

INFORME NACIONAL SOBRE EL SEGUIMIENTO DE LA CUMBRE MUNDIAL EN FAVOR DE LA INFANCIA

A. INTRODUCCION Y ANTECEDENTES

El 29 de septiembre de 1990, en la sede de la ONU, en New York fue celebrada la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia en la que participaron 159 países y 71 jefes de Estado. La delegación Dominicana estuvo presidida por el Vicepresidente Constitucional de la República. El 8 de marzo de 1991 el Congreso Nacional ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño. El 25 de marzo de 1991 se creó mediante el Decreto No. 122-91, la Comisión Nacional de Seguimiento a los Acuerdos de la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia, conformada por representantes de 12 instituciones gubernamentales, la Coordinadora de ONG's, el Servicio Social de iglesias y la Sociedad Dominicana de Pediatría. Luego fueron conformadas siete Sub-Comisiones de trabajo y un Comité Técnico Coordinador que elaboró los Planes Sectoriales que conformaron a su vez el Plan Nacional de Acción.

Para elaborar el Plan de Acción Nacional (PAN) se implementó un proceso de consulta ampliamente participativo con la celebración de reuniones y talleres de trabajo, en los cuales se integraron 37 instituciones gubernamentales, 128 ONGs con el apoyo técnico y administrativo de agencias internacionales de cooperación. El PAN quedó terminado en octubre de 1992.

El Estado Dominicano y la Comisión Nacional de Seguimiento, con el apoyo del UNICEF, estableció la Oficina de Seguimiento a la Cumbre de la Infancia, con el objetivo de dar seguimiento periódico a los progresos de la Cumbre.

El PAN para cumplir con los compromisos de la cumbre estableció dos mecanismos de monitoreo: las tablas de indicadores y metas y los informes de progreso que serían realizados anualmente. Estos informes recogían información sobre los recursos invertidos, las perspectivas de corto plazo de los planes sectoriales y las dificultades e impacto en las poblaciones objetivos.

A mediados del período (1995) se realizó una consulta nacional sobre los avances de las metas de la cumbre, donde se destacó el alto índice de mortalidad infantil y materna, aún contando el país con más de un 95% de partos institucionales. En 1996 como respuesta a esta situación, se inicia el Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Infantil y Materna.

Otra de las acciones desplegadas, es el programa contra la desnutrición infantil, entre las cuales se destacó la Yodación Universal de la Sal y el suministro a madres gestantes de vitamina A y a menores de 5 años.

Como propuesta en el sector educación se puso en práctica el Plan Decenal de Educación que facilitó la ampliación la cobertura de la educación primaria.

Finalmente en 1998, el Estado Dominicano elaboró y remitió a las Naciones Unidas, su primer informe de aplicación de la Convención de los Derechos del Niño que reflejó los alcances logrados en esta materia, destacándose la Ley 24-97 sobre la violencia intrafamiliar y el Código de Protección de niños, niñas y adolescentes. Así como el establecimiento de mecanismos para la aplicación de ambas leyes.

B. PROCESOS ESTABLECIDOS PARA EL EXAMEN DE FIN DE DECENIO

El examen para verificar el nivel de cumplimiento de la Cumbre Mundial de la Infancia se organizó sobre la base de los antecedentes relacionados con:

- Formulación y ejecución del Plan de Acción Nacional a favor de la Infancia
- Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño
- Establecimiento del sistema de protección de niños, niñas y adolescentes y creación de su Organismo Rector.
- Preparación de informes anuales y bianuales sobre progresos de las metas de la Cumbre Mundial de la Infancia.
- Análisis situacional sobre el cumplimiento de las cumbres convocadas por las Naciones Unidas en el decenio de los 90: Educación para todos, Infancia, Desarrollo Social, Nutrición, Desarrollo Sostenible, Cumbre de la Mujer.

Se analizaron otros estudios como: a) El “Estudio Situacional sobre el nivel de cumplimiento frente a los Acuerdos de la Cumbre Mundial de la Infancia”, que analiza el nivel de cumplimiento de los acuerdos y compromisos asumidos en la Cumbre Mundial de la Infancia; b) el “Informe sobre la protección jurídico-social de los derechos de niñas, niños y adolescentes en la República Dominicana, 1996-2000” que señala las acciones que desde el Estado se han puesto en práctica, así como también, los problemas prioritarios sobre los menores y la mujer; identifica los inconvenientes en la aplicación de las leyes, acuerdos y convenciones; las políticas que reconocen los derechos de la infancia, la adolescencia y la mujer como responsabilidad pública y c) el informe “Indicadores de las metas de la Cumbre Mundial de la Infancia” que ofrece una explicación detallada sobre las metas establecidas por el país, los indicadores y su nivel de avance vinculado con el proceso de cumplimiento de la Cumbre Mundial de la Infancia.

También, las encuestas que recogen indicadores demográficos y de salud a escala nacional: ENDESA-91 y ENDESA-96, que miden variables sobre fecundidad, mortalidad, salud materno infantil, lactancia y nutrición, disponibilidad de servicios básicos en los hogares y lo concerniente a la planificación familiar.

Además fue realizada una consulta sobre los procesos establecidos para el examen de fin de decenio, participaron las secretarías e instancias que abordan el tema de niñez y adolescencia. Esta verificación fue realizada en dos niveles, la consulta de las instituciones

y la segunda se inicia con el Primer Seminario Regional de Entrenamiento para la Encuesta MICS celebrado en República Dominicana, en septiembre de 1999.

En las consultas realizadas participaron, el Centro de Estudios Demográfico (CESDEM) responsable de la ejecución de la Encuesta MICS, así como otras organizaciones gubernamentales y ONGs, y se tomó en cuenta las opiniones de una encuesta realizada a niños/as.

C. ACCION A ESCALA NACIONAL E INTERNACIONAL

En 1992 se formuló el PAN con el fin de cumplir con los compromisos asumidos en la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia y para el cumplimiento de dicho Plan, se llevaron a cabo las siguientes acciones:

A escala nacional se centraron las acciones en educación, salud, nutrición y agua potable y saneamiento, con programas específicos por meta como por ejemplo, el Plan Decenal de Educación; el Plan de Prevención de la violencia intrafamiliar; la movilización nacional para la promoción de los derechos de la niñez; el Plan de Reducción de la Mortalidad Infantil y Materna y de forma descentralizada con la ejecución de los planes provinciales en favor de la infancia. Actualmente se ha logrado concretizar los planes a favor de la infancia en 14 provincias de las 31 que tiene el país. Asimismo en el presente año, a fin de llevar a cabo una acción más dirigida a la población, niño/a y adolescente, se han aumentado los programas y proyectos sociales, lo cual se manifiesta en un incremento de las asignaciones presupuestarias a los sectores de educación y salud principalmente.

En el ámbito internacional se llevaron a cabo acciones tales como: a) mesa de negociaciones con organismos internacionales y países donantes, en apoyo al Plan Decenal de Educación; b) Apoyo de organismos de cooperación internacional como UNICEF y la OMS/OPS del Sistema de Naciones Unidas, para programas y proyectos dirigidos a mejorar la calidad de los programas de la niñez y adolescencia, y a potenciar su participación activa; c) cooperación técnica no reembolsable para estudios y formulación de proyectos de financiamiento; d) cooperación financiera por parte del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial (BIRF), Comisión Europea, y e) cooperación bilateral para apoyo a proyectos en el área de educación, salud y agua potable.

D. MEDIDAS ESPECIFICAS RELACIONADAS CON LA SUPERVIVENCIA, LA PROTECCION, Y EL DESARROLLO DEL NIÑO

a) Para el cumplimiento de los acuerdos asumidos por el país en la Cumbre Mundial se llevaron a cabo varias acciones entre ellas, la conformación de la Comisión de Seguimiento a los Acuerdos de la Cumbre en 1991, a través del Decreto 122-91.

Luego de la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño se inició un proceso de consulta que movilizó toda la opinión pública nacional para la formulación de un Código de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (Ley 14-94)

También, del 1995 al 1998 y durante el mes de septiembre, se realizaba una jornada artística nacional para promover los derechos de la niñez, la cual culminaba con un acto, que facilitó movilizar niños y niñas de todo el país, llamado “Sonrisas Para Vivir”. A partir del 1997, a través de la Oficina de las Cumbre Mundiales, se estableció que durante el mes abril se celebrara el “El Festival de la Niñez”, período en que las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales realizaban una agenda común de actividades de difusión. En el 1999 por decreto se declaró el mes de abril como mes de la prevención del abuso infantil.

Además, en el período 1997-98 se llevó a cabo el proyecto “El País Que Queremos, la Niñez Tiene la Palabra”, el cual permitió una gran movilización social a favor de los derechos de la niñez, en la que más de un millón de niños, niñas y adolescentes expresaron sus aspiraciones y propuestas en todo el país, y se capacitaron en el tema a todos los maestros de las escuelas públicas.

b) En el área de salud se dio prioridad a los servicios de prevención y atención primaria y salud básica. Se llevaron a cabo acciones como: el diseño de los equipos de salud familiar; la campaña de movilización contra la mortalidad materno infantil; la creación de las normas de atención en salud; la descentralización de los servicios, y se estableció una Comisión Nacional para la Reforma del sector Salud con apoyo del BID y el BIRF.

i) Mortalidad infantil y menores de 5 años

Con relación a las Metas 1 y 9, las encuestas ENDESA'91 y MICS indican que hubo una reducción en las tasas de mortalidad infantil de 43/1000 a 39.7/1000 y de mortalidad en la niñez de 60/1000 a 46.7/1000, los diversos factores que pueden haber impactado favorablemente en esa situación, son las estrategias de intervención y prioridad a la salud materno infantil que por años viene implementando el país. Esta ha incluido mejora en la cobertura del programa de vacunación, mayor inversión en agua y saneamiento básico, la disminución de la tasa de fecundidad entre otros.

La limitación en la presentación de datos precisos, se debe a que el país, en materia de salud tiene grandes deficiencias en los sistemas de registros de hechos vitales, lo que dificulta el acceso de la información para conocer la situación y evolución de la morbi - mortalidad materna e infantil, en sus diferentes clasificaciones. Se puede afirmar, que existe en los municipios un subregistro y dificultades de acceso a la fuente de información por parte de la población.

En 1998 y 1999 se establecieron en los hospitales con servicios de obstetricias, Oficinas de la Oficialía Civil, encargadas del registro de nacimientos y muertes ocurridas. Esta medida ha permitido la declaración oportuna de los niños, y la reducción del subregistro, considerando que casi el 100% de los nacimientos son institucionales.

Se indicó que la reducción en los índices de la mortalidad infantil pudo haber influido una mayor inversión en los servicios de agua y saneamiento. Sin embargo, solamente el 51% de

los hogares encuestados usaban agua segura para beber, siendo mayor el porcentaje en la zona rural (68.5%) que la urbana (38.7%). Es significativo el hecho del incremento del agua embotellada de un 7.0% en ENDESA'91 a un 41.7% en MICS.

Es importante destacar, que durante el período comprendido entre 1986 y 1996, en la República Dominicana los indicadores de salud tradicionalmente asociados con el abastecimiento de agua y el saneamiento, han mejorado considerablemente debido a la puesta en marcha de los programas de prevención y tratamiento de la diarrea y la deshidratación.

Con respecto a la calidad del agua, el Informe Nacional sobre Evaluación y Abastecimiento del agua y saneamiento, 2000¹, explica que el país no cuenta con un sistema de vigilancia de la calidad del agua para consumo humano. Pero además, solo en el 31.8% de los sistemas de abastecimiento de agua del país (en un 14.1% de los sistemas rurales), se realizan pruebas de análisis microbiológicos.

El índice de potabilización es otro elemento analizado durante la década, según el citado informe; el índice más alto alcanzado fue 83.2% en 1994, la tendencia fue decreciente hasta llegar a 77.6%², índice inferior a las normas estándares de la potabilidad, 80%. El factor más importante a tomar en consideración es que aproximadamente el 98% del subsidio del Estado está orientado a la construcción de obras nuevas y muy pocos recursos para asegurar los gastos de operación y mantenimiento del servicio.

ii) Bajo Peso al Nacer (BPN)

La prevalencia del bajo peso al nacer se refleja en los datos de las principales maternidades del país entre un 14 a un 16 por ciento. Comparando los índices de ENDESA'91 y MICS hubo un incremento del 1.3% lo que indica deficiencias de acciones en ese sentido.

Para la tasa de lactancia materna exclusiva a menores de cuatro meses en ENDESA'91 era de 9.6%, la cual aumentó a 16.0%. Esto indica que debe hacerse una mayor promoción en ese sentido.

iii) Inmunización

Según la ENDESA'96, el 88% de los niños/as de 12-23 meses habían recibido las vacunas de BCG, DPT y Polio.

Para el año 2000 se tiene confirmado por el laboratorio del Centro de Control de Enfermedades, nueve (9) casos de polio. En 1994 el país recibió la certificación de erradicación del Polio. Entre 1986 y 1994 no se reportaron casos de polio, pero sí de parálisis flácida como diagnostico sospechoso de casos. La reaparición de la enfermedad

¹ Abreu, Rosa; Evaluación global de los servicios de agua potable y saneamiento 2000 – Informe Analítico República Dominicana,.. OPS/OMS/UNICEF

² Ibídem

surge por descuido en las coberturas de inmunización, la vigilancia de parálisis flácida, así como, al seguimiento y suministro de las diferentes dosis de refuerzo.

Desde el momento de la confirmación de los casos de polio se produce un alerta del sistema de vigilancia epidemiológica y del programa de inmunización, PAI, dando como resultado la necesidad de realizar jornadas de vacunación al 100% de la población menor de 5 años vacunada o no. La primera jornada fue realizada durante el período 15-17 de diciembre del 2000, con altas coberturas. En estas jornadas de vacunación ha primado el criterio de barrio completo de la población objetivo, pero se viene discutiendo la necesidad de fortalecer los puestos fijos de vacunación.

Tétano Neonatal

En 1996 no se reportan casos de tétanos neonatal, considerado en fase de eliminación en el año 1998. En 1999 se reporto un solo caso y en el 2000 se reportaron cuatro casos de los cuales uno correspondió a un niño dominicano y los tres restantes a niños haitianos.

Sarampión

La situación del sarampión que hasta el tercer trimestre del año 1998 se consideraba camino a la eliminación, cuando el país fue afectado por el inicio de un brote, concentrándose en tres provincias, que mantiene a esa enfermedad transmisible en lugar de relativa importancia. En 1996 no se presentaron casos confirmados de sarampión, dato que debe tomarse con mucha reserva porque en ese año el sistema de vigilancia epidemiológica operaba con una definición de caso poco sensible.

En 1999, se realizó un gran esfuerzo de vacunación en menores de 15 años, focalizando municipios en los cuales las coberturas de vacunación eran menores de 95% y se reforzó la vigilancia de casos febriles eruptivos en todo el país. Para el año 2000, se reportaron 235 casos confirmados.

El País esta lejos de la erradicación de la enfermedad por los problemas de circulación del virus entre la República Dominicana y Haití; se hacen esfuerzos de vacunación, jornada de barridos por municipios, pero no se tiene información de lo que se está haciendo en Haití, por lo que el virus se mantiene circulando, dado el contacto permanentemente de contingentes poblacionales entre ambos países, obliga a realizar labores conjuntas para controlar la circulación. La República Dominicana tampoco ha alcanzado coberturas de vacunación del 100%, por lo que siempre hay población susceptible. La vacunación esta dirigida a los menores de 5 años, pero se reportan, ocasionalmente, casos en edades más avanzadas.

Diarrea

En 1996 se reportaron 84,996 casos de gastroenteritis, 144, 858 de diarreas y 3,321 de disentería. Los casos de enfermedad diarrea aguda, EDA, reportados en el año 2000 ascienden a 156,339. Estos datos no son comparables ya que se produjeron cambios en el instrumento de recolección de la información (EPI-1) entre 1996-2000

No se tienen datos que permitan comparar las tasas de las muertes por las enfermedades diarreicas agudas (EDA); aunque éstas continúan disminuyendo significativamente, debido al éxito de los programas de rehidratación oral, son todavía una de las primeras cinco causas de muertes y causas de demanda de servicios en el establecimiento de salud. Es significativo el hecho de que el 98.9% de los hogares encuestados hacen uso del TRO (MICS)

Tratamiento de Malaria

El centro para el control de enfermedades tropicales, CENCET, de la Secretaría de Salud Pública, aplica dos tipos de tratamientos: tratamiento presuntivo para los casos sospechosos y tratamiento radical, para los casos confirmados. En 1996, se aplicaron 435,059 tratamientos presuntivos y 420,387 en el año 2000. Los tratamientos radicales aplicados alcanzaron la cifra de 1,414 en 1996 y 1,234 en el año 2000. En ambos tipos de tratamientos se verificó una ligera disminución en el periodo analizado. El año 1999 fue un año epidémico y lluvioso, lo que obligó a fortalecer las acciones, lográndose que disminuyeran los casos en el 2000, que correspondió a un año más seco.

iv) Prevalencia de VIH

La vigilancia del VIH se hace a través de los puestos centinelas en grupos específicos de la población: mujeres embarazadas, trabajadoras sexuales y personas que demandan servicios en las clínicas de control de las infecciones de transmisión sexual, (ITS). Esta información, que es la mejor aproximación de que se dispone para la población general, no esta desagregada por sexo.

La prevalencia del VIH en los puestos centinelas en 1999, último año disponible, osciló en las mujeres embarazadas entre 1.0 y 4.4. %, en las trabajadoras sexuales entre 2.3 y 9.4% y en los/as pacientes con ITS en 4.3%.

El Programa nacional de control a VIH y SIDA reporta cerca de 5,000 infectados menores de 5 años de edad (DIGESITS 1999). Cabe destacar que la transmisión vertical, es decir, de madre a hijo constituye la principal forma de contagio en niños/as y es la causa de importantes muertes en menores, de abandono y orfandad en este grupo.

Con relación a las acciones sobre prevención y tratamiento del SIDA, la Secretaría de Salud Pública y con el apoyo de ONUSIDA lleva a cabo un amplio programa de prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Según la MICS el 82.6% de las mujeres sabe donde hacerse la prueba de VIH y que un 53.8% de mujeres ya se ha hecho la prueba y un 48.4% tiene conocimiento de la transmisión madre-hijo, datos que indican que una mayor atención a este tema por parte de las autoridades, ampliaría el efecto de las medidas preventivas.

c) Los planes realizados por la Dirección de Alimentación y Nutrición de la SESPAS, se han orientado en dos líneas: la intervención y la prevención. En el área de nutrición se dispone de escasa información debido a que las principales encuestas del área de la salud no expresan cifras que se puedan interrelacionar. La encuesta MICS refleja una reducción

en los índices de desnutrición, sin embargo, los índices en el suplemento de Vitamina A y consumo de sal yodada son muy bajos, por lo que no se puede afirmar que ha habido una mejoría la reducción de los índices de la desnutrición, lo que amerita un estudio más amplio para establecer los valores reales. A continuación las acciones llevadas a cabo a cabo durante el período:

Dotación de micronutrientes:

- Vitamina A: Suplementación con vitamina A, a todos los menores de 5 años y puérperas.
- Yodo: A través de la fortificación de Sal.
- Hierro: Suplementación de hierro a embarazadas en el ámbito nacional, a niños de la región fronteriza y la fortificación de las Harinas

Vigilancia Nutricional

- Elaboración, validación, impresión y distribución de gráficas para la evaluación del estado nutricional del menor de 5 años y monitoreo del crecimiento del menor de tres años
- Equipamiento a las unidades provinciales de salud con 600 balanzas infantiles, infantómetro, 600 tallímetros y 200 balanzas de pies.
- Capacitación a 1,480 integrantes de las unidades de atención primaria sobre la operatividad del sistema.

Atención especializada en alimentación y nutrición

- Realización del censo nacional de recursos humanos del área de alimentación y nutrición.
- Validación de las normas técnicas y procedimientos de alimentación y nutrición hospitalarias
- Reorganización de los servicios de alimentación y nutrición, a nivel hospitalarias
- Redistribución del personal de acuerdo al censo realizado y a las necesidades encontradas.
- Alimentación hospitalaria: a) Fortalecimiento de 5 centros de salud y b) Supervisión para el fortalecimiento del área de alimentación y nutrición.
- Programa de dietética: a) Elaboración de la propuesta para el curso sobre dietética y b) Coordinación con la sociedad especializada de nutrición enteral y parental
- Programa de Educación en Alimentación y Nutrición a) Orientación a la población a través de la participación en radio y televisión de programas educativos; b) Implementación de programas de orientación en el contexto del desayuno escolar; c) Elaboración de materiales educativos sobre alimentación y nutrición, higiene de los alimentos y cuidado del medio ambiente en la comunidad.

d) Los programas de salud poseen una amplia cobertura a través de los servicios de atención primaria y del programa materno infantil desarrollados por la SESPAS, los cuales están diseñados para beneficiar a toda la población de mujeres y niñas adolescentes que requieren los servicios de salud y de planificación familiar.

Según la encuesta ENDESA 96 el 98.5% de las mujeres embarazadas tuvo control prenatal y el 95% de los partos fueron atendidos en algún establecimiento de salud sea público o privado.

En el área de educación no existe discriminación por sexo el acceso a la enseñanza, en ninguno de los niveles, así mismo, las mujeres son beneficiarias de los programas de alfabetización y educación de adultos desarrollados por la secretaría de Estado de Educación

A través de la Secretaría Estado de la Mujer las madres adolescentes reciben capacitación para implementar proyectos micro-empresariales y a la vez pueden optar por créditos a intereses blandos.

e) Para garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes, la Ley No. 14-94 prevé un sistema de protección que articula las instituciones del Estado con las organizaciones no gubernamentales, la comunidad y la familia, bajo la dirección del Organismo Rector del Sistema de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes, el cual constituye el ente o instancia de definición de las políticas públicas en favor de la infancia y la adolescencia

El Estado Dominicano ha establecido un conjunto de ordenanzas e iniciativas que brindan apoyo a padres y madres envueltos en conflictos familiares. La Ley 14-94 establece los Tribunales de niños/as y adolescentes (NNA) y dentro de su composición esta el Defensor de niños/as y adolescentes (NNA) quien en sus funciones funge como instancia de conciliación respecto a la guarda de los niños y niñas; al igual que el Juez, establece las medidas específicas de protección, recomienda la colocación en Hogar Sustituto, es decir, se asigna al niño o niña en un nuevo hogar de manera provisional; es importante destacar que esta medida se ha descontinuado. No se cuenta con una estructura física institucional que albergue a niños/as cuya familia conocen de una situación de conciliación.

A instancia de la Procuraduría de la República, se crearon los departamentos niñez y familia, y en respaldo a la lucha contra la violencia intrafamiliar se implementó la iniciativa de Destacamentos Amigos de la Niñez y la Mujer.

En 1997, el poder ejecutivo promulgó la Ley 24-97, sobre Violencia Intrafamiliar; en 1999 la Ley 86-99 que crea la Secretaría de Estado de la Mujer y emitió el Decreto No. 423 que constituye una Coordinación interinstitucional Nacional de Prevención y Lucha contra la Violencia Intrafamiliar.

Las principales acciones desarrolladas en materia de derechos del niño/a se destacan: el acuerdo firmado entre las Junta Central Electoral y las clínicas y hospitales orientado a registrar todo niño/a nacido en nuestro país y la puesta y entrada en rigor del Código de protección niño/a y adolescentes (Ley 14-94).

f) La creación del nivel de educación inicial (preescolar) ha sido uno de los logros más importantes de la educación dominicana y está consignado en la nueva Ley de Educación No. 66-97, que establece como obligatorio el último año del nivel, el cual se inicia a los cinco años de edad. A partir de esa fecha, la educación inicial ha logrado alcanzar, para el año escolar 1998-99, una matrícula de 189,650 alumnos, lo que representa un 32% del total de niños de 3 a 5 años de edad. La cobertura por zona mantiene la supremacía de la zona urbana en relación con la rural, concentrándose en la primera entre el 70% y el 75%, aproximadamente, de la población escolarizada en el nivel inicial.

Al analizar la población escolarizada por sexo, se encuentra un equilibrio entre cantidad niños y niñas, es decir, el sexo no es una variable determinante en la integración de los menores a la escuela a temprana edad.

En el contexto de la implementación de las estrategias y alternativas apoyadas en los padres, madres y familiares de la comunidad se está desarrollando el Programa de Educación Inicial no Formal con base en la Familia y la Comunidad, destinado a favorecer a niños y niñas menores de cinco años de edad. Esta experiencia se inicia con la estrategia de orientación a padres, madres y otros miembros de la familia, a participar en la educación de sus hijos e hijas.

Los mayores esfuerzos del país en el proceso de reforma de la educación dominicana han sido en la educación básica. Dichos esfuerzos se han expresado a través de la ejecución de diferentes programas y proyectos. Actualmente, se ejecutan unos siete, todos dirigidos al desarrollo y al mejoramiento de la calidad de la educación básica.

Las acciones desplegadas han producido sus resultados. En efecto, para el año escolar 1999-2000 la tasa bruta de escolaridad en educación básica alcanzó el 107.5%, mientras que la tasa neta representó el 90.6% de la población en edad escolar de 6 a 13 años. Al igual que para la educación inicial, el nivel básico no representa diferencia significativa cuando se divide la matrícula por sexo. Sin embargo, en la cobertura por zona, la urbana mantiene la supremacía sobre la zona rural, representando la primera el 96% y la segunda, el 82% de los niños que asisten a la escuela.

Para desarrollar la educación de adultos y reducir el analfabetismo, la SEE ha desarrollado varios programas. A 1999, la tasa de alfabetismo se estimaba en un 84%. La misma incluye a quienes leen con facilidad o dificultad. En términos globales, las mujeres tienen una probabilidad ligeramente menor de ser alfabetas que los hombres (85% y 91%, respectivamente).

En el ámbito del desarrollo de programas integrales para apoyar a los niños, niñas y adolescentes se han realizado las siguientes acciones:

- La puesta en marcha del programa de atención a la diversidad que consiste en dar acceso al curriculum general a todos los estudiantes, incluyendo aquellos que por cualquier causa pueden presentar necesidades educativas especiales.

- En el marco del programa de elaboración y distribución de recursos, se elaboraron documentos sicopedagógicos y recursos audiovisuales, como atención a la diversidad en los niveles inicial y básico; la respuesta a la diversidad en el nivel básico, y construyamos un proyecto de centros, entre otros.
- Por último, el programa de eliminación de aulas de recuperación, tiene el propósito de integrar a los estudiantes escolarizados en estas aulas a los grupos que les corresponden de acuerdo a su edad, con un desfase no menor de dos años.

Para la atención a niños menores de 5 años, a través del Consejo Nacional de la Niñez (CONANI), la Secretaría de Estado de Educación (SEE) y algunas ONGs, se desarrollaron los Centros Infantiles de Atención Integral (CIANI) y el Programa Ayúdame a Vivir Niño/a; la SESPAS y el Instituto Dominicano de Seguro Social (IDSS) fomentaron la creación de Estancias Infantiles en las provincias y en los barrios.

g) En cuanto a la atención a los niños, niñas que viven en condiciones especiales, se ha venido dando apoyo técnico y nombrando personal especializado, a las ONGs que se dedican al trabajo con niños, niñas de la calle, abandonados y con algún tipo de discapacidad.

Mediante Decreto No. 144-97 se creó el Comité Directivo Nacional de Lucha contra el Trabajo Infantil como instrumento para el diseño de las políticas nacionales para la erradicación del trabajo infantil, apegado a los convenios y normas de OIT.

El Estado Dominicano a través de la Secretaría de Estado de Trabajo (SET), como órgano ejecutivo del Comité Directivo Nacional de Lucha Contra el Trabajo Infantil, con la asistencia técnica y financiera de la Organización Internacional del Trabajo, concluyó en el mes de diciembre el trabajo de campo de una encuesta nacional, que permitirá obtener indicadores del trabajo infantil en República Dominicana, como instrumento fundamental para la definición y aplicación de políticas efectivas para la erradicación del trabajo infantil.

No obstante lo anterior, el Gobierno ha concentrado sus esfuerzos en diseñar y ejecutar programas focalizados, en coordinación con ONGs, para erradicar las peores formas de trabajo infantil. En una primera fase comenzó por las labores agrícolas de alto riesgo y en la actualidad se desarrollan proyectos en cuatro provincias del país, con un exitoso nivel de ejecución. De igual forma, se ha iniciado un programa de capacitación del cuerpo de inspectores sobre los diversos aspectos del trabajo infantil, con especial atención a la legislación nacional sobre niños, niñas y adolescentes.

h) El Organismo Rector adjunto a otras instituciones del sector han obtenido logros significativos en materia de protección a niños/as y adolescentes, entre los que se encuentran:

- Creación de 15 filiales del Organismo Rector a escala provincial de las 31 que existen en el país.

- Establecimiento de 10 Tribunales y Cinco Cortes de Apelación de niños, niñas y adolescentes, con el personal correspondiente asignado.
- Creación, tanto en la Procuraduría General de la República como en la Fiscalía del Distrito Nacional de un Departamento de Niños, Niñas, Adolescentes y Familia.
- Creación, dentro del Comisionado de Apoyo a la Reforma y Modernización de la Justicia, de un eje de acción en el área de Administración de Justicia Juvenil y el desarrollo de varios proyectos en esa línea.
- Creación de la Comisión Interinstitucional para la Prevención y Erradicación de la Explotación Sexual y Comercial en Centros Turísticos, compuesta por: Secretaría de Estado de Turismo (SECTUR), Policía Nacional, Dirección de Migración, Dirección Técnica Ejecutiva del Organismo Rector.
- Línea de Auxilio y Denuncias sobre Abuso Infantil, en el Hospital Robert Reid Cabral, articulado a una Red de Organizaciones Gubernamentales y No-Gubernamentales de atención.
- Promulgación Ley 24-97 contra la Violencia Intrafamiliar.
- Creación Comisión Nacional de Prevención y Lucha contra la Violencia Intrafamiliar.

A través del programa de Promoción y Defensa de los Derechos de la Mujer, la Infancia y Adolescencia, se contempla la promoción del cumplimiento de la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, así como la aplicación de la legislación nacional. Con este programa se pretende lograr:

- 1) Fortalecimiento Institucional del Organismo Rector del Sistema de Protección a niños, niñas y adolescentes;
- 2) Creación y funcionamiento de unidades de atención especial para los casos de violencia contra mujeres, niñas y niños en los destacamentos policiales;
- 3) Implementación de una campaña, a través de los medios de comunicación, con el objetivo de sensibilizar a la ciudadanía sobre el impacto negativo de la violencia doméstica y del acoso sexual a las mujeres y niñas;
- 4) Fortalecimiento y ampliación de los servicios de asistencia legal y psicológica para la mujer (Clínicas Jurídicas);
- 5) Establecer Destacamentos de la Policía Nacional “Amigos de la Mujer y la Niñez.

Por otro lado, en lo relativo a la violencia, la delincuencia y el uso indebido de drogas el 30 de mayo de 1988 en virtud de lo establecido en la Ley 50-88 Sobre Drogas y Sustancias Controladas de la República Dominicana, mediante su artículo 19 se crea el Consejo Nacional de Drogas, organismo que lucha contra el tráfico, uso y abuso de drogas en el país, como una dependencia del Poder Ejecutivo.

El Consejo Nacional de Drogas ejecuta varios Programas y Actividades de Prevención, entre ellos:

- Consejo Juvenil Preventivo (COJUPRE), que trabaja con organizaciones sociales que permiten el acercamiento directo con la comunidad.
- Programa de Educación Preventiva Integral (PRODEPI), orientado a llevar a cabo acciones preventivas en la comunidad educativa.
- Programa de Prevención en el Deporte (PROPDEPORTE), sobre la base de un acuerdo Interinstitucional con la Secretaría de Estado de Deporte (SEDEFIR), acciona con la comunidad deportiva.
- Programa de Prevención en el Área Laboral (PRAL), cuyo propósito es llevar mensajes de prevención del uso indebido de drogas a empresas e instituciones públicas y privadas.
- La Línea de Drogas es un programa que ofrece un servicio de orientación a la comunidad, por medio telefónico.

i) En materia de estrategia ambiental se desarrollaron las siguientes acciones: Quisqueya Verde, con el objetivo de reforestar las lomas y montañas de todas las cordilleras; Políticas Nacionales de Medio Ambiente; Proyecto Capacidad 21; Plan de Acción para la Conservación de la Biodiversidad; Programa de Sensibilización y Lucha Contra la Desertificación y Sequía.

El Gobierno Dominicano ha asumido acuerdos y compromisos en las conferencias mundiales, en la década de los 90, relacionados a temas económicos, sociales y ambientales.

En ese sentido, y mediante el Decreto 340-97 el Poder Ejecutivo se creó la Comisión Nacional de Seguimiento de la Cumbre Mundial para el Medio Ambiente. Diversas entidades sectoriales incorporan el componente Medio Ambiente, implementando acciones de reforestación (programas localizados para el fortalecimiento de bosques), campañas promoción y concientización para la defensa del medio ambiente.

En el nivel legislativo, mediante la Ley 300-97, se estableció en el currículum educativo la materia sobre ambiente y se integró la capacitación ambiental como eje transversal en el Plan Decenal de Educación.

La creación de la Secretaría de Estado de Medio Ambiente y Recursos Naturales en el año 2000, demuestra el interés y el compromiso del Gobierno Dominicano por preservar un ambiente sano.

j) En República Dominicana, la acumulación sistemática de déficits en la cobertura y calidad de los servicios sociales en función de la priorización de los programas de ajuste económico, obliga enfrentar una amplia y persistente deuda social expresada en crecientes niveles de pobreza, desempleo y fragmentación social.

En ese orden, el costo social de los programas de ajustes económicos ejecutados no ha sido saldado con los programas de compensación social implementados, situación que se ha

profundizado, debido a la falta de focalización de las acciones hacia la población a ser beneficiada.

En 1997, la Oficina Nacional de la Planificación, ONAPLAN, elaboró el estudio Focalización de la Pobreza en la República Dominicana, que ofrece estimaciones de pobreza para 1993 y 1996, las cuales indican que en la actual década la pobreza podría haber revertido la tendencia creciente verificada en la década de los 80. De acuerdo con los datos arrojados, en 1996 aproximadamente el 56% de los hogares dominicanos (más de un millón de hogares) estarían viviendo en condiciones de pobreza. Cerca de 19 % estarían sumergidos en la pobreza extrema.³

La realización de dicho estudio, permitió la identificación del número de personas en pobreza y de las zonas en las provincias con mayor concentración de pobres. Esta información sustentó una orientación de los nuevos programas para combatir la pobreza.

En 1999, la ONAPLAN utilizando la misma metodología, y tomando como base de datos la Encuesta de Ingresos y Gastos del Banco Central, obtuvo para el 1998 estimaciones que indicaban una “pobreza general” de 51.7%; los hogares indigentes alcanzaban la cifra de 14.4%.

Los resultados de dicha encuesta reflejaron que el 38.1% de los hogares recibían en un ingreso mensual per cápita inferior a 85 dólares y el 10.6% recibió un ingreso mensual per cápita inferior a 42.5 dólares. Sin embargo, es propicio hacer mención de la existencia de otras estimaciones sobre los niveles de pobreza en el país, como es la del Banco Central que toma como base la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos aplicada por esa institución, en 1998, y una línea de pobreza de US\$ 60.0 dólares, indicando un 25% de “pobreza general” y un 4% de hogares viviendo en condiciones de “indigencia” o “pobreza extrema”.

Es importante resaltar, que no obstante la existencia en el país de diferentes estimaciones sobre el porcentaje de pobres, cuya diferencia radica en las metodologías de cálculo utilizadas por los investigadores, todos coinciden en asegurar que los niveles de pobreza han bajado en relación con el período 1995/1996 y por ende, las condiciones de accesibilidad de la población a los servicios en 1999 es superior a períodos anteriores.

En materia de distribución del ingreso, para 1998, según la citada encuesta, continúa la misma tendencia de una notoria concentración de los ingresos. El primer decil de la población, 10% más pobre, tenía una participación de un 2.0% del ingreso total de la población, que contrasta con el 37.4% del 10% más rico. Esta distribución de ingreso arrojó un coeficiente de Gini de 0.456.⁴

El problema de la pobreza en el país se torna más crítico cuando se observan los grandes contrastes entre las áreas geográficas y sectores sociales, revelando la necesidad de

³ Estudio Focalización de la Pobreza en la República Dominicana, ONAPLAN, 1997 y 1999

⁴ Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares. Banco Central. 1998

optimizar el gasto social a través de un proceso de focalización hacia los espacios geográficos y sectores sociales más vulnerables, como estrategias básicas para el alivio y erradicación de la pobreza.

Una porción importante de nuestra población, por los indicadores de pobreza anteriormente señalados, tiene un acceso limitado a los ingresos, la educación, la atención de la salud o la nutrición, sin posibilidad del alcanzar el desarrollo humano deseable.

En esta población coexisten: desempleados/as o subempleados/as; jóvenes con pocas esperanzas de encontrar empleo productivo; mujeres sobre las que recae hacer frente a la pobreza del hogar; envejecientes sin protección social; discapacitados desprovistos de medios para insertarse en la sociedad; niños/as de la calle en situación de riesgo social

La pobreza implica también problemas como: el hambre crónica, la desnutrición, los problemas de las drogas ilícitas, la delincuencia organizada, la corrupción, las enfermedades endémicas, transmisibles y crónicas, y la violencia intrafamiliar.

En el plano programático, el combate a la pobreza implica: i) asegurar que la población dominicana económicamente activa tenga acceso a los medios productivos; ii) asegurar que los servicios públicos básicos estén al alcance de todos; iii) fomentar la organización de las comunidades pobres para el desarrollo y la participación política; iv) facilitar bienes y servicios a quienes no puedan valerse por sí mismos.

E. LECCIONES OBTENIDAS

En materia de los derechos de la niñez es necesario aplicar cambios muy radicales en la forma de abordar la protección social de la población de niños, niñas y adolescentes, para lo cual la Convención precisa una revisión de los mecanismos de producción y distribución de la riqueza, una estrategia apropiada para su implementación, y la apertura de espacios que permitan una demanda social activa y una participación significativa de la sociedad civil.

Es necesario lograr una coordinación entre las entidades que trabajan con niños/as y adolescentes, para no solo cumplir con metas establecidas, sino mejorar las condiciones de acceso a los servicios de este grupo social.

La Descentralización de los planes, programas y proyectos constituye un importante mecanismo para impulsar a nivel local las metas de la Cumbre, así mismo, favorece la participación, la coordinación y concertación de las acciones, fomenta la toma de conciencia y el compromiso de todos los sectores sociales con los programas a favor de la niñez.

Entre las experiencias exitosas de descentralización de los programas y proyectos se pueden citar:

- La elaboración y ejecución de los planes provinciales a favor de la Infancia

- La desconcentración de la gestión en salud. El Decreto Presidencial No.117-98 institucionalizó 34 Direcciones Provinciales y Municipales de Salud (DPS/DMS), sustituyendo el esquema de gestión basado en 8 Regiones de Salud que había estado vigente por más de 20 años. La provincialización se ha visto apoyada con un aumento de más del 500% en el presupuesto de las nuevas unidades territoriales de gestión.
- Las estrategias de Municipios Amigos de la Niñez y los Planes Provinciales de acciones integrales a favor de los niños y de las madres, también con respaldo del UNICEF y
- El sistema de información y estadística provincial (ONE-ONAPLAN-CUMBRE-UNICEF)

La estrategia de involucrar a la familia, a la comunidad, a los sectores organizados y a las diferentes instancias oficiales, que pueden intervenir en la ejecución de las acciones, es clave para el éxito.

La carencia del sentido de continuidad de las ejecutorias esenciales de la institución y de los compromisos asumidos institucionalmente, afecta sustancialmente el logro de metas establecidas.

Se debe destacar la gran debilidad en el seguimiento a la ejecución de los proyectos y programas que se ejecutan debido a: falta de información, desconocimiento del impacto, imposibilidad de introducir los correctivos requeridos, limitaciones para la toma de decisiones, que inciden negativamente en la eficiencia del sistema.

No se cuenta con una unidad de investigación ni con una propuesta de aspectos y necesidades a investigar, que puedan presentar los problemas básicos que se enfrentan, el impacto de acciones efectuadas o resultados que orienten para en la introducción de correctivos o en la toma de decisiones.

La limitación de los recursos (económicos, materiales y humanos) en el tiempo que se requieren, es otro elemento que afecta sensiblemente a las acciones y actividades programadas.

La elaboración de una adecuada programación es necesaria, para desarrollar las acciones conforme a lo programado, sin embargo, se ha de tener presente, cuando el caso lo requiera, contar con la flexibilidad de reprogramar las acciones.

Es necesario disponer de un flujo de información pertinente a tiempo y actualizada. También contar, con mecanismos apropiados de comunicación para coordinar acciones y flujo de datos, tanto al interior de las instituciones, como a nivel interinstitucional.

Para las lecciones obtenidas, en materia de agua y saneamiento y la salud es importante continuar realizando esfuerzos que nos permitan realizar mayores inversiones en el área de mantenimiento de las redes de distribución y en el análisis de la contaminación del líquido.

Eliminar todas las fuentes de contaminación superficiales y subterráneas. Es importante además fortalecer los programas de análisis y potabilización de agua.

F. ACCIONES FUTURAS

La Protección de los derechos de los niños, niñas, adolescentes y la mujer exige condiciones estructurales, políticas y jurídicas que la garanticen; pero además, principios, valores y herramientas operativas que permitan conocer mejor su situación, hacer conciencia de su necesidad de cambio, abrir el espacio para participar de su transformación, y estrechar las brechas culturales que pudieran dificultar su éxito. Es un proceso simultáneo de acciones inmediatas impostergables con desarrollo de condiciones de largo plazo para la sostenibilidad de los logros.

Para ello es necesario, pasar de las propuestas a la acción, mediante la construcción de una Cultura de Derechos en la República Dominicana, que permee el conjunto de las acciones y decisiones a escala nacional. Esta cultura de Derechos debe expresarse a través de las reformas legales a favor de los NNA y la Mujer y de planes de acción estratégicos para ejecutar dichas reformas. Así como también, en los procedimientos organizativos dentro de las instituciones, los sistemas de información, los criterios de asignación de recursos, los medios de comunicación, y sobre todo mediante una gran alianza estado-sociedad civil, que promueva una Agenda de la Participación Social por los Derechos de NNA y Mujeres.

La conformación de esa Agenda requiere lo siguiente:

1) Gasto Social

Dar prioridad dentro del gasto social, a la asignación de los recursos focalizados a los grupos de población identificados como prioritarios, a fin de asegurar la protección de sus derechos. Los programas de compensación deben estar dirigidos, de forma prioritaria, a estos grupos de población.

2) Reformas Legales

Profundizar las Reformas en marcha, para asegurar la equidad de Derechos de NNA y Mujeres, para completar el marco regulatorio que garantice la protección a la Salud, la Seguridad Social, la Educación entre otros. Así mismo se deberán implementar los mecanismos para viabilizar el cumplimiento de la Ley.

3) Promoción de la Cultura de Derechos

Fortalecer el tema de Derechos en el país (condición ciudadana), superando la mirada de los Derechos como equivalentes a Justicia y Tribunales, y asumirlo como garantía de vida, de desarrollo social, humano y económico. Para ello, es imprescindible una fuerte alianza educativa en un proceso a largo plazo con los medios de comunicación, y un trabajo dirigido hacia los directores de medios, educadores, políticos y población en general.

4) Formulación de Planes Estratégicos y Operativos

A fin de integrar efectivamente las acciones de las instituciones responsables de la protección de NNA, es necesario definir un plan estratégico que articule sus actividades, a la vez que respete la especificidad propia de cada una de ellas. Dicho

Plan, identifica claramente las prioridades y facilita la coordinación interinstitucional en su aplicación. Este Plan Estratégico debe incluir la comunicación como elemento central.

5) Fortalecimiento institucional

Continuar con el apoyo al desarrollo de las capacidades institucionales desde una perspectiva de Derechos, fortaleciendo los mecanismos operativos, los sistemas de información y la capacidad para asumir la planificación, coordinación y monitoreo de las acciones así como la coordinación interinstitucional. Sin este fortalecimiento de las instituciones, la aplicación de los planes estratégicos se dificulta en forma significativa.

6) Abogacía con Tomadores de Decisiones

Otro elemento fundamental para la viabilidad en la ejecución de los Planes de Desarrollo Estratégico, y la inclusión de una perspectiva de Derechos en las acciones y decisiones nacionales, es asegurar la decisión política favorable y especialmente los recursos para su puesta en marcha. Es necesario desarrollar una campaña de acercamiento y convencimiento de los tomadores de decisión para asegurar los recursos para estas acciones.

7) Descentralización

Fortalecer el proceso de descentralización del estado dominicano, lo cual facilita la puesta en marcha de acciones y la participación en el ámbito local.

8) Fortalecer los mecanismos de participación social

Una Alianza estado – sociedad civil, por la Participación Social por los Derechos, implica seguir apoyando las iniciativas que se vienen desarrollando desde ambas instancias por fortalecer un acercamiento y una participación para una gestión corresponsable de la vida nacional. Ello implica, mecanismos de habilitación, acreditación, transparencia en la asignación de recursos, rendición de cuentas de ambas partes, la apertura de espacios de participación a la sociedad civil en instancias de decisión, entre otros.

9) Capacitación

Enfatizar en la capacitación de funcionarios del estado y la Sociedad Civil, para la realización de las actividades con enfoque de Derecho.

10) Desarrollar la investigación

Es imprescindible conocer la realidad, y profundizar en los temas de mayor impacto en relación con la situación de Derecho y los NNA y la Mujer. En tanto el país no haya definido una política nacional en ese sentido, la cooperación internacional puede trabajar en dos vertientes: apoyar al país a desarrollar su política nacional de investigación, y continuar contribuyendo de forma directa con el desarrollo de investigaciones puntuales, altamente exitosas hasta la fecha.

11) Coordinación inter-agencial

Potenciar el impacto de las acciones de cooperación técnica, mediante la coordinación inter-agencial en materia de prioridades y líneas de acción, para evitar la duplicidad de recursos. Si es la perspectiva de Derechos el eje central de la búsqueda de equidad, debe ser esta la aproximación común de las Agencias del Sistema de Naciones Unidas, para abordar diversos aspectos de sus ámbitos de acción. Desde esta perspectiva deberá entonces analizarse Salud, Educación, Género, Vivienda, Alimentación. Esa mirada

compartida facilita tanto a la cooperación como a la contraparte la articulación de las acciones, y potencia el impacto de las mismas.

12) Agenda de Temas especiales

La definición y desarrollo de condiciones de largo plazo para hacer viable una cultura del Derecho en el país, debe acompañarse del trabajo inmediato en algunas áreas cuya gravedad no permite postergación alguna. Es necesario enfrentar con fuerza el tema de la Pobreza e igualmente prevenir y combatir la Violencia en todas sus manifestaciones. Esos dos grandes temas abordados con perspectiva de Derechos, y enfocados a los grupos de población identificados, pueden constituir el eje organizador de las demás acciones.

Las acciones futuras para el sector de educación van dirigidas al cumplimiento de los compromisos asumidos en la Cumbre Mundial de la Infancia, se enmarcan dentro de los propósitos establecidos en el programa de gobierno dirigidos al reforzamiento, ampliación y sistematización de las acciones de educación inicial, reconociéndolas como obligación de estado, y ensamblándolas con los aportes comunitarios dentro de la modalidad de educación no formal, menos costosa y más participativa. Así como también promover acciones para que las adolescentes se integren a carreras en el área de la Ciencia y la Tecnología.

Profundizar el conocimiento en toda la comunidad educativa de las Leyes 14-94 y 24-97, así como de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, con el propósito de prevenir los abusos y garantizar el cumplimiento de lo que establece la legislación nacional e internacional.

Aunar esfuerzos para encarar y dar respuesta sostenida, corresponsable y comprometida a la problemática referida a los/as niños/as y adolescentes sobre abuso infantil, a través de la implementación y desarrollo de programas integrados dirigidos a este importante segmento poblacional.

En ese sentido, promover y poner en práctica estrategias que permitan eliminar la lentitud que se observa en el reporte o denuncia de informaciones respecto a casos de abuso.

Seguimiento a las acciones preventivas que con relación a los niños y niñas y adolescentes se desarrollan en escuelas y liceos a escala nacional. En ese sentido, viene al caso la creación y fortalecimiento de una policía escolar (seguridad escolar), destinada no sólo al manejo de conflictos, sino a desarrollar una acción de prevención y orientación.

Continuar avanzando con relación al fortalecimiento de las relaciones intrafamiliares, ya que gran parte de los abusos a que son sometidos los niños, niñas y adolescentes, son cometidos en el seno familiar, dándose el caso de encubrimiento que hace la propia familia y en ocasiones, la comunidad en general. Para ello, una estrategia que se considera pertinente, es el desarrollo de un amplio y permanente proceso de educación en valores que implique a toda la comunidad educativa.

Fortalecer en el ámbito socioeducativo todo lo referido a la familia como primera institución educadora y a la escuela de padres y madres como espacio vital para la consolidación de una cultura valoradora de las niñas, los niños y adolescentes como sujetos de derecho.

Continuar fortaleciendo los niveles de sensibilización para que desde los centros educativos especiales y de los centros educativos regulares, se asuma una actitud positiva hacia la integración de alumnos /as con necesidades educativas especiales, evitando exclusiones, discriminaciones, marginaciones, que lesionan la autoestima de los sujetos y que limitan el desarrollo de todo el potencial que tienen desde los primeros años.

Al mismo tiempo, se insertan dentro de la línea de acción dirigida a desarrollar, en colaboración con las comunidades y los ayuntamientos, programas de apoyo a los/as discapacitados, de manera que reciban atención especial sin discriminaciones, y entrenar a profesores/as en los principios y técnicas de la educación especial.

Continuar insistiendo en la necesidad de:

- Contar en las edificaciones que se construyen con barreras arquitectónicas, para facilitar el acceso a los centros educativos de los niños/as y adolescentes con discapacidades, así como participar en múltiples actividades (Art. 167).
- Contar con la señalización de las vías, ya que muchas están sin señalizar y las aceras obstruidas por materiales diversos que impiden el paso de personas no videntes y con otras discapacidades motoras. (Art. 168).

De igual forma, para el desarrollo de la educación de adultos y la eliminación del analfabetismo, se continuará trabajando en la línea de elevar los niveles educativos de esta población joven y adulta que no ha concluido su educación básica, impartiendo cursos del primer y segundo ciclo.

En tal sentido, la SEE continúa con la ejecución del Programa de Alfabetización y Educación Básica de Adultos, haciendo énfasis en 29 barrios marginados de la ciudad de Santo Domingo e inicio de este Programa en toda la zona fronteriza del país y la provincia de Samaná.

Se fortalecerán los programas de educación en valores, promoviendo proyectos dirigidos a fomentar una cultura de paz, la tolerancia, los derechos humanos y la democracia.

En materia de salud, la tendencia de reducción de la mortalidad infantil y de mejorar las condiciones de los niños/as adolescentes, requiere de mejores condiciones de vida de la población Dominicana y a la eficacia de las estrategias de intervención a los menores de 5 años, con especial énfasis a los menores de un año.

Desarrollar estrategias como ampliar el programa de Inmunización, el programa de control de las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias (EDA/IRA), universalización en el conocimiento y uso de las sales rehidratación oral, programa de promoción de la lactancia materna, el programa de nutrición con soportes de complementos, el programa de control al bajo peso al nacer, la identificación temprana de embarazos en alto riesgo.

La nueva dimensión que adquieren las enfermedades perinatales en la mortalidad infantil sugiere énfasis distintos en las estrategias de intervención, asociadas más al cuidado materno del embarazo, parto y puerperio y a los cuidados del recién nacido.

Es necesario intensificar las investigaciones en las áreas materno infantil que no solo describan la epidemiología de las enfermedades sino también que enfatizen en los conocimientos y prácticas comunitarias que están limitando el acceso real a los servicios. Invertir en programas educativos que favorezcan la implementación de las estrategias tradicionales como vacunación de los niños, control de su peso y desarrollo.

Establecer condiciones para mayor información entre los adolescentes sobre los riesgos del VIH.

Asimismo, para mejorar la calidad del agua y la salud, debe existir un organismo especializado con una función habilitadora y facilitadora, que posea la capacidad de desarrollar las destrezas necesarias para operar en áreas rurales y que permita al Gobierno Central focalizar subsidios en la población de mayor necesidad. Es importante impulsar la consolidación del proceso de descentralización y el desprendimiento de las unidades de operación.

El Gobierno de la República Dominicana entiende positivo que a la luz de la revisión de las acciones ejecutadas a favor de la infancia en el decenio pasado se plantee, en el ámbito nacional e internacional, la formulación de un nuevo Plan de Acción donde se establezcan nuevas metas, mecanismos de monitoreo y contar con las asignaciones presupuestarias correspondientes, que permitan una mayor eficiencia y eficacia en los programas a favor de la niñez. Este nuevo plan de acción basado en la conceptualización de la niñez y adolescencia como sujetos de derechos, deberá afrontar los problemas emergentes y profundizar en aquellos que aún persisten.

G)

APENDICE

G. Apéndice Estadístico

Metas e Indicadores	ENDESA 1991		MICS 2000		Comentarios
Meta 1. Entre 1990 y el año 2000, reducción de la tasa de mortalidad infantil y en la niñez en una tercera parte o a 50 y 70 por mil nacidos vivos, respectivamente, la que sea menor. Indicadores Tasa de Mortalidad infantil (por mil) Tasa de Mortalidad en la niñez (por mil)	43 60		39.7 46.7		Dada la amplitud de los intervalos de confianza de los indicadores, no hay evidencias estadísticas que demuestren algún cambio significativo durante la década. Podría decirse que en dicho periodo, la mortalidad en menores de 5 años ha oscilado entre 50 y 60 por mil y la mortalidad infantil entre 40 y 45 por mil. (MNA)3
Meta 2. Entre 1990 y el año 2000, reducción de la mitad de la tasa de mortalidad materna. Indicadores Razón de Mortalidad Materna	ND5		ND		
Meta 3. Entre 1990 y el año 2000, reducción de la mitad de la desnutrición severa y moderada de los niños menores de 5 años. Indicadores Prevalencia de desnutrición global Prevalencia de desnutrición crónica Prevalencia de desnutrición aguda	-2DE6 10.4% 19.4% 1.1%	-3DE 1.7% 5.9% 0.2%	-2DE 4.6% 6.1% 1.5%	-3DE 1.0% 1.6% 0.1%	No existen razones suficientes para acreditar la mejoría en los niveles de desnutrición, se recomienda realizar un estudio más amplio para establecer valores de prevalencia de desnutrición (global, crónica y aguda.) (MA)4
Meta 4. Acceso universal a agua potable segura					

⁵ ND – Información no disponible

⁶ DE – Desviaciones Estándares

³ MNA: Meta no alcanzada

⁴ MA: Meta Alcanzada

Metas e Indicadores	ENDESA 1991	MICS 2000	Comentarios
Indicador			
Uso de agua segura para beber	ND	51.0%	Hasta el momento no existen mecanismos de seguridad que garanticen la calidad del agua potable, incluyendo la del agua embotellada. El agua por tubería que se supone ser de calidad para beber se encuentra bajo investigación. Se sugiere a UNICEF implementar otra metodología para tomar en cuenta otros factores como el acceso, manejo y conservación para obtener mayor confiabilidad y universalidad de este indicador en el país. (MNA)
Urbana		38.7%	
Rural		68.5%	
Agua por tubería dentro vivienda	27.9%	13.4%	
Agua por tubería fuera vivienda	40.7%	25.4%	
Agua embotellada	7.0%	41.7%	
Manantial/río/arroyo	10.3%	3.3%	
Lluvia	8.7%	10.4%	
Pozo	3.6%	2.3%	
Otra	1.8%	3.5%	
Meta 5. Acceso universal a medios sanitarios de disposición de excretas			
Indicador			
Uso de medios sanitarios de eliminación de excretas	ND	96.0%	La última categoría, podría indicar poca consistencia entre las dos fuentes, debido a que los conceptos empleados son diferentes. Por otro lado, se destaca que durante la década los programas ejecutados no fueron suficientes para lograr este aumento en el uso de los medios sanitarios. (MNA)
Urbana		98.8%	
Rural		92.0%	
Inodoro	40.5%	51.9%	
Letrina	48.0%	44.0%	
Letrina Sanitaria	ND	8.2%	
Letrina Tradicional	ND	34.7%	
Letrina Expuesta	ND	1.1%	
Otro	ND	1.0%	
No tiene	11.5%	3.0%	
Meta 6. Acceso universal a educación básica y educación primaria para por lo menos el 80% de los niños de edad correspondiente, a través de escolaridad o de educación no formal de estándar de aprendizaje comparable, con énfasis en la reducción de las disparidades actuales entre niños y niñas.			

3 MNA: Meta no alcanzada

4 MA: Meta Alcanzada

Metas e Indicadores	ENDESA 1991	MICS 2000	Comentarios
Indicadores			
Niños que llegan al quinto grado	ND	88.8%	(MNA)
Masculino		88.8%	
Femenino		88.7%	
Tasa neta de matrícula en escuela primaria	ND	90.6% ⁷	
Masculino			
Femenino			
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria	81.2%	94.1%	
Masculino		93.8%	
Femenino		94.4%	
Meta 7. Reducción a por lo menos la mitad del nivel de 1990 de la tasa de la tasa de analfabetismo de adultos, con énfasis en el alfabetismo femenino.			
Indicador			
Tasa de alfabetismo	82.2%	87.7%	(MNA)
Femenino	82.0	87.3%	
Masculino	82.4	88.0%	
Meta 8. Proporcionar protección mejorada para los niños en circunstancias especialmente difíciles y atacar la raíz de las causas del problema que llevan a esas situaciones.			
Indicador			
Tasa de discapacidad en la niñez	ND	ND	
Meta 9. Atención especial a la salud y nutrición de las niñas y de las mujeres embarazadas y lactante.			
Indicadores			
Tasa de mortalidad en menores de 5 años:			
masculina	69.9	48.7	
femenina	54.8	43.0	

⁷ Fuente: Secretaría de Estado de Educación

3 MNA: Meta no alcanzada

4 MA: Meta Alcanzada

Metas e Indicadores	ENDESA 1991	MICS 2000	Comentarios
Prevalencia de desnutrición global: masculina femenina Atención prenatal Prevalencia VIH: masculina/femenina Anemia por deficiencia férrica	11.2% 9.6% 97.0% ND ND	4.4% 4.9% 97.8% 2.2%* ND	El comportamiento de este indicador no manifestó ninguna variación significativa durante la década. La estimación se obtuvo a través de los puestos centinelas en grupos específicos de la población. Este dato no está disponible por sexo ni grupos de edad. La estimación de prevalencia derivada de esta misma fuente para las mujeres embarazadas oscilaba entre 1.0% y 4.4%, de las trabajadoras sexuales entre el 2.3% y 9.4% y la de pacientes con ETS se estimó en 4.3%. (MNA)
Meta 10. Acceso de todas las parejas a información y servicios para prevenir embarazos muy tempranos, poco espaciados, demasiado tarde o numerosos. Indicador Prevalencia anticonceptiva	 56.4%	 64.7%	 Este dato se refiere solo a mujeres de 15-49 años en unión. (MNA)
Meta 11. Acceso de todas las mujeres embarazadas a atención prenatal, a personal capacitado durante el parto y a instituciones para referir los embarazos de alto riesgo y emergencias obstétricas. Indicadores Atención prenatal Atención del parto Atención Obstétrica	 97.0% 92.4% ND	 97.8% 97.6% ND	 Estos datos se refieren a mujeres de 12-49 años (MICS). (MNA)
Meta 12. Reducción de la tasa de bajo peso al nacer (menos 2.5kg) a menos de 10%			

* Fuente: Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS), 2000.

3 MNA: Meta no alcanzada

4 MA: Meta Alcanzada

Metas e Indicadores	ENDESA 1991	MICS 2000	Comentarios
Indicadores Bajo peso a nacer	12.3%	13.6%	El cambio de este indicador durante la década no indica variación estadísticamente significativa, dado error muestral. (MNA)
Meta 14. Eliminación virtual de los desordenes por deficiencia de yodo. Indicadores Consumo de sal yodada Bajo nivel de yodurea Bocio en escolares	13.0% ⁸ ND ND	18.1% ND ND	(MNA)
Meta 15. Eliminación virtual de la deficiencia de vitamina A y sus consecuencias, incluyendo la ceguera Indicadores Niños que reciben suplementos de vit. A Madres que reciben suplementos de vit. A Baja vit. A	ND ND ND	8.7% 10.7% ND	
Meta 16. Empoderamiento de las mujeres para que amamanten a sus hijos exclusivamente entre 4 y 6 meses y para que continuen amamantando, y dando alimentación complementaria, hasta bien avanzado el segundo año Indicadores Tasa de lactancia exclusiva en menores de 4 meses Tasa de alimentación complementaria oportuna 6 – 9 meses Tasa de alimentación continuada 12 a 15 meses Tasa de alimentación continuada 20 a 23 meses	9.6% 40.3% 28.3% 7.1%	16.0% 25.9% 31.7% 5.5%	Los resultados derivados de la ENDESA-91 y la MICS no presentan la confiabilidad adecuada que nos permita tener seguridad en el comportamiento de estos indicadores debido a que son eventos de escasa ocurrencia que podrían estar sujetos a errores muestrales grandes. Se recomienda medirlo en encuestas de mayor tamaño a fin de obtener cálculos mas precisos.

⁸ Fuente: ENDESA-96, 1996.

3 MNA: Meta no alcanzada

4 MA: Meta Alcanzada

Metas e Indicadores	ENDESA 1991	MICS 2000	Comentarios
Número de establecimientos 'Amigos' de Niñez y la Madre	ND	10	Actualmente vigentes según los primeros criterios globales de Hospitales Amigos de la Madre y la Niñez. A partir del año 1998 se establecen 25 pasos. (MNA)
Meta 19. Erradicación global de la poliomielitis hacia el año 2000. Indicador Casos de polio	ND	9*	En el año 1994 el país había recibido la certificación de la Erradicación de Polio, por lo que su reaparición podría suponer una baja cobertura.
Meta 22. Mantenimiento de un alto nivel de cobertura de inmunización (por lo menos el 90% de los niños menores de un año hacia el año 2000) contra la difteria, pertusis, tétano, sarampión, poliomielitis, tuberculosis; y contra el tétano para mujeres en edad reproductiva). Indicadores Cobertura de inmunización para DPT Cobertura de inmunización para Sarampión Cobertura de inmunización para Polio Cobertura de inmunización para TB Protección contra el Tétano Neonatal	 48% 70% 67% 70% 91%	 58.8% 73.3% 56.0% 93.4% 89.6%	 MNA: para las coberturas de inmunización para DPT, Sarampión y Polio MA: para la cobertura de inmunización contra TB y la Protección Contra el Tetano Neonatal
Meta 23. Reducción en un 50% de las muertes por diarrea en los niños menores de 5 años y una reducción del 25% en la tasa de incidencia de la diarrea. Indicadores Muertes por diarrea en menores de 5 años Casos de diarrea	 ND ND	 ND ND	
Uso de TRO	ND	98.5%	El uso de Sales de Rehidratación Oral (SRO), según ENDESA-91 era 25% y según la MICS-2000, 28%.
Manejo domiciliario de la diarrea	ND	22.4%	

* Fuente: Ceto de Control de Enfermedades, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, 2000.

3 MNA: Meta no alcanzada

4 MA: Meta Alcanzada

Metas e Indicadores	ENDESA 1991	MICS 2000	Comentarios
Meta 24. Reducción en una tercera parte de las muertes por infecciones respiratorias agudas entre los niños menores de 5 años.			
Indicadores Muertes por ERA en menores de 5 años Búsqueda de atención para IRA	ND 42.5%	ND 68.4%	Estos datos no son comparables por diferencia en los criterios de selección.
Meta 26. Expansión de las actividades de aprendizaje temprano, incluyendo intervenciones apropiadas de bajo costo a nivel de la familia y la comunidad. Indicador Desarrollo preescolar	ND	49.5%	
Indicadores adicionales: Seguimiento a los derechos de la niñez Registro de nacimiento Relaciones de parentesco Vive solo con la madre Vive solo con el padre Vive sin el padre y sin la madre Huérfanos en hogares Huerfano de padre Huerfano de madre Huerfano de padre y madre Trabajo infantil	ND 23% 5% 16% 2.3% 1.1% 0.5% ND	74.6% 22.2% 3.9% 13.9% 2.7% 1.1% 0.2% 12.1%	
Seguimiento a AIEPI Manejo domiciliario de la enfermedad Conocimiento de búsqueda de atención	ND ND	22.1% 26.1%	
Seguimiento de VIH/SIDA Conocimiento de la prevención de VIH/SIDA Conocimiento de creencias infundadas sobre VIH/SIDA Conocimiento de la transmisión madre-hijo de VIH	ND ND ND	52.5% 39.3% 48.4%	Estos datos se refieren a mujeres de 12-49 años.

3 MNA: Meta no alcanzada

4 MA: Meta Alcanzada

Metas e Indicadores	ENDESA 1991	MICS 2000	Comentarios
Actitud hacia la gente con VIH/SIDA	ND	48.7%	
Mujeres que saben donde hacerse la prueba de VIH	ND	82.6%	
Mujeres que han hecho la prueba de VIH	ND	53.8%	
Actitud hacia el condón	ND	ND	
Comportamiento sexual de las adolescentes	ND	ND	

3 MNA: Meta no alcanzada

4 MA: Meta Alcanzada