

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA  
**INFANCIA Y LA  
ADOLESCENCIA**  
EN LA REPÚBLICA DOMINICANA 2012





ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA

# INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

EN LA REPÚBLICA DOMINICANA 2012



## **Análisis de Situación de la Infancia y la Adolescencia en la República Dominicana 2012**

La presente investigación ha sido desarrollada en estrecha colaboración por el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD), el Consejo Nacional para la Niñez y Adolescencia (CONANI) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), con insumos preliminares de los consultores Pavel Isa Contreras, Tahira Vargas y Alexandra Santelises. El objetivo de la misma es proveer información sobre la situación de la infancia y la adolescencia en el país.

### **Revisión Técnica:**

Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD)  
Consejo Nacional para la Niñez y Adolescencia (CONANI)  
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

### **Revisión y Cuidado Editorial:**

Oficina de Comunicación – UNICEF República Dominicana

### **Diseño y diagramación:**

Tony Núñez

### **Fotografías de Portada:**

Ricardo Piantini, José Sánchez

## **Primera Impresión, Santo Domingo, República Dominicana, 2013**



### **Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD)**

Av. México esq. Dr. Delgado, Santo Domingo, República Dominicana

Tel: 809-688-7000 | email: [informacion@economia.gob.do](mailto:informacion@economia.gob.do)

web: <http://www.economia.gob.do>



### **Consejo Nacional para la Niñez y Adolescencia (CONANI)**

Av. Máximo Gómez esq. República de Paraguay, No. 154,

Ensanche La Fe, Santo Domingo, República Dominicana

Tel: 809-576-2233 | email: [conani@conani.gov.do](mailto:conani@conani.gov.do)

Web: <http://www.conani.gov.do>



### **Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF**

Av. Anacaona N° 9, Casa de las Naciones Unidas, 3er. Piso,

Mirador Sur. Santo Domingo, República Dominicana

Tel. (809) 473-7373 | email: [santodomingo@unicef.org](mailto:santodomingo@unicef.org)

Web: <http://www.unicef.org/republicadominicana>

# PRESENTACIÓN

Este análisis de situación presenta un panorama de los avances que República Dominicana ha realizado en los últimos diez años y de los retos que todavía persisten para que la universalidad de los derechos, reconocida en la Convención sobre los Derechos del Niño, sea una realidad para todas las personas menores de 18 años que viven en este país.

Examina la pertinencia de los marcos legales y políticos, la calidad y cobertura de los servicios, las capacidades institucionales y los recursos con que cuentan las familias y las comunidades para cuidar y proteger a los niños y las niñas contra la violencia, el abuso, la explotación y el abandono. Muestra los importantes progresos registrados, gracias a los cuales un mayor número de niños y niñas tiene un buen comienzo en la vida, menos mujeres mueren al dar a luz, más niños y niñas terminan la educación primaria y una mayor conciencia ciudadana sobre las necesidades de protección de la infancia permea la sociedad. La Constitución de 2010, por su parte, consagra el compromiso del Estado de garantizar y respetar los derechos de la infancia, al dotar de rango constitucional a los tratados internacionales de derechos humanos y al “interés superior del niño”, establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño.

Repasa también las transformaciones sociales, económicas y políticas, los cambios demográficos, los movimientos migratorios nacionales e internacionales que el país ha vivido en la última década y su impacto en el bienestar de la infancia. A pesar de los avances y del constante crecimiento del PIB, la pobreza sigue afectando a una proporción mayor de niños y niñas que de adultos. Mientras que la población menor de 18 años representa el 36,25% del total, el 47% de la población pobre es menor de 18 años, siendo esta tasa particularmente elevada en las provincias de la frontera y en los bateyes. Por otro lado, el rápido proceso de urbanización vivido en los últimos años ha generado bolsas de pobreza en las zonas marginales urbanas de Santo Domingo y Santiago. Unas y otras zonas pobres se caracterizan por el bajo desempeño económico, la precariedad de las infraestructuras y la baja calidad y cobertura de los servicios sociales.

Desde la perspectiva de los titulares de derechos, llama la atención los escasos espacios que existen para que los niños, niñas y adolescentes puedan hacer oír sus opiniones, así como la falta de mecanismos a los que acudir para interponer denuncias, a pesar de que son varias las leyes nacionales que reconocen este derecho.

El análisis de situación ha sido elaborado con el objetivo de orientar la búsqueda de soluciones justas a los problemas que vive la infancia en la República Dominicana, poniendo particular atención a los más pobres, discriminados y excluidos, mediante el dialogo político, la cultura de rendición de cuentas y el incremento de la inversión a lo largo del ciclo de vida.

Queremos agradecer a todos los socios de la cooperación de UNICEF y muy especialmente al Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo y al Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI) por la información suministrada, sus valiosos comentarios y observaciones, que han contribuido a enriquecer el análisis con el deseo de servir al objetivo propuesto.



**María Jesús Conde Zabala**  
Representante UNICEF

# CONTENIDO

<b>PRESENTACIÓN</b> .....	<b>3</b>
<b>SIGLAS Y ABREVIATURAS</b> .....	<b>7</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>11</b>
<b>2. CONTEXTO NACIONAL</b> .....	<b>15</b>
<b>3. POBREZA EN LA NIÑEZ</b> .....	<b>23</b>
3.1 Pobreza infantil multidimensional .....	23
3.2 Pobreza monetaria infantil: ¿cuántos y dónde? .....	26
3.3 Niños, niñas y adolescentes con necesidades básicas insatisfechas .....	30
3.4 Perspectivas de cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio de Erradicación de la Pobreza (ODM1) .....	32
3.5 Políticas contra la pobreza de niños, niñas y adolescentes .....	34
<b>4. DERECHO A LA SUPERVIVENCIA Y DESARROLLO</b> .....	<b>39</b>
4.1 Marco normativo y políticas en salud de niños, niñas y adolescentes .....	39
4.2 Cobertura del Sistema Nacional de Salud .....	41
4.3 Estado y servicios de salud para la niñez .....	42
4.4 Embarazos en adolescentes .....	44
4.5 Mortalidad en la niñez y sus causas .....	45
4.6 Alimentación y nutrición en la niñez .....	51
4.7 Cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio de Mortalidad en la Niñez .....	53
<b>5. DERECHO A LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL VIH/SIDA</b> .....	<b>55</b>
5.1 La prevalencia .....	56
5.2 Servicios .....	57
5.3 Atención al embarazo .....	59
5.4 Niños, niñas y adolescentes VIH positivos .....	60
<b>6. DERECHO A LA EDUCACIÓN</b> .....	<b>63</b>
6.1 Marco legal e institucional .....	63
6.2 Atención integral a la Primera infancia <sup>104</sup> .....	67
6.3 Educación Básica .....	71
6.4 Educación Media o Secundaria .....	77
6.5 Violencia en la escuela .....	80
6.6 Gasto público en educación .....	81
6.7 Perspectivas de cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio de lograr la enseñanza primaria universal (ODM 2) .....	83

<b>7. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA</b> .....	<b>85</b>
7.1 Marco institucional e instituciones de protección de la niñez y la adolescencia .....	86
7.2 Subsistema jurisdiccional .....	89
7.3 Otros actores del Sistema de Protección .....	93
7.4 Situación de los Derechos de Protección .....	94
7.5 Marco general para la realización de los Derechos de Protección .....	105
<b>8. DERECHO A LA PARTICIPACIÓN, RECREACIÓN Y ACCESO A LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN</b> .....	<b>107</b>
8.1 Políticas y normativas .....	107
8.2 Programas y servicios .....	108
8.3 Participación .....	108
8.4 Recreación .....	109
8.5 Acceso y uso de las tecnologías de información y comunicación .....	111
<b>9. DERECHO A LA INCLUSIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON CAPACIDADES DIFERENTES</b> .....	<b>113</b>
9.1 Situación de la niñez con capacidades diferentes .....	113
9.2 Políticas y normativas .....	114
9.3 Programas y servicios .....	115
<b>10. CONCLUSIONES</b> .....	<b>117</b>
<b>11. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>123</b>

## TABLAS

Cuadro No. 1: Población de 0 a 17 años, por regiones .....	20
Cuadro No.2: Niños, niñas y adolescentes en hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas, por regiones (2010) .....	31
Cuadro No.3: Niños, niñas y adolescentes con algunas necesidades básicas insatisfechas en el hogar, por regiones, en porcentaje (2007) .....	32
Cuadro No.4: Panorama de Cumplimiento ODM 1 Población General e Infantil .....	33
Cuadro No. 5: Número de niños y niñas y centros educativos de educación básica por regional (2010-2011) .....	72
Cuadro No. 6: Presupuesto aprobado y ejecutado por objeto del gasto, según fuentes de financiamiento (2011) .....	81
Cuadro No. 7: Ejecución presupuestaria de los programas educativos (2011) .....	82
Cuadro No. 8: Situación de la Meta Educativa de los ODM .....	83

## GRÁFICOS

Gráfico No.1: Evolución Pobreza Infantil ICV 2000-2012. . . . .	24
Gráfico No. 2: Pobreza Multidimensional Infantil por el método ICV. . . . .	25
Gráfico No. 3: Incidencia de la pobreza y la indigencia monetaria en la población infantil y adolescente por zona de residencia (2000-2011) . . . . .	28
Gráfico No. 4: Incidencia de la pobreza y la indigencia monetaria en la población infantil y adolescente por regiones (2008-2010) . . . . .	29
Gráfico No.5: Porcentaje de la población general y de los niños, niñas y adolescentes con necesidades básicas insatisfechas (2000-2009) . . . . .	30
Gráfico No.6: Prevalencia de la diarrea en niños y niñas menores de 5 años por sexo, zona y región de residencia (2006-2010) . . . . .	47
Gráfico No.7: Relación entre incidencia de infecciones diarreicas y acceso a la red pública de agua dentro de la vivienda. . . . .	48
Gráfico No.8: Lactancia materna exclusiva, según sexo, zona y región . . . . .	52
Gráfico No.9: Tasa de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años. 1988-2007 y proyección al 2015 . . . . .	53

## MAPAS

Mapa No. 1: Embarazo en adolescentes (15-19 años) según provincias . . . . .	44
--	----

## FIGURAS

Figura No.1: El marco conceptual para el análisis de las causas de la desnutrición . . . . .	50
Figura No. 2: ESTRATEGIAS: Prevención de la Transmisión Materno-Infantil del VIH. . . . .	59



## SIGLAS Y ABREVIATURAS

<b>AEISS</b>	Administradora de Estancias Infantiles Salud Segura
<b>AIEPI</b>	Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes en la Infancia
<b>AIPI</b>	Programa de Atención Integral a la Primera Infancia (Colombia)
<b>ARV</b>	Anti-Retrovirales
<b>ASONAHORES</b>	Asociación Nacional de Hoteles y Restaurantes
<b>CAASD</b>	Corporación del Acueducto y Alcantarillado de Santo Domingo
<b>CAD</b>	Centros de Recursos para la Atención a la Diversidad
<b>CARICOM</b>	Comunidad del Caribe
<b>CDN</b>	Convención de los Derechos del Niño
<b>CECC/SICA</b>	Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana
<b>CEDAW</b>	Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer
<b>CEJNNA</b>	Comisión para la Ejecución de la Justicia de Niños, Niñas y Adolescentes
<b>CENISMI</b>	Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil
<b>CEP</b>	Comer es Primero
<b>CEPAL</b>	Comisión Económica para América Latina
<b>CIANI</b>	Centros Infantiles de Atención Integral
<b>CONADIS</b>	Consejo Nacional sobre Discapacidad
<b>CONANI</b>	Consejo Nacional para la Niñez y Adolescencia
<b>CONARE</b>	Consejo Nacional para la Reforma del Estado
<b>CONDEI</b>	Consejo Nacional de Estancias Infantiles
<b>COPRESIDA</b>	Consejo Presidencial del SIDA
<b>DIGECITSS</b>	Dirección General de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA
<b>DIGEMIA</b>	Dirección General Materno Infantil y Adolescente del Ministerio de Salud
<b>DIGPRES</b>	Dirección General de Promoción y Educación de la Salud
<b>ECPAT</b>	Acabar con la Prostitución Infantil, la Pornografía Infantil y el Tráfico de Niños con fines Sexuales (por sus siglas en inglés)
<b>EDA</b>	Enfermedades Diarreicas Agudas

<b>ENDESA</b>	Encuesta Demográfica y de Salud
<b>ENFT</b>	Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo
<b>ENHOGAR</b>	Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples
<b>ESC</b>	Explotación Sexual Comercial
<b>GCPS</b>	Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales
<b>GLP</b>	Gas Licuado de Petróleo
<b>ICCS</b>	Estudio Internacional de Educación Cívica y Ciudadana
<b>ICV</b>	Índice de Condiciones de Vida
<b>IDEC</b>	Iniciativa Dominicana por una Educación de Calidad
<b>IDEICE</b>	Instituto Dominicano de Evaluación y Desarrollo de la Calidad Educativa
<b>ILAE</b>	Programa de Incentivo a la Asistencia Escolar
<b>INAPA</b>	Instituto Nacional de Aguas Potables y Alcantarillados
<b>INDOTEL</b>	Instituto Dominicano de Telecomunicaciones
<b>INDRHI</b>	Instituto Dominicano de Recursos Hidráulicos
<b>IPEC</b>	Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil
<b>IRA</b>	Infecciones Respiratorias Agudas
<b>ITS</b>	Infecciones de Transmisión Sexual
<b>JCE</b>	Junta Central Electoral
<b>JLP</b>	Juntas Locales de Protección
<b>MEPyD</b>	Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo
<b>MINERD</b>	Ministerio de Educación
<b>MESCyT</b>	Ministerio Educación Superior, Ciencia y Tecnología
<b>NBI</b>	Necesidades Básicas Insatisfechas
<b>ODM</b>	Objetivos de Desarrollo del Milenio
<b>ODNA</b>	Observatorio de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia
<b>OEI</b>	Organización de Estados Iberoamericanos
<b>OIM</b>	Organización Internacional para las Migraciones
<b>OIT</b>	Organización Internacional del Trabajo
<b>ONE</b>	Oficina Nacional de Estadística
<b>ONG</b>	Organizaciones No Gubernamentales

<b>ONUMUJER</b>	Entidad de la ONU para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
<b>OPS/PAHO</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PAE</b>	Programa de Alimentación Escolar
<b>PAI</b>	Programa Ampliado de Inmunización
<b>PARLACEM</b>	Parlamento Centroamericano
<b>PBI</b>	Producto Bruto Interno
<b>PEAS</b>	Programa de Educación Afectivo-Sexual
<b>PEN</b>	Plan Estratégico Nacional de Lucha Contra el Trabajo Infantil
<b>PJE</b>	Policía Judicial Especializada de Niños, Niñas y Adolescentes
<b>PMA</b>	Programa Mundial de Alimentos
<b>PNUD</b>	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
<b>PROFAMILIA</b>	Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia
<b>PROFEI</b>	Proyecto de Fortalecimiento de la Educación Inicial
<b>PRONAISA</b>	Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los y las Adolescentes
<b>REDOVIH</b>	Red de Personas Viviendo con VIH/SIDA
<b>SDSS</b>	Sistema Dominicano de la Seguridad Social
<b>SENASA</b>	Seguro Nacional de Salud
<b>SICA</b>	Sistema de Integración Centroamericano
<b>SITAN</b>	Análisis de Situación de la Infancia y la Adolescencia (por sus siglas en inglés)
<b>SIUBEN</b>	Sistema Único de Beneficiarios
<b>SPNNA</b>	Sistema de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes
<b>UJEDO</b>	Unión de Juventud Ecuménica Dominicana
<b>UNDAF</b>	Marco de Asistencia de Desarrollo de las Naciones Unidas (por sus siglas en inglés)
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>VIH/SIDA</b>	Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida



# 1

## INTRODUCCIÓN

Los niños, niñas y adolescentes en la República Dominicana, en general, viven hoy en mejores condiciones que hace diez años. Se han producido grandes transformaciones institucionales y políticas que han fortalecido el Estado de Derecho, pero todavía es necesario aprovechar de mejor manera las oportunidades que ofrecen esas transformaciones para apuntalar un desarrollo humano sostenible, en particular para la infancia y la adolescencia. Pese a los reconocidos avances, las desigualdades subsisten y en algunos casos aumentan. Existen grandes grupos de niños, niñas y adolescentes excluidos, viviendo en zonas urbano marginales

y rurales pobres, tanto en las principales provincias como en la zona fronteriza.

El “Análisis de la Situación de la Infancia y la Adolescencia en la República Dominicana 2012” (conocido como SITAN por sus siglas en inglés) ha sido desarrollado en estrecha colaboración por el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD), el Consejo Nacional para la Niñez y Adolescencia (CONANI) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Este análisis tiene el objetivo general de proveer información sobre la situación de la niñez y la adolescencia en el país, tanto a nivel general como de grupos específicos, en particular los que se encuentran en situación de privaciones y vulnerabilidad. Este documento busca llenar el vacío analítico sobre este grupo de población y suministrar información y balances críticos para el diseño de estrategias y la formulación de políticas e intervenciones a favor de la niñez, con miras a combatir la exclusión y fortalecer el cumplimiento de los derechos.

El documento explora las causas que determinan las situaciones diferenciadas entre grupos de niños, niñas y adolescentes que facilitan o impiden la consecución de los objetivos de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CDN), la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Declaración del Milenio y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Adicionalmente, el informe busca otros cuatro objetivos:

- Analizar el nivel de cumplimiento de los derechos de la infancia y la adolescencia y las tendencias observadas en el periodo comprendido entre 2006 y 2012.
- Identificar las desigualdades entre grupos de población y áreas geográficas, así como los factores y las causas que impiden el cumplimiento de sus derechos.
- Analizar el alcance de las políticas, programas y proyectos que tienen a la niñez y la adolescencia como su población objetivo, y en especial a los grupos más excluidos, destacando las principales brechas de cobertura y aspectos relativos a la calidad de los servicios existentes y su impacto en el cumplimiento de los derechos. El alcance de este objetivo se limita a las iniciativas públicas a nivel nacional y de las provincias seleccionadas<sup>1</sup>.
- Analizar las capacidades nacionales y locales para garantizar el cumplimiento de los derechos de la niñez, incluyendo la planificación e inversión social y las actitudes y prácticas que favorecen u obstaculizan el cumplimiento de los derechos.

Hoy existen nuevos datos estadísticos oficiales sobre la infancia y la adolescencia en el país, así como innovadores enfoques metodológicos para abordar este tipo de análisis de situación. Ambas razones estimulan la elaboración de un

documento que ofrezca nuevas perspectivas analíticas, tomando en cuenta el enfoque de derechos de la niñez, centrándonos en los grupos sociales y los territorios más excluidos.

Para elaborar el SITAN se han considerado las fuentes de información más recientes, tales como, la ENDESA 2007, las Encuestas de Fuerza de Trabajo (ENFT), las Encuestas Nacionales de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR) levantadas por la Oficina Nacional de Estadística (ONE), así como registros administrativos de dependencias oficiales, entre otras fuentes.

El SITAN es complejo y multidimensional. Descansa en dos tipos de abordajes metodológicos:

- **Análisis cuantitativo:** Se trata de un análisis exhaustivo de las diversas fuentes de información estadística fundamentales para evaluar el estado de la infancia y la adolescencia en aspectos relevantes como los cambios demográficos, la pobreza, las condiciones de vida, la alimentación y la nutrición, el trabajo, la educación, la salud, y el registro de nacimiento, entre otros. Se prestará particular énfasis al análisis de las brechas entre grupos de población y territorios.
- **Análisis institucional:** El análisis se introduce en el exámen de las capacidades técnicas de las dependencias estatales vinculadas a cada tema tratado, así como a organismos descentralizados o autónomos responsables de garantizar los derechos de la niñez y la adolescencia. De manera particular, en algunos casos se analizan las capacidades operativas y financieras, así como las restricciones institucionales y legales del marco en el que operan.

El análisis aborda el contexto nacional, presenta una panorámica general del país, su desarrollo social y económico, institucional y jurídico, y la dinámica demográfica, entre

<sup>1</sup> El Programa de Cooperación Gobierno Dominicano-UNICEF se focaliza en las provincias del suroeste del país.

otros aspectos. También tiene un alcance subnacional en la medida en que las estadísticas disponibles permitieron llevar el análisis a nivel de regiones o provincias.

Tal como se plasma en este documento, los promedios nacionales esconden las disparidades reflejadas en territorios y grupos sociales específicos, que de no atenderse adecuadamente dificultarían el logro de las metas sociales y la universalización de los derechos, consagrados tanto en los tratados internacionales de los

cuales es signatario el Estado dominicano, como en el andamiaje jurídico nacional.

Cada uno de los capítulos ha sido abordado con el enfoque de derechos y de género, centrándose especialmente en los grupos y territorios más excluidos. El capítulo final presenta un resumen de los retos y oportunidades identificadas por actores claves de cada sector.





# 2

## CONTEXTO NACIONAL

La República Dominicana se ha caracterizado en las últimas cinco décadas por tener niveles de crecimiento superiores al promedio de la región de América Latina y El Caribe. Mientras el promedio regional ha rondado el 3.5%, en el país ha sido de un 5%, como resultado de la estabilidad democrática y de la relativa capacidad de transformación de la economía. Ésta ha pasado de tener un carácter mono-productivo, apoyado en el sector primario, a ser una economía sustentada en el sector servicios, con alta vocación de atracción de inversión extranjera e inserción en la economía global.

En 1950, el país ocupaba el último lugar en la región en materia de PIB per cápita. Cinco décadas después, en 2002, la República Dominicana pasó a ocupar la decimosegunda posición. Un informe del Fondo Monetario

Internacional (FMI)<sup>2</sup> asigna a la República Dominicana la novena posición entre los países de la región según el PIB total, por encima de Uruguay, Costa Rica y Panamá. Hoy el país tiene la condición de país de renta media. No obstante, si bien han habido mejoras significativas en el nivel de vida de la población a lo largo de estos años, existen importantes rezagos en materia de pobreza y desigualdad.

A pesar de los avances, en los últimos 10 años la República Dominicana ha experimentado situaciones de fuerte estrés que han impactado negativamente en la estabilidad de su economía, en su inserción competitiva en la economía mundial y en su capacidad de mantener los niveles de crecimiento económico y generación de los empleos necesarios para vivir con dignidad.

En 2003-2004, el país atravesó por una crisis bancaria que elevó considerablemente los niveles de pobreza, anulando parte de los avances logrados en esta materia y afectando el nivel de ingresos de la población durante los noventa. No bien superados los efectos macroeconómicos de la crisis

<sup>2</sup> Fondo Monetario Internacional 2012.

bancaria, el país tuvo que lidiar con la pérdida de competitividad frente a China y otros países asiáticos, así como con los choques negativos del aumento de los precios de los alimentos y el petróleo en 2007-2008.

En 2009, el país fue afectado por la crisis financiera internacional y logró un crecimiento de tan solo 3.5%. Mediante un acuerdo Stand-by con el FMI, se implementaron políticas anticíclicas que permitieron una recuperación económica en 2010. No obstante, a partir de esta fecha el crecimiento ha sido mucho más modesto de lo previsto, inferior al 4%. Bajo este contexto se ha mermado la capacidad del Estado para asumir nuevos compromisos sociales. Vale señalar que gracias a la expansión del gasto social y en particular de los programas de protección social<sup>3</sup>, diez años después de haber estallado la crisis bancaria en 2003, no se ha retornado a los niveles de pobreza existentes en 2002.

El crecimiento del periodo 2004-2008 se produjo en un contexto de aumento de los ingresos fiscales como porcentaje del PIB en cerca de dos puntos, lo cual permitió aumentar el gasto social. Sin embargo, a partir de la crisis financiera internacional, las recaudaciones fiscales han disminuido en mayor proporción que el crecimiento económico y la presión fiscal se redujo en 2011 a 13.1%, que representa 2.6 puntos del PIB menos que los ingresos de 2008. Asimismo, el subsidio a los precios de la electricidad en los últimos años no ha sido inferior al 1.4% del PIB, y ha sido una carga elevada para las finanzas públicas.

A pesar de todo, el Estado se ha ido transformando paulatinamente, introduciendo reformas jurídicas, institucionales y

económicas que le distancian de lo que fue durante gran parte del siglo XX, y ha logrado consolidar aún más sus instituciones junto a la estabilidad política y macroeconómica, aunque se reconoce la necesidad de elevar los niveles de transparencia y rendición de cuentas en el uso de los recursos públicos.

En noviembre de 2012, se promulgó la Ley 253-12 para el Fortalecimiento de la Capacidad Recaudatoria del Estado para la Sostenibilidad Fiscal y el Desarrollo Sostenible. El objetivo de la ley es generar ingresos vía tributación para contribuir a la sostenibilidad financiera en un contexto de déficit fiscal<sup>4</sup> y reestructuración del gasto, para financiar la implementación de la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) 2010-2030<sup>5</sup>. Esta última contempla, entre otros objetivos, una mayor inversión en educación pública, expansión de los programas sociales en salud y protección social y el apoyo a los sectores productivos.

El interés de la participación dominicana en diversos mecanismos de integración regional en materia económica y política, demandó la transformación y adecuación de varias leyes, lo que se realizó, con altas y bajas, desde los años 90. Esto permitió la vinculación al Tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos y Centroamérica, conocido como DR-CAFTA; al Sistema de Integración Centroamericano (SICA), al Parlamento Centroamericano (PARLACEM), a La Comunidad del Caribe (CARICOM),

Asimismo, la END, un instrumento de planificación e inversión pública, consensuado por los diversos actores públicos, privados y de la sociedad civil, establece las pautas a seguir para guiar el desarrollo nacional hasta

3 En el 2002 se inició el Seguro Familiar de Salud en el Régimen Subsidiado y en 2007 el Seguro Familiar de Salud en el Régimen Contributivo, lo cual ha permitido avances significativos en la cobertura de la protección contra riesgos de salud. De igual forma se ha expandido el programa de transferencias condicionadas, establecido en 2004.

4 La nueva administración de gobierno, instalada el 16 de agosto de 2012, estimaba que el año 2012 finalizaría con un déficit del sector público no financiero de 6.8% del PIB que añadido el déficit cuasifiscal del Banco Central dejaría el déficit consolidado en 8% del PIB.

5 La Estrategia Nacional de Desarrollo 2010-2030 fue aprobada mediante la Ley 1-12 en la cual se establecen un conjunto de objetivos y metas a alcanzar al 2030, así como metas intermedias quinquenales. La END 2030 contempla al 2015 el logro de una carga tributaria de 16% y un gasto público en educación de 4% del PIB a partir de 2013, esto último respondiendo a una fuerte demanda social de mayor inversión en educación.

## Es necesario convertir las oportunidades que ofrecen los avances del país en un desarrollo humano sostenible, en particular para la infancia y la adolescencia

el 2030. La superación de la pobreza y la desigualdad, en los términos planteados por la END, demandará de una combinación bien estructurada de políticas de protección social que garanticen un piso mínimo de protección y de políticas de empleo con mejora de salarios.

Todo lo anterior muestra los avances del país en los últimos años. Sin embargo, ese crecimiento económico no se ha traducido en bienestar para todos. Es necesario convertir las oportunidades que ofrecen dichos avances en un desarrollo humano sostenible, en particular para la infancia y la adolescencia.

En una escala entre cero y diez, el país alcanza un índice de 4.1 en el cumplimiento de los derechos de la infancia<sup>6</sup>. El Índice de Desarrollo Humano se encuentra entre los 10 más bajos de la región (0.663)<sup>7</sup> y “el 10 % de las personas más ricas tiene un ingreso 23 veces superior al 40% de las menos favorecidas”<sup>8</sup>. La tasa de desempleo sigue rondando el 14%, correspondiendo el 26% a las mujeres y el 32 % a los jóvenes, a la vez que persiste una mayor tasa de ocupación en la economía informal. El 39% de la fuerza laboral está constituida por mujeres y el 61% por

hombres<sup>9</sup>, lo cual es un reflejo de la desigualdad de género que tinte este aspecto de la vida nacional.

Existen grandes grupos de personas excluidas, fundamentalmente de niños, niñas y adolescentes, que viven en zonas urbano marginales y rurales pobres<sup>10</sup>, tanto en las principales provincias como en la zona fronteriza, y sufren privaciones diversas. Particular mención merece la población que reside en bateyes<sup>11</sup>, dadas las condiciones de precariedad que caracteriza a dichos enclaves. Más de 136 mil personas viven en los bateyes<sup>12</sup>, en condiciones altamente precarias, con acceso limitado a servicios básicos de salud, educación, agua y saneamiento. Casi el 20% de la niñez menor de 15 años de edad vive sin sus padres, lo que les expone a un mayor riesgo de explotación. Sólo el 21% de la adolescencia asiste a la educación media, en comparación con la tasa neta de la matrícula nacional (51.1%)<sup>13</sup>. Cerca de la mitad (48%) de la niñez entre 0 y 5 años carece de registro de nacimiento, muy por encima del promedio nacional (20.8%)<sup>14</sup>. El 85% de los adolescentes de 16 y 17 años no tienen cédula de identidad, lo cual limita su acceso a las oportunidades de educación y empleo formal. Sólo el 36% de la niñez entre 18 y 29 meses ha sido completamente vacunada (49% a nivel nacional). El 83% de la población carece de agua potable. El embarazo de las adolescentes es de un 34.9% y la prevalencia del VIH es de un 3.2%; ambos indicadores muy por encima del promedio nacional (22% y 0.8%)<sup>15</sup>.

La END señala diez restricciones<sup>16</sup> al desarrollo nacional que deben ser afrontadas

6 ODNA 2012.

7 PNUD 2010.

8 Attali 2010.

9 CEPAL 2011.

10 Ver capítulo sobre Pobreza Infantil.

11 Los bateyes son comunidades dentro de las plantaciones de caña de azúcar, que surgieron como resultado de la migración de trabajadores, principalmente haitianos, hacia República Dominicana a principios del siglo XX.

12 Encuesta de Bateyes de 2007, levantada en el marco de ENDESA 2007.

13 Datos Estadísticos del 2010-2011 publicados por el MINERD. [www.see.gob.do](http://www.see.gob.do).

14 ENHOGAR 2009-2010.

15 Para mayores detalles estadísticos, consulte el informe sobre bateyes de la Endesa 2007.

16 END 2010.



para aumentar la calidad de vida de la población, de las cuales relevamos tres por su trascendencia social y su impacto directo en el bienestar de la infancia y la adolescencia:

- Baja calidad de la educación,
- Deficiencia en la provisión de servicios de salud
- Crecimiento sin suficiente empleo decente

El sistema educativo dominicano, pese a su cobertura, tiene debilidades que, de no superarse, impactarán negativamente en el desarrollo de la infancia y la adolescencia en el futuro inmediato y, por ende, en el desarrollo nacional. La débil calidad del sistema se expresa en los resultados tanto de las pruebas nacionales como

de diversas evaluaciones regionales<sup>17</sup> realizadas en los últimos años, que colocan al país en posiciones no deseadas en relación al resto de los países de la región. Esta realidad demanda aumentar la inversión en el sistema y replantear las políticas educativas, para la adecuada formación de la población infantil y adolescente, en tanto derecho consagrado en la Constitución.

Pese a la cobertura casi universal de los partos institucionales y a la asistencia calificada en el mismo, la tasa de mortalidad materna e infantil es muy elevada<sup>18</sup>, lo cual refleja una deficiente calidad en el sistema de salud que demanda cambios urgentes. El Estado apenas invierte el 1.6% del PIB en salud aunque el gasto en seguridad social, que incluye la protección a riesgos de salud, ha aumentado significativamente hasta alcanzar el 1% del PIB.

<sup>17</sup> El capítulo que trata la situación de la educación del presente documento ofrece detalles al respecto.

<sup>18</sup> La mortalidad materna era de 150 por 100 mil nacidos vivos en 2011, cuando el promedio en los países de América Latina y el Caribe era de 80 por cada 100 mil nacidos vivos. Estimaciones de OMS-UNICEF 2011.

---

## El 55% de la población infantil se concentra en cinco provincias, lo que representa casi dos millones de los 9.4 millones de habitantes que tiene el país

---

Superar estas restricciones requiere mejorar la inversión social, que en la actualidad alcanza el 7% del PIB, muy por debajo del promedio de América Latina y el Caribe (14%).

Para lograr ingresos que hagan sostenible la inversión social es necesario emprender las reformas necesarias que doten de mayor eficiencia y eficacia a la economía, generen confianza en los inversores nacionales y extranjeros, creen empleo decente y fortalezcan la productividad y la competitividad. Al mismo tiempo, es necesario garantizar una gestión pública transparente y austera que estimule el aumento de la credibilidad de la sociedad en la democracia<sup>19</sup>, cuya confianza ha sido afectada por promesas incumplidas y un reiterado ejercicio de corrupción administrativa no sancionado, tanto a nivel central como local.

Traducir dichas reformas en bienestar, sobre todo para la población más excluida, demanda mejorar la eficiencia del ejercicio presupuestario, administrándolo con absoluta responsabilidad<sup>20</sup>, sancionar las prácticas indebidas y asegurar una apropiada inversión social, con un enfoque de derechos para superar la inequidad.

Enfrentar eficazmente los desafíos señalados requiere, además, ser acompañado de una política de población que atienda adecuadamente

los factores demográficos que inciden en el tamaño y distribución espacial de la misma. El país pasa por un proceso de transición demográfica, caracterizado por una disminución de la tasa de fecundidad y de la mortalidad general, así como de importantes movimientos migratorios internos y externos. Los datos del IX Censo Nacional de Población y Vivienda del 2010, revelan que la tasa de crecimiento de la población ha sido de 1.2 % anual.

El Censo estimó la población total en 9.4 millones de personas, de los cuales 3.4 millones tenía menos de 18 años. En el 2002 la población infantil constituía el 40% del total. Hoy es el 36%. Las proyecciones de población realizadas por la Oficina Nacional de Estadística (ONE) indican una fuerte disminución de su crecimiento en los próximos 20 años, lo que puede ser una oportunidad para mejorar las estrategias de inversión social, con el fin de asegurar el bienestar de una población que se igualará en tamaño, en ese periodo, a la población en edad productiva.

De acuerdo a los datos censales, el 55% de la población infantil se concentra en cinco provincias, lo que representa casi dos millones de los 9.4 millones de habitantes que tiene el país.

Ha habido una rápida urbanización de la población, con una concentración mayor en las grandes ciudades. Según el censo, el 74% de la población vive en las zonas urbanas<sup>21</sup>, de las cuales más del 38% reside en el Gran Santo Domingo<sup>22</sup> y en la zona urbana de Santiago.

El Cuadro No.1 muestra la distribución geográfica de la población infantil y adolescente. Esta sigue la distribución geográfica de la población en general, aunque con algunas diferencias que conviene hacer notar.

---

19 El Latinobarómetro del 2010 situó al país en la doceava posición entre los países de la región respecto a la insatisfacción con la democracia.

20 La Estrategia Nacional de Desarrollo plantea la necesidad de una ley de "Responsabilidad Fiscal" que dicte las normas y penalidades al respecto.

21 No obstante, hay que anotar que debido a la definición que se adopta en el país para clasificar territorios como rurales o urbanos, la cual no considera características de los asentamientos sino un criterio político-administrativo, esta cifra podría estar sobre-estimando el número de personas que viven en entornos urbanos.

22 Distrito Nacional y la zona urbana de la provincia Santo Domingo.

**Cuadro No.1: Población de 0 a 17 años, por regiones**

Regiones	Miles de Personas	%
Cibao Nordeste	279.80	8.2%
Cibao Noroeste	171.20	5.0%
Cibao Norte	525.52	15.5%
Cibao Sur	234.95	6.9%
El Valle	119.70	3.5%
Enriquillo	164.08	4.8%
Higuamo	236.88	7.0%
Ozama	1,083.72	31.9%
Valdesia	391.78	11.5%
Yuma	192.36	5.7%
<b>Total general</b>	<b>3,400.0</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2010. ONE

Sin embargo, al comparar la distribución general de la población con aquella menor de 18 años de edad, se revela una notable diferencia. Mientras en las regiones de mayor actividad económica, la proporción de población adulta es mayor que la de población infantil, en el resto es al revés. Esto se asocia a los fenómenos migratorios en los que los polos de mayor actividad económica atraen a la población adulta desde otros territorios<sup>23</sup>.

Otro aspecto que caracteriza al país y que incide en la dinámica demográfica, en la economía y en los comportamientos sociales en general es el de la migración. Importantes flujos migratorios se han producido en los últimos 20 años. Grandes movimientos de población se han desplazado a Estados Unidos, Europa y más recientemente a países de América Latina. Una parte importante de la población que emigra son mujeres<sup>24</sup> en búsqueda de mejores condiciones

de vida y por lo general, son madres en plena edad productiva, que dejan a sus hijos e hijas al cuidado de otro familiar cercano o con amistades, con las vulnerabilidades y riesgos que esto implica para dicha población infantil, que no ve asegurado su derecho a vivir en una familia, al desarrollo psico-afectivo, a la educación y a su posterior inserción laboral y social.

Un tema de particular impacto económico y social se refiere a los flujos de inmigrantes desde el vecino Haití, que se insertan laboralmente en los sectores de la construcción, la agricultura y el servicio doméstico, fundamentalmente. Estas personas padecen numerosas negaciones de derecho, desde la residencia hasta a un empleo regulado y a la seguridad social, lo que les coloca en situación de mayor riesgo y vulnerabilidad que al resto de la población. Un informe elaborado por la Oficina de Desarrollo Humano (ODH) para

23 Así, en la Región Ozama, centro industrial y de servicios más importante del país, mientras la población adulta representa el 35% de la población total, sólo vive el 32% de la población infantil y adolescente. En las regiones Cibao Norte, Cibao Sur y Yuma, donde también hay una importante concentración de actividad agrícola, agroindustrial, comercial y de turismo, las diferencias son menos intensas pero en ese mismo sentido. En contraste, en el resto de las regiones, la proporción de población infantil y adolescente es ligeramente mayor que la de población general.

24 Según el documento de la Estrategia Nacional de Desarrollo (END), el 66% de la población que emigra a España es femenina.



la MEPYD, indica que “la situación social de este grupo es en general peor que la del 20% más pobre de la población dominicana...”<sup>25</sup>.

Dadas sus particulares condiciones geográficas como territorio insular en la ruta de huracanes, la República Dominicana es particularmente vulnerable a las consecuencias del cambio climático. Los desastres naturales afectan especialmente a la población más excluida

y que cuenta con menos capacidades para protegerse de ellos, en particular a los niños, niñas y adolescentes.

La preparación para emergencias debe continuar siendo un elemento importante de las políticas dirigidas a la niñez. En particular, aquellas destinadas a la prevención y a la recuperación temprana.

<sup>25</sup> ODH/PNUD 2010.





# 3

## POBREZA EN LA NIÑEZ

La pobreza no es solamente la carencia de ingresos, o la satisfacción o no de un conjunto de necesidades básicas. Es también una cuestión de cumplimiento de derechos fundamentales: “La comprensión de lo que representa la pobreza necesita de un enfoque y de una medición multidimensional, que involucre tanto las privaciones materiales —sobre todo en aspectos vinculados a la provisión y calidad de servicios y bienes públicos que afectan

directamente el ejercicio de los derechos de la población infantil— como las insuficiencias del ingreso familiar para satisfacer las necesidades de los miembros del hogar.”<sup>26</sup>.

### 3.1 Pobreza infantil multidimensional

Un estudio regional elaborado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y UNICEF estimó para el año 2007 la pobreza multidimensional infantil extrema y total en 18 países de la región, incluyendo la República Dominicana<sup>27</sup>.

Dicho estudio estableció una incidencia de la pobreza infantil total en toda la región de un 45% y de un 17.9% en pobreza extrema. En el caso de la República Dominicana, el mismo estudio estimó la incidencia de pobreza infantil total en 49.3% y la pobreza extrema en 7.7%, niveles muy cercanos a los resultados nacionales obtenidos para ese mismo año por el método de Necesidades Básicas Insatisfechas<sup>28</sup>.

Los resultados del estudio de la CEPAL y UNICEF son nacionales y no entran en una desagregación regional que ayude a entender dónde está ubicada la infancia afectada

<sup>26</sup> CEPAL-UNICEF 2010.

<sup>27</sup> El estudio definió que un niño, una niña o una persona adolescente vivía en condiciones de pobreza cuando estaba privado de ejercer al menos uno de los siguientes derechos: nutrición apropiada, acceso a agua potable, servicios de saneamiento adecuados, vivienda digna, acceso a servicios educativos y acceso a información y servicios de comunicación. Para cada uno de estos derechos, el estudio definió umbrales de pobreza moderada y pobreza extrema. Por ejemplo, para el caso del derecho a la nutrición, los umbrales para pobreza moderada fueron la desnutrición global o desnutrición crónica moderada, mientras que para pobreza extrema los umbrales fueron la desnutrición global o crónica severa. En cuanto al derecho a saneamiento, el umbral de pobreza moderada fue la no conexión al alcantarillado y el de pobreza extrema la ausencia total del servicio de eliminación de excretas.

<sup>28</sup> Véase el apartado sobre Necesidades Básicas Insatisfechas en este mismo capítulo.

por pobreza multidimensional<sup>29</sup>. Para cubrir este vacío se utilizó la metodología del Índice de Calidad de Vida” (ICV), la cual integra 17 variables proxys<sup>30</sup> de la pobreza multidimensional, agrupadas en cuatro categorías.<sup>31</sup>

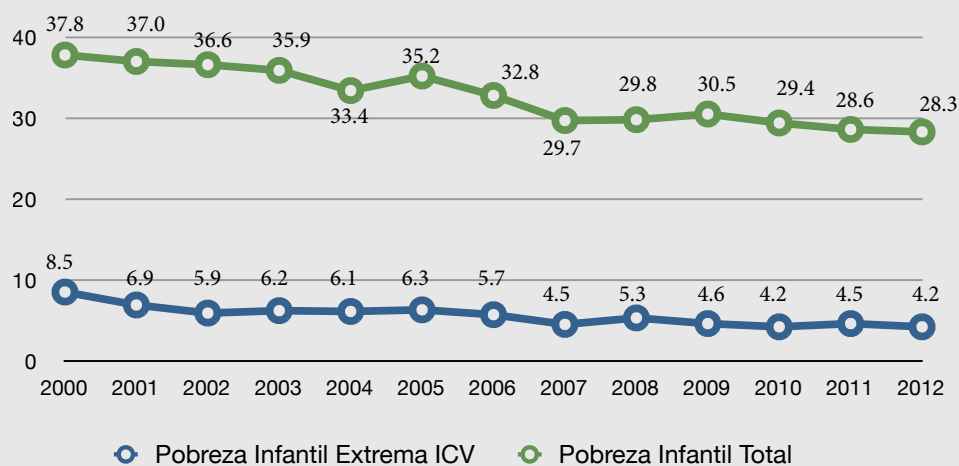
El abordaje ICV es el método utilizado por el Gobierno dominicano en el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN) para identificar y focalizar la población elegible para los programas sociales gubernamentales, particularmente el Programa de Transferencias Condicionadas “Progresando con Solidaridad”<sup>32</sup> y el régimen subsidiado del Seguro Nacional de Salud (SENASA). Utilizar esta metodología permitirá establecer el número de niños, niñas y adolescentes que califican o son elegibles para los programas sociales gubernamentales, compararlo con la

población infantil efectivamente beneficiada de dichos servicios, y realizar ejercicios futuros de cierre de brechas y costeo.

Aplicando esta metodología a las encuestas ENFT<sup>33</sup> del 2000 al 2010, tenemos la evolución de los niveles nacionales de pobreza infantil ICV total y extrema durante la primera década del presente siglo.

Tal y como se aprecia en el gráfico No.1 la pobreza multidimensional infantil ICV ha venido disminuyendo a lo largo de la década, pasando la pobreza infantil total de 37.8% a 29.4%, y la extrema de 8.5% a 4.2%. Un elemento llamativo de esta evolución es la relativa autonomía de esta dimensión estructural de pobreza infantil con respecto al ciclo económico de corto plazo.

Gráfico No.1: Evolución Pobreza Infantil ICV 2000-2012



Fuente: Datos de la ENFT procesados por MEPyD

29 Para profundizar en el análisis de pobreza infantil como expresión multidimensional de privación de derechos se visualiza la necesidad de aplicar en el futuro esta metodología para estimar la pobreza multidimensional infantil a nivel regional y provincial y para realizar análisis comparativos regionales y causales que permitan seguir mejorando las políticas públicas dirigidas a infancia y adolescencia. Esto forma parte de la agenda futura de generación de conocimiento sobre infancia en situación de pobreza o exclusión revelada por el presente documento.

30 Una variable proxy es una aproximación instrumental a una variable x de la cual no tenemos datos o que no es observable o medible directamente, mediante otras variables que sí lo son. Para que esto sea posible, la variable proxy debe poseer una fuerte correlación con el valor inferido.

31 Esas categorías son: 1) Vivienda; 2) Servicios básicos y equipamientos del hogar; 3) Capital Humano y género y 4) Capacidad de sustento familiar.

32 Anterior a 2012 sólo se denominada "Solidaridad".

33 Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo del Banco Central.

Por otro lado, los datos de ENFT<sup>34</sup> no permiten análisis desagregados estadísticamente a nivel territorial ni por género. Para estos fines, utilizamos la ENDESA 2002 y 2007 que ofrece los siguientes resultados<sup>35</sup>:

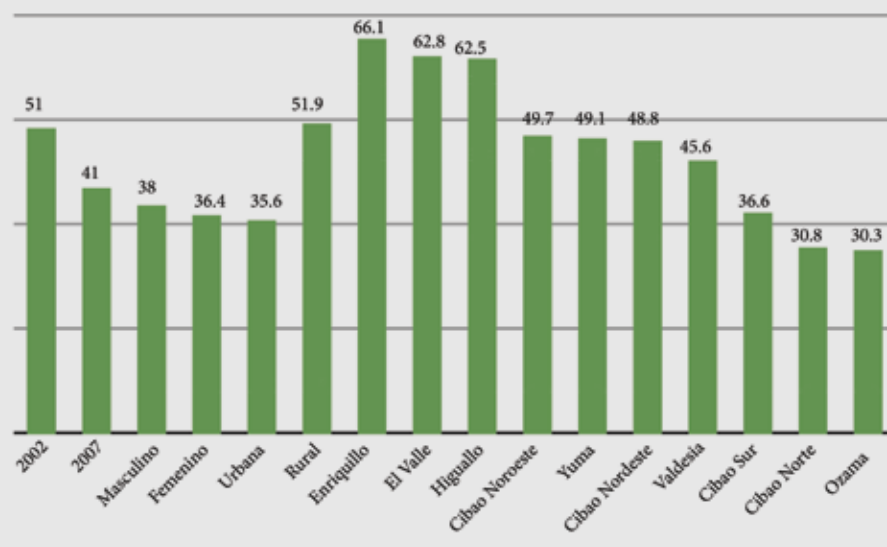
- El porcentaje de niños, niñas y adolescentes afectados por pobreza extrema multidimensional era de 9.5% y los que sufrían pobreza total multidimensional ascendía a 41%<sup>36</sup>.
- La pobreza multidimensional infantil (41%) es mayor que la pobreza multidimensional de la población en general (35.6%).
- La pobreza multidimensional infantil total disminuyó de 51% en el 2002 a 41% en el 2007.

- La pobreza multidimensional infantil extrema disminuyó de 14.1% en el 2002 a 9.5% en el 2007.

No hay diferencias significativas entre la pobreza multidimensional infantil masculina y femenina (41.6% y 40.3%, respectivamente)<sup>37</sup>.

Por otro lado se observa una importante diferencia entre pobreza rural y urbana. La primera es 1.46 veces más alta que la segunda, lo que luego se verá refrendado cuando analicemos la pobreza monetaria infantil. Se verifica un patrón territorial peculiar según el cual hay tres niveles o estadios relativamente homogéneos de pobreza infantil regional. Primeramente, tenemos las regiones mayoritariamente urbanas de Ozama y Cibao Norte (i.e. Santo Domingo y

Gráfico No. 2: Pobreza Multidimensional Infantil por el método ICV



Fuente: Datos de la ENFT procesados por MEPyD

34 Además durante el periodo analizado se realizaron ajustes metodológicos que dificultan la comparabilidad entre las observaciones del periodo 2000-2007 y las del 2008-20012.

35 La metodología ICV refleja componentes estructurales de pobreza que no cambian significativamente en el corto plazo. Por tal razón, los datos de ENDESA 2007 siguen siendo válidos para estimar esta dimensión de pobreza multidimensional, sobre todo porque permiten consistencia metodológica en la comparación inter-temporal con ENDESA 2002.

36 Muy parecido a los resultados del estudio CEPAL-UNICEF 2010 (7.7% de pobreza extrema y 49.3% de pobreza total).

37 Esta información sobre la inexistencia de sesgo de género en la pobreza infantil se ve corroborado por los datos de pobreza monetaria infantil, que se presentarán en el acápite 3.3.

Santiago), las cuales tienen niveles de pobreza muy inferiores al resto del país (30.5% promedio).

En el otro extremo de la distribución regional de pobreza multidimensional infantil, se encuentran las regiones fronterizas de Enriquillo y El Valle y la región meso oriental de Higuamo, con un elevado nivel de pobreza de 63.8%. A medio camino entre ambos estadios tenemos un grupo de regiones de pobreza media alta (46% en promedio) que cubren el resto del país. La pobreza infantil está estrechamente asociada a la inequidad territorial. Los grandes centros urbanos tienen el menor porcentaje de niños y niñas pobres (aunque por su peso demográfico tienen un gran número absoluto), mientras que las regiones fronterizas tienen un porcentaje mayor, pero un número absoluto menor. En 2007, el número total de niños y niñas y adolescentes pobres bajo este método ascendía a 1,515,430, mientras que el número total de niños, niñas y adolescentes indigentes ascendía a 350,639.

### 3.2 Pobreza monetaria infantil: ¿cuántos y dónde?

La incidencia de la pobreza monetaria alcanza a un porcentaje relativamente elevado de la población. Entre 2000 y 2010, el promedio de población que recibía ingresos de pobreza fue de 41.1%, mientras que la proporción que recibía ingresos de indigencia fue de 12%<sup>38</sup>. Las cifras se ubican en el promedio de América Latina y el Caribe. Por otra parte, hay que destacar que estos resultados en materia social y de calidad de vida de la población se han dado en un contexto de un notable desempeño macroeconómico a lo largo de las últimas décadas. En ese sentido, el proceso de desarrollo del país muestra una característica singular: combina un sobresaliente crecimiento del ingreso (entre 1960 y 2010, la tasa media anual de crecimiento económico ha sido superior a 5% y relativamente estable) con

un ostensible rezago en los indicadores sociales y de bienestar, incluyendo los de pobreza.

Al parecer una de las razones fundamentales de este desaprovechamiento del crecimiento económico está asociada a los niveles de desigualdad de ingresos. A lo largo de la década pasada, el promedio anual del Coeficiente Gini, que mide la inequidad en la distribución del ingreso, fue de 0.53<sup>39</sup>. En 2010 se estimó un 0.499, la única vez en la década que se coloca por debajo del umbral de 0.5.

Este nivel de concentración del ingreso también marca diferencias entre distintos segmentos de la población. En promedio, entre 2000 y 2010, el 20% más rico de la población concentró el 58% del ingreso y el 20% más pobre apenas el 3.6%. Esto significa que el ingreso del 20% más rico de la población fue 16 veces más alto que el del 20% más pobre. Hay que resaltar que a lo largo de la década se muestra la misma tendencia de mejoramiento en la distribución del ingreso evidenciada anteriormente en el Coeficiente de Gini. Así vemos cómo el ratio entre los ingresos del 20% más rico y el 20% más pobre pasó de 19.03 en el 2000 a 13.73 en el 2010.

La desigualdad de ingresos también tiene su expresión a nivel de los territorios. En promedio, entre 2007 y 2009, en las comunidades rurales, la pobreza total y la indigencia monetarias alcanzaron al 54% y al 26% de la población, respectivamente; mientras que en las zonas urbanas al 45% y 17%, respectivamente. De igual manera las regiones El Valle y Enriquillo, las dos más pobres del país, revelaron tasas de pobreza total entre 72% y 75%, y tasas de pobreza extrema o indigencia entre 38% y 41%. En contraste, la región Ozama (metropolitana) registró una tasa de incidencia de la pobreza monetaria total de 37% y de indigencia de 11.5%, y en el Cibao Norte alcanzó 43% y 16% respectivamente.

38 Estimaciones del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD) a partir de la llamada "Línea oficial de pobreza".

39 Informe oficial del MEPyD.

La evolución de la pobreza monetaria para la infancia puede ser resumida en cuatro puntos:

- a. La pobreza de ingresos afecta a una proporción mayor de niños, niñas y adolescentes que de población adulta. Se puede afirmar que la pobreza y la indigencia en la República Dominicana tienen un rostro predominantemente infantil.
- b. La incidencia de la pobreza en la población infantil y adolescente es particularmente elevada en las regiones El Valle, Enriquillo y Cibao Noroeste, todas con provincias de frontera y conocidas por su relativamente pobre desempeño económico, una precaria dotación de infraestructura, una economía poco diversificada y servicios sociales precarios.
- c. A pesar de lo anterior, la mayoría de los niños, niñas y adolescentes con pobreza de ingreso viven en las regiones más ricas y de mayor población del país, lo cual está asociado a la concentración demográfica y primacía urbana del Gran Santo Domingo; San Cristóbal, la cual es una ciudad muy vinculada a Santo Domingo; y el Cibao Norte, especialmente Santiago y sus asentamientos circundantes.
- d. La primera década del Siglo XXI ha sido testigo de una marcada urbanización de la pobreza infantil, derivada de los efectos de la crisis económica de 2002-2004, los cuales aún no han sido superados, ni por la vuelta al crecimiento económico ni por las políticas sociales implementadas.

La evidencia indica que la pobreza total y la pobreza extrema de ingresos afectan desproporcionadamente más a la población infantil y adolescente que a la población en general<sup>40</sup>. En efecto, para la población menor de 18 años la incidencia de la pobreza fue notablemente elevada. Para el año 2010 la pobreza de ingreso afectaba casi al 54% de la población de la niñez, una incidencia 29% más elevada que en la población general. En otras palabras, alrededor de 1.8 millones de las niñas y niños dominicanos viven en pobreza monetaria, y representan el 46.7% de toda la población pobre del país, cuando la población menor de 18 años representaba el 36.25% de la población general, según el Censo 2010. De igual manera, en 2010, el 17.3% de la población infantil, o aproximadamente 600 mil niños y niñas, vivía en hogares en situación de pobreza extrema, lo cual representa el 55% de toda la población en indigencia.

Esta sobre-representación de la niñez en la población pobre e indigente parece asociarse a dos factores. Primero, al hecho de que los hogares pobres e indigentes tienden a tener mayor número de niños y niñas que el resto de los hogares, según las estadísticas respecto a la tasa de fecundidad y niveles de ingreso<sup>41</sup>. Segundo, a los patrones migratorios señalados en el acápite anterior, caracterizados por una migración adulta, en la cual los niños son “dejados atrás” en las provincias y regiones de mayor nivel de pobreza, mientras sus padres se desplazan hacia el extranjero o ciudades de mayor dinamismo económico<sup>42</sup>.

La población infantil es particularmente vulnerable en las crisis económico-financieras y shocks externos. Desde una perspectiva de mediano plazo, el gráfico No.3 indica las

40 Esta infantilización de la pobreza monetaria ha sido constatada por la CEPAL (2010) en varios países de la región.

41 Según datos de la ENFT procesados por el MEPEYD, durante la década 2000-2010 los hogares indigentes tuvieron un promedio de 2.7 hijos menores de 18 años, los hogares pobres 1.93 y los hogares no pobres 1.03. La proporción de niños y adolescentes viviendo en el hogar es casi 3 veces más alta en los hogares indigentes que en los no pobres.

42 El efecto de la emigración interna e internacional sobre la infancia ha sido muy poco estudiado y forma parte de la agenda de investigación futura relevada por el presente documento. Según el censo 2002, un 10% de los hogares recibían remesas, lo cual representa un proxy sólido de familiares en el extranjero. De acuerdo a ENHOGAR 2007 el 43% de los hogares que reciben remesas corresponde a la estructura de familia extendida frente a un 27% del promedio nacional. Igualmente el 37% de los hogares que reciben remesas tienen estructuras mono-parentales y 12% de los niños (as) en hogares que reciben remesas viven con sus abuelos. Siempre de acuerdo a dicha fuente, en hogares de quintil 1 que reciben remesas, las mismas representan el 58% de los ingresos familiares.

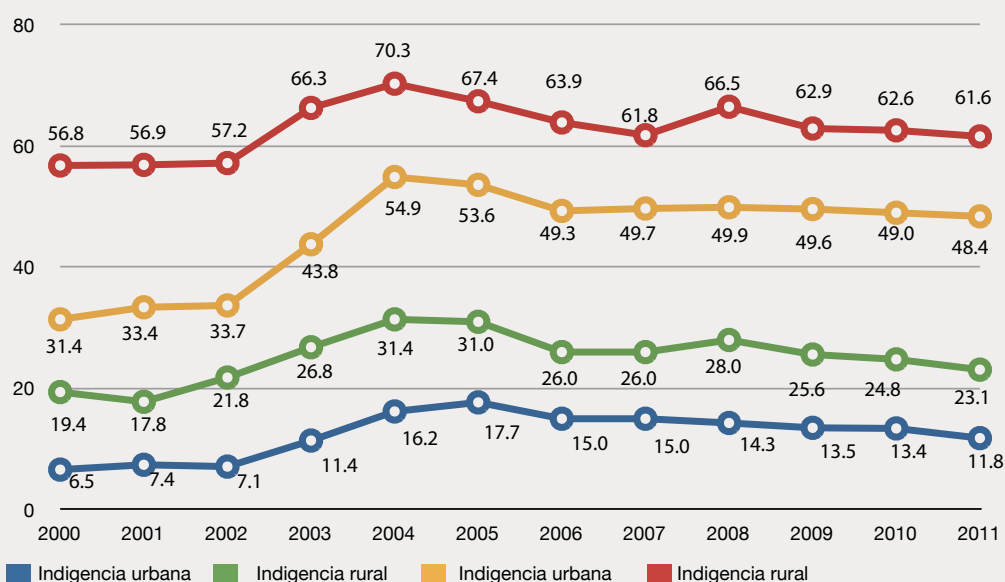
brechas entre la incidencia de la pobreza general y la indigencia en la población infantil y adolescente con respecto a las incidencias en la población general. La tendencia se mantuvo a lo largo de toda la década, lo cual refleja la mayor vulnerabilidad económica y social de la población infantil y adolescente. En ambos casos se registró un pico en 2004 como resultado de la crisis macroeconómica y financiera que impulsó la inflación, redujo los ingresos reales de la población y contrajo dramáticamente la actividad económica.

Posteriormente se verificó un alivio gradual cuando la crisis y la inflación cedieron, la actividad económica volvió a crecer y la pobreza retrocedió moderadamente. Este proceso se prolongó hasta 2006. A partir de ese año, se advierte un virtual estancamiento de la reducción de los niveles de pobreza tanto para la población infantil como la general, sin que la reducción experimentada haya logrado alcanzar los niveles observados previos a la crisis. Al finalizar la década, la pobreza infantil era un 31% más alta, mientras que la pobreza general aumentó en 30%. Sin embargo la

indigencia mostró una evolución marcadamente desfavorable para la población infantil, mostrando un incremento del orden del 51%, muy superior al incremento del 40% en la población general.

Al mismo tiempo, existen brechas de incidencia entre las ciudades y el campo. En promedio, entre 2000 y 2010, de cada 10 niños, niñas y adolescentes residentes en las zonas rurales, 6.3 eran pobres, mientras que en las zonas urbanas, 4.5 eran pobres. En términos generales, la evolución de la pobreza y la indigencia en cada una de estas zonas sigue una tendencia parecida a la tendencia de la población infantil y adolescente agregada, así como la tendencia observada en la población general. Sin embargo, hay algunos elementos distintivos que hay que señalar. El primero es que el aumento de la pobreza e indigencia infantiles urbanas durante la crisis del 2002-2004 fue mucho más agudo que el de la pobreza infantil rural. Así vemos que en el periodo 2000-2004 la pobreza e indigencia infantiles urbanas aumentaron un 70% y 136%, respectivamente. En ese mismo

Gráfico No. 3: Incidencia de la pobreza y la indigencia monetaria en la población infantil y adolescente por zona de residencia (2000-2011)



Fuente: Datos de la ENFT procesados por MEPyD

**De cada 10 niños, niñas y adolescentes residentes en las zonas rurales, 6.3 eran pobres, mientras que en las zonas urbanas, 4.5 eran pobres**

período la pobreza e indigencia infantiles rurales aumentaron un 24% y 55%, respectivamente.

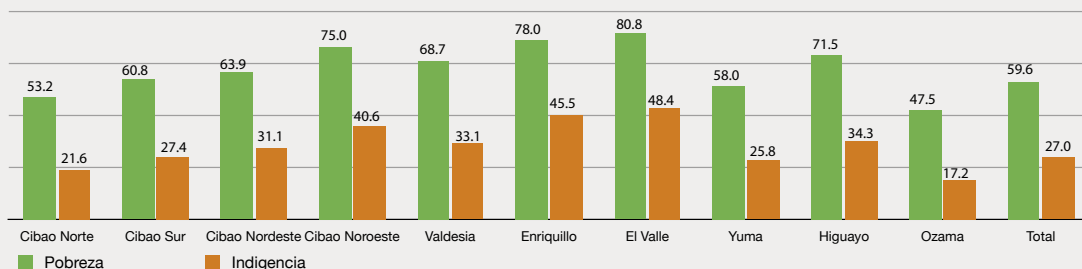
Esto tiene que ver con el mayor grado de mercantilización de las relaciones sociales y económicas en las ciudades, lo que le hace más vulnerable a crisis financieras caracterizadas por alta inflación y devaluación. Aparentemente, la zona rural con su posibilidad de auto-consumo y relaciones no mercantiles puede lidiar más fácilmente con crisis de índole monetaria o financiera. El segundo es que, una vez superada la crisis, los niveles de pobreza e indigencia infantil urbana se estabilizaron, -con respecto a la situación anterior,- con unos niveles relativos

mucho más altos que los niveles rurales. Así vemos como al finalizar la década, la indigencia infantil urbana se había más que duplicado respecto al año 2000 (incremento de 104%), en comparación con un aumento del 28% en la zona rural. El mismo fenómeno se verifica en la pobreza infantil total: un incremento urbano del 56% contra un incremento rural del 10%.

Los niveles de privación de la infancia rural siguen siendo superiores a los de la infancia urbana. Sin embargo, la rapidez e intensidad del deterioro de bienestar ha sido mucho más marcado en las zonas urbanas. La velocidad relativa de empobrecimiento infantil durante la década fue 5.4 veces más rápida entre los niños urbanos que entre los niños rurales. El ritmo de crecimiento de la indigencia infantil fue 3.8 veces más rápido en el contexto urbano que en el rural. En otras palabras, los niños, niñas y adolescentes rurales son más pobres que los urbanos, pero estos últimos se han empobrecido mucho más rápidamente durante el periodo analizado.

Los contrastes son más agudos cuando se consideran las diferencias por regiones del país. Entre 2008 y 2010, en promedio, casi el 60% de la población infantil era pobre de ingresos de los cuales, el 27% era indigente. Sin embargo, en la región El Valle, la incidencia de la pobreza total infantil fue casi de 81%, en la región Enriquillo de 78% y en el Cibao

**Gráfico No. 4: Incidencia de la pobreza y la indigencia monetaria en la población infantil y adolescente por regiones (2008-2010)**



**Fuente: Datos de la ENFT procesados por MEPyD**

Noroeste de 75%. En comparación, en la región Ozama, la indigencia entre la niñez alcanzó al 17.2%, y la pobreza total al 47.5%. En el Cibao Norte, la segunda región con menor incidencia de pobreza, la indigencia afectó al 53.2%

Por otra parte, el 45% de todos los niños pobres del país vivía en Ozama y Valdesia: el Gran Santo Domingo y San Cristóbal, ciudades que están en proceso de conurbación. Entre 2008 y 2010, la región Ozama tenía 629 mil niños viviendo en hogares con ingresos de pobreza. Estos representaron el 31% de toda la población infantil y adolescente en esa condición. En el Cibao Norte estaba la segunda concentración más grande de la niñez en pobreza con 336 mil, quienes explicaron el 16.6% del total. Le siguió la región Valdesia con 280 mil niños que representan el 13.8%. En el resto de las regiones, el número de la niñez en pobreza oscila entre 82 mil y 191 mil, y explicaron, individualmente, entre el 4.1% y el 9.4% del total.

Además, tal y como se vio en el acápite de pobreza infantil multidimensional, la distribución de la población infantil y adolescente pobre por regiones va en sentido inverso de la distribución de la incidencia de la pobreza. En aquellas regiones con menor incidencia, hay un mayor número

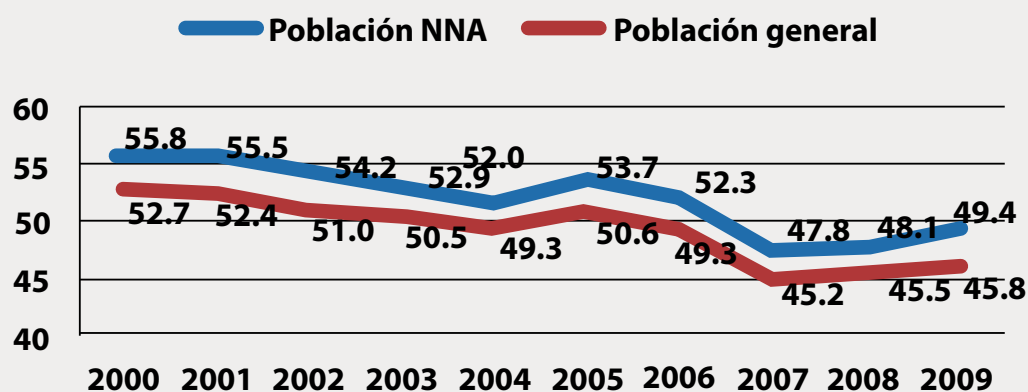
de pobres, mientras que en las regiones con mayor incidencia, el número de pobres es menor.

Por último, cabe destacar que a nivel territorial se advierten dos comportamientos de la pobreza de ingresos de la niñez en el período 2000-2010. Primero, en general, la pobreza de ingresos de la población infantil se comportó en una tendencia similar a la observada a nivel nacional, con un incremento de la incidencia en 2003 y 2004, un período de alivio relativo entre 2004 y 2006, y desde 2007 un período de estancamiento en la pobreza monetaria infantil total y de ligera disminución en la pobreza monetaria infantil extrema<sup>43</sup>. El balance neto de la década ha sido de aumento de los niveles de pobreza infantil, especialmente la pobreza extrema infantil urbana, que a lo largo de la década experimentó un incremento del 104%.

### 3.3 Niños, niñas y adolescentes con necesidades básicas insatisfechas

Además de la pobreza monetaria y la multidimensional, otra manera comúnmente usada para medir la pobreza es el método de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), el cual se basa en construir un indicador a partir de las condiciones concretas de vida de las personas en sus hogares.

Gráfico No.5: Porcentaje de la población general y de los niños, niñas y adolescentes con necesidades básicas insatisfechas (2000-2009)



43 Se verifica una disminución de 3 puntos porcentuales del 2007 al 2011.



De acuerdo con el indicador correspondiente, el porcentaje de la población de niños, niñas y adolescentes con alguna NBI mostró una tendencia descendente en la década del 2000, con un rezago en el año 2005 como consecuencia probable de impactos postergados de la crisis económica de 2003-2004. No se observan discrepancias significativas entre la población infantil y la población total.

En 2010, el 50.6% de la niñez del país, o un total de 1.7 millones, vivía con NBI. Entre ellos, un 42.1%, o 724 mil, viven en el Gran Santo Domingo (región Ozama). Muy atrás en orden de magnitud está el Cibao Norte con 279 mil, o el 16.2%, y Valdesia con 247 mil, o el 14.4%. En Ozama y Valdesia, entre Gran Santo Domingo y San Cristóbal, en conjunto vive más del 58% de la niñez con NBI.

Como en otras mediciones, la incidencia más elevada se verificó en regiones como El Valle y Enriquillo, con tasas medias entre 2008 y 2010 del 72.9% y 72%, respectivamente. Otras regiones con una elevada incidencia fueron Higuamo, Yuma

y Valdesia. En contraste, el Distrito Nacional y el Cibao Norte registraron tasas menores al 40%.

Se trata, nueva vez, de una situación en la que las regiones con mayores tasas de incidencia coinciden con las de menor número de casos debido a la población relativamente baja, y las regiones de menor incidencia, por su tamaño poblacional, coinciden con las de mayor número de niños y niñas en pobreza.

Pero, ¿cuáles son esas necesidades insatisfechas de niños, niñas y adolescentes? ¿cuáles son las privaciones que más les afectan? Datos de una encuesta de alcance nacional y con representatividad regional revelaron que en 2007, en la República Dominicana, había 665 mil niños, niñas y adolescentes que habitaban en viviendas sin servicios sanitarios adecuados, poco menos de 526 mil no tenían acceso a agua de la red pública, más de 148 mil vivían en casas con piso de tierra o madera, 130 mil no tenían energía eléctrica en sus hogares, más de 1.9 millones no tenían acceso a radio y más de 667 mil no tenían acceso a un televisor.

**Cuadro No.2: Niños, Niñas y Adolescentes en Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas, por Regiones (2010)**

Regiones	Incidencia (%)	Miles	% del total
Cibao Nordeste	41.8	117	6.8
Cibao Noroeste	45.3	78	4.5
Cibao Norte	53.1	279	16.2
Cibao Sur	48.3	114	6.6
El Valle	62.6	75	4.4
Enriquillo	71.0	117	6.8
Higuamo	72.4	171	10.0
Ozama	66.8	724	42.1
Valdesia	63.0	247	14.4
Yuma	39.6	76	4.4
Total general	50.6	1,720	100.0

Fuente: Elaborado con información de MEPyD y ONE

**Cuadro No.3: Niños, Niñas y Adolescentes con algunas Necesidades Básicas Insatisfechas en el Hogar. Por regiones. En porcentaje (2007)**

Regiones	Sin servicio sanitario seguro	Sin agua de red pública	Piso de calidad inadecuada	Sin energía eléctrica
Cibao Nordeste	7.7%	17.7%	5.1%	10.9%
Cibao Noroeste	4.3%	4.4%	6.1%	9.8%
Cibao Norte	9.4%	10.0%	10.8%	7.0%
Cibao Sur	5.4%	7.8%	4.4%	1.6%
El Valle	5.4%	4.4%	17.9%	14.0%
Enriquillo	8.8%	4.0%	11.1%	8.7%
Higuamo	9.5%	14.5%	6.0%	12.7%
Ozama	25.3%	12.4%	19.4%	6.5%
Valdesia	15.3%	12.4%	15.8%	11.9%
Yuma	8.9%	12.4%	3.3%	17.0%
Total general	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaborado con información de ENDESA 2007 y ONE

La población infantil y adolescente que no tenía acceso a un servicio sanitario de calidad<sup>44</sup> era el 18.6% de toda la población en ese rango de edad; aquella sin acceso a agua de la red era poco menos del 15%; la que vivía en casa con pisos de calidad inadecuada era el 4.2%; la que vivía sin energía era el 3.7%; la que no tenía acceso radio era el 53.4%; y la que no tenía acceso a televisor era el 18.7%. Del total de la niñez con servicios sanitarios inadecuados, un cuarto vivía en el Gran Santo Domingo (región Ozama) y un 15% en la región Valdesia. De esta última, la mayor parte vivía en San Cristóbal, una ciudad contigua y en conurbación con Santo Domingo. Por su parte, quienes no tenían acceso a agua de la red pública en sus hogares se concentraban en el Cibao Nordeste, y en regiones de la costa Sur del país, específicamente Higuamo, Ozama, Valdesia y Yuma.

La falta de un piso de materiales de calidad afectaba a casi 150 mil niños y niñas en todo el país en 2007. Poco menos de un 29

mil (20%) vivía en el Gran Santo Domingo, un 17.9% en El Valle, un 15.8% en Valdesia, 11.1% en Enriquillo, y 10.8% en Cibao Norte.

En resumen, la falta de servicio sanitario seguro y adecuado afectaba a una particularmente elevada proporción de niños, niñas y adolescentes en las regiones más pobres del país, pero, de toda la población afectada, una elevada proporción vivía en Santo Domingo o San Cristóbal. A su vez, en 2007 la falta de acceso a agua de la red pública era particularmente severa en algunas regiones pero el número de infantes y adolescentes afectados se distribuía en todo el territorio.

### 3.4 Perspectivas de cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio de Erradicación de la Pobreza (ODM1)

En el primero de los ODM analizaremos las dos metas que más estrechamente se vinculan

<sup>44</sup> Se entiende como servicio sanitario adecuado un servicio privado, ya sea un sanitario o una letrina de cajón. El resto de los servicios tales como sanitarios o letrinas compartidas, o letrinas sin cajón se consideran inadecuados.

**Cuadro No.4: Panorama de Cumplimiento ODM 1 Población General e Infantil<sup>45</sup>**

ODM	Meta	Población	Línea Base (1992)	2010	Meta 2015	Proyección	Brecha	Grado cumplimiento
1A	Reducir a la mitad el % de la población por debajo de la línea de pobreza extrema	Población General	10.8	10.1	5.4%	7.4%	37%	No se logrará
		NNA	15,4	14.8	7.7	12.73%	65%	No se logrará

Fuente: Elaboración propia sobre adaptación de MEPyD 2010

con el bienestar infantil: el porcentaje de población viviendo en pobreza extrema y el porcentaje de la población que padece hambre.

### Población en pobreza extrema

Como vimos anteriormente, la pobreza e indigencia monetarias de la población general e infantil crecen abruptamente en los periodos de crisis, pero se recuperan muy lentamente cuando se retoma el crecimiento económico y la estabilidad macro. Vimos igualmente que la población infantil es más afectada que la población en general, por lo que durante la década pasada sus niveles de pobreza e indigencia fueron superiores al promedio nacional en un 26% y 43%, respectivamente.

Las metas e indicadores de este ODM son de índole nacional y por tanto no desagregan por ciclo de vida, territorio o género. Cuando aplicamos al mismo un enfoque de ciclo de vida se evidencian las siguientes tendencias:

- Tal como señala MEPyD<sup>46</sup>, es probable que esta meta no se cumpla, ni para la población en general, ni para la infantil.
- La brecha de cumplimiento es 1.76 veces más alta en la población infantil que en la población general.
- La incidencia de la pobreza extrema es consistentemente más alta entre los niños, niñas y adolescentes que en la población general.
- La indigencia infantil ha disminuido menos rápidamente que la indigencia general.
- Al desagregar la información con un enfoque territorial, vemos que la pobreza infantil extrema en las regiones fronterizas de Enriquillo y El Valle es el doble del promedio infantil nacional<sup>47</sup>, con lo que la brecha de cumplimiento de este ODM para los niños y adolescentes se expande en esa misma proporción.

<sup>45</sup> Para garantizar la comparabilidad con otros documentos oficiales de seguimiento a los ODM, en este acápite se ha utilizado la línea de pobreza del Banco Mundial, que fue la que utilizó el Gobierno Dominicano en el informe de seguimiento de los ODM (2010). En el resto del capítulo se ha utilizado la nueva línea oficial de pobreza establecida en el 2012. Es bueno destacar que a nivel internacional los ODM se estiman en base a la línea de pobreza con paridad de poder adquisitivo –PPA-, sin embargo, el gobierno dominicano los mide con la línea de pobreza monetaria, sin ajuste PPA. En el presente documento se ha utilizado la metodología del gobierno dominicano, para garantizar la comparabilidad de la información.

<sup>46</sup> MEPyD 2010, p. 19.

<sup>47</sup> MEPyD 2012. En promedio durante el periodo 2000-2010, la pobreza extrema infantil fue de 39% en el Valle y 34% en Enriquillo, lo que supera el promedio nacional infantil del mismo periodo 2.27 y 2 veces, respectivamente.

## Población que padece hambre

La meta específica de reducir a la mitad la proporción de personas que padecen hambre cuenta con dos indicadores; uno referido a la población en general (porcentaje por debajo del mínimo de consumo de energía alimentaria) y otro a la población infantil (porcentaje de niños menores de cinco años con peso inferior al normal, es decir la denominada desnutrición infantil global). Con respecto a esta última, el país ha avanzado decididamente en su reducción, tanto que ya en el 2007 se había superado la meta del milenio. La proyección para 2015 es que este tipo de desnutrición estará prácticamente erradicado, con una prevalencia de tan sólo 0.1%. Al igual que en el caso de la pobreza extrema, la desnutrición global también refleja los patrones territoriales de exclusión y desigualdad que se han evidenciado a lo largo del presente documento. Así vemos que en el 2007 la prevalencia de la desnutrición infantil rural era un 20% más elevada que la urbana<sup>48</sup>.

### 3.5 Políticas contra la pobreza de niños, niñas y adolescentes

Durante la década pasada, la política social en general y las de combate a la pobreza en particular, registraron transformaciones significativas en el país. Por su alcance y el volumen de recursos involucrados, vale destacar tres de ellas; a) la creación de un programa de transferencias monetarias focalizadas y condicionadas de amplio alcance, denominado "Solidaridad"; b) la puesta en marcha de un sistema de seguridad social con aspiraciones de ser universal; b) la generalización del Programa de Alimentación Escolar (PAE).

Solidaridad: transferencias condicionadas y población infantil

Bajo la dirección del Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales, el programa "Progresando con Solidaridad" es el de mayor alcance del país,

con el presupuesto más significativo en materia de asistencia social. Provee asistencia financiera a hogares calificados en pobreza extrema y moderada, y que a la vez cumplan con algunos requerimientos, varios de los cuales tienen que ver con asegurar la prestación de servicios de salud y educación a la población infantil.

El Programa se implementa a partir de tres procesos:

- Transferencias condicionadas para asegurar el acceso a los servicios de salud y educación.
- Acompañamiento socioeducativo, a través de visitas domiciliarias, para promover el desarrollo y empoderamiento de las familias.
- Vinculación de las familias a los programas y servicios de su comunidad, para generar oportunidades de ingresos y mejora de la calidad de vida

Este programa tiene cuatro tipos de apoyos, distribuidos en dos categorías:

A.- Transferencias Condicionadas, con los componentes:

- Comer es Primero, que provee una transferencia monetaria de RD\$700 por mes para la compra de alimentos básicos. Su condicionalidad (o corresponsabilidad) se asocia a los hogares con niños y niñas menores de 5 años o con mujeres embarazadas para estimular la asistencia a los servicios de salud.
- Incentivo a la Asistencia Escolar (ILAE), que provee una transferencia por cada niño o niña que asista a la escuela pública. La

48 ENDESA 2007. Hay que destacar, sin embargo, que la brecha rural-urbana se ha ido achicando, pasando desde 117% en 1996 hasta los niveles actuales del 20%.

transferencia oscila entre RD\$300 y RD\$600 por mes (dependiendo del número de niños).

B.- Subsidios focalizados, con los componentes:

- Bonogas, que provee asistencia financiera no condicionada, exclusivamente dirigida para la compra de gas licuado de petróleo (GLP) para el uso doméstico.
- Bonoluz, que provee asistencia no condicionada para el pago del servicio de energía eléctrica.

Los hogares elegibles se pre-identifican como tales a través de una evaluación socio-económica que determina su condición de pobreza mediante el SIUBEN<sup>49</sup>. Al mes de diciembre de 2012, el Programa Progresando con Solidaridad cuenta con 649,224 familias que reciben RD\$700.00 mensuales, mediante la transferencia de Comer es Primero(CEP) y 288,593 hogares reciben un promedio ponderado mensual de RD\$332.00 por concepto del Incentivo a la Asistencia Escolar (ILAE). A partir del 2013, el monto de la transferencia se elevará a RD\$825.00 mensuales.

Los hogares pueden ser beneficiarios de varios subsidios simultáneamente. El total de hogares beneficiarios de la transferencia Comer es Primero recibe, a la vez, las transferencias por concepto de Bono Gas y Bono Luz.

Un estimado de 1.7 millones de personas se benefician del programa, con el cálculo de 3.2 personas por cada beneficiario directo. El programa es masivo y se estima que sus beneficiarios representan el 94% de los hogares en condición de pobreza extrema y el 79% de los de pobreza moderada<sup>50</sup>.

El número de niños, niñas y adolescentes beneficiados es de 778,606, lo que equivale al 36% de los/as beneficiarios/as totales del Programa. De ellos, 383,743 (49%) son de sexo femenino y 394,863 (51%) de sexo masculino.

Se prevé que los componentes CEP e ILAE tengan como resultado la mejora en la situación nutricional, de salud y educación de la niñez. Un estudio del 2011<sup>51</sup> evidencia que el porcentaje de niños que reciben el ILAE y finalizaron el año escolar se incrementó en 0.7%, y el efecto quizás más importante se refleja en el incremento de la asistencia escolar continua de los niños beneficiarios en 34.7%. Asimismo, la capacidad de leer y escribir aumentó en 0.6%, y el promedio de años de escolaridad pasó de 4.5 a 4.8 años, en tan sólo un año. La asistencia escolar continua de los niños que reciben el ILAE supera en 5.7% a la de los niños no beneficiarios. Otro estudio de 2008 también encontró una mejora de la asistencia escolar de las niñas que de los niños<sup>52</sup>. Otra evaluación realizada en la provincia de Montecristi mostró una disminución estadísticamente significativa en la incidencia del trabajo infantil en las familias beneficiarias del programa comparándola con un grupo control de la misma provincia<sup>53</sup>.

En términos generales, mientras que se requiere tener más evidencias científicas sobre el impacto del programa en el largo plazo, las evaluaciones realizadas a la fecha además de mostrar parcialmente impactos positivos en la escolaridad y la nutrición, apoya la idea de que la calidad del gasto en los hogares encabezados por mujeres es mayor con respecto a aquellos encabezados por hombres en términos de lograr impactos en el bienestar de la población infantil. También apoya la hipótesis de que el costo de oportunidad en niños y niñas de mayor edad es

49 Sistema Único de Beneficiarios.

50 MEPyD 2010, p. 19.

51 Informe BID 2011 sobre el Impacto del Programa Solidaridad. Según Análisis Encuestas EEPS 2010-2011.

52 "Impacto del Programa Solidaridad en Asistencia Escolar y Niveles Nutricionales: Un Enfoque Empírico". El trabajo está fechado el 14 de agosto de 2008, no se especifica el autor y se obtuvo en la página web de Solidaridad <http://www.solidaridad.gov.do/LinkClick.aspx?fileticket=sg5X-plU7ngA%3d&tabid=514>

53 Vicepresidencia de la República 2011.

**En diciembre de 2012  
había un total de 5 millones  
de personas afiliadas al  
Sistema de Seguridad Social: 2.3  
millones afiliadas al régimen  
subsidiado, y 2.7 millones al  
régimen contributivo**

más alto, especialmente en los niños, asociado a la posibilidad de generar ingresos, por lo que las transferencias son cruciales para prolongar la asistencia a la escuela de esa población.

El aporte neto directo del programa a los ingresos reales de la población más pobre es limitado, con lo que su impacto en la reducción de los niveles de pobreza monetaria no es muy alto. Las estimaciones realizadas por el MEPyD indican que “la contribución al crecimiento del ingreso real de la población atribuible a Solidaridad es baja, ya que se estima en sólo 0.1% para el periodo 2004-2007 y en 0.3% para el periodo 2007-2010”<sup>54</sup>.

## **Seguridad Social**

A partir de la aprobación de la Ley 87-01, el Estado dominicano impulsó la puesta en operación del Sistema Dominicano de la Seguridad Social y la afiliación masiva a dos de los tres regímenes del sistema en lo referido

a salud y que incluye a la población infantil: el régimen contributivo que ampara a la población empleada en el sector formal de la economía y a sus dependientes, y el régimen subsidiado que cubre a la población en condiciones de pobreza, en condiciones de dependencia<sup>55</sup> y de no dependencia. El primero es financiado a través de la contribución bipartida de empleados y empleadores y el segundo es financiado en su totalidad por contribuciones del Estado.

En diciembre de 2012 había un total de 5 millones de personas afiliadas al Sistema de Seguridad Social en salud, de las cuales, por sus condiciones de pobreza y de inserción laboral, 2.3 millones estaban afiliadas al régimen subsidiado, y 2.7 millones al régimen contributivo. Del primer grupo, 1.2 millones eran dependientes, y del segundo grupo, eran dependientes 1.3 millones<sup>56</sup>. El 35%<sup>57</sup> era población menor de 19 años de edad<sup>58</sup>.

Un tercer régimen, el contributivo subsidiado que procura proteger a la población en condición laboral de informalidad pero no de pobreza extrema, aún no ha sido puesto en vigor.

No se cuenta con estudios que evalúen sistemáticamente el impacto de la entrada en vigor del sistema de seguridad social en la salud y en el bienestar de la población infantil. Sin embargo, es evidente que se trata de un sistema de amplia cobertura y que, en el caso del régimen subsidiado, que busca proteger a la población en pobreza moderada o extrema, pudiera estar cubriendo a más de 700 mil (un 40%), niños, niñas y adolescentes en esa condición.

## **El Programa de Alimentación Escolar**

Otra intervención relevante para la población infantil es el Programa de Alimentación Escolar (PAE), el cual se generalizó en el primer lustro de

54 MEPyD 2010, p. 39

55 Beneficiarios seleccionados a través del SIUBEN.

56 CNSS a partir de datos de la SISALRIL 2012.

57 Porcentajes sobre datos de 2011.

58 Del total de menores de 19 años, el 18% tenía menos de 5 años, el 25% era niños y niñas entre 5 y 9 años, el 30% era niños y niñas entre 10 y 14 años, y el 25% tenía entre 15 y 19 años de edad.

la década pasada, administrado por el Ministerio de Educación (MINERD). Se trata de un programa de cobertura universal para el estudiantado de los niveles inicial y básico del sistema público. Aunque hay algunas modalidades distintas que incluyen una alimentación relativamente completa, la dominante es la del desayuno, la cual ha consistido en la provisión de un pan o galleta y leche con sabor añadido o jugo.

Los objetivos del programa son complementar la alimentación de niños y niñas que asisten a la escuela, y mejorar la asistencia y el rendimiento escolar. Sin embargo, una evaluación oficial realizada en 2005 reveló que los impactos en el rendimiento escolar del programa eran insignificantes y que los aportes calóricos y

proteicos del desayuno eran reducidos<sup>59</sup>. Hacia finales de la década pasada e inicios de 2011, el programa enfrentó recurrentes problemas asociados a la contaminación de los alimentos y la intoxicación de estudiantes que resultó en una suspensión temporal de la provisión de alimentos y la revisión del programa. En 2012, con la asistencia técnica del PMA, el PNUD, UNICEF y el MINERD aplicó la primera encuesta de micro-nutrientes<sup>60</sup> de los alimentos administrados en el programa con el objetivo de maximizar el impacto de la intervención. Los hallazgos preliminares evidencian que se mejora la situación nutricional de los niños beneficiarios del mismo, aunque persisten carencias en algunos micro-nutrientes particulares como la vitamina B12.



©UNICEF RD / Vianka Olivero

59 Grupo Gestión Moderna 2005.

60 La encuesta fue llevada a cabo por el Centro Nacional de Investigaciones en Salud materno Infantil (CENISMI).





# 4

## DERECHO A LA SUPERVIVENCIA Y DESARROLLO

Este capítulo presenta la situación de salud de la niñez y destaca aquellos elementos de mayor impacto. En el mismo se recoge la evidencia cuantitativa disponible respecto a los avances y brechas en materia del ejercicio del derecho a la salud.

### 4.1 Marco normativo y políticas en salud de niños, niñas y adolescentes

#### Marco legal de salud

El derecho a la salud consignado en la CDN, queda establecido de forma expresa tanto en la Constitución de la República así como en la Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12), en la Ley General de Salud (42-01), en la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social (87-01), en la Ley 8-95 que declara como prioridad la Promoción y Fomento de la Lactancia

Materna, en la Ley 135-11 de VIH/SIDA y en la ley 136-03 que es el Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de los Niños, Niñas y Adolescentes, entre otros instrumentos jurídicos. Estas normas orientan el ejercicio del derecho a la salud tanto a nivel de los titulares de derechos como de las instituciones detentoras de obligaciones, al tiempo que prioriza a la niñez en la formulación de las políticas públicas, la atención en los servicios y la protección especial.

La Ley General de Salud y la del Sistema de Seguridad Social regulan las acciones que permiten al Estado dominicano hacer efectivo el derecho a la salud. La ley 42-01 establece el rol de rectoría y normativo del Ministerio de Salud Pública, que norma, controla y evalúa el desarrollo de los subsistemas de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud y establece una gestión compartida con espacios de concertación y participación social.

La Ley General de Salud reconoce la prioridad de la atención en favor de la población más vulnerable: “las personas que se encuentran en y por debajo de la línea de pobreza, dando prioridad a las mujeres, con mayor énfasis a las mujeres en estado de embarazo, los niños y niñas hasta la edad de 14 años, los ancianos/as y los discapacitados/as”.

Por su parte, la END consigna un objetivo general de Salud y seguridad social integral y tres objetivos específicos: a) Garantizar el derecho de la población al acceso a un modelo de atención integral, con calidad y

calidez, que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la consolidación del Sistema Nacional de Salud; b) Universalizar el aseguramiento en salud para garantizar el acceso a servicios de salud y reducir el gasto de bolsillo; y c) Garantizar un sistema universal, único y sostenible de Seguridad Social frente a los riesgos de vejez, discapacidad y sobrevivencia, integrando y transparentando los regímenes segmentados existentes, en conformidad con la ley 87-01.

El Estado refuerza su compromiso en el combate a la epidemia de VIH/SIDA a través de la nueva ley de VIH/SIDA (Ley 135-11), asegurando el acceso universal a la atención y a la provisión de los medicamentos antirretrovirales para la población que vive con el virus del VIH. La ley garantiza los siguientes derechos fundamentales de la niñez frente a esta epidemia: 1) la gratuidad de los procesos relacionados con la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y la provisión de opciones de alimentación a través de la seguridad social<sup>61</sup>; 2) los derechos de los niños y niñas que viven con VIH de ingresar a la escuela; y 3) los derechos de los adolescentes entre 16 y 18 años de edad de solicitar de manera voluntaria o por prescripción médica la realización de la prueba para la detección del VIH sin el consentimiento de los padres.

## Políticas de salud

Además del marco legal, el sector salud cuenta con un marco institucional y de políticas de salud, que se expresa en el Plan Decenal de Salud 2007-2015 (PLANDES 2007-2015). El PLANDES constituye la agenda estratégica del sector salud y un marco de referencia para los planes operativos. Sus principales prioridades estratégicas están orientadas a la reducción de brechas e inequidades, al fortalecimiento de la rectoría, organización de la red pública de servicios a nivel regional, acceso equitativo a medicamentos, garantía de aseguramiento con énfasis a los de menores ingresos, participación social e intersectorialidad. Una propuesta de Política de Calidad en Salud

formulada en 2012 contribuirá a fortalecer la función rectora del Ministerio de Salud en su rol de garante de la calidad de la salud.

La Dirección General Materno Infantil y Adolescente (DIGEMIA) del Ministerio de Salud junto a la Dirección de Nutrición son responsables de los programas de salud y nutrición materna, infantil y adolescente, orientados a la atención materna, a la planificación familiar, la atención del neonato, la lactancia materna, el crecimiento y desarrollo, la prevención y control de diarrea e infecciones respiratorias agudas, los micronutrientes, la atención integrada a enfermedades prevalentes en la infancia y la salud escolar. En 2005 la Estrategia de Movilización Nacional Tolerancia Cero a las muertes maternas e infantiles evitables y el Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Infantil y Materna 2012-2016 constituyen los marcos programáticos de acción.

El Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los y las Adolescentes (PRONAIISA), dependiente de la DIGEMIA, tiene la misión de promover y apoyar las acciones dirigidas a proveer servicios integrales y de calidad a la población comprendida entre 10 y 19 años, especialmente en materia de prevención, y cuenta con un Plan Estratégico Nacional para la Salud Integral de Adolescentes 2010-2015. En 2011 se lanzó el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes 2011-2016, un plan intersectorial en el que participaron el Ministerio de Educación, Ministerio de la Mujer, Despacho de la Primera Dama, CONANI, OPS, UNFPA y UNICEF, y cuya misión se centra en la creación y fortalecimiento de mecanismos en los ámbitos nacionales y locales de ejecución de las políticas dirigidas a reducir los embarazos en adolescentes.

El país cuenta además con el Programa de Educación Afectivo-Sexual (PEAS), que busca promover capacidades, habilidades socio-afectivas, valores, conductas de autocuidado y respeto a la vida propia y de los demás, creando sentido de responsabilidad

<sup>61</sup> Esto incluye las fórmulas infantiles.

en el marco de la prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.

La Dirección General de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS) ha liderado importantes avances en esta última década, tales como la actualización a partir del 2008 de las normas y protocolos para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, el desarrollo de la atención pediátrica y las guías de consejería pediátrica, conforme a los avances mundiales basados en las evidencias globales hacia la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH. Asimismo, se ha multiplicado el acceso a la terapia antiretroviral y atención integral al VIH en los establecimientos públicos de salud y en las ONG. En el año 2006, el CONANI y el Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA)<sup>62</sup> presentaron la “Política Nacional de Protección de los Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Orfandad y Vulnerabilidad por el VIH y el SIDA”, con las características de integralidad de la atención y articulación intersectorial, procurando posibilitar la eliminación de toda discriminación o estigma hacia la niñez y la adolescencia que vive con el VIH/SIDA, especialmente aquellas personas en condiciones de orfandad por esta causa. También, se cuenta con el Plan Estratégico Nacional para el VIH/SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual 2007-2015, como un instrumento estratégico que guía la respuesta nacional frente a la epidemia.

Además en el país se desarrollan varios programas e iniciativas específicas orientadas a fortalecer la salud de la infancia y la adolescencia, desarrollados tanto por instituciones estatales, como por organizaciones no gubernamentales, entre las que se destacan:

El Proyecto de Nutrición Materno Infantil del Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (GCPS) en provincias seleccionadas, que provee complementos nutricionales a infantes menores de cinco años, a embarazadas y lactantes.

La Red de Consejeras de la Pastoral Materno Infantil, que da seguimiento a embarazadas y a la población infantil menor de cinco años pertenecientes a comunidades de bajos ingresos.

Estos programas han permitido lograr avances en términos de la atención focalizada a la infancia y la adolescencia, aunque persisten desafíos en términos de calidad, cobertura, sostenibilidad y organización, así como en la priorización de las necesidades de las personas usuarias atendiendo a sus características evolutivas y condición de embarazo a temprana edad.

## 4.2 Cobertura del Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud está conformado, además de por el Ministerio de Salud Pública, por la Seguridad Social, el Instituto Nacional de Agua Potable (INAPA), la Corporación del Acueducto y Alcantarillado de Santo Domingo (CAASD), el Instituto Dominicano de Recursos Hidráulicos (INDRHI), las Corporaciones de Acueducto y Alcantarillado de Provincias, los centros de enseñanza superior que forman recursos humanos para el sector salud, los servicios médicos castrenses y policiales, los municipios, los grupos profesionales y de trabajadores de la salud organizados, las empresas y servicios médicos, y las ONG de diferentes denominaciones y especialidades.

La inversión en salud asciende al 2.8% del PIB<sup>64</sup>, lo que la sitúa en una de las más bajas de la región de Las Américas. Esta situación repercute en la calidad de los servicios e impacta en la cobertura de la población asegurada<sup>65</sup>, ya sea a través del régimen contributivo o del subsidiado. El financiamiento del Sistema Nacional de Salud es mixto, basado en los impuestos generales del Estado y en la Seguridad Social, con participación de los seguros de salud públicos y privados.

62 La nueva ley de VIH/SIDA convirtió al COPRESIDA en el CONAVIHSIDA (Consejo Nacional para el VIH y el SIDA).

63 Dentro de la cual está el Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS).

64 OPS/OMS 2010.

65 Alrededor de la mitad de la población está afiliada a la seguridad social.

### 4.3 Estado y servicios de salud para la niñez

#### Atención prenatal y parto

La atención prenatal y al parto es prácticamente universal en la República Dominicana. Un 99% de las mujeres embarazadas han recibido atención prenatal por parte de un profesional de la salud, aunque la tasa disminuye ligeramente en Pedernales (94.5%) y en los casos de madres sin escolaridad (95.1%)<sup>66</sup>. Más del 98% de los partos se realizan en un establecimiento de salud y por profesionales de la salud. En las zonas rurales este porcentaje disminuye ligeramente al 96%, en las provincias de Pedernales (86%) y Elías Piña (84%), y de aquellos de madres sin escolaridad (89.2%).

El acceso a los servicios de salud, medido indirectamente a través del parto institucional o control prenatal, es casi universal con un 98% de cobertura. No obstante, persisten grandes inequidades en el acceso a servicios inclusivos y de calidad, sobre todo en el sector público, que afecta más a la población de menores ingresos y de las zonas rurales.

#### Mortalidad Materna

A pesar de la reducción experimentada en la última década, la tasa de mortalidad materna sigue siendo alta en un contexto de atención prenatal y parto institucional casi universal, como se ha expresado anteriormente. La estimación de ENDESA bajó de 178 por cada 100 mil nacidos vivos en 2002<sup>67</sup> a 159 por 100 mil nacidos vivos en 2007. Además, se estima que la mortalidad materna ha bajado a 150 en 2011<sup>68</sup>. De acuerdo a la notificación de casos de muerte materna al Sistema de Vigilancia Epidemiológica también

### 80% de las muertes maternas se producen por razones evitables

se observa una tendencia a la reducción de 133.4 en 2010 a 126.5 por 100 mil nacidos vivos<sup>70</sup> en 2011<sup>69</sup>. No obstante, la mortalidad materna se mantiene por encima del promedio en los países de América Latina y el Caribe que es de 80 por cada 100 mil nacidos vivos. Existe una estrecha relación entre la mortalidad materna e infantil: en los países donde existen altas tasas de mortalidad materna también se registran elevadas tasas de mortalidad neonatal.

A pesar de la amplia cobertura de atención profesional prenatal (98.9%), de atención institucional de los partos (97.5%) y de la atención profesional durante el parto (97.8%) en la República Dominicana, el 80%<sup>71</sup> de las muertes maternas se produce por razones evitables, como consecuencia de complicaciones en el embarazo, el parto o el puerperio. Las principales causas de la mortalidad materna están asociadas a hipertensión, hemorragia, sepsis y aborto. Esta cobertura es superior al promedio de los países latinoamericanos.<sup>72</sup>

Un análisis de los factores asociados a la mortalidad materna relacionados con la prestación del servicio destaca elementos claves tales como la fragmentación de la atención que no considera el continuo de la atención a la embarazada hasta los menores de cinco años, el incumplimiento de las normas, guías y protocolos de atención y de bioseguridad, las demoras en los cuidados obstétricos de emergencia, la escasa disponibilidad de insumos y medicamentos, en especial sangre y la ausencia de personal especializado en las guardias hospitalarias.

66 La ENDESA 2007.

67 ENDESA 2002.

68 WHO-UNICEF-UNFPA-World Bank 2012.

69 Indicadores Básicos de Salud, Ministerio de Salud Pública y OPS/OMS, 2010 y 2011.

70 WHO-UNICEF-UNFPA-World Bank 2012.

71 Auditoría médica del Ministerio de Salud sobre los casos de muertes maternas reportados al sistema de vigilancia desde 1998.

72 Indicadores Básicos de Salud, Ministerio de Salud Pública y OPS/OMS, 2010 y 2011.



©UNICEF RD/ José Luis Bautista

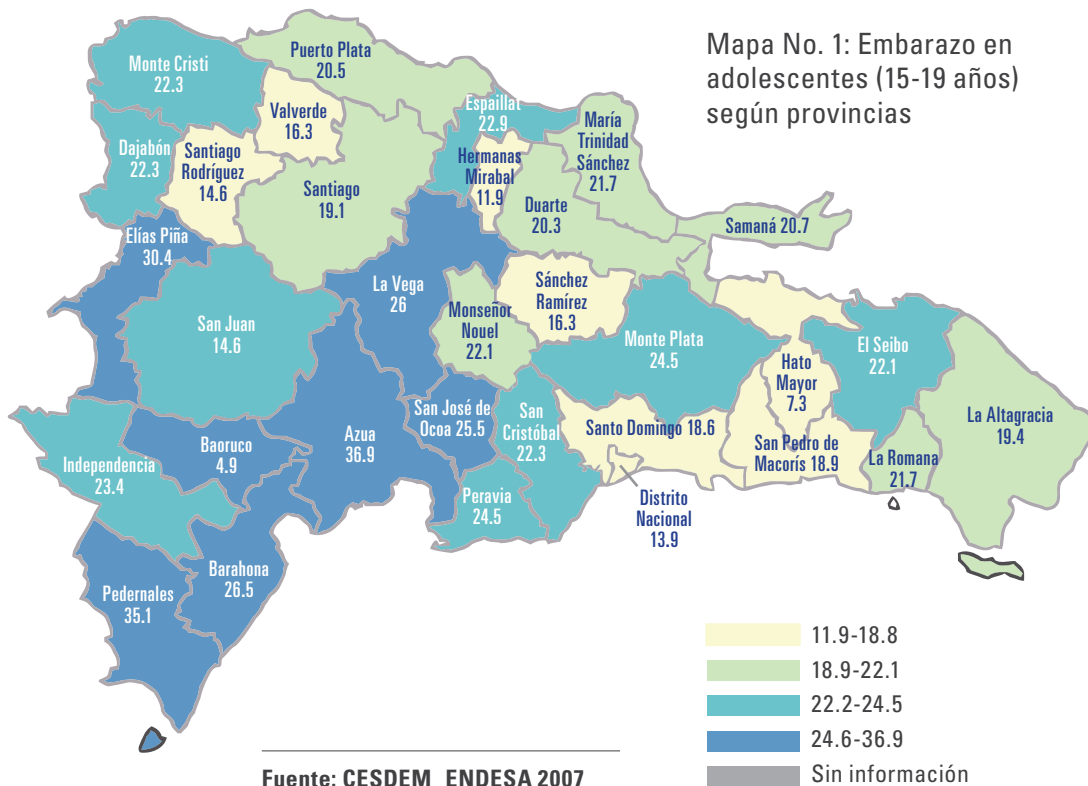
**La República Dominicana ocupa el quinto lugar en la ocurrencia de embarazos a temprana edad en la región**

Ciertas mejoras se han producido por la implementación de la estrategia “Movilización Tolerancia Cero”, iniciada en el 2005 por las autoridades sanitarias, sin embargo, quedan desafíos importantes. Con la Estrategia de Movilización Tolerancia Cero, iniciada en 2005, se reforzó el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna, el cual permitió monitorear la tendencia, al tiempo que se fortaleció el análisis de evitabilidad de las muertes a través de los comités intrahospitalarios que funcionan en los hospitales, contribuyendo

así a evidenciar las principales causas asociadas a la muerte materna. El Informe de 2010 de seguimiento al cumplimiento de los ODM plantea que el país no podrá alcanzar la meta de reducir en 75% la tasa de mortalidad materna ya que esto obligaría a llegar a una tasa inferior al 47 por 100 mil en 2015. Esto se considera prácticamente imposible, debido a que requeriría unos ritmos de descenso superior al 14% anual promedio, lo que contrasta con los ritmos históricos y actuales de ese proceso en el país. A partir del 1991 este ritmo anual de descenso ha sido de apenas un 1% y en el periodo de mayor disminución fue de 3.3%.

Un análisis de las intervenciones necesarias para poder avanzar hacia el ODM5 muestra la necesidad de mejorar la calidad de la atención obstétrica en base al cumplimiento de las normas de atención materna y perinatal, asegurar servicio presencial de médicos cualificados, mantener el fortalecimiento de los comités de análisis de muerte, vigilancia y el registro de la causa de muerte, suministro de calcio y profilaxis de toxemia, mayor atención a la nutrición y suplementación con hierro y ácido fólico, ampliar cobertura de manejo activo con oxitócica del tercer periodo del parto y reforzar el Programa de Educación Afectivo Sexual<sup>73</sup>.

<sup>73</sup> Elaborado con base en el Informe de seguimiento al cumplimiento de los ODM 2010.



#### 4.4 Embarazos en adolescentes

Los embarazos en adolescentes constituyen un grave problema social y afectan al desarrollo de las madres y de las hijas y los hijos. La República Dominicana ocupa el quinto lugar en la ocurrencia de embarazos a temprana edad en la región, sólo superado por Nicaragua, Honduras, Venezuela y Ecuador. Según ENHOGAR 2009-2010 el 22.1% de las adolescentes de 15 a 19 años se había embarazado al menos una vez. No se evidencia cambios respecto al 2006 (21.2%).

El embarazo a temprana edad representa una de las mayores brechas sociales que perpetúa el círculo de la pobreza. Es una de las mayores causas de la deserción escolar entre las adolescentes (44%)<sup>74</sup>, lo que limita su desarrollo personal y profesional y dificulta su adecuada inserción en el mundo laboral, por lo que su reducción debe ser de alta prioridad en la política pública.

De igual manera, este fenómeno aumenta los riesgos de complicaciones en el embarazo y

en el parto. Según ENHOGAR 2009-2010, los riesgos de muerte por eclampsia, obstrucción en el parto, hemorragia o infección entre las adolescentes son hasta tres veces mayores que en las mujeres con edades entre 18 y 34 años.

Por otra parte, los embarazos en adolescente pueden tener efectos importantes sobre el estado de salud y sobrevivencia de sus hijos, tales como el bajo peso al nacer, la prematuridad, malformaciones o problemas en el desarrollo debido a aspectos de madurez fisiológica y emocional de las madres y a las complicaciones durante el embarazo y el parto.

Existe una correlación fuerte entre la incidencia del embarazo en adolescentes y el nivel de ingreso. Un 33.2% de las adolescentes y mujeres jóvenes de las familias del quintil más pobre se habían embarazado antes de cumplir los 20 años, en comparación con el 11.6% en el quintil más rico. Del mismo modo, el 42.7% de las adolescentes que se había embarazado no tenían instrucción o sólo había alcanzado algún grado del nivel básico. Los porcentajes se

74 Cáceres y Morillo 2008.

**Entre 1996 y 2007 la mortalidad en menores de cinco años se redujo de 57 a 36 por mil nacidos vivos; y la mortalidad infantil se redujo de 47 a 32 por mil nacidos vivos.**

reducen drásticamente a medida que aumenta el nivel de instrucción, llegando a ser casi un de 6.4% en el caso de las adolescentes con instrucción superior. Las tasas más altas del embarazo en adolescentes en el país se observan en Azua (36.9%) y Pedernales (35.1%).

#### **4.5 Mortalidad en la niñez y sus causas**

La mortalidad en la niñez se define como la probabilidad que tiene un recién nacido de morir antes de los 5 años. Esta incluye la mortalidad neonatal de 0 hasta los 28 días y la infantil de 0 a 1 año. Los indicadores de estas categorías reflejan los cambios a favor de la salud infantil, sus condiciones de vida y el desempeño de los servicios, orientando las decisiones del Estado para el desarrollo de políticas públicas.

Se han logrado avances significativos en la reducción de la mortalidad en los niños y niñas menores de 5 años en el periodo comprendido entre 1996 y 2007. En ese lapso de tiempo la mortalidad en menores de cinco se redujo de 57 a 36 por mil nacidos vivos, al tiempo, que la mortalidad en menores de un año (infantil) se redujo de 47 a 32 por mil nacidos vivos, lo cual supone un descenso de 50% y 51.6%

respectivamente. Dentro de esta, la mortalidad post-neonatal es la que más se ha reducido.

Entre los factores asociados a la reducción de la mortalidad en la niñez se destacan la consolidación del programa regular de vacunaciones, el aumento del uso de sales de rehidratación oral para combatir las muertes por diarrea, la reducción de la desnutrición y el aumento de la cobertura de agua potable y saneamiento. De manera particular, contribuyó con esos avances la adopción en el 1992, de la iniciativa "Hospital Amigo de la Niñez y de las Madres", apoyado por OMS, OPS y UNICEF. Esta iniciativa promueve una atención integral materno-infantil con calidad y calidez, con énfasis en los beneficios de la lactancia materna. También la instalación de Unidades de Rehidratación Oral a nivel de la comunidad y la Estrategia de Atención Integral a enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) contribuyeron a reducir las muertes en los niños y niñas menores de cinco años.

No obstante esta mejoría, de acuerdo al Perfil de Salud Infantil<sup>76</sup>, en el periodo 1997-2005, las principales causas de muertes en la niñez de 1 a 4 años de edad se asociaron con diarrea (22%), neumonía (19%), ahogamiento y sumersión de intención no determinada (11%) y desnutrición (9%). Esto indica que la mortalidad en la niñez es el resultado de la coexistencia de factores relacionados con determinantes sociales tales como la marginalidad, la contaminación ambiental, el hacinamiento y deficiencias de servicios básicos, como acceso a agua potable, eliminación de excretas, entre otros, y la baja calidad de servicios de salud materno-infantil.

De acuerdo a ENDESA, la mortalidad post neonatal (28 días a 1 año) se ha mantenido en 10 por mil nacidos vivos durante el periodo 2002 y 2007 y las principales causas de muerte en el periodo 2000-2009<sup>77</sup>, en su mayoría evitables, están relacionadas con septicemia (22%), neumonía (17%), diarrea y gastroenteritis (14%),

<sup>75</sup> ENHOGAR 2009-2010.

<sup>76</sup> Ministerio de Salud Pública-OPS-UNICEF 2011.

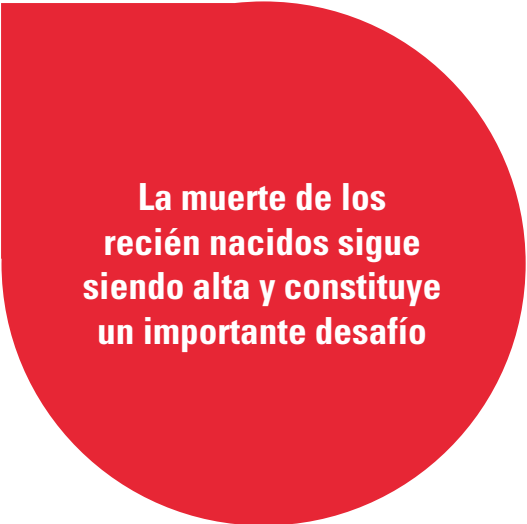
<sup>77</sup> Ministerio de Salud Pública-OPS/OMS-UNICEF 2011.

malformación del corazón (9%), meningitis (6%) y desnutrición (6%). De manera particular, las muertes por septicemia en el país están asociadas a aspectos básicos de bioseguridad.

La mortalidad infantil (menores de 1 año) de acuerdo a ENHOGAR 2009-2010 experimenta un ligero descenso desde 2006, pasando de 30 a 28 por 1000 nacidos vivos y los datos del sistema nacional de vigilancia epidemiológica la estiman para los años 2010 y 2011 en 28.8 y 27.8 por mil nacidos vivos. A nivel rural, experimentó una notable mejoría, pasando de 37 a 27 por 1000 nacidos vivos, produciéndose un efecto de convergencia urbano-rural. Asimismo, la ENDESA 2007 revela que las regiones que muestran mayores riesgos de morir al primer año son las de Región 0 de salud (Distrito Nacional, Santo Domingo y Monte Plata) (38) y Región IV (Barahona, Bahoruco, Independencia y Pedernales) (41). Por su parte, las provincias del resto de las regiones presentan los mejores indicadores, oscilando entre 11 por mil nacidos vivos en la provincia Espaillat hasta 29 por mil nacidos vivos en la provincia María Trinidad Sánchez. ENHOGAR 2009-2010 presenta una mayor probabilidad morir al primer año de vida en la ciudad de Santo Domingo (37 por mil), la región Ozama (34 por mil) y la región Este (33 por mil).

La muerte de los recién nacidos sigue siendo alta y constituye un importante desafío. Sobrevivir el primer mes de vida es crítico. La mortalidad neonatal (desde el nacimiento hasta los primeros 28 días) se ha mantenido en 22 y 23 por mil nacidos vivos entre 2002 y 2007, según ENDESA.

Entre las principales causas trazadoras o directas de mortalidad neonatal sobresalen la sepsis bacteriana y el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido. Para el periodo 2000- 2009, estas causas fueron responsables del 27% y 26% de las muertes neonatales respectivamente. Otras causas importantes fueron la hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento (8%), y la neumonía congénita (6%). En 2011, y de acuerdo al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica,



**La muerte de los recién nacidos sigue siendo alta y constituye un importante desafío**

la sepsis neonatal y el síndrome de dificultad respiratoria siguen siendo las dos primeras causas de muerte 30.2% y 28.6% respectivamente. Una gran parte de estas muertes son también evitables cuando se garantiza el personal adecuado, parto limpio, bioseguridad y una eficaz gestión de la atención hospitalaria. Esta situación demuestra que la baja calidad del servicio de salud incide de forma directa en las muertes de los bebés recién nacidos.

### **Bajo peso al nacer**

Se considera que hay bajo peso cuando el recién nacido pesa menos de 2.5 kilogramos. Esta condición constituye un riesgo importante para la salud del recién nacido. La ENHOGAR 2009-2010 estimó el porcentaje del bajo peso al nacer en 12.4%, lo que representa un ligero aumento respecto a la ENHOGAR del 2006, que lo situó en un 11%. En particular, llaman la atención las elevadas tasas en El Valle y Enriquillo, de 20.1%, y 17.6%, respectivamente.

Las causas del bajo peso al nacer podrían asociarse a una precaria alimentación de la madre debido a la pobreza y a las restricciones de ingresos en los hogares. Otras causas podrían responder a inadecuados cuidados prenatales por el bajo nivel de instrucción de la madre o a la falta de acceso a servicios de salud obstétricos, así como a la alta proporción de embarazos en

78 Ídem.

79 Ministerio de Salud Pública y OPS/OMS 2010 y Ministerio de Salud Pública y OPS/OMS 2011.



adolescentes. El porcentaje de niños y niñas que tuvieron bajo peso al nacer, disminuye a medida que aumenta el nivel de instrucción de la madre, desde 17.8% entre aquéllas sin ningún nivel, hasta 9.7% entre quienes tienen nivel de instrucción universitario y postgrado.

## Morbilidad

Las enfermedades infecciosas mantienen aún un alto nivel de prevalencia en la infancia. Las infecciones más comunes en la población infantil son de tipo diarreico y respiratorio.

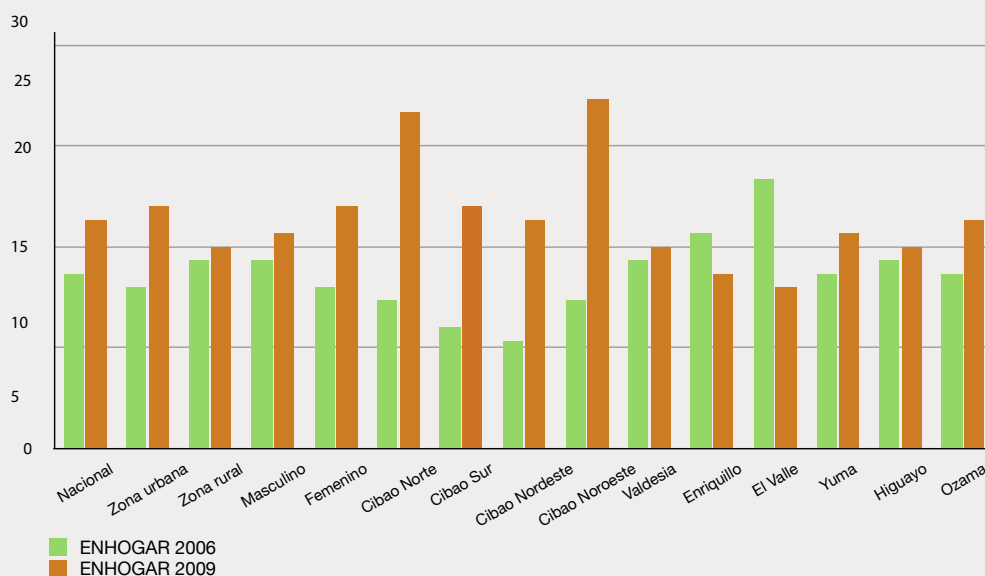
Las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) afectan considerablemente la salud y sobrevivencia de la infancia. Según ENHOGAR 2009-2010, la prevalencia de la diarrea en menores de 5 años es de 15.8%, y tiene una mayor presencia en relación al 2006 (13.1%). La población urbana (16.2%), y en la región Cibao Noreste (26.8%) muestran los mayores niveles de EDA en la población menor de cinco años. En contraste, Enriquillo (11.9%), el Valle (11.9%) e Higuamo (12.5%) destacan por encontrarse

menor proporción de casos, indicando una notable mejoría respecto al 2006, ya que las regiones Enriquillo y el Valle mostraron la prevalencia más alta de diarrea en la ENHOGAR 2006.

Desde octubre de 2010, la isla Hispaniola ha sido impactada por la epidemia de cólera, una enfermedad diarreica aguda, que ha acumulado un total de 613,572 casos y 7,927 muertes con una tasa de letalidad de 1.5% a agosto 2012. En la República Dominicana se han notificado hasta el mes de diciembre 2012 un total de 29,433 casos con 422 muertes. En el año 2012, la tasa de letalidad se redujo a 0.8%, ya que en el 2011 fue de 1.7.

Las causas de infecciones diarreicas en niños y niñas menores de 5 años pueden ser múltiples y se vinculan al acceso de agua potable y saneamiento, a las condiciones físicas de la vivienda, a los niveles de instrucción, conocimiento y manejo de información sobre buenas prácticas de cuidado en niños y niñas y, en particular, a las prácticas de higiene.

Gráfico No.6: Prevalencia de la diarrea en niños y niñas menores de 5 años por sexo, zona y región de residencia (2006-2010)



Fuente: ENDESA 2007

La relación entre disponibilidad de agua de la red pública dentro de la vivienda y prevalencia de diarrea en la población infantil es menos consistente que la esperada. Esto podría estar sugiriendo que sólo el acceso a la red pública de agua no es suficiente para reducir la probabilidad de un niño y niña de sufrir diarrea y que es necesario complementar las intervenciones de infraestructura de agua con la promoción de prácticas de higiene, lo cual merecería una elevada atención en las intervenciones de salud pública y en especial en la eliminación del cólera en el país (ver gráfico No. 7).

La prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) según la ENDESA 2007 fue de 7.1%. Este dato no es comprable con las ENDESAS 2002 (20%) y 1996 (25%) por cambios en la definición de las preguntas que descartaba las gripes. Según ENHOGAR 2009-2010, la prevalencia de neumonía en la infancia fue de 7.9%, lo que representa una ligera reducción en relación al 2006 (9.4%). No existe diferencia entre la población rural (8%) y urbana (7.9%). La neumonía es una complicación grave que se presenta por la demora en la búsqueda de tratamiento. Para casi dos terceras partes (68.4%) de los menores de 5 años con síntomas de IRA, se buscó tratamiento en un proveedor apropiado.

Se destacan importantes diferencias entre las regiones del país. Las regiones de menor

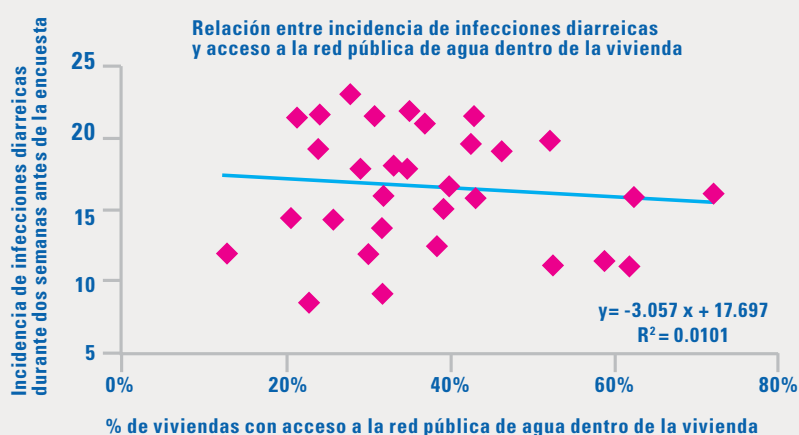
prevalencia de neumonía son las de Cibao Norte (5.9%) y Cibao Sur (6.5%), mientras que las regiones de mayor prevalencia son Cibao Noroeste (16%) y Enriquillo (12.2%). También se nota una diferencia importante en función del nivel socioeconómico de la familia: la prevalencia en las familias del primer quintil (más pobre) fue de un 11.6%, 2.4 veces mayor que en los hogares del quinto quintil (más rico) de un 4.74%.

La pandemia de gripe por el virus de influenza AH1N1 de 2009, afectó también al país presentándose 2,820 casos sospechosos, de los cuales 491 casos fueron confirmados por laboratorio. De las 23 muertes asociadas al virus AH1N1, hubo 13 defunciones en mujeres con antecedentes de embarazo, parto o puerperio.

## Inmunización

Los programas de vacunación son cruciales para garantizar la salud de la niñez. La introducción de la vacunación a través de campañas masivas en las décadas de los ochenta y noventa influyó notablemente en el descenso de la mortalidad infantil por la reducción de enfermedades inmunoprevenibles (difteria, tétanos, tétanos neonatal, tosferina, sarampión, poliomielitis, entre otras). Para grupos especialmente vulnerables, además, se aplica la vacuna contra el Neumococo. En 2012 se ha introducido una nueva vacuna contra el rotavirus, la cual

Gráfico No.7: Relación entre incidencia de infecciones diarreicas y acceso a la red pública de agua dentro de la vivienda



tendrá un impacto significativo en la proporción de casos de diarrea debido a rotavirus.

El Ministerio de Salud Pública desarrolla en todo el país el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) a través de una red de 1,100 puestos fijos de vacunación, lo que ha permitido incrementar los niveles de cobertura. Es preciso destacar que el Ministerio de Salud Pública financia en su totalidad la compra de todas las vacunas a través del Fondo Rotatorio de la OPS, siendo éste un indicador de compromiso político. En 2006, la totalidad de la compra de la vacuna pentavalente fue asumida por el Ministerio de Salud, luego de una donación realizada por el gobierno de Japón en el periodo 2001-2005.

Las encuestas ENDESA preguntan a la población sobre inmunización, pero las respuestas suelen ser imprecisas porque, en la mayoría de los casos, las familias no conservan las tarjetas de registros de las vacunaciones. Sin embargo, estas encuestas permiten ver las tendencias. En ellas se registra que el porcentaje de niños y niñas en edades de 18 a 29 meses que han alcanzado el esquema completo de vacunación se incrementó en 16

puntos porcentuales, al pasar de 33% a 49% entre las ENDESA 2002 y 2007. Según ENHOGAR 2006 y 2009-2010, el porcentaje de niños y niñas de 12 a 23 meses con todas las vacunas tuvo un ligero descenso de 46.3% a 41.5%.

Según ENHOGAR 2009-2010, la cobertura de la vacuna de la tuberculosis (BCG) alcanzó en ese año al 93.4% de la niñez entre 12 y 23 meses, la de sarampión el 62.7%, la primera dosis de la PENTA, DPT y de la vacuna contra el polio se ubicaron por encima del 90%. Sin embargo, la cobertura de tercera dosis sólo alcanzó al 64%. Esto apunta a que la explicación de la baja cobertura del esquema completo se asocia a una falta de seguimiento efectivo por parte del personal a cargo de los puestos de vacunación para la administración del conjunto de vacunas.

Por otra parte, la información que provee ENDESA 2007 sugiere que el nivel educativo de la madre contribuye a alcanzar mejores niveles de inmunización. Así, la cobertura alcanza al 63.3% de los niños y niñas de madres con educación superior, en contraste con el 27.2% de niños y niñas de madres sin escolaridad.

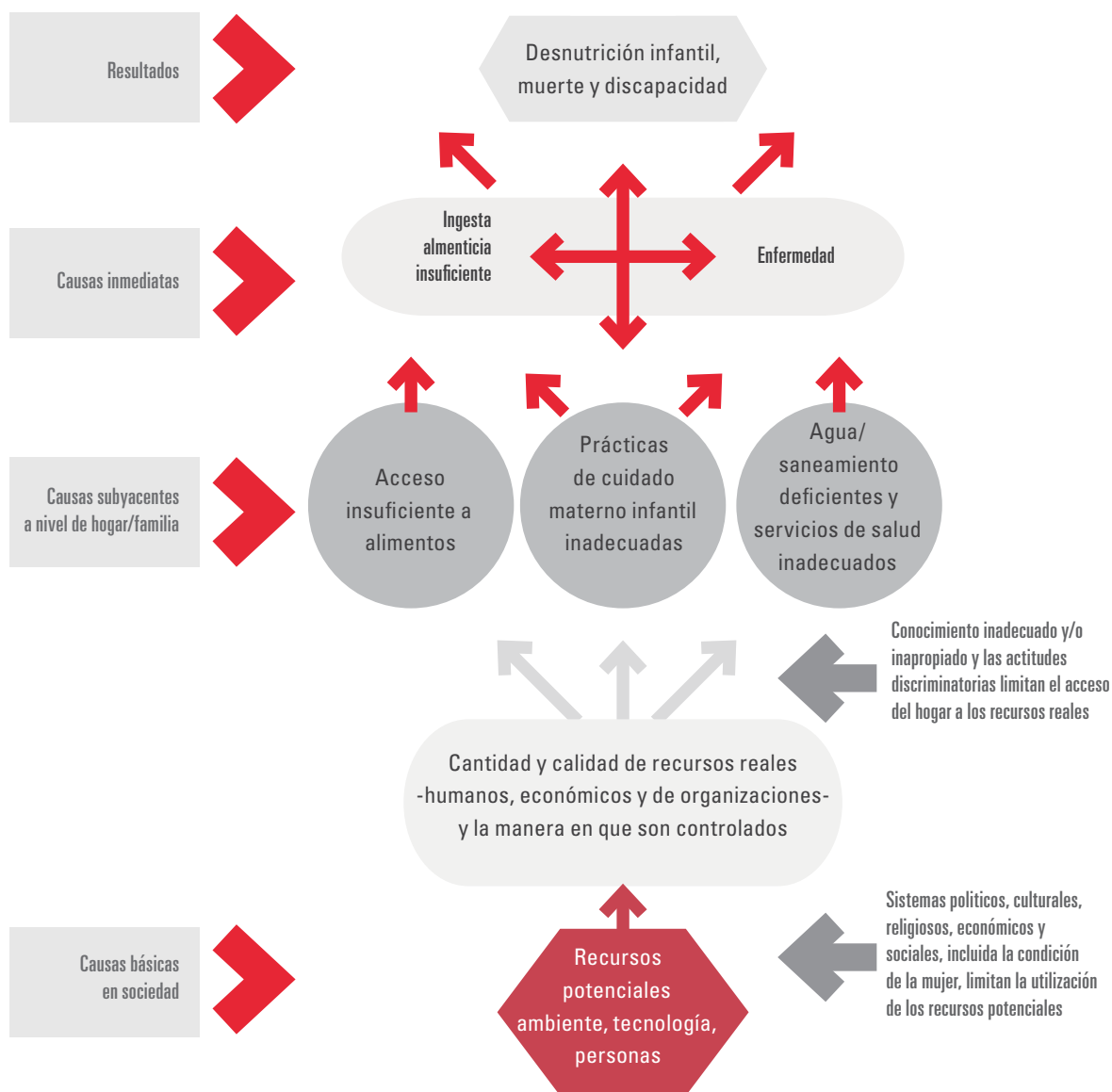


A pesar de que los programas del Ministerio de Salud tienen carácter nacional y se supone que se cuentan con procedimientos estandarizados y adaptados a las condiciones de las diferentes localidades del país, existen diferencias importantes entre las provincias. En general, según la ENDESA 2007, la cobertura de vacunación completa es más alta en las provincias Hermanas Mirabal (73%), Santiago

Rodríguez (78%) y Monseñor Nouel (72%) y más baja en las provincias de Montecristi (31.1%), Elías Piña (33.9%) y Pedernales (38.6%).

Es importante destacar que el PAI mantiene en cero la ocurrencia de poliomielitis, sarampión y el síndrome de rubeola congénito, y en el 2011 sólo se han presentado 5 casos de tétanos, 2 de difteria y 1 de tosferina en

Figura No. 1: El marco conceptual para el análisis de las causas de la desnutrición



Fuente: Conceptual framework for analysing the causes of malnutrition, UNICEF, Nueva York, 1997.

81 Subnutrición: estado de las personas cuya ingestión alimentaria regular no llega a cubrir sus necesidades energéticas mínimas. La necesidad mínima diaria de energía es de unas 1 800 kcal por persona. La necesidad exacta viene determinada por la edad, tamaño corporal, nivel de actividad y condiciones fisiológicas como enfermedades, infecciones, embarazo o lactancia.

**Al sexto mes, casi todas las lactantes abandonan esta práctica, y sólo un 2.1% lactan de forma exclusiva, siendo una de las tasas más bajas a nivel mundial**

menores de 5 años. Asimismo, la introducción de la vacuna pentavalente ha impactado en una reducción significativa de la meningitis por haemophilus influenza tipo b.

Ahora bien, el PAI tiene el reto de mantener los logros alcanzados y garantizar una cobertura universal, ya que entre municipios todavía se evidencian grandes disparidades<sup>81</sup>.

#### **4.6 Alimentación y nutrición en la niñez**

Según datos de la FAO, desde inicios de los setenta hasta inicios de los ochenta se verificó una importante reducción de la subnutrición<sup>81</sup> en la República Dominicana, pasando desde cerca de un 40% hasta un 25%. Sin embargo, a partir de esa fecha, la situación no se ha modificado de forma significativa, mostrando una relativa rigidez.

##### **Lactancia materna**

La lactancia materna exclusiva es una de las recomendaciones más importantes en materia de nutrición para niños y niñas durante los primeros 6 meses de su vida. Tiene una probada eficacia en la reducción de las muertes infantiles, y es un elemento nutricional indispensable en el crecimiento y el desarrollo cognitivo y socio-afectivo. Las ventajas de la lactancia se asocian tanto a los nutrientes que aporta la

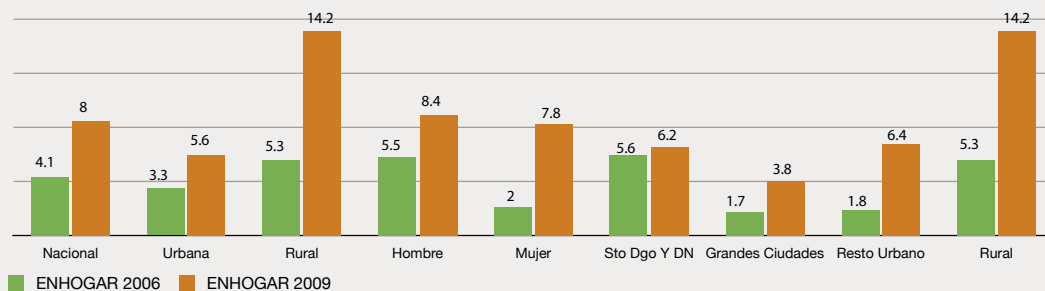
leche materna como a la inmunización frente a numerosas enfermedades. Su interrupción o la complementación con otros alimentos antes de los 6 meses, además de reducir su impacto, conlleva a riesgos asociados al manejo de los alimentos. Según The Lancet ("Neonatal Survival", Marzo 2005) la lactancia materna es la intervención que más contribuye a reducir la mortalidad infantil (13%) y hasta un 19% la mortalidad neonatal.

No obstante estos beneficios, en la República Dominicana la práctica de la lactancia materna exclusiva a los seis meses es baja (8%) como muestra ENHOGAR 2009-2010 aunque se observa un ligero aumento desde 2006 (4%).

De acuerdo a ENDESA 2007, el porcentaje promedio de la lactancia materna exclusiva entre 0 a 6 meses es 7.8%. Al sexto mes, casi todas las lactantes abandonan esta práctica, y sólo un 2.1% lactan de la forma exclusiva. Esta tasa constituye unas de las más bajas a nivel mundial. Este bajo porcentaje de lactancia materna exclusiva podría estar incidiendo en el alto nivel de desnutrición aguda (5.6%) de los bebés desde 0 a 6 meses de edad, cuya tasa es más del doble del promedio en los niños menores de 5 años (2.2%).

El 65% de los niños y niñas inician la lactancia dentro de la primera hora de nacido, sin embargo, al primer mes sólo un 20.2% continúa lactando de forma exclusiva. Como resultado de la rápida reducción en la lactancia exclusiva a partir del primer mes de nacimiento, la duración promedio de la lactancia en el país es severamente baja, de 0.5 meses, y ha sido inamovible a lo largo de la última década. Al mismo tiempo, las ENHOGAR 2006 y 2009-2010 reportan una tendencia a aumentar la práctica de la lactancia materna a nivel rural (5% a 14.2%), urbano (3% a 5.6%) y en territorios como grandes ciudades (2% a 3.8%), Santo Domingo y Distrito Nacional (6% a 6.2%) y resto urbano (2% a 6.49%). La región Higuamo muestra el mayor aumento en la lactancia materna exclusiva a los seis meses que pasó de 5.8% a 16.4%.

Gráfico No.8: Lactancia materna exclusiva, según sexo, zona y región



Fuente: ENDESA 2007

## Nutrición infantil

La desnutrición crónica es un factor importante que afecta negativamente al crecimiento y desarrollo de los niños y niñas. La desnutrición crónica moderada se define como aquella situación en la que la talla del niño o la niña es reducida para su edad, esto es, cuando se coloca por debajo de dos desviaciones estándar de la media poblacional. Cuando la talla cae por debajo de tres desviaciones estándar, se considera que el niño o la niña sufre de desnutrición crónica severa.

De acuerdo al marco conceptual para el análisis de las causas de la desnutrición propuesto por UNICEF, los factores asociados a la misma están relacionados a causas inmediatas, tales como, la ingesta insuficiente y la enfermedad, causas subyacentes a nivel del hogar, la familia y los servicios vinculadas al acceso insuficiente a alimentos; prácticas inadecuadas de cuidado materno infantil, deficiencias en el agua, saneamiento y servicios de salud y por último, causas básicas en la sociedad, tales como, recursos potenciales del ambiente, la

tecnología y el capital humano y determinantes sociales como sistemas políticos, culturales y religiosos limitan la utilización de los recursos potenciales, favoreciendo la aparición de desnutrición según como se organicen. El país no cuenta con documentos oficiales que analicen estos factores de manera holística.

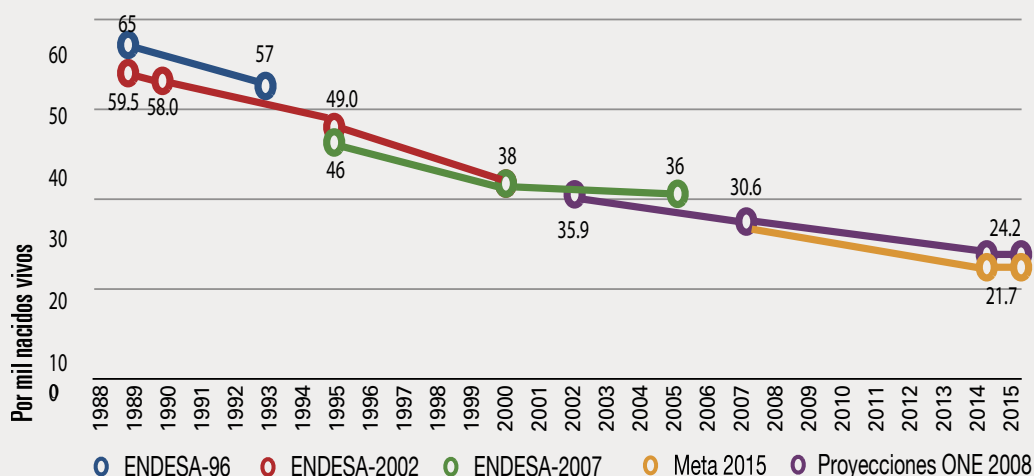
De acuerdo a las ENDESA, a lo largo de las últimas décadas, la prevalencia de la desnutrición crónica moderada se ha ido reduciendo con caídas significativas hasta finales de la década de los noventa. Sin embargo, en años recientes, las reducciones han sido mucho menos intensas, y han pasado del 11% en 1996 a 8.9% en 2002 y 7.2% en 2007<sup>82</sup>. Se trata, por tanto, de una reducción de 3.8 puntos porcentuales en un período de 11 años. En comparación, en un período de similar magnitud, entre 1986 y 1996, la desnutrición crónica se redujo en 13 puntos porcentuales.

A su vez, las ENDESA registran reducciones modestas en la prevalencia de la desnutrición infantil crónica tanto en las zonas urbanas como rurales y en casi todas las regiones

82 Encuesta Demográfica y de Salud 2007: valor calculado en base al estándar anterior de la OMS a fin de su comparación con las ENDESA 1996 y 2002.

83 MEPyD 2010.

Gráfico No.9: Tasa de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años. 1988-2007 y proyección al 2015



del país. Sólo en las regiones Noroeste e Higuamo se registraron incrementos.

Por otra parte, existe una correlación entre el nivel de desnutrición crónica y el nivel de pobreza: la población del quintil inferior una prevalencia de 15.8%, mucho más alta que la del quintil superior (4.7%), y la prevalencia de la desnutrición crónica ha sido más elevada en las zonas rurales (12.5%) que en las urbanas (8.4%). Aunque a tasas menores, las brechas se han sostenido a lo largo del tiempo. En efecto, mientras en 2002 la incidencia en las zonas rurales fue de 1.4 veces la de las urbanas, en 2007 fue de 1.5 veces mayor.

La prevalencia de la desnutrición crónica severa es relativamente baja (2.3%), según ENDESA 2007. Sin embargo, las brechas entre territorios evidencian prevalencias superiores que los del nivel moderado, pues mientras la media provincial fue de 2.9%, la prevalencia máxima fue de 7.4% y la mínima de 0.7%. Provincias como Elías Piña (7.4%), Dajabón (5.9%), Monseñor Nouel (5.4%) y Barahona (5.1%) acusan los mayores niveles y las provincias de Azua, Pedernales y Monte Cristi, superan el 4%.

#### 4.7 Cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio de Mortalidad en la Niñez

De acuerdo al informe de seguimiento de los ODM, la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años es 50% más alta que el promedio regional<sup>83</sup>. La meta acordada en los ODM era de reducir en 66%, que representa 21.7 por mil, en relación con mortalidad existente en el 1990. La disminución experimentada entre el 1998 y el 2007 fue de 39.5%, lo que lleva a MEPyD a proyectar que para el 2015 no se alcanzará la meta, sino que el nivel proyectado será de 24.2. Bajo dicho escenario, la brecha de incumplimiento será de 15%.

Tal y como vimos anteriormente, el 80% de la mortalidad de menores de 5 años es explicada por la mortalidad infantil y el 80% de la mortalidad infantil es explicada por la mortalidad neo-natal. En otras palabras, el 64% de todas las muertes de niños menores de cinco años ocurre en los primeros 28 días de vida, lo cual está fuertemente ligado a la calidad de la atención prenatal, parto, puerperio y los cuidados inmediatos del recién nacido.





# 5

## DERECHO A LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL VIH/SIDA

A nivel mundial, la Cuenca del Caribe es la segunda región más afectada por el VIH/SIDA, después del África Subsahariana, con una tasa de prevalencia de 1%<sup>84</sup>. Pese a ello, las nuevas infecciones por el VIH en la subregión se han visto reducidas en un tercio en comparación con los niveles de 2001, y en más de un 25% en la República Dominicana y en Jamaica<sup>85</sup>. El 85% de las personas con VIH en El Caribe vive en Haití y República Dominicana, lo que obliga a tomar acciones efectivas y eficaces para contrarrestar el avance de la epidemia.

Los primeros casos de VIH/SIDA fueron diagnosticados en el país a principios de la década de los ochenta, momento en que la epidemia experimentó una tendencia creciente de forma geométrica, acompañada del desconocimiento y del estigma. Esa realidad estimuló el desarrollo de intensas campañas de sensibilización e información, tanto por parte de las autoridades como por entidades de la sociedad civil, lo que mejoró el conocimiento de la población respecto a la epidemia. Estas acciones de sensibilización junto a otras intervenciones preventivas, contribuyeron a que en años posteriores se lograra una cierta estabilización en la transmisión del virus.

El impacto de dichas campañas queda evidenciado en los niveles de conocimiento de la población sobre el virus y sus manifestaciones. La ENDESA, 2007 reporta que un 40.4% de los adolescentes entre 15 y 19 años posee un conocimiento comprensivo del SIDA, muy similar al registrado entre las personas de 20 a 49 años de edad. La misma fuente señala que entre el 76% y 86% de los adolescentes entre 15 y 19 años conocen los medios de transmisión vertical del VIH. Estos porcentajes son similares a los de las mujeres entre 20 y 49 años de edad, lo que supone un relativamente elevado y homogéneo nivel de información en ambos grupos.

84 UNAIDS 2012.

85 ONUSIDA 2011.

86 Conocimiento comprensivo: la persona sabe que el uso del condón durante las relaciones sexuales y teniendo una sola pareja fiel puede reducir el riesgo de contraer el VIH, sabe que una persona que parezca saludable puede tener VIH y rechaza dos ideas erróneas más comunes sobre la transmisión o prevención del VIH.

**El conocimiento comprensivo entre la población adolescente está por debajo del 50%, con una diferencia de género entre mujeres (43.6%) y hombres (37.1%).**

El conocimiento comprensivo<sup>86</sup> entre la población adolescente está por debajo del 50%, con una diferencia de género entre mujeres (43.6%) y hombres (37.1%). Similares diferencias se observan entre la población adolescente de zonas urbanas (42.5%) frente a la rural (35.1%). De igual manera, existen diferencias en función de las regiones, entre las que destaca la región de Enriquillo (30%) por el nivel más bajo, mientras que en la población de las regiones Higüamo (45.3%) y Ozama (44.4%) se muestran mejores niveles de conocimiento comprensivo. Una vez más, se pone en evidencia el impacto de las diferencias económicas, al constatarse que sólo el 30% de los adolescentes del quintil de más bajo ingreso presenta niveles adecuados de comprensión, frente al 46.3% entre la población de más altos ingresos.

Para elevar el conocimiento comprensivo de la adolescencia, se hace necesario continuar con el fortalecimiento institucional del Programa de Educación Afectivo Sexual del Ministerio de Educación, permeando la educación afectivo-sexual con un enfoque de habilidades para

---

**Para 2011 se estima que 44,234 adultos y niños viven con el VIH en República Dominicana: 57.3% son mujeres y 87.3% tienen entre 15 a 49 años**

---

la vida, género y derechos e integrándola dentro del currículo educativo. Es preciso facilitar herramientas simples a maestros y maestras y a los padres y madres y utilizar las nuevas tecnologías y redes sociales para la multiplicación del conocimiento entre pares. Esta intervención debe complementarse con una mejora en la calidad de los servicios de salud dirigidos a adolescentes incorporando la consejería, el acceso a la prueba de VIH y métodos de protección.

Las organizaciones comunitarias y los gobiernos locales tienen que abrir espacios para el desarrollo de iniciativas que permitan mayor participación de niños, niñas y adolescentes así como una comunicación entre líderes de las organizaciones comunitarias e instituciones de gobierno para el desarrollo de acciones que produzcan cambios en la población, sostenibles financieramente y en el tiempo.

## 5.1 La prevalencia

El conocimiento de la población respecto al VIH/SIDA ha contribuido a la estabilización de la epidemia. Según el informe UNGASS, 2011, la prevalencia en la población comprendida entre 15 y 49 años se estimaba en 0.71%, mientras que la ENDESA 2007 la estableció en 0.8%. Para 2011, se estima que 44,234 adultos y niños viven con el VIH en República Dominicana: 57.3% son mujeres y 87.3% tienen entre 15 a 49 años.

A pesar de ello, persisten altas tasas en grupos de mayor riesgo, tales como quienes usan drogas (8%), los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (6.1%) y quienes ejercen el trabajo sexual (4.5%). Esto se debe a la escasa inversión en programas preventivos. No se cuenta con cifras de prevalencia de VIH en niños y niñas en riesgo social.

Existen diferencias en función del género. El riesgo de infección por VIH en las mujeres entre 15 y 24 años, en edad productiva, es el doble de la de los varones y, en mujeres sin instrucción,

87 Primera Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica en GTH/TRSX/UD 2008.

la prevalencia de VIH alcanza el 3.7% frente a sólo el 1.6% en varones sin instrucción.

La prevalencia de VIH es superior en la población rural (1%) con respecto a la urbana (0.8%). Además, se evidencian importantes brechas en función de los niveles de ingreso y de educación. En las familias más pobres la prevalencia es de 1.7%, lo que es 4 veces superior que en las de altos ingresos (0.4%). En la población sin educación es de 2.6%, mientras que es de 0.4% entre quienes han alcanzado la educación superior.

El promedio de prevalencia en embarazadas es de 1.2% y la media de prevalencia en embarazadas de 15 a 24 años es de 0.9%, según la Encuesta Serológica de Vigilancia Centinela del 2009. La prevalencia en el grupo de las adolescentes y jóvenes se acerca a la prevalencia nacional.

El tamizaje completo del VIH en embarazadas es de sólo 19%<sup>88</sup> y el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH es aún alta (6%)<sup>89</sup>, a pesar de las altas coberturas de control prenatal y parto institucional que exhibe el país.

No obstante, ENDESA 2007 señala que el 60% de las mujeres con un nacimiento en los dos años anteriores a la encuesta, recibió consejería sobre VIH durante la atención prenatal. La encuesta ENHOGAR 2009-2010 reportó un aumento de un 15% respecto al 2007 (75%). El 90% de las embarazadas se realizó la prueba del VIH; pero sólo un 58.2% se hizo la prueba y recibió consejería a la vez. La ENHOGAR 2010 reportó un 92% de embarazadas que se hicieron la prueba y recibieron los resultados, lo que representa una mejoría en la entrega de los resultados.

Las nuevas infecciones se monitorean a través de dos indicadores: la prevalencia de VIH en menores de 24 años (0.5%) y la tasa de seroconversión en hijos de madres VIH positivo (6%). Asimismo, ENDESA 2007, señala que del total de los encuestados como VIH positivos de

15 a 49 años, el 66% refirieron haber iniciado relaciones sexuales antes de los 18 años.

Los resultados de esos dos indicadores ponen de relieve la necesidad de enfatizar en la implementación de estrategias de prevención focalizadas en la infancia, la adolescencia y las embarazadas para lograr una reducción en la ocurrencia de nuevos casos y así disminuir el porcentaje de transmisión materno infantil a menos de 2%, como lo establece la "Estrategia Regional de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y Sífilis Congénita".

## 5.2 Servicios

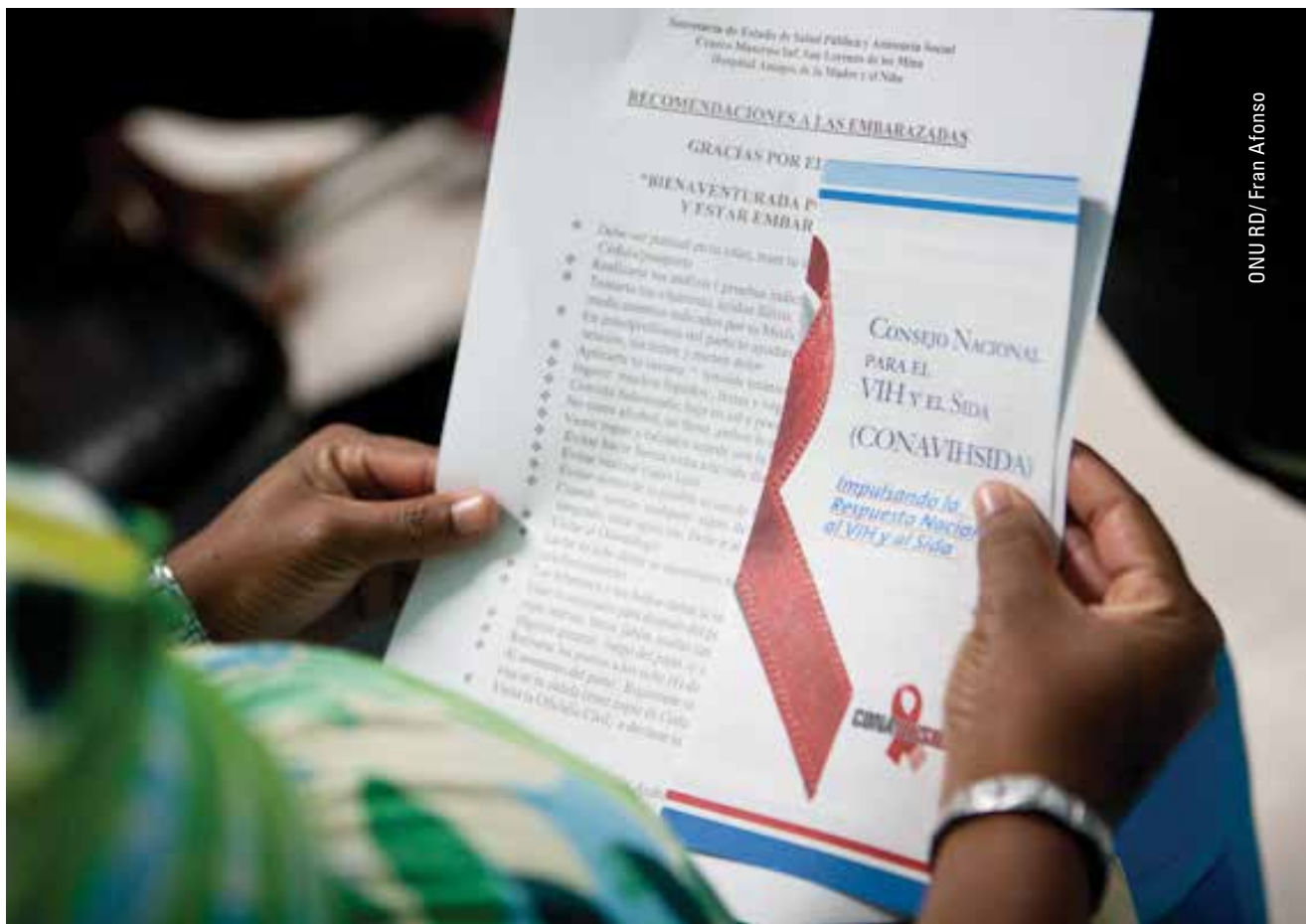
En la última década han ocurrido cambios importantes en materia de VIH/SIDA, tanto en el ámbito de las políticas públicas como en el marco normativo, la cobertura de servicios, la prevención de la transmisión, así como en el ejercicio de los derechos de las personas que viven con el virus VIH.

El país ha asumido el 100% de las pruebas especiales de CD4 y Carga Viral para el diagnóstico precoz del infante, así como el 30% del financiamiento de los medicamentos antirretrovirales en el 2011, con un compromiso al 2015 de un 100%; ya estos estaban siendo

**El tamizaje completo del VIH en embarazadas es de sólo 19% y el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH es aún alta (6%)**

88 Según el Informe de Acceso Universal, DIGECITSS 2011.

89 Informe de Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, 2011.



cubiertos por la donación del Fondo Mundial para el Acceso Universal a Tratamiento a los PVVIH constituyéndose un reto para la seguridad social que debe incorporar este paquete de intervenciones en su cartera de prestaciones.

En la práctica de la prueba de VIH está establecida la realización de una consejería previa a la toma de muestra y otra al retirar los resultados. Dicha consejería sólo la efectúa el sector público. Los usuarios y usuarias del sector privado no reciben consejería, lo que no les permite identificar su riesgo de ser positivos antes de recibir los resultados y prepararse ante la posibilidad de ser seropositivos. Otra debilidad existente es que la consejería ha sido estructurada para adultos, de forma que niños, niñas y adolescentes no cuentan con un personal capacitado y con las herramientas

necesarias para facilitarles la comprensión de sus riesgos y un empoderamiento de las prácticas de protección, en función de la edad.

La realización de la prueba de VIH no tiene costo directo para la usuaria; sin embargo, existen causas que estimulan la pérdida de la oportunidad de la identificación temprana de la condición seropositiva de una embarazada, para la intervención preventiva y evitar la transmisión de madre a hijo. Dentro de éstas, se encuentran el cobro de las otras pruebas rutinarias, como orina y hemograma, para el monitoreo del embarazo, la no entrega de resultados en el mismo día y en el caso de las embarazadas extranjeras (en mayoría nacionales haitianas), la barrera del idioma, además de que algunas, por su alta movilidad migratoria, no regresan a buscar sus resultados o no completan las intervenciones del programa.

Figura No. 1: ESTRATEGIAS: Prevención de la Transmisión Materno-Infantil del VIH



Para reducir estas brechas, se han promovido algunas intervenciones en hospitales priorizados como es la entrega de resultados el mismo día en que se toma la muestra. También en algunas maternidades del país se han capacitado consejeras pares que hablan creole para reducir la brecha del idioma y crear una mayor confianza con las nacionales haitianas. El fortalecimiento de la estrategia de comunicación y movilización social que se está desarrollando contribuirá a mejorar la comprensión de las embarazadas sobre la importancia de realizarse la prueba de VIH y sífilis, así como conocer las intervenciones del programa en caso de resultar positivas, para que sus descendientes nazcan sin el virus. El desarrollo de un sistema de información clínica que apoye al prestador/a del servicio en el seguimiento de la embarazada desde su control prenatal, emergencia, parto, postparto y la captación de su bebé es de suma prioridad.

Una mayor eficiencia en el ejercicio de la autoridad sanitaria contribuiría a mejorar los servicios, fortalecer los mecanismos de supervisión en los tres niveles de gestión, priorizar el desarrollo del sistema único de información gerencial y el sistema único de información epidemiológica, fortalecer las competencias en cuanto al análisis situacional y de brechas en el personal de salud; y comprometerse con la toma de decisiones basadas en las evidencias que el marco internacional y nacional van pautando.

### 5.3 Atención al embarazo

Cuanto antes se haga el diagnóstico del VIH a la embarazada, mayores son las posibilidades de evitar la transmisión al bebé. El país ha adoptado el “Programa de Prevención de la Transmisión Materno-Infantil del VIH”, el cual tiene cobertura nacional e incluye las estrategias presentadas en el diagrama siguiente:

Se ha avanzado en la implementación del programa, pero persisten desafíos para incrementar la cobertura del tratamiento antirretroviral durante el embarazo (59%)<sup>90</sup>, y para el seguimiento eficiente luego del parto, como forma de asegurar la salud y la vida de las madres y reducir el número de huérfanos por SIDA<sup>91</sup>. Otro desafío es lograr el incremento de la cobertura del tamizaje para medir la seroconversión en la infancia, que en 2010 era de menos de un 50%<sup>92</sup>.

Para el 2015, la meta de reducción de la transmisión materno infantil del VIH es de menos del 2% y, para acelerar el cumplimiento de esta meta, el país se ha comprometido a implementar la “Estrategia Regional de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis”, con el apoyo de la OPS, UNICEF y ONUSIDA. Lograr el éxito de la misma implica un fuerte compromiso y voluntad política de las autoridades, lo que se manifestaría, entre otros aspectos, en la financiación del 100% de las intervenciones, como es la opción de la triple

90 UNGASS 2010.

91 Recomendado por la OMS en las Guías Tratamiento Antirretroviral de la Infección por el VIH en Adultos y Adolescentes VIH 2010.

92 UNGASS 2010.

**Se estima que el total de la población seropositiva comprendida entre 0 y 14 años es de 2,751.**

terapia antirretroviral durante el embarazo, recomendada por la OMS como estrategia de prevención para evitar la transmisión al niño. Por igual, es necesario la continuidad del tratamiento a la mujer por su condición de VIH positivo, lo que garantiza su salud y reduce la posibilidad de muertes asociadas al VIH.

#### **5.4 Niños, niñas y adolescentes VIH positivos**

El VIH/SIDA tiene un particular impacto negativo en la infancia, en virtud de los múltiples efectos colaterales que se derivan y que rebasan el problema de salud<sup>93</sup>, así como por la manera en que la epidemia pone en riesgo el ejercicio de los derechos de la niñez y la adolescencia. Estos riesgos pueden ocurrir tanto si el padre o la madre padecen la infección o si mueren, como si es el mismo niño o niña quien contrae el virus o tiene que participar en la atención y cuidado de quien padece la enfermedad dentro del hogar. Dichos riesgos aumentan el grado de vulnerabilidad de esta población por el estigma y la discriminación que existe en el país.

El país cuenta con 32 servicios que ofertan atención a niños, niñas y adolescentes que

viven con el VIH. Según un reporte del 2012, elaborado por la Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITS) del Ministerio de Salud, 1,513 niños, niñas o adolescentes seropositivos estaban siendo tratados o en seguimiento. El Informe de Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad en 2011 estima que el total de la población comprendida entre 0 y 14 años seropositiva es de 2,751. Ambas cifras evidencian una brecha de 55% en la captación, lo que implica la necesidad de incrementar el número de personal de salud con entrenamiento adecuado para dar respuesta a esta población.

Se estima que en niños de 0 a 14 años se produjeron 78 nuevas infecciones por VIH y que la mayoría de los infectados mueren en el primer año de vida. A partir del año 2006, la tendencia del total de niños y niñas que viven con VIH ha descendido, producto de la introducción de la triple terapia al Programa Nacional de la Reducción de la Transmisión Vertical<sup>94</sup>.

El estudio de Caracterización del Perfil y la Situación de los Niños, Niñas y Adolescentes que Viven con el VIH y el SIDA que Asisten a Servicios de Atención Integral seleccionados en la República Dominicana, reportó que el 79% de la población infantil y adolescente que recibe servicios<sup>95</sup> desconoce su condición de VIH, aunque existen evidencias que demuestran la relación entre el conocer su diagnóstico de VIH y su efecto en el incremento de la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Las leyes nacionales establecen que antes de iniciar la terapia antirretroviral, toda persona que vive con el VIH/SIDA debe recibir consejería para garantizar la adherencia al tratamiento. Sin embargo, el personal que trabaja en los servicios de atención a la infancia infectada no dispone del entrenamiento requerido ni de las herramientas necesarias para realizar una

93 IDEP-UNICEF 2011.

94 Informe de Estimaciones y Estimaciones de prevalencia y Carga de Enfermedad 2011. Ministerio de Salud Pública, Consejo Nacional del VIH y el SIDA, Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA. 1.

95 Instituto Dominicano de Investigaciones Pediátricas (IDEP)-UNICEF 2011.



© UNICEF RD/ Ricardo Piantini

---

## **79% de la población infantil y adolescente que recibe servicios desconoce su condición de VIH**

---

comunicación adecuada, según el ciclo de vida, involucrando a los padres y/o tutores, para prepararlos desde temprana edad en la adopción y participación del tratamiento y para el desarrollo de prácticas de vida que preserven su salud. Para contribuir con el cambio de esta situación se ha elaborado una Guía de Consejería Pediátrica, que próximamente se iniciará su implementación.

Es necesario mayor compromiso político y técnico en el uso de las evidencias y en el desarrollo de las intervenciones que conduzcan al incremento

de la calidad de los servicios dirigidos a los niños y niñas que viven con el VIH. El Estado debe ser garante de su derecho a vivir una vida plena sin estigma ni discriminación, a vivir con sus padres y contar con una familia que les apoye y les dé afecto; asistir a la escuela y tener acceso a un servicio de salud amigable donde se les cuide y se les eduque en su auto cuidado. Todo lo antes dicho se resume en el compromiso de visualizar a los niños y niñas como sujetos de derecho y pilar importante del desarrollo del país.





# 6

## DERECHO A LA EDUCACIÓN

**“Toda persona tiene derecho a una educación integral, de calidad, permanente, en igualdad de condiciones y oportunidades”**

Este capítulo revisa la situación del ejercicio del derecho a la educación de niños, niñas y adolescentes en la República Dominicana, y realiza un balance del marco normativo, de las políticas y de las intervenciones desarrolladas.

### 6.1 Marco legal e institucional

La Constitución de la República, la Estrategia Nacional de Desarrollo, el Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de los Niños, Niñas y Adolescentes (Ley 136-03) y la Ley General de Educación (Ley 66-97) son los

instrumentos jurídicos fundamentales para la garantía del derecho a la educación de niños y niñas en la República Dominicana.

El Artículo 63 de la Constitución de la República establece que “toda persona tiene derecho a una educación integral, de calidad, permanente, en igualdad de condiciones y oportunidades, sin más limitaciones que las derivadas de sus aptitudes, vocación y aspiraciones, que el objetivo de la educación es la formación integral del ser humano a lo largo de su vida y debe buscar el acceso al conocimiento científico y cultural”.

La END, establece el compromiso nacional de lograr un pacto por la educación en el corto plazo, que impulse reformas para elevar la calidad, la cobertura y la eficiencia del sistema educativo. Esta ley establece dos objetivos prioritarios, primero, universalizar la educación desde el nivel inicial hasta el nivel medio y segundo, implantar un sistema educativo de calidad que capacite para el aprendizaje continuo a lo largo de la vida, propicie el desarrollo humano y un ejercicio de ciudadanía responsable.

Por su parte, la Ley 136-03 consigna el derecho de todos los niños, niñas y adolescentes a una educación integral de la más alta calidad, orientada hacia el desarrollo de sus potencialidades y prepararles para ejercer sus derechos ciudadanos y respetar

**La Ley 136-03 consigna el derecho de todos los niños, niñas y adolescentes a una educación integral de la más alta calidad**

los derechos humanos<sup>96</sup>. También establece que la educación básica es obligatoria y gratuita, que es responsabilidad del Estado garantizar su ejercicio y prohíbe la negación de ese derecho sobre la base de ausencia de los padres, representantes o responsables, la carencia de documentos de identidad o recursos económicos o cualquier otra causa que vulnere sus derechos. La Ley también reconoce el derecho a la enseñanza media, incluida la profesional para toda la población adolescente.

Específicamente el artículo 47 de la Ley 136-03, establece una responsabilidad directa de la dirección de los centros educativos en el seguimiento a la asistencia de los niños y niñas a la escuela y plantea sanciones para aquellos gestores/as que no cumplen con esta función. Al mismo tiempo, empodera al CONANI y al MINERD para tomar medidas pertinentes en los casos de que esa responsabilidad no sea cumplida.

La Ley General de Educación también consagra el derecho a la educación y consigna como obligatorios los niveles básico y medio de educación, así como el último grado del nivel

inicial, correspondiente a la población de 5 años. En su artículo 91 establece que las funciones del MINERD se desarrollarán por medio de sus organismos centrales y los órganos descentralizados que dependan de ella. En el artículo 105 crea las Juntas Regionales, Distritales y de Centros Educativos, como órganos descentralizados de gestión educativa, en los cuales delega la responsabilidad de velar por la aplicación de las políticas educativas emanadas del Consejo Nacional de Educación y del MINERD.

Con miras a mejorar el impacto de las políticas educativas y la gestión escolar en la actualidad, el proceso de desconcentración de funciones ya se está llevando ya a cabo. En 2008, PREAL<sup>97</sup> identificó cuatro obstáculos que dificultan el avance e impacto de estas políticas: a) políticas verticales que no llegan a los centros educativos; b) muchos programas y activismo pero poco impacto; c) las escuelas no saben qué procesos y resultados se espera de ellas; y d) la debilidad de los sistemas de supervisión<sup>98</sup>.

La República Dominicana ha asumido diferentes compromisos para una educación de calidad para todos y todas, como la Meta 2 de los ODM que plantea para el 2015 que todos los niños y niñas lograrán terminar el nivel de educación básica. Otro compromiso es las Metas Educativas 2021, acordadas en la Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno del 2010, que están incorporadas al Plan Decenal de Educación 2008-2018 y cuyo objetivo es construir bases sólidas para mejorar la equidad y la calidad de la educación con una visión de integralidad.

### **Políticas Educativas**

Además del reconocimiento legal del derecho a la educación inicial, básica y media obligatorias<sup>99</sup>, el país cuenta con un conjunto de diez políticas públicas articuladas en el Plan

96 La Ley General de Educación 66-97 es aún más amplia respecto al derecho a la educación y establece que este es un derecho permanente e irrenunciable del ser humano.

97 PREAL 2008.

98 Ídem.

99 En este capítulo se utiliza el término educación secundaria como sinónimo de educación media porque es más utilizado en América Latina y el Caribe.

Decenal de Educación 2008-2018 orientadas a lograr el acceso de toda la población a una educación pertinente promoviendo “las condiciones de calidad y equidad necesarias para sustentar el desarrollo del país en las primeras décadas del siglo XXI”<sup>100</sup>.

Dichas políticas contemplan líneas estratégicas dirigidas a la ampliación de la cobertura y la mejora de la calidad de la educación inicial, básica, media y de adultos, la promoción de la equidad, el cumplimiento del horario y calendario escolar, la formación de los recursos humanos, la participación de las familias y la comunidad, y el fortalecimiento de la gestión en el sistema educativo.

En la última década, el MINERD ha desarrollado diversos programas y proyectos para impulsar las políticas mencionadas, tales como el Proyecto de Fortalecimiento de la Educación Inicial (PROFEI), el Programa Multifase para la Equidad y la Calidad de la Educación Básica, el Proyecto de Apoyo al Plan Decenal de Educación, el de Incentivo a la Asistencia Escolar desarrollado conjuntamente con el Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales, entre otros.

El Proyecto de Fortalecimiento de la Educación Inicial, desarrollado entre el 2004-2010, para la mejora de la educación inicial de niños y niñas de 5 años amplió su cobertura, priorizando a la población residente en hogares con ingresos por debajo de la línea de pobreza y en pobreza extrema. Hasta el 2010, este programa había beneficiado directamente a 52,011 niños y niñas y de forma indirecta a 105,726, a través de 60 proyectos de apoyo al desarrollo infantil a nivel nacional. Además se habían construido 140 aulas y se habían rehabilitado 110, además fueron creados Centros Modelo de Educación Inicial (CMEI) y Centros de Recursos Educativos (CRECE) y en 200 aulas del nivel inicial se crearon rincones tecnológicos<sup>101</sup>.

El programa de Equidad para la Educación Básica desarrollado durante el periodo 2004-2012, se orientó a mejorar la educación rural multigrado, al aumento de la equidad en el área urbano-marginal, al fortalecimiento de la gestión educativa y un fondo concursable para innovaciones educativas. Este programa benefició a unos 2,700 centros educativos, fueron capacitados 6,200 docentes y construidas 100 aulas nuevas<sup>102</sup>.

Para impulsar la ejecución del Plan Decenal de Educación 2008-2018, en 2011 se inició el Programa de Apoyo, cuyos componentes buscan mejorar los aprendizajes de lectura, escritura y matemática en la educación básica, apoyar la descongestión de las escuelas y fortalecer la gestión de los centros educativos. Ha beneficiado una población de 705,719 estudiantes del nivel básico y 5,241 centros educativos.

El Gabinete Social y el MINERD desarrollan conjuntamente el Programa de Incentivo a la Asistencia Escolar (ILAE) para ampliar el acceso, la permanencia y la promoción escolar de niños, niñas y jóvenes en riesgo social. Este programa ha beneficiado a 215,000 hogares en pobreza extrema y moderada además de que ha mejorado la asistencia y reducido el abandono escolar en la población que pertenece a las familias más vulnerables.

El Plan de Gobierno 2012-2016<sup>103</sup>, establece una serie de políticas públicas y programas educativos prioritarios que iniciaron su ejecución con el cumplimiento por primera vez de la Ley 66-97 en términos de inversión, al incrementar el presupuesto de la educación pre-universitaria aumentando el 4% del Producto Interno Bruto. Estas iniciativas gubernamentales tienen como objetivo ampliar gradualmente a 8 horas la jornada diaria de clases, fortalecer la calidad de la docencia, ampliar la cobertura de la educación inicial (3-5 años), priorizando a las

100 MINERD 2008.

101 CONANI 2011.

102 Consultado en [www.see.gob.do](http://www.see.gob.do)

103 Presentación de la Ministra de Educación, Lic. Josefina Pimentel, en la apertura de la Iniciativa por una Educación de Calidad (IDEC). MINERD (Octubre 2012).

familias y comunidades más pobres, eliminar el analfabetismo en los dos primeros años de Gobierno, fortalecer la capacidad de gestión, la modernización y la descentralización del MINERD, y promover la carrera docente con un programa que incluye formación continua, certificación profesional y mejoras salariales.

Otros objetivos priorizados en el Plan de Gobierno son mejorar la formación de directivos de centros educativos, incrementar la cobertura y la calidad de la educación media y técnica profesional, fortalecer las estrategias que promueven la participación de los padres y madres en la educación de sus hijos, apoyar el bienestar de la población estudiantil vulnerable, cumplir el calendario y horario escolar, fomentar la innovación, la investigación y la experimentación educativas, y apoyar la participación del país en evaluaciones educativas internacionales.

Como parte de la estrategia para impulsar el logro de estos objetivos durante el periodo 2012-2016, la Presidencia de la República en coordinación con el MINERD creó varios programas especiales como son: el Programa Quisqueya Aprende Contigo que se propone alfabetizar a 800,000 personas e ingresar 200,000 de las alfabetizadas a la educación básica de adultos; el Programa Nacional de Edificaciones Escolares con la meta de construir 29,000 aulas nuevas y rehabilitar 23,130 aulas; el Programa Quisqueya Empieza Contigo que articulará la política pública relacionada con la primera infancia y ampliará los servicios de atención integral de calidad a la población de niños y niñas de 0 a 5 años de edad provenientes de las familias más vulnerables.


Las metas propuestas exigen una transformación importante del MINERD ya que deberá mejorar rápidamente su nivel de desempeño técnico y administrativo para garantizar la eficiencia en la calidad del gasto público, fortalecer la transparencia administrativa y especialmente deberá evidenciar la mejora sustantiva de los indicadores básicos relacionados con la cobertura y la calidad de los aprendizajes de la población escolar.

## **La Iniciativa Dominicana por una Educación de Calidad (IDEC)**

En el 2011, diez candidatos a la Presidencia de la República para el periodo 2012-2016, firmaron el “Compromiso Político y Social por una Educación de Calidad” conjuntamente con 300 representantes de diversas organizaciones sociales. En términos generales, este acuerdo promueve el cumplimiento de la Ley General de Educación 66-97, especialmente en los aspectos relacionados con mejorar la inversión pública a la educación preuniversitaria, iniciando en el año 2013 con un presupuesto equivalente al 4% del PIB.

Apoyado en estos avances, el MINERD, con el apoyo de la sociedad civil, el sector privado y la cooperación internacional, ha lanzado en 2012, la “Iniciativa Dominicana por una Educación de Calidad” (IDEC), con la finalidad de desarrollar un marco de acciones que integre, la END, el Plan Decenal de Educación y todos los compromisos internacionales asumidos por el Estado Dominicano. Se ha contemplado además que este marco de acciones cuente con un sistema único de monitoreo de las metas e inversiones acordadas. Este proceso busca que todos y todas, de forma participativa, consensúen las acciones prioritarias tendentes al logro de la transformación y mejora del sistema educativo dominicano en los próximos 4 años y puedan darle seguimiento a su cumplimiento.

La IDEC tiene el objetivo de propiciar un amplio consenso nacional que contribuya a la transformación más profunda del sistema educativo dominicano, con la participación de todos los sectores del país interesados en la educación. Para ello, se han instalado 10 grupos de trabajo que abordan los temas de desarrollo curricular, carrera docente, calendario escolar, estimulación temprana, educación básica, educación media y técnico profesional, alfabetización de adultos, infraestructura escolar, apoyo a estudiantes en condiciones de vulnerabilidad, descentralización y participación de los padres. Cada grupo de trabajo ha elaborado un plan de acción con un tablero único de monitoreo.



**La construcción  
de las bases del desarrollo  
de la persona se concentra  
en los primeros tres  
años de la vida**

## **6.2 Atención integral a la Primera infancia<sup>104</sup>**

La planificación de la política de Atención Integral ha sido concebida con un enfoque integral, intersectorial e interinstitucional entre el Ministerio de Educación y todas las instituciones con responsabilidades en los derechos de la Infancia. Los objetivos generales planteados son: a) Revisar el marco normativo y legal existente y definir las funciones de las instituciones de primera infancia; b) Diseñar un Plan Estratégico, que establezca las responsabilidades y la inversión pública en favor de la primera infancia, con horizonte a 2016; c) Establecer un sistema de información para dar seguimiento a los indicadores de desarrollo de primera infancia, que incluya salud, educación, orientación y psicología, con enfoques de género, de derechos y comunitario; d) Promover la atención integral a la primera infancia, a través de la atención pediátrica, fomento de la estimulación temprana; e) proveer micronutrientes, educación inicial y

orientación a las familias para la población infantil de 0 a 3 años; f) Desarrollar diversas modalidades de atención integral para la población de niños y niñas de 3 y 4 años; g) Escolarizar en 2014 al 98% de la población de niños y niñas de cinco años de edad que cursan obligatoriamente el último curso del nivel inicial; y h) Ampliar la cobertura de educación inicial (3-5 años), llevándola desde el 35% actual hasta el 66%, con prioridad en las familias y comunidades pobres.<sup>105</sup>

Estudios científicos han demostrado que en los primeros tres años de vida el sistema nervioso se encuentra en un intenso proceso de desarrollo y, por ello, una adecuada y oportuna estimulación incide favorablemente en cuatro áreas principales: desarrollo físico, desarrollo cognitivo, desarrollo del lenguaje, y desarrollo social y emocional. El desarrollo temprano empieza durante la gestación y continúa hasta los 6 años de edad, por lo que una parte importante de la construcción de las bases del desarrollo de la persona se concentra en los primeros tres años de la vida.

Dada la importancia del desarrollo temprano en los niños y niñas de 0 a 3 años de edad, los padres, las madres y las familias deben incorporar en sus prácticas cotidianas la estimulación temprana de sus hijos e hijas. En el ámbito comunitario es importante que se desarrollen programas de bajo costo que puedan ser aplicados por personas con un nivel bajo de educación.

En la República Dominicana, persisten brechas y debilidades en este tema. ENHOGAR 2009, señala que sólo el 16.3% de niños y niñas menores de cinco años participó en más de cuatro actividades para promover su aprendizaje y su preparación para la escuela por parte de un miembro de su familia<sup>106</sup>, lo cual demuestra que la mayoría de los niños y niñas no

<sup>104</sup> La estimulación temprana pretende proporcionar los estímulos y cuidados adecuados en el entorno familiar a la población ubicada entre 0 y 3 años. La Educación Inicial, según la Ley 66-97 se orienta hacia la población de 5 años de edad, siendo ofertada por el Estado de una manera institucionalizada para contribuir al desarrollo físico, socioemocional, cognitivo, ético, estético y espiritual de la población infantil.

<sup>105</sup> "Plan de Acción para la Atención a la Primera Infancia". Mesas de trabajo de la Iniciativa Dominicana por una Educación de Calidad (IDEC). Mesa 4. Santo Domingo. República Dominicana. Mimeo.

<sup>106</sup> Enriquillo corresponde a la zona de frontera, Cibao Norte incluye a Santiago y Puerto Plata, mientras Ozama contiene a Santo Domingo y el Distrito Nacional.

## La mayoría de los niños y niñas no reciben en el contexto familiar los estímulos necesarios que favorezcan su desarrollo

reciben en el contexto familiar los estímulos necesarios que favorezcan su desarrollo<sup>107</sup>.

El desafío es lograr que los padres, madres u otros miembros de la familia y las comunidades tengan las capacidades necesarias para convertirse en promotores de las actividades de estimulación temprana para la población entre 0 y 3 años de edad, con el apoyo de los servicios sociales y las instituciones especializadas. Para ello, se requiere de programas prácticos que desarrollen en las familias los conocimientos y las técnicas necesarias para una crianza armoniosa, con adecuados cuidados, atención y protección, que contribuyan al desarrollo integral de sus hijos e hijas en la vida cotidiana. Un reto para el Estado es diseñar e implementar programas comunitarios de atención integral de calidad y con adecuada cobertura, que promuevan la participación y el compromiso de las familias y organizaciones comunitarias.

El acceso a una atención integral de calidad en la primera infancia es un factor que mejora la equidad, ya que si todos los niños y niñas de 0 a 5 años cuentan con las mismas posibilidades de desarrollar sus potencialidades plenamente, los pertenecientes a familias del quintil más pobre van a tener mayores oportunidades y se podrá romper con más facilidad el ciclo de pobreza y la exclusión social.

Concientes de los retos que afrontaba el país, en 2005, diversas instituciones gubernamentales de la sociedad civil y de la cooperación internacional iniciaron las gestiones para constituir la

Mesa Consultiva de la Primera Infancia de la República Dominicana con el propósito de incidir e impulsar políticas y programas para la atención integral a la primera infancia desde la perspectiva de los derechos humanos. En el año 2008, este importante espacio de articulación institucional fue creado oficialmente por el Directorio Nacional del CONANI mediante la resolución No. 09/2008, haciendo uso de las atribuciones que le confiere la Ley 136-03.

Un aporte importante de la Mesa Consultiva lo constituye la definición en 2011 de los “Lineamientos de Política Pública a favor de la Primera Infancia”, los cuales están en coherencia con la Estrategia Nacional de Desarrollo. Estos lineamientos establecen un marco conceptual sobre la primera infancia, el marco legal e institucional existente, los compromisos internacionales del país en esta materia así como la situación actual de los indicadores relacionados con esta población.

Además de estos lineamientos, incluyen una propuesta de ejes prioritarios para la atención integral a la población de 0 a 5 años como: supervivencia y calidad de vida; inclusión social y protección ante el riesgo; el cuidado adecuado, atención y educación inicial; prevención y protección frente al abuso; promoción y divulgación del desarrollo de la primera infancia y rectoría de las políticas para la primera infancia.

### Los Servicios existentes para la primera infancia<sup>108</sup>

La cobertura de servicios para la primera infancia en la República Dominicana es limitada y desarticulada. El informe “Caracterización de los Servicios para la Primera Infancia” desarrollado en 4 provincias del país señala que: “se percibe una limitada comunicación interinstitucional entre las organizaciones que trabajan en el área de la primera infancia en la República Dominicana, evidenciando la importancia de

107 ENHOGAR 2009-2010.

108 Aquí se aborda la dimensión educativa y de servicios generales dirigida a la primera infancia. Otros indicadores de salud, que forman parte del análisis integral de la primera infancia, son incluidos en el capítulo de salud.

mejorar la integración de las acciones llevadas a cabo por las agencias internacionales, los donantes y el Gobierno Dominicano, como un requisito para optimizar la respuesta a las necesidades de esta población”<sup>109</sup>..

La ley 87-01, que crea el Sistema Dominicano de la Seguridad Social, en el artículo 128 establece que “los afiliados tanto al régimen contributivo como al subsidiado, recibirán dentro del Seguro Familiar de Salud, tanto el Plan Básico como los servicios de Estancias Infantiles”. Esta ley en su artículo 134 establece además la protección de la primera infancia mediante Estancias Infantiles para atender a los hijos e hijas de las madres trabajadoras desde los 45 días de nacidos hasta cumplir los 5 años de edad<sup>111</sup>.

Las principales instituciones públicas que ofrecen servicios de atención a la primera infancia son el CONANI y la Administradora de Estancias Infantiles Salud Segura (AEISS). Esta última es la responsable de los Servicios de Estancias Infantiles, tanto a las propias como de las cogestionadas o subrogadas.

El CONANI ofrece servicios de atención, educación y salud, en aproximadamente 56 Centros Infantiles de Atención Integral (CIANI), a unos 18,000 niños y niñas en edad de entre 45 días y 6 años de edad<sup>110</sup>.

La AEISS cuenta con 123 estancias infantiles en funcionamiento, con un total de 7,000 niños y niñas beneficiarios del servicio<sup>112</sup>.

El servicio de Estancias Infantiles en la República Dominicana se ha desarrollado hasta la actualidad en el marco del Sistema Dominicano de la Seguridad Social (SDSS) bajo el Régimen

Contributivo. En la actualidad existen 92 centros de atención integral a la primera infancia habilitados<sup>113</sup> por el Consejo Nacional de Estancias Infantiles (CONDEI), que ofrecen el servicio a un total de 11,877 niños y niñas, de los cuales sólo 5,861 pertenecen al Régimen Contributivo<sup>114</sup>. Según el SDSS, en la actualidad 279,069 niños y niñas menores de 5 años están integrados en el Régimen Contributivo con derecho a los servicios de estancias infantiles, pero sólo el 0.02% tiene acceso a la prestación de las estancias infantiles.

La baja cobertura de los servicios se debe a la limitada asignación presupuestaria. Sólo el 0.10% de lo recaudado por el régimen contributivo es destinado a las Estancias Infantiles. Estos recursos sólo alcanzan para ofertar los servicios existentes, lo que impide la utilización de fondos de este régimen para la construcción de la infraestructura requerida. Asimismo tanto la cobertura como la calidad del servicio están afectadas por la baja asignación presupuestaria per cápita, ya que sólo se destinan RD\$ 2,000 mensuales por niño o niña beneficiario, cuando las estimaciones establecen un monto de RD\$ 4,700 mensuales.

De igual manera, un conjunto considerable de organizaciones no gubernamentales desarrollan iniciativas de servicios dirigidas a la población comprendida entre los 0 y 6 años. Es importante destacar proyectos como el de “Estrategias Didácticas para la Atención Temprana”, impulsados por la Organización de Estados Iberoamericanos (OEI); el Programa de Atención Integral a la Primera Infancia en (AIPI), impulsado por Plan-RD en 33 comunidades de Azua; así como los Círculos Infantiles Colibrí, auspiciados por Unión de Juventud Ecuinésica Dominicana (UJEDO), que es parte de una red

109 Miric y Pérez-Then 2011, p.8.

110 Según la Ley 87-01, estos servicios estarán a cargo de personal especializado, en la que se otorgarán atención física, educativa y afectiva mediante las siguientes prestaciones: a) alimentación apropiada a su edad y salud; b) servicios de salud materno-infantil; c) educación pre-escolar; d) actividades de desarrollo psico-social y e) recreación.

111 Datos de registro administrativo entregado directamente por CONANI, en 2012.

112 Datos de registro administrativo entregado directamente por AEISS, en 2012.

113 El proceso de habilitación, verifica si la institución solicitante cumple con los requisitos básicos para ofertar las prestaciones de servicios de estancias infantiles con criterios de calidad en el Sistema Dominicano de Seguridad Social.

114 Datos de registro administrativo entregado directamente por el Consejo Nacional de Estancias Infantiles (CONDEI) en el 2012.



de instituciones que ofrecen educación inicial desde una perspectiva comunitaria, entre otros. En la actualidad, no existe información confiable disponible sobre el número de niños y niñas que son atendidos en estos programas. Ello es debido, entre otras causas, a la falta de una institución que realice la rectoría de los servicios dirigidos a la primera infancia, que desarrolle la acreditación, registro y supervisión de los mismos a nivel nacional.

En el marco general del Estado, la propuesta de reformar integralmente las políticas de protección e inclusión, que está contenida en la END, puede impulsar el fortalecimiento de las funciones de rectoría a nivel central del sistema nacional y de los sistemas locales de protección de derechos de niños y niñas, al mismo tiempo que puede viabilizar la necesaria separación entre las funciones de rectoría y de

prestación de servicios a la primera infancia, implementando mecanismos de coordinación para el cumplimiento eficaz de los roles de los diferentes actores del sistema de protección.

### **Educación inicial**

El Estado ofrece educación inicial, de conformidad con la Ley 66-97, a los niños y niñas de 5 años, en una modalidad institucionalizada en centros educativos, administrados por el MINERD.

Según datos del MINERD (2010), la tasa de asistencia a la educación inicial a la edad de 5 años es de un 80.4%, con una matrícula de 239,399 niños y niñas. Entre ellos, el 39.5% están en el sector público, el 57.4% en el sector privado, y el 3.1% en el sector semioficial. El promedio de docentes es de uno por cada 25 niños y niñas. Existen 7,476 centros para la

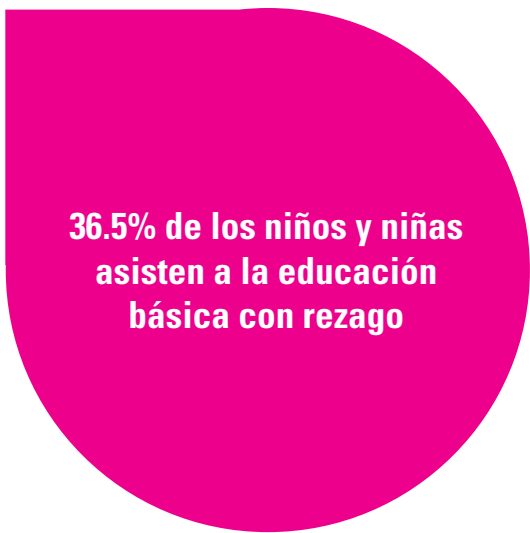


educación inicial, y un 49% de ellos en el sector público. El 36.1% de los centros están en Santo Domingo (regionales 10 y 15), con 442 centros públicos y 2,191 privados, y un 40.1% de niños y niñas matriculados en la educación inicial.

En el sector privado, la cobertura educativa para el grado pre-primario es de 51,475. Sobre las organizaciones no gubernamentales no existe un registro estadístico oficial preciso de la población que atiende. El Ministerio de Educación ha realizado grandes esfuerzos para dar cumplimiento a lo establecido por la Ley General de Educación 66-97, a fin de que se universalice la oportunidad educativa dirigida a todos los niños y niñas de cinco años, para cursar un año obligatorio de Educación Inicial en el grado Pre-primario. Este grado, que se ofrece en el contexto educativo dominicano, funciona en los centros educativos del Nivel Básico, ya sea en aulas especialmente construidas o rehabilitadas para tales fines, las cuales se organizan acorde a las características, necesidades, requerimientos y criterios que apoyen el desarrollo integral de estas niñas y niños en tan importante etapa de desarrollo.<sup>115</sup>

Siguiendo a ENHOGAR 2009, el 25.6% de los niños y niñas de 36 a 59 meses asistía a algún establecimiento de educación temprana, por debajo de lo obtenido en el 2006 que presentó un 32.4%. No hay diferencias por sexo, pero sí por características geográficas y socioeconómicas. La asistencia a educación temprana en la zona urbana es el doble que la asistencia en la zona rural con un 30.9% y 16.1%, respectivamente. Mientras la asistencia alcanza el 38.9% en la región Ozama o Metropolitana, apenas llega al 10.1% en Cibao Noroeste y 12.3% en Yuma. Igualmente, la asistencia aumenta rápidamente con el quintil de riqueza, desde apenas el 11.7% entre los niños y niñas en el quintil más pobre, hasta el 52.0% entre aquellos en el quintil más rico.

La ENHOGAR 2009 muestra que el acceso a la educación inicial entre 3 y 5 años es inequitativo. Los niños y niñas de las familias del quintil más rico en la zona urbana tiene mejor acceso a



**36.5% de los niños y niñas  
asisten a la educación  
básica con rezago**

la educación inicial, y los niños y niñas de las familias del quintil más pobre en la zona rural están más excluidos de estos servicios. El 52% de los niños y niñas en el quintil más rico reciben educación inicial en comparación con el 11.7% de los niños y niñas en el quintil más pobre, y 30.9% en la zona urbana en comparación con el 16.1% en la zona rural. La inequidad se presenta en Cibao Noroeste (10.1%), Yuma (12.3%), mientras que en la zona Ozama es de (38.9%).

### 6.3 Educación Básica

#### Cobertura y permanencia en educación básica

La educación básica inicia a los 6 años, con un total de 8 años de escolaridad, y culmina el nivel a la edad de 13 años. La cobertura ha mejorado significativamente en la última década. En el año escolar 2010-2011, la tasa neta de cobertura fue de 95%. Un 36.5% de los niños y niñas asisten con rezago, por haber ingresado con mayor edad de lo establecido por ley, por haber repetido un grado, o por haber abandonado en forma temporal.

El nivel de educación básica tiene matriculados a 1, 647,114 niños y niñas. Entre ellos, el 75.5% está en el sector público, el 22.6% en el sector privado, y el 1.9% en el sector semioficial. Existen

115 MINERD 2013.

8,955 centros educativos de educación básica, y como se observa en el cuadro No. 6, a pesar de que dos tercios de los niños y niñas estudian en el sector público, las escuelas de dicho sector representan el 55% del total.

La tasa neta de cobertura de las niñas es de un 97% y la de los niños de un 93%<sup>116</sup>. La tasa de asistencia neta en primaria<sup>117</sup> en niñas es de 97.4% y en niños 96.4%, lo que refleja una paridad de género en primaria del 1.01%<sup>118</sup>. En el nivel básico, la paridad de género es de 0.90. Las posibles razones por las que menor población masculina esté inscrita podrían estar asociadas al costo de oportunidad para las

familias pobres, al trabajo infantil, al rezago y al abandono escolar. El 13% de la población entre 5 y 14 años trabaja, lo cual afecta principalmente a la población masculina (18%)<sup>119</sup>.

A pesar del alto nivel alcanzado en la tasa de cobertura, los datos del MINERD indican un alto nivel de repetición de los grados, aunque presentan una ligera mejora de la tendencia. En el cuarto grado, menos de la mitad de los alumnos tiene la edad correspondiente (9 años). La tasa neta de matrícula en el cuarto grado alcanzó el 36.6%, en 2008-2009, mientras en el año escolar siguiente (2009-2010) aumentó ligeramente al 43.9%. En el octavo grado de la

**Cuadro No. 5: Número de niños y niñas y centros educativos de educación básica. Por regional (2010-2011)**

Regional	Niños y niñas		Número de Centros Educativos			
	Número	%	Público	Privado	Semi-oficial	% de centros educ. total
01 BARAHONA	40,460	2.5	147	21	1	1.9
02 SAN JUAN DE LA MAGUANA	66,707	4.0	370	34	6	4.6
03 AZUA	88,638	5.4	317	81	5	4.5
04 SAN CRISTÓBAL	116,984	7.1	296	227	8	5.9
05 SAN PEDRO DE MACORÍS	122,187	7.4	291	276	29	6.7
06 LA VEGA	103,207	6.3	446	100	8	6.2
07 SAN FRANCISCO DE MACORÍS	62,545	3.8	354	96	6	5.1
08 SANTIAGO	160,283	9.7	364	366	14	8.3
09 MAO	35,767	2.2	186	30	7	2.5
10 SANTO DOMINGO	277,492	16.8	267	1,205	39	16.9
11 PUERTO PLATA	52,943	3.2	265	106	7	4.2
12 HIGÜEY	59,913	3.6	241	76	3	3.6
13 MONTE CRISTI	28,594	1.7	195	12	11	2.4
14 NAGUA	42,546	2.6	273	42	0	3.5
15 SANTO DOMINGO	254,997	15.5	227	1,045	32	14.6
16 COTUÍ	56,196	3.4	286	97	6	4.3
17 MONTE PLATA	38,383	2.3	254	8	4	3.0
18 BAORUCO	39,272	2.4	159	7	2	1.9
TOTAL	1,647,114	100	4,938	3,829	188	100

Fuente: Elaborado con base en datos del MINERD

**La tasa neta de cobertura en educación básica es de un 97% en las niñas y un 93% en los niños**

educación básica, la tasa neta fue 26.7% en 2008-2009, y 30.5% en 2009-2010<sup>120</sup>. Aunque se observa una ligera mejora, la situación no es optimista porque sólo un tercio de los estudiantes de octavo grado tiene la edad correspondiente al mismo, lo que indica que más de la mitad de los niños y niñas en la educación básica repite sus grados más de una vez.

El sistema educativo tiene en la actualidad un déficit importante de aulas para responder a la demanda educativa del MINERD, según el modelo de cuatro horas de docencia. En la actualidad entre tres y cuatro centros educativos comparten una misma edificación (plantel educativo), distribuidos en tres tandas. Esto causa una sobreutilización de los planteles escolares e impide que los docentes desarrollen un proceso educativo en entornos ambientados y enriquecidos. Esta situación también afecta en el cumplimiento del horario y el calendario escolar por la falta del espacio y tiempo, lo que se traduce en el bajo logro de aprendizaje de los alumnos y alumnas. Esta situación contribuye a un deterioro progresivo del mobiliario e infraestructura escolar,

con la secuela en las deficiencias en materia de higiene, agua y saneamiento escolar. El MINERD reportó que sólo el 47% de los planteles educativos disponía de acceso a el servicio de agua. De dicho porcentaje, el 57% lo recibe a través del acueducto, mientras que el restante 43.4% lo recibe por vías alternativas (pozos, cisternas o tinacos). Sólo un 58% de centros educativos reportó disponer de inodoro, el 42.7% cuenta con lavamanos, el 32.8% dispone de orinales y un 35.2% dispone de letrinas<sup>121</sup>.

### **La calidad de educación básica**

En los últimos años, el país ha tenido importantes avances en materia de la ampliación de la cobertura de la educación básica, sin embargo, mejorar la calidad continúa siendo un desafío. En el marco de la implementación de los diferentes Planes Decenales de Educación se han realizado múltiples esfuerzos para elevar la calidad, entre los que destaca la formación docente, donde se ha logrado que el 90% del personal docente obtenga un nivel de licenciatura<sup>122</sup>. Sin embargo, la titulación docente no ha resultado ser suficiente para lograr un proceso educativo de calidad. A nivel nacional un 7.2% del alumnado reprueba el grado que cursa, con diferencias significativas entre el sector público (8.8%) y el privado (2%)<sup>123</sup>.

La evaluación diagnóstica sobre matemática y comprensión lectora, realizada en 2010 por el MINERD a estudiantes que iniciaban el cuarto grado de educación básica, reveló sus bajos niveles en el logro de los aprendizajes. El promedio de respuestas correctas fue de un 38.2% en matemática y un 34% en comprensión lectora<sup>124</sup>. Asimismo, a nivel de la región de América Latina, los y las estudiantes de tercero y sexto grado mostraron el más bajo nivel

116 Datos estadísticos 2010-2011 publicados por el MINERD en [www.see.gob.do](http://www.see.gob.do)

117 Primaria corresponde desde el 1er grado del nivel básico hasta 6to.

118 ENHOGAR 2009-2010.

119 ENHOGAR 2009-2010.

120 MINERD 2010a.

121 Ídem.

**3.5% de los niños y niñas de educación básica abandona la escuela, 4% en el sector público y 2.1% en el privado**

de rendimiento académico en matemáticas (20%), lectura (17%) y ciencias (14%)<sup>125</sup>.

Los resultados sobre aprendizaje presentados por las diferentes pruebas nacionales e internacionales, muestran la necesidad de transformar el sistema educativo dominicano, para lo cual es necesario tomar decisiones concretas que impacten en la calidad educativa, como lo es el establecer un programa continuo de profesionalización, formación y capacitación docente, y el fortalecimiento de las instancias descentralizadas, regionales y distritos educativos, para que asuman un rol protagónico en la ejecución y supervisión de los programas educativos, como lo establece la Ley 66-97, entre otras decisiones estratégicas.

### **Eficiencia Interna: abandono, sobre edad y repitencia escolar en la educación básica**

Un 3.5% de los niños y niñas de educación básica abandona la escuela, 4% en el sector público y 2.1% en el privado. El abandono<sup>126</sup> escolar

está vinculado a diversas causas, entre ellas, la pobreza y la vulnerabilidad socioeconómica de las familias, lo cual se vincula directamente con el trabajo infantil. Otro factor importante para el abandono escolar es el embarazo de las adolescentes. Un estudio evidenció que el 44% de las adolescentes entre 14 y 17 años que no asistían a la escuela, lo hacían por razones de embarazo o por haberse unido en pareja<sup>127</sup>. El abandono escolar se refleja en magnitudes más elevadas en las regiones con mayor nivel de pobreza, Enriquillo (7.6%) y El Valle (7.4%); en comparación con la región Ozama (3.5%) y Cibao Noreste (1.9%)<sup>128</sup>.

Según datos del MINERD, el 8.8% de los niños y niñas que cursaron la educación básica en 2009 reprobaron. Los grados que presentaron una mayor no promoción en básica fueron el tercer grado con un 12.3% y cuarto con un 7.7%<sup>129</sup>. Existe una disposición de promover automáticamente a los estudiantes que cursan el primero y el segundo grado de educación básica. Un dato relevante es que aún con la disposición de la promoción automática, la no promoción en primer grado es de un 6% y en segundo grado de un 7%, lo cual puede indicar problemas de asistencia escolar o de incumplimiento de los calendarios y horarios escolares, entre otros. El alto porcentaje de estudiantes no promovidos en el nivel básico visibiliza las graves deficiencias en la formación docente.

La sobre edad es también un factor determinante del abandono escolar. En la educación básica ésta alcanza el 10.6%, siendo mayor en los niños (13.4%) que en las

122 PREAL-EDUCA 2010.

123 MINERD 2010b.

124 Ídem.

125 UNESCO 2010a.

126 Según el MINERD, abandono se refiere a la cantidad de alumnos que se retiran de la escuela y que no finalizan el año escolar o bien no continúan el año siguiente (quedan fuera del sistema escolar).

127 PROFAMILIA 2008.

niñas (7.6%). En la zona urbana es de 8.9%, mientras que en la rural es de 14.8%<sup>130</sup>.

Los retos que presentan los indicadores de eficiencia interna del sistema educativo están vinculados a la baja calidad del proceso educativo, la falta del cumplimiento del calendario y horario escolar, las inequidades en cuanto al acceso a servicios educativos que perjudica a la población del quintil más pobre, y la falta de infraestructura adecuada, entre otros.

### **Culminación de la educación básica**

Pese a que la cobertura y asistencia del nivel básico ha mejorado, el sistema no ha podido lograr que los niños y niñas que ingresan al primer grado concluyan el octavo a la edad establecida

de 13 años. La tasa neta de culminación de la educación básica es de 30.2%. Entre la población escolar, más niñas terminaron la educación básica (34.3%) que niños (26%), y más niños y niñas en las zonas urbanas, con un 32.2%, que en zonas rurales, con un 24.7%<sup>131</sup>. La tasa bruta de culminación es de un 75.5%, en el sexo masculino es un 71.4% y en el femenino un 79.7%<sup>132</sup>.

Uno de los factores determinantes de la baja culminación del nivel básico en la edad de 13 años es el abandono, ya que los y las estudiantes inician un ciclo escolar y no lo finalizan. La tendencia de incremento de la deserción escolar es preocupante, de 1.6% a 3.9% durante el periodo de 2002 y 2007 en los niños y niñas



©UNICEF RD/ María Eugenia Del Pozo

128 Ídem. Enriquillo corresponde a la zona de frontera, Cibao Norte incluye a Santiago y Puerto Plata, mientras Ozama contiene a Santo Domingo y el Distrito Nacional.

129 Datos Estadísticos del 2010-2011 publicados por el MINERD en [www.see.gob.do]

130 Ídem.

131 Ídem.

132 Ídem.

133 ENDESA 2007.

134 CEEC/SICA 2010.

de 6 a 17 años. Son más los niños (4.1%) que desertan de la escuela que las niñas (3.8%)<sup>133</sup>.

A pesar de que en la República Dominicana existe una normativa de promoción automática del primer al segundo grado, la tasa de fracaso escolar, sea por la no promoción o abandono, es de un 10.6% entre el primer y el segundo grado y de 11.5% entre el segundo y el tercero,<sup>134</sup> lo que indica problemas diversos que deben ser identificados y superados.

### **Educación inclusiva**

Según el MINERD, la Dirección de Educación Especial tiene como línea estratégica de actuación la inclusión educativa, procurando la participación y aprendizaje de todos los niños, niñas y jóvenes, independientemente de su condición, priorizando dos ámbitos de acción para la atención a la diversidad: a) Centros de Recursos para la Atención a la Diversidad (CAD) y b) Los Centros de Educación Especial.

Los CAD proveen, desde 2006, apoyo técnico y acompañamiento a los centros educativos y a los/as docentes en la educación inclusiva, con el fin de lograr la permanencia y aprendizaje de los niños y niñas con capacidades diferentes y responder a sus necesidades. Actualmente existen tres CAD con veintiocho especialistas cubriendo 1,100 escuelas, y otros cuatro CAD están en el proceso de desarrollo con treinta especialistas adicionales para trabajar con 1,750 escuelas.

En relación al número y calidad de los centros de educación especial, dirigidos a los niños y niñas que dada sus características requieren de adaptaciones curriculares significativas y de apoyo que la escuela regular no puede proporcionarles, "el país no cuenta con la información de la cantidad de niños, niñas y jóvenes escolarizados con necesidades educativas especiales"<sup>135</sup>.

La falta de información constituye una barrera para proteger los derechos de las personas con capacidades diferentes. De ahí que sea

urgente identificar la población escolar con algún tipo de discapacidad y generar procesos que contribuyan a su inclusión, aprendizaje y permanencia en el sistema educativo.

Otra barrera del sistema educativo público relacionada con la inclusión, se refiere a la carencia de programas educativos interculturales que respondan a las necesidades de la población escolar extranjera. La población de origen haitiano matriculada actualmente asciende a 32,013 personas, siendo el grupo con mayor representación en el sistema educativo, sin embargo el MINERD no cuenta con programas que respondan a sus necesidades culturales.

Es urgente avanzar en la mejora de la calidad de la educación básica en el país, ya que la repitencia, la sobre edad, la deserción y el abandono escolar obligan al Estado a gastar recursos importantes en el proceso educativo sin ser competitivo. La transformación y mejora de la educación requiere del fortalecimiento de los órganos descentralizados del sistema educativo, para que asuman sus funciones, con altos niveles de eficiencia, permitiendo que las políticas educativas concertadas sean eficaces en mejorar la escuela y la calidad educativa. También es necesario que los miembros de la comunidad educativa (docentes, padres, madres, directores, estudiantes, comunidad) asuman el compromiso de mejorar los procesos institucionales, administrativos y pedagógicos.

### **Registro de nacimiento y educación**

La Constitución de la República Dominicana garantiza que todos los niños y niñas en el país tengan acceso a la educación, sin importar su status legal o migratorio. Según el MINERD, en el año académico 2011-2012, del total de estudiantes matriculados en el sistema educativo un 30% no presentó su acta de nacimiento. Ante la persistente práctica de excluir a niños y niñas que carecían de tal documentación y de no permitir a la población en dicha condición ingresar a la educación media, el MINERD emitió en 2011 la circular 18, mediante la cual

<sup>135</sup> OEI-MINERD-INFOTEP-MESCyT 2010.

se instruye a todos los directores de los centros educativos en el país a matricular a todos los niños y niñas sin exigirles el acta de nacimiento. Esta decisión sienta un precedente favorable que asegura la protección del derecho a la educación por parte del Estado, en coherencia con la Constitución y los compromisos internacionales asumidos. Sin embargo, los retos persisten ya que estos niños y niñas no podrán obtener la titulación de educación media si no disponen del certificado de nacimiento.

### **Participación estudiantil**

La ley de educación establece espacios de participación para la población estudiantil. Sin embargo, estos espacios no han sido promovidos en la mayor parte de los centros educativos. Distintas investigaciones han revelado los escasos espacios de participación cívica de la población juvenil en el contexto comunitario y escolar. Al respecto, un 61% del estudiantado sostiene que su consejo de curso funciona, pero el 39% percibe que no tienen participación en el centro educativo. Un 60% siente que no participa en la elaboración de las normas de convivencia de sus aulas. Los resultados del Estudio Internacional de Educación Cívica y Ciudadana (ICCS) de 2009 indican que sólo el 21.4% de la población estudiantil afirmó haber participado en discusiones en una asamblea general de estudiantes. Existen oportunidades para mejorar la calidad del aprendizaje si se mejora la convivencia escolar. El 58.7% del estudiantado considera la escuela como la institución en la que más confían, además de que un 93.9% estima que su participación puede contribuir a mejorar su funcionamiento<sup>136</sup>.

### **Educación afectivo sexual con un enfoque de habilidades para la vida**

El MINERD cuenta con un Programa de Educación Afectivo Sexual basado en un enfoque de habilidades para la vida cuyo propósito es

promover en los niños, niñas y adolescentes el desarrollo de capacidades para manejar los factores de riesgo psicosocial de su entorno sin ser afectados, ayudarles a construir un proyecto de vida con aspiraciones y metas, prevenir el VIH y el embarazo a temprana edad, desarrollar buenas relaciones interpersonales y sociales mostrando destrezas de mediación ante los conflictos y conocer cómo prevenir y denunciar las vulneraciones a sus derechos contando con mecanismos amigables adecuados.

Este programa ha sido fortalecido en el 2012 y se fundamenta en un marco general basado en el enfoque de derechos humanos y de género así como en los lineamientos curriculares actuales aprobados por el MINERD. Además cuenta con cinco guías de trabajo nuevas dirigidas a distintos actores de la comunidad educativa como: la guía para formadores de docentes; la guía para docentes; la guía para familias; la guía para pares; y la guía para niños y niñas no escolarizados. Basado en estos materiales educativos, este programa desarrolla un proceso de formación dirigido a los y las orientadoras, psicólogos y psicólogas de los centros educativos, a docentes, a familias, a los alumnos y alumnas, y también aspira a desarrollarse en entornos comunitarios para que beneficie a niños y niñas no escolarizados con el objetivo de formarlos y buscar su reinserción escolar.

## **6.4 Educación Media o Secundaria**

### **Cobertura**

La educación secundaria, denominada media en República Dominicana, tiene una duración de 4 años dividida en dos ciclos de dos años cada uno, iniciándose a los 14 y concluyendo a los 17. Ofrece una formación general y opciones para responder a las aptitudes, intereses, vocaciones y necesidades de los estudiantes, para insertarse de manera eficiente en el mundo

<sup>136</sup> ICCS 2009.

<sup>137</sup> Ley 66-97, Art 40.

<sup>138</sup> Datos Estadísticos del 2010-2011 publicados por el MINERD [www.see.gob.do]



©UNICEF RD/Ricardo Piantini

**En el nivel medio, el 17% de los alumnos y alumnas presenta sobre edad, siendo mayor entre los niños (20%) que entre las niñas (12%)**

laboral y/o estudios posteriores<sup>137</sup>. Sólo la mitad de la población de 14 años ingresó al nivel secundario oportunamente en el año escolar 2009-2010. Ese año, la tasa neta de matrícula fue de 51.1%<sup>138</sup>. En 2011, existían en el país 2,115 centros educativos del nivel secundario, de los cuales el 53.7% corresponden al sector público. El número de escuelas secundarias es significativamente inferior al de escuelas que ofertan educación inicial (7,476) y el nivel básico (8,955). El número de adolescentes matriculados en la educación media a nivel nacional ascendió a 561,775, distribuido de la forma siguiente: el 76.1% en el sector público, el 21.4% en el sector privado y 2.5% en el sector semioficial<sup>139</sup>.

Los hijos e hijas de las familias del quintil más pobre en las zonas rurales tienen menos



posibilidades de asistir a la escuela secundaria. La provincia de Pedernales tiene una de las tasas de cobertura más bajas del país con un 28%, en comparación con Santo Domingo que casi le dobla con un 49.7%. El cuello de botella principal para lograr la ampliación de la cobertura en la educación media es que el país no cuenta con la infraestructura escolar necesaria para llegar a toda la población adolescente de 14 a 17 años.

Sólo el 23.7% de los adolescentes varones de las familias del quintil más pobre fue matriculado en la educación media, en comparación con el 39.7% de las adolescentes; en el quintil más rico el 76.3% de los niños y 84% de las niñas fueron matriculados en dicho nivel<sup>140</sup>. Este patrón de inequidad educativa, asociado principalmente al nivel socioeconómico, es común en la región de América Latina y el Caribe como han mostrado las investigaciones publicadas por el PREAL<sup>141</sup>.

Esta situación tiene una consecuencia negativa para la niñez de las familias pobres, en tanto que limita sus oportunidades de futuro para el ejercicio de ciudadanía y de profesión y dificulta que puedan tener un empleo decente que les asegure ingresos a lo largo de su vida. Frente al déficit de planteles educativos públicos de educación media y la baja calidad, las familias provenientes del quintil más rico prefieren enviar sus hijos e hijas a centros educativos privados, mientras que los de las familias del quintil más pobre se quedan sin escuela.

### **Calidad de la educación media**

En las pruebas nacionales de 2011, el promedio nacional de promoción en la primera convocatoria alcanzó un 60% en el nivel secundario. En este nivel, el rendimiento académico es bajo, tal como lo demuestra un estudio del Instituto Dominicano de Evaluación y Desarrollo de la Calidad Educativa (IDEICE) en el año 2009,

en el que el estudiantado evaluado obtuvo un rendimiento global de 38.29 puntos en las cuatro áreas académicas, (lengua española, matemática, ciencias naturales y ciencias sociales) siendo el referente mínimo para fines de promoción los 70 puntos<sup>142</sup>.

### **Eficiencia interna: abandono, sobre edad y repitencia escolar en la educación media**

La educación media presenta retos importantes en la cobertura y en la retención de los alumnos y alumnas. El 5.4% de los estudiantes a nivel nacional abandonan definitivamente la educación media, siendo el porcentaje mayor en el sector público (6.4%) que en el privado (2.2%).

La repitencia en educación media es de un 4.7%. En la zona urbana, este porcentaje representa un 4.9% mientras que en la rural representa el doble, un 8.8%. El grado que presenta una mayor repitencia en media es el primero con un 6.7%<sup>143</sup>.

En el nivel medio, el 17% de los alumnos y alumnas presentan sobre edad, siendo mayor entre los niños (20%) que entre las niñas (12%). En zona rural y urbana la sobre edad es también alta pero con pocas diferencias, con cifras que ascienden al 16.6% y 16.8%, respectivamente<sup>144</sup>. Los retos que presentan los indicadores de eficiencia en el nivel medio están asociados a la baja calidad del proceso educativo, la distancia que tienen que recorrer los alumnos y alumnas para acceder a un liceo secundario que afecta su permanencia, y las condiciones de pobreza de los y las estudiantes que dejan la escuela para trabajar y regresan uno o dos años después con sobre edad o abandonan definitivamente. No existen suficientes programas que respondan a las necesidades de este colectivo, para lograr su reinserción, el aprendizaje y la permanencia, y proporcionarles una educación

139 Ídem.

140 ENHOGAR 2009-2010 .

141 PREAL 2009.

142 MINERD-IDEICE 2010.

143 Datos estadísticos del 2010-2011 publicados por el MINERD [www.see.gob.do]

técnica o vocacional. El embarazo es otro factor que afecta a la permanencia de las niñas.

### **Culminación de la educación media**

Las causas ya mencionadas también afectan la culminación de los estudios del colectivo adolescentes. La tasa neta de culminación es extremadamente baja (18.4%), y se agrava en el suroeste del país, en las provincias de Pedernales (6.7%) y Bahoruco (7.7%), en el suroeste del país, en contraste con el Distrito Nacional que es del 32.1%<sup>144</sup>. La tasa bruta de culminación es de 47.2%, 39.4% para los niños y 55% para las niñas. La repitencia, la sobre edad y el abandono, generan costos adicionales al Estado y pérdidas de oportunidades para los niños y niñas y sus familias.

Una cantidad significativa de adolescentes entre 14 y 17 años tiene serios obstáculos para acceder, permanecer y culminar sus estudios del nivel medio. En este nivel persisten inequidades importantes que perjudican a la población del quintil más pobre, especialmente a los varones. Las principales barreras que impiden a esta población disfrutar del derecho a la educación están relacionadas con los problemas socioeconómicos de las familias así como con las ineficiencias del sistema educativo para proveer oportunidades educativas ajustadas a sus necesidades de educación vocacional y técnico profesional, que promuevan el desarrollo de capacidades y habilidades para la vida.

El Estado dominicano tiene el reto de garantizar la cobertura de la educación media al 49% de la población de entre 14 y 17 años que no tiene acceso a ella, para lo cual se requiere que ésta sea priorizada en los planes y presupuestos del MINERD, ampliándose la infraestructura escolar, mejorándose la formación docente y creando e implementando programas dirigidos a la población en condiciones de vulnerabilidad.

144 Ídem.

145 Ídem.

146 ICCS-SREDECC 2009.

147 Vargas 2008.

## **6.5 Violencia en la escuela**

La violencia es un fenómeno generalizado en el país y las escuelas no son una excepción. Los niños, niñas y adolescentes en la escuela están expuestos cotidianamente a la violencia en sus diversas formas. Esto se constituye en un factor que dificulta la permanencia escolar. Un 57.7% del personal docente y un 59.2% del personal directivo de los centros educativos consideran la violencia como un evento negativo que afecta al clima escolar. El 43.7% del personal directivo afirmó saber de casos de intimidación en sus centros educativos, mientras que un 30% dijo conocer manifestaciones de acoso sexual y racismo en las escuelas<sup>146</sup>. Un estudio cualitativo del 2009<sup>147</sup> evidenció la asociación entre el abandono escolar y el inadecuado manejo de la disciplina escolar, tal como lo es el uso de las prácticas violentas para disciplinar al alumnado así como la acción regularizada de expulsión del centro.

Ante esta realidad, el CONANI y el MINERD lanzaron para su validación en el 2011, las “Normas de Convivencia y Disciplina Escolar para Centros Educativos Públicos y Privados”, con el objetivo de que la disciplina escolar se desarrolle con un enfoque positivo en función de lo establecido en la Ley 136-03, conforme a los derechos, garantías y deberes.

Otras acciones desarrolladas por el MINERD para fortalecer la convivencia pacífica en los centros educativos han sido la capacitación a nivel nacional del personal técnico y docente en el enfoque de disciplina positiva, la reimpresión y divulgación masiva entre el personal docente de la Guía de Disciplina Positiva, elaborada por Plan Internacional, así como el desarrollo de diversas campañas educativas en coordinación con otras organizaciones interesadas en la prevención, como la campaña “Aprender sin Miedo”, la campaña “Hagamos un Trato por

el Buen Trato” y la campaña “Trátame Bien”. Además de la implementación del proyecto piloto “Desarrollo Juvenil y Prevención de la Violencia” basado en el concepto del Programa Escuela Abierta que promueve el liderazgo pacífico de la población juvenil de los barrios urbano-marginales vinculando esta población a iniciativas creativas de generación de ingresos, grupos teatrales, trabajo sociocultural y a la animación deportiva, entre otros aspectos.

### Tensiones en la comunidad educativa

Según el Estudio Internacional de Educación Cívica y Ciudadana (ICCS), en opinión del personal directivo del nivel básico entrevistado, las principales fuentes de tensión social en las comunidades donde están ubicados los centros educativos son el desempleo (46%) y la pobreza (40%). El 28.7% señala que la inmigración produce tensión en sus centros educativos, seguido por un 26.1% que indica que el alcoholismo en la comunidad es una fuente de

tensión. Un 24.6% considera que la drogadicción en la comunidad impacta negativamente en la calidad de vida de las personas dentro y fuera de los centros educativos<sup>148</sup>.

### 6.6 Gasto público en educación

En 2009, República Dominicana ocupa la posición 141 de 145 países en el mundo, respecto a la inversión pública en educación<sup>149</sup>. El presupuesto aprobado para la educación preuniversitaria en 2010, (no el gasto total en el sector educación) apenas alcanzó el 2.00% del Producto Interno Bruto y descendió a 1.99% en el 2011.

A partir de 2013, esta situación ha cambiado con el incremento a un 4% del PIB del presupuesto público dirigido a la educación preuniversitaria, como lo establece la Ley General de Educación 66-97.

**Cuadro No. 6: Presupuesto aprobado y ejecutado por objeto del gasto, según fuentes de financiamiento (2011)**

Objeto del gasto	% Total programado	% Total ejecutado
Servicios Personales	60.83	99.82
Servicios no Personales	4.3	81.87
Materiales y Suministros	7.49	97.79
Trasferencias Corrientes	11.12	99.61
Trasferencias de Capital	0.26	99.82
Activos no Financieros	15.99	59.12
TOTAL	100	92.36

Fuente: Memoria 2011 MINERD

148 ICCS-SREDECC 2009.

149 UNESCO 2010b.

**Cuadro No. 7: Ejecución presupuestaria de los programas educativos (2011)**

Programas	% ejecutado
Actividades Centrales	13.43
Proyectos Centrales	7.84
Servicios Técnicos Pedagógicos	1.66
Servicios de Educación Inicial	2.43
Servicios de Educación Básica	43.64
Servicios de Educación Media, Artes y Técnico Profesional	10.54
Servicios de Educación de Adultos	3.05
Servicios de Bienestar Estudiantil	6.04
Administración de las Contribuciones Especiales	11.39
TOTAL	100

**Fuente: Memoria 2011, MINERD.**

El principal gasto del MINERD (ver cuadro No.7) se destina al renglón de los servicios de personal, el cual representa el 60.83% del presupuesto aprobado. De este monto, se destina el 80.3% a sueldos fijos y un 12.24% a contribuciones a la seguridad social. El segundo gasto importante se orienta a los activos no financieros, con un 15.99%, de cuyo monto, un 90.1% es utilizado para la construcción y el mejoramiento de la infraestructura escolar. El tercer lugar, con un 11.12%, lo ocupan las transferencias corrientes, que incluyen los fondos que el MINERD transfiere a las instituciones educativas descentralizadas, como es el Instituto Nacional de Formación del Magisterio, el Instituto Dominicano de Evaluación e Investigación de la Calidad Educativa y el Instituto Nacional de Educación Física, así como las transferencias al fondo de pensiones, los

politécnicos, las juntas descentralizadas y a algunas organizaciones no gubernamentales<sup>150</sup>.

El gasto en materiales y suministros representa un 7.49% del total del presupuesto. En este rubro, la mayoría de los recursos son destinados al Programa de Desayuno Escolar (64.76%) y al programa de textos escolares para los niveles inicial, básico, secundario y de adultos (18.27%). Estos datos reflejan las limitaciones que tiene el sistema educativo para invertir en aspectos que se relacionan directamente con la calidad educativa.

Por otro lado, la siguiente tabla muestra la importancia de los programas en el presupuesto del MINERD; en este sentido el programa relacionado a los servicios de educación básica sigue teniendo el mayor porcentaje del

<sup>150</sup> Memoria Anual MINERD 2011.

## Cuadro No. 8: Situación de la Meta Educativa de los ODM

Meta	Indicador	Población	Línea de base (1990)	2010	Meta 2015	Proyección 2015	Brecha	Grado Cumplimiento
Asegurar la enseñanza primaria universal	Proporción alumnos que comienzan el 1er grado y llegan al último grado de primaria	NNA	23.2	75.5	100	86.0	14.0	No se logrará
		Niños	ND	71.4	100	81.3	18.7	No se logrará
		Niñas	ND	79.7	100	90.8	9.2	No se logrará

Fuente: Elaboración propia sobre adaptación de MEPyD 2010

total del presupuesto programado (43.64%). En contraste con ello, sólo se programó un 10.5% para el conjunto de la educación media, artes y técnico-profesional, y 2.43% para la educación inicial. Teniendo en cuenta los desafíos del país de mejorar la cobertura de la educación media y de la educación inicial, sobre todo, es necesario que estos programas sean priorizados en términos de inversión pública.

### 6.7 Perspectivas de cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio de lograr la enseñanza primaria universal (ODM 2)

Tal y como se vio anteriormente, en el año 2010 la tasa bruta de culminación del nivel básico es de un 75.5%, desagregada en 71.4% para el sexo masculino y 79.7% para el femenino<sup>151</sup>. Con estos niveles, la proyección oficial del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo es que no

se logrará asegurar que todos los niños y niñas de la República Dominicana puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria para el año 2015 contemplado en los ODM. Aunque no se alcance este ODM en el 2015, hay que destacar el importante avance en el porcentaje de culminación de estudios primarios alcanzado en las dos últimas décadas, pasando de 23.2% en el 1990 a 62.7% a 75.5% en el año 2010.<sup>152</sup> En este caso, la principal brecha es de género, durante el periodo 2000-2009 la tasa de terminación del octavo grado de básica de las mujeres fue 20% superior a la de hombres<sup>153</sup>. Como se ve, en términos de educación básica, la población más vulnerable es la masculina, tanto que la brecha de incumplimiento de este ODM es dos veces más alta para hombres que para mujeres (18.7% frente a 9.2%).

<sup>151</sup> Ídem.

<sup>152</sup> MEPyD, 2010. Este indicador se refiere al sector público educativo ya que los datos del sector privado sólo están disponibles para el periodo 2007-2009.

<sup>153</sup> MEPyD indica que el índice de paridad de género promedio durante ese periodo fue de 1.2, oscilando entre un máximo de 1.24 en el 2000 y un mínimo de 1.17 en el 2008.



  
**JUNTA CENTRAL ELECTORAL**  
 COMISIÓN DEL ESTADO CIVIL  
 INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIÓN DE ASESORÍA

NOMBRE DEL VOTANTE: Enrique R. D.  
 Fecha: 12 de enero del 2009 a las 10:00 horas  
 Lugar de Emisión: Caracas  
 Cédula de Identidad y Electoral: 1994 emitida en San Juan el día 12 de enero del año 1994  
 Lugar de Emisión: Declarante  
 Lugar de Emisión: Caracas el día 2009  
 Lugar de Emisión: Caracas el día 2009

**5.- DATOS DEL PADRE (No llenar si el padre no es el declarante)**  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_  
 Lugar de Emisión: \_\_\_\_\_  
**6.- DATOS DE LA MADRE (No llenar si la madre no es el declarante)**  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_  
 Lugar de Emisión: \_\_\_\_\_

# 7

## DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

La violencia contra la niñez está presente en hogares, instituciones y espacios públicos. El 67.4% de los hogares utiliza el castigo físico o psicológico para disciplinar a sus hijos<sup>154</sup>. El Consejo de Derechos Humanos (2009) recomendó al Estado “prohibir el castigo corporal de los niños en todos los contextos.” El castigo corporal no está explícitamente prohibido en la ley. Un estudio sobre la Explotación Sexual Comercial (ESC)<sup>155</sup> reveló que sólo el 0.8% de la población percibe a los perpetradores como culpables, mientras que el 59% responsabiliza a la víctima o a su familia, lo que evidencia una cultura tolerante con el

154 ENHOGAR 2009-2010.

155 OIT 2009.

156 ENHOGAR 2009-2010.

157 Acordada en el Primer Encuentro Centroamericano y del Caribe en Seguimiento al Estudio del Secretario General de Naciones Unidas sobre Violencia Contra los Niños, Santo Domingo, República Dominicana, diciembre de 2011.

### El 67.4% de los hogares utiliza el castigo físico o psicológico para disciplinar a sus hijos

abuso, que dificulta la aplicación de las leyes. El 20.8% de la población de 0 a 5 años carece de registro de nacimiento, cifra que se sitúa en el 41% para el quintil más pobre<sup>156</sup> y en las regiones más pobres de la zona fronteriza, lo que supone dejar expuestos a cientos de miles de niños y niñas a vivir sin existencia oficial y privados de los servicios básicos. En 2008, el Comité de los Derechos del Niño recomendó al Estado Dominicano velar para que ningún niño se convierta en apátrida. De manera conjunta, el CONANI como ente rector, la Coalición de ONG por la Infancia y UNICEF, vienen trabajando en los compromisos asumidos por el país<sup>157</sup> respecto a la implementación de las Recomendaciones 1, 2 y 11 del Informe Mundial sobre la Violencia contra los Niños y Niñas, conocido como el Estudio UNVAC. Para abril del presente año, se espera definir la Hoja de Ruta Nacional para dar respuesta articulada e interinstitucionalmente a las situaciones que afectan a los niños, niñas y adolescentes que viven en la República Dominicana.

## 7.1 Marco institucional e instituciones de protección de la niñez y la adolescencia

### Estructura general del Sistema

Para garantizar el cumplimiento de los Derechos de los niños y niñas, la Ley 136/03 creó el Sistema Nacional de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, el cual es definido como “el conjunto de instituciones, organismos y entidades, tanto gubernamentales como no gubernamentales, que formulan, coordinan, integran, supervisan, ejecutan y evalúan las políticas públicas, programas y acciones a nivel nacional, regional y municipal para la protección integral de los derechos de los niños, niñas y adolescentes”. El sistema debe procurar ese objetivo mediante la coordinación de políticas y acciones intersectoriales e institucionales.

Es incuestionable el cambio institucional del Sistema Nacional de Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes de la República Dominicana. Desde la aprobación de la Ley 136/03 se han hecho avances importantes en la creación de la nueva institucionalidad, capacitación del personal, cambio de paradigmas de trabajo, etc.

Tal como señala la Evaluación Situación de Implementación del Sistema Nacional de Protección de la Niñez y Adolescencia en República Dominicana 2004-2007, realizada por el CONANI y la CEJNNA con el apoyo técnico y financiero del UNICEF, “Aún con pocos recursos y la reminiscencia de la existencia institucional proveniente de la anterior ley y práctica corporativa de atención individualizada (característica de la situación irregular y la doctrina minorista), el país logró avanzar en la primera fase de implementación de la ley 136-03, aunque con mayores esfuerzos en instancias del nivel central y escasos en el nivel local”<sup>158</sup>.

Sin embargo, a nueve años de aprobación de la Ley 136/03, el Sistema está aún en etapa de implementación y requiere seguir avanzando para funcionar como un todo articulado. Está en proceso la creación de órganos administrativos y jurisdiccionales a nivel local en varias provincias (Juntas Locales de Protección y Tribunales de Niñez y Adolescencia). Continúa pendiente la reasignación de funciones ejecutoras atribuidas al CONANI, el fortalecimiento de su capacidad rectora y de supervisión. Se debe seguir invirtiendo en la capacidad técnica del personal de las instituciones y organizaciones responsables de la protección de la infancia.

Asimismo, es especialmente importante el desafío que plantea la implementación efectiva de un sistema penal adolescente que cumpla completamente con las garantías del debido proceso y las finalidades reeducadoras establecidas en la propia ley.

El Sistema Nacional de Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, está dividido en dos subsistemas: el subsistema administrativo y el subsistema judicial.

### Subsistema administrativo

Conforme con la ley 136-03, el Sistema está dirigido por el CONANI que tiene como funciones: “formular, aprobar, fiscalizar, coordinar y dar seguimiento a las políticas públicas en materia de niñez y adolescencia en todo el territorio nacional, mediante la articulación y coordinación de las instituciones gubernamentales, no gubernamentales y la sociedad en general”<sup>159</sup>.

El CONANI está integrado por un Directorio Nacional, máxima autoridad de decisión, de carácter intersectorial compuesto por los titulares o personas en quien se delegue de los diversos organismos gubernamentales, ONG, iglesias y representaciones del sector sindical y empresarial. Cuenta también con una Oficina Nacional<sup>160</sup> que da apoyo técnico al

<sup>158</sup> CONANI-CEJNNA-UNICEF 2007.

<sup>159</sup> Informe, de los Avances del Plan Estratégico de CONANI 2008-2012. Disponible en [www.conani.gov.do]

<sup>160</sup> La Oficina Nacional del CONANI es coordinada por un Gerente General bajo la supervisión del presidente del Consejo.



CONANI para proponer las políticas, planes y programas y ejecutar y dar seguimiento a las decisiones emitidas por el Directorio en materia de infancia y adolescencia, como el primer nivel de rectoría del Sistema de Protección.

La ley dispone además, la creación de Directorios Municipales con igual naturaleza y composición que el Directorio Nacional, con la finalidad de articularse con las oficinas municipales y las JLP. Las oficinas regionales y municipales del CONANI, tienen como función brindar apoyo técnico a las instancias locales del Consejo para la aplicación de políticas y normas aprobadas por los directorios nacional y municipal <sup>169</sup>.

Actualmente, existen 11 directorios municipales. Se han creado diez oficinas regionales y 11 oficinas locales<sup>162</sup>. Las oficinas regionales cubren prácticamente todo el país. Sin embargo, la baja cobertura local continúa siendo un desafío para el Sistema. Según el Informe Análisis Situacional Implementación de la Ley 136-03: 2004-2007<sup>163</sup>, a fines de 2007 había 4 oficinas locales, lo que evidencia un lento crecimiento de su cobertura (apenas una por año, efectivamente implementada), aun cuando la propia Ley 136/03 establece que deben instalarse como mínimo dos oficinas municipales en cada Provincia<sup>164</sup>.

El CONANI cuenta con tres programas especializados:

El “Programa de Atención Integral a la Primera Infancia”, que ofrece atención a la primera infancia en alianza con el sector privado, la familia y la comunidad; estos centros

atienden 18,000 niños y niñas entre 45 días de nacidos hasta los 5 años de edad<sup>165</sup>.

- El programa de “Hogares de Paso”, que busca proporcionar un contexto seguro para los niños, niñas y adolescentes que requieran ser protegidos de las situaciones en que se encuentran. Durante el 2012 se re-colocaron con sus familias o con familias sustitutas 427 niños y niñas. En octubre de 2012 había 233 niños, niñas o adolescentes en los hogares de paso<sup>166</sup>.
- “Ángeles de CONANI” que es un Hogar para niños en extrema pobreza, con discapacidades severas, que atiende 86 personas menores de edad<sup>167</sup>. El CONANI, además, está a cargo del proceso administrativo y es Autoridad Central en materia de adopciones<sup>168</sup>.

Además de las estructuras ya señaladas, la ley prevé la creación de Juntas Locales de Protección (JLP), como instancias descentralizadas de protección y restitución de derechos de los niños y niñas a nivel municipal, con funciones de recepción de denuncias sobre amenaza, vulneración y otros tipos de violación de derechos de los niños y niñas, y protección y restitución inmediata de sus derechos mediante el ordenamiento de medidas en el ámbito administrativo. Actualmente, existen 10 JLP al nivel nacional, cuatro de las cuales están en la zona fronteriza donde no existen Oficinas Municipales<sup>169</sup>.

La implementación del Subsistema Administrativo de Protección establecido por

<sup>161</sup> Véase los artículos 445 y 446 de la Ley 136/03.

<sup>162</sup> Las Oficinas Regionales del CONANI se encuentran ubicadas en Cibao Nordeste (Valverde), Cibao Norte (Santiago), Enriquillo (Barahona), El Valle (San Juan de Maguana), Higuamo (San Pedro Macorís), Metropolitana (Ozama), Regional Sur (La Vega), Valdesia (San Cristóbal) Yuma (La Romana). Las oficinas municipales están ubicadas en Azua, Boca chica, Cabrera, Higuey, Las Terrenas, Nagua, Pedernales, Salcedo, Sabana Grande de Boyá y Villa Altigracia. Fuente: [www.conani.gov.do/Nosotros/regionales.html](http://www.conani.gov.do/Nosotros/regionales.html)

<sup>163</sup> Elaborado por el CONANI, CEJNNA y UNICEF. Disponible en [www.unicef.org/republicadominicana/Evaluacion\\_Ley\\_\\_Consejo\\_Nacional\\_para\\_la\\_Ninez.pdf](http://www.unicef.org/republicadominicana/Evaluacion_Ley__Consejo_Nacional_para_la_Ninez.pdf)

<sup>164</sup> Véase el artículo 447 de la Ley 136/03.

<sup>165</sup> Información proporcionada directamente por CONANI.

<sup>166</sup> Información proporcionada directamente por CONANI.

<sup>167</sup> Información proporcionada por el Departamento de Hogares de paso del CONANI.

<sup>168</sup> [\[www.conani.gov.do\]](http://www.conani.gov.do)



la Ley 136/03 se encuentra aún en proceso de desarrollo. La cobertura de las Oficinas Locales y JLP continua siendo baja y debería implementarse en los próximos años.

El Sistema Nacional de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes es una estructura que requiere un alto grado de coordinación. Como tal, se construye sobre la institucionalidad preexistente y busca conciliar las responsabilidades y ámbitos de trabajo de los gobiernos locales con estructuras centralizadas, incorporando al sistema judicial y a ONG en la protección de la infancia. Este Sistema, que pretende ofrecer una respuesta integral de protección, afronta un gran desafío para su implementación y eficacia, por lo que requiere de un soporte constante de recursos financieros y especialmente de asistencia técnica.

En los barrios marginados urbanos y en las comunidades más pobres del país, se echa de menos la articulación de las instancias del CONANI con los gobiernos municipales, las ONG y el gabinete social. El liderazgo del CONANI en estas zonas podría contribuir a mejorar el ejercicio de las responsabilidades de los padres y a identificar a los NNA en situación de riesgo. El CONANI es la entidad máxima de dirección del Sistema Nacional de Protección<sup>170</sup>, conforme lo indicado en la Ley 136/03. En esa calidad, formula, aprueba, evalúa, fiscaliza, coordina y da seguimiento a las políticas públicas en materia de niñez y adolescencia. Además de estas funciones, esta entidad ejecuta programas, en virtud del decreto N° 511/06 que convirtió a la Dirección de Atención a la Primera Infancia (DAPI) en un Programa de Atención Integral del CONANI.

169 Elías Piña, Jimaní, Dajabón, Pedernales.

170 Artículos 417 y 418 de la Ley 136/03.

171 En 2009, la evaluación sobre la Situación de Implementación del Sistema Nacional de Protección de la Niñez y Adolescencia en República Dominicana 2004-2007 realizada conjuntamente por CONANI, CEJNNA y UNICEF concluyó que "se deriva de la investigación que el CONANI continúa dedicando su máximo esfuerzo al área de programas de atención, de forma desbalanceada respecto a las políticas públicas, tanto en cuanto a su estructura orgánica que responde a la de un órgano ejecutor de programas, como en la asignación de recursos materiales y humanos".

Esta dualidad de funciones continúa siendo un desafío para la gestión del Consejo que debería focalizarse específicamente en sus funciones rectoras del Sistema<sup>171</sup>, lo cual ha sido consignado en la END, Ley 1-12, línea de acción 2.3.4.7: “Fortalecer la rectoría del sistema nacional y de los sistemas locales de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes.”

Aun cuando se ha avanzado considerablemente en la coordinación del Sistema, continúa siendo un desafío importante asegurar la coherencia de las políticas de protección integral con políticas sectoriales como las de educación, salud o seguridad social y combate a la pobreza, para asegurar que violaciones específicas, como las derivadas del trabajo infantil o la explotación sexual infantil, sean debidamente abordadas por el Estado como parte del sistema de protección social.

## 7.2 Subsistema jurisdiccional

### Estructura General

La Ley 136/03 estableció una Jurisdicción de Niños, Niñas y Adolescentes conformada por Tribunales y Cortes de apelación especializados, además de la Corte Suprema y Tribunales de Ejecución<sup>172</sup>. Conforme con la citada ley, se deben crear Tribunales de Niños, Niñas y Adolescentes en cada provincia. Cada Tribunal está conformado por una Sala Civil, que tiene a su cargo los asuntos de familia y protección, y una Sala Penal con jurisdicción respecto de los casos contra adolescentes en conflicto con la ley. Ambas salas actúan por separado y conforme con procedimientos específicos.

En la actualidad, existen 20 Tribunales de Niños, Niñas y Adolescentes<sup>173</sup>. Sólo siete de ellos funcionan en salas divididas para la jurisdicción de familia y penal adolescente. También existen cinco Cortes de Apelación de Niños, Niñas y Adolescentes y 11 Tribunales de Control de la Ejecución de las Sanciones de la Persona Adolescente<sup>174</sup>.

A pesar de estos avances, en los últimos 5 años no se han instalado nuevos Tribunales de Niños, Niñas y Adolescentes. Conforme con el artículo 209 de la Ley 136/03, mientras no se instalen los Tribunales de Niños tendrán competencia los Juzgados de Primera Instancia. La existencia de una jurisdicción especializada eleva los estándares de protección de los derechos de los niños. Por esta razón, para que el Estado avance en la administración de una justicia especializada, flexible y diversa, para juzgar a las personas menores de 18 años, es necesario acelerar el ritmo de creación de estos juzgados.

Se han invertido importantes recursos en la especialización técnica de jueces, funcionarios (secretarios y alguaciles) y defensores, desde la aprobación de la Ley 136/03<sup>175</sup>. Estos esfuerzos deben continuar en el próximo periodo. Conforme con lo informado por la Escuela Nacional de la Judicatura, se requiere profundizar los conocimientos conceptuales de los operadores de justicia en temas específicos (trata y tráfico, trabajo infantil, adopciones y justicia penal juvenil). Paralelamente, se requiere fortalecer las redes de trabajo del sistema judicial con las instituciones de protección en lo local, mediante mesas de coordinación interinstitucional, de manera similar a la que opera la Comisión para

172 Libro Tercero, artículos 208 y siguientes de la Ley 136/03.

173 Los tribunales de Niños, Niñas y Adolescentes están localizados en el Distrito Nacional y en las provincias de Santo Domingo, Santiago, San Cristóbal, Peravia, Barahona, Montecristi, San Juan de la Maguana, San Francisco de Macorís, la Vega, San Pedro de Macorís, Puerto Plata, Valverde, Monseñor Nouel, Espaillat, Sánchez Ramírez, María Trinidad Sánchez, el Seibo, la Romana y la Altagracia.

174 Informe III, IV y V, ante el Comité de los Derechos de Niño, en cumplimiento del Art. 44 de la CDN, párrafo 1.2.2.1, p. 22, República Dominicana, Julio 2010.

175 Entre el 2007 y 2010, se capacitaron cerca de 107 jueces sobre el contenido de la Convención de Derechos del Niño, 9 de los cuales fueron recién designados ya sea promovidos o transferidos desde una jurisdicción ordinaria a la jurisdicción especializada de personas menores de edad.

176 La END en la Línea de acción 1.2.1.10 establece el “Fortalecer la justicia especializada en adolescentes en conflicto con la Ley Penal, propiciando una justicia eficiente, medidas alternativas a la privación de libertad y programas que garanticen la reeducación.”

la Ejecución de la Justicia de Niños, Niñas y Adolescentes (CEJNNA) a nivel nacional.

La Escuela Nacional de la Judicatura y la Escuela Nacional del Ministerio Público, responsables de los procesos de formación de los jueces y miembros del Ministerio Público de Niños, Niñas y Adolescentes, han incluido en sus currículos contenidos de Derechos de la Niñez, Control de la trata y tráfico, Justicia Penal de Adolescentes y explotación sexual comercial, entre otros. Teniendo en cuenta la movilidad de los funcionarios dentro de la administración de justicia, es necesario incorporar esta área de especialización<sup>176</sup> en los programas de formación inicial y continua.

### Justicia Penal Juvenil

La Ley 136/03 (Título II, Libro III) establece la Justicia Penal de la Persona Adolescente cuyo objetivo es el de “aplicar medidas socioeducativas o sanciones” a los adolescentes penalmente responsables de hechos punibles, promoviendo su “educación y atención integral e inserción del adolescente en la familia y en la sociedad”<sup>177</sup>.

Conforme con estas disposiciones, se considera penalmente responsable a toda persona desde los 13 años de edad. Respecto de ellas, un tribunal especializado puede imponer tres tipos de sanciones (socioeducativas, órdenes de orientación y supervisión, y medidas privativas de

libertad), hasta por un periodo máximo de cinco años. El sistema también contempla un Ministerio Público y una Defensa Técnica especializados.

El sistema penal adolescente vigente en República Dominicana cumple, desde lo normativo, con todas las disposiciones de la CDN y se enmarca plenamente en la Doctrina de Protección Integral. Sin embargo, persisten aún brechas en la aplicación de la propia ley y el entendimiento que los operadores del sistema penal adolescente tienen de la finalidad del mismo y las garantías que consagra.

La principal dificultad radica en la limitada aplicación de medidas alternativas a la privación de libertad y órdenes de orientación. Entre 2008 y 2010, 698 adolescentes fueron sancionados con medidas cautelares de privación de libertad<sup>178</sup>. En el mismo periodo, 419 fueron sujetos a sanciones socioeducativas u órdenes de orientación y supervisión (no privativas de libertad)<sup>179</sup>.

Se deben mejorar la coordinación y programación con entidades locales para la aplicación

---

**En 2012, República Dominicana tuvo una media de 600 adolescentes privados de libertad en Centros Especializados y cinco Centros de Detención de Menores**

---

<sup>177</sup> Artículos 221 y 222 de la Ley 136/03.

<sup>178</sup> Dirección Nacional de Atención Integral para Adolescentes en Conflicto con la Ley Penal, DINAIA PGR.

<sup>179</sup> Unidad Coordinadora de Sanciones Alternativas de la DINAIA, PGR.

<sup>180</sup> El día 15 de octubre de 2012 habían 597 adolescentes privados de libertad. Estadísticas de Preventivos y Sancionados, Procuraduría General de la República, Dirección General de Atención al Adolescente Infractor.

<sup>181</sup> Los Centros Especializados son centros de privación de libertad destinados específicamente para adolescentes. Están ubicados en Manoguayabo, Santiago, San Francisco de Macorís y en el Complejo Penitenciario Najayo; los Institutos Preparatorios de Menores San Cristóbal, La Vega para varones y Santo Domingo para mujeres, así como el Centro de Evaluación y Referimiento “CERMENOR”. Los Centros de detención están ubicados en Higüey, Macorís, La Romana, Barahona, Villa Juana.

<sup>182</sup> Acorde con primer Censo Penitenciario de Adolescentes privados de Libertad, realizado por la Oficina Nacional de la Defensa Pública, en Mayo del 2011, el 43% de los privados de libertad están en el Centro de Atención Integral de Adolescentes de Najayo-San Cristóbal, 94% de los son del sexo masculino y 6% femenino, 13% no cuenta con registro de nacimiento y 1% no sabe si lo tiene, 53% alcanzó de 5 a 8 grados y el 23% tiene bachillerato incompleto, 80% reporta haber realizado trabajo ya sea con particulares 51% o familiares 29%, al momento de ser detenido el 36% vivía solo con la madre y el 31% con ninguno de los 2, ni padre ni madre, y el tiempo promedio de reclusión 3 años. El homicidio y el aborto (5 años) son los delitos sancionados con condenas de mayor duración. El 25% de los adolescentes es reincidente. El estudio indicado señala que el 22% de los adolescentes privados de libertad ha recibido sanción disciplinaria, 11% castigados con aislamiento o solitaria y el 8% con golpes.

de medidas socioeducativas y órdenes de orientación, tanto desde la oferta de las mismas, como en el proceso de seguimiento al cumplimiento de la sanción y el apoyo al adolescente sancionado. Para ello, es importante avanzar en la creación de la Unidad de Atención Integral que está contemplada en el artículo 159 de la Ley 136/03. Esta Unidad debería “brindar atención integral, supervisión y seguimiento durante la ejecución de las sanciones”, tal como lo indica la norma.

En 2012, República Dominicana tuvo una media de 600 adolescentes privados de libertad<sup>180</sup> en Centros Especializados<sup>181</sup> y cinco Centros de Detención de Menores<sup>182</sup>. Las condiciones varían de manera importante entre estos centros. Tal como ha reconocido el Estado Dominicano, es necesario mejorar sus condiciones internas<sup>183</sup>.

De los ocho Centros Especializados, cuatro dependen administrativa y financieramente del Ministerio de Salud<sup>184</sup>. Esta situación, tal como reconoce el informe citado anteriormente, representa un problema administrativo importante que distrae al Ministerio de sus funciones esenciales y obstaculiza las tareas de la Procuraduría General de la República<sup>185</sup>. Los centros deben ser transferidos administrativamente a la PGR.

Para conseguir el cumplimiento de la finalidad resocializadora de la privación de libertad (finalidad establecida en la Ley 136/03) y, especialmente, para elevar el cumplimiento de los derechos de adolescentes internados en estos establecimientos, es necesario impulsar las reformas institucionales ya indicadas. Además, se requiere fortalecer y asistir técnicamente

a la Dirección Nacional de Atención a la Persona Adolescente en Conflicto con la Ley Penal para diseñar programas educativos en los centros, que respondan a una estrategia de resultados más acorde con el objetivo de re-educación y reinserción, incluyendo planes, tratamientos y seguimiento personalizado. De la misma manera, es necesario mejorar la capacidad del personal y los estándares de atención, estableciendo un mecanismo permanente de monitoreo de las condiciones de la privación de libertad de los adolescentes. Tal como reconoce el informe citado, se deberán incrementar los recursos financieros mediante la asignación de un presupuesto propio<sup>186</sup>.

Existe información estadística disponible sobre el fenómeno de la delincuencia atribuida a adolescentes. Sin embargo, esta información no está suficientemente sistematizada, no es fácilmente accesible y los indicadores son diferentes entre instituciones, por lo que la información resulta fragmentada. Estas circunstancias obstaculizan los análisis para procesos de toma de decisión en la materia. Asistir técnicamente a las instituciones en la obtención y análisis de información ayudará a conocer mejor la situación actual y a definir políticas efectivas de prevención y reinserción de los adolescentes en conflicto con la ley.

Durante los últimos años se han promovido una serie de propuestas de reformas legales que buscaban aumentar los años de la privación de libertad, restringir garantías y extender la aplicación de la privación de libertad bajo el argumento principal de que, de esta manera, se reduciría la llamada delincuencia juvenil<sup>187</sup>. Estos intentos de reforma se explican por la percepción

183 Párrafo 1.2.2.2, Informe III, IV y V, ante el Comité de los Derechos de Niño, en cumplimiento del Art. 44 de la CDN, República Dominicana, Julio 2010.

184 Centro de Evaluación y Referimiento Del Menor (CERMENOR), Instituto De Niñas de Santo Domingo, Instituto Preparatorio de Menores Máximo Antonio Álvarez e Instituto Preparatorio De Menores (REFOR).

185 Informe III, IV y V, ante el Comité de los Derechos de Niño, en cumplimiento del Art. 44 de la CDN, párrafo 1.2.2.2, República Dominicana, Julio 2010.

186 Ídem.

187 Dado que el término “delincuencia juvenil” genera confusión y tiende a englobar delitos cometidos por personas en una franja más amplia que la de los que tienen menos de 18 años, este documento usa la expresión mucho más precisa de “delincuencia atribuida a adolescentes” cuando es pertinente.

general de que la inseguridad ciudadana es causada por los jóvenes y por la confusión entre joven y adolescente, más que por un aumento objetivo de la misma. Es necesario fortalecer a las instituciones nacionales para asegurar que los derechos en materia penal adolescente, no sean restringidos. Se debe informar más y mejor a la sociedad y a los tomadores de decisiones sobre la situación, magnitud, implicaciones y respuesta a la delincuencia atribuida a adolescentes, enfatizando en que el respeto a los derechos humanos no es un obstáculo para lograr una seguridad efectiva.

### **Otras instituciones del Subsistema Jurisdiccional**

La Policía Judicial Especializada de Niños, Niñas y Adolescentes (PJE) tiene como función ser auxiliar del Ministerio Público en los procesos de investigación del proceso penal adolescentes, por lo que deben funcionar en todos los destacamentos de la Policía Nacional. En los últimos años ha aumentado significativamente el número de miembros de la PJE. Actualmente existen 300 policías judiciales especializados. Tal como indica el Estado Dominicano en el Informe al Comité sobre los Derechos del Niño ya citado<sup>188</sup>, actualmente la Policía Judicial presta funciones en Centros Especializados de privación de libertad, en Fiscalías y Tribunales especializados.

Respecto de los Centros Especializados, la PJE tiene tareas de vigilancia y control y está a cargo de la seguridad de los mismos. Esta asignación a funciones diferentes a las que le asigna la ley limita su capacidad investigativa en

los procesos penales juveniles<sup>189</sup>. Es necesario fortalecer la función principal de la PJE como órgano investigador en el proceso penal adolescente. Para ello, las tareas de seguridad deben ser trasladadas a otras dependencias de la Policía. Un cambio en todo el sistema de los centros especializados que base su modelo de trabajo en un programa pedagógico, focalizado en la reintegración y no en la búsqueda de una disciplina rigurosa permitiría también disminuir considerablemente la necesidad de medidas de seguridad respecto de esos adolescentes. Si mejora el trato con los adolescentes privados de libertad y cambia el enfoque disciplinario de los Centros, se requerirán menos recursos en la vigilancia de los mismos. Adicionalmente, la PJE debe avanzar en su proceso de especialización mediante la capacitación técnica y el aumento de recursos tecnológicos y financieros.

La Procuraduría General de la República tiene por misión representar al Estado en el ejercicio de la acción pública, formulando e implementando la política contra la criminalidad y la protección y atención de las víctimas de delitos. Tal como señala la Ley 136/03, la acción pública para perseguir actos infraccionales referidos a menores de edad es ejercida por el Ministerio Público de Niños, Niñas y Adolescentes<sup>190</sup>, representado por procuradores generales de las Cortes de Apelación de Niños, Niñas y Adolescentes en cada Departamento Judicial, y por procuradores fiscales ante los Tribunales de Niños, Niñas y Adolescentes. Aun cuando dispone de capacidad para el ejercicio de sus funciones generales, debe mejorarse la formación técnica de los funcionarios adscritos a la Fiscalía Especializada y la capacidad

188 Informe III, IV y V, ante el Comité de los Derechos de Niño, en cumplimiento del Art. 44 de la CDN, Párrafo 1.2.2.2 (pág. 24), República Dominicana, Julio 2010.

189 Conforme con lo informado a UNICEF por la Coordinación Adjunta de Recursos Humanos de la Policía Judicial Especializada de la Policía Nacional, a octubre de 2012, esa institución contaba con 297 efectivos. Ciento setenta y siete estaban asignados a Centros Especializados, 69 a fiscalías y al CONANI, y 51 a la Dirección Central de Niños, Niñas y Adolescentes de la Policía.

190 Conforme con el artículo 258 de la Ley 136/03, el Ministerio Público de Niños, Niñas y Adolescentes tiene las siguientes funciones específicas; a) Velar por el cumplimiento del presente Código; b) Promover la acción penal; c) Recibir denuncias o querrelas sobre hechos delictivos; d) Realizar y dirigir las investigaciones de las infracciones a la ley penal vigente; e) Solicitar la práctica de experticios, participar en la recolección de indicios, aportar las pruebas para sustentar sus pretensiones; f) Solicitar la práctica del estudio sicosocial, en los casos en que lo prescribe el presente Código; g) Solicitar, cuando proceda, la cesación, modificación o sustitución de las medidas cautelares dispuestas o de las sanciones penales de la persona adolescente durante la etapa de ejecución y cumplimiento; h) Interponer recursos legales; i) Dirigir el trabajo de la Policía Especializada y velar porque cumpla las funciones establecidas en este Código, respetando los derechos y libertades fundamentales de la persona adolescente en conflicto con la ley penal; j) Promover las medidas alternativas en los casos que proceda y brindar asesoría y orientación legal a la persona agraviada, antes o durante la conciliación, y cuando ella así lo solicite.

técnica de la Dirección Nacional de Atención a la Persona en Conflicto con la Ley Penal.

Se han creado 14 Unidades de Atención Integral de Víctimas de Violencia de Género, Intrafamiliar y Delitos Sexuales. Éstas deben empezar a operar conforme a un Modelo de Gestión que establece la coordinación institucional y la forma de trabajo de los fiscales, del personal auxiliar al servicio de la investigación y de los programas de atención a víctimas, con un importante énfasis en el enfoque de los derechos de la niñez cuando estas víctimas son menores de 18 años. El Modelo de Gestión indica detalladamente las pautas de actuación y la ruta de atención a las víctimas de forma que sea válida y efectiva para todos los actores del proceso, y se aplique en todas las etapas de la atención y en todas las instancias, delimitando la responsabilidad y el acceso.

El Art. 253 de la Ley 136-03 crea la Defensa Técnica de la Persona Adolescente. Su función es representar, asesorar y defender a la persona menor de edad desde el momento que es detenida, hasta que finalice el proceso penal o hasta que se haya cumplido la sanción. De acuerdo a sus estadísticas, la Defensa Técnica atiende el 98% de los casos y presta asistencia legal desde el momento de la detención por la Policía Nacional. En el 2011 defendió a 2,013 adolescentes acusados de cometer delitos. Los retos importantes a considerar incluyen la provisión de un servicio de Orientación y Asesoramiento Legal al público, así como la defensoría para los procesos civiles y/o administrativos en los que los niños son víctimas.

La Comisión para la Ejecución de la Justicia de Niños, Niñas y Adolescentes (CEJNNA) es una instancia de coordinación, acompañamiento y socialización de acciones entre el Sistema

Judicial y el CONANI para el eficiente y eficaz funcionamiento del Sistema de Justicia Juvenil. Esta Comisión ha ejecutado un plan de abogacía y movilización social que ha permitido detener los intentos de reforma la Ley 136-03, tendente a aumentar los años de privación de libertad de los adolescentes en conflicto con la ley penal. La CEJNNA<sup>191</sup> es una instancia de coordinación interinstitucional que tiene un papel clave en la implementación efectiva del Subsistema Judicial de Protección. Por ello, es necesario continuar fortaleciendo técnicamente las políticas e instituciones que la integran.

### 7.3 Otros actores del Sistema de Protección

#### Organizaciones No Gubernamentales

La República Dominicana cuenta con un gran número de ONG's tanto nacionales como internacionales, dedicadas a la promoción y protección de los derechos de niños y niñas.

Estas organizaciones son colaboradoras del Sistema de Protección y deben inscribir sus programas de atención a niños, niñas y adolescentes en el CONANI, conforme con el artículo 456 de la ley 136-03. Actualmente, este registro cuenta con 350 ONG, inscritas en los distintos regímenes de atención<sup>192</sup>, de las cuales 84 reciben subvención del Estado<sup>193</sup>.

La experiencia y el trabajo en red de las ONG's, provee al Estado dominicano de un valiosísimo recurso de atención y protección a la infancia más desfavorecida. Para mejorar el impacto de sus programas es necesario fortalecer el diálogo, la coordinación y el apoyo del CONANI.

191 La CEJNNA está integrada por el CONANI (que la preside), la Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia del Poder Judicial (que tiene a su cargo la Secretaría), la Oficina de Defensa Pública, la Escuela Nacional de la Judicatura, la Procuraduría General de la República, la Dirección Nacional de Atención Integral de la Persona Adolescente en Conflicto con la Ley Penal, la Escuela del Ministerio Público y la Policía Judicial Especializada de Niños, Niñas y Adolescentes. Además, por el Comisionado de Apoyo a la Reforma y Modernización de la Justicia que tenía la Dirección Ejecutiva (actualmente en revisión).

192 Diecisiete de ellas atienden niños discapacitados, 250 tienen modalidades de ambulatoria y 83 trabajan bajo régimen de atención residencial (niños que viven en esas instituciones).

193 Toda la información de este párrafo proviene del Informe de las Acciones realizadas por el Departamento Inscripción, Registro, Acreditación y Supervisión de Organizaciones No Gubernamentales, CIANI y Hogares de Paso. CONANI. [[www.conani.gov.do/Transparencia/Estadistica.html](http://www.conani.gov.do/Transparencia/Estadistica.html)]

**El 20.8% de los niños y niñas de 0 y 5 años de edad que viven en República Dominicana no tienen registro de nacimiento**

## **Cooperación Internacional**

Para mejorar la eficiencia de la ayuda internacional al desarrollo dirigida a la niñez, en noviembre de 2011 se instaló la Mesa de Cooperación de Infancia y Adolescencia. La Mesa de Cooperación es un mecanismo de eficacia de la ayuda al desarrollo que debe permitir al gobierno, sociedad civil y cooperación conocer las necesidades y características de los sectores de salud, educación, bienestar social, empleo, medioambiente, etc. y contar con información confiable para establecer metas e identificar fuentes de financiación.

### **7.4 Situación de los Derechos de Protección**

#### **Derecho a la Identidad**

La falta de documentación de una parte de la población, incluyendo niños, niñas y adolescentes, es un obstáculo para el ejercicio de derechos fundamentales en la República Dominicana.

Según la ENHOGAR 2009-2010, el 20.8% de los niños y niñas de 0 y 5 años de edad que viven en República Dominicana no tienen registro de nacimiento.

La misma fuente evidencia que la población infantil sin registro proviene fundamentalmente de familias afectadas por exclusión en otros ámbitos de la vida. Según esa fuente, el 39.2% de los menores de 5 años del quintil más pobre no tiene registro, mientras que en las familias de más recursos es apenas el 6.6%.

Por regiones, la falta de registro en la población menor de 5 años es más alta en aquellas más pobres, como El Valle (29.2%), Valdesia (14.4%) y Enriquillo (24.3%), en contraste con las regiones Cibao Norte (12.7%), Cibao Nordeste (15.6%) y Cibao Sur (12.7%).

El Art. 18 de la Constitución del 2010 señala que son dominicanos “quienes gocen de la nacionalidad dominicana antes de la entrada en vigencia de la Constitución y todos aquellos nacidos en territorio dominicano con excepción de hijos de extranjeros miembros de delegaciones diplomáticas y consulares, de extranjeros que se hallen en tránsito o residan ilegalmente en territorio dominicano”. Sin embargo, la resolución administrativa 12-07<sup>194</sup>, permite suspender o cancelar las “Actas de Estado Civil que contengan irregularidades y vicios que impidan su expedición”. La aplicación de esta instrucción afecta a niños y niñas nacidos en RD hijos de inmigrantes haitianos en situación irregular que han vivido toda su vida en el territorio dominicano.

Según la Ley 258-04 de Migración, la Junta Central Electoral (JCE) dictó la Resolución No. 02-2007 que pone en vigencia el Libro Registro de Nacimiento del Niño de Madre Extranjera no Residente en República Dominicana, conocido como Libro de Extranjería, en el que deben inscribirse los niños nacidos después del 2004 que no son considerados dominicanos.

Según la ENHOGAR 2009-2010, el descuido del padre y madre aparece como la principal causa de la falta de registro, equivalente al 43.5% de los casos. Además, los entrevistados señalaron como otras causas, el alto costo del proceso en

<sup>194</sup> Resolución 012/2007 emitida por el pleno de la Justicia Central Electoral, que establece el procedimiento para la suspensión provisional de la expedición de actas del Estado Civil viciadas o instrumentadas de manera irregular.

<sup>195</sup> Información entregada directamente por la Unidad de Declaraciones Tardías Junta Central Electoral.





©UNICEF RD/ Pedro Guzmán

el 13.6% de los casos, seguido por la falta de documentos de identidad de padres y/o madres (10.7%). También un 8.7% indica no haber inscrito al hijo o hija por la lejanía de los centros de registro. En muchos casos, no se ha podido identificar las causas y en algunos se mencionan situaciones relacionadas al desconocimiento y la falta de información de las madres y padres.

La falta de registro oportuno ocurre a pesar de que los partos institucionales alcanzan el 98% y que en 53<sup>195</sup> hospitales y centros de salud públicos hay oficinas de registro. Como se ha visto en el párrafo anterior, las situaciones en que la falta de registro de la madre impide el registro de niño/a alcanzan el 10,7%. Los demás casos de falta de

### **La falta de registro oportuno ocurre a pesar de que los partos institucionales alcanzan el 98% y que en 53 hospitales y centros de salud públicos hay oficinas de registro**

inscripción al momento de nacer, se explican por diversas barreras y cuellos de botella del sistema<sup>196</sup>. Esto indica que se están perdiendo oportunidades de registrar oportunamente a los niños y niñas antes de ser dados de alta de las instituciones sanitarias en que nacen.

Las instituciones estatales y no-gubernamentales que realizan operativos para resolver problemas de documentación,

196 Esta conclusión parece verse reforzada por las estadísticas indicadas en el cuadro precedente. Conforme con lo que se concluye de él, el porcentaje de falta de inscripción disminuye desde el 28% en los recién nacidos al 16% entre los niños de tres años. Aun cuando no se puede asegurar completamente, es difícil pensar que esta disminución del 12% esté relacionada con barreras para inscribirlos que eran completamente insuperables en el momento del nacimiento.

197 Departamento de Estado de los Estados Unidos de América en República Dominicana 2012.

198 Informe III, IV y V, ante el Comité de los Derechos de Niño, en cumplimiento del Art. 44 de la CDN, República Dominicana, Párrafo 8.3.5, Julio 2010.

199 Departamento de Estado de los Estados Unidos de América en República Dominicana 2012.

se encuentran, por lo general, con varias generaciones de familias indocumentadas.

Para alcanzar el objetivo de la inscripción civil oportuna universal, se debe continuar incorporando la tecnología al sistema registral, incluyendo las medidas necesarias para que todo certificado de nacimiento se pueda obtener en cualquier oficina de registro, con independencia del lugar en que esté inscrito un niño o niña, su madre o su padre.

Una línea estratégica fundamental para obtener la meta de universalización es la de trabajar estrechamente con la JCE y el Ministerio de Salud para resolver los obstáculos y barreras que impiden que todos los niños y niñas que nacen en hospitales y clínicas sean registrados antes de ser dados de alta. Tal como se ha visto, esta medida tiene un impacto importante en la disminución del registro tardío. Para ello es necesario fortalecer las oficinas de registro en hospitales y continuar con acciones de sensibilización del personal de salud incluyendo gerentes, técnicos y sanitarios.

Se deben continuar con los operativos de inscripción tardía gratuitos en escuelas y comunidades y promoverse la responsabilidad parental respecto del derecho a la identidad de los hijos e hijas.

Asimismo, se deben realizar esfuerzos adicionales para asegurar mecanismos que permitan inscribir antes del parto a las mujeres adultas embarazadas que no cuentan con registro de nacimiento antes del parto.

Las barreras asociadas al costo de la obtención tardía de documentos de identidad son un obstáculo para el ejercicio del derecho. Solicitudes de fotocopias, fotografías impresas, entre otros, impiden o dificultan el ejercicio

de un derecho que debe ser completamente gratuito. No es suficiente con la gratuidad del servicio, se debe asegurar que el ejercicio real del derecho no tenga costo.

## **Protección contra la trata y el tráfico**

La trata y tráfico de niños y niñas en la República Dominicana está poco documentada y no se dispone de suficiente información sobre la cantidad de niños y niñas víctimas de estas violaciones a sus derechos, a pesar de que se reconoce que es un país de origen, tránsito y destino <sup>197</sup>. Se conoce la "alta preocupación de la sociedad dominicana y de las autoridades"<sup>198</sup> por la situación.

La mayor parte de la información disponible proviene de los medios de comunicación que presentan una visión imprecisa y alarmista de la situación, que no puede ser contrastada con la realidad porque las fuentes oficiales no cuentan con la información.

De acuerdo con el Informe Anual sobre la Trata de Personas 2012 del Departamento de Estado de los Estados Unidos de América para República Dominicana<sup>199</sup>, el Estado ha incrementado sus esfuerzos y ha obtenido cierto progreso en la identificación y asistencia a las víctimas de trata de niños y niñas, consiguiendo varias condenas a delincuentes que trataban con niños y niñas durante el periodo examinado. Dentro de los esfuerzos realizados por República Dominicana que refiere el informe mencionado, cabe destacar: 39 nuevas investigaciones en casos de trata de personas, que implica un aumento de 35 investigaciones en relación al periodo anterior; se ha conseguido 14 nuevos enjuiciamientos de tráfico sexual y 8 juicios en casos de trabajos

200 La denominación "en situación de calle" incluye tanto a la infancia y adolescencia que ha roto sus vínculos con sus familias y comunidades (los que duermen en la calle) como a aquellos que deambulan por las calles aunque suelen dormir en sus hogares.

201 Apartado 8.3.6. "Los niños, niñas y adolescentes en situación de calle". Informe Periódico del Estado sobre la Convención sobre los Derechos Del Niño 2010.

202 Directorio Nacional del CONANI mediante Resolución No. 05/2007 de fecha 6 de noviembre del 2007.

203 Párrafo 8.3.6, Informe III, IV y V, ante el Comité de los Derechos de Niño, en cumplimiento del Art. 44 de la CDN, República Dominicana, Julio 2010.

forzados; y se han ofrecido servicios de protección a 60 niños y niñas víctimas de trata.

En octubre de 2007, el Gobierno Dominicano creó la Comisión Interinstitucional contra la Trata de Personas y el Tráfico Ilícito de Migrantes, presidida por el Ministerio de Relaciones Exteriores y conformada por 14 instituciones, que diseñó el Plan Nacional de Acción contra la Trata de Personas y el Tráfico Ilícito de Migrantes 2010-2014. El Plan está actualmente en ejecución aunque no hay informes de sus resultados o progreso.

Las Fuerzas Armadas Dominicanas han incluido en sus procesos de capacitación al Cuerpo Especializado de Seguridad Fronteriza Terrestre para la prevención, detección y derivación de casos de trata y tráfico de personas. Este proceso incluye la elaboración de una ruta crítica para la protección de las víctimas de estos delitos en la provincia de Dajabón, en la cual han participado las autoridades locales, jueces, fiscales y sociedad civil.

CONANI está realizando un diagnóstico sobre la situación de niños, niñas y adolescentes en flujo migratorio entre Haití y República Dominicana, cuyas conclusiones deberían servir de base para fortalecer los servicios de atención y protección existentes.

### **Protección de niños y niñas en situación de calle**

No existen estadísticas que cuantifiquen el número de niños y niñas en esta situación<sup>200</sup>, ni donde se encuentran, sus edades o sus condiciones concretas de inserción al medio. Esta situación ha sido reconocida como una debilidad por el Estado Dominicano en su informe 2010 al Comité sobre Derechos del Niño<sup>201</sup>.

La protección de los niños y niñas en situación de calle compete al Sistema Nacional de Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes. En 2007, el CONANI dictó los Lineamientos de Política de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle en República Dominicana para el periodo 2007-2012<sup>202</sup>. Estos lineamientos, abordaban el contexto y características de la problemática, las estrategias a desarrollar para resolverla, así como las alianzas y sinergias necesarias para ello. Sin embargo, en los años siguientes no se ha realizado la financiación necesaria para implementar estos lineamientos, tal como reconoce el informe citado precedentemente<sup>203</sup>.

Entre 2008 y 2010 el CONANI desarrolló el proyecto "Fortalecimiento del Sistema de Protección en su capacidad de reducción de la incidencia de niños y niñas en situación de calle y riesgo en la República Dominicana", que permitió diseñar un modelo de intervención integral para niños y niñas en situación de calle y en uso problemático de drogas, en el cual participan diversas instituciones y programas gubernamentales y de la sociedad civil. Este modelo debería ser implementado en el periodo 2012-2016.

En 2009, con apoyo del Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (IPEC) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Estado Dominicano presentó la Hoja de Ruta para hacer de la República Dominicana un País Libre de Trabajo Infantil y Sus Peores Formas. Este documento estratégico "provee las bases para la programación estratégica y enlace entre las diferentes políticas públicas e intervenciones complementarias con incidencia directa e indirecta en la prevención y erradicación del trabajo infantil y el combate de sus peores formas y en la protección de las personas adolescentes trabajadoras". El documento fija como meta para

204 Hoja de Ruta para hacer de República Dominicana un país libre de trabajo infantil y sus peores formas. Documento estratégico. Elaborado por el Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (IPEC) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), con las aportaciones y aprobación de la Secretaría de Estado (Ministerio) del Trabajo. República Dominicana, 2009.

205 Citado en el Informe III, IV y V, ante el Comité de los Derechos de Niño, en cumplimiento del Art. 44 de la CDN, República Dominicana, párrafo 5.3.3, página 98, Julio 2010.

206 Situación de implementación del Sistema Nacional de Protección de la Niñez y Adolescencia de República Dominicana. 2004-2007

---

## Entre enero y agosto del 2012, se denunciaron 4,098 casos de violencia sexual. En el 90% de ellos, las víctimas fueron personas menores de edad

---

el año 2020 la eliminación de la participación de niños, niñas y adolescentes de entre 5 y 17 años en actividades laborales que perjudican su desarrollo educativo, físico y mental<sup>204</sup>.

Sin embargo, tal como señala el Informe III, IV y V, ante el Comité de los Derechos del Niño de la República Dominicana, “para abordar coherentemente la problemática de los niños y niñas en situación de calle ha faltado un marco común de acción entre las instituciones que intervienen en las principales ciudades del país donde la presencia de niños y niñas en riesgo personal y social por situación de calle es evidente”.

Para proteger a los niños y niñas víctimas de esta situación, se requiere, además de políticas y servicios sociales en favor de los más excluidos, el fortalecimiento institucional del Sistema de Protección de los Derechos de los Niños y Niñas, especialmente en lo que respecta a la articulación interinstitucional a nivel central y local y el abordaje multidisciplinario en la ejecución de servicios y actuaciones dirigidas a la prevención y atención de los niños y niñas en situación de calle.

## Niñez Institucionalizada

Según el Censo Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes Institucionalizados en Organizaciones de Atención Residencial<sup>205</sup>, las 72 organizaciones gubernamentales y ONG registradas en 2011 tenían un total de 3,030 niños y niñas institucionalizados para su protección (0.08% de la población menor de 18 años). De estos, 403 estaban acogidos en los Hogares de Paso del CONANI, y 2,627 en Programas de las Organizaciones Gubernamentales y No Gubernamentales de atención residencial, supervisadas por CONANI.

Las condiciones en que están internados los niños y niñas en estas instituciones y organizaciones son diversas. Sin embargo, para conocer la situación precisa, se requiere fortalecer el sistema de inscripción existente que permita contar con toda la información necesaria, incluyendo los planes de atención institucionales, planes individuales, reglamentos de convivencia y planes de formación para el personal que labora en las mismas.

Las instituciones u organizaciones que ofrecen servicios residenciales a niños y niñas deben ser supervisadas periódicamente por el órgano rector (CONANI). La finalidad de esta vigilancia es garantizar que la medida sea temporal y que la institución ofrezca servicios de calidad de conformidad con la Ley 1363. Con esa finalidad, el CONANI, en conjunto con la cooperación internacional, debe consensuar con las propias instituciones y organizaciones herramientas de supervisión que sean eficaces y contribuyan efectivamente al cumplimiento

---

207 Citado en el Informe III, IV y V, ante el Comité de los Derechos de Niño, en cumplimiento del Art. 44 de la CDN, República Dominicana, Julio 2010.

208 Información proveída por la Unidad de Atención y Prevención de la Violencia de Género y Abuso Sexual de la Procuraduría General de la República, en base a datos de la Unidad de Estadísticas de la misma dependencia.

209 Esta información ha sido provista directamente por el Departamento de Estadísticas de la PGR.

210 La END ordena, en su línea de acción 3.5.5.16 “Establecer mecanismos de prevención, denuncia y sanción del acoso, violencia y explotación sexual contra niños y niñas, adolescentes y mujeres”. Por otro lado, en la línea 2.3.4.6 se dispone “Fortalecer los servicios de atención y protección de niños, niñas y adolescentes en situación de calle y sin hogar o sobrevivientes de cualquier forma de violencia”. Igualmente en la 2.3.4.8 contempla el “Desarrollar mecanismos de apoyo a las familias con niños, niñas, adolescentes y jóvenes en condición de riesgo personal o social”, asimismo, plantea en la línea de acción 2.3.4.5 “Promover el rol de la escuela en la prevención de la violencia y el abuso entre y contra niños, niñas y adolescentes, en las familias y en las comunidades, así como su responsabilidad en el referimiento de los casos de violencia a las instituciones competentes”.

de estándares para la protección de los niños en instituciones. Se debe contar con información actualizada y desagregada por edad, sexo, planes de atención colectivos e individuales<sup>206</sup> que considere, además, los diferentes servicios de salud y educación.

El Departamento de Adopciones del CONANI, señala que entre 2007 y 2011, se hicieron 171 adopciones nacionales (promedio 56 por año) y 134 internacionales. Estas cifras llaman la atención, puesto que las adopciones internacionales deberían estar muy por debajo de las nacionales. Es necesario estudiar más a fondo las razones de la adopción internacional para poder sugerir y apoyar a la autoridad central en la supervisión y control de todas las fases del proceso de adopción, incluyendo la formación de los funcionarios y promover la permanencia del niño o niña con su familia de origen o en su país de origen. Igualmente, se requiere de una estrategia para evitar las adopciones que se realizan de manera irregular fuera del procedimiento señalado por la Ley 136-03<sup>207</sup>.

### **Protección de la niñez víctima de delitos**

Según la Procuraduría General de la República, entre enero y agosto del 2012, se denunciaron 4,098 casos de violencia sexual. En el 90% de ellos, las víctimas fueron personas menores de edad<sup>208</sup>. La Procuraduría no cuenta con estadísticas más desagregadas sobre niños y niñas víctimas de delitos<sup>209</sup>, lo que puede dificultar el establecimiento de una política nacional de atención a las víctimas.

Con la finalidad de que se denuncien efectivamente los casos de violencia de género, intrafamiliar y sexual, así como mejorar la eficacia de la gestión y resolución de dichas denuncias, la Procuraduría Adjunta para Asuntos de Mujer ha diseñado un Nuevo Modelo de

Gestión que incluye especificaciones para la Atención Especializada e Integral a Niños, Niñas y Adolescentes, la valoración de factores de riesgo, referencias y medidas de protección en relación con los niños y niñas, y el anticipo de prueba como herramienta legal para proteger a las víctimas menores de edad contra la re-victimización.

Como se ha indicado, en la actualidad, el país cuenta con 14 Unidades de Atención a la Violencia de Género, Intrafamiliar y Sexual, las cuales están distribuidas en diferentes provincias del país. Para la implementación de este nuevo modelo de gestión, es necesario diseñar un programa de formación integral para el Ministerio Público, así como la realización de diplomados especializados. Igualmente se requiere monitoreo para el análisis de las prácticas cotidianas institucionales, con la finalidad de cerrar la brecha entre el discurso y la práctica.

A pesar de estos avances, persisten desafíos para la implementación efectiva de procedimientos para los niños y niñas víctimas de delitos, para hacerlos accesibles y amigables para asegurar que no son re victimizados ni expuestos a violaciones adicionales a sus derechos a causa del propio proceso<sup>210</sup>.

### **Adolescentes en conflicto con la ley**

República Dominicana cuenta con una jurisdicción penal especial para adolescentes que, tal como está diseñada en la Ley 136-03, cumple de manera general, con los preceptos y requisitos de la CDN y de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores (Reglas de Beijing)<sup>211</sup>.

En República Dominicana, la edad de responsabilidad Penal Adolescente va desde los 13 a 17 años. Conforme con datos de la División de Estadísticas Judiciales del Poder Judicial,

211 Esto está ratificado en la END línea 1.2.1.10 que establece "Fortalecer la justicia especializada en adolescentes en conflicto con la Ley Penal, propiciando una justicia eficiente, medidas alternativas a la privación de libertad y programas que garanticen la reeducación."

212 Unidad Coordinadora de Sanciones Alternativas de la DINAIA, PGR.

213 Ley 136-03.

en 2010 un total de 759 adolescentes fueron sometidos a juicio por razones penales. Esa cantidad disminuyó a 614 en 2011 y parece estar disminuyendo aún más en 2012, ya que en el primer semestre del año sólo 243 adolescentes fueron llevados a juicio. Esta cifra contrasta con los más de 14,553 incurso en causas penales en 2011, representando tan sólo el 4% del total de casos, lo que demuestra la escasa incidencia estadística de la delincuencia adolescente frente a la repercusión que tiene en los medios.

A pesar de la creencia general, las estadísticas disponibles indican que no hubo variaciones respecto de la situación de la delincuencia imputable a adolescentes. Conforme con la misma fuente, en 2008 se iniciaron 651 casos en el Sistema Penal Juvenil, en 2009 fueron 627. En 2010 y 2011 no hubo cambios sustantivos, con 674 y 643 casos respectivamente.

Más de la mitad de los adolescentes privados de libertad lo está por una medida cautelar

(provisional). Según estadísticas de la Dirección Nacional de Atención Integral de la Persona Adolescente en agosto del 2012, había 582 adolescentes privados de libertad, de los cuales 58% eran preventivos y el 42% eran penados.

Entre 2008 y 2010 sólo 419 adolescentes han sido sancionados con medidas no privativas de libertad (socioeducativas o de orientación)<sup>212</sup>, lo que representa una cantidad muy baja si se compara con el número de privados de libertad ya señalado. Esto convierte de facto, a la privación de libertad (sea como medida cautelar o como sanción definitiva) en la sanción más recurrente contra adolescentes y contraviene el principio de su aplicación como última medida posible.

Como se ha dicho, persisten desafíos importantes en la aplicación de la ley, especialmente de las medidas socioeducativas y de orientación. Los Centros Especializados tampoco cuentan con las capacidades y recursos suficientes para cumplir con el objetivo para el que se



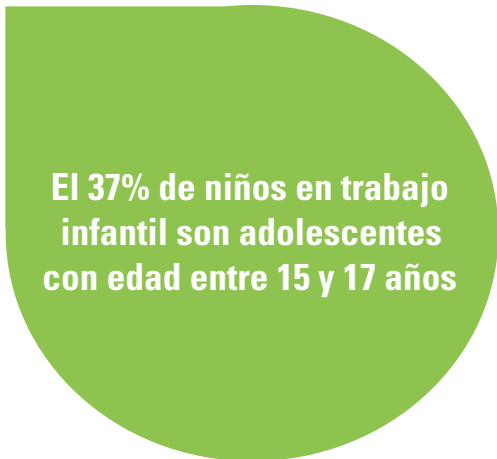
establece la privación de libertad de “educación, rehabilitación e inserción social”<sup>213</sup>.

Los mecanismos de sanción a adultos que utilizan niños para cometer delitos son aún insuficientes. El funcionamiento de las instituciones responsables de garantizar derechos básicos como la educación, no favorece la prevención y la detección a tiempo de niños y niñas que se encuentran en riesgo social. Las dificultades de acceso a una educación de calidad, con sentido de pertinencia y equidad, se presentan como parte de las causas señaladas por diversos actores de incidencia de prácticas delictivas en adolescentes.

Aun cuando los adolescentes privados de libertad están separados de los adultos tanto físicamente como en términos administrativos, las condiciones de privación de libertad son también un tema que debería mejorar en los próximos años. Persisten dificultades y desafíos importantes en las condiciones de los Centros Especializados que dificultan el proceso de resocialización de estos adolescentes y pueden ser fuente de violación de sus derechos.

El Comité sobre los Derechos del Niño, en las Observaciones Finales al Informe Inicial de República Dominicana, recomendó adoptar “todas las medidas necesarias, incluida la adopción de una política permanente de sanciones alternativas para los menores delincuentes, para garantizar que los niños permanezcan detenidos sólo como último recurso y durante el menor tiempo posible” y velar “porque la privación de libertad, cuando se aplique, sea conforme a lo dispuesto en los artículos 37 y 40 de la Convención y porque los niños no sufran malos tratos, su desarrollo no se vea amenazado por las condiciones en los centros de detención y no se violen sus derechos”<sup>214</sup>.

En suma, para que el país cuente con un sistema penal juvenil eficiente, que garantice efectivamente los derechos de los adolescentes en conflicto con la ley, se requiere establecer



**El 37% de niños en trabajo infantil son adolescentes con edad entre 15 y 17 años**

una agenda de trabajo única con su respectiva hoja de ruta que aborde todos los aspectos ya referidos y que garantice que el máximo de los recursos económicos y capacidades técnicas nacionales puedan estar focalizados con ese fin.

### **Protección contra el Trabajo Infantil**

El Código del Trabajo Dominicano y subsecuentes regulaciones del Ministerio de Trabajo prohíben el empleo de menores de 14 años, imponen restricciones al empleo de menores de 16 y protegen de las peores prácticas de trabajo infantil a los menores de 18.

A pesar de eso, ENHOGAR 2009-2010 sitúa en 304 mil la cantidad de niños y niñas en trabajo infantil<sup>215</sup>, lo cual representa el 12% del total de la población comprendida entre 5 y 17 años de edad. El 74,1% de ellos son niños y el 25,1% son niñas. Estas cifras muestran una reducción de un 6% con respecto al año 2000. Del total de niños que trabajan, 190 mil niños y niñas están por debajo de la edad mínima de admisión al empleo (14 años).

El 37% de niños en trabajo infantil son adolescentes con edad entre 15 y 17 años. Siete de cada diez niños y niñas que trabajan lo hacen para su familia o para alguien cercano. Alrededor de 162 mil niños y niñas trabajadores

<sup>214</sup> Comité de los Derechos del Niño 2008.

<sup>215</sup> El trabajo infantil se refiere a la participación de niños y adolescentes en formas de trabajo prohibidas y, a nivel más general, en tipos de trabajo que son social y moralmente indeseables o no apropiados para personas menores de 18 años de edad.

**El 56% del total de la población en trabajo infantil (212 mil) realiza actividades consideradas peligrosas**

no asisten a la escuela. El 56% del total de la población en trabajo infantil (212 mil) realiza actividades consideradas peligrosas.

Las causas del trabajo infantil están vinculadas a la violación de otros derechos de los niños y niñas, así como a barreras y obstáculos para la protección o realización de los mismos. Factores culturales, sociales y geográficos contribuyen en esta situación. Existe una estrecha asociación entre pobreza y prevalencia del trabajo infantil y las regiones más pobres son las que muestran mayores porcentajes de trabajo infantil. Esto es particularmente notorio en la región Enriquillo, la cual prácticamente duplica el promedio nacional de trabajo infantil.

La baja eficiencia interna del sistema educativo que está abordada en el capítulo correspondiente al derecho a la educación de este Análisis de Situación, son causa (y consecuencia) muy importante del trabajo infantil en República Dominicana.

Para articular las acciones institucionales destinadas a erradicar el trabajo infantil, la República Dominicana creó, en 2007, el Comité Directivo Nacional de Lucha contra el Trabajo Infantil <sup>216</sup>. En 2006, el Comité estableció un plan decenal de lucha contra el trabajo infantil denominado Plan Estratégico Nacional de Lucha Contra el Trabajo Infantil (PEN), que

busca eliminar las peores formas de trabajo infantil para el año 2016. Actualmente, el Comité impulsa la Hoja de Ruta para Hacer de la República Dominicana un País libre de Trabajo Infantil (HDR). Esta Hoja de Ruta se define como el marco estratégico nacional para alcanzar las metas establecidas en la Agenda Hemisférica sobre Trabajo Decente. Se espera que este documento provea las bases para la programación estratégica y enlazada entre las diferentes políticas públicas e intervenciones complementarias con incidencia directa e indirecta en la prevención y erradicación del trabajo infantil.

Al igual que las anteriores vulneraciones de Derechos, para superar esta situación, es necesario tener una visión multidimensional del fenómeno, revertir la actitud favorable al trabajo infantil y sus peores formas, fortalecer las capacidades de las comunidades para proteger a niños y niñas frente a la explotación, y la promoción y concertación de alianzas público privadas para la generación de medios de vida y empleos de calidad, así como la eliminación de las barreras que impiden el acceso a la educación.

El fortalecimiento de la eficiencia del sistema educativo es clave para erradicar progresivamente el trabajo infantil: aumento de la permanencia y culminación de la educación básica, y la cobertura de educación media.

Las políticas y programas de erradicación del trabajo infantil deben ser desarrolladas en el contexto y en coordinación con las políticas generales de protección social y erradicación de la pobreza. Es necesario profundizar en las condiciones y modalidades del trabajo infantil, así como en las circunstancias familiares de los niños víctimas de esta violación de derechos. La respuesta del Estado debe ajustarse a estas modalidades, diferenciando entre fenómenos rurales y urbanos, estacionales (como el que se puede dar por la zafra de la caña de azúcar) y permanentes. Por ello, es importante enfocar

<sup>216</sup> Decreto 144-97.

<sup>217</sup> Elaborado por UNICEF en articulación con un equipo de trabajo de la Universidades de Canadá: Ryerson University y McMaster University (2011).



la erradicación del trabajo infantil como un proceso con toda la familia del niño o niña que trabaja, distinguiendo esta violación de la que se produce respecto de la niñez en calle (aquella que está separada de su familia), que requiere medidas diferentes de protección.

## Explotación Sexual Comercial (ESC)

No existen estimaciones confiables sobre el número de niños y niñas víctimas de explotación sexual en República Dominicana.

La explotación sexual de niños, niñas y adolescentes es un fenómeno multicausal y complejo, que debe ser abordado desde diferentes perspectivas (prevención, fortalecimiento de las instancias de protección, restablecimiento de derechos, persecución penal a los adultos explotadores, etc.). La pobreza, la violencia intrafamiliar, el machismo y discriminación, la falta de oportunidades, la dificultad de acceder a centros para formarse en alguna profesión y los grandes déficits en educación en salud sexual y reproductiva son, entre otras, variables que inciden en la explotación sexual comercial.

Conforme con el “Estudio Cualitativo sobre Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes en República Dominicana: Resultados Preliminares”<sup>217</sup> la mayoría de las víctimas entrevistadas manifestó haberse sometido a la explotación sexual por una necesidad de alimentar a sus hijos porque no encontraron otras maneras de ganar ingresos para sostener a sus familias. No existen estadísticas sobre prevalencia de VIH/SIDA en niños, niñas o adolescentes víctimas de la Explotación Sexual Comercial, aunque éste es uno de los mayores riesgos al que se ven expuestos<sup>218</sup>.

En el año 2001, se conformó la Comisión Interinstitucional contra el Abuso y la

Explotación Sexual Comercial de los Niños, Niñas y Adolescentes<sup>219</sup>. La Comisión constituye un espacio de articulación y coordinación multisectorial e interdisciplinario, orientado a impulsar acciones de carácter integral, para abordar la problemática del abuso y la ESC en la República Dominicana. Entre otras acciones, en el seno de la Comisión se ha desarrollado una Etnografía Institucional (prácticas cotidianas en las instituciones responsables de la atención de casos), estudios de incidencia del ESC y se apoyó la implementación Sistema de Indicadores Regional DEVINFOLAC. La Comisión ha participado activamente en el proceso de reforma del Código Penal para incluir la explotación sexual infantil en su catálogo de delitos.

Acorde con la ley 136-03, en República Dominicana, la Explotación Sexual Comercial (ESC), incluyendo la pornografía infantil, es considerada un delito. Sin embargo, en el catálogo de delitos del Código Penal, estos tipos penales no se han actualizado, por lo que los jueces y operadores del sistema judicial hacen una aplicación restrictiva de ellos. Por esa razón, se hace necesario reformar el Código Penal, para sancionar a los adultos que abusan, maltratan, abandonan, explotan y agreden sexualmente a niños, niñas y adolescentes, y fortalecer al poder judicial, la policía y el Ministerio Público en procesos y herramientas de investigación y aplicación de leyes.

En el año 2003, después de un proceso de discusión, consultas y validación, se finalizó el Plan de Acción de República Dominicana 2006-2016 para erradicar el Abuso y la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes. Dicho plan contempla no sólo las instituciones responsables y las acciones a ejecutar, sino también estima el presupuesto para la implementación. Las acciones previstas se han ido implementando con el apoyo

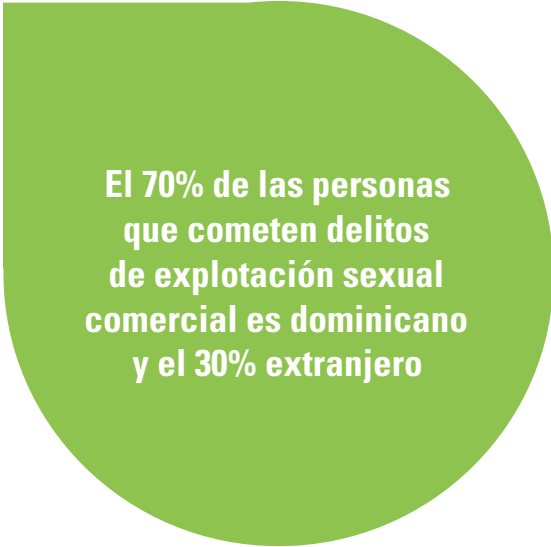
218 El Informe Nacional de ONUSIDA 2011 estimó la prevalencia de VIH/SIDA en trabajadoras sexuales (adultas) en 4,8%. Fuente[ <http://www.pnud.org.do/vihsida>]

219 La Comisión está conformada por el Ministerio de Relaciones Exteriores, el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Turismo, el Ministerio de la Mujer, el Consejo Nacional para la Niñez y Adolescencia, la Procuraduría General de la República, la Policía Nacional, la Policía Turística, la Dirección General de Migración, la Asociación Nacional de Hoteles y Restaurantes (ASONAHORES), la Coalición de ONG, el Proyecto MAIS, Muchachos (as) con Don Bosco y Proyecto Caminante.

financiero de la Cooperación Internacional, pero es necesario fortalecer el compromiso, presupuesto y participación de todas las instituciones responsables del control de la ESC.

Algunos turistas se benefician de la vulnerabilidad y favorecen la explotación sexual. Según datos de la OIT<sup>220</sup>, en el país, el 70% de las personas que cometen delitos de ESC son dominicanos y 30% extranjeros<sup>221</sup>.

El sector turismo no es el responsable de ESC de niños y niñas, pero puede ser un aliado muy importante para la prevención. Ante esta situación, y en el marco de la Comisión Interinstitucional contra el abuso y la Explotación Sexual y Comercial, el Ministerio de Turismo y la industria hotelera del país representada por la Asociación Nacional de Hoteles y Restaurantes (ASONAHORES) están promoviendo la adopción del Código de Conducta de ECPAT (End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes).



**El 70% de las personas que cometen delitos de explotación sexual comercial es dominicano y el 30% extranjero**

La respuesta legal e institucional a la ESC sigue siendo un desafío. La estructura institucional de la Ley 136-03, aún no ha sido totalmente instalada, faltan instancias municipales, de atención directa a la niñez, y se hace necesario fortalecer los mecanismos de coordinación interinstitucional y de definición de protocolos de actuación.

Según el Informe III, IV y V de República Dominicana ante el Comité de los Derechos del Niño (2010), sólo 71 niños y niñas víctimas de explotación sexual fueron protegidos en hogares del CONANI entre 2007 y 2010. No existen otras cifras sobre atención a víctimas. Esto muestra la baja cobertura que tienen los servicios de protección para estas víctimas. De la misma manera, el hecho de que no se registre ni documente ningún caso de ESC entre 2007 y 2010<sup>222</sup> y que el informe al Comité de Derechos del Niño ya citado revele sólo 2 sentencias en contra de explotadores sexuales, demuestran que la aplicación de la justicia penal para estos delitos es baja y que existe impunidad.

Tal como se ha señalado, la erradicación de la ESC de niños y niñas requiere una respuesta múltiple basada en estrategias de prevención focalizadas en la población más expuesta, información general, trabajo sobre factores culturales, eliminación de obstáculos institucionales para la atención y el restablecimiento efectivo de los derechos de las víctimas, generación de oportunidades de vida dignas y el mejoramiento de la persecución penal de los delitos asociados con esta violación de derechos. Para ello se requiere, entre otras medidas, mejorar el marco legal penal y fortalecer las capacidades técnicas de la Procuraduría, del Poder Judicial y de la Policía Especializada.

220 Explotación Sexual Comercial de personas menores de edad, República Dominicana. Programa Internacional para la erradicación del trabajo Infantil IPEC/ OIT, 2002.

221 Según el informe de ECPAT Países Bajos publicado en diciembre de 2010 sobre Protección de la Niñez en cinco Destinos Turísticos del Mundo, se mencionan que las nacionalidades de los turistas de mayor afluencia en República Dominicana son italianos, ingleses, europeos del Oeste (España principalmente) y del Norte.

222 US State Department 2010.

## 7.5 Marco general para la realización de los Derechos de Protección

Para que los derechos de los niños, niñas y adolescentes sean una realidad para todos, es necesario crear un entorno de protección en el que ellos puedan crecer libres de toda forma de violencia y explotación, disfruten del cuidado y amor de sus familias, y en el que las leyes, los servicios, las conductas y las prácticas reduzcan al mínimo los factores de vulnerabilidad y fortalezcan su capacidad de participación.

Tal como dice la Estrategia de Protección de la Infancia de UNICEF<sup>223</sup>, este enfoque se basa en el respeto de los derechos humanos y hace hincapié en la prevención, así como en la rendición de cuentas de los gobiernos.

Para que se pueda crear un entorno de protección, es necesario fortalecer el sistema nacional de protección y las instancias locales de protección, promover el cambio social y en particular el cambio de la visión que la sociedad tiene sobre la niñez, promover la protección de la infancia en las situaciones de desastres naturales, generar conocimiento y capacidad técnica sobre la situación de la infancia y convocar a agentes de cambio, incluidos líderes comunitarios y los propios niños, niñas y adolescentes.

A estas medidas básicas se deben agregar el fortalecimiento de la función de protección de las familias y de las comunidades y la promoción de la participación y el empoderamiento efectivos de los niños, niñas y adolescentes.

---

<sup>223</sup> E/ICEF/2008/5/Rev.1, Consejo Económico y Social, 2008. [http://www.unrol.org/files/CP%20Strategy\\_Spanish.pdf](http://www.unrol.org/files/CP%20Strategy_Spanish.pdf)



# 8

## DERECHO A LA PARTICIPACIÓN, RECREACIÓN Y ACCESO A LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN

### 8.1 Políticas y normativas

En la República Dominicana, el derecho a la participación de la niñez y adolescencia se encuentra establecido en varios artículos del Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de los Niños, Niñas y Adolescentes. El art. 16 reconoce el derecho a opinar y a ser escuchado en los ámbitos estatal, familiar, comunitario, social, escolar, científico, cultural, deportivo y recreacional, con especial énfasis en los procedimientos administrativos y judiciales. La misma Ley 136-03 define el alcance del derecho a la recreación de la población infantil y adolescente.

En el país no existe una cultura de participación social de los niños y niñas. El Estudio de Evaluación de la Implementación

de la Ley 136-03 destaca el escaso peso de las políticas y prácticas que promueven la participación. Sin embargo, en los últimos años se han desarrollado iniciativas que representan avances importantes en esa dirección.

El Informe del Comité de los Derechos del Niño (Informe III, IV y V) del 2010, aunque destaca avances alcanzados en el país en materia de participación de la infancia y la adolescencia, resalta algunos obstáculos que han limitado la participación de los niños y niñas, tales como la ausencia de los Consejos Consultivos Juveniles e Infantiles y la ausencia de recursos para impulsar espacios sostenidos de participación.

Con relación a la recreación, la Estrategia Nacional de Desarrollo, recoge de forma explícita objetivos y metas respecto a este derecho.

Al indagar sobre programas y/o acciones sostenidas que favorecen la recreación de niños y niñas, se identificaron los campamentos de verano que organiza el MINERD para los estudiantes del nivel básico y los Clubes escolares. Según fuentes oficiales, en el 2010 existían 912 clubes en los cuales participaron unos 26,000 niños y niñas, más los campamentos deportivos, organizados por Ministerio de Deporte y Recreación.

## 8.2 Programas y servicios

Con respecto a la participación en organizaciones de base comunitaria, existen diferentes modalidades. En la promoción de estos esquemas se destacan instituciones como Plan Internacional-RD, Visión Mundial, FUNDEBMUNI, Muchachos y Muchachas con Don Bosco, Coalición de Organizaciones Juveniles, Ayuntamientos Juveniles e Infantiles de diversos municipios, la Red de Asesores de Ayuntamientos Juveniles e Infantiles, la Red Nacional de Jóvenes, la Pastoral Juvenil, el Panel Consultivo de Jóvenes del Fondo de Población de las Naciones Unidas, voluntarios universitarios de AIESEC, la Multitud, la Revuelta, Toy Jarto, el Club de Desarrollo Humano, entre otros.

Para la recreación, se destacan iniciativas como el Programa Recreos Divertidos, desarrollados en escuelas públicas del nivel básico, auspiciado por la OEI, los Juegos Nacionales Salesianos, así como distintos torneos e intercambios deportivos organizados por diferentes organizaciones o realizados con auspicio de organismos internacionales tales como el Festival Recreativo y Deportivo “Muévete y Participa”, organizado conjuntamente por MINERD, INEFI, UNESCO y el gobierno de Japón.

## 8.3 Participación

Es en el ámbito de los gobiernos locales en el que se han dado pasos importantes para asegurar la participación de niños, niñas y adolescentes.

Con el apoyo de instituciones públicas, especialmente de los ayuntamientos y de la sociedad civil, la población infantil y adolescente ha participado en los procesos de elaboración de Agendas municipales de desarrollo, así como en las consultas para la reforma de la Constitución de la República y la formulación de la Estrategia Nacional de Desarrollo.

La estrategia de “Municipios Amigos de la Niñez” promueve espacios de participación de niños, niñas y adolescentes en las decisiones municipales. En 2012, un total de 115 municipios (94 municipios y 21 Distritos Municipales) se han declarado Amigos de la Niñez. Como parte de esa estrategia, se han creado los Ayuntamientos Infantiles y Juveniles, los cuales representan espacios institucionales de participación infantil en la gestión municipal y contribuyen a estimular el interés de los niños, niñas y adolescentes por los asuntos políticos y sociales de su municipio. En el 2012, existen 15 Ayuntamientos Juveniles e Infantiles en el país y 3 más están en proceso de conformación. Una evaluación reciente<sup>224</sup> de los ayuntamientos juveniles e infantiles muestra que el involucramiento y participación activa de niños y niñas ha tenido los siguientes efectos: incremento de autonomía y confianza en sí mismos (41%), incremento de confianza en el futuro (31%), y el respeto a sus opiniones a nivel familiar y comunitario (25%).

Al analizar los mecanismos institucionales y espacios de participación, vemos que se han creado espacios que promueven la participación en los centros educativos a través de los Consejos Estudiantiles y Consejos de Curso. Los miembros de estos Consejos integran, a su vez, diferentes instancias de participación y de gestión establecidas como parte de las estructuras de funcionamiento en el sistema educativo, como son las Juntas Descentralizadas de Centro y en los Equipos de Gestión de Centros.

Si bien esta participación está prevista legalmente, en los trabajos con los grupos focales<sup>225</sup> de niños y niñas se identificaron tres importantes limitaciones: la primera es que se trata de mecanismos con limitada cobertura o no muy conocidos por los estudiantes; la segunda es que, en las escuelas donde operan, la participación en consejos de curso la controla la dirección y los docentes; la tercera es que la participación infantil en las aulas es débil, elemento que confirma hallazgos

<sup>224</sup> Cárdenas y Da Rodda 2011.

<sup>225</sup> Grupos focales realizados con ocasión de la recolección de información para este Análisis de Situación, por los investigadores Pavel Isa, Alexandra Santelises y Tahir Vargas.



©UNICEF RD/ Ricardo Piantini

de otros estudios cualitativos y etnográficos en escuelas y se registra poca o casi nula participación de los estudiantes en el aula.

Con respecto a la apertura de los adultos, los grupos focales revelaron que para padres y madres, los niños y niñas no tienen derecho a decidir; estos entienden que las decisiones les tocan exclusivamente a las personas adultas. Esta cultura adulto-céntrica de negación del derecho a la participación se muestra tanto en los estratos pobres como medios, igualmente en los padres como en las madres. Consecuentemente, la participación en la toma de decisiones en el hogar es limitada, de acuerdo a las informaciones de la población infantil y adolescente de los grupos focales. Cabe destacar que los niños y niñas participantes en los grupos focales demostraron una confusión sobre el derecho a la participación con el cumplimiento de deberes y realización de labores domésticas. A diferencia de la población infantil, los y las adolescentes son sensibles

a su exclusión de las decisiones del hogar y a la negación del derecho de participación.

#### 8.4 Recreación

En el país no existen estudios que den cuenta de las prácticas públicas de recreación y esparcimiento de la población infantil y adolescente. El trabajo cualitativo en provincias del suroeste levantó información parcial al respecto. Por una parte, encontró un importante predominio de juegos y esparcimiento al aire libre, tanto en las zonas urbanas como en las rurales. A la vez, advirtió importantes diferencias en las prácticas entre sectores sociales, sexos y territorios.

Uno de los hallazgos más notables fue que en el juego se visibiliza la inequidad de género y de estratos sociales. Específicamente, se advirtió que las niñas tienen menos oportunidades de acceso



©UNICEF RD/ María Eugenia del Pozo

**Las niñas tienen menos oportunidades de acceso a la recreación que los niños Debido a la priorización de actividades domésticas**

a la recreación que los niños por las restricciones familiares que les imponen la priorización de actividades domésticas frente al juego.

En otro sentido, una de las principales diferencias entre la población infantil de las comunidades rurales empobrecidas y las urbano-marginales reside en los lugares de juego. En ambos casos, los lugares de juego son espacios públicos, específicamente las calles y caminos, con la diferencia de que en los barrios se juega en las cañadas y callejones. Por esa razón, los niños y niñas de los barrios están más expuestos a situaciones de riesgo en sus juegos. En las comunidades rurales



los riesgos son menores, aunque también se juega en canales de riego contaminados.

Por su parte, en los estratos medios, según los participantes en los grupos focales, uno de los principales medios de diversión es la televisión, la computadora-internet personal (“mi laptop”), así como los juegos en los patios de las casas o las salidas a centros comerciales y el cine. Esto marca un claro contraste con los estratos pobres.

La recreación se convierte así en una de las dimensiones en las que se puede advertir las grandes desigualdades entre estratos pobres y medios y donde la vulnerabilidad de la población infantil y adolescente se hace más evidente.

A pesar de esta presencia de grupos infantiles y juveniles en algunas comunidades, la ausencia de una política cultural que fomente el desarrollo artístico y deportivo en las distintas provincias permite concluir que los niños y niñas de los estratos más pobres sufren una sistemática vulneración de su derecho a la recreación.

## **8.5 Acceso y uso de las tecnologías de información y comunicación**

El acceso y uso de tecnologías de la información y la comunicación se considera como un derecho y una oportunidad de desarrollo del niño y niña, especialmente en la actual sociedad de la información. A pesar de eso, las limitaciones de acceso se convierten en uno de los ámbitos

donde se visibiliza más claramente la inequidad y la exclusión de los grupos vulnerables.

Según ENHOGAR 2007, el 62% de las viviendas tenía radio o equipo de música, y el 81% tenía televisor. Asimismo, la proporción de población infantil y adolescente entre 12 y 19 años de edad que usa computadoras es significativamente mayor que otros grupos etarios, y el uso decrece con la edad a partir del rango de 15 a 19 años. En efecto, casi la mitad de los(as) adolescentes entre 12 y 14 años usaba computadoras, y un poco más del 60% entre 15 y 19 años. El uso de Internet genera un cúmulo de oportunidades educativas, de interacción social y empoderamiento, pero también implica un conjunto de riesgos de abuso y violencia en el ciber-espacio. En este sentido, las iniciativas gubernamentales de “Internet Sano y Seguro”, desarrolladas actualmente por el INDOTEL con la participación activa de redes de adolescentes y jóvenes, representan una oportunidad de definir e implementar políticas públicas que aprovechen las oportunidades y minimicen los riesgos de esta mayor conectividad de la población adolescente y juvenil.

En algunos casos de adolescentes de barrios urbano-marginales, el acceso a Internet es posible sólo a través de la visita a centros de Internet o a computadoras de amigos y amigas. En contraste, en los estratos medios, una importante franja de la población infantil y sobre todo adolescente tiene acceso continuo al Internet desde su Blackberry y desde su computadora personal.



me Gusta  
Leer

# 9

## DERECHO A LA INCLUSIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON CAPACIDADES DIFERENTES

No se cuenta con información precisa sobre las capacidades diferentes en la población, en particular sobre los niños, niñas y adolescentes discapacitados. Según ENHOGAR 2006<sup>226</sup>, “el 4.5% de los niños y niñas de 2 a 9 años de edad, en la República Dominicana, padece de alguna discapacidad”. Consciente de la necesidad de contar con información confiable que permita desarrollar políticas y programas integrales, la ENHOGAR de 2013 dedicará un capítulo a la discapacidad.

### 9.1 Situación de la niñez con capacidades diferentes

Los niños, niñas y adolescentes con capacidades diferentes sufren diferentes formas de discriminación que impiden el

ejercicio pleno de sus derechos. Entre estas se destacan las siguientes:

- Exclusión del sistema educativo, debido a que las escuelas no disponen de las condiciones, recursos, ni personal capacitado que garantice una completa integración de los niños y niñas con capacidades diferentes a los planteles regulares de educación.
- Barreras de accesibilidad que impiden a los niños/as con capacidades diferentes acceder y moverse por espacios públicos, escuelas y edificios.
- Reducidos espacios de participación social y pocas opciones de recreación.
- Deficiencias y limitada cobertura de los servicios y programas públicos especializados para niños, niñas y adolescentes con capacidades diferentes que se traduce en que el cuidado de esta población descansa, la mayor parte de las veces, en las familias y en las redes vecinales sin los recursos educativos necesarios.

<sup>226</sup> Última información disponible.

## Los niños con capacidades diferentes son víctimas de maltrato y abuso

Los niños con capacidades diferentes son víctimas de maltrato y abuso de parte de quienes se relacionan con ellos, incluyendo sus propias familias. Investigaciones realizadas en otros países<sup>227</sup> han constatado que la incidencia de maltrato y abuso sexual en niños y niñas con discapacidad física, sensorial o psíquica es superior a la de los demás niños y niñas. Este mayor riesgo se debe a que están más aislados, suelen tener mayores dificultades de comunicación, son educados para obedecer y seguir indicaciones de los adultos sin cuestionamientos, tienen menos información sobre sexualidad y se ven expuestos a situaciones ambiguas que pueden derivar en abusos.

La implementación de la Ley Orgánica sobre Igualdad de Derechos de las Personas con Discapacidad, Ley 5/13, constituye una oportunidad importante para asegurar la integración y oportunidades para niños, niñas y adolescentes con capacidades diferentes.

### 9.2 Políticas y normativas

Los nuevos marcos legales de la República Dominicana han incorporado explícitamente el tema de la discapacidad. El Artículo 58 de la Constitución de la República indica que: “El Estado promoverá, protegerá y asegurará el goce de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, en condiciones de igualdad, así como el ejercicio pleno y autónomo de sus capacidades. El Estado adoptará las medidas positivas necesarias para propiciar su integración familiar, comunitaria, social, laboral, económica, cultural y política.”

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Opcional fueron ratificados por el Estado Dominicano el 18 de agosto de 2009<sup>228</sup>.

El marco legal sobre discapacidad está establecido en la recientemente aprobada Ley Orgánica sobre Igualdad de Derechos de las Personas con Discapacidad, Ley 5/13. De manera complementaria, la Ley General de Salud, la Ley sobre la Seguridad Social, el Código de Trabajo, la Ley General de Deportes y la Ley sobre el Sistema de Protección de Niñez y Adolescencia, contemplan normas específicas para la protección e integración de las personas con discapacidad.

La END plantea en la línea de acción 2.1.2.2: “Brindar apoyo especial a estudiantes con dificultades de aprendizaje o discapacidad, a fin de reducir las tasas de sobre-edad, repitencia y deserción”; en la 2.3.6.2: “Desarrollar mecanismos y servicios integrales para las personas con algún tipo de discapacidad que faciliten su inserción educativa y social y les permitan desarrollar sus potencialidades humanas, incluyendo el uso de las TIC, dentro de un marco de equidad y justicia social; en la 2.3.6.4: “Fomentar una cultura de respeto hacia la igualdad de derechos y oportunidades de las personas con discapacidad, que genere un cambio de actitud en la sociedad y permita superar los estereotipos estigmatizantes, la discriminación y la exclusión social.”

Por otra parte, en 2010 fue publicado el Plan del Decenio de Las Américas: por los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad de la República Dominicana 2006-2016<sup>229</sup>, el cual plantea el reto de “Romper el círculo vicioso de la pobreza, fomentando y garantizando la educación y capacitación de las Personas con Discapacidad y en especial los niños, niñas y adolescentes con discapacidad.” Este no fue diseñado con exclusividad para la población infantil.

227 Véase por ejemplo “El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual”. Miguel ángel Verdugo, M<sup>a</sup> ángeles Alcedo, B. Bermejo, Antonio L. Aguado, Revista Anual de Psicología, Universidad de Oviedo. [<http://156.35.33.98/reunido/index.php/PST/article/view/7969>]

228 Disponible en [[http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg\\_no=IV-15-a&chapter=4&lang=en](http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-15-a&chapter=4&lang=en)]  
229 CONADIS 2010.

En adición a lo anterior, en materia educativa existen políticas y ordenanzas que amparan la atención a la discapacidad, específicamente, la política 7 del Plan Decenal de Educación 2008-2018 relativa a promover la equidad educativa con apoyo a los estudiantes provenientes de los sectores sociales más vulnerables. Se reconoce también la Ordenanza 04-03 que aborda la atención a la niñez con discapacidad en los centros educativos públicos.

### 9.3 Programas y servicios

El Consejo Nacional sobre Discapacidad (CONADIS) es el Organismo Rector responsable de establecer las normativas y coordinar las políticas públicas para la inclusión social de las personas con discapacidad en el marco de los derechos humanos. Es una institución autónoma del Estado adscrita a la Presidencia de la República. Entre sus funciones está la de formular, coordinar y evaluar el cumplimiento de las políticas en materia de discapacidad, defender y promover la observación del respeto a los derechos humanos de las personas con discapacidad y sus libertades fundamentales.

El Ministerio de Salud, en coordinación con el Despacho de la Primera Dama, esta desarrollando una propuesta de Programa de detección temprana de la discapacidad. A través de la realización de pruebas a los recién nacidos se puede detectar a tiempo enfermedades, reducir las complicaciones, y facilitar a los servicios sociales y educativos su inclusión.

Actualmente se desarrollan estrategias para la prevención de ceguera, como el Plan Visión 2020, con el cual se pretende erradicar la ceguera curable y evitable. Se conformó el Comité Nacional para la Prevención de la Ceguera. Este Comité busca la integración institucional para realizar acciones coordinadas que

posibiliten un mayor impacto para la detección, prevención y atención de la discapacidad visual. También se desarrolla una iniciativa para la prevención de la retinopatía por prematuridad. El Instituto de Bienestar Estudiantil capacita a médicos escolares para la evaluación y atención de niños, niñas y adolescentes del sistema educativo público para prevenir los problemas de ceguera y baja visión.

Del mismo modo, el MINERD cuenta con una Dirección de Educación Especial, que ha impulsado varios Centros de Atención a la Diversidad.

Los servicios para la educación de los niños, niñas y adolescentes con capacidades diferentes incluyen: a) el funcionamiento de 38 centros de educación especial a nivel nacional, de los cuales 19 son públicos; b) creación de Centros Modelos de Educación Inicial y Centros de Educación Inicial; c) proyecto de Implementación de las Aulas de Atención Temprana; d) Proyecto DISIMILIS, de enseñanza musical; e) programa de inclusión educativa de niños, niñas y adolescentes con discapacidad visual; f) puesta en marcha de la Educación Inclusiva en la zona fronteriza; g) 2 centros para impresión en Braille; h) programas para dotación de los textos de educación básica y obras literarias traducidos al Braille; i) creación de la Unidad de Cultura para Ciegos en la Biblioteca Nacional (Plan del Decenio de Discapacidad 2006-2016).

El CONANI ha desarrollado el programa "Ángeles del CONANI", cuya función principal consiste en brindar atención residencial de niños, niñas y adolescentes pobres con discapacidad severa.

A nivel privado, diversas instituciones y organizaciones ofrecen servicios a niños, niñas y adolescentes con discapacidad. Según datos del CONANI unos 1,152 niños y niñas son atendidos en diversas instituciones no gubernamentales<sup>230</sup>.

<sup>230</sup> Las instituciones registradas por el CONANI que ofrecen servicios son: Fundación Proyecto de Ayuda al Niño Pan, Tabernáculo De Restauración Y Alimentación, Fundación Care Para La Protección Menores Impedidos Físicos, Olimpiadas Especiales, Asociación Dominicana de Síndrome de Down, Fundación Giovanni Frasson (Hogar Padre Daniel), Albergue Nacional Para Impedidos Físicos, Centro de Enseñanza Especializada (CEDENE), Fundación Dominicana del Autismo, Centro Pedagógico de La Luz, Cuidado Infantil Internacional, Hogares Luteranos, El Buen Pastor, Casa Nazaret, Semillita de Mostaza, Asociación Maëña De Padres De Niños Especiales, Asociación Pro-Niños Discapacitados, Inc. (APRONIDI) y Escuela de Educación Especial Darío Gómez.



# 10

## CONCLUSIONES

Este capítulo final presenta un resumen de los retos y oportunidades identificados por actores claves de cada sector para avanzar en la realización de los derechos de niños, niñas y adolescentes, como resultado del análisis de la información estadística oficial, de las tendencias políticas e institucionales de los últimos años, teniendo en cuenta el actual contexto político y económico.

### POBREZA

#### Retos

La pobreza en República Dominicana afecta especialmente a los niños, niñas y adolescentes que son porcentualmente más pobres que los adultos pobres.

A pesar de los esfuerzos desplegados, el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir a la mitad la pobreza extrema no se cumplirá, especialmente respecto de los niños, niñas y adolescentes.

## Oportunidades

Durante la década pasada, la política social en general y las de combate a la pobreza en particular registraron transformaciones significativas en el país. Como resultado de esa transformación se han creado programas muy importantes como Progresando con Solidaridad, que focaliza recursos importantes en los niños, niñas y adolescentes.

La END ofrece una oportunidad de desarrollar acciones dirigidas al fortalecimiento de las políticas de combate a la pobreza.

Adicionalmente, la puesta en marcha de un sistema de seguridad social con aspiraciones de ser universal y la generalización del programa de alimentación escolar, representan oportunidades importantes para reducir brechas en materia de pobreza y pobreza extrema.

## **DERECHO A LA SUPERVIVENCIA Y DESARROLLO Y DERECHO A LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL VIH/SIDA**

### Retos

Las tasas de mortalidad materna e infantil han bajado en los últimos años, pero todavía el país tiene que esforzarse más para aprovechar las oportunidades que ofrecen las transformaciones institucionales y el desarrollo de capacidades y poner fin a las muertes evitables.

Los retos que enfrenta el país para mejorar la calidad y la cobertura de servicios son:

- Distribución inequitativa en la asignación del presupuesto.
- Capacidad limitada de organización y gestión del personal gerencial de los establecimientos de salud.
- Insuficiente asignación de personal clave, como enfermeras, en los diferentes niveles de salud.
- Incumplimiento de horarios y normas por parte del personal médico.
- Incumplimiento de las normas de bioseguridad.
- Otro reto es la falta de aplicación de los procedimientos de diagnóstico temprano de posibles malformaciones que pueden devenir en discapacidad.



## Oportunidades

El compromiso del Presidente de la República de reducir las muertes maternas e infantiles es una oportunidad. En este sentido, el lanzamiento en 2013 de la Estrategia de Reducción de la Mortalidad Materno Infantil y la cobertura casi universal de control prenatal y partos institucionales deben facilitar intervenciones enfocadas y eficaces.

El proceso de descentralización y desconcentración del sector salud, la separación de funciones, el fortalecimiento del rol de rectoría del Ministerio de Salud y el fortalecimiento de la provisión de servicios inclusivos deben mejorar la eficacia del sistema de salud.

La universalización de la seguridad social contribuirá a que un mayor número de personas se beneficien de servicios de salud de mejor calidad.

Asimismo, la articulación intersectorial en varias iniciativas claves del sector salud pueden incidir directamente en la sobrevivencia, desarrollo y crecimiento sano de la niñez.

- Proyecto de Nutrición Materno Infantil del Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales
- Programa de Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil del VIH y Sífilis Congénita
- Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y la red nacional de puestos fijos de vacunación
- Programa Educación Afectivo-Sexual (PEAS)

Finalmente, el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y el acceso a la consejería, planificación familiar y prevención del embarazo, ITS y VIH, deben contribuir a promover la salud y prevenir riesgos en la población adolescente.

## DERECHO A LA EDUCACIÓN

### Retos

Unos de los retos más importantes en el sector de educación es la gestión eficiente y transparente del presupuesto aprobado para el sistema educativo preuniversitario en 2013 (4% del PIB) para lograr las metas educativas a nivel nacional.

La educación dominicana debe dar un salto en su calidad para responder adecuadamente a las necesidades globales y a los avances científicos y tecnológicos. Los déficits de formación de los docentes para estimular los procesos de aprendizaje de los y las estudiantes, especialmente en las áreas de lectoescritura y matemáticas, son hoy por hoy un obstáculo.

Otros retos específicos son:

- La limitada cobertura de los servicios educativos inclusivos de calidad para la población con diferentes necesidades y capacidades.

- La falta en el sistema educativo de un programa nacional de promoción de la cultura de paz en articulación con otras instituciones y sectores.
- Ampliación a nivel nacional del PEAS para que beneficie al conjunto de la población estudiantil y a los/as adolescentes no escolarizados.

## Oportunidades

El contexto político es favorable para el sector educación y brinda varias oportunidades. La Primera Infancia constituye una de las prioridades del gobierno y se espera el próximo lanzamiento del programa Quisqueya Empieza Contigo. El Plan de Gobierno 2012-2016 plantea cambios importantes para el sector de educación que podrán ser implementados con la ampliación presupuestaria. Entre ellos:

- Jornada extendida
- Promoción de la carrera docente con formación continua
- Certificación profesional y mejoras salariales
- Cobertura ampliada de la educación inicial (3-5 años)
- Eliminación del analfabetismo
- Fortalecimiento de la capacidad de gestión, modernización y descentralización del MINERD

Los 10 planes elaborados por la IDEC y el tablero único de monitoreo de las metas permitirán ordenar las políticas educativas y hacer seguimiento público de los avances en la reforma del sistema.

Otras oportunidades que contribuyen a mejorar el acceso a la educación en el país son: el Plan Nacional de Prevención de Embarazo en Adolescentes 2011-2016, las Normas de Convivencia Escolar para Centros Educativos Públicos y Privados (2012) y el programa nacional de construcción de nuevas aulas.

# DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

## Retos

La falta de cobertura universal del registro civil de nacimiento sigue dejando cada año a miles de niños, niñas y adolescentes sin el derecho a la identidad.

A nueve años de aprobación de la Ley 136/03, el Sistema está aún en etapa de implementación y requiere seguir avanzando para funcionar como un todo articulado.

Estas debilidades institucionales afectan directamente a la protección de los derechos de los niños y niñas vulnerables, excluidos y discriminados, así como la atención correcta de las víctimas de la violencia, trata, abuso y explotación.

La implementación efectiva de un sistema penal adolescente que cumpla con las garantías del debido proceso y las finalidades de re-educación establecidas en la propia ley es todavía un desafío.

Existe un desconocimiento social sobre las necesidades específicas de la adolescencia y la protección de sus derechos, en especial de los más pobres y vulnerables.

## Oportunidades

El desarrollo del Sistema de Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes proporciona una base institucional importante para asegurar el cumplimiento de sus derechos a nivel nacional y local.

La articulación del sistema de protección a la infancia con el sistema de protección social para apoyar a familias con hijos.

La END ofrece una oportunidad de desarrollar acciones dirigidas al fortalecimiento del sistema nacional de protección.

La cobertura casi universal de los partos institucionales otorga una oportunidad para asegurar que los niños y niñas nacidos en los hospitales sean inscritos oportunamente.

El compromiso de los gremios del sector turístico con la prevención de la explotación sexual comercial, en alianza con el Estado, posibilita la adopción de medidas generales que erradiquen esta violación de derechos.

El compromiso de funcionarios públicos con los principios de la Convención sobre Derechos del Niño abre oportunidades para avanzar en la implementación de la Ley 136/03.

La apertura de las autoridades del Sistema Judicial para realizar los cambios institucionales necesarios para la implementación de la Ley 136/03, genera una oportunidad para el mejoramiento del acceso a la Justicia por parte de niños, niñas y adolescentes.

# DERECHO A LA INCLUSIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON CAPACIDADES DIFERENTES

## Retos

La integración y no discriminación de los niños y niñas con discapacidad continúa siendo un reto importante para la sociedad y el estado dominicano, especialmente en el ámbito educativo, respecto de las barreras de accesibilidad a los espacios públicos, a las deficiencias y a la limitada cobertura de los servicios y programas públicos, y a los escasos espacios para su participación.

## Oportunidades

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Opcional, que fueron ratificados por el Estado Dominicano el 18 de agosto de 2009, establecen una guía de trabajo para realizar cambios legislativos (ya comenzados) de políticas públicas e institucionales para asegurar la integración y no discriminación de las personas con discapacidad, especialmente los niños y niñas.

La Ley 5/13, Ley Orgánica sobre Igualdad de Derechos de las Personas con Discapacidad, recientemente aprobada establece instrumentos para realizar cambios en la estructura institucional, especialmente los sectores de educación y salud.

La iniciativa del Ministerio de Salud y el Despacho de la Primera Dama para poner en marcha un Programa de Detección Temprana de la Discapacidad en los centros de salud en la manera oportuna puede reducir las complicaciones y permitir una mayor inclusión y desarrollo de los niños y niñas con discapacidades.



© UNICEF RD / Pedro Guzmán

# 11

## BIBLIOGRAFÍA

Attali, Jaques. 2010, "Informe de la Comisión Internacional para el Desarrollo Estratégico de la República Dominicana 2010-2020". Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo. Santo Domingo, República Dominicana.

Cáceres Ureña, Francisco I. y Morillo Pérez, Antonio. 2008, "Situación de la Niñez en la República Dominicana: Tendencias 1986-2006". PROFAMILIA. Santo Domingo. República Dominicana.

Cárdenas, Laura y Da Rodda, Michela. 2011, "Ayuntamiento Juvenil-Infantil: un espacio para la participación y la agencia. Evaluación del Proyecto Ayuntamiento Infantil de Villa Altagracia, República Dominicana". [Documento presentado en el la Conferencia Internacional sobre sobre Desarrollo Humano y Derechos Humanos: dos décadas de avances y desafíos para la infancia y la juventud]. Santo Domingo, República Dominicana.

CECC/SICA (Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana/ Sistema de la Integración Centroamericana). 2010, "Serie Regional de Indicadores Educativos/ República Dominicana". [www.indicadoresceec.sica]

CEPAL (Comisión Económica para América Latina). 2011, "Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2010-2011". Santiago de Chile.

CEPAL(Comisión Económica para América Latina y el Caribe) y UNICEF. 2010, "Pobreza Infantil en América Latina y el Caribe". CEPAL/ CELADE; UNICEF. Santiago de Chile.

CONANI (Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia de República Dominicana). 2011, "Lineamientos de la Política de Primera Infancia. Santo Domingo, República Dominicana.

CONANI (Consejo Nacional de la Niñez), CEJNNA (Comisión para la Ejecución de la Justicia de Niños, Niñas y Adolescentes) y UNICEF. 2007, "Situación de Implementación del Sistema Nacional de Protección de la Niñez y Adolescencia de República Dominicana 2004-2007". Santo Domingo, República Dominicana.

CESDEM (Centro de Estudios Sociales y Demográficos). 2007, "Encuesta Nacional de Demografía y Salud: ENDESA 2007". Santo Domingo, República Dominicana. [www.cesdem.com]

\_\_\_ 2003, "Encuesta Nacional de Demografía y Salud: ENDESA 2002", Santo Domingo. República Dominicana. [www.cesdem.com]

Department of State/ United States of America. 2010, "Trafficking in Persons Report, 2010". Washington, United States.

Departamento de Estado de los Estados Unidos de América en República Dominicana. 2012, "Informe sobre la Trata de Personas 2012–República Dominicana". Santo Domingo, República Dominicana. [http://spanish.santodomingo.usembassy.gov/tip2012-es.html]

Fondo Monetario Internacional. 2012. "Informe Anual 2012: Trabajando juntos para apoyar la recuperación mundial". Washington, Estados Unidos.

Grupo Gestión Moderna. 2005. "Consultoría para la Evaluación Nacional del Impacto del Programa de Alimentación Escolar (PAE): Informe general preliminar". Secretaría de Estado de Educación/ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Santo Domingo, República Dominicana.

Instituto Dominicano de Investigaciones Pediátricas y UNICEF. 2011, "Estudio de Caracterización del Perfil y la Situación de los Niños, Niñas y Adolescentes que Viven con el VIH y el SIDA que Asisten a Servicios de Atención Integral seleccionados en la Republica Dominicana". Santo Domingo, República Dominicana.

Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo. 2011, "Documento de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2010-2030. Un Viaje de Transformación Hacia un País Mejor". Santo Domingo, República Dominicana.

\_\_\_ 2010, "Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de Seguimiento 2010". Santo Domingo, República Dominicana

MINERD (Ministerio de Educación). 2013. "Plan de Acción para la Atención a la Primera Infancia". [Mesas de trabajo de la Iniciativa Dominicana por una Educación de Calidad (IDEC). Mesa 4]. Santo Domingo, República Dominicana.

\_\_\_ 2010a. "Memorias Anuales 2010". Santo Domingo, República Dominicana

\_\_\_ 2010b. "Estudio Diagnóstico de inicio del 4to grado de Educación Básica". Santo Domingo, República Dominicana.

\_\_\_ 2008. Plan Decenal de Educación. 2008-2018. Santo Domingo. República Dominicana

MINERD (Ministerio de Educación) e Instituto Dominicano de Evaluación e Investigación de Calidad Educativa (IDEICE). 2010. "Estudio sobre el nivel del rendimiento académico en los centros excelencia de educación media y su comparación con el nivel de rendimiento de otros centros, en las regionales de Santo Domingo". Santo Domingo. República Dominicana.

MINERD (Ministerio de Educación), Organización de Estados Iberoamericanos (OEI), INFOTEP (Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional), MESCyT (Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología). 2010. "Documento País de las Metas 2021". Santo Domingo. República Dominicana

Ministerio de Salud Pública, OPS/ OMS (Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud) y UNICEF. 2011. "Perfil de Salud. ODM 4: Salud Infantil". Santo Domingo. República Dominicana

Ministerio de Salud Pública, OPS/ OMS (Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud). 2011. "Indicadores Básicos de Salud 2011". Santo Domingo, República Dominicana.

\_\_\_ 2010. "Indicadores Básicos de Salud 2010". Santo Domingo, República Dominicana.

Ministerio de Salud Pública, CONVIHSIDA (Consejo Nacional para el VIH y el SIDA), DIGECITSS (Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión sexual y SIDA) y ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA). 2011, "Informe de Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad 2011". Santo Domingo, República Dominicana. [[http://copresida.gob.do/sitioweb/PDF/Informe\\_Estimaciones\\_2011.pdf](http://copresida.gob.do/sitioweb/PDF/Informe_Estimaciones_2011.pdf)]

Miric, Marija y Pérez-Then, Eddy. 2011. "Caracterización de los Servicios para la Primera Infancia". Centro Nacional de Investigaciones de Salud Materno Infantil (CENISMI), UNICEF. Santo Domingo. República Dominicana.

Naciones Unidas/ Comité de los Derechos del Niño. 2008, "Examen de los informes presentados por los estados partes con arreglo al artículo 44 de la convención". 47º período de sesiones, CRC/C/DOM/CO/2". Nueva York, Estados Unidos.



- ODNA (Observatorio de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia de República Dominicana). 2012, "Índice de cumplimiento de los derechos de la niñez en República Dominicana". Universidad Católica de Santo Domingo. Santo Domingo, República Dominicana.
- OIT/ IPEC (Organización Internacional del Trabajo/ Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil). 2009, "El Comercio sexual con personas menores edad en Centroamérica, Panamá y República Dominicana. Segundo estudio de tolerancia social. Análisis de resultados, desafíos y recomendaciones". San José, Costa Rica.
- ONE (Oficina Nacional de Estadística). 2011, "Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples ENHOGAR 2009-2010. Informe General". Santo Domingo, República Dominicana.
- \_\_\_ 2008. "Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples ENHOGAR 2006. Informe General". Santo Domingo, República Dominicana.
- \_\_\_ 2006. "La Discapacidad en República Dominicana. Un Perfil a Partir de Datos Censales". Santo Domingo, República Dominicana.
- ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA). 2011. "Informe de ONUSIDA para el Día Mundial del Sida 2011". Ginebra. Suiza
- OPS/ OMS (Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud). 2010. "Health situation in the Americas, Basic indicators 2010". Washington. EEUU.
- PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo). 2010. "Informe Mundial Sobre Desarrollo Humano 2010: La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano". Nueva York. Estados Unidos
- PNUD/ ODH (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo/ Oficina de Desarrollo Humano). 2010, "Política Social: Capacidades y Derechos". Santo Domingo. República Dominicana.
- PREAL (Programa de Promoción de la Reforma Educativa en América Latina y el Caribe) y EDUCA (Acción por la Educación). 2010. "Informe de Progreso Educativo de la Reforma Educativa de América Latina y el Caribe". Santo Domingo. República Dominicana.
- PREAL (Programa de Promoción de la Reforma Educativa en América Latina y el Caribe). 2009. "Reformas Pendientes en la Educación Secundaria". Santiago de Chile.
- \_\_\_ 2008, "Desarrollo de la Capacidad Institucional y de Gestión de los Ministerios de Educación en Centroamérica y República Dominicana". Santiago de Chile.
- SREDECC (Sistema Regional de Evaluación y Desarrollo de Competencias Ciudadanas). 2010, "Informe Nacional de Resultados de la República Dominicana del Estudio Internacional de Educación Cívica y Ciudadana". Bogotá, Colombia.

Suprema Corte de Justicia de República Dominicana. 2007. "Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de los Niños, Niñas y Adolescentes". Santo Domingo, República Dominicana.

UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS). 2012. "Global Report: UNAIDS Report on the global AIDS epidemic , 2012". Ginebra, Suiza.

WHO (World Health Organization), UNICEF, UNFPA & World Bank. 2012. "Trends in Maternal Mortality 1990-2010". Washington. EEUU.

UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura). 2010. "Global Education DIGEST 2010: Comparing Education statistics across the world". Montreal, Canadá.

\_\_\_ 2005. "Segundo Estudio Regional Comparativo y Explicativo (SERCE) 2004-2007". Santiago de Chile.

Vargas, Tahira. 2010. "Violencia en la Escuela: Estudio Cualitativo 2008-2009". Plan República Dominicana. Santo Domingo. República Dominicana.





Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Avda. Anacaona No. 9, Casa de las Naciones Unidas  
Santo Domingo, República Dominicana

Teléfono: 809-473-7373

[www.unicef.org/republicadominicana](http://www.unicef.org/republicadominicana)

Email: [santodomingo@unicef.org](mailto:santodomingo@unicef.org)

Facebook: <http://www.facebook.com/UNICEFRepublicaDominicana>

Twitter: @UNICEFRD

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF),  
Santo Domingo, República Dominicana, Agosto de 2012