

**República Dominicana**

**Encuesta  
Demográfica  
y de Salud  
2013**

**Informe Preliminar**

**Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM)**

**Ministerio de Salud Pública (MSP)**

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

**Fondo Mundial de la Lucha Contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria**

**Consejo Nacional para el VIH y SIDA (CONAVIHSIDA)**

**Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (MSP-PNCT)**

**Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (PEPFAR)**

**Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)**

**The DHS Program, ICF International**

Este informe resume los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud (**ENDESA**) **2013**. Esta encuesta fue realizada por el Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) en Coordinación con el Ministerio de Salud Pública (MSP). El Laboratorio Nacional de Salud Pública Dr. Defilló hizo el análisis de las pruebas de VIH. La financiación de los costos locales de la **ENDESA 2013** estuvo a cargo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)-República Dominicana, el Ministerio de Salud Pública (MSP); el Fondo Global de la Lucha Contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria a través del Consejo Nacional para el VIH y SIDA (CONAVIHSIDA) y del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (MSP-PNCT); y con los fondos del Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (PEPFAR)/Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). IFC International Inc. proporcionó asistencia técnica, suministros y equipos para la encuesta a través del programa de Encuestas de Demografía y Salud (Programa DHS). El programa DHS proporciona asistencia a instituciones gubernamentales y privadas en la implementación de encuestas nacionales en países en vías de desarrollo con financiamiento proveniente de USAID.

Información adicional sobre la encuesta puede obtenerse de CESDEM, Calle El Vergel, No. 53, Ensanche El Vergel, Apartado Postal 4279, Santo Domingo, República Dominicana. (Teléfonos: 809-381-0181; 809-472-0653, 809 547-3161; Correo electrónico: cesdem@claro.net.do).

Información sobre el programa Demographic and Health Surveys (DHS) puede obtenerse de ICF International, 530 Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850, U.S.A. (Teléfono: 1-301-407-6500; Fax 1-301-407-6501; Correo electrónico: reports@dhsprogram.com).



# ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD REPÚBLICA DOMINICANA 2013

## Informe Preliminar

Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM)  
Santo Domingo, República Dominicana

Encuestas de Demografía y Salud (Programa DHS)  
ICF International  
Rockville, Maryland, U.S.A.

Marzo 2014



**USAID**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA



Invirtiendo en nuestro futuro  
**El Fondo Mundial**  
De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria





# CONTENIDO

---

<b>LISTA DE CUADROS .....</b>	<b>v</b>
<b>PRESENTACIÓN.....</b>	<b>vii</b>
<b>INDICADORES BÁSICOS.....</b>	<b>ix</b>
<b>1 INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1 DISEÑO DE LA MUESTRA.....	1
1.1.1 Objetivos del diseño de la muestra .....	1
1.1.2 Diseño de la muestra .....	1
1.2 CUESTIONARIOS .....	2
1.3 ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL DE CAMPO .....	3
1.4 TRABAJO DE CAMPO.....	3
1.5 ENTRADA DE DATOS, CRÍTICA Y TABULACIONES .....	4
1.6 COBERTURA DE LA MUESTRA .....	6
<b>2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ENTREVISTADA .....</b>	<b>7</b>
<b>3 FECUNDIDAD.....</b>	<b>11</b>
3.1 NIVELES DE LA FECUNDIDAD .....	11
3.2 PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD .....	12
<b>4 PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....</b>	<b>15</b>
4.1 USO DE MÉTODOS.....	15
4.2 DIFERENCIALES EN LOS NIVELES DE USO ACTUAL .....	15
<b>5 SALUD MATERNO-INFANTIL.....</b>	<b>19</b>
5.1 ATENCIÓN PRENATAL Y DEL PARTO .....	19
5.1.1 Monitoreo del embarazo .....	19
5.1.2 Toxoide tetánico .....	19
5.1.3 Atención y lugar del parto.....	20
5.2 FIEBRE Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS .....	20
5.3 TRATAMIENTO DE LA DIARREA .....	21
5.4 INICIACIÓN DE LA LACTANCIA .....	22
5.5 NUTRICIÓN DE LOS NIÑOS .....	24
5.6 VACUNACIÓN .....	26
<b>6 MORTALIDAD INFANTIL .....</b>	<b>29</b>
<b>7 CONOCIMIENTO Y COMPORTAMIENTO EN RELACIÓN RESPECTO AL VIH/SIDA....</b>	<b>31</b>
7.1 CONOCIMIENTO DEL VIH / SIDA Y FORMAS DE CONTAGIO.....	31
7.2 CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO Y EL USO DEL CONDÓN .....	33
<b>8 OTROS PROBLEMAS DE SALUD .....</b>	<b>37</b>
8.1 PREVALENCIA DE TOS Y CATARRO POR MÁS DE 15 DÍAS .....	37
8.2 TIPOS DE EXÁMENES REALIZADOS A LAS PERSONAS CON TOS Y CATARRO....	38
8.3 RAZONES PARA NO ATENDERSE LA TOS Y CATARRO POR MÁS DE 15 DÍAS.....	39



## LISTA DE CUADROS

---

Cuadro 1.1	Implementación de la muestra: hogares, mujeres y hombres .....	6
Cuadro 2.1	Características de las personas entrevistadas.....	8
Cuadro 3.1	Fecundidad actual.....	11
Cuadro 3.2	Preferencias de fecundidad por número de hijos sobrevivientes.....	13
Cuadro 4.1	Uso actual de anticonceptivos .....	17
Cuadro 5.1	Indicadores de cuidados maternos.....	20
Cuadro 5.2	Tratamientos de infección respiratoria aguda, fiebre y diarrea.....	22
Cuadro 5.3	Situación de la lactancia por edad .....	24
Cuadro 5.4	Estado nutricional de los niños.....	25
Cuadro 5.5	Vacunaciones por características generales.....	27
Cuadro 6.1	Tasas de mortalidad infantil y en la niñez .....	30
Cuadro 7.1	Conocimiento de VIH/SIDA .....	31
Cuadro 7.2	Conocimiento de VIH/SIDA y métodos de prevención .....	32
Cuadro 7.3	Múltiples parejas sexuales en los últimos 12 meses: Mujeres.....	33
Cuadro 7.4	Múltiples parejas sexuales en los últimos 12 meses: Hombres .....	35
Cuadro 8.1	Prevalencia de tos y catarro por más de 15 días y atención en centros de salud .....	38
Cuadro 8.2	Tipos de exámenes realizados a las personas con tos y catarro por más de 15 días .....	39
Cuadro 8.3	Razones para no atenderse la tos y catarro por más de 15 días .....	40



# PRESENTACIÓN

---

Las Encuestas Demográficas y de Salud (ENDESAs) realizadas en la República Dominicana se han constituido en la principal fuente de información del país en materia de salud de la población y, por consiguiente, en el principal instrumento para diseñar y evaluar políticas públicas en el sector.

Este informe tiene como propósito presentar los resultados preliminares de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA 2013) realizada en el país por el Centro de Estudios Sociales y Demográficos en coordinación con el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la asistencia técnica de MEASURE DHS, un Proyecto Mundial de Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) de ICF Internacional, Inc.

La ENDESA 2013 se realizó con el objetivo principal de proporcionar información estadística actualizada a nivel nacional y por regiones de salud sobre indicadores demográficos, de vivienda, fecundidad, salud en general y salud reproductiva, estado nutricional de los niños, mortalidad infantil y en la niñez, VIH/SIDA, violencia intrafamiliar, morbilidad, utilización de servicios y gastos en salud de la población dominicana. Otro de los objetivos de la ENDESA 2013 es proporcionar información comparativa con las anteriores ENDESAs realizadas en el país.

El presente informe contiene una descripción breve de algunos de los aspectos más importantes incluidos en la ENDESA 2013, principalmente aquellos relacionados con los resultados de las entrevistas realizadas a las mujeres en edad reproductiva y hombres de 15-59 años.

Los fondos para la encuesta fueron aportados por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)-República Dominicana; el Ministerio de Salud Pública (MSP); El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria a través del Consejo Nacional para el VIH y el SIDA (CONAVIHSIDA) y el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (MSP-PNCT); y con los fondos del Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (PEPFAR)/Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

El CESDEM hace público su agradecimiento a las mujeres y hombres encuestadas(os), por su importante colaboración durante el desarrollo de las entrevistas; también expresa su gratitud a las instituciones involucradas por su apoyo para la ejecución de la investigación. Asimismo, reconoce el gran trabajo realizado por el personal de la encuesta que ha sido fundamental para obtener los datos de calidad que forman parte de este informe.

***Maritza Molina Achécar***

Directora Ejecutiva

CESDEM



<b>INDICADORES BÁSICOS</b>	<b>2007</b>	<b>2013</b>
<b>Nupcialidad y Fecundidad</b>		
Tasa global de fecundidad para la población total <sup>1</sup>	2.4	2.5
Zona urbana	2.3	2.4
Zona rural	2.8	2.6
<b>Mortalidad Infantil</b>		
Tasa de mortalidad infantil <sup>2</sup>	32	27
<b>Planificación Familiar entre las Mujeres Actualmente Casadas/Unidas</b>		
Porcentaje de mujeres que actualmente usa un método	72.9	71.9
Zona urbana	72.4	71.4
Zona rural	74.0	73.2
<i>Métodos modernos</i>		
Píldora	13.4	16.6
Dispositivo intrauterino (DIU)	2.1	1.7
Inyecciones	4.2	5.7
Condón masculino	1.9	2.6
Esterilización femenina	47.4	40.9
Esterilización masculina	0.0	0.2
Otros modernos	1.1	0.2
<i>Métodos tradicionales</i>		
Ritmo	1.3	1.2
Retiro	1.5	1.8
Folclóricos	0.1	0.2
<b>Atención Materna</b>		
Porcentaje de nacimientos cuyas madres recibieron:		
Atención de personal profesional durante el embarazo <sup>3</sup>	98.9	99.3
Parto en establecimiento de salud	97.5	98.5
Atención de personal profesional durante el parto <sup>4</sup>	97.8	98.6
<b>Lactancia</b>		
Porcentaje de niños de 0 a 3 meses con lactancia exclusiva	11.7	9.5
Porcentaje de niños de 0 a 5 meses con lactancia exclusiva	7.8	6.7
<b>Vacunación</b>		
Porcentaje de niños 12 a 23 meses de edad con tarjeta de salud	66.6	69.4
Porcentaje de niños 12 a 23 meses de edad que ha recibido: <sup>5</sup>		
BCG	93.9	92.6
DPT (las tres dosis)	72.6	73.9
Polio (las tres dosis)	64.8	63.6
Sarampión	72.7	66.9
Todas las vacunas <sup>6</sup>	48.8	43.6
<b>Prevalencia de Enfermedades en Menores de 5 Años</b>		
Porcentaje de niños con diarrea <sup>7</sup>	14.7	18.0
Niños con diarrea para quienes se buscó tratamiento	54.5	53.4
Niños con diarrea tratados con sobres de rehidratación oral (SRO)	40.5	48.0
Porcentaje de niños con fiebre	20.9	22.3

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

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

<sup>3</sup> Tomando como base los últimos nacimientos ocurridos durante los cinco años anteriores a la encuesta

<sup>4</sup> Tomando como base todos los nacimientos ocurridos durante los cinco años anteriores a la encuesta

<sup>5</sup> Información obtenida de la tarjeta de salud y de la información proporcionada por la madre

<sup>6</sup> Incluye BCG, tres dosis de polio—excluyendo polio al nacer—tres dosis de DPT o de Pentavalente, y vacuna antisarampionosa/triple viral

<sup>7</sup> Menores de cinco años cuyas madres declararon que aquéllos tuvieron diarrea durante las dos semanas anteriores a la encuesta



La Encuesta Demográfica y de Salud 2013 (ENDESA 2013) es la sexta encuesta llevada a cabo en República Dominicana dentro del Proyecto Mundial de Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y constituye la más completa investigación para obtener información actualizada y efectuar análisis del cambio, tendencias y determinantes de la fecundidad, mortalidad y la salud de la población dominicana.

Las variables investigadas están referidas a la salud general, materna e infantil, prevalencia anticonceptiva, fecundidad, mortalidad infantil, conocimiento, actitudes, prácticas y prevalencia del VIH-SIDA, violencia doméstica y morbilidad y gastos en salud. Asimismo, proporciona información sobre el estado nutricional e inmunización de la población menor de cinco años de edad, prácticas de lactancia, entre otros indicadores de salud y población a nivel nacional y regional.

Este informe presenta algunos de los resultados más importantes de la ENDESA 2013; dado su carácter preliminar las cifras que se presentan pueden estar sujetas a posibles modificaciones.

## 1.1 DISEÑO DE LA MUESTRA

### 1.1.1 Objetivos del diseño de la muestra

La ENDESA 2013 fue diseñada para obtener estimaciones confiables en una serie de indicadores relevantes para el país como un todo, por zona urbana y rural como dominios independientes, y para cada una de las nueve regiones de salud del país.

Los universos de estudio están constituidos por las mujeres de 15-49 años, sus hijos menores de 5 años, y por los hombres de 15-59 años.

### 1.1.2 Diseño de la muestra

El diseño muestral implementado por la ENDESA-2013 fue por conglomerado, probabilístico, estratificado y bi-etápico. Como marco muestral fue utilizado el conjunto de áreas de supervisión censal extraído del Censo de Población y Vivienda del 2010, elaborado por la Oficina Nacional de Estadística (ONE). Estas áreas constituyen las Unidades Primarias de Muestreo (UPMs).

Como primera etapa en el diseño las UPMs fueron estratificadas por provincia y zona de residencia. En esta etapa fueron seleccionadas 524 UPMs, con probabilidad proporcional a su tamaño (PPT). Estas áreas fueron sometidas a un proceso de actualización cartográfica, a los fines de tomar en cuenta posibles cambios al interior de las mismas. En la segunda etapa fueron seleccionados 25 hogares en cada una de las UPMs actualizadas, siguiendo un proceso aleatorio-sistemático.

Para la afijación muestral se tomó en consideración que cada región de salud contase con un número mínimo esperado de 800 entrevistas completas en mujeres, utilizando para ello un método de asignación entre igual tamaño y asignación proporcional. Como resultado se obtuvo un número mínimo de 1,150 hogares en 46 conglomerados (para la región IV) y un máximo de 2,000 hogares en 80 conglomerados para la región 0.

Cabe observar que para esta encuesta se utilizó la nueva regionalización de salud que contempla a la provincia de Azua en la región VI y no en la región I como en la ENDESA-2007. El resto de las regiones no sufrieron cambios.

## 1.2 CUESTIONARIOS

La ENDESA 2013 utilizó 4 cuestionarios para la recolección de la información: un cuestionario de hogar aplicado en 11,464 hogares; un cuestionario individual de mujeres aplicado a 9,372 mujeres de 15 a 49 años de edad en esos hogares, un cuestionario individual de hombres aplicado a 10,306 hombres de 15 a 59 años; y un cuestionario de morbilidad y gastos en salud, aplicado en la mitad de los hogares totales visitados.

En el **cuestionario del hogar** se investigaron los siguientes temas:

- Residentes habituales y visitantes del hogar
- Relación de parentesco, sexo y edad de cada miembro del hogar
- Supervivencia de los padres de los miembros menores de 16 años
- Peso y talla de los niños y adultos
- Datos de la vivienda y del hogar
- Características demográficas y educacionales de la población de 5 años y más

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

- Antecedentes de la mujer entrevistada
- Reproducción e historia de nacimientos
- Anticoncepción
- Embarazo y cuidados post natales
- Inmunización, salud y nutrición infantil
- Nupcialidad y Actividad sexual
- Preferencias de fecundidad
- Antecedentes del marido y trabajo de la mujer
- SIDA e infecciones de transmisión sexual: conocimiento y prevención
- Violencia doméstica
- Otros asuntos de salud: tuberculosis, fumar, dieta y ejercicio, y atención de salud preventiva

El **cuestionario individual de hombres** contiene las siguientes secciones:

- Antecedentes de los entrevistados
- Nupcialidad y actividad sexual
- SIDA e infecciones de transmisión sexual: conocimiento y prevención
- Otros asuntos de salud
- Actitudes hacia la mujer
- Otros asuntos de salud: tuberculosis, fumar, dieta y ejercicio, y atención de salud preventiva

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

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

### **1.3 ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL DE CAMPO**

El entrenamiento del personal de campo, se desarrolló en dos etapas. En la primera etapa se capacitó al personal supervisor y asistente de la encuesta durante tres semanas. En la capacitación se explicaba cada pregunta del cuestionario y se realizaban prácticas de entrevistas en el aula (que incluía la asignación de entrevistas en hogares vecinos al domicilio de los participantes y la corrección de las mismas en el aula). Al finalizar los entrenamientos se dedicaron cinco días adicionales a los supervisores y asistentes, para reforzar aspectos tanto conceptuales como referentes a sus funciones de revisión y corrección de los cuestionarios en el terreno, y adiestrar en la obtención de las medidas antropométricas. Como parte de este entrenamiento se realizó la primera prueba piloto de la encuesta en la comunidad La Cuaba, Provincia Santo Domingo, los días 5 y 6 de mayo del 2013.

El segundo taller de entrenamiento fue a candidatos(as) a entrevistadores y entrevistadoras. Se inició el 20 de mayo y terminó el 19 de junio, para garantizar el dominio total de los cuestionarios y proporcionar las capacitaciones complementarias requeridas para el óptimo desempeño del personal de campo. Contó con la participación de 108 candidatos, divididos en dos grupos de trabajo.

El taller consistió en la presentación y discusión de las diferentes secciones de los cuestionarios por los instructores, aclaraciones y consultas al manual, entrevistas de práctica entre los participantes, y discusión de la práctica. Durante el taller, se aplicaron exámenes para asegurar el progreso de las(os) candidatas(os).

Además, los(as) entrevistadores/as fueron llevados(as) a la vecindad del lugar de la capacitación para hacer encuestas a informantes reales. También se asignaron tareas para la casa incluyendo lecturas, y se les solicitaba que realizaran entrevistas en la noche a miembros de la familia, parientes y vecinos. Los últimos días de entrenamiento se dedicaron a entrenar a todo el personal de la encuesta en la toma de las muestras de sangre y en el manejo y empaquetado de las mismas, a cargo del personal de ICF International.

La parte final del entrenamiento consistió en una práctica en terreno, con todo el personal de campo, de manera que pudiesen asimilar todo lo relativo a las preguntas de los cuestionarios, flujo de información, comprensión por parte del entrevistado, dominio de la cartografía, entre otros aspectos relevantes.

Se formaron equipos de trabajo coordinados por candidatos a supervisores y los asistentes, previamente entrenados, quienes ayudaron en la guía del equipo y la evaluación de los candidatos. La prueba piloto se realizó los días 20 y 21 de junio en la localidad de El Cacique Provincia Monte Plata. Durante los dos días cada entrevistador(a) realizó 4 cuestionarios de hogar, 2 cuestionarios de gastos en salud y los individuales de las personas elegibles de los hogares visitados. Asimismo, se tomaron muestras de sangre y las medidas antropométricas de los niños y adultos elegibles.

Para ambos entrenamientos se adaptaron manuales preparados por el Programa DHS para esta ronda de encuestas, así como el utilizado en la ENDESA 2007. Se prepararon manuales diferenciados para entrevistadoras y entrevistadores sobre los cuestionarios de hogar, morbilidad y gastos en salud, y los cuestionarios individuales para las mujeres y los hombres. Otro manual incluyó instrucciones para la recolección, manejo y almacenamiento de las muestras de sangre. Adicionalmente, se preparó también un manual para supervisión y crítica y se diseñó un conjunto de formularios de control para la entrega y recepción de asignaciones de trabajo y para el monitoreo diario del rendimiento de las(los) encuestadoras/es.

### **1.4 TRABAJO DE CAMPO**

El trabajo de campo para la ENDESA 2013 inició el 12 de julio y finalizó el 26 de octubre. En su ejecución se conformaron 12 equipos, supervisados por dos jefas de campo y una coordinadora general. Cada

equipo contó con una supervisora, un asistente, un digitador y editor de campo, 4 entrevistadoras, 2 entrevistadores y un chofer.

El trabajo se inició en la provincia Santo Domingo y el Distrito Nacional, luego se continuó con la región Sur del país, especialmente por Azua, Peravia, seguidas por Pedernales, Barahona, Bahoruco, Independencia, San Juan y Elías Piña. Las últimas provincias donde se recolectaron los datos fueron las de la región Este. Durante las labores de campo los equipos recibieron las visitas de seguimiento del personal directivo de la encuesta y de ICF International Inc. Al término de los primeros días del trabajo de campo se realizó una reunión de retroalimentación con las supervisoras, asistentes y digitadores/criticadores para compartir las observaciones de monitoreo del equipo directivo e incorporar sugerencias. Todas las semanas se condujeron reuniones de seguimiento con las jefas de campo y cuando el caso lo ameritaba, con supervisores y digitadores/críticos.

## **1.5 ENTRADA DE DATOS, CRÍTICA Y TABULACIONES**

Para la ENDESA 2013 se implementó el sistema de procesamiento de datos usando la metodología CAFE (*Computer Assisted Field Editing*). El método CAFE se fundamenta en la digitación de los cuestionarios en el terreno inmediatamente después de terminar cada entrevista. La entrada de los cuestionarios en el campo tiene dos propósitos: 1) La edición inmediata de los cuestionarios antes de salir del área de trabajo con fines de detectar errores de recolección, como preguntas en blanco, casos sin información, errores de filtros y pases, entre otros; 2) la creación de una base de datos electrónica en línea y de este modo eliminar la captura de los datos en la oficina central.

*Internet File Streaming System*, IFSS, es el sistema de transferencia de datos que se utilizó para enviar los datos del terreno a la oficina Central. El mismo se utilizó también para enviar actualizaciones de las aplicaciones y de los datos desde la oficina central a los editores de campo, cuando fue necesario. En el sistema IFSS se necesita tener acceso a internet para poder transmitir información. Para este propósito, se le proveyó a cada editor de campo de un modem 3G/4G (GPRS—Servicio General de Paquete vía Radio) que le permitía conectarse al internet en la mayoría de las áreas seleccionadas en la muestra de esta encuesta. En las áreas donde no se podía conseguir conexión, el editor se trasladaba a la zona más cercana donde podía conseguir señal y hacer el envío de los datos o recibir actualizaciones.

IFSS envía los datos a un servidor central desde donde el supervisor de procesamiento puede descargar los datos a su computador de manera periódica (una vez al día, por ejemplo). El sistema también permite a los editores de campo realizar la transferencia en cualquier momento del día si es necesario. Esta opción es de gran utilidad, especialmente cuando se presentan errores en el programa de entrada y es necesario enviar una solución inmediata al terreno. El acceso directo y en línea a los datos del servidor central que tienen los encargados de procesamiento de datos permite identificar y enviar soluciones rápidas a través de este sistema de transferencia de datos.

La recolección de la información de esta encuesta se hizo utilizando 4 cuestionarios impresos en papel. Una vez terminada cada entrevista, los editores de campo procedían a editar y digitar los cuestionarios antes de salir del conglomerado. Una de las características más importante de la metodología CAFE es que todos los errores que los entrevistadores cometen durante la recolección de los datos son detectados aun estando en el área de trabajo, permitiéndole a los entrevistadores regresar a la vivienda y hacer las correcciones cuando el caso lo amerita.

El sistema de entrada de datos diseñado para los editores de campo utiliza el archivo electrónico de la selección de la muestra, el cual contiene todos los hogares seleccionados en cada unidad primaria de muestreo

(conglomerado). Este archivo permite cerrar cada conglomerado después que todos los cuestionarios del mismo han sido digitados.

La capacitación de los editores de campo se realizó una semana antes de iniciar el trabajo de campo usando los cuestionarios de la prueba piloto, del 1-7 de julio, 2013. ICF International entrenó a un supervisor de procesamiento y a 12 editores de campo en el proceso de edición y digitación de los cuestionarios. En cada equipo los editores tenían que revisar los cuestionarios de principio a fin a medida que cada pregunta era digitada. El sistema CAFE permitió la detección temprana de una gran cantidad de errores en el proceso de recolección de datos de las primeras 34 áreas visitadas; dichos errores sirvieron para retroalimentar/re-entrenar a los entrevistadores y supervisores de cada equipo.

El supervisor de procesamiento de datos fue entrenado en cómo manejar apropiadamente las diferentes operaciones de procesamiento utilizadas por el CAFE. Para esto, se desarrolló un sistema de menús para recibir diariamente los datos digitados en el campo por cada editor, y para ejecutar otras actividades relacionadas con procesamiento de datos como:

- generar los cuadros de control de calidad del trabajo de campo;
- generar reportes del progreso de la encuesta; y
- asegurar que el flujo de los conglomerados se ejecute de manera satisfactoria, para garantizar el cierre de los mismos.

Para validar la información digitada en el campo, se estableció un sistema de doble digitación de los cuestionarios en la oficina central. El equipo seleccionado para la doble entrada estaba conformado por 8 digitadores más un supervisor de procesamiento. Para este propósito se utilizaron 8 computadores conectados en red a la máquina del supervisor. ICF International entrenó al personal de oficina en todo lo referente a la doble digitación y edición final de los datos. El trabajo se inició el 12 de julio y se completó el 21 de diciembre del 2013, incluyendo el procesamiento de la encuesta en Bateyes.

## 1.6 COBERTURA DE LA MUESTRA

El cuadro 1.1 muestra los resultados de la implementación de la muestra para hogares y personas elegibles.

Se aprecia que de un total de 13,135 hogares seleccionados fueron encontrados 12,002, excluyendo de esta cifra a los hogares ausentes, las viviendas desocupadas, destruidas y no encontradas. Del total de hogares encontrados fueron entrevistados 11,464, para una tasa de respuesta del 96 por ciento.

En este conjunto de hogares entrevistados se localizaron 9,955 mujeres elegibles, siendo entrevistadas el 94 por ciento.

En el caso de los hombres se encontraron 11,912 elegibles, logrando entrevistar al 87 por ciento de los mismos.

Como se registró en encuestas anteriores, el principal motivo para la no respuesta individual es por ausencia al momento de la entrevista, especialmente en hombres.

Respecto a la cobertura lograda en la ENDESA 2007 se observa una ligera mejoría en los resultados de las entrevistas individuales, sobre todo en la población masculina.

Para las tres tasas comentadas no se aprecian diferencias importantes por zona de residencia.

**Cuadro 1.1 Implementación de la muestra: hogares, mujeres y hombres**

Número de hogares, número de entrevistas y tasas de respuesta, según zona de residencia, República Dominicana 2013

Resultado	Zona de residencia		
	Urbana	Rural	Total
<b>Hogares entrevistados:</b>			
Hogares seleccionados	9,131	4,004	13,135
Hogares ocupados	8,305	3,697	12,002
Hogares entrevistados	7,876	3,588	11,464
Tasa de respuesta	94.8	97.1	95.5
<b>Entrevista individual: Mujeres</b>			
Número de mujeres elegibles	7,231	2,724	9,955
Número de mujeres elegibles entrevistadas	6,794	2,578	9,372
Tasa de respuesta mujeres <sup>2</sup>	94.0	94.6	94.1
<b>Entrevista individual: Hombres</b>			
Número de hombres elegibles	8,024	3,888	11,912
Número de hombres elegibles entrevistados	6,901	3,405	10,306
Tasa de respuesta hombres <sup>2</sup>	86.0	87.6	86.5

<sup>1</sup> Hogares entrevistados/hogares ocupados.

<sup>2</sup> Entrevistas completas/Entrevistados elegibles.

## CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ENTREVISTADA **2**

---

Como se indicó en la Introducción de este informe, en la ENDESA 2013 se utilizaron cuatro instrumentos de recolección de datos: el cuestionario de hogar, aplicado en todas las viviendas de la muestra completa de la encuesta; el de morbilidad y gastos en salud, aplicado aproximadamente en la mitad de los hogares de la muestra, y los cuestionarios individuales de mujeres y de hombres, con los cuales se entrevistó a las mujeres de 15 a 49 años y los hombres de 15 a 59 años registradas(os) previamente en el cuestionario de hogar. Estos dos subgrupos de población constituyen dos de los tres segmentos étnicos—el tercero son los niños(as) menores de cinco años—a los cuales se refieren la mayoría de los aspectos presentados en este informe.

Los datos que figuran en el cuadro 2.1 corresponden a la población femenina y masculina de facto—es decir, los residentes y visitantes que durmieron en el hogar la noche anterior a la entrevista de hogar—y se obtuvieron mediante los respectivos cuestionarios individuales antes señalados. Los mismos se presentan según diversas características sociodemográficas y geográfico-administrativas: grupos de edad, estado conyugal, nivel de educación, religión, zona de residencia y región de salud, consideradas, en mayor o menor grado, de importancia para el análisis de los temas centrales del estudio. Cabe observar que si bien el límite superior de edad de los hombres entrevistados es de 59 años, mientras el de las mujeres es 49 años, a fin de facilitar la comparabilidad por sexo de las cifras relativas de población según las distintas categorías de las variables estudiadas, las distribuciones para los hombres se han calculado sólo para el conjunto de 15 a 49 años.

En el cuadro antes referido se muestra, como punto de referencia para el análisis, el número de casos ponderados y sin ponderar que corresponde a los diferentes grupos o estratos en que se divide cada variable o característica. Las cifras sin ponderar son el número de entrevistas efectivamente realizadas en cada grupo (región, por ejemplo) mientras que las ponderadas reflejan el ajuste requerido para llevar las cifras muestrales a la real participación de los grupos o estratos en el total de la población del país. En los demás cuadros que figuran en el informe se presentan—si es pertinente—sólo los totales y subtotales ponderados de población en los cuales se basan los porcentajes, promedios y otros índices calculados para las distintas variables y categorías examinadas.

En lo que concierne, primeramente, a las distribuciones porcentuales por edad, las cifras del Cuadro 2.1 no muestran diferencias significativas entre hombres y mujeres, como tampoco implican, en términos generales, cambios importantes respecto de los valores arrojados por encuestas previas, en particular las ENDESAs de 2002 y 2007. Este último comportamiento, es decir, la relativa estabilidad en períodos recientes de la estructura por edad en el intervalo considerado, es un resultado combinado de los cambios registrados en la fecundidad en las últimas décadas y las tendencias recientes —en los últimos quinquenios— de la mortalidad y la migración internacional por sexo y edad.

Tal como sucede con respecto a la composición por edad, las cifras para las distintas categorías del estado conyugal dadas por la ENDESA 2013 se asemejan bastante a las obtenidas seis años atrás, en ENDESA 2007, siendo el cambio más fuerte el correspondiente a la proporción de mujeres divorciadas o separadas, que pasó de 18 a 21 por ciento durante el período. Este incremento se enmarca dentro de la tendencia ascendente del indicador, observada a lo largo de las últimas décadas: según la ENDESA de 1991, por ejemplo, las mujeres separadas de hecho o divorciadas representaban sólo el 14 por ciento del total de mujeres de 15 a 49 años, mientras en la ENDESA de 2002 la cifra correspondiente era de 17 por ciento. En el caso de los hombres

la proporción de divorciados y separados es más baja y de evolución más lenta, alcanzando al 13 y 14 por ciento, respectivamente en las encuestas de 2007 y 2013.

**Cuadro 2.1 Características de las personas entrevistadas**

Distribución porcentual de las mujeres y hombres entrevistados según características generales, República Dominicana 2013

Características generales	Mujer			Hombre		
	Porcentaje ponderado	Número ponderado	Número sin ponderar	Porcentaje ponderado	Número ponderado	Número sin ponderar
<b>Edad</b>						
15-19	19.4	1,820	1,864	20.3	1,833	1,884
20-24	17.6	1,651	1,681	18.3	1,651	1,660
25-29	14.8	1,383	1,355	14.7	1,324	1,274
30-34	13.8	1,290	1,264	13.6	1,226	1,152
35-39	12.2	1,147	1,134	12.2	1,098	1,064
40-44	11.3	1,059	1,057	11.0	988	950
45-49	10.9	1,022	1,017	10.0	904	929
<b>Religión</b>						
Católica	48.4	4,536	4,570	40.9	3,687	3,790
Evangélica	20.4	1,912	1,819	19.6	1,770	1,522
Adventista	1.5	137	146	1.8	166	158
Ninguna	27.8	2,609	2,697	36.7	3,310	3,369
Otro	1.8	170	137	0.9	82	66
Sin información	0.1	7	3	0.1	9	8
<b>Estado conyugal</b>						
Nunca casada(o)/unida(o)	23.7	2,224	2,128	39.4	3,553	3,617
Casada(o)	14.1	1,319	1,182	11.1	997	817
Unida(o)	40.0	3,746	4,037	35.2	3,175	3,176
Divorciada(o)/separada(o)	21.0	1,967	1,910	14.1	1,272	1,276
Viuda(o)	1.2	116	115	0.3	26	27
<b>Zona de residencia</b>						
Urbana	75.8	7,107	6,794	72.3	6,526	6,001
Rural	24.2	2,265	2,578	27.7	2,498	2,912
<b>Región</b>						
0	39.0	3,657	1,449	37.1	3,351	1,207
I	8.3	779	1,044	8.3	752	927
II	16.3	1,532	1,145	15.4	1,391	1,011
III	6.0	565	958	6.6	599	976
IV	3.2	304	865	3.4	311	847
V	10.6	996	1,136	10.8	973	1,074
VI	4.7	440	918	5.1	460	926
VII	4.6	430	890	5.2	471	970
VIII	7.1	668	967	7.9	715	975
<b>Educación</b>						
Sin educación	2.4	224	313	4.0	360	444
Primaria 1-4	8.2	764	837	11.4	1,028	1,205
Primaria 5-8	22.5	2,104	2,206	28.3	2,549	2,662
Secundaria	41.6	3,901	3,817	40.8	3,685	3,501
Superior	25.4	2,378	2,199	15.5	1,400	1,101
Total 15-49	100.0	9,372	9,372	100.0	9,024	8,913
Hombres 50-59	na	na	na	na	1,282	1,393
Total 15-59	na	na	na	na	10,306	10,306

Nota: Las categorías de educación se refieren al nivel educativo más alto alcanzado, con por lo menos un año aprobado.  
na = no aplica.

Al comparar las diferencias por sexo en la distribución por estado conyugal, conviene tener presente que las edades más altas de entrada a la vida marital—ya sea en uniones legales o consensuales—de los hombres respecto a las mujeres, registradas regularmente en las distintas investigaciones, da lugar a una concentración de los primeros en el grupo de nunca casados o unidos (39 por ciento en 2013) que reduce sensiblemente las proporciones para las demás categorías.

En cuanto a la variable educación, una de las que más estrechamente se asocia a las tendencias y diferenciales en muchos de los aspectos investigados en las encuestas demográficas y de salud, tales como los concernientes a la reproducción, la salud materno-infantil y las actitudes y prácticas en relación con el VIH-SIDA, los datos de la ENDESA 2013 contenidos en el Cuadro 2.1 muestran que continúan los cambios favorables en el perfil de los hombres y mujeres investigados según niveles educativos, observados desde hace ya varias décadas. Entre 2007 y 2013, específicamente, las ENDESAs respectivas señalan que las mujeres cuyo nivel más alto de estudios era el Secundario (algún grado aprobado en este nivel) pasaron de 37 a 42 por ciento del total de 15-49 años, mientras las que habían aprobado algún grado universitario tuvieron un incremento aún mayor: de 18 a 25 por ciento. En los hombres de 15 a 49 años también se produjeron aumentos en las proporciones referidas dadas por las dos encuestas, desde 36 hasta 41 por ciento para aquellos con algún grado de secundaria, y desde 12 hasta 16 por ciento para los de nivel universitario. Por otro lado, las mujeres mantienen la ventaja sobre los hombres en términos de educación alcanzada, con 67 por ciento de las primeras con cursos aprobados de nivel secundario o universitario, frente al 56 por ciento de los segundos.

El Cuadro 2.1 presenta también datos sobre las distribuciones de los hombres y las mujeres que nos ocupan según la religión a que pertenecen, derivados de una pregunta al respecto incluida en el cuestionario individual para cada sexo de ENDESA 2013. Este aspecto no había sido considerado en las encuestas de esta serie realizadas en el país, a excepción de dos preguntas sobre el tema incorporadas en el cuestionario de hogar de ENDESA 2002 (los resultados derivados de dichas preguntas sólo estaban disponibles, al momento de elaborar este informe, para el total de población de 15 años y más de cada sexo). Las diferencias principales que se observan en el cuadro atañen a las personas que declaran no pertenecer a ninguna religión—cerca del 37 por ciento de los hombres contra un 28 por ciento de las mujeres—y a las que reportan ser de la religión católica—48 por ciento en la población femenina y 41 por ciento en la masculina. En cambio, la proporción de personas con religión evangélica es similar en ambos sexos: alrededor del 20 por ciento de la población de 15 a 49 años.

Por último, las distribuciones por áreas geográfico-administrativas del Cuadro 2.1 indican que sigue aumentando paulatinamente la concentración de los segmentos de población estudiados en las áreas urbanas y en la región 0 de salud. En la ENDESA 2013 el 76 por ciento de las mujeres y el 72 por ciento de los hombres en las edades de 15-49 años residían en zonas urbanas—contra 72 y 69 por ciento, respectivamente, en ENDESA 2007; asimismo, en ENDESA 2013 39 por ciento de las mujeres y 37 por ciento de los hombres de dicho tramo de edades eran residentes de la región 0, mientras en ENDESA 2007 las cifras, en el mismo orden, fueron 37 y 36 por ciento. En 2013 las regiones que ocuparon el segundo y tercer lugar en términos de concentración de la población fueron la II, con entre 15 y 16 por ciento de los hombres y mujeres entrevistados, y la V, con poco menos del 11 por ciento de la población de cada sexo.



La fecundidad es una de las variables demográficas más importantes para evaluar las tendencias y perspectivas de crecimiento de la población, tanto al nivel nacional como en las diferentes regiones y áreas del territorio. En la ENDESA 2013, al igual que en las realizadas previamente en el país, se recolectó información detallada sobre el comportamiento reproductivo de las mujeres de 15 a 49 años. Para cada entrevistada se dispone de datos sobre la historia de nacimientos: el número de hijos nacidos vivos, la fecha de nacimiento y el sexo de cada uno de los hijos, su condición de supervivencia al momento de la entrevista y la edad al morir de los fallecidos. Esta información permite obtener estimaciones de los niveles actuales y las tendencias de la fecundidad y la mortalidad infantil.

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

## 3.1 NIVELES DE LA FECUNDIDAD

Los distintos indicadores calculados en relación con el nivel de fecundidad más reciente están referidos al período de tres años (36 meses) inmediatamente anterior a la investigación. Dado que el trabajo de campo de la encuesta se desarrolló entre el 12 de julio y el 26 de octubre de 2013, el período considerado se extiende retrospectivamente hasta julio-octubre de 2010 y los resultados obtenidos estarían centrados a principios (primer cuatrimestre) del año 2012.

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

Otros indicadores calculados en el Cuadro 3.1 son la Tasa de Fecundidad General (TFG), la cual muestra el número de nacimientos que anualmente ocurren, en promedio, por cada mil mujeres de 15 a 44 años, y la Tasa Bruta de Natalidad (TBN), que indica el número de nacimientos que ocurren anualmente, en promedio, por cada mil personas en los hogares entrevistados.

Cuadro 3.1 Fecundidad actual

Tasas específicas de fecundidad para los tres años anteriores a la encuesta, tasa global de fecundidad (TGF), tasa de fecundidad general (TFG) y tasa bruta de natalidad (TBN), según lugar de residencia, República Dominicana 2013

Grupos de edad	Zona de residencia		Total
	Urbana	Rural	
15-19	84	107	90
20-24	150	156	151
25-29	114	149	122
30-34	82	74	80
35-39	44	29	40
40-44	12	7	11
45-49	0	2	1
TGF (15-49)	2.4	2.6	2.5
TFG	87	95	89
TBN	21.2	20.3	20.9

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

Los valores de la TGF por zona dados por la ENDESA 2013—2.5 hijos por mujer para el total del país, 2.4 hijos para la zona urbana y 2.6 para la zona rural—muestran sólo ligeras diferencias respecto de los obtenidos seis años atrás, en la ENDESA 2007 (2.4, 2.3 y 2.8, para el total del país y las áreas urbanas y rurales respectivamente); esto implica que en dicho lapso se frenó de nuevo la tendencia al descenso del indicador al nivel nacional, la cual se había retomado en el período 2002-2007 cuando pasó de 3.0 a 2.4, después de una fase de práctico estancamiento registrada desde 1991<sup>1</sup>.

Con relación a las tasas específicas de fecundidad por edad y zona del cuadro en comentario, si bien más afectadas por los errores muestrales que los indicadores globales, cabe decir que no son muy diferentes de las derivadas de ENDESA 2007, salvo en algunos casos (la mayor variación correspondió a la tasa del grupo 20-24 años en la zona rural, que pasó de 190 a 156 por mil entre las dos encuestas). En ambos estudios la tasa específica más alta, tanto en el total del país como en cada zona, fue la de las mujeres de 20 a 24 años, seguida por las de los grupos 25-29 y 15-19.

Los demás indicadores generales de la fecundidad contenidos en el Cuadro 3.1, la TFG y la TBN, tampoco se alejan mucho de los obtenidos en ENDESA 2007, y lo hacen en el mismo sentido o dirección que el observado respecto de la TGF, ya sea para el conjunto del país o para cada zona; es decir, en 2013 sus valores son un poco más altos que en 2007 para el total del país y para la zona urbana, y algo más bajos para la zona rural.

## **3.2 PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD**

En la ENDESA 2013—tal como en las encuestas previas de esta serie—se preguntó a las mujeres entrevistadas si deseaban tener más hijos(as) (o un hijo(a) en el que caso de que no tuviesen). Si la mujer estaba embarazada se preguntaba por el deseo de más hijos después del nacimiento del que esperaba. A todas aquellas mujeres que manifestaron desear (más) hijos, se les preguntó sobre cuánto tiempo les gustaría esperar para tener el próximo (o el primero)—en el caso de las embarazadas, cuánto tiempo después del nacimiento que esperaban.

Las informaciones así obtenidas permiten clasificar a las mujeres en dos grupos: las que desean espaciar y las que desean limitar los nacimientos. Cuando estas categorías se combinan con el uso de anticoncepción es factible realizar estimaciones sobre la necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar y la demanda total de servicios para distintos subgrupos poblacionales.

La distribución de las mujeres en unión según sus preferencias de fecundidad (el deseo o no de más hijos e hijas), resultante de la ENDESA 2013, se presenta en el Cuadro 3.2 por número de hijos(as) sobrevivientes. De acuerdo a estos datos el 62 por ciento de las mujeres casadas o unidas, o bien han limitado definitivamente la procreación, es decir se han esterilizado ellas o sus maridos (41 por ciento), o no desean más hijos (20 por ciento). En la ENDESA 2007 los porcentajes respectivos habían sido de 66 para la suma de los dos grupos de mujeres, 47 para las esterilizadas o con maridos esterilizados, y 18 para las que no deseaban más hijos; es decir que en los últimos seis años se produjo una reducción importante en la proporción de las que han puesto fin a la procreación (véase a este respecto el capítulo 4 siguiente, sobre planificación familiar), y un aumento moderado en la de aquellas que no desean más hijos o hijas.

Como puede observarse también en el cuadro 3.2, la proporción de mujeres casadas o unidas que han sido esterilizadas (o sus maridos), o que no desean más hijos(as), asciende a cerca del 89 por ciento en las que

---

<sup>1</sup> Debe señalarse que dicho estancamiento se registró exclusivamente en el nivel de fecundidad de la zona urbana, dado que la TGF de las áreas rurales disminuyó de manera continua desde 4.4 hijos en 1991 hasta 3.3 en 2002 y 2.8 en 2007.

tienen tres hijos vivos (incluyendo el embarazo actual), a alrededor del 92 por ciento para aquellas con cuatro o cinco hijos, y a 97 por ciento para las de 6 hijos o más.

Por otro lado, las mujeres que desean tener más hijos o hijas representan el 34 por ciento de las casadas o unidas (31 en ENDESA 2007); más de la mitad de las mismas, el 21 por ciento del total, desea tener el (los) otro(s) hijos después (prefieren esperar dos o más años para tener el próximo), mientras que el 13 por ciento del total quieren tener otro hijo pronto. Finalmente, algo más del 2 por ciento de las mujeres se declaró infértil y el 1 por ciento indecisa respecto al deseo o no de más hijos.

**Cuadro 3.2 Preferencias de fecundidad por número de hijos sobrevivientes**

Distribución porcentual de mujeres en unión por preferencias de fecundidad, según número de hijos sobrevivientes, República Dominicana 2013

Preferencia	Número de hijos sobrevivientes <sup>1</sup>							Total
	0	1	2	3	4	5	6+	
<b>No desea más hijos</b>								
No quiere más	2.3	12.8	29.0	21.5	20.0	22.4	32.0	20.4
Esterilizada <sup>2</sup>	0.0	5.4	34.5	67.1	71.5	70.0	65.1	41.1
<b>Desea más hijos</b>								
Desea tener otro pronto <sup>3</sup>	53.2	22.4	10.6	3.2	2.6	3.1	0.5	12.9
Desea tener otro después <sup>4</sup>	36.4	54.8	21.2	4.5	2.2	3.0	0.4	21.1
Desea otro, no sabe cuando	0.2	0.8	0.5	0.1	0.5	0.0	0.0	0.4
Indecisa	0.6	1.8	1.9	1.1	1.8	0.0	1.5	1.4
Se declara infecunda	7.3	2.0	2.1	2.3	1.2	1.0	0.5	2.3
Sin información	0.0	0.0	0.3	0.3	0.2	0.4	0.0	0.2
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
Número de mujeres	415	1,013	1,349	1,317	573	214	185	5,065

<sup>1</sup> Incluye el embarazo actual.

<sup>2</sup> Incluye esterilización masculina y femenina.

<sup>3</sup> Desea otro hijo antes de 2 años.

<sup>4</sup> Le gustaría esperar dos o más años.



**E**l adecuado conocimiento sobre los niveles de uso y los diversos métodos empleados por las parejas para planificar la familia permite a los administradores de los programas públicos y privados de planificación familiar, y a los responsables de las políticas de población y salud del país, evaluar la efectividad de los programas desarrollados en el pasado reciente e identificar los grupos menos favorecidos por las acciones de los proveedores de los servicios de orientación, comercialización o distribución.

En el Cuestionario de Mujer de ENDESA 2013 se incluyó una sección sobre el conocimiento y el uso actual de los métodos de planificación familiar. Primeramente se les leyó a las mujeres entrevistadas los nombres y una breve descripción de los distintos tipos de métodos existentes para la regulación o limitación del número de hijos(as), inquirendose si habían oído hablar de los mismos. A seguidas se preguntó a toda mujer no embarazada a la fecha de la entrevista, si ella o el esposo o compañero estaban usando algún método para postergar o evitar un embarazo.

## 4.1 USO DE MÉTODOS

La prevalencia del uso de anticonceptivos según edad, nivel de educación, número de hijos vivos y áreas de residencia de las mujeres casadas o unidas al momento de la encuesta se muestra en el Cuadro 4.1. La información se presenta para el conjunto de los métodos y desglosada por métodos específicos. En el total de mujeres en unión un 72 por ciento usaban algún método anticonceptivo a la fecha de ENDESA 2013, cifra levemente inferior al 73 por ciento registrado en ENDESA 2007. Esta disminución es el resultado de una baja, entre las dos encuestas, en el porcentaje de uso de los métodos modernos—desde 70 hasta 69 por ciento.

En cuanto a los niveles de uso de métodos específicos, la ENDESA 2013 revela una reducción relativamente fuerte en la proporción de usuarias de la esterilización femenina en los últimos seis años, desde 47 hasta 41 por ciento, la cual es compensada en gran parte por los aumentos durante el mismo lapso en el uso de la píldora anticonceptiva (de 13 a 17 por ciento), de la inyección (de 4 a 6 por ciento) y en menor medida del condón masculino (de 2 a 3 por ciento).

Procede señalar que la disminución en el porcentaje total de mujeres casadas o unidas esterilizadas entre 2007 y 2013 implica la ruptura de la tendencia de crecimiento moderado pero sostenido mostrada por este indicador durante las décadas anteriores, que llevó su valor desde 33 en la ENDESA de 1986 hasta el 47 obtenido en la ENDESA 2007. Sin embargo, ya desde 2002 se observaba una reducción en las prevalencias por edad de la esterilización en las mujeres más jóvenes (15-29 años). En lo que concierne al uso de la píldora es de resaltar, a su vez, que la proporción de usuarias había tenido un aumento significativo entre 1986 y 1996, desde 9 hasta 13 por ciento, pero en los años siguientes, hasta el 2007, había permanecido prácticamente estancada.

## 4.2 DIFERENCIALES EN LOS NIVELES DE USO ACTUAL

La información presentada en el Cuadro 4.1 permite analizar también en qué medida la prevalencia de la práctica anticonceptiva varía entre los distintos subgrupos o estratos de la población femenina dominicana, es decir, los diferenciales actuales en los niveles de uso, tanto en términos generales como por métodos específicos.

En primer lugar, puede observarse en el cuadro que el porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos asciende desde 55 por ciento en el grupo de mujeres casadas o unidas de 15-19 años hasta 81 por ciento en las de 35-39 años, para luego disminuir a 77 por ciento en los últimos dos grupos de edades. Aunque no se presentan en este informe los datos detallados correspondientes a ENDESA 2007, cabe mencionar que su comparación con los de ENDESA 2013 muestra incrementos moderados y fuertes en la proporción de usuarias entre las mujeres más jóvenes, en particular las de 15-19 años (en que el porcentaje pasó de 46 a 55 por ciento entre las dos encuestas) y las de 25-29 años (en que varió de 68 a 71 por ciento). En cambio, a partir de los 30 años de edad, las cifras de usuarias de métodos presentaron reducciones relativas pequeñas o moderadas en todos los grupos, que variaron desde un punto porcentual en el grupo de 45-49 años hasta 5 puntos porcentuales en las de 40-44.

En lo que respecta a la prevalencia según áreas de residencia, de modo similar a lo registrado en la encuesta anterior de esta serie, el porcentaje de mujeres que recurren a la anticoncepción es un poco más alto en la zona rural que en la urbana (73 contra 71 por ciento), diferencial que se debe exclusivamente al mayor uso de la esterilización femenina y la píldora en la primera zona. Por regiones de salud la proporción de usuarias varía entre 69 por ciento en las regiones IV y V y 76-77 por ciento en la III y la VIII.

Por otra parte, de acuerdo a los datos de las ENDESAs de 2007 y 2013, los diferenciales de uso de métodos según nivel de educación han tendido a desaparecer durante el período, al menos entre las categorías de Primaria 1-4 años, Primaria 5-8 y Secundaria, que presentaron en la última encuesta proporciones de usuarias entre 72 y 73 por ciento, como puede apreciarse en el Cuadro 4.1. Este acercamiento en los porcentajes se produjo en razón de una disminución registrada para las dos categorías de Primaria (desde 76 y 74 en 2007, en el orden antes indicado), y un incremento para las mujeres de Secundaria (desde 72 en 2007). Al igual que en 2007, la prevalencia de uso de anticonceptivos más baja en 2013 corresponde a las mujeres sin instrucción -66 por ciento-, seguida por la de aquellas con nivel Superior -cerca del 70 por ciento.

Otro resultado de interés en relación con el aspecto educacional es que mientras las mujeres en las categorías de educación más bajas recurren a la esterilización en mayor medida que las de educación Secundaria o Superior, en lo que concierne a las usuarias de la píldora anticonceptiva se verifica la situación inversa.

Finalmente, y también de manera consistente con lo observado en las encuestas previas, las cifras del Cuadro 4.1 muestran que el nivel de uso de métodos se incrementa con el número de hijos(as) vivos de las mujeres, si bien este comportamiento se verifica sólo en las usuarias de la esterilización femenina (que constituyen la gran mayoría de las usuarias con tres o más hijos vivos, en tanto no alcanzan a la tercera parte de las usuarias con 1-2 hijos y no tienen representación entre aquellas sin hijos sobrevivientes).





**E**n esta sección se evalúan las condiciones y características de los servicios prenatales y de atención al parto, como factores importantes de la calidad de la atención de salud materno-infantil y reductores de la morbi-mortalidad infantil y materna. También se presentan los resultados sobre la cobertura de las vacunas, la prevalencia y tratamiento de ciertas enfermedades, especialmente la diarrea e infecciones de las vías respiratorias, así como la situación nutricional de los niños. El objetivo básico es el de identificar los grupos más vulnerables y así contribuir en la planificación de los programas de salud materno-infantil.

## **5.1 ATENCIÓN PRENATAL Y DEL PARTO**

En el Cuadro 5.1 se presenta el porcentaje de mujeres que durante el embarazo del nacimiento más reciente recibieron los servicios de atención prenatal de un profesional de la salud y para las cuales el último nacido vivo fue protegido contra el tétanos, entre todas las mujeres que han tenido hijos nacidos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta. Para todos los nacidos vivos en los cinco años que precedieron la encuesta, se muestra también el porcentaje de partos que fueron atendidos por profesionales de la salud y los que ocurrieron en una institución de salud. Los resultados se presentan por edad y nivel educativo de la madre, zona y región de residencia.

### **5.1.1 Monitoreo del embarazo**

Al igual que para encuestas anteriores, casi la totalidad (99 por ciento) de los últimos embarazos en los cinco años anteriores a la encuesta fueron atendidos por personal profesional de la salud, es decir, médicos, ginecólogo/obstetras y enfermeras, sin diferencias importantes por edad de la mujer, zona o región de residencia. El porcentaje de embarazos con atención prenatal de un profesional es un poco más bajo entre las mujeres sin educación (95 por ciento) que entre otras mujeres.

### **5.1.2 Toxoide tetánico**

La aplicación de la vacuna antitetánica durante el embarazo es una de las principales medidas de preservación de la salud del infante, evitando que contraiga tétanos neonatal por contaminación durante el parto. Atendiendo a recomendaciones internacionales de UNICEF, este informe incluye un indicador para la cobertura de embarazos contra el tétanos que toma en cuenta la historia de vacunación contra el tétanos de la madre antes del embarazo actual. El Cuadro 5.1 muestra que nueve de cada diez embarazos del nacimiento más reciente en los últimos cinco años fueron protegidos contra el tétanos. El porcentaje de mujeres protegidas contra el tétanos neonatal en las de 35 años y más es sustancialmente menor que en las de menor edad (83 respecto a 89 por ciento). Por zona de residencia, el porcentaje no varía de manera importante. Por región de salud, el porcentaje de embarazos protegidos varía entre 85 en la región I y 94 en la región III. Por otra parte, la educación de la madre presenta una relación directa con la protección contra el tétanos—85 por ciento de los embarazos entre las mujeres sin educación frente al 91 por ciento entre las mujeres que alcanzaron educación Superior.

Cuadro 5.1 Indicadores de cuidados maternos

Porcentaje de mujeres que han tenido hijos vivos en los últimos 5 años anteriores a la encuesta que recibieron servicios específicos de salud materna durante el embarazo del nacimiento más reciente, y para todos los nacidos vivos en los últimos 5 años anteriores a la encuesta, porcentaje de nacimientos atendidos por un profesional de la salud y porcentaje que nacieron en un establecimiento de salud, según características generales, República Dominicana 2013

Características generales	Porcentaje que recibió atención prenatal de un profesional de la salud <sup>1</sup>	Porcentaje de madres para las cuales el último nacimiento fue protegido contra el tétanos neonatal <sup>2</sup>	Número de mujeres	Porcentaje de partos atendidos por profesionales de la salud <sup>1</sup>	Porcentaje de partos en establecimiento de salud	Número de nacimientos
<b>Edad de la madre al nacimiento</b>						
<20	99.7	88.2	622	98.9	98.5	833
20-34	99.1	90.2	2,057	98.4	98.4	2,507
35+	99.6	82.6	252	99.6	99.6	279
<b>Zona de residencia</b>						
Urbana	99.5	88.5	2,195	99.1	98.9	2,688
Rural	98.5	90.7	736	97.1	97.4	930
<b>Región</b>						
0	99.1	87.0	1,193	99.2	99.2	1,464
I	99.4	84.8	221	98.9	99.2	270
II	99.7	93.4	420	99.7	98.7	499
III	99.8	93.6	182	98.9	98.6	215
IV	99.3	90.1	126	95.8	95.5	167
V	99.8	91.0	325	97.6	98.6	420
VI	98.1	85.2	150	97.8	97.2	192
VII	98.6	90.2	126	95.6	94.7	168
VIII	99.2	92.2	187	99.1	99.1	224
<b>Educación de la madre</b>						
Sin educación	95.1	85.1	66	90.8	89.4	98
Primaria 1-4	99.3	87.0	223	96.5	95.7	291
Primaria 5-8	98.9	86.7	705	99.0	98.6	927
Secundaria	99.8	89.7	1,202	99.5	99.4	1,454
Superior	99.1	91.4	734	98.4	99.0	849
Total	99.3	89.1	2,931	98.6	98.5	3,618

<sup>1</sup> Profesional de la salud incluye médico general, ginecólogo/obstetra, de otra especialidad o no sabe la especialidad y enfermera.

<sup>2</sup> Incluye madres que recibieron dos inyecciones durante el embarazo del último nacido vivo, o dos o más inyecciones ( la última inyección recibida dentro de los tres años antes del último nacido vivo), o tres o más inyecciones (la última inyección recibida dentro de los cinco años antes del último nacido vivo), o cuatro y más inyecciones (la última inyección recibida dentro de los 10 años antes del último nacido vivo), o cinco o más inyecciones (la última recibida antes del último nacido vivo).

### 5.1.3 Atención y lugar del parto

El 99 por ciento de los partos fue asistido por un profesional de la salud, sin mayores diferencias por edad de la madre, zona y región de salud. Las mujeres sin educación recibieron atención profesional durante el parto con menos frecuencia que las mujeres con educación formal. El porcentaje de nacimientos en establecimientos de salud muestra tendencias parecidas.

## 5.2 FIEBRE Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS

Junto con la diarrea y la desnutrición, las infecciones respiratorias agudas (IRA), especialmente la neumonía, constituyen una de las principales causas de mortalidad en la infancia y la niñez en los países en desarrollo. Por este motivo se considera importante medir su prevalencia e indagar acerca de las medidas que las madres toman en presencia de esta enfermedad y por qué no acuden en ciertos casos a establecimientos de salud cuando el niño tiene IRA. Por ello, en ENDESA 2013 se preguntó a las entrevistadas por síntomas de infección respiratoria aguda del tracto inferior: si sus hijos habían tenido tos en las últimas dos semanas; y si

este es el caso, si durante el episodio de tos el niño tuvo también respiración rápida y agitada, o tuvo dificultad para respirar por congestión del pecho. Los resultados se presentan en el Cuadro 5.2.

Un 10 por ciento de los niños menores de cinco años mostraron señales de IRA en las dos semanas precedentes a la encuesta (datos no mostrados). De estos niños, en un 70 por ciento se buscó tratamiento. En general, se buscó tratamiento con un proveedor de salud para los niños de menor edad. Por ejemplo, para 8 de cada 10 niños de 6 a 11 meses padecieron de IRA. La búsqueda de tratamiento para IRA fue más común entre los niños varones, 74 por ciento para varones y 66 por ciento para hembras, mientras que aumenta de un 54 por ciento entre los niños de madres con educación primaria 1-4 a 81 por ciento de los niños de madres con educación Secundaria. Sin embargo, el porcentaje de niños para los que se buscó tratamiento entre los niños cuyas madres tienen una educación Superior es 64 por ciento. Se notan diferencias importantes por regiones de salud, presentándose los valores más bajos en la región II (53 por ciento), región V (59 por ciento) y la región I (60 por ciento).

La fiebre es un síntoma de IRA, malaria, dengue u otras infecciones. Uno de cada cinco niños menores de cinco años (22 por ciento) padeció de fiebre en las dos semanas precedentes a la encuesta, de los cuales se buscó tratamiento para 67 por ciento (Cuadro 5.2). Al igual que en la búsqueda de atención para los niños con síntomas de IRA, la búsqueda de tratamiento para la fiebre fue más frecuente entre los varones y entre los residentes en la zona rural.

### **5.3 TRATAMIENTO DE LA DIARREA**

Se ha podido constatar que la terapia de rehidratación oral, ya sea la solución casera con azúcar, agua y sal o los sobres de rehidratación, constituye un medio efectivo y barato de impedir la muerte de los niños por deshidratación. En el Cuadro 5.2 también se incluyen los resultados sobre la búsqueda de tratamiento para la diarrea. Se presentan igualmente los resultados sobre tratamiento de la diarrea con terapia de rehidratación oral en general y con sobres de rehidratación en particular. Los resultados se presentan por edad, sexo del niño, lugar de residencia y nivel de educación de las madres.

Entre los niños que padecieron de diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta (18 por ciento del total), un 53 por ciento fue llevado a un proveedor de servicios de salud, un 48 por ciento recibió sales de rehidratación (SRO) y el 53 por ciento se manejó con terapia de rehidratación, ya fuera administración de sales de rehidratación o suero casero (TRO). No hay grandes diferencias en tratamiento para la diarrea por sexo o zona de residencia del niño. Es interesante señalar que los niños de las madres con educación Primaria 1-4 son los que en mayor proporción fueron llevados a un proveedor de salud y recibieron tratamiento: SRO (60 por ciento) y TRO (64 por ciento).

Cuadro 5.2. Tratamientos de infección respiratoria aguda, fiebre y diarrea

Entre los niños menores de cinco años que estuvieron enfermos con síntomas de infección respiratoria aguda (IRA) o que estuvieron enfermos con fiebre en las dos semanas anteriores a la encuesta, porcentaje que buscó tratamiento en establecimiento o proveedor de salud y entre los niños menores de cinco años que estuvieron enfermos con diarrea durante las dos semanas anteriores a la encuesta, porcentaje que buscó tratamiento en establecimiento o proveedor de salud, porcentaje que recibió paquetes de sales de rehidratación oral (SRO) y porcentaje que recibió terapia de rehidratación oral (TRO) por características generales, República Dominicana 2013

Características generales	Niños con síntomas de IRA		Niños con fiebre		Niños con diarrea			Número de niños con diarrea
	Porcentaje que buscó tratamiento en establecimiento de salud/ profesional de la salud <sup>1</sup>	Número con IRA	Porcentaje que buscó tratamiento en establecimiento de salud/ profesional de la salud	Número con fiebre	Porcentaje que buscó tratamiento en establecimiento de salud/ profesional de la salud <sup>1</sup>	Porcentaje que recibió SRO <sup>2</sup>	Porcentaje que recibió TRO <sup>3</sup>	
<b>Edad en meses</b>								
<6	*	22	(66.5)	38	(51.8)	(14.6)	(23.3)	29
6-11	(84.6)	42	72.3	114	54.9	50.1	54.2	100
12-23	74.4	94	66.7	223	55.2	50.0	55.0	248
24-35	69.7	69	67.5	172	54.9	48.6	54.3	109
36-47	69.0	54	66.3	119	54.1	48.4	53.3	79
48-59	61.1	74	65.3	116	41.8	50.6	52.2	67
<b>Sexo</b>								
Mujer	66.4	188	64.7	398	50.5	49.5	53.9	323
Hombre	74.2	166	70.3	384	56.4	46.4	51.6	308
<b>Zona de residencia</b>								
Urbana	68.8	266	66.0	607	50.6	48.0	52.7	477
Rural	73.8	89	72.5	175	62.1	47.9	53.2	155
<b>Región</b>								
0	75.7	146	66.8	313	49.3	53.5	57.2	311
I	(59.6)	27	69.6	59	65.0	47.6	56.3	52
II	(53.3)	36	64.5	100	(54.6)	(42.6)	(44.6)	47
III	(70.4)	24	66.8	43	(50.9)	(34.9)	(35.5)	28
IV	76.5	22	76.6	43	59.7	50.6	60.1	38
V	(58.9)	41	60.1	102	48.7	21.9	29.3	54
VI	(80.0)	16	75.5	39	56.4	51.2	56.0	32
VII	(77.1)	17	80.4	30	67.6	57.3	60.3	25
VIII	(73.7)	25	68.0	53	58.9	46.1	53.0	45
<b>Educación de la madre</b>								
Sin educación	*	2	(63.7)	13	*	*	*	13
Primaria 1-4	(53.6)	34	67.9	68	67.6	60.4	64.1	60
Primaria 5-8	62.0	96	66.4	229	51.9	45.7	49.5	177
Secundaria	81.3	151	68.8	318	49.3	46.0	52.1	276
Superior	64.2	71	66.2	154	57.5	50.6	53.6	106
<b>Total</b>	<b>70.0</b>	<b>355</b>	<b>67.4</b>	<b>782</b>	<b>53.4</b>	<b>48.0</b>	<b>52.8</b>	<b>631</b>

Nota: Síntoma de IRA (tos acompañada de respiración corta y agitada y/o dificultad para respirar debido a congestión del pecho) es considerada como una proxi para la neumonía. Las estimaciones entre paréntesis están basadas en 25 a 49 casos sin ponderar. No se muestran las estimaciones basadas en menos de 25 casos sin ponderar.

<sup>1</sup> Se excluye farmacia, curandero/brujo, comadrona y en la casa.

<sup>2</sup> Incluye sales de rehidratación de sobre (SRO) y Pedialite.

<sup>3</sup> Incluye sales de rehidratación de sobre (SRO), Pedialite y solución casera recomendada.

## 5.4 INICIACIÓN DE LA LACTANCIA

Los patrones de alimentación del niño influyen en su estado nutricional, el que a su vez condiciona su potencial de desarrollo y crecimiento. En este sentido, la práctica de la lactancia materna provee a los infantes de nutrientes adecuados y les brinda inmunidad para un gran número de enfermedades comunes en la infancia. Sin embargo, el inicio temprano de la complementación alimentaria sin las medidas de higiene y esterilización adecuadas limita lo valioso de la lactancia materna al exponer al niño a sustancias contaminadas por el ambiente. UNICEF y OMS recomiendan que los niños reciban lactancia exclusiva (sin líquidos o sólidos complementarios) durante los primeros seis meses de vida y que se les dé alimentación complementaria (sólida o semisólida) a partir del séptimo mes. Se recomienda continuar la lactancia hasta los dos años. El uso de biberón no se recomienda a ninguna edad.

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

En la ENDESA 2013 se les preguntó a las madres sobre la práctica de la lactancia, su inicio, frecuencia y el uso de alimentación complementaria de los últimos hijos menores de dos años que viven con la madre. A partir de información sobre la situación de la lactancia en las 24 horas antes de la encuesta, en el Cuadro 5.3 se presenta la distribución porcentual de los niños sobrevivientes por meses transcurridos desde el nacimiento: si están lactando o no; y si están lactando, si lo hacen exclusivamente o si reciben sólo agua o complementación alimenticia. También se detalla, por edad del niño, la prevalencia de la alimentación con biberón.

La proporción de niños que estaban lactando al momento de la encuesta disminuye rápidamente con la edad: de 87 por ciento entre los niños menores de 2 meses al 52 por ciento entre los niños de 6 a 8 meses. Entre los niños de 12 a 23 meses, sólo el 25 por ciento está recibiendo lactancia materna. La lactancia exclusiva, recomendada durante los primeros seis meses de vida, sólo es recibida por el 7 por ciento, con 10 por ciento en los de 0 a 3 meses. Aún entre los niños menores de 2 meses, apenas un 12 por ciento lactan exclusivamente. A causa de esta tendencia, la alimentación complementaria se inicia a edades muy tempranas para la gran mayoría de los niños dominicanos. En los primeros dos meses, un 72 por ciento de los niños reciben leche diferente a la leche materna.

Contrario a la recomendación del UNICEF y la OMS, 8 de cada 10 niños del país son alimentados con biberón en cualquier edad hasta los 23 meses.

Cuadro 5.3 Situación de la lactancia por edad

Distribución porcentual de los últimos hijos menores de dos años que viven con la madre, por situación de la lactancia y porcentaje lactando actualmente; y porcentaje de todos los niños menores de dos años que usan biberón, de acuerdo a la edad en meses, República Dominicana 2013

Edad en meses	Distribución porcentual del último hijo menor de dos años que vive con la madre por situación de la lactancia						Porcentaje lactando actualmente	Número de últimos hijos menores de dos años	Porcentaje alimentados con biberón	Número total de menores de dos años	
	No está lactando	Lacta exclusivamente	Sólo agua	Líquidos (agua/jugos) <sup>1</sup>	Leche no materna	Complementos					Total
0-1	13.3	12.3	1.6	1.3	71.5	0.0	100.0	86.7	79	77.3	79
2-3	30.5	7.5	5.0	0.8	44.4	11.8	100.0	69.5	111	88.2	111
4-5	41.9	1.2	4.4	5.0	24.9	22.6	100.0	58.1	94	82.2	100
6-8	47.8	1.0	1.4	1.8	6.1	41.8	100.0	52.2	167	86.1	168
9-11	55.3	0.0	1.8	0.2	1.2	41.5	100.0	44.7	192	85.9	200
12-17	67.3	1.5	0.1	2.0	0.3	28.8	100.0	32.7	322	87.4	334
18-23	81.8	0.0	0.0	0.0	0.1	18.1	100.0	18.2	352	82.7	398
0-3	23.4	9.5	3.6	1.0	55.7	6.9	100.0	76.6	190	83.6	191
0-5	29.5	6.7	3.9	2.3	45.5	12.1	100.0	70.5	283	83.1	291
6-9	47.4	0.7	2.2	1.5	5.5	42.6	100.0	52.6	228	85.2	230
12-15	65.1	2.0	0.2	2.7	0.4	29.6	100.0	34.9	237	85.9	244
12-23	74.9	0.7	0.1	0.9	0.2	23.2	100.0	25.1	674	84.8	732
20-23	85.6	0.0	0.0	0.0	0.0	14.4	100.0	14.4	254	80.7	290

Nota: La situación de lactancia se refiere al período de 24 horas antes de la entrevista (el día o la noche anterior). Los niños clasificados como 'lactan y reciben sólo agua' no reciben otros alimentos ni líquidos. Las categorías "no está lactando, lactancia exclusiva, solo agua, líquidos, leche no materna, y complementos (sólidos o semi-sólidos) están jerarquizados y son mutuamente excluyentes y su porcentaje debe sumar 100 por ciento. Niños que reciben leche materna y líquidos pero no reciben leche no materna y no reciben complemento alimenticio están clasificados en la categoría "líquido (aguas/jugos)", aunque pueden estar recibiendo agua. Cualquier niño que reciba complemento alimenticio está clasificado en esta categoría solamente si están lactando también.

<sup>1</sup> Líquidos no lácteos incluye jugos, bebidas de jugos, caldos y otros líquidos.

## 5.5 NUTRICIÓN DE LOS NIÑOS

Dado que el estado nutricional de los niños y niñas está estrechamente asociado a su morbilidad y mortalidad, en la ENDESA 2013 se incluyó un módulo de antropometría, en el cual se obtuvo el peso y la talla de todos los niños menores de 5 años presentes en el hogar, siguiendo las normas internacionales de medición, para lo cual se utilizaron instrumentos de precisión (balanzas digitales SECA de UNICEF y tallímetros Shorr). A partir de la información sobre peso y talla se han calculado los siguientes índices:

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

El Cuadro 5.4 muestra los indicadores comunes de desnutrición en cuanto a los nuevos estándares. Cada índice se expresa en términos del número de desviaciones estándar (DE) de la media de los Estándares del Crecimiento de los Niños de la Organización Mundial de Salud (OMS), adaptados en el 2006, y son comparables a los indicadores de desnutrición en la ENDESA 2007.

**Cuadro 5.4 Estado nutricional de los niños**

Porcentaje de niños menores de cinco años clasificados como malnutridos según los tres índices antropométricos del estado de nutrición: talla para la edad, peso para la talla, y peso para la edad, por características generales, República Dominicana 2013

Características generales	Porcentaje con desnutrición crónica (Talla para la edad) <sup>1</sup>			Porcentaje con desnutrición aguda (Peso para la talla)				Porcentaje con desnutrición global (Peso para la edad)				Número de niños
	Porcentaje por debajo de -3 DE	Porcentaje por debajo de -2 DE <sup>2</sup>	Valor promedio normalizado (DE)	Porcentaje por debajo de -3 DE	Porcentaje por debajo de -2 DE <sup>2</sup>	Porcentaje por encima de +2 DE	Valor promedio normalizado (DE)	Porcentaje por debajo de -3 DE	Porcentaje por debajo de -2 DE <sup>2</sup>	Porcentaje por encima de +2 DE	Valor promedio normalizado (DE)	
<b>Edad en meses</b>												
<6	1.7	7.4	-0.2	3.1	6.8	11.8	0.3	1.3	3.9	3.3	0.0	289
6-8	2.9	7.3	-0.1	0.1	2.8	7.3	0.3	0.9	6.6	3.9	0.0	169
9-11	1.2	5.1	0.0	0.1	1.2	10.6	0.4	0.1	1.7	5.4	0.3	199
12-17	3.2	9.7	-0.4	0.5	2.0	10.8	0.4	0.4	3.3	7.2	0.1	336
18-23	2.6	10.0	-0.4	0.3	1.0	9.4	0.5	0.5	3.7	6.8	0.2	405
24-35	1.4	8.1	-0.4	0.2	0.7	8.4	0.4	0.1	2.4	5.9	0.1	690
36-47	2.3	6.4	-0.4	0.2	2.3	4.2	0.2	0.2	5.5	3.3	-0.1	764
48-59	1.5	3.8	-0.2	0.5	1.9	4.2	0.1	0.5	3.6	3.7	-0.1	767
<b>Sexo</b>												
Mujer	2.1	7.8	-0.3	0.7	2.1	7.3	0.3	0.4	3.6	4.4	0.0	1,843
Hombre	1.9	6.0	-0.3	0.3	1.9	7.3	0.2	0.4	4.1	5.1	0.0	1,776
<b>Zona de residencia</b>												
Urbana	1.8	7.1	-0.3	0.5	1.9	7.5	0.3	0.4	3.8	4.8	0.0	2,683
Rural	2.5	6.4	-0.3	0.6	2.5	6.6	0.3	0.6	3.8	4.6	0.0	936
<b>Región</b>												
0	2.2	6.7	-0.3	0.7	2.0	6.6	0.2	0.4	4.6	4.6	-0.0	1,396
I	2.4	7.2	-0.4	0.3	3.6	7.3	0.2	0.5	3.2	4.5	-0.0	278
II	0.5	3.8	-0.2	0.2	1.1	7.5	0.4	0.0	1.1	5.8	0.2	516
III	1.9	6.8	-0.2	0.0	1.2	8.3	0.4	0.0	2.6	5.7	0.2	225
IV	2.4	10.3	-0.5	1.5	4.1	5.5	0.0	0.2	5.6	2.2	-0.3	183
V	3.0	7.9	-0.3	0.5	1.7	8.1	0.3	1.0	4.4	4.8	0.0	438
VI	2.4	11.1	-0.5	1.0	2.3	6.7	0.2	1.0	5.3	3.2	-0.1	191
VII	2.0	7.1	-0.3	0.5	3.6	5.8	0.3	0.5	4.4	3.9	-0.0	160
VIII	1.4	6.9	-0.3	0.0	0.8	11.4	0.5	0.3	2.9	6.8	0.2	232
<b>Educación de la madre<sup>3</sup></b>												
Sin educación	2.6	10.0	-0.7	1.0	1.8	8.4	0.3	0.0	5.2	2.8	-0.1	79
Primaria 1-4	3.1	9.1	-0.5	0.6	1.8	4.4	0.3	0.5	3.3	2.0	-0.1	251
Primaria 5-8	3.7	10.2	-0.5	0.7	1.8	5.1	0.2	0.8	4.8	3.4	-0.1	783
Secundaria	1.4	5.8	-0.3	0.2	1.7	8.1	0.2	0.4	3.0	5.1	0.0	1,328
Superior	0.9	4.3	-0.0	0.8	2.3	9.2	0.4	0.1	2.8	7.1	0.3	798
<b>Situación de la madre</b>												
Madres entrevistadas	1.9	6.8	-0.3	0.6	1.9	7.4	0.3	0.5	3.2	4.9	0.0	3,134
Madres no entrevistadas, pero presentes en el hogar	5.2	9.1	-0.4	0.0	0.2	6.3	0.4	0.0	11.0	4.2	-0.0	111
Madres no entrevistadas y no presentes en el hogar <sup>4</sup>	2.2	7.7	-0.4	0.4	3.6	6.7	0.2	0.3	6.8	4.1	-0.1	374
<b>Total</b>	2.0	6.9	-0.3	0.5	2.0	7.3	-0.3	0.4	3.8	4.8	0.0	3,619

Nota: Las estimaciones se refieren a los niños que durmieron en el hogar la noche anterior. Cada índice se expresa en términos del número de desviaciones estándar (DE) de la media de los Estándares del Crecimiento de los Niños de la Organización Mundial de Salud (OMS), adaptados en el 2006. Los índices en este cuadro no son comparables con los anteriormente utilizados basados en la referencia de NCHS/CDC/OMS 1977 (utilizado en las ENDESAs de 2002 y anteriores). El cuadro está basado en niños con fechas de nacimientos válidas (mes y año) y medidas válidas de peso y talla. Los niños se clasifican como desnutridos si están 2 o más desviaciones estándar (DE) por debajo de la media de los Estándares del Crecimiento de los Niños. El total incluye 6 casos sin información sobre educación de la madre.

<sup>1</sup> La talla acostada se mide para los niños menores de dos años de edad y menos de 85 cm; La talla de pie se mide para todos los demás niños.

<sup>2</sup> Incluye niños que están 3 DE o más por debajo de la media de los Estándares del Crecimiento de los Niños de la OMS.

<sup>3</sup> Para mujeres que no fueron entrevistadas, se tomó la información del Cuestionario de Hogar. Excluye los niños cuyas madres no fueron listadas en el Cuestionario de Hogar.

<sup>4</sup> Incluye niños cuyas madres murieron.

La proporción de niños que están por debajo de menos dos desviaciones estándar con respecto a esta población de referencia se utiliza como indicador del nivel de desnutrición en la población en estudio (la proporción por debajo de tres desviaciones o más se consideran con desnutrición severa).

Como se observa en el Cuadro 5.4, el 7 por ciento de los niños padece de desnutrición crónica, un 2 por ciento presenta desnutrición aguda y el 4 por ciento desnutrición global. Respecto a la ENDESA-2007 estos valores representan una disminución de 3 puntos porcentuales en la desnutrición crónica y un ligero incremento (de 3 a 4) en la desnutrición global. Por otra parte, un 7 por ciento de niños están en sobrepeso.

## 5.6 VACUNACIÓN

Al igual que en las encuestas anteriores, en la ENDESA 2013 se indagó también sobre la historia de vacunación de los niños nacidos en los cinco años anteriores a la encuesta. A las entrevistadas que tuvieron hijos nacidos vivos en ese período se les pidió mostrar la tarjeta de salud de cada uno de ellos a fin de registrar las vacunas que el niño había recibido y las fechas en que habían sido administradas. Cuando la madre no tenía la tarjeta, o por algún motivo no la mostraba, la encuestadora sondeaba cuidadosamente para saber si el niño había recibido las principales vacunas. El hecho de que la información proviene de encuestas en hogares representativas de la población en vez de registros de personas o de eventos, exige extrema cautela al hacer comparaciones con otras estimaciones de la cobertura de vacunación.

Para poder evaluar la situación reciente de la cobertura de las vacunaciones se presenta la información para los niños de 12 a 23 meses. Se considera que a esa edad ya se deben haber recibido la mayoría de las vacunas recomendadas. En la República Dominicana durante el primer año de vida generalmente se aplican las vacunas BCG, Pentavalente, Polio y la triple viral. La Pentavalente inmuniza contra la Difteria, la Tos Ferina, el Tétanos, la Hepatitis B y la Hemofiloinfluenza tipo B, y la triple viral protege contra Sarampión, Rubéola, y Papera. Dado que algunos de los niños nacidos en los últimos 5 años no recibieron el esquema actual de vacunas, también se incluyen en la columna de Pentavalente los niños que recibieron la vacuna DPT, y se incluyen en la columna de triple viral los niños que recibieron la vacuna Antisarampionosa.

En el Cuadro 5.5 se presentan las coberturas estimadas de vacunación de los niños de 12-23 meses para cada una de las vacunas recomendadas: BCG; cada una de las tres dosis de DPT o Pentavalente; las tres dosis de polio; y Sarampión o triple viral, por características seleccionadas. Más de dos tercios de los niños poseía tarjeta de salud con información sobre las vacunas recibidas y para el resto se tomó la información de la madre.

La vacunación completa todavía es baja en la República Dominicana, un poco menos de la mitad (44 por ciento) de los niños de 12 a 23 meses han recibido todas las vacunas recomendadas. Por región de salud, la cobertura de vacunación completa es más alta en la región VIII (57 por ciento) y más baja en la región IV (29 por ciento). La vacunación completa aumenta con el nivel de educación de la madre desde 28 por ciento entre los niños de madres sin escolaridad al 49 por ciento entre los niños de madres con educación Superior.

El porcentaje de niños con vacunación completa descendió desde 49 por ciento en la ENDESA 2007. La cobertura de las vacunas Penta/DPT 3 y Polio 3 sigue siendo similar (74 por ciento y 64 por ciento, respectivamente). En cambio se observa disminución en la cobertura de las otras vacunas; la cobertura de la vacuna triple viral/Antisarampionosa descendió del 73 por ciento en 2007 al 67 por ciento en 2013.

Cuadro 5.5 Vacunaciones por características generales

Porcentaje de niños de 12-23 meses que recibieron vacunas específicas en cualquier momento antes de la encuesta (según la tarjeta de vacunación o reportada por la madre), y porcentaje con tarjeta de vacunación, según características generales, República Dominicana 2013

Características generales	BCG	DPT/Pentavalente			Polio			Anti sarampiónosa/ triple viral	Todas las vacunas <sup>1</sup>	Ninguna	Porcentaje con tarjeta de vacunación	Número de niños
		1	2	3	1	2	3					
<b>Sexo</b>												
Femenino	92.8	90.3	83.6	74.8	90.5	81.5	65.6	71.3	47.9	6.1	70.5	350
Masculino	92.5	87.3	84.0	74.0	91.5	79.1	61.8	62.9	39.7	5.3	68.5	382
<b>Zona de residencia</b>												
Urbana	92.8	88.4	82.8	72.2	91.0	79.2	63.3	66.6	40.9	5.6	69.6	535
Rural	92.2	89.7	86.5	80.2	91.1	83.2	64.5	67.7	50.9	5.9	69.1	197
<b>Región</b>												
0	94.1	88.9	83.2	71.9	92.6	81.8	64.5	63.3	42.3	4.7	70.3	320
I	92.1	84.6	79.9	64.5	79.2	62.5	55.6	60.4	33.0	7.2	66.0	52
II	92.0	87.3	85.4	82.9	90.3	85.2	65.5	77.6	51.5	7.2	72.5	80
III	92.3	89.2	84.4	77.5	91.6	77.6	61.0	70.4	48.7	7.7	66.5	51
IV	89.7	91.2	81.8	74.7	89.7	74.2	51.2	63.1	29.2	4.3	61.7	30
V	92.2	91.4	88.0	74.9	94.5	82.9	61.9	67.5	38.1	3.2	68.1	80
VI	87.8	87.8	80.7	76.4	88.0	79.9	69.0	69.2	48.1	9.2	68.4	39
VII	84.9	82.1	76.2	67.8	87.2	74.3	62.8	72.6	48.4	12.8	66.0	37
VIII	97.6	93.8	92.9	87.9	94.4	89.0	73.1	72.4	57.3	2.4	76.7	44
<b>Educación</b>												
Sin educación	(67.9)	(66.0)	(64.6)	(49.5)	(70.0)	(63.1)	(37.1)	(42.7)	(28.4)	(28.6)	(50.2)	17
Primaria 1-4	83.6	85.8	83.5	62.6	92.5	75.3	59.6	66.4	36.0	6.9	61.6	68
Primaria 5-8	88.0	81.9	74.8	66.9	83.5	71.2	56.3	62.0	44.9	10.5	65.0	185
Secundaria	97.1	90.6	86.2	78.3	93.6	83.6	69.2	70.6	42.2	2.7	73.8	295
Superior	96.1	96.5	91.7	83.1	96.4	88.3	66.1	68.7	49.3	2.7	71.8	168
Total	92.6	88.7	83.8	74.4	91.0	80.3	63.6	66.9	43.6	5.7	69.4	732

Nota: Las estimaciones entre paréntesis están basadas en 25 a 49 casos sin ponderar.

<sup>1</sup> BCG, sarampión/triple viral, tres dosis de DPT/Penta y tres dosis de la vacuna contra el polio excluyendo polio al nacer.



## MORTALIDAD INFANTIL

Según se indicó en el Capítulo 3, en la ENDESA 2013 se investigó acerca de todos los nacimientos tenidos por cada una de las mujeres entrevistadas, registrándose el sexo, fecha de nacimiento, edad al momento de la encuesta y condición de sobrevivencia de cada hijo nacido vivo. En el caso de los nacidos vivos que fallecieron se anotaba la edad a la que había ocurrido el deceso, con tres variantes:

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

Los datos recolectados en las historias de nacimientos permiten calcular, para períodos determinados, las siguientes probabilidades de morir:<sup>2</sup>

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

Al igual que las otras variables demográficas, la mortalidad está sujeta a errores de declaración durante las entrevistas. La confiabilidad de las estimaciones de la mortalidad infantil depende de los niveles de omisión de hijos que han fallecido al poco tiempo de nacer, especialmente cuando la defunción ha ocurrido bastante tiempo antes de la encuesta. Es importante, de igual manera, la calidad diferencial de la declaración de las fechas de nacimiento de hijos sobrevivientes e hijos muertos. Otro problema que puede ocurrir es la declaración errónea de la edad al morir o de la fecha de defunción del hijo. En encuestas en muchos países se ha observado una tendencia en las madres a redondear hacia “un año” (12 meses) como edad del hijo al morir, aún cuando el niño hubiera fallecido no exactamente a los 12 meses sino en meses próximos a esa edad. Este redondeo hace que en el mes 12 se produzca una gran concentración de defunciones. Cuando la magnitud del traslado de muertes ocurridas a los 10 u 11 meses de vida, hacia el año, es grande, se origina una subestimación de la mortalidad infantil y la sobreestimación de la mortalidad postinfantil. En el caso de la ENDESA 2013 no hay evidencias significativas de desplazamientos de edades al morir, de niños fallecidos antes del primer año, hacia los 12 meses o más, en las declaraciones referidas a los 5 años anteriores a la encuesta.

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

En el Cuadro 6.1 se presentan estimaciones de la mortalidad infantil y en la niñez para varios quinquenios anteriores a la ENDESA 2013, calculadas a partir de las historias de nacimientos y defunciones obtenidas en las entrevistas a mujeres en edad reproductiva. Especial atención merece la mortalidad durante el primer mes de vida (mortalidad neonatal), dado que, cuando disminuye la mortalidad, se espera que los riesgos tiendan a concentrarse en dicho período, por provenir los mismos fundamentalmente de factores congénitos. En cambio, las causas de las defunciones desde el segundo mes de vida hasta la edad exacta de un año son atribuibles a los condicionantes socioeconómicos imperantes en los hogares y en su entorno.

Como se observa en el Cuadro 6.1, el valor estimado de la mortalidad durante el primer año de vida para el quinquenio 2008-2013 (período de 0-4 años antes de la encuesta) fue de 27 defunciones por cada mil nacidos vivos, inferior al obtenido en la ENDESA 2007 para el quinquenio 2002-2007 (32 por mil). Para los períodos de 5-9 años y 10-14 años anteriores a la ENDESA 2013 las estimaciones del indicador fueron, respectivamente, de 34 y 36 por mil nacidos vivos.

**Cuadro 6.1. Tasas de mortalidad infantil y en la niñez**

Tasas de mortalidad neonatal, post-neonatal, infantil, post-infantil y en la niñez para períodos quinquenales antes de la encuesta, República Dominicana 2013

Años anteriores a la encuesta	Mortalidad		Mortalidad		En la niñez (5q <sub>0</sub> )
	Neonatal (MN)	Post-neonatal (MPN) <sup>1</sup>	infantil (1q <sub>0</sub> )	Post infantil (4q <sub>1</sub> )	
0-4	21	6	27	4	31
5-9	23	11	34	3	37
10-14	29	7	36	7	42

<sup>1</sup> Calculada como la diferencia entre la tasa de mortalidad infantil y la neonatal.

Cabe señalar en este punto que las estimaciones de la mortalidad infantil derivadas de encuestas deben ser consideradas con cierta cautela, dado que por su baja frecuencia relativa resultan más afectadas por los errores de muestreo, en comparación con la mayoría de los demás indicadores investigados a través de las mismas (por ejemplo, en la ENDESA 2007, con una muestra de mujeres de 15 a 49 años casi tres veces mayor que la de ENDESA 2013, el error relativo—relación entre el error estándar y el valor estimado—expresado como porcentaje, fue de 8.8 para la tasa de mortalidad infantil de los últimos cinco años, mientras el correspondiente a la tasa global de fecundidad del último trienio fue 1.9 y el de la proporción de mujeres esterilizadas 1.3).

Por otro lado, en consonancia con lo expresado más arriba sobre las tendencias generalmente observadas de la mortalidad neonatal y postneonatal, los datos del cuadro en comentario implican que sigue aumentando la concentración de la mortalidad del primer año en el primer mes de edad—21 por mil nacidos vivos contra 6 por mil para el intervalo de uno a 11 meses cumplidos, durante el quinquenio anterior a la ENDESA 2013—en relación con las estimaciones arrojadas por ENDESA 2007: 23 por mil para la mortalidad neonatal y 10 por mil para la postneonatal, en los cinco años precedentes. Finalmente, la mortalidad en la niñez—desde el nacimiento hasta los 5 años exactos de edad—dada por ENDESA 2013 es de 31 por mil para el período previo ya indicado, mientras que en la encuesta anterior había sido de 36 por mil.

## 7.1 CONOCIMIENTO DEL VIH / SIDA Y FORMAS DE CONTAGIO

Tal como se ha evidenciado en las encuestas anteriores en la República Dominicana el conocimiento del VIH/SIDA es prácticamente universal, el 99 por ciento de las mujeres y hombres encuestadas(os) conocen o han oído hablar de esta enfermedad. Los resultados del cuadro 7.1 muestran que no se observan diferencias por grupo de edad, estado conyugal, zona de residencia y regiones de salud. Sin embargo, el nivel de conocimiento es más bajo entre la población sin ningún nivel educación: el 95 por ciento de las mujeres y el 89 por ciento de los hombres habían oído hablar del VIH/SIDA.

Cuadro 7.1 Conocimiento de VIH/SIDA

Porcentaje de mujeres y hombres que han escuchado sobre SIDA, por características generales, República Dominicana 2013

Características generales	Mujer		Hombre	
	Ha escuchado sobre el VIH/SIDA	Número de mujeres	Ha escuchado sobre el VIH/SIDA	Número de hombres
<b>Edad</b>				
15-24	99.4	3,472	98.7	3,484
15-19	99.4	1,820	98.8	1,833
20-24	99.4	1,651	98.7	1,651
25-29	99.7	1,383	98.4	1,324
30-39	99.6	2,437	98.5	2,323
40-49	99.8	2,081	98.8	1,893
<b>Estado conyugal</b>				
Nunca casada(o)/unida(o)	99.5	2,224	98.6	3,553
Ha tenido relaciones sexuales	99.9	858	99.1	2,632
Nunca ha tenido relaciones	99.2	1,366	97.2	921
Casada(o)/unida(o)	99.5	5,065	98.6	4,172
Divorciada(o)/separada(o)/viuda(o)	99.8	2,083	99.0	1,299
<b>Zona de residencia</b>				
Urbana	99.6	7,107	98.7	6,526
Rural	99.4	2,265	98.6	2,498
<b>Región</b>				
0	99.7	3,657	97.9	3,351
I	99.9	779	98.3	752
II	99.4	1,532	99.5	1,391
III	99.7	565	99.5	599
IV	99.0	304	98.2	311
V	99.9	996	99.6	973
VI	98.8	440	98.4	460
VII	98.7	430	98.5	471
VIII	99.7	668	99.6	715
<b>Educación</b>				
Sin educación	94.9	224	89.1	360
Primaria 1-4	98.5	764	97.3	1,028
Primaria 5-8	99.2	2,104	98.8	2,549
Secundaria	100.0	3,901	99.5	3,685
Superior	100.0	2,378	99.7	1,400
Total 15-49	99.6	9,372	98.7	9,024
Hombres 50-59	na	na	99.2	1,282
Total 15-59	na	na	98.7	10,306

na: no aplicable.

A las mujeres y hombres que conocen o han oído hablar del VIH/SIDA se les preguntó sobre formas específicas que evitan que las personas puedan contagiarse. Los resultados del cuadro 7.2 muestran que el 91 por ciento de las mujeres respondió que la fidelidad mutua es la práctica más segura para evitar el contagio del VIH/SIDA, el 87 por ciento mencionó el uso del condón y el 80 por ciento contestó usando condones y teniendo una pareja fiel. En los hombres el uso del condón y teniendo una sola pareja fiel aparecen como las prácticas más seguras para evitar el contagio del VIH/SIDA ya que fueron mencionadas por el 87 por ciento de los entrevistados, el 79 por ciento indicó usando el condón y teniendo una pareja fiel. Los niveles más bajos de conocimiento de las prácticas mencionadas anteriormente se observaron entre las mujeres y hombres que no tienen ninguna educación.

**Cuadro 7.2 Conocimiento de VIH/SIDA y métodos de prevención**

Porcentaje de mujeres y hombres de 15-49 que en respuesta a preguntas sobre ciertos aspectos relacionados al VIH/SIDA dijeron que se puede reducir el riesgo de contraer el virus del SIDA: usando condones cada vez que tienen relaciones sexuales, teniendo una sola pareja fiel y absteniéndose de tener relaciones sexuales con otras parejas, según características generales, República Dominicana 2013

Características generales	Porcentaje de mujeres que dicen que el VIH se puede prevenir:				Número de mujeres	Porcentaje de hombres que dicen que el VIH se puede prevenir:			
	Usando condones <sup>1</sup>	Teniendo una sola pareja fiel y que ninguno de los dos tengo otras parejas sexuales <sup>2</sup>	Usando condones y teniendo una sola pareja fiel <sup>1,2</sup>			Usando condones <sup>1</sup>	Teniendo una sola pareja fiel y que ninguno de los dos tengo otras parejas sexuales <sup>2</sup>	Usando condones y teniendo una sola pareja fiel <sup>1,2</sup>	Número de hombres
<b>Edad</b>									
15-24	86.3	90.0	79.9	3,472	87.3	86.4	78.5	3,484	
15-19	85.4	89.3	78.9	1,820	87.4	85.1	78.0	1,833	
20-24	87.3	90.9	81.1	1,651	87.1	87.8	79.0	1,651	
25-29	89.3	90.6	82.2	1,383	86.0	84.0	75.7	1,324	
30-39	88.2	91.3	81.7	2,437	87.5	87.9	80.4	2,323	
40-49	84.3	91.3	78.3	2,081	86.6	90.1	80.9	1,893	
<b>Estado conyugal</b>									
Nunca									
casada(o)/unida(o)	85.5	90.7	80.0	2,224	86.7	85.5	77.4	3,553	
Ha tenido relaciones sexuales	90.1	92.8	86.1	858	87.8	86.3	77.8	2,632	
Nunca ha tenido relaciones	82.6	89.5	76.2	1,366	83.7	83.3	76.1	921	
Casada(o)/unida(o)	86.8	91.0	80.4	5,065	86.9	88.1	79.6	4,172	
Divorciada(o)/separada(o)/viuda(o)	88.1	90.2	80.4	2,083	88.2	89.2	81.9	1,299	
<b>Zona de residencia</b>									
Urbana	87.0	90.5	80.2	7,107	86.9	87.1	78.9	6,526	
Rural	86.1	91.5	80.9	2,265	87.4	87.6	79.5	2,498	
<b>Región</b>									
0	85.9	89.5	78.4	3,657	84.8	84.0	74.8	3,351	
I	84.0	91.6	79.0	779	87.2	89.4	81.1	752	
II	90.1	92.9	84.9	1,532	87.5	89.0	81.3	1,391	
III	87.8	93.6	83.3	565	91.3	91.1	84.2	599	
IV	86.3	88.4	78.7	304	87.4	87.4	79.3	311	
V	88.5	93.1	83.2	996	89.2	89.3	82.1	973	
VI	87.4	88.8	80.5	440	89.0	88.2	81.1	460	
VII	84.9	88.5	78.0	430	87.5	88.0	80.5	471	
VIII	84.8	89.4	77.2	668	88.2	89.3	81.6	715	
<b>Educación</b>									
Sin educación	69.1	80.7	63.7	224	75.4	73.5	65.6	360	
Primaria 1-4	82.5	87.3	75.4	764	86.8	86.2	78.8	1,028	
Primaria 5-8	87.4	90.2	80.7	2,104	87.6	88.3	80.1	2,549	
Secundaria	87.5	91.6	81.1	3,901	87.3	88.2	79.8	3,685	
Superior	88.0	91.9	81.9	2,378	88.3	86.8	78.9	1,400	
<b>Total 15-49</b>	<b>86.8</b>	<b>90.7</b>	<b>80.3</b>	<b>9,372</b>	<b>87.0</b>	<b>87.2</b>	<b>79.1</b>	<b>9,024</b>	
Hombres 50-59	na	na	na	na	86.4	90.3	81.4	1,282	
<b>Total 15-59</b>	<b>na</b>	<b>na</b>	<b>na</b>	<b>na</b>	<b>86.9</b>	<b>87.6</b>	<b>79.4</b>	<b>10,306</b>	

na = no aplicable.

<sup>1</sup> Usó de condones cada vez que tiene relaciones sexuales.

<sup>2</sup> Parejas que no tienen otras parejas.

## 7.2 CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO Y EL USO DEL CONDÓN

El 5 por ciento de todas las mujeres en edad fértil que fueron encuestadas manifestaron haber tenido dos o más parejas sexuales en los últimos 12 meses anteriores a la entrevista (cuadro 7.3), observándose un aumento significativo con respecto a la ENDESA 2007. En esa encuesta solamente el 3 por ciento reportó haber tenido sexo con dos o más parejas.

**Cuadro 7.3. Múltiples parejas sexuales en los últimos 12 meses: Mujeres**

Entre las mujeres de 15-49 años porcentaje que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses, y entre las que tuvieron relaciones con más de una pareja en los últimos 12 meses, porcentaje que reportó el uso del condón durante la última relación sexual, y promedio del número total de parejas durante toda su vida para mujeres que han tenido relaciones sexuales, por características seleccionadas, República Dominicana 2013

Características generales	Todas las mujeres		Entre las mujeres que han tenido 2+ parejas en los últimos 12 meses:		Entre las mujeres que han tenido relaciones sexuales <sup>1</sup> :	
	Porcentaje que tuvo 2+ parejas en los últimos 12 meses	Número	Porcentaje que reportó el uso del condón durante la última relación sexual de alto riesgo	Número de mujeres	Número promedio de parejas sexuales durante toda su vida	Número de mujeres
<b>Edad</b>						
15-24	7.0	3,472	39.7	244	2.4	2,224
15-19	6.3	1,820	40.3	115	2.2	838
20-24	7.8	1,651	39.3	129	2.5	1,386
25-29	6.6	1,383	59.0	91	3.6	1,305
30-39	3.0	2,437	17.2	73	2.9	2,393
40-49	1.4	2,081	(5.1)	30	2.8	2,041
<b>Estado conyugal</b>						
Nunca casada/unida	5.4	2,224	61.4	119	2.8	856
Casada/unida	2.5	5,065	9.8	128	2.5	5,046
Divorciada/separada/viuda	9.2	2,083	41.4	191	3.6	2,061
<b>Zona de residencia</b>						
Urbana	5.0	7,107	37.9	355	3.0	6,029
Rural	3.7	2,265	36.5	83	2.4	1,933
<b>Región</b>						
0	5.2	3,657	35.9	191	3.1	3,107
I	3.8	779	(28.7)	30	2.6	645
II	3.8	1,532	(47.1)	58	2.4	1,305
III	4.4	565	(37.8)	25	2.8	498
IV	3.0	304	(29.6)	9	2.7	263
V	6.4	996	46.1	64	3.3	841
VI	2.1	440	*	9	2.0	359
VII	3.3	430	(33.6)	14	2.6	366
VIII	5.6	668	29.2	37	3.0	579
<b>Educación</b>						
Sin educación	1.5	224	*	3	2.7	215
Primaria 1-4	3.4	764	(32.9)	26	3.1	742
Primaria 5-8	5.6	2,104	28.2	119	3.4	1,923
Secundaria	4.5	3,901	38.5	176	2.6	3,036
Superior	4.8	2,378	47.9	115	2.6	2,046
<b>Total</b>	<b>4.7</b>	<b>9,372</b>	<b>37.6</b>	<b>438</b>	<b>2.8</b>	<b>7,963</b>

Nota: Las estimaciones entre paréntesis están basadas en 25 a 49 casos sin ponderar. No se muestran las estimaciones basadas en menos de 25 casos sin ponderar.

<sup>1</sup> El promedio se calcula excluyendo las entrevistadas que dieron respuestas no numéricas.

Entre las mujeres que tuvieron dos o más parejas en los últimos 12 meses, el 38 por ciento usó el condón durante la última relación sexual ligeramente superior a lo alcanzado en el 2007 que fue 35 por ciento. El análisis del uso del condón entre las mujeres que tuvieron relaciones sexuales de alto riesgo revela que solamente el 17 por ciento de las mujeres 30-39 años y 5 por ciento de las de 40-49 años usaron condones. Asimismo, el 10 por ciento de las casadas o unidas usó el condón. Los mayores porcentajes de uso de condón corresponden a las mujeres que nunca se han casado o unido (61 por ciento), las viudas, divorciadas o

separadas (41 por ciento), las de 25-29 años (59 por ciento ) y las residentes en la regiones II y V (47 por ciento).

Entre todas las entrevistadas que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta, el promedio de parejas sexuales durante toda su vida fue de 2.8, ligeramente superior al reportado en el 2007 que fue 2.4. Las mujeres de 25 a 29 años de edad (3.6), entre las divorciadas, separadas y viudas (3.6), entre las residentes en la zona urbana (3.0), entre las residentes en la región VI (3.3) y región 0 (3.1) y aquellas con 1-4 años de educación primaria (3.1) y 5-8 años de educación primaria (3.4) son las que presentan mayores promedios de parejas sexuales.

Los datos del cuadro 7.4 sobre múltiples parejas sexuales de los hombres en los últimos 12 meses, uso del condón y promedio de parejas durante toda su vida, muestran que el 29 por ciento de los hombres de 15-49 años declaró que había tenido dos o más parejas sexuales en los 12 meses precedente a la encuesta, valor superior al reportado en el 2007 que fue 24 por ciento. Se observan algunas asociaciones importantes entre el número de parejas sexuales y la edad, situación conyugal y educación. Las relaciones sexuales con más de una pareja, en el período señalado, se manifiestan principalmente entre los hombres de 20-24 años (39 por ciento) y 25-29 años (35 por ciento), los divorciados, viudos o separados (44 por ciento), y aquellos con educación superior (33 por ciento).

El 46 por ciento de los hombres de 15-49 años que tuvo relaciones sexuales con dos o más parejas en los 12 meses precedente a la encuesta usó condones en la última relación sexual de alto riesgo aumentando un punto porcentual respecto al 2007 que fue 45 por ciento. Llama la atención que los hombres más expuestos son los casados o unidos pues solamente el 16 respondió que usó condones en la última relación sexual. Los hombres de 40-49 años, los sin educación y los residentes en las regiones IV y VI también muestran menor uso de condones.

En los hombres de 15-49 años el número promedio de parejas sexuales en toda su vida es 14.9, observándose un leve aumento respecto al año 2007 que fue 13.1. Por otro lado, el promedio de parejas sexuales en los hombres de 50-59 años es 25.2. El promedio de parejas sexuales es mayor en los hombres separados, divorciados y viudos (23.2), en los de región VII (17.6) y aquellos con 5-8 años de educación primaria (16.3).

Cuadro 7.4 Múltiples parejas sexuales en los últimos 12 meses: Hombres

Entre los hombres de 15-49 años porcentaje que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses, y entre los que tuvieron relaciones con más de una pareja en los últimos 12 meses, porcentaje que reportó el uso del condón durante la última relación sexual, y promedio del número total de parejas durante toda su vida para hombres que han tenido relaciones sexuales, por características seleccionadas, República Dominicana 2013

Características generales	Todos los hombres		Entre los hombres que han tenido 2+ parejas en los últimos 12 meses:		Entre los hombres que han tenido relaciones sexuales: <sup>1</sup>	
	Porcentaje que tuvo 2+ parejas en los últimos 12 meses	Número	Porcentaje que reportó el uso del condón durante la última relación sexual de alto riesgo	Número de hombres	Número promedio de parejas sexuales en toda su vida	Número de hombres
<b>Edad</b>						
15-24	28.3	3,484	57.0	985	9.1	2,572
15-19	18.9	1,833	67.4	347	7.2	1,068
20-24	38.7	1,651	51.4	638	10.4	1,504
25-29	34.9	1,324	43.0	462	15.8	1,254
30-39	29.4	2,323	38.5	683	17.6	2,198
40-49	24.4	1,893	35.1	461	19.2	1,800
<b>Estado conyugal</b>						
Nunca casado/unido	25.4	3,553	69.5	902	9.7	2,568
Casado/unido	26.9	4,172	16.4	1,122	15.6	4,014
Divorciado/separado/viudo	43.6	1,299	66.3	566	23.2	1,242
<b>Zona de residencia</b>						
Urbana	29.9	6,526	44.7	1,952	15.3	5,672
Rural	25.5	2,498	49.1	638	13.9	2,152
<b>Región</b>						
0	28.8	3,351	39.1	966	14.6	2,931
I	31.2	752	43.1	234	13.6	661
II	27.0	1,391	55.6	375	15.8	1,176
III	27.5	599	53.8	165	14.4	522
IV	27.3	311	35.1	85	10.3	268
V	30.5	973	55.0	297	17.4	850
VI	27.6	460	36.7	127	11.1	390
VII	27.4	471	52.3	129	17.6	408
VIII	29.6	715	48.4	212	15.2	617
<b>Educación</b>						
Sin educación	19.4	360	37.9	70	12.9	319
Primaria 1-4	24.6	1,028	39.1	253	13.6	929
Primaria 5-8	29.0	2,549	42.5	740	16.3	2,207
Secundaria	28.9	3,685	48.9	1,064	14.4	3,079
Superior	33.1	1,400	48.5	464	15.0	1,290
Total 15-49	28.7	9,024	45.8	2,590	14.9	7,824
Hombres 50-59	20.3	1,282	43.9	260	25.2	1,189
Total 15-59	27.7	10,306	45.6	2,850	16.2	9,012

<sup>1</sup> El promedio se calcula excluyendo los entrevistados que dieron respuestas no numéricas.



### 8.1 PREVALENCIA DE TOS Y CATARRO POR MÁS DE 15 DÍAS

**E**l cuadro 8.1 presenta la prevalencia de tos y catarro por más de 15 días, al momento de la encuesta, en los residentes habituales de los hogares. Como se puede apreciar, para el total del país se registra una prevalencia del 2 por ciento, sin diferencias por zona de residencia o sexo. Vale señalar que en la ENDESA 2007 también se investigó sobre la prevalencia de tos y catarro por más de 15 días en la población total del país, pero en relación a los últimos 3 meses y no en el momento de la entrevista como en esta encuesta, por lo que los resultados no son comparables.

Por regiones de salud los mayores niveles en la prevalencia ocurren en las regiones III y VI y los menores en la II y V. En el subgrupo poblacional de mayor edad (65 años y más) esta prevalencia se eleva a más del doble del nivel promedio.

El mismo cuadro muestra que del total de personas con tos y catarro por más de 15 días el 36 por ciento asistió a un centro de salud, con importante diferencia por zona (47 por ciento en la rural y 32 por ciento en la urbana). Los hombres acudieron más que las mujeres (39 y 34 por ciento respectivamente), asimismo los jóvenes de 0-14 años y envejecientes de 65 años y más acudieron con mayor frecuencia que los adultos de 15-64 años (43 por ciento en los dos primeros grupos y 31 por ciento en el último).

Por regiones de salud se destaca la alta asistencia en las regiones I y III, superando el 50 por ciento de los que presentaron la condición. En la región 0, en cambio, apenas la cuarta parte (25 por ciento) acudió.

Entre los que asistieron a un centro de salud para tratarse la tos y catarro casi la mitad lo hizo a hospitales (47 por ciento), seguido por las clínicas rurales (19 por ciento).

Cuadro 8.1 Prevalencia de tos y catarro por más de 15 días y atención en centros de salud

Porcentaje de la población total de jure que a la fecha de la encuesta tenía tos y catarro por más de 15 días, porcentaje de esta población que asistió a un establecimiento de salud para atenderse dicha condición, y distribución porcentual de ésta por tipo de establecimiento al que asistió, según características seleccionadas, República Dominicana 2013

Características generales	Porcentaje con tos y catarro por más de 15 días	Total de personas	Porcentaje que asistió a un centro de salud	Número de personas con tos y catarro por más de 15 días	Tipo de establecimiento						Total	Número de personas que asistieron
					Clínica rural	UNAP	Consultorio/ dispensario	Hospital	Sub-centro	Otro		
<b>Edad</b>												
0-14	1.5	5,929	43.4	89	(18.0)	(15.2)	(7.1)	(38.1)	(7.5)	(14.2)	(100.0)	39
15-64	1.4	12,565	30.8	173	19.0	11.5	8.5	52.5	6.0	2.6	100.0	53
65 y +	3.6	1,302	43.6	47	*	*	*	*	*	*	*	20
Sin información	*	4	*	0	*	*	*	*	*	*	*	0
Mujer	1.6	11,192	34.3	177	20.9	7.7	10.8	42.1	8.3	10.3	100.0	61
Hombre	1.5	8,608	39.1	132	16.3	14.6	9.6	53.0	3.7	2.7	100.0	52
<b>Zona de residencia</b>												
Urbana	1.6	14,517	32.4	225	17.9	9.6	13.2	49.7	7.1	2.6	100.0	73
Rural	1.6	5,283	46.8	84	20.5	13.3	4.6	42.4	4.5	14.7	100.0	39
<b>Región</b>												
0	1.7	7,409	25.3	122	*	*	*	*	*	*	*	31
I	1.5	1,628	(55.2)	24	*	*	*	*	*	*	*	13
II	1.2	3,163	(43.1)	38	*	*	*	*	*	*	*	16
III	2.3	1,242	(51.3)	29	*	*	*	*	*	*	*	15
IV	1.4	762	(36.1)	10	*	*	*	*	*	*	*	4
V	1.3	2,082	(45.0)	28	*	*	*	*	*	*	*	12
VI	2.0	1,077	(37.3)	22	*	*	*	*	*	*	*	8
VII	1.8	984	(37.9)	17	*	*	*	*	*	*	*	7
VIII	1.4	1,452	(33.3)	20	*	*	*	*	*	*	*	7
Total	1.6	19,800	36.3	309	18.8	10.9	10.2	47.1	6.2	6.8	100.0	112

Nota: Las estimaciones entre paréntesis están basadas en 25 a 49 casos sin ponderar. No se muestran las estimaciones basadas en menos de 25 casos sin ponderar.

## 8.2 TIPOS DE EXÁMENES REALIZADOS A LAS PERSONAS CON TOS Y CATARRO

Siguiendo con el análisis de la población que declaró tener, al momento de la encuesta, tos y catarro por más de 15 días y que acudieron a un establecimiento de salud para atenderse, el cuadro 8.2 presenta la distribución de estas personas por tipo de examen realizado, según zona de residencia y tipo de centro.

Como dato relevante se destaca que poco más de la mitad (54 por ciento) de los que acudieron para atenderse respondió que no se le hizo ningún tipo de examen, especialmente en la zona rural donde cerca de las tres cuartas partes (72 por ciento) declaró que no le realizaron ninguno, a diferencia de un 45 por ciento en la urbana.

Para la zona urbana el examen más frecuente fue la prueba de catarro o esputo/baciloscopia con cerca de una cuarta parte (22 por ciento), seguida por la prueba de sangre (17 por ciento). En la rural, el examen de mayor ocurrencia fue la radiografía con 10 por ciento entre los que acudieron a un centro de salud a atenderse la condición antes descrita.

**Cuadro 8.2 Tipos de exámenes realizados a las personas con tos y catarro por más de 15 días**

Distribución de la población de jure con tos y catarro por más de 15 días, y que asistió a un establecimiento de salud para atenderse, por tipo de examen que le realizaron, según zona de residencia y si el establecimiento era público o privado, República Dominicana 2013

Zona de residencia y tipo de centro	Tipo de examen realizado						Total	Número de personas
	Prueba de catarro o esputo/ baciloscopia	Prueba de sangre	Radiografía	Otros	Ninguna	Sin información		
<b>URBANA</b>								
<b>Tipo de centro</b>								
Público	24.3	16.7	9.8	7.0	42.2	0.0	100.0	55
Privado	*	*	*	*	*	*	*	16
<b>Total</b>	<b>22.4</b>	<b>17.1</b>	<b>10.4</b>	<b>5.3</b>	<b>44.8</b>	<b>0.0</b>	<b>100.0</b>	<b>73</b>
<b>RURAL</b>								
<b>Tipo de centro</b>								
Público	(8.7)	(5.5)	(0.0)	(5.4)	(78.9)	(1.6)	(100.0)	29
Privado	*	*	*	*	*	*	*	10
<b>Total</b>	<b>6.3</b>	<b>4.0</b>	<b>10.4</b>	<b>3.9</b>	<b>71.7</b>	<b>3.7</b>	<b>100.0</b>	<b>39</b>
<b>TOTAL</b>								
<b>Tipo de centro</b>								
Público	18.9	12.9	6.4	6.4	54.8	0.5	100.0	84
Privado	(11.7)	(11.2)	(24.5)	(0.0)	(52.7)	(0.0)	(100.0)	26
<b>Total</b>	<b>16.8</b>	<b>12.5</b>	<b>10.4</b>	<b>4.8</b>	<b>54.2</b>	<b>1.3</b>	<b>100.0</b>	<b>112</b>

Nota: Las estimaciones entre paréntesis están basadas en 25 a 49 casos sin ponderar. No se muestran las estimaciones basadas en menos de 25 casos sin ponderar. El total urbano incluye una persona que reportó ONG para tipo de centro y una que reportó mixto. El total rural incluye una persona sin información de tipo de centro. El total nacional incluye los tres casos mencionados anteriormente.

### 8.3 RAZONES PARA NO ATENDERSE LA TOS Y CATARRO POR MÁS DE 15 DÍAS

El cuadro 8.3 presenta la distribución de las personas con tos y catarro por más de 15 días, y que no había asistido a un centro de salud a atenderse, por razón principal de no asistencia. Se aprecia que cerca de las dos terceras partes (65 por ciento) respondieron que no les pareció necesario y un lejano 14 por ciento declaró que por falta de dinero. El resto mencionó otras diversas razones. Al analizar por características, los que no lo creen necesario son más entre la población joven (71 por ciento) respecto a la de mayor edad (48 por ciento), en la zona urbana respecto a la rural (70 y 47 por ciento, respectivamente) y en menor medida entre los hombres respecto a las mujeres (69 y 62 por ciento, respectivamente). Se destaca el hecho que en las regiones 0 y VI cerca de un 20 por ciento consideró la falta de dinero como la segunda razón más importante por la cual no fue a atenderse. Esta razón es también importante para el 28 por ciento de los envejecientes y ligeramente mayor entre los residentes en la zona rural respecto a la urbana y entre las mujeres respecto a los hombres.

Cuadro 8.3 Razones para no atenderse la tos y catarro por más de 15 días

Distribución de la población de jure con tos y catarro por más de 15 días, y que no había asistido a un centro de salud a atenderse, por razón principal de no asistencia, según características seleccionadas, República Dominicana 2013

Características seleccionadas	Razón por la que no ha ido a atenderse											Total	Número de personas	
	No lo cree necesario	No está seguro de donde debe ir	Falta de dinero	Lejanía de la institución de salud	No puede dejar de trabajar	Dificultad con el transporte	No confía en los médicos	No tiene un seguro médico	Miedo a enterarse que tiene algo malo	No le gustan las actitudes del personal de salud	Otra			Sin información
<b>Edad</b>														
0-14	(71.2)	(1.0)	(6.4)	(1.8)	(0.0)	(4.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(4.6)	(11.1)	(100.0)	47
15-64	65.8	0.0	13.3	0.5	4.2	0.8	1.7	1.3	2.0	2.3	5.5	2.7	100.0	120
65 y +	(47.8)	(0.0)	(28.3)	(0.0)	(0.0)	(2.4)	(4.8)	(1.7)	(0.0)	(2.8)	(11.2)	(0.9)	(100.0)	26
Mujer	61.9	0.4	15.1	0.6	0.4	2.5	1.8	0.4	2.1	3.1	5.0	6.8	100.0	113
Hombre	68.5	0.0	11.5	1.1	5.8	0.8	1.6	2.0	0.0	0.0	7.5	1.3	100.0	80
<b>Zona de residencia</b>														
Urbana	69.9	0.3	12.5	0.0	2.9	0.0	1.3	1.4	1.6	0.0	4.5	5.6	100.0	150
Rural	46.6	0.0	17.4	3.4	1.5	7.9	3.0	0.0	0.0	8.0	11.3	0.9	100.0	44
<b>Región</b>														
0	(57.4)	(0.0)	(20.4)	(0.0)	(4.5)	(2.1)	(0.0)	(0.0)	(2.6)	(2.1)	(2.4)	(8.4)	(100.0)	89
I	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
II	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	22
III	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	14
IV	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	7
V	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	15
VI	(48.3)	(0.0)	(19.4)	(4.6)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(3.3)	(0.0)	(0.0)	(22.6)	(1.8)	(100.0)	14
VII	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
VIII	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	12
<b>Total</b>	<b>64.6</b>	<b>0.2</b>	<b>13.6</b>	<b>0.8</b>	<b>2.6</b>	<b>1.8</b>	<b>1.7</b>	<b>1.0</b>	<b>1.2</b>	<b>1.8</b>	<b>6.0</b>	<b>4.5</b>	<b>100.0</b>	<b>194</b>

Nota: Las estimaciones entre paréntesis están basadas en 25 a 49 casos sin ponderar. No se muestran las estimaciones basadas en menos de 25 casos sin ponderar.