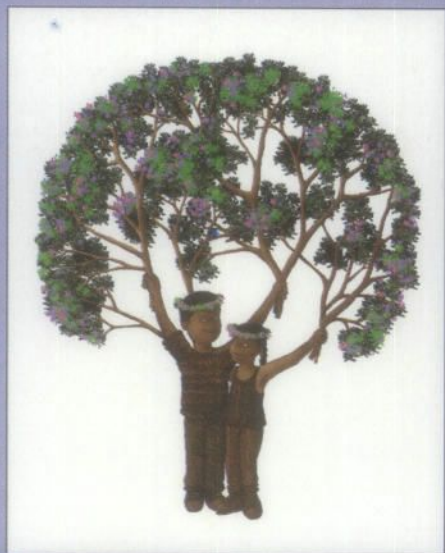


EN DEFENSA DE LA VIDA DE LA NIÑEZ Y DE LA MUJER 1997-2000

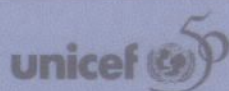


UNIÓN ECONÓMICA MEDIO AMBIENTE EDUCACIÓN BÁSICA SALUD MATERNA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EDUCACIÓN BÁSICA RECREACIÓN
Políticas No Violencia
Legislación Desarrollo
Inmunización



ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS
CENTRO DE DOCUMENTACIÓN
DEMOGRAFIA Y DESARROLLO

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA NIÑEZ Y LA MUJER EN LA REPÚBLICA DOMINICANA





ESTA PUBLICACIÓN ES EL RESULTADO DE UNA CONSULTORÍA FINANCIADA POR LA OFICINA DE UNICEF EN SANTO DOMINGO. LAS OPINIONES EXPRESADAS EN ESTA PUBLICACIÓN PERTENECEN A LOS AUTORES/AS Y NO REFLEJAN NECESARIAMENTE LAS DE UNICEF/ONAPLAN.

• Jorge Cela, S.J. • Marisela Duval Pérez • Carmen Julia Gómez
• Jeffrey Lizardo • Rolando Reyes • José Selig

REVISIÓN Y RESUMEN POR:
José G. Guerrero

DISEÑO:
Millaray Quiroga • JM Sing

FOTOGRAFÍAS:
Pedro Guzmán: Págs. 8-9, 16-17, 17, 26-27, 30, 32, 35, 34, 47, 52-53, 56, 57
Lilén Quiroga: Págs. 10-11 • Shelley Rotner: Págs. 15 y 27
Concurso UNICEF 1990: Págs. 23 y 58-59

IMPRESIÓN:
Editora Tele-3

1RA EDICIÓN, SANTO DOMINGO, REP. DOMINICANA • ABRIL 1997

ÍNDICE

LISTA DE SIGLAS

PRESENTACIÓN UNICEF

INTRODUCCIÓN

OBJETIVO, ENFOQUE Y METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

ANTECEDENTES GENERALES

SITUACIÓN DEMOGRÁFICA

SITUACIÓN ECONÓMICA, POLÍTICAS Y GASTO SOCIAL

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO SOCIAL

INDICADORES DE LA SITUACIÓN DE LA NIÑEZ

EN RELACIÓN CON LAS METAS DE LA CUMBRE MUNDIAL DE LA INFANCIA

SALUD-NUTRICIÓN

Mortalidad infantil, neonatal y post-neonatal

Mortalidad en menores de cinco años (TMM5)

Desnutrición infantil

Morbilidad infantil por EDA e IRA

Inmunización

EDUCACIÓN

Matriculación

Dominio de la lecto-escritura

Exclusión y asistencia escolar

Deserción y repitencia

Sobriedad

POBREZA

Menores víctimas de la prostitución

Menores trabajadores

Menores víctimas de la violencia familiar

Menores internos en instituciones cerradas

Menores con discapacidad

INDICADORES DE LA SITUACIÓN DE LA MUJER

SALUD, DERECHOS REPRODUCTIVOS, EDUCACIÓN Y POBREZA

SALUD

Morbilidad femenina

Desnutrición materna

Mortalidad materna (MM)

DERECHOS REPRODUCTIVOS

Embarazo en la adolescencia

Atención prenatal y del parto

Necesidades insatisfechas de planificación familiar

EDUCACIÓN

Analfabetismo

Nivel de escolaridad y asistencia escolar

POBREZA

Participación en la actividad económica

Desempleo

Desigualdad de ingresos

DETERMINANTES DIRECTOS E INMEDIATOS, SUBYACENTES Y ESTRUCTURALES

DE LA SITUACIÓN DE LA NIÑEZ Y LA MUJER

DETERMINANTES DIRECTOS E INMEDIATOS

Condiciones de la vivienda	39	Aspectos críticos en la aplicación de la Convención de la mujer	51
Consumo de alimentos	40	Acciones nacionales para el cumplimiento de la Convención	51
Conocimientos, actitudes y prácticas en salud y nutrición	40		
Lactancia materna	41	INFORMACION, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN DIRIGIDAS A LA NIÑEZ Y A LA MUJER	53
Condiciones de realización del trabajo doméstico	41		
Condiciones del trabajo infantil	41	ACCIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
DETERMINANTES SUBYACENTES	42		
Estructura y funcionamiento de la familia	42	ANEXOS	59
Importancia del sector informal de la economía	42	1. INDICADORES POR REGIONES 1993-1996	65
Factores demográficos: migración, urbanización y fecundidad	43	2. MAPA REGIONAL	65
Acceso de la mujer a recursos productivos y a la toma de decisiones	43	3. ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA PARA EL PAÍS	66
Situación legal de la mujer	44	4. COBERTURA GEOGRÁFICA DEL PROGRAMA 1997-2001	67
Accesibilidad y calidad de los servicios sociales	44	5. COORDINACIÓN INTERAGENCIAL Y CON OTRAS AGENCIAS, ONGs E INSTITUCIONES PARTICIPANTES	68
DETERMINANTES ESTRUCTURALES	45	6. FUENTES DE FINANCIAMIENTO	70
Políticas macroeconómicas y sociales	45	FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	71
La socialización de la niñez y la mujer en la cultura de la pobreza	46		
SITUACIÓN DE LA NIÑEZ Y LA MUJER			
EN EL MARCO DE LAS CONVENCIONES RESPECTIVAS	49		
SITUACIÓN DE LA NIÑEZ EN EL MARCO DE LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO DE 1991	49		
Avances y limitaciones en el cumplimiento de los acuerdos de la Convención	49		
SITUACIÓN DE LA MUJER EN EL MARCO DE LA CONVENCIÓN PARA LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER, DE 1979	50		

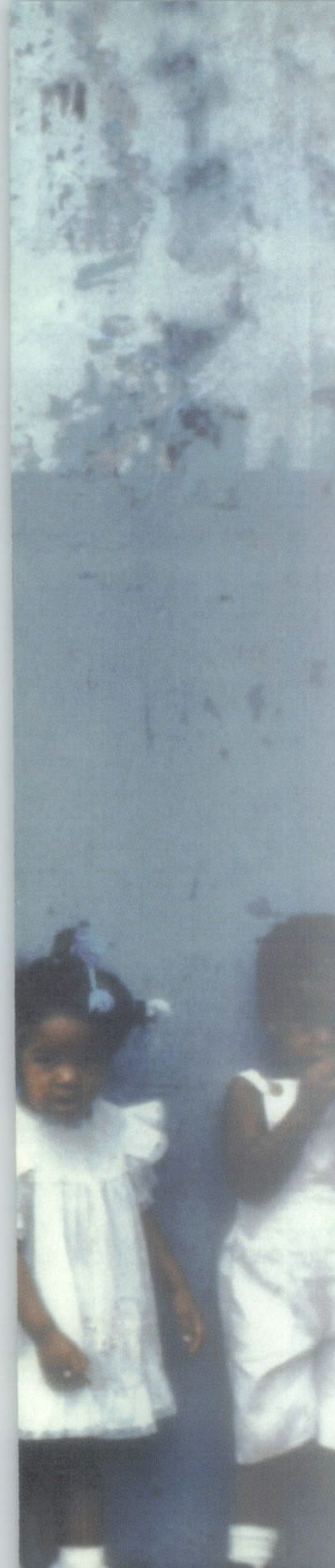
LISTA DE SIGLAS

OFICINA NACIONAL DE PLANIFICACION
CENTRO DE DOCUMENTACION
DE POBLACION Y DESARROLLO

ADOPLAFAM	: Asociación Dominicana de Planificación Familiar	INDRHI	: Instituto Dominicano de Recursos Hidráulicos
BID	: Banco Interamericano de Desarrollo	INFOTEP	: Instituto de Formación Técnico-Profesional
BPNI	: Bajo peso al nacer	JAD	: Junta Agro-empresarial Dominicana
CAASD	: Corporación de Acueducto y Alcantarillado de Santo Domingo	MCED	: Menores en Circunstancias Especialmente Dificiles
CELADE	: Centro Latinoamericano de Demografía	MEPES	: Monitoreo de los Efectos de las Políticas Económicas y Sociales en el Bienestar Infantil (1988-1991)
CENISMI	: Centro de Investigación en Salud Infantil	ONAPLAN	: Oficina Nacional de Planificación
CESDEM	: Centro de Estudios Sociales y Demográficos	ONE	: Oficina Nacional de Estadísticas
CIECA	: Centro de Investigación Económica para el Caribe	ONG	: Organización No Gubernamental
CIPAF	: Centro de Investigación para la Acción Femenina	OPS/OMS	: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud
CONANI	: Consejo Nacional de la Niñez	PAN-Cumbre	: Plan Acción Nacional de la Comisión de la Cumbre Mundial de la Infancia
CONAPOFA	: Consejo Nacional de Población y Familia	PEA	: Población Económicamente Activa
DGPM	: Dirección General de Promoción de la Mujer	PNDS	: Plan Nacional de Desarrollo Social
DN	: Distrito Nacional	PNUD	: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
ENDESA-91	: Encuesta Demográfica y de Salud	PROFAMILIA	: Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia
EDA	: Enfermedades Diarreicas Agudas	SEA	: Secretaría de Estado de Agricultura
EAO	: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación	SEEBAC	: Secretaría de Educación, Bellas Artes y Cultos
FNUAP	: Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población	SESPAS	: Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
IDAN	: Instituto Dominicano de Alimentación y Nutrición	SRO	: Sales de Rehidratación Oral
IDEFA	: Instituto de la Familia	STP	: Secretariado Técnico de la Presidencia
IDSS	: Instituto Dominicano de Seguro Social	TRO	: Terapia de Rehidratación Oral
IEPD	: Instituto de Estudios de Población y Desarrollo	UASD	: Universidad Autónoma de Santo Domingo
INAPA	: Instituto Nacional de Agua Potable y Alcantarillado	UNICEF	: Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia
IPC	: Índice de Precios al Consumidor	UROC	: Unidad de Rehidratación Oral Comunitaria
ITBIS	: Impuesto de Transferencia a los Bienes Industrializados y Servicios		

Escola do aba
(ADP)





P

RESENTACIÓN

• OFICINA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN •
• CENTRO DE DOCUMENTACIÓN •
• DE POBLACION Y DESARROLLO •

Desde 1952, cuando inicia su cooperación con el Gobierno Dominicano, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en República Dominicana ha basado sus programas de cooperación en las necesidades latentes de la niñez y la mujer, teniendo como objetivo impactar en el mejoramiento de sus condiciones de vida.

Al iniciarse en 1994 el proceso de programación de una nueva cooperación para el período 1997-2001, se procedió a realizar una serie de estudios para analizar la situación de la niñez y la mujer durante el quinquenio 1990-1995.

La publicación que hoy se pone a disposición de funcionarios y técnicos de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, así como del público en general, constituye un resumen de dichos estudios realizado por el licenciado José Guerrero, del Departamento de Planificación Social de la Oficina Nacional de Planificación, basado en las siguientes fuentes:

• Cela, J.: Socialización de la Niñez en la Cultura de la Pobreza, Sto. Domingo, RD, Nov. 1995 • Lizardo, J. y Reyes, R.: Política Social y el Bienestar de la Población en la República Dominicana. INTEC, UNICEF. Sto. Domingo, RD, Dic. 1995 • Gómez, C. y Duval, M.: Análisis de Situación de la Niñez

y la Mujer en la República Dominicana. • CESDEM, UNICEF, Do., Sto. Domingo, Abr. 1996.

Con la presente publicación, cuyos datos han servido para orientar lo que será la cooperación de UNICEF en República Dominicana durante el período 1997-2001 se pretende, además, poner a disposición de los sectores interesados informaciones y datos sobre de la niñez y la mujer, como un aporte al conocimiento en estas áreas, sobre las cuales confluyen un gran interés en el mejoramiento de su situación, al tiempo que una escasez de datos actualizados sobre su realidad.

Es preciso establecer que el presente documento no se considera agotado en sus resultados: la formulación de políticas, la ejecución de planes y programas, la investigación, la concertación de acciones a favor de la niñez y la mujer son las verdaderas evidencias de validez del mismo. No dudamos que en el logro de esos objetivos, poner a disposición del público estudios recientes sobre la niñez y la mujer es siempre un hito.

Dr. Osvaldo Legón
Representante UNICEF

Lic. Rafael Camilo
Director ONAPLAN





I NTRODUCCIÓN

OBJETIVO, ENFOQUE Y METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

El objetivo de este estudio es analizar la situación de la niñez y la mujer en el país durante el último quinquenio (1990-1995). El mismo establece sus causas y manifestaciones, ordena jerárquicamente sus determinantes y aborda la problemática según la normativa de los derechos de la niñez y la mujer, el enfoque de género y la doctrina de la protección integral.

La metodología implementada incluyó la revisión de fuentes y documentos, el levantamiento de estadísticas y la consulta de instituciones como la SESPAS, SEEBAC, DGPM, ONAPLAN, CESDEM, CENISMI, IEPD-PROFAMILIA, Iglesias, ONG, agencias internacionales de cooperación como el UNICEF, PNUD, OPS, FAO Y FNUAP, así como el conjunto de entidades que integran la Comisión de Seguimiento a los Acuerdos de la Cumbre Mundial de la Infancia.

El estudio comprende siete capítulos:

1. Situación demográfica,
2. Situación económica, políticas y financiamiento del sector social,
3. Situación de las políticas nacionales de desarrollo,
4. Plan de Desarrollo Social,
5. Situación de la niñez y la mujer en relación con las metas de la Cumbre Mundial de la Infancia,
6. Situación de la estructura de movilización social y estrategias de comunicación, información y educación,
7. Conclusiones y recomendaciones.

Este trabajo describe y explica la situación de la niñez y la mujer, al tiempo que señala áreas críticas que demandan especial atención por parte de las políticas públicas. Por tanto, sirvió como insumo para la elaboración del Programa de Cooperación UNICEF/República Dominicana 1997-2001, del Plan Nacional de Desarrollo Social, y la defensa y movilización social a favor de los derechos de la niñez y la mujer.





ANTECEDENTES GENERALES

SITUACIÓN DEMOGRÁFICA

Según el VII Censo Nacional de Población y Vivienda (1993), el país tiene un total de 7,089,041 habitantes, de los cuales 3,551,694 son mujeres (50.1%) y 3,537,347 hombres (49.9%). Las mujeres predominan en el área urbana con un 51.8% y los hombres en la rural con un 52.1%.

La composición por sexo se mantiene equilibrada (14,347 mujeres más), aunque la estructura por edad se modifica descendiendo la proporción de menores y aumentando la población de edades centrales. Para 1995, según proyecciones de ONE-CELADE el 36.25% de la población está entre 0-14 años, 59.90% entre 15-64 años y 3.85% tiene 65 años y más. Los/as menores de 18 años se estiman en 3,451,582 de los cuales 55.87% tiene entre 0-9 años, 33.95% entre 0-5 años, 25.73% entre 10-14 años y 13.94% entre 15-17 años.

La tasa de crecimiento de la población para el período intercensal 1981-93 es de 2.1%; la fecundidad es de 3.3 en 1988-91 (STP-ONAPLAN 1993); la mortalidad 6.2 por mil habitantes en 1990-95; la mortalidad infantil 43 por mil n.v. y la mortalidad materna 180 por 100,000 n.v. en 1991, aunque persisten disparidades entre la zona rural y urbana, en la población pobre y determinados grupos de edad (ENDESA'91).

La población dominicana registra un intenso movimiento migratorio interno y externo. En 1991, las mujeres constituyen el 55.2% de los emigrantes y el 56% del total de nacidos en la zona urbana. La migración interna afecta más de 33% de la población, siendo más alta entre las mujeres (37.4%), especialmente entre las que oscilan entre 15 y 34 años (Ibídem). Para 1993, el 55.5% de la población era urbana (3.9 millones de habitantes) y concentrada en un número pequeño de localidades.

La disminución de la tasa de crecimiento de la población ha tenido un efecto favorable en el bienestar de la misma, aunque las ten

dencias demográficas han creado incrementos en las demandas sociales, especialmente salud, educación, alimentación, vivienda, empleo, seguridad social y planificación familiar.

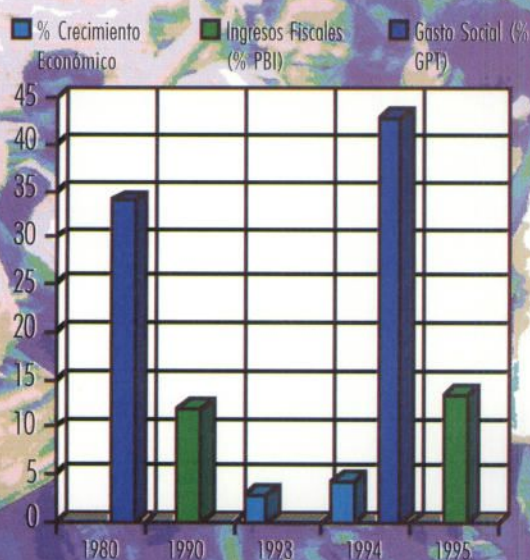
SITUACIÓN ECONÓMICA, POLÍTICAS Y GASTO SOCIAL

En los años de 1993 y 1994, la economía dominicana registró una tasa de crecimiento de 3% y 4.3%, situándose por encima del promedio de la región. Los sectores

de expansión más dinámicos fueron las exportaciones, servicios (especialmente zonas francas y turismo), minería, construcción y comunicaciones (Banco Central 1995).

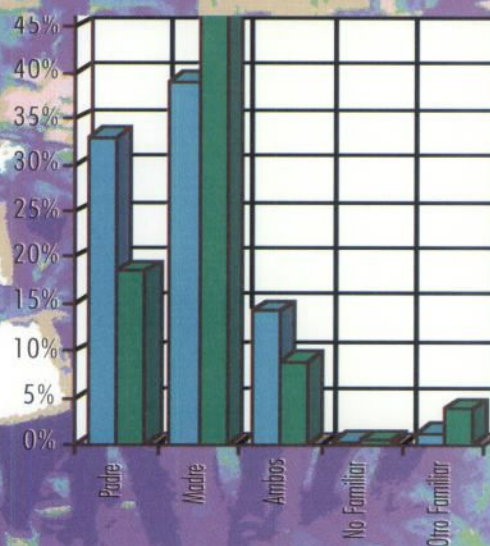
Como resultado de la política económica y las reformas tributarias y arancelarias, los ingresos fiscales pasaron de un 11.9% del PBI en 1990 a 13.4% en 1995. Este aumento ha permitido una expansión del gasto público y del gasto social. El gasto social público real aumentó como proporción del gasto público total, pasando del 34% en 1980 al 43% en 1994 y, como porcentaje del PBI, al 6.6% para 1994 (Lizardo y Reyes 1995). Respecto al PBI, el gasto en educación aumenta a 1.50% y 1.70% y en salud a 1.11% y 1.42% en 1992 y 1993. El gasto en los servicios sociales promedia en 1991-94 un 26% en educación, 23.9% agua potable y alcantarillado, 21.2% salud, 12.8% vivienda, 7.2% asistencia social, 5.0% servicios municipales, 3.2% deportes y recreación, 0.5% servicios a la comunidad y 0.2% trabajo.

Crecimiento Económico, Ingresos Fiscales y Gasto Social 1980-1995 en la República Dominicana



Fuente: Gómez, J., Duval, M & Selig, J., 1996

Gasto Público Total/Gasto Social 1980-1995 en la República Dominicana



Fuente: Gómez, J., Duval, M & Selig, J., 1996

El gasto público social como porcentaje del PBI es todavía muy bajo en comparación con el promedio para América Latina y El Caribe. En 1994 ese porcentaje alcanzó el 6.6% en la República Dominicana, cuando en la región se encuentra en promedio por encima del 10%.

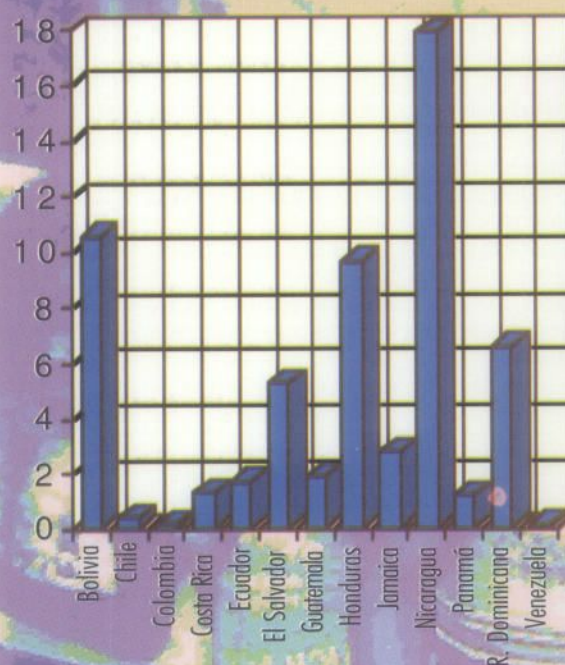
SITUACIÓN DE LAS POLÍTICAS NACIONALES DE DESARROLLO

Desde los inicios de la presente década, el país implementa una serie de planes, programas y leyes de cara a la situación de la niñez y la mujer, tales como el Plan Decenal de Educación, el Plan de Alimentación y Nutrición, el Plan para la Reducción de la Mortalidad Materna, la Ley sobre la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, la Plataforma de Acción para el Avance de la Mujer, el Plan de Acción Nacional de la Comisión de Seguimiento a los Acuerdos de la Cumbre Mundial de la Infancia, el Código de Trabajo y el Código de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes.

ENTRE LOS PRINCIPALES LOGROS EN LA ACTUALIDAD SE DESTACAN:

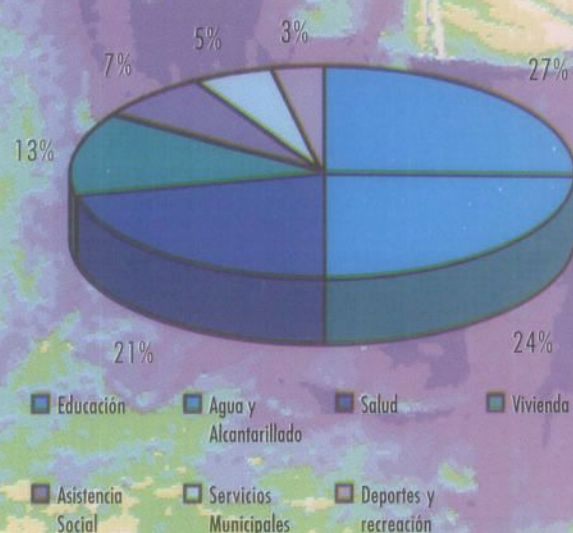
- Aumento de la cobertura de la educación básica y del último grado de educación inicial,
- Inicio de la transformación curricular,
- Distribución de textos y desayuno escolar;

Gasto Público Social (% PBI) 1993
en América Latina



Fuente: UNICEF, 1996

Distribución del Gasto Social 1993
en la República Dominicana



Fuente: Gómez, J., Duval, M & Selig, J., 1996

- Erradicación del polio y aumento de coberturas inmunitarias,
- Reducción de la morbi-mortalidad por tétanos y sarampión,
- Aumento del uso de la terapia de rehidratación oral,
- Inicio yodación de la sal y de la suplementación de la vitamina A a escolares y parturientas,
- Aumento de la lactancia materna y certificación de Hospitales Amigos;
- Ejecución del Código de Protección de Niños, Niñas y adolescentes,
- Movilización sobre derechos de la niñez y la mujer.

Sin embargo, una serie de debilidades limitan el impacto de la política social y la eficiencia de los programas dirigidos a la población pobre, la niñez y la mujer. Las más importantes son:

- Aprobación pendiente de la nueva ley de educación, ley general de salud y la reforma legal para la eliminación de la discriminación de la mujer;
- Aplicación parcial de la ley de servicio civil y carrera administrativa;
- Centralización de la gestión y del gasto social en desmedro de la capacidad de ejecución de las instituciones rectoras;
- Débil coordinación interinstitucional y duplicación de acciones y funciones;
- Brecha entre presupuesto, asignación y ejecución;

- Subregistro y poca actualidad de la información, y ausencia de un sistema de evaluación y control de los programas.

Lizardo y Reyes analizan cinco programas dirigidos a la población infanto-femenina: Promoción y bienestar de la niñez (Presidencia/CONANI); Educación básica (SEEBAC); Materno infantil y nutrición (SESPAS); Protección al menor (SESPAS) y Programas complementarios (SESPAS). Concluyen que en 1994 el gasto real en funciones exclusivas de la niñez aumentó en un 10% con respecto al 1981, producto fundamentalmente del aumento de la inversión en educación: cada niño/a recibió 25% más instrucción básica.

Sin embargo, en otras funciones: Programa materno infantil y protección, cada niño/a recibió entre 23% y 60% menos. El gasto en niñez y mujer se ejecuta no sólo a nivel sectorial, sino también a través de la Presidencia de la República, instituciones descentralizadas, no gubernamentales y sector privado.

Para un mayor impacto de las políticas y programas dirigidos a la niñez y la mujer es indispensable la ejecución de un plan de desarrollo social y de un proceso de reformas sociales y modernización del Estado.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO SOCIAL

En el marco de los compromisos de la Cumbre del Desarrollo Social (Copenhague 1995), el Gobierno dominicano elaboró un Plan Nacional de Desarrollo Social (PNDS) de cara al combate de la pobreza, el desempleo y la desinte-



gración social ponderando el papel rector del Estado y la participación de la sociedad civil en la ejecución de políticas integrales.

Los objetivos generales son la erradicación de la pobreza, creación de empleos productivos y fomento de la integración social.

Los objetivos globales propenden a eliminar las disparidades sociales y fomentar los valores de la democracia, fortalecer el rol de las familias, promover la participación de la comunidad y la sociedad civil, así como implementar un crecimiento económico sostenido y desarrollo sustentable y expandir el acceso a la información. Los objetivos sectoriales procuran ofertar a la población en general y en riesgo (familia, discapacitados, envejecientes, mujer y MCED) los servi-

cios sociales sectoriales y compensatorios. Los lineamientos de políticas y acciones del plan se traducen en:

- Políticas globales (macroeconómicas, de población, empleo, combate a la pobreza, integración social, gasto público social, modernización del Estado y reforma de la sociedad),
- Políticas sectoriales (educación, salud y nutrición, planificación familiar, agua potable y saneamiento básico, medio ambiente, educación física, deportes y recreación, seguridad social, migración, vivienda) y
- Políticas de compensación social a los grupos más vulnerables.



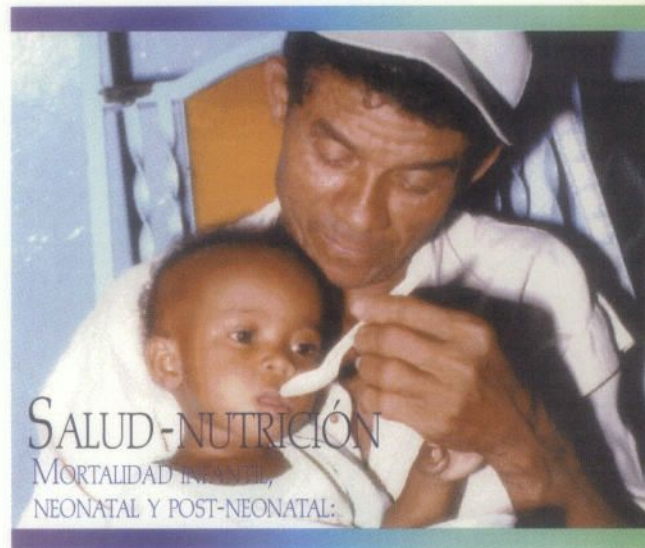


I NDICADORES DE LA SITUACIÓN DE LA NIÑEZ

EN RELACIÓN CON LAS METAS DE LA
CUMBRE MUNDIAL DE LA INFANCIA

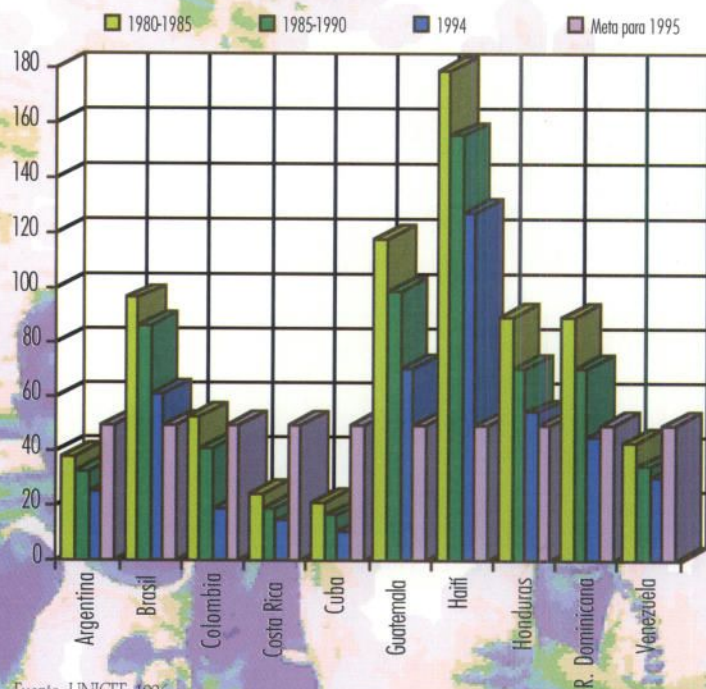
En 1991, con la participación de las distintas instituciones del Gobierno, organismos no-gubernamentales y agencias internacionales se elaboró el Plan de Acción Nacional de Seguimiento a los Acuerdos de la Cumbre Mundial de la Infancia (PAN). El PAN estableció 47 metas y 76 indicadores para la situación de la niñez y la mujer a mediano (1995) y largo plazo (2000) en las áreas de salud, nutrición, educación, agua potable y saneamiento. Actualmente, el cumplimiento de las metas no es homogénea: en algunos casos es exitoso, pero en otros es parcial y deficitario. Numerosos estudios y análisis coinciden en señalar serias deficiencias y limitaciones de las informaciones y estimaciones derivadas de las estadísticas sectoriales, censos y encuestas en las áreas sociales. Aparte del subregistro y escasa actualización, se identifican problemas de calidad que afectan su confiabilidad, precisión y consistencia. Esto limita el conocimiento preciso de la situación,

tendencias y diferencias socio-espaciales, así como la situación exacta de las metas con relación a las establecidas por el PAN. A continuación se presentan los indicadores de salud-nutrición, educación y pobreza que reflejan la situación de la niñez y la mujer.



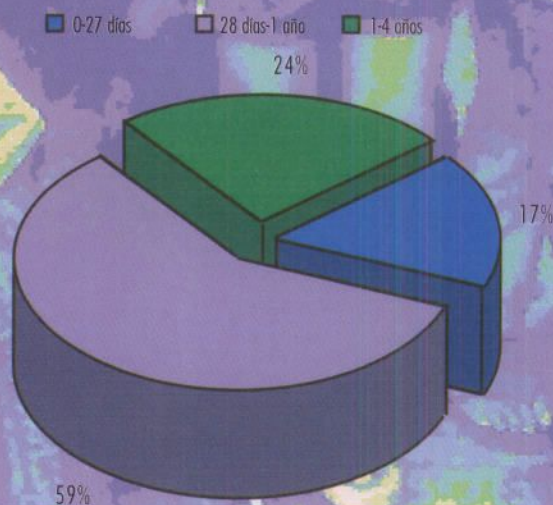
Los indicadores básicos de la niñez en salud son mortalidad infantil, mortalidad en menores de cinco años, desnutrición, mor-

TMM5 por 1,000 n.v. 1980-1994 en América Latina



Fuente: UNICEF, 1996

Mortalidad por EDA en Grupos Afectados, 1991 en la República Dominicana



Fuente: Gómez, J., Duval, M & Selig, J., 1996

bilidad por Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Bajo Peso al Nacer (BPN) e inmunización. La información de SESPAS presenta subregistro de hasta un 40% y no hay registros nacionales actualizados.

MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POST-NEONATAL:

La mortalidad infantil tiende a decrecer, aunque hay subregistro y valores diferentes. Según la Encuesta Demográfica y de Salud ENDESA' 91, disminuyó de 46 por mil nacidos vivos en el período 1981-1986 a 43 por mil n.v. en el 1986-1991. Estimados de 1994 la sitúan en 38, bastante cerca de la meta de 35 del PAN de la Cumbre de la Infancia. En 1993, la SESPAS reportó 2,364 defunciones de niños/as y una tasa de 17.13 por mil n.v. La reducción descansa sobre todo en la disminución de muertes post-neonatales. Según estimados de ONAPLAN, la mortalidad infantil del área rural es 1.5 veces mayor que la urbana, a expensas de la mortalidad post-neonatal. Según la ENDESA '91, la mortalidad neonatal (55% de las muertes infantiles) predomina sobre la post-neonatal, con incidencia de la desnutrición materna, la baja calidad de la atención médica y las patologías perinatales (especialmente prematuridad y BPN). Los niveles de mortalidad infantil son desiguales según grupos sociales

(a mayor pobreza y menor nivel de instrucción de la madre, mayor riesgo de muerte en el primer año de vida) y según sexo (la niña tiene mayor riesgo de morir (1.28%) que el niño (1.07%)).

Resultados de las ENDESA '86 y '91, establecen un promedio de MI de 45.3 por mil n.v. en el período 1990-1995 y proyectan un promedio de 36.58 por mil n.v. para 1996-2,000. Para 1993, las principales causas de la MI son: EDA 16.48%, IRA 6.09%, dificultad respiratoria 4.20% y sepsis 6.69% (SESPAS 1994). Según el estudio MEPES, las EDA y las IRA son las más asociadas a las muertes infantiles (43.9% y 22.8% del total de las defunciones). Durante el período 1986-1991 en todo el país y 1992 en el Distrito Nacional, las EDA causaron el 29.1% y el 22.7% de las muertes infantiles. La prematuridad fue la segunda causa más frecuente y la primera entre las defunciones perinatales: 10.9% y 20.9% respectivamente.

MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS (TMM5)

Para 1991, se estima una tasa promedio de 59.5 por mil n. v. (ENDESA '91). Aunque ha disminuido en las últimas décadas, sigue más alta que el promedio regional y que la meta de la Cumbre para 1995 (52 por mil n. v.) El 75% de las muertes en menores de 5 años, sucede durante el primer año de vida y

sus principales causas son: EDA (17.4%), IRA (9.4%) y meningitis (6%). En 1993, la SESPAS registró 12.60% para EDA, 9.94% para IRA y 10.52% para desnutrición. La TMM5 es aproximadamente dos veces mayor en las áreas rurales y el riesgo de muerte en los menores de 5 años es 3.74 veces mayor con la madre no escolarizada. Otros factores de riesgo son: edad de la madre, orden de nacimiento y período intergenésico menor de dos años.

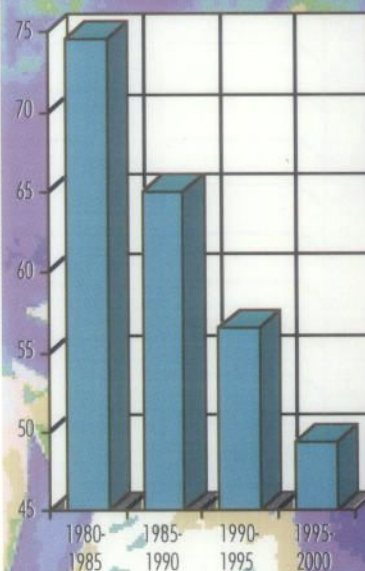
LA META DE LA CUMBRE PARA 1995 ES DE 49.4 POR MIL N.V.

DESUTRICIÓN INFANTIL

Según la ENDESA' 91, para 1991, hay una prevalencia de 19.4% de desnutrición crónica (talla/edad), 10.4% global (peso/edad; incluye moderada, 8.7%; y severa, 1.7%) y 1.1% aguda (peso/talla) entre los menores de cinco años.

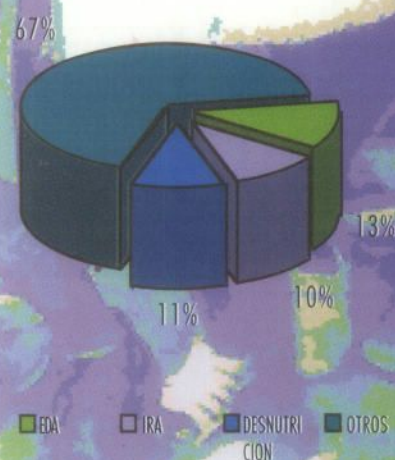
Para 1992, la SESPAS, reporta 31.5 niños desnutridos por mil menores de un año y 11.8 por mil de 1 a 4 años. Estas cifras aumentan en las regiones de salud VII, IV, VI y en la zona rural. La desnutrición es una causa importante de MI en menores de 5 años y se refleja en bajo peso al nacer (BPN) de un 12% a un 14% de los nacimientos, (14.9% en el área urbana y 15.8% en las niñas). La frecuencia de niños/as con BPN es inversa al número de consultas prenatales.

Estimación y Proyección Tasa Mortalidad Infantil 1980-2000 en la República Dominicana



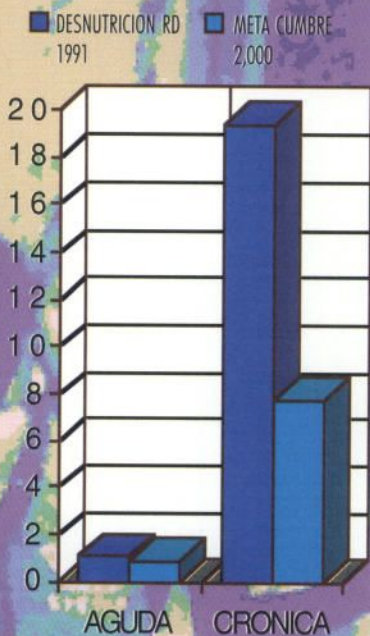
Fuente: Gómez, J., Duval, M & Selig, J., 1996

Causas Principales de Mortalidad Infantil, 1993 en la República Dominicana



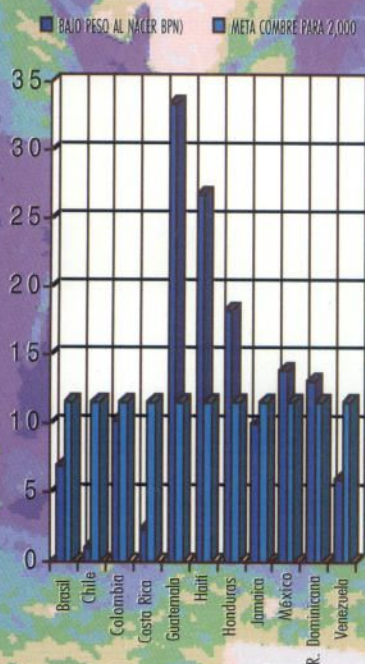
Fuente: Gómez, J., Duval, M & Selig, J., 1996

Prevalencia de la Desnutrición, 1991, República Dominicana



Fuente: Gómez, J., Duval, M & Selig, J., 1996

BPN 1991 en América Latina



Fuente: UNICEF, 1996

En 1993, hubo una prevalencia de avitaminosis A grave (menor de 20 mg/dl) en menores de 5 años, de 22.7% y de 14.7% en los de 6 a 14 años; anemia en los de 1 a 14 años (30.7%) y 5.3% con bocio. El 74% de los escolares tiene deficiencia de yodo y el 87.7% de flúor. (CENISMI, Encuesta Micronutrientes, 1993).

LAS METAS DE LA CUMBRE PARA 1995 ESTABLECEN TASAS DE 6.5%, 14.6%, 0.8% Y 1.3% PARA DESNUTRICIÓN MODERADA, CRÓNICA, AGUDA Y SEVERA Y REDUCIR A 11.5% EL BPN.

MORBILIDAD INFANTIL POR EDA E IRA:

La incidencia de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) e Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) para menores de 5 años fue estimada para 1991 en 7.02 y 10 episodios por niño/a al año (ENDESA '91). En la población más pobre los riesgos son 3.4 mayores de sufrir IRA. En 1993, la SESPAS registró un 11% de las consultas por EDA y un 20% por IRA. La frecuencia de los casos de EDA parece estar relacionada con la cobertura de agua potable.

Las edades de mayor frecuencia de casos corresponden a los 6 a 11 meses. El género más afectado es el masculino, según la ENDESA '91.

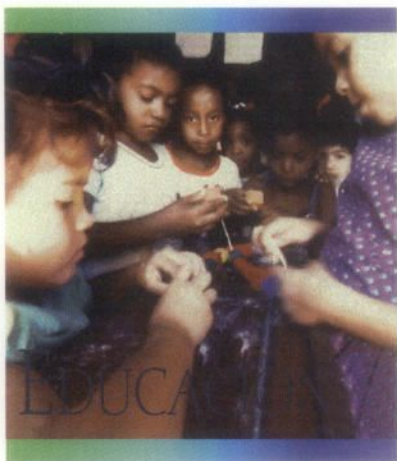
El 50% de las muertes por IRA corresponden a casos de neumonía, la que provoca una defunción al año por cada 5,000 menores de cinco años.

LAS METAS DEL PAN-CUMBRE DE LA INFANCIA PARA 1995, SON REDUCIR EN 12% LA INCIDENCIA DE EDA EN MENORES DE 5 AÑOS, DISMINUIR EN 25% LAS MUERTES CAUSADAS POR EDA Y EN 20% LAS MUERTES POR IRA.

INMUNIZACIÓN:

En 1995, se alcanzó una cobertura de 80% para polio; 83% DPT; 85% anti-sarampión; 74% BCG; 52% toxoide tetánico en embarazadas y 82% en mujeres en edad fértil. Estos porcentajes declinaron sensiblemente durante 1995, en un margen entre un 8.3% (DPT-3) y un 25% (anti-sarampión), exceptuando las coberturas por BCG que mostraron un incremento de un 1.9%. Las enfermedades inmuno-prevenibles han decrecido considerablemente, registrándose cero casos en todas ellas, con excepción de la difteria que notificó 13 casos. El país obtuvo la certificación de la erradicación del polio.

LA META ESTABLECIDA EN EL PAN-CUMBRE DE LA INFANCIA PARA 1995 ES LOGRAR UNA COBERTURA DE INMUNIZACIÓN DE 85% O MÁS.



Los indicadores de la niñez en educación son la matrícula, el dominio de la lecto-escritura, la exclusión y la asistencia, la repitencia, la deserción y la sobreedad.

MATRICULACIÓN

En el 1993, la educación básica y secundaria registró un total de 1,703,939 alumnos/as.

El sector público concentra la mayor parte de su matrícula en los niveles básico y medio, mientras que el sector privado la concentra en el nivel de educación básica.

En el sector público, la educación inicial registra un aumento del 3.9% (45,240 alumno/as) en 1990 al 16.8% en 1994 (168,199), aunque dicha tasa continúa siendo baja y la aprobación pendiente de la nueva ley de educación no permite ampliar su cobertura.

La educación básica registra en el año 1992-1993 una tasa de escolaridad

de un 93% en los niños/as de 6 a 14 años (1,472,360 alumno/as, incluyendo el sector privado). Sin embargo, casi el 70% de la matrícula básica se concentra en los cuatro primeros grados y un tercio en el primer grado, lo que indica una estructura desproporcionada.

En la zona rural, el 60% de las escuelas son del tipo multigrados. Muchas de estas escuelas no han recibido el nivel de capacitación ni los equipos adecuados.

En el año escolar 1993-1994, la educación media registró una matriculación total de 145,653 alumnos/as. De esta cifra, un 56% resulta ser del sexo femenino.

En el 1992-1993, la educación técnico-profesional presentó un registro muy reducido, llegando apenas a los 6,470 alumnos.

DOMINIO DE LA LECTO-ESCRITURA

Según los resultados arroajados por la ENDESA '91, a nivel nacional, el 23.9% de los niños y el 12.6% de las niñas de 10 a 14 años no sabía ni leer ni escribir.

Hay acentuadas disparidades regionales, especialmente en la región VI (la frontera con Haití), en la cual el 35.3% de la población de 10 a 17 años no dominaba la lecto-escritura.

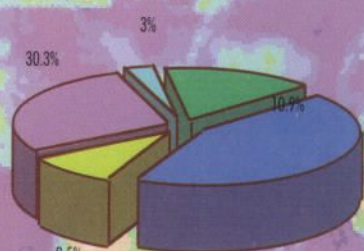
Una gran parte de los niños y las niñas que no leen ni escriben son hijos de padres analfabetos.

EXCLUSIÓN Y ASISTENCIA ESCOLAR

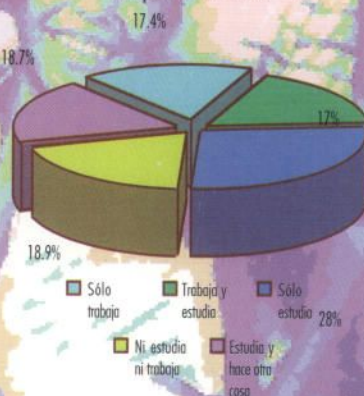
Para el año escolar 1989, la Secretaría de Educación, Bellas Artes y Cultos -



Exclusión y Asistencia Escolar Grupo 7-14 años

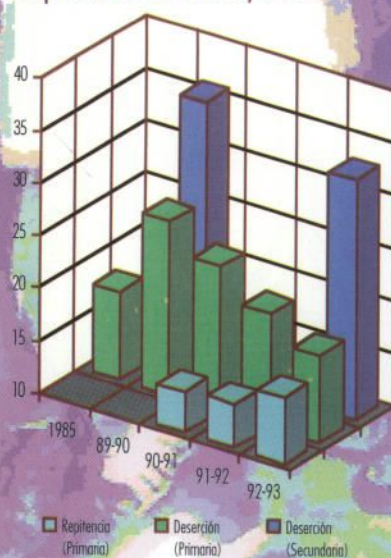


Grupo 15-17 años



Fuente: Gómez, J., Duval, M & Selig, J., 1996

Tasas de Deserción y Repitencia en la República Dominicana, 1985-1993



Fuente: Gómez, J., Duval, M & Selig, J., 1996

SEEBAC estimó que unos 272,510 niños/as estaban fuera de las aulas.

Según los resultados de la EN-DESA '91, el 22.2% de los niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años no asiste a la escuela, de los cuales, el 31.3% corresponde a la zona rural y el 37.6% a la región VI.

Del grupo de niños y niñas entre los 7 y 14 años, apenas el 46.3% estudia exclusivamente, mientras el resto no estudia o trabaja y estudia.

Sólo el 28% de los adolescentes del

grupo entre los 15 y los 17 años estudia exclusivamente y el 18.9% de este grupo no estudia ni trabaja.

DESERCIÓN Y REPITENCIA

El índice de deserción primaria del sector público pasó de un 18.3% en el año 1984-1985 a un 26.5% en el año 1989-1990, decreciendo en el año 1992-1993, a un 18.5% (Informe estadístico SEEBAC 1992). La misma fuente muestra el mayor índice de deserción en el

CUADRO 1:

MATRICULA SECTOR PÚBLICO SEGÚN NIVELES

AÑO	INICIAL	BASICA	MEDIA	NORMALISTA	TOTAL
1985	21.1	1,032.6	182.2	3.4	1,239.2
1986	21.9	1,055.5	187.9	3.5	1,268.8
1987	22.8	1,030.2	164.1	0.6	1,217.7
1988	22.2	32.6	160.8	0.3	1,215.9
1989	38.4	948	142.6	0.3	1,129.3
1990	37.5	948.2	138.3	0.5	1,124.5
1991	48.3	952.9	135.5	0.6	1,137.3
1992	72.6	990.3	144.4	0.6	1,207.9
1993	74.9	1,026.8	145.7	1.2	1,248.6
1994	83.4	1,124.1	154.5	0.6	1,362.6

Fuente: Gómez, J., Duval, M & Selig, J., 1996

nivel medio (un 35.8% en el año 1989-1990 y un 32.82% en el año 1992-1993).

Las tasas de repitencia del nivel básico muestran una tendencia creciente (13.89% en el 1990-1991, 14.15% en el 1991-1992 y 16.20% en el 1992-1993), siendo especialmente graves en los dos primeros grados (para el 1989-1990 era de 27.4% y 17.2% respectivamente).

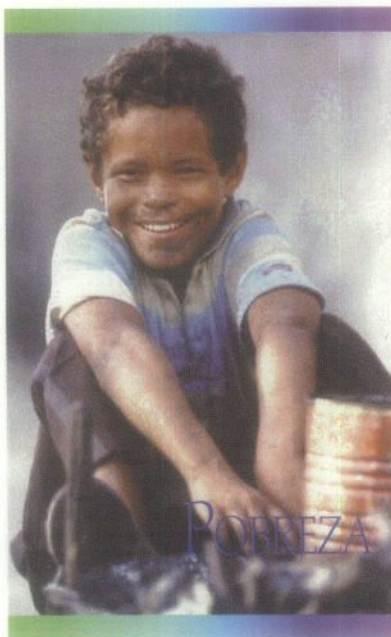
En el nivel secundario, para el año 1992-1993, la tasa de repitencia fue de un 4.56%.

SOBREEDAD

Según resultados obtenidos en la EN DESA '91, un 65.7% de la población de 15 a 17 años se ubica en el nivel básico, el más concurrido del sistema, como un indicio de la alta incidencia de la sobreedad en la educación.

En 1990, según la SEEBAC más de la mitad de la población estudiantil que alcanzó el 8vo. grado sobrepasaba los 15 años.

LAS METAS DEL PAN-CUMBRE MUNDIAL DE LA INFANCIA PARA 1995 SON: COBERTURA DE EDUCACIÓN INICIAL EN 18%, TASA NETA DE ESCOLARIZACIÓN BÁSICA DE 80%, TASA DE NIÑOS QUE LEEN CORRECTAMENTE DE 80% Y REDUCIR EN UN 50% LOS NIVELES DE REPETICIÓN EN EL PRIMER Y SEGUNDO GRADOS.



En 1991, el 54.6% de los/as menores residen en hogares con niveles de ingreso menores a los mil pesos (ENDESA'91) y la incidencia de la pobreza en los niños/as menores de 12 años es de un 30% mayor que en la población adulta (FEyD 1992, en Lizarzo 1994).

Condicionada por la pobreza, la población infantil implementa diversas estrategias de sobrevivencia dentro de las cuales se encuentran la prostitución y el trabajo. Actualmente, se estima que existen 58 mil niños/as de y en la calle.

MENORES VÍCTIMAS DE LA PROSTITUCIÓN

La pobreza es un fuerte condicionante de la prostitución infantil, especialmente cuando se conjuga con baja esco-

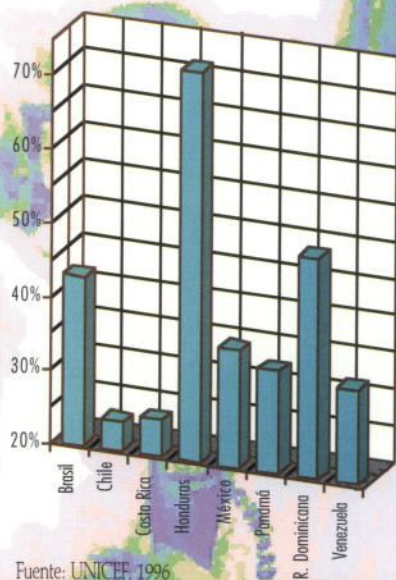
laridad de los padres, debilitamiento en las redes informales de apoyo a la crianza, crisis en la estructura familiar y la existencia de una población demandante de esa actividad. En 1994, 25,455 menores entre 6 y 18 años se dedican a la prostitución, de los cuales el 63% son niñas (Silvestre, Rijo y Bogaert 1994).

La oferta sexual de niño/as se realiza predominantemente en la calle y otros lugares públicos. En los últimos años ha surgido una nueva forma de prostitución infantil, la "Neoprositución", caracterizada por tener su escenario en parques, discotecas, bares, calles y playas. Sus clientes son turistas extranjeros en su mayoría, la iniciación se da a una edad más temprana y tiene un carácter más individual.

La Neoprositución Infantil es una expresión distinta y nueva de la prostitución tradicional, pero al mismo tiempo, una práctica mucho más peligrosa para la salud física y mental de los menores.

Así como la prostitución tradicional se caracteriza por el sistema familiar integrado por Padre y Madrastra, en la Neoprositución el sistema típico se integra por Madre-Padrastro y sus connotaciones son diferentes. En la Figura 1. de la siguiente página, se resumen las diferencias entre estos dos sistemas, a través de las que se describe la dinámica familiar de los menores dedicados a la prostitución. (Silvestre, Rijo y Bogaert, 1994).

% Población en Hogares por Debajo de la Línea de la Pobreza 1990-1994 en América Latina

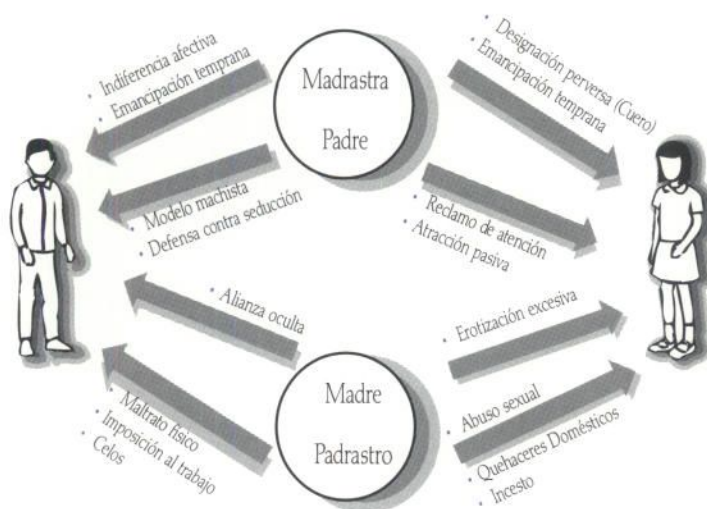


Ocupación por grupos de edad, 1991 en la República Dominicana



FIGURA 1
SISTEMAS FAMILIARES DE PROSTITUCIÓN INFANTIL

SISTEMA DE LA PROSTITUCIÓN TRADICIONAL



SISTEMA DE LA NEOPROSTITUCIÓN

Fuente: Silvestre, Rijo y Bogaert, 1994.

Una alta proporción de estos niños, niñas y adolescentes han sido violados y/o sexualmente abusados y provienen en su mayoría de hogares uniparentales o reconstruidos.

La explotación del trabajo infantil se ha generalizado entre los grupos más desposeídos de la sociedad y no se podrá eliminar a menos que se encuentren formas alternativas de producción económica para las familias sumidas en la pobreza.

MENORES TRABAJADORES

Según ENDESA'91, el 19.2% de los/as menores de 7 a 17 años, lo que arroja un estimado de 354,910 menores, trabaja en los sectores formal e informal. La agropecuaria concentra alrededor del 25% de los menores trabajadores.

La inserción de los menores en el mercado de trabajo se realiza a través de actividades poco o no remuneradas, de

baja productividad y escasa exigencia técnica. En la zona urbana, el servicio doméstico y la economía informal son los sectores que más ocupan menores.

El 57.3% de los menores de 7 a 14 años son trabajadores familiares no remunerados, mientras que el 41.8% del grupo de menores de 15 a 17 años son asalariados.

MENORES VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

Un segmento importante de la familia dominicana aplica un patrón de crianza basado en el abuso estructural que incluye castigo físico y maltrato psicológico. El abuso sexual es otro de los problemas que afecta a la población infantil en el seno de la familia. Los sujetos abusados en su niñez acostumbran a repetir el abuso en sus hijos.

Según un estudio de sobre abuso infantil en adolescentes, en 1994 un 40% de estudiantes de nivel medio fue corregido en su niñez con golpes y un 44% por medio de regaños, insultos y amenazas. (Ruiz, 1994). Se infiere que en situaciones de desintegración familiar probablemente los niveles de violencia sean aún mayores. Si bien el Código para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes descalifica cualquier modalidad de castigo, está pendiente modificar los valores que consideran la violencia como

un procedimiento normal para disciplinar a la población infantil.

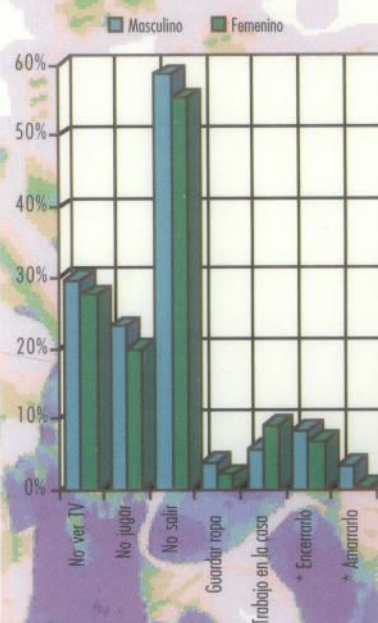
MENORES INTERNOS EN INSTITUCIONES CERRADAS

Aproximadamente, existen tres mil menores institucionalizados. Estos, constituyen un grupo muy heterogéneo, porque incluye desde aquellos internos por carencia de recursos de la familia, hasta los que han delinquido. Los menores infractores constituyen una pequeña cantidad de los que viven en instituciones cerradas. En general, los albergues, hogares-escuela y centros de reeducación tienen limitaciones de personal, planta física y alimentación, factores que han incidido en tragedias ocurridas entre 1993-95 en la antigua Casa Albergue y el Instituto Preparatorio de Niñas donde murieron 15 adolescentes y 7 niñas.

MENORES CON DISCAPACIDAD

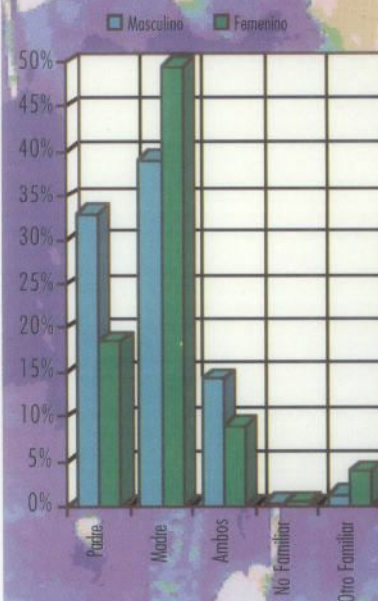
No existen datos actualizados sobre los/as menores con discapacidad, pero se estima que aproximadamente el 10% de la población escolar presentan problemas de aprendizaje y alguna discapacidad. A comienzos de la década de los 80, unos 180,000 individuos tenían retardo mental y menos del 1% recibía la atención adecuada.

Tipos de Castigos, 1994 en la República Dominicana



Fuente: Zelided A. de Ruiz, 1994

Agentes de Castigo, 1994 en la República Dominicana



Fuente: Zelided A. de Ruiz, 1994





INDICADORES DE LA SITUACIÓN DE LA MUJER

SALUD, DERECHOS
REPRODUCTIVOS, EDUCACIÓN Y
POBREZA

La mujer tiene una participación destacada en el trabajo, la sustentación del hogar y la socialización de los niños y las niñas. La incorporación de la mujer a las actividades laborales ha implicado un reordenamiento profundo de la familia y una mayor responsabilidad femenina en cuanto a la economía de los hogares.

Sin embargo, la demanda insatisfecha de servicios sociales y de mejores y equitativos ingresos, la persistencia de mayores niveles de pobreza, así como las pendientes modificaciones jurídicas y de valores culturales afectan la situación de la mujer y, especialmente, de la niñez.

La salud, el comportamiento reproductivo, la participación en la educación y la pobreza son aspectos claves para el análisis de los indicadores situacionales de la mujer.



Los indicadores y procesos de salud de mayor impacto en la situación de la mujer son la morbilidad, desnutrición y mortalidad materna.

MORBILIDAD FEMENINA

Según ENDESA'91, la prevalencia de enfermedades en las mujeres sin hijos fue

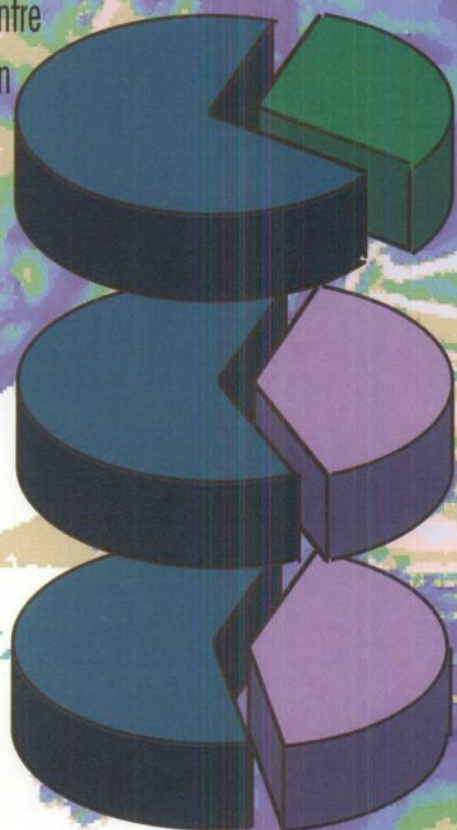
Morbilidad: Comparación entre hombres y mujeres 1991 en la República Dominicana

Hombres: 29.9%

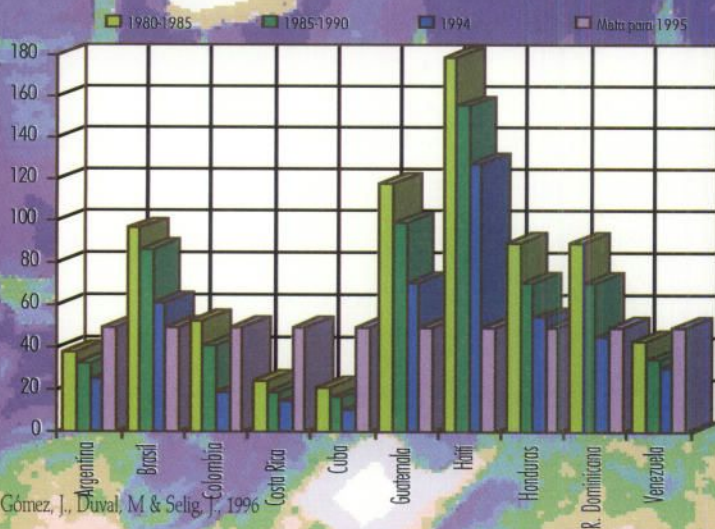
Mujeres sin hijos: 38.11%

Mujeres con hijos: 41.61%

Fuente: Gómez, J., Duval, M & Selig, J., 1996



Porcentaje de infección de SIDA por sexo y orientación sexual, 1983-1993 en la República Dominicana



Fuente: Gómez, J., Duval, M & Selig, J., 1996

de 38.11% y 41.61% en las madres (en los hombres fue de 29.90%). Las tres enfermedades de mayor incidencia en la mujer son las respiratorias, circulatorias e infecciosas-parasitarias.

La incidencia es mayor en la zona rural (por el peso de las respiratorias) y en las ciudades son más frecuentes las crónicas degenerativas.

Las enfermedades crónicas más comunes en la mujer son la hipertensión, la artritis, el asma y la diabetes. Su prevalencia es mayor en las madres (256.1 por mil) que en las no madres (198.6 por mil). Entre los factores de riesgo de morbilidad se destacan los bajos niveles de instrucción y los déficit de cobertura y calidad de agua y saneamiento básico.

Un serio problema para la salud femenina es la expansión del SIDA. La proporción de mujeres infectadas tiende a aumentar en la medida en que el modelo de transmisión predominante se ha tornado heterosexual pasando de 42.4% en 1987 a 77.8% en 1993.

DESNUTRICIÓN MATERNA

El estado nutricional de las madres es un factor de morbilidad y la mortalidad de ellas y sus hijos, manifestándose en déficit en la talla, el peso, la circunferencia del brazo y el índice de masa corporal.

El índice de masa corporal (IMC) o relación peso/talla de las mujeres indica deficiencia crónica de energía (23.9 respecto al punto de corte de 18.5). (Estudio Maternidad N. S. de la Altagracia, 1985))

En la circunferencia del brazo, un 12% presenta medición por debajo de 23 centímetros.

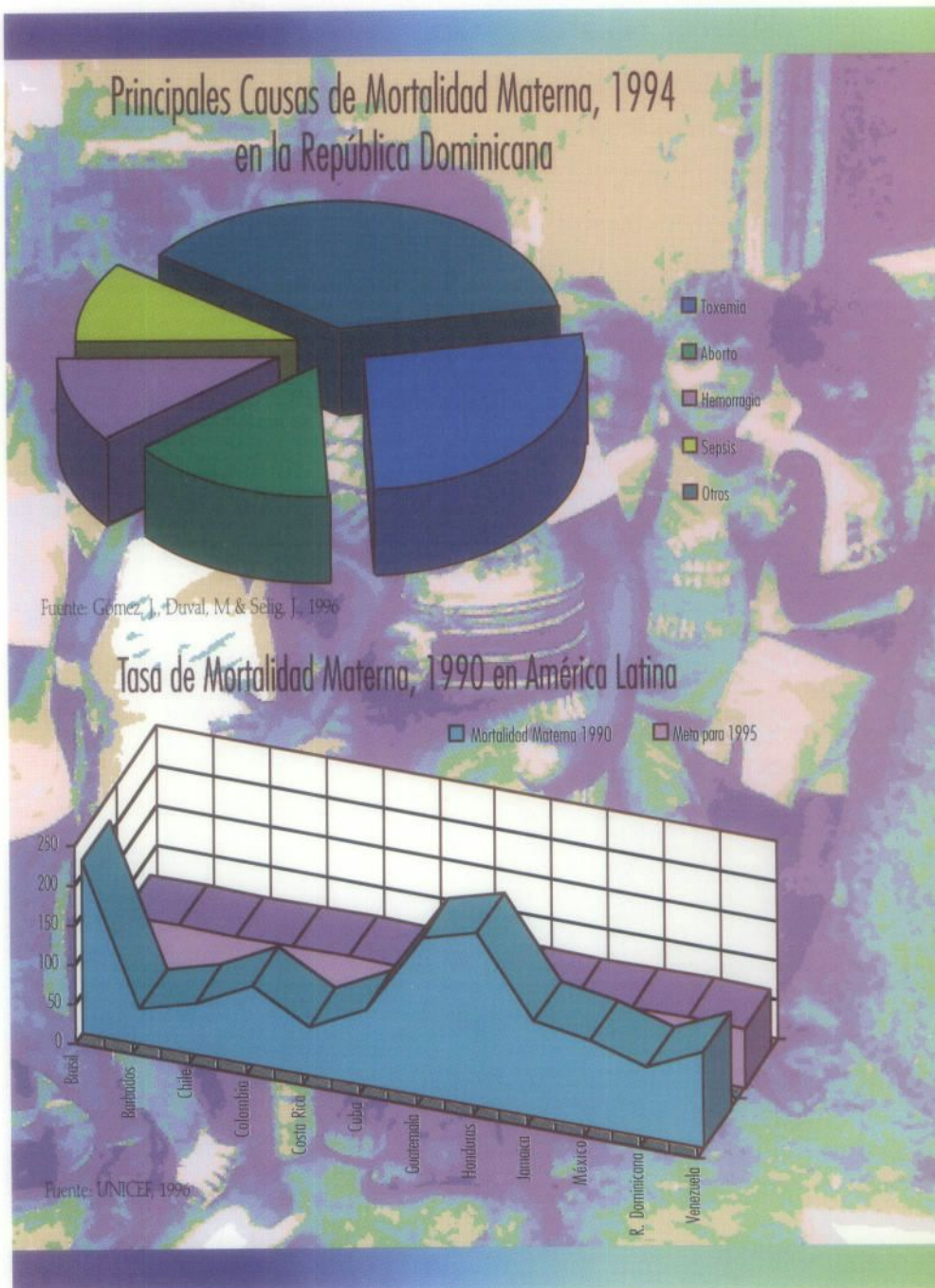
Estas deficiencias repercuten en el BPN. Especialmente grave es la anemia y el déficit de hierro, presente en el 32% de las embarazadas, lo que aumenta los riesgos de muertes.

MORTALIDAD MATERNA (MM)

La MM presenta un subregistro y los estudios arrojan diversas tasas. La MM ha pasado de 250 por cien mil n.v. en 1970 a 180 por cien mil n.v., según una proyección realizada en base a EN-DESA '91. Sin embargo, ciertos establecimientos de la SESPAS arrojan tasas entre 15 y 300 por cien mil n.v.

En 1994, las principales causas de mortalidad materna son la toxemia 25-30%, aborto (15%), hemorragia (11%) y sepsis (10%), a pesar que el 92% de los partos son atendidos por personal médico especializado y el 97% de las madres reciben atención prenatal.

Persisten diferencias en regiones y zonas en las consultas de acuerdo a la



frecuencia, examen clínico y la formación del profesional general o especialista.

Los grupos de mayor riesgo (gestantes de mayor edad, rurales y con menor instrucción) reciben menor atención prenatal y del parto.

Otros factores de riesgos son el embarazo en adolescentes, partos intra-

domiciliarios en la zona rural (15% en las regiones IV y VI), bajo déficit de hierro, período intergenésico corto y abortos. En 1994, la SESPAS reportó en su sistema 15,409 abortos y estimaciones del CIPAF indican 82,500.

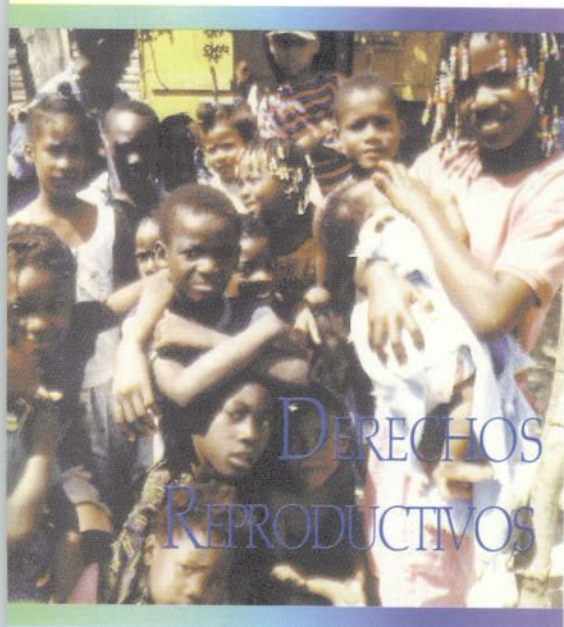
La mayor parte de las muertes podrían ser prevenidas con una atención por

médica adecuada y oportuna durante el embarazo, el parto y el puerperio.

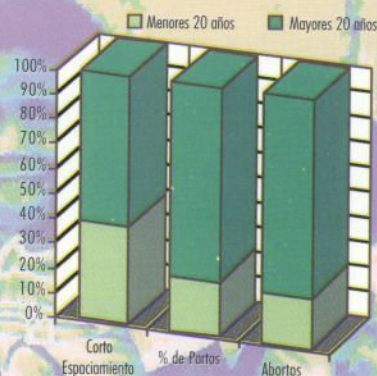
El hecho de que prevalezcan elevadas tasas de mortalidad materna, a pesar de que el 92% de los partos son atendi-

dos por personal médico especializado y de que el 97% de las madres reciben atención prenatal es un claro indicio de las deficiencias de estos servicios. (CESDEM, 1996)

LA META ESTABLECIDA POR EL PANCUMBRE PARA 1995 ES ACCESO DE TODAS LAS EMBARAZADAS AL CUIDADO PRENATAL Y A UNA ATENCIÓN CALIFICADA DURANTE EL PARTO.



Factores Reproductivos, 1996
en la República Dominicana



Fuente: Gómez, J., Duval, M & Selig, J., 1996

El tema de los derechos reproductivos y la salud reproductiva fue objeto de fuerte controversia en la pasada Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y la IV Conferencia Mundial de la Mujer, (Beijing, 1995), por sus implicaciones políticas y jurídicas para la igualdad entre los sexos.

El concepto de derechos reproductivos se ha venido desarrollando desde la década de los '70, como resultado de la lucha del movimiento de mujeres a nivel mundial, para definir el marco ético-jurídico relativo a la salud reproductiva. En el presente, éste forma parte de la agenda internacional para la discusión en población y desarrollo, el fortalecimiento de la democracia social y política y el reconocimiento a los derechos humanos. Dicho concepto engloba el derecho de una mujer a decidir cuándo, cómo y cuántos hijos/as tener y en condiciones sociales, económicas y políticas que hagan posible esa decisión; el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud y el derecho del hombre y la mujer a obte-

ner información y servicios que incluyan toda la gama de métodos modernos de planificación familiar.

En ese contexto, el concepto supera el enfoque tradicional de la planificación familiar, incorporando el aspecto de la autonomía de la mujer frente a su propia sexualidad, reconociendo su derecho al disfrute de la vida sexual separada de su función reproductora.

La salud reproductiva engloba todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus procesos, que incluye el comportamiento sexual y sus implicaciones: embarazo en la adolescencia, enfermedades de transmisión sexual/SIDA, fecundidad no deseada y regulación de la fecundidad, atención prenatal y en el parto, aborto, atención postparto, lactancia y salud infantil e infertilidad.

Los programas públicos y privados de salud, implementados hasta el momento en el país, sólo enfrentan algunos de los aspectos de la salud reproductiva considerados anteriormente, constatándose un fuerte desfase entre lo planteado a

nivel conceptual y la situación real de estos programas, que se han circunscrito a atender con marcadas deficiencias algunos aspectos de la salud materno infantil y la planificación familiar.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

A pesar de que en las últimas décadas se verifica una disminución de la tasa global de fecundidad, la misma es mayor en la zona rural (4.8 hijos por mujer) y las adolescentes. En el 1991, el 19% de los nacimientos a nivel nacional y el 27% en la zona rural, fueron madres adolescentes.

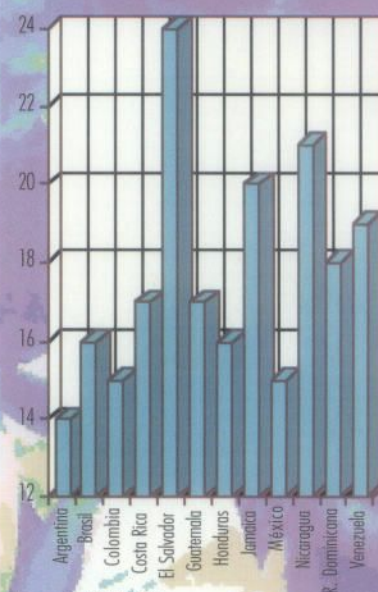
En 1994, los partos en menores de 20 años representaron un 27.9% del total (SESPAS). Las jóvenes inician muy temprano sus uniones y tienen relaciones sexuales con escasa protección. En el 1991, un 18% de las adolescentes había iniciado la procreación, 27% en la zona rural, 44% en las adolescentes sin instrucción y en las dos regiones más pobres del país 33.9% y 31.3%, respectivamente (Molina 1995). Algunos factores de riesgo relacionados con el embarazo en adolescentes son la primiparidad, intervalo intergenésico corto, menor control prenatal, alta frecuencia de abortos y nacimientos prematuros, que conducen a mayor frecuencia de toxemia y BPN.

CUADRO 2
PARTOS EN ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS,
SEGUN GRUPOS DE EDAD, 1994

GRUPOS DE EDAD	SESPAS	Maternidad MNSA	IDSS
< 15 años	1,966	145	
15-19 años	34,878	5,776	1,851
20-24 años	46,208	8,555	1,941
25-29 años	27,764	5,229	1,047
30-34 años	13,809	2,496	363
35-39 años	5,945	943	363
40-44 años	1,428	196	57
> 45 años	197	12	-

Fuente: CESDEM, 1996

Porcentaje de Embarazos en Menores de 20 Años, 1993 en América Latina



Fuente: UNICEF, 1996

Porcentaje de adolescentes que han iniciado la procreación, 1991 en la República Dominicana

Total País: 18%

Zona Rural: 27%

Mujeres sin educación: 44%

Fuente: Gómez, J., Duval, M & Selig, J., 1996



El 30% de las muertes maternas y el 25% de los casos de ETS/SIDA ocurren en adolescentes. En 1994, un 25.5% de los abortos registrados por la SESPAS en su sistema fue en menores de 20 años.

ATENCIÓN PRENATAL Y DEL PARTO

La atención prenatal y del parto, junto a la planificación familiar y el control del crecimiento y desarrollo del niño, constituyen los aspectos centrales del programa materno infantil del Estado, implementándose a través de la Secretaría de Salud Pública desde el año 1956, y los ejes donde se ha centrado la atención a la

salud reproductiva en el país.

A partir de la ENDESA '91, se realizó un análisis más amplio de la morbilidad y la atención materna que caracteriza algunos aspectos generales: mayor proporción de partos en los establecimientos del sector público (64%); alto predominio de las cesáreas en el sector privado (43% contra 16% en el sector público), relativa importancia del parto intradomiciliario (más del 15% de los partos ocurridos en la zona rural, fundamentalmente en las regiones IV y VI) y los bajos niveles de cobertura de la seguridad social, (apenas un 5.7% de las madres, dejando sin protección a las madres que trabajan en el sector agropecuario, en la conducción de vehículos, en traba-

jos artesanales, en trabajos por cuenta propia y en trabajos para particulares). (Morillo, 1993). Los grupos más necesitados fueron los más desprotegidos en todos los servicios: las gestantes de mayor edad, mayor paridez, mayor riesgo obstétrico (menos 20 años/mayores 35), de la zona rural y menor nivel de educación, lo que denota la aplicación de un modelo de atención enfocado no al riesgo, sino a la demanda de servicios de la población.

Desde el año 1991, en el contexto de un proceso de reformas institucionales, se debate la necesaria modernización del sistema de salud, que asegure el funcionamiento adecuado de los servicios y la transformación del actual modelo de atención caracterizado por "un enfoque tradicional biologicista, con limitadas intervenciones de atención primaria en salud y con una visión burocrática, individualista y carente de equidad". (SESPAS/PNUD DOM 92/009).

Como forma de evidenciar las deficiencias en los servicios de la SESPAS, en el Cuadro 3 se presentan algunas actividades relacionadas con la atención al parto. Se observa que en la Maternidad de la Altigracia, principal establecimiento con que cuenta ese subsector para la atención del alto riesgo obstétrico, se concentra el 15% del total de consultas de obstetricia y el 18% del total de partos. Mientras un 12% de los partos re-

portados por SESPAS presentaron problemas (distócicos), en la Maternidad de referencia constituyeron el 18%.

NECESIDADES INSATISFECHAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Para 1995, alrededor de un 25% de las mujeres casadas o unidas, el 36.4% de las adolescentes y 23% en la zona rural tienen una demanda insatisfecha de planificación familiar (Cáceres 1995).

El uso de anticonceptivos aumentó de un 38.4% en 1975 a 56.4% en 1991, mayor al promedio de la región (53%). No obstante, persisten diferencias en la zona rural, los grupos más pobres y de

menor nivel de instrucción.

En el 1991, la prevalencia de uso de anticonceptivos en el D.N. es de 61% y en el Suroeste 43.2%. El 40% de las mujeres con bajos niveles de instrucción lo usan, aumentando a un 66.3% en las más instruidas.

En 1991, 200 mil mujeres en edad fértil presentaron necesidades insatisfechas para planificar sus embarazos, 6.3% para espaciarlos y 5.7% para limitarlos.

LA META ESTABLECIDA POR EL PAN-CUMBRE PARA 1995 ES LOGRAR EL ACCESO DE TODAS LAS PAREJAS A LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

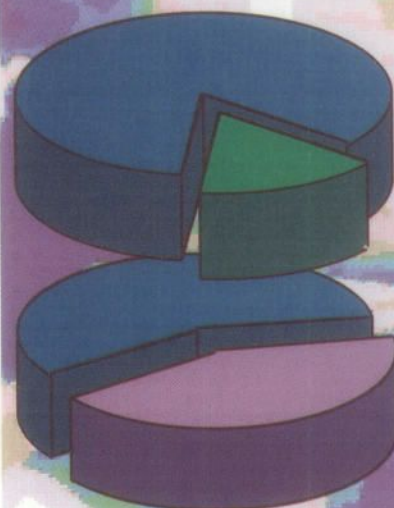
CUADRO 3
PRINCIPALES ACTIVIDADES RELATIVAS A
LA ATENCIÓN AL PARTO, 1994

ACTIVIDADES	SESPAS	Maternidad MNSA
Consulta de obstetricia	482,843	70,449
Total de partos	132,195	23,352
Partos normales	115,150	4,212
Partos distcicos	16,173	166
Partos gemelos	872	166
Cesáreas	-	2,833
Abortos	15,409	3,006

Fuente: Gómez, J., Duval, M & Selig, J., 1996

Partos por Cesáreas, 1991 en la República Dominicana

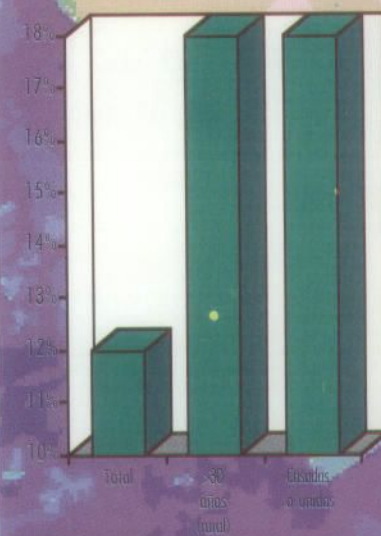
Sector Público: 16%



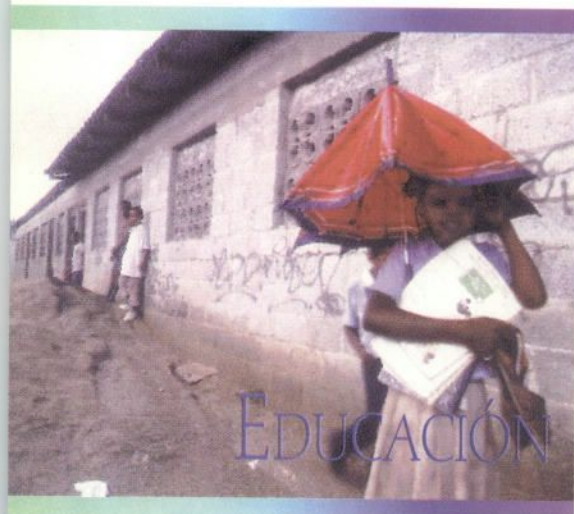
Sector Privado: 43%

Fuente: Gómez, J., Duval, M & Selig, J., 1996

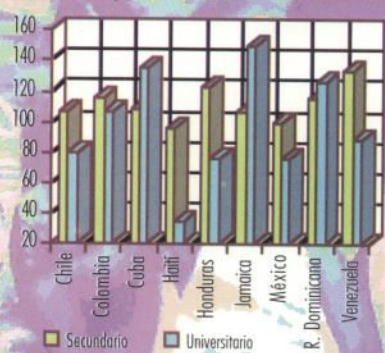
Necesidades Insatisfechas de Planificación Familiar, 1991 en la República Dominicana



Fuente: Gómez, J., Duval, M & Selig, J., 1996



Mujeres/100 hombres, nivel educativo, 1990 en América Latina



Fuente: Gómez, J., Duval, M & Selig, J., 1996

Nivel Educativo por Sexo, 1991 en la República Dominicana

7-14 años



- 1: Ninguno
- 2: Primaria (1-4 años)
- 3: Primaria (5-8 años)
- 4: Secundaria
- 5: Universitaria (1-5 años)
- 6: Universitaria (1-5 años)

Fuente: Gómez, J., Duval, M & Selig, J., 1996

La participación de la mujer en la educación a nivel básico, medio y superior ha venido aumentando en las últimas décadas. Sin embargo, persisten algunos problemas de calidad de la enseñanza y una segregación por género de la educación técnico-profesional.

ANALFABETISMO

En 1991, según la ENDESA '91 la tasa de analfabetismo en la población femenina mayor de 15 años es de 17.9%, siendo en el campo tres veces mayor (31.4%) que en la ciudad (10.8%). Para 1990, la Secretaría de Estado de Educación, Bellas Artes y Cultos (SEEBAC) estima una tasa de analfabetismo de 23.36% (1,124,182 personas de 15 años y más), siendo mayor en los hombres de 15 a 34 años y en las mujeres de 35 a 65 años.

LA META DEL PAN-CUMBRE PARA 1995 ES DISMINUIR LA TASA DE ANALFABETISMO A UN 18% Y A UN 16% LAS MUJERES ANALFABETAS.

NIVEL DE ESCOLARIDAD Y ASISTENCIA ESCOLAR

Según la ENDESA '91, en los niveles básico, medio y superior la proporción de mujeres es ligeramente superior a la de los hombres: 51%, 53.5% y 51.6% respectivamente. La encuesta también

registra que las mujeres entre 5 y 29 años asisten más a la escuela que los hombres. Según la SEEBAC, la matrícula del sector público para el año 1993 muestra un equilibrio según sexo en el nivel inicial y básico (532,131 alumnos y 529,526 alumnas), pero a nivel medio y técnico profesional, la matrícula femenina (82,932 y 4,359) supera la masculina (61,440 y 2,111). En educación de adultos se invierte esta relación (33,311 hombres y 23,029 mujeres). En la educación superior, la participación de la mujer es mayor que la del hombre, aunque la formación tradicional académica según sexo hace que las mujeres predominen en las carreras consideradas "femeninas" como enfermería, pedagogía, farmacia, bioanálisis y sicología.

En 1991, en educación técnico-profesional, el 28.1% de las mujeres de 10 años o más ha realizado algún estudio técnico (16.8% para los hombres). Los cursos "femeninos" en educación doméstica, artes manuales, belleza y servicios son los de menor remuneración. En 1992-94, la SEEBAC incluyó ciertas modificaciones a los libros de textos: uso no sexista del lenguaje y eliminación de imágenes que reflejan desigualdad de roles: La segmentación por género en la formación universitaria y técnica se asocia a la persistencia de estereotipos sexistas en el mercado de trabajo, la familia, la cultura y los medios de comunicación.

La pobreza afecta mayormente a la mujer y se manifiesta en menor participación económica, mayor nivel de desempleo y desigualdad salarial.

PARTICIPACIÓN EN LA ACTIVIDAD ECONÓMICA

El incremento de la incorporación de la mujer a la actividad económica

se evidencia en la tendencia creciente de la tasa de actividad femenina en la población económicamente activa, de un 55.2%.

La disparidad según sexo se registra en la zona rural (46.7% en las mujeres y 83.6% en los hombres) y urbana (60% y 78.8%). (Ver Cuadro 4).

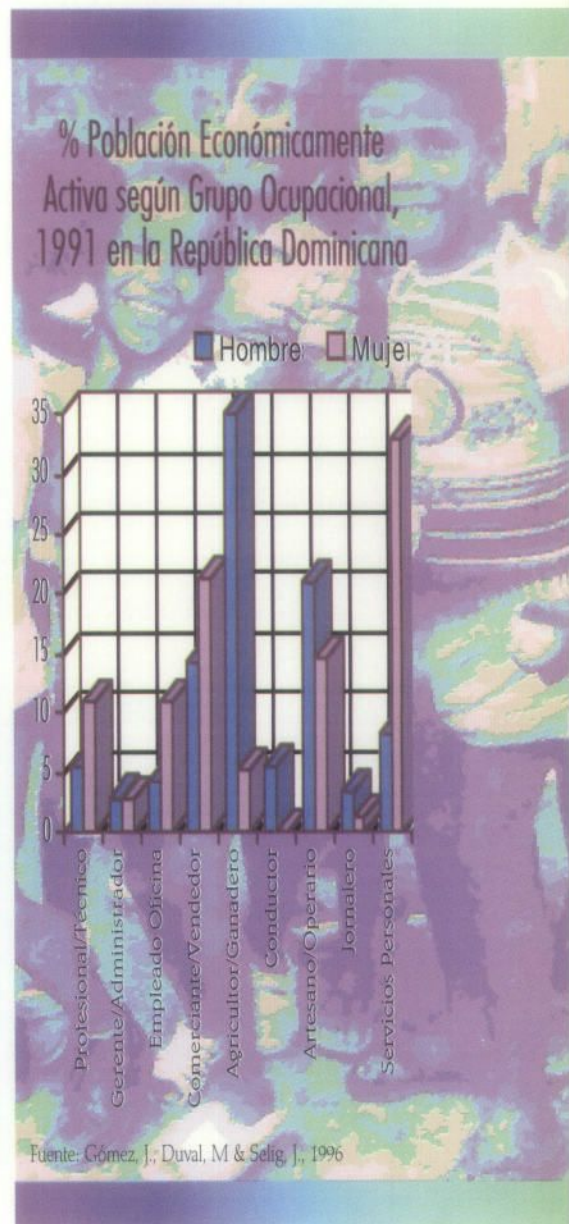
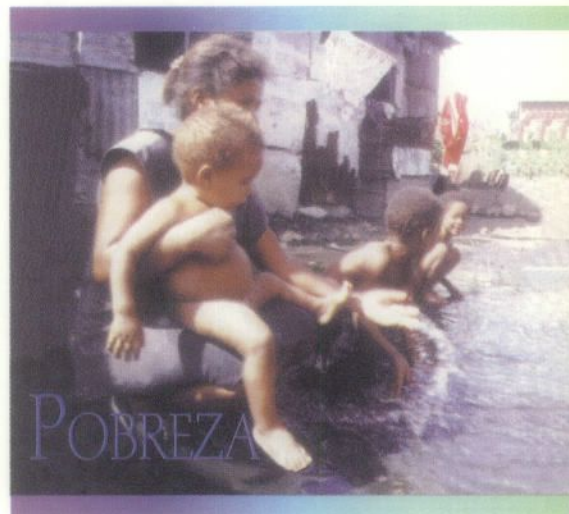
El incremento de las tasas de participación económica de la mujer se ha dado sin cambios signifi-

CUADRO 4

TASAS DE PARTICIPACIÓN ECONÓMICA POR SEXO, SEGÚN ZONA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

	Total país	Urbana	Rural
1980			
Ambos sexos	60.2%	53.2%	67.7%
Mujeres	38.1%	33.5%	43.3%
Hombres	81.7%	73.8%	89.6%
1991			
Ambos sexos	67.8%	68.7%	66.5%
Mujeres	55.2%	60.0%	46.7%
Hombres	80.9%	78.8%	83.6%

Fuente: Gómez, J., Duval, M & Selig, J., 1996



cativos en la segmentación ocupacional en función del sexo, tradicionalmente observada en la economía dominicana.

En la población masculina predominan las actividades agropecuarias (un 36.2%), seguidas por las actividades en las ramas de comercio, restaurantes y hoteles (un 17.7%) y después las actividades de la rama de industrias manufactureras (un 11.6%).

En contraste con estas cifras, la mayor proporción de mujeres se concentra en las actividades de servicios personales (un 32.4%), actividades de comercio, restaurantes y hoteles (un 24.1%) y en las actividades relativas a servicios comunitarios (un 17.8%).

En la zona rural, el 38.7% de la población económicamente activa femenina se dedica a trabajar en servicios personales.

Una encuesta piloto del INSTRAW revela que un 84% del tiempo utilizado por las mujeres en la producción de bienes o servicios no es incluido en las Cuentas Nacionales, contra el 43% en el caso de los hombres (Quiterio 1996).

DESEMPLEO

La ENDESA'91 estimó una tasa de desempleo femenino cuatro veces

mayor que la masculina (un 46.7% contra un 11.8%). Esta disparidad es aún más grave en la zona rural (un 55.0% versus un 9.5%) y en los grupos entre 15 y 29 años.

El problema del desempleo afecta a la Población Económicamente Activa femenina más que a la masculina, razón por la cual se ha definido como una de las áreas críticas de la condición de la mujer en la República Dominicana.

DESIGUALDAD DE INGRESOS

Aunque la salarización de la población económicamente activa femenina (67.0%) es mayor que la masculina (46.1%), en el 1991 el 65.4% de los hombres y el 73.8% de las mujeres tenía una remuneración mensual inferior a RD\$ 1,200.00*, en tanto que el 18.6% de los hombres y el 12% de las mujeres recibían RD\$ 2,000.00** o más. (El salario mínimo en las empresas públicas es de RD\$ 750.00 mensuales y RD\$ 1,250.00 en las privadas).

Esta desigualdad en los ingresos se debe principalmente al predominio de las mujeres en actividades de baja remuneración, como por ejemplo el servicio doméstico, el comercio informal y las

zonas francas.

Esta situación ocurre a pesar de los mayores niveles educacionales de las mujeres (el 25.5% y el 18.1% de las ocupadas había alcanzado el segundo grado y el grado universitario respectivamente contra el 19.3% y 9.6% de los hombres).

MUJERES JEFAS DE HOGAR

La proporción de hogares encabezados por mujeres puede considerarse como una de las manifestaciones de la pobreza femenina, en cuanto éstos presentan condiciones socioeconómicas más precarias (mayor desempleo y subempleo y menor ingreso), que las de aquellos hogares cuyo jefe es un hombre.

En la República Dominicana, la proporción de hogares encabezados por una mujer muestra una tendencia al incremento, alcanzando en 1991 el 25% de todos los hogares, cifra que puede considerarse subestimada porque muchas mujeres, sobre todo las casadas o unidas no declaran su condición de jefas. Para cumplir con su responsabilidad de ser la única o la principal

* Equivalente a US\$ 89.55 a la tasa oficial de RD\$ 13.40 x US\$ 1.00

** Equivalente a US\$ 149.25 a la tasa oficial de RD\$ 13.40 x US\$ 1.00

proveedora, ellas implementan una serie de estrategias de sobrevivencia familiar, como el alargamiento de la jornada de trabajo, la incorporación de los hijos al mercado laboral, la ampliación de la familia y las prácticas de ayuda mutua con los vecinos y parientes.

La mayoría de las mujeres jefas de hogar son divorciadas o separadas.

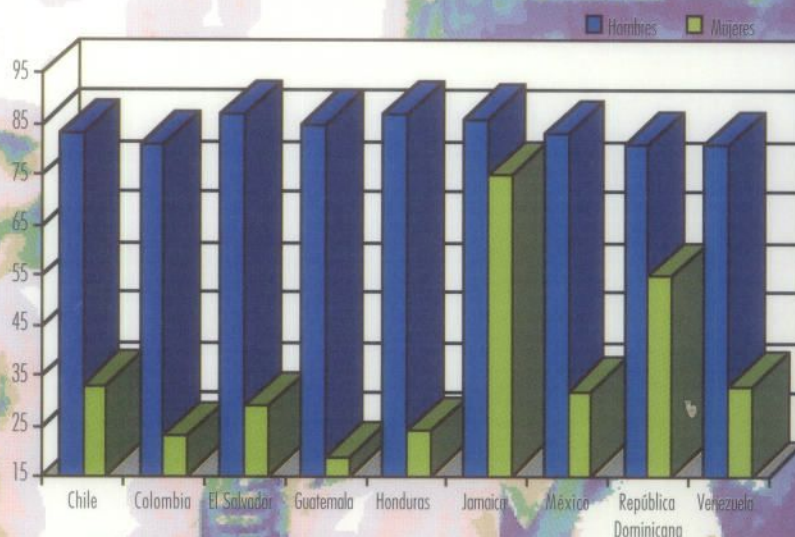
De este hecho se puede deducir que su creciente y elevado número no es producto de una flexibilización de los tradicionales patrones patriarcales de autoridad.

Por el contrario, podría ser una consecuencia del choque de dichos patrones con la asunción por parte de las mujeres de nuevos roles, relacionados con su mayor participación en la actividad económica y su mayor nivel de escolaridad.

Sería útil conocer qué proporción de las mujeres que tienen hijos menores no reciben de sus ex-maridos y compañeros la pensión establecida por la ley.

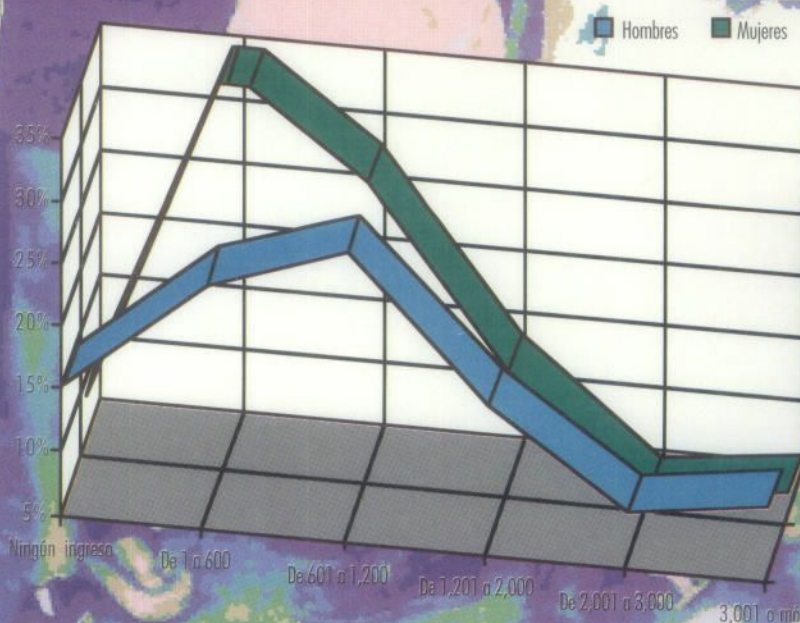
Aunque no existen estudios que lo avalen, es muy probable que la condición de jefa de hogar limita a las mujeres en sus oportunidades de educación e incrementa sus riesgos de morbilidad, como consecuencia del stress que les genera la carga de responsabilidades domésticas y no domésticas. (CESDEM, 1996)

Tasa Participación Población Económicamente Activa, 1995 en América Latina



Fuente: UNICEF, 1996

Distribución del Ingreso Mensual (en pesos dominicanos) de la PEA, por Sexo, 1991 en la República Dominicana



Fuente: Gómez, J., Duval, M & Selig, J., 1996





DETERMINANTES DIRECTOS E INMEDIATOS, SUBYACENTES Y ESTRUCTURALES

DE LA SITUACION DE LA NIÑEZ Y LA MUJER

DETERMINANTES DIRECTOS E INMEDIATOS

Una serie de determinantes tienen un efecto inmediato en los indicadores de la situación de la niñez y la mujer, tales como la vivienda, alimentación, conocimientos, actitudes y prácticas en salud, lactancia materna y condiciones del trabajo.

CONDICIONES DE LA VIVIENDA

El gasto en vivienda con respecto al presupuesto nacional aumentó de 8.7% en 1987 a 26.5% en 1992, construyéndose unas 35

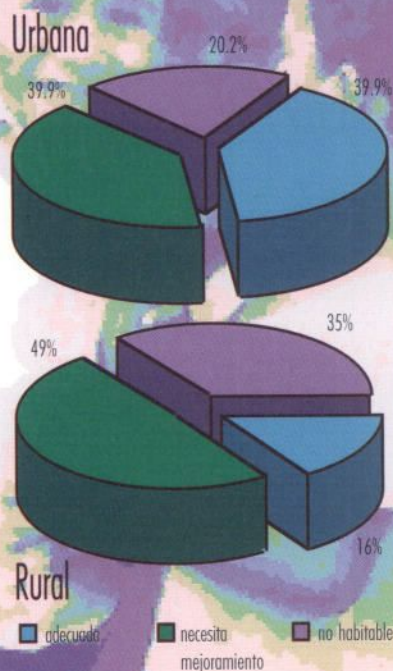
mil viviendas.

Sin embargo, existe un déficit acumulado de 400 mil viviendas y una demanda de 70 mil por año por parte de los nuevos hogares. El sector formal construye el 24% y el informal el 76%.

El 39.3% de la población urbana y 59% de la rural habita en hogares cuyo promedio de personas por dormitorio es superior a tres (ENDESA'91), lo que facilita el contagio de enfermedades infecciosas y crea un ambiente propicio para el conflicto interpersonal, el abuso físico y sexual, el bajo rendimiento académico y la exposición de riesgos en la calle de los niños, niñas y adolescentes.

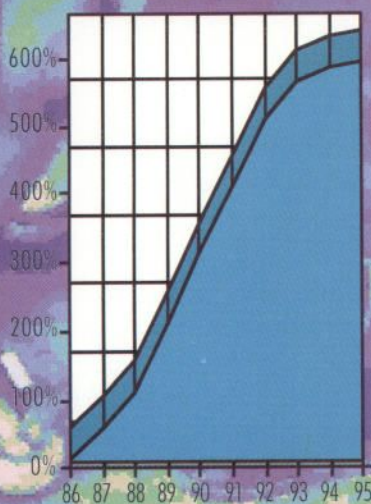
Si bien las viviendas adecuadas aumentaron del 21.1% en 1981 a 39.9% en 1991, continúa siendo mayoritaria la proporción de viviendas que deberían ser mejoradas (39.9%) o totalmente sustituidas (20.2%).

Condiciones de la vivienda, 1981-1991, en la República Dominicana



Fuente: Gómez, J., Duval, M & Selig, J., 1996

Alza del Índice de Precios al Consumidor, 1986-1995 en la República Dominicana



Fuente: Gómez, J., Duval, M & Selig, J., 1996

La situación es más grave en la zona rural donde apenas un 16% de las viviendas son adecuadas, mientras el 49% necesita ser mejorada, un 35% no es habitable y casi la mitad de los hogares no dispone de agua por tubería ni de energía eléctrica (ENDESA '91).

CONSUMO DE ALIMENTOS

El crecimiento del sector agropecuario es de 0.35% anual menor que el crecimiento de la población. Aproximadamente, el 80% de la población no consume la cantidad de alimentos necesarios (Rojas 1995).

El índice de precios al consumidor (IPC) se incrementó en 1986-93 en un 554%. Para 1995 el IPC aumentó 7.2%, inferior al 23.6% de 1994.

La canasta familiar agropecuaria (CFAP) tuvo un aumento acumulado de 480% en 1986-93. En 1993, el salario mínimo permitía cubrir el 75% de la CFAP y en el campo sólo el 38%.

En 1990, los aportes calóricos per cápita del país se mantienen por debajo de los países de la región (2,310 calorías versus 2,757) (PNUD 1990).

Para las familias de escolares, el CENISMI determinó en 1994 que el 67.4% comía tres veces al día, el 23.7% dos y el 7.2% una.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD Y NUTRICIÓN

Existen limitaciones en cuanto al manejo de información y conocimientos sobre salud por parte de la población a nivel de los conceptos, las funciones médico-biológicas y la detección de riesgos y peligros para la salud. Por ejemplo, en 1987 el 55% de las madres redujeron los alimentos a sus hijos/as afectados por EDA (Selig 1987), en tanto que para 1992, una encuesta CAP arroja el 41.3% (zona urbana) y 49.8% (zona rural).

La misma encuesta señala que el 40% de las madres en la Región 0 de Salud no reconoce que EDA pueda matar, el 32.3% utiliza la TRO como primera opción y 55.7% cree que la lactancia materna previene enfermedades. Las prácticas higiénicas deficientes (no hervir el agua, no tapar los alimentos ni la basura, no lavarse las manos) influyen en la frecuencia de EDA. Según ENDESA '91, el 66% de madres ha usado las SRO, 95% conoce de éstas; durante la diarrea 15% aumenta la lactancia, 4% incrementa líquidos y 26% recibe antibióticos.

LAS METAS A 1995 SON LOGRAR 80% EN USO DE TRO Y 50% DE LOS CASOS CORRECTAMENTE TRATADOS.

LACTANCIA MATERNA

Apenas el 5% de la niñez recibió la lactancia materna exclusiva en 1991. Aunque entre 90 y 92% de las madres la inician, pocas la mantienen (10% en los/as menores de tres meses y 23% en los de 6-15 meses de nacido). Según ENDESA'91, la lactancia materna disminuyó en un mes su duración mediana en relación al 1986, y las variaciones según nivel educativo de las madres y zona de residencia son muy significativas.

Un logro importante consiste en la aprobación de una ley que prohíbe la promoción en hospitales de sucedáneos de la leche materna. (Ley 8/95).

LA META ESTABLECIDA POR EL PAN-CUMBRE PARA 1995 ES AUMENTAR A UN 20.5% LA LACTANCIA MATERNA HASTA LOS 2 AÑOS. OTRA META ES AUMENTAR A 13 LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES AMIGOS DEL NIÑO/A Y LA MADRE.

CONDICIONES DE REALIZACIÓN DEL TRABAJO DOMÉSTICO

La ENDESA'91 muestra las duras condiciones del trabajo doméstico en amplios grupos de la población femenina, especialmente en el medio rural, donde

sólo el 46.7% de los hogares tiene acceso a agua potable, el 45% a alumbrado eléctrico y apenas un 6.4% a inodoro intradomiciliario.

En la zona urbana esas proporciones fueron de 83%, 97% y 51%, respectivamente. Además, uno de cada cuatro hogares (más de la mitad a nivel rural) prepara sus alimentos con carbón o leña, lo que causa problemas respiratorios e incrementa la deforestación de los bosques.

CONDICIONES DEL TRABAJO INFANTIL

Los menores trabajadores laboran en pequeños establecimientos, informales y familiares, casi siempre en condición de aprendiz o ayudante con baja remuneración. Especialmente, los que trabajan como asalariados en la agropecuaria se exponen a condiciones ambientales poco apropiadas y a sustancias tóxicas sin protección.

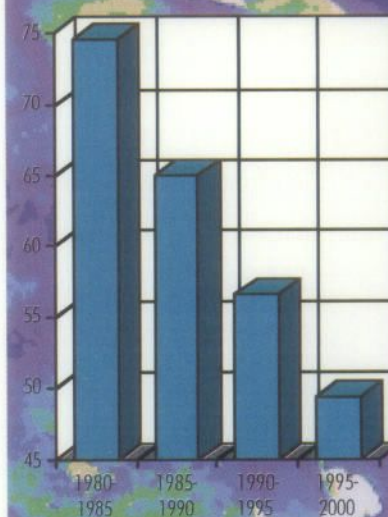
Según el IDSS, entre 1979-88, los menores de edad representaban el 3% de los accidentes de la industria azucarera (6.58% en labores de aplicación de abonos y 4.24 % entre picadores de caña). En 1995, la SEEBAC y la JAD inician un proyecto de capacitación y educación escolar sobre el uso y manejo seguro de plaguicidas agrícolas dirigido a escolares y adultos.

CAP sobre Lactancia Materna 1992-1993. Promedio de Regiones 0, I y V en la República Dominicana



Fuente: Gómez, J., Duval, M & Selig, J., 1996

Disponibilidad de Servicios y Combustibles, 1991 en la República Dominicana



Fuente: Gómez, J., Duval, M & Selig, J., 1996

DETERMINANTES SUBYACENTES

Los determinantes subyacentes en la situación de la niñez y la mujer son la familia, trabajo informal, migración, urbanización y fecundidad, acceso a recursos productivos y a la toma de decisiones, y la legislación.

ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA

Las características socio-demográficas de las familias que más influyen en la situación de la mujer y la niñez son:

- Precocidad de las uniones conyugales (el 57.3% de las mujeres de 25 a 49 años se unieron antes de cumplir 20 años),
- Inestabilidad de las uniones (el 16.4% de las mujeres estaba divorciada o separada), frecuencia de uniones consensuales (el 31.9% a nivel nacional y el 41.7% en la zona rural),
- Familias no nucleares (el 42.4% de los hogares son nucleares biparentales y el 40.1% extendidos o compuestos),

- Reducido intervalo entre nacimientos (el 36% de los nacimientos ocurre con un espaciamiento menor de dos años) (ENDESA'91).

La paternidad irresponsable (descuido en la crianza de los hijos y mantenimiento del hogar) afecta al conjunto de la familia. Además, en el 1991, el 29.5% de los hogares son encabezados por mujeres. El 43% de las jefas participa en actividades remuneradas, en contraste con el 90% de los jefes de hogares. Además, su principal fuente de ingresos son las ayudas familiares (41.6%) y las remesas (51.9%) (QUITERIO 1995).

Para cumplir con su responsabilidad de única o principal proveedora, la mujer implementa múltiples estrategias familiares de sobrevivencia, tales como alargamiento de la jornada de trabajo, incorporación de los hijos al mercado laboral, ampliación de la familia con miembros colaterales y prácticas de ayuda mutua con vecinos y parientes. En estas condiciones, la jefatura femenina del hogar limita sus oportunidades educativas e incrementa sus riesgos de morbilidad.

En cuanto a la violencia familiar contra la mujer, según el CIPAF (1995), entre 1990-94 se registraron 516 homicidios de mujeres, entre las cuales el 51% es menor de 30 años. La violencia contra la mujer prolifera por la inexistencia de le-

yes adecuadas, bajo registro de denuncias, imagen estereotipada de los medios de comunicación y determinados valores culturales sexistas.

Datos referidos a mujeres urbanas de la ciudad de Santo Domingo, con un perfil socioeconómico de medio a bajo, registran que el 96% recibió algún tipo de agresión física y psicológica por parte de su compañero, en tanto que el 43% fue obligada a mantener relaciones sexuales contra su voluntad. Del total de mujeres agredidas físicamente, el 48% se queda callada y el 57% tolera la situación y no busca ayuda, mientras que sólo un 3.8% está en disposición de recurrir al uso de la ley (Sánchez et al. 1992).

El incremento de la violencia contra la mujer en el país es concomitante con el aumento de la violencia intrafamiliar.

Para el 1991, el CIPAF registra que uno de cada seis hogares confronta alguna forma de violencia y, en el 1995, el 80% de las mujeres que recurrieron a terapeutas fue víctima de violencia sexual.

IMPORTANCIA DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA

La demanda insatisfecha de empleo y los bajos salarios provocan que la familia implemente diversas estrategias de

sobrevivencia en el sector informal caracterizado por su pequeña escala, inestabilidad, baja productividad y remuneración y uso de mano de obra familiar.

La magnitud del sector informal en la economía dominicana es muy importante ocupando el 48.9% de la PEA masculina y 30.3% de la femenina en las categorías de trabajadores por cuenta propia y trabajadores familiares no pagados. Además, en 1994, más de 319 mil microempresas (37.3% de las cuales pertenecen a mujeres) ofrecen empleos a más de 830 mil personas.

La situación de la niñez y la mujer se ve afectada por las características propias del sector informal como la desprotección laboral, bajos ingresos y horario extenso, todo lo cual restringe el acceso a la atención médica y seguridad social, eleva la prevalencia de enfermedades relacionadas con el exceso de trabajo, reduce el rendimiento académico y estimula la deserción escolar.

FACTORES DEMOGRÁFICOS: MIGRACIÓN, URBANIZACIÓN Y FECUNDIDAD

La migración, la urbanización y la fecundidad afectan la niñez y la mujer por la dinámica acelerada y desigual de los cambios demográficos.

En el 1991, el 34% de la población había nacido en una localidad distinta de la residencia; uno de cada seis hogares fue afectado por la emigración. Los flujos migratorios internos y externos son predominantemente femeninos.

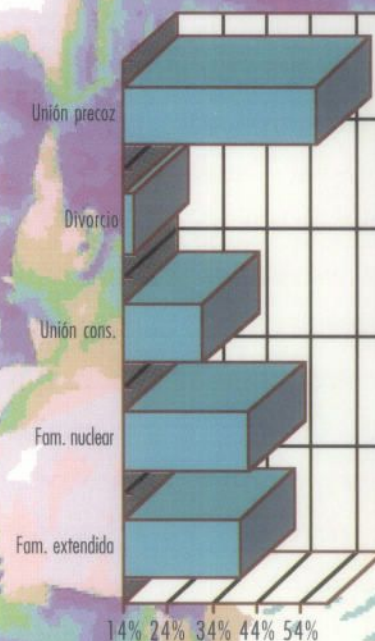
La urbanización acelerada y no planificada crea una demanda insatisfecha de servicios públicos, vivienda y empleo. La elevada fecundidad en mujeres jóvenes, los espaciamientos menores de dos años y los nacimientos no deseados son conductas reproductivas que contribuyen con altas tasas de mortalidad materna e infantil, desempleo y bajos niveles de instrucción.

ACCESO DE LA MUJER A RECURSOS PRODUCTIVOS Y A LA TOMA DE DECISIONES

El limitado acceso a recursos productivos y a la toma de decisiones refleja niveles de subordinación de la mujer, a pesar de su incorporación masiva al trabajo y a la educación en las últimas décadas.

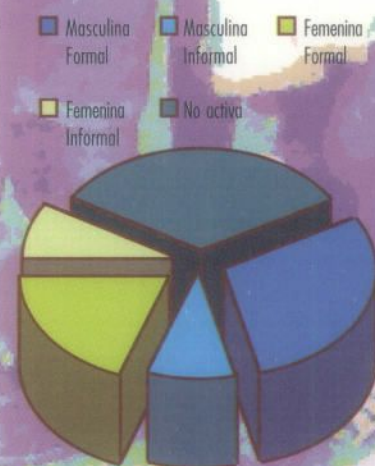
En cuanto al acceso a recursos productivos como tierra, crédito, bienes inmobiliarios, la diferencia con los hombres es muy significativa. La mujer no es beneficiaria directa y sólo es heredera del marido en caso de muerte o abandono, lo que a su vez no asegura la propiedad

Características Sociodemográficas Familiares, 1991 en la República Dominicana



Fuente: Gómez, J., Duval, M & Selig, J., 1996

Sectores Formal e Informal de la PEA según sexo, 1991 en la República Dominicana



Fuente: Gómez, J., Duval, M & Selig, J., 1996

la alta proporción de uniones consensuales en el medio rural. En 1994, el 7.5% de los 87,743 parceleros a nivel nacional eran mujeres y recibieron apenas el 7% de los créditos del Banco Agrícola. La participación política en el país registra una desigual representación por sexo en el congreso, judicatura, partidos políticos, sindicatos, ayuntamientos y gremios. En la actualidad, más del 90% de los congresistas son masculinos y en los gobiernos locales, donde hay una mayor presencia femenina, ésta no alcanza un 10%. En contraste con la incidencia marginal de las mujeres en el plano político, se verifica una creciente integración femenina en las organizaciones comunitarias y barriales urbanas y rurales.

SITUACIÓN LEGAL DE LA MUJER

La legislación dominicana requiere de importantes modificaciones en los códigos civil, penal, laboral y comercial a fin de eliminar los contenidos discriminatorios contra la mujer. El anteproyecto de modificación de la legislación, sometido al Congreso Nacional en 1986, no ha sido aprobado, aunque se han introducido pequeños y aislados cambios en el conjunto de propuestas. En el código penal persiste la excusabilidad del homicidio del cónyuge sorprendido en el adul-

terio. La definición del estupro y la violación como delitos contra la honestidad y el pudor atenúa la sanción de los infractores. La violencia doméstica y sexual no están tipificadas como delitos, ni existe un tribunal especializado para su deliberación. En 1993, se depositó en el congreso un anteproyecto de ley al respecto que está pendiente de aprobación.

En materia de protección laboral, en 1992 se realizaron modificaciones al código de trabajo, aunque se mantiene la desprotección de la trabajadora doméstica y del sector informal.

ACCESIBILIDAD Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS SOCIALES

Los servicios sociales se orientan a la satisfacción de las necesidades básicas de la población. Sin embargo, su cobertura y calidad no llega a grandes sectores de la población. Especial importancia para el bienestar de la niñez y la mujer tienen los servicios de salud, agua potable y saneamiento básico.

SALUD

El sector salud cubre, a través de los servicios de SESPAS y el Instituto Dominicano de Seguros Sociales al

47% de la población y a nivel privado al 20%.

Alrededor del 30% de la población no tiene acceso y se registra una baja calidad y falta de materiales y equipos, capacitación del personal insuficiente, concentración de especialidades en pocos centros urbanos, centralización de las acciones y decisiones, orientación curativa y hospitalaria (el 75% del gasto en salud se destina a la curación de enfermos y sólo el 10% a los servicios primarios preventivos) y débil coordinación institucional. El gasto per cápita en salud para 1990 era de US\$ 37.00, mientras que para la región de América Latina era de US\$ 105.00. Persisten diferencias regionales del servicio, aunque el 82.6% de los niños de 0-4 años cuenta con un establecimiento público o privado a 5 Kms. o menos de su hogar (el 67.5% a menos de 1 Km.) y el 83.2% de las madres puede llegar a un hospital público que ofrece servicio materno-infantil en 30 minutos.

En 1991, el país tenía un médico por 935 habitantes, proporción más alta que el promedio de la región (1 médico por cada 1,210 habs.).

En los últimos años, se han incorporado iniciativas como UROC, Hospitales Amigos del Niño/a y la Madre, fomento a la lactancia materna, inmunización que de ser generalizadas lograrán mayores impactos en la salud de la niñez y la mujer.

AGUA

Para 1994, se estima que el 35% de la población total (2,475,493 personas, 54% de la zona rural y 20% en la urbana) no contaba con el servicio de agua potable (ONAPLAN 1994). El 30% de los sistemas del INAPA cuenta con plantas de tratamiento; el 36% de las conexiones domiciliarias instaladas está fuera de servicio; el 46% de los medidores no funciona; el 75% de los acueductos no realiza control sanitario y el 48% del volumen del agua producida se pierde.

LAS METAS ESTABLECIDAS POR EL PAN-CUMBRE PARA EL 1995 ES LOGRAR UNA COBERTURA DE AGUA DE 90% Y 65% PARA LA ZONA URBANA Y RURAL.

SANEAMIENTO BÁSICO

Estimaciones de I. Santana y M. Rathe en 1984 señalan que el 24.1% de los hogares tenían conexión, el 14.6% contaba con pozo séptico y el 37.4% tenía inodoro (42.2% según ENDESA'91) (Cf. ONAPLAN 1994).

Para 1991, el 70% de la población tenía acceso a los servicios de alcantarillado y de éstos sólo la mitad estaba conectado, y el 59% disponía de letrinas (Mendoza 1992).

LAS METAS ESTABLECIDAS POR EL PAN-CUMBRE PARA 1995 EN SANEAMIENTO BÁSICO ES LOGRAR UNA COBERTURA DE 90% Y 52% PARA LAS ÁREAS URBANA Y RURAL.

DETERMINANTES ESTRUCTURALES

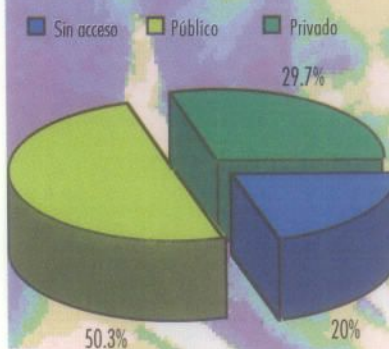
Las políticas macroeconómicas y la pobreza (y su cultura) constituyen los determinantes estructurales de la situación de la niñez y la mujer.

POLÍTICAS MACROECONÓMICAS Y SOCIALES

Cuatro aspectos son esenciales para la evaluación del impacto de la política económica en el bienestar de la población: macroeconomía, reforma arancelaria y tributaria, ingresos y empleos.

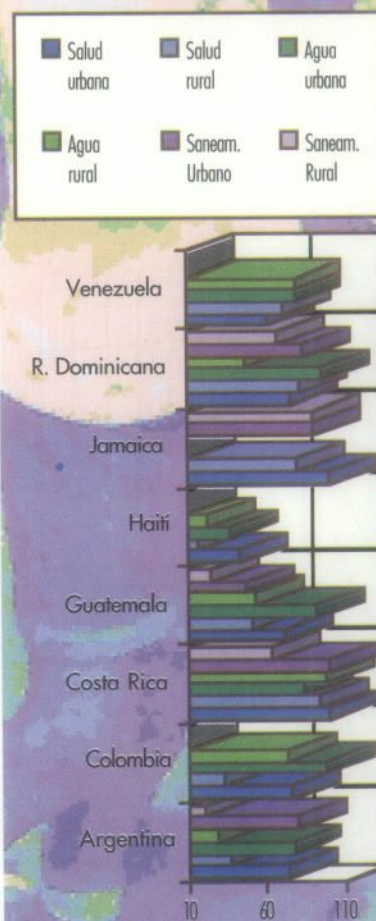
El control de la inflación, la reducción del déficit fiscal y el aumento de los ingresos fiscales de un 11.9% del PBI en 1990 a 13.4% en 1995 constituyen logros de la política económica implementada a partir de 1990-92. Sin embargo, la estabilidad macroeconómica no está exenta de factores externos adversos e incontrolables por el Estado. La reforma arancelaria y tributaria modificó los aranceles

Acceso a Servicios de Salud, 1995 en la República Dominicana



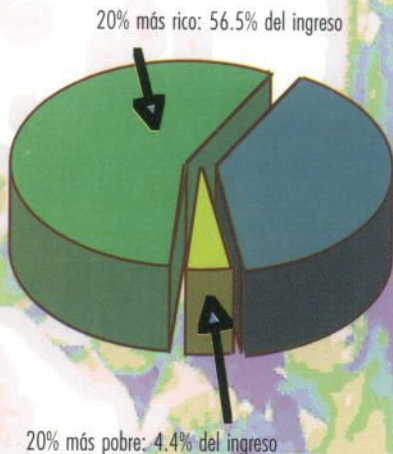
Fuente: CESDEM, 1996

Acceso a Servicios Sociales, 1985-1995 en América Latina



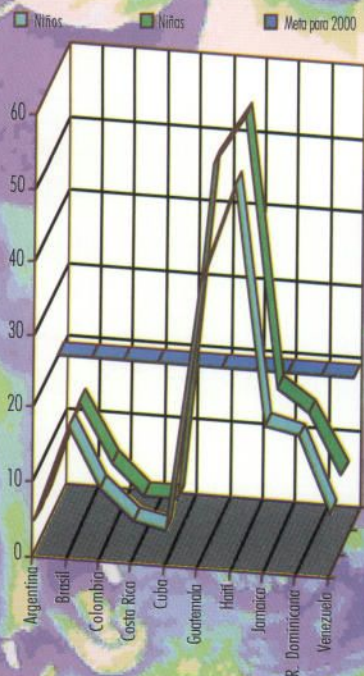
Fuente: UNICEF 1996

Distribución del Ingreso Nacional, 1992 en la República Dominicana



Fuente: Gómez, J., Duval, M. & Selig, J., 1996

Relación Ingreso 20% más rico/20% más Pobre en América Latina, 1989-1993



Fuente: UNICEF, 1996

de los bienes importados y las tasas del ITBIS y el impuesto selectivo al consumo. Lizardo y Reyes (1995) consideran que estas reformas, desde el punto de vista del consumo, han mejorado la situación de la pobreza en la medida que el estrato más pobre redujo la proporción del pago de sus ingresos en impuestos a los bienes de consumo de 8.5% a 6.9%.

En el país persiste una extrema desigualdad en la distribución del ingreso. Según la Encuesta de la Fundación Economía y Desarrollo, en el 1992 el 20% de la población recibió el 4.4% del ingreso nacional, mientras que el 20% más rico absorbió el 56.5% del ingreso nacional. Entre 1991-94, según el Banco Central, el ingreso del 20% de la población ocupada más pobre se redujo en un 12%, mientras que el ingreso del 20% de la población ocupada más rica mejoró en un 16%. Así, el crecimiento económico y la estabilidad macroeconómica no se realizan en el marco de la equidad social. *

En cuanto al empleo, según el Banco Central, entre 1993-94 se registró una disminución del 5% en la tasa global de participación y desempleo. Sin embargo, no han sido creados nuevos empleos y más de 23,000 microempresas desaparecieron. La política económica, reafirmada en 1994, presenta dos aspectos diferentes. Por un lado, muestra una mejoría de los indicadores macroeconómicos y, por el otro, no tiene un impacto sufi-

ciente para superar la pobreza. La población pobre, imposibilitada de acceder con equidad a mejores ingresos y servicios, presiona irracionalmente los recursos naturales poniendo en peligro su salud y el medio ambiente.

LA SOCIALIZACIÓN DE LA NIÑEZ Y LA MUJER EN LA CULTURA DE LA POBREZA

Existe una relación estructural entre pobreza y cultura. La cultura de la pobreza, condicionada por la incidencia de abandono de mujeres y niños/as, así como por carencias sociales (salud, educación, vivienda, agua potable, saneamiento básico, seguridad social y recursos e ingresos familiares insuficientes) reproduce una serie de valores, ideas, actitudes y patrones de conducta que impiden a la población pobre satisfacer sus necesidades básicas, tomar conciencia de los derechos que le asisten y participar en la ejecución de políticas sociales tendentes a la superación de su condición pobre.

Los cambios culturales, la debilidad de las instituciones, la ineficacia del sistema judicial, el impacto de los medios de comunicación y el incremento de la ilegalidad inciden negativamente en los valores e instituciones familiares y educativas, perdiendo éstos sus funciones de

socialización, lo que promueve la desintegración social, abuso y violencia. La mayoría de la niñez y mujer en el país se socializa en el hogar y la comunidad dentro de un contexto de la cultura de la pobreza. La cultura de la pobreza, reproducida especialmente en el proceso de socialización de la niñez, limita la superación de la pobreza en la forma como se construye el sentido del tiempo, la configuración del espacio, la objetivación, la estabilidad, el dominio del medio y la familia.

La cultura de la pobreza no valoriza la planificación e institucionalidad de las acciones, lo que se refleja en la inestabilidad institucional y emocional. La precariedad del espacio vital (viviendas hacinadas, calles y callejones estrechos y medios de transporte deteriorados) condiciona la ocupación del espacio público como una prolongación del ámbito particular. La movilidad territorial y las separaciones conyugales coadyuvan con la baja autoestima y la corrección punitiva. Los niños/as de la calle son los que peor tratamiento reciben en el hogar, seguidos por los institucionalizados, los que están en la calle y los escolares. En una encuesta de profundidad sobre la forma como perciben la estima de sus progenitores, el 46.4% de los niños de la calle respondieron en forma negativa, los institucionalizados 23.7%, en la calle 17.6% y escolares 15.7%.

Existe una relación directa entre la baja autoestima y el autoritarismo del hogar. La autoridad familiar se fundamenta en manifestaciones de fuerza como castigos, privaciones e insultos. La violencia familiar produce en la niñez y la mujer inseguridad ante la vida, agresividad defensiva, vacío afectivo y una gran necesidad de reconocimiento. La agresividad y el maltrato del hogar se traducen en bajos rendimientos escolares.

La agresividad del hogar pobre es tan fuerte como ineficaz: es preferible un conflicto con un vecino o un miembro familiar que exigir sus derechos ciudadanos ante las autoridades públicas o privadas. La pobreza crea un sentimiento de frustración y la cultura legítima la convicción de que "todo vale" para alcanzar el bienestar deseado. A esto se une la desvalorización de la educación y el trabajo como medios de superación de la pobreza. En la cultura de la pobreza no se concibe la infancia y la adolescencia como etapas que requieren una protección especial, registrándose una alta incidencia de abandono de mujeres y niños/as, incorporación prematura al mercado laboral, iniciación sexual temprana y uniones libres entre las parejas.

La pobreza se convierte en un mecanismo de automarginación a través de la cultura que la sustenta, impidiendo la exigencia del cumplimiento de los derechos humanos y de ciudadanía, así como



demandar el acceso a los servicios públicos y participar activamente en el combate de la pobreza que padece la población pobre.

Sin embargo, el círculo vicioso entre pobreza y cultura que afecta la situación de la niñez y la mujer puede romperse por la implementación de políticas macroeconómicas y sociales que permitan mejorar los ingresos y niveles de empleos, mejorar el acceso a los servicios básicos, promover la participación de la población en programas focalizados, cumplir con los términos de las convenciones de los derechos de la niñez y de la eliminación de la discriminación de la mujer, así como la implementación de programas de cambio de actitudes y valores en el medio social, el universo simbólico y el proceso de socialización familiar.





SITUACIÓN DE LA NIÑEZ Y LA MUJER

EN EL MARCO DE LAS CONVENCIONES RESPECTIVAS

SITUACIÓN DE LA NIÑEZ

EN EL MARCO DE LA CONVENCION SOBRE
LOS DERECHOS DEL NIÑO DE 1991

La República Dominicana ratificó la Convención de los Derechos del Niño en el 1991, comprometiéndose a adoptar las medidas jurídicas, políticas y administrativas necesarias para garantizar que los niños/as y adolescentes, sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política y origen étnico o social puedan ejercer los derechos en ella consagrados. La Convención contiene la doctrina de la protección integral, que afirma el valor intrínseco de la niñez, con derecho a la protección integral por parte de la familia, de la sociedad y del Estado, el cual debe actuar a través de políticas específicas para la atención, promoción y defensa de sus derechos. El Código para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes, promulgado en 1994, asimila el contenido de la Con-

vención en materia de derechos y doctrina de la protección integral y abarca los derechos individuales (vida, libertad y dignidad) y colectivos (económicos, sociales e culturales); a la vez que define las líneas de la política de atención y los mecanismos y entidades para su ejecución.

AVANCES Y LIMITACIONES EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS ACUERDOS DE LA CONVENCION

Comparando lo que establece la Convención y la situación actual de la infancia y adolescencia en el país, se visualizan logros en el ejercicio de sus derechos, así como debilidades y áreas críticas en su cumplimiento. Actualmente, los logros más importantes en la defensa de los derechos de la niñez en el país son:

- Ejecución del Plan Nacional de Acción de la Cumbre Mundial de la Infancia con acciones en salud/nutrición, educación, agua y saneamien-

to básico, MCED, mujer, política e información social;

- Implementación del Plan Decenal de Educación y fortalecimiento de estrategias no formales de educación;

- Desarrollo de una estrategia de comunicación y movilización social en torno de los derechos de la niñez;

- Adecuación de la legislación nacional a los términos de la Convención;

- Reordenamiento institucional para establecer un sistema de protección integral de la niñez y la adolescencia, incluyendo el Organismo Rector y la Dirección Técnica Ejecutiva, en cargos de la definición de normas y políticas, así como supervisar, coordinar y evaluar los programas dirigidos a la niñez;

- Nombramiento de defensores de la niñez en la ciudad de Santo Domingo para la evaluación de los casos de los/as menores infractores y la conciliación de los conflictos familiares;

- Definición y aplicación de un procedimiento de adopción conforme a la convención y el código;

- Definición de un programa para el tratamiento integral de la niñez objeto de abuso;

- Inicio de un proceso de fortalecimiento de la gestión local a través de la iniciativa Síndicos Defensores de la niñez;

- Inventario nacional de ONGs que trabajan con la infancia para su integración a las estructuras y mecanismos establecidos en el código.

Están pendientes acciones y procesos, tales como conformar las filiales del Organismo Rector y los consejos de los derechos de la niñez a nivel regional y provincial; establecer jurisdicciones especializadas y nombramiento de defensores a nivel nacional; capacitar al personal de las entidades que forman el sistema de protección de la niñez y adolescencia; aplicar políticas y programas de asistencia social y de carácter supletorio

para niños/as y familias necesitadas; crear un sistema de reporte y atención para menores abusados, abandonados o dedicados a la prostitución; mejorar la calidad de la atención prestada en las instituciones de internamiento de menores; desarrollar una estrategia de información, comunicación y educación para la defensa y promoción de los derechos de la niñez.

SITUACIÓN DE LA MUJER

EN EL MARCO DE LA CONVENCION PARA LA
ELIMINACIÓN DE TODAS LA FORMAS DE
DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER, DE 1979

La Convención para la Eliminación de todas la Formas de Discriminación contra la Mujer, firmada por el país en 1979, contiene los principios más importantes de la igualdad social entre los géneros e incluye un conjunto de disposiciones que influyen en la condición de la mujer: política, educación, cultura, salud, familia, empleo, economía y legislación.

En la vida política, propende a la igualdad de condiciones entre los sexos para el ejercicio de la ciudadanía. En la educación, a iguales oportunidades de capacitación profesional, al acceso a la enseñanza básica y de adultos en zonas urbanas y rurales, así como a eliminar los estereotipos de género en todos los niveles de enseñanza. En el plano de la cultura, busca eliminar prejuicios y prácticas basadas en la inferioridad o superioridad de los sexos. En salud, asegurar acceso universal a la atención médica y a la planificación familiar. En la familia y la vida doméstica, procura eliminar la discriminación relacionadas con las uniones conyugales y las relaciones familiares. A nivel del empleo, igualdad de derechos al trabajo y la libre elección de profesión y empleo. En el plano económico y social, defender el derecho de la mujer a recursos productivos y a la toma de decisión. En materia de legislación, establece la igualdad jurídica entre los géneros.

ASPECTOS CRÍTICOS EN LA APLICACIÓN DE LA CONVENCIÓN DE LA MUJER

- Se requieren modificaciones en los códigos civil, penal, laboral comercial para eliminar los contenidos discriminatorios que impiden la participación igualitaria de los géneros.
- Persiste un fuerte desequilibrio entre la incorporación masiva femenina al trabajo productivo y a la educación, y su presencia minoritaria en todo el sistema jurídico, político e institucional del país.
- La incorporación de la mujer a la actividad laboral, predominantemente en los servicios y el sector informal, se realiza en el marco de un elevado desempleo y bajos ingresos.
- Además, se verifica una desigualdad salarial según sexo debido en parte al predominio de las mujeres en las actividades y oficios de menor remuneración.
- La seguridad social se caracteriza por su baja cobertura dejando sin protección a grupos de mujeres de alto riesgo, especialmente a las madres que trabajan en el sector agropecuario y por cuenta propia.
- El limitado acceso de la mujer a los recursos productivos refleja los niveles de subordinación social, especialmente en el área rural.
- El trabajo doméstico y la ausencia de guarderías y hogares infantiles limitan la participación de la mujer en las actividades económicas, sociales y políticas.
- En educación, persisten altos niveles de analfabetismo con grandes diferencias geográficas y determinados grupos de edad, al tiempo que se verifica una segmentación por género en la educación técnico-profesional.
- En materia de salud, las medidas contempladas para los derechos reproductivos no incluyen aspectos de la salud labo-

ral, mental, violencia doméstica y social.

Los abortos clandestinos y expansión del SIDA constituyen serios problemas para la salud de la mujer. El embarazo de adolescentes constituye un serio problema de salud reproductiva. Gran parte de las mujeres en edad fértil presentan necesidades insatisfechas en planificación familiar, especialmente las menores de 30 años, de la zona rural y de baja escolaridad.

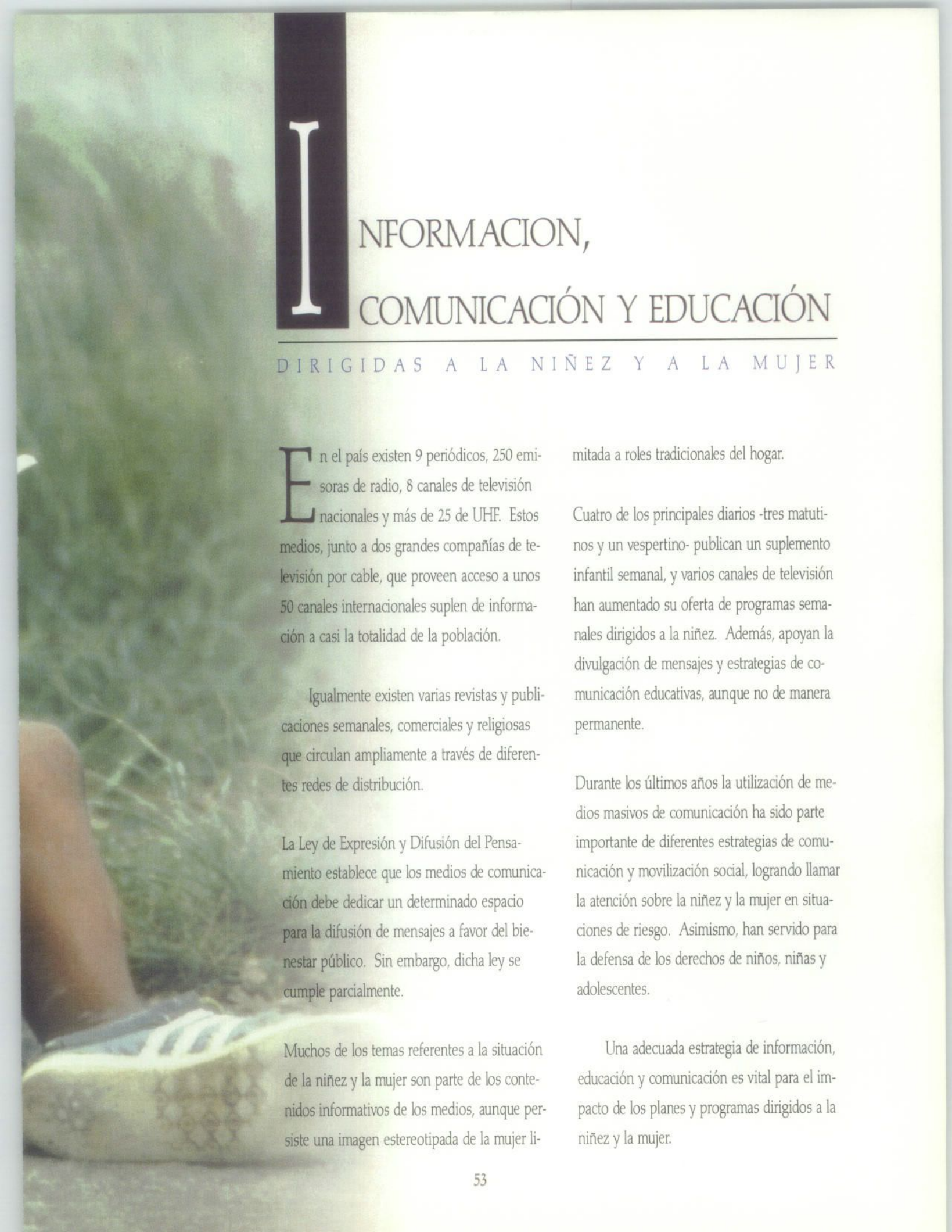
ACCIONES NACIONALES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA CONVENCIÓN

Con la ratificación de la Convención y la creación de la DGPM en 1982, el país dio un importante paso con miras al cumplimiento de los acuerdos asumidos. La DGPM fue creada con el objetivo de implementar una política en favor de la mujer acorde con el desarrollo nacional. Entre los principales esfuerzos que se vienen realizando a nivel gubernamental y de la sociedad civil se destacan los siguientes:

- Formulación de una Plataforma de Acción para el Avance de la Mujer que constituye el primer documento de lineamiento de políticas dirigidas al desarrollo de la mujer;
- Propuesta de revisión de la legislación en los códigos y reglamentaciones discriminatorias contra la mujer y formulación de nuevas disposiciones legales para mejorar su condición jurídica;
- Creación de Clínicas Jurídicas (DGPM) y otros organismos para la prevención de la violencia contra la mujer y la familia;
- Formación de la Coordinadora de ONG de Mujeres para la formación y capacitación de un liderazgo político y social de las mujeres.



Sebelén
trajo el oro



I NFORMACION, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN

DIRIGIDAS A LA NIÑEZ Y A LA MUJER

En el país existen 9 periódicos, 250 emisoras de radio, 8 canales de televisión nacionales y más de 25 de UHF. Estos medios, junto a dos grandes compañías de televisión por cable, que proveen acceso a unos 50 canales internacionales suplen de información a casi la totalidad de la población.

Igualmente existen varias revistas y publicaciones semanales, comerciales y religiosas que circulan ampliamente a través de diferentes redes de distribución.

La Ley de Expresión y Difusión del Pensamiento establece que los medios de comunicación debe dedicar un determinado espacio para la difusión de mensajes a favor del bienestar público. Sin embargo, dicha ley se cumple parcialmente.

Muchos de los temas referentes a la situación de la niñez y la mujer son parte de los contenidos informativos de los medios, aunque persiste una imagen estereotipada de la mujer li-

mitada a roles tradicionales del hogar.

Cuatro de los principales diarios -tres matutinos y un vespertino- publican un suplemento infantil semanal, y varios canales de televisión han aumentado su oferta de programas semanales dirigidos a la niñez. Además, apoyan la divulgación de mensajes y estrategias de comunicación educativas, aunque no de manera permanente.

Durante los últimos años la utilización de medios masivos de comunicación ha sido parte importante de diferentes estrategias de comunicación y movilización social, logrando llamar la atención sobre la niñez y la mujer en situaciones de riesgo. Asimismo, han servido para la defensa de los derechos de niños, niñas y adolescentes.

Una adecuada estrategia de información, educación y comunicación es vital para el impacto de los planes y programas dirigidos a la niñez y la mujer.





A

CCIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La situación de la infancia y la mujer en 1990-95 está determinada por factores de distintos niveles de causalidad: inmediatos, subyacentes y estructurales.

Para lograr un impacto adecuado que mejore la situación de la población infanto-femenina, la ejecución de las políticas, planes y programas debe responder a la complejidad de la problemática.

Para mejorar la salud y nutrición infantil, diversas instituciones gubernamentales, no gubernamentales y agencias de cooperación que trabajan en el sector impulsan acciones dentro del programa de tratamiento y control de las enfermedades diarreicas, uso de la TRO e iniciativas de las UROC; certificación de Hospitales Amigos; programa de control y tratamiento de las IRA; ejecución del Plan de Alimentación y Nutrición; Programa ampliado de inmunizaciones, y programa de crecimiento y desarrollo del niño y prevención del Bajo Peso al Nacer.

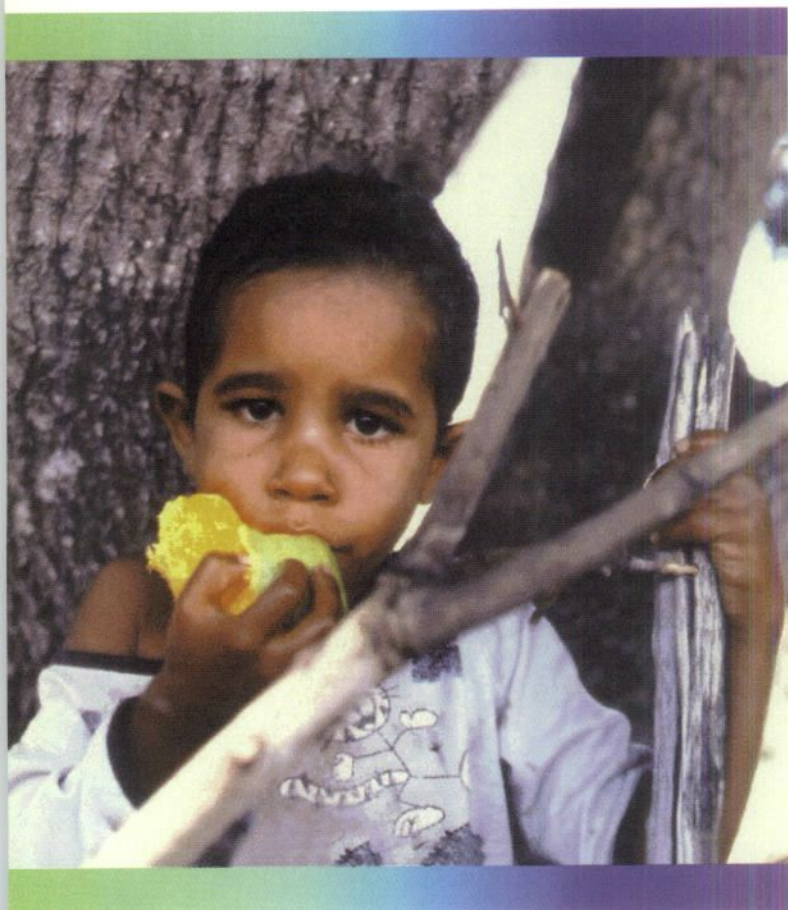
Con relación a la salud materna, las principales acciones son: ejecución de un Plan de Acción para la Reducción de la MM, inicio del proceso de ejecución de la reforma del sector salud y desarrollo de un programa de salud integral de adolescentes.

En Educación, la ejecución del Plan Decenal de Educación por parte de la SEEBAC y la diversificación de ofertas de carreras técnicas por INFOTEP.

En Agua Potable y Saneamiento Básico, las instituciones del sector contemplan la ejecución de un Plan Nacional de Abastecimiento de Agua Potable en las zonas rurales dispersas y urbanas marginales.

Para la niñez, la aplicación del Código de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes, la operativización de los mecanismos de protección y la ejecución del Código de Trabajo.

Para la Mujer, la aplicación de la Plataforma de Acción para la Igualdad y el Desarrollo.



En la actualidad, los principales logros que han contribuido a mejorar la situación de la niñez y la mujer son:

- Aumento de la cobertura de la educación básica y del último grado de educación inicial,
- Inicio de la transformación curricular,
- Distribución textos y aumento de la cobertura del desayuno escolar;
- Erradicación de la polio y aumento de coberturas inmunitarias,
- Reducción de la morbi-mortalidad por tétanos neonatal, sarampión y tosferina,
- Inicio de la yodación de la sal y de la suplementación de

la vitamina A, a escolares y parturientas,

- Certificación de los Hospitales Amigos;
- Aprobación e inicio de la ejecución del Código de Protección de Niños, Niñas y adolescentes,
- Iniciativa de los Síndicos Defensores de la Niñez y
- Movilización sobre los derechos de la niñez y la mujer.

Sin embargo, una serie de debilidades limitan el impacto de la política social y la eficiencia de los programas dirigidos a la población pobre, la niñez y la mujer. Las más importantes son:

- Aprobación pendiente de la nueva ley de educación, ley general de salud y la reforma legal para eliminación de la discriminación de la mujer;
- Aplicación parcial de la ley de servicio civil y carrera administrativa, centralización de la gestión y del gasto social en desmedro de la capacidad de ejecución de las instituciones rectoras;
- Débil coordinación interinstitucional y duplicación de acciones y funciones;
- Brecha entre presupuesto, asignación y ejecución;
- Subregistro y poca actualidad de la información, y
- Ausencia de un sistema de evaluación y control de los programas.

Para mantener y alcanzar las metas del Plan Nacional de Acción de la Cumbre Mundial de la Infancia de cara al año 2,000 es necesario ampliar la participación y el con

senso del Estado, la sociedad civil, la comunidad y las agencias internacionales de cooperación.

Las principales recomendaciones que se derivan de este análisis de situación son las siguientes:

1. Apoyar la aprobación de la legislación pendiente dirigida a la niñez y la mujer;
2. Ejecución del Plan Nacional de Desarrollo Social, priorizando a la niñez y la mujer como población objetivo fundamental del desarrollo;
3. Apoyar la reforma propuesta del sector Salud para ampliar la cobertura, calidad y eficiencia de los servicios públicos. También, promover programas de fortalecimiento de los servicios institucionales de salud y nutrición, así como la promoción de la participación comunitaria y familiar;
4. Fortalecer y apoyar la ejecución del Plan Decenal de Educación y la aprobación de la nueva ley de educación que permite el acceso y permanencia de la población escolar. Especialmente, ampliar la cobertura de la educación inicial y especial y desarrollar estrategias innovadoras y no formales;
5. Apoyar la formulación y ejecución de políticas y programas en el marco de la Plataforma de Acción para el Avance de la Mujer, que integra los términos de la Convención contra la Eliminación de la Discriminación de la Mujer;
6. Apoyar el proceso de reordenamiento institucional que crea el sistema de protección integral de la niñez previs-



to en el Código de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes, así como en la Convención de los Derechos del Niño;

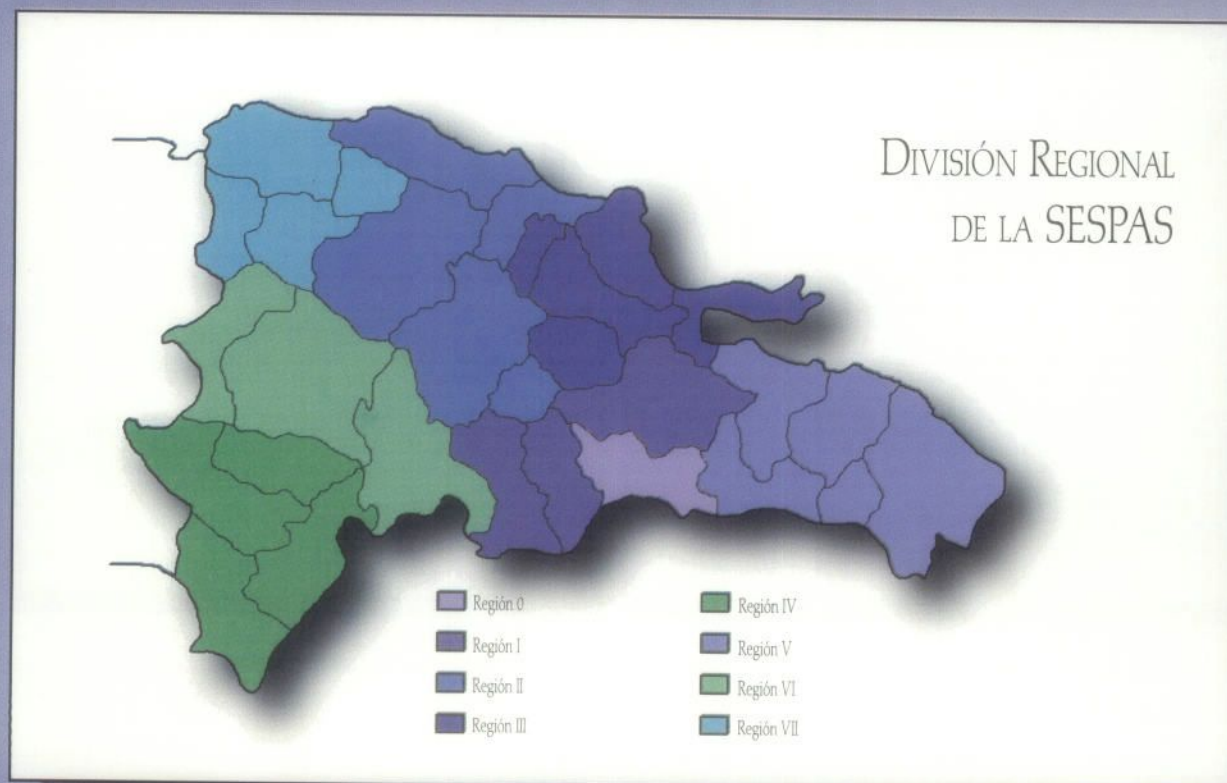
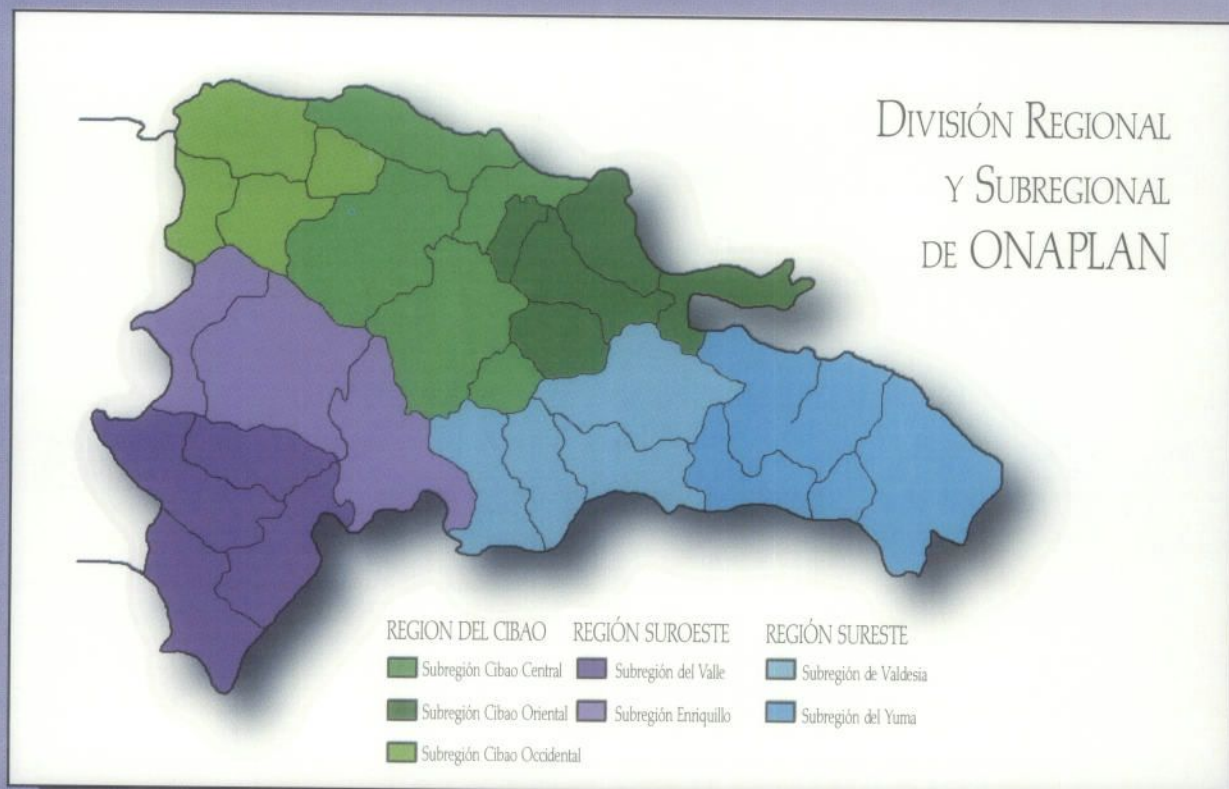
7. Desarrollar y apoyar programas provinciales, regionales y nacionales dirigidos a la niñez y la mujer en las áreas de Política e Información Social con el objetivo de revisar y modificar la legislación, fortalecer la capacidad técnica de las organizaciones y la planificación y gestión local, así como la generación y análisis de datos e información confiables.
8. Implementar y apoyar programas de comunicación para el desarrollo que permitan la promoción de los derechos de la mujer y la niñez, así como estrategias de abogacía y movilización social.



A

NEXOS

DIVISIONES REGIONALES Y SUBREGIONALES



INDICADORES POR REGIONES 1993-1996

INDICADORES	CIBAO	SUROESTE	SURESTE	NACIONAL
Area Geográfica (Km²)	19,058.62	14,629.94	14,982.26	48,670.82
Densidad de población (Hab /Km²)				
Población Total (Miles)	2,712,938	815,233	3,560,870	7,089,041
Zona Urbana	1,230,586	391,927	2,313,853	
Zona Rural	1,482,352	423,306	1,247,017	
Menores de 1 año	69,121	21,779	119,006	199,906
Menores de 5 años	344,199	109,663	541,482	995,344
Niños de 6 a 18 años	775,579	216,933	1,249,184	2,241,696
Mujeres mayores de 18 años	679,267	192,186	1,148,603	2,020,058
Mujeres en edad fértil	708,519	197,324	605,699	1,511,542
Mujeres rurales	n/d	n/d	n/d	2,271,048
Mujeres pobres				

Fuente: Departamento de Planificación Social de ONAPLAN, en base a datos de la (ONE), el Instituto Geográfico Universitario, Estimaciones y Proyecciones de Población por Regiones y Subregiones de Planificación ONAPLAN, IEDPD, CELADE, resultados preliminares del VII Censo Nacional de Población y Vivienda 1993

COBERTURA GEOGRÁFICA DEL PROGRAMA 1997-2,001

PROGRAMA	COBERTURA GEOGRÁFICA de las acciones del Programa (Por regiones)	POBLACIÓN BENEFICIADA
SALUD/NUTRICION • Proyecto Fortalecimiento Institucional y de los Servicios • Proyecto Promoción y Participación de la Familia y la Comunidad	Todo el país. Hospitales a nivel nacional con servicio de maternidad. Areas rurales y urbano-marginadas del país.	• 20,000 miembros del personal de servicios generales y administrativos de salud • 60 comités intrahospitalarios • 4 comités de monitoreo • 650,000 niños/as recién nacidos y menores de 5 años • 143,000 embarazadas • 516,666 menores de cinco años • 222 organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y grupos locales, participando en la capacitación e instalación de UAI • 460 brigadistas de capacitación en atención integral y personal de organizaciones locales • 6,924 animadores (as) comunitarios (as) y líderes locales responsables de instalar las UAI en sus hogares
EDUCACION • Proyecto Escuela Innovada • Proyecto Desarrollo y Educación Infantil	Municipios y/o provincias de Cambita, San José de Ocoa, La Vega, Yamasá y San Francisco de Macorís. Todo el país	• 260 grupos y comités de las comunidades • 62,000 familias rurales y urbanas marginales • 20 mil niños y niñas de la zona rural • 1200 maestros. • Familias con niños menores de 5 años • 995,344 niños y niñas menores de 5 años.

POLITICA SOCIAL Y DERECHOS DE LA NIÑEZ Y DE LA MUJER	Todo el país. El nivel central y local del sistema de gobierno.	• 60 funcionarios y técnicos del nivel central • 80 síndicos • 240 funcionarios de los gobiernos locales • 160 organizaciones locales.
• Proyecto Política Social, Planificación, Monitoreo y Evaluación de la Gestión Social a Nivel Local • Proyecto Política Social, Legislación, Movilización Social, Reordenamiento Institucional y Programático para la Aplicación de la Ley 14-94	Todo el país.	• 300 funcionarios y técnicos a nivel nacional, regional y provincial de las instituciones miembros del Organismo Rector • Directivos y personal de unos 900 programas y grupos comunitarios • 1,800,000 menores de 18 años en situación de riesgo • Medios de comunicación • Representantes de la Asociación Nacional de Hombres de Empresa • Las familias de 4,000,000 de niños, niñas y adolescentes a nivel nacional.
• Proyecto Política, Legislación, Participación y Liderazgo de la Mujer	Todo el país.	• 2, 241,696 mujeres mayores de 18 años.

COMUNICACIÓN PARA EL DESARROLLO	Todo el país.	• líderes políticos, senadores, diputados, síndicos, regidores • Secretarios de Estado • Líderes de la sociedad civil y religiosos • 3 publicaciones semanales en: 8 periódicos, 20 canales de televisión y 100 emisoras de radio • organizaciones no gubernamentales del sector salud, niñez y mujeres.
--	----------------------	---

ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA DE COOPERACIÓN DE UNICEF PARA LA REPÚBLICA DOMINICANA

ESTRATEGIAS	DIMENSIONES
Abogacía	• Aprobar anteproyectos de ley para eliminar la discriminación jurídica contra la mujer. • Aprobar Ley General de Salud y Educación. Adecuar sus términos a la Convención de los Derechos de la Niñez, de la Familia y la Mujer. • Conformar un efectivo sistema de protección a la niñez y adolescencia del país. • Reforma administrativa necesaria para implementar el Código de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes. • Promover la participación total de la mujer en el proceso de desarrollo. • Aumentar la inversión social vía presupuesto de la República. • Implementar el Plan Nacional de Desarrollo Social. • Ratificar el Convenio 138 de la OIT. Incorporar a la Ley 14-94 de medidas que permitan una adecuada protección y profesionalización del trabajo de los adolescentes. • Asignar recursos que permitan una adecuada aplicación del la Ley 14-94 .
Movilización Social	• Participación efectiva de la sociedad dominicana al implementar diversas actividades del Plan de Acción para lograr los objetivos del programa para la cooperación 1997-2001. • Involucramiento directo de organizaciones sociales, individuales, familias y grupos vulnerables beneficiarios del programa de cooperación. • Campañas de información y sensibilización sobre derechos de la niñez y de la mujer, lactancia materna y salud integrada materno infantil. • Generar una demanda por el cumplimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes y de la mujer a nivel nacional.
Fortalecimiento Institucional	• Aumentar la capacidad del Estado y organizaciones sociales relevantes para definir e implementar políticas, reformas legales e institucionales y programas en favor de los grupos vulnerables. • Coordinación general mejorada entre agencias estatales y ONGs. • Sistemas sectoriales reforzados encargados de ofrecer servicios sociales. • Sistema de monitoreo e información social reforzado. • Fortalecer las iniciativas provinciales y de los gobiernos locales. • Competencia profesional mejorada del personal de OGs y ONGs. • Reforzar los vínculos de las intervenciones sectoriales para maximizar la utilización de los recursos institucionales, humanos y financieros.
Empoderamiento	• Fortalecer los niveles organizativos de las mujeres, tanto del área urbana como rural. • Fortalecer, en las comunidades, 105 comités Pro Derechos de la Niñez • Capacitar e informar a las comunidades a nivel local sobre mortalidad materna, lactancia materna, crecimiento y desarrollo, educación sanitaria.

SITUACIÓN DE LAS METAS INTERMEDIAS DE LA CUMBRE MUNDIAL EN FAVOR DE LA INFANCIA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

META	1991	1995	SITUACIÓN	
			Meta Alcanzada	Meta por alcanzar
Cobertura de inmunización (85% o más)				
OPV	64	80		✓
DPT	47	83		✓
BCG	45	74		✓
Sarampión	69	85	✓	
Toxide tetánico	45	82		✓
Eliminación del tétanos neonatal	4	0	✓	
Eliminación del sarampión (a 376 casos)	5,712	0	✓	
Reducción de la mortalidad por sarampión (a 3 muertes)	47	0	✓	
Certificación de la erradicación de la poliomielitis	0	0	✓	
Eliminación de la deficiencia de vitamina A (a 5% pre-escolares)	*	23		✓
Yodación de la sal (a 100% hogares)	*	5		✓
Uso de TRO más alimentación (80%)				
aumento líquidos	*	88	✓	
uso de SRO	37	66		✓
alimentación sostenida	*	58		✓
Casos de diarrea tratados correctamente (a 50%)	27	*		
Certificación de Hospitales Amigos (a 25)	0	8		✓
Reducción de la desnutrición				
Moderada-severa peso/edad (a 7.8%)	10.4	*		
Moderada-severa talla/edad	19.4	*		
Acceso al agua potable	59	65		
Rural (a 65%)	35	46		✓
Urbana (a 90%)	75	80		✓
Acceso a servicios de disposición de excretas	60	78		
Rural (a 52%)	73	83	✓	
Urbana (a 90%)	75	76		✓
Reducción en un 25% de la mortalidad materna (a 35 por 100,000 nacidos vivos)	180	*		
Reducción en 1/3 de la mortalidad por IRA (a 5.6/1,000 menores de 5 años)	8	*		
Ratificación de la Convención de los Derechos del Niño (CDN)		✓		
Educación primaria				
% que alcanza el 5to. grado (60%)	9.6	*		
% neto de escolarización	75	81	✓	

01/08/96

* Información no disponible

SITUACIÓN ACTUAL Y TENDENCIAS DE LAS PRINCIPALES METAS AL AÑO 2000 EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

Principales Metas	Situación 1995	A ser lograda 2000	Tendencia		
			Lograda	Lograble	Diffícil
1. Reducción de la tasa de mortalidad infantil (por 1,000 n.v.)	38	29			
2. Reducción de la mortalidad en menores de 5 años (por 1,000 n.v.)	45	40			
3. Reducción de la mortalidad materna (por 1,000 n.v.)	180	90			
4. Reducción de la desnutrición moderada-severa (%)	10.4	5.2			
5. Acceso universal a agua potable (%)	71	90			
6. Acceso universal a servicios de disposición de excretas (%)	65	90			
7. Acceso universal a educación básica (% escolarización)	81	100			
8. Reducción del analfabetismo en adultos (%)	18	12			
9. Mejorar la protección de los menores en circunstancias especialmente difíciles	• Ratificación CDN • Aprobación Código Protección de Niños, Niñas y Adolescentes	Aprobación			

INDICE DE GRÁFICAS, CUADROS Y FIGURAS

GRÁFICAS

Gráfica 1:	Crecimiento Económico, Ingresos Fiscales y Gasto Social 1980-1995 en RD	12	Gráfica 15:	Ocupación por grupos de edad, 1991 en RD	24
Gráfica 2:	Gasto Público Total/Gasto Social 1980-1995 en RD	12	Gráfica 16:	Tipos de Castigos, 1994 en RD	25
Gráfica 3:	Gasto Público Social (% PBI) 1993 en AL	13	Gráfica 17:	Agentes de Castigo, 1994 en RD	25
Gráfica 4:	Distribución del Gasto Social 1993 en RD	13	Gráfica 18:	Morbilidad: Comparación entre hombres y mujeres 1991 en RD	28
Gráfica 5:	TMM5 por 1,000 n.v. 1980-1994 en AL	18	Gráfica 19:	Porcentaje de infección de SIDA por sexo y orientación sexual, 1983-1993 en RD	28
Gráfica 6:	Mortalidad por EDA en Grupos Afectados, 1991 en RD	18	Gráfica 20:	Principales Causas de Mortalidad Materna, 1994 en RD	29
Gráfica 7:	Estimación y Proyección Tasa Mortalidad Infantil 1980-2000 en RD	19	Gráfica 21:	Tasa de Mortalidad Materna, 1990 en AL	29
Gráfica 8:	Causas Principales de Mortalidad Infantil, 1993 en RD	19	Gráfica 22:	Factores Reproductivos, 1996 en RD	30
Gráfica 9:	Prevalencia de la Desnutrición, 1991, RD	20	Gráfica 23:	Porcentaje de Embarazos en Menores de 20 Años, 1993 en AL	31
Gráfica 10:	BPN 1991 en AL	20	Gráfica 24:	Porcentaje de adolescentes que han iniciado la procreación, 1991 en RD	31
Gráfica 11:	Tasa de Analfabetismo, 1995 en AL	20	Gráfica 25:	Partos por Cesáreas, 1991 en RD	33
Gráfica 12:	Exclusión y Asistencia Escolar	22	Gráfica 26:	Necesidades Insatisfechas de Planificación Familiar, 1991 en RD	33
Gráfica 13:	Tasas de Deserción y Repitencia en RD, 1985-1993	22	Gráfica 27:	Mujeres/100 hombres, nivel educativo, 1990 en AL	34
Gráfica 14:	% Población en Hogares por Debajo de la Línea de la Pobreza 1990-1994 en AL	24	Gráfica 28:	Nivel Educativo por Sexo, 1991 en RD	34

Gráfica 29:	% Población Económicamente Activa según Grupo Ocupacional, 1991 en RD	35
Gráfica 30:	Tasa Participación Población Económicamente Activa, 1995 en AL	37
Gráfica 31:	Distribución del Ingreso Mensual (en pesos dominicanos) de la PEA, por Sexo, 1991 en RD	37
Gráfica 32:	Condiciones de la vivienda 1981-1991, en RD	40
Gráfica 33:	Alza del Índice de Precios al Consumidor, 1986-1995 en RD	40
Gráfica 34:	CAP sobre Lactancia Materna 1992-1993. Promedio de Regiones 0, I y V en RD	41
Gráfica 35:	Disponibilidad de Servicios y Combustibles, 1991 en RD	41
Gráfica 36:	Características Sociodemográficas Familiares, 1991 en RD	43
Gráfica 37:	Sectores Formal e Informal de la PEA según sexo, 1991 en RD	43
Gráfica 38:	Acceso a Servicios de Salud, 1995 en RD	45
Gráfica 39:	Acceso a Servicios Sociales, 1985-1995 en AL	45
Gráfica 40:	Distribución del Ingreso Nacional, 1992 en RD	46
Gráfica 41:	Relación Ingreso 20% más rico/20% más Pobre en AL, 1989-1993	46

CUADROS

Cuadro 1:	Matricula sector público según niveles	22
Cuadro 2:	Partos en establecimientos públicos, según grupos de edad, 1994	31
Cuadro 3:	Principales actividades relativas a la atención al parto, 1994	33
Cuadro 4:	Tasas de participación económica por sexo, según zona en la RD	35

FIGURAS

Figura 1:	Sistemas Familiares de Prostitución Infantil	24
-----------	--	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BANCO CENTRAL DE LA REPUBLICA DOMINICANA. Medición del empleo mediante encuestas de hogares y características del mercado de trabajo (1991-94), Santo Domingo R.D.
- -----, VALDEZ ALBIZU, H. La economía dominicana: Resultados, retos y perspectivas. Cámara Americana de Comercio, Listín Diario, Santo Domingo, 23-3-1995.
- BELISARIO et al. Conocimientos, actitudes y prácticas de maternidad sin riesgo en gestantes puerperas y madres menores de un año. CINAS, UNICEF, 1992.
- CACERES, Francisco. La mortalidad materna en la República Dominicana. CENISMI, PROFAMILIA e IEPD, abril 1995.
- CEARA, M. & CROES, E. El gasto público social de la República Dominicana en la década de los ochenta. CIECA-UNICEF, Santo Domingo, 1993.
- CESDEM. Evaluación del sistema de monitoreo de las metas del Plan Nacional de Acción en Favor de la Infancia, Santo Domingo, 1994.
- ---, GOMEZ, J., DUVAL, M. & SELIG, J. Análisis de situación de la niñez y la mujer en la R.D. Versión amplia, Santo Domingo, febrero 1996 (inédito).
- CENISMI. Encuesta nacional de micronutrientes en niños de 1 a 14 años. Informe Preliminar, Santo Domingo, 1993.
- CIPAF. RODRIGUEZ, N. Sexismo y discriminación en la educación técnica en la República Dominicana. Santo Domingo, 1992.
- CIPAF. Quehaceres. Violencia contra la mujer, Santo Domingo, nov. 1995.
- DGPM. Informe Nacional. IV Conferencia Mundial Mujer -Beijing, sept.1995, Santo Domingo, 1994.
- LUCIANO, D. et al. Violencia contra la mujer a través de múltiples miradas. Centro de Apoyo Aquelarre, Santo Domingo, 1994.
- FUNDACION DOMINICANA DE DESARROLLO (FDyD). DAUHJRE, A. et al. Estabilización, apertura y dinámica de la desigualdad y la pobreza en la República Dominicana: 1986-92. Santo Domingo, 1992.
- GOMEZ, E. et al. El SIDA y la infección VIH en la R.D. Situación actual e impacto futuro. Santo Domingo, SESPAS-PROCETS, 1994.
- IEPD-PROFAMILIA-ONAPLAN. Encuesta demográfica y de salud, 1991. Santo Domingo,
- LIZARDO, Jeffrey. Condiciones de los y las menores en la República Dominicana. IEPD-PROFAMILIA y UNICEF, Santo Domingo, 1994.
- LIZARDO, J. & REYES, R. Política social y el bienestar de la población en la República Dominicana. INTEC y UNICEF, Santo Domingo, 1995 (inédito).
- MENDOZA, Hugo. Situación de salud en República Dominicana. INSALUD, Santo Domingo, 1992
- MOLINA, Maritza. Niñas teniendo niños: La fecundidad de las adolescentes en el R.D. Población y Sociedad, Santo Domingo, n.3, 1995.
- MORILLO, Antonio. R.D. Necesidades insatisfechas y de manda total de métodos de planificación familiar. Situación actual y

- perspectivas futuras.
CELADE/DHS,
Santiago de Chile, 1992.
- ONAPLAN.
Plan nacional de abastecimiento de agua potable en las zonas rurales dispersas y urbanas marginales de la R.D. 1995-2000.
STP-ONAPLAN,
Santo Domingo, 1995.
 - ---, ROJAS, O.
Población y nutrición. Seminario sobre Problemas de Población,
Santo Domingo, 1995 (mimeo).
 - ONE.
Resultados preliminares del VII Censo Nacional de Población y Vivienda, 1993.
Santo Domingo, 1994.
 - ONE-CELADE.
República Dominicana. Estimaciones y proyecciones de población 1950-2025.
San José, Costa Rica, mayo 1985.
 - PAIEWONSKY, D.
Determinantes sociales y consecuencias del aborto inducido en la R.D.
IEPD-PROFAMILIA,
Santo Domingo, 1995.
 - PNUD.
Informe de desarrollo humano.
1990, 1995.
 - PUCMM-PNUD. ALEMAN, J.
Reforma social y disminución de la pobreza en República Dominicana
Santo Domingo, 1994.
 - QUITERIO, G. INSTRAW,
Santo Domingo, 1996.
 - UASD.
Informe anual 1994. Evaluación de la economía dominicana 1994 y sus perspectivas.
Santo Domingo, 1995.
 - UNICEF.
Análisis de la situación de los menores en circunstancias especialmente difíciles en la República Dominicana.
Santo Domingo, 1993.
 - UNICEF.
Statistics for Latin America and the Caribbean,
March 1994.
 - UNICEF.
Estadísticas para América Latina y El Caribe,
Julio 1996.
 - RAMIREZ, Nelson.
La fuerza de trabajo en la República Dominicana.
IEPD, Santo Domingo, 1993.
 - RUIZ, Zelided.
Abuso intrafamiliar en adolescentes. Estudio comparativo en liceos públicos y privados.
Santo Domingo, UNICEF, 1994.
 - SANCHEZ, Mirambeaux.
Perfil de Mortalidad en el Distrito Nacional,
Santo Domingo, 1992.
 - SANTANA, I. & RATHE, M.
El impacto distributivo de la gestión fiscal en la República Dominicana.
Santo Domingo, Siglo XXI, 1992.
 - SEEBAC.
Boletín Estadístico, Plan Decenal de Educación,
Santo Domingo, enero 1992.
 - ---.
Informaciones estadísticas.
Depto. de Planificación Educativa: 1992, 1994.
 - SELIG, J.
Determinantes económicos y políticos en el uso de los agrotóxicos en R.D.
CIAC, 1994.
 - ---.
Accidentes de trabajo en la industria azucarera dominicana.
CIAC, 1993.
 - SESPAS.
Plan de acción nacional para la reducción de la mortalidad materna. Comité Nacional de Mortalidad Materna, Santo Domingo, 1995.
 - ---.
Memoria Anual, Santo Domingo, 1994.
 - SESPAS-PNUD.
Proyecto de modernización del sistema de salud dominicano.
Santo Domingo, 1993 (mimeo).
 - SILVESTRE, M., RIJO, & BOGAERT.
La neoprositución en la República Dominicana,
UNICEF, Santo Domingo, 1994.
 - STP-ONAPLAN.
República Dominicana: Informe nacional sobre población.
Santo Domingo, 1993.
 - ---. QUITERIO, G.
Los hogares en la R.D.: Cambios de las condiciones sociodemográficas y económicas 1981-91,
Santo Domingo, 1995.
 - ---.
Estudio Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia.
Santo Domingo, 1985.

MITIGACIÓN DE LA POBREZA CRECIMIENT
salud infantil protección