ciento); y es mayor cuando la cabeza del hogar nace en Haití (7 por ciento) que cuando nace en RD (5 por ciento).

Con la finalidad de conocer si el condón se está utilizando de forma sistemática para evitar el VIH/SIDA, a las entrevistadas se les preguntó, ¿durante los últimos 12 meses, ha usado usted condón para evitar contagiarse de enfermedades venéreas o del VIH/SIDA? En caso afirmativo, se preguntó, ¿lo usa siempre o solamente algunas veces? Las respuestas a estas dos preguntas se presentan en el Cuadro 10.8.

CUADRO 10.8 FRECUENCIA DEL USO DEL CONDON POR LA PAREJA PARA EVITAR EL VIH/SIDA

	USO DEL CONDON				TOTAL	
CARACTERÍSTICAS	Siempre	Ocasional	Nunca	SR	%	Número
Riesgo sentido						
Ninguno/poco	2.1	4.1	92.8	1.0	72.4	611
Moderado/grande	3.3	11.3	84.7	0.7	17.8	150
No sabe	0.0	3.6	94.0	2.4	9.8	83
Cramer's V	--				100.0	844
Educación de la madre						
Ninguno	1.7	5.1	91.5	1.7	28.0	236
1-4 Primaria	2.6	4.6	91.4	1.3	36.0	304
5to. Primaria +	2.0	6.5	91.2	0.3	34.8	294
NS/SR	0.0	0.0	100.0	0.0	1.2	10
Cramer's V	--				100.0	844
Estado marital						
Unida/casada	1.3	5.3	92.7	0.7	85.0	717
Sin unión	7.0	5.5	84.4	3.1	15.0	127
Cramer's V	.16796****				100.0	844
Etnia de la madre						
Dominicana	2.0	4.5	92.7	0.8	71.4	603
Haitiana	0.0	4.0	93.9	2.0	11.7	99
Haití	4.5	9.8	84.2	1.5	15.8	133
No sabe	0.0	11.1	88.9	0.0	1.1	9
Cramer's V	--				100.0	844
País de nacimiento						
Rep. Dom.	2.3	5.2	91.3	1.3	84.1	710
Haití	1.5	6.0	92.5	0.0	15.9	134
Cramer's V	--				100.0	844
% del Total	**2.1**	**5.3**	**91.5**	**1.1**	**100.0**	
Número	18	45	772	9		844

Aunque el 5.1 por ciento de las madres reportaron haber comenzado a usar el condón después que sintieron riesgo de contraer el VIH/SIDA, solamente el 2.1 por ciento lo usa siempre. El 5.3 por ciento lo usa de forma ocasional y 91.5 por ciento no lo usa nunca—un 1 por siento no respondió la pregunta. Las pruebas de hipótesis para determinar diferencias entre las subpoblaciones de usuarias son todas inconclusas, con la excepción del estado marital de la mujer. Pudo verificarse que la proporción de madres que siempre usa el condón con su pareja sexual corresponde al 1 por ciento de las mujeres actualmente unidas y al 7 por ciento de las mujeres que no cohabitan con su pareja sexual.

10.5 CONCLUSIONES

Todas las variables que miden conocimiento sobre el VIH/SIDA y las posibilidades de su prevención, indican que la proporción de la población meta en los bateyes con conocimientos sobre la enfermedad, es más baja que en la población de mujeres en edad reproductiva de la zona rural del país y del territorio nacional. El conocimiento está asociado al nivel educativo de la mujer y a su etnia. De manera consistente, el conocimiento aumenta con el nivel de escolaridad de la madre y disminuye cuando la madre es haitiana o está unida maritalmente a un nacional haitiano. En cambio, las diferencias entre madres domínico-haitianas y dominicanas son mínimas. En los bateyes, una de cuatro madres no sabe que una persona de apariencia saludable puede estar infectada del VIH/SIDA, razón que aumenta a casi la mitad de las madres sin ningún nivel de escolaridad y más de la mitad de las mujeres haitianas. Peor aún, entre las madres sin ningún nivel de escolaridad, una de cada cuatro no sabe que el VIH/SIDA puede prevenirse y la proporción es aún mayor entre las madres haitianas.

Dos hallazgos focalizan el desconocimiento sobre el VIH/SIDA y apuntan la necesidad de intensificar a corto plazo los programas educativos informales de prevención de ETS/VIH/SIDA, y a largo plazo de promover la permanencia de las niñas en el sistema de educación. Primero, la presencia de 15 por ciento de las madres que piensan que el VIH/SIDA no se puede prevenir, y segundo, la creencia en maleficios como medio de propagación de la enfermedad de aproximadamente la tercera parte de las madres. Esta creencia abarca el 43 por ciento si se incluye la proporción de madres que "no saben" si el VIH/SIDA se propaga de ésta manera. La duda, deja abierta la posibilidad de que sea cierto. La creencia en maleficios crea una actitud fatalista o de impotencia, dado que no importa lo que la mujer haga para protegerse del VIH/SIDA, siempre estará expuesta al contagio debido a la mala voluntad de otra persona, particularmente, la mujer que compite por el amor de su compañero.

La creencia en maleficios como medio de propagación del VIH/SIDA afecta más a la subpoblación de mujeres haitianas o de aquellas sin ningún nivel de escolaridad. Mientras la negación de la creencia es reportada por 62 por ciento de las dominicanas y 50 por ciento de las domínico- haitianas, sólo 37 por ciento de las haitianas niegan la creencia en maleficios. La cultura étnica incide más en la creencia que los años de educación formal, dado que 43 por ciento de las madres sin ningún nivel de educación niegan que la enfermedad se pueda propagar a través de maleficios, proporción mayor que la encontrada entre las mujeres haitianas.

La lucha contra creencias que pueden afectar negativamente la salud y el sentido de empoderamiento de la persona no puede realizarse de manera directa a corto plazo. Esto así, porque el campo de la ciencia y el campo de las creencias del espíritu o mente humana no convergen. A largo plazo, el proceso de educación tiende a debilitar este tipo de creencias hasta hacerlas desaparecer. Una alternativa a corto plazo es la de integrar a líderes comunitarios religiosos--ministros cristianos y sacerdotes católicos--a un plan estratégico que debilite la acción de creencias perjudiciales a la salud física y mental de la población. Adicionalmente, es necesario integrar a curanderos y a sacerdotes del vudú o el gagá, que consciente o inconscientemente pueden reafirmar creencias, ofertando curaciones y ritos para deshacer o realizar los "trabajos" maléficos.

Las mujeres en la población meta de los bateyes tienen menos conocimiento sobre el VIH/SIDA que las mujeres en edad reproductiva a nivel nacional, pero sienten más el riesgo a contraer el VIH/SIDA, particularmente el riesgo moderado a grande. Una proporción del 41 por ciento de las madres en los bateyes siente algún tipo de riesgo—pequeño, moderado o grande—de contraer el VIH/SIDA, en comparación con el 29 por ciento a nivel nacional. La focalización de subpoblaciones donde el temor al riesgo es más extendido permite priorizar áreas de intervenciones en programas de educación y prevención de ETS/VIH/SIDA. La población que siente riesgo al contagio tiene más posibilidades de adoptar medios efectivos para evitar el VIH/SIDA, como son el sexo exclusivo con su pareja, el condón, o la abstinencia sexual.

Las razones que ofrecen las madres para justificar su actitud desconfiada de no contraer la infección, o de temor de contraerla, pueden constituirse en componentes básicos de los programas de comunicación y prevención del VIH/SIDA. De igual manera, la gran diferencia en la actitud de las madres actualmente unidas y las alguna vez unidas, así como entre las madres haitianas y las que han nacido en territorio dominicano, señalan la importancia de distinguir entre las subpoblaciones objeto de intervención, para así poder concretizar planificaciones estratégicas y metodologías adecuadas a las necesidades educativas y de comunicación de las mismas. Adicionalmente, es importante distinguir entre las madres que no sienten riesgo por abstenerse sexualmente o usar el condón, de aquellas que no lo sienten porque confían en la fidelidad de su compañero sexual. En ésta última categoría se encuentra una proporción alta (65 por ciento de las madres actualmente unidas) expuestas al contagio de ser infectadas por sus maridos.

Cambiar prácticas sexuales inseguras a prácticas más seguras es la meta de todos los programas de prevención. Sin embargo, aún cuando la mujer tiene certeza de que su marido tiene relaciones extramaritales o desconfía de su fidelidad, no traduce necesariamente su conocimiento en un cambio a métodos más seguros de prevención. El principal obstáculo se encuentra en el limitado poder de negociación que tiene la mujer actualmente unida con su marido. Esta limitación obedece al bajo status de la mujer en la sociedad y a su dependencia económica del hombre. Entre las madres que sienten riesgo moderado a grande de contraer el VIH/SIDA, por lo menos 28 por ciento inicia un diálogo con su marido para que éste abandone sus relaciones extramaritales, 10.0 por ciento adopta el uso del condón y 0.7 por ciento se abstiene de tener relaciones sexuales.

La encuesta no indagó sobre el acceso a condones que tiene la población, pero el hecho de que el 92 por ciento de las madres nunca lo haya usado, parece indicar que las fuentes de abastecimiento son escasas en el presente y lo fueron en el pasado. Solamente 2 por ciento de las madres y sus parejas están protegidas por el uso sistemático del condón en sus relaciones y 5 por ciento lo utiliza de manera ocasional. El desmantelamiento actual de los servicios de salud del CEA hace que futuros programas de educación en el uso del condón y de creación de cadenas de abastecimiento sean intervenciones de prioridad alta.

Por último, es importante tomar en cuenta la subcultura de proporciones importantes de la población de los bateyes. El hecho de que la etnia de la mujer esté asociada de forma estadísticamente significativa con la mayoría de las variables dependientes de la encuesta no es un hallazgo fortuito. La autodefinición de la nacionalidad de la mujer como haitiana, presenta características diferentes sobre conocimientos, creencias, actitudes y prácticas relacionadas con el VIH/SIDA de las características mostradas por mujeres que se definen como domínico-haitianas o dominicanas. Estas diferencias necesitan ser tomadas en cuenta en la elaboración de planes estratégicos dirigidos a cambiar prácticas inseguras por prácticas seguras en las relaciones de pareja. Dos elementos importantes de la subcultura, la religión y la lengua, no pueden ser ignorados al pretender cambios de comportamiento que tocan la fibra de la estructura íntima familiar.

Adicionalmente, no puede ser ignorado en un programa de prevención del VIH/SIDA el impacto que puede tener en la población residente de los bateyes, la emigración cíclica de los braceros haitianos. Muchos de estos hombres son solteros y crean una demanda en el mercado de servicios sexuales. La inexistencia de programas de monitoreo epidemiológico en la frontera domínico-haitiana, así como la alta prevalencia de la enfermedad en el país de procedencia de los braceros, demanda un tipo de programa que permita controlar la infección en territorio dominicano, particularmente en los bateyes, así como proporcionar a los nacionales haitianos portadores del virus un manejo humano y adecuado de su enfermedad.

RECOMENDACIONES

1. HABITAT

- CORTO Y MEDIANO PLAZO

1) Negociar con las compañías azucareras arrendatarias de los ingenios del CEA la formación de un *fondo de inversión social para los bateyes* (FISB) a través de la fijación de una cuota de sus ganancias netas. El mismo tendría por objetivo el mejoramiento de la calidad de vida de la población de los bateyes. Puede ser administrado por un comité que incluya representación de los principales agentes de desarrollo que inciden en la población de los bateyes, de la compañía arrendataria del ingenio, de otras agencias donantes, y de cada batey.

2) Realizar un censo de las viviendas del CEA con cuatro objetivos: (1) mejorar las condiciones de las viviendas destinadas a extranjeros; (2) facilitar el traspaso legal de viviendas del CEA a trabajadores de la empresa que tienen un período razonablemente prolongado residiendo en la vivienda; (3) facilitar el título de propiedad de las viviendas construidas en terrenos del CEA; y (4) iniciar un programa de reconstrucción de letrinas y viviendas con trabajo comunitario.

3) Utilizar recursos del FISB y de otras fuentes en programas de letrinización y reconstrucción de viviendas, a través de organizaciones comunitarias y con el asesoramiento técnico de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Los objetivos de este programa serían: cambiar los techos inservibles de las viviendas, construir pisos de cemento en viviendas con pisos de tierra o de cemento agrietado y construir letrinas.

4) Facilitar la compra de estufas de gas a las familias que cocinan con carbón y leña, así como la distribución de los cilindros.

5) Dotar de cocinas, letrinas y estufas de gas a los barrancones del CEA que sean utilizados para trabajadores emigrantes.

2. SERVICIOS BASICOS

- MEDIANO Y LARGO PLAZO

1) Coordinar con los ayuntamientos municipales la recogida de basura en los bateyes.

2) Construir sistemas de agua con el objetivo de incrementar las conexiones domiciliarias y llevar los sistemas a las comunidades que carecen del líquido.

3) Extender las redes eléctricas a los bateyes que carecen de este servicio.

PREVIOUS PAGE BLANK

4) Usar recursos del FISB y de SESPAS con el objetivo de construir clínicas rurales bajo la administración de SESPAS en las comunidades que no tienen centros de salud cercanos.

3. EDUCACION

- CORTO Y MEDIANO PLAZO

1) Coordinar con diferentes ONGs del área de educación con la Secretaría de Estado de Educación de las provincias con bateyes en su jurisdicción, la conformación de programas de educación inicial y de escuelas pre-primarias para enfrentar el problema de la sobreedad y la inscripción tardía en la educación básica.

2) Entrenar al profesorado de la educación básica y de la pre-primaria de los bateyes en la enseñanza del castellano como segundo idioma.

3) Promover en los bateyes con carácter de obligatoriedad la participación de los niños en la pre-primaria con el objetivo de lograr dominio completo del castellano antes de iniciar el primer año escolar.

4) Conformar al interior de la Secretaría de Educación un cuerpo de trabajadoras y trabajadores sociales que asista a los padres con las declaraciones tardías de los preescolares y estudiantes que carecen de actas de nacimiento.

5) Dotar a cada estudiante de un acta de nacimiento, ya sea de nacionalidad dominicana o del país de origen de los padres, de acuerdo a lo establecido en la Constitución de la República.

6) Promover la educación escolar de las niñas hasta que alcancen por lo menos el 8vo. grado. Se ha presentado suficiente evidencia en este estudio, para sostener la tesis de que el nivel de educación de la madre es el factor más importante para lograr mejorar la salud y calidad de vida de la población.

7) Promover la permanencia en la escuela de la población menor de 19 años de edad.

8) Iniciar programas de alfabetización de adultos y de enseñanza continuada.

9) Coordinar con INFOTEP y escuelas vocacionales para promover el aprendizaje técnico en los bateyes.

4. ATENCION PRIMARIA EN SALUD

- CORTO PLAZO

1) Integrar los bateyes a la división provincial de SESPAS. Esto es de vital importancia después del desmantelamiento del CEA.

2) Crear un *Comité Comunitario de Salud* (CCS) en cada batey y aunar esfuerzos entre las Direcciones Provinciales de SESPAS y las ONGs que trabajan en programas de atención primaria en salud en las provincias donde se localizan los bateyes, para capacitar y monitorear los CCS de cada batey en los fundamentos de supervivencia infantil.

3) Responsabilizar los CCS de visitar mensualmente a todas las madres con niños y niñas menores de cinco años de edad. Las promotoras de salud supervisarían la higiene personal y saneamiento del hogar, el esquema de vacunaciones, la nutrición, el estado nutricional y la salud de este grupo de edad.

4) Dotar de balanzas a los CCS con el objetivo de monitorear mensualmente el peso de niños y niñas menores de cinco años de edad y entregar a cada madre una tarjeta de control de peso para cada niño o niña, para que ésta asuma la responsabilidad del crecimiento saludable de sus hijos.

5) Crear una cadena de referencia para atender a menores con desnutrición leve a severa.

6) Abastecer los CCS con unidades de rehidratación oral.

7) Orientar la población e iniciar actividades de cambio de comportamiento sobre el consumo de sal yodada y la forma adecuada de almacenarla para que no pierda su yodación, así como de evitar prácticas que ponen en riesgo la salud en el hogar, tales como el manejo inadecuado del agua de beber, el hábito de fumar y de dormir sin mosquitero.

8) Incorporar a las personas que se responsabilizan de la salud en el hogar, particularmente las abuelas, a las actividades de los programas de supervivencia infantil.

9) Proveer a cada infante menor de dos años de edad con una tarjeta de vacunación y educar a la madre en los procedimientos establecidos para inmunizarlo antes de cumplir el primer año de vida.

- MEDIANO PLAZO

10) Crear programas de lactancia y destete que incorporen a todas las madres con niños y niñas menores de dos años de edad. Una actividad importante de éste programa puede ser la creación de círculos de lactancia, donde las madres pueden darse mutuo apoyo y asesorar a las embarazadas para que inicien la lactancia exclusiva desde el nacimiento de su bebé.

11) Educar en prácticas de correcta atención a las EDA para cambiar prácticas de los curanderos tradicionales.

12) Realizar un estudio de nutrición y sociológico cualitativo, con los objetivos siguientes: (1) conocer con profundidad los patrones de alimentación de los niños y niñas menores de dos años de edad; (2) indagar las causas inmediatas de la desnutrición; (3) conocer la práctica de lactancia que se aplica a niñas y niños recién nacidos en la maternidad y otros hospitales visitados por las mujeres de los bateyes; (4) conocer la motivación que tienen las madres para

ofrecer laxantes a recién nacidos, así como la composición de los mismos; (5) proponer alternativas viables de nutrición con suficiente contenido de micronutrientes que sean culturalmente aceptables, particularmente durante el período del destete; y (6) hacer recomendaciones sobre las intervenciones (metodología y contenido) que deben realizar los CCS en las áreas de lactancia, destete y nutrición.

13) Realizar un estudio de salud interdisciplinario, que permita conocer con profundidad el efecto de las creencias en la salud de la niñez.

14) Estudiar la causa de pérdida de yodo en la sal comercial etiquetada como yodada. Es posible que los envases de cartón, de tamaño inadecuadamente grandes, o con mucho tiempo en el mercado, sean más vulnerables a perder su yodación. Esta recomendación se extiende a marcas extranjeras comercializadas como yodadas.

- LARGO PLAZO

15) Yodar toda la sal del mercado, incluyendo la sal en grano de consumo humano y animal.

16) Reforzar los alimentos de consumo masivo con micronutrientes, particularmente el hierro y la vitamina A. Esta fortificación es relativamente sencilla en el caso del arroz y del azúcar, alimentos por excelencia de la dieta dominicana.

17) Clorificar el agua de consumo humano.

5. PLANIFICACION FAMILIAR Y PREVENCION DEL VIH/SIDA

- CORTO PLAZO

1) Coordinar con PROCETS, el IDSS, las Direcciones Provinciales de SESPAS y las ONGs que trabajan en la prevención del VIH/SIDA para iniciar o apoyar programas existentes de educación y comunicación orientados a lograr el cambio de comportamiento sexual en la prevención de las ETS/VIH/SIDA en los bateyes.

2) Capacitar al personal de salud que incide en los bateyes y a los CCS en el área de prevención y manejo de ETS/VIH/SIDA.

3) Capacitar a las promotoras de salud de cada batey para que éstas visiten a las mujeres embarazadas y recién paridas con el objetivo de orientarlas sobre los beneficios de la lactancia exclusiva y sobre la variedad de métodos de planificación familiar (PF): uso, efectos positivos a la salud, posibles riesgos, accesibilidad y costos.

4) Capacitar a promotoras de PF y prevención del VIH/SIDA domínico-haitianas, para que éstas lleven los mensajes y programas en creole a las subpoblaciones haitianas y domínico-haitianas.

- MEDIANO PLAZO

5) Fortalecer y capacitar en métodos de comunicación y educación las redes de líderes comunitarios conformados por instituciones públicas y de ONG's e involucrar a los CCS de los bateyes en los programas de prevención y manejo de las ETS/VIH/SIDA.

6) Utilizar el creole de Haití, además del español, en los mensajes visuales y verbales dirigidos a las poblaciones de los bateyes.

7) Capacitar a los CCS en el uso del condón para prevenir las ETS/VIH/SIDA y apoyar el establecimiento de redes de distribución y venta en los bateyes.

8) Incluir a curanderos tradicionales en los programas de prevención del VIH/SIDA.

9) Aplicar controles de pruebas de VIH/SIDA a la población de trabajadores inmigrantes que ingresan al país a través de la frontera, y crear centros de salud en la frontera para atender las necesidades de los portadores a quienes se les niegue la entrada al país.

- LARGO PLAZO

10) Promover el estatus y poder de negociación de la mujer de los bateyes incorporándola a trabajos tradicionalmente asignados a hombres, abriendo fuentes de trabajo, creando programas de préstamos a microempresarias, implementando programas de alfabetización de adultos, e incentivando la permanencia de las niñas en la escuela hasta finalizar la primaria.

11) Investigar a profundidad el acceso a métodos anticonceptivos en los bateyes y las vías de posible mercadeo social de los mismos.

6. SEGURIDAD ALIMENTARIA

- CORTO PLAZO

1) Coordinar con la Secretaría de Agricultura para utilizar recursos del FISB en la configuración de mercados de alimentos baratos y comedores económicos en los bateyes.

2) Mejorar las condiciones de trabajo en las plantaciones de caña, elevando el precio del corte de la caña o mecanizándolo.

3) Pagar todas las deudas del CEA a los trabajadores cancelados.

4) No discriminar a la mujer del batey en la oferta de trabajo de las empresas azucareras.

5) Abrir otras fuentes de trabajo en los bateyes.

6) Iniciar programas de préstamos a microempresarias.

7) Definir una política de migración que no cree una competencia entre la mano de obra nacional y la importada, independientemente de su país de origen.

7. LEGISLACION/DOCUMENTACION

1) Legislar la inscripción obligatoria de todos los niños y niñas en la escuela, aunque no tengan actas de nacimiento.

2) Documentar legalmente a todos los estudiantes, para que ningún niño o niña se quede sin título académico por carecer de documentos de identificación.

3) Definir de forma operacional en la legislación dominicana quién está y quién no está en tránsito.

4) Dotar de nacionalidad dominicana a las personas nacidas en territorio dominicano que puedan demostrar la residencia de sus padres en el país por un período acordado de tiempo.

5) Legislar sobre la no contratación de personal extranjero cuando existen nacionales con la capacidad y disposición de realizar el trabajo y definir en la legislación los mecanismos que pueden ser utilizados para divulgar la oferta de empleos, así como para demandar a las empresas o instituciones que violen la ley.

6) Regular la migración, de manera que ninguna persona extranjera entre ni permanezca en el país de forma ilegal.

7) Otorgar visas de trabajo temporales a extranjeros que puedan demostrar contratos de trabajo de compañías dominicanas, previa verificación de no violación a las leyes laborales del país, excluyendo las compañías de zona franca. En estos casos, la mano de obra importada debe tener documentación de su país de origen y la persona debe ser admitida con una visa de trabajo que especifique tiempo y rama de la economía en que puede trabajar. Al caducar la visa, el trabajador y su familia, incluyendo los hijos nacidos en territorio nacional, deben de regresar a su país, por ser considerados en tránsito en el territorio dominicano.

8) Definir una legislación que sancione a las personas o empresas nacionales que utilicen mano de obra ilegal, no cumplan con las leyes de trabajo, o violen los derechos de los emigrantes.

BIBLIOGRAFIA CITADA

ALVAREZ, Víctor Rufino. "El Batey Agrícola en la República Dominicana, Problemas y Alternativas de Soluciones:" Documento Final del Seminario *El Batey Agrícola en la República Dominicana, Problemas y Alternativas de Soluciones*. Santo Domingo, septiembre 21-23, 1990. [Fotocopia].

ANDERSON, Benedict. *Imagined Communities*. Reflections on the Origin and Spread of Nationalism. London: Verso Editions and NLB, 1983.

ARC/IFRCRCS/DRC. OPERATIONS PLAN. Emergency Food Aid Project for Populations Affected by Hurricane Georges, Santo Domingo, 1999. [Fotocopia].

BAEZ EVERTSZ, Franc *Azúcar y Dependencia en la República Dominicana*. Santo Domingo: UASD, Historia y Sociedad, 1978.

_____*Braceros Haitianos en la República Dominicana*. Santo Domingo: Instituto Dominicano de Investigaciones Sociales, 1986.

BANCO CENTRAL DE LA RD *Cuentas Nacionales*, 1960-1971, 1970-1976, 1974-1978.

_____ *Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares*, Metodología de la Tercera Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares , Tomo 1. Santo Domingo: Banco Central, 1999.

_____*Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares*, Metodología del Cambio de Base del Indice de Precios al Consumidor Tomo II. Santo Domingo: Banco Central, 1999.

_____ *Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares*, Indicadores Sociales, Tomo III. Santo Domingo: Banco Central, 1999.

_____ *Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares*, Situación de la Pobreza y Distribución del ingreso en la República Dominicana, Tomo V. Santo Domingo: Banco Central, 1999.

_____*Boletín Trimestral*, nos. 4,5, y 6. Vol. LIV. Abril-junio, 1999.

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. *Economic and Social Progress in Latin America, 1990 Report*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1990.

BANCO MUNDIAL. World Development Report: Poverty. Washington, D.C.: Banco Mundial, 1990.

BREWER, Toye, HASBUN, J. et al. "Estudio de perfiles de Alto riesgo en Mujeres en Bateyes en República Dominicana." Citado en *Sistema de Evaluación/Investigación del Proyecto AIDSCAP/RD 1992-1997*. Family Health International: Santo Domingo, septiembre, 1997.

CALDWELL, John. "Toward a Restatement of Demographic Transition Theory." In *Perspectives on Population*, ed. Scott Menard and Elizabeth Moen, 42-69. New York: Oxford University Press, 1987.

CAMPBELL, D. and J. STANLEY. *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*. Chicago: Rand McNally College Publishing Company, 1966.

CASSA, Roberto *Capitalismo y Dictadura*. Santo Domingo: Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), 1982.

_____*Los Taínos de la Española*. Santo Domingo: Editora Alfa y Omega, 1974.

CASTELLANOS, Pedro. "Informe Preliminar de Daños y Necesidades en Salud por Huracán George, RD," septiembre 24, 1998.

CEARA, Miguel. *Tendencias Estructurales y Coyuntura de la Economía Dominicana.* 1968-1983. Santo Domingo: Fundación Friedrich Ebert, 1984. Citado por Wilfredo Lozano e Isis Duarte. "Proceso de Urbanización, Modelos de Desarrollo y Clases Sociales en República Dominicana 1960-1990." En *Urbanización en el Caribe*, . San José: FLACSO, 1992.

CEPAL. *Informe de daños directos e indirectos del Huracán Georges.* Santo Domingo: CEPAL, 1998. [Mimeografiado].

COMISION DE REFORMA DE LA EMPRESA PUBLICA (CREP). Ley General de Empresa Pública. Santo Domingo: Oficina de Comunicación de la CREP, **www.presidencia.gov.do/crep/junio98.htm**, 1998.

CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DOMINICANA. Votada y proclamada por la Asamblea Nacional en Santo Domingo, 14 de agosto de 1994.

CREP. "Diagnóstico Social en los Bateyes del Consejo Estatal del Azúcar. Santo Domingo: CREP, julio 7, 1998. [Mimeografiado].

CUELLO, José Israel. *Documentos del Conflicto Domínico-Haitiano de 1937.* Santo Domingo: Editora Taller, 1985.

DE PEÑA VALDEZ, Julio. *Breve historia del Movimiento Sindical Dominicano.* Santo Domingo: Ediciones Populares Dominicanas, 1978.

DEL CASTILLO, José. *La Inmigración de Braceros Azucareros en la República Dominicana 1900-1930.* Santo Domingo: CENDIA, 1978.

DIOSADY, L.L., J.O. ALBERTI, S. FITZGERALD, and M.G. VENKATESH MANNAR. "Field tests for iodide in salt." In *Food and Nutrition Bulletin*, Vol. 20, no. 2, 1999. The United Nations University.

El Siglo . "El Estado transfiere siete ingenios al sector privado." Diciembre 6, 1999.

FERNANDEZ REYNA, Leonel. *Discurso del 27 de febrero*, Santo Domingo, 2000.

_____*Discurso sobre el Consejo Estatal del Azúcar*1996. WWW.codetel.net.do/Leonel/discurso6.html.

FERNANDEZ, María Esther. "Informe Final." USAID. Santo Domingo 1999. [Mimeografiado].

FRANKENBERGER, Timothy. USAID. Office of U:S. Foreign Disaster Assistance. Rapid Food Security Assessment. OFDA/USDA, *Famine Mitigation Activity PASA*, # AFR-1526-P-AG-1129-00.

GALWAY, Katrina, B. WOLFF y R. STURGIS. *Child Survival: Risks and the Road to Health.* Columbia: Institute for Resource Development/Westinghouse, 1987.

GARCIA, Porfirio. "La crisis del sector exportador." En *Revista Económica del Listín diario*, No. 1, agosto-septiembre, 1994.

Hoy . "La RD ya no puede soportar la masiva migración haitiana." Noviembre 23, 2000.

_____. "En los bateyes las gentes han perdido todas las esperanzas." Diciembre 21, 2000.

INAZUCAR. Boletines septiembre 1999 y septiembre 2000.

_____*Así va la zafra.* Santo Domingo, julio de 1998.

INCAP. *Indices e Indicadores Antropométricos.* Unidad 1. Guatemala: INCAP, 1986.

KISH, Leslie. *Survey Slamping.* New York: John Wiley and Sons, Inc. 1965.

KNIGHT, Melvin. *Los Americanos en Santo Domingo.* Santo Domingo: Imprenta Listín Diario, 1939.

Listín Diario. "Aura Celeste acusa a los empresarios de la invasión masiva de haitianos en el país." Noviembre 2, 1999.

_____"El Cardenal llama a las autoridades haitianas a que doten de documentos de identidad a sus ciudadanos." Noviembre 8, 1999.

_____"El CEA recupera RD$30 millones mediante operaciones inmobiliarias." Diciembre 30, 2000.

_____ "El fiscal favorece que se dote de una certificación a los nacidos en RD." Noviembre 10, 1999.

_____"Fernández recuerda que sólo se puede contratar un 20 por ciento de extranjeros." Noviembre 7, 1999.

_____"El Central Montellano desalojará de sus viviendas a cientos de familias." Diciembre 10, 1999.

_____"El Comité de los Derechos Humanos llevará el caso de los niños haitianos a los tribunales." Noviembre 8, 1999.

_____"El país desconoce cuántos extranjeros viven en el territorio dominicano." Noviembre 23, 2000.

_____"Los Ingenios tendrán que pagar más." Enero 18, 2000.

_____"Obreros agrícolas desmienten al director de Migración." Noviembre 1, 2000.

_____"Trabajadores afirman que el CEA les adeuda RD$100 millones." Marzo 17, 2000.

LOZANO, Wilfredo e Isis DUARTE. "Proceso de Urbanización, Modelos de Desarrollo y Clases Sociales en República Dominicana 1960-1990." En *Urbanización en el Caribe.* San José: FLACSO, 1992.

LOZANO, Wilfredo. *La Dominación Imperialista en la República Dominicana, 1900-1930.* Santo Domingo: UASD, 1976.

MACRO INTERNATIONAL INC./CESDEM/ PROFAMILIA,/ONAPLAN. *Encuesta Demográfica y de Salud 1996.* Santo Domingo: MACRO INTERNATIONAL INC./ CESDEM/ PROFAMILIA/ONAPLAN. Santo Domingo, junio 1997.

_____*Encuesta Demográfica y de Salud 1999.* Santo Domingo: MACRO INTERNATIONAL INC./ CESDEM/ PROFAMILIA/ONAPLAN. Santo Domingo, 2000. [Cuadros inéditos].

MARTINEZ MANZUETA, E. "Francamente Dominicanas." En *Revista Económica del Listín Diario,* No. 3, 1994.

MARTORELL, R., A. LECHTIG, J.P. HABITCH, C. YARBROUGH,. & R. E Klein. . "Normas antropométricas de crecimiento físico para países en desarrollo Nacionales o Internacionales." Boletín de Saneamiento Panamericano, No. 79, pp. 525-529, 1975.

MASON OPPENHEIM, Karen. The Status of women: A Review of its Relationship to Fertility and Mortality. New York: The Rockefeller foundation, 1984.

MENDOZA, Hugo y Gregorio SORIANO. *Déficit de Micronutrientes en Niños de la República Dominicana.* Santo Domingo: Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil (CENISMI), 1995.

MILLER, Eric R., B. SHANE, and E. MURPHY. *Contraceptive Safety. Rumors and Realities*. Washington: Population Reference Bureau, 1998.

MORA, José, Joyce KING; and Charles TELLER. *The Effectiveness of Maternal and Child Health (MCH) Supplementary Feeding Programs: An analysis of Performance in the 1980s and Potential Role in the 1990s*. USAID, Contract No. PDC-0262-1-00-7151-00, 1990.

MOYA PONS, Frank. et al. *El Batey. Estudio Socioeconómico de los Bateyes del Consejo Estatal del Azúcar*. Fondo para el Avance de las Ciencias Sociales, Inc. 1986.

_____*Historia Colonial de santo Domingo*. Colección de Estudios. Santiago: Universidad Católica Madre y Maestra, 1974.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL. Contraception and Reproduction. Health Consequences for Women and Children in the Developing World. Washington, D.C.: National Academy Press, 1989.

ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). Comisión Interamericana de Derechos Humanos. "Situación de los Trabajadores Migrantes Haitianos y sus familias en la República Dominicana," 1999.

OFICINA NACIONAL DE ESTADISTICA (ONE). *Censo Agropecuario Nacional,* Santo Domingo: ONE, 1981.

_____*Censo Nacional de Población y Vivienda.* Santo Domingo: ONE, 1960, 1970, 1981 y 1993.

_____*República Dominicana en Cifras.* Santo Domingo: Vol. IX, 1990.

ONE/ONAPLAN. *La Situación del Empleo en Santo Domingo y Santiago en Noviembre de 1979*. Santo Domingo: Oficina Nacional de Estadística y Oficina Nacional de Planificación, abril 1981.

ORGANIZATION OF AMERICAN STATES. Inter-American Commission On Human Rights. "Chapter V: Situation of Haitians in the Dominican Republic." Annual Report 1991, 81st Meeting held in Washington, February 3 to 14, 1992.

PELLETIER, David. "The Relationship Between Child Anthropometry and Mortality in Developing Countries: Implications for Policy, Programs and Future Research." In *American Institute of Nutrition*, 124: 2047S.2081S, 1994.

PEREZ MORILLO, Antonio. *Focalización de la Pobreza en la República Dominicana.* Santo Domingo: ONAPLAN, 1997.

PINEDA, Venecia y Héctor RAMOS. *Auditoria Social de los Bateyes del CEA*. Santo Domingo: Comisión de Reforma de la Empresa Pública (CREP), Febrero 1999.

PMA. "Acuerdo de Co-ejecución entre PMA, FONDOPREI y SEA con Alimentos donados por el Pueblo de los EE.UU. a través del USAID." Santo Domingo: PMA, Febrero, 1999. [Mimeografiado].

PNUD. *Desarrollo Humano en la República Dominicana, 2000.* Santo Domingo: Editora Corripio, 2000.

POPULATION REFERENCE BUREAU. *2000 World Population Data Sheet*, Book Edition. Washington: PRB, 2000.

_____Reproductive Health in Developing Countries. Washington: PRB, 1997.

PRICE MARS, Jean. "La República de Haití y la República Dominicana." (1953) En *Documentos del Conflicto Dominico-Haitiano de 1937*. Editado por José Israel Cuello. Santo Domingo: Editora Taller, C. por A. 1985, pp. 511-527.

RAMIREZ, Nelson. *La Fuerza de Trabajo en la República Dominicana.* Santo Domingo: IEPD-PROFAMILIA, 1993.

_____ *Encuesta sobre Planificación Familiar y Otros Indicadores Sociales en los Bateyes de la República Dominicana.* Development Associates, Inc. Santo Domingo, abril 1992. [Mimeografiado].

REVISTA RUMBO, "Sin Mucho Optimismo." Panky Corcino, 11 de diciembre, 2000.

SANGHVI, Tina G. *Vital Nutrients. Supporting Life, Health, and Reproductivity through Iron, Iodine and Vitamin A Nutrition.* Arlington Va: International Science and Technology Institute, Inc., 1992.

SECRETARIADO TECNICO DE LA PRESIDENCIA (STP) Y ONAPLAN. *Participación de la Mano de Obra Haitiana en el Mercado Laboral: Los Casos de la Caña y el Café.* Santo Domingo: Editorama, S.A., 1981.

SESPAS, DIGEPI. *Boletín Epidemiología,* octubre-noviembre, 1998.

SILVA-BARBEAU, Irma. "Nutritional Status, Breastfeeding, Weaning and Prenatal Care of children and their Mothers, in the Provinces of San Juan de la Maguana, Azua, Barahona, and Bahoruco in the Dominican Republic: Results of a Cross-Sectional Survey." Washington: The American Red Cross International Services, December, 1999. [Mimeografiado].

SMITH, Kevin. "Dominican Republic. Post Hurricane Damage to Dominican Agriculture, 1998." Santo Domingo: USDA, Gain Report #DR8018, November 18, 1998.

SORIANO, Gregorio y Marcos ESPINAL. *Primer Censo Nacional de Talla en Escolares de Primer Grado de Primaria, República Dominicana, 1993.* Santo Domingo: Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno-Infantil (CENISMI), Secretaria de Estado de Educación Bellas Artes y Cultos (SEEBAC) y Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), julio 1994.

SUAREZ, Carlos. Sugar Semi Annual Report. Santo Domingo: USDA, Embajada de los Estados Unidos en Santo Domingo, Gain Report #DR9017, 9 de septiembre de 1999.

SULLIVAN, F. A. TEJADA y R. MENA. "Food Security Assessment, Hurricane Georges Title II Emergency Assistance." Santo Domingo: USAID, abril 23, 1999.

TEJADA YANGUELA, Argelia. "Comunidades Cañeras del Ingenio de Barahona: Población Estacionaria, Mujer y Salud." Santo Domingo: CARE- Dominicana, 1992. [Mimeografiado].

_____*Estudio de Impacto del Proyecto Materno Infantil II.* Santo Domingo: CARE Dominicana, junio, 1996.

_____"Estado y Desarrollo Capitalista de la Agricultura Dominicana, 1966-1978." Revista *Instituto de Estudios Dominicanos,* No. 2. Santo Domingo: IED, 1984.

TEJADA, Argelia y Lourdes BUENO. Evaluación del Programa de Emergencia Huracán Georges con Asistencia Alimentaria, Título II. Santo Domingo: USAID, abril 2000. [Mimeografiado].

UNICEF. *Estado Mundial de la Infancia,* Ginebra: UNICEF, 1998.

_____*Evaluation of Growth Monitoring and Promotion Programmes.* Nairobi, 7-9 May, 1992.

US Agency for International Development. *Food Aid and Food Security Policy Paper.* Washington, D.C.: USAID, February 27, 1995.

VARGAS-LUNDIUS, Rosemary. *Peasants in Distress. Poverty and Unemployment in the Dominican Republic.* Oxford: Westview Press, 1991.

VEDOVATO, Claudio. *Politics, Foreign Trade and Economic Development.* London: Saint Martin's Press, 1986.

VEGA, Bernardo. "Integración Económica y Reforma Tributaria" La *Revista Económica del Listín Diario.* No. 2, 4-17 de septiembre, 1994.

_____*Trujillo y Haití*, Vol. I, 1930-1937. Santo Domingo: Fundación Cultural Dominicana, 1988.

VERAS, Ramón Antonio. *Inmigración, Haitianos, Esclavitud.* Santo Domingo: Ediciones de Taller, 1983.

WHO. *Measurement of Nutritional Impact.* Geneva: World Health Organization, 1979.

_____*Measuring Change in Nutritional Status.* World Health Organization: Geneva, 1983.

WOLF, Eric y Sydney MINTZ. "Haciendas y Plantaciones en Mesoamérica y las Antillas." En *Haciendas, Latifundios y Plantaciones en América Latina.* Simposio de Roma organizado por CLACSO. 3a. edición. México: Siglo XXI Editores, 1979, pp. 493-531.

WORLD FOOD SUMMIT. The U. S. Position Paper Prepared for the World Food Summit. July, 1996.

ENTREVISTAS

PROGRAMA DE ALIMENTOS DE LA CRA/CRD

CAIVANO, Ricardo. Delegado Internacional de la CRA en el Región Sureste. San Pedro de Macorís, 21 de diciembre de 1999.

CASTILLO, Colasa. Voluntaria miembra del Comité Municipal de San Pedro de Macorís, 21 de diciembre de 1999.

CRUZ, José Ernesto, encargado de Logística del programa "Emergency Food Aid Project for Populations Affected by Hurricane Georges." Santo Domingo, entrevista el 4 de Enero del 2000.

JONES, James. Coordinador de Emergencias de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Delegación Regional del Caribe. Coordinador Principal del programa "Emergency Food Aid Project for Populations Affected by Hurricane Georges." Santo Domingo, entrevista el 6 de abril y el 4 de Enero del 2000.

MARTIN, David. Voluntariado de la Cruz Roja Dominicana. Batey Los Arados. 21 de diciembre de 1999.

PEÑA POLANCO, Luz Altagracia. Voluntariado de la Cruz Roja Dominicana. Batey Los Arados, 21 de diciembre de 1999.

PMA, FONDOPREI, CUERPO DE CRISIS Y USAID

FERNANDEZ, Maria Esther. Monitora del Programa de Alimentos de Emergencia de USAID. Barahona, 16 de diciembre de 1999 y San Pedro de Macorís, 21 de diciembre de 1999.

KOLESAR, Robert. Encargado del Programa de Alimentos de Emergencia de USAID. Santo Domingo. Reuniones periódicas a finales de 1999 y de Enero a abril del 2000.

MARTINEZ, Raysa. Directora de FONDOPREI. Santo Domingo, marzo 2, 2000.

ROSADO, Lucila. Coordinadora Oficial del programa por el PMA. Santo Domingo, 6 de abril y 1 de diciembre de 1999; 13 de marzo del 2000.

VALDIVIA, Mabel. Encargada grupo del Cuerpo de Crisis. Santo Domingo, marzo 14, 2000.

INSTITUCIONES ESTATALES

AMADO Vda. CARDONA, Ligia. Secretaria de la Secretaría de Estado de Educación durante el período agosto 1996-agosto 2000. Santo Domingo, 7 de octubre, 2000.

GOMEZ, Elizabeth. Directora de la División de Epidemiología de SESPAS. Santo Domingo, 6 de abril 1999.

VAZQUEZ CABRAL, Matilde. Directora de la División de Nutrición de SESPAS, 7 de abril, 1999.

ANEXO A

EL CUESTIONARIO

PREVIOUS PAGE BLANK

ENCUESTA DE LAS COMUNIDADES CAÑERAS RURALES DE INGENIOS ESTATALES
PROYECTO PL-480, TII --- NOVIEMBRE – DICIEMBRE DE 1999

NUMERO DEL CUESTIONARIO

NOMBRE PARAJE _____ CODIGO [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

INGENIO _____ [ ][ ] PROVINCIA _____ [ ][ ]

MUNICIPIO _____ [ ][ ] SECCION _____ [ ][ ]

ESTRATO [ ][ ] CONGLOMERADO [ ][ ][ ]

ZONA URBANA.....1
Cabeza de Provincia, Municipio o D.M.

ZONA RURAL.....2
Cabeza de Sección o Paraje

NOMBRE MADRE _____

NOMBRE PADRE _____

DIRECCION _____

LINEA DE MUJER PRINCIPAL..... [ ][ ]

LINEA DE ESPOSO..... [ ][ ]

VISITA DE LA ENTREVISTADORA

VISITA	FECHA ENTREVISTA	RESULTADO		CODIGOS DE RESULTADOS
1	DIA MES 1999	[ ]		1 Completa 7 Rechazada 2 Incompleta 8 Otro:
2	DIA MES 1999	[ ]		3 Aplazada 4 Ausente
3 FINAL	DIA MES 1999	[ ]		5 Desocupada 6 No encontrada/destruida

ENTREVISTADORA _____ CODIGO [ ]

SUPERVISORA _____ FECHA ____/11/1999

CODIFICADORA _____ FECHA ____/11/1999

DIGITADOR/A _____ CODIGO [ ]

COMENTARIOS DE ENTREVISTADORA SOBRE LA VALIDEZ DE LAS RESPUESTAS

1. GENERAL:
2. PREGUNTAS ESPECIFICAS:
3. HABILIDAD DE PERSONA ENTREVISTADA PARA ENTENDER LAS PREGUNTAS
   1. Excelente
   2. Muy buena
   3. Sin traducción pero con mucha indagación
   3. Necesitó de traductor/a
   4. Marido fungió de traductor
   5. Con traductor y mucha indagación
4. ACTITUD DE PERSONA ENTREVISTADA
   1. Mucha colaboración
   2. Colabora después que el marido lo permite
   3. Poco interés y poca colaboración

PREVIOUS PAGE BLANK

PRIMERA PARTE: CUESTIONARIO DE HOGAR
A.1 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y EDUCATIVAS

No. Lín	RESIDENTES HABITUALES	RELACION CON JEFE/A DE HOGAR	TIPO DE RESIDENCIA	SEXO		EDAD	SUPERVIVENCIA Y RESIDENCIA DE LOS PADRES		EDUCACION PARA PERSONAS DE 5 AÑOS O MAS								
	Por favor, dígame los nombres de las personas que habitualmente viven en este hogar comenzando por el jefe o la jefa del hogar. Incluye a las personas que residen aquí por lo menos 6 meses al año.	¿Cual es la relación de [NOMBRE] con el jefe (o jefa) del hogar? 01 Jefe(a) hogar 02 Esposa(o) 03 Hijo (a) 04 Hijastro (a)/Hijo(a) de crianza 05 Yerno/nuera 06 Nieto(a) 07 Padres/suegros 08 Hermano(a) 09 Otro pariente 10 Trabajador(a) doméstico(a) 11 No Pariente 98 No sabe	¿Reside [NOMBRE] todo el año o se pasa tiempos fuera? 1. Reside todo el año 2. Fuera menos 1 mes 3. Fuera 1-6 meses estudiando 4. Fuera 1-6 meses trabajando 5. Fuera 1-6 meses en otra actividad 6. Trabaja o estudia fuera pero regresa semanalmente	¿Es [NOMBRE] varón o hembra?		¿Cuántos años cumplidos tiene [NOMBRE]?	Menores de 15 años Vive [NOMBRE] con su madre natural (biológica)? 1. Si 2. No, murió 3. No, padres separados 4. No, abandonó familia 5. No, trabaja en otro 6. No, en extranjero 7. N/A 8. No se conoce 9. Otro:_____	Vive [NOMBRE] con su padre natural (biológico)?	¿Sabe [NOMBRE] leer y escribir en español? SI INSEGURA PREGUNTE: ¿Puede leer el periódico?	¿Cual fue el curso más alto que [NOMBRE] completó y en qué nivel? NIVEL: 0..Ninguno 1..Pre-Primaria 2..Primaria 3..Secundaria 4..Universitaria 7.. N/A 8..No sabe Curso: 00..Ninguno 01..Primero 02..Segundo 03.. 04.. 08..Octavo 97.. N/A 98..No Sabe		¿Asiste a (está inscrita en) escuela, colegio o universidad? Si "NO" pase a P14		¿Es esta escuela, colegio o universidad pública o privada? SI INSEGURA PREGUNTE: ¿Tiene que pagar?		EDUCACIÓN CREOLE ¿Puede [NOMBRE] escribir, hablar o entender el creole de Haití? 1. Ninguno 2. Entiende solamente 3. Habla y entiende 4. Lee y escribe 7. N/A
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		(6)	(07)	(08)	(09)		(10)	(11)	(12)			(13)			(14)
		RELACION CON JEFE/A	RESIDENCIA	V	H	AÑOS	MADRE	PADRE	SI	NO	NIVEL	CURSO	SI	NO	NS	PU.	PR.	NS	CREOLE
01				1	2				1	2			1	2	8	1	2	8	
02				1	2				1	2			1	2	8	1	2	8	
03				1	2				1	2			1	2	8	1	2	8	
04				1	2				1	2			1	2	8	1	2	8	
05				1	2				1	2			1	2	8	1	2	8	
06				1	2				1	2			1	2	8	1	2	8	
07				1	2				1	2			1	2	8	1	2	8	
08				1	2				1	2			1	2	8	1	2	8	
09				1	2				1	2			1	2	8	1	2	8	
10				1	2				1	2			1	2	8	1	2	8	

Marque así si continua en otra hoja; ---------- [ ]

Sólo para estar segura que tengo una lista completa:

1) ¿Hay otras personas como niños o bebés que tal vez no hemos mencionado? Si -------> [ ] Anote cada uno en el cuadro NO [ ]

2) ¿Hay otras personas que no son familiares, como empleados domésticos, inquilinos o amigos que viven normalmente aquí? Si -------> [ ] Anote cada uno en el cuadro NO [ ]

3) ¿ Hay personas que no están presentes, pero que viven aquí alrededor de 6 meses del año? Si -------> [ ] Anote cada uno en el cuadro NO [ ]

A.2 CARACTERISTICAS MIGRATORIAS

Línea	NOMBRE	LUGAR DE NACIMIENTO	PROVINCIA O PAÍS DE NACIMIENTO	AÑO LLEGADA AL PAÍS	LUGAR DE RESIDENCIA ANTERIOR	DOCUMENTACIÓN	NACIONALIDAD
		¿En que lugar vivía la madre de (NOMBRE) cuando él o ella nació? 1. Localidad de la entrevista 2. Otro batey 3. Otra localidad de R.D. 4. En el extranjero 8. No sabe [CODIGO "1" P19] (15)	¿A que provincia (o país) pertenece este lugar? [Si nació en la República Dominicana, anote el nombre de la provincia y pase a la P. 18] Haití 96 Isla Caribe 95 Otro país 94 (16)	¿En que año vino (NOMBRE) a vivir en la Rep. Dominicana? No aplica 9997 No sabe 9998 (17)	¿Donde vivía (NOMBRE) antes de venir a esta comunidad? [SOLO SI RESIDIO ANTES EN RD] Anote si es una localidad URBANA (cabeza de Provincia, Municipio o Distrito Municipal) o RURAL (sección o paraje). (18)	¿ Tiene (NOMBRE) acta de nacimiento? (19)	[PREGUNTAR A LA MUJER PRINCIPAL Y SU PAREJA SOLAMENTE] ¿Cómo definiría usted su nacionalidad, dominicana, haitiana, o domínico-haitiana? ¿Y la de sus hijos? (20)
01			PROVINCIA O PAIS		URB RURAL NA NS 1 2 7 8	SI RD SI Haití SI Otro NO Tiene 1 2 3 4	D H D-H N/S A 1 2 3 8 9
02					1 2 7 8	1 2 3 4	1 2 3 8 9
03					1 2 7 8	1 2 3 4	1 2 3 8 9
03					1 2 7 8	1 2 3 4	1 2 3 8 9
04					1 2 7 8	1 2 3 4	1 2 3 8 9
05					1 2 7 8	1 2 3 4	1 2 3 8 9
06					1 2 7 8	1 2 3 4	1 2 3 8 9
07					1 2 7 8	1 2 3 4	1 2 3 8 9
08					1 2 7 8	1 2 3 4	1 2 3 8 9
09					1 2 7 8	1 2 3 4	1 2 3 8 9

A.3. CARACTERISTICAS OCUPACIONALES EN TIEMPO MUERTO Y/O ULTIMO EMPLEO INDEPENDIENTE DE LA ZAFRA AZUCARERA

No. Línea	NOMBRE	CARACTERÍSTICAS DEL EMPLEO PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS							INGRESO EN TIEMPO MUERTO DE PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS			
	CODIGOS P. 34 1. No trabajó después de la zafra 2. Empleado oficina 3. Comercio 4. Agricultura o pesca 5. Transporter 6. Operarios Construcción, Mecánico, Electricista, Carpintería 7. Operarios Industriales 8. Obrero no especializado 9. Trabajadores domésticos 10. Vendedor ambulante 96 Otro:_____ 97 No aplica	¿Durante los últimos 7 días tuvo (NOMBRE) algún empleo o trabajo por paga o ganancia, o sin paga para un familiar? Si "SI" PASE P. 34 (30)	¿Cuál fue su situación la semana pasada? Lea opciones: 1. Buscó trabajo (Pase P33) 2. Estudiante 3. Oficios del hogar 4. Rentista 5. Jubilado o Pensionado 6. Otra 7 No aplica 8. No sabe (31)	¿Estaría (NOMBRE) dispuesto a trabajar por paga o ganancia si encontrara un trabajo? [SI DICE QUE DEPENDE MARQUE 8] (32)	¿Ha trabajado (NOMBRE) antes por paga o ganancia o sin paga para un familiar? Si "SI" pregunte: ¿Fue la zafra azucarera su último trabajo? [MARQUE 2 EN CASO AFIR-MATIVO Y 01 EN P34]. (33)	¿Cuál fue la ocupación u oficio principal que desempeñó [NOMBRE] la semana pasada, o su última ocupación después de la zafra si no tuvo trabajo la semana pasada? [SI MARCO CODIGO 1 PASE A P41] (34)	¿Ese trabajo lo desempeña/ba como: Leer opciones 1. Asalariado 2. Empleador/a 3. Cuenta propia 4. Fliar. sin paga 5. Trabajador a destajo 6. Otro 7. No aplica 8. No sabe (35)	¿A qué se dedica la empresa, institución o negocio en que trabaja (o trabajó por última vez (NOMBRE)? 1. Zona Franca 2. CEA 3. Construcción 4. Turismo 5. Fincas Privadas 6. Otro:_____ 7. No aplica 8. No sabe (36)	Si código "4" u "8" en P35 pase a la siguiente Persona, de lo contrario pregunte: ¿Cuántas horas diarias dedica (NOMBRE) a su ocupación u oficio? No aplica……97 No sabe……..98 (37)	¿Cuánto le pagan o cuánto gana (NOMBRE) en ese trabajo y cada qué tiempo? Periodicidad: 1. Anual 2. Mensual 3. Quincenal 4. Semanal 5. Diario 7. No Aplica 8. No sabe (38) (39)	Solo para los que reciben pago por día (P39 =5) ¿Cuántos días por semana trabaja (NOMBRE) normalmente ? No aplica…97 No sabe…..98 (40A)	¿Después de la zafra pasada, cuántos meses o semanas estuvo [NOMBRE] sin trabajar? 1. 6 meses 2. 5 meses 3. 4 meses 4. 3 meses 5. 2 meses 6. 1 mes 7. 15 a 29 días 8. 1-14 días 9.Trabajó todo el tiempo 97. No aplica 98. No sabe (40B)
01		SI NO NS 1 2 8	SITUACION	SI NO NS 1 2 8	SI CEA NO NS 1 2 3 8 (Próxima)	OCUPACION	ACTIVIDAD ECON.OMICA	EMPRESA	NO. DE HORAS	RD$: PERIODO	DÍAS	SIN TRABAJO
02		SI NO NS 1 2 8		SI NO NS 1 2 8	SI CEA NO NS 1 2 3 8 (Próxima)							
03		SI NO NS 1 2 8		SI NO NS 1 2 8	SI CEA NO NS 1 2 3 8 (Próxima)							
04		SI NO NS 1 2 8		SI NO NS 1 2 8	SI CEA NO NS 1 2 3 8 (Próxima)							
05		SI NO NS 1 2 8		SI NO NS 1 2 8	SI CEA NO NS 1 2 3 8 (Próxima)							
06		SI NO NS 1 2 8		SI NO NS 1 2 8	SI CEA NO NS 1 2 3 8 (Próxima)							

A.4 EMPLEO DURANTE LA ZAFRA ANTERIOR Y OTRAS FUENTES DE INGRESOS ANUAL
[SOLAMENTE SI EL EMPLEO ES DIFERENTE AL EMPLEO DURANTE EL PERIODO ESTACIONARIO]

COTEJE 33.	HA TRABAJADO ANTES PARA EL CEA	41
	NO HA TRABAJADO PARA EL CEA	47

No. Línea	¿Cuál fue la ocupación que [NOMBRE] desempeñó en la última zafra? 1. Cortador de caña 2. Carretero 3. Supervisor de campo 4. Otro agrícola 5. Obrero industrial 6. Técnico industrial 7. Empleado de oficina 8. Salud 9. Otro:_____ 97. N/A 98. N/S (41)	Ese trabajo lo desempeñaba como: Leer opciones 1. Asalariado 2. Empleador/a 3. Cuenta propia 4. Familiar sin paga 5. Trabajador/a destajo 6. Otro 8. No sabe (42)	¿Cuantas horas diarias dedica a su ocupación? (43)	¿Cuánto gana (NOMBRE) en ese trabajo y cada qué tiempo? PERIODO: 1. Anual 2. Mensual 3. Quincenal 4. Semanal 5. Diario [PICADORES DE CAÑA: Toneladas/día x precio TON = MONTO por día o acepte monto quincenal] (44) (45)	Solo para los que reciben pago por día (P45 =5) ¿Cuántos días por semana trabaja (NOMBRE) normalmente? [SI NO APLICA MARQUE 9] (46)
	OCUPACIÓN	ACTIVIDAD	NO. DE HORAS	MONTO RD$ PERÍODO	DÍAS
				.00	
				.00	
				.00	

47	En el último año ¿Recibió ingresos su familia por otros trabajos o negocios, pensiones, ayuda de familiares, propinas, renta de alguna propiedad o de otra fuente, incluyendo productos agrícolas para el consumo y donaciones? [EXCLUIR ALIMENTOS DEL PROGRAMA] **CÓDIGO FUENTE** 1. Trabajos adicionales 2. Pensiones 3. Bonificación 4. Propinas 5. Pensiones por divorcio. 6. Donaciones 7. Conuco/Huerto 8. Negocio 9. Remesas familiares 10 Intereses 11 Rentas 12 Horas extras 13 Ingresos < 10 años 14 Rifas/sanes 96. Otros:_____ 97. No recibe 98. No sabe	(47A) **FUENTE** Si 97 pase a P48	(47B) **RD$ MONTO ANUAL** **SEXO** **N/A** 1. RD$_____ .00 7 2. RD$_____ .00 7 3. RD$_____ .00 7 4. RD$_____ .00 7 [ESCRIBA "00" SI NO RECIBE]	(47C) **V** **H** 1 2 1 2 1 2 1 2
48	¿Le debe el CEA dinero de la zafra anterior que aún no le ha pagado? [ESCRIBA EL MONTO. SI NO LE ADEUDA, ESCRIBA "00" SI NO TRABAJO EN LA ZAFRA PASADA ESCRIBA 99,997]		RD$	0 0

PAGO EN ESPECIE. RESPUESTAS A PREGUNTA (47B). CALCULO DEL MONTO ANUAL EN LA OFICINA

47B*	TIPO DE ARTICULO DE CONSUMO DIRECTO	CANTIDAD	PERIODO	SEXO

B. SANEAMIENTO DE LA VIVIENDA

No	PREGUNTAS Y FILTRO	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE
50	TIPO DE VIVIENDA	Casa Independiente..... 01 Apartamento..... 02 Casa en hilera o bloque..... 03 Vivienda en pieza o parte de atrás ..... 04 Barracón..... 05 Otra_____ 96 (Especifique)	
51	¿Es esta casa propia, alquilada, cedida o prestada por el CEA o por una familia, o tiene ocupado este hogar bajo otra condición? [INDAGAR]	Propia (Con título) ..... 01 Propia (Sin título)..... 02 Alquilada..... 03 Prestada o cedida por CEA..... 04 Prestada o cedida por otro..... 05 Otra _____ 96 (Especifique)	
52	PRINCIPAL MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DEL PISO [OBSERVE]	Tierra..... 01 Madera mal estado..... 02 Cemento agrietado..... 03 Madera buen estado..... 04 Cemento buen estado..... 05 Mosaico/granito..... 06 Mármol..... 07 Otro:_____ 96	
53	PRINCIPAL MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DE LAS PAREDES [OBSERVE]	Materiales deshecho..... 01 Yagüa..... 02 Tejamanil..... 03 Palma..... 04 Madera..... 05 Ladrillos..... 06 Bloques Cemento..... 07 Otro_____ 96	
54	[NO LEA RESPUESTAS, OBSERVE] PRINCIPAL MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DE TECHO	Techo con grandes hoyos o sin techo..... 01 Paja/palma/ yagüa/cana/cartón muy deteriorado... 02 Yagüa nueva..... 03 Zinc oxidado y con goteras..... 04 Cana buen estado..... 05 Zinc buen estado ..... 06 Techo de asbesto-cemento..... 07 Techo de concreto..... 08 Tejas y concreto..... 09 Otro:_____ 96 (especifique)	
55	¿Cuántas habitaciones se usan como dormitorios (aposentos) en ésta vivienda (o la parte que ocupa este hogar)?	Número de Dormitorios..... [ ][ ]	
56	¿Qué tipo de alumbrado tiene ésta vivienda?	Velas, antorchas..... 1 Lamparas de gas kerosene..... 2 Lampara de gas propano..... 3 Planta eléctrica y/o Inverso..... 4 Electricidad del ingenio..... 5 Electricidad CDE..... 6	
57	¿Cuál es el principal combustible que utilizan para cocinar?	Estiércol..... 01 Hojas secas..... 02 Leña..... 03 Carbón..... 04 Kerosene..... 05 Gas propano..... 06 Electricidad..... 07 Otro_____ 96	

No	PREGUNTAS Y FILTRO	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE
58	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua para diferentes usos de este hogar?	Agua lluvia..... 01 Vendedor ambulante..... 02 Camión tanque..... 03 Represa/canal..... 04 Manantial/río/lago..... 05 Pozo abierto público..... 06 Pozo abierto privado..... 07 Pozo cubierto público..... 08 Pozo cubierto privado..... 09 AGUA DE TUBERÍA Llave pública.....10 Llave Patio vivienda..... 11 Llave dentro vivienda..... 12 Agua embotellada..... 13 Otro:_____ 96 (especifique)	
59	¿Cuánto tiempo le toma llegar allá, recoger el agua y regresar? [TIEMPO PROMEDIO. INCLUYE FILAS]	Minutos..... En el sitio..... 9	
60	¿Cuál es la fuente principal de agua para beber?	[Utilice los mismos códigos de P. 62)	
61	¿Trata el agua de beber hirviéndola, echándole cloro, filtrándola o ésta llega limpia y no tiene que hacerle nada?	Hierve >10m..... 01 Hierve <10m..... 02 Usa cloro/yodo..... 03 Filtra..... 04 Agua Botella..... 05 Bebe sin tratar..... 06 Solamente trata el agua del bebé..... 07 Otro:_____ 96 (Especifique)	
62	¿Qué tipo de servicio sanitario tiene este hogar? SI NO TIENE PREGUNTE: ¿Que usan mayormente los miembros del hogar?	**No tiene** Directo sobre suelo o cañaveral..... 01 En foso abierto o zanja..... 02 Hoyo de cemento en la tierra..... 03 Usa la letrina/inodoro de vecino..... 04 Foso/Letrina Letrina colectiva..... 05 Letrina privada sin cajón..... 06 Letrina privada con cajón..... 07 Letrina de arrastre de agua Letrina colectiva..... 08 Letrina privada con bacinete..... 09 Inodoro Inodoro colectivo..... 10 Inodoro privado..... 11	
63	¿Cómo eliminan la basura en éste hogar?	Campo abierto/cañaveral..... 01 Cañada..... 02 Vertedero público inadecuado..... 03 Hoyo en patio vivienda..... 04 La queman..... 05 La entierran..... 06 Vertedero Municipal adecuado..... 07 El CEA la recoge..... 08 El ayuntamiento la recoge..... 09 La reciclan..... 10 Otro:_____ 96	
64	¿ Qué tipo de sal utilizan en este hogar para cocinar sus alimentos?	Sal en grano..... 01 Sal envasada con marca..... 02 Sal envasada sin marca..... 03 Otra:_____ 96 (Especifique)	67

No	PREGUNTAS Y FILTRO	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE
65	¿Me puede mostrar la sal que utilizan? HAGA LA PRUEBA DE CONTENIDO DE YODO DE SAL UTILIZADA PARA COCINAR.	Positivo (Morado) 1 Negativo (Blanco) 2 No hay Sal 3 Resultado / Código 0..... 1 25..... 2 50..... 3 75..... 4 100..... 5	
66	SI EL ENVASE DE SAL TIENE MARCA, ESCRÍBALA	Perla..... 01 Carey..... 02 Linda..... 03 Triple A..... 04 Condessa..... 05 Otra: _____ 96 No aplica..... 97	
67	¿Tiene en su hogar.... 1. Radio o radio cassette? 2. Equipo de Música con CD? 3. Televisor? 4. Lavadora de Ropa? 5 Nevera? 6 Estufa? 7 Plancha eléctrica? 8 Abanico?	SI NO 1. Radio..... 1 2 2. Equipo de Música..... 1 2 3. Televisor..... 1 2 4. Lavadora de Ropa..... 1 2 5. Nevera..... 1 2 6. Estufa..... 1 2 7. Plancha eléctrica..... 1 2 8. Abanico..... 1 2	

PARTE II: CUESTIONARIO INDIVIDUAL

SECCIÓN I: ANTECEDENTES DE LA MUJER, PROGRAMA DE ALIMENTOS Y EFECTOS HURACAN GEORGES

100	¿En qué mes y año nació usted? [SI NO SABE INDAGUE ASOCIANDO. NO SE PUEDE DEJAR EN BLANCO] COTEJE CON TABLA A.1.]	[ ][ ][ ][ ] MES AÑO	
101	¿Está usted unida, casada, es madre soltera, enviudó o se separó o divorció de su marido?	Unida..... 01 Casada..... 02 Separada..... 03 Divorciada..... 04 Viuda..... 05 Madre Soltera..... 06 Otro:_____ 96	103
102	¿Vive su esposo con usted?	Si..... 1 No..... 2 No aplica..... 7	
103	COTEJE TABLA A.3, P30 Y 33 [PREGUNTAR A MADRES QUE TRABAJAN/TRABAJABAN] ¿Quién cuida sus niños cuando Ud. Trabaja (trabajaba)?	**NO NECESITA A NADIE** Trabaja dentro del hogar.....01 Se lleva a pequeño/s al trabajo.....02 **ALGUIEN CUIDA** Hermana mayor.....03 Abuela.....04 Otro familiar.....05 Vecina.....06 Paga a alguien.....07 **INSTITUCIONAL** Asisten a preescolar o escuela.....08 Asisten a guardería.....09 Otro:_____ 96 No trabaja/trabajó antes de nacimientos..... 97	

No	PREGUNTAS Y FILTRO	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE
104	¿En estos momentos, está usted recibiendo alimentos donados por la Cruz Roja, el Programa Mundial de Alimentos o por otra institución?	Si..... 1 No..... 2	109
105	En estos momentos, ¿Cuál organismo le distribuye los alimentos?	Cruz Roja ..... 01 PMA..... 02 Plan social de la Presidencia..... 03 Iglesia..... 04 ONG:_____ 05 Otro:_____ 96 No aplica..... 97	
106	¿Cuantos meses tiene recibiendo… 1 Arroz? 2 Habichuelas? 3 Aceite? 4 Cereal? 5 Trigo? 6 Otro: _____ (Especifique) [ANOTE "00", SI NUNCA LO HA RECIBIDO Y 97 SI NO APLICA].	Meses / Días 1. Arroz 2. Habichuelas 3. Aceite 4. Cereal 5. Trigo 6 Otro	
107	De los siete días de la semana ¿cuántos días les falta comida? [ESCRIBA "00" SI NO LES FALTA NINGÚN DÍA]	Días de la semana No aplica.....97	
108	¿Ha tenido que vender alimentos para cubrir otras necesidades del hogar o comprar otros tipos de alimentos?	Si / No 1. Para comprar medicinas 1 2 2. Para comprar leche 1 2 3. Para otros alimentos 1 2 4. Para otros usos 1 2 5. Otro:_____ 1 2 (Especifique) No aplica.....7	
109	¿En la última semana, ¿hubo personas que se acostaran con hambre? [SI "SI" MARQUE EL NO. DE DIAS. SI "NO" ANOTE "00"]	DIAS CON HAMBRE EN LA ULTIMA SEMANA	

Ahora yo le voy a hacer algunas preguntas relacionadas con el Huracán Georges del año pasado

110	¿Después del Huracán, ¿tuvieron que refugiarse en otra vivienda o en un refugio dispuesto por el CEA?	Si..... 1 No..... 2	114
111	¿Dónde se refugiaron?	Otra vivienda..... 01 Barracón..... 02 Centro Comunal..... 03 Almacén CEA..... 04 Iglesia..... 05 Escuela..... 06 Otro:_____ 96 (Especifique) No aplica.....97	

No	PREGUNTAS Y FILTRO	CATEGORIAS Y CODIGOS		PASE
112	¿Ese refugio fue en ésta comunidad, en otro batey del ingenio o en otra comunidad fuera del ingenio?	En esta comunidad.................................. 1 Otro batey del ingenio............................ 2 Otra comunidad fuera del Ingenio................3 No aplica...7		
113	¿Qué tiempo duraron en el refugio? [PASARON POR LO MENOS UNA NOCHE EN EL REFUGIO]	**DÍAS**.................................. **MESES**..............................		115
114	¿Hubo personas que perdieron sus casas y vinieron a vivir en la casa de ustedes? [EN CASO AFIRMATIVO, INDAGUE EL NÚMERO DE PERSONAS].	NÚMERO DE PERSONAS No aplica...97		
115	Dígame si su familia o su vivienda sufrió algunos de los siguientes problemas: 1. Perdió su casa completa? 2. Perdió el techo de la casa? 3. Perdió la letrina? 4. Perdió la fuente de abastecimiento de agua? 5. Perdieron la luz eléctrica? 6. Aumentaron las enfermedades en la flia.? 7. Aumentaron los mosquitos? 8. Alguien en su familia perdió el empleo? 9. Perdieron un huerto o un conuco familiar? 10. Otra?____________________	**PROBLEMA** **SI** **NO** 1) 1 2 2) 1 2 3) 1 2 4) 1 2 5) 1 2 6) 1 2 7) 1 2 8) 1 2 9) 1 2 10) 1 2	PERSISTE **SI** **NO** **N/A** 1) 1 2 7 2) 1 2 7 3) 1 2 7 4) 1 2 7 5) 1 2 7 6) 1 2 7 7) 1 2 7 8) 1 2 7 9) 1 2 7 10) 1 2 7	
116	SI "SI" PREGUNTE: ¿Este problema sigue igual hasta el día de hoy?			
117	¿En éstos momentos, dirían que su situación es peor, igual o mejor que días antes del Huracán Georges?	Situación ha mejorado........................ 1 Situación Igual.................................. 2 Situación peor.................................. 3 No sabe.. 8		

	SECCION II: ANTICONCEPCION Y EMBARAZO		
No.	**PREGUNTAS Y FILTROS**	**CATEGORIAS Y CODIGOS**	**PASE**
200	Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre el embarazo y sobre los métodos que utilizan algunas mujeres para demorar o evitar embarazos. Dígame por favor, ¿Está usted ahora embarazada?	Si..... 1 No..... 2 Insegura..... 3 No aplica/abuela/de crianza..... 7	 202 202
201	Cuando quedó embarazada ¿Quería usted quedar embarazada en ese momento, quería esperar hasta más adelante, o no quería tener más hijos?	En ese momento..... 1 Más adelante..... 2 No quería más hijos..... 3	
202	¿Ha usado alguna vez algo o ha tratado de alguna manera de demorar o de evitar un embarazo?	Si..... 1 No..... 2	 205
203	¿Qué fue lo primero que hizo y cuales otros métodos ha usado para demorar o evitar un embarazo? [ANOTE LOS MÉTODOS QUE HAYA USADO]	PASTILLAS..... 01 DIU..... 02 IMPLANTE (NORTPLANT)..... 03 INYECCIONES..... 04 TABLETAS/ESPUMA/OVULOS..... 05 CONDÓN..... 06 ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 07 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 08 RITMO O ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 09 RETIRO..... 10 MELA (MÉTODO DE LACTANCIA Y AMENORREA)..... 11 OTRO:_____ 96 NO APLICA..... 97	
204	¿Cuántos hijos tenía usted cuando comenzó usar algún método para no quedar embarazada?	NÚMERO DE HIJOS [ ][ ] No aplica..... 97	
205	COTEJE 200 Y 203 NO EMBARAZADA, NO INSEGURA Y NO ESTERILIZADA 206 EMBARAZADA O ESTERILIZADA 211		
206	¿Actualmente, están Ud. Y su marido haciendo algo o usando algún método para demorar o evitar quedar embarazada?	Si..... 1 No..... 2 No aplica..... 7	 210
207	¿Qué método están ustedes usando?	PASTILLAS..... 01 DIU..... 02 IMPLANTE (NORTPLANT)..... 03 INYECCIONES..... 04 TABLETAS/ESPUMA/OVULOS..... 05 CONDÓN..... 06 ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 07 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 08 RITMO O ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 09 RETIRO..... 10 MELA (MÉTODO DE LACTANCIA Y AMENORREA)..... 11 OTRO:_____ 96 NO APLICA..... 97	211
208	¿Están usando algún otro método (cómo condón, espuma, tableta, etc.? [SI "SI" USE CODIGOS P. 207]	SEGUNDO MÉTODO [ ][ ]	
209	COTEJE 206 NO ESTÁ USANDO MÉTODO ACTUALMENTE 210 ESTÁ USANDO MÉTODO 211		

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE
210	¿Porqué Ud. y su marido no están usando algún método para no quedar embarazada? ¿Porqué Ud. y su marido no están usando algún método para no quedar embarazada? [ACEPTE MAS DE UNA RESPUESTA]	Quiere más niños..... 01 Compañero desaprueba..... 02 Preocupaciones de salud..... 03 No conoce métodos..... 04 Dificultad conseguir método..... 05 Precio elevado..... 06 Subfecunda/infértil..... 07 Sexo poco frecuente..... 08 Menopausia..... 09 Amenorrea..... 10 Religión prohibe..... 11 Está dando el seno..... 12 Otro _____ 96	
211	Ahora vamos a hablar sobre el embarazo de su último hijo o hija aunque haya muerto. [ANOTE EL NUMERO DE LINEA Y EL NOMBRE DEL ULTIMO HIJO (A) NACIDO VIVO. ESCRIBA LA LETRA M EN EL NUMERO DE LINEA SI EL ULTIMO MURIO] NUMERO DE LINEA DE LA TABLA A.1_____ NOMBRE:_____		
212	Cuando usted quedó embarazada de [NOMBRE] ¿quería quedar embarazada entonces, quería esperar hasta más tarde o no quería tener más hijos?	Quería en ese momento..... 1 Mas tarde..... 2 No más hijos..... 3	
213	¿Cuando usted estaba embarazada de [NOMBRE] se chequeó el embarazo alguna vez? SI LA RESPUESTA ES "SI" ¿Con quién se chequeó? ¿Se chequeó con alguien más? [ANOTE TODAS LAS CATEGORIAS DE LAS PERSONAS QUE VIO. ANOTE GINECOLOGO SI SE CHEQUEO EN MATERNIDAD].	MÉDICO GENERAL..... 1 GINECÓLOGO/OBSTETRA..... 2 ENFERMERA..... 3 AUXILIAR DE ENFERMERA.... 4 PARTERA (COMADRONA)..... 5 OTRO:_____ 6 Nadie..... 7	218
214	¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando fue a chequearse por primera vez?	MESES [ ] No aplica.....97	
215	¿Cuántas veces le examinaron o chequearon durante ese embarazo? [ANOTE "00" SI NO SE CHEQUEO]	NUMERO DE VECES [ ]	
216	Durante ese embarazo: La pesaron? La midieron? Le tomaron la presión arterial? Le hicieron examen de orina? Le hicieron examen de sangre? Tomó hierro?	Si / No Peso 1 2 Estatura 1 2 Presión 1 2 Examen Orina 1 2 Examen Sangre 1 2 Hierro 1 2	
217	¿Cuándo estuvo embarazada de [NOMBRE], le pusieron la vacuna del tétanos? "NO" ANOTE "00" SI "SI" PREGUNTE: ¿Cuántas veces le pusieron la vacuna?	NUMERO DE VECES [ ]	
218	¿A donde dio usted a luz a [NOMBRE]?	**SESPAS** Hospital..... 01 Subcentro..... 02 Maternidad ..... 03 Clínica Rural..... 04 Otro:_____ 05 **CEA** Dispensario..... 06 Otro_____ 07 **OTRO** Clínica privada..... 08 Centro del IDSS..... 09 Hospital del FF.AA./P.N..... 10 En la casa..... 11 Otro:_____ 12	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE
219	Si Ud. Pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en su vida ¿Cuántos serían?	NUMERO:..... [ ][ ] Los que Dios le mande.....96 No sabe 98	
220	Ahora me gustaría preguntarle sobre los puntos de vista de su esposo/marido sobre planificación familiar. ¿Piensa Ud. que su esposo/marido está de acuerdo o en desacuerdo con que las parejas usen métodos para evitar un embarazo?	De acuerdo..... 1 En desacuerdo..... 2 No tiene marido..... 7 No sabe..... 8	

SECCION III. LACTANCIA Y DESTETE

NIÑOS Y NIÑAS NACIDAS VIVAS DE 0 A 23 MESES

COTEJE TABLA A.1. P6

ANOTE EN EL CUADRO EL NOMBRE Y LINEA DE MENORES NACIDOS VIVOS A PARTIR DE DICIEMBRE DE 1997, INCLUYENDO A LOS QUE HAYAN MUERTO. ANOTE MELLIZOS Y TRILLIZOS EN LINEAS SEPARADAS. USE HOJAS ADICIONALES SI NECESITA. SI EL ÚLTIMO NACIDO ESTÁ MUERTO ANÓTELO EN LA SEGUNDA COLUMNA. LA PRIMERA DEBE DE SER PARA EL ÚLTIMO NACIDO QUE ESTÉ VIVO.

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS		
300	NOMBRE Y LINEA NÚMERO DE LÍNEA DE TABLA A.1.	ULTIMO NACIDO VIVO Nombre:_____ [ ][ ]	PENÚLTIMO NACIDO VIVO Nombre:_____ [ ][ ]	ANTEPENÚLTIMO Nombre:_____ [ ][ ]
301	¿NOMBRE es varón o hembra?	Masculino..... 1 Femenino..... 2	Masculino..... 1 Femenino..... 2	Masculino..... 1 Femenino..... 2
302	¿Es [NOMBRE] su hijo/a biológico o de crianza?	Biológico.....1 De crianza..... 2	Biológico..... 1 De crianza..... 2	Biológico..... 1 De crianza..... 2
303	¿Está [NOMBRE] vivo?	Vivo..... 1 Muerto..... 2 → 304C	Vivo..... 1 Muerto..... 2 → 304C	Vivo..... 1 Muerto..... 2 → 304C
304 A	¿Cuál es la fecha de nacimiento de [NOMBRE]?	DIAS MESES AÑOS [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ]	DIAS MESES AÑO [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ]	DIAS MESES AÑO [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ]
304 B	¿Cual es la edad de [NOMBRE]? [CALCULE EN MESES]	MESES CUMPLIDOS [ ][ ] Pase a 305	MESES CUMPLIDOS [ ][ ] Pase a 305	MESES CUMPLIDOS [ ][ ] Pase a 305
304 C	SI MUERTO, pregunte: ¿Qué edad tenía [NOMBRE] al morir? ANOTE "00" SI < MES	MESES [ ][ ] No aplica.....97	MESES [ ][ ] No aplica.....97	MESES [ ][ ] No aplica.....97
305	PASE AL PROXIMO NACIDO VIVO. SI NO HAY MÁS, PASE A LA PREGUNTA 306			
306	Le dio a [NOMBRE] un purgante al nacer o durante la primera semana para limpiarle o hacerle estómago?	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2
307	¿Le dio el seno (amamantó) alguna vez a [NOMBRE]?	Si..... 1 (Pase a P. 309) No..... 2	Si..... 1 (Pase a P. 309) No..... 2	Si..... 1 (Pase a P. 309) No..... 2

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS		
308	¿Por qué no le dio el seno a [NOMBRE]?	Madre enferma/débil..... 01 Madre débil por hambre.....02 Niño(a) enfermo/débil.. ..... 03 Niño(a) murió..... 04 Problema pezones/seno..... 05 No tenía leche..... 06 Madre trabajando.... .... 07 Niño rechazó..... 08 Madre no le gusta dar seno.. 09 En centro salud le dieron leche de fórmula..... 10 Su leche es mala/paja..... 11 Le hicieron cesárea..... 12 Otro:_____ 96 (especifique) No aplica.....97 (pase a p. 314)	Madre enferma/débil..... 01 Madre débil por hambre.....02 Niño(a) enfermo/débil.. ..... 03 Niño(a) murió..... 04 Problema pezones/seno..... 05 No tenía leche..... 06 Madre trabajando.... .... 07 Niño rechazó..... 08 Madre no le gusta dar seno.. 09 En centro salud le dieron leche de fórmula..... 10 Su leche es mala/paja..... 11 Le hicieron cesárea..... 12 Otro:_____ 96 (especifique) No aplica.....97 (pase a p. 314)	Madre enferma/débil..... 01 Madre débil por hambre.....02 Niño(a) enfermo/débil.. ..... 03 Niño(a) murió..... 04 Problema pezones/seno..... 05 No tenía leche..... 06 Madre trabajando.... .... 07 Niño rechazó..... 08 Madre no le gusta dar seno.. 09 En centro salud le dieron leche de fórmula..... 10 Su leche es mala/paja..... 11 Le hicieron cesárea..... 12 Otro:_____ 96 (especifique) No aplica.....97 (pase a p. 314)
309	¿Cuánto tiempo después del nacimiento de [NOMBRE] empezó a darle el seno? SI MENOS DE 24 HORAS MARQUE 1 Y ANOTE LAS HORAS. SI MÁS DE 24 HORAS MARQUE 2 Y ANOTE EN DÍAS. SI MENOS DE UNA HORA, ANOTE "00" HORAS".	Hora....1 [ ][ ] Día.....2 [ ][ ] Inmediatamente..... 3	Hora....1 [ ][ ] Días...2 [ ][ ] Inmediatamente..... 3	Hora....1 [ ][ ] Días...2 [ ][ ] Inmediatamente..... 3
310	VERIFIQUE 303: ¿NIÑO VIVO O MUERTO?	Vivo [ ] [ ]	Vivo [ ] Muerto: [ ] [ ] (Próximo)	Vivo [ ] Muerto: [ ] [ ] (Próximo)
311	¿En el día de ayer o anoche tomó [NOMBRE] algo en biberón?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 3	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 3 No aplica..... 7	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 3 No aplica..... 7
312	¿Todavía le está dando el seno a [NOMBRE] ?	Si..... 01 No..... 02 Pase a P314	Si..... 01 No..... 02 Pase a P314 Muerto..... 97	Si..... 01 No..... 02 Pase a P314 Muerto..... 97
313	¿Cuántas veces le dio usted el pecho anoche a [NOMBRE] desde el anochecer hasta el amanecer? Y ¿Cuántas veces le dio el pecho ayer en las horas del día? [PREGUNTE POR SEPARADO Y SUME PARA OBTENER EL TOTAL]	NUMERO DE VECES ANOCHE Y AYER [ ][ ] No da seno..... 96 No sabe..... 98 Muerto..... 97	NUMERO DE VECES ANOCHE Y AYER [ ][ ] No da seno..... 96 No sabe..... 98 Muerto..... 97	NUMERO DE VECES ANOCHE Y AYER [ ][ ] No da seno..... 96 No sabe..... 98 Muerto..... 97

314	Ahora quisiera preguntarle acerca de los diferentes tipos de alimentos que le dio anoche y durante el día de ayer a [NOMBRE]. ¿Le dio.....	ULTIMO		PENULTIMO		ANTEPENÚLTIMO	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
	1 Agua?	1	2	1	2	1	2
	2 Fórmula para bebé?	1	2	1	2	1	2
	3 Otro tipo de leche líquida, en polvo, o leche fresca (de vaca)?	1	2	1	2	1	2
	4 Jugo de frutas?	1	2	1	2	1	2

	5 Puré de alimento sólido o semi-sólido (plátano, papa, batata, yuca, yautía, ñame u otro tubérculo, raíz)?	1 2	1 2	1 2
	6 Otros líquidos como agua de azúcar, té, café, refrescos o sopa colada?	1 2	1 2	1 2
	7 Algún otro alimento hecho a base de granos/cereales (Ej. Maíz, arroz, avena, u otro cereal ?)	1 2	1 2	1 2
	8 Algún alimento hecho de legumbres (Ej. Habichuelas, gandules, soya, o maní?	1 2	1 2	1 2
	9 Algunas verduras?	1 2	1 2	1 2
	10 Mango, lechosa, zapote, zanahoria, auyama (otras frutas ricas en vitamina A)?	1 2	1 2	1 2
	11 Alguna otra fruta? [Ej. Guineos, naranjas, manzanas, aguacate, tomates]?	1 2	1 2	1 2
	12 Carne, Pollo, pescado, mariscos, o huevos?	1 2	1 2	1 2
	13 Queso o yoghurt?	1 2	1 2	1 2
	14 Algún alimento hecho de aceite, grasa o mantequilla?	1 2	1 2	1 2
315	COTEJE 314 NO LE DIO ALGO DIFERENTE A LA LECHE MATERNA	LE DIO ALGO DIFERENTE	317 →	
316	¿Se le dio (ha dado) alguna vez a [NOMBRE] agua o algo más de beber o alguna comida diferente de la leche de seno?	Si.....1 No.....2 Próximo	Si.....1 No.....2 Próximo	Si.....1 No.....2 Próximo
317	COTEJE 304B EDAD NIÑOS/AS MENORES DE 6 MESES Y DIO ALGO DIFERENTE A LECHE MATERNA	NIÑOS/AS DE 6 MESES O MÁS	Próximo, si no hay más pase a P400	
318	¿Por qué empezó a darle otro alimento aparte del seno, antes de los 6 meses?	SI NO N/A	SI NO N/A	SI NO N/A
	1. Tuvo que trabajar.....	1 2 7	1 2 7	1 2 7
	2. Tenía poca leche.....	1 2 7	1 2 7	1 2 7
	3. Piensa que el seno no es suficiente.....	1 2 7	1 2 7	1 2 7
	4. Estaba enferma/débil.....	1 2 7	1 2 7	1 2 7
	5. Estaba débil del hambre/no podía.....	1 2 7	1 2 7	1 2 7
	6. No quiso darle más.....	1 2 7	1 2 7	1 2 7
	7. Su leche no era buena.....	1 2 7	1 2 7	1 2 7
	8. Problema del seno/pezones.....	1 2 7	1 2 7	1 2 7
	96 Otra:_____			

PASE AL PROXIMO NACIMIENTO. SI NO HAY MAS, PASE A 400

SECCION IV: VACUNACION Y SALUD

NIÑOS Y NIÑAS DE 12 A 23 MESES

400	COTEJE 300 Y 304B ENTRE EN LA TABLA EL NÚMERO DE LÍNEA Y EL NOMBRE DE CADA NIÑO/A VIVO/A QUE TENGA DE 12 A 23 MESES DE EDAD			
401	Número de línea de la pregunta 300 solamente para menores DE 12 A 23 MESES QUE ESTEN VIVOS.	ULTIMO NACIDO VIVO Nombre:_____ Línea:_____	PENÚLTIMO Nombre:_____ Línea:_____	ANTEPENÚLTIMO Nombre:_____ Línea:_____
402	¿Tiene tarjeta de vacunación para [NOMBRE]? SI LA RESPUESTA ES "SI", ¿PUEDO VERLA, POR FAVOR?	Si, Vista..... 1 Si, no vista..... 2 Nunca la tuvo..... 3 La perdió en Huracán.... 4 No sabe donde está..... 5	Si, Vista..... 1 Si, no vista..... 2 Nunca la tuvo..... 3 La perdió en Huracán.... 4 No sabe donde está..... 5	Si, Vista..... 1 Si, no vista..... 2 Nunca la tuvo..... 3 La perdió en Huracán.... 4 No sabe donde está..... 5
403	Dígame por favor si [NOMBRE] recibió alguna de las siguientes vacunas: 1. Una inyección contra la tuberculosis (BGC) al nacer? 2. Una vacuna contra el polio? Cuantas veces? 3. La triple (DPT)? Cuántas veces? 4. Una inyección contra el sarampión?	Si No BGC..... 1 2 POLIO (al nacer) 1 2 Polio 1..... 1 2 Polio 2..... 1 2 Polio 3..... 1 2 DPT 1..... 1 2 DPT 2..... 1 2 DPT 3..... 1 2 Sarampión..... 1 2 Pase a Próximo	Si No BGC..... 1 2 POLIO (al nacer) 1 2 Polio 1..... 1 2 Polio 2..... 1 2 Polio 3..... 1 2 DPT 1..... 1 2 DPT 2..... 1 2 DPT 3..... 1 2 Sarampión..... 1 2 Pase a Próximo	Si No BGC..... 1 2 POLIO (al nacer) 1 2 Polio 1..... 1 2 Polio 2..... 1 2 Polio 3..... 1 2 DPT 1..... 1 2 DPT 2..... 1 2 DPT 3..... 1 2 Sarampión..... 1 2 Pase a Próximo

404a	NIÑOS Y NIÑAS VIVAS MENORES DE CINCO AÑOS COTEJE 6 ENTRE EN LA TABLA EL NÚMERO DE LÍNEA Y EL NOMBRE DE CADA NIÑO/A VIVO/A DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD.			
404b	Número de línea y nombre de menores vivos/as que aún no han cumplido cinco años.	ULTIMO NACIDO VIVO Nombre:_____ Línea:_____	PENÚLTIMO Nombre:_____ Línea:_____	ANTEPENÚLTIMO Nombre:_____ Línea:_____
405	¿Ha tomado {NOMBRE vitamina A en los últimos 6 meses?	Si……1 No……2	Si……1 No……2	Si……1 No……2
406	¿Ha estado [NOMBRE] enfermo con fiebre en algún momento durante las dos últimas semanas?	Si…… 1 No…… 2	Si…… 1 No…… 2	Si…… 1 No…… 2
407	¿Ha estado [NOMBRE] enfermo con tos en las dos últimas semanas?	Si…… 1 No…… 2→410	Si…… 1 No…… 2→410	Si…… 1 No…… 2→410
408	¿Cuántos días le duró (ha durado) a [NOMBRE] la tos? ANOTE "00" SI MENOS DE 1 DÍA	DIAS [ ][ ] No aplica…….. 97	DIAS [ ][ ] No aplica…….. 97	DIAS [ ][ ] No aplica…….. 97
409	¿Cuando [NOMBRE] estaba enfermo con la tos, respiraba más rápido que lo acostumbrado (respiraciones cortas y rápidas)?	Si…… 1 No…… 2 No sabe…….. 8 No aplica…… 7	Si…… 1 No…… 2 No sabe…….. 8 No aplica…… 7	Si…… 1 No…… 2 No sabe…….. 8 No aplica…… 7
410	FIEBRE O TOS?…… SIN FIEBRE NI TOS……	SI EN 406 O EN 407 →411A NO EN 406 Y EN 407 →412		
411 A	¿Consultó con alguien para tratarle la fiebre o tos?	Si……1 → No…..2 412 No aplica…… 07	Si……1 → No…..2 412 No aplica…… 07	Si……1 → No…..2 412 No aplica…… 07
411 B	¿A donde pidió consejo o tratamiento para la fiebre o tos, si le dieron algo? ¿Alguien más? ANOTE CADA PERSONA O INSTITUCIÓN QUE SE MENCIONE	Hospital…… 01 Subcentro…….. 02 Clínica rural…… 03 Dispensario…… …. 04 Promotora …… 05 Consultorio Médico….. 06 Farmacia…… 07 Curandero…… 08 En la casa…… 09 Otro_____ 96 (especifique) No aplica…… 97	Hospital…… 01 Subcentro…….. 02 Clínica rural…… 03 Dispensario…… …. 04 Promotora …… 05 Consultorio Médico….. 06 Farmacia…… 07 Curandero…… 08 En la casa…… 09 Otro_____ 96 (especifique) No aplica…… 97	Hospital…… 01 Subcentro…… 02 Clínica rural…… 03 Dispensario…… …. 04 Promotora …… 05 Consultorio Médico…..06 Farmacia……07 Curandero……08 En la casa……09 Otro_____96 (especifique) No aplica…… 97
411C	¿Ese lugar pertenece a SESPAS, CEA, una Iglesia, el Seguro una institución o es privado?	SESPAS……1 CEA……2 Iglesia……3 FF.AA/P.N……4 ONG……5 Sector privado……6 No aplica……7	SESPAS……1 CEA……2 Iglesia……3 FF.AA/P.N……4 ONG……5 Sector privado……6 No aplica……7	SESPAS……1 CEA……2 Iglesia……3 FF.AA/P.N……4 ONG……5 Sector privado……6 No aplica……7
412	¿Después del Huracán Georges, tuvo [NOMBRE] en el último año ……..	SI NO 1. Sarampión……1 2 2. Dengue……1 2 3. Malaria……1 2	SI NO 1. Sarampión……1 2 2. Dengue……1 2 3. Malaria……1 2	SI NO 1. Sarampión……1 2 2. Dengue……1 2 3. Malaria……1 2
413	¿Ha tenido [NOMBRE] diarrea durante las dos últimas semanas?	Si…… 1→415 No……2	Si…… 1→415 No……2	Si…… 01→415 No……02
414	SI NO HA TENIDO DIARREA REGRESE A 404 PARA EL NACIMIENTO SIGUIENTE. SI NO HAY NACIMIENTOS PASE A 421			
415A	¿Cuántos días le ha durado/le duró la diarrea? [ANOTE "00" SI MENOS DE 24 HORAS]	DIAS [ ][ ] No aplica…….. 97 No sabe…… 98	DIAS [ ][ ] No aplica…….. 97 No sabe…… 98	DIAS [ ][ ] No aplica…….. 97 No sabe…… 98

415B	¿Hubo sangre en las materias fecales?	Si.....01 No.....02 No sabe.....98 No aplica.....97	Si.....01 No.....02 No sabe.....98 No aplica.....97	Si.....01 No.....02 No sabe.....98 No aplica.....97
415C	En el peor día de la diarrea, ¿cuantas evacuaciones tuvo {NOMBRE]?	NUMERO DE DEPOSICIONES [ ][ ] No aplica..... 97 No sabe..... 98	NUMERO DE DEPOSICIONES [ ][ ] No aplica..... 97 No sabe..... 98	NUMERO DE DEPOSICIONES [ ][ ] No aplica..... 97 No sabe..... 98
416	COTEJE 312 ¿LE DA TODAVÍA EL PECHO AL ULTIMO NIÑO/A?	"SI"----------> 417 "NO"----------> 418		
417	Durante el tiempo que [NOMBRE] tuvo diarreas, ¿le dio el pecho más veces, igual, menos veces, o dejó de dárselo completamente?	Dejó de dárselo..... 1 Menos..... 2 Igual..... 3 Más..... 4 No aplica..... 5	Dejó de dárselo..... 1 Menos..... 2 Igual..... 3 Más..... 4 No aplica..... 5	Dejó de dárselo..... 1 Menos..... 2 Igual..... 3 Más..... 4 No aplica..... 5
418	Durante el tiempo que [NOMBRE] tuvo diarrea, ¿ le dio la misma cantidad de alimentos que le daba antes, le dio más o le dio menos?	Lo mismo..... 01 Más..... 02 Menos..... 03 No sabe..... 08 No aplica..... 07	Lo mismo..... 01 Más..... 02 Menos..... 03 No sabe..... 08 No aplica..... 07	Lo mismo..... 01 Más..... 02 Menos..... 03 No sabe..... 08 No aplica..... 07
419	Durante los días que [NOMBRE] tuvo diarrea, ¿le dieron algo para tratarle la diarrea?	Si..... 01 No..... 02→421 No aplica..... 07	Si..... 01 No..... 02→421 No aplica..... 07	Si..... 01 No..... 02→421 No aplica... 07
420	¿Qué le dieron? [ANOTE CADA CATEGORÍA QUE SE MENCIONE] ¿Algo más?	Suero casero..... 01 Suero de sobre..... 02 Suero por venas..... 03 Antibiótico..... 04 Jarabe..... 05 Inyección muscular... 06 Inyección en venas... 07 Remedio casero..... 08 Tisanas..... 09 Remedio de curandero 10 Infusión..... 11 Otro: _____ 96 No aplica..... 97	Suero casero..... 01 Suero de sobre..... 02 Suero por venas..... 03 Antibiótico..... 04 Jarabe..... 05 Inyección muscular... 06 Inyección en venas... 07 Remedio casero..... 08 Tisanas..... 09 Remedio de curandero 10 Infusión..... 11 Otro: _____ 96 No aplica..... 97	Suero casero..... 01 Suero de sobre..... 02 Suero por venas..... 03 Antibiótico..... 04 Jarabe..... 05 Inyección muscular... 06 Inyección en venas... 07 Remedio casero..... 08 Tisanas..... 09 Remedio de curandero 10 Infusión..... 11 Otro: _____ 96 No aplica..... 97
421	REGRESE AL PRÓXIMO NACIMIENTO, PREGUNTA 404. SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS, PASE A LA PREGUNTA 422.			
422	Cuando un niño tiene diarrea, ¿Se le debería dar menos alimentos sólidos que de costumbre, la misma cantidad o más de lo acostumbrado?	Menos..... 1 La misma cantidad..... 2 Más de lo usual..... 3 No sabe..... 8		
423	Cuando un niño tiene diarrea se le debería dar menos líquidos que la costumbre, la misma cantidad o más de lo acostumbrado?	Menos..... 1 La misma cantidad..... 2 Más de lo usual..... 3 No sabe..... 8		
424	¿En caso que usted crea que la diarrea es producida por mal de ojo o por brujas, le continuaría dando el suero?	Si..... 1 No..... 2 No cree..... 3 Soy cristiana..... 4 No sabe..... 8		
425	¿Ha tenido que llevar a un hijo suyo al curandero o brujo alguna vez Si afirmativo; preguntar ¿Cuántas veces?	NUMERO DE VECES [ ][ ] {MARCAR OO SI NINGUNA VEZ]		

	SECCION V: ACCESO A SERVICIOS SALUD, RIESGOS Y VIH/SIDA		
500	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre las visitas a hospitales y médicos. ¿Cuando usted está enferma y quiere algún consejo o tratamiento médico, es un gran problema, un pequeño problema o no es un problema para usted…….. 1) Conseguir el dinero para el tratamiento o el medicamento? 2) No tener algún hospital o centro de servicios médicos cerca? 3) Conseguir transporte aunque tenga dinero para pagarlo? 4) Tener que ir sola? 5) Que sean hombres y no mujeres las personas que la atiendan en el centro de salud? 6) El miedo a que no la atiendan o la traten mal?	GRAN PROBLEMA / PEQUEÑO PROBLEMA / NO ES PROBLEMA 1) 1 2 3 2) 1 2 3 3) 1 2 3 4) 1 2 3 5) 1 2 3 6) 1 2 3	
501	¿Durmió usted anoche bajo mosquitero?	Si…… 1 No…… 2	
502	¿Actualmente usted fuma cigarrillos o tabaco?	Si…… 1 No…… 2	
503	¿Ha oído usted hablar de una enfermedad llamada SIDA ?	Si…… 1 No…… 2	600
504	¿Piensa usted que hay algo que una persona pueda hacer para evitar que se le pegue el virus del SIDA ?	Si…… 1 No…… 2 No aplica…… 7 No sabe…… 8	
505	¿Es posible que una persona que se vea sana pueda tener el virus del SIDA?	Si…… 1 No…… 2 No aplica…… 7 No sabe…… 8	
506	¿Cree Ud. que alguien que esté enfermo de SIDA puede curarse?	Si…… 1 No…… 2 No aplica…… 7 No sabe…… 8	
507	¿Cree Ud. que una mujer embarazada enferma con el SIDA puede trasmitirle la enfermedad a su niño/a?	Si…… 1 No…… 2 No aplica…… 7 No sabe…… 8	
508	¿Conoce Ud. a alguien que tenga SIDA o que haya muerto de SIDA?	Si…… 1 No…… 2 No aplica…… 7 No sabe…… 8	
509	¿Piensa Ud. que la posibilidad de que tenga o le de el SIDA son pequeñas, moderadas, grandes, o no tiene ninguna posibilidad de que se le pegue el SIDA?	Pequeñas…… 1 Moderadas…… 2 Grandes…… 3 Ninguna…… 4 Tiene SIDA…… 5 No aplica…… 7 No sabe…… 8	 511 511 511

510	¿Por qué cree usted que (no tiene o tiene) poca posibilidad de contagiarse? ¿Algunas otras razones? [ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE]	No tiene relaciones sexuales..... 01 Usa condón..... 02 Su marido es fiel..... 03 Tiene un solo compañero..... 04 Tiene pocos compañeros sexuales..... 05 Su esposo no tiene otras mujeres..... 06 No tiene relación homosexual..... 07 No se hace transfusión de sangre..... 08 No se pone inyecciones..... 09 Son cristianos..... 10 Otra_____ 96 (Especifique) No aplica..... 97	512
511	¿Por qué cree usted que tiene una posibilidad (moderada o grande) de contagiarse del SIDA? ¿Algunas otras razones? [ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE]	No usa condones..... 01 Mas de un compañero sexual..... 02 Muchos compañeros sexuales..... 03 El esposo tiene otras mujeres..... 04 Relaciones Homosexuales..... 05 Tuvo transfusión de Sangre..... 06 Se pone inyecciones..... 07 Su esposo tiene SIDA..... 08 Cuida persona VIH/SIDA..... 09 Mucha prostitución en batey..... 10 Poca higiene batey..... 11 Teme le hagan "Trabajo"..... 12 No sabe lo que marido hace en la calle 13 Otra:_____ 96 (Especifique) No aplica..... 97	
512	¿Desde que usted empezó a oír hablar del SIDA ha cambiado su comportamiento sexual, para evitar contagiarse de la enfermedad? SI "SI": ¿QUE HIZO USTED? ¿HIZO ALGO MAS? [ANOTE TODAS LAS QUE MENCIONE]	No ha tenido relaciones sexuales..... 01 Dejo de tener relaciones sexuales..... 02 Comenzó a usar condones..... 03 Se limito a un compañero sexual..... 04 Su esposo no tiene otras mujeres..... 05 Redujo el número de compañeros..... 06 Pidió fidelidad al marido..... 07 Dejo relaciones homosexuales..... 08 Dejo de inyectarse..... 09 No ha cambiado porque no tiene peligro.. 10 No ha cambiado porque marido no lo permite 11 Otra_____ 96 (Especifique) No aplica..... 97	
513	Durante los últimos 12 meses, ha usado usted CONDON para evitar contagiarse de enfermedades venéreas o del SIDA? SI "SI" PREGUNTE ¿Lo usa siempre o solamente algunas veces?	Si, siempre..... 1 Si, ocasionalmente..... 2 No..... 3 No aplica..... 7 No sabe..... 8	
514	¿Cree usted que el SIDA puede contagiarse por un "trabajo" de alguien que quiera hacerle daño?	Si..... 1 No..... 2 No cree..... 3 No aplica..... 7 No sabe..... 8	

SECCION VI: CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA, PESO, Y TALLA

COTEJE 404 MENORES DE 5 AÑOS

ANOTE EL NO. DE ORDEN DE CADA NIÑO SUPERVIVIENTE MENOR DE CINCO AÑOS DE EDAD. USE HOJAS ADICIONALES SI LO REQUIERE EN CASO DE MAS DE TRES NIÑOS.

		1 Niño Vivo Más Joven Nombre:_____	2 Penúltimo Niño Vivo Nombre: _____	3 Antepenúltimo Niño Vivo Nombre: _____
600	NO. DE ORDEN DE P 404			
601	FECHA DE NACIMIENTO DE P 304 Y COMPLETE FECHA PARA NIÑOS/AS DE 2 A 5 AÑOS	Día… Mes Año	Día… Mes Año	Día.. Mes Año
602	¿NOMBRE es varón o hembra?	Masculino……. 1 Femenino…….. 2	Masculino……. 1 Femenino…….. 2	Masculino……. 1 Femenino…….. 2
603	Talla (en centímetros)			
604	¿Se le tomó la talla (tamaño) estando acostado o parado?	Acostado……. 01 De pie…… 02	Acostado……. 01 De pie…… 02	Acostado……. 01 De pie…… 02
605	Peso (en kilogramos)			
606	Fecha de peso y talla	Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año
607	RESULTADO MEDICION PESO Y TALLA EN MADRE Madre embarazada……1 Madre no embarazada……2 Madre rechazo……3 Otro……4	Niño medido… 01 Niño enfermo... 02 Niño ausente……03 Niño Rechazo… 04 Madre Rechazo.. 05 Otro:_____ 96 (Especifique)	Niño medido… 01 Niño enfermo... 02 Niño ausente……03 Niño Rechazo… 04 Madre Rechazo.. 05 Otro:_____ 96 (Especifique)	Niño medido… 01 Niño enfermo... 02 Niño ausente……03 Niño Rechazo… 04 Madre Rechazo.. 05 Otro:_____ 96 (Especifique)
608	PRUEBA HEMOCUE EN LA MADRE	PRUEBA HEMOCUE	PRUEBA HEMOCUE	PRUEBA HEMOCUE

ANEXO B

MARCO MUESTRAL

CUADRO B.1 MARCO MUESTRAL USADO EN LA SELECCION DE L MUESTRA

CODIGO	MUNICIP	SECCION	BATEYES	VIVIENDAS	Barran.	HOGARES	Acumulado
			TOTAL INGENIOS	21,866	>700	30,865	MOS
PROVINCIA DE PUERTO PLATA			**ING. AMISTAD**			**512**	
18010418	PUERTO P	MONTELLANO	Loma Blanca	52	2	56	56
18010723	PUERTO P	YASICA ABAJO	La Cabirma	55	2	90	146
18040504	IMBERT	SABALLO	La Grúa de Saballo	128	2	160	306
18050104	LOS HIDALGOS	RANCHETE	La Ceiba	41	2	68	374
CEA-CREP			Baraguana	78	3	138	512
PROVINCIA DE PUERTO PLATA/b			**ING. MONTELLANO**			**3,722**	
18010404	PUERTO P	MONTELLANO	Boca Nueva	222	1	232	744
18010405	PUERTO P	MONTELLANO	Mozovi	63	0	63	807
18010407	PUERTO P	MONTELLANO	Cangrejo	111	5	211	1,018
18010409	PUERTO P	MONTELLANO	Los Ciruelos	137	6	197	1,215
18010410	PUERTO P	MONTELLANO	Pancho Mateo	690	3	750	1,965
18010422	PUERTO P	MONTELLANO	Arroyo de Leche	40	ND	39	2,004
18010425	PUERTO P	MONTELLANO	Ceveret	100	2	151	2,155
18010426	PUERTO P	MONTELLANO	Caraballo	120	5	234	2,389
CREP	PUERTO P	MONTELLANO	Negro Melo	55	2	85	2,474
18010501	PUERTO P	SABANA GRANDE	Muñoz	940	5	1,030	3,504
18010601	PUERTO P	TUBAGUA	Los Algodones	200	3	198	3,702
CREP	SOSUA		Bella Vista	390	2	390	4,092
18070213	SOSUA	SABAN. DE CANGREJOS	Loma Bajita	20	0	20	4,112
18070215	SOSUA	SABAN. DE CANGREJOS	La Unión	120	1	122	4,234
PROVINCIA DE SAN PEDRO DE MACORIS			**ING. CONSUELO**			**2,202**	
23020311	LOS LLANOS	LOS JIBAROS	Bejucal (Plumita)	7	10	37	4,271
23020312	LOS LLANOS	LOS JIBAROS	Caimito	130	2*20	170	4,441
23020316	LOS LLANOS	LOS JIBAROS	Estrella	30	2	60	4,501
23020511	LOS LLANOS	SAN JERÓNIMO	Realidad	72	0	72	4,573
CEA-CREP	LOS LLANOS		Casa Colora	31	2*20	71	4,644
PROVINCIA DE HATO MAYOR							
30010108	HATO MAYOR	DON LOPEZ	Rodeo	0	4	29	4,673
30010109	HATO MAYOR	DON LOPEZ	Hoyón	71	0	77	4,750
CEA-CREP	HATO MAYOR	DON LOPEZ	Isabel	75	1	60	4,810
30010109	HATO MAYOR	DON LOPEZ	Doña Ana	300	2	305	5,115
30010115	HATO MAYOR	DON LOPEZ	Lajas	47	2	87	5,202
30010118	HATO MAYOR	DON LOPEZ	Las Pajas	200	2	245	5,447
CEA-CREP	HATO MAYOR	DON LOPEZ	El Bote	19	ND	33	5,480
30010120	HATO MAYOR	DON LOPEZ	Don Lopez	28	1	28	5,508
30010123	HATO MAYOR	DON LOPEZ	El Salto	10	ND	14	5,522
30010126	HATO MAYOR	DON LOPEZ	Anita	7	4	71	5,593
30010139	HATO MAYOR	DON LOPEZ	Cambalache	80	2	83	5,676
30010408	HATO MAYOR	MATA PALACIO	La Jagua	20	5*20	60	5,736
30010410	HATO MAYOR	MATA PALACIO	Constancia	10	ND	10	5,746
30010410	HATO MAYOR	MATA PALACIO	Amistad	0	4*10	36	5,782

PREVIOUS PAGE BLANK

30010411	HATO MAYOR	MATA PALACIO	Punta Afuera	3	2*20	39	5,821
30010412	HATO MAYOR	MATA PALACIO	Monte Coca	150	2*20	184	6,005
CEA-CREP	HATO MAYOR	MATA PALACIO	Don Juan	122	2*20	162	6,167
30010414	HATO MAYOR	MATA PALACIO	Barracón	3	3*10	28	6,195
30010415	HATO MAYOR	MATA PALACIO	Higuamo	6	3*60	37	6,232
30010416	HATO MAYOR	MATA PALACIO	El Botecito	30	ND	30	6,262
30010419	HATO MAYOR	MATA PALACIO	La Plaza	49	6*20	174	6,436
PROVINCIA DE EL SEYBO			**ING. SANTA FE**			**1,265**	
8010503	EL SEYBO	MATA DE PALMA	Castillo	17		39	6,475
8010507	EL SEYBO	MATA DE PALMA	Paraíso	62	7	157	6,632
8010508	EL SEYBO	MATA DE PALMA	Haití Mejía	13	7	70	6,702
8010509	EL SEYBO	MATA DE PALMA	Los Blocs	5	5	58	6,760
8010515	EL SEYBO	MATA DE PALMA	Los Riceles	12	3	46	6,806
8010516	EL SEYBO	MATA DE PALMA	El Guaral	9	5	27	6,833
8010517	EL SEYBO	MATA DE PALMA	San Miguel	14	5	71	6,904
PRO DE SAN PEDRO DE MS.							
23010108	SPM	BOCA DEL SOCO	Alemán	50	6	155	7,059
23010111	SPM	BOCA DEL SOCO	La Balsa	65	4	62	7,121
23010112	SPM	BOCA DEL SOCO	Americana	7	2	28	7,149
CREP-CEA	RAMON SANTANA		AB6	17	2	17	7,166
23010311	SPM	PUNTA GARZA	Inocencia	21	3	60	7,226
CREP-CEA	RAMON SANTANA		Nuevo	23	1	39	7,265
23040207	ING. CONSUELO	LAS CAYAS	Vasca	22	9	89	7,354
23040212	ING. CONSUELO	LAS CAYAS	Margarita	24	5	60	7,414
23040219	ING. CONSUELO	LAS CAYAS	AB4	44	3	70	7,484
23040220	ING. CONSUELO	LAS CAYAS	Euskarduna	20	6	77	7,561
23040220	ING. CONSUELO	LAS CAYAS	Montecristi	34	5	34	7,595
CREP-CEA	RAMON SANTANA		La Cubana	14	4	54	7,649
CREP-CEA	RAMON SANTANA		La Catorce	2	6	52	7,701
PROV. DE SAN PEDRO DE MACORIS			**ING. QUISQUEYA**			**1,191**	
23020207	LOS LLANOS	EL GUAYABAL	Paloma	100	ND	128	7,829
23020225	LOS LLANOS	EL GUAYABAL	Batey Nuevo	50	ND	55	7,884
23020301	LOS LLANOS	LOS JIBAROS	Ulloa	138	ND	123	8,007
23020302	LOS LLANOS	LOS JIBAROS	Jengibral	40	ND	34	8,041
23020306	LOS LLANOS	LOS JIBAROS	Los Capaces	30	ND	33	8,074
23020307	LOS LLANOS	LOS JIBAROS	El Rancho	62	ND	62	8,136
23020309	LOS LLANOS	LOS JIBAROS	Naranjo	40	4	92	8,228
23020324	LOS LLANOS	LOS JIBAROS	Canutillo	126	ND	143	8,371
23020325	LOS LLANOS	LOS JIBAROS	Tumba	15	ND	16	8,387
23020401	LOS LLANOS	LOS MONTONES	Consuelito	44	ND	44	8,431
23020405	LOS LLANOS	LOS MONTONES	Mata Caliche	48	ND	55	8,486
23020407	LOS LLANOS	LOS MONTONES	Gallareta	37	ND	37	8,523
23020410	LOS LLANOS	LOS MONTONES	Los Montones	166	ND	175	8,698
23020411	LOS LLANOS	LOS MONTONES	Los Fundos	64	ND	75	8,773
23050101	QUISQUEYA	PAJARITO	Pajarito	45	ND	39	8,812
23050402	QUISQUEYA	CAONABO	Sirira	75	ND	80	8,892

CODIGO	MUNICIP	SECCION	BATEYES	VIVIENDAS	Barran.	HOGARES	Acumulado
PROV. DE SAN PEDRO DE MACORIS			**ING. PORVENIR**			**1,471**	
23030104	RAMON SANT.	JAGUAL	Eureka	11	ND	17	8,909
23030109	RAMON SANT.	JAGUAL	Arados	47	ND	113	9,022
23030110	RAMON SANT.	JAGUAL	Negro	19	ND	46	9,068
23030112	RAMON SANT.	JAGUAL	Soco	211	ND	211	9,279
23030113	RAMON SANT.	JAGUAL	Jagual	130	ND	109	9,388
23030309	RAMON SANT.	MAGARIN	Regajo	42	ND	38	9,426
23040204	ING. CONSUELO	LAS CAYAS	Victoria	8	ND	67	9,493
23040210	ING. CONSUELO	LAS CAYAS	Consuelito	25	ND	25	9,518
23040213	ING. CONSUELO	LAS CAYAS	Doña Lila/Linda	20	ND	38	9,556
23040216	ING. CONSUELO	LAS CAYAS	Cachena	21	ND	62	9,618
23040217	ING. CONSUELO	LAS CAYAS	Experimental	50	ND	107	9,725
23040218	ING. CONSUELO	LAS CAYAS	El Bembe	4	ND	38	9,763
CREP-CEA			Esperanza	144	ND	144	9,907
CREP-CEA			Nuevo	18	ND	15	9,922
CREP-CEA			El Molinito	22	ND	50	9,972
CREP-CEA			Olivares	40	ND	80	10,052
CREP-CEA			Alejandro Bass	95	ND	95	10,147
CREP-CEA			Jalonga	66	ND	96	10,243
CREP-CEA			Prudencio	60	ND	120	10,363
PROVINCIA DE MONTE PLATA			**HAINA ENRIQUILLO**			**2,941**	
CREP-CEA			Zapata	54	5	61	10,424
CREP-CEA			La Pista	30	ND	30	10,454
CREP-CEA			Piraco	3	3	10	10,464
CREP-CEA	PROVINCIA JUAN SANCHEZ RAMIREZ		Doña María	50	ND	53	10,517
29030101	SG DE BOYA	CABEZA DE TORO	Sabana Larga de Cojobal	40	5	56	10,573
29030103	SG DE BOYA	CABEZA DE TORO	Sabana Larga de Gonzalo	70	10	70	10,643
29030206	SG DE BOYA	GONZALEZ	Tarana	34	8	78	10,721
29030207	SG DE BOYA	GONZALEZ	Gonzalo	300	2	301	11,022
29030212	SG DE BOYA	GONZALEZ	La Construcción de Gonzalo	34	ND	34	11,056
29030214	SG DE BOYA	GONZALEZ	Carmona	48	2	46	11,102
29030215	SG DE BOYA	GONZALEZ	Nuevo de Gonzalo	34	5	34	11,136
29030220	SG DE BOYA	GONZALEZ	Los Arroyos de Carmona	15	4	58	11,194
29030301	SG DE BOYA	JUAN SANCHEZ	Nuevo de Juan Sanchez	38	10	119	11,313
29030302	SG DE BOYA	JUAN SANCHEZ	Altagracia	18	5	126	11,439
29030305	SG DE BOYA	JUAN SANCHEZ	Juan Sanchez	85	14	175	11,614
29030307	SG DE BOYA	JUAN SANCHEZ	Las Charcas	15	3	58	11,672
29030309	SG DE BOYA	JUAN SANCHEZ	Aserradero	23	4	59	11,731
CREP-CEA			Nuevo de Guayabal	65	4	65	11,796
29030310	SG DE BOYA	JUAN SANCHEZ	Enriquillo	110	10	208	12,004
29030311	SG DE BOYA	JUAN SANCHEZ	Cojobal	86	10	207	12,211
CREP-CEA			La Construcción de Cojobal	58	3	35	12,246
29030313	SG DE BOYA	JUAN SANCHEZ	Triple Enriquillo	36	4	36	12,282
29030401	SG DE BOYA	PAYABO	San Pedro	100	11	304	12,586
CREP-CEA			Nuevo de San Pedro	40	6	40	12,626

29030403	SG DE BOYA	PAYABO	Buena Vista	60	4	93	12,719
29030404	SG DE BOYA	PAYABO	San Antonio	25	7	54	12,773
29030406	SG DE BOYA	PAYABO	Luna	40	3	25	12,798
29030407	SG DE BOYA	PAYABO	Esperanza	23	3	54	12,852
29030408	SG DE BOYA	PAYABO	Los Guineos	100	4	142	12,994
29030410	SG DE BOYA	PAYABO	Santa Rosa	48	9	119	13,113
29050205	DON JUAN	SAB. DE PAYABO	Triple de San Pedro	72	7	105	13,218
29050206	DON JUAN	SAB. DE PAYABO	Los Llanos	46	ND	46	13,264
CREP-CEA			Galeano	0	3	10	13,274
CREP-CEA			La Grúa	16	4	30	13,304
DISTRITO NACIONAL			**HAINA, DUQUESA**			**3,726**	
101071	DISTRITO N.	HIGUERO	Los Casabes	98	ND	98	13,402
1011004	DISTRITO N.	LOS ALCARRIZOS	Palmarejo	210	11	666	14,068
1011101	DISTRITO N.	LOS ALCARRIZOS	Caballona	350	3	538	14,606
1011102	DISTRITO N.	MAN0GUAYABO	Palave	338	9	559	15,165
1011105	DISTRITO N.	MANOGUAYABO	Bienvenido	141	5	241	15,406
1011309	DISTRITO N.	PEDREGAL	Yaco	95	4	127	15,533
1011311	DISTRITO N.	PEDREGAL	Gracia	117	1	137	15,670
1011312	DISTRITO N.	PEDREGAL	Palamara	10	10	94	15,764
CREP-CEA	DISTRITO N.		Hato Nuevo de Pimpina	2	1	20	15,784
CREP-CEA	DISTRITO N.		Palila	40	2	100	15,884
CREP-CEA	DISTRITO N.		Duquesa	50	8	143	16,027
CREP-CEA	DISTRITO N.		Lechería	27	4	151	16,178
CREP-CEA	DISTRITO N.		La Estrella	750	ND	852	17,030
PROVINCIA DE MONTE PLATA			**HAINA GUANUMA**			**2,457**	
27040402	YAMASA	LOS JOVILLOS	Nuevo de San Pedro	40	3	39	17,069
29010106	MONTE PLATA	EL CENTRO	Velázquez	12	3	19	17,088
29010401	MONTE PLATA	LA JAGUA	La Jagua	62	7	94	17,182
29010403	MONTE PLATA	LA JAGUA	5 Casas	25	4	40	17,222
29010412	MONTE PLATA	LA JAGUA	Triple Ozama	80	8	147	17,369
29010414	MONTE PLATA	LA JAGUA	La Luisa Prieta	70	4	172	17,541
29010504	MONTE PLATA	RIO BOYA	Bermejo	22	12	116	17,657
29040305	YAMASA	LOS BOTADOS	Mayita	28	5	55	17,712
29040306	YAMASA	LOS BOTADOS	Yagua	74	0	74	17,786
29040401	YAMASA	LOS JOVILLOS	Guazumita	43	6	104	17,890
29040403	YAMASA	LOS JOVILLOS	El Caño	100	11	131	18,021
29040404	YAMASA	LOS JOVILLOS	Antonci	24	7	144	18,165
29040407	YAMASA	LOS JOVILLOS	La Maya	21	4	42	18,207
29040408	YAMASA	LOS JOVILLOS	Los Jovillos	34	9	15	18,222
29050202	DON JUAN	SAB. DE PAYABO	Hoyo de Pun	11	5	50	18,272
29050203	DON JUAN	SAB. DE PAYABO	Frías II	38	8	60	18,332
CREP-CEA			Pantoa	180	3	220	18,552
CREP-CEA			La Mina	235	ND	235	18,787
CREP-CEA			Guanuma	500	9	700	19,487

CODIGO	MUNICIP	SECCION	BATEYES	VIVIENDAS	Barran.	HOGARES	Acumulado
DISTRITO NACIONAL			**OZAMA**			**3,141**	
1010621	DISTRITO N.	HATO VIEJO	Mamey	120	SD	131	19,618
1010628	DISTRITO N.	HATO VIEJO	El Fao	84	SD	33	19,651
1010628	DISTRITO N.	HATO VIEJO	Mojarra	SD	SD	256	19,907
1010905	DISTRITO N.	LA VICTORIA	San Joaquín	60	SD	70	19,977
1010906	DISTRITO N.	LA VICTORIA	Culata	40	SD	40	20,017
1010908	DISTRITO N.	LA VICTORIA	Mata Mamón	450	SD	299	20,316
1011407	DISTRITO N.	VILLA MELLA	San Juan	40	SD	66	20,382
1011416	DISTRITO N.	VILLA MELLA	Mata Indio	50	SD	128	20,510
CREP-CEA	DISTRITO N.		La Grúa	76	SD	76	20,586
CREP-CEA	DISTRITO N.		Montserrat	100	SD	100	20,686
CREP-CEA	DISTRITO N.		Naranjo	200	SD	197	20,883
CREP-CEA	DISTRITO N.		La Ceiba	350	SD	402	21,285
CREP-CEA	DISTRITO N.		Corte Bolo	500	SD	625	21,910
CREP-CEA	DISTRITO N.		Piragua	145	SD	145	22,055
CREP-CEA	DISTRITO N.		San Isidro	48	SD	48	22,103
PROVINCIA DE MONTE PLATA							
29010613	MONTE PLATA	SAN FRANCISCO	Chirino	100	SD	196	22,299
29010617	MONTE PLATA	SAN FRANCISCO	San José	120	SD	140	22,439
29010625	MONTE PLATA	SAN FRANCISCO	Yabacao	74	SD	77	22,516
CREP-CEA			Reventón	80	SD	112	22,628
PROV. DE SAN PEDRO DE MACORIS			**BOCA CHICA**			**2,812**	
23020111	LOS LLANOS	EL GUAYABAL	La Redonda	40	11	114	22,742
23020112	LOS LLANOS	CAYACOA	La Mula	22	4	64	22,806
23020115	LOS LLANOS	CAYACOA	Cayacoita	20	0	65	22,871
23020116	LOS LLANOS	CAYACOA	La Luisa	52	6	69	22,940
23020117	LOS LLANOS	CAYACOA	Gautier	442	6	562	23,502
23020121	LOS LLANOS	CAYACOA	El Blanco	4	2	14	23,516
23020123	LOS LLANOS	CAYACOA	San José	40	SD	61	23,577
23020200	LOS LLANOS	EL GUAYABAL	Guayabal	20	1	33	23,610
23020211	LOS LLANOS	EL GUAYABAL	Guayabo	8	4	42	23,652
23020212	LOS LLANOS	EL GUAYABAL	Jengibre	170	1	190	23,842
23020213	LOS LLANOS	EL GUAYABAL	Brujuela	6	10	36	23,878
23020217	LOS LLANOS	EL GUAYABAL	Victorina	20	4	66	23,944
23020224	LOS LLANOS	EL GUAYABAL	Gaviota	80	ND	108	24,052
23020504	LOS LLANOS	SAN JERONIMO	Pacheco	32	4	129	24,181
CREP-CEA			Mamey	6	10	16	24,197
CREP-CEA			El Pomito.M. De Palma	0	2	18	24,215
CREP-CEA			Peso al Medio	25	3	19	24,234
CREP-CEA			El Coquito	2	4	23	24,257
CREP-CEA			La Catalina	37	0	40	24,297
CREP-CEA			Las Parras	20	3	42	24,339
CREP-CEA			Storgan	104	0	104	24,443
CREP-CEA			La Joya	60	4	116	24,559
CREP-CEA			Hato Viejo III	50	ND	150	24,709
CREP-CEA			Julio Andújar	60	ND	275	24,984
CREP-CEA			Hato Viejo II	176	7	456	25,440

PROVINCIA DE BAHORUCO			**BARAHONA**			**5,425**	
3010302	NEYBA	EL PALMAR	Batey 3	127	6	327	25,767
3010303	NEYBA	EL PALMAR	Batey 2	238	2	171	25,938
3010304	NEYBA	EL PALMAR	Isabela	1039	4	1,139	27,077
3010305	NEYBA	EL PALMAR	Batey 4	200	ND	239	27,316
3010306	NEYBA	EL PALMAR	Batey 5	300	2	338	27,654
3010307	NEYBA	EL PALMAR	Cuchilla	100	5	115	27,769
3020202	GALVAN	EL RODEO	San Rafael	45	1	45	27,814
3050103	UVILLA	EL JOBO	Santa María	29	2	117	27,931
3050105	UVILLA	EL JOBO	Santana	190	4 de 20 filas c/u.	270	28,201
3050109	UVILLA	EL JOBO	Batey 6	540	ND	600	28,801
3050110	UVILLA	EL JOBO	Batey 1	242	2	262	29,063
3050202	UVILLA	MENA	Mena Abajo	287	2	287	29,350
PROVINCIA DE BARAHONA							
4010801	BARAHONA	PALO ALTO	Algodón	88	1	88	29,438
4070102	VICENTE NOBLE	CANOA	Bombita	200	2	238	29,676
4080103	PEÑON	PEÑON	Los Robles	87	0	108	29,784
4080301	PEÑON	PALO ALTO	Palo Alto	106	1	164	29,948
4090201	FUNDACION	LA ALTAGRACIA	Altagracia	80	2	124	30,072
PROVINCIA INDEPENDENCIA							
10060101	CRISTOBAL	BATEY 7	Batey 7	247	2	287	30,359
10060201	CRISTOBAL	BATEY 8	Batey 8	195	5	374	30,733
10060301	CRISTOBAL	BATEY 9	Batey 9	100	ND	132	30,865

NOTA: Los bateyes de Higüerito y Tamarindo fueron descartados debido a que por su gran crecimiento y cercanía al Batey Central han evolucionado y han pasado a ser barrios del Central. La CREP (1999) estima la población de Higüerito en 1538 familias y la de Tamarindo en 1500 familias.

CUADRO B.2 MUESTRA DE BATEYES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO, SEGÚN INGENIO, PROVINCIA, MUNICIPIO, SECCIÓN Y FUENTE DE LA INFORMACION

CODIGO	MUNICIPIO	SECCION	INGENIO BATEY	Zona Estrato	NO. UPM	Muestra Plan	Muestra Cobertura
			TOTAL	39	78	858	844
PROVINCIA DE PUERTO PLATA			**INGENIO AMISTAD**				
18040504	IMBERT	Saballo	La Grúa de Saballo	1	1	11	11
			ING. MONTELLANO				
18010404	PUERTO P	Montellano	Boca Nueva		2	11	11
18010407	PUERTO P	Montellano	Cangrejo	2	3	11	11
18010410	PUERTO P	Montellano	Pancho Mateo		4	11	11
18010410	PUERTO P	Montellano	Pancho Mateo	3	5	11	11
18010425	PUERTO P	Montellano	Ceveret		6	11	11
18010501	PUERTO P	Sabana Grande	Muñoz	4	7	11	11
					8	11	11
18010501	PUERTO P	Sabana Grande	Muñoz	5	9	11	11
18070599	SOSUA		Bella Vista (CREP)		10	11	11
18070215	SOSUA	Sabana de Cangrejos	La Unión	6	11	11	11
PROV. DE SAN PEDRO DE MACORIS			**INGENIO CONSUELO**				
23020511	LOS LLANOS	San Jerónimo	Realidad		12	11	11
PROV. DE HATO MAYOR							
30010109	HATO MAYOR	Don López	Doña Ana	7	13	11	11
30010118	HATO MAYOR	Don López	Las Pajas		14	11	11
30010408	HATO MAYOR	Mata Palacio	La Jagua	8	15	11	8
30010499	HATO MAYOR	Mata Palacio	Don Juan (CREP)		16	11	11
PROVINCIA DE EL SEYBO			**INGENIO SANTA FE**				
8010507	EL SEYBO	Mata De Palma	Paraíso	9	17	11	11
PRO DE SAN PEDRO DE MS.							
23010108	SPM	Boca Del Soco	Alemán		18	11	11
23040207	Ingenio Consuelo	Las Cayas	Vasca	10	19	11	8
			INGENIO QUISQUEYA				
23020207	LOS LLANOS	El Guayabal	Paloma		20	11	11
23020307	LOS LLANOS	Los Jíbaros	El Rancho	11	21	11	12
23020407	LOS LLANOS	Los Montones	Gallareta		22	11	10
			INGENIO PORVENIR				
23040292	RAMON SANT.	Jagual	Eureka	12	23	11	8
23030104	RAMON SANT.	Jagual	Jagual		24	11	11
23030113	ING. CONSUELO	Las Cayas	Experimental	13	25	11	11
23040217	ING. CONSUELO	Las Cayas	Alejandro Bass (CREP)		26	11	11
PROVINCIA DE MONTE PLATA			**HAINA ENRIQUILLO**				
24020118	CEVICO	Abadesa	Doña María (CREP)	14	27	11	10
29030207	SG DE BOYA	González	Gonzalo		28	11	11
29030301	SG DE BOYA	Juan Sánchez	Nuevo de Juan Sánchez	15	29	11	11
29030309	SG DE BOYA	Juan Sánchez	Aserradero		30	11	11
29030311	SG DE BOYA	Juan Sánchez	Cojobal	16	31	11	11
29030401	SG DE BOYA	Payabo	San Pedro		32	11	11
29030408	SG DE BOYA	Payabo	Los Guineos	17	33	11	10
29050206	DON JUAN	Sab. De Payabo	Los Llanos		34	11	12
DISTRITO NACIONAL			**HAINA, DUQUESA**				
1011004	DISTRITO NACIONAL	Los Alcarrizos	Palmarejo	18	35	11	11
					36	11	10

1011101	DISTRITO NACIONAL	Los Alcarrizos	Caballona	19	37	11	11
1011102	DISTRITO NACIONAL	Man0guayabo	Palave		38	11	10
1011105	DISTRITO NACIONAL	Manoguayabo	Bienvenido	20	39	11	11
1011311	DISTRITO NACIONAL	Pedregal	García		40	11	11
01011199	DISTRITO NACIONAL	Manoguayabo	Lechería (CREP)	21	41	11	11
CREP-CEA			La Estrella		42	11	13
CREP-CEA			La Estrella	22	43	11	11
PROVINCIA DE MONTE PLATA			**HAINA, GUANUMA**				
29010403	MONTE PLATA	La Jagua	5 Casas		44	11	11
29010504	MONTE PLATA	Río Boya	Bermejo	23	45	11	11
29040403	YAMASÁ	Los Jovillos	El Caño		46	11	11
29040800	YAMASÁ	Esperalvillo	Pantoa (CREP)	24	47	11	11
29010499	MONTE PLATA	La Jagua	Guanuma (CREP)		48	11	11
29010499	MONTE PLATA	La Jagua	Guanuma (CREP)	25	49	11	11
DISTRITO NACIONAL			**OZAMA**				
1010621	DISTRITO N.	Hato Viejo	Mamey		50	11	11
1010906/908	DISTRITO N.	La Victoria	Culata/ Mata Mamón	26	51	11	11
1011407	DISTRITO N.	Villa Mella	San Juan		52	11	11
CREP-CEA	DISTRITO N.	La Victoria	Naranjo	27	53	11	11
CREP-CEA	DISTRITO N.	La Victoria	La Ceiba		54	11	11
CREP-CEA	DISTRITO N.	La Victoria	La Ceiba	28	55	11	11
01011208	DISTRITO N.	La Victoria	Piragua (CREP)		56	11	11
PROVINCIA DE MONTE PLATA							
29010617	MONTE PLATA	San Francisco	San José	29	57	11	9
PROV. DE SAN PEDRO DE MACORIS			**BOCA CHICA**				
23020112	LOS LLANOS	Cayacoa	La Mula		58	11	11
23020117	LOS LLANOS	Cayacoa	Gautier	30	59	11	11
23020121	LOS LLANOS	Cayacoa	El Blanco		60	11	11
23020217	LOS LLANOS	El Guayabal	Victorina	31	61	11	10
01010613	**DISTRITO M.**	Hato Viejo	Estorgana (CREP)		62	11	11
CREP-CEA	DISTRITO M.	Hato Viejo	Hato Viejo III	32	63	11	11
01010616	DISTRITO M.	Hato Viejo	Hato Viejo II (CREP)		64	11	11
PROVINCIA DE BAHORUCO			**BARAHONA**				
3010302	NEYBA	El Palmar	Batey 3	33	65	11	10
3010303	NEYBA	El Palmar	Batey 2		66	11	11
3010304	NEYBA	El Palmar	Isabela	34	67	11	11
					68	11	11
3010304	NEYBA	El Palmar	Isabela	35	69	11	11
3010306	NEYBA	El Palmar	Batey 5		70	11	11
3050103	UVILLA	El Jobo	Santa María	36	71	11	11
3050109	UVILLA	El Jobo	Batey 6		72	11	11
3050109	UVILLA	El Jobo	Batey 6	37	73	11	11
3050110	UVILLA	El Jobo	Batey 1		74	11	11
4070102	VICENTE NOBLE	Canoa	Bombita	38	75	11	11
4080301	PEÑON	Palo Alto	Palo Alto		76	11	11
PROVINCIA INDEPENDENCIA							
10060101	CRISTOBAL	Batey 7	Batey 7	39	77	11	11
10060201	CRISTOBAL	Batey 8	Batey 8		78	11	11

FUENTE: Antonio Morillo Pérez, Focalización de la Pobreza. ONAPLAN, 1997; y V. Pineda y H. Ramos. CREP, Auditoría Social de los Bateyes del CEA, 1999. La base de datos de ONAPLAN proviene del Censo Nacional de 1993.